
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
№2, 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)
Кайырбекова С.З. (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: 20.06.2016 ж.

**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
№2, 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

Editorial advice:

Agadzhanian 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)
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)

Address:

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

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

**ЖЫЛҚЫБАЕВА А.Б., СЕКЕНОВА Р.К.,
ОМАРОВ К.Т.**

ROC SAFE жүйесін қолдану арқылы
аортокоронарлық шунттау: ағымдағы үдерістері
мен болашақ көрінісі

МӘУЛЕТБАЕВА Г.С.

Аортокоронарлық шунттау: мәселенің қазіргі
заманғы жағдайы

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

**КУАНЫШБАЕВА Г.С., МАГЗУМОВА Р.З.,
ЖАКСЫЛЫКОВА Г.А., ORVILL ADAMS**

Уровень удовлетворенности медицинского
работника физическими условиями труда

**СМАҒҰЛОВА С.К., РАХЫМҒАЛИЕВА Г.Б.,
ӘЛІБЕКОВА Г.А., ЗЕМЛЯНСКАЯ Н.С.,
ӘКІМБАЕВА Г.Ж., РАМИЛЬ Д.Р.**

Астана қаласындағы №4 қалалық емханаға
тіркелген тұрғындарға 2015 жылы өткізілген
скринингтік зерттеулердің нәтижесін бағалау

**СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., САИМОВА Д.Е.,
МУСИНА А.А.**

Түрлі елдердегі ультрадыбыстық диагностика
дәрігерлерінің аурушандығына салыстырмалы
талдау

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ДОЩАНОВА А.М. ӘКЕТАЕВА А.С.

Бедеулік пен созылмалы сальпингиті бар
әйелдерің жатыр түтікшлірі жағдайының
сипаттамасы

**БАЕШЕВА Д.А., ТӨЛЕГЕНОВА Г.К.,
ЯРМАМБЕТОВ К.Б.,
ЖАРМАҒАМБЕТОВА Б.О., ҚАСЕНОВА Г.Н.**

Балалардағы clostridium difficile салдарынан
болған антибиотик-ассоциирленген диареялар-
дың клиникалық ерекшеліктері

**ГОНЧАРОВ А.Ю., НУРМУХАНОВА А.М.,
АРИПОВ М.А., ТЕМИРКУЛОВ М.А.**

Аномалии коронарных артерий в популяции
Казахстана

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

**ЖИЛКИБАЕВА А.Б., СЕКЕНОВА Р.К.,
ОМАРОВ К.Т.**

Технология «аортокоронарное шунтирование с
использованием системы ROC SAFE: текущие
тенденции и будущее видение

9 **МАУЛЕТБАЕВА Г.С.**

Аортокоронарное шунтирование: современное
состояние вопроса

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

**KUANYSHBAYEVA G.S., MAGZUMOVA R.Z.,
ZHAKSYLYKOVA G.A., ORVILL ADAMS**

Level of satisfaction of medical worker their
physical working conditions

**РАХЫМҒАЛИЕВА Г.Б., СМАҒУЛОВА С.К.,
АЛИБЕКОВА Г.А., ЗЕМЛЯНСКАЯ Н.С.,
АКИМБАЕВА Г.Ж. РАМИЛЬ Д.Р.**

Анализ результатов скринингового
обследования населения, прикрепленного к
городской поликлинике №4 г.Астана за 2015
год

**СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., САИМОВА Д.Е.,
МУСИНА А.А.**

Сравнительный анализ заболеваемости врачей
ультразвуковой диагностики в различных
странах

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

26 **ДОЩАНОВА А.М. АКЕТАЕВА А.С.**

Характеристика состояния маточных труб
у женщин с бесплодием и хроническим
сальпингитом

29 **БАЕШЕВА Д.А., ТУЛЕГЕНОВА Г.К.,
ЯРМАМБЕТОВ К.Б., ЖАРМАҒАНБЕТОВА
Б.О., КАСЕНОВА Г.Н.**

Клинические особенности антибиотик -
ассоциированной диареи у детей, обусловленной
clostridium difficile

35 **ГОНЧАРОВ А.Ю., НУРМУХАНОВА А.М.,
АРИПОВ М.А., ТЕМИРКУЛОВ М.А.**

Қазақстан тұрғындары арасында таралған туа
біткен коронарлық артериялардың ауытқуы

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

- ДОЩАНОВА А.М., АКЕТАЕВА А.С.**
Бедеулік пен жатыр миомасы бар әйелдердің жатыр түтікшелері жағдайының эндоскопиялық сипаттамасы
- ДОЩАНОВА А.М., АКЕТАЕВА А.С.**
Эндоскопическая характеристика состояния маточных труб у женщин с бесплодием и миомой матки
- ЕСЖАНОВА А.А., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., ҚАБЫКЕНОВА Д.К., САҒЫНДЫҚОВА Г.А.**
Қант сусамырымен ауыратын әйелдердің жүктілік және босану кезеңдерінің ағымы
- ЕСЖАНОВА А.А., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., КАБИКЕНОВА Д.К., САГАНДЫКОВА Г.А.**
Течение беременности и родов у женщин, страдающих сахарным диабетом
- НУРЛАНБАЕВА А.Е., ТОҚТАБЕКОВА Г.Е., БИНАЗАРОВ Д.А.**
Біріншілікті глаукома анықталған науқастардың жергілікті гипотензивті ем қабылдаған кездегі көз қарашығының жағдайы
- НУРЛАНБАЕВА А.Е., ТОКТАБЕКОВА Г.Е., БИНАЗАРОВ Д.А.**
Состояние хрусталика глаза у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в условиях местной гипотензивной терапии
- СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., ИВАШЕВСКАЯ Р.Ф., РАЗУМОВА Р.Р., ТӨЛЕТОВА А.С.**
Босану индукциясының нәтижесі
- СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., ИВАШЕВСКАЯ Р.Ф., РАЗУМОВА Р.Р., ТУЛЕТОВА А.С.**
Исход индуцированных родов
- ТӨЛЕТОВА А.С., ЗВЕРЕВА А.Н., МУСЛИМОВА С.Т.**
Истмико-цервикалды жеткіліксіздігін емдеудің түрлі әдістерінің салыстырмалы тиімділігі
- ТУЛЕТОВА А.С., ЗВЕРЕВА А.Н., МУСИЛИМОВА С.Т.**
Сравнительный анализ различных методов лечения истмико-цервикальной недостаточности
- ШОЛАНОВА М.К., ТӨЛЕШОВА Г.Т., САДУАҚАСОВ Т.Д., КИСЛИЦИНА М.З.**
Дәлелдемелік негізде артериялық гипертензияны емдеу барысында қиыстырылған препаратты қолдану
- М.К. ШОЛАНОВА, Г.Т. ТУЛЕШОВА, Т.Д. САДВАКАСОВ, М.З. КИСЛИЦИНА**
Применение комбинированного препарата при лечении артериальных гипертензий, основанного на доказательствах
- ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ**
- ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
- АЛЫМБАЕВ Э.Ш., ОНГОЕВА Б.А.**
Семіздік анықталған жасөспірімдер мен балалар арасындағы метаболиттік синдромның таралуы
- АЛЫМБАЕВ Э.Ш., ОНГОЕВА Б.А.**
Распространенность метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением
- БЕРМАҒАМБЕТОВА С.К., КӘРІМОВ Т.К., ЗИНАЛИЕВА А.Н., НИЯЗАЛИНА Л.У.**
Жасөспірімдердің тамақтану жағдайына гигиеналық баға беру
- БЕРМАҒАМБЕТОВА С.К., КАРИМОВ, А.Н. ЗИНАЛИЕВА, Л.У. НИЯЗАЛИНА**
Гигиеническая оценка качества питания подростков
- КЕРІМКҮЛОВА С.Ж., СҮЛЕЙМЕНОВА Р.Қ., АБДУЛДАЕВА А.А., МУСИНА А.А.**
Қазақстан Республикасындағы құрылыс саласындағы жұмысшылардың тамақтануын оңтайландыру және еңбек жағдайына зиянды жұмыстардың гигиеналық негіздері
- КЕРИМКУЛОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АБДУЛДАЕВА А.А., МУСИНА А.А.**
Гигиенические основы оптимизации питания работников строительной отрасли Республики Казахстан работающих во вредных условиях труда

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

АЙТКЕНОВА А.Р., СЕКЕНОВА Р.К.

Глаукоманы анықтауға арналған скринингтік бағдарлама негізіндегі әлеуметтік зерттеу жұмыстарының нәтижесі

ИМАМБАЕВА Н.Е., КАРП Л.Л., ЖАҚЫПОВА Т.З.

ҚР сот-медицинасы қызметінің сот-гистологиялық бөлімшесінің кадр ресурстарымен қамтамасыз етілуі

САУСАҚОВА С.Б., САРЫМСАҚОВА Б.Е.

Биомедициналық зерттеулерге сараптама жүргізетін этикалық комиссияны аккредиттеу

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

А.А. СӘБИТОВА, Г.А. ЖАҚСЫЛЫҚОВА

Симуляциялық технологиялардың медициналық білім беру саласының бір бөлігі ретінде қалыптасу тарихы және олардың даму болашағы

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

76 **АЙТКЕНОВА А.Р., СЕКЕНОВА Р.К.**

Результаты социологического исследования скрининговой программы по выявлению глаукомы

81 **ИМАМБАЕВА Н.Е., КАРП Л.Л., ЖАКУПОВА Т.З.**

Обеспеченность кадровыми ресурсами гистологических подразделений судебно-медицинской службы РК

86 **САУСАҚОВА С.Б., САРЫМСАҚОВА Б.Е.**

Аккредитация этических комиссий, проводящих экспертизу биомедицинских исследований

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

93 **САБИТОВА А.А., ЖАҚСЫЛЫҚОВА Г.А.**

История становления симуляционных технологий, как части медицинского образования и перспективы их развития

УДК: 614.2:616.132.2-071

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., СЕКЕНОВА Р.К., ОМАРОВ К.Т.

АО «Медицинский Университет Астана»

ТЕХНОЛОГИЯ «АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ROCK SAFE: ТЕКУЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ И БУДУЩЕЕ ВИДЕНИЕ

Аннотация

В данной статье ведется общий анализ проведения центром на данный момент операций с использованием ROCK SAFE, а также текущие тенденции и будущее ведение аортокоронарного шунтирования.

Ключевые слова: аортокоронарное шунтирование, тенденции мира к использованию аортокоронарного шунтирования, болезнь сердечно-сосудистой системы.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают доминирующее положение в структуре заболеваемости и причин смертности населения, несмотря на современные возможности профилактики и лечения. Ведущее место среди сердечно-сосудистых заболеваний занимает ишемическая болезнь сердца (28%). Согласно данным ВОЗ в России от ишемической болезни сердца (и ее осложненных форм) ежегодно умирает около 500 человек из 100 000 населения. При этом с каждым годом увеличивается не только рост показателя заболеваемости, но и частота повторных инфарктов миокарда (в среднем на 2%) [1].

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны.

Сохранение и укрепление здоровья граждан относится к числу основных государственных приоритетов и в современных условиях жизненно важно для сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Реформирование системы здравоохранения требует адаптации классических и поиска новых адекватных методов управления здравоохранением на научной основе (Стародубов В И, Хальфин Р. А, 2004). В докладе института медицины США «Человеку свойственно ошибаться построение более безопасной системы здравоохранения» (1999),

отмечалось, что в американских больницах «ошибки медицинского характера» каждый год приводят к смерти 44 - 98 тыс. человек. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации «Больницы для Европы» представила данные о том, что в 2000 г каждый 10 пациент европейских больниц пострадал от предотвратимого вреда здоровью или нежелательных эффектов лечения. В 2004 г 57-я Всемирная ассамблея здравоохранения рассмотрела предложение о формировании Международного Альянса по улучшению ситуации в области безопасности пациентов в качестве одной из глобальных инициатив. В 2005 г под эгидой ВОЗ в г.Москве был проведен День Альянса за безопасность пациентов, что позволило руководителям отрасли здравоохранения обратить внимание на эту проблему.

Медицинское обслуживание должно быть безопасным, эффективным, своевременным, квалифицированным, адекватным и ставящим в центр внимания – пациента. В процессе оказания медицинской помощи необходимо соблюдение преемственности и межсекторального взаимодействия между организациями.

В международной практике, в рамках внедрения инновационных методов профилактики, лечения и диагностики, особое внимание уделяется процессу выбора необходимой медицинской технологии. Например, в условиях Национальной системы здравоохранения (NHS) в Великобритании выбор той или иной медицинской технологии определяется на основе имеющихся доказательств клинической эффективности и экономической целесообразности медицинской технологии.

В стремлении к вхождению в число наиболее конкурентоспособных стран мира, Казахстан в последние годы столкнулся с необходимостью инновационного развития и преобразований во всех сферах национальной экономики, в том числе в сфере социального развития и, прежде всего, здравоохранения.

В этой связи, Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 в качестве ключевых механизмов инновационного развития отрасли установила внедрение современных достижений медицинской науки и новых медицинских технологий в практику.

Озвучив курс на модернизацию страны, Глава государства в своем Послании, большое внимание уделил вопросам инновационного развития страны, в том числе в сфере здравоохранения и отметил, что в настоящее время нужен трансферт необходимых стране технологий и обучение специалистов для возможности их использования.

Анализ показал, что несмотря на достигнутые успехи, на сегодняшний день, организация ВСМП имеет ряд существенных недостатков: внедрение ограниченного числа технологий ВСМП; задержка развития ВСМП в регионах; отсутствие связи развития ВСМП и отечественными научными разработками, недостаточная преемственность при оказании медицинских услуг пациенту и недостаточное межсекторальное взаимодействие организаций.

С момента открытия Центра внедрены 10 инновационных технологий, в том числе: имплантация искусственного желудочка сердца, операции с использованием системы ROC Safe, операции АКШ с использованием системы Cardioblate, операции протезирования клапанов сердца с использованием системы радиочастотной абляции Cardioblate, трансплантация сердца, операции методом транскатетерного закрытия дефекта межжелудочковой перегородки с использованием ЭЖМО, транскатетерное закрытие ушко левого предсердия окклюдером AMPLATZER Cardiac Plug, баллонная вальвулопластика стеноза митрального клапана,

операции по транскатетерной имплантации аортального клапана, денервация почечных артерий, экстракорпоральная мембранная оксигенация при тяжелых формах сердечной и дыхательной недостаточности.

7 ноября 2011 года врачами Центра имплантировано первое в Казахстане устройство вспомогательной поддержки кровообращения (Heart Made II), 13 декабря 2011 года было имплантировано устройство последнего поколения Heart Ware Ventricle Assist Device (VAD), тем самым Казахстан вошел в число 22 стран мира, проводящих уникальные, высокотехнологичные операции на открытом сердце.

Впервые в нашей стране 8 августа 2012 года на базе Центра проведена трансплантация донорского сердца пациенту с хронической сердечной недостаточностью.

До 2014 года на базе Центра будут внедрены около 20 инновационных медицинских технологий. Основными направлениями данных технологий являются: малоинвазивные методы лечения сердечной недостаточности, гибридная хирургия, развитие транспотологии, нехирургические методы лечения ишемической болезни сердца, развитие неонатальной кардиохирургии, развитие фетальной кардиохирургии.

Аортокоронарное шунтирование с использованием системы RocSafe. Данный метод позволяет значительно снизить у пациентов потребность в переливании компонентов крови во время и после операции до 58% из-за меньшего механического воздействия на клетки крови, сокращения времени искусственной вентиляции и случаев послеоперационных осложнений (мерцательной аритмии и кровотечений). Всего пролечено 160 больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акчурина Р.С., Ширяев А.А. Актуальные проблемы коронарной хирургии// М. «Геотар Мед». 2004. - 85 стр.

2. Abraham WT, Fisher WG, Smith AL et al. Cardiac resynchronization in chronic heart failure. N Engl J Med 2002;346:1845–1853.

3. Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J Comparison of Medical Therapy P, Defibrillation in Heart Failure I. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure [see comment]. N Engl J Med 2004;350:2140–2150.

4. Cleland JG, Daubert JC, Erdmann E et al.

The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. N Engl J Med 2005;352:1539–1549.

5. Moss AJ, Hall WJ, Cannom DS. et al. Cardiac-resynchronization therapy for the prevention of heartfailure events. N Engl J Med 2009;361:1329–1338.

6. Linde C, Abraham WT, Gold MR. et al. Randomized trial of cardiac resynchronization in mildly symptomatic heart failure patients and in asymptomatic patients with left ventricular dysfunction and previous heart failure symptoms. J Am Coll Cardiol 2008;52:1834–1843.

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

7. Nelson GS, Berger RD, Fetters BJ. et al. Left ventricular or biventricular pacing improves cardiac function at diminished energy cost in patients with dilated cardiomyopathy and left bundle-branch block. *Circulation* 2000;102:3053–3059.
8. Chakir K, Daya SK, Tunin RS. et al. Reversal of global apoptosis and regional stress kinase activation by cardiac resynchronization. *Circulation* 2008;117:1369–1377.
9. Spragg DD, Leclercq C, Loghmani M. et al. Regional alterations in protein expression in the dyssynchronous failing heart. *Circulation* 2003;108:929–932.
10. Chakir K, Daya SK, Aiba T. et al. Mechanisms of enhanced beta-adrenergic reserve from cardiac resynchronization therapy. *Circulation* 2009;119:1231–1240.
11. Auricchio A, Fantoni C, Regoli F. et al. Characterization of left ventricular activation in patients with heart failure and left bundle-branch block. *Circulation* 2004;109:1133–1139.
12. Bax JJ, Ansalone G, Breithardt OA. et al. Echocardiographic evaluation of cardiac resynchronization therapy: ready for routine clinical use? A critical appraisal. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:1–9.
12. Chung ES, Leon AR, Tavazzi L. Results of the Predictors of Response to CRT (PROSPECT) trial. *Circulation* 2008;117:2608–2616.
13. Beshai JF, Grimm RA, Nagueh SF. Cardiac-resynchronization therapy in heart failure with narrow QRS complexes. *N Engl J Med* 2007;357:2461–2471.
14. Holzmeister J, Hurlimann D, Steffel J, Ruschitzka F. Cardiac resynchronization therapy in patients with a narrow QRS. *Curr Heart Fail Rep* 2009;6:49–56.
15. Delgado V, Ypenburg C, van Bommel RJ. Assessment of left ventricular dyssynchrony by speckle tracking strain imaging comparison between longitudinal, circumferential, and radial strain in cardiac resynchronization therapy. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:1944–1952.
16. Cazeau S, Leclercq C, Lavergne T. Effects of multisite biventricular pacing in patients with heart failure and intraventricular conduction delay. *N Engl J Med* 2001;344:873–880.
17. Abraham WT, Young JB, Leon AR et al. Effects of cardiac resynchronization on disease progression in patients with left ventricular systolic dysfunction, an indication for an implantable cardioverter-defibrillator, and mildly symptomatic chronic heart failure. *Circulation* 2004;110:2864–2868.
18. Lozano I, Bocchiardo M, Achtelek M. Impact of biventricular pacing on mortality in a randomized crossover study of patients with heart failure and ventricular arrhythmias. *Pacing Clin Electrophysiol* 2000;23:1711–1712.
19. Cleland JG, Freemantle N, Daubert JC. Long-term effect of cardiac resynchronization in patients reporting mild symptoms of heart failure: a report from the CARE-HF study. *Heart* 2008;94:278–283.
20. Tang AS, Wells GA, Talajic M. Cardiac-resynchronization therapy for mild-to-moderate heart failure. *N Engl J Med* 2010;363:2385–2395.
21. Arshad A, Moss AJ, Foster E. Cardiac resynchronization therapy is more effective in women than in men: the MADIT-CRT (Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial with Cardiac Resynchronization Therapy) trial. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:813–820.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖЫЛҚЫБАЕВА А.Б., СЕКЕНОВА Р.К., ОМАРОВ К.Т.

ROCSAFE ЖҮЙЕСІН ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ АОРТОКОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУ: АҒЫМДАҒЫ ҮДЕРІСТЕРІ МЕН БОЛАШАҚ КӨРІНІСІ

Бұл әдіс қан жасушаларында механикалық әрекет азаюы салдарынан ота кезінде және одан кейін науқастарға қан компоненттерін құю қажеттілігін 58%-ға дейін азайту, жасанды желдету уақытын айтарлықтай қысқарту, сондай-ақ отадан кейінгі асқынулардың (қан және фибрилляция) жағдайлары болады. Барлығы 160 науқас емделді.

SUMMARY

ZHILKIBAYEVA A.B., SEKENOVA R.K., OMAROV K.T.

TECH : "CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING USING THE SYSTEM ROCSAFE: CURRENT TRENDS AND FUTURE VISION.

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

This method can significantly reduce the need for patient transfusion of blood components during and after the surgery to 58% due to less mechanical action on blood cells, reducing the time of artificial ventilation, and cases of postoperative complications (bleeding, and atrial fibrillation). In total 160 patients were treated.



УДК: 614:12/3.05

МАУЛЕТБАЕВА Г.С.

АО «Медицинский университет Астана»

АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Целью данной статьи является литературный обзор применения аортокоронарного шунтирования у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: аортокоронарное шунтирование, ишемическая болезнь сердца

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему являются ведущей причиной в структуре смертности взрослого населения развитых стран мира. Основное место среди ССЗ как одна из лидирующих причин, как смертности, так и инвалидизации трудоспособного населения, т.е. глобального бремени болезни (ГББ) занимает ИБС. В структуре показателей ГББ она сохраняет свои позиции на пятом месте среди всех заболеваний и прогнозируется, что к 2020 году может забрать себе первое место. Поэтому как непредсказуемая, с высоким уровнем ГББ, продолжающееся омолаживаться заболевание ИБС сохраняет за собой определение главная болезнь человечества [1,2]

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бремя БСК и диабета снижает долю валового внутреннего продукта (ВВП) стран со средним уровнем дохода до 7% за счет преждевременной смертности. В Российской Федерации доля ВВП страны сохраняется на уровне 3% вследствие экономического ущерба смертности от БСК, что сравнимо с затратами государства на здравоохранение в РК.

По неутешительным прогнозам, ВОЗ к 2030 году около 23,6 миллиона человек умрет от ССЗ, чаще от заболеваний сердца и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). И возможно они станут единственными причинами смертности [1]. Оперативное лечение ИБС один из главных феноменов медицины XX века. В США на оперативные вмешательства тратится 11% бюджета здравоохранения в год. Так как среди населения экономически развитых стран ИБС является распространенным заболеванием, ежегодно увеличивается число операций по поводу ИБС. На данный момент распространены различные виды коронарной ангиопластики, однако, в США ежегодно на 1 млн. жителей проводится около 2000 операций АКШ, а на западе Европе – 600. При этом в Германии, Швеции, Бельгии, Норвегии, Швейцарии ежегодно проводится на 1 млн. жителей свыше 1000 операций, вследствие этого приняты государственные программы увеличения числа центров, выполняющих АКШ. В РК также отмечается ежегодно рост оперативных вмешательств и на данный момент операции аортокоронарного шунтирования получают ежегодно 2,8 тысячи больных, что соответствует цифре 165 операций на 1 млн. жителей [3,4].

Увеличение числа операций АКШ в последние годы можно обосновать тем, что расширились показания к хирургическому лечению пациентов пожилого и преклонного возраста и, к сожалению, ростом числа повторных оперативных

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

вмешательств [5,6,8,10,11,12]. Стоимость этой операции колеблется от 1,8 миллиона до 2 миллионов тенге. В каждом регионе нашей страны имеются кардиохирургические центры и отделения, оказывающие высококвалифицированную помощь. В РК 38 центров и отделений.

Согласно последним Рекомендациям Европейского общества кардиологов, операция АКШ имеет преимущество у пациентов с наиболее значительным поражением коронарного русла [7]. В настоящее время АКШ является одним из наиболее эффективных, в то же время сложных и дорогостоящих методов лечения ИБС.

Еще 10 лет назад показания к АКШ формулировались на основании результатов исследований CASS, VA и ECSS, проведенных в 70-х годах в США и Европе. В этих исследованиях показано значимое преимущество оперативного лечения перед медикаментозным при стенозе ствола левой коронарной артерии (ЛКА), трехсосудистом поражении коронарного русла. Однако, в последнее десятилетие, ситуация изменилась, т.к. внедрены новые лекарственные средства, семимильными шагами развивается эндоваскулярные виды оперативных вмешательств. По мере развития новых технологий лечения показания к оперативным методам лечения, особенно в отдельных подгруппах больных, будут пересматриваться и обновляться. [14,15,16,19,22,24] По данным авторов у пациентов с ИБС, подвергшихся АКШ, за трехлетний период наблюдения по сравнению с медикаментозным ведением выявлены клинически значимое преимущество и, что немаловажно, меньшие экономические затраты с учетом раннего послеоперационного периода и дальнейшей медикаментозной терапией [25].

Другие исследователи провели пятилетнее когортное исследование за пациентами, подвергшихся АКШ, и отметили более благоприятное клиническое течение и достоверное снижение числа инфарктов миокарда (ИМ), а также достоверное снижение числа повторных госпитализаций по сравнению с медикаментозным ведением [26,27,28]. По данным мета-анализа 1994 года, выявлено статистически значимое показатели выживаемости за семилетний период наблюдения после АКШ по сравнению с медикаментозной терапией, однако, через 10 лет различия стираются и становятся статистически незначимыми [29,30]. По данным мета-анализа 2009 года, выявлено снижение относительного риска смерти после АКШ по сравнению с оптимальной медикаментозной терапией, в которую входили антиагреггантные препараты, статины, бета-адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) [31,32,33,34,35].

Выводы: Таким образом, в последние годы успехи оперативного лечения позволили расширить показания к проведению АКШ вплоть до наиболее тяжелого контингента пациентов. Кардиохирургия развивалась и совершенствовалась параллельно с развитием методов восстановительного лечения в последующем. Следовательно, приобрело значение тесное сотрудничество хирургов со специалистами, которые занимаются вопросами реабилитации. На сегодняшний день в РК АКШ находит все большее применение и есть все основания полагать, что их число будет увеличиваться. Широкое внедрение АКШ в клиническую практику привело к возрастанию внимания к проблемам реабилитации данной категории больных, разработке организационно-методических основ восстановительного лечения ИБС после АКШ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO Global Info Base, 2011. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.infobase.int>
2. Apostolakis T. et al. Which are the exact guidelines for more rationale intervention concerning beta-blockers administration in coronary patients preoperatively? // Eur J. Cardiothorac Surg. 2009. Vol. 35. P. 746-747.
3. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения. 2014: Стат.сб./МЗСР РК. - М. 2014. 43 с.
4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения. 2014: Стат.сб./МЗСР РК. - М. 2013. 40 с.
5. Жбанов И.В., Шабалкин Б.В. Рецидив стенокардии после АКШ. Выбор метода лечения и хирургическая тактика при повторной реваскуляризации миокарда // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1999. № 5. С. 29-33
6. Bergsland J., Hasnain S., Lajos T.Z. et al. Elimination of cardiopulmonary bypass: a prime goal in reoperative coronary artery bypass surgery // Eur. J. Cardiothorac. Surg., 1998. Vol. 14. P. 59-63.
7. ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Developed in Collaboration With the American Association for Thoracic Surgery and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.* 2004. Vol. 44. P. 1146-1154.

8. Ардашев В.Н., Булычев А.Б. Клинические варианты течения ИБС // Возможности и перспективы диагностики и лечения в клинической практике: Тез. докл. науч.- практ. конф.; 9 дек. 1992 г. / Под общ. ред. Э.А. Нечаева. М., 1992. С. 138-139.

9. Аретинский В.Ф., Антюфьев А.М., Щегольков А.М. и др. Восстановительное лечение больных ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда // Руководство для врачей. М., 2007. 374 с.

10. Беленков Ю.Н., Акчурин Р.С., Савченко А.П. и др. Результаты коронарного стентирования и хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца с много сосудистым поражением коронарного русла // Кардиолог. 2002. № 5. С. 42-47.

11. Бокерия Л.А., Беришвили И.И., Сигаев И.Ю. Минимально инвазивная реваскуляризация миокарда. М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001. 276 с.

12. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия-2007. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. 144 с.

13. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия-2008. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2009. 162 с.

14. Магомедов А.А. Исторические вехи развития и современные аспекты контроля эффективности аортокоронарного шунтирования // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2011. № 6. Т. 6. С. 11-18.

15. Мансуров А.А., Ахмедов УБ., Халикулов Х.Г. и соавт. Сравнительный анализ результатов хирургической и эндоваскулярной реваскуляризации коронарных артерий у больных с ишемической болезнью сердца // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2008. № 4. С. 39-43.

16. Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П. Исследование STICH - значимость лекарств у больных ишемической болезнью сердца оказалась выше, чем ожидалась // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011. № 7. Т. 4. С. 516-518.

17. Рекомендации по реваскуляризации миокарда: рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011. № 3. 62 с.

18. Сейидов В.Г., Фисун А.Я., Евсюков В.В. и

др. Отдаленные результаты коронарного шунтирования в течение 5 лет наблюдения. Факторы, влияющие на рецидив стенокардии после коронарного шунтирования: Бюллетень сибирской медицины. 2006. № 3. С. 105-111.

19. Соловьев Г.М., Попов Л.В., Уйманова М.Ю., Кириллов А.М. Наш опыт применения артериального шунтирования в операциях прямой реваскуляризации миокарда // Прогресс и проблемы в диагностике и лечении заболеваний сердца и сосудов: Материалы юбил. конф., посвящ. 100-летию кафедры фак. хирургии и фак. терапии СПб. гос. мед. ун-та им. И.П. Павлова. СПб., 2000. С. 63.

20. Blacher J. Relation of plasma homocysteine to cardiovascular mortality in a French population. / Blacher J., Benetos A., Kirzin J. et al. // *Am J Cardiol.* 2002. Vol. 90 (6). P. 591-595.

21. Blumenthal R.S., Cohn G., Schulman S.P. Medical therapy versus coronary angioplasty in stable coronary artery disease: a critical review of the literature // *Journal of Am. Coll. Card.* 2000. Vol. 36. № 3. P. 668-673.

22. Jeremias A., Kaul S., Rosengart T.K., Gruberg L., Brown D.L. The impact of revascularization on mortality in patients with nonacute coronary artery disease. *Am J Med.* 2009. Vol. 122. P. 152-161

23. Piccini J., Hranitzky P. Diagnostic monitoring strategies in heart failure management // *Am. Heart J.* 2007. Vol. 153. P. 12-17.

24. Pieske B. Reverse remodeling in heart failure - fact or fiction? // *Eur. Heart J.*, 2004. Vol. 6 (Suppl. D). P. 66-78.

25. Segura J., Christiansen H., Campo C., Ruilope L.M. How to titrate ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers in renal patients; according to blood pressure or proteinuria? // *Curr. Hyper. Rep.* 2003. № 5. P. 426-429.

26. Sessuys P.W., Feyter P., Macaya C. et al. (LIPS) Fluvastatin for prevention of Cardiac events following Successful first percutaneous coronary intervention. A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2002. Vol. 287. № 24. P. 3215-3220.

28. Shroyer A.L., Grover F.L., Hattler B., Collins J.F., McDonald G.O., Kozora E., Lucke J.C., Baltz J., Novitzky D. On-pump versus off-pump coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med.* 2009. Vol. 361. P. 1827-1837.

29. Van De Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2008. Vol. 29. P.

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

2909-2945.

30. Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., Pyorala K., Reiner Z., Keil U.; EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010. Vol. 17. № 5. P. 530-540.

31. Piccini J., Hranitzky P. Diagnostic monitoring strategies in heart failure management // *Am. Heart J.* 2007. Vol. 153. P. 12-17. 51. Pieske B. Reverse remodeling in heart failure- fact or fiction? // *Eur. Heart J.*, 2004. Vol. 6 (Suppl. D). P. 66-78.

32. Segura J., Christiansen H., Campo C., Ruilope L.M. How to titrate ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers in renal patients; according to blood pressure or proteinuria? // *Curr. Hyper. Rep.* 2003. №

5. P. 426-429.

33. Sessuys P.W., Feyter P., Macaya C. et al. (LIPS) Fluvastatin for prevention of Cardial events following Successful first percutaneous coronary intervention. A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2002. Vol. 287. № 24. P. 3215-3220.

34. Shroyer A.L., Grover F.L., Hattler B., Collins J.F., McDonald G.O., Kozora E., Lucke J.C., Baltz J., Novitzky D. On-pump versus off-pump coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med.* 2009. Vol. 361. P. 1827-1837.

35. Smith P.K., Califf R.M., Tuttle R.H., Shaw L.K., Lee K.L., DeLong E.R., Lilly R.E., Sketch M.H. Jr., Peterson E.D., Jones R.H. Selection of surgical or percutaneous coronary intervention provides differential longevity benefit. *Ann Thorac. Surg.* 2006. Vol. 82. P. 1420-1428.

ТҮЙІНДЕМЕ

Г.С МӘУЛЕТБАЕВА

АОРТОКОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУ: МӘСЕЛЕНІҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ЖАҒДАЙЫ

Аталған мақаланың мақсаты жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарда аортокоронарлық шунттау әдісін пайдалануға әдебиеттік шолу болып табылады.

Түйінді сөздер: аортокоронарлық шунттау, жүректің ишемиялық ауруы.

SUMMARY

G.S.MAULETBAEVA

CORONARY ARTERY BYPASS STATE OF THE ART

The purpose of this article is a literature review of the use of coronary artery bypass grafting in patients with coronary heart disease.

Keywords: coronary artery bypass grafting, coronary heart disease.



УДК: 614.254:614.253.8

КУАНЫШБАЕВА Г.С., МАГЗУМОВА Р.З., ЖАКСЫЛЫКОВА Г.А., ORVILL ADAMS
АО «Медицинский Университет Астана»

УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ФИЗИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Аннотация: В данной статье мы хотим выяснить, влияет ли удовлетворенность жизнью медработников на качество оказываемых ими медицинских услуг. Кроме того, проведем сравнительный анализ уровней удовлетворенности жизнью врачей и пациентов.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, коммуникативные навыки, компетентный подход, профессионально-личностную культуру врача.

Актуальность: Специфику медицинской деятельности можно выразить словами Карла Ясперса, который полагал, что врачевание опирается на два основания: одним из них являются естественно-научные познания и их практическое применение, другим - этика человечности [1]. Помимо этого, в работе врача часты психо-эмоциональные перегрузки, которые он испытывает ежедневно, они, как правило, связаны с высокой степенью напряженности, с необходимостью принимать решения в обстоятельствах жесткого дефицита времени. В таких условиях успешность работы врача определяется не столько профессиональными навыками, сколько способностью реализовывать их, применять на практике [2.,3.,4.,6]. Умелое применение медицинскими работниками коммуникативных навыков оказывает существенное положительное влияние на качество и профессиональную помощь пациентам. Известно, что пациенты, которых наблюдают врачи с хорошо развитыми коммуникативными навыками, в большинстве своем привержены терапии, они чаще прислушиваются и следуют советам по изменению образа жизни, принимают активное, и осознанное, участие в борьбе за свое здоровье. Исследования в области психологии и социологии показывают, что удовлетворенность жизнью связана с продуктивностью. Устойчивость этого чувства поддерживается тем, что результат труда является реальным подтверждением ценности, значимости собственной жизни. Более того, результат труда, особенно если в нем заинтересованы окружающие, вызывает похвалу, одобрение, признание исключительности не

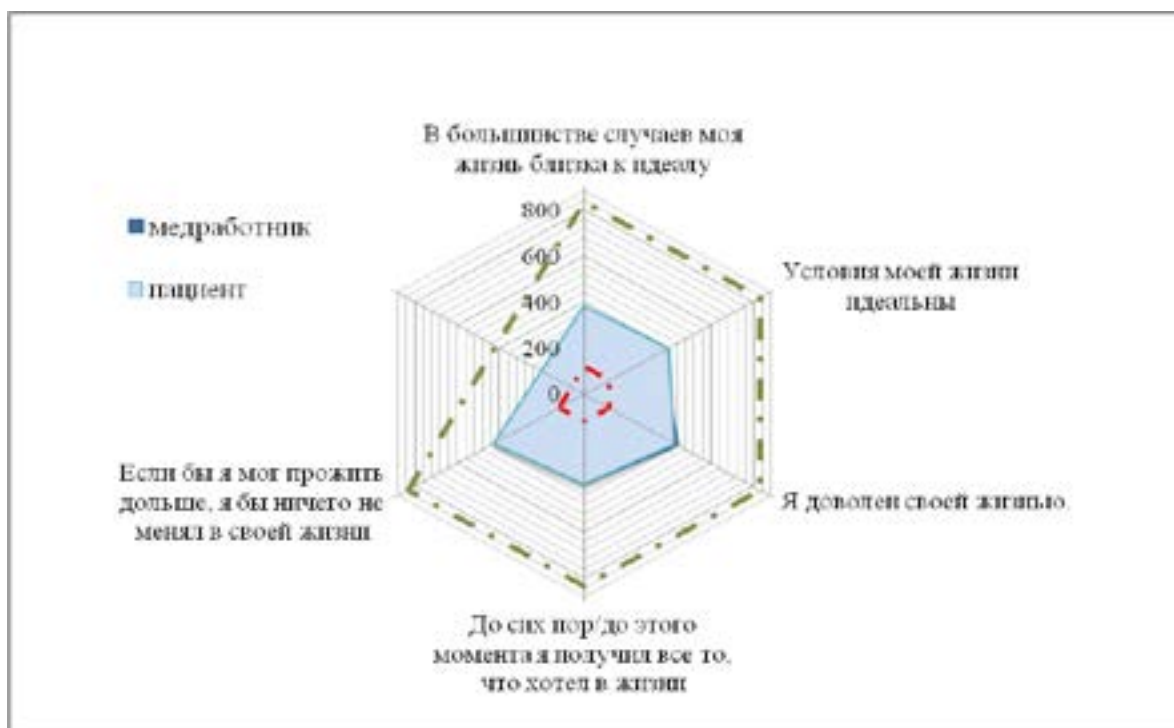
только в момент его достижения, но и спустя некоторое время.

Цель исследования: Определить уровень удовлетворенности медицинского работника своими физическими условиями труда

Материалы и методы: Анкетирование проводилось в период с 01.05-24.08. 2015 года в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» акимата города Астаны (далее – ГП 7) и в частном медицинском центре «Центр традиционной и народной медицины». Опрос проходил на добровольной основе и с устного согласия врачей. В качестве инструмента исследования применялась анкета для медицинского персонала (данная анкета разработана и утверждена Гарвардским университетом). Статистическая обработка полученных данных, математический анализ, построение графических изображений с основными результатами опроса с использованием программы SPSS. Анкета содержала 5 вопросов на определение уровня удовлетворенности жизнью медицинского персонала. Всего в опросе приняло 108 респондентов. Анкета состояла из 3 частей, касающихся жизнедеятельности медицинских работников: демографические данные, профессиональная характеристика. Респондентам необходимо было выбрать и подчеркнуть один из вариантов ответа, который, по их мнению, являлся правильным.

Результаты и обсуждения: Если обозначить за «+» удовлетворенность медработника жизнью и «-» неудовлетворенность, то общий процент в целом удовлетворенных жизнью медработников составит 23%. В данном подсчете мы ставили обязательным условие, когда отдельный медработник отвечал положительно (полностью согласен/согласен/частично согласен/нейтрально) на все 5 вопросов Части 2 анкеты: в большинстве случаев моя жизнь близка к идеалу; условия моей жизни идеальны; я доволен своей жизнью; до этого момента я получил все то, что хотел в жизни; если бы я мог прожить дольше, я бы ничего не менял в своей жизни.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ



Результаты основаны на двустороннем критерии при уровне значимости 0,05. Для каждой пары, в которой обнаружены значимые различия,

буква, обозначающая категорию с меньшей пропорцией в столбце, появляется в категории с большей пропорцией в столбце.

Сравнение пропорций по столбцам^a

		удовлетворенность	
		+-	+
		(A)	(B)
Самая важная часть консультации пациента -это медицинский осмотр	частично не согласен		A
Если доктор достаточно квалифицирован, чтобы определить заболевание и лечить пациента, то его отношение к пациенту неважно/не имеет значения	полностью не согласен		A
Пациенты должны проходить лечение так, будто они с доктором партнеры, которые имеют равные права и статус.	частично не согласен		A
Пациентам нужна только положительная гарантия -заверение врача о возможности выздоровления, а не общая информация об их состоянии здоровья.	частично не согласен		A
Курс лечения не может иметь успеха, если он противоречит привычному образу жизни пациента	не согласен		A
Большинство пациентов хотят как можно быстрее войти и выйти из кабинета врача	полностью согласен		
	частично согласен	B	
	согласен		
	не согласен		A
	частично не согласен		

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

	полностью не согласен		
Когда пациенты самостоятельно пытаются найти информацию о состоянии своего здоровья, это обычно осложняет ситуацию, нежели помогает	частично согласен	B	
а. С помощью поправки Бонферрони тесты корректируются на множественность для всех парных сравнений в пределах одной и той же строки каждой подтаблицы с наиболее глубоким уровнем вложенности.			

