

Қазақстан Республикасының Валеология Академиясы
«Астана Медицина Университеті» АҚ
Тағамтану проблемалары институты

Журнал негізін қалаушы және редакция төрағасы
ҚР Профилактикалық медицина академиясының академигі,
Валеология академиясының академигі,
м.ғ.д., профессор Л.З. ТЕЛЬ

ҒЫЛЫМИ - ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ
ДЕНСАУЛЫҚ - АУРУ - САУЫҚТЫРУ
№4, 2016

Журнал Қазақстан Республикасы Мәдениет, ақпарат және әлеуметтік
келісім министрлігінде 10.03.2001 жылы (№ 1135 - Ж) тіркелген

Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі Білім және ғылым саласындағы
бақылау комитеті ұсынатын ғылыми баспалар
тізіміне енгізілген

Редакция алқасы:

Даленов Е.Д. - бас редактор
Абдулдаева А.А. - бас редактордың орынбасары
Сливкина Н.В. - жауапты хатшы
Ударцева Т.П. - ғылыми редакторы
Калин А.М. - техникалық редакторы
Умбетова Ж.Қ. -баспаға жауапты хатшы

Редакциялық кеңес:

Агаджанян Н.А. (Россия)
Азар Н. (АҚШ)
Ақанов А.А. (Алматы)
Апсалықов К.Н. (Семей)
Галицкий Ф.А. (Астана)
Жаксылыкова Г.А. (Астана)
Жанәділов Ш.Ж. (Астана)
Сейтембетов Т.С. (Астана)
Ізтілеуов М.К. (Ақтобе)
Илдербаев О.З. (Астана)
Имангазинов С.Б. (Павлодар)
Мырзаханов Н. (Астана)
Коман И.И. (Израиль)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Роберт Дарофф (АҚШ)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шастун С.А. (Россия)
Шайдаров М.З. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Тулбаев Р.К. (Астана)
Тель Дина (АҚШ)

Біздің мекен жайымыз:

010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49, 2 қабат 208 бөлме
Тел.(факс): 8(7172) 539534, 539571
www.profmed.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Баспадан шыққан мерзімі:

**Academy of Valeology of the Republic of Kazakhstan
JSC «Medical University Astana»
Institute of the Nutrition Issues**

*Founder of the journal,
Doctor of Medicine, Professor L.Z. Tel'*

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

***VALEOLOGY
HEALTH - ILLNESS - RECOVERY
№4, 2016***

**Approved by the Ministry of Culture, Information,
Republic of Kazakhstan 10.03.2001. № 1135- K**

Editorial board:

Dalenov E.D. - editor-in-chief
Abduldayeva A.A. - vice editor
Slivkina N.V. - executive assistant
Udartseva T.P. - scientific-editor
Kalin A.M.-technical editor
Umbetova zh.-publishing editor

Address:

010000, Astana, 49 Beybitshilik str.,
Tel., fax: (7172) 53-95-34, 53-95-71
www.profmed.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Editorial advice:

Agadzhanyan N.A. (Russia)
Azar N. (USA)
Akanov A.A. (Almaty)
Apsalikov K.N. (Almaty)
Christofer J. Cooper (USA)
Dina Tell (USA)
Galitskey F.A. (Astana)
Kairbekova S.Z. (Astana)
Komann I.I. (Israel)
Zhaksilikova G.A. (USA)
Zhanadilov Sh.Zh. (Astana)
Iztileuov M.K. (Aktobe)
Ilderbayev O.Z. (Astana)
Imangazinov S.B. (Pavlodar)
Myrzakhanov N. (Astana)
Rahipbekov T.K. (Semey)
Rozenon R.I. (Astana)
Seitembetov T.S. (Astana)
Robert Daroff (USA)
Shastun S.A. (Russia)
Shaidarov M.Z. (Astana)
Sharmanov T.Sh. (Astana)
Shandor (Hugary)
Tulebayev R.K. (Astana)

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

АХМЕДИЯНОВА Г.У., ӘКЕТАЕВА А.С.
Репродуктивті ағзалардың негізгі ауруларына сәйкес бедеулігі бар әйелдердің жатыр түтікшелерінің жағдайы (әдеби шолу)

БЕКТАШЕВ Д.Б.
Тәждік шунттау операциялары кезінде Rocsafe жүйесінің жабық контурын пайдалануды оңтайландыру

ФУРСОВ Р. А., ОСПАНОВ О. Б.
Семіздік - қазіргі таңдағы өзекті мәселе

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

**ЖҮСПОВ А.М., СҮЛТАНҒАЗИН Қ.Қ.,
ЖАҚСЫЛЫҚОВ Т.Т., ІЛІЯСОВ Б.Ж.**
Қазақстанның қарулы күштері авиациялық қызметкерлерінің біліксіздік себептерінің арасында несеппен-жыныс жүйесі ауруларын талдау

**ЖҮСПОВ А.М., СҮЛТАНҒАЗИН Қ.Қ.,
ЖАҚСЫЛЫҚОВ Т.Т., ІЛІЯСОВ Б.Ж.**
Қазақстанның қарулы күштері авиациялық қызметкерлерінің біліксіздік себептерінің арасында құлақ және емізік өскін ауруларын талдау

ҚАЗБЕКОВА А.Т.
Өсімдіктер сығындыларының антиоксиданттық және антирадикалды белсенділігін зерттеуде модельді жүйелерді қолдану

МЫРЗАХАНОВ Н.М., МЫРЗАХАНОВА М.Н.
Физиологиялық биотехнология негізінде дайындалған табиғи компоненттерді сақтау

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

**АЙНАБЕКОВА Б.А., СМАҒҰЛОВА А.К.,
АЙНАБАЙ А.М., МОЛДАБАЕВА А.К.**
Ауыр дәрежедегі ауруханадан тыс пневмониялар қоздырғыштарының антибиотиктерге сезімталдығы мен төзімділігі

**РАХИМЖАНОВА Р.И., РЫСКУЛОВА Г.О.,
КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж., БАЙЖАХАНОВА Д.Б.**
Қант диабетімен ауыратын науқастардың аяқ тамырларын ангиосцинтиграфиялық диагностикалау мүмкіндіктері

**БУРАЕВ Г.Б., ЛОЗОВОЙ В.М., АИПОВ Р.Р.,
БОТАБАЕВА А.С., ХАМИТОВ М.К.,
БУРАЕВА К.Б.**
Гиршпрунг- қауымдастырылған энтероколит кезіндегі жүктемені төмендететін ішек стомаларының тиімділігін бағалау

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

7 **АХМЕДЬЯНОВА Г.У. АКЕТАЕВА А.С.**
Состояние маточных труб при бесплодии в сочетании с основными заболеваниями репродуктивных органов (литературный обзор)

11 **БИКТАШЕВ Д.Б.**
Оптимизация использования закрытого контура системы Rocsafe при операциях коронарного шунтирования

17 **ФУРСОВ Р. А., ОСПАНОВ О. Б.**
Ожирение - проблема современного мира

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

23 **ЖУСУПОВ А.М., СУЛТАНҒАЗИН Қ.Қ.,
ЖАҚСЫЛЫҚОВ Т.Т., ІЛІЯСОВ Б.Ж.**
Анализ заболеваний мочеполовой системы среди причин дисквалификации авиационного персонала вооруженных сил Казахстана

27 **ЖУСУПОВ А.М., СУЛТАНҒАЗИН Қ.Қ.,
ЖАҚСЫЛЫҚОВ Т.Т., ІЛІЯСОВ Б.Ж.**
Болезни уха и сосцевидного отростка среди причин дисквалификации авиационного персонала вооруженных сил Казахстана

31 **КАЗБЕКОВА А.Т.**
Применение модельных систем при изучении антиоксидантной и антирадикальной активности растительных экстрактов

33 **МЫРЗАХАНОВ Н.М., МЫРЗАХАНОВА М.Н.**
Сохранение природного компонентов продукции основа физиологических биотехнологии

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

37 **АЙНАБЕКОВА Б.А., СМАҒҰЛОВА А.К.,
АЙНАБАЙ А.М., МОЛДАБАЕВА А.К.**
Антибиотикочувствительность и антибиотикорезистентность возбудителей у больных с тяжелой внебольничной пневмонией

39 **РАХИМЖАНОВА Р.И., РЫСКУЛОВА Г.О.,
КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж., БАЙЖАХАНОВА Д.Б.**
Диагностические возможности ангиосцинтиграфии нижних конечностей у больных с сахарным диабетом

42 **БУРАЕВ Г.Б., ЛОЗОВОЙ В.М., АИПОВ Р.Р.,
БОТАБАЕВА А.С., ХАМИТОВ М.К.,
БУРАЕВА К.Б.**
Оценка эффективности разгрузочных кишечных стом при лечении Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

- ДОСМАҒАМБЕТОВ М.Ө., ЖҮНІСОВ Д.К., ДОСМАҒАМБЕТОВА А.М., ЖҮСІПОВ Б.З., АХМЕТОВА Д.Ж., НАРЫМБЕТОВ Н.А.** 46 **ДУСМАҒАМБЕТОВ М.У., ЖУНУСОВ Д.К., ДУСМАҒАМБЕТОВА А.М., ЖУСУПОВ Б.З., АХМЕТОВА Д.Ж., НАРЫМБЕТОВ Н.А.**
Жоғарғы тыныс жолдары инфекциясы кезіндегі стафилококктардың ролі
Роль стафилококков в этиологии инфекции верхних дыхательных путей
- ИМАНКУЛОВ С.Б. СЕЙДАГАЛИЕВА Ж.Ш. ЖАМПЕЙСОВ Н.К.** 49 **S.IMANKULOV, Z. SEIDAGALIYEVA, N. ZHAMPEISSOV**
Сүт бездерінің фибroadеномасын емдеудегі фокусирленген ультрадыбысты қолданудың клиникалық аспектілері
Clinical aspects of the treatment of breast fibroadenomas high-intensity focused ultrasound (hifu)
- ЫСҚАҚОВА Б.К., МАЙҚАНОВА Ф.Н.** 54 **ИСКАКОВА Б.К., МАЙКАНОВА Ф.Н.**
Контрастиндіңуцирленген нефропатия: Диагностикалық және терапиялық аспектілері
Контрастиндіңуцированная нефропатия: Диагностические и терапевтические аспекты
- ИСКАЛИЕВА Ж. А., СЕКЕНОВА Р.К., Д.А., БЕЙСЕНБЕКОВА Г.К.** 58 **Ж. А. ИСКАЛИЕВА, Р.К. СЕКЕНОВА, Д.А., Г.К. БЕЙСЕНБЕКОВА**
Амбулаториялық деңгейде қызылшаға қарсы иммундау шараларының тиімділігін бағалау (сауалнама нәтижесінде)
Оценка эффективности иммунизации против кори на амбулаторном уровне
- ҚАЗАҚ И.К., ДОЛГИЕВА М.Н., ДОСАЕВА З.Р.** 62 **КАЗАК И.К., ДОЛГИЕВА М.Н., ДОСАЕВА З.Р.**
Бронх демікпесінің бақылау деңгейін АСТ-тесті көмегімен айқындау.
Определение уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста
- ҚАПАСОВА А.Т.** 65 **КАПАСОВА А.Т.**
Helicobacter pylori инфекциясы және Оның ішек микробиотасы құрамына әсер етуі
Helicobacter pylori инфекция и ее влияние на состав микробиоты кишечника
- КЕРІМКҰЛОВА Г. М., ЖҮСІПОВА Г. К.** 69 **КЕРИМКУЛОВА Г. М., ЖУСУПОВА Г. К.**
Артериальды гипертензиясы бар науқастардағы жүрек-қан тамырлары қауіпін анықтау үшін қосымша гемодинамика көрсеткіштерін салыстырмалы түрде бағалау
Сравнительная оценка дополнительных гемодинамических параметров в оценке сердечно-сосудистого риска у пациентов артериальной гипертензией
- КОНКАЕВ А.К., ЕЛТАЕВА А.А.** 72 **КОНКАЕВ А.К., ЕЛТАЕВА А.А.**
Опыт применения внутривенной формы ацетоминифена у пациентов после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях комбинированной анестезии
Опыт применения внутривенной формы ацетоминифена у пациентов после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях комбинированной анестезии.
- МАРАТ А.** 78 **МАРАТ А.**
Жатыр мойнының қысқаруын түзету әдістерінің тиімділігін жоғары қауіп тобындағы әйелдерде бағалау
Эффективность методов коррекции короткой шейки матки у женщин группы риска
- РИБ Е.А.** 82 **РИБ Е.А.**
Тұрақты жүрек ишемиялық ауруы бар науқастарда хронотроптық жетіспеушілік факторы ретінде қарыншалық аритмияның даму қауіпі
Хронотропная недостаточность как фактор риска развития желудочковых аритмий у пациентов со стабильным течением ишемической болезни сердца
- СМАҒҰЛОВА А.К.** 88 **СМАГУЛОВА А.К.**
Ауруханадан тыс ауыр дәрежелі пневмония
Тяжелая внебольничная пневмония

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

**ТҮРДАЛИНА Б.Р., ШАЙДАРОВ М.З.,
БАЕШЕВА Д.А., РАМАЗАНОВА Л.А.,
ОМАРОВА А.К., СЕЙДУЛЛАЕВА А.Ж.,
ЕДІЛБАЙҚЫЗЫ М.**

Амбулаторлық кезеңде ата-аналардың антибиотиктерді тиімді қолдануы жайлы ақпараттылық деңгейін талдау (Астана қ. мысалында)

**БЕЙСЕНБИЕВА Н.Е., ШАЙДАРОВ М.З.,
ИМАМБАЕВА Г.Г., БАЕШЕВА Д.А.,
ӘДЕКЕНОВ М.С., СМАҒҰЛОВА З.К.**

Созылмалы описторхоз салдарынан болған аллергиялық дерматоздардың гельминттерге қарсы ем жағдайындағы клиникалық ағым ерекшеліктері

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

БЕКЕНОВ Н.Н., ТУГАНБАЕВА А.Т.

Қантты диабеттің 2 типімен ауыратын науқастардағы бас ми қанайналымының созылмалы жетіспеушілігі кезіндегі заманауи ем бағыттары

МӘКШЕВ А.К., БЕКШЕВА А.Т.

Асқазан обыры бойынша жасалған гастрэктомиядан кейін науқастардағы нутритивті бұзылыстарды емтағам мен энтералды тамақтануды қолдана отырып түзету

**МЕЙРАМОВА А.М., ҮКІБАСОВА Т.М.,
СӘДІБЕКОВА Г.Т., ЯНКОВСКАЯ И.Т.,
РАПИЛЬБЕКОВА Г.К., АЙНАБАЙ А.М.,
АЙТУҒАНОВА А.Т.**

Жүкті әйелдерде көмірсутек зат алмасуының бұзылуы

**ЖУМАМБАЕВА С.М., АБИШЕВА С.Т.,
АКИМБАЕВА Г.Ж., МАДРАХИМОВА Ж.С.,
ЖУМАМБАЕВА Р.М.**

Балалар популяциясындағы атопиялық дерматит және витамин Д

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

**АБДУЛХАКИМОВ Р.А., БҮРКІТБАЕВ Ж.К.,
АБДРАХМАНОВА С.А., КАРП Л.Л.**

Современное состояние и перспективы службы крови Республики Казахстан

**ЖҮНІСОВА Д.К., АХЕЛОВА Ш.Л.,
БАЙЖИГИТОВА А.Р., ТУРГАМБАЕВА А.К.**

Денсаулық сақтау жүйесінде жүргізіліп жатқан реформалар туралы Астана қаласының тұрғындарын ақпараттандыру деңгейі

**92 ТҮРДАЛИНА Б.Р., ШАЙДАРОВ М.З.,
БАЕШЕВА Д.А., РАМАЗАНОВА Л.А.,
ОМАРОВА А.К., СЕЙДУЛЛАЕВА А.Ж., ЕДІЛ-
БАЙҚЫЗЫ М.**

Анализ уровня информированности родителей о рациональном использовании антибиотиков на амбулаторном этапе (на примере г. Астаны)

**97 БЕЙСЕНБИЕВА Н.Е., ШАЙДАРОВ М.З.,
ИМАМБАЕВА Г.Г., БАЕШЕВА Д.А.,
АДЕКЕНОВ М.С., СМАҒҰЛОВА З.К.**

Особенности клинического течения аллергических дерматозов, обусловленных хроническим описторхозом в условиях антигельминтной терапии

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

103 БЕКЕНОВ Н.Н., ТУГАНБАЕВА А.Т.

Современные тенденции в терапии хронического нарушения кровообращения головного мозга у больных сахарным диабетом 2 типа

106 МАКИШЕВ А.К., БЕКИШЕВА А.Т.

Коррекция нутритивных нарушений с применением диеты и энтерального питания у пациентов после гастрэктомии по поводу рака желудка

**110 МЕЙРАМОВА А.М., УКУБАСОВА Т.М.,
САДЫБЕКОВА Г.Т., ЯНКОВСКАЯ И.Т.,
РАПИЛЬБЕКОВА Г.К., АЙНАБАЙ А.М.,
АЙТУҒАНОВА А.Т.**

Нарушение состояния углеводного обмена у беременных женщин

**114 ЖУМАМБАЕВА С.М., АБИШЕВА С.Т.,
АКИМБАЕВА Г.Ж., МАДРАХИМОВА Ж.С.
ЖУМАМБАЕВА Р.М.**

Витамин Д и атопический дерматит в детской популяции

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**118 АБДУЛХАКИМОВ Р.А., БҮРКІТБАЕВ Ж.К.,
АБДРАХМАНОВА С.А., КАРП Л.Л.**

Современное состояние и перспективы службы крови Республики Казахстан

**122 ЖУНУСОВА Д.К., АХЕЛОВА Ш.Л.,
БАЙЖИГИТОВА А., ТУРГАМБАЕВА А.К.**

Уровень информированности населения г. Астаны о реформах, осуществляемых в системе здравоохранения

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

**ИБРАЕВ С.Е., АБДУОВ М.К.,
ДАУТОВА Ж.Т.**

Денсаулық сақтау жүйесіндегі корпоративтік басқаруды дамытудың әлеуметтік-экономикалық алғышарттары

НАМАЕВА К.А., ДУБИЦКИЙ А.А.

№2 Ақмола облыстық ауруханасының хирургиялық стационары науқастарына жүргізілген медициналық көмекке қанағаттану сауалнамаларына талдау

СЕРИКБАЕВ Н.С., МАҒЗУМОВА Р.З.

Павлодар қаласы емханалары деңгейінде қант диабетімен ауыратын науқастардың өзіндік менеджментін қолдау тиімділігін бағалау

**ТУРГАМБАЕВА А.К., АБДУЛДАЕВА А.А.,
ЖАНАЛИЕВА М.К.,
ХИСМЕТОВА З.А., БУКЕЕВА Ж.К.**

Астана қаласы тұрғындарының Қазақстанда міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу туралы ақпараттануы

АБИЛДИНА А.

The principles of implementation research using possibilities to assess the effectiveness of medical technologies in practical healthcare.

**ЖҮНІСОВА Д.К., ӘЛЖАНОВА А.Ж.,
БАЙҒҰЛОВА Г.Б., ШӘКЕЙ Ж.Ш.**

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің даму перспективалары

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

ИСКАКОВА С.А., ЕШМАНОВА А.К.

Үздіксіз медициналық оқытуда ғылыми-зерттеу жұмыстарының маңызы жайында

**МУСИНА А.А., БАШИРОВА А.Р.,
ОРАЗБАЕВА Б.С.**

Жасөспірімдердің оқу жүктемелерінің заманауи түрлері

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

**МУСИНА А.А., СҮЛЕЙМЕНОВА Р.К.,
ҚАЙЫРГЕЛДИНА А.С.**

Ақсу феррокорытпа зауытының өрт сөндіру бөлімі қызметкерлерінің еңбек жүктемесін гигиеналық бағалау

**ШАЙЗАДИНА Г.Н., БУКЕЕВА Ж.К.,
ТУРГАМБАЕВА А.К., ЖАНАЛИЕВА М.К.,
ХИСМЕТОВА З.А.**

Өндірістік Павлодар қаласында өмір сүретін, қатерлі ісікке шалдыққандардың денсаулық жағдайын бағалау

**126 ИБРАЕВ С.Е., АБДУОВ М.К.,
ДАУТОВА Ж.Т.**

Социально-экономические предпосылки развития корпоративного управления в системе здравоохранения

130 НАМАЕВА К.А., ДУБИЦКИЙ А.А.

Анализ данных анкетирования по удовлетворенности пациентов хирургического стационара Акмолинской областной больницы №2 (АОБ №2)

135 СЕРИКБАЕВ Н.С., МАҒЗУМОВА Р.З.

Оценка эффективности поддержки самоменеджмента пациентов с сахарным диабетом на уровне поликлиник г. Павлодара

**138 ТУРГАМБАЕВА А.К., АБДУЛДАЕВА А.А.,
ЖАНАЛИЕВА М.К., ХИСМЕТОВА З.А.,
БУКЕЕВА Ж.К.**

Информированность населения города Астана о введении обязательного социального медицинского страхования в Казахстане

144 АБИЛДИНА А.С.

Тәжірибелі денсаулық сақтаудағы медициналық технологиялардың тиімділігін анықтауға арналған имплементациялық зерттеулер принциптерін қолдану мүмкіншіліктерін анықтау

**152 ЖУНУСОВА Д.К., АЛЖАНОВА А.Ж.,
БАЙҒҰЛОВА Г.Б., ШАКЕЙ Ж.Ш.**

Перспективы развития системы здравоохранения Республики Казахстан

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

156 ИСКАКОВА С.А., ЕШМАНОВА А.К.

Значение научно-исследовательской деятельности в непрерывном медицинском образовании

**159 МУСИНА А.А., БАШИРОВА А.Р.,
ОРАЗБАЕВА Б.С.**

Современные виды учебных нагрузок подростков

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

**164 МУСИНА А.А., КАИРГЕЛЬДИНА А.С1,
ОРАЗБАЕВА Б.С.**

Гигиеническая оценка напряженности труда работников пожарной части Аксуского завода ферросплавов

**167 ШАЙЗАДИНА Г.Н., БУКЕЕВА Ж.К.,
ТУРГАМБАЕВА А.К., ЖАНАЛИЕВА М.К.,
ХИСМЕТОВА З.А.**

Оценка состояния здоровья онкобольных, проживающих в промышленном городе Павлодар

УДК: 618.12: 618.177

АХМЕДЬЯНОВА Г.У. АКЕТАЕВА А.С.

АО «Медицинский университет Астана» кафедра акушерства и гинекологии №1 г. Астана, Республика Казахстан

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ БЕСПЛОДИИ В СОЧЕТАНИИ С ОСНОВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

Аннотация: Вопросы диагностики патологии маточных труб имеет особое внимание в развитии тазовой эндоскопии у бесплодных женщин. При проведении тазовой эндоскопии оценивалось состояние матки, яичников и маточных труб, наличие симптомов острого и хронического воспаления, эндометриоза, миомы матки. Эндоскопическая оценка состояния маточных труб позволила не только прогнозировать репродуктивный результат, но играла важную роль в выборе метода лечения пациенток с бесплодием.

Оценивая состояние маточных труб при бесплодии, мы определяем принципы лечения на основании достоверных данных, что позволяет своевременно поставить диагноз и увеличивает шанс женщины на благополучный исход в виде наступления беременности.

Ключевые слова: бесплодие, маточная труба, эндометриоз, миома матки, хронический сальпингит.

Актуальность. По данным ВОЗ (1985), более 20% пациенток с бесплодием имеют выраженные анатомические изменения маточных труб. Патология маточных труб является одной из наиболее распространенных причин бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Изменения в трубах обнаруживаются у 35-74% больных с бесплодием, из них у 40 % имеет место первичное бесплодие и у 60 % - вторичное.

Основным причинным фактором в развитии бесплодия у женщин является воспалительный процесс в маточных трубах, который часто и трудно диагностируется, и частота составляет по данным литературных источников от 30 до 74% от всех других форм нарушение репродуктивной функции [1,2]. При остром воспалительном поражении маточной трубы повреждается слизистая оболочка, это приводит к стойким изменениям структуры и функции труб [3,4]. При этом, после перенесенного воспаления остаточные изменения, которые обуславливают хроническую неактивную фазу воспалительного процесса в полости малого таза с последующими

обострениями и нарушениями репродуктивной функции [5]. Так Hirose T. [6] указал, что после однократной инфекционной атаки непроходимость труб возникает у 15% женщин, после двукратного обострения - у 15%, а после трёх и более случаев воспаления - 75%, сходные цифры приводятся в отечественной литературе [1].

Воспалительные поражения маточных труб, обычно имеют двусторонний характер, тем самым отрицательно влияя на репродуктивную функцию. При полной или частичной непроходимости маточных труб происходит непосредственные морфологические изменения в трубах. Непроходимость маточных труб чаще развивается в интерстициальном, истмическом, реже в ампулярном отделах, это приводит к поражению мышечного слоя и спаечным перитубарным изменениям, чаще сопровождается нарушениями гормональной регуляции сократительной функции трубы. Поражение маточных труб вызывает изменение ритма цилиарной, секреторной и сократительной мышечной активности. В результате этой дисфункции нарушается процесс захвата яйцеклетки, продвижение сперматозоидов и транспортировка оплодотворённой яйцеклетки в матку [7]. При хроническом сальпингите маточных труб наблюдается увеличение частоты обострения воспалительного процесса. Так после однократного эпизода сальпингита обструкция труб выявляется в 10-13% случаев, после двукратного - в 23-36%, при трёх и более эпизодах - в 54-75% [8]. По наблюдениям Z. Westrom [9] «легкое» течение хронического сальпингита приводит к бесплодию у 6%, воспалительный процесс «средней» степени - у 13%, «тяжелая» форма воспаления - у 28,6% пациенток. При сравнении группы больных с тяжелым спаечным процессом и группой больных с единичными спайками была установлена прямая коррелятивная зависимость тяжести спаечного процесса от частоты обострения заболевания [10,11,12]. При всех видах сальпингитов специфической и неспецифической этиологии, преимущественно происходит поражение ампулярных отделов

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

маточных труб [13, 14, 15, 16].

При восходящей инфекции поражение ампулярных отделов маточных труб и их быстрое закрытие препятствуют развитию пельвеоперитонита, тогда как при нисходящей инфекции поражение этих отделов маточных труб препятствует распространению инфекции на остальные отделы маточных труб и матку [17, 18, 19].

По данным ВОЗ (1985), полная окклюзия маточных труб обнаружена у 14,2% обследованных, при этом поствоспалительные изменения маточных труб, не приводя к полной окклюзии, диагностированы у 9,2% обследованных [20]. Эти цифры показывают, у 20% пациенток с бесплодием имеются выраженные анатомические изменения маточных труб. Из 700 больных с бесплодием лапароскопические признаки хронического сальпингита выявлены у 49% [21]. В распознавании сальпингита до проведения лапароскопической операции диагностическая ошибка составляла 20,4%, причём гипердиагностика-8,2%, недостаточная оценка признаков сальпингита-12,2%. Лапароскопически были обнаружены следующие признаки хронического сальпингита: инъецированность маточных труб (60,4%), наличие перетяжки (2,3%), утолщение маточных труб (1,2%).

Ряд авторов [22, 23, 24, 25, 26, 27] отмечают, что у больных с трубно-перитонеальным бесплодием факторами возникновения перитубарных спаек могут быть различными. У многих больных вследствие перенесённого сальпингита, с анатомически изменёнными маточными трубами, причиной возникновения спаек, является экссудат, истекающий из фимбриальных отделов маточных труб в период острого течения процесса [28, 29].

При описании состояния маточных труб при эндометриозе, эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины, оставаясь в ряду из самых распространённых и загадочных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. В структуре гинекологических заболеваемости эндометриоз прочно удерживается на третьем месте. [30, 31]. Так во всем мире генитальным эндометриозом страдает около 200 млн. женщин в возрасте от 15 до 49 лет [32, р. 6-7; 33, с. 11]. В настоящее время отмечается рост заболеваемости эндометриозом во всех странах, в том числе и в Казахстане.

Эндометриоз наблюдается у 80% женщин с хронической тазовой болью и у 50% женщин с бесплодием. В связи с этим в последние годы эн-

дометриоз приобретает все большее социальное значение, переставая быть только медицинской проблемой [34, с. 4; 35, р. 4].

Установлено, что непроходимость маточных труб, обуславливаемая эндометриозом, встречается в 11-15% наблюдений. По мнению Kugata и соавт. (1993) проведенный количественный анализ частоты наступления беременности, показал, что она негативно коррелирует именно с поражением маточных труб, но не с наличием очагов эндометриоза или облитерацией позади-маточного пространства.

Показано, что существующие поражения маточных труб именно эндометриоидной природы далеко не всегда распознаются при проведении визуального осмотра при лапароскопии и только при тщательном повторном гистологическом исследовании маточных труб, удаленных по поводу поствоспалительных гидросальпинксов, в 30% случаев в них обнаруживаются эндометриоидные гетеротопии [40]. Не зависимо от того, где находятся эндометриоидные гетеротопии существует два основных способов развития эндометриоза: серо-субсерозный и внутри просветные. Серо и субсерозный эндометриоз связан с имплантации эндометриодных гетеротопии на брюшную поверхность маточных труб. Имплантированные эндометрионные гетеротопии вызывают повторное внутрисветные кровотечения, которые иногда вызывают образование фиброзной ткани и затем образуются перитубарные спайки, вызывающие обструкции маточных труб (гидросальпинкс или гематосальпинкс). Эндолуминальные эндометриоз встречается гораздо реже. Это возникают, когда ткани эндометрия находятся на поверхности слизистой оболочки интерстициальной части маточной трубы. Это ткань эндометрия состоит из эндометриальных желез и стромы, которые проникают в слой гладких мышц. Импланты (гетеротопии) вызывают небольшие внутрисветные полиповидные узлы (как правило, меньше 1 см), которые вызывают окклюзию маточной трубы. Сероза-субсерозный тип может быть односторонним или двусторонним и редко вызывают симптомы бесплодия.

Исследования, касающихся структуры причин бесплодного брака, указывают на то, что частота миомы матки в клинике бесплодия составляет 18-24% (Сидорова И.С., 2003).

Причина бесплодия при миоме матки могут служить изменения маточных труб: склонность к преобладанию повышенного их тонуса, морфо-гистохимические признаки перенесенного

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

воспалительного процесса, поражение их рецепторного аппарата, а также их анатомическая непроходимость, возникающая при интерстициальном и субмукозном росте узлов [63].

При изучение морфологического состояния маточных труб, по мнению Бродского Г.В [64], при миоме матки определяется преимущественное изменение мышечных слоев стенки маточной трубы, как продольного, так и циркулярного, связанного с дезинтеграцией мышечных

волокон, играющих важную роль в пропульсивной и транспортной функциях маточной трубы. Поэтому результаты проведенного морфологического исследования структурных изменений маточных труб при миоме матки играют важную роль как морфологический субстрат для клинических данных, ассоциирующихся с достаточно низкой эффективностью вспомогательных репродуктивных технологий при сопутствующей миоме матки [63, с.5-7,10-12].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Гатаулина Р.Г. и др. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. 1999. - № 2.-С. 43-44.
2. Полубинский В.А., Беккер С.М. Лечение острых воспалительных заболеваний верхних половых путей // Воспалительные заболевания женской половой сферы и трудоспособность: Сб.тр.-Л. 1935.-С. 102-117.
3. Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки: Автореф. дис. докт. мед. наук. -М. 2001. - С. 14-16.
4. Стрижаков А.П., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. -М: Медицина. 1995. -176 с.
5. Surrey E.S., Adamson G.D., Nagel T.C. et al. Multicenter feasibility study of a new coaxial falloscopy system. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1997. -№ 4(4) - P. 473-478.
6. Hirose T. Genetic diagnoses of Chlamydia trachomatis-DNA probe and PCR1.method II Rinsho Byori.-1994.- Vol.42, № 3,- P. 230-234.
7. Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки: Автореф. дис. докт. мед. наук. -М. 2001. - С. 14-16.
8. Gelety T.J., Buyalos R.P. The effect of cljmifene citrale and menopausal gonadotropin on cervical mucus in ovulatory cycles. Fertil. Steril. 60:471476,1999.
9. Snissa S., Rlais L. etal. First-time use of newer oral contraceptives and the resk of venous thromboembolism, contraception. 1997. - 56. P. 141-146.
10. Гладышев В.Ю. Эндохирургическое лечение трубно-перитонеальной формы бесплодия у женщин: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Иваново, 1988. - 18 с.
11. Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н. Гемосорбция: 2-е изд. М., 1985. - 224 с.149-Узлова Т.В. Эффективность иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии трубно-перитонеального бесплодия // Российский вестник акушера-гинеколога. 2001. - № 1. - С. 61-63.
12. Calabrese L.H., Clough J.D., Kracauer R.S. Plasmapheresis Therapy of immunologic disease // Cleve. Clin. Q. 1980. - N47.
13. Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н. Гемосорбция: 2-е изд. М., 1985. - 224 с.
14. Мальцева Л.И. Аллергический фактор в патогенезе хронических неспецифических сальпингоофоритов // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний женских половых органов. М., 1981. - С. 65-68.
15. Kira E., Bezhenar V., Demyanchuk R. Microsurgical infertility treatment //13-th Congress of the European Association of Gynecologists and Obstetricians (EAGO). Ierusalem, Israel, 1998. - p. 99.
16. Ledger W. A historical review of pelvic infections // Amer. J. Obstetr. Gynecol. 1988. - Vol. 158. - P. 687-693.
17. Джабраилова С.Ш., Волобуев А.И. Функциональное состояние непатобилиарной системы у больных, перенёсших воспаление придатков матки // Акушерство и гинекология. 1990. - №4. - С. 64-65.
18. Пепперел Р.Д., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак: Пер. с англ. -М, 1983.-340 с.
19. Попова Т.В. Клинико-гистероскопические особенности хронического эндометрита// Акушерство и гинекология. 1990. - № 6. - С. 45-47.
20. Noyes R.W., Hertig A.T., Rock J. Dating the endometrial biopsy // Fertil. Steril. 1980. - Т. 1. - N1. - P. 3-25.
21. Nordenkijol D.F., Ahegren M. Laparoscopy in female infertility. Diagnosis and prognosis for subsequent pregnancy //Acta Obstet. Gynec. Scand. -1993. -Vol. 62, N 6. p. 609-615.
22. Антонова Л.В., Гундарева И.Б. Значение

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

- лапароскопии в диагностике хронического сальпингоофорита // *Акушерство и гинекология*. 1988. - №5. - С. 37-40.
23. Астахов Ю.И. Плазмаферез в комплексном лечении пиелонефрита, осложнённого уросепсисом и гнойной интоксикацией: Дис. . канд. мед. наук. Барнаул, 1993. - 146 с.
24. Бритов А.Н., Воробьёв П.А., Самотолкин А.К. Результаты применения ложного плазмафереза при бронхиальной астме // *Терапевтический архив*. 1991. - №7. - С. 53-58.
25. Бронштейн А.С. Малоинвазивная хирургия. М., 1995, - 248 с.
26. Воробьёв А.И., Городецкий В.М., Яхнина Е.И. К вопросу о механизмах плазмафереза // *Матер. 1-й конф. Московск. об-ва гемафереза*. М., 1993.-С. 3-13.
27. Терешин Л.Т. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений репродуктивной и сексуальной функций при эндокринных формах бесплодия у женщин: Дис. докт. мед. наук. М., 1997. - 247 с.
28. Coney P. Polycystic ovarian disease: Current concepts of pathophysiology and therapy // *Fertil. Steril*. 1994. - Vol. 42, N 5/6. -р. 667-682.
29. Терешин Л.Т. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений репродуктивной и сексуальной функций при эндокринных формах бесплодия у женщин: Дис. докт. мед. наук. М., 1997. - 247 с.
30. Кузнецова И.В. Эндометриоз. - М., 2010. - 84 с.
31. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриозная болезнь // *Гинекология: руководство для врачей / под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира*. - М.: Литера, 2008. - 840 с.
32. Endometriosis: Diagnosis and Management // *Journal of obstetrics and gynecology*. - Canada, 2010, July. - №244. - P. 1-36.
33. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация / Федеральное клиническое руководство по ведению больных. - М., 2013. - 65 с.
34. Дошанова А.М. Эндометриоз - социальная болезнь // *Вопросы акушерства и гинекологии*. - 2011. - №3. - С. 4-6.
35. Adamson D.G., Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solution in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis research Foundation // *Journal of Endometriosis*. - 2010. - №2. - P. 3-6.
40. Кулаков В. И., Овсянникова Т. В., Волков Н. И. и др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении бесплодия у женщин // *Акушерство и гинекология*. -1997, N3, с. 25-27.
41. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки.-2004.
42. Бродский Г.В. Диагностика состояния маточных труб при некоторых формах вне трубной патологии генитального тракта // *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*.-2013.№4.-С.53-56.

ТҮЙІНДЕМЕ

АХМЕДИЯНОВА Г.У., ӘКЕТАЕВА А.С.

«Астана Медицина университеті» АҚ №1 акушерлік және гинекология кафедрасы

РЕПРОДУКТИВТІ АҒЗАЛАРДЫҢ НЕГІЗГІ АУРУЛАРУЫНА СӘЙКЕС БЕДЕУЛІГІ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫР ТҮТІКШЕЛЕРІНІҢ ЖАҒДАЙЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Бедеулігі бар науқастарда кіші жамбас эндоскопиясы жатыр түтікшелерінің патологиясын зерттеуде ерекше орын алады. Кіші жамбас эндоскопиясы кезінде: жатырдың, аналық бездердің және жатыр түтікшелерінің жағдайы, жедел және созылмалы аурулар белгісі, эндометриоз, жатыр миомасы анықталып, сипатталып, керекті емдеу шараларын жүргізуге мүмкіндік туғызады.

SUMMARY

AKHMEDYANOVA G.U., AKETAYEVA A.S.

Астана Medical University JSC, Obstetrics and Gynecology Department №1

THE FALLOPIAN TUBES CONDITION IN PATIENTS WITH INFERTILITY COMBINED WITH REPRODUCTIVE DISEASES (LITERATURE REVIEW)

In this regard, issues of fallopian pathology diagnosis are in special attention in the development of pelvic en-

doscopy in infertile women. During pelvic endoscopy we assessed the state of uterus, ovaries and uterine tubes, especially fallopian tubes, symptoms of acute and chronic inflammation, endometriosis, hysteromyoma which requires appropriate treatment. Fallopian tubes endoscopic assessment allowed not only to predict reproductive outcome, but played an important role in choosing the treatment method in patients with infertility.



УДК: 616.12-089.8:616.12-008-085-78

БИКТАШЕВ Д.Б.

АО «Медицинский Университет Астана» г. Астана

АО «Национальный научный кардиохирургический центр» г. Астана

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАКРЫТОГО КОНТУРА СИСТЕМЫ ROCSAFE ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Интенсивное развитие кардиохирургии способствует совершенствованию инновационных технологий коронарного шунтирования с искусственным кровообращением.

Одним из таких перспективных направлений является использование закрытого контура системы Rocsafe при операциях коронарного шунтирования.

В этой статье дан обзор клинических исследований, позволяющих уменьшить время искусственной вентиляции и послеоперационные осложнения. Требуется уточнение критерии выбора типа оксигенаторов искусственного кровообращения. Необходимо разработать показания и противопоказания к использованию закрытого контура искусственного кровообращения.

Ключевые слова:

Аорто- коронарное шунтирование, искусственное кровообращение, закрытый контур системы Rocsafe, научные клинические исследования, инновационные технологии.

В настоящее время ИБС занимает лидирующее положение среди заболеваний приводящих к смерти. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, сформулированному в 1965 году «Ишемическая болезнь сердца» (ИБС; лат. morbus ischaemicus cordis от др.-греч. σῆω — «задерживаю, сдерживаю» и αἷμα — «кровь») — патологиче-

ское состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий.

Ишемическая болезнь сердца представляет собой обусловленное расстройством коронарного кровообращения поражение миокарда, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Искусственное кровообращение (ИК) -это неотъемлемая часть хирургии открытого сердца.

Так, в Соединенных Штатах , у кого-то сердечный приступ каждые 42 секунды. Каждая минута, кто-то в Соединенных Штатах умирает от сердечного заболевания, связанных с ИБС. [1,36,42] Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти среди людей большинства расовых, этнических групп, в том числе афро-американцев, латиноамериканцев и белых.

Для азиатских американцев или островов Тихого океана и американских индейцев или уроженцев Аляски, сердечно-сосудистые заболевания уступают только раку. [2,24,35] Сердечно-сосудистые заболевания обходятся США около \$ 207 млрд в год [3]. Эта сумма включает в себя стоимость медицинских услуг, лекарственных средств, а также потери производительности.

В Казахстане за 2011г. было проведено 2430

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

операций аортокоронарного шунтирования, за 2012г. было проведено 3366 операций аортокоронарного шунтирования, в 2013г. эта цифра составила 4614 операций, а в 2014г. - 4622 операций. [4]

В условиях АО НКЦ в 2012г. проведено 601 операций аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения, в 2013г. эта цифра составила 662 операции, в 2014г. - 624 операции, за 9 месяцев 2015г. проведено 392 операции. Существуют различные виды оперативного лечения на сердце, такие, как «off pump», т.е. на работающем сердце, а так же операции в условиях искусственного кровообращения (ИК). [23,26,44]

Долгая работа исследователей увенчалась успехом 6 мая 1953 г., когда J. Gibbon выполнил первую успешную операцию ушивания межпредсердного дефекта на открытом работающем сердце в условиях полного сердечно-легочного обхода. Проведение ИК в то время было сопряжено с большой затратой времени и труда. Модели используемых аппаратов состояли из физиологических узлов многоразового применения, требовали для своего заполнения большой объем донорской крови (до 4-6 л), были сложны в управлении и крайне ненадежны. На протяжении 57 лет с момента первой успешной операции на открытом сердце происходило постоянное усовершенствование аппаратов, появление оксигенаторов с минимальными первичными объемами заполнения и внедрение новых биосовместимых материалов. Все это минимизировало неблагоприятное воздействие перфузии на организм. [25,30,31]

Разработка и внедрение гемодилюции (Panico F., Neptune W., 1959 г.), гипотермии в сочетании с искусственным кровообращением (Sealy W., 1958 г.) и защиты миокарда (Melrose D.G., 1955 г.) способствовали оптимизации перфузионного протокола и повлекли за собой ряд фундаментальных исследований, посвященных изучению патофизиологических и клинических аспектов этих направлений [5,6,27,33,34,38].

На протяжении последних 60 лет происходило постоянное усовершенствование аппаратов ИК, появились оксигенаторы и экстракорпоральные контуры с минимальными первичными объемами заполнения, изготавливаемые из новых биосовместимых материалов. Внедрение гемодилюции, гипотермии и защиты миокарда способствовало оптимизации перфузионного протокола и повлекло за собой ряд фундаментальных исследований, посвященных изучению патофизиологических и клинических аспектов этих направлений. Несмотря

на все достижения, ИК по-прежнему остается нефизиологичной процедурой, расстраивающей все звенья гомеостаза. Пациентом современной кардиохирургической клиники все чаще становится крайне тяжелый больной, с повторным вмешательством и обширной сопутствующей патологией.

Главной целью кардиохирурга, как и много лет назад, является обеспечение безопасности пациента, имеющее технические и физиологические аспекты. [7,29,39,43]

Кардиохирургия с искусственным кровообращением приводит к гемодилюции, системной воспалительной реакции, активации коагуляции и фибринолиза, а также микроэмболизации, которая может также способствовать послеоперационной дисфункции органов. В попытке ослабить эти побочные эффекты, использование системы минимизированного искусственного кровообращения увеличилось. В сравнении с обычным традиционным искусственным кровообращением, они характеризуются уменьшенной площадью поверхности и уменьшенному контакту «кровь-воздух». [8,28,32,37]

Замкнутый контур искусственного кровообращения был разработан, чтобы избежать вредных последствий традиционного искусственного кровообращения, а именно снижение системного воспаления, сохранить функцию коагуляции и свести к минимуму потребность в трансфузии крови. [8]

Снижение системных маркеров воспаления и переливания крови, а также снижение уровня смертности на 30 дней и более низкое число случаев фибрилляции предсердий остается приоритетной задачей при исследовании клинических исходов при использовании системы искусственного кровообращения в замкнутом контуре. Сравнение двух различных систем не показали статистически значимой разницы клинических исходов, но превосходят традиционное (открытый контур) искусственное кровообращение с точки зрения переливаний эритроцитов, время вентиляции, продолжительность интенсивной терапии пребывания и повторной операции по устранению кровотечения. [9,40,41]

Безусловно, аорто-коронарное шунтирование выполнимо и на работающем сердце, однако известные проблемы аортокоронарного шунтирования на работающем сердце с точки зрения качества анастомоза, долгосрочности их проходимости и нестабильности гемодинамики в интраоперационном периоде, что безусловно отражается в сложности интраоперационного управления хирургом-анестезиологом. [10]

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Роль, которую минимизированное перфузионное кровообращение может играть в повседневной практике для сокращения переливания крови является существенной, влияние этого сокращения в трансфузии крови на долгосрочный результат пациентов является очень важным.

Кардиохирурги из Klinikum Braunschweig, Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Braunschweig, Germany провели исследование - Минимизированное перфузионное кровообращение, как альтернатива в хирургическом лечении Свидетелей Иеговы, в результате которого пришли к значительному сокращению потребностей переливания крови с использованием системы Rocsafe, что является решающим для данной когорты пациентов. [11]

Использование системы Rocsafe FX рассматривалось в работах Thorsten Wittwer, Yeong-Hoon Choi, Klaus Neef, Mareike Schink, Anton Sabashnikov and Thorsten Wahlers «Off-pump or minimized on-pump coronary surgery - initial experience with Circulating Endothelial Cells (CEC) as a supersensitive marker of tissue damage», а так же в работах Kutschka, J. Skorpil, T. Hajek, W. Harringer «Beneficial effects of modern perfusion concepts in aortic valve and aortic root surgery». Эти исследования являются той основой, на которой должны строиться работы по данной теме.

В исследованиях Castellheim A., Brekke O.L., Espevik T., Harboe M., Mollnes T.E. «Innate immune responses to danger signals in systemic inflammatory response syndrome and sepsis» показано, что системный воспалительный ответ, как реакция на искусственное кровообращение традиционным, т.е. открытым путем является достаточно частым явлением в современной кардиохирургии.

В исследованиях Riikka Rimpiläinen «Minimized cardio pulmonary bypass in extracorporeal circulation, a clinical and experimental comparison with conventional techniques» показано, что гемоделиционная анемия является неизбежным следствием аортокоронарного шунтирования с использованием традиционного искусственного кровообращения с использованием обычного первичного объема заполнения. Степень гемоделиционной анемии связана с предоперационным уровнем гемоглобина пациентов и первичного объема заполнения искусственного кровообращения. Потенциальные преимущества гемодилиции во время искусственного кровообращения открытым путем включают снижение вязкости крови и, таким образом, улучшенную микроциркуляцию. Чрезмерная гемодилиция, однако, может поставить под угрозу доставку кис-

лорода на уровне тканей. Несколько крупных исследований (Karkouti K. Prediction of massive blood transfusion in cardiac surgery. 2005) выявили связь между низким уровнем гематокрита во время искусственного кровообращения и послеоперационным осложнением и смертностью.

Современная кардиохирургия с искусственным кровообращением характеризуется уменьшением частоты осложнений в сочетании с повышенным профилем риска пациента и хирургической сложности. В связи с увеличением численности пожилых пациентов с более высоким показателем коморбидности для более сложной и длительной сердечной хирургии, существует необходимость понять механизмы, ведущие к конечной травме органов после операции на сердце, а также для определения стратегий их ослабления. [12,19]

Учитывая прогрессирование затрат и нагрузки на систему здравоохранения, даже с низким уровнем риска сердечной операции пациенты могут получить выгоду от стратегий для ослабления негативных последствий аорто-коронарного шунтирования, что возможно позволит более успешно сократить время пребывания пациента в больнице, а также уменьшить потребность времени в отделении интенсивной терапии.

Системный иммунный ответ, индуцируемый неинфекционными агентами называется синдромом системного воспалительного ответа. В настоящее время иммунная система определяется в контексте «модели опасности», как врожденного и адаптивного иммунитета. Все, что вызывает стресс тканей или повреждение воспринимается как опасность, которая мгновенно вызывает врожденную иммунную систему. В дополнение к экзогенному патогенезу связанных молекулярных моделей, эндогенные триггеры опасности могут активировать иммунные клетки. Триггеры опасности представляют собой молекулы, производимые в стрессовых и поврежденных тканях, подверженных травмами, ишемией, кровоизлиянием или других причин в условиях измененного гомеостаза [13,20]. Системный иммунный ответ является частым состоянием после искусственного кровообращения, происходя у 50% пациентов, перенесших плановую операцию на сердце [14,21]. Несомненно, что некоторая степень воспалительной реакции представляет собой соответствующую физиологическую реакцию пациента к хирургической травме и аортокоронарному шунтированию, и часто проявляется лишь в виде простой гипертермии, лейкоцитозом, тахикардией, гипотонией и избыточному накоплению межклеточной жидкости, которая

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

рассматривается даже в странах с низким риском для пациентов в неосложненной кардиохирургии и аорто-коронарным шунтированием. Быстрая гемодилуция при открытом искусственном кровообращении приводит к несравнимому сдвигу жидкости и разведению жизненно важных белков плазмы. Эти реакции наряду с повреждением ткани в операционном поле [15], возможное обратное переливание крови операционного поля [16], гипотермия [17] и кросс-аортальный зажим выступают в качестве триггеров, что распознаются рецепторами.

Иммунный ответ после операции на сердце, в частности аорто-коронарного шунтирования в какой-то степени, несомненно, жизненно важен, но может привести к дисфункции органов, когда он становится преувеличенным. Полученный результат в виде дисфункции органов, как правило, носит временный характер и ограничен, но может стать серьезным и клинически значимым у пациентов с ограниченным функциональным резервом, что приводит к послеоперационной заболеваемости и смертности. [18]

Покрытые поверхности проводящих систем искусственного кровообращения специальным материалом «X-coating», закрытые системы и центробежные насосы ранее были продемонстрированы для уменьшения воспалительных реакций и избежания кровопотери [19,20], хотя существуют и противоречивые результаты [21]. Данные исследования необходимо генерализовать для оптимизации работы замкнутого контура Rocsafe.

К неблагоприятным эффектам коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения относят гемодилуцию, коагулопатию, эндоксемию, микроэмболизм, системный воспалительный ответ, трансфузию крови.

В связи с этим, именно использование искусственного кровообращения с закрытым контуром Rocsafe позволяет значительно уменьшить время искусственной вентиляции и случаи послеоперационных осложнений, таких как, мерцательная

аритмия, послеоперационные кровотечения и другие. [7].

Многие вопросы данного раздела кардиохирургии недостаточно изучены. Так, требуют уточнения критерии выбора типа оксигенаторов искусственного кровообращения. Не до конца разработаны показания и противопоказания к использованию закрытого контура ИК. В литературе нет единого мнения о способах подключения аппарата ИК, подачи кардиоплегического раствора. Способно ли исключить или значительно снизить объем гемотрансфузии? Как снизить гемодилуцию при искусственном кровообращении? [22].

Такие осложнения как синдром системной воспалительной реакции, гемодилуция, коагулопатия учтены и проанализированы у 100 пациентов в проведенном исследовании 01.08.2014г.-31.12.2015г., по заказу «TERUMO Europe NV» в АО Национальном научном кардиохирургическом центре г. Астаны, с целью выявить преимущества использования системы ROC SAFE FX. Выделено 2 группы (экспериментальная группа и контрольная). В результате этого исследования были подробно изучены лабораторно-инструментальные анализы в пре-, интра- и после операционных периодах.

Интенсивное развитие хирургии работающего сердца способствует совершенствованию инновационных технологий коронарного шунтирования с искусственным кровообращением. Продолжаются научные разработки, направленные на уменьшение осложнений, связанных с искусственным кровообращением, при этом клинические исследования сообщают об уменьшении послеоперационных осложнений, продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии и стационаре, а так же меньшим использованием хирургических ресурсов. Одним из таких перспективных направлений является использование миниинвазивных контуров искусственного кровообращения с уменьшенным объемом первичного заполнения и площади чужеродной поверхности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Mozzafarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics - 2015 Update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:29-322.

Материалы Всемирной Организации Здравоохранения, 1965г.

2. Heron M. Deaths: Leading causes for 2008[PDF-

2.7M]. National vital statistics reports. 2012;60(6).

3. Mozzafarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133:38-360.

4. Статистические сборники МЗРК «Здоровье Населения Республики Казахстана. Деятельность

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Организаций Здравоохранения» в 2012, 2013, 2014годах.

5. Galetty P.M., Bricher G.A. Fundamentals and technique of the extracorporeal circulation. Moscow: Meditsina; 1966.

6. Osipov V.P. The principles of extracorporeal circulation. Moscow: Meditsina; 1976.

7. Т.Б. Аверина, «Искусственное Кровообращение» ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор - академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) РАМН, Москва 2013г.

8. Riikka Rimpiläinen «Minimized Cardiopulmonary Bypass in Extracorporeal Circulation Clinical and Experimental Comparison with Conventional Techniques», University Of Oulu, Faculty Of Medicine, Institute Of Clinical Medicine, Department Of Anaesthesiology, Department Of Surgery, 2011

9. M Harrer, F Waldenberger, R Moidl, G Weiss, S Folkmann, P Poslussny, M Gorlitzer, M Grabenwöger «Comparison of two different minimized extracorporeal circulation systems in reference to conventional cardiopulmonary bypass in patients with isolated coronary artery bypass surgery», Thorac cardiovasc Surg 2013; 61 - 26

10. Paul P.,HeinischN., Brigitta G., Aghlmandi S., Hans J.J., Thierry P. Carrel N., «Minimally Invasive Extracorporeal Circulation Circuit Is Not Inferior to Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting: Meta-Analysis Using the Bayesian Method Bernhard Winkler Department of Cardiovascular Surgery», Inselspital, and Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Switzerland, Ann Thorac Surg 09.2016;

11. A. El-Essawi, I. Breitenbach, K. Ali, P. Jungebluth, R. Brouwer, M. Anssarand W. Harringer. Minimized perfusion circuits: an alternative in the surgical treatment of Jehovah's Witnesses, Perfusion Aug., 2012.

12. Baillot RG, Joannisse DR, Stevens LM, Doyle DP, Dionne B &Lellouche F (2009) Recent evolution in demographic and clinical characteristics and in-hospital morbidity in patients undergoing coronary surgery. Can J Surg 52: 394-400.2009.

13. Castellheim A, Brekke OL, Espevik T, Harboe M &Mollnes TE (2009) Innate immune responses to danger signals in systemic inflammatory response syndrome and sepsis. Scand J. Immunol 69: 479-91.2009

14. Delannoy. Effect of Cardio pulmonary Bypass on Activated Partial Thromboplastin in Time Wave Form Analysis, Serum Procalcitonin and C-Reactive Protein Concentrations, CritCare 13 (6), R180. 2009 Nov 13.

15. Schmidt P., Hendrik M.; Müller-Werdan D.S., Ursula A.; Hoffmann R., Thomas T.; Francis H., Darrel P.,Piepoli B., Massimo F.,Hoyer A., Dirk D.; Werdan G., Karl T., Autonomic dysfunction predicts mortality in patients with multiple organ dysfunction syndrome of different age groups, Critical Care Medicine, September 2005 - Volume 33

16. Aldea GS, Soltow LO, Chandler WL, Triggs CM, Vocelka CR, Crockett GI, Shin YT, Curtis WE &Verrier ED (2002) Limitation of thrombin generation, platelet activation, and inflammation by elimination of cardiotomy suction in patients undergoing coronary artery bypass grafting treated with heparin-bonded circuits. J Thorac Cardiovasc Surg 123: 742- 55.2002

17. Grünenfelder J, Zünd G, Schoeberlein A, Schmid ER, Schurr U, Frisullo R, Maly F &Turina M (2000) Expression of adhesion molecules and cytokines after coronary artery bypass grafting during normothermic and hypothermic cardiac arrest. Eur J Cardiothorac Surg 17: 723-8.2000

18. Levy JH & Tanaka KA (2003) Inflammatory response to cardiopulmonary bypass. Ann ThoracSurg 75: S715-S720.2003

19. Moen O, Fosse E, Dregelid E, et al. Centrifugal pump and heparin coating improves cardiopulmonary bypass biocompatibility. Ann ThoracSurg 1996; 62: 1134-1140.

20. Nishida H, Aomi S, Tomizawa Y, et al. Comparative study of biocompatibility between open circuit and closed circuit in cardiopulmonary bypass. Artif Organs 1999; 23:547-551.

21. Nollert G, Schwabenland I, Maktav D, et al. Miniaturized cardiopulmonary bypass in coronary artery bypass surgery: marginal impact on inflammation and coagulation but loss of safety margins. Ann Thorac Surg 2005; 80: 2326-2332.

22. Hettridge A., Lambrin K, Retrograde Autologous Priming as a Safe and Easy Method to Reduce Hemodilution and Transfusion Requirements during Cardiac Surgery// Thorac Cardiovasc Surg, 2015 Mar 24.

23. Konstantinov I.E., Robert H. Goetz: the surgeon who performed the first successful clinical coronary artery bypass operation. Ann Thorac Surg. 2000.

24. Francesco F., Francesco B., Antonello M., Sciucchetti J., Vincenzo G., Leonello A., Gianluigi R., Orazio F., Fabrizio C., Clementina C., Myocardial revascularization with miniaturized extra corporeal circulation versus off pump: Evaluation of systemic and myocardial inflammatory response in a prospective and randomized study The journal of thoracic and cardiovascular surgery, May 2009 Volume 137, Issue 5, Pages 1206-1212.

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

25. Frank W. Sellke. Comparing On-Pump and Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting//Circulation 2005.
26. Redo N. Off-pump coronary artery bypass grafting via a left thoracotomy// Cardiovasc J Afr, Jan-Feb 2015.
27. Kopfill N., Retrograde Autologous Priming as a Safe and Easy Method to Reduce Hemodilution and Transfusion Requirements during Cardiac Surgery// Thorac Cardiovasc Surg, 2015 Mar 24.
28. Kutschka M., A New Minimized Perfusion Circuit Provides Highly Effective Ultrasound Controlled Deairing. Artificial Organs. 2007 Mar.
29. Trapp C., Schiller W., Mellert F., Halbe M., Lorenzen H., Welz A., Probst C. Retrograde Autologous Priming as a Safe and Easy Method to Reduce Hemodilution and Transfusion Requirements during Cardiac Surgery. Circulation. 2005.
30. Wittwer T., Choi Y.H., Neef K., Schink M., Sabashnikov A., Wahlers T.J. Cardiothorac Surg. Off-pump or minimized on-pump coronary surgery—initial experience with Circulating Endothelial Cells (CEC) as a supersensitive marker of tissue damage. 2011 Oct 19.
31. Gunaydin S., Sari T., McCusker K., Schonrock U., Zorlutuna Y. Clinical evaluation of minimized extracorporeal circulation in high-risk coronary revascularization: impact on air handling, inflammation, hemodilution and myocardial function. Perfusion. 2009 May.
32. Kutschka I., Skorpil J., El Essawi A., Hajek T., Harringer W. Beneficial effects of modern perfusion concepts in aortic valve and aortic root surgery. Perfusion. 2009 Jan.
33. Skorpil J., Hajek T., Staszko m. A minimized perfusion circuit is safe - no line on the horizon. 1st cardiac surgery session coronary, april 15, 2010.
34. Skorpil J., Hajek T., Mikulenko V., Zlocha V., Siroky J., Urban M., Frdlik J. Management of penetrating cardiac stab injuries - single centre results, 1st cardiac surgery session coronary, april 15, 2010.
35. Al-Ruzzeh S. Effect of off-pump coronary artery bypass surgery on clinical, angiographic, neurocognitive and quality of life outcomes: randomized controlled trial// BMJ- 2006 Jun 10.
36. Reeves B.C. Morbidity and mortality following conversion from off-pump to on-pump coronary surgery / Eur J Cardiothoracic surgery / 2006 Jun.
37. Haneya A., Phillip A., Schmid C. Minimised versus conventional cardiopulmonary bypass: outcomes in high-risk patients/ Eur J Cardio thoracic surgery / 2009.
38. Loganathan S., Nieh C.C., Emmert M.Y. Off-pump versus on-pump coronary artery bypass procedures: post-operative complications in Asian population. Ann Acad Med Singapore 2010.
39. Feng Z.Z., Shi J., Zhao X.W., Xu Z.F. Meta-analysis of on-pump and off-pump coronary arterial revascularization. Ann Thorac Surg 2009.
40. Chu D., Bakaeen F.G., Dao T.K., Lemaire S.A., Coselli J.S., Huh J. On-pump versus off-pump coronary artery bypass grafting in a cohort of 63000 patients. Ann Thorac Surg 2009.
41. Panday GF, Fischer S, Bauer A: Minimal extracorporeal circulation and off - pump compared to conventional cardiopulmonary bypass in coronary surgery. Interact Cardiovasc Thorac Sug 2009;9:832-836
42. Wijns W, Kolh P, Danchin N: Guidelines on myocardial revascularization. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Eur Heart J 2010, 31:2501-2555.
43. Puehler T, Haneya A, Phillip A, Minimal extracorporeal circulation: an alternative for on-pump and off-pump and off-pump coronary revascularization. Ann Thorac Surg 2009, 87:766-772.
44. Effect of Cardiopulmonary Bypass on Activated Partial Thromboplastin Time Waveform Analysis, Serum Procalcitonin and C-Reactive Protein Concentrations
B Delannoy. [Crit Care](#) 13 (6), R180. 2009 Nov 13.

ТҮЙІНДЕМЕ

БЕКТАШЕВ Д.Б.

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қаласы.

«Ұлттық ғылыми кардиохирургия орталығы» АҚ, Астана қаласы.

ТӘЖДІК ШУНТТАУ ОПЕРАЦИЯЛАРЫ КЕЗІНДЕ ROCSAFE ЖҮЙЕСІНІҢ ЖАБЫҚ КОНТУРЫН ПАЙДАЛАНУДЫ ОҢТАЙЛАНДЫРУ

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Кардиохирургияның қарқынды дамуы жасанды қан айналыммен тәждік шунттаудың жаңа технологияларын жетілдіруге мүмкіндік береді. Тәждік шунттау операциясы кезінде Rocsafe жүйесінің жабық контурын қолдану болашағы зор бағыттардың бірі болып табылады.

Мақалада операциядан кейінгі асқынулар жағдайында және жасанды желдету (вентиляция) уақытын қысқартуға мүмкіндік беретін клиникалық зерттеулерге шолу жасалған.

Сонымен қатар, жасанды қан айналымы оксигенатор түрін таңдаудың критерийлерін айқындауды талап етеді, жасанды қан айналымының жабық контурын қолданудың көрсеткішін және қарсы көрсеткішін дамыту қажет.

Түйінді сөздер: Тәждік-қолқалық шунттау операциялары, жасанды қан айналымы, Rocsafe жүйесінің жабық контуры, ғылыми клиникалық зерттеулер, инновациялық технологияларды жетілдіру

SUMMARY

D.B. BIKTASHEV

JSC «Astana medical university», Astana city
JSC» National research cardiac surgery center»

OPTIMIZATION OF USING CLOSED CONTOUR OF ROCSAFE SYSTEM IN OPERATION OF CORONARY BYPASS

Intensive development of cardiosurgery promotes improvement of innovative technologies in coronary bypass surgery with artificial blood circulation.

One of perspective directions in cardiosurgery is usage of closed contour of Rocsafe system in coronary bypass surgery.

In this article is given the review of such scientific clinical investigations, allowing to reduce the time of artificial ventilation and postoperative complications. In addition, criteria in choosing the type of oxygenator of artificial blood circulation requires more precise definition. It is necessary to work out indications and contra-indications of usage closed contour of artificial blood circulation.

Key words:

Coronary artery bypass grafting, artificial blood circulation, closed contour of Rocsafe system, scientific clinical investigations, improvement of innovative technologies.



УДК: 616.4-008.847.79 (100)

ФУРСОВ Р. А., ОСПАНОВ О. Б.

АО «Медицинский университет Астана», кафедра эндохирургии

ОЖИРЕНИЕ - ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО МИРА

Аннотация: Показатель распространения ожирения неуклонно растёт. Проблема ожирения принимает глобальный характер. Изучены литературные данные по данной тематике.

Ключевые слова: ожирение

Ведущие мировые учёные и международные

организации, занимающиеся проблемами здорового образа жизни, с тревогой констатируют, что в последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается высокая распространённость ожирения [1,2,3]. Причём количество лиц с лишним весом достаточно высоко на всех континентах,

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

регистрируется во многих странах, независимо от уровня их экономического развития, а проблема ожирения в большей степени не коррелирует с социальным статусом индивидуума [3,4,5]. Многие учёные убедительно подтверждают, что, показатель распространённости избыточной массы тела и ожирения растёт почти во всех странах, даже в странах с низким уровнем дохода, где одновременно сосуществуют и высокие показатели массы, и недоедание, и дефицит питательных микроэлементов. Stevens G. A. с соавторами (2012) обнаружил, что в 2008 году в Центральной, Южной и Северной Америке, Средней Азии и Африке имеются субрегионы с самым высоким уровнем распространённости ожирения (от 27 до 31 процентов) [6]. Подобная статистика вызывает беспокойство на фоне проблем, связанных с недоеданием и голодом (или скрытым голодом) в отдельных регионах планеты. Так, в связи с социальным и экономическим неравенством международное сообщество разработало комплекс мер «необходимых для преодоления хронической нехватки энергии, поступающей с пищей, и достижения к 2030 году нулевого голода», которые представлены Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН (FAO) [7]. В подобной ситуации с нерешёнными вопросами по обеспечению населения продуктами питания проблема ожирения представляется не до конца понятным и парадоксальным явлением. Так рост числа больных с диагнозом ожирения во всем мире, особенно в настоящем столетии настолько интенсивен, что в 2008 году Всемирная Организация Здравоохранения признала ожирение эпидемией XXI века и предложила разработать всемирную программу по осуществлению глобальной стратегии по профилактике данной патологии, а также сопутствующих заболеваний, которые приводят

к увеличению массы тела [7,8,9,10]. Получила признание и концепция о необходимости профилактики, а также мероприятий по лечению ожирения, чтобы помочь людям с избыточным весом и ожирением предотвратить вторичные осложнения [11,12,13,14]. Большинство учёных было признано, что для выработки совместных усилий по борьбе с лишним весом послужили неутешительные данные последних лет. Например, по данным ВОЗ, с 1980 года по настоящий период число лиц во всем мире, страдающих ожирением, удвоилось. Глобальная распространённость людей с избыточным весом (в совокупности с ожирением) выросла во всех регионах, с преобладанием среди взрослых и увеличением от 24 % до 34 % (в период с 1980 по 2008 год). Причём распространённостью только ожирения увеличилась ещё быстрее, в два раза с 6 до 12 %. [1,6]. Так, по состоянию на 2005 год свыше 1,6 млрд. населения земли имели избыточный вес, в том числе более 400 млн. — ожирение [15]. А к 2015 году количество лиц с избыточной массой тела уже достигло ранее прогнозируемого специалистами числа - свыше 2 млрд., при чём у 700 млн. людей имеются все клинические признаки ожирения. Избыточная масса тела чаще отмечена у мужчин, в то время как ожирением страдают преимущественно женщины [8, 10,16]. Эпидемиологические исследования показали, что лидерами по распространённости избыточной массы тела и ожирения являются страны Североамериканского континента, затем Латинской Америки и Западной Европы [17]. Ниже в таблице 1 приведены выборочные данные с перечнем стран, которые по результатам доклада FAO (Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН, 2013) страдают от ожирения больше всего.

Таблица 1. Страны с высоким уровнем ожирения среди населения по данным FAO (2013 г)

Страна	% людей, страдающих от ожирения	Страна	% людей, страдающих от ожирения
Мексика	32,8	Ливан	28,2
США	31,8	Новая Зеландия, Словения	28,0
Сирия	31,6	Сальвадор	27,9
Венесуэла, Ливия	30,8	Мальта	27,6
Тринидад и Тобаго	30,0	Панама, Антигуа	26,8
Вануату	29,8	Израиль	26,5
Ирак, Аргентина	29,4	Австралия, Сент-Винсент и Гренадины	26,1

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Продолжение			
Страна	% людей, страдающих от ожирения	Страна	% людей, страдающих от ожирения
Турция	29,3	Доминика	26,0
Чили	29,1	Великобритания, Россия	24,9
Чехия	28,7	Венгрия	24,8

Как видно из результатов анализа наибольшее количество лиц, страдающих ожирением проживает в Мексике. Однако, по другим данным на которые указывают российские исследователи (Бардымова Т. П., Михалева О. Г, Березина М. В., 2011) [15] первенство по распространённости избыточного веса и ожирения всё-таки принадлежит США. По официальной статистике, в США количество больных с ожирением увеличивается на 50 % каждые десять лет, и к настоящему времени избыточную массу тела либо ожирение имеют более половины населения, а по другим данным — этот показатель доходит уже до 62 % у женщин и 71 % у мужчин. При сохранении таких темпов роста забо-

леваемости к середине 21 века все взрослое население Америки будет страдать избыточной массой тела либо ожирением [18,19,20,21,22].

С другой стороны, учитывая последние публикации следует предположить, что наибольшая угроза получить лидерство на долгие десятилетия вперёд по распространённости ожирения и избыточной массы тела имеется у жителей Китая. Например, достаточно интересное наблюдение медиков из NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) было опубликовано в журнале The Lancet в 2016 году [23]. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Страны с высоким уровнем ожирения среди населения по данным NCD-RisC (2016 г)

Rank	Country	Millions of obese men (% of global obesity)	Rank	Country	Millions of obese women (% of global obesity)
1	China	43,2 (16,3)	1	China	46,4 (12,4)
2	USA	41,7 (15,7)	2	USA	46,1 (12,3)
3	Brazil	11,9 (4,5)	3	India	20,0 (5,3)
4	Russia	10,7 (4,0)	4	Russia	18,7 (5,0)
5	India	9,8 (3,7)	5	Brazil	18,0 (4,8)
6	Mexico	8,9 (3,3)	6	Mexico	13,9 (3,7)
7	Germany	8,3 (3,1)	7	Egypt	10,2 (2,7)
8	UK	6,8 (2,6)	8	Turkey	9,9 (2,6)
9	Italy	5,8 (2,2)	9	Germany	8,5 (2,3)
10	France	5,6 (2,1)	10	Iran	8,0 (2,1)

В своём исследовании учёные проанализировали индекс массы тела (ИМТ) 19,2 миллиона людей (9,9 млн. мужчин и 9,3 млн. женщин) старше 18 лет из примерно 200 стран, представляющих 21 регион Земли. Использованный материал охватывал данные, собранные с 1975 по 2014 год. По этим данным самое большое число страдающих ожирением насчитывается в Китае: а именно - 43,2 миллиона мужчин и 46,4 миллиона женщин [23].

Достаточно высокая доля страдающих ожирением наблюдается и в других регионах планеты. Например, увеличилось количество зарегистрированных в Ирландии, Кипре и на Мальте. Самая низкая доля отмечена в странах Южной Азии (где четверть населения наоборот имеет недостаточную массу тела), а также в Центральной и Восточ-

ной Африке [23]. И всё же по распространённости ожирения на лидирующих позициях продолжают оставаться и страны Западной Европы. По последним данным, в странах Европейского союза до 130 млн. человек страдают ожирением, и ещё 400 млн. имеют избыточный вес. Показано, что 60 % англичан и 50 % немцев имеют ожирение либо избыточную массу тела. В некоторых странах Восточной Европы доля полных людей доходит до 38 % [18,19,21,22]. По результатам выборочных исследований в России, до 30 % трудоспособного населения имеют избыточную массу тела и 25 % — ожирение [16 - 26]. Однако ежегодный прирост в указанных странах не так стремителен, как в других. Например, в тихоокеанских государствах. Отмечено, что в странах Восточного региона (осо-

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

бенно Китае и Японии), где ожирение ранее встречалось несколько реже, наблюдается быстрый прирост числа людей с избыточной массой тела до 24 % среди взрослого населения [19-30]. Во всех регионах мира неуклонно растёт распространённость ожирения и у детей и подростков. По оценкам ВОЗ, 30 млн. (25 %) детей имеют избыточную массу тела, 15 млн. (15 %) страдают ожирением, причём распространённость ожирения выше среди девочек. В результате проведённых исследований получены данные, которые позволяют предположить, что до 10 % детей могут иметь клиническое ожирение и что большое число детей, имеющих избыточный вес, сохраняет его и во взрослом возрасте [7, 27,28]. По оценкам специалистов, распространённость ожирения среди детского населения в России колеблется от 3 — 5 до 20 % [27]. Учитывая результаты исследований, проведённых независимыми экспертами занимающимися проблемами питания, отмечается увеличение количества тучных людей в Республике Казахстан (в том числе и среди детей). Так, из материалов, полученных при изучении доступной нам литературы следует, что по данным национальных исследований (проведённых ещё в 1995 и 1996 годы) в Казахстане 42% взрослого населения (или 4,36 миллиона людей) имели избыточную массу тела (27%) или ожирение (15%). При этом чаще страдали женщины (47%), несколько меньше мужчины (42%). [23,28,29]. В 2008 году каждая вторая женщина (50,6%) и несколько меньший процент мужчин (45,4%) в возрасте 25-59 лет имели избыточную массу тела (29% женщин и 34,4% мужчин) или ожирение (25,7% женщин и 11% мужчин). Эти состояния встречались в 4,5 раза реже среди мужчин (10,2%) и женщин (11,5%) в возрасте 15-24 года.

В 2012 году исследования, проведённые Казахской академией питания, показали, что средняя распространённость избыточной массы тела составила 30,6% у женщин и 36,8% у мужчин; средняя распространённость ожирения составила 27,6% у женщин и 15,9% у мужчин. Это говорит о том, что более половины населения Казахстана страдают избыточной массой тела и ожирением [29]. В 2005 году около 9% детей до 5-летнего возраста страдали избыточным весом или ожирением. В 2006 году избыточную массу тела или ожирение имели 11,4% детей до 5-летнего возраста. Что касается общего количества детей, то каждый пятый ребё-

нок в РК в возрасте от 1 до 14 лет (21,5%) имеет избыточную массу тела и ожирение, причём половина из них - только ожирение [23,28,29,30,31,32]. По другим результатам подсчёта и материалам всемирной организации здравоохранения за 2000 год в Казахстане каждый четвёртый (24,4%) страдал ожирением. В 2013 г указанная цифра выросла уже в двое [23,28,29,31,32]. Учитывая важность данного вопроса для здоровья населения РК, невозможно не обратить внимание на картографические данные заболеваемости ожирением которые были получены после обобщения результатов ретроспективного статистического анализа и опубликованные в 2011 году (за 2004 - 2008 гг). [31]. Так, за пятилетний период с 2004 по 2008 г. в республике впервые было зарегистрировано 54 228 случаев ожирения. Высокие экстенсивные показатели ожирения были установлены в Восточно-Казахстанской (9,8%), Павлодарской (9,8%) и Южно-Казахстанской (11,8%) областях, а также в г. Алматы (13,7%). Низкие экстенсивные показатели ожирения были Атырауской (2,2%), Западно-Казахстанской (2,3%) и Жамбылской (2,6%) областях. Далее следует, что среднегодовой показатель заболеваемости ожирением в республике составил $71,1 \pm 4,1$ на 100 000 всего населения ($95\% \text{ ДИ} = 63,0 - 79,20/0000$). В динамике показатели заболеваемости ожирением имели тенденцию к росту с $62,50/0000$ (2004 г.) до $77,40/0000$ в 2008 году. При выравнивании показателей заболеваемости ожирением также была установлена вышеуказанная тенденция к росту, среднегодовой темп прироста составил $T_{пр} = +5,5\%$.