Результаты проведенного анализа взаимосвязи состояния медработника (удовлетворенность жизнью) и подхода к лечению

Выводы: Врачам было предложено оценить степень удовлетворенности своими физическими условиями труда и выбрать один

из семи вариантов. Как показало исследование, большинство медработников частично удовлетворены физическими условиями труда (43,5%), частично не удовлетворены – 24,1%, кардинально настроенных оказалось очень мало: полностью не удовлетворенных 4,6%, полностью удовлетворенных – 5,6%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Чошанова М.А. Гибкая технология проблемно-модульного обучения: Метод. пособие. -М.: Народное образование, 1996-160с.
2. Сидоренко Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловой взаимодействии. Текст / Е.В. Сидоренко. –СПб.: Речь, 2006.-208с.
3. Петрушин С.В. Психологический тренинг в многочисленной группе (методика развития компетентности в общении в группах от 40 до 100 человек. Текст/ С.В. Петрушкин –М.: Академический проект; Екатеринбург: деловая книга, 2000. -256с.
4. Педагогика: педагогические теории, системы, технологии. Текст: учебник для студ. пед. учебных заведений / под ред. С.А. Смирнова.-М.: Академия, 2004.- 512с.
5. Панина Т.С. Современные способы активизации обучения. Текст: учеб пособие/Т.С. Панина, Л.Н. Вавилова –М.: Изд. Центр Академия, 2006-368 с.
6. Общение и оптимизация совместной деятельности. Под ред. Г.М. Андреевой, Я. Яноушека. М. 1987.-301с.]
7. Харди И. Врач, сестра, больной. –Будапешт 1988. -388с.
8. Янушкевичус З.И. Деонтологические аспекты научно-технического прогресса в медицине. Клиническая медицина 1974.-№5.-с.-139-144.
9. Канеп В.Е. О креативности в области общения. Измерения в исследовании проблем воспитания. Тарту 1973. -. 32-49.
10. Гурвич И.Н. Социально-психологические факторы эффективности врачебной деятельности: Автореф. дисс. кан. психол. наук. Л 1981.-23с.
11. Ley P. Psychological studies of doctor- patient communication/ Contridutions to Medical Psychology. Ed. By Rachman St/ Pergamon press.- Oxford. 1977.- Vol. 1. –p/ 9-11.
12. Pachowicz M. Komunicowanica sie z pacjentem z zadurzeniami psychicznymi/ psychial. Pol. 1978. №2.-207-215
13. Judmaier F. Ethische Fragen zur Compliance/ Compliance Handbuch.- Munchen- Wien. 1982.-133.
14. Sivadon P. Doctor – Patient Relationship: Spationel Factors. Encyclopaedic Handbook pf Medical Pscylogy. 1976. P.154-155.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚУАНЫШБАЕВ Г.С., МАҒЗҰМОВА Р.З., ЖАҚСЫЛЫҚОВА Г.А., ORVILL ADAMS МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРІНІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЕҢБЕК ШАРТТАРЫНА ҚАНАҒАТТАНУ ДЕНГЕЙІ

Аннотация: Бұл мақалада біз медицина қызметкерлерінің өмірдегі қанағаттарыну деңгейлерінің олардың медициналық қызмет көрсету сапасына қаншалықты әсер ететіндігін анықтағымыз келеді. Сонымен қатар, дәрігерлер мен науқастардың өмір сүру деңгейлеріне салыстырмалы талдау жүргіземіз.

Түйінді сөздер: коммуникативтік құзыреттілік, коммуникативтік дағдылар, құзыретті тәсіл,

дәрігердің кәсіби және жеке мәдениеті.

SUMMARY

KUANYSHBAYEVA G.S. , MAGZUMOVA R.Z., ZHAKSYLYKOVA G.A., ORVILL ADAMS

LEVEL OF SATISFACTION OF MEDICAL WORKER THEIR PHYSICAL WORKING CONDITIONS

In this article, we'll find out by calculation, does life satisfaction of health workers on the quality of their medical services. In addition, a comparative analysis of levels of life satisfaction of doctors and patients.

Key words: communicative competence, communication skills, competent approach, culture of professional and personal physician.



УДК 616-071:614.212(574.24).

РАХЫМГАЛИЕВА Г.Б.,¹ СМАГУЛОВА С.К.,² АЛИБЕКОВА Г.А.,¹ ЗЕМЛЯНСКАЯ Н.С.,¹ АКИМБАЕВА Г.Ж.¹ РАМИЛЬ Д.Р.²

АО «Медицинский университет Астана» г.Астана, Казахстан¹

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» г.Астана²

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИКРЕПЛЕННОГО К ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №4 Г.АСТАНА ЗА 2015 ГОД.

Аннотация

Национальная скрининговая программа направлена на активное раннее выявление бессимптомных форм заболеваний и факторов риска среди целевых групп населения, усиление профилактических мероприятий, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний. Реализация государственной программы осуществляется путем проведения скрининговых исследований. Скрининговые обследования в полном объеме проводятся бесплатно, в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в поликлиниках по месту территориального прикрепления [1, 2]. В 2015 году скрининговая программа включала в себя исследования, направленные на выявление болезней системы кровообращения, предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы, предопухолевых заболеваний и рака шейки матки, глаукомы, сахарного диабета,

предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки, рак предстательной железы, рак пищевода и желудка.

Ключевые слова: скрининговая программа, профилактический медицинский осмотр, раннее выявление заболеваний, прикрепленное население.

Актуальность. Скрининг – это профилактический медицинский осмотр здоровых лиц определенного возраста для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях в целях повышения эффективности лечения, предупреждения развития осложнений [2]. Основная цель скрининга – укрепление здоровья граждан Республики Казахстан и формирование эффективной системы здравоохранения для обеспечения социально-демографического развития страны.

Анализ результатов скринингового обследования населения, прикрепленного к городской поликлинике №4 г.Астана за 2015 годы позволит

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

оценить эффективность скрининговой программы, усилить профилактические мероприятия, контролировать и корректировать проводимую терапию и реабилитацию основных социально значимых заболеваний.

Цель: проведение анализа результатов скрининговых обследований взрослого населения, прикрепленного к городской поликлинике №4 управления здравоохранения города Астана за 2015 год.

Материалы и методы исследования: исследуемый материал клинического описательного поперечного исследования включал данные 22738 скрининговых обследований. Из них мужчин и женщин в возрасте 40-64 года на выявление болезней системы кровообращения-4800 человек, женщин в возрасте 50-60 лет на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы-1595 человек, женщин в возрасте 30-60 лет на раннее выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки-1934 человека, мужчин и женщин в возрасте 40-70 лет на раннее выявление глаукомы-4883 человека, мужчин и женщин в возрасте 40-64 года на выявление сахарного диабета-4800 человек, женщин в возрасте

50-70 лет на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки-2786 человек, мужчин в возрасте 50-66 лет на раннее выявление рака предстательной железы-680 человек, мужчин и женщин в возрасте 50-60 лет на раннее выявление рака пищевода и желудка-1250 человек.

Результаты скрининговых исследований пациентов врачами поликлиники вносились в формы 025-08/у и в паспорт участника программы скрининга (вкладыш формы 025-08/у), утвержденные приказом МЗ РК №907.

Результаты и их обсуждение: за 2015 год в городской поликлинике №4 по скрининговой программе было обследовано 6765 человек в возрасте от 40 до 70 лет из числа прикрепленного населения. Из них мужчин 2142 (32%), женщин 4623 (68%) [2]. В результате проведения скрининга из данного числа обследуемых группу здоровых составили 3524 (52%) человек: мужчин- 1153 (33%), женщин-2371 (67%); направлены на дальнейшее обследование 3241 (48%): мужчин-989 (31%), женщин-2252 (69%). Данные результатов изображены на рисунке 1.

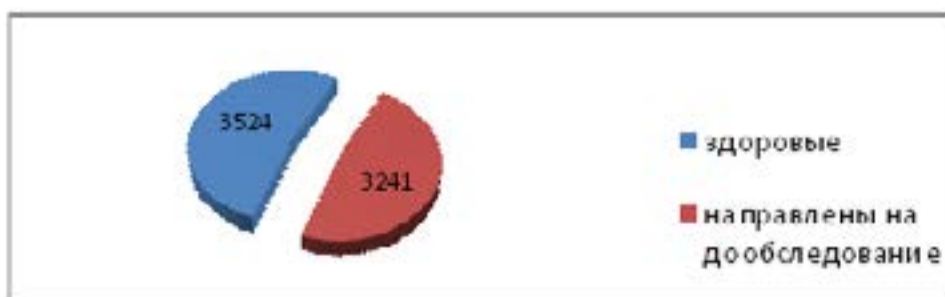


Рисунок 1. Результаты скринингового обследования населения

Из 6765 человек, прошедших обследование по скрининговой программе в 2015 году, 3241(48%) человек были направлены на дообследования. Из их числа у 1273 (39%) человек выявлены заболе-

вания, 1267 (39%) человек взяты на диспансерный учет.

Данные результатов скрининговых обследований приведены в таблице №1.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Таблица №1. Результаты скринингового обследования населения, прикрепленного к ГП №4 за 2015 год

№	Возрастные группы обследуемого населения по нозологиям	Подлежало осмотру	Осмотрено	Выявлено заболеваний из числа осматриваемых		Взяты на «Д» учет из числа выявленных	
				Абс	%	Абс	%
1	мужчины и женщины в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет на выявление болезней системы кровообращения (БСК)	4800	4800	445	9,2	443	99,6
2	женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы	1595	1595	289	18,1	289	100
3	женщины в возрасте 30,35, 40, 45, 50, 55 лет на раннее выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки	1934	1934	368	19,0	365	99,2
4	мужчины и женщины в возрасте 40,42,44,46,48,50,52,54,56-70 и старше на раннее выявление глаукомы	4883	4883	47	1,0	46	98
5	мужчины и женщины в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет на выявление сахарного диабета	4800	4800	69	1,4	69	100
6	мужчины и женщины в возрасте 50,52,54,55,56,58,60,62,64,68, 70 лет на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки	2786	2786	20	0,7	20	100
7	Мужчины в возрасте 50, 54, 58, 62 лет на раннее выявление рака предстательной железы	680	680	19	2,8	19	100
8	Мужчины и женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет на раннее выявление рака пищевода и желудка.	1260	1260	16	1,2	16	100

По итогам проведенных скрининговых обследований среди мужчин и женщин на выявление болезней системы кровообращения были осматриваны 4800 лиц, из них заболевания выявлены у 445 (9,2%) человек, из количества выявленных случаев взяты на диспансерный учет 443 (99,6%) пациента. Аналогично по выявлению сахарного диабета среди мужчин и женщин осматриваны 4800 лиц, выявлено 69 (1,4%) случаев заболевания, взяты на диспансерный учет 69 (100%) человек. По раннему выявлению глаукомы среди мужчин и женщин осматриваны 4883 лица, заболевание выявлено у 47 (1,0%) человек, взяты на диспансерный учет 46 (98%) пациентов. По раннему выявлению предопухолевых и опухолевых заболеваний мо-

лочных желез осматриваны 1595 женщин, выявлено 289 (18,1%) случаев заболеваний, взяты на диспансерный учет 289 (100%) женщины. По раннему выявлению предопухолевых заболеваний и рака шейки матки осматриваны 1934 женщины, заболевания выявлены у 368 (19%) женщин, взяты на диспансерный учет 365 (99,2%) женщин. По раннему выявлению предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки осматриваны 2786 лиц, заболевания выявлены у 20 (0,7%) человек, взяты на диспансерный учет 20 (100%) пациентов. По раннему выявлению рака предстательной железы осматривано 680 мужчин, заболевание выявлено у 19 (2,8%) мужчин, взяты на диспансерный учет 19 (100%) пациентов. По раннему выявлению рака

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

пищевода и желудка осмотрены 1260 лиц, изменения выявлены у 16 (1,2%) человек, взяты на диспансерный учет 16 (100%) пациентов.

Выводы:

Раннее выявление болезней системы кровообращения составило 9,2%, что дает возможность к своевременному назначению базисной терапии и достижению максимальной степени снижения общего риска развития осложнений и ранней смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Раннее выявление сахарного диабета составило 1,4%, что позволяет своевременно назначить сахароснижающую терапию, повысить качество жизни

и предупредить развитие тяжелых осложнений и раннюю инвалидизацию пациентов.

Раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы составило 18,1%, предопухолевых заболеваний и рака шейки матки 19,0%, что имеет важное значение для своевременного и эффективного начала лечения.

Высокий средний процент диспансеризации (99,6%) среди числа выявленных случаев заболеваний по всем нозологиям позволяет усилить профилактические мероприятия, контролировать и корректировать проводимую терапию и реабилитацию основных социально значимых заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан».

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп насе-

ления».

3. Годовой отчет по проведению профилактических медицинских осмотров целевых групп населения городской поликлиники №4 за 2015 год.

4. Данные Управления здравоохранения города Астана итогов реализации скрининговой программы.

ТҮЙІНДЕМЕ

СМАҒҰЛОВА С.К.,² РАХЫМҒАЛИЕВА Г.Б.,¹ ӘЛБЕКОВА Г.А.,¹ ЗЕМЛЯНСКАЯ Н.С.,¹ ӘКІМБАЕВА Г.Ж.,¹ РАМИЛЬ Д.Р.²

«Астана Медициналық Университеті» АҚ Астана қаласы, Қазақстан¹
Астана қаласы әкімдігінің «№4 қалалық емхана» ШЖҚ МКК²

АСТАНА ҚАЛАСЫНДАҒЫ №4 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАҒА ТІРКЕЛГЕН ТҮРҒЫНДАРҒА 2015 ЖЫЛЫ ӨТКІЗІЛГЕН СКРИНИНГТІК ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕСІН БАҒАЛАУ

Ұлттық скринингтік бағдарлама халық арасында әртүрлі ауруларды немесе олардың қауіп-қатер факторларын ерте анықтап, сол аурулардың алдын алуға арналған шараларды, диагностикалық тәсілдерді, емдеу әдістерін және реабилитацияны күшейтуге арналған. Скринингтік зерттеулер қалалық емханаларға тіркелген тұрғындарға түгелдей тегін өткізіледі.

Осы келтірілген жұмыс Астана қаласындағы №4 қалалық емханаға тіркелген тұрғындарға 2015 жылы өткізілген скринингтік зерттеулердің нәтижесін бағалауға арналған.

SUMMARY

SMAGULOVA S.K.,² RAKHYMGALIEVA G.B.,¹ ALIBEKOVA G.A.,¹ ZEMLYANSKAYA N.S.,¹ AKIMBAEVA G.ZH.,¹ RAMIL D.R.²

“Astana Medical University” JSCo.
Cathedral “General Medical Practice of Internship”¹
Polyclinic No.4, Astana²

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SCREENING EXAMINATION CARRIED OUT IN POLICLINIC NO.4, ASTANA, IN 2015 YEAR

National screening program is aimed at early detection of asymptomatic forms of disease and risk factors among the objective group of population, intensification of preventive measures, improvement in diagnostics,

treatment and rehabilitation of basic, socially significant diseases. Screening examination is carried out in full volume free of charge, within the Guarantee scope of free medical assistance, in polyclinics at the place of territorial attachment. This article shows the data of analyses of the results of screening examination, carried out in Polyclinic No.4, Astana, in 2015 year.



УДК 613.648:61425:616-073.

СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., САИМОВА Д.Е., МУСИНА А.А.

АО «Медицинский Университет Астана», кафедра гигиены труда и коммунальной гигиены

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ

Актуальность. На сегодняшний день изучение вопроса условий труда врачей ультразвуковой диагностики остается одним из актуальных проблем во всем мире. Соответственно сначала необходимо проанализировать и изучить заболеваемость медицинских работников.

Основной государственной социальной политики и главной научной задачей является разработка, обоснование и реализация мер по сохранению здоровья нации, минимизации воздействия вредных факторов на человека, достижению оптимальных качества жизни, эффективности производственной и иной деятельности населения. Анализ состояния здоровья работающих свидетельствует о его существенном ухудшении за последние годы. Социальная значимость профессиональных заболеваний обусловлена также массовостью контингентов, подвергающихся воздействию неблагоприятных производственных факторов и трудностями решения вопросов возмещения ущерба здоровью [1].

Исследования последних лет, посвященные состоянию здоровья медицинских работников, свидетельствуют о том, что медицинскими работниками занимают 5 место по распространенности профессиональной заболеваемости, опережая даже работников химической промышленности. Уровень смертности медицинских работников в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов эта цифра доходит

до 40%. Заболеваемость работников системы здравоохранения также является одной из наиболее высоких в стране. Выявляемость профзаболеваний не превышает 10% от их общего числа. Врачи занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего статистические данные по их заболеваемости оказываются заведомо ниже истинных [2,3].

В структуре профессиональной заболеваемости медиков наибольший удельный вес составляют заболевания, вызванные биологическим и химическим факторами. Большое значение в профилактике профессиональной заболеваемости медицинских работников по-прежнему имеет ранняя диагностика заболеваний [4].

Проведенное И.Л. Максимовым [5] изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачебного персонала клинической больницы показало, что в её структуре на первом месте находятся болезни органов дыхания (45,5%), далее следуют травмы и отравления (23,9%), заболевания органов пищеварения и болезни костно-мышечной системы (по 5,2%), глаза и его придатков (4,1%), заболевания мочеполовой системы и системы кровообращения (3,1%), заболевания нервной системы и психические расстройства (2,3%), гинекологические заболевания (1,5%), новообразования (0,8%). [5].

A. Heloma et. al. [6] собраны данные о ку-

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

рении среди медицинских работников на рабочих местах. В ходе исследования выявлено, что ежедневно в рабочее время курят 9,6% врачей и 3,6% медсестер, что вынудило администрацию ЛПУ ввести ограничения на курение на 70% всех рабочих мест.

По данным Т. Ishii [7], только половина врачей признаёт важность прекращения курения. Однако, только менее одной трети медицинских работников проходят антитабачную терапию, причем медсестры – более активно, чем врачи.

А. Kaetsu et. al. [8] была изучена фактическая распространенность курения среди врачей. Результаты этого исследования выявили, что врач-курильщики не злоупотребляли никотином, курили немного и не часто, и могли легко прекратить курить. У некурящих врачей отмечен более здоровый образ жизни по сравнению с теми, кто курил.

Следует учесть, что по роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса. Согласно литературным данным, на здоровье врачей и медицинских сестер влияют лекарственные препараты (в том числе наркотические средства), антибиотики, биологические агенты, немаловажное значение имеют микроклиматические условия, ионизирующее излучение и неравномерное распределение нагрузки [9,4,10,11].

Немаловажное значение имеют устройства с электромагнитными излучениями в диапазоне до 300 ГГц, которые широко используются в хирургических и диагностических процедурах. В результате большое количество врачей и другие группы медперсонала могут быть подвержены воздействию электромагнитных излучений [12].

Исследования, проведенные в этом направлении, позволили выявить разнообразие неблагоприятных факторов, сопутствующих профессиональной деятельности работников учреждений здравоохранения. Однако в последние годы значительно возрастает оснащенность лечебных учреждений сложным диагностическим и лечебным ультразвуковым оборудованием. Кроме того, постоянно увеличивается объем производств, появляются новые диагностические методики исследований, использующих ультразвуковые колебания. В настоящее время накоплен определенный материал о биологическом действии ультразвука, но, в своем большинстве – это результаты экспериментальных исследований

и наблюдений за воздействием ультразвука, используемого в терапевтических целях. Что же касается профессионального воздействия ультразвукового поля (средней и малой интенсивности), то сведения о нем недостаточны и противоречивы. В доступной литературе встречаются лишь единичные исследования, посвященные изучению условий труда и функциональных сдвигов у врачей ультразвуковой диагностики. Поэтому проблема изучения условий труда и состояния здоровья лиц, работающих на ультразвуковой диагностической аппаратуре, продолжает оставаться весьма актуальной, требующей специального исследования [13].

Эпидемиологические исследования выявили достоверную связь развития онкопатологии у работников с воздействием радиации. В отдаленные сроки после длительного профессионального облучения в дозах, значительно превышающих предельно допустимые дозы (ПДД), наблюдается снижение некоторых показателей лимфопоэза Т-клеточного звена иммунитета и неспецифической резистентности организма. Этот феномен, по видимому, является закономерной реакцией организма на длительное радиационное воздействие [14,16].

Длительное воздействие ультразвука способствует возникновению вегетативно-сосудистых и чувствительных нарушений в виде ангиодистонического синдрома и вегетосенсорной полиневропатии. Профессиональную этиологию этих синдромов можно установить у врачей, длительно и интенсивно работающих с ультразвуковой аппаратурой без использования перчаток. Выполнение точных работ с использованием оптических приборов (микрoхирурги, гистологи, лаборанты и т.д.), сопровождающееся большим нервно-эмоциональным напряжением, создает высокую нагрузку на зрение, приводящую к развитию высокой степени миопии [15,16].

Медицинские работники в своей деятельности могут подвергаться воздействию многих факторов, опасных для здоровья и способных вызывать профессиональные заболевания. Условно факторы можно поделить на пять групп:

- физические - ионизирующее и неионизирующее излучение, ультразвук, лазерное излучение, шум, вибрация и т.д.;

- химические - высокоактивные лекарственные препараты, химические вещества и дезинфицирующие средства;

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

- биологические - патогенные и условно-патогенные микроорганизмы;

- нервно-эмоциональные - интеллектуальное и эмоциональное напряжение, сменная работа, часто при дефиците времени и в экстремальных ситуациях;

- эргономические - работа в вынужденной позе и при эксплуатации эргономически неадекватного оборудования.

Основными факторами производственной среды, которые приводят к возникновению профессиональных заболеваний среди медработников в России, являются: биологический фактор, удельный вес которого составляет в среднем 73% (в г. Москве - до 93%), высокоактивные лекарственные препараты - 16% и химические вещества - 11% [17].

За последнее десятилетие частота развития скелетно-мышечных расстройств у врачей УЗД (сонолог или на английском языке sonographer), связанных с работой (Work-Related Musculoskeletal Disorders - WRMSD), значительно возросла, что побудило к активному изучению этой проблемы и мер по предотвращению их развития.

Была выпущена монография «Профессиональная патология и эргономика в сонографии», где обобщены практические рекомендации для снижения риска развития WRMSD, которые разработаны зарубежными профессиональными организациями сонологов и Национальным Институтом Профессиональной Безопасности Труда и Здоровья США [18].

Мышцы и сухожилия предназначены для регулярной работы. Однако, когда рабочая нагрузка является слишком частой и слишком длительной, мышцы и сухожилия больше не могут приспосабливаться к такой нагрузке. Как только сухожилие повреждено, мышца, к которой оно прикреплено, компенсаторно выполняет большую нагрузку, чтобы поддержать конечность и сустав.

WRMSD затрагивают не только производительность сонолога и моральные аспекты, но могут также воздействовать на деятельность сонолога в свободное от работы время. Изучая причины неправильной рабочей позы, сонолог может устранять их, изменяя эргономическую ситуацию к лучшему, следить за поддержанием правильного положения во время сканирования, чтобы снизить воздействие этих факторов для развития WRMSD [18].

Расположение монитора, пульта управления, кресла и кровати для ультразвуковых исследований – являются ключевыми элементами, которые

определяют положение врача УЗД. В частности, врач УЗД должен поворачивать шею и верхнюю часть туловища, отклоняться в сторону, изгибая торс, и отводить плечо в течение длительных промежутков времени.

В одном исследовании, проводимом Обществом диагностического медицинкой врачей ультразвуковой диагностики (Society of Diagnostic Medical Sonography), было отмечено, что 84 % опрошенных сонологов имеют скелетно-мышечные боли в процессе работы и связывают их со своей рабочей деятельностью. Из них 20% имели достаточно серьезные повреждения для того, чтобы преждевременно закончить свою профессиональную карьеру.

Но никакие изменения в образовании, окружающей среде, оборудовании или плане работы не улучшат эргономическую ситуацию, если сонолог не будет иметь личной ответственности и заинтересованности в профилактических мерах. Превентивный подход - лучшая защита сонолога [18].

Минимизировать риски развития скелетно-мышечных расстройств, связанных с профессиональной деятельностью сонологов, можно, разрешая задачи на каждом из 3-х уровней:

1. Административный контроль
2. Эргономический контроль
3. Организация и методы работы сонолога [18].

Согласно данным представленным на сайте американских врачей College Grad имеется полная информация, где можно обучиться врачам УЗД или получить сертификаты, а также рабочее время и оплата труда. И хотелось бы остановиться на основных требованиях для врачей УЗД, которые должны обладать данными основными качествами на работе:

1. Внимание к деталям (Detail-oriented).

Диагностическая визуализация работниками должны следовать точные инструкции для визуализации, необходимой для диагностики и лечения больных. Они должны также обратить внимание на экране во время сканирования тела пациента, потому что это сигнализирует о том, контрастные здоровые участки с нездоровым они могут быть тонкими.

2. Зрительно-моторная координация (Hand-eye coordination). Для получения качественного изображения, диагностические изображения рабочих должны быть в состоянии точно перемещать оборудование для пациента в ответ на то, что они видят на экране.

3. Межличностные навыки (Interpersonal skills). Изображения диагностический должны

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

тесно сотрудничать с пациентами. Иногда пациенты сильная боль или психическое напряжение, и они должны получить сотрудничества с пациентом, чтобы создать полезный образ.

4. Физическая выносливость (Physical endurance). Диагностические характеристики изображения на ногах в течение длительных периодов времени и должны быть в состоянии поднять и переместить пациента в необходимости помощи.

5. Технические навыки (Technical skills). Диагностические рабочие изображения необходимо понять, как работать сложной техникой и автоматизированные инструменты [19].

В исследовательском отчете Великобритании для Европейского агентства по безопасности и гигиене труда и Деверо утверждают, что разногласия по научной основе WRULD не уменьшает возможности для продвижения изменений в рабочей практике. В частности, что существует общее согласие, что «Соответствующее вмешательство эргономика для любого одного расстройства, вероятно, чтобы помочь предотвратить других заболеваний. Такие преимущества возникают из-за общих биологических путей, участвующих в некоторых расстройствах».

Они могут быть рассмотрены:

- работы по оценке риска место
- наблюдение за состоянием здоровья
- данные о сотрудниках
- обучение
- эргономические рабочие места
- предотвращение усталости

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что женщины более подвержены риску, чем мужчины верхних конечностей опорно-двигательного аппарата, связанных с работой травм, хотя работа место риски, как правило, считается большее значение. Средняя короткий рост, прочность верхней части тела мышцы женщин и тип работы, выполняемой способствуя этим явлением.

Доказательства, однако, может быть предвзятым, как только определенных групп работников например компьютерные оперативники, есть достаточное количество для того, чтобы верхние конечности расстройства могут быть отнесены непосредственно к производственной практики. Факторы риска для всех работников, независимо от описаний работы,

как правило, согласованных здравоохранения и безопасности, как исполнительный [21,21,23,24]:

- Плохая осанка (Poor posture);
- Ручной применили силы (Hand applied force);
- Прямое давление на ткани тела (Direct pressure on body tissues);
- Организация труда (Work organization);
- Работники восприятие организации (Workers perception of the organization);
- Изменения в рабочей практике (Changes to working practice).

Изменения производственной практики, следовательно, необходимо, но осанки и рабочих станций корректировки требуют дополнительного времени для каждого экзамена. Тем не менее, если давление график работы такова, что есть осязаемый недостаток времени, то эти решения вряд ли будут соблюдаться. Психосоциальные давление посягают на трудовую практику, вызывая чувства отсутствия достоинства и ценности. Медицинские работники в пределах стандартов знакомы с отсутствием персонала, соответствующего оборудования и длинных очередей [27].

Риск для отдельных врачей УЗД скелетно-мышечные боли/чувство дискомфорта, поэтому под влиянием ряда факторов, многие из которых могут быть рассмотрены эргономичной подготовки персонала, чтобы оптимизировать отдельные позы. Это может включать, стоя на некоторых экзаменах, где размер пациента и ограничения в регулировании диване не позволяют лучший осанку. Кроме того, рассмотреть вопрос об использовании другой стороны время от времени, особенно когда боль ходатайствует; хотя это может занять некоторое время на практике. Соответствующее позиционирование пациента и контролировать, чтобы свести к минимуму плечо / ARM похищения и вращение шеи / внешней линии и второй монитор настоящее время рассматривается, если это включает в себя удовлетворенности пациента. Управление рабочей нагрузкой является приоритетной задачей, врачи УЗД перегружены и должны иметь несколько минут перерывов, так как усталость может усугубить основные проблемы [25,26].

Следовательно, из вышеуказанного материала, можно сделать выводы, что условия труда врачей УЗД (сонолог) зарубежом такие же, как и у нас в стране и требует дальнейшего улучшения рабочего места врача УЗД.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Покровский, В.И. Современные проблемы экологически и профессионально обусловленных заболеваний / В.И. Покровский // Медицина труда и промышленная экология.– 2003.– №1.–С. 2–6.;
2. Синдром выгорания врачей лучше всего лечится с помощью повышения зарплаты // Менеджер здравоохранения.–2011.– № 7.– С. 64–69.;
3. Авота, М.А. Объективные и субъективные данные о профессиональных заболеваниях медицинских работников Латвии / М.А. Авота, М.Э. Эглите, Л.В. Матисане // Медицина труда и промышленная экология.– 2002.– №3.– С. 33–37.;
4. Горблянский, Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников / Ю.Ю. Горблянский // Медицина труда и промышленная экология.– 2003.–№1.– С. 8–12.;
5. Максимов, И.Л. Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы /И.Л.Максимов // Здравоохранение РФ.–2003.– №3.– С. 38–39;
6. Heloma, A. The attitudes of occupational health personnel to smoking at work /A. Heloma, K. Reijula, J. Tikkanen, E. Nykyri //Am J Ind Med.– 1998.– Vol. 34, № 1.– P. 73–78;
7. Ishii, T. Questionnaire on the attitude of the physicians in educating the elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease about smoking cessation / T. Ishii, S. Teramoto, A. Miyashita [et al.] // Nippon Ronen Igakkai Zasshi.– 2002.– Vol. 39, № 3.– P.308–313.;
8. Koetsu, A. Smoking behavior and related lifestyle variables among physicians in Fukuoka, Japan: a cross sectional study / A.Kaetsu, T. Fukushima, M. Moriyama [et al.] // J Epidemiol.– 2002.–Vol. 12, № 3.– P. 199–207.;
9. Kubik–Huch, R.A. Referrer satisfaction as a quality criterion: developing an questionnaire for measuring the quality of services provided by a radiology department / R.A. Kubik–Huch, M. Rexroth, R. Porst, L. Durselen, R. Otto, T. Szucs // Rofo.– 2005.– Vol. 177, №3.– P. 429–434.;
10. Баке, М.Я. Факторы риска здоровья медицинских работников / М.Я. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа, В.М. Кузнецова, Н.Е. Русакова // Медицина труда и промышленная экология.–2002.– №3.– С. 28–33.;
11. Иванов, А.В. Влияние социально-гигиенических условий на здоровье врачей /А.В.Иванов, О.Е.Петручук // Бюлл. Нац. Науч.-исслед. Инст. Общественного здоровья. Вып.2, М.– 2005.–С.14–17.;
12. Zmyslony, M. Exposure of nurses to electromagnetic fields /M. Zmyslony, P. Mamrot, P. Politanski // Med Pr.– 2004.– Vol. 55, №2.– P. 183–187.;
13. Автореферат диссертации к.м.н. тема: Гигиеническое изучение условий труда и здоровье врачей ультразвуковой диагностики по данным отечественных и зарубежных авторов. 14.00.07-гигиена, Челябинск -2007. Суворова, Наталия Борисовна;
14. Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. тема: Социально-гигиеническая оценка здоровья врачей. 14.02.03-Общественное здоровье и здравоохранение, Новосибирск -2015. Труфанова Нина Леонидовна;
15. Кириллова, Е.Н., Эффективность миелопада в минимизации отдаленных последствий профессионального облучения /Е.Н.Кириллова, К.Н.Муксинова, Е.Д.Другова // Иммунология.–2001.– №1.– С.30–36.;
16. Горблянский, Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников / Ю.Ю. Горблянский // Медицина труда и промышленная экология.– 2003.–№1.– С. 8–12.;
17. Т.А. Ермолина, Н.А.Мартынова, А.Г.Калинин,С.В. Красильников, «Состояние здоровья медицинских работников» Вестник новых медицинских технологий – 2012 – Т. XIX, № 3 – С.197-199;
18. Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Состояние здоровья работающих в связи с состоянием производственной среды», утвержденный руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г.Онищенко от 16 августа 2007 года;
19. Dr.Yuliya, Ukraine, Sonologist, Regional General Hospital, Libya. 2009 <http://sonomir.wordpress.com>;
20. <https://collegegrad.com/careers/diagnostic-medical-sonographers-and-cardiovascular-technologists-and-technicians>;
21. Health and Safety Executive. The Management of Health and Safety at Work Regulations (MHSAW) 1992; Risk assessments: 2.1, 2.2(a),2.2(e);
22. Health and Safety Executive. The Workplace Health, Safety and Welfare Regulations (WHSW) 1992; Work stations and seating: Regulation 11;
23. Health and Safety Executive. The Provision

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

and Use of Work Equipment Regulations (PUWE) 1992; Suitable work equipment: Regulation 5;

24. Health and Safety Executive. Manual Handling Operations Regulations (MHO) 1992; Risk assessments: Regulation: 4 (1) (b) (i);

25. Habes DJ, Baron S. Health Hazard Evaluation Report, St. Peter's University Hospital, University of Medicine and Dentistry of New Jersey Piscataway,

New Jersey. NIOSH report 1999; 99-0093-2749;

26. Gillian Cattell, DCR, MSc Medical Ultrasound, Senior Radiographer, Birmingham Women's Hospital, Sonographers And Work Related Upper Limb Disorders (WRULD);

27. <http://econavt.ru/instrukcii-po-ohrane-truda/dokumenty>.

ТҮЙІНДЕМЕ

Р.К. СҮЛЕЙМЕНОВА, Д.Е.САИМОВА, А.А. МУСИНА.

«Астана Медицина Университеті» АҚ,

еңбек гигиенасы және коммуналды гигиена кафедрасы

ТҮРЛІ ЕЛДЕРДЕГІ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ДИАГНОСТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ АУРУШАҢДЫҒЫНА САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Мақалада медицина қызметкерлерінің денсаулығына әртүрлі өндірістік ортаның және еңбек үрдісінің қолайсыз факторлары әсері және ультрадыбыстың дәрігерлер ағзасына салдары сипатталған. Кәсіби сүйекті –бұлшық етті патологияға: тендониттер, тендовагиниттер, тендосиновиттер, бурситтер, бұлшық ет және жоғары жақтың жүйке патологиясы, сонымен бірге мойын және арқа патологиясы жатады.

Түйінді сөздер: рентген, ультрадыбыстық диагностика, кабинет, дәрігерлер, аурушаңдық, денсаулық.

RESUME

R.K. SULEIMENOVA, D.E.SAIMOVA, A.A. MUSINA

JSC "Astana Medical University", Department of Occupational Health and Communal Hygiene

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF MEDICAL ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN DIFFERENT COUNTRIES

This article describes how health care workers are exposed to various unfavorable factors of production environment and labor process and their impact on the body of doctors of ultrasonic diagnostics. For professional musculoskeletal pathology include: tendonitis, tenosynovitis, tendosynoviity, bursitis, pathology of the muscles and nerves of the upper limbs, as well as pathology of the neck and back.

Keywords: X-ray, ultrasound diagnostics, study, doctors, disease, health.



УДК: 618.12: 618.177

ДОЩАНОВА А.М. АКЕТАЕВА А.С.

АО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии интернатуры,
г. Астана, Республика Казахстан

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГИТОМ

Аннотация: Проблема бесплодия, рассматривается в рамках физиологии и патологии репродуктивной функции человека, - важная часть современной медицины.

По данным литературы, в Европе бесплодны около 10% супружеских пар, в США -8-15%, в Канаде - около 17%, в Австралии-15,4%, в Англии бесплодными являются примерно 10% супружеских пар, в Швеции-9%, в Германии -7.4%, в Болгарии-6.5% в России-17,5% [1].

Имеются данные ВОЗ о том, что в некоторых районах Судана показатели распространенности бесплодия достигают 42.5%, Камеруне-45%, Танзании-46.8%, Пакистане-54.7% [2]. Самый низкий процент бесплодия в мире зарегистрирован в Корею и Китае от 0.5% до 1.3 % [3].

О распространенности бесплодного брака в странах СНГ говорить очень сложно, из-за широкой вариабельности результатов. Теоретически считалось, что в республиках Кавказа, Средней Азии и Казахстане (в странах с исторически сложившейся высокой рождаемостью и многодетностью) проблема бесплодия как таковой не существует. Однако, оказалось, что именно в этих регионах отмечаются одни из самых высоких показателей бесплодного брака: в Грузии-18%, Дагестане-15.8, Узбекистане-17%, Казахстане-15-20% [4,5].

Ключевые слова: бесплодие, хронический сальпингит, маточная труба.

Актуальность: В структуре женского бесплодия лидирующее положение занимает трубно-перитонеальное - 50-60%, эндометриоз -ассоциированное - 20 - 50%, эндокринная форма, сопровождающаяся ановуляцией вследствие нарушения механизмов реализации гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений - 20-30% [6-12].

Одной из причин женского бесплодия является трубно-перитонеальный фактор, частота которого не имеет тенденции к снижению. Это связано в первую очередь с возрастанием воспалительных заболеваний придатков матки и

рост заболеваемости инфекциями передающиеся половым путём. Несмотря на значительные успехи в их диагностике и лечении, эти заболевания остаются весьма значимыми в структуре акушерско-гинекологической патологии [13-18].

При воспалительных заболеваниях придатков матки нарушаются функция не только яичников, но и маточных труб, которые приводят к образованию перитубарных спаек и окклюзий маточных труб [19-20]. Поэтому в настоящее время маточную трубу рассматривают как одну из важных структур в репродуктивной системе женщины.

Цель: Оценить состояния маточных труб у женщин с бесплодием при хроническом сальпингите и оптимизировать тактику ведения данных пациенток.

Материалы и методы исследования: В проспективное исследование вошли анализ результатов эндоскопической хирургии у 40 пациенток с бесплодием с хроническим сальпингитом в анамнезе.

Критерии включения: нормальный гормональный фон пациенток, нормальная (абсолютная) фертильность супруга (нормозооспермия), отсутствие инфекционных и онкологических заболеваний.

Критерии исключения: наличие мужского фактора бесплодия, наличие СПКЯ.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование (анамнез, жалобы и гинекологический осмотр), УЗИ, гистеросальпингография, гистероскопия, хромогидротубация, лапароскопия.

Полученные данные были статистически обработаны на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel», и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v.6.0, StatSoftInc.(США).

Результаты и их обсуждение:

Возраст пациентов от 20 до 41 года и составлял в среднем 31,7±3,79 года.

Из анамнеза бесплодных пациенток

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

характерным был возраст менархе от 11 и более 16 лет, средний возраст менархе больных $13,9 \pm 1,2$ лет.

Длительность менструальных кровотечений от 3 до 7 дней, в среднем $5,1 \pm 0,9$ дня. Продолжительность менструального цикла составила $29,1 \pm 2,1$ дня. Менструальный цикл установился не сразу у $12 (30 \pm 7,25)\%$ женщин. У $28 (70 \pm 7,25)\%$ пациенток менструальный цикл был регулярный.

Нарушение менструальной функции наблюдалось у $5 (12,5 \pm 5,23)\%$ пациенток, при этом по типу дисменореи в $3 (60 \pm 21,91)\%$ случаях, опсоменорея в $1 (20 \pm 17,89)\%$ случае, гиперполименорея в $1 (20 \pm 17,89)\%$ случае. При этом не отмечалось статистически значимой разницы частоты этих нарушений среди пациенток с первичным и вторичным бесплодием.

Начало половой жизни у обследованных женщин с 16 до 30 лет, и составляло в среднем $19,9 \pm 1,9$ лет. У $5 (12,5 \pm 5,23)\%$ пациенток половая жизнь ранее 18 лет, у $1 (2,5 \pm 2,47)\%$ после 30 лет.

В анамнезе у обследованных женщин при показателе детородной функции: роды были у $18 (45 \pm 7,87)\%$ случаях, из них посредством кесарева сечения в $6 (33,4 \pm 11,2)\%$ случаев, аборт в $10 (25 \pm 6,85)\%$, выкидыши $12 (30 \pm 7,25)\%$, неразвивающихся беременностей в $1 (2,5 \pm 2,47)\%$ случаев, эктопическая беременность - $1 (2,5 \pm 2,47)\%$ случаев.

Из экстрагенитальных заболеваний на первом месте заболевания щитовидной железы у $9 (22,5 \pm 6,6)\%$ пациенток. На втором месте заболевания органов дыхания $2 (5 \pm 3,45)\%$ и заболевания органов пищеварения $2 (5 \pm 3,45)\%$. На третьем месте стояли заболевания мочевыделительной системы $1 (2,5 \pm 2,47)\%$. При этом у $26 (65 \pm 7,54)\%$ пациенток соматические заболевания отрицали.

В структуре сопутствующей гинекологической патологии имеет место гиперпластические процессы эндометрия $2 (5 \pm 3,45)\%$, ретенционные кисты яичников $2 (5 \pm 3,45)\%$, миома матки $1 (2,5 \pm 2,47)\%$, эрозия шейки матки $6 (33,4 \pm 11,2)\%$, хронический эндометрит $1 (2,5 \pm 2,47)\%$ инфекций передающиеся половым путем у $6 (15 \pm 5,65)\%$ пациенток. При этом у $22 (55 \pm 7,87)\%$ пациенток сопутствующей гинекологической патологии не выявлено.