Таким образом можно сделать основной вывод: ожирение быстрыми темпами поражает население всех стран и континентов, и представляет глобальную угрозу здоровью планетарного масштаба. Также можно отметить, что, не смотря на наличие значительного социально-экономического неравенства по различным странам мира, тенденция по распространённости ожирения имеет одинаковые показатели и не зависит от развития указанных стран и регионов. Созревшая потребность контроля за эпидемией ожирения должна быть постоянной со стороны органов здравоохранения. Необходимо осуществлять мониторинг больных с ожирением для принятия своевременных профилактических мер и хирургического (бариатрического) вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Finucane M. M., Stevens G. A., Cowan M. J., Danaei G., et al. Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index): National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9,1 million participants //Lancet - 2011; 377: p.557-567.
2. World Health Organization: Fact Sheet № 311 (May 2012). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
3. Отчёт продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (FAO) за 2013 г. //IFPRI (International Food Policy Research Institute) 2014; 2013 Global Food Policy Report - Washington, DC, IFPRI; 41p.
4. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee /WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995;
5. Frezza EE, Wachtel MS, Ewing BT. The impact of morbid obesity on the state economy: an initial evaluation. *Surg Obes Relat Dis* 2006; 2:504.
6. Stevens G.A., Singh G.M., Lu Y., Danaei G., et al. Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index) National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences//*Popul. Health Metr.* 2012 - Nov. 20;10(1):22. doi: 10.1186/1478-7954-10-22.
7. Достижение нулевого голода. Критическая роль инвестиций в социальную защиту и сельское хозяйство /Economic and Social Development Department; Agricultural Development Economics Division. - FAO; WFP; IFAD; 2015.- № 14951.-39 p.
8. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894: i.
9. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000;
10. WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Health Communications Australia: Melbourne, 2000;
11. James WPT, Chen C, Inoue S. Appropriate Asian body mass indices? //Obesity Review, 2002; 3:139;
12. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 2004; 157-163;
13. Colquitt J, Clegg A, Loveman E et al (2005) Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 4(4):CD003641;
14. Wei-Jei Lee, Po-Jui Yu, Weu Wang, Tai-Chi Chen, Po-Li Wei, Ming-Te Huang. Laparoscopic Roux-en-Y Versus Mini-Gastric Bypass for the Treatment of Morbid Obesity: A Prospective Randomized Controlled Clinical Trial //Ann. Surg. 2005 July; 242(1).
15. Бардымова Т. П., Михалева О. Г., Березина М. В. //Бюллетень Восточно - Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук - 2011- Вып.№ 5 - С.203-206.
16. Бурков С.Г., Ивлева А.Я. Избыточный вес и ожирение — проблема медицинская, а не косметическая //Ожирение и метаболизм- 2010. - № 3. - С. 15.
17. Prevalence of Obesity: A Public Health Problem Poorly Understood //FAO and WHO, 2013. (<http://www.fao.org/publications>).
18. Бурков С.Г., Ивлева А.Я. Избыточный вес и ожирение - проблема медицинская, а не косметическая //Ожирение и метаболизм - 2010 - № 3 - С. 15.
19. Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины //Ожирение и метаболизм - 2011 - № 1 - С. 5-17.
20. Савельева Л.В. Современная концепция лечения ожирения //Ожирение и метаболизм - 2011 - № 1 - С. 51-55.
21. Свиридова С.Т. Лишний вес: в новый год налегке //Фармацевт. вестн. - 2009 - № 38 - С. 16-17.
22. Gut microbiota and its possible relationship with obesity / J.K. Di Baise et al. //Mayo Clin. Proc. — 2008. — Vol. 83, N 4. — P. 28 — 32.
23. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants: NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) //Lancet - 2016, Vol. 387, N.10027, p1513-1530.
24. Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика //Ожирение; под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М., 2004 - С. 16-36.
25. Мельниченко Г.А., Комшилова К.А., Берковская М.А. Опыт применения преперата Орсоген (орлистат) у больных ожирением //Ожирение и

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

метаболизм. - 2010. - № 1. - С. 46 - 49.

26. Проект рекомендаций экспертного комитета Российской ассоциации эндокринологов. Диагностика и лечение ожирения у взрослых //Ожирение и метаболизм. - 2010. - № 1. - С. 76-81.

27. Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте //Ожирение и метаболизм. - 2004. - № 1. - С. 17-19.

28. Витебская А.В. Влияние перинатальных факторов на развитие ожирения во взрослом возрасте //Ожирение и метаболизм - 2010 - № 1 - С. 11-13.

29. Избыточная масса тела и ожирение в Казах-

стане //Бюллетень Казахской академии питания, 2014 - 8 с.

30. Frezza EE, Wachtel MS, Ewing BT. The impact of morbid obesity on the state economy: an initial evaluation. Surg Obes Relat Dis 2006; 2:504.

31. Игисинов Н. С., Балтакаева А. М. Пространственная оценка заболеваемости ожирением в Казахстане //Молодой ученый. - 2011. - №2. - Т.2. - С. 153-156.

32. Бердыгалиев А.Б., Чуенбекова А.Б., Кайнарбаева М.С. и др. //Вестн. Казахского Национ. мед. университета - 2015 - №1 - С. 409 -414.

ТҮЙІН

ФУРСОВ Р. А., ОСПАНОВ О. Б.

«Астана медицина университеті» АҚ, эндовидеохирургия кафедрасы

СЕМІЗДІК - ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)

Семіздіктің таралуы жыл сайын көбейеді. Семіздік мәселесі ғаламдық сипат алып келе жатыр. Осы мәселеге орай әдебиеттік шолу жасалынды.

SUMMARY

FURSOV R. A., OSPANOV O. B.

JSC «Medical University Astana», department endovideosurgery

OBESITY - IS A PROBLEM IN THE MODERN WORLD (REVIEW)

Prevalence of obesity has been growing steadily. Obesity takes a global character. Studied literature data of this subject.



УДК: 613.693+616.6

ЖУСУПОВ А.М., СУЛТАНГАЗИН К.К., ЖАКСЫЛЫКОВ Т.Т, ИЛЬЯСОВ Б.Ж.

РГУ «Главный военный клинический госпиталь МО РК», г. Астана

РГУ «Центральная военно-врачебная комиссия МО РК», г. Астана

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПРИЧИН ДИСКВАЛИФИКАЦИИ АВИАЦИОННОГО ПЕРСОНАЛА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ КАЗАХСТАНА

Аннотация

Данная статья посвящена изучению причин дисквалификации авиационного персонала Военно-воздушных сил Вооруженных Сил Республики Казахстан (АП ВВС ВС РК) к летной работе (ЛР) от болезней мочеполовой системы (БМПС), которая является актуальнейшей проблемой авиационной медицины (АМ), направленной на увеличение летного долголетия (ЛД) военных летчиков с максимальным сохранением их социальной активности и обеспечением безопасности полетов. В статье исследуются структура и распространённость БМПС среди АП по профессиональным, возрастным группам и видам авиации. В результате проведенного анализа разработаны основные направления деятельности авиационной медицины по профилактике данной заболеваемости у АП.

Ключевые слова: врачебно-лётная экспертиза, летная работа, дисквалификация, авиационная медицина, авиационный персонал, летный состав, болезни мочеполовой системы, летное долголетие.

Актуальность. Специфика ЛР оказывает существенное влияние на течение заболеваний у АП. Вследствие этого уменьшается ЛД и до 85% летного состава (ЛС) в возрасте 31-45 лет дисквалифицируется по медицинским показаниям [1-3]. Решение проблемы сохранения ЛД АП является АМ, направленной на увеличение военно-профессионального долголетия (ВПД) летчиков и обеспечение безопасности полетов.

Медицинская дисквалификация лиц ЛС на 80 % связана с предотвращением внезапной потери работоспособности. Формально заключение врачебно-экспертной комиссии должно гарантировать сохранение летной трудоспособности в течение года до следующего освидетельствования. В Руководстве по авиационной медицине ИКАО (Международная организация гражданской авиации) достаточным для дисквалификации основанием при ряде заболеваний признается плохой прогноз на

ближайшие 2 года.

Поэтому АП ВВС ВС РК обязан периодически проходить стационарное медицинское освидетельствование в военных госпиталях. При изменении степени годности к ЛР по состоянию здоровья экспертные документы АП в виде свидетельств о болезни направляются в Центральную военно-врачебную комиссию Министерства обороны Республики Казахстан (ЦВВК МО РК), где решение о их годности утверждается или не утверждается. Свидетельство о болезни - это документ военно-медицинского учета, в котором оформляются результаты военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) (в том числе врачебно-летной), отражающие состояние его здоровья, годность его к дальнейшей воинской службе и связь ранения, травмы (поражения, заболевания) с пребыванием в военных действиях или прохождением воинской службы. Врачебно-лётная экспертиза (ВЛЭ) является составной частью ВВЭ, которая решает задачи ВВЭ в отношении лиц АП и определяет годность граждан, поступающих в военные учебные заведения (далее - ВУЗ) по подготовке ЛС и курсантов ВУЗ - к летному обучению, ЛС (летчиков, штурманов, бортовых инженеров, механиков, радистов) к ЛР, другого АП: планеристов и воздухоплателей - к полетам на соответствующих типах летательных аппаратов; группы парашютистов (ГП) - к парашютным прыжкам; лиц группы руководства полетами (ГРП), операторов воздушного движения - к руководству полетами [4,5].

Анализ ряда работ показывает, что болезни мочеполовой системы (БМПС) среди хронических неинфекционных болезней встречается у 6-20% населения [6,7]. В Казахстане заболеваемость БМПС среди взрослого населения занимает третье место после болезней органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [8].

Цель исследования. В ходе нашей работы необходимо выявить среди АП ВВС ВС РК структуру БМПС, приведших к дисквалификации

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

их к ЛР, распределить и сравнить БМПС АП по профессиональным и возрастным группам, по видам авиации; разработать основные практические рекомендации по профилактике развития БМПС у АП.

Материалы и методы исследования.

В этой связи, нами по материалам 238 свидетельств о болезни ЦВВК МО РК за 10 лет, в период с 2005 по 2014 годы, проведен анализ причин дисквалификации АП от БМПС [9]. Анализ проводился в трех возрастных группах (I группа - 30 лет и моложе, II группа - 31-40 лет, III группа - 41 год и старше) среди ЛС (летчики, штурманы, бортовые техники и радисты) по видам авиации (истребительная (ИА), истребительно-бомбардировочная (ИБА), вертолетная (ВА), военно-транспортная (ВТА)), а также среди ГРП и ГП.

Результаты и их обсуждение. Доля БМПС в структуре всех заболеваний, приведших к дисквалификации АП составила 10,6% от общего числа болезней. При этом, на долю ЛС приходилось 9,8%, а на долю ГРП и ГП -12,5% БМПС.

Структура БМПС среди ЛС была представлена следующим образом: на первом месте, хронический пиелонефрит (ХП) - 36,1%; на втором месте, заболевания предстательной железы (ЗПЖ) - 18,5%; на третьем месте, мочекаменная болезнь (МКБ) - 17,6%; на четвертом месте, мочекаменная болезнь (МКБ) - 17,6%; на пятом месте, мочекаменная болезнь (МКБ) - 11,1%; на пятом месте, аномалии развития мочеполовой системы (АМПС) - 10,2%; на шестом месте, нефроптоз (НП) - 4,6%; на седьмом месте, опухоли мочеполовой системы (ОМПС) - 1,9% (см. таб. № 1).

Таблица № 1 - Структура БМПС среди ЛС (в %).

№ п/п	БМПС	Возрастные группы			Всего
		30 лет и моложе	31-40 лет	41 год и старше	
1.	ХП	28,2	43,6	28,2	36,1
2.	ЗПЖ	30,0	50,0	20,0	18,5
3.	МКБ	52,6	26,3	21,1	17,6
4.	МКД	16,7	33,3	50,0	11,1
5.	АМПС	45,5	45,5	9,0	10,2
6.	НП	40,0	60,0	-	4,6
7.	ОМПС	-	50,0	50,0	1,9
Итого:		33,3	41,7	25,0	100

В возрастных группах ЛС БМПС преобладали во второй и первой группе, 41,7%, и 33,3% соответственно. ХП (43,6%) и ЗПЖ (50%) выявлены больше во второй возрастной группе, МКБ (52,6%) - в I группе, МКД (50%) - в третьей группе, а АМПС (по 45,5%) - в I и во II возрастных группах.

БМПС встречались среди летчиков (79,6%) в 7 раз чаще, чем среди штурманов (11,1%), и в 17 раз больше, чем у бортовых техников и радистов (по 4,6%).

По видам авиации летчики ИА (48,8%) в большей степени подвержены БМПС, чем летчики: ВТА (26,7%), ВА (19,8%) и ИБА (4,7%). Среди штурманов, бортовых техников и радистов дисквалификация специалистов от БМПС больше выражена в ВТА: 75%, 80% и 60%, соответственно.

В возрастных группах летчиков ИА БМПС преобладают в I (42,9%) и во II (31%) возрастных группах. ХП среди летчиков ИА (38%) и ИБА (50%) встречается в 2 раза чаще, чем ЗПЖ: ИА (16,7%), ИБА (25%). МКБ среди летчиков ИА

больше в первой возрастной группе (62,5%), чем во II (12,5%) и в III группах (25%). Проявление МКД у летчиков ИА, наоборот, больше во второй (50%) и третьей (33,3%) группах, чем в первой возрастной группе (16,7%).

У летчиков ВА БМПС преобладали во II группе (41,2%) в 1,4 раза чаще, чем в I и III возрастных группах (по 29,4%). ХП у ВА (47,1%) встречался почти в 8 раз чаще, чем ЗПЖ (5,9%). МКБ - только в I и III возрастных группах (по 50%).

Среди летчиков ВТА II возрастной группы (65,2%) БМПС прослеживались почти в 4 раза больше, чем в I и III группах (по 17,4%). ХП у летчиков ВТА (26,1%) встречался в 1,5 раза реже, чем ЗПЖ (39,1%). МКБ - тоже только в I (25%) и III (75%) возрастных группах.

У штурманов ВТА БМПС преобладали в первой возрастной группе (66,7%) в 2 раза чаще, чем в третьей группе (33,3%). Среди заболеваний БМПС: на первом месте, ХП - 33,3%; второе место, разделили ЗПЖ и АМПС - по 22,2%; третье место - МКБ и явления МКД - по 11,1%.

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Среди бортовых техников и радистов ВТА БМПС встречались, соответственно, только во второй и в третьей возрастных группах. У бортовых техников ВТА БМПС были представлены АМПС - 75% и ХП - 25%, а среди бортовых радистов ВТА - ЗПЖ и явлениями МКД.

В ГРП БМСП во II возрастной группе на 13% выше, чем в I группе (26,1%), и на 4,3% больше, чем в III группе (34,8%). Среди БМПС: ХП - 39,1%; МКБ - 21,7%; МКД - 17,4%; АМПС - 13%; НП и киста почек - по 4,3% (см. таб. № 2).

Таблица № 2 - Структура БМПС среди ГРП (в %).

№ п/п	БМПС	Возрастные группы			Всего:
		30 лет и моложе	31-40 лет	41 год и старше	
	ХП	22,2	44,4	33,3	39,1
	МКБ	40,0	40,0	20,0	21,7
	МКД	25,0		75,0	17,4
	АМПС	33,3	66,7	-	13,2
	НП	-	100,0	-	4,3
	Киста почек	-	-	100	4,3
Итого:		26,1	39,1	34,8	100

У ГП половина БМПС приходилось на I возрастную группу (50%), а остальные - на III группу (37,5%) и на II группу (12,5%). БМПС были распределены следующим образом: ХП - 37,5%; АМПС и состояния после оперативного вмешательства (пластика лоханочно-

мочеточникового сегмента, по Альбаррану по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента и уретеропиелонеоанастомоз по Альбану по поводу фиксированного перегиба лоханочно-мочеточникового сегмента) - по 25%; МКД - 12,5% (см. таб. № 3).

Таблица № 3 - Структура БМПС среди ГП (в %).

№ п/п	БМПС	Возрастные группы			Всего:
		30 лет и моложе	31-40 лет	41 год и старше	
1.	ХП	33,3	33,3	33,3	37,5
2.	АМПС	50,0	-	50,0	25,0
3.	Состояние после операций мочеполовой системы	100,0	-	-	25,0
4.	МКД	-	-	100,0	12,5
Итого:		50,0	12,5	37,5	100

Выводы. Таким образом, проведенный нами анализ дисквалификации АП от БМПС позволил прийти к следующим выводам:

1. Причины дисквалификации АП от БМПС соответствуют общему статистическому уровню (6-20% населения) и составили - 10,6%.

2. ЛС (77,7%) в 3,5 раза подвержен дисквалификации от БМПС больше, чем другой АП (ГРП - 16,9%; парашютисты - 5,8%).

3. ВовсехгруппахАПвструктуреБМПСнаиболее чаще встречались следующие заболевания: ХП во второй возрастной группе - в 37,7±1,3 % случаев, кроме ГП; МКБ, за исключением ГП, в 20±2 % случаев, преимущественно в молодом возрасте, при этом также как и в работах Гарилевича Б.А.,

2011 г., размеры камней небольшие, с преимущественной локализацией их в чашечках почек [10]; АМПС, за исключением ГП, в 16±7,5% случаев преимущественно в I-II возрастных категориях.

Заключение. В целях профилактики развития дисквалификации АП от БМПС и продления их ВПД основными направлениями работы АМ ВВС ВС РК должны быть следующие мероприятия:

Для профилактики развития ХП - своевременное лечение инфекций мочевыводящих путей и предупреждение переохлаждения организма.

2. Для профилактики развития МКБ - своевременное лечение заболеваний паразитовидной железы и других органов внутренней секреции, органов пищеварения, диетическое питание с

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

ограничением в рационе пуринов, употребление доброкачественной питьевой воды и регулярные занятия спортом.

3. В перечне обязательного медицинского обследования граждан, поступающих в ВУЗ по подготовке ЛС и курсантов этих ВУЗ к ЛР, - включение, при необходимости, по показаниям

дополнительных диагностических обследований органов малого таза: экскреторной, магнитно-резонансной урографии и компьютерной томографии.

4. Обеспечение ежегодного санаторно-курортного лечения и реабилитации АП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Чаплюк А.Л., Вовкодав В.С., Чурилов Ю.К., Клепиков А.Н. Методологические основы современного этапа медицинского освидетельствования летного состава государственной авиации // Военно-медицинский журнал. - 2014. - Т.ССС35. - С. 4-8.

2. Бисмильдин Ф.Б., Дюсетаев Д.Б. Анализ заболеваемости среди летного состава гражданской авиации в Республике Казахстан // Гигиена труда и медицинской экологии. - 2015. - Т.49. - С. 91-98.

3. Черепков Ю.А., Кетрис А.С. Анализ результатов медицинского освидетельствования и дисквалификации летного состава авиации Вооруженных Сил Республики Беларусь в период с 2004 по 2014 годы // Вопросы военно-врачебной экспертизы. - 2015. - С. 25-28.

4. Постановление Правительства РК от 30 января 2010 года № 44 «Об утверждении Правил проведения военно-врачебной экспертизы и Положения об органах военно-врачебной экспертизы».

5. Приказ Министра обороны РК от 28 декабря 2009 года № 499 «Об утверждении требований,

предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в государственной авиации Республики Казахстан». - Астана, 2009. - С. 128.

6. <http://mfvt.ru/xronicheskaya-bolezn-pochek-prichiny-rasprostranennost-medicinskie-i-socialno-ekonomicheskie-posledstviya/> (дата обращения 3.09.2016).

7. <http://mognovse.ru/yy-rossijskaya-medicinskaya-akademiya-poslediplomnogo-obrazov-stranica-10.html/> (дата обращения 3.09.2016).

8. Байгенжин А.К., Туганбекова С.К., Нарманова О.Ж., Магзумова Р.З. О регистре больных с заболеваниями почек в Республике Казахстан // Нефрология и диализ. - 2005. - Т.7. - С. 276.

9. Центральная военно-врачебная комиссия МО РК // Материалы свидетельств о болезни летного состава. Архив. - Астана, 2015. - Т.1, № 21. - С. 273.

10. Гарилевич Б.А. Особенности развития мочекаменной болезни у летного состава // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7. - С. 133.

ТҮЙІН

А.М. ЖҮСІПОВ, Қ.Қ. СҮЛТАНҒАЗИН, Т.Т. ЖАҚСЫЛЫҚОВ, Б.Ж. ІЛІЯСОВ

«Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрлігі Бас әскери клиникалық госпиталі» РММ, Астана қ.
«Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрлігі орталық әскери-дәрігерлік комиссиясы» РММ, Астана қ.

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ҚАРУЛЫ КҮШТЕРІ АВИАЦИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ БІЛІКСІЗДІК СЕБЕПТЕРІНІҢ АРАСЫНДА НЕСЕП-ЖЫНЫС ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫН ТАЛДАУ

Аталған мақала Қазақстан Республикасы Қарулы Күштері авиациялық персоналының арасындағы аурушандықты зерттеуге арналған. Авиациялық құрамдардың әлеуметтік белсенділігін барынша сақтай отырып, олардың әскери-кәсіби тұрғыда ұзақ жасауына және ұшу кезіндегі қауіпсіздікті қамтамасыз етуге бағытталған авиациялық медицинаның өзекті мәселелерінің бірі болып саналады.

SUMMARY

A. ZHUSSUPOV, K. SULTANGAZIN, T. ZHAKSYLYKOV, B. ILYASOV

Rpi The «Main combat clinical hospital of department of defense of Republic of Kazakhstan» Astana

Rpi The «Central military-medical commission of department of defense of Republic of Kazakhstan» Astana

**DISEASE ANALYSIS OF URINOGENITAL SYSTEM AMONG
THE DISQUALIFICATION REASONS OF THE AERONAUTICAL ARMED FORCES STAFF
OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

This article is devoted to studying of the causes for disqualification of aviation personnel of the Armed Forces of the Republic of Kazakhstan, which is the most urgent problem of aviation medicine, aimed at increasing the military and professional longevity of aircraft structure with maximum preservation of their social activity and safety of flights.



УДК: 613.693+616.2

ЖУСУПОВ А.М., СУЛТАНГАЗИН К.К., ЖАКСЫЛЫКОВ Т.Т., ИЛЪЯСОВ Б.Ж.

РГУ «Главный военный клинический госпиталь МО РК» г. Астана

РГУ «Центральная военно-врачебная комиссия МО РК» г. Астана

**БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА СРЕДИ ПРИЧИН ДИСКВАЛИФИКАЦИИ
АВИАЦИОННОГО ПЕРСОНАЛА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ КАЗАХСТАНА**

Аннотация

Данная статья посвящена изучению причин дисквалификации авиационного персонала Военно-воздушных сил Вооруженных Сил Республики Казахстан (АП ВВС ВС РК) к летной работе от болезней уха и сосцевидного отростка (БУСО), которая является актуальнейшей проблемой авиационной медицины (АМ), направленной на увеличение профессионального долголетия военных летчиков с максимальным сохранением их социальной активности и обеспечением безопасности полетов. В статье исследуются структура и распространённость БУСО среди АП по профессиональным, возрастным группам и видам авиации. В результате проведенного анализа разработаны основные направления деятельности авиационной медицины по профилактике данной заболеваемости у АП.

Ключевые слова: дисквалификация, авиационная медицина, авиационный персонал,

военные летчики, болезни уха и сосцевидного отростка, тугоухость, военно-профессиональное долголетие.

Актуальность. Сохранение здоровья летного состава (ЛС) авиации является актуальнейшей проблемой АМ, направленной на увеличение военно-профессионального долголетия летчиков с максимальным сохранением их социальной активности и обеспечением безопасности полетов.

Проблема понижения слуха является актуальной во всем мире. В настоящее время на планете проживает 250 млн. людей со сниженным слухом. В России в 2001 г. зарегистрировано 12 млн. взрослых лиц, страдающих глухотой, из них 5,5 млн. - с нейросенсорной формой, что составляет 38% [1].

В Казахстане за 10 лет, в период с 2005 по 2014 годы, в структуре диспансеризации по нозологическим формам заболеваемости среди

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

АП ГА БУСО составили 3,6 % [2].

Согласно статистических данных Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора [3] распределение выяв-

ленных случаев хронической нейросенсорной тугоухости (ХНСТ) по профессиям за 5 лет у авиационного состава (АС) выше, чем у лиц других специальностей (см. таб. № 1).

Таблица № 1 - Распределение выявленных случаев хронической нейросенсорной тугоухости по профессиям.

Специальности	Случаи хронической нейросенсорной тугоухости, по годам:				
	2008	2010	2011	2012	2013
Пилот	7,75	10,32	8,26	8,90	8,67
Штурман авиации	5,35	6,03	-	-	-
Командир воздушного судна	3,84	4,23	3,74	4,72	3,19
Проходчик	3,65	5,35	5,26	5,92	4,29
Тракторист	3,46	-	3,29	-	-
Слесарь- ремонтник	3,40	3,45	-	-	-
Бортмеханик	-	4,23	-	4,94	3,63
Бортинженер	-	5,35	-	-	-
Водитель автомобиля	-	-	4,68	3,60	4,34

Повышенные требования к слуху и функции вестибулярного аппарата АП являются одними из основных в правилах, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в государственной авиации (ГА) РК [4]. Установлено, что первые признаки понижения слуха, выявляемые аудиометрическими методами, возникают уже через 10-15 лет летной деятельности [5]. Поэтому состояние органа слуха АП при эксплуатации воздушного судна (ВС) должно быть безупречным.

Постоянное воздействие интенсивного производственного шума (выше ПДУ - 80 дБА) в комплексе с другими производственными факторами (вибрация, психоэмоциональное напряжение и вынужденное положение работника), общая соматическая патология (нарушения церебрального кровообращения, заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания и нарушения липидного обмена), конституциональные особенности звукового анализатора, хронические заболевания среднего уха, травмы головы, возрастной фактор, шумные занятия в быту, отсутствие средств защиты от шума на рабочем месте и приём ототоксических медицинских препаратов, приводят к развитию БУСО, стойкого ограничения трудоспособности, дисквалификации и даже к инвалидизации АП [5].

Цель исследования. В ходе работы нам предстоит выявить среди АП ВВС ВС РК

структуру БУСО, приведших к дисквалификации их к летной работе, распределить и сравнить БУСО АП по профессиональным и возрастным группам, по видам авиации; разработать основные практические рекомендации по профилактике развития БУСО у АП.

Материалы и методы исследования. В этой связи, нами, по материалам 238 свидетельств о болезни АП ВВС ВС РК, предоставленной Центральной военно-врачебной комиссией Министерства обороны Республики Казахстан (ЦВКГ МО РК) в период с 2005 по 2014 годы, проведено исследование методом ретроспективного анализа причин дисквалификации АП от БУСО [6].

Анализ проводился в трех возрастных группах (I группа - 30 лет и моложе, II группа - 31-40 лет, III группа - 41 год и старше) среди ЛС (летчики, штурманы, бортовые техники и радисты) по видам авиации (истребительная (ИА), истребительно-бомбардировочная (ИБА), вертолётная (ВА), военно-транспортная (ВТА)), а также среди группы руководства полетами (ГРП) с учётом налета часов.

Результаты и их обсуждение. Доля БУСО в структуре всех заболеваний, приведших к дисквалификации АП составила 4,2% от общего числа болезней. При этом, среди БУСО были выявлены следующие заболевания:

- на первом месте, ХНСТ - 70%;
- на втором месте, перфорация барабанной перепонки со снижением звуковосприятия (ПБП) -

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

20%;
на третьем месте, хронический гнойный отит с

понижением слуха (ХГО) - 10% (см. таб. № 2).

Таблица № 2 - БУСО АП ВС РК (в %).

№ п/п	БУСО	Возрастные группы			Всего:
		30 лет и моложе	31-40 лет	41 год и старше	
1.	ХНСТ	-	14,3	85,7	70,0
2.	ПБП	100,0	-	-	20,0
3.	ХГО	-	-	100,0	10,0
4.	ИТОГО:	20,0	10,0	70,0	100,0

Зависимость потери слуха у летчиков от возраста с помощью статистического информационного анализа в 1975 году изучали Kressin J. и Harms U. По данным тональной пороговой и речевой аудиометрии изменение чувствительности звукового анализатора у лиц ЛС ГА авторы объясняли возрастными особенностями органа слуха [7].

В нашей работе III возрастная группа АП подвержена БУСО в 3,5 раза больше, чем первая, и в 7 раз больше, чем вторая группа.

В общероссийской структуре профессиональных заболеваний одно из первых мест занимает ХНСТ, уровень которой в ряде отраслей промышленности (угольной и авиационной) достигает 35-40% [5].

По анализам нашей работы ХНСТ больше страдал ЛС (71,4%), чем группа руководителей полётами (28,6%).

Среди многих факторов производственной среды авиационный шум - один из самых распространенных, являющейся весьма серьезной угрозой для здоровья пилотов. По данным Козина О.В. (1983) у 36,7% лиц лётного состава имело место снижение слуха по нейросенсорному типу [7].

Согласно медицинских рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации уровень шума (90дБА) как в салоне, так и в кабине экипажа и на рабочих местах бортпроводников одинаково высок среди АП ВА (см. таб. № 3) [1].

Таблица № 3 - Уровни звука на ВС ГА.

Место измерения шума	Уровни звука (дБА)			
	Самолетов:			Вертолётов
	дальних магистральных	средних и ближних магистральных и сверхзвуковых	местных воздушных линий	
Салон I класса	75	80	85	90
Салон туристического класса	80	85	-	-
Салон экономического класса	85	85	-	-
Кабины экипажа	80	-	-	90
Рабочие места бортпроводников	85	-	-	90

Так, ХНСТ был подвержен больше АС ВА:

- 60% летчиков III возрастной категории, со средним налётом часов до 4001 часов;

- 20% бортовых механиков III возрастной категории, со средним налетом часов до 1126 часов;

- 20% бортовых радистов II возрастной категории, со средним налетом часов до 75 часов.

ПБП была обнаружена только у 50 % летчиков

ИА первой возрастной группы и у 50% ГРП.

Выводы. Проведенный нами анализ БУСО среди дисквалификаций АП привел к следующим выводам:

Заболеваемость БУСО наиболее подвержена категория старшей возрастной группы.

Среди БУСО основной причиной профессиональной дисквалификации является ХНСТ.

ХНСТ страдает преимущественно ЛС ВА с

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

большим налетом часов.

Закключение. Таким образом, работа АМ ВВС ВС РК по профилактике развития БУСО среди АП и сохранению их военно-профессионального долголетия должна включать следующие комплексные мероприятия: технические - снижение шума в источнике и по пути его распространения; организационные - нормирование ЛР и отдыха; ограничение в продлении норм лётного времени для пилотов с начальными проявлениями ХНСТ; использование средств индивидуальной и коллективной защиты от шума; качественный професси-

ональный отбор лиц, поступающих в летные институты; диспансерное динамическое наблюдение за лицами ЛС; устранение у АП факторов риска развития артериальной гипертензии, атеросклероза и других заболеваний; проведение лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, воздействующих на все звенья патологического процесса развития ХНСТ, которые могут проводиться амбулаторно - в медицинских пунктах и поликлиниках, стационарно - в больницах, военных лазаретах и госпиталях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Тугоухость у пилотов гражданской авиации (диагностика, врачебно-лётная экспертиза и профилактика профессионального заболевания органа слуха шумовой этиологии) // Методические рекомендации для врачей гражданской авиации. - Москва, 2004-10 с.
2. Бисмильдин Ф.Б., Дюсетаев Д.Б. Анализ заболеваемости среди летного состава гражданской авиации в Республике Казахстан // Гигиена труда и медицинская экология. - 2015. - Т.49. - С. 91-98.
3. <http://www.slideshare.net/ssuser87a3b6/ss-55330172> источник статистических данных «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора (дата обращения 12.09.2016).
4. Приказ Министра обороны РК от 28 декабря 2009 года № 499 «Об утверждении требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в государственной авиации Республики Казахстан». - Астана, 2009-С. 128.
5. Усачев А.Б., Кузьмина А.Ю., Потиевский Б.Г., Быстрова А.Г. Оториноларингологическая экспертиза лиц летного состава гражданской авиации старшего возраста (по данным стационарного обследования) // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинского обеспечения полётов». - Москва, 2009-С. 153-155.
6. Центральная военно-врачебная комиссия МО РК // Материалы свидетельств о болезни летного состава. Архив. - Астана, 2015. - Т.1, № 21. - С. 273.
7. Козин О.В. Этапы изучения профессиональной тугоухости у лиц летного состава гражданской авиации // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинского обеспечения полётов». - Москва, 2009-С. 145-153.

ТҮЙІН

А.М. ЖҮСІПОВ, Қ.Қ. СҮЛТАНҒАЗИН, Т.Т. ЖАҚСЫЛЫҚОВ, Б.Ж. ІЛІЯСОВ

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ҚАРУЛЫ КҮШТЕРІ АВИАЦИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ БІЛІКСІЗДІК СЕБЕПТЕРІНІҢ АРАСЫНДАҒЫ ҚҰЛАҚ ЖӘНЕ ЕМІЗІК ТӘРІЗДІ ӨСКІН АУРУЛАРЫН ТАЛДАУ

Аталған мақала Қазақстан Республикасы Қарулы Күштері авиациялық персоналының арасындағы аурушандықты зерттеуге арналған. Авиациялық құрамдардың барынша әлеуметтік белсенділігін сақтай отырып, олардың әскери-кәсіби тұрғыда ұзақ жасауына және ұшу кезіндегі қауіпсіздікті қамтамасыз етуге бағытталған авиациялық медицинаның өзекті мәселелерінің бірі болып саналады.

SUMMARY

A. ZHUSSUPOV, K. SULTANGAZIN, T. ZHAKSYLYKOV, B. ILYASOV

DISEASES OF THE EAR AND MASTOIDAL SHOOT AMONG THE REASONS OF DISQUALIFICATION OF THE AERONAUTICAL ARMED FORCES STAFF OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

This article is devoted to studying of the causes for disqualification of aviation personnel of the Armed Forces of the Republic of Kazakhstan, which is the

most urgent problem of aviation medicine, aimed at increasing the military and professional longevity of aircraft structure with maximum preservation of their social activity and safety of flights.



УДК: 542.9:615.322:378.147

КАЗБЕКОВА А.Т.

АО «Медицинский университет Астана»

ПРИМЕНЕНИЕ МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ И АНТИРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ

Аннотация

Проблема поиска потенциальных лекарственных средств на основе доступного отечественного сырья, в частности, из эндемичных растений Казахстана всегда остается актуальной. Принимая во внимание широкий спектр химического состава экстрактов растений очень важно располагать современными методиками для достоверной оценки определенной биоактивности, например, антиоксидантной и антирадикальной. Поэтому в настоящей работе рассмотрены вопросы применения модельных систем на основе биохимических процессов и их корреляция с содержанием природных соединений в биологических объектах растительного происхождения.

Ключевые слова: модельная система, антиоксидантная и антирадикальная активность, растительные экстракты, корреляция.

Эксперименты по оценке биологической активности выполнены с объектами, разработанными в АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия». Настоящая публикация выполнена при поддержке образовательного проекта «Академическая

программа SANTO».

Актуальность. В последние годы получило определенное развитие внедрение в оценку биологической активности модельных систем, основанных на окислительно-восстановительных реакциях, аналогичных биохимическим процессам, что повышает достоверность определения соответствующей активности. Поэтому в последние годы получило развитие определенное направление в плане изучения механизма таких модельных систем, а также вопросы корреляции результатов различных способов изучения антиоксидантной и антирадикальной активности [1,2]. Так, авторы считают, что антиоксидантная активность экстракта плодов расторопши пятнистой обусловлена содержанием флавоноидов и механизм их действия можно объяснить двумя процессами - это акцептирование свободных радикалов и хелатирование металлов переменной валентности, которая ингибирует перекисные процессы, в частности, с участием активных форм кислорода.

Целью исследования явилось изучение возможности применения модельных систем для оценки in vitro антиоксидантной и антирадикальной

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

активности различных экстрактов растений Казахстана.

Материалы и методы. В наших исследованиях изучена антиоксидантная и антирадикальная активность *in vitro* эфирных масел различных видов тимьяна: *Thymus marschallianus* (Mar), *Thymus roseus* (Ros), *Thymus rasiatus* (Ras), *Thymus lavrenkoanus* (Lav), *Thymus petraeus* (Pet), *Thymus crebrifolius* (Cre), *Thymus mugodzharius* (Mug), *Thymus serphullum* (Ser), широко распространенных на территории Казахстана [3]. Эксперименты по оценке биологической активности указанных объектов, разработанных в АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия», выполнены по методикам: 1) определение общего количества полифенольных соединений (флавоноидов) по методу Фолина-Чокальтеу; 2) оценка антиоксидантного эффекта орто-фенантролиновым способом; 3) изучение антирадикального свойства на основе определения железо-восстанавливающего потенциала (FRAP-метод). Статистическая обработка на основе данных трех серий экспериментов с использованием стандартных математических методов (t-теста Стьюдента) в программе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Выполненный скрининг на антиоксидантную активность показал, что имеет место выраженная взаимосвязь между содержанием полифенолов и антиоксидантным свойством, которое отражалось в модельных системах из ионов восстановленного железа, участвующих в окислительно-восстановительных реакциях, а также в методике с о-фенантролином, образующего окрашенные комплексы с ионами переходных металлов [4,5]. Результаты модельных систем указывают на наличие взаимосвязи между качественным составом всех экстрактов

и антиоксидантным эффектом в указанных модельных системах. Нами установлены величины коэффициента ингибирования антиоксидантного эффекта с орто-фенантролином для эфирных масел тимьяна и наличие прямо пропорциональной зависимости между содержанием полифенолов в образцах и их антиоксидантной активностью. Выявлено, что эфирное масло тимьяна мугоджарского (*Thymus mugodzharius*) проявляет *in vitro* высокую антиоксидантную активность, что позволяет рассматривать данное эфирное масло тимьяна, произрастающего на территории Казахстана, в качестве антиоксиданта, которое может найти применение в качестве фитопрепарата. Следует отметить, что проявление антиоксидантной активности может быть определенной предпосылкой для потенциального гепатопротективного свойства, хотя механизм последнего может быть не на уровне свободных радикалов, а мембраностабилизирующее действие. Примером такой зависимости может быть многоплановая активность оксима пиностробина, который помимо выраженного антиоксидантного эффекта проявил противоязвенное свойство (Арыстан Л.И., 2011) [6]. С целью сравнительного анализа и оценки достоверности модельной системы исследована антиоксидантная и антирадикальная активность аскорбиновой кислоты в качестве стандарта, а также экидистерона. В отличие от выраженного эффекта аскорбиновой кислоты экидистерон не проявил ингибирующего действия в перекисных процессах *in vitro*.

Вывод. На основе применения модельных систем оценки *in vitro* антиоксидантной и антирадикальной активности установлено выраженное антиоксидантное действие экстракта тимьяна мугоджарского.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чубарова А.С., Курченко В.П. Характеристика антиоксидантной активности субстанции силимарина в составе гепатопротекторных лекарственных средств // Медицинские новости.-2013.-№3.-С.64-66.
2. Чубарова А.С. Механизм антиоксидантного действия флаволигнанов из расторопши пятнистой (*Silybum marianum* L.Gaertn.).-Автореф...канд. биол.наук, Минск, 2014, 24с.
3. Казбекова А.Т., Тулешова Г.Т., Мукушева Г.К., Сейтеметова А.Ж., Адекенов С.М. Биологическая активность экстрактов некоторых растений Казахстана // Астана медициналық журналы.-2016.- Спецвыпуск №2.-С.44-47.
4. Jinous Asgarpanah, Saeed Mohammadi Motamed, Avishan Farzaneh, Bahareh Ghanizadeh, Simin Tomraee. Antioxidant activity and total phenolic and flavonoid content of *Astragalus squarrosus* Bunge // African Journal of Biotechnology. - 2011. - Vol.10.- №82. - P.19176-19180.
5. Роднова Е.А., Иванов В.В., Чучалин В.С., Мелентьева А.Н., Арыстан Л.И., Шульгау З.Т., Адекенов С.М. Взаимодействие оксима пиностробина с активными формами кислорода в модельных системах // Бюлл. сибирской медицины.-2011.-№5.-С.95-100.

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

6. Шульгау З.Т., Арыстан Л.И., Шайкенова Ж.С. Антиоксидантные эффекты в механизме противоязвенного действия оксима пиностробина и экстракта каперса колючего // Бюлл. сибирской медицины.-2011.-№5.-С.112-115.

ТҮЙІН

А.Т.ҚАЗБЕКОВА

«Астана медициналық университеті» АҚ

ӨСІМДІКТЕР СЫҒЫНДЫЛАРЫНЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ ЖӘНЕ АНТИРАДИКАЛДЫ БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУДЕ МОДЕЛЬДІ ЖҮЙЕЛЕРДІ ҚОЛДАНУ

Өсімдіктер сығындыларының антиоксиданттық және антирадикалды белсенділігін бағалау үшін, in vitro тотығу-тотықсыздану реакцияларына негізделген модельді жүйенің қолдану мүмкіндігі зерттелді, нәтижесінде тимьянның бірқатар түрлерінің сығындыларының көрсетілген белсенділіктері бар екендігі анықталды.

SUMMARY

KAZBEKOVA A.T.

THE USE OF MODEL SYSTEMS IN STUDYING OF ANTIOXIDANT AND ANTIRADICAL ACTIVITY OF PLANT EXTRACTS

The possibility of usage of model system based on redox reactions for in vitro evaluation of antioxidant and antiradical activity of plant extracts was studied and it permitted to determine the most promising extract among different species of thyme.



УДК 504.064:36

МЫРЗАХАНОВ Н.М.¹, МЫРЗАХАНОВА М.Н.²

Университет Туран-Астана¹, Кокшетауский государственный Университет им. Ш. Уалиханова²

СОХРАНЕНИЕ ПРИРОДНОГО КОМПОНЕНТОВ ПРОДУКЦИИ ОСНОВА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ БИОТЕХНОЛОГИИ

Аннотация: В статье предлагается концепция физиологической биотехнологии, базирующейся на биотрансформации пищевых веществ с учетом исторически заложенных возможностей самой пищеварительной системе человека и животных.

Ключевые слова: биотрансформация, рекомбинация, рециркуляция питательных веществ,

эндозкологическая стабилизация, лимфа.

Чаще всего революционные инновации результат отнюдь не внезапного озарения, а переосмысления существующих концепции и фактов.

Обнаружено, что генетическая программа человека - охотника, а тем более человека

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

или технологического оптимиста уже давно не соответствует тому, что было заложена в его наследственности на период господства человека-собирателя (неолитическая революция и предшествующий ей период цивилизации). Психология современного человека базируется на новой «научной» основе более изощренных технологии освоения и потребления природных ресурсов (Y.Ji. Cohen, 1995; Y.Daily, 1995, X.A. Блахно,1995; К. Бернар,2005) и как заметил X.A. Блохно 1995. Современный человек изгнал бога, вернув его царство небесное, а сам, уверовав в науку, как в новую религию, решил установить свое господство и направлять по своему усмотрению развитие природы и общества на земле.

Таким образом, отделяя себя от природы, от других живых существ человек отделяет свой разум от своей биологической сущности. Этот процесс антропологизации и урбанизации развивается совершенно стихийно, хотя проблески понимания его опасности восходят, по крайней мере, к библейским временам. Сложившаяся ситуация кризиса мировой инвизации свидетельствует о том, что человечество столкнулась с общественным «заболеванием» биосферы.

Известно, что в основе определения понятия биотехнологии на современном этапе развития отрасли лежит концепция получения высокопроизводительных штаммов микроорганизмов, сортов и форм растений и животных на основе использования научно обоснованных биологических и технологических процессов с целью получения экономически выгодной продукции сельско-хозяйственного, медицинского и других отраслей народного хозяйства. Оправдала ли себя такая концепция биотехнологического чуда? Ответ неоднозначен, ибо как мне кажется, в данном вопросе мифы довлеют над реальностью. Например, активно пропагандируемое производство этилового спирта из кукурузы или зерна с точки зрения энергетических затрат имеют мало смысла. Для этого нужно большое количество ископаемого топлива, которое не совместимо с воспроизводимостью плодородия почвы. Экологической же перспективы использования биоэтанола как горючего в двигателях автомобилей приводят к разрушению двигателей, при условии превышения доли биоэтанола 10% общей массе бензина. Известно, что за свою жизнь человек пропускает через свой пищеварительных тракт около 100 тонн пищевых материалов. Осуществляя непрерывный контакт с окружающей средой. Понятно, что сама пища, в конечном счете,

является носителем солнечной энергии которое каким то образом трансформируется в организме усиливая одни органы и ослабляя другие. Знатоки всегда советуют разнообразить свою пищу и прислушиваться к голосу своих органов чувств. Следовательно глубина технологической реструктуризации и обработки пищи не должен переходить биологический порог полезности питательных веществ. Именно информативная индикация пищи, наряду с энергетической полноценностью является дорогой в «седьмое небо», а в обратном случае может служить порочным циклом для «семи кругов ада». Сохранение натуральности пищи является залогом закрепления пищевой памяти клеток, ткани, органов и организма в целом, который предупреждает отклонение в программе развития организма, предотвращая всякого рода нарушения связанные с питанием и является научным предметом нового направления в биологии и медицине-трофосанокреотологии.

К сказанному следует добавить, что человек как биологический объект представляет собой замкнутый изнутри управляемое из вне по восьми каналам по которым поступают главные энергетические и информационные воздействия на человека. К этим каналам управления относятся желудочно-кишечный тракт,газообмен в легких, кожно-волосной покров,спектральный,биополево й,информационный и астральные тракты. Сегодня мы начинаем понимать,что самовозникновение жизни на нашей планете произошло в результате объединения волновой информации, женской планеты - Земля и мужской - Солнца. Не случайно наши предки славили Землю матушку и Солнцешатюшку. Сказанное свидетельствует о том, что пищеварение и пищевые биотехнологии должны непременно учитывать сопряженные связи с вышеперечисленными каналами трансформации вещества, энергии и информации. Как известно, ни одна биотехнологическая концепция не учитывает малой доли принципиальных требований вещественно-информационных законов, не говоря о полном соответствии принципам соуправления организма и технологии.

Представляется необходимым немедленное изменение биотехнологических концепции, хотя бы в отношении пищевых технологии. Одной из таких возможностей является разработка новой безопасной технологии биотрансформации пищевыхвеществсучетомисторическизаложенных возможностей в самой пищеварительной системе человека и животных. Новейшие физиологические

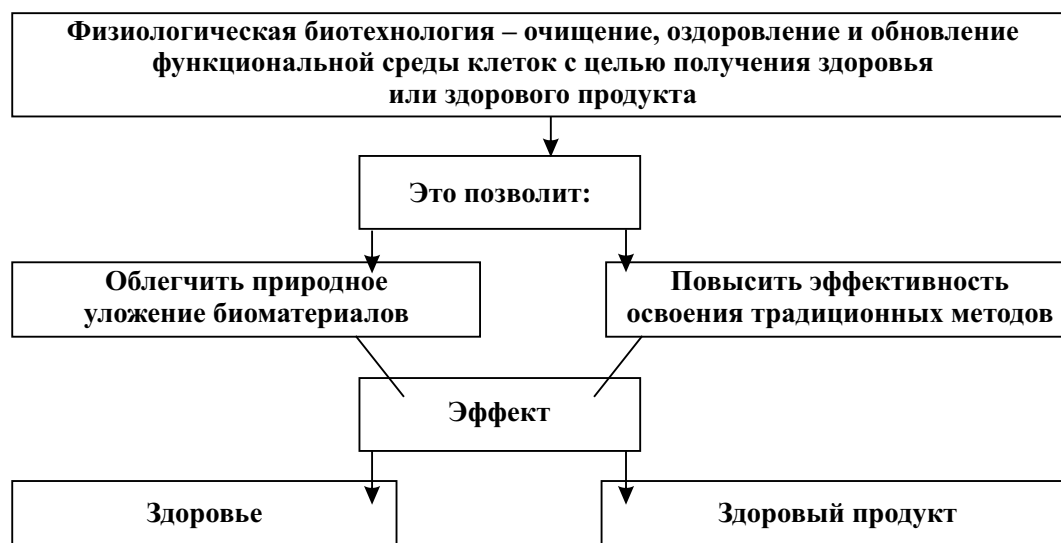
МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

и биохимические исследования показывают, что пищеварительный канал человека и животных представляет собой естественные биореактивные системы (ЕБРС) с широкими возможностями биотрансформации, рекомбинации, рециркуляции питательных веществ поступающих как извне, так и образующихся в самом организме в процессе сопряженной переработки пищи всеми каналами управления и соуправления. Располагает механизмами адаптации указанных процессов *ex tempore* и *svantum satis*, сообразуясь с ближними и более продолжительными или далекими потребностями организма. Следует заметить, что многие фундаментальные физиологические, биохимические и молекулярные механизмы деятельности ЕБРС и пути управления или изучены как классической физиологией, так и физиологией генно-инженерной. По существу элементы, причем прагматической, физиологической биотехнологии по совершенствованию формы и биологической целесообразности использования традиционных и новых продуктов питания путем (преимущественно) биотрансформации в продукцию, энергию (в том числе мыслительную) и работу реально присутствуют, что предполагает рождение новой биотехнологической концепции. Такой концепцией является физиологическая биотехнология, преимущественно базирующийся на биотрансформации с целью биотехнологического преобразования ЕБРС организма для обеспечения гомеопатического оздоровительно-питательного эффекта питательных веществ, которая полностью отвечала бы стремлению социума в совершенное пространство тела и духа.

В фундаментальных исследованиях «Лимфообращение» (1994-2010), научных публикациях «Валеологические принципы и здоровье нации», «Здоровье и перспективы производства экологически чистых продуктов», «Ветеринарная валеология», «Валеологические требования пищевой продукции», «Пищевые технологии: дорога «на седьмое небо» или « в семь кругов ада», « Новая доктрина погружения в природу», «Экологическая культура», «Лимфотропная стимуляция лимфотока у животных, отставших в росте и развитии» и других работах нами были изучены некоторые теоретические и прикладные аспекты управлением состоянием той внутренней среды (лимфы), в которой живут клеточные элементы. Оздоровление, очищение и обновление этой среды и является ключом, который определяет природное уложение компонентов пищи (энергетического, питательного и информационного), создавая гармонию и всеобщее оздоровление, (схема)

Следовательно феномен эндэкологической стабилизации, которая является глобальным явлениям и характерен не только для человека, но и для представителей растительного и животного царства по своей сути должна решаться путем нормализации заложенных в организме природных физиологических механизмов т.е. физиологической биотехнологией по освоению, биотрансформации и утилизации искомого материала в здоровый продукт или в само здоровье. Она же позволит решить последствия ключевого фактора экологической катастрофы - загрязнение околклеточного пространства.

Схема физиобиотехнологии



МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

«Мы не создатели, а смертные, познающие мир по созданным вещам. Мы служители любви и справедливости. И отлучаемся тем, что насколько лучше один от другого осознаем творение Всевышнего... В ком господствует чувства любви и справедливости, тот - мудрец, тот - учен. Мы не способны придумать науку, мы можем только видеть, осязать созданный мир и постигать его

гармонию разумом», - пишет Хаким Абай.

Таким образом, наука и практика убеждает нас в том, что физиологические биотехнологии должны лечь в основу производства новых видов продукции как аксиоме гармонизации экзо-и эндоэкологических процессов, лежащих в основе принципов организации преобразования и реконструкции нутриентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. К.Бернар. Нормальная физиология (под ред. Р.С. Орлова и А.Д. Ноздрачева), 2005. - С. 687ю
2. Х.А. Блахно. Третье тысячелетие. // Латинская
4. Y. Daily. Foreclosing the future. // People and Plan-
et, 1995-4. - №4. - P. 18-19.
5. I.E. Cohen. How many people can the Earth? // Sciences, 1995-35, - №6. - P. 18-23

ТҮЙІН

МАҚАЛАДА АДАМ МЕН ЖАНУАРЛАР АҒЗАСЫНДАҒЫ ҚОРЕКТІ ЗАТТАРДЫҢ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ БИОТЕХНОЛОГИЯ КОНЦЕПЦИЯСЫ ҚАРАСТЫРЫЛАДЫ.

SUMMARY

THE ARTICLES EXAMINATION OF THE PHYSIOLOGY BIOTECHNOLOGY CONCEPTION NUTRIENT METABOLISM IN ORGANS HUMAN AND ANIMALS.



УДК 616.24-002-07-08:615.33

АЙНАБЕКОВА Б.А., СМАГУЛОВА А.К., АЙНАБАЙ А.М., МОЛДАБАЕВА А.К.
АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Аннотация

В статье представлены результаты изучения антибиотикочувствительности и антибиотикорезистентности основных возбудителей у больных с тяжелой внебольничной пневмонией. Было обследовано 45 пациентов, всем больным провели бактериологическое исследование мокроты, а также промывных вод. Возбудителями тяжелых внебольничных пневмоний в нашем исследовании выявлены: *Streptococcus pneumoniae* - 63,6%, *Klebsiella pneumoniae* - 9,1%, *Enterobacter aerogenes* - 9,1%. Бактерии рода *Streptococcus pneumoniae* сохраняют высокую чувствительность к антибиотикам группы фторхинолонов, ванкомицину, аминопеницилинам, уровень резистентности к макролидам составляет 50%. «Грам-отрицательные» возбудители пневмонии (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*) сохраняют высокую чувствительность к цефалоспорином III-IV поколения и фторхинолонам, более половины штаммов резистентны к цефалоспорином I поколения и амикацину.

Ключевые слова: тяжелая внебольничная пневмония, возбудители, антибиотикочувствительность, антибиотикорезистентность.

Актуальность. Во всех странах мира остается высоким уровень заболеваемости внебольничными пневмониями, каждый десятый случай которых имеет тяжелую степень тяжести. Уровень летальности при тяжелых пневмониях остается высоким, достигая 58%, имеются трудности в диагностике и лечении заболевания, успех которого во многом зависит от антибиотикочувствительности возбудителя [1-4]. Учитывая возрастающий уровень антибиотикорезистентности возбудителей инфекционных заболеваний, Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует проводить локальный мониторинг чувствительности и резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам и учитывать полученные результаты при проведении этиотропного лечения заболеваний [6].

Цель исследования: изучение антибиотикочувствительности и антибиотикорезистентности возбудителей у больных с тяжелой внебольничной пневмонией

Материалы и методы исследования: было обследовано 45 пациентов с тяжелой внебольничной

пневмонией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом и реанимационном отделении Клиники АО «ЖГМК» г. Астана. Средний возраст пациентов - 46,1±3,8 лет, мужчин - 21, женщин - 24. Всем пациентам провели бактериологическое исследование мокроты, а также исследование промывных вод при проведении фибробронхоскопии путем посева на питательные среды с последующим определением чувствительности выделенных чистых культур к антибактериальным препаратам диско-диффузионным методом.

Результаты и их обсуждения. Всего из мокроты пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией был выделен 37 штаммов микроорганизмов, принадлежащих 13 видам, 6 родам. В 17,8% случаев мокрота у пациентов отсутствовала. Наиболее часто в мокроте обнаруживались микробные ассоциации микроорганизмов с грибковой флорой (27,0%): *Enterobacter aerogenes* (8,1%), *Streptococcus pneumoniae* (2,7%), *Staphylococcus aureus* (2,7%), *Enterococcus durans* (5,4%), *Streptococcus viridans* (5,4%), *Enterococcus faecium* (2,7%). На втором месте по выделению из мокроты находились *Streptococcus viridans* (21,6%), на третьем - *Streptococcus pneumoniae* (16,2%). *Enterococcus durans* были обнаружены в 8,2% случаев. В 5% случаев и менее были обнаружены бактерии в монокультурах: *Staphylococcus aureus* (5,4%), *Streptococcus ahaemolyticus* (5,4%), *Enterococcus faecium* (5,4%), *Candida albicans* (5,4%), *Klebsiella pneumoniae* (2,7%), *Streptococcus haemolyticus* (2,7%).

У 13 пациентов при микробиологическом исследовании промывных вод были обнаружены монокультуры патогенных микроорганизмов: *Streptococcus pneumoniae* в 63,6% случаев, *Klebsiella pneumoniae* - в 9,1%, *Enterobacter aerogenes* - в 9,1%, *Morganella morganii* - в 9,1%, *Streptococcus viridans* - в 9,1%, тогда как в мокроте чаще были обнаружены микробные ассоциации с грибами рода *Candida* в 27% случаев и *Streptococcus viridans* в 21,6%, что свидетельствует о высоком уровне контаминации мокроты. Как в мокроте, так и промывных водах очень часто обнаруживалась «грам - отрицательная» патогенная флора (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*, *Morganella morganii*) и *Staphylococcus aureus*.

При изучении антибиотикочувствительности выделенных штаммов было обнаружено, что культуры

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Streptococcus pneumoniae имеют абсолютную чувствительность к левофлоксацину, гентамицину, доксициклину; высокую чувствительность к ванкомицину (90%), к ампициллину и амоксициллину (86,6%). Чувствительность к офлоксацину, ципрофлоксацину, клиндамицину и цефтриаксону составила 75%, 71,4%, 70% и 63% соответственно. Уровень резистентности выделенных штаммов *Streptococcus pneumoniae* к рокситромицину, линкомицину и цефазолину составил 50%.

Микроорганизмы вида *Enterobacter aerogenes* имели 100% чувствительность к цефуроксиму, цефтазидиму, офлоксацину, гентамицину. К амикацину уровень чувствительности составил 33,4%, а 66,6% штаммов проявили умеренную резистентность к данному антибактериальному препарату. Уровень резистентности также был высоким к цефазолину - 66%, а к цефтриаксону и тобрамицину уровень резистентности у выделенных штаммов *Enterobacter aerogenes* составил 100%.

Все выделенные штаммы *Staphylococcus aureus* были чувствительны к гентамицину, амикацину, доксициклину, тобрамицину. Уровень антибиотикорезистентности к амоксициклину и рокситромицину составил 100%. Половина выделенных штаммов была резистентна к ампициллину, цефтриаксону, линкомицину, офлоксацину, ципрофлоксацину.

Антибиотикочувствительность выделенных куль-

тур *Klebsiella pneumoniae* к цефтриаксону, цефепиму, цефтазидиму, офлоксацину, ципрофлоксацину, гентамицину и имипенему составила 100%.

Выявленная высокая резистентность микроорганизмов к амоксициллину, рокситромицину, цефазолину и цефтриаксону свидетельствует о широком применении этих антибактериальных препаратов в амбулаторной практике, что могло стать причиной высокого уровня резистентности возбудителей тяжелых внебольничных пневмоний к данным антибиотикам.

Выводы

Исследование этиологической структуры возбудителей в мокроте отмечает высокую контаминацию содержимым ротовой полости и атмосферным воздухом, что подтверждается выделением в 48,6% случаев ассоциаций с грибами рода *Candida* и *Streptococcus viridans*, при отсутствии их в промывных водах.

Антибиотикочувствительность основных возбудителей тяжелых внебольничных пневмоний сохраняется высокой к левофлоксацину (100%), гентамицину (100%), цефтазидиму (100%), офлоксацину (92%), ванкомицину (90%).

Антибиотикорезистентность выявленных возбудителей тяжелых внебольничных пневмоний к рокситромицину составила 75%, цефтриаксону - 75%, цефазолину - 58%), амоксициллину - 54,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jordi R. Demographics, guidelines and clinical experience in severe community - acquired pneumonia// *Critical Care*. - 2008. - №12(6). -S2
2. Woodhead M., Blasi F., Ewig S. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections--full version//*ClinMicrobiol Infect*. - 2011. - №17. - P.1-59
3. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults// *Clin Infect Dis*. - 2007. - №44. -P.27-72.
4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С.

и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. 2014г, доступно на www.pulmonology.ru

5. Бисенова Н.М., Айнабекова Б.А., Пшенбаева А.С., Даулетова М.Д. Антибиотикочувствительность и антибиотикорезистентность основных возбудителей внебольничных пневмоний в г.Астана // *Респираторная медицина*. - 2007. - №1. - С.51-54

6. World Health Organization. Antimicrobial resistance. Updated September 2016. Available at <http://who.int>

ТҮЙІНДЕМЕ

АЙНАБЕКОВА Б.А., СМАҒҰЛОВА А.К., АЙНАБАЙ А.М., МОЛДАБАЕВА А.К.
«Астана медицина университеті» АҚ

АУЫР ДӘРЕЖЕДЕГІ АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯЛАР ҚОЗДЫРҒЫШТАРЫНЫҢ АНТИБИОТИКТЕРГЕ СЕЗІМТАЛДЫҒЫ МЕН ТӨЗІМДІЛІГІ

Мақалада ауыр дәрежелі ауруханадан тыс пневмониялар қоздырғыштарының антибиотиктерге сезімталдығын және төзімділігін зерттеудің нәтижелері көрсетілген. Барлығы 45 науқас зерттелін-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ді, әрбір пациентке қақырықтың және бронхтың жуынды суларының бактериологиялық зерттеуі жүргізілді. Біздің зерттеуде Streptococcus pneumoniae - 63,6%, Klebsiella pneumoniae - 9,1%, Enterobacter aerogenes - 9,1% жағдайларда ауыр дәрежелі ауруханадан тыс пневмониялардың қоздырғыштары табылды. Streptococcus pneumoniae бактериялары фторхинолон, ванкомицин, аминопенициллин тобындағы антибиотиктерге сезімтал, макролидтерге 50% жағдайда төзімді болды. «Грам-теріс» қоздырғыштар (Klebsiella pneumoniae, Enterobacter aerogenes) цефалоспориндердің III-IV ұрпағына және фторхинолондарға жоғары сезімтал, штаммдарының жартысынан астамы цефалоспориндердің I ұрпағына және амикацинге төзімді болды.

Түйінді сөздер: ауыр дәрежедегі ауруханадан тыс пневмония, қоздырғыштар, антибиотиктерге сезімталдық және төзімділік.

SUMMARY

B.AYNABEKOVA, A.SMAGULOVA, A.AYNABAY, A.MOLDABAYEVA
JSC «Astana medical university»

SEVERE COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

The article presents the results of a study of antibiotic resistance and antibiotic sensibility of major pathogens in patients with severe community-acquired pneumonia. 45 patients were examined, all patients had a bacteriological examination of sputum, as well as wash water. Etiology of severe community-acquired pneumonia in our study were: Streptococcus pneumoniae - 63,6%, Klebsiella pneumoniae - 9,1%, Enterobacter aerogenes - 9,1%. Bacteria of the genus Streptococcus pneumoniae retain high sensitivity to antibiotics fluoroquinolones, vancomycin, aminopenicillins, resistance level to macrolides is 50%. “Gram-negative” agents of pneumonia (Klebsiella pneumoniae, Enterobacter aerogenes) retain high sensitivity to cephalosporins III-IV generation fluoroquinolones, more than half of strains resistant to cephalosporins I generation and amikacin.

Key words: severe community-acquired pneumonia, culture, antibiotic sensibility, antibiotic resistance



УДК. 616.379:616.137-073.75

РАХИМЖАНОВА Р.И., РЫСКУЛОВА Г.О., КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж., БАЙЖАХАНОВА Д.Б.
Республиканский Диагностический Центр Республика Казахстан, г. Астана, ул Сыганак 2

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНГИОСЦИНТИГРАФИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аннотация: В статье на основании анализа результатов обследования пациентов с подозрением на облитерирующее поражение артерий нижних конечностей у больных Сахарным диабетом определены диагностические возможности ангиосцинтиграфии артерий нижних конечностей. Она дала возможность определить состояние микроциркуляторного кровотока на пике максимальной вазодилатации, а также

характер ишемического повреждения кожи.

Ключевые слова: ангиосцинтиграфия, облитерирующие заболевания, сахарный диабет.

Актуальность: В наше время наблюдается значительная распространённость облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Среди них многие пациенты имеют сахарный диабет. Рост чис-

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ла больных СД - одна из важнейших и актуальных проблем современной медицины. Сахарный диабет является одним из независимых факторов развития атеросклероза. Гипергликемия считается основным пусковым фактором в развитии любого сосудистого осложнения при СД. Критическая ишемия нижних конечностей наблюдается в 5 раз чаще у больных СД. Для диагностики сосудов используются инвазивные и неинвазивные методы. Неинвазивная УЗДГ периферических сосудов и инвазивные селективная ангиография и КТ ангиография показали себя как высокоинформативные методы для диагностики артериального русла у больных с ишемическим поражением нижних конечностей. Однако, у больных с СД, вследствие уплотнения или кальцинации стенок сосудов, при наличии перемежающейся хромоты без объективных признаков, при наличии противопоказаний к проведению селективной ангиографии или КТ ангиографии, эти методы оказываются недоступными [5]. Поэтому изучение возможностей ангиосцинтиграфии для диагностики заболеваний периферических сосудов у больных с СД является перспективным методом, который позволяет оценить состояние кровотока в конечностях на пике максимальной вазодилатации в независимости от субъективного состояния пациента, а также проводит объективную оценку эффективности терапевтического или хирургического лечения стенозирующих заболеваний артерий конечностей и производит расчёт абсолютных значений кровотока [4].

Цель исследования: Изучить диагностические возможности ангиосцинтиграфии нижних конечностей у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: Статическая ангиосцинтиграфия была проведена 11 пациентам в Республиканском диагностическом центре г. Астана с периферическим нарушением кровообращения у больных Сахарным диабетом на аппарате ОФЭКТ- СПЕКТ (Philips) "Forte", эффективная доза облучения 2.4 мЗв. Всем больным внутривенно в предплечье вводился радиофармпрепарат 400 МБк ^{99m}Tc -макротех (альбумин). На уровне верхней трети обеих голеней накладывали манжету сфигмоманометра и поднимали давление в них до 300 мм рт.ст. Через 3 мин, в течение которых происходило равномерное распределение РФП, постепенно давление в манжетах снимали. Регистрацию динамической ангиосцинтиграфии начинали за 3-5 сек до восстановления кровотока. Из конечности контрлатеральной месту инъекции, брали пробу венозной крови и определяли в ней удельную радиоактивность путём радиометрии на гамма-камере. На кривых «активность-время», полученных с каждой исследуемой

конечности, выделяли сегменты линейного повышения радиоактивности, по которым рассчитывали прирост скорости счёта за секунду. Кровоток конечности рассчитывали по формуле: $F=G/C \times 60$ мл/мин, где F - кровоток в конечности в мл/мин/100мл; C - удельная радиоактивность крови в имп/сек/мл; G - градиент линейного кровотока в имп/сек/сек. С целью коррекции поглощения радиоактивности тканями полученную величину умножали на 1,3. После проведения сканирования давались рекомендации пациенту по обильному питью (1,5-2 л жидкости) и ограничение контакта в течение 16-18 часов с беременными и детьми, согласно требованиям радиационной безопасности [1-3].

Возраст больных составил от 39 до 71 года, у 10 из которых СД 2 типа и у одного 1 типа, у всех наблюдались клинические признаки, характерные для ишемии нижних конечностей (боль, отёчность, перемежающаяся хромота, снижение чувствительности, гипотермия поражённой конечности).

Результаты и их обсуждение: По распределению радиофармпрепарата (РФП) в правой и левой нижней конечности пациенты были разделены на 2 группы: с равномерным и неравномерным распределением. Распределение радиофармпрепарата по равномерному типу в конечности свидетельствует об отсутствии данных за стенотическое повреждение сосудов в данной конечности, а неравномерный тип распределения говорит о наличии у пациента облитерации в этом сегменте. Равномерное распределение РФП в правой НК было диагностировано у 5 пациентов, а неравномерное также у 5 пациентов. Равномерное распределение РФП в левой НК было диагностировано у 4х пациентов, а неравномерное у 6 пациентов. При этом равномерное и симметричное распределение РФП в обеих НК было выявлено у 4х пациентов, и неравномерное, несимметричное распределение РФП в обеих НК у 5 пациентов. Скоростные показатели артериального русла голеней в пределах от 10 до 22 мл/мин/100мл считаются в пределах нормы, снижение их менее 10 мл/мин/100мл свидетельствует об ишемическом поражении. Вследствие этого по скоростным показателям кровотока полученные данные были разделены на 2 группы: больше 10 мл/мин/100мл или менее 10 мл/мин/100мл. Менее 10 мл/мин/100мл справа было выявлено у 4х пациентов, слева у 6 пациентов, что свидетельствовало о стенозе артерий голени. Более 10 мл/мин/100мл было выявлено справа у 6х пациентов, слева у 4х пациентов, что свидетельствовало об удовлетворительном артериальном кровотоке.

Выводы: В наше время существует множество методов для диагностики облитерирующего пора-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

жения артерий нижних конечностей. Это ультразвуковая доплерография, селективная ангиография, КТ ангиография, МР ангиография. Эти методы являются высокоинформативными, у них имеются свои преимущества и недостатки. Однако, у больных с СД, когда имеется необходимость изучить микроциркуляцию поражённой конечности, когда оказывается недоступным УЗДГ вследствие уплотнения и кальцификации стенок сосудов, когда имеются противопоказания к введению контрастного вещества, когда имеются боли неясной этиологии по ходу дистальных сосудов, тогда введение такого диагностическо-

го метода как ангиосцинтиграфия артерий нижних конечностей является незаменимым. В нашей стране ангиосцинтиграфия нижних конечностей впервые, на базе Республиканского диагностического центра г. Астана, была проведена 11 пациентам, у которых был диагностирован СД, с наличием подозрения на облитерацию артерий дистальных сегментов. Полученные данные позволили оценить степень повреждения сегмента голени и скоростные количественные показатели артериального русла, в том числе на уровне микроциркуляции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ и.о. Министра национальной экономики Республики Казахстан

№ 260 от 27 марта 2015 года. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности»;

2. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан № 155 от 27 февраля 2015 года. «Гигиенические нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности»;

3. Приказ и.о. Министра национальной экономики

Республики Казахстан № 260 от 27 марта 2015 года. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам»;

4. Ю.Б.Лишманов, В.И.Чернов, Радионуклидная диагностика для практических врачей, стр.181-188, 2004 г.

5. Parkin A., Maughan J., Robinson P.J. et al. (1994) Radionuclide limb blood flow measurements to re-solve diagnostic problems in vascular surgery. Nuc. Med. Commun. 15, 148-151.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЙЖАХАНОВА Д.Б.

ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ АЯҚ ТАМЫРЛАРЫН АНГИОСЦИНТИГРАФИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАЛАУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Аяқ тамырлары ишемиясы және қант диабеті бар 11 науқасқа ангиосцинтиграфия жүргізілді. Ол аяқ тамырларының окклюзионды-стеноз айналымын диагностикалаудағы жоғары ақпараттық және инвазивті әдіс болып табылады.

SUMMARY

BAIZHANANOV D.B.

DIAGNOSTIC CAPABILITIES ANGIOSCINTIGRAPHY WITH LOWER EXTREMITIES IN PATIENTS WITH DIABETES

Angioscintigraphy lower extremities was performed in 11 patients with suspected lower limb ischemia and diabetes mellitus. It is a highly informative and minimally invasive method for diagnosing occlusive-stenotic lesions of the lower extremity arteries.



УДК: 616.34-002.255-089.86

БУРАЕВ Г.Б¹, ЛОЗОВОЙ В.М¹, АИПОВ Р.Р², БОТАБАЕВА А.С¹, ХАМИТОВ М.К¹, БУРАЕВА К.Б³.

¹ АО «Медицинский университет Астана

² ГКП на ПХВ «Городская детская больница №2» г.Астана

³ Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А.Яссави

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗГРУЗОЧНЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИРШПРУНГ-АССОЦИИРОВАННОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Аннотация

Проведен ретроспективный анализ архивного материала по определению частоты развития Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита и влиянию разгрузочных кишечных стом на тяжесть воспалительного процесса при данной патологии.

Ключевые слова: Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит, кишечная стома.

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга - тяжелая врожденная аномалия развития толстой кишки, приводящая к нарушению иннервации фрагмента кишки, занимает одно из ведущих мест в структуре патологии пищеварительного тракта у детей. Частота заболеваний, по данным большинства авторов, составляет 1 на 5000 новорожденных [1,2].

Одним из самых грозных осложнений после хирургического лечения болезни Гиршпрунга является Гиршпрунг - ассоциированный энтероколит (ГАЭК), протекающий на фоне выраженного нарушения местной иммунной системы в стенке кишки, нарушения микробиоценоза с активацией патогенной микрофлоры, приводящих к расстройству микроциркуляции с последующей перфорацией стенки кишки и

развитием перитонита [3,4]. Осложнение может развиваться как до, так и после хирургического лечения, является жизнеугрожающим состоянием. Частота встречаемости энтероколита до операции колеблется от 6 до 50% случаев, в послеоперационном периоде - от 2 до 35% наблюдений [5]. Отсутствие коррекции этих нарушений приводит в 10-15% случаев к осложнениям в зоне анастомоза [6]. Летальность остается высокой и колеблется от 2,6 до 12,0 %, у детей раннего возраста - до 31-35 % [7,8,9] случаев.

Цель: Изучение влияния наложения разгрузочных кишечных стом на течение и тяжесть воспалительного процесса при ГАЭК.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 162 пациентов с диагнозом болезни Гиршпрунга, находившихся на стационарном лечении в ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2» г. Астаны и в «УМС» «Научный центр материнства и детства» Республики Казахстан в период с 2007-2015 г.г.

Возраст детей варьировал от 1 месяца до 15 лет. Мальчиков - 113 (69,7% случаев), девочек- 49 (30,2% наблюдений) . Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение детей по возрасту и полу

Возраст/пол	Мальчики		Девочки		Всего	
	п	%	п	%	п	%
1-6 мес	24	14,8	12	7,4	36	22,2
6-12 мес	20	12,3	11	6,8	31	19,1
1-3 год	33	20,4	10	6,2	43	26,6
3-6 лет	26	16	11	6,8	37	22,8
6-11 лет	7	4,3	4	2,5	11	6,8
Старше 11 л	3	1,9	1	0,6	4	2,5
Итого	113	69,7	49	30,2	162	100

Примечание: п - количество наблюдений

Все дети оперированы с различными модификациями хирургического лечения. Части пациентов (52 ребенка- 32% наблюдений) в ДГБ № 2, ННЦМД и на до госпитальном этапе (в других клиниках) наложе-

ны кишечные стомы на разных уровнях кишечной трубки (Таблица 2). Количество не стомированных пациентов соответственно составило 110 человек (67,9% случаев).

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таблица 2. Распределение стомированных пациентов по уровню наложения кишечной стомы

Уровень стомы	n	%
Сигмостома	34	65,3
Илеостома	12	23
Транверзостома	5	9,7
Цекостома	1	2
Итого	52	100

Примечание: n - количество наблюдений

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия Пирсона с помощью программного обеспечения Biostat.

Результаты и обсуждение. В детской колопроктологии важным этапом коррекции пороков развития толстой кишки и промежности является адекватное наложение превентивной или разгрузочной кишечной стомы. Невозможность адекватного опорожнения кишки, приводящая к дилатации толстой, а иногда и тонкой кишок, скоплению газов и каловых масс, образованию больших и гигантских каловых камней, которые невозможно эвакуировать из кишки механическими и медикаментозными способами, выраженному декомпенсированному расширению кишки,

что служит показанием к наложению так называемой «разгрузочной» стомы, целью которой является декомпрессия расширенных отделов кишки, расположенных над зоной препятствия. Кроме врожденных аномалий развития, формирование кишечной стомы бывает необходимым при тяжелом течении воспалительных заболеваний кишечника [8].

В нашем исследовании в большинстве случаев сформированы сигмостомы (65,3% наблюдений). Из 52 стомированных пациентов признаки ГАЭК наблюдались у 19 детей (36,5% пациентов). Распределение больных по уровню наложения кишечной стомы представлено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение больных с ГАЭК по уровню наложения кишечной стомы

Уровень стомы	ГАЭК до наложения стомы		ГАЭК после наложения стомы	
	n	%	n	%
Сигмостома	12	63,1	8	42,1
Илеостома	5	26,3	3	15,8
Транверзостома	2	10,6	1	5,2
Итого	19	100	12	63,1

Примечание: n - количество наблюдений

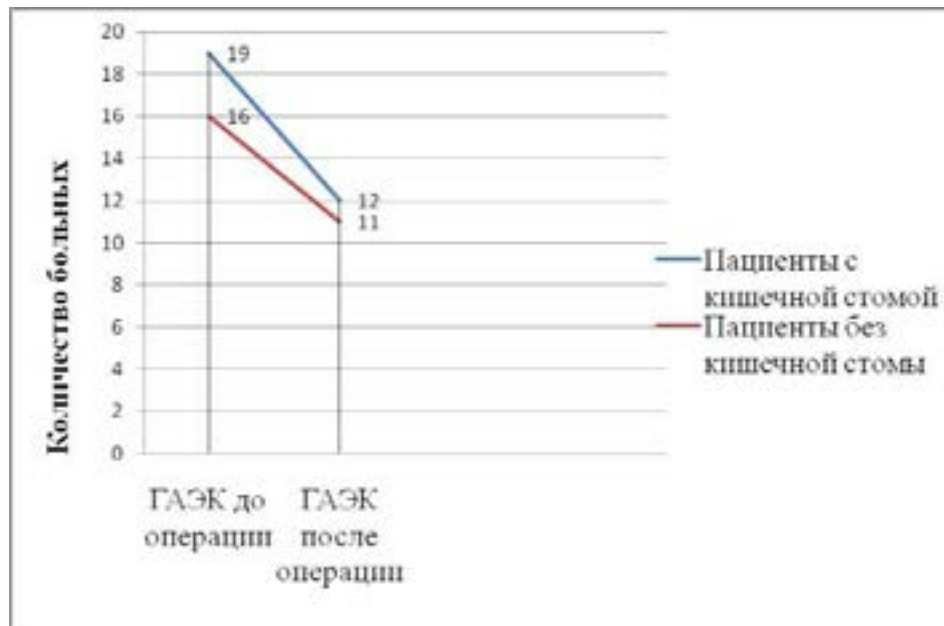
Среди них признаки ГАЭК имелись у 12 больных (63,1% наблюдений) пациентов и после наложения кишечной стомы, описывались в историях болезней в различные периоды после проведения операции.