Из оперативных вмешательств в анамнезе была аппендэктомия в $3 (15 \pm 5,65)\%$ случаях, резекция яичников у $4 (10 \pm 4,74)\%$, кесарево сечение у $6 (15 \pm 5,65)\%$, односторонняя тубэктомия у $1 (2,5 \pm 2,47)\%$, холецистэктомия у $1 (2,5 \pm 2,47)\%$,

лапароскопия, сальпингоовариолизис у $3 (15 \pm 5,65)\%$, диагностическое выскабливание полости матки у $2 (5 \pm 3,45)\%$ случаях.

Основной жалобой у всех пациенток было на бесплодие. При этом, первичное бесплодие имело место у $14 (35 \pm 7,54)\%$, вторичное - у $26 (65 \pm 7,54)\%$ женщин. Длительность первичного бесплодия в среднем составила $5,17 \pm 7,54$ года, продолжительность вторичного от 1,5 до 16 (в среднем $4,84 \pm 0,84$ года).

При лапароскопическом исследовании маточные трубы визуализировались на всем протяжении в $8 (20 \pm 6,32)\%$, $2/3$ труб в $6 (15 \pm 5,65)\%$, $1/3$ труб в $6 (15 \pm 5,65)\%$, с обеих сторон в $20 (50 \pm 7,91)\%$, с одной стороны $4 (10 \pm 4,74)\%$; не визуализировались на всем протяжении в $16 (40 \pm 7,75)\%$ случаях.

При визуализации маточных труб изменения отмечены в $32 (80 \pm 6,32)\%$ случаях. Наиболее часто визуализировались перитубарные спайки - в $16 (50 \pm 8,84)\%$. Изменение трубы по типу гидросальпинкса в $6 (18,75 \pm 6,90)\%$ случаях. Признаки «надозного» сальпингита отмечены у $6 (18,75 \pm 6,90)\%$, маточные трубы по типу «четок» в $4 (12,5 \pm 5,85)\%$ случаях.

Проведенная хромогидротубация позволила установить сохраненную проходимость обеих маточных труб лишь в $17 (42,5 \pm 7,82)\%$, одной маточной трубы в $10 (25 \pm 6,85)\%$ случаях. Трубы оказались непроходимы в $13 (32,5 \pm 7,41)\%$ случаях, из них в интрамуральном отделе $2 (15,38 \pm 10,01)\%$ истмическом отделе $5 (38,46 \pm 13,49)\%$, в ампулярном отделе $6 (46,15 \pm 13,83)\%$.

Маточные трубы были проходимы у 17 из $24 (82,14 \pm 7,24)\%$ пациенток, у которых визуализировались трубы на всем протяжении, у остальных $16 (40 \pm 7,75)\%$ не визуализировались, при этом в истмическом отделе $10 (25 \pm 6,85)\%$ ампулярном отделе $6 (15 \pm 5,65)\%$.

У $32 (80 \pm 6,32)\%$ пациенток с видимыми изменениями маточных труб: маточные трубы были не проходимы в $13 (40,63 \pm 8,68)\%$, в $19 (59,38 \pm 8,68)\%$ случаях проходимы.

Выводы: таким образом, при наличии в анамнезе указания на перенесенный сальпингит, частота патологии маточных труб выявлено у (80%) и их непроходимости в $(32,5\%)$.

При своевременном выявлении и лечении заболевании придатков матки, необходимость в эндоскопическом исследовании в частности лапароскопии органов малого таза необходимо проводить после точного постановки диагноза бесплодия.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Стоименов Г., Цанков Ц. Этиология бесплодия- частота, причины, клиника в Болгарии; Woolf M. Family intentions // H.M.S.O.-London, 2001.-P.23-25)
2. M.Gunaratne. The epidemiology of infertility a selected clinic study Ceylon Med.J.2006.-N24.-P.36-42.
3. Дошанова А.М. Состояние репродуктивной системы женщин, проживающих в хромовой биогеохимической Провинции: Автореф. Дис... докт.Мед.наук-СПб.,1996.-С.3-7
4. Каюпова Н.А., Мамедалиева Н.М., Актуальные проблемы репродуктивной медицины в Казахстане // Алматы, 1999. С.6-7.)
5. Дошанова А.М.2013, Каюпова Н.А., Мамедалиева Н.М. 2008, Кудайбергенов Т.К. 2013.)
6. Махотина Н.Е. Новые технологии комплексной диагностики причин женского бесплодия.// Автореф. дис. . канд. мед. наук-Омск 2009.-с.3-14.
7. Квициани К.Д. Комплексная оценка состояния маточных труб у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием// Дис. . докт. мед. наук -Москва 2010.-с.5-20.
8. Дошанова А.М Современный подход к диагностике и лечению сальпингитов / А.М.Дошанова// Актуальные проблемы репродуктологии: матер, межд. конгресса акушеров-гинекологов. Апматы, 1998.- С. 19.
9. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия. // Акушерство и гинекология. М. -2002. -№ 2. - с. 56-59.
10. Кулаков В.И., Шилова М.Н., Волков Н.И. Лапароскопическая миомэктомия в комбинированном лечении бесплодия и миомы матки. // В сборнике: «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». Ред. Кулаков В.И., Адамян Л.В. М. - 1997. -том 1. - с. 210-211.
11. Бодяжина В.И. Хронические постспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. /В.И.Бодяжина. Москва: Медицина, 1978.- 231 с.
12. Бодяжина В.И., Стругацкий В. М. Методологическое обоснование принципов лечения хронических воспалительных заболеваний матки и придатков /В.И. Бодяжина, В.М.Стругацкий// Акушерство и гинекология. 1987-№3-5.- С.63 -65.
13. Бодяжина В.И. Воспалительные заболевания женских половых органов./В.И. Бодяжина, В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович //Неоперативная гинекология. - Москва, 1990.- С.278 -368.
14. Бодяжина В. И. Стругацкий В.М. О немедикаментозной терапии в гинекологии. /В.И.Бодяжина, В.М.Стругацкий Акушерство и гинекология. 1994. - N4. - С. 3-8.
15. Дошанова А.М Современный подход к диагностике и лечению сальпингитов/А.М.Дошанова// Актуальные проблемы репродуктологии: матер, межд. конгресса акушеров-гинекологов. Апматы, 1998.- С. 198199.
16. Кулаков В.И. Голубев В.А. Роль новых медицинских технологий в акушерстве и гинекологии. / В.И. Кулаков, В.А. Голубев: Акушерство и гинекология.- 1999.- №2.- С.3-6
17. Кулаков В.И. Пути профилактики образования послеоперационных спаек у гинекологических больных. / В.И. Кулаков, Л.В.Адамян, О.А.Мынбаев. / /Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Москва, 1997.-Т.2.- С. 245-254
18. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2006. - 616 с.
19. Крылов В.С., Стрижаков А.Н. Микрохирургические восстановительные операции при трубно-перитонеальном бесплодии /В.С.Крылов, А.Н. Стрижаков// Акушерство и гинекология. 1985. - №5. - С.39-42

ТҮЙІНДЕМЕ

ДОШАНОВА А.М. ӘКЕТАЕВА А.С.

БЕДЕУЛІК ПЕН СОЗЫЛМАЛЫ САЛЬПИНГИТІ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫР ТҮТІКШЕЛЕРІ ЖАҒДАЙЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Сонымен наукастың анамнезінде сальпингитпен ауырды деген жағдай жатыр түтікшелері патологиясының 80%-ында кездеседі, оның ішінде 32%-ы өтімділігінің бұзылысы болады.

Жатырдың қосалқы мүшелерінің ауруларын уақытылы анықтау мен емдеуде, бедеулік диагнозын нақты қойғанда ғана эндоскопиялық зерттеуді, яғни кіші жамбас астауының лапароскопиясын жасау керек.

SUMMARY

A.M. DOSHCHANOVA, A.S. AKETAYEVA

Astana medical university JSC
Department of Internship in Obstetrics and Gynecology
Astana, Republic of Kazakhstan

CHARACTERISTICS OF FALLOPIAN TUBES OF WOMEN WITH INFERTILITY AND CHRONIC SALPINGITIS

Thus, when there is anamnesis of the experienced salpingitis, 80% have pathology of fallopian tubes and 32.5% of tubal blockage.

When disease of uterine annexes is revealed and treated timely, endoscopic examination, mainly, pelvic laparoscopy can be held only after the accurate diagnosis of infertility.



УДК: 616,34-008. 314.4-022-07-053.2:616.98

БАЕШЕВА Д.А., ТУЛЕГЕНОВА Г.К., ЯРМАМБЕТОВ К.Б., ЖАРМАГАНБЕТОВА Б.О., КАСЕНОВА Г.Н.

АО «Медицинский университет Астана»,
ГККП Городская детская инфекционная больница г. Астана
Кафедра детских инфекционных болезней

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИК - АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Аннотация. Для изучения клинических особенностей антибиотик - ассоциированных диарей вызванной Clostridium difficile (C.difficile) у детей, проводились исследования на базе ГККП городской детской инфекционной больницы (ГДИБ) г. Астана в течение 2014 - 2015гг. Под наблюдением находилось 203 детей в возрасте от 0 месяцев до 14 лет с инвазивной формой диареи.

При C.difficile - инфекции, возникающей у детей на фоне приема антибактериальных препаратов, среднетяжелые (85%) формы болезни, характеризующиеся симптомами интоксикации, фебрильной лихорадкой, наличием энтероколита – 44,82%, гемоколита – 51,72%, патогномичными для бактериальных кишечных инфекций другой этиологии, что требует включения C.difficile-инфекции в алгоритм дифференциальной

диагностики ОКИ инвазивного типа.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, Clostridium difficile, дети, инвазивные диареи, антибиотик-ассоциированные диареи, клинические особенности.

Актуальность. Интерес к изучению проблемы диарей у детей обусловлен их широким распространением. По данным ВОЗ регистрируется 1-1,2 млрд. случаев диарей в год во всем мире (2010г.), актуальность проблемы также обусловлена полиэтиологичностью заболевания, трудностью дифференциальной диагностики и склонностью к затяжному и хроническому течению [1,2].

Среди инфекционных диарей в последнее время по данным ВОЗ все большее значение придается

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

так называемым антибиотик - ассоциированным диарейам (ААД), составляющим 6-29% от общего числа диарей. С нарушением микробной экологии, связано широкое распространение *Clostridium difficile* - ассоциированных заболеваний, клинический спектр которых варьирует от носительства и кратковременной диареи, проходящей после отмены препарата, вызвавшего ее, до псевдомембранозного колита с токсическим мегаколоном и перфорацией кишечника. Согласно данным различных исследователей, *C.difficile* является причиной 15-25% антибиотико-ассоциированных диарей и 90-100% случаев псевдомембранозного колита [3,4].

Цель: Изучить клинические особенности антибиотик - ассоциированной диареи у детей вызванной *C.difficile*.

Материалы и методы исследования: исследования проводились на базе ГККП ГДИБ г. Астана в течение 2014 - 2015гг. Под наблюдением находилось 203 детей в возрасте от 0 месяцев до 14 лет с инвазивной формой диареи. В возрастной структуре обследованных больных дети от 0 месяцев до 3 лет составили – 68,96%.

Этиологическая расшифровка диарей у всех больных на *C.difficile* проводилась методом экспресс ПЦР-диагностики «GenomEra» для определения ДНК *C.difficile* (биоматериал кал) на автоматическом встроенном ПЦР анализаторе с специально разработанными тест-чипами с нанесенными реагентами Системы GenomEra от Abacus Diagnostica.

Атакже на основании учета эпидемиологических данных, анамнеза заболевания и комплекса бактериологических, серологических данных, проведенных в бактериологической лаборатории ГДИБ г.Астана.

Критерии включения: дети с инвазивной формой диареи, многократно получавшие

антибиотики амбулаторно и в стационаре (более трех раз в год).

Невключались дети старше 14 лет и секреторной формой диареи. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета Statistica 6.0.

Результаты исследований и их обсуждение:

Данные литературы, касающиеся частоты выявления *C.difficile* весьма вариабельны. В конце прошлого столетия исследователи указывали на то, что частота ААД у госпитализированных пациентов находится в пределах от 3 до 29% в зависимости от основного заболевания, используемого антибактериального препарата и предрасполагающих факторов. Диареи, возникающие на фоне антибактериальной терапии, могут иметь инфекционную и неинфекционную природу. Неинфекционный генез ААД связан с нарушением моторики желудочно-кишечного тракта, а также токсическим воздействием препарата на кишечный эпителий и нарушением метаболизма желчных кислот и углеводов в кишечнике и др. Инфекционная природа ААД этиологический может быть связана с различными патогенами - *Clostridium perfringens*, *Salmonella species*, *Clostridium difficile*, которые способны колонизировать кишечник на фоне угнетения нормальной микрофлоры. Большинство исследователей считают, что одним из наиболее значимых инфекционных агентов является *C.difficile*, с которой ассоциировано до 10-25% всех ААД и до 90-100% случаев псевдомембранозного колита [5,6].

Нами изучены клинические проявления ААД, вызванных *C.difficile* у пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении инвазивных диарей ГККП ГДИБ г. Астана в течение 2014 - 2015гг.

Таблица 1

Сравнительная характеристика клинических симптомов диарей, вызванных *C.difficile*

Симптомы заболевания	Основная группа (n=29)		Группа сравнения (n=174)	
	N	%	N	%
Характеристика начала заболевания:				
- Острое	12	40	133	76.43
- Подострое начало	17	60	41	23.56
Форма заболевания:				
- Среднетяжелая	25	85	117	67,24
- Тяжелая форма	4	15	57	32,75

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Слабость	29	100	174	100
Снижение аппетита	29	100	174	100
Повышение температуры:				
- Норма	1	3,44	-	-
- Субфебрильная (до 38,0 С)	16	55,17	137	78,73
- Фебрильная (до 39,0 С)	9	31,03	27	15,51
- Пиретическая (39,0 С и выше)	3	10,34	10	5,74
Топика поражения:				
- Гастроэнтероколит	1	3,44	54	31,03
- Энтероколит	13	44,82	68	39,08
- Гемоколит	15	51,72	52	29,88

Как указано в таблице 1 клинические проявления диарей, обусловленные *S.difficile*, характеризовались следующими симптомами. Подострое начало заболевания отмечалось у 60% пациентов, которое протекало преимущественно в среднетяжелой форме (85%). Практически у всех пациентов отмечалось наличие слабости

и снижения аппетита на фоне субфебрильной (55,17%) и фебрильной (31,03%) температуры. По топике поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) чаще регистрировались энтероколиты, которые составили 44,82%, а в 51,72% случаев был установлен гемоколит.

Таблица 2.

Удельный вес ААД, обусловленной *S.difficile*

Отделения	Всего		Основная группа		Группа сравнения	
	п	%	п	%	п	%
Диареи	203	100	29	14,28	174	85,71
Всего:	203	100	29	100	174	100

Как представлено в таблице 2 среди 203 больных у 29 выявлены *S.difficile*, что составляет

14,28% от общего количества исследованных пациентов на данную инфекцию.

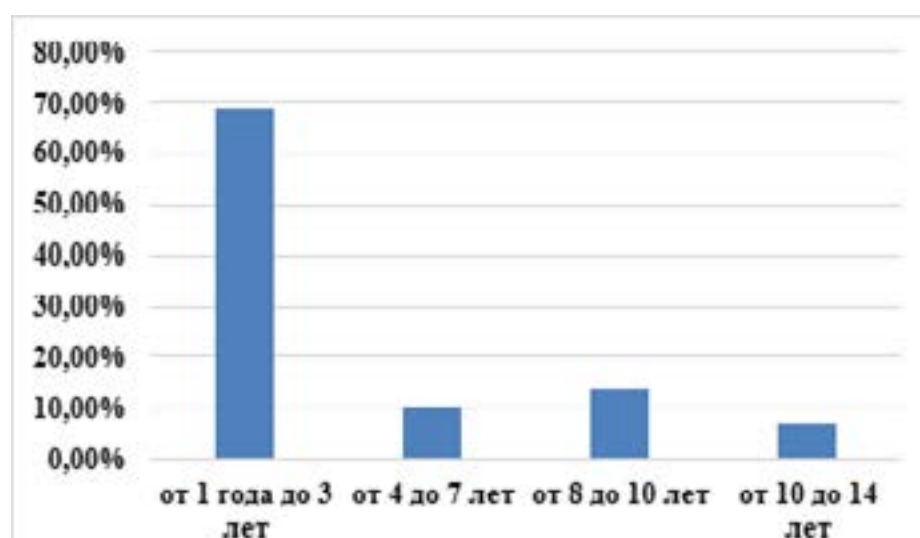


Рисунок. 1 - Возрастная структура пациентов исследованных на *S.difficile*

Анализ возрастной структуры пациентов исследованных на *S. difficile*, представлены в рисунке 1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что основную массу

составили дети от 1 до 3 лет – 68,96%, от 4 до 7 лет- 10,34%, от 8 до 10 лет 13,79%, от 10 до 14 лет - 2 (6,89%).

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

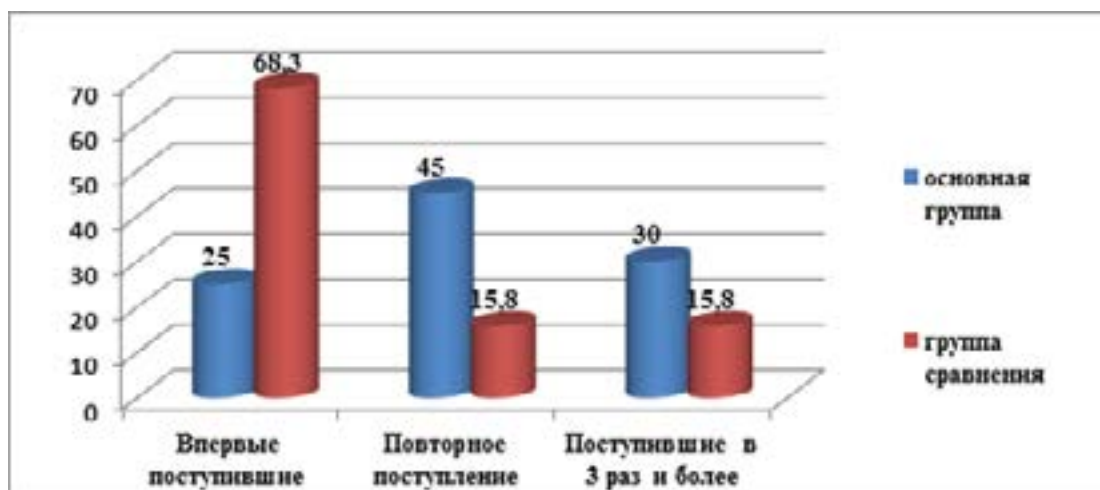


Рисунок. 2 - Кратность поступления пациентов исследованных на *C.difficile* в стационаре

При обследовании детей по поводу повторных поступлений в стационар с диареями, установлено, что частота ААД, обусловленных *C.difficile*, у повторно поступивших на фоне длительной антибактериальной терапии выше, чем у больных впервые поступивших (рисунок

2). Данный факт, вероятно, связан, с глубиной развития дисбиотических нарушений на фоне воспалительного процесса в кишечнике и применения антибиотиков.

Таблица 3.

Частота развития *C.difficile* в зависимости от группы антибиотиков, вызвавших ААД

Группа антибиотика	Всего n=203	<i>C. difficile</i> положительные		<i>C. difficile</i> отрицательные	
		n=29	%	n=174	%
Цефалоспорины II поколения	39	5	17,24	34	19,54
Цефалоспорины III поколения	53	7	24,13	46	26,43
Цефалоспорины IV поколения	24	2	6,89	22	12,64
Фторхинолоны	9	3	10,34	6	3,44
Аминопенициллины	1	-	-	1	0,57
Аминогликозиды	19	-	-	19	10,91
Макролиды	14	2	6,89	12	6,89
Комбинированная антибактериальная терапия	44	10	34,48	34	19,54

Согласно Wirstom J et al. (2001) [7], ААД развивается у 4,9% пациентов, получивших антибиотикотерапию (3). По другим данным, ААД встречается приблизительно у 5-10% пациентов, получивших ампициллин, 10-35% - комбинацию амоксициллина с клавулановой кислотой, 15-20%-цефиксим и 25% - другие антибиотики [7,8].

При количественном и качественном анализе

антибиотиков, использованных у пациентов, нами установлена следующая закономерность. Среди критериев основным фактором риска развития *C.difficile* является проведение комбинированной терапии антибиотиками. Как представлено в таблице №3 частота применения этого варианта терапии в группе *C.difficile* - положительных в 1,3 раза превышает частоту в группе *C.difficile* - отрицательных, (40%) против

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

17,5% соответственно. Данный факт объясняется тем, что использование комбинированной терапии антибиотиками может усиливать их отрицательное действие на флору кишечника и их микробиологическое взаимодействие в ЖКТ. Вместе с тем необходимо помнить о расширении спектра токсических эффектов антибиотиков и, как следствие, создает дополнительные условия для роста и колонизации *C.difficile*, образования токсинов и развития заболевания.

При подробном анализе использования антибиотиков по отдельности, а не при комбинированной терапии, установлено, что наиболее часто *C.difficile* возникает на фоне ААД при приеме цефалоспоринов III поколения.

Таким образом, ААД, обусловленная *C.difficile* характеризуется подострым началом, преобладанием средне тяжелых форм, наличием энтероколита, гемоколита с гипертермией, и позволяет заподозрить это заболевание, для проведения целенаправленного обследования и лечения.

Лечение больных *C.difficile* - инфекцией проводилось метронидазолом, ванкомицином либо сочетанием этих препаратов при тяжелом течении заболевания. Терапия метронидазолом проводилась у 16 больных, что составило

55%. Терапия ванкомицином проводилась у 10 больных, что составило 35%), комбинированное лечение было проведено у 3 детей (10%). Курс антибактериальной терапии составил 10-14 дней. В качестве базисной терапии больным назначались ферментные препараты (Креон, Мезим), пробиотики (Бифиформ Малыш, Энтерол), энтеросорбенты (Смекта).

Выводы:

1. Антибиотик ассоциированная диарея, обусловленная *C.difficile* - составляет 14,28% среди инвазивных форм диарей независимо от возраста. К факторам риска развития *C.difficile* -инфекции относятся применение комбинированной антибактериальной терапии (50%), цефалоспоринов III поколения (41,37%).

2. При *C.difficile* - инфекции, возникающей у детей на фоне приема антибактериальных препаратов, преобладают среднетяжелые (85%) формы болезни, характеризующиеся симптомами интоксикации, фебрильной лихорадкой, наличием энтероколита – 44,82%, гемоколита – 51,72%, патогномоничными для бактериальных кишечных инфекций другой этиологии, что требует включения *C.difficile*-инфекции в алгоритм дифференциальной диагностики ОКИ инвазивного типа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мазанкова Л.Н. Эпидемиологические аспекты *C.difficile*- инфекции у детей / Л.Н. Мазанкова, Ильина Н.О., Юнее Б., Гамева Е.В., Кондратенко Н.Н. // Инфектология. - Том 2. - №3.- 2010. Материалы Всероссийского ежегодного конгресса «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», С.-Пб. С. 117-118.

2. Мазанкова Л.Н. Совершенствование дифференциальной диагностики ОКИ различной этиологии / Л.Н. Мазанкова, Юнее Б., Курохтина И.С., Храмова Е.Н. // Материалы IX конгресса детских инфекционистов. - 2010 г. - С. 57.

3. Юнее Б. *Clostridium diffcile* -инфекция у детей: факторы риска инфекционного и неинфекционного генеза / Б.Юнее, Мазанкова Л.Н, Курохтина И.С., Самарина О.Ю. // Сб. аннотированных докладов IV Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей», М.- 2011.- С. 119-121.

4. Антибиотик-ассоциированные диареи у детей: проблема и решение / И.Н. Захарова, Л.Н. Мазанкова, Б. Юнее // Учебное пособие для врачей.- М., 2011.- РМАПО.-47 с.

5. Мазанкова Л.Н. Эпидемиология и клинические варианты *Clostridium diffcile* -инфекции у детей / Л.Н. Мазанкова, Юнее Б., Горбунов С.Г., Курохтина И.С. // Детские инфекции.- 2012.-№3.- С.39-42.

6. Alam S., Mushtag M. Antibiotic Associated Diarrhea in Children // Indian Pediatric. -2009. – Vol. 46. P. 491-496.

7. Wistrom J., Norrby S.R., Myhre E.B. Frequency of antibiotic-associated diarrhoea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study // J. Antimicrob. Chemother. - 2001. - Vol. 47. - P. 4350.

8. Hogenauer C, Hammer H.F., Krejs G.J., Reisinger E.C. Mechanisms and Management of Antibiotic-Associated Diarrhea // Clinical Infectious Diseases. – 2006. – vol.27. – P. 702-10.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

РЕЗЮМЕ

**БАЕШЕВА Д.А., ТУЛЕГЕНОВА Г.К., ЯРМАМБЕТОВ К.Б.,
ЖАРМАГАМБЕТОВА Б.О., КАСЕНОВА Г.Н.**

Кафедра детских инфекционных болезней АО «МУА»

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИК - АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Исследования, проведенные в отделении инвазивных диарей ГДИБ показали, что при *C. difficile* - инфекции, возникающей у детей на фоне приема антибактериальных препаратов, среднетяжелые (85%) формы болезни, характеризующиеся симптомами интоксикации, фебрильной лихорадкой, явлениями гастроэнтероколита и энтероколита (45%), гемоколита (50%), патогномичными для бактериальных кишечных инфекций другой этиологии, что требует включения *C.difficile* - инфекции в алгоритм дифференциальной диагностики ОКИ инвазивного типа.

ТҮЙІНДЕМЕ

**БАЕШЕВА Д.А., ТӨЛЕГЕНОВА Г.К., ЯРМАМБЕТОВ К.Б.,
ЖАРМАҒАМБЕТОВА Б.О., ҚАСЕНОВА Г.Н.**

«АМУ» АҚ, балалар жұқпалы аурулары кафедрасы

БАЛАЛАРДАҒЫ CLOSTRIDIUM DIFFICILE САЛДАРЫНАН БОЛҒАН АНТИБИОТИК- АССОЦИИРЛЕНГЕН ДИАРЕЯЛАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

ҚБИА инвазивті диареялар бөлімшесінде жүргізілген зерттеулер балалардың бактерияларға қарсы дәрілерді қабылдау барысында интоксикация, фебрильді қалтырау, гастроэнтероколит және энтероколит (45%), гемоколит (50%), басқа да этиологиялық бактериалы ішек инфекциясына тән белгілермен сипатталатын аурудың орташа ауырлықтағы түрлері (85%) пайда пайда болатын *Cl.Difficile*-инфекциясын инвазивті түрдегі ЖИИ дифференциалды диагностикасының алгоритміне қосуды талап етеді.

SUMMARY

**BAYESHEVA D.A., TULEGENOVA G.K., YARMAMBETOVA K.B., ZHARMAGAMBETOVA
B.O., KASSENOVA G.N.**

Department of Pediatric Infection Diseases of “AMU”

CLINICAL FEATURES OF ANTIBIOTIC-ASSOCIATED DIARRHEA AMONG CHILDREN CAUSED BY CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Studies conducted in the Department of Invasive Diarrhea of City Children’s Infectious Diseases Hospital showed the following clinical features of *C. difficile* infection that occurs in children as a result of using antibacterial drugs. The most common form of the disease is moderate form (85%) characterized by symptoms of intoxication, fever, febrile, gastroenterocolitis (40%), enterocolitis(60%), haemocolitis (80%) pathognomonic for bacterial intestinal infections of different etiology, which requires the inclusion of *C. difficile* infection in the differential diagnosis algorithm of invasive AEI.



УДК: 616-03/1

ГОНЧАРОВ А.Ю.¹, НУРМУХАНОВА А.М.¹, АРИПОВ М.А.², ТЕМИРКУЛОВ М.А.²

¹АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

²АО «Национальный Научный Кардиохирургический центр», Астана, Казахстан

АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ПОПУЛЯЦИИ КАЗАХСТАНА

Аннотация:

Особую нозологическую группу врожденных изменений представляют собой аномалии коронарных артерий. Изучение последних остается темой непрерывных дискуссий и последующих исследований. Это вызвано их широким разнообразием и редкой встречаемостью в популяции.

Ключевые слова: аномалии коронарных артерий, коронароангиография, гендерные и популяционные различия.

Введение:

Согласно статистическим данным примерно в 0,2-5,6 % случаев встречаются аномалии коронарных артерий [1-5] и часто являются случайной находкой при коронарографии или аутопсии [6-9].

80% из них ассоциируются с благоприятным течением заболевания и отдаленными последствиями. Остальные 20% аномалий могут способствовать снижению качества жизни, вызывая приступы стенокардии, аритмии, синкопе, становятся причиной внезапной сердечной смерти, особенно у лиц молодого возраста и сопряжены с худшими клиническими прогнозами [3, 6, 10-13]

Наравне с этим, отмечены гендерные различия в частоте тех или иных видов аномалий, в некоторых крупных популяционных исследованиях, указывая на большую частоту у мужчин [2, 14-16], у женщин [17, 18], а ряд исследователей ее вообще не находят [19].

Существующие различия в гендерной закономерности распределения аномалий вызывают большой интерес. Важно отметить то, что аналогичные исследования в отечественной медицине отсутствуют вообще.

Цель исследования: Оценить распространенность аномалий коронарных артерий в зависимости от их вида и определить гендерные и расовые закономерности.

Материал и методы исследования: Проведен анализ коронароангиограмм 6863 пациентов, подвергшихся процедуре коронарографии в лаборатории катетеризации Национального

Научного Кардиохирургического центра (ННКЦ), Астана, Казахстан, с января 2012г. по февраль 2016г.

Все коронарографии выполнялись на ангиографической установке Siemens Artis Zee, с частотой кадров не менее 15 в секунду; трансфеморальным или трансрадиальным доступом; 5Fг и 6Fг, с использованием контрастного вещества: Йопромид либо Йодиксанол.

Для окончательной оценки и принятия решения о включении в исследуемую группу все коронарограммы были тщательно проанализированы по крайней мере двумя интервенционными кардиологами.

Выявленные виды аномалий коронарных артерий были распределены согласно классификации Angelini (2007) на 3 основные группы: аномалии отхождения, следования (хода) и терминации (окончания) венечных сосудов [20].

Для настоящей работы исследуемые были разделены на группы мужского и женского пола, а также пациентов азиатской и европейской популяции, для сравнения частоты и типов аномалий между ними.

Критерии исключения: пациенты с коронарными аномалиями как часть сложных врожденных пороков сердца были исключены из данного исследования.

Статистический анализ

Для расчета количественных данных использовался показатель среднего значения \pm стандартное отклонение; категориальные показатели обозначались как абсолютное число с процентами (%).

Сравнение количественных данных производилось с использованием *t*-критерия Стьюдента. Достоверность различий категориальных показателей выполнялось с помощью теста χ^2 Пирсона либо точного критерия Фишера.

При этом для всех типов данных, значения *P-value* меньше чем 0.05, было обозначено как статистически значимое.

Обработка данных проводилась с помощью пакета анализа данных табличного процессора «Excel 2007» Microsoft® Office. Статистический

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

анализ различий количественных и номинальных величин выполнен через онлайн-ресурс <http://www.openepi.com>.

Результаты:

При обзоре коронароангиограмм 6863 пациентов, из которых 4641 (67,6%) были мужчины, 2222 (32,4%) женщины; 4894

(71,3%) азиатской и 1969 (28,7%) европейской национальности, у 108 пациентов выявлены аномалии коронарных артерий, соответственно общая частота составила 1,57%. Сравнительные данные о частоте в различных популяционных исследованиях представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Частота коронарных аномалий в некоторых популяционных исследованиях

Авторы	Дата публикации	Общее число обследованных	Количество коронарных аномалий	Частота (%)	Популяция
Chaitman и соавторы [14]	1976	3750 ¹	31	0,83	Канадцы
Donaldson и соавторы [21]	1983	9153 ²	82	0,90	Британцы
Yamanaka и Hobbs [3]	1990	126 595 ²	1686	1,3	Американцы
Topaz и соавторы [4]	1992	13 010 ³	80	0,61	Испанцы
Cieslinski и соавторы [22]	1993	4016 ⁴	39	0,97	Немцы
Kaku и соавторы [19]	1996	17 731 ⁵	56	0,32	Японцы
Kardos и соавторы [23]	1997	7694 ²	103	1,34	Европейцы
Garg и соавторы [16]	2000	4100 ⁴	39	0,95	Индийцы
Rigatelli и соавторы [24]	2003	5100	62	1,21	Итальянцы
Zhang и соавторы [25]	2005	4094 ¹	32	0,78	Китайцы
Ali H Eid и соавторы [26]	2009	4650 ⁶	34	0,73	Ливанцы
Aydar и соавторы [17]	2011	7810	262	3,35	Турки
Sivri и соавторы [27]	2012	12 844 ²	95	2,2	Турки
ННКЦ	2016	6863	108	1,57	Азиаты и Европейцы

¹ в исследование включены только аномалии отхождения

² в исследование включены только «большие» аномалии

³ в исследование включены пациенты с врожденными пороками сердца

⁴ в исследование не включены аномалии высокого отхождения от аорты и раздельного отхождения передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) и огибающей артерии (ОА)

⁵ в исследование не включены аномалии в виде единственной коронарной артерии и отхождения от легочной артерии

⁶ в исследование не включены аномалии в виде раннего ветвления правой коронарной артерии (ПКА), раздельного отхождения ПМЖА и ОА, а также миокардиальные мостики, аневризмы, фистулы и отхождения от легочной артерии

Из 108 пациентов, 75 (69,4%) были мужского пола и 33 (30,6%) женского; в разрезе популяции 70 человек (64,8%) азиатской национальности, 38 (35,1%) европейской. Средний возраст настоящей категории обследованных $55,2 \pm 15,32$ лет (с диапазоном 7-79 лет).

Частота по типу аномалии распределилась сле-

дующим образом (Таблица 2), у 39 обследованных (0,56% от общей популяции) обнаружены аномалии отхождения коронарных артерий, 56 пациентов (0,81%) имели аномалии хода артерии, у 13 (0,18%) выявлены аномалии терминации венечных сосудов

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таблица 2.

Частота и типы коронарной аномалии

Тип аномалии	Число пациентов (n)	Частота из группы аномалий (%)	Частота аномалии из общего количества (%)
(А) Аномалии отхождения	39	36,1	0,56
(В) Аномалии следования артерии	56	51,9	0,81
(С) Аномалии терминации	13	12,0	0,18

Гендерное сравнение частоты и типов анатомических характеристиках последних коронарных аномалий не определило достоверных (Таблица 3).
отличий, как в возрастном критерии, так и в

Таблица 3.

Сравнение частоты и типов коронарной аномалий по гендерному признаку

Признак	Мужчины (n=4641)	Женщины (n=2222)	P-value
Общее количество аномалий	75 (1,61%)	33 (1,48%)	0.34
Возраст	55,54±13,95	54,42±18,02	0.7
Аномалии отхождения	25 (0,53%)	14 (0,63%)	0.21
Аномалии следования артерии	42 (0,90%)	14 (0,63%)	0.14
Аномалии терминации	8 (0,17%)	5 (0,22%)	0.31

Сравнение в популяционном аспекте (Таблица 4), также не обнаружило значимой разницы показателей возраста, вариантов аномалии следования (хода) и терминации (окончания) венечных артерий, но выявило достоверное отличие в параллельных группах пациентов с аномальным отхождением коронарных артерий ($p=0.01$).

Таблица 4.

Сравнение частоты и типов коронарной аномалий соответственно популяции

Признак	Азиаты (n=4894)	Европейцы (n=1969)	P-value
Общее количество аномалий	70 (1,43%)	38 (1,92%)	0.06
Возраст	56,17±13,58	53,42±17,94	0.3
Аномалии отхождения	21 (0,42%)	18 (0,91%)	0.01
Аномалии следования артерии	38 (0,77%)	18 (0,91%)	0.28
Аномалии терминации	11 (0,22%)	2 (0,10%)	0.15

Дальнейший анализ вариантов аномального отхождения артерий определил большую частоту таких видов как, единственная коронарная артерия ($p=0.03$) и отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола ($p=0.04$), среди исследуемых европейской популяции (Таблица 5).

Таблица 5.

Сравнение типов аномалий отхождения коронарных артерий в популяции

Тип аномалии отхождения	Общее количество (n=39)	Азиаты (n=21)	Европейцы (n=18)	P-value
ПКА от левого синуса аорты	11 (28,2%)	8 (38,0%)	3 (16,6%)	0.6
ОА от правого синуса аорты или ПКА	9 (23%)	6 (28,6%)	3 (16,6%)	0.3

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Единственная коронарная артерия	6 (15,4%)	2 (9,6%)	4 (22,2%)	0.03
Раздельное отхождение ПМЖА и ОА от левого синуса аорты	5 (12,8%)	3 (14,2%)	2 (11,1%)	0.3
Отхождение ПКА выше синусов аорты	3 (7,7%)	2 (9,6%)	1 (5,6%)	0.4
Отхождение ЛКА от ствола ЛА	2 (5,1%)	-	2 (11,1%)	0.04
Отхождение ПКА от ствола ЛА	1 (2,6%)	-	1 (5,6%)	0.14
Отхождение ПМЖА от ПКА	1 (2,6%)	-	1 (5,6%)	0.14
Отхождение ПКА от заднего синуса аорты	1 (2,6%)	-	1 (5,6%)	0.14

*ПКА – правая коронарная артерия; ПМЖА – передняя межжелудочковая артерия; ОА – огибающая артерия; ЛКА – левая коронарная артерия; ЛА – легочная артерия.

Выводы

Проведенный анализ показал что, частота коронарных аномалий разных популяционных исследований весьма вариабельна. Это напрямую связано с использованием разного подхода к систематизации результатов, соответственно различных критериев включения и исключения. С уверенностью можно констатировать тот факт что, универсальная классификация настоящей проблемы отсутствует. Но несмотря на это, полученные данные об общей частоте аномалий все же были схожими с показателями подобных

наблюдений других авторов [17, 24].

В отношении частоты и типа коронарной аномалии по гендерному признаку, исследуемая выборочная совокупность была однородна как в наблюдении Каку и соавторов (1996) [19], в отличии от предыдущих работ [2, 14-18].

В то же время выявлены популяционные различия в частоте аномального отхождения, с преобладанием последней у пациентов европейской популяции с единственной коронарной артерией и при отхождении ЛКА от ствола легочной артерии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Engel, H.J., C. Torres, and H.L. Page, Jr., Major variations in anatomical origin of the coronary arteries: angiographic observations in 4,250 patients without associated congenital heart disease. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1975. 1(2): p. 157-69.
2. Wilkins, C.E., et al., Coronary artery anomalies: a review of more than 10,000 patients from the Clayton Cardiovascular Laboratories. *Tex Heart Inst J*, 1988. 15(3): p. 166-73.
3. Yamanaka, O. and R.E. Hobbs, Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1990. 21(1): p. 28-40.
4. Topaz, O., et al., Anomalous coronary arteries: angiographic findings in 80 patients. *Int J Cardiol*, 1992. 34(2): p. 129-38.
5. Angelini, P., et al., Normal and Anomalous Coronary Arteries in Humans. Part 1: Historical Background. 1999.
6. Maron, B.J., Sudden death in young athletes. *N Engl J Med*, 2003. 349(11): p. 1064-75.
7. Dogan, S.M., et al., Myocardial ischemia caused by a coronary anomaly left anterior descending coronary artery arising from right sinus of Valsalva. *Int J Cardiol*, 2006. 112(3): p. e57-9.
8. Mirchandani, S. and C.K. Phoon, Management of anomalous coronary arteries from the contralateral sinus. *Int J Cardiol*, 2005. 102(3): p. 383-9.
9. Laureti, J.M., K. Singh, and J. Blankenship, Anomalous coronary arteries: a familial clustering. *Clin Cardiol*, 2005. 28(10): p. 488-90.
10. Eckart, R.E., et al., Sudden death in young adults: a 25-year review of autopsies in military recruits. *Ann Intern Med*, 2004. 141(11): p. 829-34.
11. Angelini, P., et al., Anomalous coronary artery arising from the opposite sinus: descriptive features and pathophysiologic mechanisms, as documented by intravascular ultrasonography. *J Invasive Cardiol*, 2003. 15(9): p. 507-14.
12. Jo, Y., et al., Sudden cardiac arrest: associated with anomalous origin of the right coronary artery from the left main coronary artery. *Tex Heart Inst J*, 2011. 38(5): p. 539-43.
13. Datta, J., et al., Anomalous coronary arteries in adults: depiction at multi-detector row CT angiography. *Radiology*, 2005. 235(3): p. 812-8.
14. Chaitman, B.R., et al., Clinical, angiographic, and hemodynamic findings in patients with anomalous origin of the coronary arteries. *Circulation*, 1976. 53(1): p. 122-31.
15. Kimbiris, D., et al., Anomalous aortic origin of coronary arteries. *Circulation*, 1978. 58(4): p. 606-15.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

16. Garg, N., et al., Primary congenital anomalies of the coronary arteries: a coronary: arteriographic study. *Int J Cardiol*, 2000. 74(1): p. 39-46.
17. Aydar, Y., et al., Gender differences in the types and frequency of coronary artery anomalies. *Tohoku J Exp Med*, 2011. 225(4): p. 239-47.
18. Akpinar, I., et al., Differences in sex, angiographic frequency, and parameters in patients with coronary artery anomalies: single-center screening of 25 368 patients by coronary angiography. *Coron Artery Dis*, 2013. 24(4): p. 266-71.
19. Kaku, B., et al., Clinical features of prognosis of Japanese patients with anomalous origin of the coronary artery. *Jpn Circ J*, 1996. 60(10): p. 731-41.
20. Angelini, P., Coronary artery anomalies: an entity in search of an identity. *Circulation*, 2007. 115(10): p. 1296-305.
21. Donaldson, R.M., et al., Angiographic identification of primary coronary anomalies causing impaired myocardial perfusion. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1983. 9(3): p. 237-49.
22. Cieslinski, G., B. Rapprich, and G. Kober, Coronary anomalies: incidence and importance. *Clin Cardiol*, 1993. 16(10): p. 711-5.
23. Kardos, A., et al., Epidemiology of congenital coronary artery anomalies: a coronary arteriography study on a central European population. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1997. 42(3): p. 270-5.
24. Rigatelli, G., et al., Congenital coronary artery anomalies angiographic classification revisited. *Int J Cardiovasc Imaging*, 2003. 19(5): p. 361-6.
25. Zhang, F., et al., [Frequency of the anomalous coronary origin in the Chinese population with coronary artery stenosis]. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, 2005. 44(5): p. 347-9.
26. Eid, A.H., et al., Primary congenital anomalies of the coronary arteries and relation to atherosclerosis: an angiographic study in Lebanon. *J Cardiothorac Surg*, 2009. 4: p. 58.
27. Sivri, N., et al., A retrospective study of angiographic ally determined anomalous coronary arteries in 12,844 subjects in Thrace region of Turkey. *Hippokratia*, 2012. 16(3): p. 246-9.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗАҚСТАН ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ТАРАЛҒАН ТҮА БІТКЕН КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИЯЛАРДЫҢ АУЫТҚУЫ

Туа біткен коронарлық ауытқуларды арнайы бір нозологиялық топқа жатқызуға болады. Осы зерттеу тобының бағыты үздіксіз пікірталастар мен одан әрі зерттеу пәні болып табылады. Бұл олардың алуан түрлілігіне және сирек кездесуіне байланысты.