Из 110 пациентов без кишечной стомы, признаки

ГАЭК наблюдались у 16 детей (14,5% наблюдений). Среди них в послеоперационном периоде количество пациентов с признаками ГАЭК отмечено у 11 детей - 68,7% случаев. Динамика уменьшения количества пациентов с ГАЭК до и после оперативного вмешательства представлена на рисунке 1.

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

Рисунок 1. Динамика уменьшения количества ГАЭК до и послеоперационном периоде



В таблице 3 представлены данные сравнительного анализа влияния наличия или отсутствия стомы на динамику существования ГАЭК.

Таблица 3. Распределение пациентов с ГАЭК с кишечной стомой и без стомы

Показатель развития ГАЭК	Пациенты с ГАЭК с кишечной стомой (n=52)	Пациенты с ГАЭК без кишечной стомы (n=110)	Коэффициент достоверности результата, p
	Количество, абс (%)		
ГАЭК до операции	19 (36,5%)	16 (14,5%)	p<0,01**
ГАЭК после операции	12 (63,1%)*	11 (68,7%)*	p>0,05

Примечание:
 ** - степень достоверности показателя разности между группами выраженный в процентах (%).
 * - процентный (%) показатель от количества детей с ГАЭК в до операционном периоде

Из анализа рисунка и таблицы следует, что после оперативного лечения между группами имелись различия в количестве пациентов с ГАЭК, отмечалось более выраженное снижение количества больных с ГАЭК после операции в группе «стомированных» больных по сравнению с группой детей без предварительного наложения разгрузочных стом, однако при статическом анализе достоверной различий данных показателей не выявлено.

Выводы:

1. Наложение «разгрузочной» коло-, энтеростомы абсолютно оправдано для достижения декомпрессии кишечного тракта.

2. Использование колостомии с целью профилактики послеоперационного Гиршпрунг - ассоциированного энтероколита является вспомогательным, но не основным компонентом для достижения цели.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ашкрафт К. К. Детская хирургия / К.К. Ашкрафт, Т.М. Холдер.- СПб., 1997.-Т.2.- С. 66-76.
2. Лёнюшкин А.И. Послеоперационная реабилитация детей при болезни Гиршпрунга / А.И. Лёнюшкин // Вестник хирургии.- 1989.- № 8.- С. 41-44.
3. Кривченя Д.Ю., Хурсин В.Н., Притула В.П. Энтероколит при болезни Гиршпрунга. Иммуногистологические особенности, патогенез, клиника, лечение. // Украинский медицинский журнал. №5(25).- 1X-X.-2001
4. Gosain A, Brinkman A.S. Hirschsprung's associated enterocolitis, Current Opinion in Pediatrics: June 2015 - Volume 27 - Issue 3 - p 364-369.
5. Austin K.M. The pathogenesis of Hirschsprung's disease-associated enterocolitis. SeminPediatr Surg. 2012;21:319-27.
6. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста / А.И.Ленюшкин. - М. : Медицина, 1999. - 366 с.
7. Кивва А.Н. Мониторинг уровня эндогенной интоксикации при болезни Гиршпрунга у детей / А.Н. Кивва // Детская хирургия.- 2001.- №6.- С. 15-17.
8. Коломейцев П.А. Хронический запоры / П.А. Коломейцев Е.М. Малкова, Д.П. Коломейцев //Вестник хирургия.- 1999.- Т. 158.- №6. С.52.
9. Reid J.R. The barium enema in constipation comparison with rectal manometry and biopsy to exclude Hirschsprung's disease after the neonatal period / J.R. Reid et al. // Padianradiol.- 2000.- Oct. № 30 (10).- P. 681-684.

ТҮЙІНДЕМЕ

Ғ.Б.БУРАЕВ

«Астана медицина университеті» АҚ

ГИРШПРУНГ-ҚАУЫМДАСТЫРЫЛҒАН ЭНТЕРОКОЛИТ КЕЗІНДЕГІ ЖҮКТЕМЕНІ ТӨМЕНДЕТЕТІН ІШЕК СТОМАЛАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Гиршпрунг-қауымдастырылған энтероколиттің алдын-алу мәселесі толығымен шешімін таппаған өзекті мәселе болып табылады. Бұл мәселе қазіргі таңда заманауи әдебиеттерде қызу талқылануда және тереңірек зерттеулерді қажет етеді.

SUMMARY

BURAYEV G.B.

JSC "Astana medical university

EFFICIENCY EVALUATION UNLOADING INTESTINAL STY IN GIRSHPRUNG-ASSOCIATED TO AN ENTERONITIS

Prevention of Girshprung-associated of an enteronitis is the problem which isn't solved finally. The problem the present is widely discussed in modern literature and requires further in-depth studies.



УДК 579.861.2:616.2 - 02

¹ М.У. ДУСМАГАМБЕТОВ, ² Д.К. ЖУНУСОВ, ² А.М. ДУСМАГАМБЕТОВА, ¹ Б.З. ЖУСУПОВ, ² Д.Ж. АХМЕТОВА, ² Н.А. НАРЫМБЕТОВ

¹ АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

² ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5», г. Астана

РОЛЬ СТАФИЛОКОККОВ В ЭТИОЛОГИИ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Аннотация:

Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре общей заболеваемости в мире, а удельный вес данной патологии составляет у взрослых 27,6%, у подростков - 39,9% и у детей - 61%. Проведен ретроспективный анализ частоты выделения стафилококков при инфекциях верхних дыхательных путей. Из исследованных 2979 проб биоматериала в 61,3% случаев (1538 проб) были выделены грамположительные кокки и в 38,6% - грамотрицательная флора. Основным этиологическим агентом среди стафилококков при ИВДП является *St.aureus*, который был изолирован от 40% амбулаторных пациентов. Все выделенные штаммы стафилококков проявили чувствительность к цефалоспорином III поколения и устойчивость макролидам и аминогликозидам.

Ключевые слова: инфекции верхних дыхательных путей, этиология, микроорганизмы, антибиотикотерапия, резистентность, стафилококки.

Актуальность: Важнейшими воротами для проникновения патогенных микроорганизмов в организм человека являются верхние дыхательные пути. Острые инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП) являются самыми частыми заболеваниями в амбулаторной практике, с которыми встречаются терапевты и педиатры [1, 2, 3]. Этиологическими агентами ИВДП являются условно-патогенные микроорганизмы, многие из которых принадлежат к транзитной флоре организма человека. Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре общей заболеваемости в мире, а удельный вес данной патологии составляет у взрослых 27,6%, у подростков - 39,9% и у детей - 61% [4], что обуславливает неугасающий интерес к данной проблеме в практической медицине. Чаще всего больные с указанной патологией начинают лечение в амбулаторных условиях. Поэтому своевременная и рациональная антибиотикотерапия, начатая на догоспитальном этапе, является исключительно важным фактором, ограничивающим возникновение осложнений, хронизацию процесса, и позволяет излечить пациента в амбулаторных условиях [5].

Основная роль в инфекционные патологии че-

ловека принадлежит *S.aureus*. Рост заболеваемости стафилококковой инфекцией связывают, прежде всего, с широким и часто недостаточно обоснованным применением антибиотиков, приведшим в силу высокой биологической пластичности стафилококков к селекции и широкой диссеминации антибиотико-резистентных штаммов.

Среди причин роста заболеваемости ИВДП можно назвать следующие: снижение защитных свойств слизистых оболочек верхних дыхательных путей и изменение вирулентности микроорганизмов. Последнее, в свою очередь, обусловлено эволюцией микроорганизмов, снижением иммунитета слизистых верхних дыхательных путей и развитием резистентности микроорганизмов к антибиотикам. В последние 10 лет все более актуальной проблемой становится резистентность респираторных патогенов. Наиболее важным фактором, способствующим возникновению и селекции резистентности в популяции, является широкое, часто неоправданное, использование системных антибиотиков [6, 7].

Цель: изучение этиологической роли представителей рода *Staphylococcus* при инфекциях верхних дыхательных путей и анализ их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы: бактериологической лабораторией ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» проводятся диагностические исследования биоматериала (мазок из зева, носа) амбулаторных больных с заболеваниями верхних дыхательных путей. Всего в 2015 году исследовано 2979 проб. Посев, выделение и идентификацию выделенных культур, а также определение их чувствительности к антибактериальным препаратам проводили согласно действующим нормативным актам.

Результаты: Одним из основных компонентов адекватного этиопатогенетического лечения бактериальных инфекций, вне зависимости от тяжести и локализации воспалительного процесса, является рациональная антибиотикотерапия. Рациональная антибактериальная терапия определяется целым рядом факторов: нозологической формой инфекционно-воспалительного процесса; степенью чувствительности возбудителя к антимикробным средствам;

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

степенью активности антимикробного средства против конкретного возбудителя; возможностью достижения эффективной терапевтической концентрации антимикробных средств в поврежденных органах и тканях [8].

Можно выделить потенциальную пользу и вред назначения системных антибиотиков при острых инфекциях верхних дыхательных путей, характеризующихся высоким уровнем спонтанного выздоровления (табл. 1).

Таблица 1 - Последствия назначения антибиотиков

Потенциальная польза	Потенциальный вред
Предотвращение осложнений заболевания	Аллергические реакции, в том числе тяжелые и жизнеопасные
Потенциальная эффективность у ряда пациентов	Побочные эффекты
Более быстрые исчезновения симптомов и выздоровление	Дополнительная стоимость лечения
	Селекция и распространение резистентных штаммов бактерий в популяции

Из исследованных 2979 проб биоматериала в 61,3% случаев (1538 проб) были выделены грамположительные кокки и в 38,6% - грамотрицательная флора. По удельному весу, за анализируемый период времени, первостепенную роль играют стрептококки, частота высеваемости которых составила 51,6%, на втором месте по этиологической значимости - грамотрицательные микроорганизмы (38,6%) и на последнем месте - стафилококки, высеваемость которых составила 9,7%.

За этиологически значимый принимался рост золотистого стафилококка независимо от степени обсемененности, а для эпидермального и гемолитического стафилококка - этиологически значимым считался рост 10^4 КОЕ/мл и более.

Среди выделенных из биоматериала стафилококков 40% составил *Sta.aureus*, *Sta.epidermidis* - 32,8% и 27,2% - *Sta.haemolyticus* (рис.1).

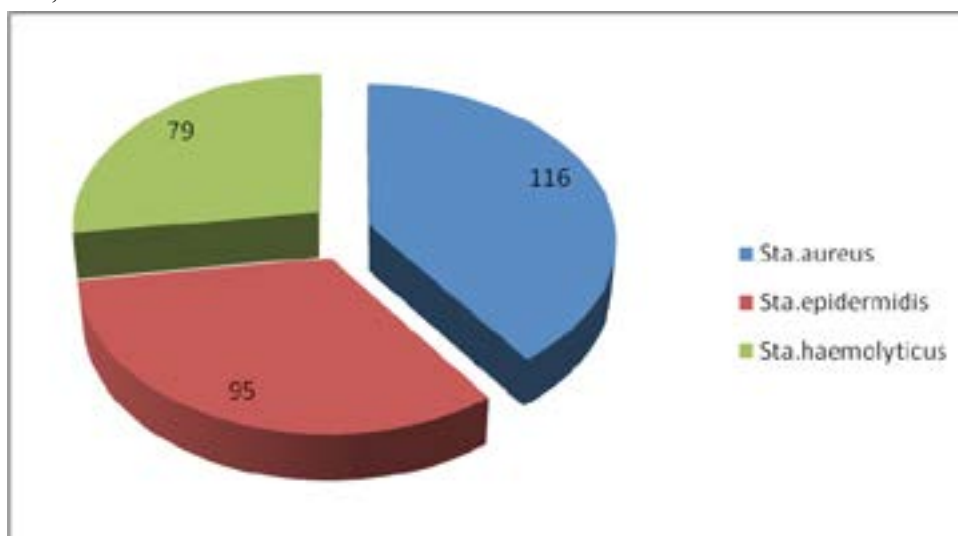


Рис.1. Видовой состав выделенных стафилококков (абс.)

Анализ чувствительности антибактериальным препаратам показал, что наиболее эффективным препаратом в отношении выделенных штаммов стафилококков является цефтриаксон (чувствительность *Sta.aureus* - 84%, *Sta.epidermidis* - 85,3%, *Sta.haemolyticus* - 90%). Вместе с тем выявлен высокий уровень устойчивости *Sta.aureus* и *Sta.epidermidis* к цефалоспорином первого поколения (цефалексину) - 44,8% и 52,6% выделенных штаммов соответственно. Кроме того, выделенные штаммы стафилококков проявили

устойчивость к макролидам (31,9% выделенных *Sta.aureus*, и 24,2% - *Sta.epidermidis*), аминогликозидам (24,1% 25,3% соответственно).

Таким образом, основным этиологическим агентом среди стафилококков при ИВДП является *Sta.aureus*, который был изолирован от 40% амбулаторных пациентов. Все выделенные штаммы стафилококков проявили чувствительность к цефалоспорином III поколения и устойчивость макролидам и аминогликозидам.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. McCaig LF, Hughes JM. Trends in antimicrobial drug prescribing among office-based physicians in the United States. *JAMA* 1995; 273: 214-9.
2. Ball P, Baquero F, Cars O et al. Antibiotic therapy of community respiratory tract infections: strategies for optimal outcomes and minimized resistance emergence. *J Antimicrob Chemother* 2002; 49 (1): 31-40.
3. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии: Инфекции верхних дыхательных путей, 2001.
4. Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей // РМЖ. - 2009. - т.17. - № 2.- С. 123-131.
5. 10. Drusano G. L., Craig W. A. Relevance of pharmacokinetics and pharmacodynamics in the selection of antibiotics for respiratory tract infections // *J. Chemother.* — 1997. — Vol. 9, № 3. — P. 38-44.
6. Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background. *Ann Intern Med* 2001; 134 (6): 498-505.
7. Snow V, Gonzales R. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults. *Ann Intern Med* 2001; 134 (6): 487-9.
8. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача педиатра. — М.: Медпрактика, 2000. — С. 57.

ТҮЙІН

¹ М.Ө. ДОСМАҒАМБЕТОВ, ² Д.К. ЖҮНІСОВ, ² А.М. ДОСМАҒАМБЕТОВА, ¹ Б.З. ЖҮСІПОВ, ² Д.Ж. АХМЕТОВА, ² Н.А. НАРЫМБЕТОВ

¹ «Астана медицина университеті» АҚ, Астана қ.

² ШЖК «№5 қалалық емханасы» МКК, Астана қ.

ЖОҒАРҒЫ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫ ИНФЕКЦИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ СТАФИЛОКОКТАРДЫҢ РОЛІ

Әлемде жалпы аурулардың ішінде тыныс жолдары ағзаларының аурулары бірінші орында тұр. Ал осы патологияның үлес салмағы ересектерде - 27,6%, жасөспірімдерде - 39,9% және балаларда 61%-ды құрап отыр. Жоғарғы тыныс жолдары инфекциясы кезінде стафилококтың бөліну жиілігіне ретроспективті талдау жасалды. ЖТЖИ кезінде стафилококтар арасында негізгі этиологиялық агент *Staphylococcus aureus* болып табылады. Зерттелген 2979 биоматериал сынамасынан 61,3% жағдайда (1538 сынама) грам оң коктар және 38,6% грам теріс флора анықталды. *Staphylococcus aureus* амбулаторлық пациенттердің 40%-нан анықталды. Бөлінген барлық стафилококк штамдары цефалоспириндердің III буынына сезімтал және макролидтер мен аминогликозидтерге нық екенін көрсетті.

SUMMARY

¹ M.U.DUSMAGAMBETOV, ² D.K.ZHUNYSOV, ² A.M. DUSMAGAMBETOVA, ¹ B.Z.ZHUSUPOV, ² D.ZH. AHMETOVA, ² N.A. NARIMBETOV

¹ JSC «Astana Medical University», Astana

² SSE on REM “ No. 5 city polyclinic “, Astana

ROLE STAPHYLOCOCCUS IN THE AETIOLOGY OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION

Diseases of respiratory organs win first place in structure of the general incidence in the world, and the specific weight of this pathology makes at adult 27,6%, teenagers have 39,9% and children have 61%. The retrospective analysis of frequency of separation of staphylococcus in case of upper respiratory tract infections is carried out. From the studied 2979 tests of biomaterial in 61,3% of cases (1538 tests) gram-positive cocci and in 38,6% - gram-negative flora have been allocated. The main etiological agent among staphylococcus in case of IVDP is *Sta.aureus* which was isolated from 40% of ambulatory patients. All selected strains of staphylococcus showed sensitivity to tsefalosporin of the III generation and stability to macroleads and aminoglycosides.

УДК:618.19-006.552-073.

SUYINDIK IMANKULOV, ZHAZIRA SEIDAGALIYEVA, N.ZHAMPEISSOV

Astana Medical University

CLINICAL ASPECTS OF THE TREATMENT OF BREAST FIBROADENOMAS HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU)

Resume

The main method of treatment of fibroadenomas of the mammary glands to date is surgical. Surgery is often accompanied by complications: hematoma, inflammation, divergence joints, pain in the surgery, etc. Introduction of new technologies of minimally invasive alternative to open surgery are laparoscopic surgery; as a large number of studies conducted in the field of laser, cryo -, thermal ablation. But really noninvasive methods of practical medicine are radiation and chemotherapy, both methods have a lot of side effects. At the present time there was the possibility of introducing a new non-invasive method of treatment of breast fibroadenomas: HIFU-therapy. High-intensive focused ultrasound (HIFU) has declared itself as a new clinical method for non-invasive local treatment of tumors. The author is given etiology, classification, treatment of breast fibroadenomas, a brief overview of the concept of HIFU-therapy, the mechanism of action HIFU-therapy, HIFU device used for the treatment of mammary tumors, evaluation methods the performance of ablation, the criteria for cure.

Keywords: fibroadenoma, High-intensive focused ultrasound, HIFU-ablation.

Introduction

Mammary glands are complex clear differentiation of physiological and pathological changes, as well as various types of benign diffuse pathology. This is because the structure of the mammary gland is not only different from women, but also in one and the same depending on the age, the reproductive system, and even menstrual period. According to modern concepts, the mammary glands are under hormonal influence multifactorial. Breast cancer is the target organ for sex steroid hormones. Furthermore, it was found that they have an effect of pituitary hormones, adrenal cortex, thyroid, pancreas and others. [1].

Benign breast changes are among the most common diseases of women of various age groups and include various clinical, morphological characteristics and the etiologic processes. Benign breast disease in the female population spread to 30-70% of cases [7], due to the increasing incidence of this disease and the fact that some forms of proliferative epithelial hyperplasia accompanied regarded as a background of increased risk of breast cancer [8]. Despite the successes of the diagnosis and

treatment of tumors of the breast, differential diagnosis, competent supervision, combined and complex treatment of malignant tumors occupy an important place. In the structure of morbidity and mortality from malignant neoplasms of the female population of Russia took the breast cancer in 1996. 1st place, and the absolute number of cases has increased to 39 thousand. (1991 in. - 31.9 thousand.), Dead - to 19.6 thousand., similar situation in Kazakhstan last 5 years 2011-2015. Several authors [2,3,4,5,6] attach great importance to identify preclinical stages of breast cancer, cancer in situ.

Fibroadenoma - one of the particular breast disease and composes 95% of all benign tumors. Malignancy with fibroadenoma can reach 3% [9].

Etiology.

Development of fibroadenomas consider multifactorial. Risk factors include various hormonal disorders in the female body such as menstrual disorders, inflammatory diseases of the genital organs, abortion, abandonment of breastfeeding and thyroid disease, stress, and so on.

Classification.

Allocate 3 histological types of breast fibroadenoma:

- Perikanalikularis(51%)
- Intrakanalikularis (47%)
- Mixed (2%)

Methods of treatment for breast fibroadenoma.

So far, the detection of fibroadenoma larger than 1.0 cm is an indication for surgical treatment. The following methods of surgical treatment:

1. Sectoral resection (removal of the tumor together with surrounding tissues)
2. Enucleation (husking) - remove only the tumor.

Open surgery has a fairly high rate of complications, causes immunosuppression, which increases the risk of postoperative complications. Patients experience pain after the surgery, the recovery period can be long enough. Technological progress "shifts the bar" in favor of less invasive methods. Laparoscopic surgery, minimally invasive techniques radiofrequency, microwave, laser, cryoablation increasingly replace open surgery with the natural reduction in bed days, the cost of treatment, mortality associated with the intervention. The term "tumor ablation" is a direct thermal or chemical effect on tumor tissue for the purpose of its destruction. The

most frequent tumor ablation performed with ultrasound, at least - MRI or CT guidance. All ablation of tumors can be divided into two categories: chemical and thermal ablation of the ablation. Chemical ablation is performed with ethanol, acetic acid, and other agents. Thermal ablation is divided into two groups of cold (cryoablation) or heat. Principles of thermal effects on tissue using electrical energy were first presented Jaques-Arsène d'Arsonval in 1892. In 1948, the main factors described Pennes interaction energy and heat the tissue by creating a biothermal equation [10], wherein determining the extent of thermal damage to the tissue into account the absorption properties of tissue its thermal conductivity, density, the metabolic rate of heating tissue, the degree of vascular perfusion and its corresponding energy loss . Since then, methods have been developed multiple tissue ablation. Among the most common are radiofrequency ablation, cryoablation, laser interstitial ablation, microwave ablation [11], with the energy of the occasion for the tumor using special conductors - "applicators". When radiofrequency ablation are special electrodes with microwave ablation - "antenna", laser ablation - light guide fibers with cryoablation - a special hollow needle with a partial vacuum insulation, through which the tumor is fed liquid argon at a temperature of minus 196 ° C. When ultrasonic ablation need to introduce special conductors have: the treatment is performed without breaking the skin or mucosa. To date, high-intensity focused ultrasound ablation (HIFU) is really the only non-invasive method of destruction of local tumor focus, which the authors rightly called "surgery of the future" [12].

The mechanism of action of high-intensity focused ultrasound.

Describes the three basic mechanisms of damaging action of HIFU [13-14].

The first and main - a mechanism of thermal ablation. High power ultrasound has the unique property to penetrate through healthy tissue without damaging them, but when focused by emitter lens in a small area causing instant during a second, raising the temperature to 90 ° C, sufficient for the development of coagulation necrosis. So there is a lesion and necrosis. Surface and the surrounding tissue focus in this case remain intact. The ability of ultrasound to cause necrosis in the tumor, located at a considerable distance from the source of ultrasound, ultrasonic ablation allows to consider the method of non-invasive surgery. The second mechanism, unfortunately, less predictable and controllable, acoustic cavitation is the mechanism that leads to tissue necrosis as a result of mechanical and thermal stress. Ultrasound causes vibration in the tissues, and the molecular structures are subjected to the next compression and expansion.

During the negative phase of the ultrasonic wave in phase vacuum gas solution passes into the gaseous state and is transformed into microbubbles which oscillate in time with the ultrasonic waves. When you reach the size of the wave resonant frequency bubbles burst through mechanical shock. During bubble collapse the acoustic pressure is several thousand Pa same temperature reaches 2000-5000 ° C, which causes the death of the tissue [15]. The presence of cavitation depends on the length of the pulse, its frequency and intensity [16]. The probability of such phenomenon does not exist under the action of the ultrasound diagnostic, but when exposed to high-intensity focused ultrasound, this factor should be taken into account. Damage to the vascular tumor that occurs in the process of ultrasonic ablation, is the third mechanism of tissue damage [17-21]. HIFU- exposure causes direct damage to the blood vessels that feed tumors, thereby disconnecting the supply of oxygen, broken trophic tumor tissue. In fact, it is impossible to isolate at least one of these mechanisms, the effect of ultrasound ablation, they all occur at the same time in the markup screen. Coagulative necrosis caused by exposure to high-intensity focused ultrasound, the total biological effect caused by heat, cavitation and destruction of tumor vessels. Observed changes in the tissues after exposure of focused ultrasound with high intensity due to the appearance of a homogeneous zone of necrosis [22]. The border between the zone of necrosis and healthy tissue body clear enough, the transition zone is only a few cells. The volume of necrotic tissue after treatment coincides with the volume of the primary tumor. However Oncology canons for operation as was possible ablastics necessary to "block" the tumor by at least 1 cm. Therefore, the zone comprises a tumor ablation zone and on the periphery of the tumor from the normal, non-tumor tissue. Subsequently, within 7 days after treatment the inflammatory response develops that includes the migration of polymorphonuclear leukocytes in the deep zone of the lesion, formation of granulation tissue containing immature fibroblasts and new capillaries are formed along the periphery of the necrotic zone [23]. Within two weeks after the ultrasound ablation peripheral part of the treated area is replaced by proliferating fibrous tissue. The repair process has not yet been studied in detail, but the morphological studies show a gradual shrinkage of tissue in the treated volume and substitution of necrotic tissue by fibrous tissue.

Apparatus ultrasound ablation used to treat breast tumors.

HIFU-ultrasonic system monitoring and control of the MRI-use for the treatment of mammary tumors [24]. In medical practice, as there are only a few models of industrial ultrasonic ablation. All ultrasound ablation devices are divided into two types: the extracorporeal treatments

used for the treatment of tumors of several organs and apparatuses monofunctional destination. Machines for extracorporeal treatment of air medical focusing lenses of large diameter; with high emission intensity can reach; ultrasonic radiation has a high penetrating power, so these devices are capable of producing ablation at great depths within the body. Monofunctional purpose machines have small focusing lenses (medical sensors small size) with a short or ultrashort focal-range; radiation intensity is low. This device for transrectal prostate cancer treatment, the apparatus used in otorhinolaryngology for the treatment of vasomotor and allergic rhinitis, as well as specialized gynecological device for the treatment of diseases of the vulva and cervicitis. The most widespread multi-functional model for in vitro treatment, developed in China (Model JC Focused In the second device in vitro application of MRI is used as a method for guidance. This device is equipped with medical sensor 10 cm. In diameter, with an 8-cm radius of curvature radiation frequency of 1.5 MHz (GE Medical Systems, Milwaukee, WI) [25]. This unit is used to treat breast cancer. Another model with MRI-guided, having a commercial name of the ExAblate 2000 (InSightec-TxSonic, Ltd., Haifa, Israel), is used only for the treatment of patients with uterine cancer and breast tumors [26]

The system of guidance and monitoring the performance of treatment.

An important factor is the ability to accurately control procedure. Currently, this is done in two ways: ultrasound monitoring in real time [27-28]. or MRI [29-30]. When used to control the orientation of the MRI is performed by a temperature mapping: the affected area first designated ultrasonic shots of lower intensity than that required for the formation of zones of necrosis; local temperature rise in the tissue allows precise positioning of the ultrasound focus, and only then is the treatment high-intensity focused shots. Unfortunately, the system of the magnetic resonance guided via thermal mapping can be effectively used when the condition of immobility of the irradiated object. In cases where there is a strong body of respiratory excursion - the target MRI guidance is used. When ultrasound-guided diagnostic sensor located inside or near the therapeutic transducer for clear visualization of the ablation zone. Interposition of diagnostic and therapeutic module is fixed and stored. Therapeutic focus position is marked on the visual image. The therapeutic effect of HIFU clearly monitored for changes in gray scale in the treatment process. To obtain the most complete tumor tissue ablation requires that tumor ablation zone overlaps the hearth, at least 1 cm. MRI provides better visual picture, the possibility of temperature control, but significantly more expensive, more protracted procedure. Optimal areas of use: treatment of uterine fi-

broids and breast tumors. Ultrasound certainly has advantages in cost and availability, less time-consuming, the possibility of registration of changes in the hearth mode real time. The disadvantage is the inability to control the temperature in the hearth. Diagnostic ultrasound does not penetrate bone, and a hollow, gas containing bodies, but it can also be considered as an advantage, since the relative positions of the tumor and defining the data structures can carry out the correction of the ultrasonic beam direction for a more secure and complete ablation of the tumor, reducing the risk of damage to the hollow bodies.

Methods for assessing the performance of the ablation.

In order to use the methods of follow-anatomical imaging (CT, MRI, ultrasound, digital subtraction angiography), as well as methods of physiological imaging: PET, PET-CT, scintigraphy. These methods provide accurate information about the state of the tumor tissue and perfusion cell function and changes in tumor size in the dynamic observation. During the ablation procedure in the treated volume ultrasound cavitation can be visualized as a sharp increase echogenicity inhomogeneous tissue distal to acoustic artifacts inherent gas bearing structures (cavitation effect is usually observed within a few minutes). Typically, increased echogenicity the treated tissue is preserved for a long time, but in a small percentage of cases developing tissue edema results in reduced echogenicity of the treated tissue. With dynamic ultrasound monitoring in the postoperative period in the tumor observed changes characteristic of the formation of foci of destruction of tissue with the formation of necrotic cavities; later at various periods, depending on organ appearance tumor volume decreases the ablation zone and the treated zone fibrosis. In the hearth disappears vascular pattern, but it must be remembered that the tumor ca. In be avascular by ultrasound before treatment. Much more clearly and quickly the effect of ablation can be detected by MRI or CT with contrast enhancement. Immediately after the procedure, ultrasound ablation observed cessation of the treated tumor tissue perfusion, altered signal characteristics on MRI and the density of tumor tissue in CT. These methods are very good opportunities for immediate and delayed evaluation of the effectiveness of the treatment and the volume of HIFU-induced influence of coagulation necrosis.

Performance criteria of cure.

To confirm the complete ablation of the tumor, as well as a suspected recurrent tumor growth is a bar held biopsy. Most dynamic control is performed by imaging. Basically, the tumor volume is compared before and after treatment. However, a comparison of this parameter may be less informative than the assessment of tumor tissue perfusion. Necrotic tissue often replaced by fibrous tis-

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

sue and fibrous tissue resorption process may be delayed for a long time (this happens, for example, ultrasound ablation mammary tumors) [31,32]. When using imaging techniques primarily estimated prevalence of tumor tissue and its restructuring; to a lesser extent the physician must rely on the change in tumor volume.

Conclusion.

Ultrasonic ablation method as surgery, relates to local therapies. Unlike other surgical and minimally invasive techniques (radiofrequency, cryo-laser ablation) HIFU-ablation occurs without compromising the integrity of

the skin and soft tissue damage near the tumor, ie, is the only non-invasive method. Unlike other types of minimally invasive ablation, at which dissipation of energy occurs naturally in proportion to the distance from the conductor, inserted in the center of the tumor, HIFU has no restrictions on the size of the tumor. The method is safe, has certainly fewer complications than surgery. In the course of treatment there is a real and objective possibility of control procedures. HIFU therapy breast fibroadenoma is a promising method non-invasive applying for its wide use in the treatment of benign tumors.

REFERENCES:

1. Н. Долгих В. Т. Опухолевый рост. М. - 2001. - 81 с.
2. Довгавлюк А. З. «Рак молочной железы: этиология, клиника, диагностика, лечение, вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации». Пособие для врачей. СПб: «Мега-принт», 2001. - 203 с.
3. Плохов В. Н. Отдаленные результаты органосохраняющих операций при раке молочной железы. // Онкология на рубеже XXI века. Возможности и перспективы. Сб. тез. М., 1999. - С. 294-295.
4. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. М., 2001.
5. Bijker N., Peterse J. L., Duchateau L. et al. Risk factors for recurrence and metastasis after breast-conserving therapy for ductal carcinoma in situ; A analysis of EORTC trial 10853//EJC. 2000. - Vol. 36. (Suppl. 5). - Abstr. 120.
6. Семиглазов В. В. Карцинома in situ молочной железы - морфологические и клинические проблемы // Практическая онкология. 2002 г., Т3, № 1, с. 60-68
7. Семиглазов В. Ф., Канаев С. В., Бугров Л. И. Промежуточные результаты рандомизированного исследования «оценка роли адьювантной лучевой терапии в органосохраняющем лечении рака молочной железы». Вопросы онкологии, 1998, с. 436-439.
8. Чайка В. К. Молочная железа от 0 до 18 / В. К. Чайка, М. Ю. Сергеевко, С. А. Ласачко. - Донецк: Альма-матео, 2006. - 120 с.
9. Е. Б. Камповой-Полевой, С. С. Чистяков Клиническая маммология Москва 2006г. с. 141.
10. Pennes H. H. Analysis of tissue and arterial blood temperatures in the resting human forearm. J Appl Physiol 1948;1:93-122.
11. Vogl T. J., Helmberger T. K., Mack M. G., Reiser M. F. (eds) Percutaneous Tumor Ablation in Medical Radiology. 2008, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York pp 258.
12. Kennedy J. E., ter Haar G. R., Cranston D. High Intensity Focused Ultrasound: surgery of the future? Brit J Radiol. 2003;76:590-599.
13. Hill C. R., Rivens I., Vaughan M., et al. Lesion development in focused ultrasound surgery: a general model. Ultrasound Med Biol. 1994;20:259-69.
14. Vaughan M., ter Haar G., Hill C. R., et al. Minimally invasive cancer surgery using focused ultrasound: a pre-clinical, normal tissue study. Br J Radiol. 1994;67:267-74.
15. Mason T. J. A sound investment. Chem Ind 1998:878-82.
16. Hynynen K. The threshold for thermally significant cavitation in dogs' thigh muscle in vivo. Ultrasound Med Biol 1991;17:157-69.
17. Wu F., Chen W. Z., Bai J., et al. Tumor vessel destruction resulting from high-intensity focused ultrasound in patients with solid malignancies. Ultrasound Med Biol. 2002; 28: 535-42.
18. Delon-Martin C., Vogt C., Chignies E., et al. Ultrasound Med Biol. 1995; 21:113-9
19. Rivens B. H., Rowland I. J., Denbow M., et al. Vascular occlusion using focused ultrasound surgery for use in fetal medicine. Eur J Ultrasound. 1999; 9:89-97.
20. Hynynen K., Chung A., Colucci V., et al. Potential adverse effects of high-intensity focused ultrasound exposure on blood vessels in vivo. Ultrasound Med Biol. 1996; 22:193-201.
21. Vaezy S., Martin R., Kaczkowska P., et al. Use of high-intensity focused ultrasound to control bleeding. J Vase Surg. 1999;29: 533-42.
22. Wu F., Chen W. Z., Bai J., et al. Pathological changes in human malignant carcinoma treated with high-intensity focused ultrasound. Ultrasound Med Biol. 2001 ;27: 1099-2006.
23. Chen L., Rivens I., ter Haar G. R. et al. Histological changes in rat liver tumours treated with high intensity focused ultrasound. Ultrasound Med Biol 1993;19:67-749
24. Stewart E. A., Gedroyc W. M., Tempany C. M., et al. Focused ultrasound treatment of uterine fibroid tumors:

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

safety and feasibility of a noninvasive thermoablative technique. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:48-54

25. Hynynen K, Pomeroy O, Smith DN et al. MR imaging-guided focused ultrasound surgery of fibroadenomas in the breast: A feasibility study. *Radiology* 2001;219:176-85

26. Gianfelice D, Khiat A, Boulanger Y, et al. Feasibility of magnetic resonance imaging-guided focused ultrasound surgery as an adjunct to tamoxifen therapy in high-risk surgical patients with breast carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2003;14:1275-82.

27 Wu F, Wang ZB, Wang ZL, et al. Changes in ultrasonic image of tissue damaged by high intensity ultrasound in vivo. *J Acoustic Soc Am.* 1998; 103:2869.

28. Souchon R, Bouchoux G, Maciejko E, et al. Monitoring the formation of thermal lesions with heat-induced

echo-strain imaging: a feasibility study. *Ultrasound Med Biol.* 2005;31:251-9.

29. Jolesz FA, Hynynen K. Magnetic resonance image-guided focused ultrasound surgery. *Cancer J.* 2002;8:S100-112.

30. Vimeux FC, De Zwaet JA, Palussiere, et al. Real-time control of focused ultrasound heating based on rapid MR thermometry. *Invest Radiol.* 1999; 34:190-3.

31. Wu F, Wang ZB, Cao YD, et al. Changes in biologic characteristics of breast cancer treated with high-intensity focused ultrasound. *Ultrasound Med Biol.* 2003;29:1487-92.

32. Wu F, Wang ZB, Zhu H, et al. Extracorporeal high intensity focused ultrasound treatment for patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment.* 2005; 92:51-60.

ТҮЙІН

ИМАНКУЛОВ С.Б. СЕЙДАГАЛИЕВА Ж.Ш. ЖАМПЕИСОВ Н.К.

АО «Медициналық Университет Астана»

СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ФИБРОАДЕНОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ ФОКУСИРЛЕНГЕН УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Күнге дейін сүт бездері фиброаденомаларын емдеуінің негізгі әдісі хирургиялық болып табылады. Хирургиялық тәсіл жиі асқынулармен өтеді: гематома, қабыну, тігіс сөгінуі, отадан кейінгі аймақтың ауырсынуы және т.б. Аз инвазивті жаңа технологияларды енгізу салдарынан ашық хирургиялық тәсілге альтернатива ретінде лапароскопиялық хирургия негізделді; және де лазерлік, крио-, термо-, абляция тәсілдері көп зерттеліп жатыр. Бірақ көптеген кемшіліктерге қарамастан нағыз инвазивті емес тәсілдер сәулеті және химиотерапия саналады. Қазіргі уақытта сүт бездері фиброаденомаларын емдеуге жаңа инвазивті емес HIFU-емдеу тәсілін енгізу мүмкіндігі пайда болды. Ісіктерді емдеудегі HIFU-тәсілі өзін инвазивті емес жаңа клиникалық әдіс ретінде ұсынды. Түйіндемеде авторлар сүт бездері фиброаденомаларын емдеу әдісін, этиологиясын, классификациясын, HIFU -терапияның қысқа түсінігін, әсер ету механизмін, HIFU-аппаратын, абляция тиімділігін бағалау әдісін баяндады.

Түйінді сөздер: фиброаденома, жоғары қарқынды фокусирылған ультрадыбыс, HIFU-абляция.

РЕЗЮМЕ

ИМАНКУЛОВ С.Б. СЕЙДАГАЛИЕВА Ж.Ш. ЖАМПЕИСОВ Н.К.

АО« Медицинский Университет Астана»

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА (HIFU) В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Основным методом лечения фиброаденом молочных желез до настоящего времени являлся хирургический. Хирургическое вмешательство нередко сопровождается осложнениями: гематома, воспаление, расхождение швов, боли в области оперативного вмешательства и т.д.. Вследствии внедрения новых технологий малоинвазивных методов альтернативой открытой хирургии являются лапароскопическая хирургия; так же большое количество исследований проводится в области лазерной, крио -, термо- абляций. Однако действительно неинвазивными методами практической медицины остаются лучевая и химиотерапии, при этом оба метода имеют массу побочных эффектов. В настоящее время появилась возможность внедрения нового неинвазивного метода лечения фиброаденом молочных желез: HIFU-те-

рапия. Высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU) заявил о себе как новый клинический метод неинвазивного локального метода лечения опухолей. В статье авторами дана этиология, классификация, методы лечения фиброаденом молочных желез, краткий обзор понятия HIFU-терапии, механизм действия HIFU-терапии, аппарат HIFU применяемый для лечения опухолей молочных желез, методы оценки эффективности абляции, критерии излечения.

Ключевые слова: фиброаденома, высокоинтенсивный фокусированный ультразвук, HIFU-абляция.



УДК 616-08-039.34

Б.К. ИСКАКОВА, Ф.Н. МАЙКАНОВА

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана

КОНТРАСТИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Аннотация: Обзор литературы посвящен актуальной проблеме клинической практики - развитию контрастиндуцированной нефропатии (КИН) вследствие применения рентгенконтрастных средств при исследованиях. В статье отражены вопросы стратификации риска развития КИН, лечения и методы профилактики.

Ключевые слова: рентгенконтрастные средства, рентгенконтрастная нефропатия, почечная недостаточность .

Введение. В последние годы в практике широко применяются рентгенконтрастные методы исследования. Однако, они сопряжены с высоким риском нефротоксичности рентгеноконтрастных средств (РКС), ввиду основного пути их элиминации через почки. Контрастиндуцированная нефропатия (КИН) стала третьей по частоте причиной острой почечной недостаточности (ОПН) [1]. По данным Sosa S.G., et al. (2007), даже умеренное повышение СК после коронарной ангиографии на 10-24% коррелирует с увеличением 30-дневной смертности пациентов [2].

Материалы исследования. КИН - это патологическое состояние, которое проявляется острым нарушением почечной функции, возникающим в течение

24-72 ч после введения РКС и характеризуется повышением концентрации сывороточного креатинина (СК) более чем на 25 %, по сравнению с первоначальным показателем. Уровень СК обычно поднимается в течение первых 24-48 часов после экспозиции РКС, достигает пика на 3-5-й день и возвращается к исходным значениям в течение 1-3 недель [3].

С учетом широкого применения РКС, в 1989 г. Европейское общество урогенитальной радиологии (ЕОУР) организовало Комитет по безопасному применению контрастных веществ, чтобы сосредоточить внимание на эффектах влияния РКС на функцию почек и разработке стратегии предупреждения этого состояния [4].

В патогенезе КИН имеют значение: прямое токсическое действие йода, активных форм кислорода, высвобождающихся при реперфузии на эпителий клеток канальцев; тубулярная обструкция и изменение почечной микрососудистой гемодинамики [5].

С целью предупреждения КИН, R. Mehran и соавт. предложили балльную оценку степени риска КИН перед проведением эндоваскулярных процедур (таблица 1) [6].

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таблица 1. Балльная оценка факторов риска развития КИН

Факторы риска	Баллы
Систолическое АД < 80 мм рт.ст не менее часа	5
Внутриартериальная баллонная контрпульсация	5
Сердечная недостаточность 3-4 ФК по NYHA	5
Отек легких в анамнезе	5
Возраст более 75 лет	4
Гематокрит: мужчины < 39% женщины < 36%	3
Сахарный диабет	3
Объем вводимого контраста	1 балл на 100 мл
Клиренс креатинина сыворотки: 60-40 мл/мин	2
40-20 мл/мин	4
<20 мл/мин	6

Считается, что объем контрастного вещества является независимым фактором риска КИН. Ряд авторов рекомендуют применять контраст в минимально эффективном количестве и при расчете его количества учитывать массу тела и уровень креатинина в сыворотке крови пациента со строгим соблюдением правил расчета количества РКС по формуле [7]:

Максимальный объем РКС = 5 мл х [вес тела (кг)/ СК сыворотки (мкмоль/л) : 88,4].

На основании суммарной оценки баллов определяются степени риска КИН: менее 6 баллов- низкий, 6-11 баллов- умеренный, 11-16 баллов- высокий, свыше 16 баллов - очень высокий [8].

У пациентов с нормальной почечной функцией и отсутствием факторов риска КИН необходимости в профилактических вмешательствах перед введением РКС нет. При наличии факторов риска КИН проводится их стратификация и вычисляется отношение риска/пользы процедуры с применением РКС. В группе пациентов с высоким риском предпочтительно использовать альтернативные информативные визуализирующие методы диагностики [9].

Основным диагностическим критерием КИН является мониторинг СК. Однако, это сравнительно поздний (12- 24 часов) и недостаточно чувствительный показатель [10]. В последнее время исследованы и признаны эффективными биомаркерами тубулярного повреждения - плазменный n-ацеил-b-глюкозамин (pNGAL) и плазменный цистатин С (pCysC) [11].

КИН проявляется различной клиникой и не всегда своевременно диагностируется. В тяжелых случаях может развиваться ОПН с тяжелыми гемодинамическими, электролитными и метаболическими нарушениями вплоть до уремии. Гиперкалиемия долго может протекать бессимптомно, иногда на этом фоне может развиваться выраженная брадикардия с последующей остановкой сердца. В случаях проведения инвазивного исследования с введением РКС, которое сопровождается быстрым нарастанием уровня креатинина

плазмы крови на 2-5 день после процедуры, при исключении других причин почечной недостаточности, развитие КИН не вызывает сомнений [10].

Лечение и профилактика

При гиперкалиемии внутривенно вводят 10% раствор хлористого кальция, 40% раствор глюкозы с добавлением 10 ед. инсулина, внутрь дают хелатные препараты кальция по 15 мг каждые 8 ч или ректально по 30 мг под контролем уровня калия каждые 2-4 ч. В случаях метаболического ацидоза внутривенно вводят 50 мл 8,4 % раствора бикарбоната натрия. Мета анализ показал преимущество использования бикарбоната натрия, который уменьшает выработку свободных радикалов, снижает кислотность и проявления окислительного стресса на уровне собирающих трубочек [11]. При развитии ОПН возникает необходимость проведения почечно-заместительной терапии (гемодиализ, гемофильтрация, перитонеальный диализ).

Для профилактики развития КИН ЕОУР рекомендует использовать низко- или изоосмолярные РКС [12-18]. Доказанным способом профилактики КИН является гидратация. Обычно используется изотонический физиологический раствор. Гидратация обычно выполняется с помощью катетеризации периферической артерии со скоростью инфузии 1 мл/кг/ч в течение 12 часов до и после ангиографии [19].

В литературе приводятся положительные результаты снижения риска КИН при проведении ишемического preconditionирования [20]. Возможные эффекты по снижению риска КИН имеются при назначении ряда лекарственных препаратов: допамина [21], антагонистов кальция [22,23], ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента [24], теofilлина [25], простагландин Е1 [26], нефропротективных препаратов: N-ацетилцистеин (НАЦ) [27-29]; статинов [30, 31].

Выводы:

1. КИН является серьезным осложнением анги-

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

ографических исследований. Поэтому необходимо тщательно взвесить риск и пользу исследования с РКС у пациентов с факторами риска КИН.

2. С целью снижения риска КИН рекомендуется использование РКС последних поколений: низко-(омнипак) и изосмолярные (визипак) РКС в небольших объемах.

3. Перед исследованием с применением РКС необходимо оптимизировать режим гидратации с помо-

щью внутривенного или перорального приема жидкости.

4. После использования РКС необходимо мониторировать уровень сывороточного креатинина через 24-72 ч. В случаях крайней необходимости выдерживать, по крайней мере, 1-недельный интервал между двумя исследованиями с РКС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Nash K., Hafeez A., Hou S. Hospital-acquired Renal Insufficiency // *Am. J. Kidney Dis.* - 2002. - Vol. 39. - P. 930-937.

2. Coca S.G., Peixoto A.J., et al. The prognostic importance of a small acute decrement in kidney function in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis // *Am J Kidney Dis.* - 2007. - Vol. 50 (5). - P. 712-20.

3. Sandler C.M. Contrast-agent-induced acute renal dysfunction - is iodixanol the answer? // *N Engl J Med.* - 2003. - Vol. 348 (6). - P. 551-3.

4. Cox C.D. Preventing contrast nephropathy: what is the best strategy? A review of the literature // *J. Clin. Pharmacol.* - 2004. - Vol. 44. - P. 327-337.

5. Tumlin J., Stacul F., Adam A. et al. Pathophysiology of contrast-induced nephropathy // *Am J Cardiol.* - 2006. - Vol. 98 (6A). - P. 14K-20K.

6. Mehran R. et al. contrast-induced nephropathy risk score predicts short and long term clinical outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction // *Circ Cardiovasc Interv.* - 2010. - Vol. 3. - P. 491-8.

7. Neesh P., Wiebe N., Math M et al. Prophylaxis Strategies for Contrast-Induced Nephropathy // *JAMA.* - 295(23):2765-79. - July 2006. - P. 64.

8. Raingruber B., Kirkland-Walsh H., Chahon N. Using the Mehran risk scoring tool to predict risk for contrast medium-induced nephropathy undergoing percutaneous angiography // *Crit Care Nurse.* - 2011. - 31. - P. e17-e22.

9. Дунаева А.Р. и др. Контраст-индуцированная нефропатия при коронароангиографии // *Практическая Медицина.* - 2014. - №3 (79). - С. 35-40.

10. Haase M., Devarajan P., Haase-Fielitz A. et al. The outcome of neutrophil gelatinase-associated lipocalin-positive subclinical acute kidney injury: a multicenter pooled analysis of prospective studies // *J Am Coll Cardiol.* - 2011. - Vol. 57 (17). - P. 1752-61.

11. Kunadian V., Zaman A., Spyridopoulos I., Qiu W. Sodium bicarbonate for the prevention of contrast induced nephropathy: a meta-analysis of published clinical trials // *Eur J Radiol.* - 2011. - Vol. 79 (1). - P. 48-55.

12. Singer E., Elger A., Elitok S. et al. Urinary neu-

trophil gelatinase-associated lipocalin distinguishes prerenal from intrinsic renal failure and predicts outcomes // *Kidney Int.* - 2011. - Vol. 80 (4). - P. 405-14.

13. Вагугин Н.Т., Зинкович М.И. Контраст-индуцированная нефропатия (обзор литературы и собственные данные) // *Буковинский медицинский вiсник.* - 2015. - Том 19. - № 2 (74). - С. 220-224.

14. Aspelin P., Aubry P., Fransson S.G., et al. Nephrotoxic effects in high-risk patients undergoing angiography // *N. Engl. J. Med.* - 2003. - Vol. 348. - P. 491-499.

15. Gami A.S., Garovic V.D. Contrast nephropathy after coronary angiography // *Mayo Clin. Proc.* - 2004. - Vol. 79. - P. 211-219.

16. Laskey W.K., Jenkins C., Selzer F. et al. Volume-to-creatinine clearance ratio: a pharmacokinetically based risk factor for prediction of early creatinine increase after percutaneous coronary intervention // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2007. - Vol. 50. - P. 584-590.

17. Stacul F. Contrast induced nephropathy: updated ESUR Contrast Media Safety Committee guidelines // *Eur. Radiol. Bin Nie.* - 2008. - Vol. 1 №4. - 29.

18. Cardiac Angiography in Renally Impaired Patients (CARE) study: a randomized double-blind trial of contrast-induced nephropathy in patients with chronic kidney disease Investigators of the CARE Study / Solomon R.J., Natarajan M.K., Doucet S., Sharma S.K. // *Circulation.* - 2007. - Vol. 115(25). - P. 3189.

19. Волгина Г.В. Контраст-индуцированная нефропатия // *Радиология.* - 2007. - №6. - С. 42-53.

20. Briguori C., Airolidi F., D'Andrea D. Renal Insufficiency Following Contrast Media Administration Trial (REMEDIAL): a randomized comparison of 3 preventive strategies // *Circulation.* - 2007. - Vol. 115 (10). - P. 1211-7.

21. Er F., Nia A.M., et al. Randomized Pilot RenPro Trial (Renal Protection Trial). Ischemic Preconditioning for Prevention of Contrast Medium-Induced Nephropathy // *Circulation.* - 2012. - Vol. 126. - P. 296-303.

22. Tepel M., van der Giet M., Schwarzfeld C. et al. Prevention of radiographic-contrast-agent-induced reductions in renal function by acetylcysteine // *N Engl J*

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Med. - 2000. - Vol. 343 (3). - P. 180-4.

23. Vincent L., M. Esnault. Radiocontrast media-induced nephrotoxicity in patients with renal failure: rationale for a new double-blind, prospective, randomized trial testing calcium channel antagonists // *Nephrol Dial Transplant. France.* - 2002. - Vol. 17. - P. 1362-1364.

24. Patel K., King C.A., Jovin I.S. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and their effects on contrast-induced nephropathy after cardiac catheterization or percutaneous coronary intervention // *Cardiovasc Revasc Med.* - 2011. - Vol. 12 (2). - P. 90-3.

25. Matejka J., Varvarovsky I., Vojtisek P. et al. Prevention of contrast-induced acute kidney injury by theophylline in elderly patients with chronic kidney disease // *Heart Vessels.* - 2010. - Vol. 25 (6). - P. 536-42.

26. Koch J.A., Plum J., Grabensee B., Modder U. Prostaglandin E1: a new agent for the prevention of renal dysfunction in high risk patients caused by radiocontrast media? PGE1 Study Group // *Nephrol Dial Transplant.* - 2000. - Vol. 15 (1). - P. 43-9.

27. Tepel M., van der Giet M., Schwarzfeld C. et al. Prevention of radiographic-contrast-agent-induced reductions in renal function by acetylcysteine // *N Engl J Med.* - 2000. - Vol. 343 (3). - P. 180-4.

28. Thiele H., Hildebrand L., Schirdewahn C. et al. Impact of high-dose N-acetylcysteine versus placebo on contrast-induced nephropathy and myocardial reperfusion injury in unselected patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. The LIPSIA-N-ACC (Prospective, Single-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Leipzig Immediate Percutaneous Coronary Intervention Acute Myocardial Infarction N-ACC) Trial // *J Am Coll Cardiol.* - 2010. - Vol. 55 (20). - P. 2201-9.

29. Acetylcysteine for prevention of renal outcomes in patients undergoing coronary and peripheral vascular angiography: main results from the randomized Acetylcysteine for Contrast-induced nephropathy Trial (ACT) // *Circulation.* - 2011. - Vol. 124 (11). - P. 1250-9.

30. Zhang T., Shen L.H., Hu L.H., He B. Statins for the prevention of contrast induced nephropathy: a systematic review and meta-analysis // *Am J Nephrol.* - 2011. - Vol. 33 (4). - P. 344-51.

31. Perrin T., Descombes E., Cook S. Contrast-induced nephropathy in invasive Cardiology. Incidence, pathophysiology, diagnosis, prevention and prognosis // *Swiss Med Wkly.* - 2012. - Vol. 142. - w13608.

ТҮЙІН

Б.К. ЫСҚАҚОВА, Ф.Н. МАЙҚАНОВА

«Онкология және трансплантология ұлттық ғылыми орталығы» АҚ

КОНТРАСТИНДУЦИРЛЕНГЕН НЕФРОПАТИЯ: ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТЕРАПИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Клиникалық тәжірибедегі өзекті мәселе - зерттеулерде рентгенконтрасты агенттерді пайдалану нәтижесінде контрастиндуцирленген нефропатия (КИН) пайда болуына қатысты әдеби шолу. Мақалада КИН қауіп стратификациясы, емдеу және алдын алу әдістері мәселелері сипатталған.

Түйінді сөздер: рентгенконтрасты агенттер, рентгенконтрасты нефропатия, бүйрек жетіспеушілігі.

SUMMARY

B.K. ISKAKOVA, F.N. MAIKANOVA

Joint-stock company "National research center of Oncology and transplantation"

CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS

Review of the literature devoted to the actual problem of clinical practice - the development of contrast-induced nephropathy (CIN) as a result of the use of radiopaque agents in the study. The article reflects the issues of risk stratification for the development of CIN, treatment and prevention methods.

Key words: contrast media, x-ray contrast nephropathy, renal insufficiency.



ӘОК: 616.915-039.57:615.371

Ж. А. ИСКАЛИЕВА¹, Р.К. СЕКЕНОВА², Д.А., Г.К. БЕЙСЕНБЕКОВА

«Астана медицина университеті» АҚ

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ҚЫЗЫЛШАҒА ҚАРСЫ ИММУНДАУ ШАРАЛАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің бірі халықты инфекциялық қауіп-қатерден алдын алу шаралары болып табылады. Осы шараның негізі - вакциналауды жүргізудегі медицина қызметкерлерінің қызметін бағалау және пациенттердің емхана жағдайындағы вакцинациялануының кейбір аспектілері жөніндегі пікірін анықтау арқылы, вакциналық профилактика көрсеткішін жоғарылату негізгі мақсат болып табылады.

Түйінді сөздер: қызылша, иммундау, екпеден бас тарту, қоғамдық пікір, амбулаторлық-емханалық көмек, Қазақстан.

Өзектілігі:

Қазақстан Республикасы тұрғындарды вакциналауды толығымен мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен жүзеге асыратын әлемнің аздаған елдерінің бірі болып табылады. Вакциналау бағдарламасына жыл сайын мемлекеттік бюджеттен 12-18 млрд теңге шамасында қаражат бөлінеді.

Қазақстан Республикасында жыл сайын шамамен 5 млн. адам, соның ішінде 1,3 миллион бала жұқпалы ауруларға қарсы екпе алады. Имунопрофилактика саласындағы мемлекеттік бағдарлама саясаты инфекциялық аурулардың алдын алуға, сырттан әкелінген жағдайда - оқшаулау және жоюға бағытталған. Тұрғындарды вакциналау 21 жұқпалы ауруларға қарсы Ұлттық екпе кестесіне сәйкес тегін жүргізіледі [1]. Біздің ұлттық екпе кестеміз Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынымдарына және дамыған елдердің иммундау кестесіне (Австрия, Израиль, Бельгия, Германия, Түркия, Жапония) сәйкес келеді [2]. Инфекцияларға қарсы жүргізілетін екпелердің атауы және мерзімі Қазақстан Республикасының Үкіметімен (Қазақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысымен «Қарсы профилактикалық егу жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу ережесін және халықтың жоспарлы егілуге жатқызылатын топтарын бекіту туралы» 30 желтоқсан 2009 жылғы №2295) бекітіледі [3].

Соңғы 20 жылда қызылшамен ауыратындар 24,7

есеге, қызамық 291 есеге, көкжөтел 21 есеге, дифтерия 96,6 есеге, эпидемиялық паротит 122 есеге, В гепатиті балалар арасында 137 есеге азайды [4].

Вакциналаудың нәтижесі халықтың екпемен қамтылуы 95-100% жеткенде болады. Алайда қазіргі таңда бұл көрсеткіш елімізде жыл сайын төмендеуде [5].

Зерттеу мақсаты:

Амбулатория жағдайында пациенттердің вакцинациялаудың кейбір аспектілері жөніндегі пікірін анықтау, сонымен қатар балаларының белсенді иммундалуынан ата-аналардың бас тартуының себептерін сараптау.

Зерттеу материалдары және әдістері:

Осы тақырыпты зерттеу кезінде негізгі ақпарат көздері Астана қаласы әкімдігінің «№4 қалалық емхана» ШЖҚ МКК, «№10 қалалық емхана» ШЖҚ МКК бекітілген пациенттерден алынған вакциналаудың кейбір аспектілерін бағалау мақсатындағы әлеуметтік зерттеу (сауалнама) нәтижесі болды. Сауалнама «Астана медицина университеті» АҚ Қоғамдық денсаулық сақтау және гигиена кафедрасының ғылыми кафедрааралық семинарында 01.06.2016 жылы бекітілді.

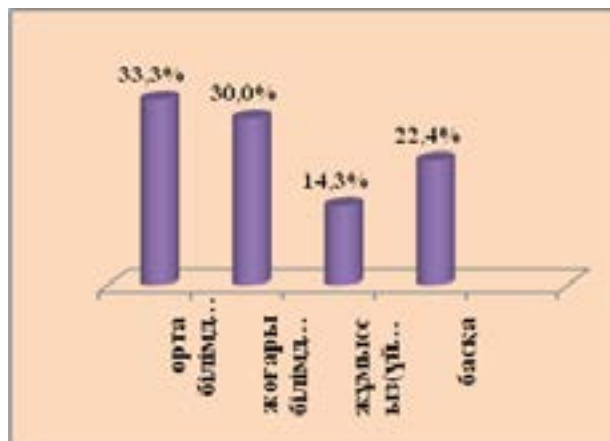
Сауалнама ерікті түрде және құпиялылық сақталып жүзеге асырылды. Сынамаларды қалыптастыру нәтижесі жалпы алғанда сұрақ қойылған 60 медицина қызметкерлері мен 60 емханаларда тіркелген пациенттерден құралады. Экстенсивтілік көрсеткіштері түрінде салыстырмалы мәндерін есептеу жүргізілді.

Талдау және салыстыру SPSS (Statistical Package for Social Science) және Microsoft Excel бағдарламаларында жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері және талдау:

Зерттеуге қатысқан емханалар пациенттерінің жас шамасының ең көп үлесін 20 мен 30 жас аралығындағылар құрап, олардың 14 (24%) ер адам, 46 (76%) әйел адамға сәйкес келді. Әлеуметтік орны бойынша жоғары пайыздық үлесі орташа білімді маман 20 (33,3%) құрады (1-сурет).

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ



1-сурет. Респонденттерді жасы және әлеуметтік орны бойынша сараптау

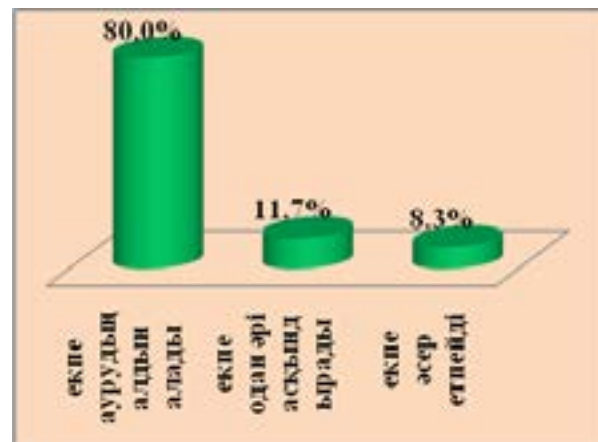
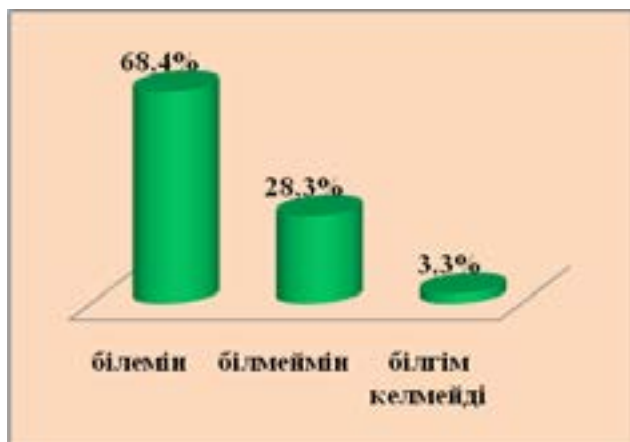
«Екпені не үшін жүргізетінін білесіз бе?» деген сұраққа респонденттердің 58-і (97%) білетіндігін байқатты. Ал қызылшаның берілу жолдарын көрсетіңіз деген сұраққа респонденттердің 13-і (21,6%) ауа-тамшылы жолды, 12-і (20%) тағам арқылы, 7-і (11,7%) су арқылы деген нұсқаны белгілесе, ал басым көпшілігі 28-і (46,7%) контактілі жолмен берілетіндігін белгілей отырып, қызылшаның таралу жолынан хабарсыздығын көрсетті.

Сонымен қатар, емханаға тіркелген тұрғындардың басым көпшілігі «Балалардағы қызылшаның қандай симптомын білесіз?» деген сауалға: 26 (43,3%) - әлсіреу, тәбеттің төмендеуі, дене қызуының 39°C жоғарылауын атаса, осы жұқпаның негізгі симптомдары-

ның бірі болып табылатын бас ауруы, құрғақ жөтел, тамақтың қышуын тек 4 (6,6%) респондент анықтады. Яғни, бұл тұрғындардың жұқпа катері жөніндегі ақпараттандырылуының төмендігін аңғартады.

Ал қосымша иммундау не үшін жүргізілетіндігін білу мақсатындағы сұраққа респонденттердің 41-і (68,4%) білетіндігін, 17-і (28,3%) білмейтіндігін, 2-і (3,3%) білгісі келмейтіндігін сараптады. (2-сурет).

«Қызылша екпесінің тиімділігін қалай бағаласыз?» деген сауалға, респонденттердің 48-і (80%) екпе аурудың алдын алатындығынан, 7-і (11,7%) екпе одан әрі асқындыратындығы жөнінде ойын білдірсе, 5-і (8,3%) екпе әсер етпейді деген пікірде болды (3-сурет).



2-сурет. Қосымша иммундаудың қандай мақсатта жүргізілетіндігін анықтау.

3-сурет. Қызылша екпесінің тиімділігін бағалау көрсеткіші

беруде пациенттердің 14-і (23,3%) қанағаттанбайтындықтарын, 14-і (23,3%) дәрігер кабинетінің алдында ұзақ күтетінін, 12-і (20%) медицина қызметкерлерінің қарым-қатынасы төмендігін, 1-і (1,7%) емханада вакцина болмайтындығын атап көрсетсе, тек 19 -ы (31,7%) барлық жағдай жасалғандығын сараптады. Бұл нәтиже емхана аумағында медици-

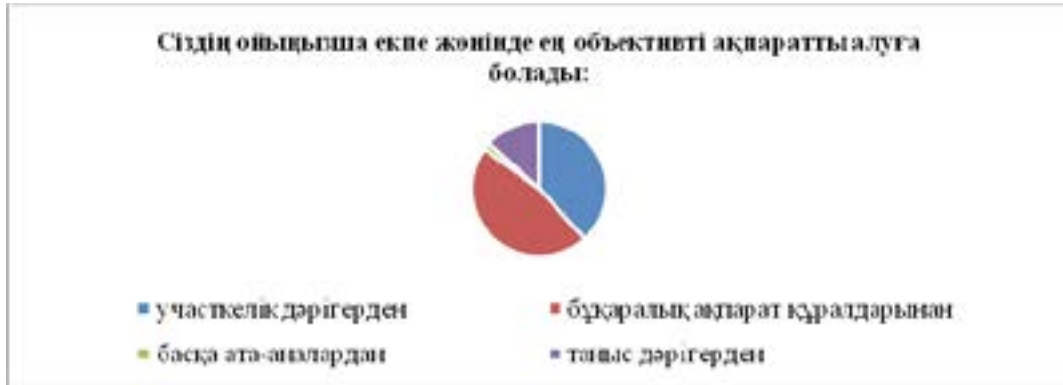
на қызметкерлерінің әр пациентке жеке көңіл бөле отырып, қосымша ұйымдастыру шараларын арттыруды талап етеді. Пациенттерді қабылдау уақытын рационалды ұйымдастыру медицина сапасы көрсеткіштерінің бірі болып табылады.

Соңғы кезеңде тұрғындардың медицина қызметкерлерінен алатын ақпаратқа сенімділігі төмендеген

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

фактілердің белең алып отырғандығы белгілі. Бұл біздің сауалнамаға қатысқандардың пікірлерінен де расталып отыр. Ең объективті ақпаратты респонденттердің 28-і (46,7%) бұқаралық ақпарат құралда-

рынан, 23-і (38,4%) учаскелік дәрігерден, 8-і (13,3%) таныс дәрігерден, 1-і (1,6%) басқа ата-аналардан алатындығын айтты (4-сурет).



4-сурет. Респонденттердің екпе жөнінде объективті ақпаратты алу көздерінің нәтижесі.

Екпе алдында дәрігердің пациентпен сұхбат жүргізуін анықтауда: 26 (43,3) респондент дәрігер инфекциялық ауруға қарсы алып жатқан екпе жөнінде және болуы мүмкін реакциялар мен асқынулар жөнінде айтатындығын, 29-ы (48,3) дәрігер тек екпе атауын және қандай аурудан қорғайтынын айтатындығын, 5-і (8,4%) ештеңе айтпайтындығын атады. Бұл дәрігерлердің екпе жоспарын орындай отырып, пациент-дәрігер қарым-қатынасының әлі де реттелмегенін, емхана жүйесінде ұйымдастыру шараларының әлсіздігі себебінен дәрігер уақытының тапшылығын білдіреді.

Әлеуметтік сауалнаманың келесі сұрағы медицина қызметкерлерінің санитарлық-гигиеналық нормаларды (манипуляцияны стерильді қолғапта жүргізу, процедураға дейін және кейін қол жуу, т.б.) әрқашан ұстануына қатысты 9-ы жоқ, 20-ы иә, 31-і білмеймін деп жауап берген, бұл респонденттердің екпе мәселесіндегі салғырттығын көрсететеді.

Талдауымыздың ендігі сұрағы қазіргі таңда алаңдатып отырған мәселе, екпеден бас тартудың себебін анықтау мақсатында қойылды. Екпеден бас тартудың ең көп тараған себебі ауыр асқынулардан қорқу 29 (48,3%) мен бұқаралық ақпарат құралдарындағы екпеден кейінгі жағымсыз белгілер ақпараттары 27 (45%), одан кейін вакцинацияның тиімсіздігін тек 4 (6,7%) адам атады. Жоғарыдағы деректер БАҚ тұрғындардың иммундау саласына деген көзқарасын қалыптастыратындығын тікелей дәлелдейді.

Қорытынды:

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Қазақстан Республикасы Тұтынушылардың құқықтарын қорғау департаментінің «Методические

Сауалнама жалпы алғанда орташа нәтиже берді, көпшілік пациенттер амбулаторлық жағдайда вакцинациялау процесінің орташа деңгейде жүргізілетіндігін айқындады. Пациенттердің екпе алу барысына қанағаттануы емханадағы жұмыс процесінің ұйымдасқандығы мен дәрігер-пациент қатынасына тікелей байланысты.

Вакциналық профилактика мәдениетін қалыптастыру үшін денсаулық сақтау және білім беру мекемелерінде санитарлық ағарту шараларын белсенді жүргізіп, вакциналық профилактика мәдениетін қалыптастыру қажет. Денсаулық сақтау саласындағы мамандардың әр пациентке мұқият және ілтипатты жеке көңіл бөліп, екпеден бас тартқан жағдайда күтіп тұрған зардаптар жөнінде білікті ақпарат беруі ерекше назар аударатын маңызды аспекті болып табылады. Сонымен қатар уақытша екпеге қарсы себептер болған жағдайда пациенттермен (ата-аналарымен) вакцинация жүргізудің жолдарын (медикаменттермен дайындау, вакцинаны жеке ағзаға сәйкес тандау және т.б.) табуға дағдылану керек.

Сондай-ақ, халықтың санасына электрондық бұқаралық ақпарат құралдарының деңгейлі әсері қазіргі таңда халықты ақпараттандырудың ең перспективті және тиімді жолы болып табылады. Бұқаралық ақпарат құралдары, теледидар, интернет білікті медициналық ақпаратты тасымалдаудың бірден бір негізі болуы тиіс. Пациенттерге сауалнама жүргізу медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерді тауып, шешімін табуға бағыт көрсетеді.

рекомендации о вакцинопрофилактике» Астана, 2014 ж.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

2. Hebert C.J., Hall C.M., Odoms L.N. Lessons learned and applied // Hum. Vaccin. Immunother. — 2012. — Vol. 8, № 5. — P. 560-568.

3. Қазақстан Республикасы Үкіметінің «Қарсы профилактикалық егу жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу ережесін және халықтың жоспарлы егілуге жатқызылатын топтарын бекіту туралы» 30 желтоқсан 2009 жылғы №2295 Қаулысы.

4. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC60/R12 on renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congeni-

tal rubella syndrome by 2015 and sustained support for polio-free status in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/122236/RC60_eRes12.pdf). 4-19 p.

5. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Назарбаевтың «Жаңа онжылдық - жаңа жаңа экономикалық өрлеу - Қазақстанның жаңа мүмкіндіктері» атты Қазақстан халқына Жолдауы (2011 жылғы 28 қаңтар)

РЕЗЮМЕ

Ж.А. ИСКАЛИЕВА¹, Р.К. СЕКЕНОВА²

АО «Медицинский университет «Астана»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Одной из функций организаций здравоохранения является предотвращение рисков заражения населения инфекционными заболеваниями. Основа этих функций - оценка деятельности сотрудников здравоохранения во время вакцинации путем определения мнений по некоторым аспектам вакцинации в условиях поликлиники, где одной из основных целей является улучшение показателей вакцинопрофилактики

RESUME

ZH. ISKALIYEVA¹, R. SEKENOVA²

JSC "Astana medical university"

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF IMMUNIZATION AGAINST MEASLES ON AN OUTPATIENT BASIS

One of the functions of health care organizations is to prevent risks of contracting infectious diseases by the population. The basis of these functions is the evaluation of the activities of health care organizations' staff during vaccination by the determination of opinions on certain aspects of vaccination in the conditions of polyclinic, one of the main goals of which is to increase the vaccination rate.



УДК 616.248-07

КАЗАК И.К.¹, ДОЛГИЕВА М.Н.¹, ДОСАЕВА З.Р.²

АО «Медицинский Университет Астана»¹

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1»²

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПОМОЩЬЮ АСТ-ТЕСТА

Аннотация

В статье представлены результаты определения уровня контроля у больных бронхиальной астмой (БА) с помощью АСТ-теста (Asthma Control Test). Рассматриваются характеристики выборки больных, уровни контроля БА по мнению врача и по данным АСТ-теста.

Ключевые слова: бронхиальная астма, АСТ-тест, уровни контроля.

Актуальность. БА является серьезной глобальной проблемой. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое, при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти. [1]. Цель лечения БА - достижение и поддержание клинического контроля над заболеванием в течение длительного периода с учетом безопасности терапии, потенциальных нежелательных реакций и стоимости лечения. [2]. Уровень контроля, БА подразделяют на хорошо контролируемую, частично контролируемую и плохо контролируемую. Критерии контроля: наличие дневных симптомов более чем 2 раза в неделю, ночные пробуждения из-за астмы, прием препаратов неотложной помощи более чем 2 раза в неделю и наличие любых нарушений деятельности вследствие астмы. Тяжесть БА оценивается ретроспективно по уровню терапии, необходимой для контроля симптомов и обострений. Для клинического контроля над БА рекомендованы численные инструменты оценки контроля симптомов: в этих инструментах имеется специально разработанная шкала оценки симптомов БА в баллах, позволяющая определить хороший, пограничный уровень контроля или его отсутствие. К указанным инструментам относятся прежде всего такие валидизированные вопросники, как тест по контролю БА - АСТ (Asthma Control Test) и вопросник по контролю БА - АСQ (Asthma Control Questionnaire), одобренные, хорошо известные и активно используемые врачами-специалистами. Существуют специальные версии этих вопросников, разработанные для детей. Численные инструменты контроля более чувствительны к изменениям в контроле симптомов.

[3,4,5].

Цель работы. Оценить уровень контроля БА у пациентов с помощью АСТ-теста.

Материалы и методы. В исследование были включены 61 пациент с БА, наблюдающихся у пульмонолога 1-ой городской поликлиники г. Астана. Уровень контроля БА оценивали согласно классификации (контролируемая БА, частично контролируемая, неконтролируемая), а также с помощью АСТ-теста. Шкала АСТ включает в себя 5 вопросов для самостоятельного заполнения пациентом; каждому вопросу присваивается значение от 1 до 5 баллов, которое затем суммируется. Результаты оцениваются следующим образом: 25 баллов означают полный контроль БА, 20-24 - неполный контроль, 19 баллов и меньше - отсутствие контроля. Последний вопрос АСТ-теста предлагает пациенту, в общем, оценить насколько контролируется его астма.

Результаты и обсуждение. Анализ данных показал, что мужчин было - 32%, женщин - 68%. Средний возраст наблюдаемых составил 52 года. Пациенты по возрасту распределились следующим образом: до 20 - 3,2%, от 21 до 40 лет - 19,35%, от 41 до 60 - 58,1% и более 60 лет - 19,35%. Преобладали пациенты молодого и среднего возраста. Длительность заболевания больных БА составила до 5 лет - 32,3%, 6-10 лет - 35,5%, 11-15 лет - 12,9%, 16-20 лет - 3,2%, более 20 - 16,1%. Средняя степень тяжести течения БА была у 96,8%, тяжелая у 3,2%. По уровням контроля: БА контролируемая у - 16,1%, БА частично контролируемая - 35,5%, неконтролируемая - 48,4%. Пациенты получали терапию: ингаляционные кортикостероиды (серетид Мульгидиск 50/250 мкг х 2 раза в сутки - 61,3%, беклазон Эко - 800 мкг/сут - 3,2%, серетид в виде дозированного аэрозольного ингалятора 25/125 мкг х 2 раза в сутки - 3,2%, симбикорт Турбухалер 160/4,5 х 2 раза в сутки - 12,9%, альвеско - 22,6%, пульмикорт - 16,1%, системные кортикостероиды (преднизолон) - 6,5%, бронходилататоры короткого действия (вентолин - 22,6%, беродуал - 45,1%). Большинство пациентов принимали базисное лечение в виде комбинаций ИГКС и β_2 -агониста длительного действия.

Оценка уровня контроля по АСТ-тесту показала,

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

что контролируемая БА наблюдалась у 3,2%, частично контролируемая у 38,7%, неконтролируемая у 58,1% пациентов. (рис. 1).

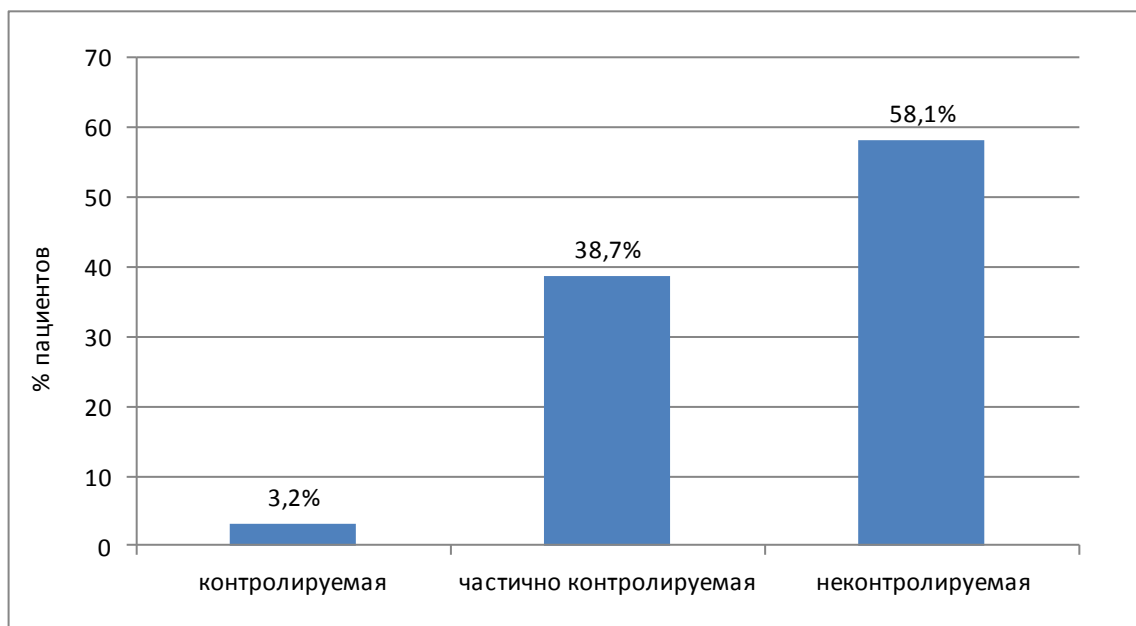


Рисунок 1. Оценка контроля БА по АСТ-тесту.

Несмотря на базисную терапию, контроль БА по АСТ-тесту (суммарная оценка) имелся лишь у незначительного числа больных (3,2%), это не совпадало с мнением врачей, которые отметили, что контроль БА наблюдался у 16,1% пациентов. А по данным само-

оценки (вопрос №5 АСТ-теста) 61,3% опрошенных пациентов сообщили о том, что хорошо и полностью контролировали заболевание в течение последних 4-х недель. (рис. 2).

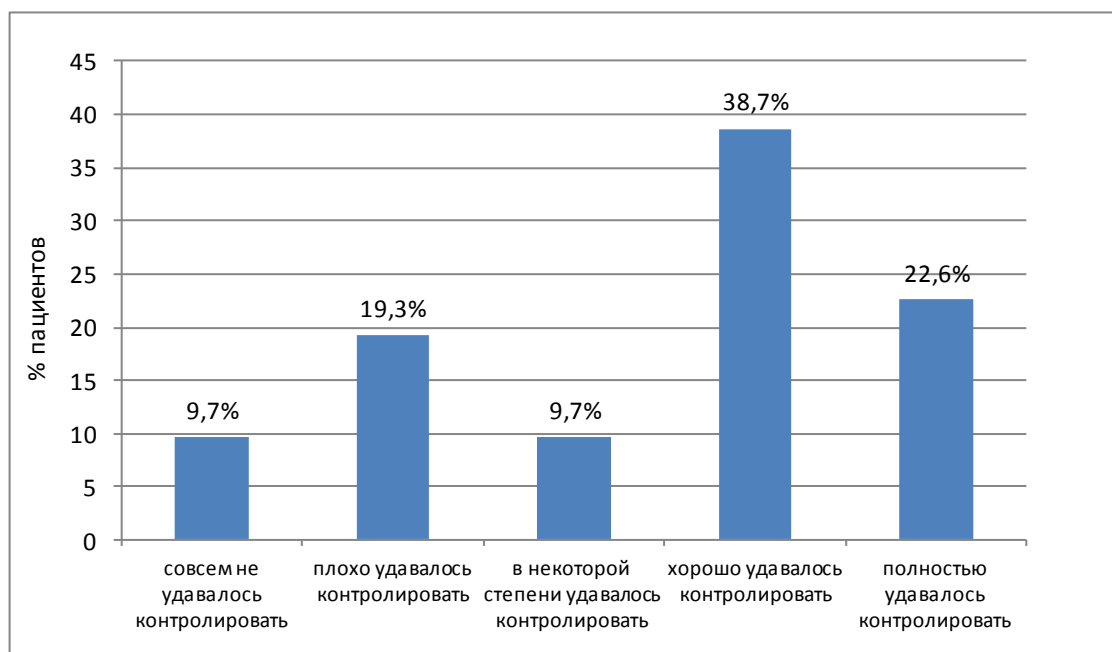


Рисунок 2. Вопрос №5. Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Такая переоценка может быть связана с формулировкой вопроса анкеты (Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?). При подобной постановке вопроса («самооценка») пациенты с БА, как правило, переоценивают свое состояние даже при тяжелых проявлениях БА. [6].

Неполный контроль по результатам АСТ-теста

отмечался у 38,7% пациентов, что почти совпадает с мнением врачей - 35,5%.

Контроль БА отсутствовал у 58,1% по результатам по АСТ-теста (суммарная оценка), по данным самооценки (плохо и совсем не удавалось контролировать) у 29% больных и неконтролируемая БА по мнению врачей наблюдалась у 48,4%. (табл. 1). Полученные данные совпадают с данными литературы [7].

Таблица 1. Уровень контроля БА по мнению врача и пациента (суммарная оценка АСТ-теста, вопрос №5)

Оценка контроля БА	Уровень контроля БА	% пациентов
По результатам АСТ-теста (суммарная оценка)	БА полностью контролируется	3,2
	БА не полностью контролируется	38,7
	Контроль БА отсутствует	58,1
По мнению пациентов (вопрос №5 АСТ-теста)	Совсем не удавалось контролировать	9,7
	Плохо удавалось контролировать	19,3
	В некоторой степени удавалось контролировать	9,7
	Хорошо удавалось контролировать	38,7
	Полностью удавалось контролировать	22,6
По мнению врача	Контролируемая БА	16,1
	Частично контролируемая БА	35,5
	Неконтролируемая БА	48,4

Выводы:

1. Оценка уровня контроля по АСТ-тесту показала, что контролируемая БА наблюдалась у 3,2%, частично контролируемая у 38,7%, неконтролируемая у 58,1% пациентов.

2. Пациенты, по мнению которых их астма контролируется, недооценивают тяжесть состояния в отличие от врачей в 3,8 раза.

3. По данным АСТ-теста и мнению врача тяжесть состояния пациентов недооценивается (3,2% и 16,1% соответственно)

4. Отсутствие контроля БА, по мнению пациента, врача и суммарной оценки АСТ-теста почти совпадают.

Таким образом, в результате данного исследования выявлены различия между субъективной оценкой своего состояния пациентом и результатами

АСТ-теста. Прослеживается тенденция к недооценке пациентами тяжести своего состояния и переоценке уровня контроля.

Ответы АСТ-теста дают достаточную информацию, чтобы определить уровень контроля как недостаточный или плохой, а при ответе на последний вопрос, об общем впечатлении, о контроле астмы, имеется переоценка уровня контроля. Оценка контроля БА, по мнению врачей, пациента и АСТ-теста более схожи, хотя и врачи недооценивают тяжесть состояния пациентов. Проведенное исследование наглядно показало, что с помощью АСТ - теста можно достаточно надежно оценивать уровень контроля БА и в дальнейшем провести коррекцию проводимой терапии, способствуя у каждого конкретного больного достижению максимально возможного уровня контроля БА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы: пересмотр 2011. - Под ред. А.С.

Белевского. - М.: Росс. Респират. общество, 2012. - 108 с.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

2. Чучалин А.Г, Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. //Российское респираторное общество Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Пульмонология. - 2014. - №2. - с. 19.

3. GINA 2014 //www.ginasthma.org

4. Ненашева Н.М. //GINA 2014: обзор некоторых основных изменений. Практическая пульмонология. - 2014. - №3. - с. 4-6.

5. O'Byrne P.M. et al. //Eur. Respir. J. 2010. V. 36. P. 269.

6. Авдеев С.Н. //Опросник ACQ - новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой. Пульмонология. - 2011.- №2.- с. 95

7. Белевский А.С., Княжеская Н.П., Новиков Ю.К. //Оценка уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста. Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2007.- №1.- с. 43-47

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗАҚ И.К., ДОЛГИЕВА М.Н., ДОСАЕВА З.Р.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ БАҚЫЛАУ ДЕҢГЕЙІН АСТ-ТЕСТІ КӨМЕГІМЕН АЙҚЫНДАУ.

Бронх демікпесі дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы бойынша ауқымды мәселе болып табылады. АСТ-тест көмегімен Бронх демікпесін жеткілікті қадағалауға болады және ары қарай жүргізілетін емді түзетіп, әрбір жеке наукастың жоғары деңгейде Бронх демікпесін қадағалап отыруға мүмкіндік бар.

SUMMARY

I. KAZAK, M. DOLGIEVA, Z. DOSAEVA

DETERMINATION OF CONTROL LEVEL OF BRONCHIAL ASTHMA WITH THE HELP OF ASTHMA CONTROL TEST

Bronchial asthma is a serious problem of health care around the world. By means of Asthma Control Test is possible to estimate rather reliably the level of control of bronchial asthma and further to carry out correction of the carried out therapy, promoting at each concrete sick achievement of the greatest possible level of control of bronchial asthma.



УДК: 616.33-002.2-08:616.34-008.87-052

КАПАСОВА А.Т.

АО «Медицинский университет Астана»

HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОСТАВ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА

Аннотация. В данном обзоре литературы рассмотрены актуальные вопросы инфекции Helicobacter Pylori, ее взаимосвязь с микрофлорой кишечника, а также особенности кишечного дисбиоза у больных с

НР-ассоциированными заболеваниями.

Ключевые слова: Helicobacter Pylori, микрофлора кишечника, микробиота, эрадикационная терапия, резистентность.

Инфекция *Helicobacter Pylori* (HP) является одной глобальных проблем современной медицины с прогрессивно возрастающей частотой инфицирования в развивающихся странах до 70 - 90% и в развитых странах до 25 - 50%. Повреждающие механизмы бактерии многообразны - от прямого действия факторов вирулентности до иммуноопосредованных деструктивных реакций, которые являются причиной развития хронического гастрита и с течением времени возможных серьезных последствий, начиная от пептической язвы желудка до аденокарциномы и лимфомы мукоза-ассоциированной лимфоидной ткани (MALT-лимфома). Своевременная эрадикация предотвращает эти последствия и является доказанной стратегией, снижающей риск развития рака желудка [1, 2, 3].

Тем не менее, по данным последних исследований во многих странах мира отмечается снижение эффективности лечения при использовании стандартной тройной терапии (двух антибиотиков и ИПП) вследствие развития антибиотикорезистентности. Так, устойчивость к кларитромицину наблюдается в диапазоне 11-63%, к метронидазолу - 17-86% и к левофлоксацину - 14-24%. Использование новых схем для преодоления резистентности к антибиотикам с применением квадротерапии на основе препаратов висмута, последовательной и сопутствующей терапии привели к улучшению результатов эрадикации HP до 92% [4, 5, 6, 7]. Однако новые комбинации вызывают увеличение частоты побочных эффектов, а именно при последовательной терапии их количество достигает 23%, а при сопутствующей терапии 46% [1]. В ежедневной практике терапевты сталкиваются с таким частыми побочными эффектами антибиотиков, как диарея, тошнота, рвота, абдоминальные боли и вздутие живота, что является исходом нежелательного воздействия антибактериальной терапии на облигатную микрофлору желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), проявляющуюся изменением состава микробиоты кишечника. При этом результаты ряда опубликованных исследований демонстрируют низкие показатели эффективности лечения в 62-67% случаев [8]. Таким образом, слабая приверженность пациентов к назначаемой эрадикационной терапии в связи с развитием побочных эффектов является основной причиной прекращения лечения, что в свою очередь способствует возникновению устойчивых к антибиотикам штаммов HP, усугубляя тем самым проблему недостаточной эффективности терапии.

Известно, что как HP, так и кишечная микробиота влияют на метаболизм хозяина. Микрофлора кишечника является самой богатой и разнообразной по сво-

ему составу по сравнению с другими микробными сообществами организма человека. Она формируется при рождении через контакт с родовыми путями матери, кожей и фекальными микроорганизмами [9]. Со временем в процессе постоянного взаимодействия макро- и микроорганизма образуется уникальная экосистема, микрофлора усложняется, более разнообразным становится ее видовой состав. J.C. Stearns и соавт. изучали микробиотную картину различных отделов ЖКТ у четырех здоровых добровольцев. Их результаты выявили наибольшее значение индекса биологического разнообразия (индекс Шеннона) и филогенетическую разнородность в образцах из толстой кишки и фекалиях, чем в желудке [10]. Используя новые технологии метагеномного анализа, исследователи продемонстрировали влияние микробиоценоза кишечника на иммунный гомеостаз. Доказана роль микрофлоры в активации специфического клеточного и гуморального иммунитета, а также в стимулировании неспецифической резистентности организма. Сформировавшийся микробиоценоз кишечника активирует продукцию IgA и секреторного IgA, фагоцитарную активность макрофагов и нейтрофилов, стимулирует созревание лимфоидного аппарата, потенцируя продукцию интерферона и лизоцима.

Влияние HP инфекции на изменение микробиоты желудка и кишечника изучалось у животных и человека. Культуральный метод, примененный Y.N. Yin и соавт. показал прирост *Enterococcus* spp. и *Staphylococcus aureus* в ЖКТ, а также снижение *Lactobacillus* spp. после инфицирования HP у монгольских песчанок [11]. Также, было изучено, что у носителей HP наблюдается низкое разнообразие микроорганизмов в фекальных образцах вследствие уменьшения числа анаэробов. В сравнении с HP-негативными у HP-позитивных пациентов было обнаружено увеличение числа *Clostridium* spp. [12]. A. Bühling и соавт. в своем исследовании показали уменьшение микробного разнообразия в кишечнике у HP-позитивных пациентов за счет снижения общего количества анаэробов. Наблюдалось также уменьшение *Enterobacteriaceae* spp., *Clostridium innocuum* и *Veillonella* spp., которые являются важной составляющей нормальной кишечной микрофлоры. Помимо этого отмечено незначительное снижение числа *Bifidobacterium* spp., *Enterococcus* spp., *Lactobacillus* spp. у HP-позитивных пациентов. Аналогичные результаты были получены Y.J. Yang с соавт., которые наблюдали уменьшение числа *Bifidobacterium* spp. и соотношения *Bifidobacterium* spp. и *E. coli* у пациентов, инфицированных HP [12].

Бактериологические и молекулярно-генетические

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

методы исследования позволили изучить изменения состава кишечной микробиоты на фоне назначения эрадикационной терапии. Установлено, что у пациентов, принимавших амоксициллин, происходило увеличение числа *Enterococcus* spp., *Enterobacteriaceae* spp. и *Peptostreptococcus* spp. Количество представителей анаэробной микрофлоры *Bifidobacterium* spp., *Clostridium* spp. значительно уменьшалось. Кроме того, у данных пациентов были обнаружены дрожжи *Candida albicans*. У пациентов, получавших кларитромицин, также отмечалось снижение количества *Bifidobacterium* spp., *Clostridium* spp., *Bacteroides* spp. и повышения числа *Enterococcus* spp. При этом в группе амоксициллина состав микрофлоры восстанавливался через четыре недели после завершения терапии, а во второй группе кларитромицина уменьшенное количество *Bifidobacterium* spp. и *Bacteroides* spp. сохранялось [13].

Не смотря на то, что взаимосвязь между НР инфекцией и изменением желудочной и кишечной микробиотой до сих пор дискутируется, многочисленные исследования показали, что как НР инфицирование, так и терапия, направленная на ее эрадикацию, могут привести к изменениям состава микробиоты кишечника, характеризующийся с одной стороны снижением разнообразия микроорганизмов, уменьшением числа облигатных анаэробов, преобладающих в норме и необходимых для нормального функционирования ЖКТ, а с другой стороны увеличением числа факультативных аэробных микроорганизмов. Более того, антибиотикотерапия вызывает появление антибиотикорезистентных штаммов среди представителей нормобиоты, что может усугубить распространение факторов резистентности в ее сообществе [12].

В связи с вышеизложенным особый интерес представляет возможность использования пробиотиков, которые способствуют восстановлению нормальной микрофлоры кишечника и, следовательно, улучшению качества иммунного ответа микроорганизма и местной иммунной реактивности слизистой оболочки ЖКТ. Необходимо отметить, что в отчете Маастрихт IV во 2 части «Диагностика и лечение инфекции *H. pylori*» (Утверждение 12) указано следующее: «некоторые пробиотики и пребиотики, используемые в качестве дополнительных препаратов, демонстрируют многообещающие результаты (снижение частоты побочных эффектов). Лактоферрин используется для улучшения результатов лечения *H. pylori*. Два мета-анализа показали, что лактоферрин повышает эффективность трехкомпонентной терапии, включающей ИПП и кларитромицин. Однако следует учитывать невысокое качество многих исследований и ограниченное число 11 центров проведения исследования. Мета-анализы исследований по использованию лактобактерий гетерогенны, поскольку в них применялись различные виды и штаммы. Необходимы дополнительные исследования для определения штамма, дозы и способа применения. Обнадёживающие результаты получены в мета-анализе по использованию *Saccharomyces boulardii* в качестве дополнения к трехкомпонентной терапии (отношение шансов 0,46; доверительный интервал 95%, 0,3-0,7). Наиболее вероятно, что эти методы лечения снижают частоту побочных эффектов (в особенности диареи) и косвенно способствуют увеличению частоты эрадикации. Необходимы дальнейшие исследования» [14, 15].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. McFarland L.V., Huang Y., Wang L., Malfertheiner P. Systematic review and meta-analysis: Multi-strain probiotics as adjunct therapy for *Helicobacter pylori* eradication and prevention of adverse events. *United European Gastroenterology Journal*. 2016, Vol. 4(4) 546-561.
2. Papamichael K., Mantzaris GJ. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection: Colonization, virulence factors of the bacterium and immune and non-immune host response. *Nosokom Chron* 2012; 7: 32-37.
3. Malfertheiner P, Link A and Selgrad M. *Helicobacter pylori*: Perspectives and time trends. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014; 11: 628-638.
4. Gisbert JP and Calvet X. Review article: The effectiveness of standard triple therapy for *Helicobacter pylori* has not changed over the last decade, but it is not good enough. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 1255-1268.
5. Ierardi E, Giorgio F, Losurdo G, et al. How antibiotic resistances could change *H. pylori* treatment: A matter of geography? *World J Gastroenterol* 2013; 19: 8168-8180.
6. Yang JC, Lu CW and Lin CJ. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: Current status and future concepts. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 5283-5293.
7. Delchier JC, Malfertheiner P and Thieroff-Ekerdt R. Use of a combination formulation of bismuth, metronidazole and tetracycline with omeprazole as a rescue therapy for eradication of *H. pylori*. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40: 171-177.
8. Masoodi M, Talebi-Taher M, Tabatabaie K, et al. Clarithromycin vs. gemifloxacin in quadruple therapy regimens for empiric primary treatment of *H. pylori* infection: A randomized clinical trial. *Middle East J Dig*

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Dis 2015; 7: 88-93.

9. Yang YJ., Sheu BS., Metabolic Interaction of Helicobacter pylori Infection and Gut Microbiota. Microorganisms 2016, 4, 15.

10. Stearns, J.C.; Lynch, M.D.; Senadheera, D.B.; Tenenbaum, H.C.; Goldberg, M.B.; Cvitkovitch, D.G.; Croitoru, K.; Moreno-Hagelsieb, G.; Neufeld, J.D. Bacterial biogeography of the human digestive tract. Sci. Rep. 2011, 1, 170.

11. Yin, Y.N.; Wang, C.L.; Liu, X.W.; Cui, Y.; Xie, N.; Yu, Q.F.; Li, F.J.; Lu, F.G. Gastric and duodenum microflora analysis after long-term Helicobacter pylori infection in Mongolian Gerbils. Helicobacter 2011, 16, 389-397.

12. Д.Д. Сафина, С.Р. Абдулхаков, Р.А. Абдулхаков, Р.К. Исмагилова, А.В. Тяхт, А.С. Попенко. Н. pylori, микробиота кишечника, антибиотикорезистентность: есть ли взаимосвязь? Гены & клетки. 2014. Том IX, № 3.

13. Bühling A., Radun D., Müller W.A. et al. Influence of anti-Helicobacter triple-therapy with metronidazole, omeprazole and clarithromycin on intestinal microflora. Aliment. Pharmacol. Ther. 2001; 15(9): 1445-52.

14. Peter Malfertheiner, Francis Megraud, Colm A O'Morain, John Atherton, Anthony T R Axon, Franco Bazzoli, Gian Franco Gensini, Javier P Gisbert, David Y Graham, Theodore Rokkas, Emad M El-Omar, Ernst J Kuipers, European Helicobacter Study Group (Европейская группа по изучению Helicobacter pylori, EHSg). Диагностика и лечение инфекции Helicobacter pylori - отчет согласительной конференции Маастрихт IV/Флоренция. Вестник практического врача (2012) Спецвыпуск 1.- С. 3-18.

15. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Management of Helicobacter Pylori infection - Maastricht IV / Florence Consensus Report Gut. 2012; 61: 646-64.

SUMMARY

KARASOVA A.T.

INFECTION HELICOBACTER PYLORI AND ITS INFLUENCE ON THE COMPOSITION OF THE INTESTINAL MICROBIOTA

In this literature review the issues of the infection Helicobacter Pylori, its relationship with intestinal microflora, as well as features of intestinal dysbiosis in patients with HP-associated diseases were considered.

ТҮЙІНДЕМЕ

А.Т.ҚАПАСОВА

HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯСЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ ІШЕК МИКРОБИОТАСЫ ҚҰРАМЫНА ӘСЕР ЕТУІ

Берілген әдеби шолуда Helicobacter pylori инфекциясының өзекті мәселелері, оның ішек микрофлорасымен өзара байланысы, сонымен қатар, HP-ге байланысты аурулармен ауыратын науқастарда ішек дисбиозының ерекшеліктері қарастырылған.



УДК: 616:12-2/24

Г. М.КЕРІМҚҰЛОВА , Г. К.ЖҮСІПОВА

«Астана медицина университеті» АҚ

№2 Ішкі аурулар кафедрасы,

« Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ

АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ ҚАУПІН АНЫҚТАУ ҮШІН ҚОСЫМША ГЕМОДИНАМИКА КӨРСЕТКІШТЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ БАҒАЛАУ

Аннотация: Берілген мақалада әртүрлі дәрежедегі артериальды гипертензиясы бар науқастардағы артерия қаттылығы және орталық аортальды қысым көрсеткіштері салыстырмалы түрде бағаланған. Сонымен қатар, осы науқастардағы магистральды артериялардың құрылымдық-функциональдық қасиетіне көңіл бөлінген. Және де жоғары орталық аортальды қысым мен артерия қаттылығы көрсеткіштерінің нысана-мүшелерге кері әсері туралы мәліметтер беріледі.

Түйінді сөздер: орталық аортальды қысым, орталық пульстік қысым, аугментация индексі, артерия серпімділігі, аорта қаттылығы.

Кіріспе және тақырыптың өзектілігі: Эпидемиологиялық зерттеулер мәліметі бойынша жүрек-қан тамырлары аурулары экономикалық дамыған елдердегі өлімнің басты себебі болып табылады [1]. Осыған қарамастан, жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастарды емдеудегі басты мақсат: фармакотерапияның симптоматикалық әсері емес, өмірге қауіп төндіретін және қауіп төндірмейтін асқынуларды азайту болып табылады [2]. Жүрек-қан тамырлары континуумының негізінде жатқан, артериальды гипертензия (АГ) дамуының сипаттамасы көп жағдайда жеке болжамды алдын ала анықтайды. Бұл жағдай, дәрігер қабылдауындағы артериальды қан қысымын (АҚК) өлшеп қана қойғаннан басқа да тиімді көрсеткіштерді үздіксіз ізденуді талап етеді.

Жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупін стратификациялау және антигипертензивті дәрілердің әсерін бағалау үшін, АГ бар науқастарда артерия қаттылығы және орталық аортальды қысым көрсеткіштерін зерттеуге соңғы уақытта көп көңіл бөлінуде [3]. Европалық кардиологтар қоғамының мамандары артериялық толқынды орталық деңгейде, яғни өрлеуші қолқада тіркеуді дұрыс деп есептейді, себебі, ол сол жақ қарынша мен магистральды артерияларға түсетін шынайы күшті көрсетеді [3,4]. Сонымен қатар, пульстік толқынды негізгі 3 көрсеткіші бойынша бағалаған дұрыс, олар: орталық систолалық қысым (ОСК), орталық пульстік қысым (ОПҚ) және аугментация индексі. Бұл, осы көрсеткіштердің

созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің соңғы стадиясындағы науқастарда, тері арқылы коронарлы іс-әрекеттер болған және АГ азап шегетін науқастардағы жүрек-қан тамырлар асқынуларынан болатын барлық өлім себебін болжауға көмектесетін тәуелсіз болжамдық мағынасымен байланысты [5,6,7].

Ірі артериялардағы пульстық толқын (ПТ) 2 құрамнан тұрады: сол жақ қарыншаның (СЖК) жиырылуынан туындайтын тікелей толқыннан және қолқа бифуркациясынан шағылысатын толқыннан (ШТ) тұрады. Артериальды жүйенің дұрыс қызмет етуінде шағылысатын толқынның (ШТ) алатын орны көп. Артериялардың серпімділігі сақталған жағдайда ПТ сол жақ қарынша жиырылғаннан кейін, шағылысып диастолада қайта оралып, артериальды қысым (АК) дірілдерін тегістеп, диастолалық АҚ деңгейін біркелкі етіп ұстап тұрады. Аортаның қан айналымды осылай амортизациялауы СЖК түсетін күшті азайтады. Қатты артерияларда пульстік толқынның СЖК-ға ерте қайтуы байқалады, сөйтіп, тікелей толқын мен ШТ қабаттасып қолқадағы систолалық АҚ жоғарылатады [8].

Пульстік толқынды сандық бағалау аугментация индексін (систолалық толқынның өсу индексін) есептеу арқылы жүргізіледі. Бұл көрсеткіш қолқа қаттылығы мен шеткері артериялардың қарсыласуымен тікелей байланысты. Аугментация индексі, орталық пульстік қысым, орталық систолалық қысым, пульстік толқынның таралу жылдамдығы - қолқа қаттылығы мен шеткері артериялардың қарсыласуының жоғарылағанын көрсетін абсолютты көрсеткіш болып табылады [9,10]. Қазіргі кезеңде АҚ амбулаторлы мониторинг құрылғыларындағы осцилометриялық және аускультативті әдістердің негізінде, тамыр қаттылығы көрсеткіштерін тәулік бойы тіркейтін жаңа аппараттар қолданыста жүр.

Мақсаты: артериальды гипертензиясы бар науқастардағы жүрек-қан тамырлары қаупінің предикторы ретінде қосымша гемодинамика көрсеткіштерін (шағылысу индексі, аугментация индексі, орталық аортальды қысым, орталық пульстік қысым, орталық систолалық қысым, пульстік толқынның та-

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ралу жылдамдығы) бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері:

Зерттеуге 45-60 жас арасындағы АГ I-III дәрежесінен зардап шегетін 70 науқас және осы жас шамаларындағы дені сау 35 адам қатысты. Зерттеуден қант диабеті, анамнезінде миокард инфарктісі және ми қан айналым бұзылыстары бар науқастар шеттетілді. Зерттелушілер ақпаратты келісімге қол қою арқылы зерттеуге өз еріктерімен қатысты. Барлық науқастарда анамнездерін жинау барысында, физикалық тексеру кезінде, аяқ-қолдарындағы АҚҚ өлшеу арқылы, бүйрек және бүйрек үсті бездерінің УДЗ арқылы екіншілікті АГ диагнозы алынып тасталды.

Зерттелушілердің барлығы келесі тексерулерден өтті: шағымдарын, анамнездерін жинау, объективті қарау, эхокардиография, АҚҚ тәулік бойы тіркеу, ЭКГ-ны тәулік бойы тіркеу, липидтік спектр.

Барлық зерттелушілер 2 топқа бөлінді: негізгі топ және бақылау тобы.

Негізгі топта 30 (43%) әйел, 40 (57%) ер адам

болды. Бақылау тобында 16 (46%) әйел, 19 (54%) ер адам болды.

Негізгі топтағы науқастардың орташа жасы әйелдер арасында - 51 жас, ер адамдар арасында - 52 жас, ал бақылау тобындағы әйелдердің орташа жасы - 50 жас, ер адамдар арасында - 52 жасқа сәйкес келді. Зерттелушілердің барлығына АҚҚ тәулік бойы тіркеу «Союз ДМС передовые технологии» апаратық-бағдарламалық кешенінде өткізілді. Бұл осциллометриялық құрылғы, оның әсері супрасистолалық негізде сфигмограммаларды тіркеуге негізделген. Осы апаратық көмегімен келесі көрсеткіштер өлшеніп, зерттеуге алынды: иық артериясындағы және қолқадағы САҚ, ДАҚ, ПАҚ, аугментация индексі, пульстік толқынның таралу жылдамдығы (ПТТЖ), қан ағысының сызықтық жылдамдығы ҚСЖ, шағылу индексі, қолқа қаттылығының индексі (ASiao).

Нәтижелері және талқылау:

Негізгі және бақылау топтарындағы орталық аортальды қысым көрсеткіштерінің нәтижелері:

Көрсеткіштер	Негізгі топ	Бақылау тобы
оСАҚ	150 мм .сын. бағ.	109 мм .сын. бағ.
оДАҚ	95 мм .сын. бағ.	70 мм .сын. бағ.
оПАҚ	55 мм .сын. бағ.	37 мм .сын. бағ.
оАix	+5%	-10%
ПТТЖ	13м/сек	8 м/сек
ҚСЖ	160см/сек	109см/сек
Шағылу индексі	96%	90%
ASiao	267	158

Көптеген медициналық әдебиеттерде жарияланған деректер бойынша, орталық пульстық артериялық қысымның (оПАҚ)

40 мм. сын. бағанасынан жоғары болуы нысана - мүшелердің симптомсыз зақымдануының белгілері болып табылады [11].

Кестеде көрсетілгендей, оПАҚ негізгі топтағы науқастарда - 55 мм. сын. бағ. ал, бақылау тобындағы зерттелушілерде - 37 мм .сын. бағ. құрайды.

АГ бар 2403 науқас 5 жыл бойы қатысқан The Strong Heart substudy зерттеуінің нәтижесі бойынша, иық артериясындағы САҚ деңгейіне қарағанда, қолқадағы оСАҚ-ның жоғарылауы жүрек-қан тамырлары асқынуының дамуына көп септігін тигізетіні анықталған [12]. Біздің зерттеу нәтижелеріміз бойынша оСАҚ негізгі топтағы науқастарда - 150 мм. сын. бағ. ал, бақылау тобындағы зерттелушілерде - 109 мм. сын. бағ. құрады.

Тамырлардағы пульстік толқынның таралу жылдамдығы (ПТТЖ) үнемі өзгеріп отырады, яғни ор-

талық артериялардан шеткері артерияларға қарай жоғарылайды. Қолқаның өрлеуші бөлігінде ол 4-5м/сек құраса, шап артерияларында 8-9 м/с құрайды. Жоғары және патологиялық ПТТЖ артерия қаттылығының күшейгенін көрсетеді [13]. Кестеде көрсетілгендей, негізгі топтағы науқастардағы ПТТЖ 13 м/с ал, бақылау тобындағы зерттелушілерде 8 м/с құрайды.

Біздің зерттеуіміздің нәтижесі бойынша негізгі топтағы АГ-сы бар науқастарда гемодинамика көрсеткіштері (оСАҚ, оДАҚ, оПАҚ, аугментация индексі, пульстік толқынның таралу жылдамдығы, қан ағысының сызықтық жылдамдығы ҚСЖ, шағылу индексі, қолқа қаттылығының индексі) бақылау тобындағы зерттелушілерге қарағанда әлдеқайда жоғары болып тіркелді. Яғни, негізгі топтағы бұл көрсеткіштердің жоғарылауы артерия қаттылығының күшеюімен қатар, осы топтағы науқастардағы жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупінің жоғары екенін көрсетеді.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Шальнова С.А., Конради А.О., Карпов Ю.А. и др. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России». Рос кардиол журн 2012; 5: 6
2. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2013; 34 (28): 2159—2219
3. Roman M., Devereux R., Kizer J. et al. Central pressure more strongly relates to vascular disease and outcome than does brachial pressure: the Strong Heart Study. J Hypertens 2012; 50 (1): 197—203.
4. Laurent S., Cockcroft J., Van Bortel L. et al. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications. Eur Heart J 2006; 27 (21): 2588—2605.
5. Chirinos J.A., Zambrano J.P., Chakko S. et al. Aortic pressure augmentation predicts adverse cardiovascular events in patients with established coronary artery disease. J Hypertens 2005; 45 (5):980—985.
6. Safar M.E., Blacher J., Pannier B. et al. Central pulse pressure and mortality in end—stage renal disease. J Hypertens 2002; 39 (3):735—738.
7. Safar M.E., Levy B.I., Struijker-Boudier H. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular disease. Circ J 2003; 107: 2864—2869.
8. Mackenzie I.S., Wilkinson I.B., Cockcroft J.R. Assessment of arterial stiffness in clinical practice. QJM 2002; 95 (2): 67—74.
9. Safar M.E., Levy B.I., Struijker-Boudier H. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular disease. Circ J 2003; 107: 2864—2869.
10. Nichols W.W., O'Rourke M.F. McDonald's blood flow in arteries. Theoretical, Experimental and Clinical Principles. 5th ed. Oxford: University Press 2005; 624.
11. Willum-Hansen T., Staessen J.A., Torp-Pedersen C. Prognostic value of aortic pulse wave velocity as index of arterial stiffness in the general population. Circ J 2006; 113 (5): 664—670.
12. Roman M.J Devereux R.B Kizer J.R Central pressure more strongly relates vascular disease and outcomes than brachial pressure The Strong Heart sub-study//Hypertension/-2007.-Vol.50.1P.197-203.
13. Latham R.D., Westerhof N., Sipkema P. et al. Regional wave travel and reflections along the human aorta: a study with six simultaneous micromanometric pressures. Circ J 1985; 72:1257—1269.

РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается сравнительная оценка показателей ригидности артерии и центрального аортального давления у пациентов с артериальной гипертензией. Выделяются и описываются характерные особенности патофизиологического звена формирования центрального артериального давления. Рассмотрены негативные аспекты влияния повышенного центрального артериального давления на органы-мишени.

Ключевые слова: центральное аортальное давление, центральное пульсовое давление, индекс аугментации, эластичность артерии, ригидность аорты.

SUMMARY

The article presents a comparative assessment of arterial stiffness and central aortic pressure in hypertensive patients. The characteristics of pathophysiology of the formation of the central blood pressure are highlighted and described. The negative aspects of the impact of increased central blood pressure to the target organs are considered.

Keywords: central aortic pressure, central pulse pressure, augmentation index, the elasticity of the arteries, aortic stiffness.



УДК: 617.581-089.5

КОНКАЕВ А.К., ЕЛТАЕВА А.А.

АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ФОРМЫ АЦЕТОМИНОФЕНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Аннотация:

Адекватная послеоперационная анальгезия остается не покоримой вершиной современной анестезиологии и реаниматологии. Gan TJ и соавторы (2014) установили, что из 300 обследованных пациентов 86 % испытывали боль в послеоперационном периоде, при чем 76% из них испытывали боль умеренную или сильно выраженную послеоперационную боль по визуально аналоговой шкале.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии и в палате послеоперационного наблюдения, хирургических отделениях Научно исследовательского института травматологии и ортопедии. В исследование были включены 20 пациентов, из них в группе ацетоминофена -10 пациентов, в группе стандартного обезболивания-10 пациентов. У всех включенных в исследование пациентов каждый час в течение первых 8 часов после операции регистрировалась шкала эффективности и безопасности (в английской транскрипции - ESS, Efficacy and Side effects Score) послеоперационного обезболивания. Результаты их обсуждение. Дисперсионный анализ средних величин выявил статистически меньшие значения ESS и ВАШ во второй группе. Было обнаружено меньшее потребление наркотических анальгетиков в общей структуре использованных анальгетиков в группе ацетоминофена. Внутривенные формы парацетамола могут быть рекомендованы для широкого клинического применения у пациентов после ревизионной артропластики крупных суставов. Так же, необходимы дальнейшие клинические исследования в других областях анестезиологии и интенсивной терапии.

Ключевые слова: анальгезия, послеоперационная боль, шкала послеоперационного обезболивания ESS, внутривенный ацетоминофен, промедол.

Актуальность. Адекватное обезболивание позволяющая избежать легочных, гемодинамических, тромбоэмболических и ряда других осложнений не всегда достижима, как в клиниках нашей страны, так и зарубежом. Об этом свидетельствуют последние исследования в сфере изучения качества послеоперационного обезболивания в Канаде, США, Западной

Европе. К примеру, в исследовании, проведенном в Норвегии [1] было выявлено, что 38 % из 215 пациентов отмечали боль больше 4 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). А данные американских коллег просто ошеломляют: Gan TJ и соавторы (2014) установили, что из 300 обследованных пациентов 86 % испытывали боль в послеоперационном периоде, при чем 76% из них испытывали боль умеренную или сильно выраженную послеоперационную боль по ВАШ. Так же, авторы отмечают, что 88% пациентов получали анальгетики для лечения боли; из них 80% испытали побочные эффекты, а 39% сообщили, что боль сильной/средней интенсивности сохранялась даже после получения первой дозы [2]. В мета-анализе 165 клинических исследований, а это 20 000 хирургических больных, Dolin SJ и соавторы обнаружили, что при использовании комбинаций различных методик анальгезии выявляется около 30% пациентов со средней интенсивностью боли и 11% с сильной послеоперационной болью [3].

Так же следует отметить, что неадекватное обезболивание наряду с медицинскими, психологическими, морально-этическими, имеет еще и правовой аспект. Так, в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» четко сказано, что пациент имеет право на достойное обращение (Статья 91), в том числе на адекватное обезболивание [4].

В ходе проведения исследования качества и безопасности послеоперационного обезболивания нами было обнаружено, что у пациентов после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях комбинированной анестезии, достижение оптимального обезболивания внутримышечным введением анальгетиков задача сложная, а за частую, и не достижимая. С целью улучшения данной ситуации был проведен литературный обзор и было установлено, что в борьбе с послеоперационной болью хорошо себя зарекомендовал внутривенный ацетоминофен. Так, McNicol ED¹ и соавторы по результатам мета-анализа 75 клинических исследований охватывающих почти 7200 хирургических пациентов (2016г.) выявили, что применение внутривенного ацетоминофена однократно в конце операции обеспечивает

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

около четырех часов эффективной анальгезии около 36% пациентов с острой послеоперационной болью [5]. Авторы, так же, делают вывод о том, что необходимо проводить дополнительные исследования в разных отраслях медицины. Целью представляемого исследования явилось оценка эффективности внутривенного введения ацетоминофена в режиме мультимодально анальгезии у пациентов после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях комбинированной анестезии (внутривенная индукция, поддержание анестезии ингаляционными анестетиками (севофлуран)).

Актуальность еще и определяется растущем числом данного оперативного вмешательства, 1,5 млн операций эндопротезирования тазобедренного сустава в год по всему миру. Растет число ревизионных операций. (В Норвегии ревизионные операции составляют 14,3% [6], в Швеции ревизионные операции составляют 13,6% [7]. Прогноз для США 48,000 в 2010 году, более 67,000 в 2020 и около 97,000 в 2030 году).

Цель: Оценка эффективности внутривенного введения ацетоминофена в режиме мультимодально анальгезии у пациентов после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях комбинированной анестезии.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии и в палате послеоперационного наблюдения, хирургических отделениях Научно исследовательского института травматологии и ортопедии. В исследование включались пациенты от 18 до 65 лет, которые после планового оперативного вмешательства- ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава находились в стационаре не менее 12 часов, с наркозно-операционным риском по ASA (Американская ассоциация анестезиологов) не более II-III. Операция

проводилась в условиях комбинированной анестезии (внутривенная индукция, поддержание анестезии ингаляционными анестетиками (севофлуран)). В исследование были включены 20 пациентов, из них в группе ацетоминофена -10 пациентов, в группе стандартного обезболивания-10 пациентов. Все пациенты давали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: наличие ментальных нарушений, нарушения сознания, злоупотребление алкоголем/наркотическими препаратами в анамнезе, наличие языкового барьера.

Пациенты были разделены на две группы. Первой группе пациентов внутривенный ацетоминофен вводился согласно инструкции- внутривенно капельно за 30 минут до окончания операции и через 4 часа после первой дозы препарата. Второй группе пациентов послеоперационное обезболивание проводилось применяемым в клинике стандартным методом.

У всех включенных в исследование пациентов каждый час в течение первых 8 часов после операции регистрировалась шкала эффективности и безопасности (в английской транскрипции - ESS, Efficacy and SideeffectsScore) послеоперационного обезболивания (таблица 1). Данная шкала была разработана и одобрена к применению в больнице г. Конгсберга, Норвегия (см. подробности на <http://esscore.org>) и состоит из 5 блоков, где в первом блоке оценивается уровень сознания пациента от 0 до 15 баллов по 4 пунктам, наличие тошноты и рвоты от 0 до 10 баллов в трех пунктах, болевой статус в покое и во время активизации от 0 до 10, общее состояние от 0 до 15 баллов в четырех пунктах. Регистрация всех данных осуществлялась в специальной программе на мини Айпаде. 5 мини Айпадов использовались для регистрации всех данных, детальный алгоритм регистрации представлены на сайте <http://www.essdb.no/>. Таблица 1.

Таблица 1. Шкала ESS.

	Уровень сознания пациента	Баллы
1.	В полном сознании, адекватный контакт возможен	0
2.	В сознании, но заторможен. Адекватный контакт с задержками	5
3.	Неадекватен, эйфория, галлюцинации, моторное возбуждение	10
4.	Полностью неконтактен	15
	Постоперативная тошнота и рвота	
5.	Отсутствие тошноты и/или рвоты	0
6.	Тошнота	5
7.	Тошнота и рвота	10
	Послеоперационные боли в покое	
8.	Отсутствие боли	0

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Продолжение

Уровень сознания пациента		Баллы
9.	Незначительные боли (ВАШ 1-3)	1-3
10.	Боли средней интенсивности (ВАШ 4-6)	4-6
11.	Боли высокой интенсивности (ВАШ 7-10)	7-10
	Послеоперационные боли при движении тела	
12.	Отсутствие боли	0
13.	Незначительные боли (ВАШ 1-3)	1-3
14.	Боли средней интенсивности (ВАШ 4-6)	4-6
15.	Боли высокой интенсивности (ВАШ 7-10)	7-10
	Общее состояние	
16.	Удовлетворительное	0
17.	Слабо выраженные клинические признаки в виде, например, общей слабости, небольшого кожного зуда, чувства беспокойства, нарушения четкости зрительного восприятия, небольших затруднений при мочеиспускании и так далее.	5
18.	Ярко выраженная клиническая симптоматика в виде выраженного головокружения, распространенного кожного зуда, крапивницы, задержки мочеиспускания, повышенного потоотделения и так далее	10
19.	Острые циркуляторные нарушения (систолическое АД ≤ 80 мм рт ст, среднее АД ≤ 50 мм рт ст, ЧСС ≤ 40 /мин или > 129 /мин)	15
20.	Острые дыхательные нарушения (затрудненное дыхание/одышка, частота дыхания ≤ 8 /мин или > 29 /мин, продолжительные паузы между вдохами, поверхностное дыхание)	15
	Сумма баллов	
	КПШ = (25 - сумма баллов)	
	(NB: ESS может быть меньше нуля)	

Шкала имела градацию от 0 до 25 баллов, где 0 - это крайне неудовлетворительное послеоперационное обезболивание или наличие выраженных побочных эффектов, а 25 баллов - это максимальный

эффект обезболивания без каких-либо побочных эффектов. Таблица 2.

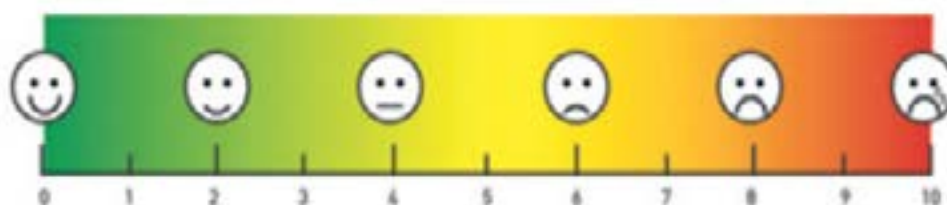
Таблица 2. Трактовка ESS.

0-4	Благоприятный уровень
5-9	Не благоприятный, но приемлемый уровень
10-14	Не приемлемый уровень (консультация врача анестезиолога)
15-19	Крайне не приемлемый уровень (консультация врача анестезиолога)
Более 20	Опасный уровень (срочная консультация врача анестезиолога)

Проводилась оценка выраженности послеоперационной боли по визуально аналоговой шкале боли. ВАШ представляет собой неградуированную линию длиной 10 см, где левая граница соответствует определению «нет боли», правая - «нестерпимая, худшая

боль», с обратной стороны которой нанесены сантиметровые линии. По данным линиям мы отмечали полученные значения и заносили их в лист оценки. Таблица 3.

Таблица 3. Шкала ВАШ.



ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Для обезболивания пациенты получали НПВС по требованию и наркотические анальгетики при необходимости, что включало внутримышечное использование одного из следующих препаратов: 20 мг тримеперидина гидрохлорида (при болях по ВАШ 7 баллов и выше), 100 мг трамадола (ВАШ - 4-6 баллов), 100 мг кетопрофена (ВАШ - 1-3 балла). С антиэметической целью внутривенно применяли 4 мг ондасетрона.

Статистическая обработка всех собранных данных проводилась в пакете прикладных программ IBM® SPSS® Statistics 19 (2003). Для сравнения сред-

них значений в группах использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Нормальность распределения в вариациях проверялось с помощью критериев Шапиро-Уилка. Достоверность различий определялось при значениях $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В исследование были включены 20 пациентов, из них в группе ацетаминофена -10 пациентов, в группе стандартного обезболивания-10 пациентов. Различий между группами по антропометрическим параметрам, полу, возрасту выявлено не было. Уровень боли по ВАШ за 8 часов представлены в таблице 4.

Таблица 4. Выраженность послеоперационной боли по ВАШ.

Время измерения (ч)	Группа 1	Группа 2	p
1-й	0,7	0,9	0,75
2-й	1,8	1,2	0,46
3-й	5,2	2,7	0,0001*
4-й	4,8	3,3	0,05*
5-й	5,6	3,4	0,002*
6-й	4	3,9	0,8
7-й	4,4	2,8	0,013*
8-й	4,6	2,7	0,017*

При проведении однофакторного дисперсионного анализа сравнения средних значений уровней послеоперационных болей по ВАШ были выявлены различия в группах на 3,4,5 и 7, 8-й час.

Так же, при проведении однофакторного дисперсионного анализа сравнения средних значений ESS были выявлены существенные различия в уровнях ESS между I и II группами на 3-й и 5-й час (рису-

нок 1). Уровень ESS в первые 8 часов у пациентов первой группы находился в пределах от 10 до 14 баллов, что требовало в отдельных случаях дополнительных консультаций врачом анестезиологом. У пациентов второй группы уровень ESS составлял от 7 до 14 баллов, что так же потребовало консультации анестезиолога.

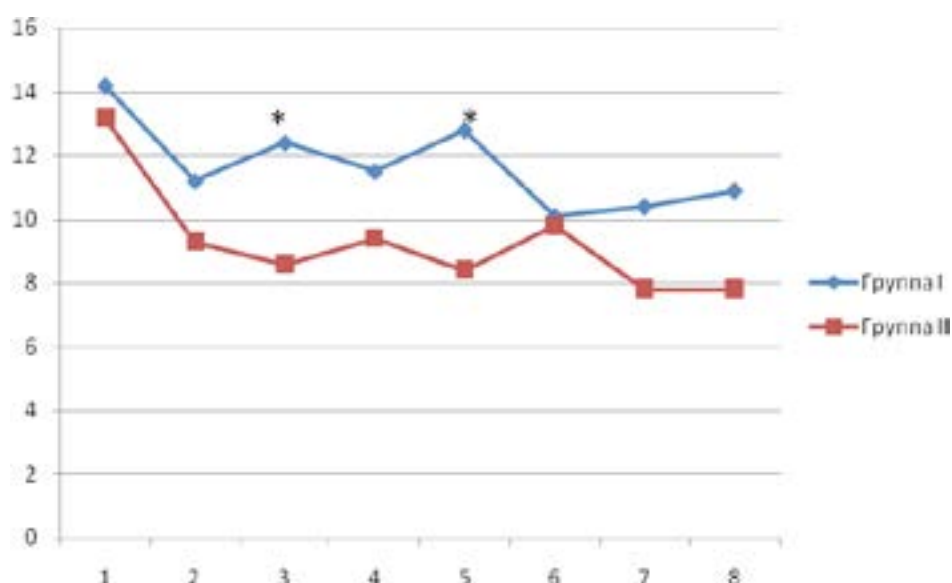


Рисунок 1 Динамика уровня ESS у пациентов в группах

*Примечание: по оси абсцисс - часы после операции, по оси ординат - значения шкалы ESS в баллах; * - достоверность различий при $p < 0,05$*

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Потребность в анальгетиках рассчитывалась как кратность введения в первые 8 часов. Было обнаружено меньшее потребление наркотических анальгетиков

в общей структуре использованных анальгетиков (%) первой группе, 62% против 85% , ($p=0,0046$).



Рисунок 2. Доля наркотических анальгетиков в общей структуре использованных анальгетиков в первой группе (%)



Рисунок 3. Доля наркотических анальгетиков в общей структуре использованных анальгетиков во второй группе (%)

Учитывая что применение внутривенной формы ацетоминофена снижает количество вводимого опиоида, можно предположить, что должно уменьшаться и количество опиоид связанных побочных эффектов. Данное предположение было подтверждено тем фактом, что количество баллов по шкале эффективности и побочных эффектов (ESS шкале) было меньше в первой группе, где применяли внутривенный парацетамол.

Хотя в своем исследовании мы не задавались целью проведения анализа фармакоэкономической эффективности, следует отметить что обзор исследований в данном направлении [8] показал высокую суммарную экономическую эффективность за счет сокращения времени пребывания в палатах интенсивной терапии и общей длительности пребывания в

стационаре, способностью данного препарата уменьшать количество вводимого опиоида, частоту опиоидсвязанных побочных эффектов, последние из которых мы наблюдали в своем опыте применения.

Опросники удовлетворенности пациентов анестезией показали высокий уровень удовлетворенности. Все пациенты были выписаны из стационара в запланированные сроки. Так, внутривенные формы парацетамола могут быть рекомендованы для широкого клинического применения в режимах мультимодальной анальгезии у пациентов после ревизионной артропластики крупных суставов. Необходимы дальнейшие клинические исследования в других областях анестезиологии и интенсивной терапии.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Kuklin V., Skraastad E., Ernst G. et al. Kongsberg satisfaction score: a novel system for monitoring the status, efficacy and safety of the postoperative pain treatment. International Anaesthesia Research Society Annual Meeting, San Diego, California, USA, May 4-7, 2013.
2. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, et al., Incidence, patient satisfaction, and perceptions of postsurgical pain: Results from a US national survey. *Curr Med. Res Opin* 30, 2014, 149-160.
3. Dolin S.J., Cashman J.N., Bland J.M. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-23
4. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»
5. McNicol ED1, Ferguson MC, Haroutounian S, Carr DB, et al., Single dose intravenous paracetamol or intravenous propacetamol for postoperative pain., *BJA British Journal of Anaesthesia*, 2011, 107(4):638; author reply 638-9.
6. The Norwegian Arthroplasty Register Annual Report 2011
7. The Swedish Arthroplasty Register Annual Report 2011
8. Jahr J.S., Filocamo P., Singh S. Intravenous acetaminophen: a review of pharmacoeconomic science for perioperative use // *Am. J. Ther.* — 2013. — V. 20, № 2. — P. 189-199.
9. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council.

ТҮЙІНДЕМЕ

Операциядан кейінгі кезеңде адекватты анальгезия әлі де болса жеткізбес нәтиже боп отыр. Gan TJ және әріптестері (2014) қаралған 300 пациенттің 86 % операциядан кейінгі кезеңде ауырсыну сезгенін, оның ішінде 76% сырттай (визуалды) ұқсас шкала бойынша орташа немесе өте қатты ауырсыну сезген.

Материал және әдістер. Зерттеу Травматология және ортопедия ғылыми зерттеу институтының реанимация және қарқынды емдеу палаталарында, хирургиялық бөлімдерінде жүргізілді. Зерттеуге 20 пациент алынды, оның ішінде ацетоминофен тобында - 10 пациент, стандартты ауырсынуды басу тобында - 10 пациент. Зерттеуге қосылған барлық пациенттерде алғашқы 8 сағат бойы эффективтілік және қауіпсіздік шкаласы (ағылшын транскрипциясы - ESS, Efficacy and Side effects Score) бойынша тіркеу жүргізілді. Зерттеу нәтижелері және оларды талдау: орта шамалардың дисперсионды анализі бірінші топта ESS-ң статистикалық төмен мөлшерін көрсетті. Ацетоминофен тобында қолданылған анальгетиктердің жалпы құрылымында наркотикалық анальгетиктердің азырақ қолданылғаны байқалды. Парацетамолдың көктамырлық формаларын клиникада ірі буындардың ревизиялық артропластикасы операцияларынан кейін кең қолданылуын ұсынуға болады. Сонымен қатар, анестезиология және реаниматологияның басқа салаларында ары қарайғы клиникалық зерттеулер қажет.

Түйінді сөздер: анальгезия, операциядан кейінгі ауырсыну, операциядан кейінгі ауырсынуды басу шкаласы ESS, көктамырлық ацетоминофен, промедол.

SUMMARY

Adequate postoperative analgesia remains unconquered pinnacle of modern anaesthesiology and resuscitation. Gan TJ et al (2014) found that 86% of the 300 studied patients had pain in the postoperative period, what is more 76% of them had moderate to severe pain by Visual Analogue Scale (VAS). Material and methods. The study was provided in the ICU and postoperative ward of surgical department of Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics. In a study were included 20 patients, 10 of them in the acetaminophen group of patients, 10 patients in the group with standard analgesia.

All patients included in the study was registered scale efficacy and safety (in English transcription - ESS, Efficacy and Side effects Score) postoperative pain, each hour during the first 8 hours after operation. Results and discussion. Analysis of variance of mean values showed statistically lower values of ESS and VAS in the second group. It has been found reduced consumption of narcotic analgesics in the general structure of used analgesics in acetaminophen group. Intravenous forms of paracetamol can be recommended for wide clinical use in patients undergoing revision arthroplasty of large joints. Also, further clinical studies are necessary in other fields of anaesthesiology and intensive care.

Key words: analgesia, postoperative pain, Efficacy Safety Score, intravenous acetaminophen, promedol.



УДК: 618.396-084:005.962.131

А. МАРАТ.

АО «Медицинский Университет Астана», Астана

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ КОРОТКОЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА

Аннотация: Несмотря на достижения современной медицины преждевременные остаются одним из основных проблем перинатологии. В разных странах показатель преждевременных родов колеблется от 5 до 20% от общего числа родов. В нашей стране по официальным данным показатель преждевременных родов за последние 5-лет остаётся в пределах 6,4%. В статье проведена оценка эффективности методов профилактики преждевременных родов при короткой шейке матки.

Ключевые слова: преждевременные роды, цервикальная недостаточность, короткая шейка матки, акушерский пессарий, прогестерон, хирургическая коррекция.

Актуальность

В условиях современной высокотехнологичной инновационной медицины, основанной на доказательной базе, преждевременные роды остаются одной из важных проблем перинатологии. Показатель преждевременных родов определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости.

Несмотря на достижения в современной медицинской науке, во всем мире ежегодно 15 миллионов детей рождаются «слишком рано», более 1 миллиона этих детей ежегодно умирают [1]. Показатель преждевременных родов в Республике Казахстан на 100 случаев родов за 2010г. по данным Всемирной организации здравоохранения составил 8.8. Частота преждевременных родов в стране по официальным данным за последние 5 лет остается в среднем в пределах 6,4%[2].

На фоне развития современных перинатальных

технологий, частота преждевременных родов остаётся высокой, это в первую очередь обусловлено увеличением элективных прерываний беременности и вследствие активного внедрения вспомогательных репродуктивных технологий увеличение многоплодной беременности[3,4,5].

Преждевременные роды делят на три большие группы: спонтанные, инициированные преждевременным разрывом плодных оболочек и ятрогенные (индуцированные) по медицинским показаниям со стороны матери и плода. Цель: Оценить эффективность методов предотвращения преждевременных родов при короткой шейке матки.

Материалы и методы исследования: 60 беременных с цервикальной недостаточностью, короткой шейкой матки. Критерием включения: укорочение шейки матки, наличие в анамнезе 2 и более самопроизвольных аборт, одного и более преждевременных родов. Критерия исключения: тяжелые экстрагенитальные заболевания, многоплодная беременность, генетические аномалия плода. Возраст беременных колебался от 18 до 42 лет. I группа - 30 пациенток, с акушерским пессарием Agrabіn в сочетании с микроинизированным прогестероном в дозе 200 мг/сутки сублингвально/вагинально. II группа - 30 пациенток, у которых применен хирургический метод коррекции короткой шейки матки. Проведен сравнительный анализ 60 случаев беременных с короткой шейкой матки, у которых для предотвращения преждевременных родов при короткой шейке матки применены: коррекция шейки матки акушерским пессарием в сочетании с прогестероном и хирургический метод коррекции

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

шейки матки. Короткой считали шейку матки длиной менее 25 мм, измеренную ультразвуковым методом в сроке от 17 до 25 недель беременности трансвагинальным доступом.

Из 60 беременных 56 (93,3%) имели в анамнезе:

2 и более самопроизвольных выкидыша 29 (51,8%), предшествующие преждевременные роды - 27 (48,2%), (рис.1). 4 (6,7%) были первобеременными, 56(93,3%) - повторнобеременные (рис.2).

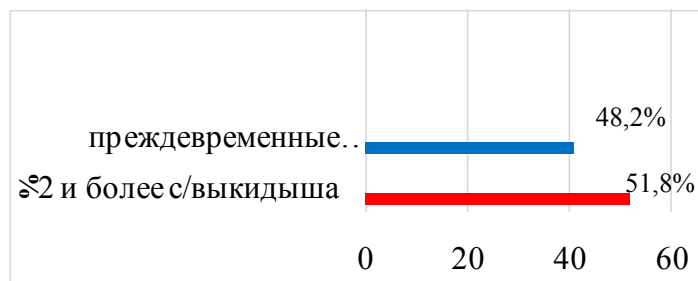


Рисунок 1. Акушерский анамнез исследуемых.

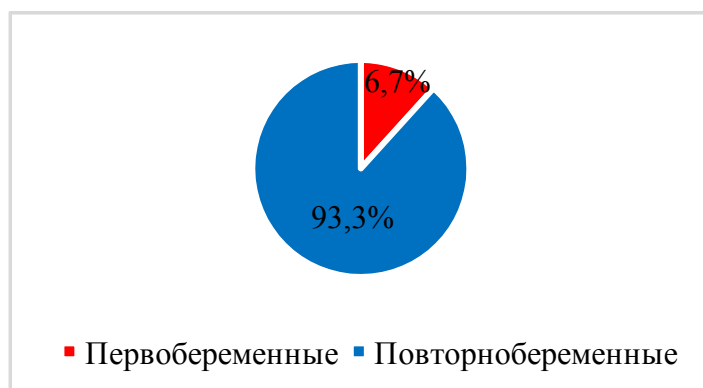


Рисунок 2. Распределение беременных по паритету.

Соматические заболевания имели 51 (85%) беременных: мочевыводящих путей (хронический цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь) - 16(26,6%); сердечно-сосудистой системы (умеренная артери-

альная гипертензия) - 7(11,7%); щитовидной железы - 8(13,3%); желудочно-кишечного тракта - 5(8,3%); хроническая железодефицитная анемия - 7 (11,7%); другие заболевания - у 8 (13,3%) (рис.3).

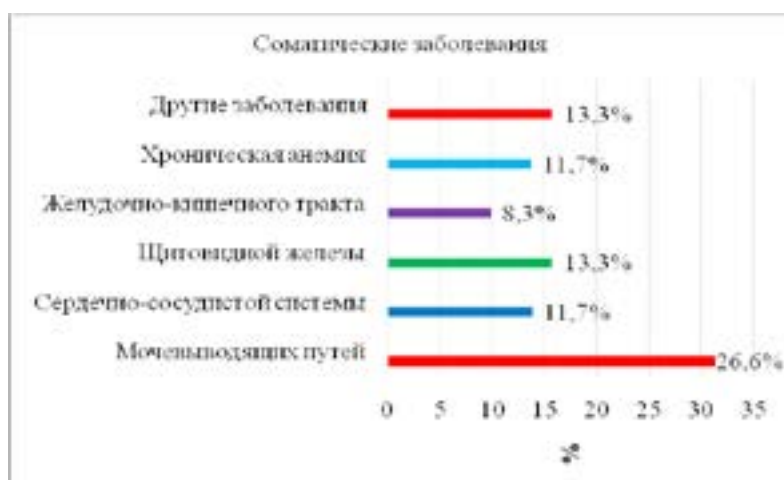


Рисунок 3. Экстрагенитальные заболевания исследуемых.

В обеих группах коррекция короткой шейки матки

проведена после предварительной оценки состояния

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

биоценоза влагалища. Только 1/3 беременных была выявлена 1 степень чистоты влагалища. У 18 беременных выявлена 2 степень чистоты влагалища, и у остальных 22 выявлена 3-4 степень чистоты влагалища (рис.4). В зависимости от состояния биоценоза влагалища по показаниям проведена санация, с повторной оценкой в динамике.

Оценка состояния биоценоза влагалища беременных



■ 1 степень чистоты ■ 2 степень чистоты ■ 3-4 степень чистоты

Рисунок 4. Оценка биоценоза влагалища беременных.

Социальное положение беременных: большая часть замужние, планировавшие беременность, домохозяйки, повторнородящие (2-3 роды) с отягощенным акушерским анамнезом (самопроизвольные выкидыши, привычное невынашивание, рубец на матке после предыдущих оперативных родов) и 6,7% пер-

вобеременные без наличия каких-либо внешних причин для укорочения шейки матки.

Результаты и их обсуждение: 28 женщин (93,3%) основной группы родили в доношенном сроке (рис.5); из них 23(82,1%) через естественные родовые пути, 5(17,9%) - путем операции кесарева сечения (рис.6).



Рисунок 5. Исход беременности основной группы

Показаниями для операции явились: obstructивные роды, угрожающее состояние плода, наличие рубца на матке после кесарева сечения. Средняя мас-

са новорожденных составила 3520 ± 560 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте была $7,9 \pm 0,5$ баллов; на 5-й - $8,7 \pm 0,4$ баллов.

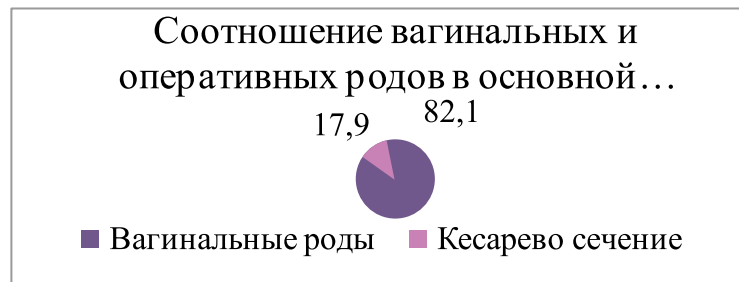


Рисунок 6. Соотношение вагинальных и оперативных родов в основной группе.

Преждевременно родили 2 женщины (6,7%): в 36 и 33 недели. Акушерский пессарий удален в связи с началом спонтанной регулярной родовой деятельности

и с дородовым разрывом плодных оболочек. Средняя масса новорожденных составила 2530 ± 380 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте была $7,2 \pm 0,6$, на 5-й -

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

8,3±0,7 баллов.

В группе сравнения из 30 беременной в доношенном сроке родили 24(80%) (рис.7); из них 20(83,3%)

- через естественные родовые пути, 4(16,7%) - путем операции кесарева сечения.

Исход беременности в группе сравнения

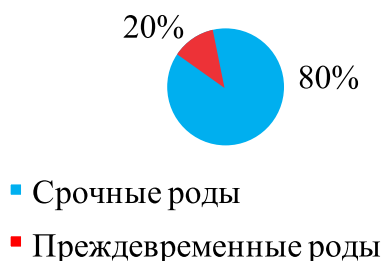


Рисунок 7. Исход беременности в группе сравнения.

Показаниями для операции были такие же, как в основной группе (рис.8). Средняя масса новорожден-

ных составила 3380±460,0г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте 7,9±0,5, на 5-й - 8,6±0,4 баллов.

Соотношение вагинальных и оперативных родов в группе сравнения



Рисунок 8. Соотношение вагинальных и оперативных родов в группе сравнения.

В 6-ти случаях (20%) корректирующие швы на шейке сняты в 31, 34,35 и в 3-х случаях в 36 недель в связи с началом регулярной родовой деятельности и/или пролабированием плодного пузыря за наружный зев с последующим преждевременным излитием около плодных вод. Средняя масса новорожденных составила 1960±340 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте 6,8±1,3, на 5-й - 7,6±1,4 баллов.

Заключение: Таким образом, результаты нашего исследования показали, что эффект акушерских пессариев в сочетании с микронизированным прогестероном при короткой шейке матки в группе ри-

ска по невынашиванию составил 93,3%. Значимым преимуществом данного метода является отсутствие хирургической агрессии, инвазивного вмешательства, анестезии, страха пациентки перед процедурой, возможность амбулаторного оказания помощи, а также возможность применения данного метода в более поздние сроки беременности.

В настоящее время проводится работа в отношении эффективности микронизированного прогестерона, при короткой шейки матки в предотвращении преждевременных родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ВОЗ. Информационный бюллетень №363. Ноябрь 2015 г.
2. Годовой отчет департамента здравоохранения г. Алматы 2012-2013гг.
3. Макаров О.В., Ганковская Л.В., Козлов П.В., Бахарева И.В., Романовская В.В., Кузнецов П.А. Профилактики и ведение невынашивания беременности

- и преждевременных родов. Акушерство и гинекология. 2008; 5:19-24.
4. Moutquin J.M. Classification and heterogeneity of preterm birth. BJOG. 2003; 110:30-33.
5. Sibai B.M. Preeclampsia as a cause of preterm and late preterm (near-term) births. Semin Perinatol. 2006; 30:16-19.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ТҮЙІНДЕМЕ

А. МАРАТ.

Астана медицина университеті

ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ҚЫСҚАРУЫН ТҮЗЕТУ ӘДІСТЕРІНІҢ ТИІМДІЛІГІН ЖОҒАРЫ ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕ БАҒАЛАУ

Аннотация: Қазіргі заманғы медицинаның жетістіктеріне қарамастан мерзімінен бұрын босану перинатологияның негізгі проблемасының бірі болып қалуда. Мерзімінен бұрын босану әртүрлі елдердегі көрсеткіші барлық босанудың 5-тен 20% аралығын құрайды. Біздің елімізде ресми мәліметтерге сүйенсек мерзімінен бұрын босану көрсеткіші соңғы 5 жылда 6,4% шамасында. Мақалада мерзімінен бұрын босанудың алдын алу әдістерінің тиімділігін бағалау жүргізілген.

Түйін сөздер: мерзімінен бұрын босану, жатыр мойнының жетіспеушілігі, жатыр мойны қысқаруы, акушерлік пессарий, прогестерон, хирургиялық коррекция.

SUMMARY

MARAT.

Astana Medical University

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF CORRECTION SHORT CERVICAL RISK GROUPS.

Despite achievements of modern medicine premature remain one main problems of a perinatologiya. In the different countries the indicator of premature births fluctuates from 5 to 20% of total number of childbirth. In our country according to official figures the index of premature births for the last 5 years remains within 6,4%. In article assessment of effectiveness of methods of prophylaxis of premature births at a short neck of a uterus is carried out.

Key words: premature births, cervical incompetence, short neck of a uterus, obstetric pessary, progesteron, surgical correction.



УДК 616.12-005.4-052:616.124-008.318

РИБ Е.А.

«Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

ХРОНОТОРОПНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Аннотация. Хронотропная недостаточность имеет прогностическую ценность при ишемической болезни сердца для внезапной и невнезапной смерт-

ности. Хронотропный показатель и время восстановления частоты сокращений сердца во время проведения стресс-ЭКГ теста могут быть использованы как

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

предикторы развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий у пациентов со стабильным течением ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: хронотропная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, желудочковые аритмии, фактор риска.

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения и региональных статистических отчетов смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы в странах СНГ остается одной из самых высоких в мире, составляя почти 1400 случаев на 100 000 населения в год [1,2,3]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одна из самых частых причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Изучение факторов риска смертности при ИБС ведется уже более 70 лет, являясь предметом множества исследований и публикаций. ИБС - крайне широкое понятие, объединяющее ряд состояний от острого коронарного синдрома до хронического состояния гипертрофии кардиомиоцитов. Соответственно этому степень риска внезапной и невнезапной смертности при различных формах ИБС неодинакова. В меньшей степени известно о достоверных предикторах смертности при стабильном течении хронической ИБС без тяжелой дисфункции левого желудочка (ЛЖ) [4].

В прогнозировании неблагоприятных событий у пациентов с ИБС большая роль отводится нагрузочному ЭКГ-тестированию, которое открывает множество критериев оценки состояния сердечно-сосудистой системы в условиях дозированной нагрузки. К сожалению, отечественная практическая кардиология использует малый объем возможных тестов на основе нагрузочной ЭКГ-пробы. В данной статье речь пойдет о прогностических возможностях оценки хронотропной функции сердца.

По данным эпидемиологических исследований, профиль изменения ЧСС во время и после физической нагрузки имеет прогностическую ценность [5]. Не менее существенной информативностью, чем продолжительность физической нагрузки, депрессия сегмента ST, обладает максимальная ЧСС, достигнутая при проведении пробы.

В 1970-х годах Ellestad и соавт. при ретроспективном исследовании 2700 людей, прошедших пробу с дозированной физической нагрузкой, продемонстрировали, что невозможность должного увеличения ЧСС во время нарастающей физической нагрузки связана с большим риском нежелательных кардиальных явлений в ближайшие 5 лет, чем с ишемической депрессией сегмента ST [6]. Тогда же и определился термин «хронотропная недостаточность». Дальнейшие исследования подтвердили это открытие, пока-

зав, что хронотропная недостаточность имеет прогностическое значение у людей как с бессимптомным течением ИБС так и со стенокардией напряжения вне зависимости от традиционных факторов риска [7,8].

По данным Lauer M.S. и соавт. (1999) хронотропная недостаточность определяется как невозможность достижения 85% от максимальной, соответствующей возрасту, ЧСС и прогнозирует повышенный риск смертности.

Оценка времени восстановления ЧСС после нагрузки также является независимым информативным прогностическим признаком. Замедленное восстановление ЧСС (снижение ЧСС к концу 1-й минуты восстановительного периода менее чем на 12 ударов по сравнению с максимально достигнутой ЧСС) является независимым предиктором смертности и, наряду с индексом Дюка, позволяет прогнозировать смертность среди взрослых [9].

Целью исследования явилось изучение связи нарушений хронотропного ответа во время нагрузочного теста с развитием желудочковых аритмий высоких градаций в последующем наблюдении.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: выполненная работа являлась субанализом при проспективном наблюдательном одноцентровом когортном исследовании предикторов внезапной сердечной смерти среди пациентов с ИБС, продолжавшегося с октября 2014 по октябрь 2016г. Проводилось исследование среди пациентов со стабильной хронической ИБС старше 18 лет с сохранной (более 50%) и умеренно сниженной (40-50%) фракцией выброса (ФВ) ЛЖ. Всего было обследовано 480 пациентов со стабильным течением ИБС, из которых для субанализа было отобрано 153 пациента, учитывая критерии исключения. Все пациенты были набраны из числа поступивших на плановую госпитализацию в кардиологическое отделение ГКП на ПХВ «Городская больница №1» г.Астана. Перед началом исследования у всех пациентов было получено информированное согласие; исследование не противоречило принципам Хельсинкской декларации и было одобрено локальной этической комиссией АО «Медицинский университет Астана». Все проводимые диагностические тесты являются рекомендованными соответствующими протоколами диагностики и лечения заболеваний МЗиСР Республики Казахстан [10].

Критериями исключения из исследования были: дестабилизация коронарной патологии в течение последних 12 месяцев; стенокардия IV ФК (ССС); ХСН ФК IV (NYHA); врожденные и приобретенные пороки сердца, неишемические кардиомиопатии; постоянная/персистирующая на данный момент фибрил-

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

ляция предсердий; синдром слабости синусового узла; неконтролируемая артериальная гипертензия; постоянный прием антиаритмических препаратов; наличие имплантированных кардиоустройств; анемия; документированная патология щитовидной железы; варикозная болезнь нижних конечностей и тяжелая патология опорно-двигательного аппарата, (препятствующие проведению нагрузочного теста).

Участникам исследования проводилась трансторакальная ЭхоКГ, результаты которой были критерием включения в исследование [11,12]; антропометрические измерения; лабораторные тесты, тест 6-минутной ходьбы; ЭКГ покоя в 12 отведениях; холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) в 12 отведениях. При поступлении всем участвующим в исследовании пациентам был проведен тредмил-тест по стандартному протоколу BRUCE с последующим расчетом хронотропных показателей; нагрузочный тест проводился по общепринятому стандарту [13], на оборудовании Shiller Intertrack RS-232, при условии двухдневного перерыва в приеме лекарственных препаратов, изменяющих хронотропную и дромотропную функции сердца. Согласно полученным данным были сформированы две группы пациентов - с нормальными показателями хронотропной функции сердца и с признаками хронотропной недостаточности.

Хронотропная недостаточность определялась как невозможность достижения 85% от максимальной, соответствующей возрасту, ЧСС или как низкий хронотропный показатель ($\leq 35,6$).

Показатели рассчитывались по формулам: $ХП = (ЧСС_{\text{достигнутое}} - ЧСС_{\text{покоя}}) / [3/4 \times (220 - \text{возраст пациента}) - ЧСС_{\text{покоя}}] + (ЧСС_{\text{достигнутое}} - ЧСС_{\text{покоя}}) / [17/20 \times (220 - \text{возраст пациента}) - ЧСС_{\text{покоя}}] + (ЧСС_{\text{достигнутое}} - ЧСС^1_{\text{восстановления}}) + (ЧСС_{\text{достигнутое}} - ЧСС^2_{\text{восстановления}})$, где ХП - хронотропный показатель, ЧСС достигнутое - максимально достигнутое ЧСС во время пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле, ЧСС покоя - ЧСС до применения пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле, возраст пациента - величина, указанная в годах, ЧСС¹ восстановления - ЧСС в первую минуту восстановительного периода при проведении пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле, ЧСС² восстановления - ЧСС во вторую минуту восстановительного периода при проведении пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле.

Также определялся показатель ХРВ¹ - хронотропный резерв восстановления за первую минуту восстановительного периода, вычисляемый как разница между ЧСС достигнутое и ЧСС в конце первой мину-

ты периода восстановления [14].

Некоторые анамнестические данные уточнялись путем изучения амбулаторной карты больных. Через 3, 6 и 12 месяцев от момента регистрации в исследовании пациенты приглашались на контрольные визиты с проведением повторной процедуры ХМЭКГ. Конечной точкой исследования являлось выявление эпизодов жизнеугрожающих желудочковых аритмий (ЖЖА) в период наблюдения.

Регистрация конечных событий: эпизоды ЖЖА определялись как пробежки неустойчивой (менее 30 секунд по продолжительности) желудочковой тахикардии (ЖТ), устойчивой (более 30 секунд) ЖТ, любые по продолжительности эпизоды трепетания или фибрилляции желудочков при 24-часовом 12-канальном ХМЭКГ [15].