Түйінді сөздер: туа біткен коронарлық артериялардың ауытқулары, коронароангиография, гендерлік және танымалдылық айырмашылықтары.

SUMMARY

ANOMALIES OF THE CORONARY ARTERIES IN THE POPULATION OF KAZAKHSTAN.

Special nosological group of congenital anomalies represent changes of the coronary arteries. The study of anomalies continues to be the subject of continuous debate and further research. This is due to their wide variety and a rare occurrence in the population.

Key words: anomalies of the coronary arteries, coronary angiography, gender and population differences.



КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

УДК: 618.12: 618.177

ДОЩАНОВА А.М. АКЕТАЕВА А.С.

Астана қаласы «Астана медициналық университеті» АҚ
Акушерлік және гинекология интернатура кафедрасы

БЕДЕУЛІК ПЕН ЖАТЫР МИОМАСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫР ТҮТІКШЕЛЕРІ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Аннотация:

Бедеулік мәселесі жалпы мемлекеттік мәселе болып есептеледі, репродуктивті денсаулықты сақтау бойынша ғылыми дәлелді шаралар бағдарлама әзірлеуді талап етеді. Сондықтан қазіргі гинекология саласында репродуктивті қызметтің бұзылыстары өзекті бір мәселе болып табылады.

Түйінді сөздер: бедеулік, жатыр миомасы, жатыр түтікшелері.

Мәселенің маңыздылығы: Бедеу әйелдерде репродуктивті мүшелердің патологиясы арасында жатыр миомасы жиі кездеседі [1,2]. Жатыр миомасы бар әйелдердің жатыр түтікшелерінің бұзылыстарының бедеулікке алып келетіні жөнінде зерттелген жұмыстар аз [3-5]. Бедеулігі бар жатыр миомасымен әйелдерге консервативті миомэктомия жасау қаншалықты тиімді болып табылатындығы даулы тартпаққа салынған [6-8]. Осыған орай, бедеулік пен жатыр миомасы бар науқастарда жатыр түтікшелерінің патологиясын зерттеу: бізге емдеу шараларын дұрыс тандау, диагнозды қою уақытын азайту және әйелдердің жүкті болу мүмкіндігін арттырады [9,10].

Зерттеу мақсаты: Бедеулік пен жатыр миомасы бар әйелдердің жатыр түтікшелерінің жағдайын зерттеу.

Зерттеу әдістері және материалдары:

Проспективті зерттеуге эндоскопиялық хирургия жасалған бедеулік пен жатыр миомасы диагнозы бар 20 жастан 41 жасқа дейінгі репродуктивті жастағы 40 науқастың талдау нәтижелері кірді. Оның ішінде 27(67,5±7,41)% науқастарда жатыр миомасы лапароскопия алдында болған, ал 13(32,5±7,41)% ота кезінде табылған.

Науқасты қосу критериялары: қалыпты гормондық фоны бар науқастар, қалыпты (абсолютті) зайыбының фертильді (нормозооспермия) болуы, жұқпалы және онкологиялық аурулар болмауы.

Науқасты қоспау критериялары: еркектік бедеулігі бар науқастар, аналық безінің поликистозы бар науқастар.

Барлық науқастарға жалпы клиникалық (оның ішінде анамнезі мен шағымдарын зерттеу) гинекологиялық қарау, УДЗ, гистеросальпингография, гистероскопия, хромогидротубация, лапароскопия зерттеу әдістері жүргізілген. Алынған деректер статистикалық тұрғыда өңделді.

Зерттеу нәтижелері: Науқастардың жасы 20-41 жас аралығында болды, орташа есеппен 32,9±3,48 жыл құрады. Науқастардың жас құрамы келесі жас топтарына бөлінген, оны 1-кестеден көруге болады.

1 кесте

Зерттелген әйелдердің жас құрамы

Жас құрамы	абс	(P±m)%	p
20-35 жас	15	(37,5±7,65)%	p1-p2=0,25 (p>0,05) p2-p3=3,16(p>0,05) p1-p3=2,91(p>0,05)
36-40 жас	21	(52,5±7,9)%	
41 және одан үлкен жас	4	(10,0±4,74)%	

Ескертпе: $p > 0,05$ айырмашылықтар статикалық маңызды емес
 $p < 0,05$ айырмашылықтар статикалық маңызды

1 кестеде көрсетілгендей 20-35 жас аралығында 15(37,5±7,65)%, 36-40 жас аралығында 21 (52,5±7,9)%, 41 мен одан үлкен жас аралығы 4(10,0±4,74)% құрайды. Әйелдердің көбісі 36-40

жас аралығында болды.

Бедеу науқастардың анамнезі бойынша менархе басталуы жас құрамы 11 жас пен 16 жастан жоғары болды және ол орта есеппен

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

13,47±0,9 жас құрады.

Етеккір ұзақтығы 3 күннен 7 күнге дейін созылды және орта есеппен 5,1±0,75 күн құрады. Етеккір циклі орта есеппен 30,2±3,3 құрады.

14(35±7,54)% әйелде етеккір циклі уақытылы болған жоқ. 26 (65±7,54)% әйелде етеккір циклі ретті болды.

Етеккір қызметінің бұзылысы 9 (22,5±6,6)% науқастарда кездесті, оның ішінде дисменорея 4 (44,5±16,56)%, опсоменорея 3 (33,4±15,71)%, гиперполименорея 2(22,3±13,86) % жағдайда кездесті және олардың біріншілік және екіншілік бедеулік арасында статистикалық маңызды айырмашылықтар болған жоқ.

Зерттелген әйелдердің арасында жыныстық қатынасқа түсуінің басталуы 16 жастан 30 жасқа созылды және орта 20,3±1,9 жас аралығын құрды. Оның ішінде 10 (25±6,85)% науқастарда 18 жасқа дейін болса, 1 (2,5±2,47) % науқаста 30 дан кейін жыныстық қатынас болған.

Тексерілген әйелдер анамнезінде бала туу көрсеткіші қызметін зерттегенде: босану 14 (35±7,54)% жағдайда, оның ішінде кесарь тілігімен 2(14±9,35)% жағдайда, жасанды түсіктер 14(35±7,54)%, түсіктер 8 (20±6,82)%, дамымаған жүктілік 1(2,5±2,47)%, жатырдан тыс жүктілік 1 (2,5±2,47)% жағдайда болды.

Экстрагенитальды аурулар арасында бірінші болып асқазан-ішек ауруы 4 (10±4,74)%, екінші орында қалқанса без ауруы 3(7,5±4,16)%, үшінші орында созылмалы темір жетіспеушілік анемиясы 2(5±3,45)% мен семіздік 2(5±3,45)% жағдайда болды.

Ілеспе гинекологиялық патологиясы бар құрылымында гиперпластикалық процестер 12(30±7,25)%, жатыр денесінің эндометриозы 1(2,5±2,47)%, аналық безінің ретенционды кисталары 4(10±4,74)%, эндометриозды кисталар 2 (5±3,45)%, жатыр қосалқыларының қабыну процестері 2(5±3,45)%, жатыр мойнының эрозиясы 7(17,5±6,01)% жағдайда, сонымен қатар жыныстық қатынас арқылы берілетін инфекциялар 6 (15±5,65)% жағдайда кездесті. Ал 6 (15±5,65)% науқастарда гинекологиялық патология кездескен жоқ.

Науқастар анамнезінде бұрын жасалған операциялық араласу: аппендэктомия 3 (15±5,65) %, аналық бездерінің резекциясы 6 (15±5,65)%, кесарь тілігі 2 (5±3,45) %, тубэктомия 7 (17,5±6,01)%, холецистэктомия 1(2,5±2,47)%, лапароскопия, сальпингонеостомия 2 (5±3,45)%, консервативная миомэктомия 3 (7,5±4,16)% жағдайда болды.

Барлық науқастардың негізгі шағымы бедеулік болды. Оның ішінде біріншілік бедеулік 18 (45±7,87)% , екіншілік бедеулік 22(55±7,87) % орын алды. Біріншілік бедеулік ұзақтығы орта есеппен 4,8±0,64 жыл, екіншілік бедеулік 1,5 мен 16 жыл аралығында болып, орта есеппен 5,6±1,58 жылды құрады.

Зерттелетін науқастар арасында клиникалық бұзылыстар екі үлкен топқа бөлінді: ауырлық синдром 16(40±7,75)% жағдайында, және етеккір циклінің бұзылысы 16(40±7,75)% жағдайында болды. 4 (10±4,74)% жағдайда науқастарда екі не одан да көп аралас шағымдар болды. Ал 17(42,5±7,82)% науқастарда симптомсыз өтті және олар тек кіші жамбас мүшелерінің УДЗ кезінде табылды.

Жатыр миомасы бар зерттелген науқастарды вагинальды тексергенде 29 (72,5±7,06)% жағдайда жатырдың өлшемі үлкейгендігі, ал 11(27,5±7,06)% жағдайда жатырдың өлшемі қалыпты болғаны байқалды.

Зерттелген науқастарға трансвагинальды датчикпен етеккір циклінің 6-7 күнінде ультрадыбыстық зерттеу жүргізгенде 1(2,5±2,47)% аденомиоз, 29 (72,5±7,06)% жатыр миомасын, 3(7,5±4,16)% созылмалы сальпингитті, 6 (15±5,65)% эндометрий полипін, 5(12,5±5,23)% гидросальпинксты, 3(7,5±4,16)% эндометриодты кисталарды, 2 (5±3,45)% жағдайда фолликулярлы кисталарды анықтады, ал 12 (30±7,25)% жағдайда кіші жамбас жағынан патология анықталған жоқ.

Гистеросальпингография кезінде етеккір циклінің 6- 8 күнінде зерттелген науқастардың жатыр түтікшелерінің өтімділігін зерттегенде жатыр түтікшелерінің екі жақты өтімділігі 9(22,5±6,6)% жағдайда, бір жақтылық өтімділігі 4(10±4,74)% жағдайда және екі жақтылық өтімділігі жоқ 6(15±5,65)% жағдайда болды. 21(52,5±7,9) % науқаста гистеросальпингография жүргізілген жоқ.

Лапароскопияда 38 науқаста жатыр миоматозының түйіндері әртүрлі өлшемде болды: 16 (40±7,75)% науқастарда өлшемдері 1,0 ден 7,0см дейін субсерозды түйіндер, 13 (32,5±7,41)% науқастарда өлшемдері 4,0 см ден 6,0 см дейін интерстициальды-субсерозды түйіндер, 9(22,5±6,6)% науқастарда өлшемдері 4,0 см ден 8,0 см түйіндер болды.

33(87,5±5,21)% жағдайда өлшемдері 4,0 см ден 8,0 см болатын бірлі-жарымды түйіндер, 5(12,5±5,23)% жағдайда өлшемдері 1,0 см ден 4,0 см болатын көптік түйіндер болды.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Жатыр миомасы аналық безінің эндометриозымен $5(12,5\pm 5,23)\%$ жағдайда, аденомиозбен $3(7,5\pm 4,16)\%$ жағдайда, перитонеальды эндометриозбен $2(5\pm 3,45)\%$ жағдайда кездесті.

Қатарлас гистерскопия кезінде $2(5\pm 3,45)\%$ жағдайда өлшемдері 2,0 см ден 4,0 см түйіндер болды.

Жатыр түтікшелерін карағанда $16(40\pm 7,75)\%$ жағдайда жатыр түтікшелері толығымен көрінді, $7(17,5\pm 6,01)\%$ жағдайда $2/3$ түтікше көрінді, $5(12,5\pm 5,23)\%$ жағдайда $1/3$ түтікше көрінді, оның ішінде $23(82,14\pm 7,24)\%$ жағдайда екі жақтылы, $5(17,86\pm 7,24)\%$ жақтылы көрінді, ал $12(30\pm 7,25)\%$ жағдайда мүлдем көрінген жоқ.

Жатыр түтікшелерінің визуализациясында $13(32,5\pm 7,41)\%$ жағдайда олардың өзгерістері байқалған: $4(14,29\pm 6,61)\%$ перитубарлы жабысқақ ауруы, $2(7,14\pm 4,87)\%$ гидросальпинкс, $1(3,57\pm 3,51)\%$ надозды сальпингит, $1(3,57\pm 3,51)\%$ инъецирленген түтікше, $1(3,57\pm 3,51)\%$ эндометриозды дақтар, $1(3,57\pm 3,51)\%$ «четка» түрінде болды. Сонымен бірге жатыр түтікшелерінің $3(10,71\pm 5,84)\%$ жағдайда іргелес өзгерістері болды: оның ішінде $1(3,57\pm 3,51)\%$ надозды

сальпингит пен гидросальпинкс, $1(3,57\pm 3,51)\%$ перитубарлы жабысқақ ауруы мен гидросальпинкс, $1(3,57\pm 3,51)\%$ «четка» мен перитубарлы жабысқақ ауруы болды.

Хромогидротубация кезінде жатыр түтікшелерінің екі жақты өтімділігі $19(47,5\pm 7,90)\%$, бір жақты өтімділігі $7(17,5\pm 6,01)\%$ жағдайда болды. Жатыр түтікшелері $14(35\pm 7,54)\%$ жағдайда өтімсіз болды, оның $4(28,57\pm 12,07)\%$ истмикалық бөлімде, $10(71,43\pm 12,07)\%$ ампулярлы бөлімде болды.

$28(82,14\pm 7,24)\%$ науқастың 23 -інде жатыр түтікшелерінің өтімділігі мен түтікшелерінің визуализациясы сақталған. Ал қалған $12(30\pm 7,25)\%$ визуализацияланбаған, оның ішінде истмикалық бөлімінде $5(41,67\pm 14,23)\%$, ампулярлық бөлімде $7(58,33\pm 14,23)\%$ жағдайда болған.

Зерттеу қорытындылары: Осылайша бедеулік пен жатыр миомасы бар науқастарда жатыр түтікшелерінің өткізбеушік жиілігі өте жоғары (35%), бұл олардың патологиясы перитубарлы жабысқақ ауруы болуына байланысты.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Ванке Н.С. Оценка эффективности эндохирургических органосберегающих операций у больных с миомой матки // Автореф. дис. канд. мед. наук-Москва 2008.-с.3-7.

2. Абдуллина И.С. Внутренний эндометриоз и миома матки: клинико-биохимические параллели. // Автореф. дис. . канд. мед. наук -Самара 2001. - 23 с.

3. Адамян Л.В. Состояние репродуктивной системы больных доброкачественными опухолями внутренних половых органов и принципы ее восстановления после хирургического лечения. // Дис. . докт. мед. наук М. - 1985. - 397 с.

4. Махотина Н.Е. Новые технологии комплексной диагностики причин женского бесплодия.// Автореф. дис. . канд. мед. наук-Омск 2009.-с.3-14.

5. Квициани К.Д. Комплексная оценка состояния маточных труб у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием// Дис. . докт. мед. наук -Москва 2010.-с.5-20.

6. Адамян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселев

С.И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста. // Акушерство и гинекология. 1997. - № 3. - с. 40-44.

7. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И. Лапароскопическая миомэктомия при лечении миомы матки. // В сборнике: «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». / Под ред. Кулакова В.И., Адамян Л.В. М. - 1997. - том 1. - с. 221-223.

8. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. // М.: «МЕДпресс-информ», 2004. 399 с.

9. Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А., Буданов П.В., Коваленко М.В. Результаты органосохраняющего хирургического лечения больных миомой матки. // Материалы IX всероссийского форума «Мать и дитя». М. - 2007. - с. 379-380.

10. Демина Л.М. Лапароскопическая консервативная миомэктомия. Отдаленные результаты. // Дис. канд. мед. наук М. - РГМУ -2001. - с. 8-14.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

РЕЗЮМЕ

ДОЩАНОВА А.М., АКЕТАЕВА А.С.

АО «Медицинский университет Астана» кафедра акушерства и гинекологии интернатуры
г. Астана, Республика Казахстан

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И МИОМОЙ МАТКИ

На сегодняшний день, недостаточно работ по определению роли нарушения функции маточных труб у женщин с миомой матки в генезе бесплодия. Поэтому нами были лапароскопически оценены состояния маточных труб у женщин с бесплодием и миомой матки. Полученные данные свидетельствуют что у пациенток с миомой матки высока частота непроходимости маточных труб (35%) за счет наличия их патологии в основном по типу перитубарных спаек.

SUMMARY

A.M. DOSHCHANOVA, A.S. AKETAYEVA

Astana medical university JSC
Department of Internship in Obstetrics and Gynecology
Astana, Republic of Kazakhstan

ENDOSCOPIC FEATURE OF FALLOPIAN TUBES OF WOMEN WITH INFERTILITY AND UTERINE FIBROID

Today there are not enough research works on determining the role of the decreased function of fallopian tubes of women suffering from uterine fibroid as the genesis of infertility. That is why we have carried out laparoscopic evaluation of fallopian tubes of women with infertility and uterine fibroid. The findings show that tubal obstruction incidence (35%) is high for the reason of pathology, mainly, peritubal adhesion.



УДК: 618.2/4-036:616.379

ЕСЖАНОВА А.А., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., КАБИКЕНОВА Д.К., САГАНДЫКОВА Г.А.

Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры АО «Медицинский Университет Астана»

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аннотация

Одной из актуальных проблем эндокринологии является сочетание сахарного диабета и беременности. В данной статье приведены результаты анализа течения беременности и родов

у женщин, страдающих разными типами сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, роды.

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Актуальность: Актуальность изучения течения беременности и родов у женщин, страдающих сахарным диабетом связано прежде всего с высоким риском перинатальных и акушерских осложнений [1]. Сахарный диабет отрицательно влияет на течение беременности, особенно на плод и на новорожденного и опасен осложнениями, которые могут быть причиной инвалидности и ранней смертности. Среди причин неудовлетворительных исходов беременности и родов являются отсутствие планирования беременности, возможности тщательного контроля гликемии до беременности и во время беременности [2,3].

Цель исследования: изучить течения беременности и родов у женщин, страдающих сахарным диабетом.

Материал и методы исследования: Нами проведен анализ исходов беременности и родов у 42 женщин, страдающих разными типами сахарного диабета за 6 месяцев 2015 года. Все женщины находились под наблюдением женской консультации Перинатального центра № 1, г. Астаны. Полученные результаты были подвержены статистической обработке.

Результаты исследования и обсуждение:

В результате проведенного исследования выявлено, что в 10 (23,8%) случаях возраст исследуемых женщин составил менее 30 лет, а в 32 (76,2%) случаях старше 30 лет. Большинство женщин 40 (95,2%) состояли в официальном браке и больше половины женщин были неработающими – 24 (57,1%).

По паритету родов все исследуемые были повторнородящими и повторнородящими. У 23,8% (10) женщин в анамнезе были самопроизвольные выкидыши в ранних сроках беременности. У 19,1% (8) женщин предыдущие беременности закончились оперативным родоразрешением по поводу осложнений сахарного диабета (макросомии, тяжелой преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты).

Из исследуемых женщин 2 (4,7%) женщин страдали сахарным диабетом 1 типа, 6 (14,3%) женщин сахарным диабетом 2 типа, а 34 (81%) страдали гестационным сахарным диабетом, выявленным при настоящей беременности. Все исследуемые пациентки были обучены в школе диабета, находились под наблюдением эндокринолога, лечение коррегировалось, из них 6 (14,3%) получали инсулинотерапию, остальные пациентки были на диетотерапии. Беременность протекала на фоне нормогликемии.

Среди экстрагенитальной патологии у исследуемых женщин превалировал метаболический синдром 23(54,8%), заболевания мочевыводящей системы 15 (35,7%), заболевания щитовидной железы 10 (23,8%), артериальная гипертензия 5 (11,9%).

Среди гинекологических заболеваний наиболее чаще встречались воспалительные заболевания половых органов 14 (33,3%), в основном, эктопии шейки матки и кольпиты, на втором месте по частоте были миомы матки 2 (4,8%).

Течение данной беременности осложнилось в 17 (40,5%) случаях заболеваниями мочевыводящих путей, в 10 (23,8%) случаях анемией, во время данной беременности женщины перенесли простудные заболевания дыхательных путей (бронхиты, трахеиты, острые вирусные инфекции) - 6 (14,3%), в 3 (7,1%) случаях преэклампсией, в 2 (4,8%) случаях наблюдалось многоводие.

Через естественные родовые пути были родоразрешены 30 (71,4%) женщин. В 12 (28,6%) случаях роды закончились операцией кесарево сечение.

Показаниями для оперативного родоразрешения были в 8 (66,7%) случаях наличие рубца на матке после операции кесарево сечение при предыдущих беременностях в сочетании с крупным плодом, в 2 (16,7%) случаях отсутствие эффекта от родовозбуждения, в 1 (8,3%) хориоамнионит в родах и в 1 (8,3%) случае угрожающий разрыв матки во 2 периоде родов.

Родились доношенными 39 (92,9%) новорожденных, состояние детей при рождении были оценены на 8-9 баллов, 3 (7,1%) родились недоношенными (одна поступила со спонтанной родовой деятельностью в сроке 34-35 недель, одна в сроке 33-34 недель поступила с преждевременным излитием околоплодных вод, одну беременную в сроке 36 недель по поводу тяжелой преэклампсии досрочно родоразрешили). Родилось детей в состоянии легкой степени асфиксии 2 (4,8%) новорожденных. Родилось детей с массой более 4000,0 -13 (31%), из них 1 плод – гигант с массой тела более 5000,0. Ни в одном случае не было зарегистрировано врожденных пороков развития у детей.

Выводы: Исход беременности и родов в основном зависит от компенсации углеводного обмена [3]. В данном исследовании, у всех пациенток беременность протекала на фоне нормогликемии, правильной коррекции основного заболевания, постоянной информированности пациента о необходимости тщательного самоконтроля

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ля. Поэтому несмотря на наличие у большинства пациенток осложнений беременности, у каждой пятой осложнения в родах 93% детей родились доношенными с высокой оценкой по шкале Апгар.

Таким образом, благоприятное течение беременности и исход родов для матери и плода во многом зависит от тщательного наблюдения беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Забаровская, З.В. Нарушение углеводородного обмена во время беременности. Часть 2. Гестационный диабет: этиология, патогенез, клинические особенности, диагностика, лечебная тактика, исходы беременности и родов, последствия для женщины и новорожденного / З.В. Забаровская. - Минск: БГМУ, 2010. - 236 с.
2. Потин, В.В. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины / В.В. Потин,

Н.В. Боровик, А.В. Тиселько // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006. - Т. LV. - No 1. - С. 85 – 90.

3. Аржанова, О.Н. Особенности течения беременности и родов при сахарном диабете в современных условиях / О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006. - Т. LV. - No1. - С. 12 – 16.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЕСЖАНОВА А.А., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., ҚАБЫКЕНОВА Д.К., САҒЫНДЫҚОВА Г.А.
“Астана медицина университеті” АҚ, Астана

ҚАНТ СУСАМЫРЫМЕН АУЫРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ КЕЗЕНДЕРІНІҢ АҒЫМЫ

Эндокринологияның өзекті мәселелерінің бірі - қант сусамыры мен жүктілік комбинациясы болып табылады. Бұл мақалада қант диабетімен ауыратын әйелдердің жүктілік және босану кезендерінің нәтижелері ұсынылған. Ана мен бала денсаулығы үшін жүктілікті мұқият бақылау керек.

SUMMARY

ESZHANOVA A.A., SEIDULLAEVA L.A., KABIKENOVA D.K., SAGANDIKOVA G.A.

One of the important problems of endocrinology is the combination of diabetes and pregnancy. This article presents the results of the analysis of pregnancy and childbirth in women with different types of diabetes. Suitable for pregnancy and birth outcomes for mother and fetus depends on the careful observation of pregnancy.



УДК 617.7–007.681: 617.741–004.1–031.72] – 089

НУРЛАНБАЕВА А.Е., ТОКТАБЕКОВА Г.Е., БИНАЗАРОВ Д.А.

Казахский медицинский университет непрерывного образования
Алматы, Казахстан

СОСТОЯНИЕ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация. Цель исследования: анализ состояния хрусталика у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, применявших местную гипотензивную терапию.

Проведен ретроспективный анализ 650 историй болезни (1197 глаз) пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. При общем анализе клинических наблюдений в сочетании с помутнением хрусталика, были выделены две группы: не оперированные и оперированные пациенты в условиях применения 8 схем местной гипотензивной терапии.

Анализ результатов состояния хрусталика в зависимости от внутриглазного давления и гипотензивной терапии в группе с оперированной первичной открытоугольной глаукомой показал, что прозрачный хрусталик чаще всего встречался у пациентов с компенсированным внутриглазным давлением, применявших комбинацию препаратов: β -блокаторов, ингибиторов карбоангидразы и аналогов простагландинов. Начальная катаракта в группе с компенсированным внутриглазным давлением во 2 схеме лечения, незрелая катаракта у пациентов использующих комбинированную терапию β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы, и зрелая катаракта наблюдалась всего в 4 случаях в условиях применения 1, 5 и 8 схем.

Анализ состояния хрусталика глаза у оперированных и не оперированных по поводу первичной открытоугольной глаукомой пациентов, применявших местную гипотензивную терапию, в целом не выявил корреляций в зависимости от схемы лечения, за исключением терапии β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы при декомпенсированном внутриглазном давлении.

Ключевые слова: глаукома, гипотензивная терапия, хрусталик.

Актуальность. Медикаментозное лечение глаукомы может вызывать нежелательные изменения в конъюнктиве, связанные не только с аллергией и токсичностью, что является побочным эффектом большинства глазных капель, но, и, с рубцовыми

изменениями, которые вызывают парасимпатомиметики, симпатомиметики и β -блокаторы. [1]. Например, пропранолол обычно вызывает рубцевание конъюнктивы, и даже широко применяемый тимолол влияет на процесс регенерации сформированных путей оттока. [2,6]. Кроме того, ингибиторы карбоангидразы, как известно, иногда вызывают синдром Стивенса -Джонсона с тяжелыми конъюнктивальными рубцами. Распространено мнение о том, что продолжающееся использование миотиков до антиглаукомной операции увеличивает вероятность повторной операции [3,7].

Применение гипотензивной медикаментозной терапии более 3 лет оказывает влияние на процесс ускоренного фиброза [4]. В целом, хирургическое лечение ПОУГ показано только после того, как максимально переносимое медикаментозное лечение исчерпано [3].

Тем не менее, при исследовании конъюнктивы и теноновой капсулы наблюдалось увеличение воспалительных клеток у пациентов, длительно получающих гипотензивную терапию [8; 10]. Эти результаты показывают, что объем медикаментозной терапии до операции может повысить риск ускоренного рубцевания фильтрационных подушек.

Сочетание глаукомы с помутнением хрусталика глаза диагностируют у 17–76% пациентов. Глаукома и катаракта развиваются на фоне процессов старения организма, и частота их увеличивается с возрастом, что является общим для этих заболеваний. Косвенное влияние глаукомы на хрусталик связывают с применением местной гипотензивной терапии. Кроме того, на прогрессирование помутнений хрусталика могут влиять антиглаукомные операции, сопровождающиеся выраженной гипотонией в раннем послеоперационном периоде, а также изменения состава влаги передней камеры глаза.

Данные о частоте развития катаракты после антиглаукомных операций весьма противоречивы, что объясняется неодинаковым периодом наблюдения и различными критериями оценки измене-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ний хрусталика. Еще более неоднозначны мнения исследователей о причинах подобного влияния фильтрующих операций: связано ли оно только с интраоперационной травмой хрусталика или с осложнениями раннего послеоперационного периода, или развитие катаракты происходит в результате гидродинамических изменений, возникающих в глазу в ходе антиглаукомного вмешательства [7].

Высказано предположение о том, что развитие катаракты после антиглаукомных операций может быть связано с метаболическими изменениями влаги передней камеры. Являясь единственным источником питания бессосудистых структур глаза, ВГЖ играет исключительно важную роль в физиологии и патофизиологии хрусталика и дренажной системы. Не решен вопрос: иницируют или ускоряют катаракту местные гипотензивные препараты? Например, ингибиторы холинэстеразы обладают катарактогенным эффектом, но это не было доказано [5,9].

Некоторые исследователи сомневаются в препа-

ратах, которые подавляют образование ВГЖ и тем самым могут повлиять на метаболизм хрусталика, что может привести к катаракте. Наконец, другие исследователи предполагают, что консерванты в глазных каплях, таких как бензалкония хлорид, может привести к помутнению хрусталика.

Цель исследования – анализ состояния хрусталика у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ), применявших местную гипотензивную терапию.

Материалы и методы.

Изучена эффективность местных антиглаукомных препаратов по данным 650 историй болезни пациентов с ПОУГ ($67,9 \pm 1,3$) лет (404 мужчины и 246 женщин, 1197 глаз). Для снижения ВГД у пациентов с ПОУГ используют 8 схем медикаментозной терапии, базирующейся преимущественно на 3-х группах препаратов: аналоги простагландинов, β -блокаторы и ингибиторы карбоангидразы (таблица 1).

Таблица 1.

Моно- и комбинированная местная гипотензивная терапия

№	Препараты	Стадии ПОУГ, количество глаз, абс. (%)			
		начальная (n = 274)	Развитая (n = 454)	Далеко зашедшая (n = 316)	терминальная (n = 153)
0 1	Без препаратов, (n = 105)	22 (8 %)	37 (8,0 %)	28 (9 %)	18 (12 %)
22	Аналоги простагландинов, (n = 164)	54 (20 %)	57 (12,5 %)	40 (13 %)	13 (8,5 %)
3	β -блокаторы, (n = 178)	41 (15 %)	64 (14 %)	39 (12 %)	34 (22 %)
34	Ингибиторы карбоангидразы, (n = 56)	10 (3 %)	24 (6 %)	14 (4 %)	8 (5 %)
45	Аналоги простагландинов + β -блокаторы, (n = 194)	44 (16 %)	85 (19 %)	52 (16,5 %)	13 (8,5 %)
56	β -блокаторы + ингибиторы карбоангидразы, (n = 325)	63 (23 %)	119 (26 %)	97 (31 %)	46 (30 %)
67	Аналоги простагландинов + ингибиторы карбоангидразы, (n = 90)	19 (7 %)	37 (8 %)	22 (7 %)	12 (8 %)
78	Аналоги простагландинов + β -блокаторы + ингибиторы карбоангидразы, (n = 40)	8 (3 %)	15 (3 %)	11 (3,5 %)	6 (4 %)
89	α -2-адреносиметик + β -блокаторы, (n = 45)	13 (5 %)	16 (3,5 %)	13 (4 %)	3 (2 %)

Распределение пациентов по стадиям было представлено следующим образом: с начальной стадией – 268 глаза (22,4 %), с развитой – 456 (38,0 %), с далеко зашедшей – 318 (26,6 %), с терминаль-

ной – 155 глаз (13,0 %).

При общем анализе клинических наблюдений в сочетании с помутнением хрусталика, были вы-

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

делены 2 группы по принципу не оперированные и оперированные пациенты по поводу ПОУГ в условиях применения 8 схем местной гипотензивной терапии: 1 - аналоги простагландинов; 2 - β -блокаторы; 3 - ингибиторы карбоангидразы; 4 - аналоги простагландинов + β -блокаторы; 5 - β -блокаторы + ингибиторы карбоангидразы; 6 - аналоги простагландинов + ингибиторы карбоангидразы; 7 - аналоги простагландинов + β -блокаторы + ингибиторы карбоангидразы; 8 - α 2-адреномиметик + β -блокаторы; а также группа 0 - без терапии.

Выполнено комплексное офтальмологическое обследование: визометрия, рефрактометрия, периметрия по Ферстеру, биомикроскопия, микрогониоскопия линзой Гольдмана, прямая офтальмоскопия, аппланационная тонометрия тонометром Маклакова (10 г)

В сравниваемых группах для оценки достоверности различий при нормальном распределении изучаемых признаков применяли параметрический критерий Стьюдента, различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Методы описательной статистики использованы для характеристики групп пациентов по полу, возрасту, состоянию хрусталика и продолжительности лечения. Для работы с категориальными данными использован критерий хиквадрат Программное обеспечение – пакет анализа SPSS Statistics 17.0, Statistica 6.0.

Результаты: При общем анализе клинических наблюдений 1197 глаз с ПОУГ в сочетании с по-

мутнением хрусталика, были выделены 2 группы, по принципу не оперированные и оперированные пациенты по поводу ПОУГ и применявших местную гипотензивную терапию.

Во всех схемах лечения у большего количества наблюдений определялась незрелая катаракта. Зрелая катаракта выявлена только во 2, 3, 5, 6, 8 схемах. Прозрачный хрусталик диагностировали при лечении по схеме 5, начальная катаракта – схема 1, при незрелой катаракте схемы терапии варьировали, но большее количество наблюдений определялось в схеме 5 и 4. Зрелая катаракта наблюдалась у большинства пациентов при применении β -блокаторов и в меньшем количестве – при использовании схемы 5.

Анализ результатов состояния хрусталика в зависимости от ВГД и гипотензивной терапии (таблица 6). показал, что зрелая катаракта встречалась в 2 раза чаще в группе с декомпенсированным ВГД по сравнению с компенсированным при использовании комбинированной терапии β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы. В остальных наблюдениях структура хрусталика в зависимости от схем лечения и ВГД не имела значительных отличий. У большего количества пациентов, применявших местную гипотензивную терапию, определялась незрелая катаракта, за исключением схем 3, 5 и 7. В 3 схеме 40 % случаев составляла артефакция. В 5 и 7 схемах лечения ПОУГ было равное количество наблюдений с незрелой катарактой и артефакцией, 42 % и 34 % соответственно.

Таблица 6.

Состояние хрусталика в зависимости от ВГД и схемы терапии.

Группы / Схемы	Степень помутнения хрусталика Абс. (%)				
	прозрачный хрусталик (n=84/87)	начальная катаракта (n=50/53)	незрелая катаракта (n=288/33)	зрелая катаракта (n=9/7)	артефакция (n=32/42)
1 (n = 7/14)	10 (12 %)	15 (30 %)	40 (14 %)	0	3 (9 %)
	12 (14 %)	13 (25 %)	47 (14 %)	0	3 (4 %)
2 (n = 9/19)	12 (14%)	3 (6 %)	45 (16 %)	4 (45 %)	8 (25 %)
	11 (13 %)	6 (11 %)	51 (15 %)	3 (43 %)	4 (12,5 %)
3 (n = 5/5)	2 (2 %)	1 (2 %)	13 (5 %)	1 (11 %)	4 (13 %)
	2 (2 %)	4 (8 %)	16 (5 %)	1 (14 %)	2 (6 %)
4 (n = 10/15)	18 (21 %)	5 (10 %)	53 (18 %)	0	2 (6 %)
	19 (22 %)	6 (11 %)	60 (17 %)	0	6 (19 %)
5 (n = 23/34)	27 (32 %)	10 (20 %)	73 (25 %)	2 (22 %)	7 (22 %)
	29 (34 %)	11 (21 %)	88 (26 %)	3 (43 %)	14 (44 %)

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

6 (n = 9/12)	8 (10 %)	7 (14 %)	19 (7 %)	1 (11 %)	0
	7 (8 %)	4 (6 %)	19 (6 %)	0	4 (13 %)
7 (n = 4/4)	2 (2 %)	3 (6 %)	8 (3 %)	0	2 (6 %)
	3 (3 %)	2 (4 %)	9 (3 %)	0	3 (9 %)
8 (n = 4/6)	1 (1 %)	2 (4 %)	10 (3 %)	1 (11 %)	3 (9 %)
	1 (1 %)	2 (4 %)	14 (4 %)	0	2 (6 %)
0 (n = 10/11)	4 (5 %)	4 (8 %)	27 (9 %)	0	3 (9 %)
	3 (3 %)	5 (10 %)	33 (10 %)	0	4 (12 %)
Примечание. - при декомпенсированном ВГД					

Анализ состояния хрусталика у оперированных пациентов с ПОУГ с местной гипотензивной терапией показал, что прозрачный хрусталик определялся у 25 % пациентов, использующих β -блокаторы, больше 20 % применявших комбинированную терапию β -блокаторами, ингибиторами карбоангидразы и при их сочетании с аналогами простагландинов. Начальная катаракта выявлялась при лечении по схеме 2. Незрелая катаракта диагностировалась у большинства пациентов без местной гипотензивной терапии. При 1,5 и 8 схемах лечения имела место зрелая катаракта.

Анализ результатов состояния хрусталика в зависимости от ВГД и гипотензивной терапии в группе с оперированной ПОУГ (таблица 7) пока-

зал, что прозрачный хрусталик чаще всего встречался у пациентов с компенсированным ВГД применявших комбинацию препаратов: β -блокаторов, ингибиторов карбоангидразы и аналогов простагландинов. Начальная катаракта в группе с компенсированным ВГД во 2 схеме лечения, незрелая катаракта у пациентов использующих комбинированную терапию β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы, и зрелая катаракта наблюдалась всего в 4 случаях в условиях применения 1, 5 и 8 схем.

Таким образом, анализ состояния хрусталика глаза у пациентов с ПОУГ, применявших местную гипотензивную терапию, не выявил корреляций в зависимости от схемы лечения.

Таблица 7.

**Состояние хрусталика в зависимости от ВГД у оперированных пациентов
(расчет процентов по вертикали).**

Группы / Схемы	Степень помутнения хрусталика Абс. (%)				
	прозрачный хрусталик (n = 9/19)	начальная катаракта (n = 6/8)	незрелая катаракта (n = 40/60)	зрелая катаракта (n = 2/2)	артифакция (n = 24/31)
1 (n = 7/14)	0	0	6 (15 %)	1 (50 %)	0
	2 (11 %)	1 (12,5 %)	10 (17 %)	0	1 (3 %)
2 (n = 9/19)	2 (11 %)	2 (32 %)	3 (7,5 %)	0	2 (8 %)
	5 (26 %)	1 (12,5 %)	8 (13 %)	0	5 (16 %)
3 (n = 5/5)	1 (11 %)	1 (17 %)	0	0	3 (13 %)
	1 (5 %)	1 (12,5 %)	2 (3 %)	0	1 (3 %)
4 (n = 10/15)	0	1 (17 %)	7 (17,5 %)	0	2 (8 %)
	1 (5 %)	1 (12,5 %)	11 (19 %)	0	2 (6 %)
5 (n = 23/34)	1 (11 %)	1 (17 %)	11 (27,5 %)	0	10 (42 %)
	5 (26 %)	1 (12,5 %)	13 (22 %)	1 (50 %)	14 (46 %)
6 (n = 9/12)	3 (34 %)	0	4 (10 %)	0	2 (8 %)
	3 (17 %)	1 (12,5 %)	5 (8 %)	0	3 (10 %)
7 (n = 4/4)	1 (11 %)	0	1 (2,5 %)	0	2 (8 %)
	0	1 (12,5 %)	2 (3 %)	0	1 (3 %)

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

8 (n = 4/6)	0	0	3 (7,5 %)	1 (50 %)	0
	1 (5 %)	0	4 (7 %)	0	1 (3 %)
0 (n = 10/11)	1 (11 %)	1 (17 %)	5 (12,5 %)	0	3 (13 %)
	1 (5 %)	1 (12,5 %)	5 (8 %)	1 (50%)	3 (10 %)
Примечание. -при декомпенсированном ВГД					

Анализ результатов состояния хрусталика в зависимости от внутриглазного давления (ВГД) и гипотензивной терапии показал, что зрелая катаракта встречалась почти в 2 раза ($p=0,98$) чаще при декомпенсированном ВГД по сравнению с компенсированным при использовании комбинированной терапии β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы, являющей самой распространенной схемой лечения при декомпенсированном ВГД. В остальных наблюдениях структура хрусталика в зависимости от схем лечения и ВГД не имела значительных отличий. У большего количества пациентов, применявших местную гипотензивную терапию, определялась незрелая катаракта, за исключением схем 3, 5 и 7. В 3 схеме 40% случаев составляла артификация. В 5 и 7 схемах лечения ПОУГ было равное количество наблюдений с незрелой катарактой и артификацией, 42% и 34% соответственно.