Статистический анализ. Для оценки нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Результаты количественных показателей представляли в виде средних значений плюс-минус стандартное отклонение ($M \pm SD$), а при отличном от нормального распределении - в виде медианы и интерквартильного размаха ($Me [25;75]$). Качественные показатели представляли в виде абсолютного значения и процентного показателя. Сопоставление по качественным характеристикам проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона, точного критерия Фишера; количественные показатели сравнивались между собой при помощи t-теста Стьюдента для несвязанных выборок, а при негауссовском распределении с помощью U-критерия Манна-Уитни. Для оценки риска возникновения ЖЖА в группах вычисляли относительный риск, используя анализ таблиц сопряжения с расчетом по методу D. Katz с определением 95% доверительного интервала (95% ДИ) [16]. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 20 версия (IBM, USA).

Результаты и их обсуждение. К окончанию периода наблюдения завершили исследование 135 человек, их результаты обследования оказались полными и пригодными для анализа. Среди выбывших из исследования 18 человек: 2 умерли (1 - внезапная сердечная смерть, 1 - инсульт), 10 - выбыли по собственному желанию, 6 - причина неизвестна. В зависимости от показателя хронотропного ответа пациенты были разделены на две группы: с нормальным ($n=79$) и со сниженным показателем ($n=56$).

Среди 135 завершивших исследование пациентов 108 мужчин (80%), средний возраст участников 62 [57; 69] года, средний срок наблюдения - $14,9 \pm 1,5$

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

месяцев. В приведенной ниже таблице 1 указаны исходные характеристики групп в зависимости от ХП. Больше по числу участников исследования была группа с нормальным хронотропным ответом, преобладали в обеих группах мужчины. Не было также выявлено различий по социально-экономическому

статусу, национальному признаку или месту проживания. Пациенты группы с сохранным ХП были моложе. В группе пациентов с нормальным ХП около трети больных страдали сахарным диабетом (СД) II типа, что почти в 1,5 раза меньше, чем в группе больных со сниженным ХП.

Таблица 1. Исходные характеристики групп с учетом хронотропного показателя.

Характеристика/ показатель	ХП >35,6 (n=79)	ХП ≤35,6 (n=56)	p
Мужчины, n (%)	68 (86%)	48 (85%)	0,800
Средний возраст, лет	63 [57; 68]	64 [60; 69]	0,006
Представители коренной национальности / европеоидной расы, n (%)	65/14 (82/18%)	41/15 (73/27%)	0,244
Курение, n (%)	52 (65%)	39 (69%)	0,300
Ходьба 3 и более км в день, n (%)	36 (45%)	18 (32%)	0,054
СД 2 типа, n (%)	23 (29%)	24 (42%)	0,001
Длительность ИБС, лет	9 [4,5; 12,75]	7 [5,0; 10,0]	0,270
Перенесенный инфаркт, n (%)	32 (40%)	30 (54%)	0,020
I ФК ХСН (НУНА), n (%)	27 (34%)	8 (14%)	0,001
II ФК ХСН (НУНА), n (%)	37 (47%)	25 (45%)	0,420
III ФК ХСН (НУНА), n (%)	15 (19%)	23 (41%)	0,001
ТШХ, м	368±22,1	228±17,0	<0,001
ИМТ, кг/м ²	29 [27; 31]	27 [25; 30]	<0,001
ЧСС в покое, уд/мин	75±14,8	79±12,9	<0,001
САД в покое, mm Hg	146,8±11,7	153,5±12,6	<0,001
ДАД в покое, mm Hg	90±6,8	94±3,8	<0,001
Уровень гемоглобина крови, г/л	143 [114; 155]	136 [117; 143]	0,038
КДР ЛЖ, см	5,2±0,90	5,6±1,18	0,002
иММЛЖ, г/м ²	129,2±7,1	131,5±8,6	0,076
ФВ ЛЖ, %	54,4±7,3	49,7±3,9	0,030

ТШХ - тест 6-минутной ходьбы, ИМТ - индекс массы миокарда, САД - систолическое артериальное давление, ДАД - диастолическое артериальное давление, КДР ЛЖ - конечно-диастолический размер ЛЖ, иММЛЖ - индекс массы миокарда ЛЖ.

Результаты, представленных в таблице 1, свидетельствуют об отсутствии различий по некоторым анамнестическим данным между группами с нормальными и сниженными ХП. Так, пол, средний возраст, этническая принадлежность, курение и даже степень тренированности (исходя из ежедневной нагрузки дозированной ходьбой) не разнятся в обеих группах. Тогда как наличие у пациентов СД II типа и перенесенного в прошлом инфаркта миокарда в группе с аномальным хронотропным ответом значительно превышает таковое среди пациентов с нормальной реакцией ЧСС на нагрузку.

Патологический ХП превалирует также среди пациентов с выраженной сердечной недостаточностью. Пациентов с ФК I согласно критериям НУНА было больше в группе с нормальным ХП, тогда как с выраженной ХСН (III ФК НУНА) - в группе со снижен-

ными показателем; число пациентов с ФК II НУНА в обеих группах было примерно равное число.

Средние показатели АД, измеренного в стационаре оказались выше в группе участников со сниженным ХП.

Интересно отметить следующий факт: при недостаточности хронотропной функции сердца при стресс-тесте у пациентов средняя ЧСС покоя превышала таковую среди лиц с нормальным ХП, что может быть объяснено симпатической дисфункцией при ИБС.

Анализ параметров трансторакальной ЭхоКГ свидетельствовал о преобладании линейных размеров и некотором снижении глобальной сократимости миокарда ЛЖ у пациентов с недостаточным ХП. По показателю массы миокарда ЛЖ различий выявлено не было.

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

Исходные электрокардиографические характеристики пациентов в зависимости от ХП распределились следующим образом: гипертрофия ЛЖ на ЭКГ по вольтажным признакам была выявлена у 52 пациентов (65%) в группе с нормальным ХП против 39 пациентов (69%) из группы со сниженным показателем хронотропного ответа ($p=0,36$); средняя ЧСС ночью при записи 24-часового ХМЭКГ колебалась от $64\pm 9,8$ уд/мин в группе с сохранным ХП до $66\pm 7,2$ уд/мин у пациентов со сниженным ХП ($p=0,28$). Достоверные различия в двух группах были выявлены

только по показателям средней ЧСС во время бодрствования по ХМЭКГ. Так, средняя ЧСС днем в группе с нормальным ХП составляла $74\pm 4,8$ уд/мин, в группе со сниженным ХП - $83\pm 7,6$ ($p=0,02$).

При выполнении нагрузочного ЭКГ-тестирования методом тредмил были получены достаточно предсказуемые результаты, которые согласуются с данными нескольких исследований [17]. Пациенты со сниженным ХП достигли меньшего числа METs во время теста, имели более ригидный профиль ЧСС в период восстановления (таблица 2).

Таблица 2. Особенности выполнения нагрузочного ЭКГ-теста в зависимости от хронотропного показателя.

Характеристика/ показатель	ХП >35,6 (n=79)	ХП ≤35,6 (n=56)	p
Достигнуто METs	8,7±3,8	6,0±2,7	0,002
Достигнутый % от максимальной ЧСС	80 [69;94]	65 [56;77]	<0,001
Максимальная достигнутая ЧСС	148 [135; 167]	118 [98; 138]	<0,001
ЧСС в конце первой минуты периода восстановления	121 [106; 140]	110 [103;128]	<0,001
ХРВ ¹	17 [12; 29]	9 [6;16]	<0,001

METs - метаболический эквивалент

При анализе записи ХМЭКГ обращало внимание значительное превышение общего суточного количества желудочковых экстрасистол (ЖЭ) в группе пациентов с аномальными ХП. При расчете относительных рисков было выявлено следующее: сниженный

ХП у пациентов со стабильным течением ИБС повышает риск развития желудочковых эктопий высоких градаций более чем в 2 раза, более чем в 3 раза - для эпизодов неустойчивых ЖТ и в 9 раз для эпизодов устойчивых ЖТ (таблица 3).

Таблица 3. Относительный риск развития желудочковых аритмий по данным ХМЭКГ в зависимости от хронотропного показателя.

Характеристика/ показатель	ХП >35,6 (n=79)	ХП ≤35,6 (n=56)	ОР (95% ДИ)	p
ЖЭ, количество за сутки	189 [136; 248]	234 [142; 364]	3,1 (1,80-4,70)	0,030
ЖЭ III-IV класса Lown-Wolf, n (%)	18 (22)	28 (50)	2,30 (1,22-2,76)	0,015
Неустойчивая ЖТ, n (%)	8 (10)	13 (23)	3,18 (1,38-7,33)	<0,001
Устойчивая ЖТ, n (%)	1 (1,2)	4 (7)	9,19 (2,08-34,7)	<0,001

Поиск маркеров аритмогенеза крайне важен для решения вопросов первичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС) при ИБС. На практике для первичной профилактики ВСС у пациентов с ИБС без предшествующих ЖЖА внимание уделяется в основном ФВ ЛЖ.

Исследования последних лет также указывают на значимую роль хронотропной функции сердца в прогнозе внезапной смертности.

Возможность рассматривать ХП как маркер электрической нестабильности миокарда крайне заманчива ввиду простоты обследования и расчета, возмож-

ности использовать как в скрининговых программах, так и в углубленном комплексном обследовании пациентов в рамках первичной профилактики ВСС.

Заключение. У пациентов со стабильным течением хронической ИБС снижение ХП менее 35,6 повышает риск развития ЖЖА. Требуется более длительные обсервационные исследования в этой группе пациентов для оценки клинических исходов; с пристальным изучением хронотропной функции при нагрузке как возможного предиктора аритмической смерти.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения // М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. - 2012.- С.196.
2. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Внезапная сердечная смерть у больных ИБС: распространенность, выявляемость и проблемы статистического учета // Российский кардиологический журнал. -2011 № 2.-С.59-64.
3. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Всемирная организация здравоохранения совместно с Всемирной федерацией сердца и Всемирной организацией по борьбе с инсультом. 2014
4. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/ru/.
5. Braunwald's Heart Disease. Tenth edition // Elsevier Saunders // 2015.- P.645-655.
6. Jouven X., Empana J-P., Schwartz P.J. et al. Heart-rate profile during exercise as a predictor of sudden death // N Engl J Med.- 2005.- 352.-P.1951-1958.
7. Ellestad M.H., Wan M.K. Predictive implications of stress testing Follow-up of 2700 subjects after maximum treadmill stress testing // Circulation.- 1975.-51.-P.363-369.
8. Sanoven K.P. Heart rate response during exercise test and cardiovascular mortality in middle-aged me // Eur Heart J.- 2006.- 27.- P.582-588.
9. Elhendy A. Prognostic significance of impairment of heart rate response to exercise: impact of left ventricular function and myocardial ischemia // J Am Coil Cardiol.-2003.- 42.- P.823-830.
10. Lauer M.S., Francis G.S., Okin P.M. et al. Impaired chronotropic response to exercise stress testing as a predictor of mortality // J Am Med Assoc.-1999; 281.-P.524-529.
11. Протокол Министерства Здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения.2015
12. www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/2пг/Терапия/Кардиология/ИБС.%20Стенокардия.pdf
13. Roberto M. Lang, Luigi P. Badano, Victor Mor-Avi, Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults // European Heart Journal - Cardiovascular Imaging (2015),16 .- P.239-242.
14. Ponikowski P., Adriaan A. Voors, Stefan D. Anker // 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure //doi:10.1002/ejhf.592.
15. ACC/AHA 2006 guideline update for exercise testing: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines //J AmColl Cardiol.-2006.-P.1731.
16. Лупанов В.П. Прогностические индексы и предикторы электрической нестабильности миокарда при пробе с физической нагрузкой у больных ишемической болезнью сердца // Кардиоваск. тер. и проф.-2006. - № 5 (5). - С. 101-113.
17. Priori S.G., Blomstrom-Lundqvist C., Mazzanti A. et al. ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death// <http://www.escardio.org/> European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehv316 (2015).
18. Katz D., Baptista J., Azen S.P. et al. Obtaining Confidence Intervals for the Risk Ratio in Cohort Studies // Biometrics Vol. 34, No. 3 (Sep., 1978), pp. 469-474 doi: 10.2307/2530610.
19. Keytsman, C., Dendale, P., Hansen, D. Chronotropic Incompetence During Exercise in Type 2 Diabetes: Aetiology, Assessment Methodology, Prognostic Impact and Therapy // Sports Med (2015) 45.- P. 985. doi:10.1007/s40279-015-0328-5.

ТҮЙІН

РИБ Е.А.

«Астана Медициналық Университеті» АҚ

ТҰРАҚТЫ ЖҮРЕК ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА ХРОНОТРОПТЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІК ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ ҚАРЫҚШАЛЫҚ АРИТМИЯНЫҢ ДАМУ ҚАУІПТІ

Хронотроптық жетіспеушіліктің кенеттен және кенеттен болмаған өлім жағдайында ишемиялық жүрек ауруы кезінде болжамдық құндылығы бар. Хронотроптық көрсеткіш және стресс-ЭКГ тест жүргізу кезіндегі жүректің жиырылу жиілігінің қалпына келу уақыты тұрақты жүрек ишемиялық ауруы бар науқастарда өмірге қауіпті қарықшалық аритмияның даму предикторлары ретінде пайдалануға болады.

SUMMARY

RIB Y.

«Astana Medical University»

CHRONOTROPIC INCOMPETENCE AS A RISK FACTOR OF LIFE-THREATENING VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE

Chronotropic incompetence has prognostic value in ischemic heart disease for sudden and non-sudden death. Chronotropic index and the heart rate recovery time during stress-ECG test can be used as predictors of life-threatening ventricular arrhythmias development in patients with stable ischemic heart disease.



УДК:616.24-002

СМАГУЛОВА А.К.

АО «Медицинский университет Астана»

ТЯЖЕЛАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Аннотация

Тяжелая внебольничная пневмония является инфекционным заболеванием различной этиологии и сопровождается выраженной дыхательной недостаточностью, признаками тяжелого сепсиса или септического шока, характеризуется плохим прогнозом и требует проведения интенсивной терапии. В статье освещены данные по эпидемиологии, методах оценки тяжести пневмонии, спектре возбудителей, особенностях клинической картины и принципах лечения тяжелой внебольничной пневмонии.

Ключевые слова: тяжелая внебольничная пневмония, обзор литературы

Тяжелая внебольничная пневмония - это инфекционное заболевание различной этиологии, проявляющееся выраженной дыхательной недостаточностью и/или признаками тяжелого сепсиса или септического шока, характеризующееся плохим прогнозом и требующее проведения интенсивной терапии. [1-6]. Тяжелые пневмонии являются не только значимой клинической проблемой, но также и большим соци-

ально - экономическим бременем для государства. Затраты на оказание медицинской помощи пациентам с тяжелой внебольничной пневмонией очень высоки, главными составляющими которых являются потребность проведения интенсивной терапии, дорогостоящие препараты и длительность госпитализации больных[7].

Согласно результатам эпидемиологических исследований в США ежегодно на 10000 населения регистрируется 24,8 случаев внебольничной пневмонии, требующей госпитализации.[8]. В странах Европы заболеваемость внебольничной пневмонией составляет 1,54-1,7 на 1000 населения.[9]. В Российской Федерации, согласно официальным данным, - заболеваемость внебольничной пневмонией составляет 4,59‰ [10]. Реальная картина заболеваемости пневмонией, согласно расчетным данным, намного выше и достигает 14-15‰ [11-12]. В Республике Казахстан заболеваемость болезнями органов дыхания занимает первое место среди всех классов болезней и составляет 28362,9 на 100000 человек, заболеваемость пневмониями составляет 448,9 на 100000 че-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ловек [13].

Публикаций о результатах исследования частоты тяжелых внебольничных пневмоний среди всех случаев пневмоний не так много. Так, согласно данным немногочисленных исследований, частота тяжелых форм пневмонии составляет от 10,2% до 22% случаев внебольничных пневмоний в США и Канаде [14-16], 10% - в европейских странах [17], от 4,6% до 22,6% - в России. [18-21]. Уровень летальности при тяжелых внебольничных пневмониях составляет от 21% до 58% , практически у всех погибших пациентов с тяжелой формой пневмонии развивался тяжелый сепсис или септический шок, рефрактерная гипоксемия, полиорганная недостаточность. [22,23]. В республике Казахстан летальность при внебольничных пневмониях составляет около 2500 случаев в год, при этом только единичные исследовательские работы посвящены изучению особенностей клинического течения и лечения тяжелых внебольничных пневмоний [24].

Для оценки тяжести внебольничных пневмоний и определения риска возможного летального исхода применяются разнообразные шкалы и системы оценки тяжести состояния. Наиболее распространенными являются PSI (Pneumonia Severity Index), CURB - 65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood), SMART - COP (Systolic blood pressure, Multilobar infiltrate, Albumin, Respiratory Rate, Tachycardia, Confusion, low Oxygen, low Ph), CRB - 65 (Confusion, Respiratory rate, Blood), SMRT - CO (Systolic blood pressure, Multilobar infiltrate, Respiratory Rate, Tachycardia, Confusion, low Oxygen) [6,23,25,26].

Одним из ключевых факторов, определяющих течение и тяжесть внебольничной пневмонии, является возбудитель заболевания, антибиотикочувствительность и антибиотикорезистентность которого определяют эффективность лечения и прогноз. Согласно результатам исследований этиологической структуры возбудителей тяжелой внебольничной пневмонии в странах Европы наиболее частыми выявляемыми возбудителями тяжелых форм пневмонии являются бактерии вида *Streptococcus pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Haemophilus influenzae*; доминирующими возбудителями при летальных случаях тяжелой внебольничной пневмонии являются *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila* [1]. Исследовательские работы по изучению этиологической структуры тяжелых внебольничных пневмоний в странах СНГ немногочисленны. В России доминирующими возбудителями тяжелых внебольничных пневмоний с летальным исходом, согласно данным Иванчик Н.В., являются

Klebsiella pneumoniae, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*, выявленные в 31,4%, 28,6%, 12,9% и 11,4% случаях соответственно. В исследовании Балацкой И.В. при изучении этиологии тяжелых форм пневмонии было обнаружено, что при летальных случаях пневмонии чаще определялись микробные ассоциации с грибами рода *Candida*, обнаруженные в 69,9% случаях, и *Staphylococcus aureus* [27,28].

В Казахстане в г.Астана проводилось изучение основных возбудителей внебольничных пневмоний, согласно полученным данным лидирующими по выделению из мокроты пациентов были *Streptococcus pneumoniae* (18,82% случаев), *Moraxella catarrhalis* (15,80%), *Streptococcus viridans* (14,92%) [29]. В динамике в этиологии внебольничных пневмоний отмечается увеличение роли бактерий вида *Streptococcus pneumoniae*, выявленных у 45% больных в 2012 году, также возросло выявление в мокроте *Enterococcus faecalis* - с 1,7% до 10% и грибов *Candida albicans* - с 1,7% до 4,2%; выделение *Moraxella catarrhalis* и *Streptococcus pyogenes* уменьшилось в 2,5 и 3 раза соответственно [30]. Опубликованных данных об основных возбудителях тяжелых внебольничных пневмоний в Казахстане нет.

Лечение тяжелой внебольничной пневмонии проводится в стационарах в отделении реанимации и интенсивной терапии, и является сложным и дорогостоящим [1,3,6]. Этиотропным лечением является неотложное внутривенное введение антибактериальных препаратов с момента установления диагноза тяжелой пневмонии, первая доза антибиотика должна быть введена на этапе приемного отделения [3,4,6]. Отсроченное назначение антибиотиков на 4 часа и более сопряжено с увеличением уровня летальности [31]. Учитывая сложности раннего выявления возбудителей тяжелой внебольничной пневмонии рекомендуется назначать антибиотики эмпирически с учетом всех предполагаемых возбудителей заболевания, а также локальным уровнем резистентности возбудителей к антимикробным препаратам [3,4,6,]. При выборе антибиотика для стартовой эмпирической терапии рекомендуется учитывать риск инфицирования пациента *Pseudomonas aeruginosa*, предполагаемую аспирацию, а также наличие клинических или эпидемиологических данных риска инфицирования вирусами гриппа [2-6]. Американское торакальное общество и Американское общество инфекционных болезней (ATS/IDSA), Российское респираторное общество (РРО) и Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) рекомендуют в случаях отсутствия факторов риска препаратами выбора для

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

лечения являются цефалоспорины III поколения без антисинегнойной активности, цефепим, ингибитор-защищенные аминопенициллины или эртапенем, назначенные в комбинации с макролидом в инъекционной форме. Эффективность комбинированной антибиотикотерапии с макролидами для пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией была показана в систематическом обзоре 16 исследований, включавших 43000 случаев пневмонии; в группах, получавших β -лактамы+макролид в сравнении с монотерапией β -лактамом наблюдалось статистически значимое уменьшение уровня летальности (OR 0.67 (95% CI 0.61-0.73))[32]. В результате систематического обзора 23 рандомизированных исследований, оценивающих эффективность терапии внебольничных пневмоний респираторными фторхинолонами (гемифлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) у 7 885 пациентов, было показано, что респираторные фторхинолоны, в сравнении с макролидами или комбинации β -лактамов антибиотиков с макролидами, в равной степени эффективны при лечении пневмонии легкой или средней степени тяжести и показали большую эффективность при тяжелой внебольничной пневмонии[33]. Назначение респираторных фторхинолонов с цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) было предложено в качестве альтернативной антибактериальной терапии пациентам без факторов риска[3,4,6,33].

При наличии риска инфицирования пациента *Pseudomonas aeruginosa* рекомендуется назначение β -лактамов антибиотиков, обладающих антисинегнойной активностью - пиперациллин/тазобактам, цефепим, имипенем, меропенем в комбинации с фторхинолонами (ципрофлоксацин или левофлоксацин) в высокой дозе. Также возможно применение β -лактамов антибактериальных препаратов с антисинегнойным действием в комбинации с аминогликозидами

II-III поколения и макролидами или респираторными фторхинолонами[3,6,34]. В случаях документированной или предполагаемой аспирации у больного с тяжелой внебольничной пневмонией для антибактериального лечения рекомендуется ингибиторзащищенные β -лактамы антибиотиков, карбапенемы или комбинация цефалоспоринов III поколения без антисинегнойной активности с клиндамицином или метронидазолом. При риске инфицирования метициллин - резистентным штаммом *Staphylococcus aureus* (MRSA) рекомендуется назначение ванкомицина или линезолида. При наличии риска инфицирования пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией вирусами гриппа, рекомендуется наряду с антибактериальной терапией назначение противовирусных препаратов (озельтамивир, занамивир, перамивир) [3,4,6,35]. Своевременная респираторная поддержка, адекватная ранняя дезинтоксикационная терапия, антикоагулянтная терапия, назначение антисекреторных препаратов и ранний перевод на энтеральное питание являются неотъемлемыми компонентами комплексного лечения пациентов с тяжелой пневмонией[3,4,6,32-37].

Таким образом, при сохраняющейся широкой распространенности внебольничных пневмоний в мире очевидна клиническая и социальная значимость тяжелых внебольничных пневмоний, диагностируемых у каждого десятого госпитализированного пациента с пневмонией в мире. Немногочисленность исследований тяжелых внебольничных пневмоний в Республике Казахстан при высокой клинической и социальной значимости данного заболевания, сложность рационального проведения этиотропного лечения тяжелых форм пневмоний в условиях возрастающей резистентности возбудителей обосновывают потребность дальнейшего изучения тяжелых внебольничных пневмоний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jordi R. Demographics, guidelines and clinical experience in severe community - acquired pneumonia// *Critical Care*. - 2008. - №12(6). -S2
2. Woodhead M., Blasi F., Ewig S. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections--full version//*ClinMicrobiol Infect*. - 2011. - №17. - P.1-59
3. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults// *Clin Infect Dis*. - 2007. - №44. -P.27-72.
4. Lim WS, Baudouin SV, George RC et al. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009// *Thorax*. - 2009. - 64
5. Salluh I.F., Lisboa T., Bozza F.A. et al. Management of severe community - acquired pneumonia: a survey on the attitudes of 468 physicians in Iberia and South America//*Critical Care*.- 2014. - №29. - P.743-747
6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов П.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. 2014г, доступно на www.pulmonology.ru
7. Bauer T.T., Welte T., Ernen C., Schlosser B.M. et al. Cost analyses of community - acquired pneumo-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- nia from the hospital perspective//Chest. - 2005. - 128. - P.2238-2246
8. Jain S., Self W.H., Wunderink R.G. et al. Community - acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. adults //NEnglJMed. - 2015. -№373(5). - P.415-428
9. Torres A., Peetermans W.E., Viegi G., Blasi F. Risk factors for community acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review//Thorax. - 2013. - 68(11). - P.1057-1065
10. Заболеваемость населения России в 2012 году. Статистические материалы. Москва, 2013г.
11. Чучалин А.Г. Пневмония / Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. - М.:МИА. - 2006. - 464с.
12. Визель А.А., Визель И.Ю., Лысенко Г.В. Внебольничная пневмония как распространенное острое инфекционное заболевание органов дыхания//Медицинский совет. - 2014. - №16
13. Статистический сборник: Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году. Алматы: «Мединформ». - 2016. - 358с.
14. Marrie T.J., Shariatzadeh M.R. Community acquired pneumonia requiring admission to an intensive care unit a descriptive study//Medicine. - 2007. - 86. - P.103-111
15. Loachimescu O.C., Loachimescu A.G., Lannini P.B. Severity scoring in community - acquired pneumonia caused by Streptococcus pneumonia: a 5-year experience//Int J Antimicrob Agents. - 2004. -№24. - P.485-490
16. Lamy O., Van Melle G., Cornus J., Burnand B. Clinical management of immunocompetent hospitalized patients with community - acquired pneumonia//Eur J Intern Med. - 2004. - №15. - P.28-34
17. Morgan A.J., Glossop A.J. Severe community - acquired pneumonia//BJA. - 2016. - 16(5). - P.167-172
18. Фесенко О.В. Тяжелая внебольничная пневмония у лиц молодого возраста (диагностика, клиника, лечение) / Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - М. - 2005. - 291с.
19. Борисов И.М., Шаповалова Т.Г. «Трехступенчатая оценка степени тяжести внебольничной пневмонии», Сборник трудов XXIII Национального конгресса по болезням органов дыхания, под редакцией А.Г.Чучалина, г.Казань, 2013г., с.201-202
20. Молчанова О.В. Внебольничная пневмония в Хабаровском крае. Эпидемиологические аспекты// Дальневосточный журнал инфекционной патологии. - 2010. - №16. - С.77-81
21. Визель А.А., Лысенко Г.В. «Сравнительный анализ ведения больных с внебольничной пневмонией с благоприятным и летальным исходом в 2009-2011 годы», Сборник трудов XXIII Национального конгресса по болезням органов дыхания, под редакцией А.Г.Чучалина, г.Казань, 2013г., с.202
22. Sligl W.I., Marrie T.J., Obrosky D.S., et al. Severe community-acquired pneumonia//Crit Care Clin. - 2013. - №29. - P.563-601
23. Rello J. Demographics, guidelines, and clinical experience in severe community - acquired pneumonia// Crit Care. - 2008. - 12
24. Айнабекова Б.А. Особенность прошедшего сезона респираторных заболеваний//Казахский фармацевтический вестник. - 15.04.2010.www.pharmnews.kz
25. Marti C., Garin N., Grosgrurin O. et al. Prediction of severe community - acquired pneumonia a systematic review and meta - analysis//Crit Care. - 2012. - 16(4). - R141
26. Фесенко О.В., Синопальников А.И. Тяжелая внебольничная пневмония и шкалы оценки прогноза//Практическая пульмонология. - 2014. - №2. - С.20-26
27. Балацкая И.В. Особенности клинических вариантов тяжелой пневмонии, прогностическая значимость и сопряженность системного воспаления, нарушений гемостаза и дисфункция эндотелия// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Барнаул. - 2014. - 172с.
28. Иванчик Н.В. Оптимизация антибактериальной терапии тяжелых пневмоний на основании данных о структуре возбудителей и антибиотикорезистентности//Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Смоленск. - 2009. - 169с.
29. Бисенова Н.М., Айнабекова Б.А., Пшенбаева А.С., Даулетова М.Д. Антибиотикочувствительность и антибиотикорезистентность основных возбудителей внебольничных пневмоний в г.Астана // Респираторная медицина. - 2007. - №1. - С.51-54
30. Бисенова Н.М., Ергалиева А.С. Динамика этиологической структуры мокроты больных с пневмонией // Сборник трудов XXIII Национального конгресса по болезням органов дыхания . - г.Казань. - 2013. - 528с.
31. Arch Intern Med. - 2004. -№22. -164(6). -P.637
32. J Antimicrob Chemother. - 2014. -№69(6). - P.1441
33. Clin Microbiol Infect. - 2015. -№21(10). -P936. e11
34. Crit Care Med. - 2014. - Feb. -№42(2). - P.420-431
35. MMWR Recomm Rep. - 2011. - Jan. - №60(1). - P.11-19
36. BMJ. - 2006. - Dec. -№9. - P.1193-1205
37. Am J Med. - 2006. - Jun. - №119(6). - P.512-533

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ТҮЙІНДЕМЕ

А.К.СМАҒҰЛОВА

«Астана медицина университеті» АҚ

АУРУХАНАДАН ТЫС АУЫР ДӘРЕЖЕЛІ ПНЕВМОНИЯ

Ауруханадан тыс ауыр дәрежелі пневмония - қарқынды (интенсивті) терапияны қажет ететін, ауыр дәрежелі сепсиспен немесе септикалық шокпен айқындалатын, тыныс жеткіліксіздігімен байқалатын әртүрлі этиологиялық ауру. Мақалада ауыр пневмонияның бағалау әдісі, эпидемиологиясы, қоздырғыштар спектрі, клиникалық көріністері және ауруханадан тыс ауыр дәрежелі пневмонияның емдеу қағидалары нақтыланған.

Түйінді сөздер: ауруханадан тыс ауыр дәрежелі пневмония, тақырып бойынша әдебиет.

SUMMARY

SMAGULOVA A.K.

JSC "Astana medical university"

SEVERE COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

Severe community acquired pneumonia is the infectious disease of different etiology and accompanied by the expressed respiratory insufficiency, signs of heavy sepsis or septic shock and requires realization of intensive therapy. Prognosis of severe pneumonia is bad. Epidemiology, methods of estimation severity of pneumonia, spectrum of causative agents, features of clinical presentation and principles of treatment of heavy community acquired pneumonia were described in the article.

Key words: severe community acquired pneumonia, review



УДК:615.33-08-039.57-053.2

ТУРДАЛИНА Б.Р., ШАЙДАРОВ М.З., БАЕШЕВА Д.А., РАМАЗАНОВА Л.А., ОМАРОВА А.К., СЕЙДУЛЛАЕВА А.Ж., ЕДІЛБАЙҚЫЗЫ М.

АО «Медицинский Университет Астана»

АНАЛИЗ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О РАЦИОНАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АНТИБИОТИКОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ (на примере г. Астаны)

Аннотация:

Увеличение резистентности микроорганизмов к антибиотикам в последнее время становится все более актуальной проблемой для медицины в целом. Целью данного исследования является оценка знаний, убеждения и поведение родителей в отношении использования антибиотиков на амбулаторном этапе.

Методом поперечного исследования был проведен опрос с использованием утвержденной анкеты в детских отделениях поликлиник города Астана. В общей сложности 403 родителей заполнили анкету и были включены в исследование. Более половины респондентов (54,1%) имели низкий уровень знаний об антибиотиках. Результаты данного исследования тре-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

буют повышения уровня информированности среди родителей о рациональном использовании антибиотиков на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: антибиотики, родители, антибиотикорезистентность, знание.

Актуальность:

По данным ВОЗ «чем больше используется антибиотиков, тем больше бактерий вырабатывают устойчивость к этим лекарствам». Частично неправильное применение антибиотиков объясняется тем, что люди используют их для лечения гриппа и простудных заболеваний. Грипп и простудные заболевания, а также большинство случаев ангины и бронхитов обусловлены не бактериями, а вирусами, поэтому прием антибиотиков в таких случаях не приведет к выздоровлению, но может принести больше вреда, чем пользы, поскольку антибиотики увеличивают риск последующего развития инфекции, вызванной устойчивыми к лечению возбудителями. Более того, антибиотико-резистентные бактерии могут инфицировать других людей и могут распространяться из одного места или страны - в другое место или страну. [1]

Рост антибактериальной резистентности является не только медицинской проблемой, но и социальной. Исследования проведенные в Литве, Индии, Китае показывают роль низкого уровня информированности об антибиотиках родителями в формировании антибиотикорезистентности в целом. [2, 3, 4]

Различные кампании проводимые в мире нацелены на снижение нерационального использования антибиотиков, так например, во Франции с 1990 года по 2007 год принимались меры для снижения потребления антибиотиков; в Индии в 2011 г. разработана Национальная стратегия сдерживания устойчивости к противомикробным препаратам; трехлетняя кампания в Китае, которую в 2011 г. начала Национальная комиссия по вопросам численности населения и планирования семьи Китайской Народной Республики.

[5]

Частота заболевания детей инфекцией дыхательных путей очень высока. По данным ВОЗ, каждый ребенок ежегодно переносит от 4 до 9 эпизодов инфекций респираторного тракта. [6] По зарубежным данным на лечение инфекций респираторного тракта тратится около 60% всех антибиотиков на амбулаторном этапе. [7]

Нерациональное использование антибиотиков может привести к быстрому возникновению резистентности к лекарственным средствам, поэтому наблюдение как их используют имеет важное значение. [8] В том числе, важно знать, как родители используют своим детям антибиотики на амбулаторном этапе.

В Казахстане приводились единичные социологические исследования для определения уровня информированности о рациональном использовании антибиотиков. Поэтому данная работа является актуальной в области изучения путей формирования антибиотикорезистентности в обществе.

Цель: оценить уровень информированности родителей о рациональном использовании антибиотиков у детей на амбулаторном этапе.

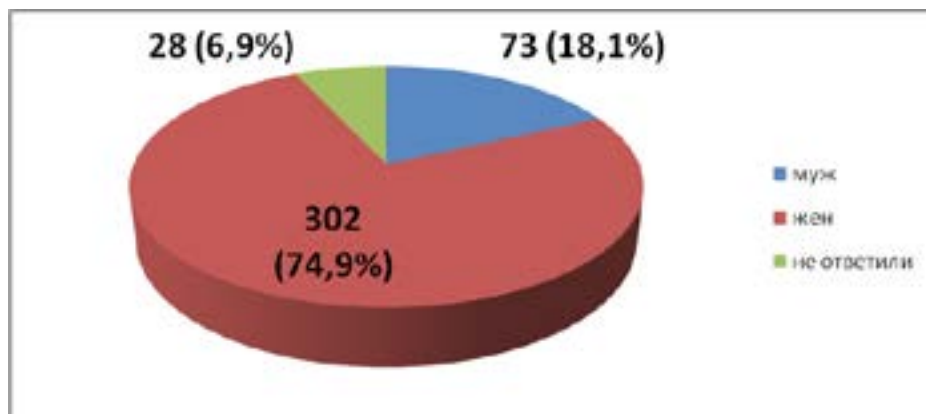
Материалы и методы исследования: для достижения цели была разработана анкета по изучению уровня осведомленности родителей о рациональном использовании антибиотиков. Анкета состоит из двух частей: паспортной и специальной.

С использованием разработанной анкеты проведен опрос родителей в 3 детских отделениях поликлиник г. Астана. Статистическая обработка результатов анкетирования была проведена программой SPSS 21.0. Использованы методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение:

В результате исследования проанализированы ответы 403 респондентов на вопросы об использовании антибиотиков.

Рисунок-1. Структура респондентов по полу.



КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

Большую часть респондентов составили лица (73), не ответили 6,9% (28). женского пола - 74,9% (302), мужской пол - 18,1%

Рисунок -2. Возрастная структура респондентов.



Рисунок-2 показывает, что в возрастной структуре респондентов преобладали родители в возрасте от 26-35 лет в количестве - 48,9% (197).

На вопрос «Что такое антибиотик?»: 14,4% (58) респондентов ответили - «биологически активное вещество», что это «лекарство» - 80,1% (323), на вариант ответа «витамин» - положительно ответили 2,0% (8), на ответ «настой, трава» - ответили 1,5% (6) респондентов, не ответили - 2% (8) родителей. Нужно отметить, что у основного контингента респондентов правильное представление о предназначении антибиотика как лекарства. Хотя остальные 19,9% респондентов думают иначе.

На вопрос «Какой из нижеперечисленных препаратов является антибиотиком» правильно ответили - 85,4% (344), остальные 14,6% ответили неправильно: посчитав парацетамол (6%), анальгин (4,2%), ревит (1,5%) антибиотиком, не ответили - 3% респондентов.

На вопрос «Знаете ли Вы, при каких случаях необходимо использовать антибиотики?» 54,1% родителей выбрали правильный вариант, остальные 45,9% распределились между вариантами: при аллергии (3,0%), при бронхите (23,6%), при ОРВИ (12,4%), не ответили - 6,9%.

На вопрос «Назначаете ли Вы своему ребенку, самостоятельно антибиотики до консультации с врачом?» 37,6% респондентов ответили, что назначают самостоятельно антибиотики своим детям. Данный факт коррелирует с данными анализа антибактериальных карт, где было выявлено, что при поступлении в стационар 39,6% детям в первые сутки заболевания назначают антибиотики амбулаторно. Также анализ историй болезней детей раннего возраста с

диагнозом: Острая респираторная инфекция, осложненная внебольничной пневмонией, длительно находившихся на стационарном лечении показал, что 40% детей перед поступлением в детский инфекционный стационар амбулаторно в первые сутки заболевания принимали антибактериальные препараты. [9] Учитывая, что в детский инфекционный стационар в 80-90% случаях дети поступают с заболеваниями вирусной этиологии, данное нерациональное использование антибиотиков на амбулаторном этапе приводит к дальнейшей полипрагмазии и развитию антибиотикорезистентности на стационарном этапе.

При этом на вопрос «Доверяете ли Вы, своему участковому педиатру, если он назначает антибиотик при первичном осмотре в начальной стадии заболевания?» - «да» ответили - 83,4% респондентов, «нет» - 13,2%, не ответили - 3,5%. Данный факт, можно расценить, как недостаток информированности родителей о нерациональности раннего назначения антибиотиков в начальной стадии острого респираторного заболевания.

89,1% респондентов ответили, что «участковый педиатр объясняет о способах и условиях применения антибиотиков», остальные 9,4% отметили «нет», 1,5%- не ответили.

На вопрос «нуждался ли Ваш ребенок в антибактериальной терапии, в тех случаях, когда врач их не назначил?» 82,9% ответили «нет», 13,6 % ответили «да», тем самым можно сказать, что в большинстве случаев у детей заболевания вирусной этиологии и сами родители отмечают что, отрицательного эффекта от «неназначения» антибиотиков встречается редко.

Учитывая, что антибиотики должен назначать

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

врач, во многих случаях бывает, что провизоры и фармацевты самостоятельно назначают антибиотики детям, на вопрос: «Назначал ли Вашему ребенку сотрудник аптеки (фармацевт, провизор) антибиотики?» 18,9% - ответили «да», что также нарушает правила рационального назначения антибиотиков. Так как, в большинстве случаев работники аптек могут лоббировать интересы фармацевтических компаний.

На вопрос о том «Считаете ли, Вы что с применением большого числа антибиотиков, могут быть связаны негативные последствия?» - 68,5% ответили «да», остальные 10,4% ответили «нет», 18,6% - «не знаю», не ответили - 2,5% респондентов. Из тех респондентов, которые ответили «да», на вопрос о каких последствиях они знают - 27,5% ответили - дисбактериоз кишечника, 15,1% - снижение иммунитета, и только 9,9% - развитие резистентности к антибиотикам, 40,9% - все вышеперечисленное, не ответили - 6,5%. Нужно отметить, что очень низкий процент родителей знает о проблеме развития резистентности при нерациональном использовании антибиотиков. Это также подтверждается данными следующего вопроса: «Что такое антибиотикорезистентность?» - 42,2% ответили - «не знаю», 23,8% отметили вариант - «развитие резистентности человека к антибиотикам», и только 23,8% ответили правильно, указав вариант «развитие резистентности у микроорганизмов к препаратам, которым ранее были чувствительными».

Учитывая, низкую информированность родителей о проблеме антибиотикорезистентности, мы сопоставили результаты вопроса «Читали ли Вы медицинские статьи об антибиотиках?» - где 41,7% родителей ответили «нет».

Блок посвященный на знание применения антибиотиков состоит из четырех вопросов. На вопрос

«соблюдаете ли Вы, назначенный врачом курс лечения антибиотиков до конца вашему ребенку?» - 48,6% ответили «да», остальные 51,4% не соблюдают назначенный врачом курс лечения до конца, из них 23,2% отметили что, прекращают прием антибиотиков «на 3-й день от начала приема», 37,7% - «на 5-й день от начала приема», 20,3% - «при нормализации температуры тела», 18,8% - «при уменьшении кашля и катаральных проявлений».

На вопрос «Храните ли Вы антибиотики дома оставшихся от предыдущих назначений врача?» - 43,7% ответили «да», 50,9% - «нет», 5,5% - не ответили. Данные подтверждают, что родители не знают правила использования антибиотиков в домашней аптечке.

Выводы.

Несмотря на то, что большинство родителей (82,7%) знают об определении антибиотика, только половина (54,1%) респондентов правильно ответили на вопрос при каких случаях применяют антибиотики.

Самостоятельное назначение антибиотиков родителями также находится на высоком уровне - 37,6%, что является одним из путей формирования антибиотикорезистентности у детей раннего возраста.

Только 68,5% респондентов знают, что с применением большого числа антибиотиков, могут быть связаны негативные последствия, что также показывает о низком уровне знаний об антибиотиках.

Выявленный низкий уровень информированности родителей о рациональном использовании антибиотиков, в целом требует принятия мер по повышению уровня информированности родителей

о рациональном использовании антибиотиков на амбулаторном этапе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Информационный бюллетень Европейского регионального бюро ВОЗ, 7 апреля 2011. <http://www.euro.who.int/>
2. Zou G, et al. *BMJ Open* 2016;6:e010544. doi:10.1136/bmjopen-2015-010544, P.-1.
3. Marcia Vervloet et al. "Reducing antibiotic prescriptions for respiratory tract infections in family practice: results of a cluster randomized controlled trial evaluating a multifaceted peer-group-based intervention" *Primary Care Respiratory Medicine* (2016) 15083; P.-2
4. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, "Public Knowledge, Beliefs and Behavior on Antibiotic Use and Self-Medication in Lithuania" 2015, 12, 7002-7016; doi:10.3390/ijerph120607002
5. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения 2016;94:638-639. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.020916>
6. The first global review and coordination meeting on integrated management of childhood illness (IMCI). <http://www.who.int/chd/imcid/report/draft1.htm>. 12.01.00.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Respiratory Tract Infections - Antibiotic Prescribing: Prescribing of Antibiotics for Self-Limiting Respiratory Tract Infections in Adults and Children in Primary Care*. London, 2008].
8. Evaluation of antibiotic use in Pediatric Intensive Care Unit of a developing country. Qalab Abbas, Anwar

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Ul Haq, Raman Kumar, Syed Asad Ali, Kashif Hussain,¹
and Sadia Shakoор.

но-практической конференции молодых ученых и
студентов, 9-10 апреля 2015года, 433 -стр.

9. Материалы тезисов международной науч-

ТҮЙІНДЕМЕ

**Б.Р.ТҮРДАЛИНА, М.З.ШАЙДАРОВ, Д.А.БАЕШЕВА, Л.А.РАМАЗАНОВА, А.К.ОМАРОВА,
А.Ж.СЕЙДУЛЛАЕВА, М.ЕДІЛБАЙҚЫЗЫ**

«Астана медициналық университеті» АҚ

АМБУЛАТОРЛЫҚ КЕЗЕНДЕ АТА-АНАЛАРДЫҢ АНТИБИОТИКТЕРДІ ТИІМДІ ҚОЛДА- НУ ЖАЙЛЫ АҚПАРАТТЫЛЫҚ ДЕҢГЕЙІН ТАЛДАУ (АСТАНА Қ. МЫСАЛЫНДА)

Антимикробты резистенттілік медицинаның барлық салаларын қамтиды. Әсіресе, педиатрия сала-сында антибиотиктерді амбулаторлық жағдайда жедел респираторлы инфекция емінде тиімсіз қолдану кеңінен орын алған.

Осы мақалада амбулаторлық жағдайда ата-аналардың антибиотиктерді тиімді қолдану жайлы ақпараттылық деңгейінің дәрежесі зерттелген. Зерттеу нәтижелері аталған тұрғындар бөлігі (контингент) арасында ақпараттылық деңгейінің төмендігін анықтап, қажетті шаралар қолдану қажеттілігін көрсетіп отыр.

SUMMARY

**TURDALINA B.R., SHAI DAROV M.Z., BAYESHEVA D.A., RAMAZANOVA L.A., OMAROVA
A.K., SEIDULLAYEVA A.ZH., EDILBAYKIZI M.**

JSC “Astana Medical University”

ANALYSIS OF THE LEVEL OF AWARENESS OF PARENTS ABOUT THE RATIONAL USE OF ANTIBIOTICS IN THE OUTPATIENT STAGE (ON THE EXAMPLE OF ASTANA).

Antimicrobial resistance covers all spheres of medicine. Especially, in pediatrics antibiotics are used ineffectively as a treatment of outpatient acute respiratory infections.

This article investigated the parent’s level of awareness about the effective use of antibiotics in outpatient. The results of the study showed a low level of awareness among the named contingent and demonstrated the need for conducting necessary measures.



УДК: 616.995.122:578-245

**БЕЙСЕНБИЕВА Н.Е., ШАЙДАРОВ М.З., ИМАМБАЕВА Г.Г., БАЕШЕВА Д.А.,
АДЕКЕНОВ М.С., СМАГУЛОВА З.К.**

АО «Медицинский университет Астана»

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ В УСЛОВИЯХ АНТИГЕЛЬМИНТНОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация

В настоящей статье установлено что при использовании препарата Саусалин в лечении хронического описторхоза у пациентов на фоне антигельминтной терапии отмечалось положительная динамика в купировании токсико-аллергического синдрома.

Ключевые слова: аллергический дерматит, экзема, описторхоз, антигельминтная терапия, празиквантел, саусалин.

Актуальность. Описторхоз - паразитарное заболевание, характеризующееся широкой распространенностью, многообразием негативных воздействий на организм человека и выраженным полиморфизмом клинических проявлений, затрудняющим дифференциальную диагностику [1,2,3,4,5].

В настоящее время, все большее внимание обращает на себя проблема увеличения количества аллергических дерматозов у лиц, постоянно проживающих в эндемичных по описторхозу территориях. Аллергические дерматиты представляют собой группу близких по патогенезу, клиническим и морфологическим проявлениям патологических процессов, среди которых экзема занимает одно из ведущих мест. По различным данным, пациенты с экземой составляют от 15 до 30 % от количества обратившихся к врачу-дерматологу [6, 7]. Экзема формируется в результате воздействия сложного комплекса этиологических и патогенетических факторов, в том числе наследственных, нейроэндокринных, вегето-сосудистых, метаболических и инфекционно-аллергических. Среди патогенетических факторов, связанных с развитием заболеваний кожи, значительное место принадлежит аллергическим процессам, что обусловлено возрастанием антропогенной нагрузки на окружающую среду [8,9,10,20].

В целом, описторхозная инвазия отягощает и осложняет течение хронических дерматозов, в результате чего реализуется более тяжелая форма микст-болезни. В морфогенезе хронических ал-

лергодерматозов, ассоциированных с описторхозом, ведущую роль играет нарушение взаимодействия таких фундаментальных клеточных реакций эпидермиса, как пролиферация и дифференцировка, структурно-функциональных изменений компонентов соединительной ткани и сосудов дермы, в значительной степени связанных с дисфункцией эпидермально-дермального взаимодействия. Предпосылками формирования патологического процесса у больных хроническим описторхозом служат пролонгированные механические и токсические повреждения органов и тканей, сенсбилизация организма антигенами описторхисов, токсическое действие продуктов жизнедеятельности гельминтов на организм в целом [11, 12, 13, 14, 15, 16].

Использование в клинической практике противопаразитарного препарата празиквантел часто сопряжено с усилением клинических проявлений дерматозов, обусловленное как токсическим действием препарата, так и увеличением сенсбилизации на фоне дегельминтизации.

Таким образом, поиск новых эффективных методов лечения аллергических дерматозов у больных хроническим описторхозом является актуальной проблемой современной инфектологии.

Цель исследования - изучить влияние хронической описторхозной инвазии на течение хронических аллергических дерматозов в условиях антигельминтной терапии с использованием инновационного отечественного препарата саусалин.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное клиническое исследование 120 пациентов с хроническим описторхозом, у которых в клинике преобладали симптомы поражения наружных кожных покровов. Все пациенты проживали в эндемичном по описторхозу региону - Северо-Казахстанской и Западно-Казахстанской областях. В группу обследованных включались больные в возрасте от 18 до 68 лет, из них 47 женщин и 73 мужчин. Наше исследование осуществлялось в условиях городской инфекционной больницы г. Астаны.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Все исследования выполнялись с информированного согласия пациентов и в соответствии с этическими нормами Хельсинской декларации (1968 г.) и одобрены Национальным центром экспертизы РК [Приказ №744 11, 2000 г.]. Диагноз описторхоза выставлялся на основании обнаружения яиц описторхисов при микроскопии желчи и/или копроовоскопии. Продолжительность описторхозной инвазии определяли условно по данным эпиданамнеза.

Всем пациентам проводилось двух этапное лечение, которое включало подготовительную терапию (гипоаллергенная диета, спазмолитики, гепатопротекторы, желчегонные препараты) в течение 1-2 нед. и дегельминтизацию.

В нашем исследовании пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от препарата, используемого с целью дегельминтизации. Пациентам первой группы (60 больных) назначался антигельминтный препарат празиквантел (60-75 мг/кг массы тела), механизм действия, которого обусловлен повышением проницаемости клеточных мембран паразитов для ионов кальция, для сокращения мускулатуры паразитов и развития спастического паралича. Вторую группу составили пациенты (60 больных), получавшие отечественный фитопрепарат Саусалин в дозе 0,12 г на кг в течение 10 дней. Механизм действия Саусалина заключается в инактивации белка СУР, который является участником жизненно важных процессов в организме паразитов.

Эффективность комплексной терапии оценивали по следующей схеме: клиническое выздоровление, значительное улучшение поражения кожных покровов.

Для статистического анализа использована программа SPSS Statistics 20 [17,18].

Результаты исследования и их обсуждение

В наших исследованиях, ведущие клинические проявления хронического описторхоза характеризовались тремя основными синдромами - астено-вегетативным, диспепсическим и токсико-аллергическим. В 78 % случаев регистрировался хронический рецидивирующий холецистит с дистонией желчного пузыря, в 14,8 % - гастродуоденопатия, в 9,5 % - панкреатопатия.

Токсико-аллергические проявления отмечались у всех больных, входящих в данное исследование, из них: аллергические дерматиты - 54,2%; экзема - 42,5%; аллопеция - 3,3%.

Продолжительность дерматозов составляла от 1 до 10 лет, у большинства пациентов заболевание начиналось в возрасте от 20 до 35 лет. Очаги пора-

жения располагались на коже лица, голени, тыла кистей с резкими границами и бахромой отслаивающегося рогового слоя, островоспалительной эритемой, экссудативными папулами, микровезикулами, пустулами. В обеих группах наблюдения высыпания характеризовались мокнутием, воспалением с интенсивным зудом, в 8,3% пиодермией. Площадь поражения кожи составила от 14 до 30 %.

Все пациенты до дегельминтизации получали десенсибилизирующую терапию с использованием антигистаминных препаратов, сорбентов и кортикостероидных мазей.

На 2-3 неделе после дегельминтизации положительная динамика отмечалась у всех пациентов в виде значительного уменьшения кожного зуда, подсыхания элементов сыпи с образованием серозно-гнойно-геморрагических корок. Наблюдалось обильное шелушение, микроэрозии эпителизовались. К концу 3-й недели проявления токсико-аллергического и диспепсического синдромов исчезли.

У 15 больных первой группы были отмечены небольшие боли в эпигастрии, слабость, тошнота, головная боль, которые исчезли в течение суток и не потребовали отмены антигельминтного препарата (празиквантел).

Оценивая эффективность саусалина в сравнении с празиквантелом, нами было отмечалось значительно быстрое купирование явлений аллергодерматозов (2 группа).

У пациентов, получавших саусалин уменьшились инфильтрация, общая площадь поражения кожи в 29,2%. У больных 1 группы очаги поражения уменьшились с 15,1% до 2,2%, при этом сохранялись небольшая инфильтрация, эритема, шелушение. Рецидивы экземы в ближайшие 3 месяца регистрировались у 4 больных из первой группы.

Эффективность дегельминтизации Саусалином составила 85,7%. Побочных явлений и нежелательных эффектов после применения Саусалина не отмечалось.

Клинический пример 1: Больной К. 47 лет, поступил отделение ГИБ г.Астаны в плановом порядке с диагнозом: Описторхоз, хроническая фаза (I). Аллергический дерматит.

Жалобы при поступлении: на зуд кожи лица и верхней половины туловища.

Объективно: на коже лица и верхней половины туловища отмечается эритематозно-пустулезная сыпь, покрытая сухими гнойными корками (рис. 1).

Анамнеза заболевания: болен в течении 3-4 месяцев. Амбулаторно, согласно назначениям

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

врача дерматолога, принимал антибактериальное, десенсибилизирующее и противовоспалительное лечение, но проводимая терапия оказывала временный терапевтический эффект. При последующем обследовании в кале были обнаружены яйца описторхисов. В ходе проведения антигельминтной терапии Саусалином в дозе из расчета по 0,4 мг/кг веса в сутки в три приема 10 дней, побочных

реакций не отмечалось.

После дегельминтизации через 14 дней была отмечена положительная динамика в виде купирования аллергических проявлений, а именно: исчез зуд кожи, уменьшилась сыпь. Через 5 месяцев состояние удовлетворительное. Кожного зуда и сыпи нет. 3-х кратное исследование кала на яйца описторхисов отрицательно.



До лечения



После лечения

Рисунок 1 Динамика кожных проявлений на фоне лечения Саусалин

Таким образом, у больного К. после дегельминтизации на фоне Саусалина в короткий период уменьшились кожные проявления. Симптомы аллергического дерматита купировались. Наступила длительная клиническая ремиссия. Диспансерное наблюдение в течение 2 лет характеризовалось хорошим самочувствием пациента и неоднократными отрицательными результатами копроовоскопии, что свидетельствует об клиническом выздоровлении на фоне биологического освобождения организма от паразита.

Клинический пример 2: Больной Ж. 33 лет, обратился на амбулаторный прием в ГИБ г.Астаны с диагнозом: Описторхоз, хроническая фаза (II). Аллергический дерматит. Гнездная алопеция.

Предъявлял жалобы на сухость, шелушение, зуд кожи кистей рук, слабость, снижение работоспособности, сонливость, раздражительность, нарушение сна, тяжесть в правом подреберье, выраженное выпадение волос.

Анамнеза заболевания: болеет в течении 2 лет.

За год до сегодняшнего обращения прошел дегельминтизацию празиквантелом в условиях го-

родской инфекционной больницы г.Астана. Находился на диспансерном учете в течение 6 месяцев после дегельминтизации по месту жительства. Отмечал улучшение самочувствия. Со слов больного, исчезли сухость кожи кистей рук, при сохранении алопеции. Были получены отрицательные результаты копроовоскопии. Рецидив клинических проявлений выявлен через 10 месяцев после дегельминтизации. Больного вновь стали беспокоить выраженный зуд кожи кистей рук, сухость кожи и уртикарные высыпания, усилилось выпадение волос.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное. Пациент эмоционально лабилен, прячет руки в карманах. В словесный контакт вступает неохотно, раздражен. На коже кистей рук отмечается уртикарная сыпь, покрытая сухими чешуйками со следами расчесов. На височной и затылочной области волосистой части головы определялось два участка алопеции размером от 2 до 4 см в диаметре. При последующем обследовании в кале были обнаружены яйца описторхисов.

В ходе проведения антигельминтной терапии

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Саусалином в дозе из расчета по 0,4 мг/кг веса в сутки в три приема 10 дней, побочных реакций не отмечалось.

Через 1 месяц после дегельминтизации отмечалась положительная клиническая динамика (исчезли сухость, шелушение, зуд кожи, уменьшилась

сыпь). Через 3 месяца очаги алопеции уменьшились в 2 раза и исчезли через 6 месяцев (рис. 2). 3-х кратное исследование дуоденального содержимого на яйца описторхисов показало отрицательный результат.



До лечения



После лечения

Рисунок 2 Динамика кожных проявлений на фоне лечения Саусалин

Таким образом, у больного Ж. после дегельминтизации Саусалином в короткий период уменьшились кожные проявления. Очаги алопеции исчезли. Наступила длительная клиническая ремиссия.

Заключение

Аллергические дерматиты, обусловленные описторхозной инвазией, характеризуются частыми обострениями, короткими ремиссиями, не редко непрерывно рецидивируя, поражают большую площадь кожных покровов. Тяжелые, осложненные формы аллергодерматозов отмечены у 72% пациентов с хроническим описторхозом, у большинства обследованных выявлялась резистентность к противорецидивной, симптоматической

терапии. Через месяц комплексной этиопатогенетической терапии дерматоза на фоне хронической фазы описторхоза клиническое выздоровление отмечено у 42% больных, значительное улучшение - в 47% случаев, улучшение - у 11% пациентов. При отсутствии антигельминтной терапии эти показатели составили соответственно 28, 22 и 50%. Через 6-12 мес. обострение дерматоза отмечалось в 18 % случаев пролеченных саусалином. Через месяц комплексной терапии с использованием Саусалина площадь пораженной поверхности кожи у больных с аллергодерматозами уменьшалась в 7 раз. Побочные действия саусалина нами не зарегистрированы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бычков В.Г, Ярославский В.Е. Комплексный анализ описторхоза как болезни // Описторхоз. Со-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

временное состояние проблемы. Перспективы развития: тез. юбил. конф. - Тюмень, 1991. - С. 33-36.

2. Бронштейн А.М., Токмалиев А.К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы // - Медицина. М., 2003. - С.124.

3. Кузницова В.Г. Патогенетические механизмы и особенности клиники последствие перенесенного описторхоза: Автореф.дисс. .. док. мед. мед. Наук // - Н., 2000. - С. 32.

4. Кривцова Л.А. Иммуногенетика и клинические варианты хронического описторхоза у детей: Автореферат. дисс. .. док. мед. наук // - 1993. - С. 42.

5. Степанова Т.Ф. Новые взгляды на инвазионную болезнь, основы клинической реабилитации, методологию крупномасштабных оздоровительных работ // - Т.: ТГУ, 2002.- С. 196.

6. Кунгуров Н.В и др. Атопический дерматит.- Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2000.- 265 с.

7. Плотникова И.А., Медведева С.Ю. // Аллергология.- 1998 г.- №4.- С. 15-20.

8. Антонов М.М. и др. Тканевые гельминтозы у взрослых и детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профи- лактика: Метод. реком-ции.- Санкт-Петербург, 2004.- 39 с.

9. Торопова Н.П. и др. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков.- Екатеринбург: Урал. ун-т, 2004.- 60с.

10. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа.- М., 2000.- 76 с.

11. Хронический описторхоз и пищеварительная система / Э.И. Белобородова, М.И. Калюжина,

Ю.А. Тиличенко и др. - Томск, 1996. - 118 с.

12. Ильинских Е.Н. Описторхозно-миторхозная инвазия у человека в Западной Сибири: автореф. дис. д-ра мед.наук. - Томск, 2005. - 47 с.

13. Леввер У.Ф. Гистопатология кожи. - М.: Медгиз, 1958. - 750 с.

14. Милевская С.Г., Сенчукова С.Р. Клинико-лабораторные особенности дерматозов, протекающих на фоне описторхоза // Актуальные проблемы гастроэнтерологии. -Томск, 1994. - С. 197-199.

15. Непомнящих Г.И. Пограничные ткани (слизистые оболочки и кожа) в морфогенезе общепатологических процессов. - Новосибирск: НИИ РППМ СОРАМН, 1996. - 39 с.

16. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 544 с.].

17. Ч-84 Чудиновских В.Р., Каипова А.Ш., Алтаева А.У., Абдикадыр Ж.Н. Применение программ EXCEL и SPSS для статистического анализа медико-биологических данных. Учебное пособие.- Астана.- 2014-96с.

18. StatSoft, Ins: электрон.учеб. по статистике. - М., 2001.- 4,57 МБ.

19.Башева Д.А. Фитопрепараты растения рода соссуреи в фармакотерапии и экспериментального описторхоза. Автореф, дис. канд. мед. наук.-Астана 2008.

20. Антоньев А.А., Прохоренков В.И. Об общепатологических закономерностях патогенеза аллергических дерматозов // Вестн. дерматол. - 1995. - № 2. - С. 20-22.

ТҮЙІНДЕМЕ

**Н.Е. БЕЙСЕНБИЕВА, М.З. ШАЙДАРОВ, Г.Г. ИМАМБАЕВА, Д.А. БАЕШЕВА,
М.С. ӘДЕКЕНОВ, З.К. СМАҒҰЛОВА**

СОЗЫЛМАЛЫ ОПИСТОРХОЗ САЛДАРЫНАН БОЛҒАН АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ДЕРМАТОЗДАРДЫҢ ГЕЛЬМИНТТЕРГЕ ҚАРСЫ ЕМ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Описторхозды инвазия салдарынан болған аллергиялық дерматит жиі асқынулармен, қысқа ремиссиялармен сипатталады, және сыртқы терінің біршама аумағын зақымдайды. Аллергиялық дерматоздың ауыр, асқынған формалары созылмалы описторхозбен ауыратын 72% науқаста байқалады. Тексеруден өткен көпшіліктің Саусалинді қабылдау барысында рецидивке қарсы және симптоматикалық терапияға төзімділігі байқалады. Аллергиялық дерматозбен ауыратын науқастарда зақымдалған тері аумағы 7 есе азайды.

RESUME

N.E. BEISENBIYEVA, M.Z. SHAYDAROV, G.G. IMAMBAEVA, D.A. BAYESHEVA, M.S. ADEKENOV, Z.K. SMAGULOVA

CLINIKAL FEATURES OF ALLERGIC DERMATOSES CAUSED BY CHRONIC OPISTHORCHIASIS UNDER ANTHELMINTIC THERAPY

Allergic dermatitis on the back of opisthorchiasis invasion is characterized by frequent exacerbations, short remissions, they damage a large area of skin. Severe, complicated forms of allergic dermatoses have been observed in 72% of patients with chronic opisthorchiasis, most surveyed waz revealed the resistance to anti-relapsing, the area of affected skin surface in patients with allergic dermatoses reduced in 7 times.



ӘОЖ: 616.43.45-053.2

БЕКЕНОВ Н.Н., ТУГАНБАЕВА А.Т.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті
Шымкент медицина институты

**ҚАНТТЫ ДИАБЕТТІҢ 2 ТИПІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДАҒЫ
БАС МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ КЕЗІНДЕГІ
ЗАМАНАУИ ЕМ БАҒЫТТАРЫ**

Аннотация. Қантты диабетпен ауыратын науқастарда өте жиі кездесетін бас ми қанайналымының созылмалы бұзылыстары цереброваскулярлы созылмалы жетіспеушілік синдромының дамуына әкеліп соқтырады. Қантты диабет ірі және майда қан тамырлары, капиллярлар зақымдалуымен қоса, бірнеше органдардың: ми, жүрек, бұлшықет, бүйректің жұмысын бұзады. Қантты диабет түрлерінің жалпы этиологиясы қантамыр ауруларына байланысты жалпы диабетпен ауыратын науқастардың ішіндегі қауіп топтарына диабеттің 2-ші типімен ауыратын, гиперлипидемиясы бар, инсулинге тұрақты, дислипидемия және гипертензиясы бар, темекі шегетін, семіздігі бар науқастар жатады.

Кілт сөздер: қантты диабет, жүйке жүйесі, қан айналу, синдром, патология.

Кіріспе. Қантты диабетпен ауыратын науқастарда өте жиі кездесетін бас ми қанайналымының созылмалы бұзылыстары созылмалы цереброваскулярлы жетіспеушілік синдромының дамуына әкеліп соқтырады. Қантты диабет үлкен және майда қан тамырлар, капиллярлар зақымдалуымен қоса бірнеше ағзалардың (ми, жүрек, бұлшықет, бүйрек) жұмысын бұзады. Қантты диабет түрлерінің жалпы этиологиясы қан тамыр ауруларына байланысты жалпы диабетпен ауыратын науқастардың ішіндегі қауіп топтарына диабеттің 2-інші типімен ауыратын, гиперлипидемиясы бар, инсулинге тұрақты, дислипидемия және гипертензиясы бар, темекі шегетін, семіздігі бар науқастар жатады. Диабет кезіндегі қан тамырлардың патологиялық зақымдалу механизміне глюкозаның жоғарылауы және өнімнің жиналуы, қан тамырдың вазодилатациялық қасиетін төмендетіп, оттегі тасымалдануына кедергі жасап, біріңғай салалы бұлшықет дисфункциясын, эндотели өсу факторларының шектен тыс жоғарылауын, созылмалы зақымдалуымен, гемолитикалық бұзылысымен, фибринолитикалық қасиеттің зақымдалуымен қанның агрегациялық қасиетін өзгертеді [1].

ДДҰ мәліметтері бойынша, қантты диабет

кезіндегі ең жиі кездесетін кардиоваскулярлы патологияға бас миының жедел және созылмалы жетіспеушілігі жатады. Қантты диабеті бар науқастардағы инсульт, әсіресе, ишемиялық түрі бойынша аурушандықтың жалпы халық арасындағы сәйкесінше көрсеткішпен салыстырғанда 2-3 есе жоғарылауы көптеген зерттеулер арқылы дәлелденген [2].

Клиникалық белгілері ми инфаркті немесе қан құйылумен көрінетін бас миы артерияларының зақымдануы қантты диабет ауруының ауыр қан тамырлық асқынуларына кіреді. Патологоанатомдық зерттеулер бойынша қантты диабет кезінде дамитын ми инфаркті миға қан құйылуына қарағанда 3-4 рет жиі кездеседі (бұл қантты диабетпен ауырмайтын адамдарда аталған арақатынасты екі есеге жоғарылатады) [3]. Қазіргі уақытта ми инфаркті тромбтық (бұларға тамырлардың тромбтармен, эмболиямен, атеросклероздық табақшалармен, басқа да себептермен бітелуіне қарамастан, әкелуші экстра- немесе интракраниалды тамырлардың толық окклюзиясынан дамитын ми инфаркті жатады) және тромбтық емес (тамырлардың атеросклероздық стенозы және оның толық өткізбеушілігі болмаса да дамиды. Аталған жағдайда ми инфаркті ми-қантамырлық жетіспеушілік немесе вазомоторлық бұзылыстар негізінде, соның ішінде ангиоспазм, тромбоэмболия механизмі негізінде дамиды, бірақ зерттеу кезінде артерияның реканализациясы дамып, окклюзия анықталмай қалады) болып бөлінеді [4]. Ми инфаркті бар қантты диабетпен ауыратын науқастардың 72-75%-да аурудың себебі тромбтық емес сипатта; яғни, жалпы популяцияға бұл көрсеткіш 60%-ға тең. Қантты диабетпен ауыратын науқастарда кездесетін инсульттегі летальді көрсеткіш 40,3-59,3%-ды құраса, ал қан құйылуда 70-100%-ға тең [5].

Қантты диабетпен ауыратын науқастарда кездесетін жоғарыда аталған асқынулардың даму қаупі ауруға алып келетін себептер түріне байланысты. Оларды бейспецификалық - артериалды гипертензия (АГ), семіздік, темекі шегу, гиподинамия, гиперлипидемия, тұқым қуалаушылық

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

және спецификалық - созылмалы гипергликемия, гиперинсулинемия, тамырлардың архитектоникасы, қанның реологиялық қасиетінің өзгеруі, микроальбуминурия және ишемияға тіндердің адаптациялық жауабының бұзылысы жатады [6].

Қантты диабет кезіндегі тамырлық зақымдану көп факторлы патогенезге ие. Бұған екі негізгі - ішкі және сыртқы факторлар қатысты. Ішкі фактор - тұқым қуалаушылық, яғни ангиопатияның тұқымға берілуі. Алайда, мұндай тұқым қуалау кез-келген бір ген арқылы берілмейді; ең мүмкін болатыны полигенді берілу жолы. Тұқым қуалаушылық ангиопатияның дамуына алып келуі үшін бірінші гипергликемия, метаболизмдік гормональдік, реологиялық және басқа бұзылыстар сияқты ішкі факторлардың қатысуы тиіс. Ішкі факторлардың қатысуынсыз тұқым қуалаушылық ангиопатияға дамыта алмайды [7].

Қантты диабетпен ауыратын науқастарда өте жиі кездесетін бас ми қанайналымының созылмалы бұзылыстары созылмалы цереброваскулярлы жетіспеушілік синдромының дамуына әкеліп соқтырады. Өз кезегінде, қантты диабетпен ауыратын науқастарда орталық жүйке жүйесінің бұзылыстарымен көрінетін орталық диабеттік нейропатия мен энцефалопатияның негізі - бас ми қан-тамырларында қанайналымның бұзылыстары, сол себепті диабеттік энцефалопатияның ерекше, яғни ангиоспастикалық түрін ажыратады [8]. Бұл бас ми қан-тамырларының зақымдануы ретінде

дамитын диабеттік энцефалопатияның бір түрі. Қантты диабеттің 2-інші типінде кез-келген калибрлі қан-тамырлар зақымдалады. Тамыр қабырғасының зақымдалуы көмірсу алмасуы бұзылмай жатып инсулинрезистентті кезеңінен өзгере бастайды. Клиникалық тұрғыдан ол қантты диабеттің ерте қан-тамырлық асқынуларымен білінеді. Әсіресе бас миының магистральді артерияларының, ең алдымен ішкі ұйқы артерияларының стенозы тән [9].

Зерттеу әдістері: Артериялық гипертензиясы бар қантты диабеттің 2-інші типімен ауыратын науқастарда созылмалы бас ми қанайналымының бұзылыстарын емдеудегі «Прайзер Эйч Си Пи Корпорейшн» компаниясының өнімі сермион (ницерголин) препаратының әсерін анықтау. Бұл дәрі-дәрмек лизергеин қышқылының дериваты болып табылады, оның белсенділігі қан-тамырлардың а-адренорецепторын тежеу арқылы іске асырылады, нәтижесінде препараттың вазодилатациялық әсері айтарлықтай дәрежеде болады.

Зерттеу нысандары: Зерттеу жұмысы №6 Шымкент қалалық емханасында жүргізілді. Біз сермион препаратын инсулинге тәуелсіз қантты диабетпен ауыратын 35-55 жас аралығындағы ауырғанына 5-15 жыл болған 50 науқасқа тағайындадық. Барлық науқастар жас ерекшелігіне қарай 2 негізгі топқа бөлінді: 1 топ - 35-45 жас, 2 топ - 45-55 жас.

Кесте 1.

Топқа бөлінуі

Науқастардың жасы	35 - 45 жас	45- 55 жас
1 топ	23 науқас	-
2 топ	-	27 науқас

Кесте 2.

Бас миының созылмалы бұзылысы бар екі топтағы науқастарды Сермион препаратымен емдегенге дейінгі неврологиялық симптомдар (P±m%)

№	Неврологиялық симптомдар	1 топ	2 топ	P
1	Бас ауру	12(52%±14,52)	16(59%±15,37)	<0,05
2	Бас айналу	10(43%±13,81)	14(52%±14,46)	<0,05
3	Сезімталдық бұзылыстары	7(30%±12,76)	10(37%±14,21)	<0,05
4	Көздің қимыл бұзылыстары	4(17%±10,43)	8(30%±12,39)	<0,05
5	Тепе-теңдікті сақтау бұзылыстары	5(22%±11,72)	9(33%±12,84)	<0,05
6	Ұйқының бұзылуы	14(60%±13,24)	15(55%±14,56)	<0,05
7	Есту бұзылыстары	2(9%±7,65)	3(11%±8,23)	<0,05
8	Когнитивті бұзылыстар	11(48%±12,44)	14(52%±13,38)	<0,05

Ескерту: P - топтар арасында шынайылық көрсеткіші

**Бас миының созылмалы бұзылысы бар екі топтағы науқастарды
Сермион препаратымен емдегеннен кейінгі
неврологиялық симптомдар (P±m%)**

№	Неврологиялық симптомдар	1 топ	2 топ	P
1	Бас ауру	7(30%±10,63)	14(52%±12,84)	<0,05
2	Бас айналу	6(26%±11,27)	11(40%±12,97)	<0,05
3	Сезімталдық бұзылыстары	4(17%±9,61)	8(30%±10,37)	<0,05
4	Көздің қимыл бұзылыстары	3(13%±9,52)	7(26%±11,21)	<0,05
5	Тепе-теңдікті сақтау бұзылыстары	3(13%±10,45)	6(22%±9,54)	<0,05
6	Ұйқының бұзылуы	9(39%±12,13)	12(44%±11,89)	<0,05
7	Есту бұзылыстары	1(4%±6,48)	2(7%±7,65)	<0,05
8	Когнитивті бұзылыстары	8(35%±11,51)	10(37%±11,14)	<0,05

Ескерту: P - топтар арасында шынайылық көрсеткіші

Нәтижелері: №2 кестенің көрсеткіштері №3 кестедегі көрсеткіштермен салыстырғанда созылмалы бас ми қанайналымының бұзылыстары бар науқастарда неврологиялық симптомдардың едәуір төмендегені (регрессі) байқалады. Бұдан басқа, сермионмен ем жүргізілгеннен кейін 1-інші топта 2-інші топпен салыстырғанда неврологиялық симптомдар төмендегені анықталды. Когнитивтік бұзылыстар да 2-інші топқа қарағанда 1-інші топта төмендеген. P дәлел коэффициенті Стьюдент кестесі бойынша анықталды. Айырмашылық P ≤

0,05 тең болғанда шынайы деп есептелді.

Тұжырым: Қорыта келе, сермион препараты науқастардың бас ауруы мен бастың айналуын төмендетуге, есте сақтау қабілетін, көңіл күйін жоғарылатуға, депрессия мен қорқыныш сезімдерін басуға тиімді көмек беретінін анықтадық. Емхана жағдайында сермион препаратын когнитивті-ойлау синдромын төмендету және жалпы ми қызметін жақсарту үшін 3 айдан 6 айға дейін қолдануы тиімді.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. W Todd Cade "Diabetes-Related Microvascular and Macrovascular Diseases in the Physical Therapy Setting". Journal of the American Physical Therapy Association. 2008 Nov: 88(11):1322-1335.
2. Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология// Санкт-Петербург, 2002, стр. 213-280.
3. Козлов С.Г., Лякишев А.А. Лечение ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. - 2003. - Т. 11. - № 9. - С. 53-56.
4. Stegmayr B., Asplund K. Diabetes as a risk factor for stroke. A population perspective. Diabetologia, 1995, - 38.-P. 1061-1068.

5. Прихожан В.М. Классификация диабетической невропатии. Проблемы эндокринологии, 1987, №3 - стр. 79-85.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В.//Сахарный диабет.-М.: Универсум Паблишинг, 2003. - С. 209-222.
7. Ромашевский Б.В. Макроангиопатии у больных сахарным диабетом. - СПб.: Мир медицины, 1999. - № 9.С.10.
8. Холодова Е.А. // Справочник по клинической эндокринологии. - Мн.: Беларусь, 1998. - С. 187.
9. Токмакова А.Ю., Староверова Д.Н., Анциферов М.Б. //Сахарный диабет. - 2002. - Т. 4, № 10.- С.535-537.

РЕЗЮМЕ

БЕКЕНОВ Н.Н., ТУГАНБАЕВА А.Т.

Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжа Ахмета Ясави
Шымкентский медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Специфические осложнения при сахарном диабете, является основной причиной ранней инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом. В развитии указанных осложнений основная роль

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

отводиться медленно прогрессирующей цереброваскулярной недостаточности, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов мозговой ткани и нарушениям функций мозга. Вследствии этого у больных сахарным диабетом 2 типа довольно часто наблюдаются поражения центральной и периферической нервной системы. По данным ВОЗ, одним из частых проявлений кардиоваскулярной патологии при сахарном диабете являются острые и хронические нарушения мозгового кровообращения. Во многих исследованиях установлено, что заболеваемость инсультом, прежде всего ишемическим, у больных сахарным диабетом в 2-3 раза выше по сравнению с аналогичным показателем в общей популяции населения.

SUMMARY

BEKENOV N.N., TUGANBAEVA A.T.

Kh. A. Yassavi International Kazakh-Turkish University

Shymkent medical institute

CURRENT TRENDS IN THERAPY FOR CHRONIC DISORDERS OF BRAIN CIRCULATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Specific complications in diabetes, is the main cause of early disability and mortality of patients with diabetes mellitus. In the development of these complications is the main role of slowly progressive cerebrovascular insufficiency leading to the development of multiple small necrosis of brain tissue and impaired brain function. Because of this, patients with type 2 diabetes often observed lesions of the Central and peripheral nervous system. According to the who, one of the frequent manifestations of cardiovascular disease in diabetes mellitus are both acute and chronic violations of cerebral circulation. Many studies found that the incidence of stroke, primarily ischemic in patients with diabetes is 2-3 times higher compared to the same indicator in the General population.



УДК 616.33-006.6-089.87:613.2.032.33

А.К.МАКИШЕВ, А.Т.БЕКИШЕВА

АО «Медицинский университет Астана», Кафедра онкологии

КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИЕТЫ И ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Аннотация. Исследованы часто встречаемые нарушения после гастрэктомии, с акцентом на нутритивную недостаточность в течение одного года. Под наблюдением находились 85 пациентов (56 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 45 до 75 лет. Анализированы: ИМТ, индекс нарушения питания по Vuzby G. P, биохимический анализ крови, качество жизни в процессе лечения.

Своевременная коррекция диеты с назначением энтерального питания и медикаментозного

лечения уменьшает проявления постгастрэктомических нарушений, в том числе нутритивной недостаточности, улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, нутритивная недостаточность, энтеральное питание.

Введение. Рак желудка (РЖ) в структуре онкологической патологии Республики Казахстан сохраняет лидирующие позиции и является одной

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

из основных причин инвалидизации и смертности. Основным методом радикального лечения рака желудка является хирургическое вмешательство, чаще всего в объеме гастрэктомии [1]. Актуальной остается проблема постгастрэктомиических осложнений. Пациенты, перенесшие гастрэктомию, в большинстве случаев, нуждаются в послеоперационном консервативном лечении. Частота встречаемости и распространенности постгастрэктомиических синдромов колеблется по данным различных авторов от 20 до 45% [2,3]. Одним из грозных нарушений является нутритивная недостаточность, которая развивается в разные сроки реабилитационного периода и негативно влияет на качество жизни пациента. Европейское общество по парентеральному и энтеральному питанию опубликовало отчет (3047 онкологических пациентов), где указывается частота развития нутритивной недостаточности, т.е. дефицита белка, жиров, углеводов, витаминов и минералов, у онкологических больных с поражением органов желудочно-кишечного тракта, которая колеблется в пределах 70-83%. Так же отмечено, что снижение питания является основной причиной синдрома анорексии-кахекии [4]. В результате оперативного, комбинированного и комплексного лечения у пациентов данной категории энергетические потребности возрастают на 60% и развивается вторичная нутритивная недостаточность [5]. При анализе причин повторных госпитализаций выявлено, что одной из частых причин является выраженная нутритивная недостаточность [1]. Большинство нарушений после радикальных операций на желудке требует консервативного лечения (нутритивная поддержка, лечебное питание, медикаментозное лечение, нормализующее моторику желудочно-кишечного тракта). Нутритивная поддержка обеспечивает функционирование систем белково-энергетического синтеза и обмена нутриентов, макро- и микроэлементов, а также заместительную терапию их недостаточности [6]. В связи с этим основными задачами врача являются распознавание белково-энергетической недостаточности и осуществление ее коррекции [7].

Целью работы было исследование результатов лечения нутритивной недостаточности на фоне назначения диетотерапии и энтерального питания у пациентов после гастрэктомии по поводу рака желудка.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 85 пациентов, среди них 56 мужчин и 29 женщин, в возрасте от 45 до 75 лет. Средний возраст составил $56,8 \pm 5,5$ года. Всем пациентам

была произведена гастрэктомия по поводу рака желудка. В 15% случаев был диагностирован рак желудка I стадии, в 28% случаев - II стадии, в 45% случаев - III стадии и в 12% случаев - IV стадии. Сроки обследования 1,3,6,9,12 месяцев после гастрэктомии. В указанные сроки пациенты обращались в клинику с различными жалобами, характеризующие нарушение функции желудочно-кишечного тракта. У 78% пациентов отмечалось снижение массы тела, у 25% - изжога после еды, у 13% - отрыжка, у 36% - тошнота, у 66% - общая слабость, у 38% - жидкий стул, 65% пациентов жаловались на тяжесть в верхней половине живота. При опросе указанные жалобы были причиной уменьшения порции потребляемой пищи, а также способствовали отказу от приема пищи. При обращении в клинику пациентам было предложено ответить на вопросы опросника Европейской организации по исследованию и лечению рака с целью оценки качества жизни. Оценивались следующие показатели качества жизни: общий статус здоровья, физическое функционирование, ролевое функционирование, эмоциональный статус, когнитивное восприятие, социальное благополучие, слабость, боль, тошнота, рвота, снижение аппетита. У всех пациентов определялся индекс массы тела и индекс нарушения питания по Vuzby G. P. до операции и в течение 1 года реабилитационного периода. Средний показатель индекса массы тела до оперативного вмешательства у мужчин 18 кг/м^2 , у женщин 20 кг/м^2 . По показателям индекса нарушения питания по Vuzby G. P. у 68% пациентов диагностирована средняя степень, у 32% - тяжелая степень недостаточности питания. Оценивалась динамика показателей биохимического анализа крови в процессе наблюдения. Изучался уровень белка, альбумина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, цианкобаламина, железа, калия, натрия, кальция, гемоглобина.

В результате комплексного обследования у пациентов после гастрэктомии в течение одного года диагностированы следующие нарушения: енозофагеальный рефлюкс, демпинг-синдром, гипокалиемия, гипокальциемия, агастральная анемия (железодефицитная и V_{12} -дефицитная анемия).

Первым этапом в коррекции постгастрэктомиических нарушений пациентам в индивидуальном порядке назначалась диетотерапия. Состав пищи регулировался в пользу высокого содержания белка, витаминов и минералов и низким содержанием легкоусвояемых углеводов. Состав пищи: белки - 100 г, жиры - 90 г, углеводы - 250 г. Энергетическая ценность составила 2000-2300 ккал. В рекоменда-

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

циях по приготовлению блюд разъяснены правила механического и химического щажения (исключить раздражители слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта-маринады, копчености, соления, алкоголь), вид (отварной и тушеный), средняя температура горячих блюд (60-65°C), холодных блюд (не ниже 15°C). Прием пищи дробный, частый до 6 раз в день. Объем принимаемой жидкости до 1,5 литров.

С целью устранения дефицита основных нутриентов в диетотерапию включены специализированные смеси для энтерального питания, что заметно уменьшает проявление диспепсического синдрома, способствует увеличению массы тела. Применялись как полимерные (сухие), так и жидкие энтеральные смеси. В ряде случаев предпочтение отдавалось сухим смесям, так как разведение может быть различным 0,25/0,5/0,75 ккал/мл, что позволяет добиться высокой концентрации энтеральной смеси. Применялись две основные методики нутритивной поддержки: сипинг - прием энтеральных смесей через трубочку мелкими глотками и сочетание пероральной диеты с приемом энтеральных смесей. При выборе энтеральной смеси оценивались следующие параметры: отсутствие глютена, лактозы, сахарозы, отсутствие пищевых волокон для полного всасывания смеси, присутствие в составе всех витаминов: 9 водорастворимых и 4 жирорастворимых, соответствие осмолярности растворов осмолярности плазмы крови. Суточная доза 50-100 грамм сухой смеси, заменяющая 2-3 приема пищи. Дополнительно к лечению пациентам назначались ферментные препараты, антациды, прокинетики, спазмолитики, препараты железа, витамин В12.

В зависимости от степени тяжести постгастрэктомических нарушений пациенты осматривались и консультировались как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара. Основной причиной для госпитализации явились тяжелые нутритивные нарушения, демпинг синдром, анемия тяжелой степени.

Результаты данного исследования обработаны статистической программой SPSS 13,0 для Windows. Результаты представлены в виде средних величин и стандартной ошибки средней величины ($M \pm m$). Достоверность различий средних величин оценена t-критерием Стьюдента. Уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$. Сопряженность показателей определялась коэффициентом линейной корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждения. Проведен анализ жалоб пациентов при первичном обращении и

после лечения. После назначения индивидуальной диетотерапии и консервативной коррекции синдрома нарушенного пищеварения пациенты отмечают уменьшение изжоги, тошноты, отрыжки, тяжести в верхней половине живота, общей слабости. Количество пациентов жалующихся на проявление диспепсического синдрома после лечения достоверно сократилось в два раза (с 60 до 30 пациентов, $p < 0,05$).

По данным опросника по исследованию качества жизни EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-C22 была отмечена положительная динамика изменений следующих шкал (в %): общий статус здоровья увеличился на 20% после лечения, физическое функционирование - на 18%, ролевое функционирование - на 22%, эмоциональный статус - на 45%, когнитивное восприятие - на 16%, социальное благополучие - на 12%. В динамике на фоне проводимой коррекции нутритивной недостаточности и других осложнений гастрэктомии масса тела у 20% пациентов увеличилась на 4-5 кг, у 46% пациентов удалось предотвратить снижение массы тела. Следует отметить, что большинство пациентов страдают снижением массы тела с дальнейшим развитием тяжелого синдрома анорексии - кахексии в первые месяцы после операции. Поэтому считается актуальной коррекция диетотерапии с дополнительным назначением энтерального питания, а так же консервативного лечения по показаниям в начальные сроки реабилитационного периода. По данным анализа крови отмечается значительное повышение гемоглобина к 6 месяцу после операции у 45% пациентов, уровень общего белка приблизился к 74 г/л у 60% пациентов. Остальные показатели без существенных изменений. Проявления клинко-инструментально диагностированных постгастрэктомических нарушений, как агастральная анемия, демпинг синдром, еюноэзофагельный рефлюкс и нарушения минерального обмена, значительно уменьшились после коррекции.

Заключение. По результатам наблюдения за клинко-лабораторными изменениями пациентов после гастрэктомии по поводу рака желудка в течение одного года сделано заключение, что выраженные изменения нутритивного статуса (снижением массы тела, общего белка и альбумина), проявление агастральной анемии (анемии смешанного генеза), демпинг-синдрома, нарушение калий-кальциевого обмена развиваются в первые 6 месяцев после оперативного лечения. Учитывая развитие вышеуказанных нарушений пациенты отмечали уменьшение порции потребляемой пищи, в ряде

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

случаев отказ от некоторых продуктов (мясо, хлеб, овощи), что способствовало снижению массы тела и лабораторных показателей нутритивного статуса, а так же ухудшению качества жизни пациентов. Всем пациентам с нарушением пищеварения и всасывания была произведена коррекция диеты, назначено энтеральное питание и медикаментозная терапия антацидами, прокинетиками, спазмолитиками, ферментными препаратами по показаниям. Повторное обследование проводилось каждые три месяца. Было отмечено стабилизация массы тела,

в некоторых случаях увеличение массы тела на 4-5 кг, повышение общего белка, альбумина, гемоглобина в анализах крови. С уменьшением проявлений постгастрэктомического синдрома значительно улучшилось качество жизни пациентов.

Своевременная ранняя диагностика нарушений после гастрэктомии с коррекцией индивидуальной диеты, назначением энтерального питания и медикаментозного лечения по показаниям улучшает качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. А. Черноусов, Т. Хоробрых, М. Рогаль, Д. Вычужанин, Н. Харлов. Выполнение гастрэктомии и лимфаденоэктомии с сохранением селезенки при раке желудка. :Журнал «Врач» №10, С.3-7.

2. Жебровский В.В. Ранние и поздние операционные осложнения в хирургии органов пищеварения.- М., 2000.-862с.

3. Шалимов А.А., Радзиховский А.П. Хирургия желудка, М.,2004.-340с.

4. ESPEN Guidelines for enteral nutrition - 2007 - 52 с

5. Салтанов А.И., Сельчук В.Ю., Снеговой А.В. Бутров А.В., Попова Т.С. и др. Основы нутритивной поддержки в онкологической клинике. Парентеральное питание в интенсивной терапии и

хирургии. М., 2006.-45с.

6. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А., Левин Л.А. Лечебное питание больных после операций на органах пищеварения. С.-Петербург: Диалект, 2006,- 155с.

7. Барановский А.Ю. Восстановительное лечение больных после операций на органах пищеварения. С.-Петербург: Фолиант, 2002.- 576с.

8. М.И. Давыдов, М.Д.Тер-Ованесов, И.С. Стилиди, А.Н. Абдихакимов, В.А.Марчук. V Российская онкологическая конференция. Хирургическое лечение рака проксимального отдела желудка: Эволюция стандартов. Российский онкологический научный центр им.Н.Н.Блохина РАМН, Москва.

ТҮЙІНДЕМЕ

А.К. МӘКІШЕВ, А.Т.БЕКІШЕВА

«Астана Медицина университеті» АҚ. Онкология кафедрасы

АСҚАЗАН ОБЫРЫ БОЙЫНША ЖАСАЛҒАН ГАСТРЭКТОМИЯДАН КЕЙІН НАУҚАСТАРДАҒЫ НУТРИТИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМТАҒАМ МЕН ЭНТЕРАЛДЫ ТАМАҚТАНУДЫ ҚОЛДАНА ОТЫРЫП ТҮЗЕТУ

Гастрэктомия отасынан кейін жиі кездесетін асқынулар, соның ішінде нутритивті жетіспеушілік бір жыл көлемінде зерттелді.

Уақытылы тағайындалған энтералды тамақтану қолдана отырып енгізілген емтағам мен көрсеткіштер бойынша дәрілік ем гастрэктомиядан кейінгі асқынулар, соның ішінде нутритивті жетіспеушілік көрінісін азайтып, өмір сапасын жақсартады.

Түйінді сөздер: асқазан обыры, гастрэктомия, нутритивті жетіспеушілік, энтералды тамақтану.

SUMMARY

A.K. MAKISHEV, A.T. BEKISHEVA

Astana medical university. Oncology department

CORRECTION OF NUTRITIONAL DISORDERS IN PATIENTS AFTER GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER WITH THE DIET AND ENTERAL NUTRITION

Investigated frequent disorders after gastrectomy, with a focus on malnutrition within one year. Timely

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

correction of the diet with the appointment of enteral nutrition and drug treatment reduces symptoms postgastroectomy disorders, including nutritional deficiencies, improves the quality of life of patients.

Key words: stomach cancer, gastrectomy, malnutrition, enteral nutrition.



УДК 618.3-06:616.379-008

МЕЙРАМОВА А.М.¹, УКУБАСОВА Т.М.², САДЫБЕКОВА Г.Т.¹, ЯНКОВСКАЯ И.Т.³, РА-ПІЛЬБЕКОВА Г.К.², АЙНАБАЙ А.М.¹, АЙТУГАНОВА А.Т.¹

¹АО «Медицинский университет Астана» кафедра внутренних болезней интернатуры

²АО «Национальный научный центр материнства и детства», Астана

³Перинатальный Центр №1, Астана

НАРУШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Аннотация. Нами было проведено сплошное одномоментное поперечное исследование 77 беременных женщин в сроке гестации 28 недель беременности, в возрасте от 18 до 40 лет. Нами был тщательно собран анамнез жизни беременных женщин с целью выявления частоты и распространенности факторов риска развития гестационного сахарного диабета и прослежено течение беременности исследуемых женщин. Была выявлена высокая распространенность гестационного сахарного диабета, при невысокой частоте факторов риска развития заболевания, а также выявлены нарушения углеводного обмена, свидетельствующие о выраженной инсулинорезистентности у беременных женщин.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, беременность, углеводный обмен, кортизол

Введение. Гестационным сахарным диабетом (ГСД) называют нарушение толерантности к углеводам различной степени, возникшее или впервые выявленные во время беременности. ГСД является наиболее распространенным осложнением беременности [1] [2].

Распространенность ГСД в мире за последние 20 лет увеличилась приблизительно на ~16-127%, в зависимости от этнической принадлежности [3]. Согласно данным Fauley L из каждых 100 беременных 7 женщин имеют повышенную инсулиноре-

зистентность., ввиду чего уровень сахара крови повышается. Самая высокая распространенность ГСД отмечена в странах Юго-Восточной Азии и согласно данным Susan Y. Chu частота гестационного сахарного диабета у азиатских женщин существенно различаются в зависимости от этнического происхождения [4].

Опасения, связанные с наличием ГСД, обусловлены большой частотой акушерских осложнений, как гестоз, многоводие, урогенитальная инфекция, преждевременные роды [5]. Развивающийся вследствие повышенного поступления глюкозы от матери гиперинсулинизм плода и его основное проявление - макросомия - являются главными причинами повышенного травматизма в родах и имеют своим следствием высокий процент абдоминального родоразрешения [6] [7].

Целью исследования явилась оценка состояния углеводного обмена у беременных женщин.

Материалы и методы исследования.

Нами было проведено сплошное одномоментное поперечное исследование базе отделения женской консультации Перинатального Центра №1 г.Астана 77 беременных женщин в сроке гестации 28 недель беременности, в возрасте от 18 до 40 лет.

Критерием включения в исследуемую группу был срок беременности 28 недель, так как в данном сроке гестации, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения «Сахарного диабе-

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

та при беременности» МЗ Республики Казахстан, проводится исследование уровня гликемии для выявления гестационного сахарного диабета.

Критериями исключения были: возраст исследуемых женщин менее 18 лет, многоплодная беременность, беременность после экстракорпорального оплодотворения, ранее диагностированные нарушения углеводного обмена, ранее существовавшая артериальная гипертензия, преэклампсия в анамнезе или в текущую беременность.

Всем исследуемым беременным женщинам наряду с физикальным обследованием были проведены лабораторные исследования с определением глюкозы в плазме венозной крови натощак, после ночного голодания в течение 8-14 ч., на биохимическом анализаторе Biosystems. Также было исследовано состояние углеводного обмена, с определением инсулина, С-пептида и гликолизированного гемоглобина на полуавтоматическом анализаторе Bio-Radplate 680. У всех исследуемых женщин был определен уровень кортизола в плазме крови.

Статистическая анализ измерений проводилась согласно общепринятым стандартам в программе IBM SPSS Statistics 21 software (IBM, USA; I).

Нормальность распределения количественных признаков определялась с помощью описательной статистики путем сравнения значений средних арифметических с медианой, уровнем асимметрии и эксцесса; а также графическим методом, с помощью построения гистограмм и квантильных диаграмм (Q-Qplots) и проводилось вычисление критерия Shapiro-Wilk. При описании качественных данных для расчета доверительного интервала для частот использовалась программа Confidence Intervals Analysis. Проводилось сравнение количественных показателей с помощью U-критерия Mann-Whitney, так как распределение было негауссовским. При помощи непараметрического корреляционного анализа (ранговый коэффициент Спирмена) изучались наличие корреляционных взаимосвязей. Производился расчет относительного риска, при помощи анализа таблиц сопряжения с расчетом 95% доверительного интервала. Для всех видов анализа статистически значимыми значениями считались значения $p < 0,05$.

Исследование было проведено в соответствии с требованиями стандартов GSP.

Результаты исследования.

Для выполнения поставленной цели исследования нами тщательно собран анамнез жизни беременных женщин с целью выявления частоты и

распространенности факторов риска развития гестационного сахарного диабета и прослежено течение беременности исследуемых женщин.

Так, средний возраст исследуемых женщин равнялся $M=30,65$ годам ($SD=5,007$). Изучая этническую принадлежность, было выявлено, что 87% исследуемых женщин (95% ДИ(77,7-92,8)) были казахской национальности. Доля беременных славянской национальности была равна 10%, при 95% ДИ(7,2-22,3).

Медиана прегравидарного ИМТ соответствовала нормальным значениям ($Me=23,7$;) и у 50% исследуемых женщин исходный ИМТ до гестации был в пределах $Q1=21,95$, $-Q3=27$ $кг/м^2$.

Анализируя данные анамнеза жизни было выявлено, что частота наследственной отягощенности по сахарному диабету у беременных женщин составила 5,2% при 95% ДИ(2-12,6); гестационный сахарный диабет и глюкозурия в предыдущие беременности были выявлены лишь у одной женщины, что составило 1,3% при 95% ДИ(0,2-7); рождение детей весом более 4 кг в анамнезе было у 13% исследуемых беременных женщин, 95% ДИ был равен 7,2-22,3. Таких факторов риска развития гестационного сахарного диабета, как мертворождение в анамнезе и рождение детей с пороками развития выявлено не было.

Анализ течения беременности у исследуемых женщин выявил, что в 36,4% случаях с 95% ДИ (26,5-47,5) беременность осложнялась обострениями хронического пиелонефрита; а в 18,2% случаях (95% ДИ(11,2-28,2))- отеками беременных.

Более чем у двух трети беременных женщин была выявлена анемия легкой и средней степени тяжести, что в совокупности составило 72,7% при 95% ДИ (61,9-81,4).

Исследование состояния углеводного обмена у исследуемых беременных женщин, несмотря на малую частоту факторов риска развития гестационного сахарного диабета, выявило нарушения в виде гипергликемии, с частотой 48,1% при 95% ДИ (37,3-59).

Учитывая высокую распространенность нарушений углеводного обмена у беременных женщин, дальнейший анализ состояния углеводного обмена проводился с учетом уровня гликемии беременных. Таким образом исследуемые беременные женщины были подразделены на 2 группы: беременные с нарушенным углеводным обменом, в количестве 37 женщин, и беременные с нормальной толерантностью к глюкозе, в количестве 40 женщин (Таблица №1).

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Переменные	Беременные с нарушенным углеводным обменом, n=37		Беременные с нормальной толерантностью к глюкозе, n=40		Уровень значимости p
	Me	Q1-Q3	Me	Q1,-Q3	
Глюкоза	5,9	5,28-6,5	4,48	4,01-4,87	0,000
Hb1ac	5,9	5,6-6,05	5,5	5,0-5,8	0,000
Инсулин	4,6	1,85-6,99	4,65	3,0-6,7	-
С-пептид	0,64	0,21-1,26	1,19	0,48-1,5	0,048
Кортизол	480	351-584	538,5	427,5-653,2	0,045

Таблица № 1. Состояние углеводного обмена и уровня кортизола у исследуемых женщин.

По результатам исследования, беременные женщины с нарушенным углеводным обменом в количестве 37 человек имели достоверно низкий уровень С-пептида $U=546$ $Z=-1,97$ $p=0,048$. Также у данных беременных женщин были выявлены статистически значимые различия по гликолизированному гемоглобину $U=367$ $Z=-3,81$ $p=0,000$.

Исследование уровня кортизола выявило, что беременные с нарушенным углеводным обменом имеют достоверно низкие значения кортизола, $U=543$ $Z=-2,01$ $p=0,045$. При этом, необходимо отметить что уровень кортизола в плазме значительно чаще был снижен у беременных женщин, в анамнезе которых имело место рождение детей весом более 4000 гр., $U=16,5$ $Z=-3,67$ $p=0,000$.

Наряду с выявленными изменениями, при проведении корреляционного анализа была выявлена отрицательная корреляционная связь уровня кортизола и гликемии $r_s=-0,297$, $p=0,000$.

Обсуждение

Результаты исследования состояния углеводного обмена у беременных женщин выявили превышение допустимых величин уровня гликемии у 37 беременных, что составило 48,1% при 95% ДИ (37,3-59). Согласно критериям ВОЗ и Американской диабетической ассоциации, гестационный сахарный диабет чаще развивается при наличии факторов риска развития заболевания [8]. Однако, результаты нашего исследования показали, что частота и распространенность факторов риска заболевания у исследуемых женщин была низкой. Так, наследственная отягощенность по сахарному диабету была лишь у 4-х беременных женщин; нарушения углеводного обмена в анамнезе (диагностирование заболевания и выявление глюкозурии в предыдущие беременности) были выявлены у 1-ой женщины; лишь 10 беременных женщин имели в анамнезе рождение детей весом более 4000 гр., при этом, другие факторы риска заболевания отсутствовали.

Высокая частота развития гестационного сахарного диабета у лиц с небольшой долей факторов риска заболевания, дает возможность пред-

положить, что развитию нарушений углеводного обмена способствовало влияние других факторов, скорее всего таких, как рацион питания беременных, физическая активность и так далее.

Согласно данным ряда исследователей частота развития гестационного сахарного диабета чаще регистрируется и диагностируется у беременных Азиатских национальностей [4]. Так по данным Ferruchini D. из исследованных 520 беременных женщин различных национальностей частота развития ГСД у представительниц Азии была равна 16%, у африканок- 13%, у европейек- 8% [9]. В нашем исследовании этническая принадлежность не изучалась, однако, необходимо отметить, что доля беременных казахской национальности с гестационным сахарным диабетом равнялась 78,2% при 95% ДИ (62,8-88,6), что безусловно соответствует вышеприведенным данным.

Результаты проведенного дальнейшего исследования выявили наличие статистически значимых различий по уровню гликолизированного гемоглобина, который был достоверно выше в группе беременных с гестационным сахарным диабетом. Наряду с этим, у данных женщин достоверно был снижен уровень С-пептида в плазме крови. Выявленные результаты изменений углеводного обмена, вероятно, обусловлены более выраженной инсулинорезистентностью а также сниженным резервом бетта - клеток поджелудочной железы, что подтверждает уровень инсулина в плазме у беременных женщин. Данные изменения соответствуют результатам исследования Yamada H., который указал, что снижение резерва бетта - клеток поджелудочной железы является триггером развития более тяжелых нарушений углеводного обмена [10].

Также обращало на себя внимание наличие статистически значимых различий уровня кортизола в плазме у беременных женщин. Достоверное снижение показателей утреннего кортизола в группе беременных с гестационным сахарным диабетом могут свидетельствовать о снижении функциональной активности коры надпочечников.

Выводы.

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

У исследуемых женщин была выявлена высокая распространенность гестационного сахарного диабета, несмотря на невысокую частоту факторов риска развития заболевания у данных женщин.

Достоверное снижение уровня С-пептида у беременных с гестационным сахарным диабетом наряду с неувеличенным уровнем инсулина в плазме свидетельствует о развитии выраженной

инсулинорезистентности у исследуемых беременных с гестационным сахарным диабетом.

Выявленные различия уровня кортизола в плазме у беременных с гестационным сахарным диабетом требуют дальнейшего дообследования состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у беременных с данной нозологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Rodbard, H., et al., American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Management of Diabetes Mellitus. Endocrine Practice, 2007. 13(Supplement 1): p. 1-68.

2. Metzger, B.E., et al., Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 2007. 30(Supplement 2): p. S251.

3. Ferrara, A., Increasing Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 2007. 30(Supplement 2): p. S141.

4. Chu, S.Y., et al., Gestational diabetes mellitus: All Asians are not alike. Preventive Medicine, 2009. 49(2-3): p. 265-268.

5. White, P., PREGNANCY COMPLICATING DIABETES. Obstetrical & Gynecological Survey, 1950. 5(4): p. 486-490.

6. Han, S., C.A. Crowther, and P. Middleton,

Interventions for pregnant women with hyperglycaemia not meeting gestational diabetes and type 2 diabetes diagnostic criteria. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(1).

7. Egeland, G.M., R. Skjærven, and L.M. Irgens, Birth characteristics of women who develop gestational diabetes: population based study. BMJ, 2000. 321(7260): p. 546.

8. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2001: gestational diabetes mellitus. Diabetes Care, 2001. 24(Supplement 1): p. 77-79.

9. Perruchini D, Ramin K.D., Diabetic ketoacidosis in pregnancy. Obstet. Gynecol. Clin. Noth.Amer., 1999. 26(3): p.481-487.

10. Yamada H., Kato E.N., Tsuruga R. et al., Insulin response patterns contribute to different perinatal risks in gestational diabetes. Gynecol. Obstet. Invest., 2001. 51: p. 103-109.

ТҮЙІНДЕМЕ

**МЕЙРАМОВА А.М.¹, УКІБАСОВА Т.М.², СӘДІБЕКОВА Г.Т.¹, ЯНКОВСКАЯ И.Т.³, РАПИЛЬ-
БЕКОВА Г.К.², АЙНАБАЙ А.М.¹, АЙТУҒАНОВА А.Т.¹**

¹ «Астана медицина университеті» АҚ, интернатура бойынша ішкі аурулар кафедрасы

² «Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы» АҚ, Астана қаласы

³ №1 перинатальды орталық, Астана қаласы.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ КӨМІРСУТЕК ЗАТ АЛМАСУЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ

Өзіміздің жұмысымызда біз 18 бен 40 жас арасындағы жүктіліктің 28 аптасындағы 77 әйелді қарадық. Гестациялық қант диабетіне тәуекел факторларының жиілігі мен таралуын анықтау мақсатында жүкті әйелдердің өмір тарихтары мұқият жинастырылып, жүктіліктің ағымы қадағаланды. Барлық әйелдердің көмірсутек зат алмасуы бағаланды. Гестациялық қант диабетінің жоғары таралуы және жоғары инсулинге резистенттілік анықталған.

SUMMARY

**MEIRAMOVA A.¹, UKUBASSOVA T.², SADYBEKOVA G.¹, YANKOVSKAYA I.³,
RAPILBEKOVA G.², AINABAIA.¹, AITUGANOVA A.T.¹**

¹JSC "Medical university Astana"

² JSC "National Research Center for Maternal and Child Health"

³Prenatal Center №1, Astana

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

EVALUATION OF GLUCOSE METABOLISM IN PREGNANT WOMEN.

We conducted a cross-sectional study of 77 pregnant women aged 18 -40 years in gestational period 28 weeks . We have carefully assembled a anamnesis of pregnant women in order to identify the frequency and prevalence of gestational diabetes risk factors during pregnancy, and observed their pregnancy period. It was found a high prevalence of gestational diabetes mellitus along with low frequency of risk factors of this disease. Also glucose metabolism disorders were identified which indicating severe insulin resistance in pregnant women.



УДК 577.1:612.017

¹ЖУМАМБАЕВА С.М., ¹АБИШЕВА С.Т., ¹АКИМБАЕВА Г.Ж., ¹МАДРАХИМОВА Ж.С.

²ЖУМАМБАЕВА Р.М.

АО «Медицинский университет Астана»

¹Кафедра интернатуры ОВП

²Кафедра введение в клинику

ВИТАМИН Д И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В современных литературных источниках бурно обсуждается взаимосвязь дефицита или недостаточности витамина Д с потенциальным риском развития аллергических заболеваний. Эти наблюдения основаны на основных научных данных и показывают, что витамин Д существенно влияет на функции различных иммунных клеток.

Ключевые слова: иммунология, витамин, аллергический дерматит

Аллергические заболевания входят в генетически гетерогенную группу хронических иммунопатологических состояний, включающих в себя бронхиальную астму, аллергический ринит, пищевую аллергию и острую крапивницу [1,2]. Согласно современным литературным источникам частота заболеваемости данными заболеваниями непрерывно растет за последние декады в разных уголках света, но с различной интенсивностью [3,4]. Более 800 тысяч жителей Казахстана страдают аллергией различной локализации (по данным обращаемости). Ежегодно публикуется множество научных трудов посвященных проблемам аллергии у детей, международных и национальных клинических руководств, в которых сфокусировано внимание

на профилактике хронических респираторных и аллергических заболеваний [5]. Существенно влияние аллергических заболеваний как на самого пациента, так и на его семью и общество в целом, приводя к экономическим и социальным затратам, становясь тяжелым бременем. Экономические затраты связаны с частотой экстренных госпитализаций и поликлинической обращаемостью, лабораторно-диагностическими и радиологическими процедурами, частотой больничных отпусков, сниженной успеваемостью и пропусками школьных занятий [6,7].

Атопический дерматит известен как хроническое воспалительное заболевание кожи, встречающееся у огромного количества детей, характеризующееся зудом, экзематозными повреждениями и нарушенным эпидермальным барьером [8]. Данным недугом страдает в основном детское население, и чаще всего именно в детском возрасте происходит дебют заболевания, хотя атопический дерматит также может развиваться и у взрослых. Характерен наследственный дефект врожденного иммунитета кожи, который часто ассоциирован с семейным I типом аллергических реакций [9,10]. Несмотря на достаточно обширный арсенал лечебных процедур, лечение

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

тяжелых форм атопического дерматита, особенно у детей, вызывает большие трудности в связи с ограничениями по безопасности системной терапии.

Витамин Д, известный также как холекальциферол, является активным стероидным гормоном. Функции витамина Д неимоверно разнообразны и существенны, включая не только комплексную регуляцию гомеостаза кальция и фосфора, но ему также принадлежит роль в сердечнососудистых, неопластических, инфекционных и аутоиммунных процессах, как показано в недавних исследованиях [11]. В современных литературных источниках бурно обсуждается взаимосвязь дефицита или недостаточности витамина Д с потенциальным риском развития бронхиальной астмы и аллергических заболеваний [12,13].

Синтезу витамина Д в организме способствуют два независимых пути:

1. фотохимические реакции в результате воздействия на кожу солнечных ультрафиолетовых лучей В (UVB)

2. специфические пищевые источники, в частности, из растительных продуктов витамин Д₂, и животного происхождения - витамин Д₃ [14].

Витамин Д транспортируется в печень и конвертируется в 25-гидроксикальцеферол, который далее поступает в кровоток и попадает в почки, где подвергается дальнейшему гидроксигированию до 1,25-дигидроксикальцеферол. Последнее вещество последовательно активирует рецепторы витамина Д₃, регулирующих экспрессию генов, вовлеченных в метаболизм кальция, пролиферацию, дифференцировку, апоптоз и адаптивный иммунитет [15]. Так, лица с высоким фототипом, у которых меланин функционирует как естественный солнцезащитный фактор, или чрезмерно пользующиеся солнцезащитными кремами, или те, кто постоянно находятся внутри помещений, или живущие в высокогорье показывают сниженный уровень синтеза витамина Д [16].

Витамин Д также вовлекается в формирование рогового слоя кожи посредством синтеза белков (таких, как филагрин), и регуляцию пролиферации и дифференциации кератиноцитов, также стимулирует продукцию и регуляцию кожных антимикробных пептидов (кателицидины) [17]. Среди гипотетических механизмов регуляции определенная роль отводится вовлечению в патологический процесс толл-подобных рецепторов.

Учитывая вышеизложенное, дефицит витамина Д может предрасполагать пациентов, страдающих атопическим дерматитом к вторичному инфицированию кожи золотистым стафилококком [18].

Рассмотрим несколько исследований, изучивших заболеваемость и тяжесть атопического дерматита у детей с дефицитом витамина Д.

Так, итальянские ученые D'Auria E и соавторы на материале 52 детей с атопическим дерматитом и контрольной группы из 43 здоровых детей установили значимую взаимосвязь между частотой встречаемости, индексом массы тела и недостаточностью витамина Д, однако дефицит не влиял на тяжесть течения дерматита и индекс массы тела [19]. Аналогичные данные получены и Nap TY, также показавшие сниженный уровень витамина Д у детей с атопическим дерматитом, однако, с другой стороны, выраженной взаимосвязи между концентрацией и тяжестью дерматита выявлено не было [20].

Созвучные данные получили Akan A и соавторы. Среди 73 пациентов 33 (45.2%) имели аллергическую сенсibilизацию и отрицательную корреляцию между индексом SKORAD и сывороточным уровнем витамина Д ($p = 0.047$, коэффициент корреляции $[r] = -0.349$), тогда как данной корреляции в группе без сенсibilизации обнаружено не было ($p = 0.30$, $r = -0.168$). Полученные результаты позволили авторам заключить, что витамин Д влияет на тяжесть атопического дерматита, особенно у детей с аллергической сенсibilизацией [21].

Несмотря на убедительность и достоверность вышеизложенных данных, некоторые авторы получили противоположные результаты [22]. Германские ученые обнаружили значительно сниженный риск экземы при низких уровнях сывороточного витамина Д по сравнению с контрольной группой при мульти-вариантном анализе [23].

Несмотря на превалирование работ, указывающих на защитные эффекты витамина Д, некоторые исследования идентифицируют его как фактор риска развития атопического дерматита. Эти противоречивые результаты могут быть объяснены гипотезой Venson и соавторов, которые предложили бимодальную или гендерную специфичную взаимосвязь витамина Д и аллергических заболеваний [24]. Однако, бесспорен факт, что пациенты с низким уровнем витамина Д ($<10 \text{ ng/mL}$) или очень высоким уровнем ($>54 \text{ ng/mL}$) имеют значимо высокие уровни

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

иммуноглобулина Е по сравнению со здоровыми индивидуумами (40-50 ng/mL). Последующая коррекция уровня витамина Д приводила к снижению концентрации иммуноглобулина Е [25].

Выводы: эпидемиологические и клинические доказательства подтверждают положительную роль витамина Д при atopическом дерматите. Эти наблюдения основаны на основных научных данных и показывают, что витамин Д существенно влияет на функции различных иммунных клеток.

Однако, для более глубокого понимания проблемы atopического дерматита в детской популяции и механизмы влияния уровня сывороточного витамина Д, необходимы дальнейшие исследования на достаточной выборке популяции с прицельным подбором и коррекции доз наряду со стандартизацией критериев оценки степени тяжести atopического дерматита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Heintz D, Prinsen CA, Drucker AM, et al. Measurement properties of quality of life measurement instruments for infants, children and adolescents with eczema: protocol for a systematic review. // *Syst Rev*. 2016 Feb 9;5:25.
2. Stipić-Marković A., Pevec B., Pevec M.R. et al. Prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, conjunctivitis and atopical eczema: ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) in a population of schoolchildren in Zagreb // *Acta Med Croatica*. - 2003. - Vol. 57, №4. - P.281-285.
3. Duggan E.M., Sturley J., Fitzgerald A.P. et al. The 2002-2007 trends of prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in Irish schoolchildren // *Pediatr Allergy Immunol*. - 2012. - Vol. 23, №5. - P. 464-471.
4. Абдрасил Г.С., Шалаганова М.О., Омарова М.Н. и др. Распространенность аллергических заболеваний в Аридной зоне // *Аллергология и иммунология*. - 2001. - Т.2, №2. - С.74-75.
5. Испаева Ж.Б. Аллергические заболевания у детей Республики Казахстан // Сборник тезисов 2-ой международной конференции «Аллергические болезни у детей». - Алматы, 2000. - С.5.
6. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors // *Ann Nutr Metab*. 2015;66 Suppl 1:8-16
7. Hon KL, Yong V, Leung TF. Research statistics in atopical eczema: what disease is this? // *Ital J Pediatr*. 2012 Jun 9;38:26.
8. Murota H, Katayama I. Exacerbating factors of itch in atopical dermatitis // *Allergol Int*. 2016 Nov 15. pii: S1323-8930(16)30159-9. doi: 10.1016/j.alit.2016.10.005.
9. Mrabet-Dahbi S., Maurer M. Innate immunity in atopical dermatitis. // *Current Problems in Dermatology*. 2011;41:104-111.
10. Alendar F. Correlation between clinical symptoms of atopical dermatitis in children and serum IgE level // *Medicinski Arhiv*. 2011;65(3):168-169.
11. Anaya JM, Ramirez-Santana C, Alzate MA Et al. The Autoimmune Ecology. // *Front Immunol*. 2016 Apr 26;7:139.
12. Fares MM, Alkhaled LH, Mroueh SM, Akl EA. Vitamin D supplementation in children with asthma: a systematic review and meta-analysis // *BMC Res Notes*. 2015 Feb 3;8:23. doi: 10.1186/s13104-014-0961-3.
13. Lange N. E., Litonjua A., Hawrylowicz C. M., Weiss S. Vitamin D, the immune system and asthma. // *Expert Review of Clinical Immunology*. 2009;5(6):693-702.
14. Misra M., Pacaud D., Petryk A., Collett-Solberg P. F., Kappy M. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. // *Pediatrics*. 2008;122(2):398-417.
15. Wei R, Christakos S. Mechanisms Underlying the Regulation of Innate and Adaptive Immunity by Vitamin D // *Nutrients*. 2015 Sep 24;7(10):8251-60. doi: 10.3390/nu7105392.
16. Matsuoka L. Y., Ide L., Wortsman J., MacLaughlin J. A., Holick M. F. Sunscreens suppress cutaneous vitamin D₃ synthesis // *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1987;64(6):1165-1168.
17. Schaubert J., Gallo R. L. The vitamin D pathway: a new target for control of the skin's immune response? // *Experimental Dermatology*. 2008;17(8):633-639.
18. Schaubert J., Dorschner R. A., Coda A. B., et al. Injury enhances TLR2 function and antimicrobial peptide expression through a vitamin D-dependent mechanism. // *Journal of Clinical Investigation*. 2007;117(3):803-811.
19. D'Auria E, Barberi S, Cerri A et al. Vitamin D status and body mass index in chil-

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

dren_with_atopic_dermatitis: A pilot study in Italian children. // Immunol Lett. 2016 Nov 9;181:31-35. doi: 10.1016/j.imlet.2016.11.004.

20. Han TY, Kong TS, Kim MH et al. Vitamin D Status and Its Association with the SCORAD Score and Serum LL-37 Level in Korean Adults and Children with Atopic Dermatitis. // Ann Dermatol. 2015 Feb;27(1):10-4.

21. Akan A, Azkur D, Ginis T, Toyran M, Kaya A, Vezir E, Ozcan C, Ginis Z, Kocabas CN. Vitamin D level in children is correlated with severity of atopic dermatitis but only in patients with allergic sensitizations. // Pediatr Dermatol. 2013 May-Jun;30(3):359-63.

22. Mesquita K. D. C., Igreja A. C. D. S. M., Costa I. M. C. Atopic dermatitis and vitamin D: facts

and controversies. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2013;88(6):945-953.

23. Heimbeck I., Wjst M., Apfelbacher C. J. Low vitamin D serum level is inversely associated with eczema in children and adolescents in Germany. Allergy. 2013;68(7):906-910.

24. Benson A. A., Toh J. A., Vernon N., Jariwala S. P. The role of vitamin D in the immunopathogenesis of allergic skin diseases. Allergy. 2012;67(3):296-301.

25. Hyppönen E., Berry D. J., Wjst M., Power C. Serum 25-hydroxyvitamin D and IgE—a significant but nonlinear relationship. Allergy. 2009;64(4):613-620.

ТҮЙІН

¹С.М. ЖУМАМБАЕВА, ¹С.Т АБИШЕВА, ¹Г.Ж АКИМБАЕВА, ¹Ж.С. МАДРАХИМОВА, ²Р.М. ЖУМАМБАЕВА

«Астана медициналық университеті» АҚ

¹Интернатурамен ЖДП кафедрасы

²Клиникаға кіріспе кафедрасы

БАЛАЛАР ПОПУЛЯЦИЯСЫНДАҒЫ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ ЖӘНЕ ВИТАМИН Д

Қазіргі заманауи әдебиеттер деректерінде Д витаминінің аллергиялық аурулардың даму қауіптілігінің жетіспеушілігі немесе өзара байланыстылығы әлеуетті түрде талқылануда. Бұл бақылаулар ғылыми деректер негізінде негізделген және Д витаминінің әртүрлі иммундық жасушалардың дамуына ықпал ететіндігін көрсетеді.

SUMMARY

¹ZHUMAMBAYEVA S.M., ¹ABISHEVA S.T., ¹AKIMBAYEVA G.ZH., ¹MADRAKHIMOVA ZH.S., ²ZHUMAMBAYEVA R.M.

«Astana Medical University» JSC

¹Department of internship in GP

²Department of introduction to clinics

VITAMIN D AND ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN POPULATION

In the modern scientific literature relationship between the lack or deficit of vitamin D and potential risk of allergic diseases development is discussed. These findings are based on the fundamental researches and demonstrate the crucial role of vitamin D in different immune cells functioning.



УДК: 615.38:614.2(574)

АБДУЛХАКИМОВ Р.А., БУРКИТБАЕВ Ж.К., АБДРАХМАНОВА С.А., КАРП Л.Л.
АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «АСТАНА»

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ СЛУЖБЫ КРОВИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аннотация

Служба крови, как основа трансфузионной медицины, является одной из наиболее важных областей отечественного здравоохранения. Эффективность неотложной медицинской помощи и в целом состояние показателей здоровья граждан, в огромной степени зависят от развития службы крови. Экономические преобразования в системе охраны здоровья граждан, как и современный уровень развития технологий, применяемых в мировой трансфузиологической практике, призваны обеспечить планомерный переход к международным стандартам деятельности, создать условия для проведения научно-прикладных исследований в производственной и клинической трансфузиологии, принять меры по повышению кадрового потенциала службы крови.

Ключевые слова: трансфузиология, донорство, компоненты крови.

Актуальность: Экономические преобразования в системе охраны здоровья граждан, повышение качества эффективности неотложной медицинской помощи, высокий уровень технологий, обеспечивающий планомерный переход к соответствию международным стандартам деятельности и в целом состояние показателей здоровья граждан в огромной степени зависят от развития службы крови, позволяющей создать условия для проведения научно-прикладных исследований в производственной и клинической трансфузиологии, а также принять меры по повышению кадрового потенциала службы крови [1-6].

Служба трансфузионной медицины и донорства Республики Казахстан (РК) представлена 18 Центрами крови и включает Научно-производственный центр трансфузиологии (НПЦТ), Республиканский центр крови, 14 областных центров, городские центры крови в г. Алматы и Семей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка отдельных показателей деятельности Службы крови (СК) Республики Казахстан в динамике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные мониторинга Службы крови РК по

всем регионам страны согласно Приказа МЗ РК от 08.05.2012г. №318 «Об утверждении ежеквартального мониторинга показателей деятельности службы крови РК» [7]. Проведен анализ некоторых показателей деятельности, характеризующих укомплектованность и категорированность персонала, донорство, заготовку и получение компонентов крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 16.09.2013г. №529 утвержден стандарт организаций, оказывающих трансфузиологическую помощь населению Республики. Общее количество медицинских организаций (МО) в РК, оказывающих трансфузионную терапию в настоящее время превышает 450, причем в ряде организаций выделены освобожденные ставки врачей трансфузиологов, в большинстве же МО выделенные 0,25-0,5 ставки врача-трансфузиолога занимают совместители. Сертификаты специалиста по трансфузиологии имеет, примерно, половина сотрудников.

В некоторых публикациях [8] оценка службы крови производится в динамике по абсолютным величинам (к примеру, по числу доноров, количеству заготовленной цельной донорской крови в литрах). Нам представляется более целесообразным большинство показателей мониторинга службы крови представлять в виде относительных величин: показателях интенсивности (например, частота донаций), соотношения (например, количество донации на 1000 населения), наглядности (изменение интенсивного показателя в динамике за ряд лет). В ряде случаев используется и экстенсивный показатель (например, доля отстранения на этапе до донации).

Известно, что средний показатель донорства крови в странах с высоким уровнем дохода составляет 36,4 донации на 1000 человек по сравнению с 11,6 донаций на 1000 человек в странах со средним уровнем дохода и 2,8 донации в странах с низким уровнем дохода.

По суммарному уровню кроводач и плазмодач (17 на 1000 жителей) Казахстан несколько отстает от ведущих европейских стран. Для самообеспечения населения компонентами и препаратами крови по данным ВОЗ число донаций на 1000 населения

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

должно составлять 20-25. К примеру, число донаций на 1000 населения в США составляет 109, в Германии - 52, в Польше 28, в России 25.

Общее количество обращений для дачи донорской крови и (или) ее компонентов, представляющее всю деятельность по заготовке, хранению, транспортировке и клиническому использованию донорской крови и (или) ее компонентов, за последние 5 лет увеличилось на 5%. Несмотря на то, что количество донаций крови и ее компонентов в динамике за 2009-2013гг. в абсолютном исчислении свидетельствует об их росте (с 280 861 до 284 608), однако показатель донаций на 1000 населе-

ния остается на одном уровне. Показатель частоты донаций значительно варьирует по отдельным регионам. При этом, в половине регионов (в 8 из 16) показатель числа донаций на 1000 жителей колеблется в пределах от 11,0 до 18,4. В городе Астана этот показатель равен 54 на 1000.

Доля добровольных донаций от общего количества безвозмездных донаций составила в 2014г. 59%, соответственно целевые (родственные) донации составили 41%. Отдельные показатели службы крови по регионам РК в 2014 году представлены в таблице 1.

Таблица 1- Отдельные показатели службы крови по регионам РК в 2014 году

	Донаций крови и ее компонентов на 1000 жителей	Доля отстранения на этапе до донации (%)	Доля аппаратного плазмафереза от всего количества процедур плазмафереза (%)	Доля донаций, признанных абсолютным браком (%)
Акмолинская	21	19	53	4
Актюбинская	15	19	100	6
Алматинская	8	8	94	15
Атырауская	14	19	67	14
Мангистауская	11	21	100	10
ВКО	19	15	46	9
Жамбылская	16	12	65	12
Карагандинская	11	22	73	10
Продолжение				
	Донаций крови и ее компонентов на 1000 жителей	Доля отстранения на этапе до донации (%)	Доля аппаратного плазмафереза от всего количества процедур плазмафереза (%)	Доля донаций, признанных абсолютным браком (%)
Костанайская	22	12	97	6
Кызылординская	10	17	99	10
Павлодарская	18	21	72	7
ЗКО	24	14	88	5
СКО	17	15	100	4
ЮКО	9	12	98	11
НПЦТ г. Астана	54	14	100	10
ГЦК г. Алматы	13	26	49	8
РЦК	13	12	99	4
По РК	17	16	78	9

Из данных таблицы видно, что наибольшее число донаций крови и ее компонентов на 1000 жителей произведено в НПЦТ г. Астана (54), наименьшее - в Алматинской области (8). В то же время доля отстранения на этапе до донации (в %) в

Республике составила 16%, причем в Алматинской области она является наименьшей (8%), в то время как, к примеру, в ГЦК г. Алматы - 26% (каждая четвертая донация и даже чаще). Наиболее часто отводы осуществляются врачами на приеме (38%)

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

и по лабораторным обследованиям (24%).

Следует отметить, что повышение требований к лабораторному обследованию образцов донорской крови и реализуемой продукции (компонентов и препаратов крови), привело к некоторому росту уровня брака продуктов крови: в 2014 году по сравнению с 2008 годом процент вырос с 6% до 9%.

Доля донаций, от которых заготовленная кровь и ее компоненты признаны непригодными к переливанию и переработке, составила в 2014 году 9%. Наибольшим этот показатель является в Алматинской области (15%), наименьшим (4%) - в Акмолинской, Северо-Казахстанской областях и РЦК.

При анализе доли проведенного аппаратного плазмафереза получены значительные различия. Так, если в 4-х центрах крови (Актюбинской, Мангистауской, Северо-Казахстанской областях и НПЦТ г. Астана) данный показатель составляет 100%, то в Восточно-Казахстанской области всего 46%, ГЦК г. Алматы 49%. В целом доля проведенного аппаратного плазмафереза в 2014 году по сравнению с 2008 годом возросла почти в 4 раза и составила 78%, против 20%, что положительно влияет на увеличение количества производимой плазмы и рациональное использование эритроносодержащих компонентов (для сравнения: в Республике Беларусь - 23,1%, в России - менее 10%).

При этом общий объем полученной свежемороженой плазмы возрос с 261 тысячи доз в 2008 году до 312 тысяч доз в 2014 году, а эритроцитов соответственно со 191 тысячи доз до 245 тысяч доз. За это же время объем тромбоцитов в пересчете на лечебные дозы (200×10^9) доз вырос более чем в 4 раза (с 5,7 до 24,5 тысяч доз). Важно, что и плазма, и тромбоциты, заготовленные аппаратным методом, соответствуют международным стандартам качества. В то же время наряду с аппаратными методами широко, как и везде в мире, используется ручной метод заготовки эритроцитной массы, плазмы, тромбоцитов.

Основное направление службы переливания крови за последние годы - повышение качества работы и конечной продукции. Практическая реализация данного направления основывается на введении новых технологий заготовки компонентов крови, лабораторного контроля качества, компьютеризации службы, что повышает потреб-

ность, прежде всего, в свежемороженой плазме и концентрате тромбоцитов. Именно этому разделу работы уделяется особенно пристальное внимание специалистов Службы крови.

Для повышения иммунологической и инфекционной безопасности трансфузионной терапии региональные центры крови продолжают проводить лейкофильтрацию и вирусную инактивацию компонентов крови.

Таким образом, в службе крови Республики Казахстан за период с 2008 по 2014 гг. отмечены следующие положительные тенденции:

- увеличено число донаций на 12%;
- увеличен удельный вес безвозмездных донаций на 2%;
- увеличены объемы заготовленной и переработанной донорской крови на 30%;
- улучшены показатели обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности донорских компонентов крови, выдаваемых в медицинские организации;

- за отчетный период в НПЦТ внедрена технология рентгеновского облучения компонентов крови (эритроносодержащих компонентов и тромбоцитов) для пациентов с измененным иммунным статусом.

В то же время необходимо отметить относительно слабые стороны в деятельности службы крови:

- недостаточная укомплектованность врачами Центров крови (74%) и уровень категорированности врачебного персонала (53%).

- низкая укомплектованность штатов отделений (кабинетов) трансфузиологии медицинских организаций (недостаточная доля освобожденных ставок врачей-трансфузиологов), что не соответствует Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

ВЫВОДЫ:

Исходя из современных тенденций, основными направлениями трансфузиологии Казахстана должно быть не столько количественное увеличение заготовки крови и ее компонентов, сколько оптимизация менеджмента запасами крови, донорским потенциалом, рациональное внедрение принципов применения крови и ее компонентов по обоснованным показаниям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы. Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Казахстан от 12 сентября 2011 года № 614. Проект Концепции развития службы крови Республики Казахстан на 2016-2020 годы.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 684 «Об утверждении правил контроля качества и безопасности донорской крови и ее компонентов».

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, хранения и реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».

5. Буркитбаев Ж.К., Алиева Ж.Н., Сапаргузина

Д.Ж. Состояние донорства крови и ее компонентов в Республике Казахстан// Қан қызметінің журналы. -2015, №1. -С.10-13.

6. Буркитбаев Ж.К., Алиева Ж.Н. Некоторые показатели деятельности службы крови Республики Казахстан// Қан қызметінің журналы. -2014, №2(3). -С.85-90.

7. Приказ МЗ РК от 08.05.2012г. №318 «Об утверждении ежеквартального мониторинга показателей деятельности службы крови РК»

8. Зангерова Е.Ю., Гамова Е.Е. Централизация службы крови - основной аспект рационального использования ресурсов и донорского контингента (на примере Республики Марий Эл)// Менеджер здравоохранения. -2012, №12. -С.30-33.

ТҮЙІНДЕМЕ

АБДУЛХАКИМОВ Р.А.¹, БҮРКІТБАЕВ Ж.К.², АБДРАХМАНОВА С.А.², КАРП Л.Л.¹

«Астана медицина университеті»¹ АҚ

ШЖҚ «ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ ҒЫЛЫМИ-ӨНДІРІСТІК ОРТАЛЫҒЫ»² РМК

Трансфузиялық медицинаның негізі ретінде қан қызметі ұлттық денсаулық сақтау саласындағы ең маңызды бағыттардың бірі болып табылады. Жедел медициналық көмектің тиімділігі, жалпы халық денсаулығы көрсеткіштерінің жағдайы қан қызметінің дамуына тікелей байланысты. Азаматтардың денсаулығын қорғау жүйесіндегі экономикалық өзгерістер, сондай-ақ қазіргі уақыттағы жаһандық трансфузиологиялық тәжірибеде қолданылатын технологиялардың даму деңгейі өндірістік және экономикалық трансфузиологияда ғылыми-қолданбалы зерттеулер жүргізу үшін жағдай жасауға, қан қызметіндегі адам ресурстарының әлеуетін жоғарылатуға бағытталған шараларды қабылдауға және халықаралық стандарттарға сүйенген қызметке жоспарлы түрде ауысуға бағытталған.

SUMMARY

ABDULKHAKIMOV R.A.¹, BURKITBAYEV Z.K.², ABDRAHMANOVA S.A.², KARP L.L.¹

JSC “Astana Medical University”¹

TRANSFUSION SCIENTIFIC-PRODUCTION CENTER²

Blood Service, as a basis of transfusion medicine and is one of the most important areas of national health care. The effectiveness of emergency medical care in general, and the current state of public health indicators, depend on the development of a blood service. Economic transformation in the system of health protection, as well as the current level of development of the technologies used in the global transfusion practice, are intended to ensure the orderly transition to international standards activities and create conditions for conducting scientific research in industrial and clinical transfusion, and take measures to increase the human capacity of the blood service.



УДК, 614.2(574.24)

ЖҮНІСОВА Д.К., АХЕЛОВА Ш.Л., БАЙЖІГІТОВА А.Р., ТУРГАМБАЕВА А.К.
«Астана медицина университеті» АҚ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕ ЖҮРГІЗІЛІП ЖАТҚАН РЕФОРМАЛАР ТУРАЛЫ АСТАНА ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫН АҚПАРАТТАНДЫРУ ДЕҢГЕЙІ

ТҮЙІНДЕМЕ:

Астана қаласы тұрғындарының медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қатынасы, сондай-ақ ҚР денсаулық сақтау саласының қазіргі заманғы реформалары туралы ақпараттандырылу деңгейі зерттелді. Респонденттердің жартысы ғана ұсынылған тегін медициналық қызметті пайдаланатындығы белгілі болды. Тұрғындардың денсаулық сақтау реформалары туралы ақпараттандырылу деңгейі өте төмен, бар болғаны 35%.

Түйінді сөздер: тұрғындардың ақпараттандырылу деңгейі, тұрғындардың медициналық көмектің қолжетімділігіне қатынасы, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау реформалары.

Кіріспе. Денсаулық сақтау жүйесі реформасының мақсаты барлық тұрғындар үшін медициналық көмектің қолжетімділігін және сапасын арттыру негізінде қоғам денсаулығын жақсарту, ЕПМ қызметінің профилактикалық бағыттылығын дамыту мен саланың қаржылық, материалдық және кадрлық ресурстарын қолдану тиімділігін көтеру барысында салауатты өмір салтын қалыптастыру болып табылады [1,2].

Дегенмен, денсаулық сақтау саласында айтарлықтай жетістіктер болғанына қарамастан, өздерінің құқықтары мен мүмкіндіктерін білмеуіне байланысты тұрғындар жағынан наразылықтар бар. Жүргізілген сауалнама қорытындылары денсаулық сақтау жүйесінде іске асырылатын реформалар туралы азаматтардың бейхабар екендігін көрсетті, халықтың денсаулығын ары қарай жақсарту қиынға түседі. Ең алдымен, бұл - дәрігер және емделуші арасындағы өзара қарым-қатынастың әлсіздігі салдарынан ақпараттың дұрыс жеткізілмеуі және денсаулық сақтау жүйесінде іске асырылып жатқын реформалар туралы халықтың бейхабар қалуы [3,4].

Осы зерттеу жұмысының өзектілігі қазақстан-

дық денсаулық сақтау жүйелеріндегі алғашқы медициналық көмектің қолжетімділігі және қызметтің сапасы туралы реформаларға бағытталған. Осыған орай халықтың денсаулығын сақтау шараларының тиімділіктерін, сонымен қатар амбулаториялық-емханалық мекемелер мен стационарларда медициналық қызмет көрсету қажеттіліктерін анықтау керек. Өртүрлі әлеуметтік топтар үшін медициналық көмектің қолжетімділік деңгейін анықтау өте маңызды. Емделушілердің қанағаттанушылығы денсаулық сақтаудың әлеуметтік жарамдылығын айқындайды және тұрғындардың денсаулығына әсер етеді [5,6].

Зерттеу мақсаты. Медициналық көмектің сапасына және қолжетімділігіне байланысты халықтың қарым-қатынасын зерттеу.

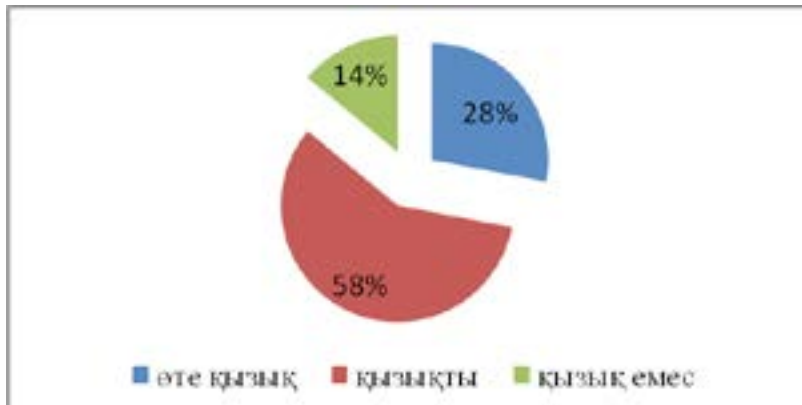
ҚР-дағы денсаулық сақтаудың заманауи реформалары туралы тұрғындардың хабардар болу деңгейін зерттеу.

Материалдары мен әдістері. Негізгі қолданылған материал ретінде тұрғын халық арасында жүргізілген сауалнама нәтижелері алынды. Сауалнама жабық және жауаптар ұсынылған нұсқалары бар ашық сұрақтардан тұрды, сауалнамада респонденттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары, медициналық ұйымының қызметіне қанағаттану деңгейін, медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігі деңгейін қамтиды.

Статистикалық мәліметтерді өңдеу және бағалау барысында алынған негізгі құрал болып табылады: әлеуметтік сауалнама, статистикалық анализ.

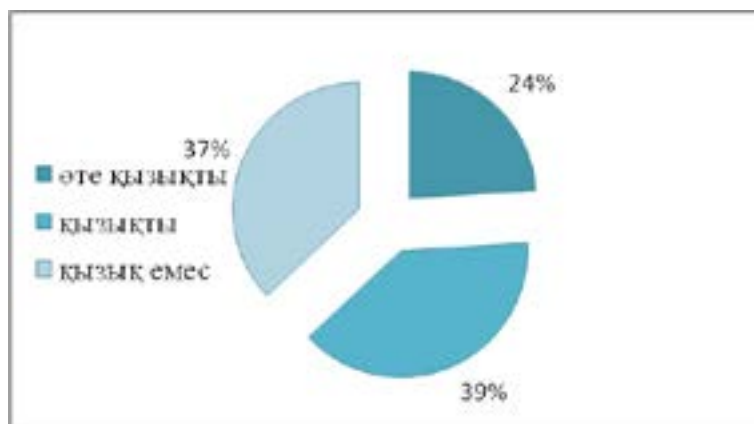
Нәтиже және талқылау. «Денсаулық және денсаулық сақтау жүйесі туралы ақпарат сізді қаншалықты қызықтырады?» деген сұраққа жауап беру барысында сұхбат берушілердің көзқарастары мынадай: сұхбат берушілердің көп бөлігі өздерінің қызушылығын көрсетті («қызықты» және «өте қызықты» 58% және 28%) (Сурет 1).

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

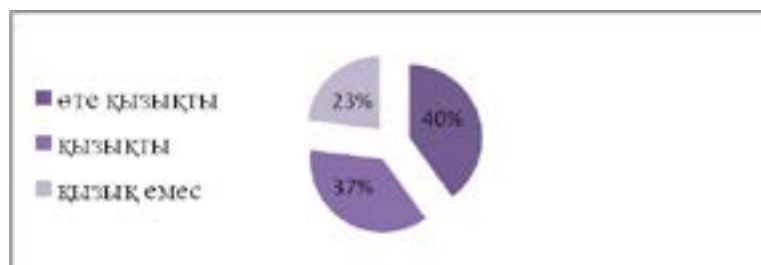


1-сурет. Денсаулық және денсаулық сақтау жүйесі туралы тұрғындардың қызығушылығын бағалау, %

Егер жауап берушілерді жыныс белгілері (61% және 40%) (2,3-суреттер) бойынша қарастыратын болсақ, ер адамдар әйел адамдарға қарағанда көп қызығушылық танытты



2-сурет. Ер адамдар арасында денсаулық және денсаулық сақтау жүйесі туралы тұрғындардың қызығушылығын бағалау, %



3-сурет. Әйелдер арасында денсаулық және денсаулық сақтау жүйесі туралы тұрғындардың қызығушылығын бағалау, %

Егер сұхбат берушілердің әлеуметтік деңгейі жағынан денсаулық және денсаулық сақтау жүйесі туралы ақпаратқа деген қызығушылығы туралы айтсақ, онда келесі жағдайларды анықтауға болады: сұхбат берушілердің арасынан үй шаруасын-

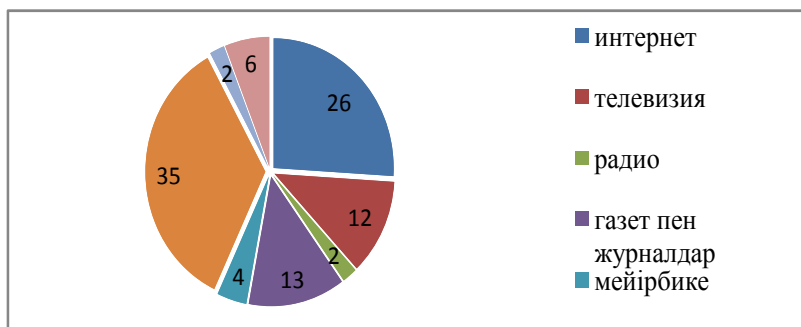
дағы әйелдердің 44%-ы, жұмыскерлер мен қызметкерлердің 28%-ы «өте қызық» деп жауап берді. Көбінесе «қызық» деген жауапты 53% мемлекеттік органдардың қызметкерлері және 47% зейнеткерлер таңдады. Медициналық қызмет және медици-

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

налық ұйымдар туралы ақпарат «қызық емес» деп көбінесе 10 % жұмыссыздар, 8% студенттер жауап берді.

Денсаулық сақтау жүйесі туралы ақпаратты алу көздері деген сұраққа жауап берген сұхбат берушілердің жауаптарын бағалай отырып, келесі мәліметке қол жеткіземіз: сұхбат берушілердің көзқарастары бойынша денсаулық сақтау жүйесі

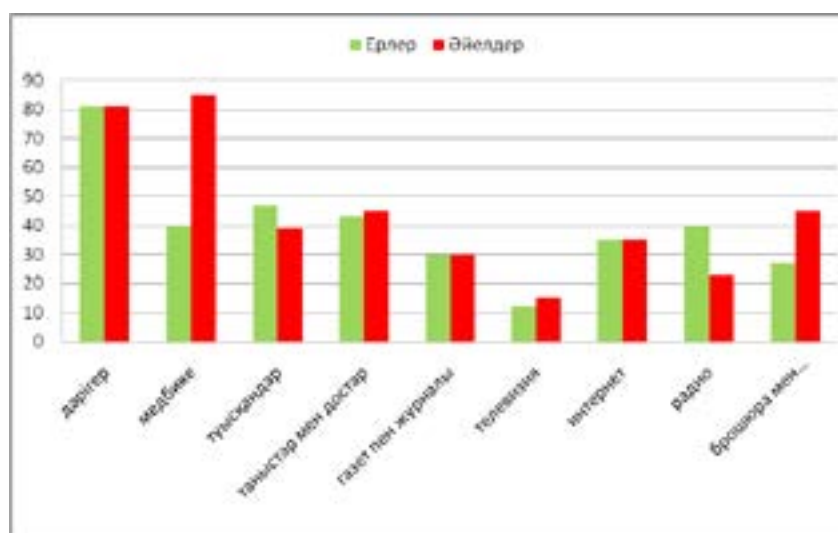
туралы ақпараттың негізгі көзі дәрігерлер (35%), сонымен қатар, ғаламтор (26%) болып табылады. Қалған ақпарат көздері сұхбат берушілер үшін айтарлықтай маңызды емес: журналдар 13% және теледидар (12%), туыскандарды ақпарат көзі ретінде қабылдайтындар 6%, брошюралар, жадынамалар 4%, медбикелер және радио 2%-ды құрайды (4-сурет).



4-сурет. Денсаулық сақтау жүйесі туралы ақпарат алу көздері, %

Егер біз ер адамдар мен әйелдердің пікірін бөлек қаратырғанның өзінде, дәрігер бірдей пайыздық қатынаста маңызды ақпарат беру көзі болып табылатынын байқаймыз. Бұл жердегі бірден-бір айырмашылық, ол әйелдер ер адамдармен салы-

стырғанда ақпаратты көбінесе медбикелерден және брошюралардан алады. Ал қалған ақпарат алу көздері бойынша ер адамдар мен әйелдердің арасындағы айырмашылықтар көп емес (5-сурет).



5-сурет. Денсаулық сақтау жүйесі туралы ақпарат алу көздері (сұхбат берушілер әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер бойынша бөлінген)

«Сіз қазіргі таңда қолданылып жатқан денсаулық сақтау жүйесіндегі реформалары туралы хабардарсыз ба?» деген сұраққа сұхбат берушілер былайша жауап берді: тұрғындардың 64%-ы іске асырылып жатқан денсаулық сақтау реформалары туралы ақпараттан хабары жоқ. Сауалнамаға жауап бергендердің аз бөлігі (36%) ҚР-ның денсаулық

сақтау жүйесіндегі «Саламатты Қазақстан» және «Денсаулық» сияқты мемлекеттік бағдарламалары туралы ақпараттандырылғаны анықталып отыр.

Осыған орай, жүргізілген зерттеулер денсаулық сақтау жүйесінде жүргізіліп жатқан реформалар туралы тұрғындарға қосымша ақпарат беру керек екендігі және реформаларды жариялап, тарату

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

бойынша қосымша каналдардың керек екендігін растайды, өйткені тұрғындардың көбісі қолданысқа енгізіліп жатқан реформалардан бейхабар.

Жүргізілген зерттеу нәтижелерін талдау арқылы тұрғындардың қолданыстағы денсаулық сақтау реформаларымен ақпараттандырылғаны жайлы мынадай тұжырымдар жасауға мүмкіндік берді:

1. Мемлекеттік диагностикалық орталықтардың жеткіліксіздігі көп айтылып, белгіленді, себебі бұның әсерінен көптеген жоғары технологиялық зерттеулер мен диагностика түрлері ақылы негізде жүзеге асырылады, 51% сұралған респон-

денттердің 12 ай ішінде ақылы қызметтерді пайдаланғаны анықталды.

2. ҚР денсаулық сақтау жүйесіндегі қазіргі заманғы реформалары жайлы ақпараттанғандар деңгейі сұралған респонденттердің тек үштен бір бөлігін ғана құрайды (36%). Денсаулық сақтау жүйесі туралы ақпарат беретін көптеген арналардың барына қарамастан бұл көрсеткіш айтарлықтай төмен. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау реформалары туралы ақпаратты халықтың 35% медициналық қызметкерлерден, басқалары бұқаралық ақпарат құралдарынан біледі.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Статъя: Реформа здравоохранения - доступная и качественная медицина для каждого гражданина Республики Казахстан Ссылка:<http://namig.kz/search>

2. Сборник материалов проекта «Оценка эффективности реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на первом этапе (2011-2013гг.)»

3. Гольшев А.Я., Носырева О.М. Концепция создания системы управления здравоохранения качеством в лечебно-профилактических учреждениях // Проблемы управления здравоохранением. - 2005. - №4. (23).- С. 22-29.

4. Этапы становления системы управления качеством медицинской помощи в Казахстане Библиографическое описание: Тютенова Ж. А. Этапы становления системы управления качеством медицинской помощи в Казахстане [Текст] / Ж. А. Тютенова, Б. С. Демисенова // Молодой ученый. — 2010. — №5. Т.2. — С. 223-226.

5. Автореферат «Современные подходы реформирования системы здравоохранения» Е.А. Биртанов, .2007г.

6. Статъя: Влияние реформ на развитие здравоохранения суверенного Казахстана Ссылка: <http://articlekz.com/article/11312>.

РЕЗЮМЕ

ЖУНУСОВА Д.К., АХЕЛОВА Ш.Л., БАЙЖИГИТОВА А., ТУРГАМБАЕВА А.К.
АО «Медицинский университет Астана»

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. АСТАНЫ О РЕФОРМАХ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Изучено отношение населения к качеству и доступности медицинской помощи, а также степень осведомленности населения г. Астаны о современных реформах здравоохранения РК. Выявлено, что лишь половина респондентов пользуется предоставляемыми бесплатными медицинскими услугами. Уровень осведомленности населения о реформах здравоохранения очень низкий, всего 35%.

Ключевые слова: уровень информированности населения, отношение населения к доступности медицинской помощи, реформы здравоохранения Республики Казахстан.

SUMMARY

ZHUNUSSOVA D.K., AHELOVA SH.L., BAIZHIGITOVA A.R., TURGAMBAYEVA A.K.
JSC "Astana Medical University

THE LEVEL OF PUBLIC AWARENESS OF ASTANA ABOUT THE REFORMS ARE IMPLEMENTED IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Studied the attitude of the population to the quality and accessibility of health care, as well as the degree of

public awareness of the Astana of the health system of Republic of Kazakhstan. It was found that only half of the respondents uses provided free medical services. The level of public awareness of the health reform is very low, only 35%.

Keywords: public awareness, the attitude of the population to access to health care, health care reform of the Republic of Kazakhstan.



УДК: 614.2:005.3

ИБРАЕВ¹ С.Е., АБДУОВ² М.К., ДАУТОВА² Ж.Т.

¹АО «Медицинский университет Астана», Астана

²ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация

Система здравоохранения Казахстана стоит на пути кардинальных изменений. Необходимость развития корпоративного управления государственными активами не только в национальных холдингах и национальных компаниях, но и в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения в здравоохранении продиктовано временем активных мировых экономических трансформаций. В медицинских организациях требуется внедрение инновационных организационно-управленческих технологий и конкретных инструментов, которые многократно смогли бы увеличить эффективность их деятельности. В их основе лежат соблюдение принципов и кодекса корпоративного управления. Конкурентоспособность казахстанской медицины напрямую зависит от понимания нового видения управления современными клиниками и эффективного приведения системы корпоративного управления в соответствии с лучшей мировой практикой.

Ключевые слова: система здравоохранения, корпоративное управление, организационно-управленческие технологии.

Нестабильная ситуация в мировой экономике, непредсказуемость многих социально-политических процессов, ошеломляющая динамика трансформаций в мире создают предпосылки для более

активных и качественных преобразований в социально-экономической структуре национальных экономик. В этом ключе социальная политика государства призвана решать проблемы системного характера, обеспечивать регулирование социальных отношений для достижения стабильности в обществе. Важнейшая функция социальной политики - это минимизация социальных издержек, защита от жестокого воздействия рыночных отношений на различные слои населения. Проблемы социальной сферы относятся к так называемому «фиаско рынка», под которым подразумеваются сбои в механизме функционирования рынка, когда он не обеспечивает их эффективного решения. Поэтому эта сфера не может обойтись без поддержки государства [1].

Однако социальная сфера экономики не должна полностью ложиться тяжелым бременем на плечи государства. В Казахстане на основании Закона Республики Казахстан от 22 июня 1991 года № 695-XX «О разгосударствлении и приватизации» и проведенной политики приватизации был сформирован широкий слой частных собственников. В результате страна стала признанным государством с рыночной экономикой. Институт частной собственности является наиболее активным и предприимчивым участником социальных процессов, при этом способным нести полную социальную ответственность. Возникают различные органи-

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

зационно-правовые формы хозяйствования, осуществляющих свою деятельность с высокой степенью предпринимательского поведения на основе эффективных структур и методов управления.

Система здравоохранения представляет собой специфическую сферу для развития рыночных механизмов хозяйствования. С одной стороны она определяется стратегической направленностью, с другой стороны - особенностью ведения коммерческой деятельности.

Современная медицина требует постоянных вложений в ее развитие. Масштабные инвестиции в отрасль идут на техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, достижение и повышение показателей программ развития здравоохранения, формирования здорового образа жизни, повышения качества медицинских услуг.

Возникает необходимость в активизации реформ в здравоохранении, направленных на ее эффективность. Требуется пересмотр и приведение объема и структуры обязательств в области охраны и укрепления здоровья населения в соответствии с реальными финансовыми возможностями государства, выработки таких механизмов политики здравоохранения, которые обеспечат более рациональное использование финансовых и материальных ресурсов и в тоже время увеличат инновационную составляющую в целях расширения перспектив развития медицины.

Развитие рынка медицинских услуг в Казахстане осуществляется активными темпами. Несмотря на кризисные явления в экономике страны, медицинские организации сумели увеличить продажи почти на 20%. А именно, в первом квартале 2016 года можно отметить значительный рост рынка медицинских услуг, который составил 1257 млрд. Данный показатель вырос на 42 млрд., что на 19,5% больше по сравнению с соответствующим периодом 2015 года. Темпы роста увеличились более чем в 2 раза, так как в 2014 году прирост равнялся 8,8%. Таким образом, можно констатировать факт потенциала развития медицинского рынка Казахстана.