Анализ результатов состояния хрусталика в

зависимости от ВГД и гипотензивной терапии в группе с оперированной ПОУГ показал, что прозрачный хрусталик чаще всего встречался у пациентов с компенсированным ВГД, применявших комбинацию препаратов: β -блокаторов, ингибиторов карбоангидразы и аналогов простагландинов. Начальная катаракта в группе с компенсированным ВГД во 2 схеме лечения, незрелая катаракта у пациентов использующих комбинированную терапию β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы, и зрелая катаракта наблюдалась всего в 4 случаях в условиях применения 1, 5 и 8 схем.

Заключение. Анализ состояния хрусталика глаза у оперированных и не оперированных по поводу ПОУГ пациентов, применявших местную гипотензивную терапию, в целом не выявил корреляций в зависимости от схемы лечения, за исключением терапии β -блокаторами и ингибиторами карбоангидразы при декомпенсированном ВГД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров Е.А. (ред.) Глаукома. Национальное руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013. - 824 с.
2. Еричев В.П., Дугина А.Е., Мазурова Ю.В. Фиксированные лекарственные формы: современный подход к терапии глаукомы // Глаукома. 2010. № 1. С. 62 - 66.
3. Гусаревич О.Г., Гусаревич А.А., Нурланбаева А.Е., Айдагулова С.В. Медикаментозная терапия рефрактерной глаукомы: настоящее и будущее // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2014. Т. 15. № 2. С. 64 - 68
4. Гусаревич О.Г., Нурланбаева А.Е., Гусаревич А.А., Фурсова А.Ж., Фенькова О.Г., Айдагулова С.В. Результаты ультразвуковой биомикроскопии зоны хирургического вмешательства при рефрактерной глаукоме в условиях местного применения гипотензивных средств // Вестник офтальмологии. 2015. Т. 131. № 3. С. 45-49.
5. Anwar, Z. Glaucoma therapy and ocular surface disease: current literature and recommendations / Z. Anwar, S. R. Wellik, A. Galor // Curr. Opin. Ophthalmol. – 2013. – Vol. 24, № 2. – P. 136–143.
6. Bagnis A., Papadia M., Scotto R., Traverso C.E. Current and emerging medical therapies in the treatment of glaucoma // Expert. Opin. Emerg. Drugs. 2011. Vol. 16. Iss. 2. P. 293 - 307.
7. Chen J., Runyan S.A., Robinson M.R. Novel ocular antihypertensive compounds in clinical trials // Clin. Ophthalmol. 2011. Vol. 5. P. 667 – 677.
8. Dreer L.E., Girkin C., Mansberger S.L. Determinants of medication adherence to topical glaucoma therapy // J. Glaucoma. 2012. Vol. 21. Iss. 4. P. 234 - 240.
9. Grieshaber, M. S. Glaucoma Therapy / M. S. Grieshaber, S. Orgul, J. Flammer. – 2009. – 178 p.
10. 195. Pfeiffer N. Update on the medical therapy / N. Pfeiffer // Glaucoma therapy. – 2009. – P. 29–33.

ТҮЙІНДЕМЕ

НҮРЛАНБАЕВА А.Е., ТОҚТАБЕКОВА Г.Е., БИНАЗАРОВ Д.А.

БІРІНШІЛІКТІ ГЛАУКОМА АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖЕРГІЛІКТІ ГИПОТЕНЗИВТІ ЕМ ҚАБЫЛДАҒАН КЕЗДЕГІ КӨЗ ҚАРАШЫҒЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Зерттеу мақсаты – күйін талдау, көз бұршағының емделушілерде бастапқы ашықбұрышты глаукома табылмаған жергілікті гипотензивті терапия. Аталған ретроспективті талдау 650 ауру тарихының (1197 көз) пациенттердің ПОУГ. Жалпы талдауда клиникалық бақылаулармен ұштастыра отырып, судың кермек тартуына көз бұршағының, сіз-делены 2 топ қағидаты бойынша ота жасалмаған және ота жасалған емделушілер жөнінде ПОУГ 8 сызбаларын жергілікті гипотензивті терапия жағдайында қолдану. Көз бұршағының талдау жай-күйіне, нәтижелеріне байланысты ДВГ және гипотензивті сол-рапии тобында ота жасалған ПОУГ көрсеткендей, мөлдір көз жиі кездесіп емделушілерде компенсияланған ДВГ, комбинациясы табылмаған препараттар: β -бөгейіштердің, тежегіштерін карбоангидразы және ұқсас простагландиндер. Бастауыш катаракта тобында компенсияланған ДВГ 2, емдеу схемасы, піспеген ас бұршақ, катаракта бар пациенттерді пайдаланатын аралас терапия β -блокаторлармен және тежегіштерімен карбоангид-еселеп, және барлығы 4 жағдайда қолдану жағдайында 1, 5 және 8-сызбаларда ересек катаракта байқалды. Ота жасалмаған және ота жасалған науқастардың жай-күйін талдауда көз бұршағының ПОУГ жергілікті гипотензивті терапия табылмаған, жалпы корреляцияның байланысты емдеу сызбасын қоспағанда, ДВГ компенсияланбаған карбоангидразы кезінде β -блокаторлармен және тежегіштерімен емдеу анықталды.

Түйінді сөздер: глаукома, гипотензивті емдеу, көз бұршағы.

SUMMARY

NURLANBAYEVA A.E., TOKTABEKOVA G.E., BINAZAROV D.A.

The purpose of the investigation was to study the state of the lens in patients with primary open angle glaucoma using local hypotensive therapy. A retrospective analysis of 650 medical records (1197 eyes) open angle glaucoma patients. In General, the analysis of clinical observations in combination with the clouding of the lens, were you divided 2 groups according to the principle of non-operated and operated patients regarding open angle glaucoma in terms of schemes 8 local hypotensive therapy. The analysis of the state of the lens depending on the IOP and hypotensive therapy in the operated group with primary open angle glaucoma showed that the clear lens were used more often in patients with compensated IOP using a combination of drugs: beta-blockers, carbonic anhydrase inhibitors and prostaglandin analogues. The initial katarakt in the group with compensated IOP in the 2 treatment of immature cataract in the patient-tov using combination therapy β -blockers and inhibitors of anhydrase inhibitors, and Mature cataract was observed only in 4 cases in terms of 1, 5 and 8 circuits. Analysis of the eye lens the operated and non-operated about primary open angle glaucoma patients using local anti-hypertensive therapy, in General, did not reveal correlations depending on the regimens, except for therapy of β -blockers and carbonic anhydrase inhibitors in decompensated IOP.

Key words: glaucoma, hypotensive therapy, lens.



УДК: 618.5-089

СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., ИВАШЕВСКАЯ Р.Ф., РАЗУМОВА Р.Р., ТУЛЕТОВА А.С.

Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры АО «Медицинский Университет Астана».

ИСХОД ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ

Аннотация: В данной статье представлены результаты ретроспективного анализа исходов для матери и плода при проведении индуцированных родов различными методами, такими как, индукция мизопростолом, окситоцином и амниотомией. Критерием оценки являлись течения родов, состояние плодов и новорожденных.

Ключевые слова: индуцированные роды, родовозбуждение, течение родов.

Актуальность. Доказано, что благоприятным для физического и психического развития детей является родовой процесс, во время которого создается подготовительный фон, обеспечивающий в последующем реакции адаптации в период новорожденности [1,2]. В мире до настоящего времени нет единой точки зрения на индуцированные роды. Однако число женщин с осложнениями беременности растет, поэтому вполне можно понять необходимость родовозбуждения ранее предполагаемого срока родов или при доношенной (переношенной) беременности. Основная цель индуцированных родов это снижение акушерских осложнений и перинатальных потерь. В большинстве случаев исход родов во многом зависит от состояния шейки матки к моменту индукции и методов индукции родов [2,3].

Цель исследования: Изучить особенности исхода для матери и плода при проведении индуцированных родов различными методами.

Материал и методы исследования: Нами проведен ретроспективный анализ 365 истории родов с индуцированными родами за 6

месяцев 2014 года. Исследования проводились на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии АО «Медицинский университет Астана» - Перинатальной центр № 1 г.

По применению методов индукции все исследуемые женщины были разделены на 3 группы:

1 группа женщин, у которых шейка матки к моменту индукции была менее 6 баллов по шкале Бишоп индукция родов была начата с использованием мизопростола (202-55,3%) и в дальнейшем применением окситоцина;

2 группа это пациентки со зрелой шейкой матки по шкале Бишоп 8-9 баллов, которым после амниотомии или без нее (при ДРПО) проводилось внутривенное введение окситоцина путем титрования (130-35,7%);

3 группа беременных, у которых после производства амниотомии в течении первых 2 часов развилась спонтанная родовая деятельность (33-9%).

Проведен анализ течения родов и состояния плодов и новорожденных при индукции родов различными методами в зависимости от состояния шейки матки к моменту индукции.

Полученные результаты были статистически обработаны.

Результаты исследования и обсуждение:

В результате проведенного исследования выявлено, что в 115 (31,5%) случаях возраст исследуемых женщин составил от 18 до 25 лет, в 204 (55,9%) случаях от 26 до 35 лет, в 46 (12,6%) случаях старше 35 лет (рис.1).

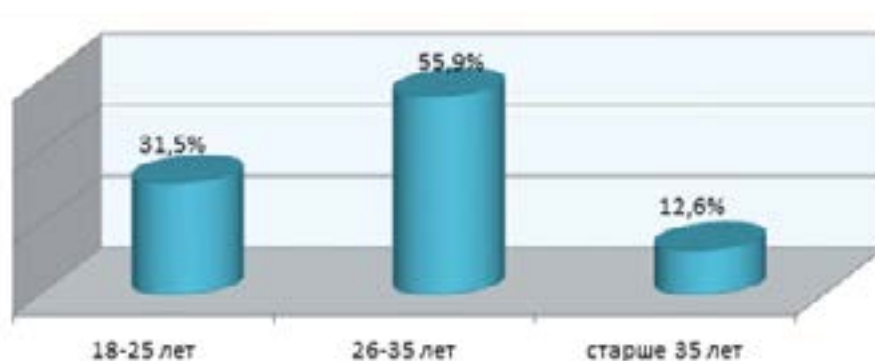


Рис1. Распределение пациентов по возрасту.

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Большинство женщин 323 (88,5%) состояли в официальном браке, однако у каждой десятой пациентки брак не зарегистрирован. Больше

половины женщин 205 (56,1%) были работающие (рис.2).

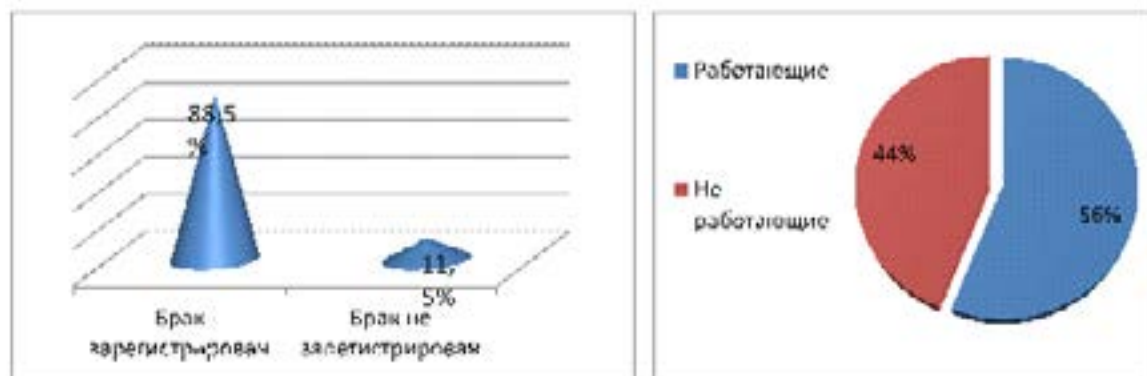


Рис.2 Семейное положение и занятость исследуемых пациенток

По паритету родов первородящих и повторнородящих было почти одинаково (182-49,9%; 183-50,1%) (рис.3).



Рис.3 Паритет исследуемых пациенток

У каждой второй исследуемых пациенток отмечалась экстрагенитальная патологии, где превалировала патология эндокринной системы

(69-18,9%), мочевыводящей системы (56-15,3%), сердечно-сосудистой системы (43-11,8%).

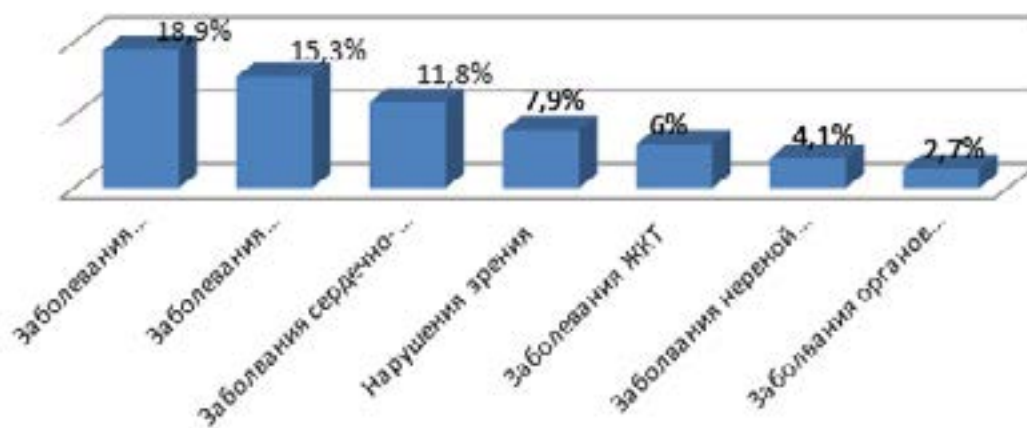


Рис.4 Структура экстрагенитальной патологии у исследуемых пациенток.

КЛИНИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

Каждая четвертая из исследуемых пациенток имели гинекологическую патологию, среди которых наиболее чаще встречались воспалительные заболевания половых органов

(81-22.2%), в основном, экзоцервицит и вагинит, на втором месте по частоте были миомы матки (10-2,7%) (рис.5).

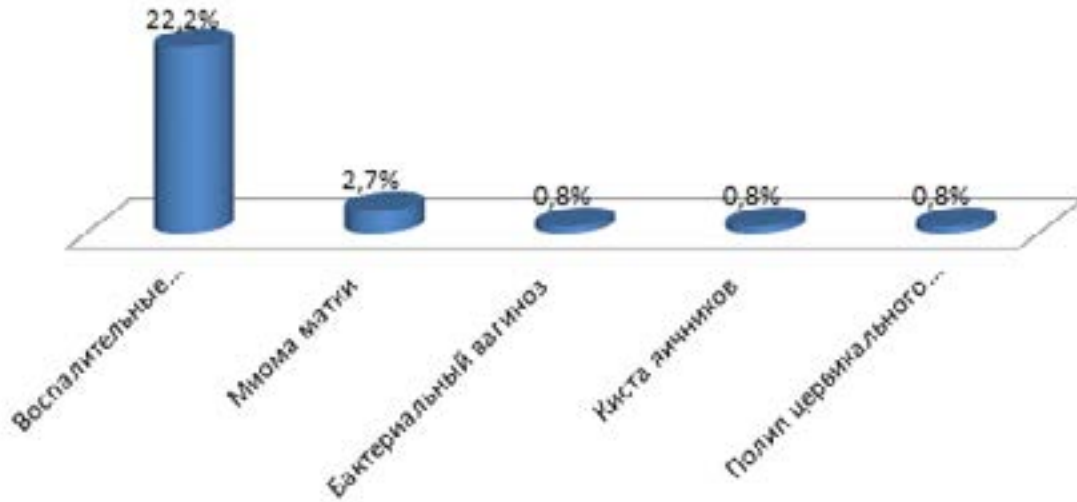


Рис.5 Структура гинекологической заболеваемости.

Анализ течения беременности показал, что наиболее распространенным осложнением беременности были: анемия - в 37% случаях, тяжелой и нетяжелой преэклампсии - в 17%

случаях, простудные заболевания дыхательных путей (бронхиты, трахеиты, острые вирусные инфекции) - в 15,9% случаев, маловодие - 4,9% случаев (рис.6).

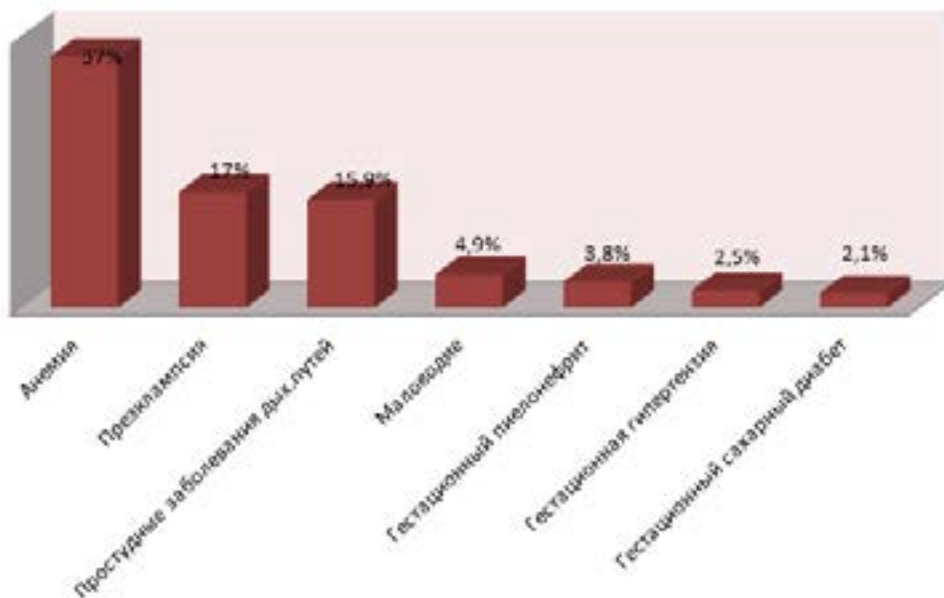


Рис.6 Частота осложнений беременности.

Исследование показаний для индукции родов установил, что наиболее частым показанием индуцирования родов являлись: дородовый разрыв

плодных оболочек (175- 48%), перенашивание беременности (93-25,5%), преэклампсия(62-17%) (рис. 7).

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

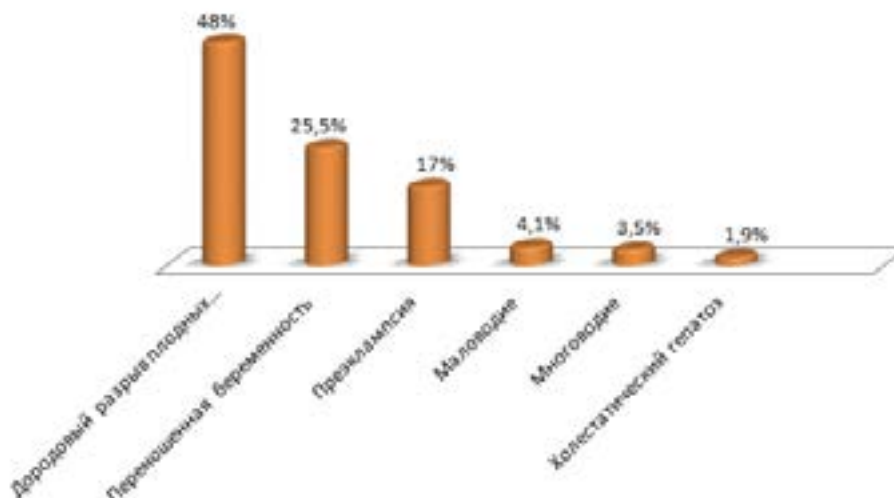


Рис.7 Показания для индукции родов.

Анализ течения родов показал, что чаще всего пациентки были родоразрешены через естественные родовые пути - 298-81,6% женщин, в том числе в 9-3,0% случаях было извлечение плода путем вакуум-экстракции. В 67-18,4% случаях роды закончились операцией кесарево сечение. Однако анализ исходов родов в зависимости от метода индуцирования родов показал, что в первой группе женщин в 49 случаях (24,3%) проведено оперативное родоразрешение, естественные роды были у 153 женщин (75,7%), из них в 8 случаях (5,2%) по поводу угрожающего состояния плода роды закончились вакуум-экстракцией плода. Во второй группе, 112 женщин (86,2%) родили самостоятельно (в 1 случае была вакуум-экстракция плода по поводу угрожающего состояния плода), а в 18 случаях (13,8%) проведено оперативное родоразрешение. В третьей группе все роды протекали через естественные родовые пути, осложнений в родах и после родов не было.

Показаниями для оперативного родоразрешения в первой группе были в 25 случаях (51%) угрожающее состояние плода, в 18 случаях (36,7%) отсутствие эффекта от родовозбуждения, в 4-8,2% слабость родовой деятельности, в 2 случаях (4,1%) диспропорция размеров головки плода и таза. Осложнениями послеоперационного периода были послеродовые септические осложнения (эндометрит, инфильтрат послеоперационного рубца, серома послеоперационного рубца) в 8 случаях (16,3%), атоническое кровотечение в 3 случаях (6,1%), из которых в одном случае закончилось хирургическим гемостазом.

Осложнениями в первой группе при естественных родах были в 18 случаях (11,8%) слабость родовой деятельности; в 15 случаях (9,8%) быстрые роды; в 8 случаях (5,2%) угрожающее состояние плода, атоническое кровотечение после родов было в 4 случаях (2,6%), производилось консервативное лечение; в одном 1 случае (0,7%) в родах развилась непрогрессирующая преждевременная отслойка плаценты, роды прошли консервативно. В послеродовом периоде в 34,6% наблюдался родовой травматизм (разрывы мягких тканей родовых путей). В первой группе в 15 случаях (7,4%) дети родились в асфиксии тяжелой и средней степени, из них 11 (73%) новорожденных были доношенными.

Показаниями для операции кесарева сечения во второй группе в 7 случаях (38,9%) было отсутствие эффекта от индукции родов, в 6 случаях (33,3%) угрожающее состояние плода, в 2 случаях (11,1%) слабость родовой деятельности, в 2 случаях (11,1%) неправильные вставления головки плода, в 1 случае (5,6%) клинический узкий таз. Осложнениями послеоперационного периода были послеродовые септические осложнения в 2-11,1%. Осложнениями в родах и послеродовом периоде во второй группе при родах через естественные родовые пути были слабость родовой деятельности в 2 случаях (11,1%); задержка частей последа в 2 случаях (11,1%), угрожающее состояние плода в 1 случае (5,6%). Травматизм мягких тканей родовых путей (шейки матки, промежности и влагалища) составило 12 случаев (10,7%). Во второй группе родились в асфиксии средней степени 4-3,1% детей,

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

из них двое доношенных и двое недоношенных.

Выводы: Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что индукция при недостаточно подготовленных родовых путях с применением мизопростола приводит к осложнениям течения родов и послеродового периода, влияет на состояние плода и новорожденного. При использовании мизопростола вследствие осложнений течения родов наблюдалась выше частота оперативного

родоразрешения (24,3%; 14%), только в этой группе женщин было атоническое кровотечение как при оперативном (6,1%), так и при естественном родоразрешении (2,6%), отмечено такое грозное осложнение как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 1,5 раза чаще показаниями для оперативного родоразрешения явилось угрожающее состояние плода, в 2,4 раза выше частота детей родившихся в асфиксии (7,4%; 3,1%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Артыкбаева У.Б., соавторы, Пути снижения абдоминального родоразрешения // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, 2015, №2-3-4, С.100-104.
2. Миреева А.Э. и соавт., Оценка влияния индукции родов на исход для новорожденного в зависимости от способа родоразрешения //

Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, 2015, №2-3-4, 2015, С. 398-400.

3. Радзинский В.Е., Акушерская агрессия // М.: Издательство журнала StatusPraesens, 2011.С.688.

ТҮЙІНДЕМЕ

СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., ИВАШЕВСКАЯ Р.Ф., РАЗУМОВА Р.Р., ТӨЛЕТОВА А.С.
“Астана медицина университеті” АҚ, Астана

БОСАНУ ИНДУКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ

Күрделі жүктілік санының көбеюіне орай, босану индукциясының қажеттілігін түсінуге болады. Бұл мақала мизопростол, окситоцин және амниотомия босану индукциясы әдістерін, ана мен ұрық үшін нәтижелерінің ретроспективті талдауын ұсынады. Бағалау үшін босану кезеңінің ағымы, ұрықтың және нәрестенің жағдайы есепке алынды.

SUMMARY

SEYDULLAEVA L.A., IVASHEVSKAYA R.F., PAZUMOVA R.R., TULETOVA A.S.
JSC “Astana medical university”, Astana

LABOR INDUCTION OUTCOMES.

In view of the increasing number of complicated pregnancy, it is possible to understand the need for labor induction. This article presents the results of a retrospective analysis of outcomes for the mother and fetus during labor induction by various methods, such as induction with misoprostol, oxytocin and amniotomy. The criterion for evaluation is the flow of labor, the condition of fetuses and newborns.



УДК: 618.3:618.14-008.64-08

ТУЛЕТОВА А.С., ЗВЕРЕВА А.Н., МУСИЛИМОВА С.Т.

Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры АО «Медицинский университет Астана»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аннотация: В данной статье приведены результаты проспективного исследования сравнительной эффективности различных методов лечения истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). В исследование вошли 30 женщин репродуктивного возраста с ИЦН. Коррекция ИЦН проводилась посредством истморافии, введением пессария или моногормонотерапией.

Ключевые слова: невынашивание, истмико-цервикальная недостаточность, лечение.

Актуальность. Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных в современном акушерстве, ведущей причиной которого является истмико-цервикальная недостаточность [1,2]. Согласно международным рекомендациям, а также клиническому протоколу «Преждевременные роды», утвержденному экспертным советом МЗСР РК от 2013 года, лечение данной патологии возможно введением акушерских пессариев, наложением швов на шейки матки, интравагинальным применением препарата утрожестан в дозе не менее 200 мг или их комбинацией [3, 4].

Цель исследования: определить эффективность различных методов лечения истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) при беременности.

В задачи исследования входили: изучить клинико-анамнестические особенности пациентов с ИЦН, изучить в сравнительном аспекте особенности течения беременности и родов при различных методах лечения ИЦН.

Материал и методы: Проведен проспективный анализ исходов беременности и родов 30 женщин с ИЦН во время беременности. Всем пациентам в сроке от 16 до 20 недель было диагностировано ИЦН и в зависимости от метода лечения разделены на три группы: 1 группа - 10 пациенток, которым проведена коррекция ИЦН, посредством истморавии + утрожестан 400мг; 2 группа – 10 пациенток, получавших лечение интравагинальным препаратом утрожестан в дозе 400 мг; 3 группа – 10 пациенток, которым введен акушерский пессарий + утрожестан 400мг. Основными параметрами сравнительной оценки клинической эффективно-

сти трех методов лечения ИЦН являются особенности течения беременности и родов, побочные явления, срок родоразрешения. Полученные результаты были статистически обработаны.

Результаты исследования: Во всех группах большинство женщин были в возрасте от 22 до 40 лет, при этом средний возраст пациенток составил $33 \pm 2,2$ года. При анализе основных анамнестических характеристик: все три группы были сопоставимы по возрасту, соматическому и гинекологическому статусам. В большинстве случаев пациентки были повторнобеременными (84%) и в 94% диагноз ИЦН был выставлен впервые. При анализе экстрагенитальной заболеваемости в анамнезе, во всех трех группах большинство пациентов имели экстрагенитальную патологию (77%). В основном это были железодефицитная анемия умеренная, гипотиреоз, хронический пиелонефрит. Каждая четвертая из всех изучаемых пациенток имели гинекологическую патологию в анамнезе, такие как неспецифический кольпит, бактериальный вагиноз, эктопия шейки матки, фолликулярная киста яичника. Также каждая третья из всех изучаемых пациенток имели перенесенные гинекологические операции: кюретаж полости матки, цистэктомия.

При анализе в первой группе пациентов в одном случае была необходимость в дополнительной токолитической терапии. Частота осложнений во время беременности составило 4 (40%) пациентов, а в родах в 5(50%) пациентов. Осложнением беременности в 2 случаях была преэклампсия, по 1 случаю - железодефицитная анемия и угроза прерывания беременности. Осложнения родов: по 2 случая дородового разрыва плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, и по одному случаю атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Количество доношенной беременности составило 8 (80%), недоношенной беременности 2 (20%). При недоношенном сроке, в 1 случае преждевременные роды и в 1 случае поздний выкидыш. Срок родоразрешения составил $39,1 \pm 0,2$ (38-39), интервал времени от момента снятия швов до родов составил $9,3 \pm 0,5$ (7-10) дней.

Во второй группе пациентов также в 4 случа-

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ях была необходимость в дополнительной токолитической терапии. Частота осложнений во время беременности составило 3 (30%) пациентов, а в родах в 4(40%) пациентов. Осложнением беременности в 2 случаях была железодефицитная анемия. Осложнения родов: по одному случаю дородовый разрыв плодных оболочек, аномалия родовой деятельности, пролабирование плодного пузыря и атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Таким образом, количество доношенной беременности составило 6 (60%), недоношенной беременности 4 (40%). При недоношенном сроке, родоразрешение в сроке до 34 недель 2 пациента, а в сроке 34-37 недель – 2 пациента. Срок родоразрешения составил $37,2 \pm 0,5$ (37-38), интервал времени от момента снятия швов до родов составил $5,5 \pm 0,3$ (5-7) дней.

В третьей группе пациентов в одном случае была проведена дополнительная токолитическая терапия. Частота осложнений во время беременности составило 3 (30%) пациентов, а в родах в 5(50%) пациентов. Осложнением беременности в 2 случаях была железодефицитная анемия и 1 слу-

чай преэклампсии. Осложнения родов: по одному случаю дородовый разрыв плодных оболочек, аномалия родовой деятельности, хориоамнионит, поперечное положение плода и два случая разрыва промежности. Таким образом, количество доношенной беременности составило 8 (80%), недоношенной беременности 2 (20%). При недоношенном сроке, 1 случай преждевременных родов и 1 случай позднего выкидыша. Срок родоразрешения составил $39,9 \pm 0,4$ (39-40) интервал времени от момента снятия швов до родов составил $10,7 \pm 0,5$ (9-12) дней.

Заключение. Практическая каждая пациентка с ИЦН имела экстрагенитальную патологию, каждая четвертая имела гинекологическую патологию, а среди них каждая третья - гинекологические операции. Комбинированный метод лечения ИЦН до 80% случаев способствует пролонгированию беременности до 39–40 недель. При этом метод коррекции ИЦН не влияет на частоту осложнений во время родов. Риск осложнений в родах зависит от факторов перинатального риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Di Renzo G., Roura L., Facchinetti F et al., Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2011. Vol. 24, No 5. – P. 659–667.
2. Berghella V., Progesterone and preterm birth

prevention: translating clinical trials data into clinical practice / Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with assistance of // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 206, No 5. – P. 376–386.

3. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage, 2013.

4. Клинические протокол МЗСР «Преждевременные роды», 2013г.

ТҮЙІНДЕМЕ

ТӨЛЕТОВА А.С., ЗВЕРЕВА А.Н., МҮСІЛІМОВА С.Т.

“Астана медицина университеті” АҚ, Астана

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛДЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІН ЕМДЕУДІҢ ТҮРЛІ ӘДІСТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТИІМДІЛІГІ

Жүктіліктің соңына дейін жетпеуі қазіргі уақытта кең таралған мәселе. Соның ішінде истмико-цервикалды жеткіліксіздігі жетекші себебі болып табылады. Бұл мақалада истмико-цервикалды жеткіліксіздігін емдеудің түрлі тәсілдерінің салыстырмалы тиімділігі ұсынылады. Зерттеуге истмико-цервикалды жеткіліксіздігі бар 30 репродуктивті жастағы әйелдер қатысты. Истмико-цервикалды жеткіліксіздігі үш тәсілмен емделді: истмография, пессарий енгізу және моногормонотерапия.

SUMMARY

TULETOVA A.S., ZVEREVA A.N., MUSILIMOVA S.T.

JSC “Astana medical university”, Astana

THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF CERVICAL INCOMPETENCE TREATMENTS

Miscarriage is a actual problem in modern obstetrics, which is the leading cause of cervical incompetence. This article presents the results of a prospective study of the comparative effectiveness of different treatments for cervical incompetence. The study included 30 women of reproductive age with cervical incompetence. Correction of cervical incompetence conducted by isthmoraphiya, pessary or monohormonotherapy.



УДК: 616.12-008.331.1: 615.03

ШОЛАНОВА М.К., ТӨЛЕШОВА Г.Т., САДУАҚАСОВ Т.Д., КИСЛИЦИНА М.З.

«Астана Медицина Университеті» АҚ, Астана, Қазақстан

ДӘЛЕЛДЕМЕЛІК НЕГІЗДЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА ҚИЫСТЫРЫЛҒАН ПРЕПАРАТТЫ ҚОЛДАНУ

Аннотация

Бұл мақалада артериялық гипертензияны емдеуде қолданылатын қиыстырылған препараттың мәселесі қаралады. Монотерапия АГ I-II дәрежесі бар науқастардың 30-50 пайыз шамасында ғана тиімді және оны артериялық қысымның көтерілу кезінде, жүрек-тамыр асқынуларының төмен болмаса біртоға даму барысында қолдануға болады.

Кілттік сөздер: артериялық гипертензия, антигипертензиялық препараттар, монотерапия.

Ғалымдардың, дәрігерлердің күш-жігеріне, ізденістеріне қарамастан Қазақстан Республикасында АГ (артериялық гипертензия) маңызды медициналық-әлеуметтік мәселелерінің бірі болып қалуда. Әртүрлі халықаралық зерттеулердің берілгендері бойынша жүрек-тамыр ауруларынан болатын артериялық гипертензияның деңгейінің, ауру-сырқаулылықтың және өлім-жітімнің бір-бірімен байланыстылығы дәлдендірілген [1].

Бұл осы аурудың кеңінен тарауымен бірге (ҚР халқының ересек аламдарының 40%-да артериялық қысымның көтерілуі бар) АГ негізгі жүрек-тамыр ауруларының – миокард инфарктысы мен и ми инсультының -аса маңызды қауіп-қатері болып табылады, яғни біздің еліміздегі өлім-жітімнің жоғары болуын анықтайтын басты мәселесі [1,2,3].

Клиникалық практикада негізгі тактикалық мәселе болып науқастардың артериялық қысымын мақсаттық маңыздарға жеткізу, бірақ артериялық қысымды емдеудің көкейкесті стратегиясы жүрек-тамыр асқынуларының санын азайту болып табылады. Тиімділіктің тез болуы науқастардың емдеуге бейімділігін жақсартады, дәрігерлерге баруды азайтады, жалпы терапияға кететін шығындар төмендейді [4,5].

Монотерапияның науқастардың шамамен 30-50 пайызына, оның ішінде АГ I-II дәрежесінде ғана, тиімді екенін және артериялық қысымның шамалы көтерілуі мен жүрек-тамыр асқынуларының төмен немесе біртоға даму қауіп-қатеріде қолдануға болатындығын атап өткен жөн.

Науқастардың көпшілігінде тиімді бақылауға жету үшін құрамына екі антигипертензиялық препараттардан кем емес қиыстырылған емдеуде ғана қол жеткізуге болады [6,7,8].

Біздің мақсатымыз артериялық гипертензиясы бар науқастарға иАПФ рамиприл және БКК амлодипин – «ЭГИС» венгр фармацевтикалық заводы шығаратын Хартил-Амло препараты – қиыстырылуын қолданудың антигипертензиялық тиімділігін зерттеу болып табылады.

Материалдар мен әдістер: Науқастарды байқау мен емдеу № 2 облыстық ауруханада жүргізілді. Зерттеуге АГ 2 және 3 дәрежесімен ауы-

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

ратын 42 науқас енгізілді. Олардың 14 [33%] - ер адамдар, [67%] - әйелдер; орташа жас шамалары 59,4±4,1. 2 дәрежедегі АГ 29 [69%] науқаста бары анықталды, ал 3 дәрежедегі АГ - 13-інде [34%]. Гипотензиялық терапияға 8 апта бойы құрамында 5/10 мг белсенді заттектері бар Хартила-Амло препараты енгізілді.

Cardio Tenz [Венгрия] құралының көмегімен барлық науқастарға артериялық қысымның тәуліктік мониторингісі (АГТМ) жүргізілді; орталық гемодинамиканың көрсеткіштері доплер (Vivid S5) тіркеуіші арқылы эхокардиографтың көмегімен анықталды. Терапияның тиімділігі жақсы, қанағаттанарлық және қанағаттанарлық емес деп бағаланды.

Жақсы тиімділік:

1. АГТМ берілгені бойынша АҚ қалпына келуі.
2. Едәуір субъективті өзін-өзі сезінудің жақсаруы: еңтікпенің тыныштықта болмауы және еңтікпенің физикалық жүктемеде елеулі азаюы, бас айналуы мен бас ауыруының азаюы.

Қанағаттанарлық клиникалық тиімділік:

1. Орташа систолалық артериялық қысым [Ор-САҚ] және орташа диастолалық артериялық қы-

сым [ОрДАҚ] деңгейінің бастапқыдан 10%-дан кем емес төмендеуі.

2. Субъективті өзін-өзі сезінудің жақсаруы. Терапияны науқастардың клиникалық жағдайларының оң динамикасының болмауы қанағаттанарлық емес деп танылды.

Нәтижелер және пікір алмасу. Терапияның нәтижесінде 30 науқаста [71,4%] жақсы клиникалық тиімділікке қол жеткізілді, 11 науқаста [26,2%] – қанағаттанарлық, 1 адамда [2,4%] – қанағаттанарлық емес..

Қиыстырылған терапияның арқасында АҚ тәуліктік көрінісінің едәуір жақсарғаны байқалды. Сонымен, науқастардың ОрСАҚ мен ОрДАҚ сәйкес төмендеуі 17,5% жән 19,3% құрады, сонымен қоса олардың қалыпты мөлшерлеріне қол жеткізілді. Сонымен қатар, систолалық пен диастолалық АҚ сәйкес орташа тәуліктік түрленгіштігі 24,6% және 27,8% төмендеді. Терапияның нәтижесінде АҚ түнгі төмендеу дәрежесі 16,3% дейін өсті. Емдеу үдерісінде тамыр соғу жиілігі қалыпты мөлшерде болып, шынайы өзгермеді.

Таблица 1.

Емдеу айналасы ахуалында АҚ тәуліктік мониторингісі динамикасының (беталысының) көрсеткіштері

Көрсеткіштер	Емге дейін	Емнен кейін
Барынша жоғары САҚ [күн] мм сын. б.б.	178,6±1,2	157,8±1,6
Барынша жоғары САҚ [түн] мм сын. б.б.	156,2±2,0	134,3±2,5
Барынша жоғары ДАҚ [күн] мм сын. б.б.	108,4±1,6	99,8±1,9
Барынша жоғары ДАҚ [түн] мм сын. б.б.	101,2±2,1	84,9±2,2
Ор. ЖТСЖ [сутки] минутына	73,7±2,8	68,5±2,6
Ор. САҚ [күн] мм сын. б.б.	184,4±1,7	128,7±2,3
Ор. ДАҚ [күн] мм сын. б.б.	98,6±1,8	83,6±1,8
Ор. САҚ [түн] мм сын. б.б.	139,4±1,6	128,7±2,7
Ор. ДАҚ [түн] мм сын. б.б.	89,5±2,0	75,6±1,8
Уақыт индексі САҚ- күн [%]	71,2±2,9	26,5±1,7
Уақыт индексі САҚ- түн [%]	68,4±2,7	17,6±1,1
Уақыт индексі ДАҚ- күн [%]	58,6±2,1	38,3±1,9
Уақыт индексі ДАҚ- түн [%]	61,9±2,4	22,3±1,7

Жүргізілген терапиядан кейін өкпе артериясындағы бастапқы орташа қысым көтерілуінің [ӨАОрҚ] 35,3% төмендегені белгілі болды, бұл аса маңызды көрсеткіш болып табылады. АГ бар науқастарда солжақ қарынша диастолалық функциясының солжақ қарынша миокардының массасы индексінің кемуіне қарай 33,3% және осыған

сәйкес солжақ қарынша миокардының 14,5% бен 16,4% анық жақсарғаны байқалды. Демек, Хартила-Амло бекітілген қиыстыруы науқастардың зерттеу тобының жүрегін қайта жаңғырту үдерісіне оң әсер етті. Осы қиыстыру терапиясында пайда болған өзгерістер миокардқа әсер ететін алдыңғы және кейінгі жүктеменің төмендеуіне мүм-

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

кіндік туғызады.