Политика укрепления и охраны здоровья населения страны сформирована на основе международного опыта с учетом стратегии ВОЗ «Здоровье-2020» и нацелена на создание оптимальных условий для формирования и сохранения здоровья населения, развитие системы общественного здравоохранения, которая будет интегрирована с первичной медико-санитарной помощью (ПСМП), соответствующими научно-исследовательскими институтами и программами.

Совершенствование управления системой здравоохранения будет происходить в условиях системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), основанной на внедрении рыночных механизмов; совершенствования лекарственного обеспечения; повышения эффективности управления человеческими ресурсами (УЧР). А так же создания новой модели госпитального менеджмента, развития инноваций и медицинской науки, а также развития инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства (ГЧП) и современных информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) [2].

В ходе реализации Государственной программы здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг., система здравоохранения была значительно модернизирована, внедрен комплекс современных механизмов, осуществлен ряд структурных преобразований, достигнут ряд значимых показателей. По интегральному показателю рейтинга ООН Индексу человеческого развития в 2014 году республика вошла в группу стран с высоким уровнем развития, заняв 70 место из 187 стран. А в 2015 году занял 56-е место, заметно улучшив свою позицию на 14 пунктов.

Модернизация системы здравоохранения Республики Казахстан является одной из важных задач в плане реализации пяти институциональных реформ Плана Нации «100 конкретных шагов». Шаг 81 «Развитие частной медицины, внедрение корпоративного управления в медучреждениях» предполагает создание конкурентной среды путём развития государственно-частного партнерства и внедрение современных принципов корпоративного управления в условиях социального медицинского страхования.

Начиная уже с этого года государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы предусматривается поэтапное внедрение интегрированной модели организации медицинской помощи, направленное на обеспечение ее полноты, качества и преемственности на всех уровнях системы здравоохранения. Четко определяются критерии, по которым необходимо совершенствовать и развивать качество и количество, предоставляемых медицинскими учреждениями услуг, основанные на мировых стандартах предоставления медицинских услуг.

В Казахстане уже имеется достойный пример развития системы корпоративного управления. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 13 мая 2008 года N451 было образовано

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АО «Национальный медицинский холдинг» со стопроцентным участием государства в его уставном капитале. Холдинг представляет собой «госпиталь будущего», объединяющий 6 инновационных объектов здравоохранения, расположенных на территории медицинского кластера города Астана. Это Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский детский реабилитационный центр, Республиканский диагностический центр, Республиканский научный центр нейрохирургии, Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи и Национальный научный Кардиохирургический центр.

В основу этой организации легла идея интеграции клинической практики с наукой и образованием, которая представляет собой современную тенденцию в развитых странах мира. Особенность этой системы заключается, прежде всего, в ее интеллектуальном содержании, синергетическом эффекте взаимодействия различных функциональных структур медицины.

Однако такие интеграционные процессы в медицинской практике будут эффективны только при условии:

- во-первых, должного организационно-правового оформления;
- во-вторых, оптимизации организационных структур;
- в-третьих, построения внутри- и межфирменных отношений компании в соответствии с принятыми целями [3].

В Национальный медицинский холдинг удачно внедрены все основные элементы корпоративного управления. Адаптированы принципы корпоративного управления в больничном управлении, урегулирована система взаимоотношений между акционером, Советом директоров, правлением, службой внутреннего аудита и управленческим аппаратом. Данный управленческий подход позволяет обеспечить принцип коллегиальности и прозрачности в принятии решений.

Модель корпоративного управления в клиниках Национального медицинского холдинга базируется на обеспечении интересов акционера в лице «Назарбаев Университета» путем внедрения и адаптации общепризнанных международных принципов корпоративного управления, заключающихся в следующем:

- обеспечение защиты прав акционера, использование системы корпоративного управления в качестве основного метода предварительного урегулирования и разрешения возникающих конфликтов интересов;

- обеспечение соблюдения установленных законодательством прав заинтересованных лиц и поощрение сотрудничества всех субъектов корпоративного управления в развитии Холдинга;

- обеспечение информационной открытости Холдинга и его клиник, своевременного и полного раскрытия информации по всем существенным вопросам финансово-хозяйственной деятельности;

- обеспечение эффективного выполнения управленцами своих функций, также подотчетность органов управления самому Холдингу и акционеру [4].

- АО «Национальный медицинский холдинг», ныне реорганизованный в Фонд представляет собой мощный задел в формировании модели корпоративного управления государственными активами в медицинских организациях. Правовой основой модели является Закон Республики Казахстан «О государственном имуществе» от 1 марта 2011 года, в котором государство выступает как субъект гражданско-правовых отношений. Сформировано правовое поле корпоративного управления госактивами не только через национальные холдинги, национальные управляющие компании и национальные компании, но и предусматривает внедрение элементов корпоративного управления в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения в социальных сферах, а именно здравоохранения и образования. Закон определяет состав госимущества, основания и порядки приобретения в государственную собственность имущества, владения, пользования, отчуждения, а также мониторинг, контроль и учет.

В рамках Государственной программы «Саламатты Қазақстан» государственным организациям здравоохранения предоставлена автономность, преобразована их организационно-правовая форма в государственное предприятие на праве хозяйственного ведения (далее - ПХВ).

На начало 2016 года в 630 медицинских организациях республики на праве хозяйственного ведения созданы 303 наблюдательных советов (далее - НС), т.е. в 48,1%.

В 10 Акционерных обществах республиканских организаций здравоохранения, подведомственных МЗ СР РК функционируют Советы директоров, в 20 республиканских медицинских организациях на праве ПХВ - созданы 15 НС.

В то же время ряд созданных НС функционируют формально, не соответствует структура органов управления корпоративным принципам (несоответствие состава, отсутствие независимых директоров, отсутствие коллегиальных исполнительных

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

органов), что приводит к неэффективному корпоративному управлению. Повышения эффективности их работы диктует необходимость совершенствования существующей нормативно-правовой базы, в т.ч. и по расширению полномочий НС.

Сейчас материальное и техническое оснащение медицинских организаций имеет достаточно высокий уровень. Основной проблемой является действующий подход к управлению. Переход государственных медицинских учреждений на принципы корпоративного управления предназначен решить эту проблему. Это означает внедрение таких инновационных организационно-управленческих технологий и конкретных инструментов, которые многократно смогли бы увеличить эффективность деятельности отечественных больниц и клиник. Посредством этого инновационного подхода будут достигнуты такие важные результаты, как повышение доступности, качества, прозрачности услуг за счет конкуренции. На основе финансирования ПМСП в условиях социального медицинского

страхования, будет обеспечена подотчетность органов управления, прозрачность и коллегиальность в принятии решений за счет четкого разделения медицинской, операционной и финансовой деятельности, а также путем привлечения различных экспертов (медиков, финансистов, юристов, представителей общественных организаций).

Весной 2016 года на национальном форуме «Корпоративное управление: новый взгляд на инвестиционную привлекательность Казахстана» обсуждались проблемы применения корпоративного управления в Казахстане и скорейшего приведения корпоративного управления отечественных компаний в соответствие с лучшей мировой практикой. По мнению участников форума, внедрение в нашей стране корпоративного управления сделает ее более привлекательной для инвесторов и позволит оживить казахстанский финансово-экономический рынок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мукашева Б.А., Дёмушкина Л.О. Государственное регулирование экономики: теория и практика: Учеб. пособие. - 2-е изд., доп. - Астана: Акад. гос. упр. при Президенте РК, 2008. - 291 с.

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.

2. Храброва И. А. Корпоративное управление: вопросы интеграции. Аффилированные лица, организационное проектирование, интеграционная динамика. - М., 2000. - С. 198.

3. АО «Национальный медицинский холдинг». Корпоративное управление http://www.nmh.kz/about_holding/management/.

ТҮЙІН

ИБРАЕВ¹ С.Е., АБДУОВ² М.К., ДАУТОВА² Ж.Т.

¹«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қ.

²ШЖҚ «№ 1 қалалық аурухана» МКК, Астана қ.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ КОРПОРАТИВТІК БАСҚАРУДЫ ДАМУДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ АЛҒЫШАРТТАРЫ

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі түбегейлі өзгерістер жолында тұр. Тек қана ұлттық холдингтер мен ұлттық компанияларда емес, сондай - ақ денсаулық сақтау жүйесіндегі шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарда мемлекеттік активтерді корпоративтік басқаруды дамытудың қажеттігі белсенді дүниежүзілік экономикалық трансформациялар кезеңімен шартталып отыр. Медициналық ұйымдарға қызметтің тиімділігін көп есе көбейтуі мүмкін инновациялық ұйымдастырушылық-басқарушылық технологиялар мен нақты құралдарды енгізу талап етіледі. Олардың негізінде корпоративтік басқару принциптері мен кодексі жатыр. Қазақстандық медицинаның бәсекелесу қабілеті заманауи клиникаларды басқарудың жаңа көрнісін түсінуге және үздік дүниежүзілік тәжірибеге сәйкес корпоративтік басқару жүйесін тиімді енгізуге тікелей тәуелді.

SUMMARY

IBRAEV¹ S., ABDUOV² M., DAUTOVA² ZH.

¹JSC “Astana medical university”, Astana city

²State communal company on right of economic management “Municipal Hospital № 1”

SOCIO-ECONOMIC BACKGROUND OF CORPORATE GOVERNANCE IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Kazakhstan’s health care system stands in the way of fundamental changes. The need for corporate management of state assets, not only in the development of national holdings and national companies, but also in state enterprises on the right of business in health care due to the time of active global economic transformations. In medical organizations require the introduction of innovative organizational and management techniques and specific tools that many times could increase the efficiency of their operations. They are based on the principles and the code of corporate governance. The competitiveness of the Kazakh medicine depends on the understanding of the new management vision of modern clinics and effectively bring corporate governance in line with international best practices.



УДК: 614.21:616-089-052:303.621.34(574.24)

НАМАЕВА К.А., ДУБИЦКИЙ А.А.

АО «Медицинский университет Астана»

**АНАЛИЗ ДАННЫХ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ №2 (АОБ №2)**

Аннотация:

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью является одним из показателей ее качества. В свою очередь, степень удовлетворенности зависит от изначальных ожиданий пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы. Изучение удовлетворенности пациентов позволяет формировать стратегию развития медицинской организации, дает возможность сравнивать между собой популярность отдельных лечебных программ, деятельность отдельных медицинских организаций и отделений в их структуре, врачей. Анализ показателей удовлетворенности медицинской помощи в зависимости от пола, возраста, места жительства,

образования позволяет разрабатывать конкретные мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи.

Актуальность темы. Удовлетворенность - это состояние консенсуса, согласия, совпадения ожидаемого пациентом результата взаимодействия и происходящего в действительности. В свою очередь, удовлетворенность медицинской помощью - это результат соотношения ожиданий и фактически полученной медицинской услуги, т.е. удовлетворенность медицинской помощью зависит от ряда субъективных ощущений и объективных факторов. Ориентация на динамику патологической симптоматики, как на единственный критерий

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

рий удовлетворенности медицинским обслуживанием, представляется в настоящее время слишком узкой концепцией. Собственное видение пациента, как потребителя услуг системы здравоохранения, становится центральным в концепции качества, реформируемого во всем мире медицинского обслуживания [1].

Изучение удовлетворенности лечением позволяет формировать стратегию развития медицинской организации, дает возможность сравнивать между собой популярность отдельных лечебных программ, деятельность отдельных медицинских организаций и отделений в их структуре, врачей.

Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием является одним из четырех составляющих понятия «качества медицинской помощи», предложенных Всемирной организацией здравоохранения. Качество медицинской помощи рассматривается, как совокупность свойств процесса оказания медицинской помощи, способствующих формированию у пациентов чувства удовлетворенности в ходе взаимодействия с медицинскими работниками, при достаточном ресурсном, квалификационном и технологическом обеспечении [2].

Для оценки удовлетворенности проводятся социологические опросы и мониторинг претензий пациентов. Они позволяют достоверно оценить достижение желаемых результатов. В анкете пациента, являющейся частью клинического протокола, пациент получает возможность высказать свое мнение о проведенном лечении. Пациенты знают о своих правах и о том, что могут активно участвовать в совершенствовании качества медицинской помощи.

Социологические исследования в медицинской организации проводятся регулярно страховыми компаниями и кабинетом медицинской профилактики медицинской организации. Разработанные анкеты включают в себя вопросы, связанные с са-

нитарно-гигиеническими условиями в отделении и в палате, отношением медперсонала к пациенту, оплатой медицинских услуг и препаратов, использованных при лечении в стационаре, динамикой состояния пациента в результате проведенного лечения, и предложения по улучшению работы отделений [3].

Несмотря на то, что оценка качества медицинской помощи пациентами носит сугубо субъективный характер, она в значительной степени зависит от того, как складываются отношения между пациентом, врачом и средним медицинским работником. При правильном построении взаимоотношений во время лечебного процесса происходит формирование авторитета врача и отношение к системе здравоохранения в целом у пациента.

Материалы и методы: Анкетирование было проведено на базе Акмолинской областной больницы №2, в хирургическом отделении, в анкетировании участвовало 60 пациентов хирургического стационара, возрастом старше 18 лет, анкетирование было добровольным, анкета содержала 12 вопросов, по одному ответу каждый.

Обсуждение: Анкетирование были использовано в рамках работы по оценке оказываемой медицинской помощи в хирургическом стационаре на базе Акмолинской областной больницы №2, анкета была утверждена Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 468.

Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи» в соответствии с подпунктом 40 пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», в целях совершенствования управления качеством медицинских услуг [4].

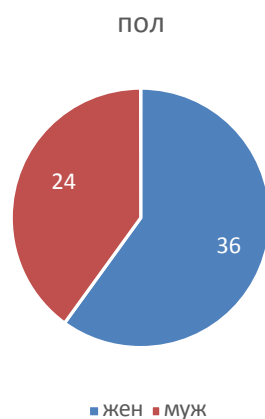


Рисунок 1. Разделение респондентов по полу.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Из данной диаграммы видно разделение респондентов по полу, женщин - 36, мужчин - 24.

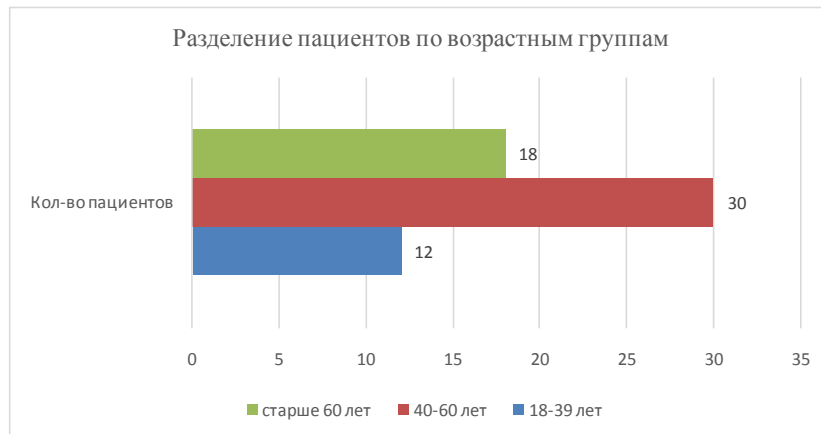


Рисунок 2. Разделение респондентов по возрасту.

На 2 рисунке респонденты разделены в возрастные группы, пациенты 1-ой группы 18-39 лет в количестве - 12, 2-ая группа 40-60 лет самая мно-

гочисленная, в количестве - 30, и 3-я группа пациентов возрастная категория, которой старше 60 лет - 18.

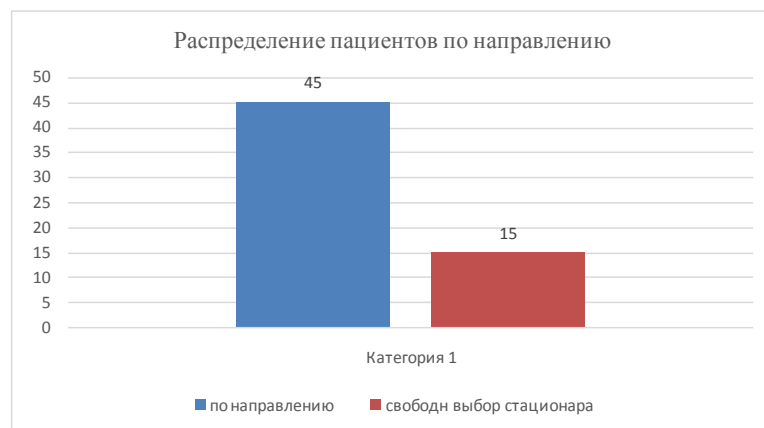


Рисунок 3. Распределение пациентов по направлениям в стационар.

Из рисунка 3, можно увидеть распределение респондентов по направлению с поликлиник по месту жительства, то есть направление с региональных районов, которые территориально относятся к АОБ №2, их 45, в большом количестве, и 15 респондентов с городских поликлиник и поликлиник других регионов, которые выбрали лечебное учреждение самостоятельно.

По 4-му вопросу «Долго ли Вам пришлось ждать врача в приемном покое пока Вас госпитализировали?», все респонденты отметили градацию «до 30 мин» одинаково.

По вопросу «О времени, прошедшем от направ-

ления на плановое оперативное лечение до госпитализации по регистрации «Бюро госпитализации» респонденты ответили следующим образом (рисунок 4): экстренно поступивших пациентов на момент опроса было - 26, по БГ направленные на плановое оперативное лечение разделились на три категории: 1-ая категория - пациенты, у которых прошло по времени от направления и до госпитализации 3 дня их было - 4, 2-ая категория 5 дней, их было - 24, и 3-я категория пациентов, которым понадобилось на все обследования до 7 дней, их было - 6.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ



Рисунок 4. Распределение пациентов по поступлению по БГ и экстренно.

На вопрос о приобретении лекарств, изделий медицинского назначения респонденты ответили следующим образом: 38 пациентов ответили «да», что сами приобретали «изделия медицинского назначения» и лекарства, а именно эластичные бинты или чулки, которые были использованы ими «вовремя» и «в послеоперационный период» таких пациентов было - 26, 4 пациента приобрели «сетчатый протез» при грыжах, и 8 пациентов приобрели лекарства в виде гепатопротекторов.

На вопрос об оплате за диагностическое мероприятие, 4 респондентов ответили утвердительно, по обоснованиям в медицинской карте пациентов, ответивших утвердительно, выяснилось, что в ходе диагностического алгоритма основного заболевания возникла необходимость сделать у 1 пациента КТ абдоминально и забрюшинного пространства, и у 3-х пациентов РХПГ, для решения вопроса об оперативном лечении.

На вопрос об оценке по «5 бальной» шкале об удовлетворенности условиями стационара, 3 респондента поставили «4 балла», как выяснилось, это были пациенты, госпитализированные на платной основе и лежали в одиночной палате без сан. узла (в палате имелась только раковина для умывания), что вызвало определенные неудобства, остальные 57 респондента дали оценку «5 баллов».

На вопрос об оплате каких либо, манипуляций или операций, те же 3 респондента, которые были госпитализированы на платной основе ответили утвердительно, остальные 57 пациента ничего не оплачивали.

И наконец, на вопросы «удовлетворены ли Вы

квалификацией Вашего лечащего врача?» и «удовлетворены ли Вы оказанной медицинской помощью данного стационара?» все респонденты однозначно ответили утвердительно.

Выводы. По проведенному анкетированию можно сделать следующие выводы:

- пациенты, поступающие в стационар 50% из всех поступающих в основном работающие, то есть социально активная группа;

- по ответам пациентов в отделении о выборе стационара: «свободный выбор» сделали 25% пациентов, то есть пациенты поступают не только по направлению от региональных поликлиник, но и с городских поликлиник, что говорит о работе сайта больницы, квалификации врачей стационара и о качестве оказываемой медицинской помощи стационара;

- по времени госпитализации плановых пациентов по БГ, самое долгое время ожидания «7 дней», и необходимо отметить, что данное время уходит на обследования и консультацию необходимых специалистов, то есть возможно ускорить это время, и пациенты отмечают, что трудностей по этому поводу не возникало, и все обследования и консультации они проходили «не торопясь»;

- на вопрос «о приобретении лекарств, изделий медицинского назначения» около 63% пациентов ответили утвердительно, и 5% пациентов отметили «о неудобствах в стационаре», но несмотря на это все пациенты были удовлетворены квалификацией своего лечащего врача и удовлетворены оказанной медицинской помощью.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вишняков Н.И. «Мнение пациента, как важный критерий качества медицинской помощи»// Проблемы управления здравоохранением, 2009г. №3, С.43-45;
2. Русинова Н.Л. «Предикторы удовлетворенности потребителем первичного здравоохранения»//Социология медицины, 2006г. №2, С 26-31;
3. Столярова Е.А., Федорова Э.В. «Удовлетворенность пациентов, как индикатор качества медицинской помощи»//Вестник общественного здоровья и здравоохранения Восточного региона России, 2013 г.№1.С.55-60.
4. «Методические рекомендации по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи» утверждена Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 468, приложение №2.

ТҮЙІНДЕМЕ

НАМАЕВА К.А., ДУБИЦКИЙ А.А.

№2 АҚМОЛА ОБЛЫСТЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРЫ НАУҚАСТАРЫНА ЖҮРГІЗІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАНАҒАТТАНУ САУАЛНАМАЛАРЫНА ТАЛДАУ

Науқастардың алған медициналық көмегіне қанағаттануы - оның сапалық көрсеткіштерінің бірі. Өз тарапынан, науқастардың қанағаттану дәрежесі - денсаулық сақтау саласының оларға көрсете алатын сапасы мен науқастың өзінің күткен сапасына сәйкестігі. Сауалнама талдауы көрсеткендей, науқастың медициналық көмекке қанағаттануы көп жағдайда жынысына, жасына, тұрғылықты жеріне, біліміне байланысты, бұл медициналық көмек сапасын арттыруға бағытталған нақты шаралар әзірлеуге мүмкіндік береді.

SUMMARY

NAMAYEVA K.A., DUBITSKII A.A.

PATIENT SATISFACTION, AS AN INDICATOR OF THE QUALITY OF HEALTH CARE IN AKMOLA REGIONAL HOSPITAL №2.

Patient satisfaction is an important indicator of the quality of health care. To better elaborate strategies of health care systems reforms, policy-makers need to know what factors influence patient satisfaction and expectations. Satisfaction studies of patients allows to form the strategy of development of the medical organization, gives the opportunity to compare the popularity of individual treatment programs, the activities of the individual health care organizations and branches within their structure, doctors. Analysis of indicators of satisfaction with medical care depending on sex, age, place of residence, education allows to develop the specific activities aimed at improving the quality of medical care.



УДК 616.379-052-08:614.212(574.25)

Н.С.СЕРИКБАЕВ, Р.З. МАГЗУМОВА

АО «Медицинский университет «Астана»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖКИ САМОМЕНЕДЖМЕНТА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИК Г. ПАВЛОДАРА

Аннотация:

Изучены некоторые ретроспективные показатели, уровень артериального давления, уровень гликированного гемоглобина, липопротеинов низкой плотности у 174 больных сахарным диабетом (126 (72,4%) женщин и 48 (27,6%) мужчин средний возраст которых составил 59,6 лет) на начало участия в Программе управления заболеваниями и по истечению 6 месяцев. Участники использовали навыки и техники самоменеджмента, учились управлять заболеванием и справляться с симптомами. Оценивался уровень самоэффективности, как важный аспект успешности лечебных мероприятий. Каждый участник дал письменное информированное согласие на участие в исследовании. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения «SPSS-13». Уровень ЛПНП значимо не отличался у обеих групп $3,82 \pm 1,3$ и $4,01 \pm 1,2$ ммоль/л, особенных отличий нет и в уровне HbA_{1C} $7,50 \pm 1,6$ и $7,75 \pm 1,8\%$. При этом у пациентов с положительной динамикой уровня уверенности наблюдается статистически значимое снижение среднего значения HbA_{1C} $7,85$ и $6,75\%$ ($p < 0.001$).

Ключевые слова: сахарный диабет, самоменеджмент, Программа управления заболеваниями, Республика Казахстан.

Актуальность.

Одной из задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы является создание эффективной системы здравоохранения, основанной на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан [1]. Внедрение механизма солидарной ответственности граждан за охрану своего здоровья необходимо осуществлять через Программу управления заболеваниями (далее - ПУЗ). ПУЗ - это система скоординированных и интегрированных медицинских вмешательств и коммуникаций для определенных групп пациентов с хроническими заболеваниями, в которой важным компонентом является улучшение ведения самоменеджмента [2]. Самоменеджмент - это способность отдельного человека управлять симптомами, лече-

нием, физическими и психологическими последствиями и изменением образа жизни, присущими при хронических заболеваниях [3]. Результаты исследований подтверждают значительную роль самоменеджмента больных в борьбе с хроническими заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом. [4]. На 2015 год заболеваемость сахарным диабетом составила 172,7 на 100 тыс. населения [5].

На данный момент в Казахстане нет достаточно полных научных исследований по изучению влияния самоменеджмента больных сахарным диабетом на индикаторы эффективности лечения.

Цель работы:

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности поддержки самоменеджмента больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования:

На примере модели когортного исследования нами в 2015-2016 гг. было проведено изучение эффективности мероприятий в рамках самоменеджмента среди 174 больных сахарным диабетом поликлиник № 1 и 4 города Павлодара, участников ПУЗ. В исследовании участвовали прикрепленное к поликлинике пациенты, давшие согласие на заключение контракта об участии в ПУЗ. Не включались пациенты, давшие согласие участвовать с другими терапевтами и специалистами, не входящими в группу пациентов ПУЗ, чтобы исключить внешние влияния. Не включались дополнительные пациенты, пожелавшие участвовать в ПУЗ после финального отбора, так как это может повлиять на результаты мониторинга и оценки.

Был измерен уровень самоэффективности, как один из важных компонентов улучшения состояния здоровья. Согласно определению, данное А. Бандурой, самоэффективность - это убеждения человека относительно его способности управлять событиями, воздействующими на его жизнь [6]. Убеждения в самоэффективности влияют на мотивацию и на успешность деятельности, а также на способность справляться с проблемами и трудностями. Исследования показывают, что чувство контроля над событиями помогает человеку преодолеть стрессовые жизненные обстоятельства [7]. Ряд других исследований утверждает о важно-

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

сти самоэффективности в улучшении состояния здоровья участников программ управления заболеваниями [8,9,10,11]. Уровень самоэффективности определялся по шкале от 0 до 10 во время мотивационного консультирования. Проводили антропометрические измерения роста (см) и массы тела (кг), измеряли систолическое и диастолическое давление (мм рт ст). Определяли уровень гликированного гемоглобина - HbA_{1c} (%), а также уровень липопротеинов низкой плотности - ЛПНП (ммоль/л). Помимо этого оценивался статус курения.

Все исследования проводились у больных на начало участия в программе и по истечению некоторого времени. Исследования проводились с согласия пациентов на условиях оговоренных в контракте. Каждому больному предварительно звонили, давали краткую информацию, а непосредственно перед проведением исследования разъясняли его цель и значение и давали другую информацию об исследовании. У всех участников получали разрешительные, подтверждающие подписи и согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ результатов исследования были проведен с помощью программы

«SPSS-13». Результаты представляли в виде относительных величин, средних (M), медиан (Me), стандартных ошибок (SE), доверительных интервалов (SD). Разницу абсолютных показателей определяли с помощью критерий Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения:

Среди 174 пациентов, участвовавших в исследовании, было 126 (72,4%) женщин и 48 (27,6%) мужчин средний возраст которых составил 59,6 лет. Самому молодому участнику на момент исследования составило 32 года, самому старому 76 года. Значительная часть (99%) на момент первого обследования не курили, 2 участников подтвердили статус курения и на момент второго обследования продолжали курить.

Результаты определения основных антропометрических показателей, уровень систолическое и диастолическое давления, показатели HbA_{1c}, ЛПНП больных с сахарным диабетом на начало программы и по истечению времени (II) указано в таблице 1.

Таблица 1. Антропометрические, клинические и лабораторные показатели крови больных участников ПУЗ.

Показатели	I	II
Вес (кг)	79,3	80,2
Индекс массы тела (кг/м ²)	29,6	29,8
Систолическое давление (мм рт ст)	133,4	129,9
Диастолическое давление (мм рт ст)	82,4	81,3
Уровень HbA _{1c} (%)	7,50	7,75
Уровень ЛПНП (ммоль/л)	3,8	4,0

Результаты исследования показали, что индекс массы тела у 84,48% был выше нормы, при этом у 45% ИМТ соответствовало стадии ожирения. Общее ожирение на 15,7% чаще встречалось у женщин, чем у мужчин. Показатели артериального давления примерно равны: среднее систолическое давление у мужчин 134, против 133 у женщин. Уровень ЛПНП значимо не отличался у обеих групп $3,82 \pm 1,3$ и $4,01 \pm 1,2$ ммоль/л, особенных отличий нет и в уровне HbA_{1c} $7,50 \pm 1,6$ и $7,75 \pm 1,8$ %.

Уровень уверенности повысился у 22 (12,4%)

человек, у большинства участников (140 (80,46%)) уровень уверенности остался неизменным (таблица 2). При этом у пациентов с положительной динамикой уровня уверенности наблюдается снижение среднего значения HbA_{1c} 7,85 и 6,75%. Похожая ситуация наблюдается с показателями ЛПНП: 4,0 и 3,9 ммоль/л. По результатам расчета критерия Вилкоксона различия между уровнями гликированного гемоглобина на начало проекта и по истечению времени оказались статистически значимыми ($p < 0.001$).

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таблица 2. Показатели уровня гликированного гемоглобина, липопротеинов низкой плотности участников ПУЗ в разрезе тенденций уровня уверенности.

Уровень уверенности	n	HbA _{1c} (I*), %	HbA _{1c} (II**), %	ЛПНП (I), ммоль/л	ЛПНП (II), ммоль/л
положительная тенденция	22	7,85	6,75	4,01	3,9
остался неизменным	140	7,41	7,83	3,83	4,01
отрицательная тенденция	12	7,8	8,6	3,52	3,78

*уровень на начало участия в ПУЗ

**уровень по истечению времени.

Выводы:

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены значимые различия уровней гликированного гемоглобина на начало программы и по истечению времени у участников ПУЗ с положительной тенденцией самоэффективности, однако в целом антропометрические, клинические и

лабораторные показатели остались неизменными. Результаты исследования могут свидетельствовать о низкой эффективности мер по поддержке самоменеджмента. Для более полной оценки эффективности обучения больных с сахарным диабетом требуется продолжение подобного исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная Программа развития развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176.
2. Canadian Society for International Health. Программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями в Казахстане: Обучающая сессия. Апрель, 2015.
3. Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. : Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling 48: 177- 187, 2002.
4. Zwar NA, Harris M, Griffiths R, et al. A systematic review of chronic disease management. Canberra: APHCRI. (2006).
5. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году. Статистический сборник. - Астана, 2016.
6. Bandura, A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998).
7. Lenker S., Lorig K., Gallagher D. Reasons for the lack of citation between changes in health behavior and improved health status: An explanatory study. Patient education and counseling. 1984, 6:69-72.
8. Corbin J, Strauss A. Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.
9. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care. 1999;37:5-14.
10. Blustein J, Valentine M, Mean H, Regenstein M. Race/Ethnicity and patient confidence to self-manage cardiovascular disease. Medical Care. 2008;46(9):924-929.
11. Clark NM, Dodge JA. Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. Health Educ and Behav. 1999;26(72):72-89.

ТҮЙІНДЕМЕ

Н.С.СЕРІКБАЕВ, Р.З.МАҒЗУМОВА
«Астана медицина университеті» АҚ, Астана

ПАВЛОДАР ҚАЛАСЫ ЕМХАНАЛАРЫ ДЕҢГЕЙІНДЕ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨЗІНДІК МЕНЕДЖМЕНТІН ҚОЛДАУ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Ауруларды басқару бағдарламасына қатысқан бастапқы уақытында және 6 ай өткеннен кейін қант диабетімен ауыратын 174 науқаста (орташа 59,6 жасты құрайтын 126 (72,4%) әйел және 48 (27,6%) ер-

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

лер) антропологиялық көрсеткіштер, артериальды қан қысымының деңгейі, гликирленген гемоглобин деңгейі, тығыздығы төмен липопротеиндердің деңгейі зерттелген. Қатысушылар өзін-өзі басқару дағдылары мен техникаларын қолданды, ауруды басқаруды және симптомдармен күресуді үйренді. Емдік іс-шаралардың табыстылығының маңызды аспектісі ретінде, жеке әсерінің тиімділік (эффективтілік) деңгейі бағаланды. Ақпараттандырылған әрбір қатысушы зерттеуге қатысу туралы жазбаша келісімін берді. Статистикалық талдау «SPSS-13» бағдарламалық қамтуды пайдалана отырып жүргізілді. Екі топта ТТЛП деңгейінде аса қатты айырмашылық жоқ ($3,82 \pm 1,3$ және $4,01 \pm 1,2$ ммоль/л), HbA_{1c} деңгейінде де аса қатты айырмашылық жоқ ($7,46 \pm 1,6$ және $7,79 \pm 1,8\%$). Бұл кезде сенімділік деңгейінің оң серпіні бар науқастарда статистикалық маңызды HbA_{1c} орташа шамасының төмендеуі байқалады $7,85$ және $6,75\%$ ($p < 0.001$).

SUMMARY

SERIKBAYEV N., MAGZUMOVA R.

JSC “Astana medical university”, Astana city

ASSESSING EFFECTIVENESS OF SELF-MANAGEMENT SUPPORT FOR PATIENTS WITH DIABETES AT CLINICS IN THE PAVLODAR

Some anthropometric indicators, level of arterial pressure, glycated hemoglobin, low-density lipoproteins in 174 patients (126 women (74%), 48 (27.6%) men, middle age 59.6 years) with diabetes mellitus in initiation of participating Disease management program as well as in 6 month later. Participants used skills and technique of selfmanagement, learn to manage own disease and symptoms. Level of self-efficacy as main aspect of medical therapies were estimated. Each participant gave the written informed consent for participation in research. The statistical analysis was carried out with the use of the software of “SPSS-13”. The level of LDP did not differ significantly ($3,82 \pm 1,3$ и $4,01 \pm 1,2$ mmol/L), there is not difference between levels of HgA_{1c} ($7,46 \pm 1,6$ и $7,79 \pm 1,8\%$). Wherein patient with positive dynamics of confidence level show statistically significant decrease of HgA_{1c} $7,85$ and $6,75\%$ ($p < 0.001$).



УДК, 614.2:368.942(574.24)

**ТУРГАМБАЕВА А.К.¹, АБДУЛДАЕВА А.А., ЖАНАЛИЕВА М.К.,¹ ХИСМЕТОВА З.А.²,
БУКЕЕВА Ж.К.¹,**

АО «Медицинский университет Астана»¹,
Медицинский университет, г. Семей²

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АСТАНА О ВВЕДЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Аннотация:

В данной статье описывается анализ информированности населения о предстоящих реформах Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) в Казахстане, удовлетворенность нынешним уровнем оказания медицинских услуг

в Республике, что определяет актуальность данного исследования, его цели и задач. В ходе данного исследования были использованы следующие методы исследования: статистический; социологический (анкетирование, интервьюирование); информационно - аналитический.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

В анкетном исследовании приняли участие 2020 граждан, из них 530 (26,2%) граждан мужского пола и 1490 (73,8%) женского. Результат анкетирования показал, что 72,5% дали подтверждению о необходимости введения ОСМС, а остальные 27,5% не до конца воспринимают, и/или не представляют чего ожидать от внедрения страховой медицины в нашей стране.

Ключевые слова: медицинское страхование, социальное страхование, информированность, медицинские услуги, конкурентоспособность.

Введение. В своем Послании Народу Казахстана Глава государства отметил о необходимости изучения вопроса по введению обязательного социального медицинского страхования [1].

Внедрение в Казахстане с 2017 года обязательного социального медицинского страхования позволит обеспечить солидарную ответственность государства, работодателей и граждан за здоровье, а также повысить качество и доступность медицинских услуг, в первую очередь, за счет приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, развития частной медицины и повышения конкуренции между медицинскими организациями [2,3].

Поэтому представляется необходимым изучение действующей в республике и разработка более рациональной организационно-функциональной модели обязательного социального медицинского страхования. Необходим анализ практики подготовленности и информированности населения о предстоящих переменах в здравоохранении Казахстана, в связи с переходом на обязательное социальное медицинское страхование с детальным изучением степени удовлетворённости граждан полученными медицинскими услугами на каждом этапе осуществления и введения ОМС, что и определяет актуальность настоящего исследования, его цель и основные задачи.

Таким образом, с переходом на обязательное социальное медицинское страхование (далее ОСМС) необходимо провести анализ информированности населения о предстоящих реформах, удовлетворенность нынешним уровнем оказания медицинских услуг в Республике, что определяет актуальность данного исследования, его цели и задач.

Цель исследования

Оценить уровень информированности населения города Астана о введении обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан.

Задачи исследования:

Провести анализ информированности населения города Астана о введении ОСМС.

Разработать практические рекомендации для улучшения информированности населения об ОСМС.

Научная новизна

Впервые проведено анонимное анкетирование населения (2020 человек) для оценки информированности о ОСМС, позволяющее оценить уровень осведомленности.

Практическая значимость

ОСМС является одним из рычагов повышения экономической заинтересованности и ответственности организаций здравоохранения и медицинских работников за конечный результат своей деятельности, а также развития конкурентноспособной среды между медицинскими организациями. В свою очередь, медицинское страхование также может повысить экономическую заинтересованность как самого населения в сохранении собственного здоровья, так и в интересах государства, несмотря на то, что страховая медицина считается в тоже время затратной.

Материалы и методы исследования

В ходе данного исследования были использованы следующие методы исследования: статистический; социологический (анкетирование, интервьюирование); информационно - аналитический.

Анкета содержала 29 вопросов, касающихся возраста, социального статуса, частоты обращений в медицинское учреждение, какой процент от заработной платы готовы вносить в ОСМС, а также знаний преимуществ и недостатков, прав и обязанностей при пользовании услугами медицинского страхования.

В анкетном исследовании приняли участие 2020 граждан, из них 530 (26,2%) граждан мужского пола и 1490 (73,8%) женского. С целью получения достоверной информации анкетирование было анонимным, что позволяло респонденту откровенно отвечать на вопросы. Опрос проводился непосредственно автором работы при добровольном согласии респондентов. Перед анкетированием респондентам объяснялась цель опроса и гарантировалась использование данных строго в научно-исследовательских целях.

В работе использованы абсолютные и относительные величины. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы Excel.

При подготовке данного исследования использовалось множество источников литературы.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Результаты и обсуждение. Опрос в основном проводился в местах торговли продуктами и бытовыми вещами, т.е. в торговых домах, поэтому львиная доля респондентов составляет продавцы или лица, задействованные в торговле (владельцы бутиков) - 1300 человек. А так же 80 работника общественного питания, 440 студентов различных образовательных учреждений 4-5 курсов, лица, также работающие подавляющее число в сфере обслуживания - 60 таксистов, 60 парикмахеров, 80 работников на государственной службе.

По возрастному составу респонденты распределились следующим образом: от 21 года до 30 - 540 человек, от 31 до 45 лет - 840 человек, от 45 до 65 лет - 620 человек, лица пенсионного возраста - 60 человек (таб. 1).

По данным выше изложенного основную часть респондентов составили лица до 45 лет.

Из 2020 опрошенных респондентов 1120 человек ответили, что знают о вступлении нового законопроекта, соответственно 900 - не знали (рис. 1).

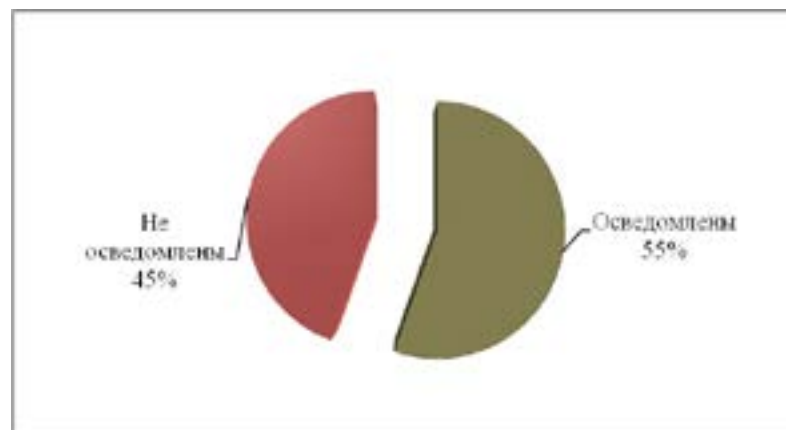


Рисунок 1 - Осведомленность населения о вступлении в силу законопроекта о введении ОСМС в РК

Из 900 человек, не знавших о вступлении законопроекта, 60 парикмахеров и 840 продавца.

При оценке уровня оказания медицинской помощи, 760 человек (37,62%) ответили положи-

тельно, 440 (22,78%) не ждут никаких изменений, а 820 респондентов (40,59%) затруднились ответить (рис. 2).



Рисунок 2 - Ожидание населения от введения ОСМС

Согласно законопроекту о ОСМС, работодатель будет обязан выделять для своих рабочих 5% от фонда оплаты труда. С этим условием согласны

45% опрошенных, 15% - отрицательно, а 40% - затруднились ответить (рисунок 3).

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ



Рисунок 3 - Отношение населения к обязательным взносам в фонд ОСМС

Также вышеуказанному законопроекту работники будут обязаны выделять 2% от дохода, самозанятое население 7% от дохода на ОСМС, а за социально уязвимые слои населения отчисления будут производить государство. 63% респондентов согласны с этим условием, 25% - против, 12% опрошенных затруднилось ответить (рисунок 3).

По результатам исследования 20% населения обращаются за медицинской помощью минимум раз в три месяца, 63% - раз в пол года, 17% респондентов пользуются медицинскими услугами раз в год. Не нашлось таких людей, которые не обращаются в медицинские учреждения вообще (рисунок 4).

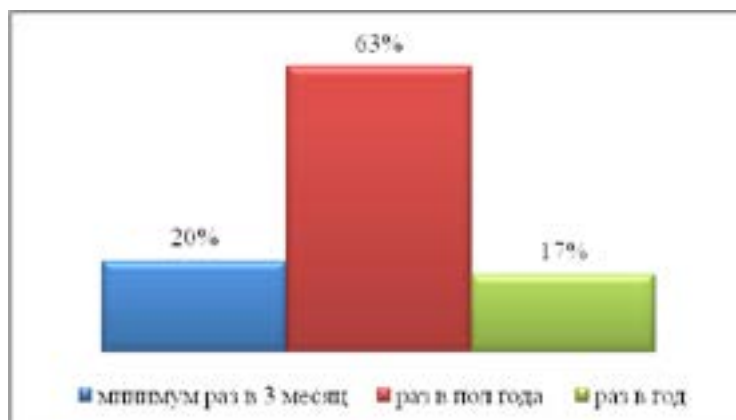


Рисунок 4 - Частота обращения населения в медицинские учреждения

Введение Социального страхования в Республике Казахстан как упоминалось выше, предполагает создание фонда, на основе которого происходит финансирование и распределение бюджета, что в значительной мере поможет стабилизации экономической ситуации страны на фоне общемирового кризиса, т.е. граждане должны активно принимать участие в формировании фонда.

В развитых странах на медицинское страхование выделяется минимум 14% от дохода (половину выплачивает работодатель, вторую половину рабочий). На вопрос: сколько % от доходов достаточно выделять в пользу фонда, респонденты ответили

следующим образом: 70% респондентов считают, что достаточно отчислять 5-10% от суммарного дохода, 9% - 10-15%, а 21% опрошенных считают, что достаточно 0,1-2% от доходов граждан.

В процессе исследования было важно узнать удовлетворенность населения нынешним уровнем оказания медицинской помощи. Результаты опроса выглядят весьма не радужно: 88% респондентов ответили, что не довольны нынешним уровнем оказания медицинской помощью и согласились в потребности реформ в области здравоохранения (рисунок 5).

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Рисунок 5 - Удовлетворенность граждан в нынешнем уровне оказания медицинской помощи

Так же согласно данным анкетирования 63% респондентов не смогли ответить, чем отличается Добровольное медицинское страхование от ОСМС и 70% граждан пользуются государственными медицинскими учреждениями и лишь 30% прибегают к услугам частных клиник.

На вопрос о виде источника, при помощи которого опрошенные узнали о скором вступлении в силу законопроекта о создании фонда ОСМС, 36%

респондентов узнали от родственников и знакомых, оставшиеся 64% - при помощи СМИ.

В условиях конфиденциальности личных данных (таб.), население без труда согласилось обозначить свой примерный годовой доход, в результате чего мы получили следующие числа: 18% зарабатывают до 750 тыс. тенге в год, 37% от 750 тыс. до 1,2 млн. тенге в год, 26% - от 1,2 до 2 млн. тенге в год и 19% от 2 млн. тенге и больше.

Таблица - Примерный годовой доход респондентов

% опрошенных	Зарботная плата
18%	До 750 тыс. тг.
37%	От 750 тыс. до 1,2 млн. тг.ц
26%	От 1,2 млн. тг. до 2 млн.тг.
19%	2 млн. тг. и более

Заключение. Таким образом, если совершенствовать внедрение системы ОСМС с учетом ошибок прошлых внедрений позволит стимулировать развитие медицинских учреждений, повысит эффективность и качество медицинского обслуживания, доступность основных медицинских услуг, ответственность населения за свое здоровье, также позволит в полной мере реализовать право человека по принципу - выбор врача. Сегодня в Казахстане приобретают медицинскую страховку для своих работников в основном крупнейшие национальные компании, Холдинги. Мы все привыкли к тому, что у нас здравоохранение должно быть бесплатным. Это по большому счету абсолютно неправильно, учитывая, как мы распоряжаемся своим здоровьем. Такое ощущение, что человеку самому его собственное здоровье не нужно. Они выпивают, курят, злоупотребляют едой, нет фи-

зической компенсации той энергии, которую они получают, попросту говоря, «получая калорийную пищу, а выхода этой энергии нет». Также результат анкетирования показал, что 72,5% дали подтверждению вышесказанному, а остальные 27,5% не до конца воспринимают, и/или не представляют чего ожидать от внедрения страховой медицины в нашей стране. В связи, с чем на основании нашего исследования предлагаются следующие практические рекомендации:

1) Учитывая, неосведомленность и низкую грамотность населения, что может стать некоторым препятствием при проведении этой важной реформы в здравоохранении, необходимо развивать волонтерство среди молодого населения для улучшения информированности.

2) Проводить разъяснительную работу с помощью СМИ, различных буклетов, семинаров.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана. 17 января 2014 г.
2. <https://primeminister.kz/news/show/26/kazahstanskaja-model-sotsialnogo-strahovanija-nadezhnost-pljus-dohodnost-/03-10-2014?lang=ru>
3. Концепция внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан до 2030 года. www.zakon.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

**ТУРГАМБАЕВА А.К.¹, АБДУЛДАЕВА А.А., ЖАНАЛИЕВА М.К.,¹
ХИСМЕТОВА З.А.², БУКЕЕВА Ж.К.¹,**

АСТАНА ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ҚАЗАҚСТАНДА МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ АҚПАРАТТАНУЫ

Осы мақалада зерттеудің өзектілігі, оның алдағы мақсаттары мен міндеттерін айқындайтын Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) реформалары туралы халықты ақпараттандыру, Республикадағы медициналық қызмет көрсету мен қанағаттанудың қазіргі деңгейіне талдауы сипатталған. Зерттеу барысында статистикалық; әлеуметтік (сауалнама, сұхбат); ақпараттық-талдамалық әдістер қолданылды.

Сауалнамалық зерттеуге 2020 азаматтар қатысты, олардың ішінде 530 (26,2%) ер азаматтар, 1490 (73,8%) әйелдер. Сауалнама нәтижесі көрсетті: 72,5% МӘМС енгізу қажеттігі туралы біледі, ал қалған 27,5% толық қабылдамайды, және/немесе медициналық сақтандырудан нені күтуге болады білмейді.

Түйінді сөздер: медициналық сақтандыру, әлеуметтік сақтандыру, ақпараттану, медициналық қызмет көрсету, бәсекеге қабілеттілік.

SUMMARY

**TURGAMBAYEVA A.K.¹, ABDULDAYEVA A.A., ZHANALIYEVA M. K.¹, KHISMETOVA Z.A.²,
BUKEYEVA J.K.¹**

JSC "Astana Medical University"¹,
Medical University, Semey State²

AWARENESS AMONG THE POPULATION OF ASTANA ON THE INTRODUCTION OF MANDATORY SOCIAL HEALTH INSURANCE IN KAZAKHSTAN

This article describes the analysis of the awareness of the population about the forthcoming reforms of Mandatory social health insurance (MSHI) in Kazakhstan, satisfaction with the current level of medical services in the Republic, which determines the relevance of this study, its aims and objectives. In this study we used the following research methods: statistical; sociological (questionnaires, interviews); information - analytical.

In a questionnaire study involved 2020 citizens, of which 530 (26,2%) male citizens and 1490 (73,8%) female. The result of the survey showed that 72,5% gave evidence of the need for the introduction of the MSHI, and the other 27.5% did not perceive until the end, and/or no idea what to expect from the introduction of health insurance in our country.

Key words: medical insurance, social insurance, awareness, medical services, competitiveness.



UDC: 614.2(574)

ABILDINA A.

Department of postgraduate education
Astana medical university
Astana, Kazakhstan

THE PRINCIPLES OF IMPLEMENTATION RESEARCH USING POSSIBILITIES TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL TECHNOLOGIES IN PRACTICAL HEALTHCARE.

Quality of Healthcare - the actual case for many countries including for the developed, for that subject is devoted a brunch of researches. In Kazakhstan, the quality management of healthcare is under focus of the Head of the state. At the enlarged session of the Government in Astana (May, 6th, 2015), the President of the Republic of Kazakhstan Nursultan Nazarbayev designated 100 concrete steps to realizing the five institutional reforms "The plan of the Nation", where he marked about creation of the joint commission on quality of medical service at the Ministry of Health and Social Development [1]. The main propose - introduction of advanced standards of medical care (treatment protocols, training, provision of medicines, quality control and accessibility).

Implementation research is a burgeoning area of scientific inquiry focused on examining the process and contextual factors that affect the ability for a proven intervention to make evidence-based practices part of routine health care workflow [2]. This approach is less concerned with the design and testing of either the intervention or the evidence-based practice it may aim to achieve adherence to than with understanding how interventions can be translated or scaled up in new environments. Implementation research has been applied successfully in a variety of settings to improve the uptake of proven interventions, ultimately benefiting care coordination, teamwork, quality reporting, and guideline adherence [3]. However, in practice, translating intervention efforts still often proceeds differently from planning despite the lessons learned from implementation science. This discrepancy contributes to the wide gap between findings that are expected based on the results of scientific studies and actual findings that result from the implementation of an innovation into clinical or organizational practice [3-15].

Key words: implementation science, intervention effectiveness assessment, translation research, knowledge translation, dissemination.

Relevance. Creation of a modern and efficient healthcare system is one of the primary objectives in

the policy of Kazakhstan, voiced by the head of the state in the government strategy "Kazakhstan 2050" as well. At the same time conditions of the growing impact of the global economic crisis and strengthening of the internal and external challenges to national health systems becomes particularly relevant innovative development of health systems based on the latest medical and pharmaceutical science, as well as improving the efficiency of solutions. Today, more than ever, the public health sector has effective interventions and experience with practical ways to adapt them to local context [4]. "How many child deaths can we prevent this year?" Implementation research examines strategies to use this knowledge and scale up innovations into sustainable programs that can solve health problems for more people. Implementation research attempts to take what we know and turn it into what we do [5]. The world healthcare system is in a period of unprecedented change. The threats posed by increasing health care costs and the growing consensus that much of current spending is wasted have stimulated a broad array of public and private initiatives aimed at improving care and lowering costs: new technologies, increased investments in patient-centered outcomes research, public reporting on the quality and cost of care, pay-for-performance initiatives; and continued efforts to adopt value-based payment models [6]. Numerous interventions found to be effective in health services research studies fail to translate into meaningful patient care outcomes across multiple contexts. Health services researchers recognize the need to evaluate not only summative outcomes but also formative outcomes to assess the extent to which implementation is effective in a specific setting, prolongs sustainability, and promotes dissemination into other settings. Many implementation theories have been published to help promote effective implementation [7]. However, they overlap considerably in the constructs included in individual theories, and a comparison of theories reveals that each is missing important constructs included in other theories. In addition, terminology and definitions are not consistent across theories. Over the past few years several major world medical science

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

organizations have reported and highlighted the gap between the knowledge of effective treatments and services currently being received by consumers [8]. International reports “agree that we know much about interventions that are effective but make little use of them to help achieve important behavioral health outcomes for children, families, and adults nationally” as well. Hence, the reports’ authors call for applied research to better understand service delivery processes and contextual factors to improve the efficiency and effectiveness of program implementation at local, state, and national levels.

Study purpose: Exploration of possibilities the implementation research principles adaption into the health care system of Kazakhstan.

Materials and methods of study: The methods of content analysis of regulatory legal acts of the Republic of Kazakhstan have been identified legal aspects of the implementation and application of new/innovative medical technologies. To achieve the aim of the search proposal was used information review, retrospective analysis and sociological research methods. In order to determine the possibility of the implementation research principles to assess the effectiveness of medical technologies in practical health care, we have developed a questionnaire designed for the sociological study among top managers, heads of divisions and officials of SRI, SC, universities, health care organizations responsible for the implementation of new medical technologies. As a fact, the process of innovation in health care includes search terms, assessment, analysis, planning, development and implementing of new medical technologies. On this basis, we proposed 16 questions for an online questionnaire, directed on revealing opportunities to introduce the principles of implementation research in the existing conditions of national health care.

Survey designed for anonymous participation based on psychometric Rensis Likert’s scale and AGREE system that allows defining the attitude of the respondent regarding the issue, thereby misleading with unfamiliar words. In this turn, the concept of “implementation research” is new in scientific community of Kazakhstan.

Results and discussion:

The survey posted on the online platform of a major world leader in the sphere of online polls solutions - SurveyMonkey Inc. that provides users with the ability of automatically analyze the responses of data. Housed questionnaire was sent by e-mail and through the messenger WhatsApp on the target audience for health organizations and personal

contacts, respectively. It is also posted on the social networks Facebook and Twitter, where the publication of the questionnaire have being updated regularly for the maximum involvement of stakeholders and to collect respondents.

Considering that the target audience of the sociological study are employees of medical institutions, research institutes and universities was introduced a question about the basic education and the education level of the respondent. Important issues, in our view, to determine the level of innovative capacity assessment of medical institutions staff is their level of involvement at all stages, awareness, knowledge of existing innovations implementation mechanisms. Therefore, it was made question of the respondent position. Experience in research and innovation projects enables to assess the respondent’s opinion on the effectiveness of the innovations introduction in organizations, their demand for Kazakhstan, as well as the degree of employee involvement at development process and/or the introduction of new medical technology.

Considering that the main activities of medical institutions are medical, scientific, educational components into the questionnaire were included data defining the profile of the organization: PHC, SMC/tertiary care, universities, research organization, and the other (private, intermediary organization, etc.)

Methods: method of continuous analytical study, questionnaires, statistical analysis using SPSS software 16. At the analysis were used descriptive (descriptive statistics) analysis.

The study was conducted from June 11 to September 30, 2016. As to the September 30, 2016 - 177 respondents participated in the survey. The survey involved health professionals from the medical organizations of Astana, Almaty and Karagandy. The bulk of the respondents made the SMC/ tertiary care specialists (24,39%) and Universities (24,39%) (figure 1). The specialists of medical institutions in health-care participated in the survey at 21,95% and other (private intermediary organizations), represented as a private pharmaceutical companies and medical technology companies made 12.20%. A few less PHC organizations - 9.76% and from the central/local health authorities - 7.32% respondents participated in the survey.

Distribution on the qualification categories of employees, and occupied positions (figure 2) showed that at the fraction of research workers accounts for - 40.68%, AMS (administrative and managerial staff) accounted for 31.07% of the respondents, clinical staff - 16,95%, faculty - 11.30%.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

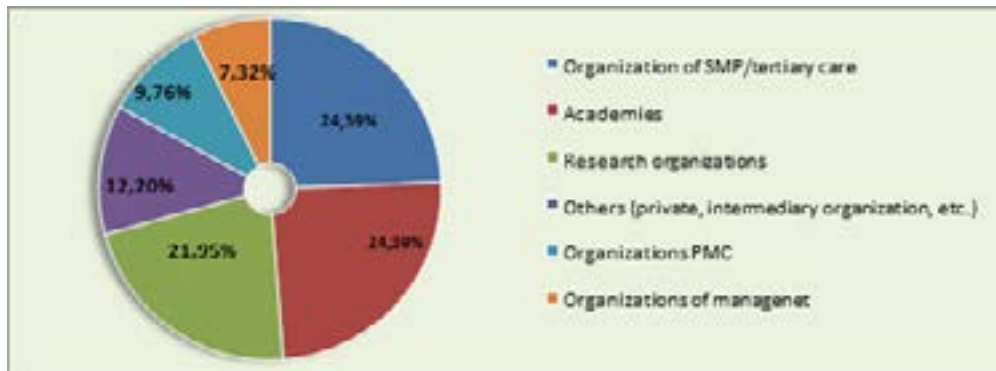


Figure 1 - Distribution of respondents by organization

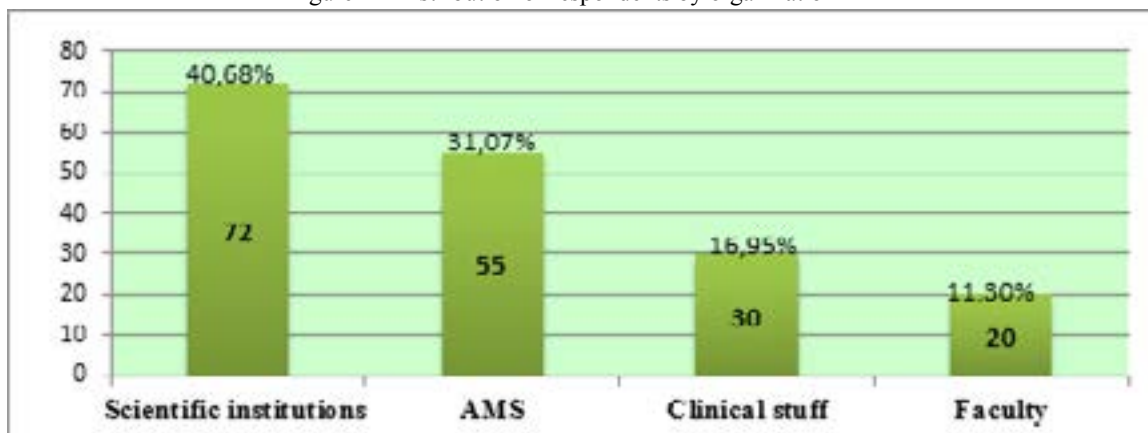


Figure 2 - Distribution of respondents by employee category

Among the of respondents on taking positions predominated specialists in leadership positions in 57.80%, among them (figure 3): the heads of calvings/

departments - 21.06%, deputy CEOs - 13.36%, the first leaders - 12.45 % and the heads of faculty - 9.67%.

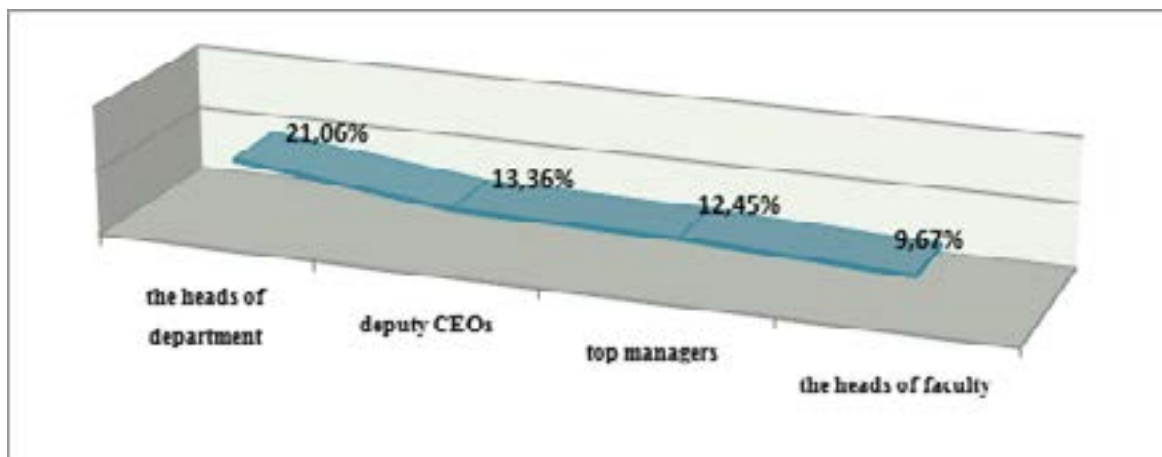


Figure 3 - Distribution of respondents by positions

Thus, in the survey participated mainly researchers from organizations of SMC and tertiary care and at 21.06% holding positions heads of departments.

In addition, we considered it important to study the form of the survey spread, in order to define the level

of topic interest of the sociological study. As previously mentioned, the questionnaire was sent pointwise to the target audience, and published on public domain on the social networks.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ



Figure 4 - Distribution of the answers collection

The analysis revealed that pointed direction of the questionnaire to the Health Organization showed the best result - from the total amount of 177 respondents, 86 received questionnaire referring to web page via WhatsApp messenger; for 63 respondents in social network questionnaire subject aroused interest and independently answered on content. Despite the fact that the link to the web page of the questionnaire was sent by e-mail to 50 candidates, of which only 15 respondents answered. In Twitter the number of survey subject stakeholders was 7 people, which suggests that either health professionals do not use Twitter, or among the Twitter contingent survey topic did not cause much interest. The majority of respondents (80.49%) believe in necessity of studies conducting to determine the correct use of medical technology, 14.63% of respondents questioned such necessity, and equally spread out the number of responses «Dissenters» = 2.44% and does not understand the essence of the issue - 2, 44%. However, respondents are equally well known in the 39.02% and 39.27% do not know the cases studies, the effectiveness of which was determined by the introduction of medical technology in practical health care system, as well as 19.51% of respondents answered “almost yes” and 12,20% of respondents answered “almost no” to indicate that the principles of HTA (health technology assessment) less known at scientific community of national health care system. Furthermore, data analysis of responses to this question indicate that 32 from the 177 total number of respondents did not answer the question, which is 18.02%, where the basic statistics reveal a mid square deviation = 1.26.

Health technology assessment as a systematic process for decision-making in health system of the Republic of Kazakhstan was launched in 2009 within the framework of the project “Technology transfer and

institutional reform in the health sector of the Republic of Kazakhstan.” Because HTA has an important role directly in the analysis of clinical efficacy and safety of a new drug or technology, acceptable conditions of their application and prepare an opinion on the social and economic efficiency of the new method. Overall, HTA contributes to developing safe, effective, health policy that focuses on the needs of patients and strives to achieve the best possible investment, HTA must firmly rely on research data and the scientific method. For these purposes, at 2010, on the base of the Health Institute of MH&SD of RK in Astana was also opened Center for Health Technology Assessment.

OMT assists to find the best use for a particular intervention to determine its proper place in the entire spectrum of medical care and to identify patients who will benefit from it.

Reckless answers of the respondents to the question “In your opinion, the results of such studies are necessary for decision-making for responsible authorities in the health system?”: 78.05% answered “yes” and 21.95% answered “almost yes.” Thus, respondents are convinced that the results of determining the effectiveness of medical technologies in practical implementation of the health care system is an integral part of the decision-making by responsible persons in the health system.

According to 63.42% of the respondents, in Kazakhstan there have been no research to determine the effectiveness of introduction medical technology, in turn, 19.51% of respondents claim the opposite, 17.07% - demonstrating the existence of barriers to understanding the issue. But the majority opinion confirm the data obtained from the next issue - 78.05% of respondents claimed they did not participate in the process of studies conducting to assess the effectiveness of medical technologies in practical healthcare.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

However, in 17.07% of the respondents approve their participation in similar study.

Therefore, there are no principles of research on the effectiveness of medical technology introduction at the moment in Kazakhstan, more precisely the principles of an implementation research.

On the report of the Republican center of health care development, Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan in 2014 "On improvement of the mechanism of new medical technologies transfer in the Republic of Kazakhstan health care system", stated that "that only 13.7% of the respondents to obtain information about innovations in medicine use evidence-based medicine data base" - is a testament to the fact of the low level of awareness of the evidence-based medicine principles. As of 2016 there is a tendency strengthening the position of evidence-based medicine in the country, as in our application form to the question "Is it necessary to use the principles of EBM in research to evaluate the effectiveness of medical technologies in practical healthcare?" in 82.93% and 14.63 % responded affirmatively.

According to the principles of implementation research, evaluation of medical technologies introduction in healthcare practice can not take place with-

out participation of patients. Following the analysis of the survey, respondents expressed full solidarity with the statement - an indicator in 61,90% "agree" and 21.43% "almost agree" to this confirmation. As well as implementation research is based on the principles of evidence-based medicine and evidence-based medicine is based on biomedical ethics. Therefore no one indicator of efficiency of medical technologies introduction in healthcare practice can not be adequate without the ethical dimensions - 69.05% of respondents "agree" with it.

Every year, increases the volume of domestic expenditure on research and development (figure 5). Since 2012, this trend has been maintained in the mean with 18.2% of constant index, and with the growth of the share of GDP equal to 0.15%. [23]. Given this fact, we consider particularly important aspect of evaluating the effectiveness of medical technologies introduction in healthcare practice - need to take account of economic factors affecting the use of medical technology in healthcare system. This view is enshrined by government policy of resource saving at all levels and by the results of the survey analysis, as 61.90% of respondents said confidently "agree" and at 33.33% are "almost agree".

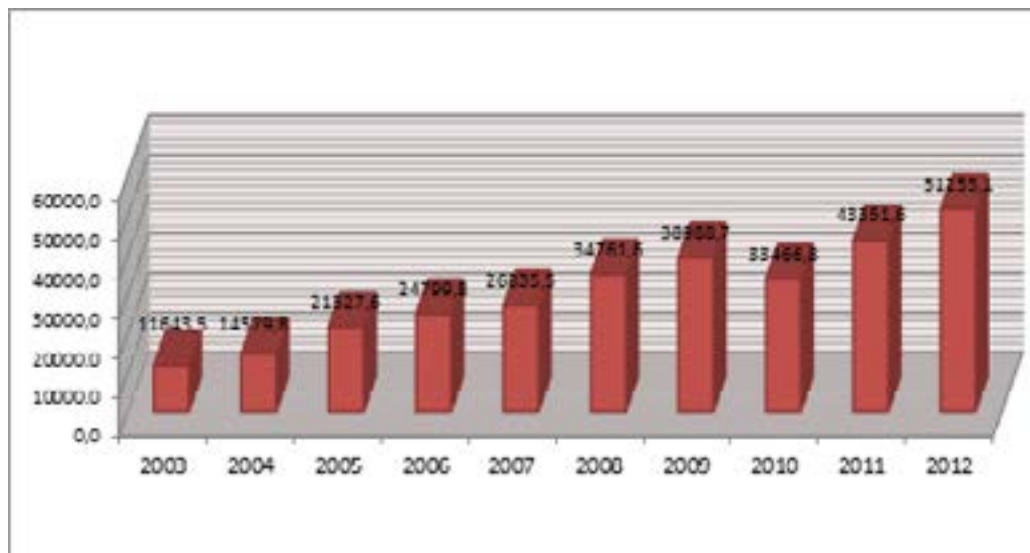


Figure 5 - Domestic expenditure on research and development, in million

According to the Peterz O. Brune's theory, innovations in health by 15% improves the quality of medical services, in turn, applying the principles of assessing the effectiveness of medical technology introduction improves the quality of the public health system institute by 30%. Peterz O. Brune summarizes these two measures, and an example of such theory is the Swiss model. On this basis, the analysis of the questionnaire

shows that 57.14% of respondents believe that the quality of medical services will rise at the decision making by responsible persons on the basis of the results of research on determine the effectiveness of the implementation or use of medical technology, 30.95% of respondents are not sure of the effectiveness of this approach, 11.90% have difficulty understanding the need to assess the effectiveness of medical technology

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

introduction. According to 59.52% of the respondents in assessing the effectiveness of medical technology introduction firstly will improve the work of health professionals. 28.57% of respondents consider that after getting acquainted with the results of a study on the medical technology use effectiveness, the work of all medical personnel should become better. Despite that over the past decades the leading role in biomedicine developing belongs to translational medicine in our country even there is an state order (“Rules of application of new methods of diagnosis, treatment and rehabilitation”, approved by the Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan from the May, 20, 2014 № 272) regulating the principles and procedures of translational research. Although 47.62% of respondents state the lack of translational research. Only 23.81% of the target audience the survey are known about the principles of translational research application. These data testify the following:

- the lack of communication between the research environment and health practitioners;

- the lack of knowledge about the regulatory framework in the field of application of new medical technologies;

- the lack of knowledge of experts about the latest developments in science;

- the lack of trained and skilled staff.

The analysis foresight studies conducted in the world has shown that in the next 10-15 years, the efforts of scientists will be mainly directed to improvement of the already existing technologies, continue the accumulation and systematization of knowledge and this approach will prevail over a fundamentally new developments. Technological advances, such as the creation of genetically modified organisms and increasing productivity in agriculture, can be a guarantee against the threat of hunger and significantly improve the quality of the key aspects of life in poor countries.

However, the gap between the “haves” and “have-nots” will increase if only the “poor” countries start to implement policies conducive to the use of new technologies, and this implies the skillful management of the state, universal education, and market reforms. It is necessary to develop a smart strategy of entering into the world of scientific and technical information networks and R&D. It is necessary to apply the “jumps” strategy from one stage of development to another, skipping those phases that had to pass in its movement forward in such a high-tech leaders, the US and Europe. Developing countries will be able to use a relatively inexpensive technology available in order to accelerate its development for the subsequent regular

leap forward.

Summary: The results of the survey of 177 professionals in health care organizations for determining the effectiveness of the introduction of medical technology into health care practice of Kazakhstan has allowed to identify the main problems and solutions starting points to stimulate the transfer of an the principles of implementation research in the Republic of Kazakhstan.

The questionnaire analysis showed, that at the present stage of medical technologies implementation, the main share of stakeholders falls on organization SMP/tertiary care, universities, research institutions, private companies and pharmaceutical companies for the dissemination of medical technologies.

The study identified, that to date, exists all the prerequisites for transfer the principles of the implementation research, in that >80% respondents see the need in conducting the research to determine the appropriateness of medical technologies in medical institutions of Kazakhstan. But at the same time, analysis reveals, that health professionals are not sufficiently knowledgeable about the effectiveness of existing assessment processes, since, note the existence of HTA.

At the level of management and top management health organizations has a clear awareness of the need to implement into the modern health care system an the principles of implementation research, asserting, that the results of determine the effectiveness of medical technologies implementation in practical health care system is an integral part of the decision-making by responsible persons in the health system (78,05%).

Nevertheless, research analysis reveals, that at the moment is a lack of principles of the implementation research in Kazakhstan, more accurately determine the effectiveness of medical technologies implementation in the healthcare system.

Survey analysis indicated a positive effect of the introduction of the principles of implementation research both at the level of the quality of medical services and the level of quality of the medical staff work. According to the results of sociological research, in the existing health care system of Kazakhstan following barriers have been identified:

- insufficiently developed communication between the research environment and practical health specialists;

- there is a deficit of knowledge about the legal framework in the field of application of new medical technologies;

- it notes the lack of awareness of experts about the latest developments in science;

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

there is a lack of trained and skilled staff.

In this regard, to stimulate the process of developing and transfer of the principles of implementation research at the present stage, there is an acute need

to train professionals, conduct master classes and opportunities to stimulate professionals, involved in the innovation process, as well as creation of legal and resource base for their conduction.

REFERANCE

1. (<https://tengrinews.kz/article/227/>).
2. (Klein KJ, Sorra JS. The challenge of innovation implementation. *Acad Manage Rev* 1996; 21(4): 1055-1080.)
3. (Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Bickell NA, Wellner J, Franco R, et al. New accountability, new challenges: improving treatment reporting to a tumor registry. *J Oncol Pract* 2013)
4. (Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., & Bellagio. (2003)
5. (Fundamentals of Implementation Research. Measure evaluation. USAID 2012. The University of North Carolina at Chapel Hill)
6. (Implementation science. A potential catalyst for delivery system perform, "Innovations in health care delivery", January 26, 2016 Volume 315, Number 4)
7. (Laura J.D., David C.A., Rosalind E.K., Susan R.K., Jeffery A.A., Julie C.L. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. "Implementation Science" 2009, 4:50 doi:10.1186/1748-5908-4-50)
8. (Dean L. Fixsen Sandra F. Naoom Karen A. Blase Robert M. Friedman Frances Wallace. Implementation research: Synthesis of the literature, 2005)
9. Carolyn M Clancy, Jean R Slutsky, Larry T Patton. "Evidance-based healthcare 2004: AHRQ Moves Research to translation and Implementation". Health service research. 2004 October; 39(5): xv-xxiv. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00286.x
10. Eccles MP, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. *Implementation Sci.* 2009;4:18. doi: 10.1186/1748-5908-4-18. PubMed]
11. Grimshaw J M, Thomas R E, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C R, Vale L, Whitty P, Eccles M P, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies." *Health Technology Assessment.* 2004;8(6):1-72. iii-iv. [PubMed]
12. Cooksey R. A review of UK health research funding. Norwich: HMSO; 2006.
13. Bickell NA, Wellner J, Franco R, et al. New accountability, new challenges: improving
14. Bennett C, Khangura S, Brehaut JC, Graham ID, Moher D, Potter BK, Grimshaw JM: Reporting guidelines for survey research: an analysis of published guidance and reporting practices. *PLoS Med.* 2010, 8: e1001069-Epub 2011
15. National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC). Program Announcement 07-001. <http://www.cdc.gov/ncipc/erpo/faqs.htm>. Published 2006. Accessed September 8, 2007.
16. National Institute of Health (NIH). Implementation and dissemination research in health (R21), program announcement 06-072. <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-06-072.html>. Published 2002. Accessed September 8, 2007.
17. www.medsience.kz
18. The Law of the Republic of Kazakhstan dated February 18, 2011 № 407-IV "On Science".
19. Government Resolution dated March 20, 2011, № 429 "On the establishment of the Higher Scientific and Technical Commission of the Government of the Republic of Kazakhstan".
20. www.nauka.kz
21. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan № 193-IV ZRK from 18.09.2009, the "The Code on health of people and health care system".
22. Scientific and technical activity in the Republic of Kazakhstan //Statistical bulletin. - Astana: Kazakhstan Statistics Agency, 2015.
23. Science Report 2014 - Astana, 2015. - 217 p. Ryszhanova K.Zh. "Innovation policy of Kazakhstan". Department of of Innovative Development of the Ministry of Industry and Trade of the Republic of Kazakhstan.
24. Lukyanovich N.V. "National innovation systems in the CIS countries: problems of formation and development" // Belarusian economic journal. - 2011. - № 2. - S. 16-20.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ТҮЙІН

АБИЛЬДИНА АКБОТА СУЛЕЙМАНОВНА

«Астана медицина университеті» АҚ

ТӘЖРИБЕЛІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІН АНЫҚТАУҒА АРНАЛҒАН ИМПЛЕМЕНТАЦИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР ПРИНЦИПТЕРІН ҚОЛДАНУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІН АНЫҚТАУ

Аталған жұмыстың мақсаты Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіне имплементациялық зерттеулер принциптері зерттеулер бейімдеу мүмкіндіктерін зерттеу болып келеді.

Ұсынылған зерттеуге орай, шүргізілген шараларға сәйкес және ақпараттық іздеу арқылы халықаралық денсаулық сақтау жүйесінде іске асыру зерттеулер қолданыстағы үдерістердің кейінгі талдау жүргізілді. Оған қоса? қолданыстағы процестерді бағалау және Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің зерттеу бейімдеу процестерді жүзеге асыру тетігін әзірленді және денсаулық сақтау жүйесінің қолданыстағы жағдайында ғылыми зерттеулер жүргізу ынтымақтастықты іске асыру үшін алгоритм әзірлеу және ұсынылды.

Ақпараттық іздеу және талдау нәтижесінде, халықаралық денсаулық сақтау жүйесінде іске асыру зерттеулер қолданыстағы процестерді, іс-тәжірибені талап түбірге имплементация жасайтын медициналық технологияларды (клиникалық хаттамалар) тек 20% одан әрі пайдалануын табады деп анықталды.

Бұл зерттеудің аясында еңгізулерді іске асыру принциптерін қолдану тәжірибелік денсаулық сақтау пайдаланылатын медициналық технологияларды тиімділігін қадағалауға мүмкіндік береді.

Осы зерттеудің нәтижесінде қолданыстағы немесе енгізілетін медициналық технологиялардың қауіпсіз және тиімді медициналық қызмет көрсетуіне әсері және барлық деңгейдегі медициналық қызметтерді ресурстық қамтамасыз ету жүйесін жетілдіру болады.

Медициналық қызметтер тұрғысында қолданылатын медициналық технологияларды одан әрі жүзеге асыру мониторингі жасала отырып, трансляциялық зерттеулер қолданыстағы моделінің шеңберінде әзірленген алгоритмі ұсынылды.

Сондай-ақ, инновацияларды енгізу барсыныда отандық зерттеушілер әзірлеген медициналық технологияны жоқтығын анықтадық. Осы тұрғыда, қолданыстағы технологияны дамытуын болжау, сапа дәрежесін зерттеу Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау осы жағдайындағы жүйесін, қолда бар ресурстармен медициналық қызметтердің контекстінде, бейімделген жаңа медициналық технологияларды тиімді және қауіпсіз пайдалану, зерттеулер жүзеге асыру механизмі бейімделген процестерді зерттеу қажеттілігі туып тұр.

РЕЗЮМЕ

АБИЛЬДИНА АКБОТА СУЛЕЙМАНОВНА

АО «Медицинский университе Астана»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПЛЕМЕНТАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Принципы исследований применения с использованием возможностей для оценки эффективности медицинских технологий в практическом здравоохранении.

В настоящее время, основной тенденцией развития исследований в области общественного здравоохранения, является практическое и качественное внедрение медицинской технологии в систему здравоохранения, с учетом мнения всех заинтересованных сторон (трансляционные исследования).

В результате проведенного исследования, с анализом существующих процессов имплементационного исследования в международной системе здравоохранения, выявлено, что лишь 20 % внедренных медицинских технологий (клинических протоколов) в практику приживаются и находят дальнейшее применение.

По результатам исследования, выявлено, что в Казахстане существуют все условия для внедрения принципов имплементационного исследования. В виду того, что, все медицинские технологии, внедря-

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

емые в практическое здравоохранение, являются трансфертом, то существует необходимость изучения воздействия медицинской технологии как услуги на популяцию и систему здравоохранения, в разрезе социального, поведенческого, экономического и организационно-управленческого влияния, эффективности подходов к применению, и степени воздействия технологии на оптимизацию и повышению качества системы здравоохранения.

Исходя из этого, предложен алгоритм, который разработан в пределах существующей модели трансляционных исследований, с учетом осуществления дальнейшего мониторинга используемых медицинских технологий в разрезе медицинской услуги.



УДК 614.2 (574)

Д.К.ЖҮНІСОВА, А.Ж.ӘЛЖАНОВА, Г.Б.БАЙҒҰЛОВА, Ж.Ш.ШӘКЕЙ
«Астана медицина университеті» АҚ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ

Түйіндеме:

Денсаулық сақтау саласын дамытудың жақынаралықтағы стратегиялық перспективалары, сонымен қатар алғашқы медициналық-санитарлық көмектің алғышарттары бойынша, корпоративті басқару және ақпараттық-коммуникациялық технологиялар қағидаларын енгізу шаралары қарастырылды.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау саласын дамытудың перспективалары, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, ақпараттық-коммуникациялық технологиялар.

Қазақстан дамыған 30 елдің қатарына кіруі үшін, тұжырымдамаға сәйкес алға дамуда серпіліс жасауы тиіс. Кезең-кезеңмен көшу, қайта жаңғырту моделін қалыптастыру және ғылымды қажетсінетін экономика құру қажет. Ұзақ мерзімді даму моделінің әлемдік тенденцияларын, басымдықтарын, ұлттық даму стратегияларының нұсқаларын ескеруге тиіс және 2050 жылға дейін Қазақстанның әлеуметтік-экономикалық жаңғырту жолын ұсынуы тиіс.

Осыған байланысты денсаулық сақтау жүйесінің алдында да жаңғыру кезеңі тұр,

осы кезеңде қордаланған мәселелерді одан әрі шешу қажет, оларды денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы аясында шешу жоспарлануда [1].

Жаһандық сыни көзқарас тұрғысынан қарайтын болсақ, денсаулық сақтау саласында негізгі жүйелік тәуекелдер анықталған:

- өмір сүру ұзақтығының болжамды өсімі және жыныс жасының құрамы, сондай-ақ инфекциялық емес аурулар санының өсуі медициналық көмекті пайдалану өсіміне әкеледі;

- денсаулық сақтауға арналған шығындардың есебінен жаңа қымбат тұратын технологияларды қарқынды енгізу және елеулі инвестициялық шығындардың өсуі;

- мемлекеттік бюджет тапшылығының салдарынан экономикалық жағдайдың, сондай-ақ икемді кезінде қаражатты қайта бөлу және аймақтар арасындағы денсаулық сақтау деңгейлерінің өсуі;

- денсаулық сақтау шараларының тиімсіздігі - түпкілікті нәтижелерге қол жеткізу барысында жеткіліксіз деңгейдегі жүйені дамыту, денсаулық сақтаудағы менеджмент, қаржыландырылмаған еңбек шығындары, адами ресурстар, сондай-ақ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

тиімсіз, мақсатсыз және заңға қайшы қаражатты пайдалану емес [2].

Бағдарламаны әзірлеуге «Қазақстан - 2050» стратегиясы және Ұлттар жоспары - 100 нақты қадамы 5 институционалдық реформаларды іске асыру негіз болды.

Жаһандық сын-кәтерлерді және елбасының тапсырмаларын ескере отырып, денсаулық сақтау жүйесі қойылған үш стратегиялық міндеттерден тұрады:

2020 жылға дейін халықтың өмір сүру жасының ұзақтығы - 73 жас;

2) медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасы;

3) денсаулық сақтау жүйесін жақсарту, қаржыландыру және басқару.

Жоғарыда көрсетілген жаһандық сын негізінде бағдарламаның мақсаты анықталған: еліміздің әлеуметтік-экономикалық дамуын тұрақты қамтамасыз ету үшін халықтың денсаулығын нығайту.

Қойылған мақсатқа жету үшін мынадай міндеттер шешілетін болады:

1. «Қоғамдық денсаулық сақтау» жүйесін дамыту;

2. Ауруларды басқару, жетілдіру және алдын алу;

3. Басқару тиімділігін жоғарылату және денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру;

4. Ресурстардың ұтымды пайдаланылуын қамтамасыз ету және инфрақұрылымын оңтайландыру.

Мамандардың бағалауына сәйкес, адамдардың денсаулығының 49-53 % дәл осы өмір сүру салтына, 17-20 % сыртқы ортаға, 18-22 % - тегіне, генетикасына, тек 8-10 % - денсаулық сақтауға байланысты [3].

Ел халқының қоғамдық денсаулықты нығайту және қалыптастыру саясаты Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Денсаулық-2020» стратегиясына негізделген және денсаулық сақтау саласында ел ішінде және Қазақстанмен басқа елдер арасындағы оңтайлы жағдайды қалыптастыру және денсаулығын сақтау, қысқарту бойынша міндеттерді шешуге теңсіздіктер құру үшін бағытталған [4].

Қоғамдық денсаулық сақтау мәселелері бойынша міндеттерді іске асыру сектораралық және ведомствоаралық тетігін, өзара іс-қимылын насихаттау бойынша таңдау, салауатты өмір салтын қамтамасыз ету бойынша ең жеңіл және қолжетімді таңдау медициналық көмек арқылы жалғасады. Міндеттерді шешу үшін

тиімді әдістерін жоспарлау, қаржыландыру енгізілетін болады, тетіктері, халықпен өзара іс-қимылдың ұйымдастырылған ұжымдары, білім беру мекемелері, денсаулығын қорғау жүйесінің, министрліктердің жауапкершілігін, интеграция қызметтерінің қоғамдық, бастапқы денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау көрсеткіштері қалыптасады [5].

Денсаулығын сақтау және сектораралық өзара іс-қимыл бағытталатын оңтайлы жағдай қалыптастыру үшін құруға болады.

Халықаралық стандарттарға сәйкес, сектораралық өзара іс-қимыл, әр түрлі мемлекеттік және қоғамдық институттардың көздейтін кешенді шаралары бойынша тәуекел факторларынан туындаған ауруларды төмендетуге болады [6].

Бағдарлама бойынша басым бағыттарда іс-шаралар құру, бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК) және интеграция медициналық қызметтерінің негізінде аймақтандыру жүреді [7].

Бастапқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінде халыққа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың өзгеруіне денсаулық сақтаудың орталық буыны болмақ, оның өзара іс-қимыл және барлық интеграция деңгейлері: көлденең (амбулаториялық-емханалық) және тік (психиатриялық, наркологиялық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т. б.) бейінді қызметтер [6].

БМСК деңгейінде кезең-кезеңмен ұлғайта отырып дәрілік заттардың тізбесі, тегін медициналық көмек, амбулаторлық емдеу кеңейтіледі [8].

Жоспарлы мамандандырылған көмек БМСК тіркелген тұрғындар қажеттіліктеріне тәуелді дамиды, оңалту және ұзақ уақыт күтім көрсету, соның ішінде жеке секторды тарта отырып қызметі болады.

Клиникалық хаттамалары, дәлелді медицинаға негізделген, ғылыми әзірлемелер медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруына жетілдіру және стандарттарын енгізу жалғастырылады. Бұл ретте алғашқы медициналық - санитариялық көмек АМСК дамуы үш принциптерде негізделетін болады:

1) қолжетімділік - алғашқы желісін кеңейту негізінде жеке сектордың қатысуы (шағын және орта бизнесті қолдау, мемлекеттік-жеке меншік әріптестік, жекешелендіру);

2) жан-жақтылығы - одан әрі көшу отбасылық ұстаным қызмет көрсету, жалпы тәжірибелік дәрігер басымдығында ана мен баланы қорғау, дамуымен ментальділік медицина және

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

қамтамасыз ету, халықты әлеуметтік қорғау;

3) АМСК қызметтерінің әлеуметтік қорғау және қоғамдық денсаулық сақтау, белсенді тарту мамандардың алғашқы буынын жұмыс іс-шаралар аясында сектораралық өзара іс-қимыл бойынша халықтың денсаулығын қорғау әлеуметтік бағдар біріктіру есебінен қамтамасыз етіледі.

Тиісінше, АМСК қамтитын медициналық-әлеуметтік көмек қызметін ұсыну, кешенді медициналық және әлеуметтік қызметтерді тарта отырып, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, медбикелер, фельдшерлер, акушерлер және көмекші персоналретінде қарастырылады. Әлеуметтік және психологиялық қолдау және мультипрофильдік патронаж органдарымен өзара іс-қимылда әлеуметтік қорғау қамтамасыз етілетін болады [7].

Одан әрі реформалау, денсаулық сақтау саласының инфрақұрылымын қалыптастыруда, икемді әсер ететін қажеттілігіне халықты қолжетімді және сапалы медициналық қызметтер көрсету желісімен негізделетін болады.

Тиімді басқару нысанындағы медициналық ұйымдар мен денсаулық сақтау инфрақұрылымын, ең озық халықаралық тәжірибені ескере отырып, жаһандану базарлар медициналық индустрия, интеграция Қазақстанның өңірлік және жаһандық экономикалық одақтарды (Шанхайынтымақтастық ұйымы, Еуразиялық экономикалық одақ және т. б.) дамыту негізінде жүргізіледі.

Корпоративтік басқару принциптерін енгізу байқау кеңестерінің, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында директорлар кеңесінің және жекешелендіру құра отырып жалғастырылатын болады. Бұл ретте медициналық ұйымдарын жекешелендіру сенімгерлікпен басқару соңғы кезеңдерінің бірі болып табылады, сондай-ақ медициналық қызметтер көрсетуде (оның ішінде тегін медициналық көмектің кепілді көлемі) бәсекелестік ортаны құру құралдарының бірі болып табылады. Негізгі объект сенімгерлікпен басқаруға беру немесе жекешелендіру үшін АМСК болады [10].

Медицина қызметкерлерінің міндетті сертификаттау - қайта жасалатынын жүйесіне

міндетті лицензиялау негізінде олардың білім мен дағдыларды тәуелсіз бағалау болып табылады [9].

Қазіргі заманғы ақпараттық - коммуникациялық технологиялар Қазақстан Республикасы электрондық денсаулық сақтауды дамыту жөніндегі тұжырымдамасында электрондық денсаулық сақтауды дамыту шеңберінде енгізіліп бекітілген болады. Электрондық денсаулық сақтау бірыңғай ақпараттық кеңістігінде денсаулық сақтау, оның барлық мүдделі тараптар шеңберінде қоса алғанда, емделушінің рұқсаты бар қажетті ақпаратқа назар аудару қалыптастыру қажет [11].

Электрондық денсаулық паспорты енгізілетін болады, денсаулық сақтау талдамалық деректерді бірыңғай қоймасы, интеграциялық шина, бірыңғай жіктеу іштерді жүргізу құрал-саймандар, анықтамалықтарды және регистрлер құрылды. Денсаулық сақтаудағы адам ресурстарын басқару тиімділігін арттыру адам ресурстарын стратегиялық басқаруға, медициналық және фармацевтикалық білім беруге және инновацияларды дамыту және медициналық ғылым жаңғыртуға бағытталған.

Бағдарламаның іс - шараларын іске асырғаннан кейін күтілетін нәтижелер:

тұрғындар үшін: денсаулықты жақсарту, өмір ұзықтылығын ұлғайту; сапалы медициналық көмектің қолжетімділігін ұлғайту; тұрғындардың қажеттілігіне жауап беретін денсаулық сақтау жүйесі; амбулаториялық - емдік қамсыздандыруды кеңейту; денсаулық сақтауға бейресми төлемдер деңгейін төмендету;

Мемлекет үшін: медициналық көмектің әмбебап/жалпыға бірдей көрсетілуі; азаматтардың ниеттес жауапкершілігі; тұтыну көлемін теңгеруге мүмкіндік беретін тұрақты денсаулық сақтау жүйесі; денсаулық сақтаудың нарықтық механизмдерін жетілдіру; жекелей денсаулық сақтауды дамыту үшін ынталандыру және денсаулық сақтау индустриясы жақсарту (қосымша жұмыс орындары және технологиялар); ресурстарды қолдану тиімділігін ұлғайту; ресурстарды қолдану бойынша қоғам алдында есеп беру.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Казахстан - 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».

2. Приказ МЗ РК от 20 января 2009 года № 32

«Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан».

3. Указ Президента страны Н. Назарбаева от 1

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».

Ссылка: <http://www.nomad.su/?a=3-201002230039>

4. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы

Ссылка: <http://www.npzdravrk.kz/index.php/health-c/112-2>

5. Автореферат «Современные подходы реформирования системы здравоохранения» Е.А. Биртанов, .2007г.

6. Журнал: «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», Желтоқсан 2011, № 1(1).

ссылка: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31390968

7. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(4):1-154.

Ссылка на исходный документ: Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(4):1-154.

8. Статья: Влияние реформ на развитие здравоохранения суверенного Казахстана. - Ссылка: <http://articlekz.com/article/11312>

9. Каирбекова С.З. Научное обоснование подходов по совершенствованию технологии процесса лицензирования и аккредитации в системе здравоохранения Республики Казахстан. Автореферат кандидата медицинских наук - Алматы, 2004.

10. Журнал: №4 (17) 2015 Менеджер здравоохранения РК.

ссылка: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31390968

11. Журнал: №2 (11) 2014 Менеджер здравоохранения РК.

РЕЗЮМЕ

ЖУНУСОВА Д.К., АЛЖАНОВА А.Ж., БАЙГУЛОВА Г.Б., ШАКЕЙ Ж.Ш.

АО «Медицинский университет Астана»

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Рассмотрены ближайшие стратегические перспективы развития здравоохранения, в том числе мероприятия по приоритизации первичной медико-санитарной помощи, внедрение принципов корпоративного управления и информационно-коммуникационных технологий

Ключевые слова: стратегические перспективы развития здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, информационно-коммуникационные технологии.

SUMMARY

ZHUNUSSOVA D.K., ALGANOVA A.G., BAIGULOVA G.B., SHAKEY ZH.SH.

JSC "Astana Medical University

PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF THE HEALTH SYSTEM OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The nearest strategic prospects of development of health protection, including measures, are considered on prioritization of primary health care, introduction of principles of corporate management and of informative-communication technologies

Keywords: The strategic prospects of development of health protection, the primary health care, the informative-communication technologies



УДК 378.183+001.8-057.875 (083.9)

ИСКАКОВА С.А.¹, ЕШМАНОВА А.К.²

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г.Алматы

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

ЗНАЧЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Аннотация:

В статье разбираются вопросы обучения магистрантов, резидентов медицинского университета навыкам научно-исследовательской деятельности в современных условиях быстро меняющегося информационного мира.

Ключевые слова: научно-исследовательская деятельность, непрерывное медицинское образование, курсанты

Казахский медицинский университет непрерывного образования был создан в декабре 2014 на базе старейшего из медицинских вузов Казахстана Алматинского государственного института усовершенствования врачей.

Подготовка высококвалифицированных современных специалистов возможна только при реализации в вузе симбиоза образовательной и научной деятельности.

В стенах бывшего АГИУВ схема симбиоза образовательной практики и практической деятельности была реализована еще 50 лет назад, вуз имеет базы в 64 клиниках города Алматы, что позволяет на практике обучать наших курсантов, магистрантов и резидентов современным технологиям, более полно реализовать насущные потребности современной медицины и населения страны. Однако это обучение идет без обучения навыкам научно-технической деятельности. Ситуация, сложившаяся в современном обществе в связи с развитием информационных и компьютерных технологий, влияет на процессы обучения медицинских кадров. Возникают новые требования как к студентам, так и к профессорско-преподавательскому составу медицинских вузов: владение компьютером, гаджетами, новыми программами, умение следить за современными трендами в своей области, постоянному самообразованию. В практике все чаще встречаются случаи использования Интернета для копирования, плагиата чужих мыслей и текстов, что в результате приводит к снижению качества образования и уменьшению творческого потенциала преподавателей.

Медицина становится насыщенная сложным техническим оборудованием, требующим специфических знаний, в результате не хватает специалистов, умеющих работать на такой сложной технике, умеющих не стандартно мыслить. Поэтому обучающимся в медицинском вузе требуется иметь готовность к постоянному самообразованию в течение всей жизни.

В Советском Союзе образование было достаточно качественным, однако до средних показателей при оценке знаний большая часть обучающихся «натаскивалась». Например, процесс получения знаний постоянно курировали преподаватели, которые находились рядом в течение 6-ти часовых практических занятий (по биохимии, биологии). Однако конструкции были весьма жесткие, программа, учебный план регламентировали практически все аспекты получения новых знаний. Тогда как в современных условиях информационный поток настолько быстро сменяет друг друга, что требует постоянного обучения все новым технологиям и методикам и в таких условиях жесткие программы, и технические регламенты обучения стали тормозить прогресс в получении знаний. И на первое место стало выходить самообразование, которое является лидирующим в мотивации обучающихся.

В министерстве образования и науки, министерстве социального развития и здравоохранения РК начинают приходить к пониманию, что только потребности практики должны определять программу вуза, его политику в отношении обучения студентов и вся структура должна быть более гибкой и оперативно реагировать на запросы общества и жизни. В связи с этим предлагается поэтапный переход вузов на автономное «существование» с интеграцией практики, науки и образования. Можно привести пример, например, научная статья является конечным продуктом научно-технической деятельности. Но 90% обучающихся не умеют оформлять полученные данные в форме научной статьи, в результате у нас растет

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

поколение медицинских работников, не умеющих выражать свои мысли, мыслящих шаблонно и бояться проявить свою индивидуальность.

На сегодняшний день медицинское образование в Казахстане оставляет желать лучшего, бесконечные реформы в Министерстве социального развития и здравоохранения, в системе МОН РК приводят к чехарде руководителей в сфере медицинского образования, что не лучшим образом сказывается на качестве образования, отсутствуют поступательность развития и последовательность в решениях руководителей вузов. Однако несмотря на все эти условия, необходимо работать с будущими врачами, научить их делать упор на самообразование и повышать мотивацию на получение новых знаний, что позволит им быстрее реагировать на вызовы и реалии сегодняшнего дня.

Таким образом, задача сотрудников и преподавателей высшей медицинской школы заключается в как можно более раннем привитии навыков исследовательской деятельности студентам, магистрантам и резидентам, привлечении их к научным исследованиям через участие в НТП на стадии подготовки проектов, планировании, патентном поиске и таким образом поддерживать интерес к участию в реальных проектах. Это задача, является наиболее актуальной для подготовки высокопрофессиональных специалистов, которые должны прийти в систему подготовки медицинских кадров для естественной ротации кадров.

В Казахском медицинском университете непрерывного образования каждый год на кафедре менеджмента здравоохранения с курсом сестринского дела проводятся занятия с резидентами (500) и магистрантами (100) на предмет знакомства с основами научно-исследовательской деятельности, обучают пользоваться базами данных Thompson Reuter, Springer, Cochrane, а также навыкам использования EndNot при написании научной статьи для оформления приставейного списка литературы в соответствии с требованиями разных журналов и для подбора соответствующего журнала для этой статьи. Привлекаются опытные преподаватели (медицинские статистики), которые дают основы использования статистических программ SPSS и Excel, для обработки доказательной базы, показывают преимущества и недостатки статистических программ. Кроме этого обучающихся знакомят с сайтами medscience.kz, где можно найти гранты на обучение в различных зарубежных вузах или госу-

дарствах.

В этой связи хотелось бы привлечь внимание к работе в студенческом научном сообществе (СНО), где при организации работы научных кружков по разным специальностям у студентов впервые просыпается профессиональный интерес к своей будущей специальности.

Как правило это начинается на уровне кафедр через учебно-исследовательскую деятельность студентов (УИРС) и где ученые исследователи впервые встречают своих будущих учеников, вырабатывая профессиональные навыки будущего ученого у студентов, магистрантов и резидентов. Таким образом, педагоги и коллектив кафедры начинают влиять на ориентацию студентов на постоянное самообразование, самообучение, умение решать разного рода исследовательские задачи, формируя самостоятельную личность будущего специалиста, готового проявлять творческую инициативу, и ответственность за свой профессиональный уровень [5]. Участие в факультативах и элективных дисциплинах; работа со специальной профессионально ориентированной литературой; изучение жизни и деятельности, встречи и беседы с выдающимися учеными-медиками, непосредственное участие в УИРС, НИРС в рамках СНО; профессионально-ориентированная деятельность в клиниках -это все различные аспекты студенческой жизни, которые способствуют формированию будущего врача.

Научный кружок при кафедре является первоначальным звеном научно-исследовательской деятельности студентов, он помогает активизировать познавательную и творческую деятельность студентов и тем самым запускают процессы познания. Здесь можно отметить, что сам процесс работы в СНО является основным инструментом который помогает развить у студентов интерес к исследованию. В СНО обычно участвуют успешные и целеустремленные студенты, которые имеют хорошие результаты в учебе и имеющие высокий интеллект. В отличие от УИРС (при 100 % охвате студентов), в кружках СНО (являющихся факультативными) занимаются студенты (значительно меньшая часть), проявляющие интерес к науке. Это способствует активной умственной деятельности и самостоятельности, и учит их применять полученные знания на практике, позволяет развивать коммуникативные навыки и адекватно подходить к решению проблем, встающих перед ними. Исследование показало, что наличие поощрений за работу в СНО (участие в викторинах, конкурсах рефератов,

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

предметных олимпиадах, исследовательскую и грантовую работу, публикацию статей и тезисов по результатам исследования, выступление с докладами на конференциях) способствует появлению у студентов мотивации к признанию достигнутых успехов, и в свою очередь мотивирует их на новые свершения, например вышедшая статья в печатном издании, как средство продемонстрировать свои возможности своему профессиональному окружению, свой успех и признание. Студент, занимающийся научными исследованиями, начинает выдавать научную продукцию в виде патентов, публикаций самого разного уровня, что позволяет ему подняться на новый уровень своего профессионального роста

Необходимо отметить, что научная работа и деятельность магистрантов и резидентов должна базироваться на самостоятельной работе (рефераты, выступление с докладами по теме исследования, подготовке тезисов на международные конференции и конгрессы, публикаций в международных журналах с высоким

импакт-фактором, участием в научно-технических проектах, проводимых в университете), и таким образом поможет студентам применять полученные знания на практике, приобретая навыки исследовательской работы. Полученные достижения и опубликованные материалы в свою очередь будут побуждать будущих врачей работать активнее в этом направлении, стимулируя их интерес, повышая количество публикаций в своеобразном «портфолио» и помогать им формировать имидж современного врача-исследователя.

Следовательно, только сплав обучения, практики и науки позволит получить наиболее действенную форму профессионального медицинского образования. Привлечение будущих врачей к перспективным научным медицинским исследованиям вносит свой вклад в формирование и развитие познавательного интереса у студентов-медиков и является важным аспектом становления самостоятельной, творческой, инициативной и активной личности, обладающей социальными и профессиональными ценностями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Заболотная С.Г., Коровина И.А. Аксиологический механизм развития интереса к исследовательской деятельности у студентов медицинского вуза// Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 6; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?Id=15821> (дата обращения: 05.02.2016).
2. Ешманова А.К., Мусаев А.Т., Абикулова А.К., Хисамутдинов Н.Ф., Хайрушева Д.А.,
3. Нуралина М.Е., Белтенова А.Г., Арманкызы А., Умутбаева Г.Б., Бахтиярова М.А. Популяризация студенческой науки посредством реализации студенческого научного проекта в КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова // Журн. Медицина. - 2015. - №2(152). - С. 6-10
4. Койчубеков Б. К., Омарбекова Н. К., Абдуллина З. Т., Мухаметова Е. Л. Информационные технологии в медицинском образовании Международный журнал экспериментального образования № 3-2 / 2014, С.56-58

ТҮЙІНДЕМЕ

ИСКАКОВА С.А., ЕШМАНОВА А.К.

ҮЗДІКСІЗ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚЫТУДА ҒЫЛЫМИ-ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСТАРЫНЫҢ МАҢЫЗЫ ЖАЙЫНДА

Бұл мақалада медициналық оқу орындарының магистранттарын, резиденттерін қазіргі даму жағдайында ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындауға үйретудің маңызы қарастырылады.

Ключевые слова: ғылыми-зерттеу қызметі, үздіксіз білім беру, курсанттар

SUMMARY

S. A.ISKAKOVA¹, A.K.ESHMANOVA²

¹Kazakh medical university of the continuous education

² Kazakh national medical university of name S.D.Asfendiyarov

VALUE OF SKILLS OF WRITING OF SCIENTIFIC PUBLICATIONS IN CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION

In article questions of training of undergraduates, residents of medical university in skills of research activity understand the modern conditions of quickly changing informational world.

Keywords: research activity, the continuous medical education, gadgets.



УДК: 613.955

МУСИНА А.А.¹, БАШИРОВА А.Р.¹, ОРАЗБАЕВА Б.С.²

АО «Медицинский университет Астана», г.Астана¹

Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда²

СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ УЧЕБНЫХ НАГРУЗОК ПОДРОСТКОВ

Аннотация:

Целью данной статьи является литературный обзор видов учебных нагрузок подростков. Время обучения совпадает с периодом роста и развития ребенка, когда организм наиболее чувствителен к воздействию благоприятных и неблагоприятных условий окружающей среды.

Ключевые слова: учебная нагрузка, подростки

Каждый шестой человек в мире относится к подростковой категории: это составляет 1,2 миллиарда человек в возрасте от 10 до 19 лет.

Большая часть из них обладает хорошим здоровьем, но, тем не менее, у подростков в значительной мере наблюдаются смертные случаи, нарушения здоровья и заболевания. Болезни могут наносить ущерб их способности расти и развиваться в полном объеме. Потребление алкоголя или табака, недостаток физической активности, половые контакты без защитных средств и/или насилие, могут угрожать не только их здоровью в настоящий момент, но и их здоро-

вью в будущем [1].

Подростковый и юношеский возраст - один из критических этапов в жизни человека, характеризующийся становлением в психологическом и социальном плане и завершением процесса развития организма [2].

Более 70% времени подростки проводят в стенах образовательного учреждения. Время обучения совпадает с периодом роста и развития ребенка, когда организм наиболее чувствителен к воздействию благоприятных и неблагоприятных условий окружающей среды. Известно, что факторы риска в школьный период непрерывны, систематичны и длительны. Даже самые минимальные воздействия их имеют способность накапливаться, действуя ежечасно и ежедневно на протяжении всего периода обучения, и сопровождаются нарушениями соматического, психического, физического и репродуктивного здоровья [3].

За последнее десятилетие произошло качественное ухудшение состояния здоровья

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

школьников. Особенности негативных изменений в здоровье школьников является стремительный рост числа хронических болезней, ухудшение показателей физического развития (дефицит массы тела, децелерация), рост болезней нервной системы, пограничных нервно-психических заболеваний, болезней органов пищеварения, эндокринной системы и др. Значительный вклад в ухудшение здоровья школьников вносит школа (несоответствие существующим гигиеническим требованиям условий обучения, интенсификация процесса обучения и большие нагрузки, особенно на современном этапе реформирования школы, недостаточная двигательная активность школьников и др.) [4].

В школьном возрасте ухудшение здоровья явно выражено, оно четко прослеживается от начала обучения в школе к его концу. За годы учения в школе, 70% сформировавшихся в начальных классах функциональных расстройств трансформируются и к моменту ее окончания, перерастают в стойкую хроническую патологию: в 4-5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза - органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата, в 2 раза увеличивается число нервно-психических расстройств и функциональных нарушений сердечно - сосудистой системы. Заболевания этих органов и систем приобрели крайне высокую социальную значимость, так как именно они в основном определяют невозможность успешной социальной адаптации и интеграции не только в школьном возрасте, но и на более поздних этапах онтогенеза [5].

Доказано, что одним из внутришкольных факторов риска является чрезмерная учебная нагрузка: уроки по предметам и факультативные задания дополняются подготовкой домашних заданий. В результате нарушается соответствующая возрасту продолжительность ночного сна и активного отдыха на свежем воздухе, необходимая для нормального роста и развития, оптимального функционального состояния физиологических систем организма детей и высокого уровня умственной работоспособности [6].

За время обучения в школе уже имеющиеся отклонения в состоянии здоровья усугубляются, усиливаются, становятся хроническими и комплексными [7]. Возрастает психоэмоциональная и физиологическая «цена обучения» [8].

Отмечается высокая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объема

и интенсивности учебной нагрузки. Это доказывает, что ухудшение здоровья школьников в значительной мере связано с интенсификацией учебного процесса, перегрузками и переутомлением. М. М. Безруких отмечает, что функциональное и психологическое напряжение, утомление и здоровье - взаимосвязанные процессы [7,9]

С каждым годом повышаются требования общества к уровню образования. В результате современный подросток подвержен воздействию комплекса невротизирующих факторов. В большинстве случаев это неконтролируемый поток аудиовизуальной информации, дополнительные занятия по разным предметам, многочисленные экзамены, сокращение времени пребывания на свежем воздухе. Все это может стать причиной возникновения нарушений в здоровье школьников, спровоцировать возникновение расстройств нервной системы, головные боли и привести к общему ухудшению самочувствия. Принимая во внимание вышесказанное, можно говорить о том, что с развитием общества проблема не только не решается, но и усугубляется. В современных школах внимательно следят за тем, чтобы количество уроков в расписании ни в коем случае не превышало допустимые нормативы и в то же время задают большие по объему домашние задания. Многие ученики начиная с начальной школы посещают репетиторов [10]. Однако чрезмерная интенсификация учебного процесса крайне неблагоприятно сказывается на психосоматическом здоровье детско-подросткового населения, что непременно отражается на усвоении знаний в образовательном процессе [11].

Педагогам хорошо известны трудности подросткового возраста, характеризующегося эмоциональной неуравновешанностью, сниженной работоспособностью и быстрой утомляемостью, «это самый мятущийся, самый критический, самый неуравновешенный возраст». В значительной мере специфика подросткового периода определяется биологическим фактором - процессом полового созревания. Вместе с тем, при правильно организованном процессе, учитывающем особенности этого периода возрастного развития, трудности подросткового возраста преодолимы. Учет биологического возраста необходим при нормировании физических и умственных нагрузок в учебной, трудовой и спортивной деятельности [12].

В охране и укреплении здоровья учащихся общеобразовательных школ особо важное

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

значение имеет рациональная организация учебно-воспитательного процесса. Необходимым элементом приспособления старшеклассников в учебной деятельности является умственная работоспособность. Она относится к наиболее быстро меняющимся функциональным показателям. Работоспособность учащихся во время учебного года зависит от многих факторов как природной (времени года, геофизического состояния, уровня антропогенной нагрузки и т.д.) так и социальной среды, где огромное значение имеет рациональность построения учебного процесса. Это значит, что размеры учебной нагрузки на протяжении дня, недели и учебного года, чередование уроков по предметам в течение дня и недели, смена различных видов деятельности, чередование труда и отдыха должны быть физиологически обоснованы и адекватны психофизическому развитию индивида. Умственная работоспособность, с одной стороны, обеспечивает эффективность освоения знаний, умений и навыков, с другой — является физиологическим критерием сдвигов в функциональном состоянии организма под воздействием учебной нагрузки. В случае несоответствия ее (учебной нагрузки) величины функциональным возможностям организма развивается утомление, начиная с первых дней учебной недели. Которое в свою очередь обуславливает неблагоприятные отклонения в состоянии здоровья и снижает эффективность учебной деятельности [11, 13]

Сохранение работоспособности и расширение функциональных возможностей организма учащихся достигаются использованием в образовательном процессе «здоровьесберегающих действий», включающих оптимальную плотность урока, рациональное чередование видов учебной деятельности, физкультурные паузы, эмоциональную разрядку, уважительный стиль общения [15]. При использовании же неадекватных нагрузок, на фоне нерациональной организации учебного процесса и недостаточной двигательной активности, формируется состояние стресса, которое может привести к снижению резервов организма и работоспособности, развитию скрытой, а затем и явной патологии [14].

Согласно правилам «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования», утвержденных приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 29 декабря 2014 года № 179 общеобразовательные организации должны

нормировать продолжительность уроков и перемен учащихся. Более того, при составлении расписания необходимо учитывать динамику умственной работоспособности школьников в течение дня и недели, используя таблицу ранжирования предметов, в которой трудность каждого предмета ранжируется в баллы. Так, например, в течение недели учебная нагрузка старшеклассников должна распределяется так, чтобы наибольший ее объем приходился на вторник и (или) среду. В эти дни в школьное расписание включают наиболее трудные или средние и легкие по трудности предметы, но в большем количестве, чем в остальные дни. Наименьшее число баллов за день должно быть на понедельник и субботу.

Помимо обязательных уроков школа предлагает факультативные занятия для учащихся, расписание которых должно составляться отдельно и планироваться в соответствии с гигиеническими требованиями. Факультативные занятия распределяют в дни с наименьшим количеством обязательных уроков. Между началом факультативных и последним уроком обязательных занятий устраивают перерыв продолжительностью 40 минут [15].

Всякая учебная работа должна прерываться отдыхом. Чередования образовательной деятельности и отдыха — одно из важных условий сохранения высокой работоспособности организма и прочного усвоения учебных знаний. Исследования в этой области позволили установить наиболее целесообразное чередование перемен разной продолжительности в режиме учебных занятий [11]. Продолжительность перемен между уроками для учащихся всех видов общеобразовательных организаций должна составлять не менее 10 минут, большой перемены (после 2 или 3 уроков) - 30 минут. Вместо одной большой перемены допускается после 2-го и 3-го уроков устраивать две перемены по 20 минут каждая [15].

Общая продолжительность учебной нагрузки учащихся в рамках возрастных физиологических норм — важное условие, способствующее сохранению устойчивого уровня работоспособности, адекватной и слаженной работы сердечно-сосудистой, симпатoadrenalовой и гипофизарно-надпочечниковой систем детей и подростков [11]. Максимальный объем недельной учебной нагрузки учащихся, включая все виды классной, внеклассной (факультативные, индивидуальные и кружковые занятия) и учебной работы, не должен превышать

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

в 5 классе - 32 ч., в 6 классе - 33 ч., в 7 классе - 34 ч., в 8 классе - 36 ч., в 9 классе - 38 ч..

Организацию учебного процесса необходимо осуществлять, основываясь на физиологических особенностях изменения работоспособности школьников.

С учетом динамики умственной работоспособности планируют построение и расписание уроков.

Таким образом, правильный подход к организации физиологически адекватной продолжительности учебной и оптимальности интеллектуальной нагрузок, чередование режима труда и отдыха школьников, правильная смена

деятельности позволяют успешно осуществлять комплекс профилактико-коррекционных мероприятий по улучшению работоспособности детей и подростков. Повышение общей двигательной активности учащихся путем использования в режиме учебного дня гимнастики, физкультпауз, подвижных игр, адекватное увеличение физической активности и занятий спортом во внеклассное время являются мощным средством, которое содействует повышению работоспособности, препятствует утомлению, повышает функциональные возможности организма детей и подростков [11].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ВОЗ, Подростки: риски для здоровья и их пути решения.- Информационный бюллетень №345.- 2014
2. Зазнобова Т.В., Погорелова И.Г., Решетник Л.А Роль факторов образовательной среды в формировании здоровья старшеклассников// Сибирский медицинский журнал.- 2011. - №1. - С.136-138
3. Рябиченко т.и., Тимофеева Е.П., Скосырева Г.А. Сравнительный анализ психологического и психического здоровья подростков, обучающихся в образовательных учреждениях с повышенным и обычным уровнем учебной нагрузки в условиях крупного мегаполиса Сибири // Международный журнал экспериментального образования. - 2014. - №3. - С.85-90
4. Криволапчук И.А., Зайцева Г.А., Чернова М.Б. Уровень выносливости как фактор, детерминирующий психофизиологическую реактивность детей 11-12 лет в условиях информационной нагрузки//Новые исследования.- 2014.- №4 (41).- С.59-65
5. Копейкина Н.А. Проблемы сохранения здоровья школьников // Проблемы развития территории.-2012.- №4 (60).- С.44-52
6. Глебов В.В. Оптимизация режима труда и отдыха в психофизиологической адаптации учащихся школ // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика.- 2014.- №1-1 (14).- С.87-90
7. Безруких М. М. Школьные и семейные факторы риска, их влияние на физическое и психическое здоровье детей // Вестник практической психологии образования. 2011. № 1.- С. 16-21.
8. Вишневский В. А., Агаджанян Н. А., Марьяновский А. А., Гулин А. В. Психоэмоциональная и физиологическая «цена обучения» и результаты учебной деятельности на различных этапах школьного онтогенеза // Теория и практика физической культуры. 2011. № 6.-С. 83-89
9. Богомолова Е.С., Шапошникова М.В., Бадеева Т.В. Оценка санитарно-гигиенического благополучия и здоровья учащихся в образовательных учреждениях с разной интенсивностью учебного процесса // МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ.-2014.- №4 (34).- С.90-92
10. Аршинская Е. Л. Психопрофилактика в школе как способ сохранения психологического здоровья в пубертатный период//Вестн. Восточно-Сибирской гос. акад. образования. 2012. Вып. 16. (Серия: Педагогические науки). С. 140-143
11. Глебов В.В. Профилактическая и коррекционная работа по повышению адаптации детей и подростков // Вестник РУДН.- 2014.-№1.- С.83-91
12. Белова О.А, Плотникова Н.А., Агарвал Р.К. Уровень работоспособности и гендерные различия у учащихся 11-12 лет различных типов школ // Здоровье и образование в XXI веке.- 2014.- №1 (16).- С.37-46
13. Тимошенко К. Т. Особенности динамики и восстановления работоспособности у старшеклассников при мотивированной интенсификации обучения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.-2015.- №6.- 247-251
14. Чернова М.Б., Криволапчук И.А. Функциональное состояние мальчиков 13-14 лет

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

при информационной нагрузке в зависимости от стадий полового созревания // Новые исследования.-2011.-№27(1).-С.45-56

15. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования» № 179 от 29 декабря 2014 года

ТҮЙІНДЕМЕ

А.А.МУСИНА, А.Р.БАШИРОВА, Б.С.ОРАЗБАЕВА

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ОҚУ ЖҮКТЕМЕЛЕРІНІҢ ЗАМАНАУИ ТҮРЛЕРІ

Бұл мақалада жасөспірімдердің оқу жүктемелеріне ғылыми шолу жасалынған. Оқытылу уақыты жасөспірімнің өсуі мен дамуына байланысты, осы кезеңде организм қоршаған ортаның қолайлы және қолайлы емес факторларына сезімтал.

Түйінді сөздер: оқу жүктемесі, жасөспірімдер

SUMMARY

**MUSSINA A.A., BASHIROVA A.R., ORAZBAEVA B.S.
MODERN TYPES OF ADOLESCENTS' STUDY LOAD**

The aim of the article is a literature review of types of study load among adolescents. The educative process coincides with the period of child growth and development when the organism is the most sensitive to the influence on comfortable and uncomfortable facilities of the environment.

Key words: study load, adolescents



УДК:613.6:616.127:159.944.4

МУСИНА А.А.¹, КАИРГЕЛЬДИНА А.С.¹, ОРАЗБАЕВА Б.С.²

АО «Медицинский университет Астана», г.Астана¹

Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда²

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПОЖАРНОЙ ЧАСТИ АКСУСКОГО ЗАВОДА ФЕРРОСПЛАВОВ

Аннотация: Согласно данным ВОЗ, профессия пожарного относится к числу десяти сложнейших профессий. Экстремальные условия деятельности, с которыми сталкивается личный состав пожарных подразделений, являются источниками напряженности труда и высокого риска для здоровья пожарных спасателей.

Ключевые слова: напряженность труда, пожарные спасатели.

Актуальность. Профессиональная деятельность специалистов пожарников имеет свои отличительные особенности: это постоянный риск для здоровья и жизни; сочетания различных видов работ, в том числе в течение одного дежурства; неравномерность нагрузки во времени; практический ненормированный рабочий день при ликвидации ЧС; постоянное нахождение в состоянии повышенной боевой готовности и ожидания вызова во время дежурства [1]. Характер и условия пожарной службы как особого вида человеческой деятельности создают предпосылки к формированию у пожарных состояния хронического стресса, являющегося результатом напряжения и перенапряжения физиологических систем организма[2].

Оценка профессионального риска как меры вероятности повреждения здоровья и тяжести последствий в результате неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса, как правило, проводится с учетом их экспозиции и показателей нарушения здоровья [3].

Цель: гигиеническая оценка напряженности труда работников пожарной части Аксуского Завода Ферросплавов.

Материалы и методы. Объектами исследования была пожарная часть №9 Акционерного Общества «Казхром» ФАО «Өрт-сәндіруші» Ак-

суского Завода Ферросплавов. Анализ включал оценку напряженности трудового процесса по 23 показателям, согласно «Гигиеническими критериями оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» АДЗ РК №1.04.001.2000 [4], включал анализ должностных инструкции по трем профессиям - это начальники караула, водители и пожарные спасатели. Средний возраст обследуемых 35,7±5, средний стаж работы 9,9±10 лет.

Результаты и их обсуждение. По итогам анализа напряженности труда было выявлено что показатель монотонности превалирует в работе начальника караула: число элементов для выполнения простых заданий - 8-9 (класс 2); их продолжительность - более 100 (класс 1). Сенсорные нагрузки были выражены у водителей пожарной машины, так как длительность сосредоточенного наблюдения составила - более 70% от общего времени работы (класс 3,2); плотностью сигналов и сообщений (среднее за один час работы) - около 200 сигналов (класс 3,1).

Авторами Шафран Л.М., Нехорошкова Ю.В. установлено, что у пожарных отмечается высокая степень нервно-психического напряжения, связанного с высокой степенью ответственности за тактические решения и исход боевой задачи, с наличием угрозы для собственной жизни и ответственностью за безопасность других лиц. Все перечисленные факторы могут быть причиной формирования различной патологии [5]. Было отмечено, что степень ответственности за результат собственной деятельности и степень ответственности за безопасность других лиц превалирует у пожарных спасателей (класс 3,2).

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Таблица 1. Напряженность труда работников пожарной части

Показатели напряженности трудового процесса	Классы условий труда		
	Начальники караулов	Водители	Пожарные спасатели
1	2	3	
1. Интеллектуальные нагрузки:			
1.1. Содержание работы	3.1	3.1	3.1
1.2. Восприятие сигналов и их оценка	3.1	3.1	3.2
1.3. Распределение функций по степени сложности задания	3.2	3.1	3.2
1.4. Характер выполняемой работы	3.2	3.1	3.2
2. Сенсорные нагрузки			
2.1. Длительность сосредоточенного наблюдения	2	3.3	3.2
2.2. Плотность сигналов	2	3.1	3.1
2.3. Число производственных объектов одновременного наблюдения	1	3,1	2
2.4. Размер объекта различения	1	3.1	2
2.5. Работа с оптическими приборами	1	1	1
2.6. Наблюдение за экранами видеотерминалов	1	1	1
2.7. Нагрузка на слуховой анализатор	2	2	2
2.8. Нагрузка на голосовой аппарат	3.1	1	2
3. Эмоциональные нагрузки			
3.1. Степень ответственности за результат собственной деятельности	3.2	3.2	3.2
3.2. Степень риска для собственной жизни	3.1	3.1	3.2
3.3. Степень ответственности за безопасность других лиц	3.1	3.2	3.2
3.4. Количество конфликтных ситуаций за смену	3.2	2	3.1
4. Монотонность нагрузок			
4.1. Число элементов в повторяющихся заданиях	2	1	2
4.2. Продолжительность выполнения простых заданий	2	1	1
4.3. Время активных действий	1	1	1
4.4. Монотонность обстановки	1	1	1
5. Режим работы			
5.1. Фактическая продолжительность рабочего дня	3.1	3.2	3.2
5.2. Сменность работы	2	3.1	3.2
5.3. Наличие перерывов и их продолжительность	3.2	3.1	3.2
Окончательная оценка	3.1	3.1	3.3

При определении категории напряженности труда был рассчитан интегральный показатель по методике Измерова Н.Ф., Матюхина В.В., Тарасовой Л.А., в основу которой положен принцип мно-

гомерности. Интегральные показатели по каждому блоку для работников пожарной части изображены на рисунке 1.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

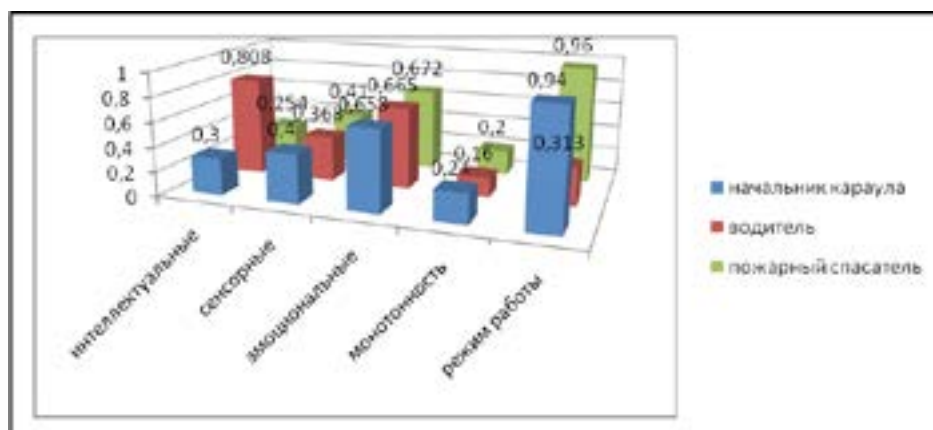


Рисунок 1. Интегральные показатели по каждому блоку

Расчёт общего интегрального показателя для начальника караула составил $L_{нт}=2,42$ - сверхинтенсивная категория напряжённости труда ($L_{нт} \geq 2,131$), для водителя пожарной машины - $L_{нт}=2,314$ - сверхинтенсивная категория напряжённости труда изнурительная категория напряжённости труда, для пожарного спасателя составил $L_{нт}=2,5$ - сверхинтенсивная или экстремальная категория напряжённости труда ($L_{нт} \geq 2,131$).

Выводы: Таким образом, труд начальника караула и водителей характеризуется классом условий труда по напряженности как «Вредный напряженный труд, 1-й степени» (3,1) и по интегральному показателю относится к сверхинтенсивной напряжённости труда; трудовая деятельность пожарного спасателя расценивается как «Вредный напряженный труд, 3-й степени» (3,3) и по интегральному показателю относится к сверхинтенсивной и экстремальной профессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдовская Ю.Н., Трубицына О.В. Инновационные технологии по сохранению профессионального здоровья у специалистов МЧС России 9(на примере использования аппаратных методов)// Дозиметрия, -2010, -С.57-58.

Алексанин С.С., Санников М.В., Астафьев О.М. Медицинские последствия влияния производственных факторов на пожарных. Вестник Российской военно-медицинской академии. -2008. -№3. - С.158-162.

2. Алексанин С.С., Астафьев О.М., Санников М.В. Совершенствование системы медицинских обследований спасателей и пожарных МЧС // Медицина катастроф. - 2010. - № 3. -С.8-11.

3. Капля А.Н., Снисаренко А.Г. Профессио-

нальная деятельность спасателей по радиационной и химической защите как психологическая проблема //Чрезвычайные ситуации: промышленная и экологическая безопасность. - 2013. - № 1-2 (13-14).- С.14-23.

4. Руководство Р 2.2.755-99 «Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» АДЗ РК № 1.04.001.2000 от 30 ноября 2000 года.

5. Шафран Л.М., Нехорошкова Ю.В. Комплексная гигиеническая оценка условий труда и трудового процесса пожарных спасателей // Гигиен и санитария. -2015. -№15.-С.77-82.

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

ТҮЙІНДЕМЕ

А.А.МУСИНА, Р.К.СҮЛЕЙМЕНОВА, А.С.ҚАЙЫРГЕЛДИНА

АКСУ ФЕРРОҚОРЫТПА ЗАУЫТЫНЫҢ ӨРТ СӨНДІРУ БӨЛІМІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ЖҮКТЕМЕСІН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

ДДҰ мәліметтері бойынша өрт сөндірушінің жұмысы ең ауыр он кәсіптің қатарына жатады. Өрт сөндірушілердің экстремалдық кәсіби жұмыс аясы, еңбек жүктемесінің шектен тыс артуы денсаулыққа әсер ететін үлкен қауіп-қатердің себепшісі болып табылады.

Түйінді сөздер: еңбек жүктемесі, өрт сөндіруші.

RESUME

A.A.MUSINA, A.S.KAIRGELDINA, B.S.ORAZBAEVA

EVALUATION OF THE WORK INTENSITY OF EMPLOYERS AT THE FIRE DEPARTMENT OF AKSU FERRO-ALLOY MANUFACTORY

According to WHO, the firefighter profession is one of the tenth most difficult professions. Extreme conditions of working faced by the fire brigade are sources of work intensity and firemen health risk.

Keywords: work intensity, firefighter.



УДК 613.9:616-006.6-052(574.25)

ШАЙЗАДИНА Г.Н.¹, БУКЕЕВА Ж.К.¹, ТУРГАМБАЕВА А.К.¹, ЖАНАЛИЕВА М.К.,¹
ХИСМЕТОВА З.А.²

АО «Медицинский университет Астана»¹,
Медицинский университет, г. Семей²

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОНКОБОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ПАВЛОДАР (обзор)

Аннотация:

В данной статье описывается обзор литературных данных касающихся одной из важнейших проблем в медицине - состояние больных с онкологическим заболеванием, проживающих в промышленных регионах.

В течение последних пяти лет в Казахстане увеличилось абсолютное число заболевших злокачественными новообразованиями: если в 2006 году было зарегистрировано 28 573 заболевших, то к концу 2011 года их число возросло до 30 299. Ежегодный прирост больных со злокачественными но-

вообразованиями составляет 5%.

Ключевые слова: состояние здоровья, промышленный город, больные лица, злокачественные новообразования.

В настоящее время, показатель смертности от злокачественных новообразований снизился на 11,9% с 113,7 на 100 тыс. населения в 2006 году до 101,6 на 100 тыс. населения в 2011 году [1].

Актуальность исследуемой проблемы заключается в том что, согласно данным ВОЗ по таким показателям, как смертность от рака, Казахстан

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

сохраняет безусловное лидерство даже среди ближайших соседей по СНГ: России, Украины, Беларуси, Кыргызстана, Узбекистана, Азербайджана [2].

Ниже (рис.) приведены данные ВОЗ по смертности от рака среди стран СНГ на 100 тыс. населения в возрастной категории от 30 до 70 лет в 2015 году:

на 100 тыс. населения

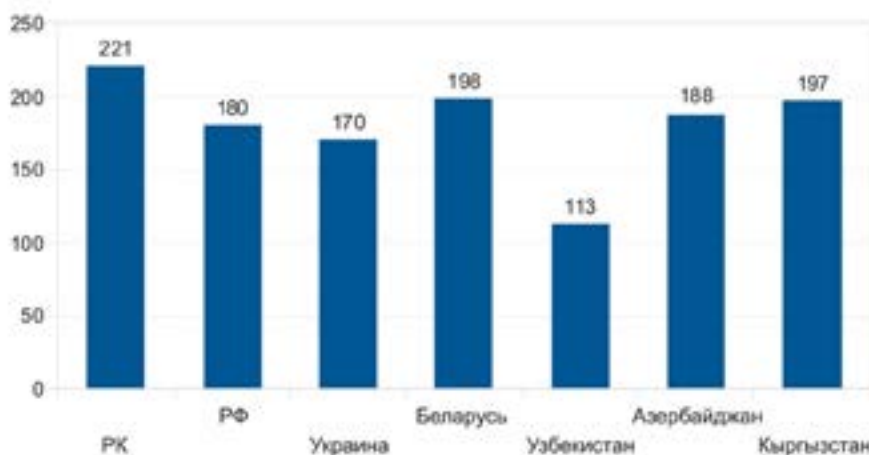


Рисунок - Смертность от рака среди стран СНГ

А, Павлодарская область занимает лидирующие позиции по онкологическим заболеваемостям последние десятилетия.

Определены причины возникновения онкологических заболеваний Павлодарской области посредством анализа статистических данных за период 2011-2015 года, на примере Павлодарской области.

В течение последних пяти лет в Казахстане увеличилось абсолютное число заболевших злокачественными новообразованиями: если в 2006 году было зарегистрировано 28 573 заболевших, то к концу 2011 года их число возросло до 30 299. Ежегодный прирост больных со злокачественными новообразованиями составляет 5%

Вместе с тем, показатель смертности от злокачественных новообразований за последние пять лет снизился на 11,9% с 113,7 на 100 тыс. населения в 2006 году до 101,6 на 100 тыс. населения в 2011 году.

Не секрет, что неопределенность с причинами онкологической заболеваемости на протяжении последних лет вынуждает работников здравоохранения мириться с ростом показателей и сосредоточить свои усилия на терапии злокачественных новообразований. Системные меры позволили добиться положительной динамики по показателям смертности. Однако не зря во врачебной среде существует избитая поговорка «Предупредить легче, чем лечить». К примеру,

«раковой коллизии» в Павлодарской области это означает лишь одно: добиться существенного прогресса в снижении онкологической заболеваемости возможно только после выявления этиологии и устранения общих причин заболеваемости. Высочайший в Казахстане объем производимой инновационной продукции и относительно низкий уровень цен, позволяет данному региону удерживать одно из лидирующих мест среди регионов по этим показателям. Заметные проблемы можно отметить в социальной сфере, среди которых высокая смертность от онкозаболеваний, низкая продолжительность жизни и невысокие темпы прироста населения [3].

За 2015 год в Павлодарский областной онкологический диспансер на учете состояло 2250 человек, заболеваемость составила 297,7 человек на 100 тысяч населения, по сравнению с 2014 годом этот показатель снизился на 2 %. По данным областного онкодиспансера по заболеваемости на первом месте также остается рак молочной железы, на втором - рак легких, третью строчку занимает рак кожи [4].

За 7 месяцев 2015 года взято на учёт 1313 человек, заболеваемость составила 297,8 случаев на 100 тысяч населения. В 2014 году таковых было зарегистрировано 308 человек.

По статистике, в Казахстане на 1 января 2015 года на онкологическом учете состоят 150 436 человек, в то время как в 2013 году было 146 404.

ЭКОЛОГИЯ И ВАЛЕОЛОГИЯ

Рост численности заболеваемости связан с увеличением выявления онкологических пациентов на ранних стадиях. Смертность от рака в стране составляет 17000 человек ежегодно.

На учет по онкологической заболеваемости за четыре месяца взято 745 взрослых павлодарцев, 13 детей и подростков. С начала года по причине рака зарегистрировано 359 случаев смертей жителей региона, взятых на учет в 2015 году.

Заболеваемость выросла примерно на 11-20%, в 2015 году показатель заболеваемости онкологией на сто тысяч населения составил 305 ед.измерения, а показатель 2014 года - 301,7 ед.измерения [5].

Таким образом, по информации регионального управления здравоохранения, ежегодно на учет со злокачественными новообразованиями в регионе становится порядка двух тысяч. При этом обследования и лечение проходят в непрофильном здании.

Стало известно что, строительство нового онкодиспансера, запланированного на 2015 год, отложено на следующий [6].

Факторов, прямо или косвенно увеличивающих риск возникновения раковых заболеваний, с увеличением промышленного загрязнения становится все больше. Растет количество случаев заболеваний вместе с ростом населения, но что страшнее, растет относительное количество заболевших на душу населения. Отравление воды и пищи, воздуха, сложная экологическая ситуация, недостаточная гигиена жилья и труда - усугубляющих факторов много [7].

По данным от 2003 года Всемирной Организации Здравоохранения, загрязнение воды, почвы и воздуха канцерогенными химическими веществами является причиной возникновения 4% всех раковых заболеваний.

Воду необходимо очищать, и природную и водопроводную. По данным мировой статистики, инфекции приводят более чем к 20% рака.

Гепатиты приводят к раку печени, вирус папилломы приводят к раку шейки матки, риск развития рака желудка увеличивают кишечные бактерии, паразитарные инфекции увеличивают риск возникновения раковых заболеваний желудочно-кишечного тракта, выводящих органов [8].

В воде примерно 1 000 веществ может присутствовать в воде одновременно. Ученые многих стран отмечают кроме природных веществ и веществ, поступающих в воду с промышленными стоками, появление в городской воде медицинских препаратов, их комбинаций. Причем обнаружение этих веществ не ограничивается только местами географического расположения фармакологиче-

ских предприятий, но касается проб природной и водопроводной воды.

Медицинские препараты, обезболивающие вещества, цитотоксические препараты, противозачаточные препараты и их производные в воде увеличивают риск возникновения лейкемии, рака молочной железы, рака печени, рака почки.

Химические вещества, такие как асбест, винилхлорид, бензопирен, бензол, различные соединения хрома, никеля, мышьяка, кадмия, радон, формальдегиды, тетрахлордибензодиоксин, попадают в воду в ходе промышленного загрязнения вместе со стоками промышленных предприятий. Эти вещества увеличивают риск возникновения рака лёгких, мочевого пузыря, кожи и других видов раковых заболеваний.

Выбросы железоплавильных, коксовых печей, химические вещества, используемые в полимерной промышленности, в производстве алюминия, мебельной промышленности, при производстве стали и чугуна серьезно влияют на раковые заболевания легких, пищевода и желудка.

В местностях с высоким природным уровнем природных изотопов, продуктов распада природного газа радона влияют на все органы организма человека - легкие, бронхи, почки, кровь, кости. Концентрации радона в воде зависят от времени года, количества осадков, выпадающих в данной местности, других факторов. Это локальная примесь, не повсеместного распространения, но в местностях его повышенной концентрации радон представляет серьезную проблему. Радон относят к трудноудаляемым веществам [9].

В ряде случаев раньше и до наших дней используются трубы из асбестоцемента. Асбест признан веществом, увеличивающим риск возникновения рака желудка, почек, полости рта [10].

Ученые отмечают увеличение риска возникновения опухолей мозга, раковых заболеваний ЖКТ, лимфогранулематоза среди населения, употребляющего воду с повышенным содержанием нитратов.

Следующие примеси в воде относят к органическим и неорганическим, но и те и другие обладают ярко выраженными канцерогенными свойствами: Органические растворители, свинец, никель, хром, мышьяк, кадмий, бериллий и многие другие. Они попадают в природную воду, а далее и в водопроводную из свалок, мусорных отвалов, септиков, смываясь с дождевой водой или непосредственно стоками в реки промышленными предприятиями [11].

Основными веществами, которые остаются

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

после очистки воды муниципальными службами, являются вещества, образующиеся в результате хлорирования воды.

Заболеемость и смертность от рака прямой и ободочной кишки, рака мочевого пузыря значительно выше среди людей, употребляющих не очищенную от остатков хлорсодержащих веществ воду.

Факторов, прямо или косвенно увеличивающих риск возникновения раковых заболеваний, с увеличением промышленного загрязнения становится все больше. Растет количество случаев заболеваний вместе с ростом населения, но что страшнее, растет относительное количество заболевших на душу населения. Отравление воды и пищи, воздуха, сложная экологическая ситуация, недостаточная гигиена жилья и труда - усугубляющих факторов много.

Вода, употребляемая человеком для приготовления пищи и для питья, обязательно содержит примеси. При разовом употреблении водопроводной воды, примесь, даже высокотоксичная, не принесет непоправимого ущерба здоровью человека, в силу низкой концентрации. Но примеси накапливаются внутри организма, усиливая свое негативное воздействие [3].

По данным от 2003 года Всемирной Организации Здравоохранения, загрязнение воды, почвы и воздуха канцерогенными химическими веществами является причиной возникновения 4% всех раковых заболеваний.

Воду необходимо очищать, и природную и водопроводную. По данным мировой статистики, инфекции приводят более чем к 20% рака [4].

Гепатиты приводят к раку печени, вирус папилломы приводит к раку шейки матки, риск развития рака желудка увеличивают кишечные бактерии, паразитарные инфекции увеличивают риск возникновения раковых заболеваний желудочно-кишечного тракта, выводящих органов.

Профилактические меры обязательно включают очищение воды и воздуха до уровня качества соответствующего нормам, рекомендованным ВОЗ.

В воде примерно 1 000 веществ может присутствовать в воде одновременно. Ученые многих стран отмечают кроме природных веществ и веществ, поступающих в воду с промышленными стоками, появление в городской воде медицинских препаратов, их комбинаций. Причем обнаружение этих веществ не ограничивается только местами географического расположения фармакологических предприятий, но касается проб природной и

водопроводной воды [5].

Медицинские препараты, обезболивающие вещества, цитотоксические препараты, противозачаточные препараты и их производные в воде увеличивают риск возникновения лейкемии, рака молочной железы, рака печени, рака почки.

Химические вещества, такие как асбест, винилхлорид, бензопирен, бензол, различные соединения хрома, никеля, мышьяка, кадмия, радон, формальдегиды, тетрахлордифенилоксид, попадают в воду в ходе промышленного загрязнения вместе со стоками промышленных предприятий. Эти вещества увеличивают риск возникновения рака лёгких, мочевого пузыря, кожи и других видов раковых заболеваний.

Выбросы железоплавильных, коксовых печей, химические вещества, используемые в полимерной промышленности, в производстве алюминия, мебельной промышленности, при производстве стали и чугуна серьезно влияют на раковые заболевания легких, пищевода и желудка [6].

В местностях с высоким природным уровнем природных изотопов, продуктов распада природного газа радона влияют на все органы организма человека - легкие, бронхи, почки, кровь, кости. Концентрации радона в воде зависят от времени года, количества осадков, выпадающих в данной местности, других факторов. Это локальная примесь, не повсеместного распространения, но в местностях его повышенной концентрации радон представляет серьезную проблему. Радон относят к трудноудаляемым веществам.

В ряде случаев раньше и до наших дней используются трубы из асбестоцемента. Асбест признан веществом, увеличивающим риск возникновения рака желудка, почек, полости рта.

Нитраты попадают в воду из самых различных источников, в значительной мере из почв, удобряемых удобрениями на основе азота. Нитраты превращаются в нитриты, образуют другие вещества в процессе взаимодействия и усиливают канцерогенное воздействие на организм человека. Содержание нитратов в питьевой и природной воде находится между 1 мг/л и 100 мг/л. В большинстве стран мира ПДК на нитраты 40-45 мг/л [7].

Ученые отмечают увеличение риска возникновения опухолей мозга, раковых заболеваний ЖКТ, лимфогранулематоза среди населения, употребляющего воду с повышенным содержанием нитратов.

Следующие примеси в воде относят к органическим и неорганическим, но и те и другие обладают ярко выраженным канцерогенными свойствами:

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Органические растворители, свинец, никель, хром, мышьяк, кадмий, бериллий и многие другие. Они попадают в природную воду, а далее и в водопроводную из свалок, мусорных отвалов, септиков, смываясь с дождевой водой или непосредственно стоками в реки промышленными предприятиями.

Основными веществами, которые остаются после очистки воды муниципальными службами, являются вещества, образующиеся в результате хлорирования воды [8].

Заболеемость и смертность от рака прямой и ободочной кишки, рака мочевого пузыря значительно выше среди людей, употребляющих не очищенную от остатков хлорсодержащих веществ воду.

Хлор и хлорсодержащие вещества надежно удаляются современными методами фильтрации и фильтрами водоподготовки и бытовыми проточными фильтрами доочистки водопроводной воды.

Любые потенциально опасные примеси в питьевой воде увеличивают риск возникновения раковых и иных заболеваний. Воду необходимо очищать, постоянно контролировать содержание и состав примесей. Хлорирование один из наиболее эффективных и экономически приемлемых способов обеззараживания воды. Но хлорирование необходимо проводить с учетом данных о вреде вторичных продуктов хлорирования [9].

Вопросы достаточной очистки воды в Казахстане должны решиться в ближайшем будущем и достигнуть общемировых стандартов, которые впоследствии поспособствуют снижению возникновения онкозаболеваний.

За 2015 год в Павлодарский областной онкологический диспансер на учете состояло 2250 человек, заболеемость составила 297,7 человек на 100 тысяч населения, по сравнению с 2014 годом этот показатель снизился на 2 %. По данным областного онкодиспансера по заболеемости на первом месте также остается рак молочной железы, на втором - рак легких, третью строчку занимает рак кожи.

Согласно выше изложенному, жители области стали более серьезно относиться к своему здоровью. Так, показатели ранней диагностики за 2015 год составили 58,2 %. Маммографический скрининг прошли более 22 тысяч женщин, в итоге рак был выявлен у 57. Самое большое количество людей прошли скрининг на раннее выявление колоректального рака (толстого кишечника - ред), их численность составило почти 42 тысяч человек.

Таким образом, по информации регионального управления здравоохранения, ежегодно на учет со

злокачественными новообразованиями в регионе становится порядка двух тысяч. При этом обследование и лечение проходят в непрофильном здании.

Стало известно что, строительство нового онкодиспансера, запланированного на 2015 год, отложено на следующий.

Смертность от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. За 2015 год от рака умерли 16 692 человека, из которых 42% - лица трудоспособного возраста, заболели им 33 029 человек. Всего на учете в Казахстане состоят 146 400 пациентов.

У нас единственное государство, которое обеспечивает бесплатными лекарственными препаратами онкологических больных, как на стационарном, так и на амбулаторном уровне, без принципа сооплаты. А препараты очень дорогие. К примеру, лечение рака молочной железы первой стадии бюджету обходится в 110-120 тысяч тенге на человека. А четвертой стадии - в 27 миллионов тенге. Из этой суммы 98 процентов - стоимость препаратов. Есть лекарства, которые в месяц обходятся для одного пациента в 7-8 тысяч долларов, причем какие-то препараты принимаются в течение 18 месяцев, другие - в течение пяти лет и больше, а есть и те, которые принимаются всю жизнь.

«Снижение показателя смертности связано в первую очередь с улучшением диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения. В то же время этот показатель все еще не достигает показателей развитых стран, поскольку смертность на поздних стадиях рака практически не предотвратима и все еще высока», - говорится в программе «Саламатты Қазақстан».

Согласно вышеуказанному, нами сделаны следующие выводы:

1. Основным фактором влияющим на развитие онкологических заболеваний в Павлодарской области согласно проведенному исследованию явилась экологическая обстановка. Важно установить факторы ухудшения окружающей среды на которые можно оказать воздействие, устранить их, либо снизить их влияние при оказании содействия управления Госорганов данного региона.

2. Установлено, что лица с онкозаболеванием зачастую избегает контактов с медициной (Заболеемость в 2015г. - 305 ед.измерения, а показатель 2014 года - 301,7 ед.измерения на 100тыс. населения). В то же время стоит отметить понижение числа смертности от онкологических заболеваний, это связано с улучшением диагностики злокаче-

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

ственных новообразований на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения (показатели ранней диагностики за 2015 год составили 58,2 %) онкологических заболеваний, но этот показатель все еще не достигает показателей развитых стран.

3. Современная медицина, и онкологическая служба в частности, реагирует на следствие, но причина по-прежнему не устранена. Речь идет о продолжении стойкого загрязнения окружающей среды промышленными предприятиями. По данным экологов Павлодарские предприятия в год выбрасывают 560 тысяч тонн вредных веществ. Чтобы составить официальные данные, городу нужны десятки экологических постов, которые бы мониторили выбросы.

Практические рекомендации

1. Проблема онкологии - проблема государства, поэтому инициатива должна исходить от государ-

ства, которое должно находить способы и подходы для вовлечения населения, изменения модели поведения, при которой обращаться в медицинские учреждения для осмотра станет хорошей практикой, но одновременно в учреждениях должны быть созданы условия для качественного обслуживания таких пациентов (отсутствие очередей, прием по записи, возможность прохождения обследования в одном учреждении и за 1 день и т.д.).

2. Рекомендуется пересмотреть подходы к способам и каналам подачи информации о действующих программах (социальные ролики по телевидению, радио, социальные сети, рекламные растяжки и баннеры и т.д.).

3. Важно сделать анализ причин заболеваний, установить факторы, на которые можно оказать воздействие, и либо устранить их, либо снизить их влияние.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. “Программа развития онкологической помощи населению Республики Казахстан на 2012-2015 годы.” 8с.
2. “Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 1991-2015гг.” 12с.
3. “Аналитический обзор деятельности регионального онкологического диспансера г. Павлодар за 1991-2015гг.” 14с.
4. <http://journal.zakon.kz/4740976.html>
5. http://www.mzsr.gov.kz/content/?doc_id=58695968
6. Общая гигиена: Конспект лекций (Елисеев Ю. Ю., д.м.н., профессор, академик РАЕ, Луцевич И. Н., д.м.н., Жуков А. В., к.м.н., Клещина Ю. В., Данилов А. Н.), 2009г. 55 с.
7. Суслов Б., Вода. Издание второе. Серия Научно-популярная библиотека, ГИТЛ, 1952г. 28с.
8. Воронцов И.В. Малые радиационные воздействия и здоровье человека (очерки системного анализа) / И.В. Воронцов. - М. ; Воронеж : Воронеж. гос. ун., 2002. - 276 с.
9. Барышников А.Ю., Давыдов М.И. Экспериментальная онкология на рубеже веков. - РОНЦ им. Блохина. - 2003. - 416 с.
10. Биологические методы лечения онкологических заболеваний / Под ред. Винсента Т. ДеВита и др.; Пер. с англ. Л.А. Певницкого; Под ред. Л.А. Певницкого. - М.: Медицина, 2002. - 918 с.
11. Ганцев Ш.Х. Онкология. МИА. - 2006. - 488 с.

ТҮЙІНДЕМЕ

**ШАЙЗАДИНА Г.Н.¹, БУКЕЕВА Ж.К.¹, ТУРГАМБАЕВА А.К.¹, ЖАНАЛИЕВА М.К.,¹
ХИСМЕТОВА З.А.²**

АО «Медицинский университет Астана»¹,
Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті²

ӨНДІРІСТІК ПАВЛОДАР ҚАЛАСЫНДА ӨМІР СҮРЕТІН, ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ ШАЛДЫҚҚАНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Бұл мақалада медицинадағы маңызды бір мәселе - өндірістік аймақтарда өмір сүретін қатерлі ісікке шалдыққан науқастардың жағдайына қатысты әдеби мәліметтер сипатталады.

Соңғы бес жылда Қазақстанда қатерлі ісікке шалдыққандардың абсолютті саны өсті: егер 2006 жылы 28573 науқас тіркелсе, онда 2011 жылдың аяғында олардың саны 30299 өсті. Қатерлі ісікке шалдыққан науқастардың өсімі 5% кұрайды.

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Түйін сөздер: денсаулық жағдайы, өндірістік қала, науқас жандар, қатерлі ісіктер.

SUMMARY

SHAJIZADINA G.N. ¹, BUKEYEVA J.K.¹, TURGAMBAYEVA A.K.¹, ZHANALIYEVA M. K.¹, KHISMETOVA Z.A.²

JSC "Astana Medical University"¹,
Medical University, Semey State²

ASSESSMENT OF THE STATE OF HEALTH OF CANCER PATIENTS LIVING IN THE INDUSTRIAL CITY OF PAVLODAR

This article describes an overview of published data relating to one of the most important problems in medicine - the condition of patients with cancer who live in industrial regions.

Over the past five years, Kazakhstan has increased the absolute number of cases of malignant neoplasms: if 28,573 cases by the end of 2011 the number had risen to 30 299. The annual growth rate of patients with malignant tumors of 5% was recorded in 2006.

Keywords: health, industrial city, the sick person malignancies.

ПОЗДРАВЛЕНИЕ



Редакция журнала “Медицинский журнал” и научная общественность сердечно поздравляет доктора биологических наук, профессора университета «Туран - Астана», лауреата международных премий «Профессия - жизнь» и «Сократ», почетного профессора Международного Венского университета, академика НАН РК Мырзаханова Нуркена с 70 - летием его педагогической, научной, общественной и 47 - летием трудовой деятельности.

Н. Мырзаханов на протяжении более 47 лет достойно и плодотворно работает в сфере науки в качестве преподавателя и организатора системы образования. Его творческие достижения признаны не только в республике, но и за ее пределами. Сотни учеников и последователей Н. Мырзаханова работают в сфере образования, науки, производства, в руководящих должностях, избраны депутатами Мажилиса Республики Казахстан.

За достижения в образовании и науке Н. Мырзаханов становился обладателем Президентской стипендии в области биологии (1997), отличником образования Республики Казахстан (2005), лучшим преподавателем высшей школы (2008), награжден медалью к 110 - летию В.И.Ленина (1980).

Н. Мырзаханов активно внедряет научные достижения в производство. Им впервые обосновано экономическая выгодность акклиматизации овец породы «Байс» в горно - степной зоне Карагандинской области. Разработанная технология биомониторинга окружающей среды и здоровья населения Центрального Казахстана отмечена почетной грамотой акима Карагандинской области. Научная программа, выполненная по госзаказу Министерства экологии и использования природных ресурсов по изучению экологии Приаралья и прилегающих к ней территории подытожена в монографии «Региональная экология: состояние и перспективы» с изложением конкретных рекомендаций.

Н. Мырзаханов автор 11 монографии и 4 учебных пособия и более 200 научных статей. Его научные материалы используются как отечественными, так и зарубежными учеными, опубликованы в трудах международных научных форумов и журналах с высоким импакт - фактором, а также отмечен сертификатами конференции, проходивших в США и Португалии.

Как член Астанинского филиала народно - демократической партии «Нур Отан»

Н. Мырзаханов активно принимает участие в разъяснении ежегодных Посланий Президента Н.А. Назарбаева. Так, им по концепции - экологическая формула номадов организовано 11 циклов передач по радио «Шалкар» и напечатано 11 статей по формированию, сохранению и приумножению здоровья на страницах газет «Алаш», «Индустриальная Караганда», «Орталық Қазақстан», «Айкын», «Сары Арка». В телепередачах «Хабар», «Евразия - 1» и «5 - канал» он показал пример истинного патриотизма и понимания современных тенденции развития Казахстана, исходя из задач поставленных главой государства на конкретном этапе продвижения по достижении идеи Мәңгілік ел.

Научная, педагогическая, творческая и гражданская позиция Н. Мырзаханова является ярким примером служения профессии, своему народу и является достойным примером для молодежи. Редакция журнала желает юбиляру долгих лет жизни, блистательных побед в воспитаний и образований молодежи, развитии Отечественной науки и единства Казахстанского народа во имя процветания Отчизны.

Редакция журнала «**ВАЛЕОЛОГИЯ
ЗДОРОВЬЕ - БОЛЕЗНЬ - ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ**»