Препараттардың вентиляциялық–перфузиялық әсері етуі олардың орталық гемодинамикаға әсер етуінен болуы мүмкін.

Демек, қиыстырылған терапияның монотерапиядан басым екендігін көрсетілімі:

- жекеленген препараттардың әсерлерінің өзара әлеуеттендіруінің, антигиперзиялық әсерінің күшеюінің, әртүрлі прессорлық жүйелердің басылуы салдарының, сонымен қатар кейбір препараттардың қарсы реттеліс механизмдердің бейтараптауда тиімділігінің төмендеуі арқасында болуы;

- антигиперзиялық әсерінің өзара әлеуеттендіру салдарынан жағымсыз және қажетсіз әсерлердің жиілігін төмендету үшін препараттардың қиыстыруында төменгі дозаларын қолдану есебінен болуы;

- АҚ қысымды қолдайтын бірнеше механизмдерді бөгеу есебінен прессорлық жүйеге әсер мүмкіншілігінің ұлғаюы, әсіресе белсенді белгілі науқаста, осыған орай емдеу жауапкершілігі мен АҚ мақсаттық деңгейге жету жиілігінің жоғарлауының болуы;

- қиыстыруға кіретін препараттардың басқа жекелеген препараттардың бағасымен салыстырғанда арзандығы және науқастарды емдеудің ыңғайлылығына байланысты көпшілігінің бейімділігінің болуы;

- жүрек-тамыр асқынуларының қауіп-қатерінің едәуір төмендеуі, АҚ нысна-ағзаларын нәтижелі қорғауы, ағзалар мен жүйелерге жағымсыз әсер етуінің болмауы.

Тұжырымдар:

1. Бекітілген қиыстыруды тағайындау АҚТМ көрсеткіштерінің, жүрекіші гемодинамикасының жақсаруымен бірге артериялық гипертензияға оң әсер етеді.

2. Антигипертензиялық заттардың бекітілген қиыстырылуы емдеудің қауіпсіздігі мен тиімділігін жақсартуға, оның құнының төмендеуіне, препараттарды қабылдау мен дәрегерлерге бару жиілігінің азаюына, қажетті тиімді тәртіпті саралауға кететін уақыттың қысқаруына мүмкіндік береді.

3. Науқастардың емге бейімділігінің өсуі және сонымен қоса клиникалық нәтиженің жақсаруы.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕРДІҢ ТІЗІМІ:

1. Нусс С.И. Применение Хартила в лечении больных артериальной гипертонией с высоким сердечно-сосудистым риском // Терапевтический вестник- Алматы, 2012- №1

2. Бойцов С.А. Комбинированная терапия артериальной гипертонии с позиций профилактики сердечно-сосудистых осложнений и патогенеза // Consilium Medicum- 2004, Приложение, выпуск 2.- С.23–26.

3. Кобалава Ж.Д., Ефремовцева М.А. Комбинированная антигипертензивная терапия первой линии как стратегия успешного контроля артериальной гипертонии // Кардиология, 2005-№8.- С.54–58.

4. Чазова И.Е. Комбинированная терапия артериальной гипертонии. В кн.: Руководство по артериальной гипертонии. Под ред. Е.И. Чазова, И.Е. Чазовой // Медиа–Медика.-Москва, 2005.- С.655–676.

5. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al.; Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension; European Society of

Cardiology [2007] 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension [ESH] and of the European Society of Cardiology [ESC]. J. Hypertens., 25[6]: 1105–1187.

6. Pepine C.J., Handberg E.M., Cooper–DeHoff R.M. et al.; INVEST Investigators [2003] A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil–Trandolapril Study [INVEST]: a randomized controlled trial. JAMA, 290[21]: 2805–2816.

7. Джаиани Н.А., Жиров И.В. Комбинированная антигипертензивная фармакотерапия: что мы можем сделать для контроля артериального давления // РМЖ.-2005, том 13- № 1.- С. 741–747.

8. Mancia G., Laurent S., Agabiti–Rosei E. et al. [2009] Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J. Hypertens., Oct. 15 [Epub ahead of print].

РЕЗЮМЕ

М.К. ШОЛАНОВА, Г.Т. ТУЛЕШОВА, Т.Д. САДВАКАСОВ, М.З. КИСЛИЦИНА
АО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ, ОСНОВАННОГО НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

В данной статье рассматриваются вопросы применения комбинированного препарата при лечении артериальной гипертензии, основанных на доказательствах. Монотерапия эффективна приблизительно у 30-50 процентов больных, даже с АГ I-II степени и может использоваться при незначительном повышении артериального давления и при низком или умеренном риске развития сердечно-сосудистых осложнений.

SUMMARY

SHOLANOVA M.K., TULESHOVA G.T., SADVAKASSOV T.D., KISLISINA M.Z.

JSC "Astana Medical University"

This article deals with the use of a combination product in the treatment of hypertension, based on the evidence. Monotherapy is effective in approximately 30-50 percent of patients, even with hypertension I-II degree, and can be used with a slight increase in blood pressure and at low or moderate risk of cardiovascular complications.



УДК: 616-008.9-053.3.5

АЛЫМБАЕВ Э.Ш., ОНГОЕВА Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия

Кафедра факультетской педиатрии

(зав.кафедрой, д.м.н., профессор Алымбаев Э.Ш.)

Национальный Центр охраны материнства и детства

(Директор д.м.н., профессор Узакбаев К.А.)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Аннотация. Цель исследования: Определить по международным критериям диагностики МС частоту метаболического синдрома у детей и подростков с ожирением, госпитализированных в отделение эндокринологии НЦОМид, в 2013 году, в Кыргызской Республике.

9% от числа всех детей и подростков, госпитализированных за 10 месяцев 2013 года, имеют ожирение, выставленное на основании ИМТ >90 перцентиля. 81,25% от общего числа пациентов с ожирением имели абдоминальное ожирение (ОТ >90 перцентиля). Метаболический синдром, или сочетание абдоминального ожирения и двух кри-

териев МДФ было обнаружено у 28,2% (11) пациентов, что совпадает с исследованиями, проведенными в других странах Азии.

Ключевые слова: дети и подростки, ожирение, метаболический синдром.

В настоящее время ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире: по данным ВОЗ к началу XXI века избыточную массу имело около 30% населения планеты [1]. Почти у 60% взрослых ожирение начинается в детском возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

серьезных осложнений. Детское и подростковое ожирение, пролонгированное во взрослый период, имеет более тяжелое течение, сопровождаясь выраженной прибавкой массы и частотой сопутствующих заболеваний, чем ожирение, дебютировавшее в зрелом возрасте.

Учитывая тот факт, что к концу 2010 г. ожирение наблюдалось практически у 30% детей мира с незначительными колебаниями в зависимости от региона проживания, актуальность проблемы ассоциированных нарушений в детской популяции не вызывает сомнения [2]. Ожирение является основным клиническим признаком, позволяющим отнести пациента к группе риска по формированию метаболического синдрома (МС) [3]. В среднем формирование полного кластера МС составляет около 10 лет. Международная диабетическая федерация (МДФ) в 2005 году определила МС как сочетание абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, гипергликемии, артериальной гипертензии (АГ), нарушения системы гомеостаза и хронического субклинического воспаления. У детей в отличие от взрослых МС, чаще является неполным, поэтому его компоненты могут диагностироваться в разных сочетаниях. Данный факт затрудняет диагностику синдрома как такового, в связи с чем имеются весьма вариабельные данные относительно его распространенности. Распространенность МС в детском возрасте колеблется по данным разных авторов [4-6] от 4% до 28,7% в общей популяции и значитель-

но выше среди детей и подростков с ожирением. Столь значительный разброс, по всей вероятности, связан с отсутствием унифицированных подходов к диагностике МС, причем разногласия касаются определения как самих диагностических признаков, так и возрастных периодов (особенно касающихся диагностики ожирения и АГ) [7]. В 2007 году МДФ приняты новые критерии абдоминального ожирения и МС у детей и подростков, которые различаются в зависимости от возраста [2, 4]. Абдоминальное ожирение диагностируется у детей и подростков в возрасте 6-15 лет в том случае, если $OT \geq 90$ перцентиля значений процентильного распределения окружности талии (ОТ). У подростков 16 лет и старше абдоминальное ожирение устанавливается согласно критериям для взрослых [8]. В возрастной группе 6-9 лет диагноз МС не устанавливается; но если у пациента имеется абдоминальное ожирение в сочетании с отягощенным семейным анамнезом по МС, сахарному диабету 2 типа (СД 2), сердечнососудистым заболеваниям (ССЗ), включая АГ и/или ожирение, то необходимо проводить и другие исследования для последующего наблюдения за пациентами. В возрасте 10-15 лет диагноз МС устанавливается, если помимо абдоминального ожирения у пациента имеется 2 критерия из представленных в таблице 1. В возрасте 16 лет и старше диагноз МС устанавливается с использованием критериев для взрослых. [8]

Таблица 1.

Международные критерии диагностики МС у детей и подростков

Возрастная группа	ОТ	ТГ	Холестерин ЛПВП	АД	Гликемия плазмы
6–10 лет	>90-го перцентиля	Метаболический синдром нельзя диагностировать, но в дальнейшем измерения следует проводить, если есть семейная история метаболического синдрома, СД 2 типа, дислипидемия, сердечнососудистые заболевания, гипертония и / или ожирение.			
10–16 лет	>90-го перцентиля или пограничная величина для взрослых, если ниже	>1,7 ммоль/л (>150 мг/дл)	<1,03 ммоль/л (<40 мг/дл)	САД >130 мм.рт.ст. ДАД >85 мм рт.ст.	Натощак >5,6 ммоль/л (100 мг/дл) или СД 2
>16 лет	Критерии для взрослых				

Цель исследования: Определить по международным критериям диагностики МС частоту метаболического синдрома у детей и подростков с ожирением, госпитализированных в отделение эндокринологии Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМид) в 2013

году в Кыргызской Республике

Материалы и методы исследования:

Под нашим наблюдением находилось 48 (9% от числа всех госпитализированных больных) детей школьного возраста (с 10 до 15 лет 11 месяцев 29 дней) с экзогенно-конституциональным

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ожирением, гипоталамическим синдромом с метаболическим вариантом, находившихся в отделении эндокринологии НЦОМид в 2013 году.

Оценку физического развития для диагностики ожирения определяли по Стандартам физического развития от 5 до 19 лет, разработанными ВОЗ в 2007 году [9]. Оценку окружноститалии (ОТ) определяли по таблице «Процентильное распределение окружности талии (см) у мальчиков и девочек в возрасте от 2 до 18 лет» [8]. Показатели липидного обмена оценивали по уровню холестерина ЛПВП, триглицеридов (ТГ); показатели углеводного обмена – по содержанию глюкозы крови (ГК) натощак и через 2 часа по тесту толерантности к глюкозе (ГТТ). Артериальное давление (АД) оценивалось в зависимости от возраста, пола и перцентили [10]. МС диагностировался при сочетании абдоминального ожирения и наличия 2-х критериев по таблице 1.

Результаты и их обсуждение:

По антропометрическим показателям все пациенты имели ИМТ выше 90 перцентили. Диагностическим критерием для ожирения у детей и подростков является ИМТ выше 85 перцентили. Все исследуемые дети и подростки имели ожирение. 39 человек имели ОТ выше 90 перцентили, что составило 81,25% от общего числа пациентов с ожирением. Учитывая, что метаболический синдром ставится при обязательном наличии абдоминального ожирения, были исследованы изменения биохимических параметров и артериального давления у 39 человек. Нарушения липидного обмена были выявлены в виде гипертриглицеридемии. У 35,9% (14) детей было определено повышение уровня триглицеридов. Снижение уровня ЛПВП по новым критериям МС было обнаружено у 5,1% (2) исследуемых детей.

Нарушения углеводного обмена были выявлены у 43,6% (17) исследуемых в виде нарушения

гликемии натощак НГН в 38,5 % (15) случаев, нарушенной толерантности к глюкозе - 5,1% (2). Повышение АД выше 130/85 мм.рт.ст. было обнаружено у 2,5% (1) подростка. Сочетание абдоминального ожирения и двух критериев МДФ было обнаружено у 28,2% (11 подростков), что совпадает с исследованиями, проведенными в Ташкенте [11] и Пекине [12]. В исследовании, проведенном в Пекине по новым критериям, частота МС среди детей и подростков с ожирением составила 28,6%, в Ташкенте – 26,2% .

Данное исследование на основании диагностических критериев МС у детей и подростков МДФ (2007) выявляет высокую частоту МС у детей и подростков с ожирением, проживающих в Кыргызстане. Активное выявление и лечение проявлений МС у детей и подростков с ожирением значительно снизит сердечнососудистые заболевания и заболеваемость СД 2-го типа во взрослом периоде жизни.

Выводы:

Диагностическим критерием ожирения у детей и подростков является ИМТ выше 90 перцентили.

Среди подростков от 10 до 16 лет с ожирением наблюдалось 3 и более компонентов МС: частота ОТ выше 90-го перцентили составила 81,25%, гипертриглицеридемии – 35,9%, уровня ЛПВП ниже нормы – 5,1%, артериальная гипертензия диагностирована у 2,5 %, увеличение уровня гликемии выше рекомендуемого показателя – у 5,1 %.

На основании новых критериев МДФ МС при ожирении у подростков в возрасте 10–16 лет диагностирован в 28,2% случаев, что диктует необходимость тщательного обследования всех подростков с абдоминальным ожирением для дифференциальной диагностики с метаболическим синдромом и соответствующей коррекцией ведения больного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медикосоциальной помощи детям. // Российский педиатрический журнал - 2013 - № 3 – с. 4 – 7.
2. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин, В.А. Булгакова, Е.В. Антонова, И.Е. Смирнова. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы. // Российский педиатрический журнал – 2013 - № 5

- с. 4 – 14
3. Постникова Е.В., Смирнов И.Е., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Клинико-патогенетическое значение эндотелиальной дисфункции в формировании ожирения у детей // Российский педиатрический журнал – 2013 - № 5 – с. 36 – 40.
4. Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F et al. IDF consensus group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. // *Pediatr.*

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Diabetes - 2007 - № 5 – с. 299–306.

5. Cook S, Weitzman M, Auinger P et al. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 –1994. // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2003 - № 157 – с. 821–827.

6. Cruz ML, Weigensberg MJ, Huang TT et al. The metabolic syndrome in overweight Hispanic youth and role of insulin sensitivity.// J. Clin. Endocr. Metab. – 2004 – 89 – с. 108–113

7. Л.А. Балыкова, О.М. Солдатов, Е.С. Самошкина, О.В. Пашуткина, А.В. Балыкова. Метаболический синдром у детей и подростков. // Педиатрия – 2010 - Том 89, № 3.

8. Рекомендации экспертов всероссийского научного общества кардиологов. Москва - 2009.

9. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. [Http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/index.html](http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/index.html)

10. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. // Pediatrics - 1996 - № 98 (4) – p. 649–658

11. Г.Н. Рахимова, Ш.Ш. Азимова. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением согласно новым критериям международной диабетической ассоциации. // Педиатрия – 2009 - Том 88, № 6

12. Pirkola J, Tammelin T, Bloigu A. et al. Prevalence of metabolic syndrome at age 16 using the International Diabetes Federation paediatric definition. // Arch. Dis. Child. – 2008 - № 93 (11) – p. 945–951.

ТҮЙІНДЕМЕ

СЕМІЗДІК АНЫҚТАЛҒАН ЖАСӨСПІРІМДЕР МЕН БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ МЕТАБОЛИТТІК СИНДРОМНЫҢ ТАРАЛУЫ

Қырғыз Республикасындағы 2013 жылғы зерттеу көрсеткіштері бойынша халықаралық критерийге сәйкес балалар мен жасөспірімдер арасында метаболикалық синдромның таралуын зерттеу қарастырылды.

Зерттеу барысында, ауруханаға жатқызылған балалардың 9%-ында семіздік анықталған, ол ДСИ көрсеткіші бойынша >90 перцентиль көрсетті. Ал семіздік анықталған науқастардың 81,25% -ында абдоминальды семіздік анықталған.

SUMMARY

PREVALENCE OF THE METABOLIC SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY

Objective: To determine the incidence of metabolic syndrome in children and adolescents with obesity, hospitalized in the endocrinology department of NCMChW by international criteria for the diagnosis of MS Kyrgyz Republic.

9% of all children and adolescents hospitalized for 10 months in 2013, are obese, exhibited on the basis of BMI> 90th percentile. 81.25% of the total number of obese patients had abdominal obesity (OT> 90th percentile). The combination of abdominal obesity, and the two criteria MDF was found in 28,2% (11) patients, which coincides with the studies conducted in other countries in Asia.

Keywords: children and adolescents, obesity, metabolic syndrome.



ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

УДК 613.2 - 053.6

БЕРМАҒАМБЕТОВА С.К., КӘРІМОВ Т.К., ЗИНАЛИЕВА А.Н., НИЯЗАЛИНА Л.У.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ТАМАҚТАНУ ЖАҒДАЙЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ

Аннотация: Маңғыстау облысы мен Ақтау қаласында тұрақты тұратын 11-17 жастағы 432 мектеп оқушыларының тамақтану жүйесін зерделеудің сараптамасы барысында олардың тамақтану жағдайы үйлесімділікке жақын болғанымен, ұтымдылығы сақталмаған. Мектеп оқушыларының тәуліктік тағам рационының негізін ет және ет өнімдері (27,6%), көкөністер мен жеміс-жидектер (26,5%), нан-бөлке мен жармалық өнімдерден (25,7%), балық және балық өнімдерінен (9,7%) құралғаны анықталды. Өскелең ағзаға аса қажет сүт және сүт өнімдерінің көлемі 8,1% деңгейінде.

Түйінді сөздер: тамақтану тәртібі, тамақтану жағдайы, алиментарлы-тәуелді жұқпалы емес аурулар.

Кіріспе: Жалпы қолайсыз факторлардың ішінде, жасөспірімдер денсаулығына әсер ететін басымдылыққа ие факторларға мектептегі және үйдегі тамақтану жағдайындағы ережелердің бұзылысы жатады[1]. Тамақтанудың этиопатогенездік рөлі, балалар мен жасөспірімдер ағзаларында қазіргі заманда жиі кездесетін алиментарлы-тәуелді патологиялардың, атап айтқанда қаназдық, йодтапшылықты жағдай, асқазан ішек ауруларының және т.б., аурушандылықтың негізгі факторлары ретінде қарастырылады[2,3]. Мектеп оқушыларындағы жоғары еңбекке қабілеттіліктің қалыптасуы, әртүрлі жүйелері мен мүшелерінің қалыпты өсіп дамуы, ағзаның қорғаныштық күшінің қалыптасуы, денсаулығының нығаюы көп жағдайда тиімді тамақтануға тәуелді[4,5].

Мақсаты: Маңғыстау облысы мен Ақтау қаласында тұрып жатқан мектеп оқушыларының тамақтану жағдайын зерделеуге арналған.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Ақтау қаласының экологиялық «таза» аудандарында (№ 10 орта мектебінің, № 4 мектеп-гимназиясының) және Маңғыстау облысының Мұнайлы ауылында тұрып жатқан (№ 5 Мұнайлы орта мектебінің) 6-11 сыныптың 11-17 жас аралығындағы 432 мектеп оқушыларына сауалнама жүргізілді. Салауатты өмір салты мен салауатты тамақтану ұстанымдарының сақталуы, ағзаның зат алмасу

статусын бұзатын факторлар ретінде, тамақтану тәртібі, тәуліктік тағам рационының құрамы мен құндылығы, ондағы тағамдық азық-түлік өнімдері жиынтығы сияқты параметрлер зерделенді. Сонымен қатар, саунамалық әдістеме арқылы оқушылардан өзінің денсаулығы жағдайы және алиментарлы-тәуелді жұқпалы емес аурулардың (теміртапшылықты анемия, семіздік, йодтапшылықты жағдай және т.б.) таралуы мен белгілері жөнінде ақпараттанғаны туралы сұрақтарға да жауаптар алынды. Зерттеу мәліметтері SAS 9.2 нұсқасы бағдарламасының статистикалық әдісімен өңделді.

Зерттеу нәтижелері мен оның талдауы: Алынған мәліметтерді талдау барысында, тағамды қабылдау жиілігі 3-4 рет (сұрастырылғандардың 65,5%, оның ішінде ер балалар – 65,4%, қыз балалар – 65,6%), 4 реттен көп 24,2% (21,5% ер балалар және 26,9% қыз балалар), 1-2 реттілікті 10,3% (13,1% ер балалар және 7,5% қыз балалар) құрайтыны, қала мен ауылда тұратындар арасындағы кесіндіде де, барлық жас аралығында да осындай көрініс анықталды.

Тағам қабылдау аралығы 4% оқушыларда 1-2 сағат (4,4% ер балалар және 3,5% қыз балалар), 39% 3-4 сағат (оның 44,9% ер балалар және 33,1% қыз балалар), 46,3% 5-6 сағат (40,1% ер балалар және 52,6% қыз балалар), аз тамақтану, 6 сағаттан кем 10,7% балалар (10,6% ер балалар және 10,8% қыз балалар) екені анықталды.

Жалпы жасөспірімдердің 85% 3-6 сағаттар аралығында ауқаттанса, қыз балалардың жартысынан астамы 5-6 сағаттан кейін ауқаттанатыны анықталды. Ауыл тұрғындарының көпшілігі (45,7%) 3-4 сағаттан кейін тамақ қабылдаса, сол мерзімде қалалықтар (49,9%) 5-6 сағаттан кейін, 6 сағаттан ұзактау негізінде қала тұрғындары тамақтанатыны (6,3% ауыл тұрғынына 15,1% қарсы) анықталды.

Сұрастырылғандардың жартысына жуығы (58,6%) үнемі оқуға үйден тамақ қабылдамай кететіні, оның ішінде қыз балалар - 67,5%, ер балалар - 49,6%, оның көп пайызы 13-17 жастағы жасөспірімдер екені, аз бөлігінде – 3,1% (5% ер балалар және 1,2% қыз балалар) және ешқашан - 38,3%, оның ішінде 45,4% ер балалар және 31,3%

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

қыз балалар құрайтыны анықталды. Қала мен ауыл тұрғындарының ара жігін талдағанда, 64,1% қала мен 53,1% ауыл тұрғыны үнемі оқуға тамақтанбай кететіні дәлелденді.

Жалпы сұрастырылған оқушылардың жартысынан көбі 52,2% (ер балаларға қарағанда -41,4%, қыз балалар үнемі- 62,9%) сабақ уақытында құрғақ тамақпен, кейбір 1,8% ер балалар анда-санда құрғақ тамақпен тіскебасар ретінде ғана тамақтанатындығын, ешқашан-46,9% мектеп оқушылары, құрғақ тамақпен 56,8% ер балалар және 37,1% қыз балалар мүлдем тамақтанбайтындығын айтты. Қала мен ауыл тұрғындары кесіндісінде де осы көрініс байқалады.

Ұйықтар алдында 44,1%(45,4% ер балалар мен 42,8% қыз балалар), оның ішінде көбірек қала тұрғындары - 48,1%, ал сұрастырылғандардың -54,8%, оның ішінде 53,7% ер балалар және 55,9% қыз балалар (олардың арасында ауылдықтар басым- 58,9%) ұйықтар алдында 2-3 сағат бұрын тамақ ішегіндігі, кей жағдайда -1,1% (ер балаларда да, қыз балалар да) тамақтану тәртібін сақтамайтындығы анықталды.

Физиологиялық тұрғыдан тәулік бойы түскі ас негізінде тойымды болу керек, осы жағдай 46,5% мектеп оқушылары арасында (43,5% бозбалалар мен 49,5% бойжеткендер түскі асты тойымды тамақ ретінде қабылдайтынын атап айтса), тап сондай пайызда (41,4%) кешкі асты (43,4% ер балалар және 39,3% қыз балалар) және 12,1% - таңғы асты, оның ішінде 13,1% ер балалар және 11,2% қыз балалар тойымды деп санайтындығы анықталды. Жиірек 13-15 жас аралығындағы ер балалар да, қыз балаларда да кешкі асты тойымды деп санайды. Түскі ас пен кешкі асты бірыңғай пайызда тойымды деп қала оқушылары (46,5%), ауыл оқушылары 50,4% түскі асты жиірек тойымды тамақ ретінде қабылдайтындығы анықталды.

Тағамдық азық-түліктер жиынтығын бағалауда мектеп оқушыларының жиірек қолданылатын тағамдары ет және ет өнімдері екені (сұрастырылғандардың 27,6% жиірек қолданатыны, оның ішінде 32,7% ер балаларларға қарағанда қарсы 22,5% қыз балаларда) анықталды. Келесі жиі қолданылатын тағам өнімі ретінде ер балалар да, қыз балалар да көкөністер мен жеміс-жидектерді атап айтса -26,5% (олардың ішінде қыздар да жоғары пайыз - 37,1% болды, ол өз кезегінде 2,5 есеге көп, ер балаларға қарағанда- 15,9%). Дәл осындай пайызда мектеп оқушыларында нан-бөлке және жармалық өнімдерді 25,7% (29,1% жиірек ер балалар 22,3% қыз балаларға қарағанда) тұтынатыны анықталды. Төртінші орындағы жиі

қолданылатын тағам өнімі ретінде балық және балық өнімдерін тұтынатынын - сұрастырушылар 9,7%(12,8% ер балаларда екі есеге көп, 6,7% қыз балаларға қарағанда) атап айтты. Сүт және сүт өнімдерін 7,8% қыз балалар және 8,3% ер балалар (жалпы орташа тұтыну 8,1% пайызға тең) қолданатыны анықталды. Кондитерлік өнімдерді қыз балалар ер балаларға қарағанда екі есеге 3,6% көп, ер балалар 1,2% (орташа 2,4% пайызды құрайды) қабылдайтыны анықталды. Тағамдық азық-түлік өнімдерінің жиынын тұрғылықты мекен-жай кесіндісінде қарастырсақ, қала оқушыларының арасында ет және ет өнімдері, көкөністер мен жеміс-жидектер - 29,1% мен 30,5% бірдей көлемде екенін, одан кейін нан-бөлке және жармалық өнімдер (21,4%), балық (9,6%), сүт және сүт өнімдері (6,5%), кондитерлік өнімдер (2,9%) құрайтынын көруге болады. Ауыл оқушыларының тамақтану жиілігінде алғашқы орында нан-бөлке және жармалық өнімдер (30%) алатынын, содан кейін ет және ет өнімдері (26,1%), көкөністер мен жеміс-жидектер (22,5%), балық және балық өнімдері(9,9%), сүт және сүт өнімдері (9,6%), кондитерлік өнімдер (1,9%) тұратынын көруге болады.

Жастық кесіндіде қарастырсақ, ер балалар мен қыз балалардың барлық жас аралығында алғашқы орында тұтыну дәрежесі бойынша ет және ет өнімдері 27,3%-71,4%-ды құраса, 13, 14 және 16 жас аралығында осы өнімнің ең жоғары тұтыну пайызы анықталды. Көкіністер мен жеміс-жидектерді 11, 15 және 17 жас аралығындағылар (56,2% дейін) тұтынса, қалған жас топтарында оны тұтыну жиілігі көп емес. Нан-бөлке және жармалық өнімдер барлық жас топтарында жиі тұтынатын тағам өнімі екенін көруге болады. Балық және балық өнімдері оқушылардың барлық жас категориялары рационында (2,1%-дан 33%-ға дейін) бар. Сүт және сүт өнімдері оқушылардың тағам рационының аздаған мөлшерінде ғана бар, оның ішінде 15, 16 және 17 жас аралығында ғана екенін көруге болады. Кондитерлік өнімдер барлық балалардың тағам рационында кездеседі. Тек, 15 пен 16 жас аралығындағы оқушылар өз тағам рационында осы өнімнің жоқ екенін атап айтса, қалған жас топтарының барлығында да аздаған мөлшерде бар екені байқалады.

Оқушылардың көп пайызы өзінің денсаулығын жақсы деп көрсетсе - 73,9% (78,8% ер балалар мен 69,1% қыз балалар), қанағаттанарлық деп 17,7% (14,6% ер балалар мен 20,8% қыз балалар), нашар деп 0,9% (ер балалар да, қыз балалар да), қалғандары -7,5% денсаулық жағдайы қан-

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

дай екенін білмейміз жауап берген, оның ішінде 5,7% ер балалар мен 9,2% қыз балалар екенін көруге болады. Ауыл оқушыларының көп бөлігі өз денсаулықтарын 81,1% жақсы деп, қарсы - 66,8%, 11,7% қала оқушыларына қарағанда 23,8% қанағатанарлық деп есептейтіні анықталды. Соңғы үш ай көлемінде дәрігерге 37,6% ер балалар мен 31,1% қыз балалар қаралғандарын атап айтты (жастық және мектептік осы көрініс дәл осындай).

Сауалнама жүргізу кезінде алиментарлық жұқпалы емес аурулар белгілерінің бар жоқтығына назар аударатындықтары сұрастырылды. Алынған нәтижелерді талдау барысында, келесі көріністер байқалды. Қызыл иектің қанағаштығына сұрастырушылардың 43,3% (43,2% ер балалар мен 43,4% қыз балалар) шағымданды. Сауалнама жүргізгендердің 27,5% (25,4% ер балалар мен 29,6% қыз балалар) тіс жегісінің бар екені анықталды. Жүрек айну белгілерін орташа 33,1% мектеп оқушылары атап айтқан, оның ішінде ер балалар да, қыз балалар да бар. Тәбеттің төмендеуі 51,4% респонденттерде анықталды, оның ішінде қыз балаларда жиірек - 59,7%, ер балаларда - 43,1% жағдай тіркелді. Ауыз қуысы езулерінің жарылулары - 19,9% балаларда (15,8% ер балалар мен 24,1% қыз балалар) бар екені анықталса, көз конъюнктивасының бозғылттығын сұрастырушылардың -33,1% (қыз балалар -32,7%, ер балалар - 33,5%) бар екенін атап айтты. Терінің құрғауы мен тырнақ сынғыштығы - 33,5% мектеп оқушыларында (20,3% ер балаларға қарағанда -2,5 есе көп, қыз балалар да -46,8%). Сауалнама жүргізгендердің 43,1% ашуланшақтыққа, мазасыздыққа, ұйқының нашарлығына шағымданды, 35,5% ер балаларға қарсы 50,6% қыз балаларда жиірек екені анықталды. Терінің іріңді аурулары -18,6%, оның ішінде 16,2% қыз балаларға қарағанда, осы белгі ер балаларда - 21,1% жиірек кездесетінін көруге болады. Шаршағыштыққа, әлсіздікке, балтыр бұлшық етінің ауырсынуына орташа 44,6% жағдай анықталды (қыз балаларда жиірек - 54,4%, ер балаларда - 34,8%). Жүйелі түрде оң жақ қабырға ауырсынуы 26,2% мектеп оқушысы атап айтса (17,7% ер балалар және 34,8% қыз балалар), құрсақ үсті аймағының ауырсынуына сауалнама жүргізгендердің 25,4% шағымданды (24,3% ер балалар мен 26,5% қыз балалар). Еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі, дене еңбегінің, ақыл-ой еңбегінің төмендеуіне сұрастырылғандардың үштен бірі, оның ішінде дене еңбегіне -30,3%, ақыл-ой еңбегіне - 26,9% шағымданды.

Салқын тию ауруларымен 1-2 рет жиі респонденттердің 50,1% (ер балалар аздау - 46,1%,

қыз балаларға қарағанда - 54%) ауыратындығы, сұрастырылғандардың ауырмайтындығы - 25,8% (25% ер балалар мен 26,6% қыз балалар), жылына 3 реттен көп ауыратындар -24,1% құрады (ер балалар көп - 28,9%, қыз балаларға қарағанда - 19,4%). Денсаулығында ауыру белгілері болған кезде - 56,1% ер балалар да, қыз балалар да дәрігерлік көмекке бармайтыны, осыған сәйкес 43,9% дәрігерлік көмекті алатындығы анықталды. “Асқазан ішек жүйесі аурулары бар ма?” деген сұраққа респонденттердің 21,4% оң жауап берді. Барлық сауалнама жүргізгендер орташа 4% ағзаның қандай да бір жүйелері мен мүшелерінің патологиясы бар екенін және соған байланысты емдер қабылдағандарын айтты.

Қорытынды: 1. Ақтау қаласы мен Мұнайлы ауылында тұрып жатқан мектеп оқушыларының тамақтануы ұтымсыз екені, тамақ қабылдау жиілігі көпшілігінде 3-4 рет болғанымен, тағам қабылдау аралығы орташа тек үштен бірінде 3-4 сағатты құрайтындығы, жалпы балалардың көп бөлігі (жиі қыз балалар) 5-6 сағаттан кейін тамақтанатындықтары анықталды. Балалардың жартысынан да көп бөлігі оқуға тамақтанбай кететіні және мектепте құрғақ тамақпен ауқаттанатындығы, сұрастырылғандардың жартысынан көп бөлігі ұйқыға кетер алдында 2-3 сағат бұрын, қалған 45%-ға жуығы ұйықтар алдында тамақтанатындықтарын атап айтты. Сұрастырылған оқушылардың барлығы тең көлемде түскі ас пен кешкі асты ең тойымды ас ретінде қабылдайтындығы анықталды.

2. Көбірек тамақтану тәртібін қыз балалар бұзып, сабаққа тамақтанбай кетіп және мектепте ыстық тағаммен емес, тек тіскебасар ретінде құрғақ тамақты қабылдайтындығы туралы деректер алынды.

3. Ауылда тұратын балалардың көбі тамақтану тәртібін сақтайтындығы, олардың 3-4 сағат сайын ауқаттанатындығы, сирек оқуға тамақтанбай кететіні және соңғы тамақтануы ұйқыға кетер алдында 2-3 сағат бұрын екені, ең тойымды тамақтары түскі ас екені анықталды.

4. Жасөспірімдердің тамақтануы үйлесімдіге жақын деп айтуға болады. Сонымен, тәуліктік тағам рационының көп бөлігін ет және ет өнімдері (27,6%), дәл сондай көлемде көкіністер мен жеміс-жидектер (26,5%) және нан-бөлке мен жармалық өнімдер (25,7%) құрайтындығы анықталды. Көңіл толтыратын жағдай, мектеп оқушыларының тағам рационында балық және балық өнімдері (9,7%) бар екендігі. Өскелең ағза үшін қажет сүт және сүт өнімдері тағам рационда болғанымен 8,1% ғана

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

құрады.

5. Алиментарлы-тәуелді аурулар белгілері ішінде тәбет төмендеуі (респонденттердің жартысынан көбінде), және жартысына жуығында асқазан ішек ауруларының патологиясы(21,4%) бар екені анықталды. Сонымен қатар жасөспірімдерде балтыр бұлшық ет ауырсынуы - 44,6%, қызыл иектің қанағыштығы- 43,3%, мазасыздық пен ұйқының нашарлығы- 43,1% белгілері бар екендігі анықталды. Оқушылардың үштен бірінде байқалды: тері құрғақтығы мен тырнақ сынғыштығы – 33,5%, жүрек айну – 33,1%, көз конъютивасының бозғылттығы– 33,1%. Осы белгілердің барлығы ағзаға қажет негізгі

тағамдық заттар, витаминдер мен минералдардың тапшылығы бар екендігінен хабардар етеді.

6. 91,6% мектеп оқушылары өздерінің денсаулығын жақсы және қанағатанарлық деп бағалайды, бірақ та олар ағзадағы жүйелер мен мүшелер тарапынан ауруларының бар жоқтығын ескермейді.

7. 100% респонденттердің 1/4 ғана өздерінде қандай да бір патологиялардың бар жоқтығынан хабардар.

8. Сауалнамаға қатысқандардың жартысына жуығында алиментарлы тәуелді жұқпалы емес аурулардың туындау қаупі бар екені анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Сохиев А.В., Минаев Б.Д. Гигиеническая оценка питания школьников в общеобразовательных учреждениях города Ставрополя с учетом технологий приготовления пищи // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – Б. 26-31

2. Бурцева Т.И., Скальная М.Г., Малышева Н.В., Бурлуцкая О.И., Фролова О.О. Гигиеническая оценка индивидуальных рационов питания школьников Оренбургской области//Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. – 2011. - № 6. – Б. 42-45

3. Багаева М.Х., Шамсудинова Х.М., Абубакарова Л.Э., Конькова М.Н. Гигиеническая оценка питания детей и подростков г.Саратова// Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). - 2015. - Том 5. - № 12. – Б.1669-

1670

4. Бердығалиев А.Б., Быкыбаева С.А., Бужикеева А.Б., Хасенова Г.Х., Чуенбекова А.Б. Гигиеническая характеристика содержания липидов в крови детей школьного возраста г. Алматы и Алматинской области//Здоровье и болезнь. – 2010. - № 2(87). – Б. 41-44

5. Бермагамбетова С.К., Каримов Т.К., Зиналиева А.Н., Нагметова А.Б., Ниязалина Л.У. Характеристика нутриционального статуса подростков Актюбинской области//Батыс Қазақстан медицина журналы. – 2015. - № 2 (46). – Материалы международной научно-практической конференции «Инновационные технологии охраны здоровья детей и репродуктивного здоровья. Актөбе, 28-29 мая 2015 г. - Б. 26-29.

РЕЗЮМЕ

С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, Т.К. КАРИМОВ, А.Н. ЗИНАЛИЕВА, Л.У. НИЯЗАЛИНА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актөбе

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ

Из общего числа факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье подростков, приоритетными являются школьный фактор и нарушение правил питания. Изучив состояние питания школьников в возрасте 11-17 лет, проживающих в г. Актау и Мангистауской области было отмечено, что питание школьников не рациональное, хотя и приближено к сбалансированному.

SUMMARY

S. BERMAGAMBETOVA, T. KARIMOV, A. ZINALIYEVA, L. NIYAZALINA

Marat Ospanov West Kazakhstan State Medical University, Aktobe

THE HYGIENIC ESTIMATION OF NUTRIOTINAL STATUS OF TEENAGERS

The hygienic estimation of nutritional status of teenagers school factors and voilation of the diet are the

most factors that impact on teenagers negatively. Examining pupils aged 11-17 shows that residents in Aktau and Mangistau region are approximately have irrational diet although being balanced.



УДК: 613.63/64(574):615.874

КЕРИМКУЛОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АБДУЛДАЕВА А.А., МУСИНА А.А.
АО «Медицинский университет Астана»

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ СТРОИТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

Аннотация

В статье рассматривается текущее состояние фактического питания рабочих строительной отрасли и вопросы по организации профилактического питания согласно вредным условиям труда. Указаны основные факторы, определяющие нутриентную потребность у работников тяжелого труда, выделены основные направления по усовершенствованию организации питания строителей.

Ключевые слова: рабочие строительной отрасли, энергозатрат, рацион питания, фактическое питание, организация профилактического питания.

Введение. Приоритетным направлением гигиенической науки на современном этапе является изучение фактического питания отдельных групп населения, оценка причинно-следственных связей между питанием и состоянием здоровья, обоснование и реализация практических мероприятий по рационализации питания [1,2].

Здоровье трудоспособного населения во многом определяет экономический успех и потому является приоритетным в политике государства. В Послании народу Казахстана «Нұрлыжол» президент Н.А. Назарбаев обозначил масштабные планы инфраструктурного развития страны за счет привлечения средств Национального Фонда, инвестиций Международных финансовых организаций, а также инвестиционного

финансирования другими крупными игроками рынка. В условиях такой беспрецедентной поддержки строительная индустрия, безусловно, получит мощный импульс к развитию[3]. Экономические успехи страны за годы независимости обеспечили подъем строительной отрасли и создали рабочие места для 9,1% трудоспособного населения[4]. В 2010–2012 годах отмечался небольшой рост производства предприятий строительной отрасли. На начало 2013 года в республике работало 189 крупных (более 250 работников), 739 средних (более 50 работников) и 23 тыс. малых строительных предприятий [5,6]. Число малых предприятий с 2009–2010 годов снижается вместе с укреплением на рынке крупных строительных компаний. По удельному весу объемы выполняемых строительных работ малых предприятий и индивидуальных строителей постоянны или снижены, зато наблюдается рост доли рынка крупных компаний. Число занятых в строительной отрасли даже в условиях трудностей, испытываемых экономикой в 2008–2009 годах, неуклонно повышалось.

Численность рабочих крупных и средних предприятий сохранилась почти неизменной – немногим более 200 тыс. человек. Соответственно, рост числа занятых произошел за счет малых предприятий и самозанятых в данной сфере. Крупные компании сохранили свой кадровый потенциал, что является хорошей основой для будущего роста.

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Появилась потребность в больших объемах строительства в северных регионах, увеличилась скорость возведения зданий, расширилось использование нового оборудования на строительных площадках. В то же время, согласно классификации, труд рабочих строительной области продолжает считаться тяжелым и соответствует 4-5 классу. Исходя из результатов исследования специалистов информационно-исследовательского центра страховой компании Kompetenz, проведенного на основании данных за 2014 год, по показателям производственного травматизма строительная отрасль в Казахстане заняла второе место, уступив лишь горнодобывающему сектору [7]. Представители строительных профессий - бетонщики, сварщики, маляры-штукатуры - становились жертвами в 16% зарегистрированных несчастных случаях. На конец года уполномоченные органы зафиксировали в секторе строительства 407 происшествий, из которых 94 закончились летальным исходом. Решению этой проблемы уделено большое внимание в рамках реализации государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2020 годы. Программа предусматривает снижение отрицательного воздействия окружающей производственной среды на здоровье населения, а также мотивирует работодателей к тому, чтобы работники вели здоровый образ жизни. Совместно с социальными партнерами разрабатывается Комплексный план по обеспечению безопасности охраны труда, который предусматривает разработку и реализацию превентивных мероприятий по сохранению жизни и здоровья работников, включая меры профилактики, раннего выявления профессиональных заболеваний и внедрения механизмов управления профессиональными рисками в повседневную и производственную практику [8].

Таким образом, важное значение приобретает научно обоснованная организация питания лечебно-профилактической направленности, основанная на учете энергозатрат, состояния здоровья, профессиональных факторов, климато-географических особенностей, экологического состояния среды обитания и др. [9, 10]. Организация питания занимает важное место среди профилактических мероприятий для оптимизации здоровья и снижения, производственно обусловленных заболеваний строителей. [11,12]. В этой ситуации изучение фактического питания имеет многоцелевую направленность, большую социально-гигиеническую и эко-

номическую значимость, так как в конечном итоге патология алиментарного происхождения способствует снижению работоспособности и продолжительности жизни человека [13,14].

За последние 20 лет произошли существенные преобразования в нормативно-правовых актах, регулирующих деятельность строительных предприятий на фоне увеличения объемов работ и финансирования мероприятий по улучшению условий труда. Работающие обеспечиваются горячим питанием. Содержание и эксплуатация столовых предусматривается в соответствии с документами государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования. Допускается организация питания путем доставки пищи из базовой столовой к месту работ с раздачей и приемом пищи в специально выделенном помещении. [15,16] На специально выделенное помещение и раздаточный пункт оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение в соответствии с документами государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования [17,18].

Однако, такие подходы к организации питания не рассматривают его как фактор сохранения и укрепления здоровья, а лишь наделяют его функцией обеспечения энергозатрат. При тщательном изучении фактического питания выясняется отсутствие лечебно-профилактической направленности в составлении рациона, а между тем во вредных условиях производства строительной отрасли нутриентный состав должен возмещать возможный ущерб здоровью строителей. Качественный состав меню-раскладки должен разрабатываться на основе концепции обоснования функционального питания, направленной как на охрану внутренней среды работника, так и на повышение общей сопротивляемости организма неблагоприятному воздействию условий среды обитания и профессиональной деятельности [19,20].

Согласно «Научной концепции функционального питания в Европе» продукты питания относятся к функциональным в том случае, если имеется возможность продемонстрировать их позитивный эффект на ту или иную ключевую функцию человека помимо традиционных питательных эффектов [20,21]. Для системы охраны здоровья рабочих строительной отрасли функциональные пищевые продукты призваны обеспечить алиментарный уровень регуляции антиоксидантной, иммунной и гомеостатической функций организма в условиях воздействия

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

экологических и профессиональных рисков.

Функциональными можно считать натуральные или искусственные продукты, которые в результате применения одного или комбинации вышеуказанных технологических приемов приобретают способность сохранять и улучшать физическое и психическое здоровье человека, снижать риск заболеваний. Функциональные продукты имеют позитивный эффект на ту или иную ключевую функцию организма человека. При этом эффект оценивается на основании анализа наиболее информативных показателей: адаптивные изменения в организме женщины во время беременности, рост и развитие ребенка, в организме взрослого человека – масса тела и его состав, липидный профиль, уровень гомоцистеина, глюкозы, инсулина, показатели артериального давления, плотность костной ткани, частота стула, адаптация к физическим нагрузкам. Оценивают также состояние иммунной системы, аппетит, интеллектуальные функции, настроение, стрессоустойчивость [24,25].

Существуют различные подходы к выбору функциональных продуктов, тем не менее многие исследователи отмечают основные критерии конкурентного потенциала такие как показатели качества, функциональные свойства, органолептические показатели, пищевая ценность [26,27]. Главным критерием являются показатели безопасности, то есть допустимые уровни содержания отдельных веществ. Функциональные свойства характеризуются наличием физиологически функциональных ингредиентов в продукте от 10 до 50% от рекомендуемой нормы потребления. Многие авторы рекомендуют оценивать функциональные продукты по бальной системе, наиболее удобной принято считать 9-бальную систему оценки, которая позволяет объективно выявить признаки несбалансированности питания [28,29].

Согласно различным исследованиям энергетическая ценность питания часто оказывается нормальной или даже выше физиологических норм. Однако такая энергетическая потребность обеспечивается за счет легкоусвояемых углеводов и жиров растительного происхождения. При этом оно остается неоптимальным по ряду макро- и микронутриентов, которое проявляется в основном недостаточностью незаменимых аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, дефицитом витаминов и микроэлементов. Авторы приводят клинико-физиологические проявления такого рода несбалансированности в виде болей в икроножных

мышцах, кровоточивости и рыхлости десен, общей слабостью, вялостью, апатией и другими [30,31].

Отмечено, что рациональное питание является базой, которую необходимо корректировать с учетом особенностей производства. Разработка мероприятий по организации профилактического рациона питания рабочих строительной отрасли должна проводиться после изучения условий труда, возрастного и стажевого состава работников.

Также необходимо провести анализ заболеваемости и данных профилактических медицинских осмотров. Согласно рекомендациям, разработанным в Республика Казахстан, особое внимание должно уделяться работникам молодого возраста поскольку тяжелый характер труда может повлиять на течение нормальных физиологических процессов в переходном периоде. Удельный вес белка должен составлять 60%, со значительным преобладанием животного белка. Учитывая значительные обменные процессы в мышечной ткани, люди физического труда нуждаются в высоких белковых нормах. Потребление жира также должно быть высоким, и увеличиваться прямо пропорционально физическим нагрузкам. Тяжелый труд приводит к значительному расходу жира и ограничению образования в организме жира из углеводов [32,33].

При анализе условий труда рабочих строительной отрасли авторы однозначно отмечают взаимосвязь вредных производственных факторов и несбалансированного питания на состояние их здоровья. На строительных площадках занято большое число рабочих различных специальностей, каждая из которых имеет свои особенности. В то же время, подавляющее большинство строительных специальностей имеет ряд общих черт. Следует учитывать, что строительные работы в настоящее время не носят, как прежде, сезонного характера, а проводятся в течение всего года [34,35]. Строители работают в любых условиях, как при благоприятной погоде, так и при воздействии различных метеорологических факторов (холода, жары, ветра, осадков), зависящих от времени года и конкретных условий строительной площадки [36,37].

Отсутствие постоянных рабочих мест, защищенных от неблагоприятного воздействия внешней среды, не позволяет обеспечить нормальные метеорологические условия, что вызывает необходимость разработки рациональных режимов труда и отдыха по отдельным климатическим зонам. Строительным рабочим нередко приходится работать в

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

стесненных условиях, на временных подмостках и лесах, на относительно большой высоте или в сырых котлованах и траншеях. Меняя рабочее место, они постепенно перемещаются по территории строительного участка или по самому строительному объекту в зависимости от хода работ [38].

Тяжелый режим труда не только снижает энергозатраты организма, но и требует длительных мышечных сокращений, усиления деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем, повышенного газообмена. Данные процессы проходят при повышенном обмене белков и жиров, которые недостаточно представлены в рационе питания.

Работа в северных регионах является многокомпонентным экстремальным фактором, требующим существенной социальной и метаболической адаптации, что оказывает разностороннее влияние на организм человека, вызывая ряд изменений обмена веществ и функциональной активности всех его систем, равно как и изменяет потребность организма

в энергии, пищевых и биологически активных компонентах пищи [39,40,41].

Кроме неблагоприятных климатических факторов, на строителей действуют специфические химические, физические и другие факторы производственной среды. Хронический недостаток основных питательных веществ оказывает негативное влияние на основной обмен, иммунитет, а впоследствии и на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни человека.

Таким образом, учитывая такое многообразие неблагоприятных факторов, следует расставить их приоритетность для каждой строительной специальности. Оптимизация питания работников строительной отрасли является методом повышения эффективности управления трудовыми ресурсами и производительности труда. Его разработка предполагает поиск соответствия между реальными потребностями и фактическим питанием работников строительной области, а также коррекцию в донологическом состоянии их организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Реализация концепции государственной политики здорового питания населения России: научное обеспечение / В.А. Тутельян, В.А. Княжев // Вопросы питания. - 2000. - Том 69, № 3. - С. 4-7
2. Влияние состояния окружающей среды на здоровье населения. Нерешенные проблемы и задачи / Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария. - 2003. - № 1. - С. 3-10.
3. Послание «Нурлыжол»
4. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан О ситуации на рынке труда в Республике Казахстан № 41-08/ 405 10 ноября 2015 года
5. Сайт министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Основные показатели рынка труда в Республики Казахстан на 1 июля 2015 года. www.mzsr.kz
6. Материалы первого Евразийского Конгресса строительной отрасли. www.ecic.kz
7. Информационно-исследовательский центр страховой компании Kompetenz. www.kompetenz.kz
8. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2020 годы
9. Беляев Е.Н. Мониторинг питания и качество пищевых продуктов в системе социально-гигиенического мониторинга в Российской Федерации. /Е.Н.Беляев// Гигиена питания. 2006 - №3. - С.3-8.
10. Andreev E. McKee M. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. Institute of Economic Forecasting, 2007. Moscow, Russian Federation.
11. Профессиональные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика: справочник /под ред. Н.А. Скульян. – Минск, 2003. – 336 с
12. Стародубов, В.И. Сохранение здоровья работающего населения /В.И. Стародубов // Медицина труда и пром. экология. – 2005. – № 1. – С. 1-8
13. Истомин, А.В. Проблема оптимизации лечебно-профилактического питания у рабочих промышленных отраслей //Вестн. Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2007. – № 2 (прил.). –с. 74-75.
14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1458
15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 сентября 2009 года № 1415
16. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 28 февраля 2015 года № 177

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕСІ

17. Ахметов В. М. Динамика профессиональной заболеваемости в нефтяной, нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности за 40 лет / В.М.Ахметов// Медицина труда и промышленная экология. -2002-№5.-С. 9-12
18. Б.М.Степанов. Анализ нормативно-правовых актов, содержащих государственные нормативные требования охраны труда 2002-2007 гг/ Охрана труда//№6(18)-2007-с.7-10
19. Доценко В.А. Теоретические и практические проблемы питания здорового и больного человека./В.А.Доценко// Вопросы питания. -№36. 2004 - С.36-39.
20. Scientific concepts of functional foods in Europe. Consensus document. The British Journal of Nutrition 81(Suppl 1): S1–27. Roberfroid, M.B. 2000.
21. Доценко В.А. Теоретические и практические проблемы лечебно профилактического питания. /В.А.Доценко//Современные проблемы лечебно - профилактического питания и биохимические механизмы его защитного действия. - СПб.: СПбГМА, 2003. - С.3-12
22. Волгарев М.Н. О нормах физиологических потребностей человека в пищевых веществах и энергии: ретроспективный анализ и перспективы развития. /М.Н.Волгарев// Вопросы питания. 2000 - №4. - С.3-7.
23. Cronin F.J. Reflections on food guides and guidance system.//Nutrition Today.-1998.-vol.33.-№5.-P. 186-188.
24. Василенко А.М. Комплементарная медицина: вопросы терминологии и классификации. /А.М. Василенко//Российский медицинский журнал №6-2014/с 7-12.
25. Кочеткова А.А., Тужилкин В.И. Функциональные пищевые продукты: некоторые технологические подробности в общем вопросе. / Пищевая промышленность. 2003. № 5. - с. 8-10.
26. Тихомирова Н.А. Технология продуктов функционального питания.- М., 000 «Франтэра», 2002.- 213с.
27. Cash, S., Beresford, S., Henderson, J., McTiernan, A., Xiao, L., Wang, C., Patrick, D., 2012. Dietary and physical activity behaviours related to obesity-specific quality of life and work productivity: baseline results from a worksite trial. Br. J. Nutr. 108, 1134–42.
28. Скальный, А. В. Экологофизиологические аспекты применения макро- и микроэлементов в восстановительной медицине / А. -В. Скальный, А. Т. Быков. Оренбург, 2003. - 198 с.
29. Никитюк, Д. Б. Применение антропометрического подхода в практической медицине: некоторые клинко-антропометрические параллели / Д. Б. Никитюк // Вопр. питания. 2007. - № 4. - С. 26-30.
30. Василевская, Л. С. Научные теории питания - основа здорового образа жизни / Л. С. Василевская // Здоровое питание: воспитание, образование, реклама: материалы Всерос. науч-практ. конф. -М., 2001. С. 35
31. Куатова Д. Современный портрет казахстанской промышленности/экономика и статистика 2/2014/с 16-20
32. Tyers, C., Sinclair, A., Cowling, M. and Gordon-Dseagu, C. 2007. Constructing better health: Final evaluation report. Health Saf. Executive
33. Bingham S.A. The dietary assessment of individuals: methods, accuracy, new techniques and recommendations.//Nutr.Abst.Rev. (Series A).-1987.-vol57. P.705-742.
34. Давыдова, Н. Н. Комплексный подход к оценке внутрисменных режимов труда на угольных шахтах Кузбасса / Н. Н. Давыдова // Медицина Кузбасса. 2005. - № 2. - С. 45-47.
35. Измеров, Н. Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 г.г.: пути и перспективы реализации / Н. Ф. Измеров // Медицина труда и пром. экология. 2008. - № 6. - С. 1-9.
36. Неинфекционные заболевания и пропаганда здорового образа жизни: краткий отчет по результатам работы семинара по политике в области общественного здравоохранения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2003. - № 6. - С. 3-10.
37. Денисова Т.Н. Оценка интенсивности труда на предприятиях строительной промышленности./ Академический вестник УралНИИПроект РААСН//2-2012//с85-90
38. Экономика и социология труда:учебник/ под ред.проф.А. я.Кибанова М.2007//с136-151
39. Вознюк Д.залог высокой производительности-охрана труда в строительстве.<http://fb.ru/article/2736>
40. Производительность труда и механизация строительных работ.www.stroyisdat.ru
41. Волкова Н.В. Проблемы обеспечения охраны труда в строительной отрасли. Интернет-журнал Науковедение/№1(14)-2013

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

РЕЗЮМЕ

КЕРИМКУЛОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АБДУЛДАЕВА А.А., МУСИНА А.А.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ СТРОИТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

В статье представлены основные проблемы профессионального риска обеспечения охраны труда, а также принципы защиты организма работников в строительной отрасли с помощью функционального профилактического питания. Представлено гигиеническое обоснование организации питания работников строительной отрасли Республики Казахстан, которые работают во вредных условиях труда. Это на основе оптимизации фактических пищевых рационов и соответствующего потребностям работников в условиях неблагоприятного действия факторов производственной среды.

ТҮЙІНДЕМЕ

КЕРІМКҰЛОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АБДУЛДАЕВА А.А., МУСИНА А.А.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҚҰРЫЛЫС САЛАСЫНДАҒЫ ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУ ЖӘНЕ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫНА ЗИЯНДЫ ЖҰМЫСТАРДЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Бұл мақалада құрылыс саласындағы жұмысшылардың профилактикалық тамақтанудың функциональдық көмегімен ағзаларын қорғау қағидалары және де еңбек жағдайын қорғау мен кәсіптік қауіп-қатерлері ұсынылған. Қазақстан Республикасындағы құрылыс саласындағы жұмысшылардың тамақтануын ұйымдастыруға, еңбек жағдайына зиян келтіру жұмыстарына гигиеналық негіздер ұсынылған. Мұнда өндірістік орта ықпалдарының әсерінен, қолайсыз жағдайлар салдарынан тиімді тамақтануды нақты оңтайландыру және жұмысшылардың қажеттілігін сәйкестендіру мәселелері қарастырылады.

SUMMARY

KERIMKULOVA S.ZH., SULEIMENOVA R.K., ABDULDAEVA A.A., MUSINA A.A.

HYGIENIC BASED OF OPTIMIZATION OF THE POWER OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN CONSTRUCTION INDUSTRY EMPLOYEES WORKING IN HAZARDOUS CONDITIONS

The paper presents the main problems of occupational risks of occupational safety and health, as well as the principles of protection of workers in the body construction industry using functional preventive nutrition. Represented hygienic substantiation of catering workers construction industry of Kazakhstan who work in hazardous working conditions. It is based on the optimization of the actual diets and meet the needs of workers in the conditions of adverse effects of industrial environmental factors.



УДК: 614:12-929;1/12

АЙТКЕНОВА А.Р., СЕКЕНОВА Р.К.
АО «Медицинский университет Астана»

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ГЛАУКОМЫ

Аннотация:

Глаукома продолжает оставаться одной из основных причин неизлечимой слепоты и инвалидности в мире. Офтальмологи единодушны в признании глаукомы медико-социальной проблемой. Наиболее эффективной профилактикой слепоты, а значит и инвалидности от глаукомы является ее ранняя диагностика. В Казахстане скрининговое исследование на глаукому лиц, старше 40 лет включено в Государственную программу развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг.

Ключевые слова: глаукома, скрининг, инвалидность

Актуальность темы. Глаукома продолжает оставаться одной из основных причин неизлечимой слепоты и инвалидности в мире. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире имеется около 105 млн. больных глаукомой трудоспособного возраста, а в Казахстане – около 40 тыс. человек. Глаукома в последние годы стала первой причиной неизлечимой слепоты в развитых странах (Нестеров А.П., 2000; Quigley H.A., 1996).

За последние десятилетия частота слепоты от глаукомы в Российской Федерации и других развитых странах устойчиво держится на уровне 14-15% от общего числа слепых и имеет дальнейшую тенденцию к повышению. Заболевание возникает у лиц, старше 40 лет и частота его с возрастом увеличивается, достигая 14,3% в возрастной группе 80 лет и старше (Нестеров А.П., 1995; Leydhecker W., 1977).

Глаукома занимает особое место в клинике глазных болезней. Офтальмологи единодушны в признании глаукомы медико-социальной проблемой. Она продолжает занимать первенствующую роль в развитии необратимой слепоты в популяции в возрастной группе старше 40 лет [1].

Известно, что в возрасте 70 лет и старше распространенность глаукомы увеличивается 3-8 раз, в возрасте 80 лет распространенность глаукомы равна 11% [2]. По данным многих авторов процент слабовидящих и слепых из-за глаукомы занимает одно из первых мест, составляя 14-15% от общего

числа людей с низким зрением [3].

По данным H. quigley, количество больных первичной открытоугольной глаукомой в мире к 2020 году вырастет с 60 млн. до 80 млн., а слепота от 8,4 млн. в 2010 увеличится до 11,2 млн. больных к 2020 г. [4]. Удельный вес глаукомы среди причин слепоты в Европе составляет 12%. К примеру, в настоящее время в Германии глаукома как причина слепоты занимает третье место, в Российской Федерации она занимает первое место среди причин слепоты и слабовидения-24% [1].

Количество слабовидящих и слепых во всем мире увеличивается с каждым годом, несмотря на выдающиеся достижения в плане диагностики и лечения во многих областях медицины. Риск слепоты в течение 20 лет в случае лечения при глаукоме составляет 54 % исходя из результатов многоцентрового исследования по глаукоме [5].

Основными причинами необратимой слепоты являются макулодистрофия, глаукома, диабетическая ретинопатия. В Республике Молдова глаукома, как причина первичной инвалидности вследствие офтальмопатии, занимает второе место после травм, составляя в процентном отношении 21% в 2009 г. и 24% в 2010 г. [6].

Из интервью с проф. Р. Хичгинсом «Европа под бременем глаукомы». Professor Roger Hitchings, FRCS FRCOphth is President of the European Glaucoma Society and Director of Research. *Development at Moorfields Eye Hospital, London, UK). В любой стране пациенты с глаукомой неоправданно слепнут. Это большая проблема здравоохранения и чтобы принести перемены в сложившуюся ситуацию необходимо предпринимать активные действия. Наиболее эффективной профилактикой слепоты, а значит и инвалидности от глаукомы является ее ранняя диагностика. Даже в таких развитых странах, как Англия, Германия, США и Япония в 50% случаев глаукома в начале своего развития не обнаруживается (Iwasaki A. et al., 2002; Tatemichi M. Et al., 2003).

В Казахстане скрининговое исследование на глаукому включено в Государственную программу развития здравоохранения «Саламатты Казахстан»

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

на 2011-2015 гг. [7]. На сегодняшний день в медицинских организациях (поликлиники) мужчины и женщины с возраста 40 лет проходят скрининговое исследование на предмет выявления глаукомы.

По данным «Мединформ» за период с 2009 по 2014 гг. наблюдается рост больных с впервые выявленной глаукомой (рис. 1).

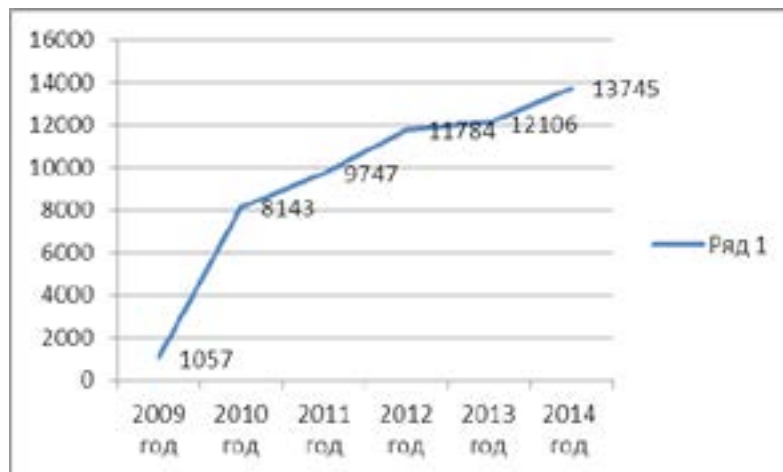


Рис. 1. Общее количество больных с впервые выявленной глаукомой с 2009 по 2014 гг. в Республике Казахстан.

По данным исследований и анализа казахстанских ученых «Казахский НИИ глазных болезней» (Ботабековой Т.К., Алдашевой Н.А., Дошакановой А.Б., Исламовой С.Е.) Программа скрининга на глаукому стартовала в 2011 г., за период с апреля 2011 г. по декабрь 2014 г. всего обследовано 7 150 423 чел., выявлено 20291 новых случаев глаукомы.

Проблема глаукомы — одна из самых сложных и спорных в офтальмологии. Глаукома на сегодняшний день остается важной проблемой как с медицинской, так и с социальной точки зрения. В связи с этим, изучение качества жизни у этой категории больных имеет важное значение в ходе решения вопросов диспансеризации и реабилитации.

В свете выше изложенного, вопросы организа-

ции ранней скрининговой диагностики, последующего полноценного диспансерного наблюдения и эффективного комплексного лечения больных глаукомой являются чрезвычайно актуальными для здравоохранения Республики Казахстан, что явилось предметом наших исследований.

Цель исследования: анализ эффективности скрининговых программ по выявлению глаукомы.

В ходе работы применялись: аналитический, социологический и статистический методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

Результаты социологического исследования скрининговой программы по выявлению глаукомы показали следующее:

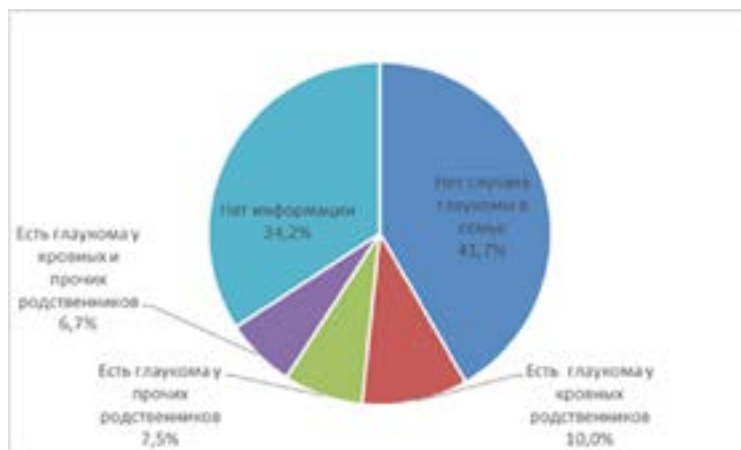


Рисунок 2- Наличие глаукомы в семье респондента.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Данные, представленные на рисунке 2, свидетельствуют о наличии глаукомы среди кровных родственников у 10% респондентов, в 7,5% - у не прямых родственников. Особо важно, что у 6,7% респондентов глаукома имелась в анамнезе как у прямых, так и прочих родственников. Все это свидетельствует о немалой роли наследственного фактора в возникновении глаукомы (Рис.2).

У 10,8% пациентов, страдающих глаукомой, имели различной степени выраженности миопию, в то время как 63,3% отметили ее отсутствие. Каждый четвертый респондент отметил отсутствие ин-

формации по данному вопросу (25,8%).

Подавляющее число респондентов (76,7%) отметили, что посещают врача поликлиники по поводу своего заболевания 1 раз в год, 15,8% - 2 раза в год. Доля пациентов, посещающих врача-окулиста 3 и более раз в год, совсем невелика (7,5%).

Лишь 14,2% респондентов отметили при опросе, что они регулярно принимают назначенные им лекарственные средства. В то же время подавляющее число больных (85,8%) принимают их не регулярно, что может привести к значительному ухудшению их состояния.

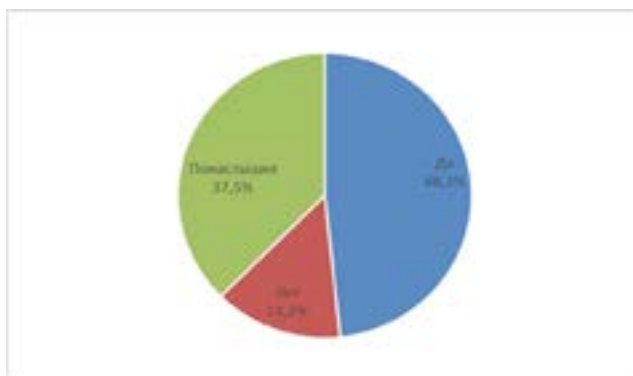


Рисунок 3-Уровень знаний респондентов о глаукоме.

Менее половины респондентов (48,3%) в достаточной степени осведомлены о глаукоме, как о заболевании, 37,5% знают о ней “понаслышке”, а 14,2% вообще не информированы о своем заболе-

вании. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости усиления санитарно-просветительной работы среди пациентов.

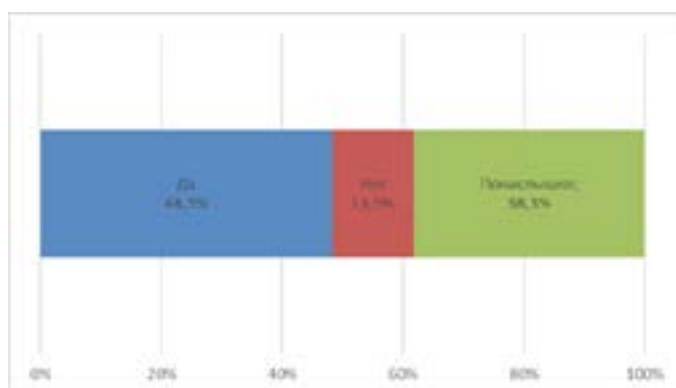


Рисунок 4 - Уровень знаний респондентов о скрининге на глаукому.

Большая часть респондентов (48,3%) отметили, что имеют представление о том, что представляет собой скрининг, несколько меньшая доля (38,3%) имеет смутное представление, в то время как 13,3% больных совершенно не осведомлены о скрининге.

Ответы пациентов разделились поровну с небольшим преобладанием мнения о том, что скрининг на глаукому является эффективным методом, позволяющим обнаружить заболевание в ранней

стадии (51,7% против 48,3%).

Изучение доступности лечения при глаукоме показало, что в целом большинству респондентов оно доступно. В частности, 14,9% отметили полную доступность, в то время как подавляющее большинство больных (74,4%) – частичную доступность. Важно отметить, что 10,7% больных отметили, что лечение для них недоступно.

Выявлено, что полностью удовлетворены 30,0%

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

респондентов, столько же больных удовлетворены лечением частично. Не полностью удовлетворены 23,3%, а 16,7% совсем не удовлетворены процессом лечения.

Среди обследованных нами пациентов врожденная глаукома была у каждого пятого (в

20,0% случаев). В то же время преобладала первичная глаукома, которая наблюдалась почти у каждого второго больного (46,7%). Наконец, вторичная глаукома отмечалась у каждого третьего пациента, составив 33,3%.

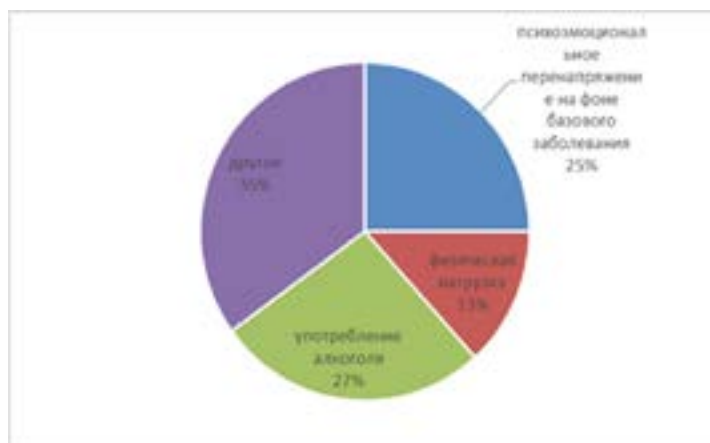


Рисунок 5- Факторы риска глаукомы (по данным экспертных оценок)

Наиболее существенным фактором риска является употребление алкоголя (27,0%).

Более половины респондентов (51,7%) обратились к врачу за медицинской помощью после проведенного скрининга. Обращение по собственной инициативе (самообращение) зафиксировано

в 28,3% случаев. Каждый пятый пациент (20,0%) был направлен к врачу-окулисту при лечении других заболеваний. Полученные данные еще раз подчеркивают важность и целесообразность проведения скрининга на глаукому.

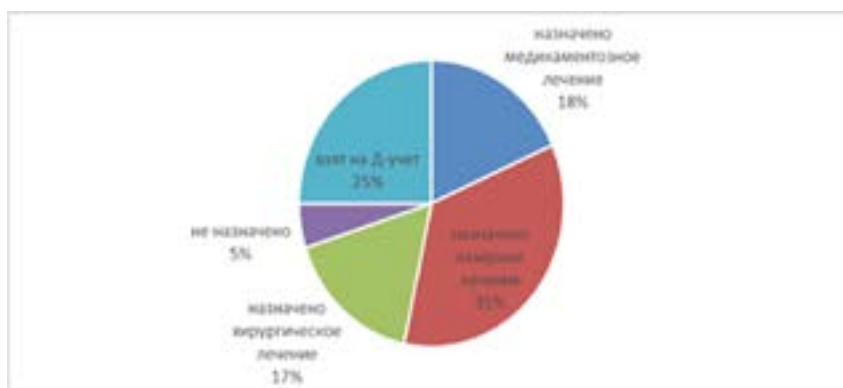


Рисунок 6. Анализ лечебных мероприятий, последовавших после первого обращения за медицинской помощью.

На диспансерный учет по поводу глаукомы был взят каждый четвертый обратившийся за медицинской помощью (25,0% пациентов).

Анализ регулярности мероприятий, последовавших после первого обращения за медицинской помощью, показал, что лишь 27,0% пациентов получали лечение регулярно, 35,0% лечились нерегулярно.

Известно, что важная роль в процессе лечения принадлежит реабилитационным мероприятиям. Проведение экспертной оценки позволило

определить, что 40,0% респондентов прошли медицинскую реабилитацию, 17,0% были охвачены социальной реабилитацией, а 12,0% - профессиональной реабилитацией. Как уже было отмечено выше, 25,0% больных были взяты на диспансерный учет по поводу глаукомы.

Выявлено, что почти у половины пациентов (45,0%) глаукома была выявлена с помощью тонометрии, 22,0% - с помощью исследования глазного дна, 20,0% - при помощи электронной тонографии. У небольшого числа пациентов (8,0%) заболевание

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

было обнаружено при помощи эластотонетрии и у 5,0% - при помощи тонометрии.

Заключение. Таким образом, проведенное социологическое исследование респондентов- больных глаукомой с осуществленной параллельно экспертной оценкой данных пациентов, позволило выявить множество факторов, характеризующим как самих пациентов, так и организацию лечебного процесса. Анализ результатов исследования показал, что массовое измерение внутриглазного давления недостаточно для борьбы с глаукомой.

Анализ полученных результатов и обзор литературы по эффективности скрининговых программ многих стран позволяет выработать следующие **практические рекомендации:**

Необходимо проведение обучения большого количества специалистов офтальмологов на местах (дистанционный метод обучения- регулярно проводить телелекции по актуальным вопросам офтальмологии, проводить селекторные совещания по результатам скрининга).

Проводить последипломное обучение врачей

общей практики с расширением программы офтальмологических разделов с изучением факторов риска и особенностей качества жизни больных глаукомой.

Проводить необходимый минимум обследования на глаукому:

тонометрию, компьютерную периметрию, офтальмоскопию с оценкой экскавации диска зрительного нерва, тонометрию аппаратом Icare - позволит повысить скорость обследования, охватить большее число пациентов.

Для повышения эффективности скрининга на этапе его планирования и организации целесообразно привлечение специалистов-глаукоматологов.

При первичном приеме проводить консультации врача-психотерапевта.

Пациентам с глаукомой обязательно следовать мерам (лечебным, профилактическим и реабилитационным), прописанным врачом-офтальмологом в листке самоменеджмента пациента, разработанного офтальмологом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность по зрению в населении России// Тез. Доклады-8-й съезд офтальмологов России, 2005.- С.78-79). 1).
2. gupta Neeru. Top-Ten of Canadian Glaucoma Society Meeting//International Glaucoma Review-2006-Vol.8-3 p.273).
3. Егоров У.А., Васина М.В. Внутриглазное давление и толщина роговицы// Глаукома -2006. №.2-с.34).
4. Quigley Y.A., Broman A.T. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020// British journal of Ophthalmology-2006-Vol.90. №.3-p.262-267).
5. Курьшева Н.И.. III-й всемирный конгресс по глаукоме (Бостон, США)// Глаукома-2010. №.2-С-62).
6. Maria Ciobanu. Анализ первичной инвалидности, вызванной офтальмологическими патологиями. Кишинев.2008-2010).
7. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы, глава 2.

ТҮЙІНДЕМЕ

ГЛАУКОМАНЫ АНЫҚТАУҒА АРНАЛҒАН СКРИНИНГТІК БАҒДАРЛАМА НЕГІЗІНДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСТАРЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ

Глаукома әлемдегі жазылмайтын соқырлық пен мүгедектіктің бір негізгі себептерімен жалғасын табады. Офтальмологтар глаукоманы бірауыздан медициналық-әлеуметтік проблема деп тапты. Соқырлықтың, сондай-ақ мүгедектіктің де, глаукоманың алдын алудың ең тиімділігі ерте диагностикалау болып табылады. Қазақстанда 2011-2015 жылдары «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтау саласындағы Мемлекеттік бағдарламаны дамыту бойынша глауком тұлғаларға скринингтік зерттеу 40 жастан жоғары енгізілген.

SUMMARY

RESULTS OF SOCIOLOGICAL STUDIES OF SCREENING PROGRAMS FOR DETECTION OF GLAUCOMA

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Glaucoma remains a leading cause of untreatable blindness and disability in the world . Ophthalmologists are unanimous in recognizing the glaucoma medical and social problem . The most effective prevention of blindness , and hence disability from glaucoma is its early diagnosis . In Kazakhstan, the screening test for glaucoma persons older than 40 years is included in the national health development program “Salamatty Kazakhstan “ for 2011-2015 .



УДК: 340.6:616-091.8:331.108

ИМАМБАЕВА Н.Е., КАРП Л.Л., ЖАКУПОВА Т.З.

АО «Медицинский университет Астана»

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ РК

Аннотация

Успешная работа любой системы требует эффективного управления человеческими ресурсами и в той же мере как показатели деятельности сектора здравоохранения во многом зависят от показателей деятельности работников здравоохранения [1].

Ключевые слова: кадровая обеспеченность, кадровые ресурсы, судебно-медицинские эксперты

Введение. Успешная реализация задач в области здравоохранения в значительной мере зависит от сохранения и развития кадрового потенциала в различных его отраслях, в том числе в судебно-медицинской службе [2].

Цель работы: обосновать необходимость совершенствования обеспеченности кадровыми ресурсами гистологических подразделений судебно-медицинской службы с учетом возросшего уровня трудоемкости судебно-гистологических экспертиз.

Материалы и методы. Обеспеченность медицинскими кадрами в системах здравоохранения

мира оценивается с использованием показателей численности населения, заболеваемости и т.д. Произвести оценку кадровой обеспеченности также можно с учетом норм нагрузки труда на специалистов и объема предоставляемых услуг. Состояние кадровой обеспеченности нами изучалось на основе анализа существующих утвержденных нормативов нагрузки и ежегодных сводных отчетов о деятельности территориальных судебно-гистологических подразделений (форма № 42). Проведенный анализ был выполнен в отношении судебно-медицинских экспертов-гистологов. При оценке кадровой обеспеченности оценивали количество занятых должностей и физических лиц, занимающих данные должности в отношении к нагрузочным показателям.

Результаты. Проведенный анализ показывает, что на начало 2015 года в судебно-гистологических подразделениях службы по штатному расписанию полагалось 54,75 штатных должностей врачебных кадров, число занятых - 45,5, показатель укомплектованности штатов составил 83,1%.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Рисунок 1 - Кадровая обеспеченность судебно-гистологических подразделений РК

Расчет нормативных нагрузок труда для экспертов-гистологов составляет производство 400 судебно-гистологических экспертиз или исследование 2800 объектов на 1 штатную должность [3].

По среднему показателю количества судебно-гистологических экспертиз за 5 лет нами определена потребность в штатных должностях судебно-гистологических подразделений (таблица 1).

Таблица 1.

Характеристика кадровых ресурсов гистологических подразделений судебно-медицинской службы РК

Филиалы	Среднее количество экспертиз за 5 лет	Потребность в штатных должностях	Обеспеченность штатными должностями
Астанинский	1462	3,75	3,0
Актюбинский	780	2,0	1,0
Алматинский	3276	8,0	7,0
Атырауский	298	0,75	1,0
В-Казахстанский	1566	4,0	3,0
Жамбылский	572	1,5	2,0
Жезказганский	454	1,5	1,0
З-Казахстанский	850	2,5	1,5
Карагандинский	2245	5,75	3,0
Кокшетауский	1341	3,5	3,0
Костанайский	1644	4,5	4,0
Кызылординский	357	1,0	1,0
Мангистауский	270	0,75	0,5
Павлодарский	1556	4,0	3,0
С-Казахстанский	1784	4,5	3,0
Семипалатинск	912	2,5	2,0
Талдыкорганский	1259	3,5	3,0

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ю-Казахстанский	1525	4,0	3,0
Итого	22151	58,0	45,0

Из таблицы видно, что при данном объеме выполненной работы, с учетом нормативов нагрузки, имеет место несоответствие между обеспеченностью кадровыми ресурсами и потребностью в них.

Необходимо отметить, что согласно Инструкции эксперты-танатологи производят забор объектов для судебно-гистологического исследования в 100% случаев аутопсий [4]. Часть от общего количества случаев не требует гистологического подтверждения и направляется в так называемый архив вещественных доказательств в законсервированном виде. Другая часть, которая по общему мнению судебно-экспертного со-

общества составляет не менее 80%, должна быть гистологически подтверждена. Если учесть, что за 2012 год было произведено 35170 судебно-медицинских исследований трупов (по данным ежегодных отчетов), то количество судебно-гистологических исследований должно быть 28136, по данным же отчетов – 22838, то есть на сегодняшний день гистологическому исследованию подвергается 60-65% случаев аутопсий. Для наглядности в таблице 2 представлен гистологический охват (соотношение гистологически исследованных к общему числу вскрытий в %).

Таблица 2.

Статистика количества исследованных трупов и гистологических исследований в РК за 2012 год

№№ п/п	филиалы	количество вскрытий	количество гистологич. исследований	направлено в архив	процент гистологических исследований
1	Алматинский	4825	2938	1887	40
2	Астанинский	1720	1405	284	82
3	Атырауский	529	342	152	65
4	Актюбинский	1420	829	570	58
5	Восточно-Казахстанский	3256	1820	1436	56
6	Жамбылский	1526	254	1234	17
7	Жезказганский	550	468	82	85
8	Западно-Казахстанский	1228	815	413	66
9	Карагандинский	3997	2580	1408	64
10	Кызылординский	476	377	87	79
11	Кокшетауский	1882	1240	503	66
12	Костанайский	3532	1740	1792	49
13	Мангыстауский	397	251	146	63
14	Павлодарский	2602	1880	722	72
15	Семейский	1472	1111	317	75
16	Северо-Казахстанский	2067	1857	205	89
17	Талдыкорганский	1220	1275	-	104
18	Южно-Казахстанский	2471	1656	707	67
	ИТОГО	35170	22838	11945	67

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Из таблицы видно, что 80% и более охват гистологическими исследованиями имеет место лишь в Астанинском, Жезказганском, Кызылординском, Северо-Казахстанском и Талдыкорганском филиалах. При подсчете количества штатных должностей экспертов-гистологов при должном объеме гистологических исследований (80% от количества вскрытий) необходимо 70,5 единиц (при имеющемся 57,75

должностей в штатном расписании).

Кроме того, проведен анализ динамики среднего количества экспертиз и среднего количества объектов в судебно-гистологических подразделениях за 5 лет.

Динамика средних показателей количества судебно-гистологических экспертиз по Казахстану, выполненных в 2009-2013 гг., наглядно представлена на рисунке 2.

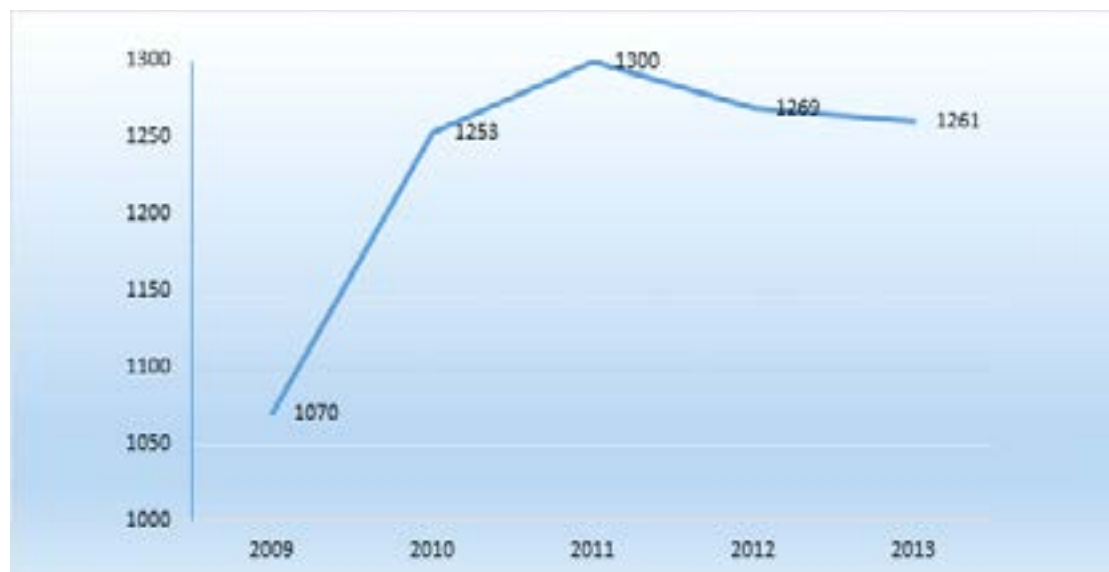


Рисунок 2 - Динамика средних показателей количества судебно-гистологических экспертиз по Казахстану, выполненных в 2009-2013 гг.

Из рисунка 2 видно, что до 2011 года количество судебно-гистологических экспертиз неуклонно возрастало, а с 2011 года имеет место незначительный спад производства экспертиз.

Наряду с количеством произведенных экспертиз, показатель, характеризующий объем работы - это объекты исследования. Под объектом в судебно-гистологических исследованиях принято

принимать один образец (фрагмент) ткани или органа, присланного на исследование [4]. В среднем, при одной экспертизе исследуется 7 объектов (400 экспертиз или 2800 объектов). Однако по таблице можно проследить, что количество объектов в одной экспертизе с каждым годом возрастает (таблица 3).

Таблица 3.

Нагрузка на экспертов-гистологов по количеству объектов исследования

	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Количество экспертиз	19269	22556	23397	22838	22692
Количество объектов (блоков)	135335	159914	184664	178789	198110
Количество объектов в одной экспертизе	7,0	7,1	8,0	7,8	8,7

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На рисунке 3 графически представлена динамика средних показателей исследованных объектов по РК за 2009-2013 гг.

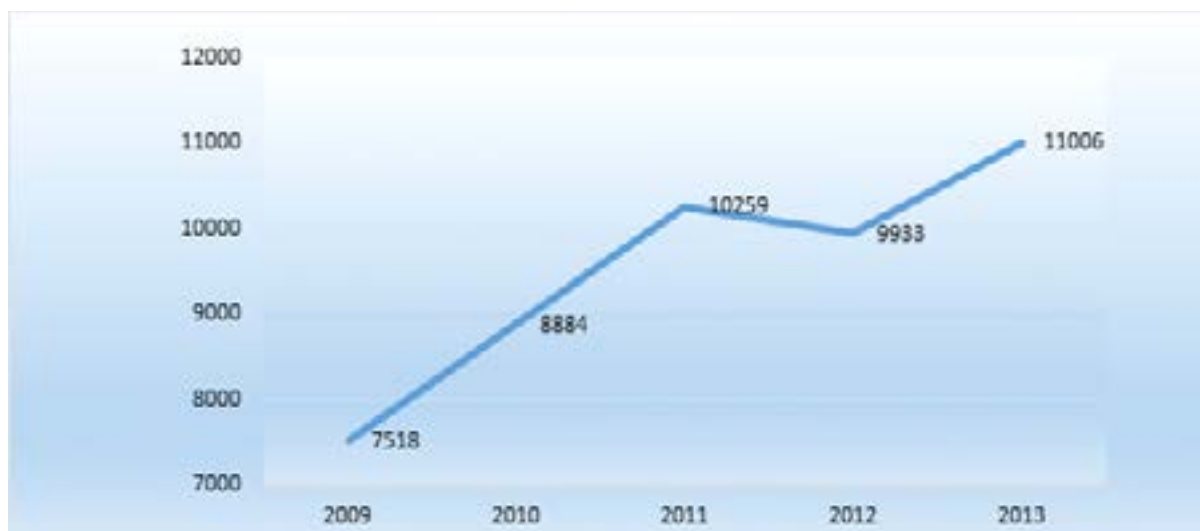


Рисунок 3 - Динамика средних показателей исследованных объектов по РК за 2009-2013 гг.

Динамика объема исследованных объектов зависит от количества проведенных экспертиз. Но, как видно из рисунка 4, такая связь прослеживается не всегда. В нашем случае имеет место возрастание количества объектов при снижении количества экспертиз, то есть возрастает показатель трудоемкости судебно-гистологических экспертиз.

Выводы. На сегодняшний день при 85% укомплектованности штатов, экспертами-гистологами выполняется (а в некоторых филиалах перевыполняется) нагрузка труда, составляющая 400 экспертиз или 2800 объектов на 1 штатную должность. При этом гистологический

охват составляет в среднем по всем филиалам 60-65%. При производстве должного объема гистологических экспертиз в судебно-гистологических подразделениях (не менее 80% от количества вскрытий), возникнет проблема нехватки штатных должностей в штатных расписаниях. Кроме того, возрос показатель трудоемкости судебно-гистологических экспертиз, вследствие увеличения количества объектов в одной экспертизе. Таким образом, прежний норматив нагрузки на сегодняшний день не оправдывает себя. Необходимо оптимизировать кадровую политику с учетом возросшего уровня трудоемкости судебно-гистологических экспертиз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bossert, ВОЗ, «Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения» 2009

2. Новоселов В.П., Книппенберг Ю.В. Оценка качества жизни врачей бюро судебно-медицинской экспертизы. – Сибирский медицинский журнал. - 2009, №4. –С.64-65.

3. Приказ Министра здравоохранения

Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

4. Инструкция по организации и производству судебно-медицинской экспертизы, утвержденная Приказом №368 Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2010 года, раздел 5, гл.18, п.147.

ТҮЙІНДЕМЕ

ИМАМБАЕВА Н.Е., КАРП Л.Л., ЖАҚЫПОВА Т.З.

ҚР СОТ-МЕДИЦИНАСЫ ҚЫЗМЕТІНІҢ СОТ-ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ БӨЛІМШЕСІНІҢ КАДР РЕСУРСТАРЫМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛУІ

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Қазіргі таңда сот-гистологиялық сараптамаларының еңбек сыйымдылығының арту деңгейін есепке ала отырып, сот-медициналық қызметінің гистологиялық бөлімшелеріндегі кадрлық ресурстарды жетілдіру қажеттілігі туындайды. Сараптамалардың тиісті деңгейін өндіру кезінде (өлікті сою санынан кем дегенде 80%) штаттық лауазымдардың жетіспеушілігі пайда болады. Бір сараптамада объектілердің саны артқанына байланысты сот-гистологиялық сараптамаларының еңбек сыйымдылығы көрсеткіші өсті. Сараптамалардың еңбек сыйымдылығының арту деңгейін есепке ала отырып, кадрлық саясатты оңтайландыру қажет.

SUMMARY

IMAMBAYEVA N.E., KARP L.L., ZHAKUPOVA T.Z.

AVAILABILITY OF HUMAN RESOURCES OF FORENSIC HISTOLOGICAL DEPARTMENTS OF THE FORENSIC MEDICAL SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

To date, there is a need to improve human resources of histological divisions of forensic services, taking into account the increased level of complexity of forensic histological examinations. When producing the proper amount of expertise (not less than 80% of the number of autopsies), there will be a shortage of staff positions. Complexity indicator of forensic histological examinations has increased due to the increase in the number of objects in a single examination. It is necessary to optimize the human resources policy taking into account the increased level of complexity of expertise.



УДК 614.2:005.584.1 (574)

САУСАКОВА С.Б., САРЫМСАКОВА Б.Е.

АО «Медицинский университет Астана»

АККРЕДИТАЦИЯ ЭТИЧЕСКИХ КОМИССИЙ, ПРОВОДЯЩИХ ЭКСПЕРТИЗУ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Аннотация. Этическая экспертиза и одобрение этических комиссий являются основой научных исследований с участием людей. Однако это - всего лишь одна часть целого процесса управления исследованиями, направленного на обеспечение защиты участников исследований. Элементы управления исследованиями с участием людей должны также включать постоянный контроль комиссий по этике исследований. Аккредитация – всемирно признанный процесс контроля, который направлен на улучшение качества этики и работы этических комиссий.

Ключевые слова: этические комиссии, этическая экспертиза, научные исследования, система

надзора, аккредитация.

В настоящее время в Казахстане проводится реформирование медицинской науки и образования, что позволяет надеяться на повышение качества проводимых научных исследований и подготовки научно-педагогических кадров. Согласно международным стандартам проведения научных исследований, все медико-биологические эксперименты и клинические исследования с участием человека должны соответствовать этическим принципам и нормам, предусматривающим защиту прав, безопасности и здоровья участников исследований [28-29].

В связи с этим встает вопрос об

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

обязательности этических критериев в науке и создания системы этической экспертизы. Для проведения качественной этической экспертизы предусмотрено создание системы этической экспертизы, основой которой являются этические комиссии (ЭК) [31-36].

Принципы управления исследованием – это процессы, используемые учреждениями с целью гарантии ответственности за исследования, проводимые под их руководством.

Этическая экспертиза и утверждение исследовательских проектов ЭК – это лишь первая

часть всего процесса управления исследованием, целью которого должно быть обеспечение защиты участников-людей.

Элементы управления исследованиями с участием людей на человеке должны также включать постоянный контроль ЭК [12-15,17].

Имеются следующие системы по надзору ЭК в следующих странах [27]:

- Внесистемная;
- Регистрация;
- Аккредитация.

Таблица 1.

Внесистемный надзор [9-10]

Внесистемная	
Канада	
<ul style="list-style-type: none"> ● Децентрализованное управление исследованиями на людях (без законодательства, национальной политики, органов надзора, годовой отчетности, посещения объектов экспертами) ● Медицинские препараты и приборы находятся под руководством федерального регулятивного органа (Министерства здравоохранения Канады) 	

Таблица 2.

Регистрация этических комиссий.

Регистрация	
Бельгия	
Этические стандарты	Закон в отношении проведения экспериментов на людях является национальным стандартом
Органы управления	<ul style="list-style-type: none"> ● Бельгийский консультативный комитет по биоэтике функционирует на консультационной основе ● Федеральное агентство по медицинским препаратам и товарам медицинского назначения несет ответственность за регулирование направленности проведения клинических исследований
Система надзора	<ul style="list-style-type: none"> ● СТs проверяются лишь признанными КЭ ● Контроль (годовой отчет и предварительное утверждение)
Инструментарий	Отсутствуют

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 3.

Регистрация этических комиссий.

Регистрация	
Нидерланды	
Этические стандарты	Акт в отношении проведения медицинских исследований на людях является национальным стандартом, также регулирует применение медицинских препаратов и приборов
Органы управления	<ul style="list-style-type: none"> ● Центральный комитет выполняет функцию органа надзора и оценки ● Совет по оценке медицинских препаратов оценивает и контролирует эффективность риски и качество медицинских препаратов для людей и животных
Система надзора	<ul style="list-style-type: none"> ● СТs проверяются лишь признанными КЭ ● Утверждение предоставляется лишь со стороны Центрального комитета по исследованиям на людях ● Контроль (годовой отчет, надзоры по факту нарушения со норм, сторонняя экспертная оценка)
Инструментарий	Программа обучения

Таблица 4.

Аккредитация этических комиссий [7,8].

Аккредитация	
Новая Зеландия и Австралия	
Этические стандарты	<ul style="list-style-type: none"> ● Национальное законодательство в сфере здравоохранения ● Национальное законодательство в области медицинских препаратов и приборов ● Национальная политика по проведению исследований на людях
Органы управления	<ul style="list-style-type: none"> ● Национальный орган управления ● Центральный регулятивный орган по медицинским препаратам и приборам
Система надзора	<ul style="list-style-type: none"> ● Регистрация и сертификация для СТs ● Контроль (годовой отчет и повторное утверждение) ● Единая система анализа и многоцентрового исследования
Инструментарий	<ul style="list-style-type: none"> ● Электронный портал по исследованиям на человеке для предоставления заявок и отчетов онлайн ● Национальный реестр клинических исследований

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 5.

Аккредитация этических комиссий [11].

Аккредитация	
Великобритания	
Этические стандарты	<ul style="list-style-type: none"> ● Национальное законодательство в сфере здравоохранения ● Мероприятия по управлению Комитетами по этике в сфере проведения исследований национальной системы здравоохранения=политика Стандартные операционные процедуры
Органы управления	<ul style="list-style-type: none"> ● Администрация по исследованиям в области здравоохранения (АИОЗ) ● Агентство по контролю за качеством медицинских препаратов и продукции для СТs
Система надзора	<ul style="list-style-type: none"> ● Аккредитация для СТs ● Контроль (годовой отчет по контролю качества и посещению объекта)
Инструментарий	<ul style="list-style-type: none"> ● Интегрированная прикладная система исследования (IRAS) ● Национальный реестр клинических Исследований

В настоящее время всемирно признанным процессом контроля, который направлен на улучшение качества этики и работы ЭК является аккредитация. Целью аккредитации является помощь ЭК в анализе их деятельности и оценке ее результатов, а также обеспечение гарантии соответствия этической экспертизы планируемого исследования установленным стандартам в глазах общественности. Аккредитация призвана обеспечить основу для независимой деятельности ЭК в соответствии с установленным национальным законодательством, либо путем взаимной договоренности между аккредитующим учреждением и ЭК. Необходимая информация о результатах аккредитации должна быть доступна всем сторонам, проявляющим легитимный интерес к адекватной работе ЭК. Независимая оценка должна предоставить ЭК возможность получения консультаций [16,20-26].

Таким образом, целями аккредитации являются:

- 1) Полнота: охват всех исследований с участием людей;
- 2) Эффективная координация научно-исследовательского контроля: поощрение лидерства и приверженности на национальном уровне, усиление защиты участников исследований, избе-

жание путаницы среди ключевых лиц в отношении их ролей и обязанностей;

3) Хорошее управление на организационном уровне: обеспечение достаточными ресурсами, эффективные ЭК, эффективный мониторинг, организационные знания соответствующих правил, регулирующих исследования с участием людей, прозрачность и подотчетность;

4) Конфликт интересов: концентрация внимания на вопросы конфликта интересов (такие как, обзор ЭК, когда исследователи, которые являются руководителями или сотрудниками исследователей представляют протокол и им разрешается принимать участие в обсуждениях и/или голосованиях на ЭК);

5) Связанность между руководством и правилами этики научных исследований;

6) Постоянность и дублирование по рассмотрению этики;

7) Соответствующий опыт членов ЭК;

8) Соответствие практике надлежащей защиты участников.

Для внедрения аккредитации ЭК в области здравоохранения в Республике Казахстан предложены следующие неотъемлемые ключевые элементы и процессы аккредитации (таблица №6) [19].

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 6.

Процесс аккредитации: Ключевые элементы и процесс

Ключевые элементы	Процессы
на добровольной основе	<ul style="list-style-type: none"> ● исходит из желания организации совершенствовать свою деятельность и качество оказываемых услуг ● не предполагает регулирование курирующими органами;
Самооценка	<ul style="list-style-type: none"> ● первый шаг в оценивании деятельности и качества услуг организации в отношении стандартов
признанные стандарты	<ul style="list-style-type: none"> ● процессы, утвержденные организацией
экспертная оценка	<ul style="list-style-type: none"> ● самооценка производится экспертами, не проверяющими лицами, которых может назначить контролирующий орган ● письменный отчет о самостоятельной оценке, обычно производимый удаленно ● необходимые совершенствования доводятся до сведения организации
выездные осмотры	<ul style="list-style-type: none"> ● в случае удовлетворения экспертной оценкой на дистанционной основе, процесс продолжается выездным осмотром экспертами в целях сверки с письменным отчетом. Аккредитацию можно получить после выездного осмотра, либо могут быть затребованы какие-либо доработки
непрерывное развитие путем обучения	<ul style="list-style-type: none"> ● продолжительный процесс, в котором обучение проводится на базе организации с помощью стандартных процессов, направленных на повышение эффективности и качества.

Согласно предлагаемому механизму (рисунок №1) ЭК должен представлять в аккредитационный орган первоначальную заявку и ежегодные отчеты о составе и экспертной деятельности. Данный этап

регистрации в аккредитационном органе может быть обязательным или на добровольной основе и не требует выездных осмотров.

Рисунок 1.

Основные условия для обеспечения процедуры аккредитации ЭК.



ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аккредитация включает 3 этапа: самооценка, экспертная оценка и мониторинг деятельности аккредитованного ЭК. После завершения экспертная комиссия определяет один из следующих статусов:

- полная аккредитация (все условия аккредитации выполнены, присвоение статуса на 3-5 лет, необходима повторная подача заявки для поддержания статуса);

- условная аккредитация (почти все стандарты аккредитации выполнены, вопросы, требующие корректирующих действий являются незначительными административного характера, статус присваивается на 3 года, однако, если вопросы, требующие корректирующих мер решены до следующего трехгодичного визита сайта, экспертная комиссия после одобрения принятых мер может присудить полную аккредитацию на оставшуюся часть срок аккредитации);

- аккредитация на рассмотрении (критерии для полной или условной аккредитации не полностью выполнены, должен быть представлен план улучшения, возможен дополнительный визит места либо могут быть потребованы выполнения других действий, прежде чем определится итоговая аккредитация);

- отказ в аккредитации (значительное число стандартов аккредитации не выполнены, экспертная комиссия считает, что ЭК не может

взять на себя обязательство предпринять корректирующие действия или по иным причинам не удовлетворяют критерии для условной или полной аккредитации в разумные сроки, после отказа в аккредитации, повторное заявление может быть подано по своему усмотрению)[1-6].

Таким образом, в международной практике существует система обеспечения качества этической экспертизы, проводимой ЭК, основанная на оценке их деятельности в соответствии с принятыми стандартами, и реализуемая в виде национальных программ по аккредитации ЭК. Необходимо внедрить в нашем государстве механизм аккредитации и надзора за локальными этическими комиссиями (ЛЭК), возложив эту функцию на специальный орган при Министерстве здравоохранения и социального развития РК. Процесс аккредитации позволит улучшить деятельность ЛЭК в соответствии с национальным законодательством, международными рекомендациями и утвержденными стандартными операционными процедурами. В случае не прохождения аккредитации ЛЭК не должна иметь полномочий на проведение этической экспертизы. Внедрение процесса аккредитации будет способствовать обеспечению административной, организационной и финансовой поддержки ЛЭК на государственном и институциональном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Anderson, JA et als, Research Ethics Broadly Writ: Beyond REB Review, Health Law Review, 2011, 19:3.

2. Avard, D and als, Research Ethics Boards and Challenges for public participation, Health Law Review, 2009, 17:2-3.

3. Bairy, K.L. and P.Pereira, Accreditation of human research protection program: An Indian perspective, Perspect Clin.Res3, 2012, 80-84.

4. Braithwaite, J.,J.et als, Strengtbening organization performance through accreditation research a framework for twelve interrelated studies: the ACCREDIT project study protocol, BMC Res Notes, 2011, 4:390.

5. Camilleri, M., and Tremaine, WJ, "Governance of clinical Research", Am J Gastroenterol, 2012, 107:336-338.

6. Coleman, C.H. and M.C.Bouesseau, How do we know that research ethics committees are really working? The neglected role of outcomes assessment in research ethics review, BMC Med Ethcis, 2008, 9:6.

7. Health Committee, Inquiry into improving New Zealand's environment to support innovation through clinical trials: Report of the Health Committee, New Zealand, 2011, 62 pages.

8. Health Research Council of New Zealand, HRC Guidelines for Approval of Ethics Committees, New Zealand, 2012, 23 pages.

9. National Council on Ethics in Human Research, Task Force final report to Study Models of Accreditation for Human Research Programs in Canada, Ottawa, 2002, 24 pages.

10. Slocum, J.M., Recent developments in human research protection in Canada, Journal of research administration, 2012.

11. The Academy of Medical sciences, A new pathway for the regulation and governance of health research, London, 2011, 128 pages.

12. B. Sarymsakova and coauthors. Developing national Systems for Ethical review in Eastern Europe and Central Asia: Legitimacy and Responsibility. Pharmaceutical Medicine, 2008, Vol.22, No.5.-P.285-287.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

13. B. Sarymsakova and coauthors. Developing national Systems for Research Ethics Education in Eastern Europe and Central Asia. *Pharmaceutical Medicine*, 2008, Vol.22, No.5.- P.289-295.
14. B. Sarymsakova and coauthors. Central Asian Workshop on the Contribution of Research Ethics to the Development of National Health Research System: Developing a Central Asian Network and Strategic Plan for Ethics in Health research Decision-making, 2008, Vol.22, No.5.- P.305-314.
15. B. Sarymsakova. Establishing of infrastructure for ethical review in Kazakhstan. *Journal for Clinical Studies*, 2009.
16. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants, WHO, 2011.
17. Аяганов С.А. Создание Центральной комиссии по вопросам этики при Министерстве здравоохранения в Республике Казахстан. *Фармация и медицина*, 2009, № 12 (41)-1(42) - стр.14-15.
18. Белоусов Ю. Б. Этическая экспертиза биомедицинских исследований // *Практические рекомендации*, Москва, 2005.
19. Беатрис Годард, Джен Пупарт, Руководство для национального комитета по этике исследований и комитетов на уровне институтов, Алматы, 2015.
20. Всемирная организация здравоохранения, Инспектирование и оценка проведения этической экспертизы // *Доп. руков. к Рекомендациям комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований*, Женева, 2002, с. 1-13.
21. Всемирная организация здравоохранения, Руководство по деятельности Комитетов по этике, осуществляющих экспертизу биомедицинских исследований, Женева, 2000.
22. Всемирная организация здравоохранения, Международные этические правила для биомедицинских исследований с включением человека Совет международных организаций по медицинской науке (CIOMS), Женева, 1983.
23. Всемирная Организация Здравоохранения (WHO). Руководство по Качественной Клинической Практике (GCP) Исследований Фармацевтической Продукции. Приложение 3, Использование основных лекарственных средств. Шестой отчет Экспертного комитета. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 1995: 97 – 137.
24. Всеобщая Декларация ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека, 2005.
25. Государственный стандарт Республики Казахстан «Надлежащая клиническая практика» (65-119 GCP РК), 2006.
26. Дэвид Перри, Сьюзен Лоу, Руководство для национального комитета по этике исследований и комитетов на уровне институтов, Астана, 2013.
27. Материалы семинара «Вопросы аккредитации Комиссий по этике», Алматы, 2015.
28. Международная Конференция по Гармонизации (ICH). Руководству по Качественной Клинической Практике (CPMP/ICH/135/95) 1 Мая, 1996.
29. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», 2009.- Статьи 180,181.
30. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 марта 2014 года № 125 «Об утверждении Положения и состава Центральной комиссии по вопросам этики».
31. Руководство для членов Комитетов по этической экспертизе исследований. Руководящий комитет по биоэтике Совета Европы, 2010.
32. Сарымсакова Б. Е., Розенсон Р. И., Баттакова Ж. Е., Руководство по этике научных исследований, Павлодар, 2007, с. 4-99.
33. Сарымсакова Б.Е., тезисы доклада «Защита прав человека, участвующего в научных исследованиях. О создании Комитета по биоэтике», Астана, 2008.
34. Сарымсакова Б.Е., Ахметов В.И., Сыздыкова А.А. Методические рекомендации, Астана, 2014.
35. Совет Международных Организаций по Медицинской Науке (CIOMS), совместно с Всемирной Организацией Здравоохранения (WHO). Международное Руководство по Этике Биомедицинских Исследований с Вовлечением Человека. Женева 1993.
36. Хельсинская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации для врачей по проведению биомедицинских исследований на людях. – Хельсинки, 1964, дополнения 1975, 1983, 1996, 2000, 2008, 2013.

ТҮЙІНДЕМЕ

САУСАҚОВА С.Б., САРЫМСАҚОВА Б.Е.

«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

БИОМЕДИЦИНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРГЕ САРАПТАМА ЖҮРГІЗЕТІН ЭТИКАЛЫҚ КОМИССИЯНЫ АККРЕДИТТЕУ

Этикалық сараптама этикалық комиссиялардың мақұлдауы және адамдардың қатысуымен жүргізілетін ғылыми зерттеулердің негізі болып табылады. Алайда, бұл - зерттеуге қатысушыларды қорғауды қамтамасыз етуге бағытталған тұтастай зерттеулерді басқару үдерісінің тек бір бөлігі ғана. Адамдар қатысатын зерттеулерді басқару элементтері сондай-ақ, зерттеулер этикасы жөніндегі комиссияның тұрақты бақылауын да қамтуы тиіс. Аккредиттеу – этиканың және этикалық комиссия жұмысының сапасын жақсартуға бағытталған бүкіл әлемге әйгілі бақылау үдерісі.

Түйінді сөздер: этикалық комиссиялар, этикалық сараптама, ғылыми зерттеулер, бақылау жүйесі, аккредиттеу.

SUMMARY

SAUSSAKOVA S.B., SARYMSAKOVA B.E.

JSC Astana Medical University, Astana

ACCREDITATION OF ETHICS COMMITTEES CARRYING OUT THE EXAMINATION OF BIOMEDICAL RESEARCH

Ethical review and approval of the ethics commissions are based on research involving human subjects. However, this is - just one part of the whole research management process aimed at ensuring the protection of research participants. Controls in research involving human subjects must also include continuous monitoring of research ethics commissions. Accreditation - an internationally recognized monitoring process that aims to improve the quality of work ethics and ethics committees.

Keywords: ethics committee, ethics review, research, surveillance system, accreditation.



УДК 614.2:37.047

САБИТОВА А.А., ЖАКСЫЛЫКОВА Г.А.

АО «Медицинский университет Астана»

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, КАК ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАЗВИТИЯ

Аннотация:

В статье представлены основные исторические этапы развития и применения симуляционных образовательных технологий в мире и в Казахстане. Совершенствование внедренных в учебный процесс симуляционных курсов при подготовке и переподготовке медицинских кадров, как части непрерывного медицинского образования в перспективе должно способствовать снижению

врачебных ошибок, уменьшению осложнений и повышению качества оказания медицинской помощи населению.

Ключевые слова: симуляционное обучение, базовые навыки, симуляционный центр, медицинские тренажеры.

Актуальность:

Формирование, развитие и профессиональное

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

совершенствование медицинских кадров является неотъемлемой частью модернизации кластера здравоохранения. В динамично меняющихся социально-экономических условиях реальную ценность для медицинской отрасли представляет лишь широко образованный врач, способный проявлять гибкость, мобильность и открытость для постижения новых знаний в связи с запросами отрасли.

В результате исследований, было выявлено, что эндохирургам необходимо выполнить от 10 до 200 лапароскопических холецистэктомий, 20–60 фундопликаций для достижения максимальной эффективности. Студент должен повторить манипуляцию 100-200 раз под присмотром преподавателя для достижения соответствующего уровня практических навыков [1]. В связи с этим, произошла смена парадигмы в методологии на всех уровнях медицинского образования от сугубо теоретических областей обучения, которые были первоначально предложены почти 50 лет назад до путей, ведущих к максимальному снижению погрешности в работе, особенно в неожиданных, чрезвычайных ситуациях [2].

Современное развитие технологий дает возможность создавать мощные средства дополненной виртуальной реальности, позволяющие реализовать передовые методики обучения. Одним из актуальных направлений в этой области является разработка и внедрение в процесс непрерывного профессионального образования – симуляционных технологий [3]. Осуществление этого проекта предполагает решение стратегических важных направлений: обеспечение взаимосвязи академических знаний и практических умений; развитие вариативности образовательных программ, в том числе с использованием новых технологий и лучшего мирового опыта; внедрение эффективной качественной клинической подготовки и переподготовки специалистов; создание системы непрерывного профессионального развития, в соответствии с задачами инновационного развития отрасли; минимизация риска медицинской ошибки [4]. Наиболее важным преимуществом симуляционных технологий является полнота и реалистичность ситуации, что дает возможность приобрести теоретические и практические знания, не нанося урон здоровью реального пациента.

Цель:

Описать ключевые исторические моменты становления симуляционного обучения и обозначить основные векторы развития в мире и

Казахстане.

Материалы и методы:

Основными источниками информации при выполнении данной работы были материалы с печатных органов Европейского общества симуляционного обучения в медицине SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine), Общества симуляций в здравоохранении SSIH (Society for Simulation in Healthcare), Российского общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД), Ассоциации преподавателей с использованием стандартизированных пациентов (ASPE).

Результаты и обсуждения

История развития симуляционных технологий уходит далеко в прошлое, в эпоху зарождения авиационной техники. Первыми симуляторы в обучении стали использовать американские ВВС после серии фатальных катастроф в условиях плохой видимости. Они в 1934 году приобрели шесть экземпляров устройства «BlueBox» Эдвина Линка, которое американский инженер запатентовал в 1929 году. Интересно, что покупателей на учебное пособие долгое время не находилось и «Синий Ящик» приносил своему создателю прибыль лишь в качестве аттракциона в парке развлечений [5]. Первыми документальными свидетельствами симуляционного обучения в медицинской науке стал средневековой французский родовой тренажер, автором которого стала Анжелика де Кюдрэ. По ее эскизам была изготовлена «Машина» для демонстрации и отработки родового процесса. В 1758 она была одобрена Французской Академией Хирургов в качестве учебного пособия [6]. Анестеziолог Питер Сафар, разработавший принципы сердечно-легочной реанимации, предприниматель Асмунд Лаэрдал, производивший резиновые игрушки, и врач Джэймс Элам, изготовили первый манекен для отработки приемов искусственного дыхания. Образец получил название «Ресаски Энн» (ResusciAnne), поскольку лицо манекена было изготовлено с гипсового слепка лица неизвестной французской девушки, утонувшей в реке Сена в XIX веке. Пособие было представлено общественности в 1960 году и стало впоследствии «самой часто целуемой девушкой всех времен» [7].

Первый компьютерный симулятор человека в середине шестидесятых, инженером Стефаном Абрахамсоном и врачом-терапевтом Джудсоном Денсоном (Judson Denson). Он получил название SimOne, однако, не получил широкого применения в большей степени из-за очень высокой стои-

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

мости и был выпущен в единственном экземпляре [8]. В 1968 году доктор Майкл Гордон сконструировал манекен «Харви» для отработки навыков по диагностике состояний сердечно-сосудистой системы. Усовершенствованный образец «Харви» выпускается и используется в наше время [9]. В 1980-х годах исследовательские группы университетов Стэнфорда и Флориды принялись за разработку высокоточных тренажеров. В 1986 году учеными Стэнфорда, под руководством профессора анестезиологии Дэвида Габа была создана модель, названная CASE – Comprehensive Anesthesia Simulation Environment (Обучающая Анестезиологическая Симуляционная Среда). Используя его, в 1992 году совместно с Гарвардской школой медицины (Бостон, США) был проведен «Великий симуляционный эксперимент» (“The Great Simulation Experiment”), в ходе которого были получены убедительные доказательства эффективности обучающих симуляционных технологий. В этом же году он был представлен на съезде Европейского общества анестезиологов (Брюссель, 1993). Открыт Центр медицинской симуляции в Гарварде (1993) [10]. В 1988 году под руководством Дж. Гравенштейна ученые Университета Флориды изобрели симулятор GainesvilleAnesthesia Simulator – GAS (Гэйнсвилльский Анестезиологический Симулятор), который впоследствии стал успешным коммерческим продуктом [11].

Наряду с активным использованием компьютерных технологий и математических моделей симуляционное обучение развивалось по совершенно новому пути – пути привлечения стандартизированных пациентов. Впервые данный метод был апробирован в 1963 году в Университете Южной Калифорнии [12].

В 1994 году в Копенгагене на учредительном съезде было создано Европейское общество симуляционного обучения в медицине SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine). На американском континенте Общество симуляций в здравоохранении SSIH (Society for Simulation in Healthcare) с центром в Миннеаполисе создано чуть позднее. Эти два объединения являются авторитетными центрами развития симуляционного обучения, задающими темп и основные направления для движения и совершенствования. Проводятся ежегодные конференции, где утверждаются основные алгоритмы работы. Кроме того, сообщество США проводит сертификацию симуляционных центров и выпускает журнал «Симуляция в

здравоохранении». Сенатом США, начиная с 2007 года, трижды принимался закон о государственном финансировании развития симуляционных технологий в медицинском образовании [13]. В 2009 году Всемирным альянсом при поддержке Всемирной Организации Здравоохранения было опубликовано Руководство по обеспечению безопасности пациентов для медицинских вузов (Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools). В этом документе отмечается, что вузы должны создавать безопасную и надежную образовательную среду для обучения клиническим умениям. Одним из способов достижения этой задачи является симуляционное обучение [14]. В 2011 году была создана Ассоциация преподавателей с использованием стандартизированных пациентов (ASPE). Медицинский Совет Канады в 1993 году впервые включил оценку навыков студентов-медиков с помощью стандартизированных пациентов в программу выдачи лицензий, а в следующем году этот метод оценки знаний и навыков был официально принят образовательной комиссией для выпускников иностранных медицинских институтов (ECFMG) [15].

В странах СНГ симуляционное обучение получило свое развитие сравнительно недавно, не смотря на то, что в мире эти технологии используются больше полувека. В России, в соответствии с «Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», к 2019 году будет создано 80 обучающих симуляционных центров для обучения по 300 000 человек в год [16]. В феврале 2012 года на учредительном съезде было создано Российское общество симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД), которое способствует внедрению в медицинское образование и практическое здравоохранение симуляционных технологий для приобретения навыков и умений, проведения сертификации и аттестации, выполнения научных исследований и испытаний медицинской техники и технологий без риска для пациентов. Журнал «Виртуальные технологии в медицине» стал печатным органом сообщества [17].

Симуляционное обучение в Казахстане связано, в основном, с внедрением и адаптацией зарубежного опыта. В Казахстане симуляционные центры были созданы во всех шести государственных медицинских вузах в 2007 году в рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. за счет средств, выделенных Министерством

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

здравоохранения. Согласно «Концепции развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан» в 2015 году расширилось использование симуляционных технологий в клиническом обучении и открыто 16 региональных симуляционных центров, городах Астана и Алматы при крупных больницах для отработки навыков практикующими врачами и средними медицинскими работниками [18]. Однако, наличие симуляционного оборудования в комнате не превращает ее в симуляционный центр. Его понятие и назначение выходит за рамки «помещения для отработки практических навыков» и во многом зависит от организации процесса обучения и менеджмента. Основная цель любого симуляционного центра – это формирование устойчивых навыков для реализации всех стадий клинического процесса. Необходимо учесть, что навык – это цепь взаимосвязанных элементарных действий, направленных и имеющих определенный конечный результат, который не приобретается одномоментно. Овладение структурой всех действий, доведение их до автоматизма с приобретением качества и легкости выполнения возможно только при многократном выполнении на симуляционном оборудовании при должном педагогическом контроле [19].

В нашей стране сложилось четкое понимание необходимости повсеместного внедрения и

дальнейшего развития симуляционного обучения, но пока все еще не разработан единый стандарт симуляционного обучения. По этой причине каждый центр практических навыков работает по своей собственной программе. Разнообразие в методиках преподавания, структуре и подходах к занятиям негативно сказывается на качестве получаемых знаний.

Выводы:

Таким образом, кластер симуляционных технологий входит в число высокотехнологичных и быстро прогрессирующих. Сотни манекенов-симуляторов поступают на «лечение» в виртуальные клиники по всему миру и помогают совершенствовать навыки будущим и уже практикующим врачам. Признавая всю актуальность данного вопроса, в отечественной медицине назрела острая необходимость дальнейшего развития и совершенствования данной отрасли. Наиболее важным остается направление по стандартизации программ преподавания с использованием симуляционных технологий, с учетом большого опыта международных клиник и центров практических навыков. Однако, нужно учитывать, что обучение в симуляционных центрах не должно полностью заменить традиционные формы получения знаний, а усилить его для повышения качества медицинского образования в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dongen K.W., Zee D.C., Broeders I.A. Can a virtual reality simulator distinguish between different experience levels in endoscopic surgery? In: abstracts 13th EaES Congress. Venice, lido, Italy, 1–4 June 2005. *SurgEndosc.* 2006 apr; 20 Suppl. 1:54–8;
2. National Association of EMS Educators, U.S. Department of Transportation, US Department of Health and Human Services. 2002 National Guidelines for educating EMS instructors, module 18: affective domain;
3. Uth HJ, Wiese N. Central collecting and evaluating of major accidents and near-miss-events in the Federal Republic of Germany—results, experiences, perspectives. *J Hazardous Mat* 2004;111:139–145;
4. Woolf SH, Anton J, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL Jr. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med* 2004;2: 317–326;
5. Clark, Martha; Eichelberger, Jeanne. “Edwin A. Link 1904-1981”. Binghamton University Libraries. Retrieved 2012-06-06;
6. Commire, Anne, ed. (1999). “Du Coudray, Angélique”. *Women in World History: A Biographical Encyclopedia* 4. Detroit: Yorkin Publications. p. 804;
7. Tjomsland N, Baskett P. Resuscitation greats: Asmund S Lærdal. *Resuscitation* 2002;53:115–9;
8. Abrahamson S, Denson JS, Wolf RM. Effectiveness of a simulator in training anaesthesiology residents. *J Medical Education* 1969;44:515–9;
9. Cooper Jeffrey B, Taqueti VR (November 2008). “A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training”. *Postgrad Med J.* 84 (997): 563–570. doi:10.1136/qshc.2004.009886. PMID 19103813. Retrieved 2011-05-18;
10. Gaba DM, DeAnda A. A comprehensive anaesthesia simulation environment: recreating the operating room for research and training. *Anaesthesiology* 1988; 69:387–94;
11. Good ML, Gravenstein JS. Anaesthesia simulators and training devices. *IntAnesthesiolClin* 1989;27:161–6;

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

12. National Association of EMS Educators, U.S. Department of Transportation, US Department of Health and Human Services. 2002 National Guidelines for educating EMS instructors, module 18: affective domain.
13. Общество SESAM [электронный ресурс] – режим доступа: <http://www.sesam-web.org/>;
14. В. П. Риклефс, Р. С. Досмагамбетова, Факторы успеха симуляционного обучения с использованием высокотехнологичных симуляторов в медицинском вузе // Материалы 1-й Всероссийской конференции по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием, Москва, 2012. - М., 2012. - С. 78–82;
15. Официальный сайт Ассоциации преподавателей с использованием стандартизированных пациентов [электронный ресурс] – режим доступа: <http://www.aspeducators.org/>;
16. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [электронный ресурс] – режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii>;
17. Общество ROSOMED [электронный ресурс] – режим доступа: <http://www.rosomed.ru/>;
18. Рипп, Е. Г., Воронцова О.В., Организация обучающего симуляционного центра. Реалии и перспективы // 1-я Всероссийская конференция по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием, 1 нояб. 2012 г. : тезисы / Медицинский образовательный симуляционный центр на базе НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. – Москва, 2012. – С. 83-86.
19. Щастный А.Т., Редненко В.В., Коневалова Н.Ю., Фомина А. Поплавцев Е.В., Состояние и направление развития симуляционного обучения в Витебском государственном Медицинском университете // Вестник ВГМУ, 2015, ТОМ 14, №3 – С. 111 - 117;

ТҮЙІНДЕМЕ

А.А. СӘБИТОВА, Г.А. ЖАҚСЫЛЫҚОВА

Астана медицина университеті

СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ САЛАСЫНЫҢ БІР БӨЛІГІ РЕТІНДЕ ҚАЛЫПТАСУ ТАРИХЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ДАМУ БОЛАШАҒЫ

Клиникалық жағдайларды жоғары технологиялық тренажерлар мен компьютерлендірілген манекендердің көмегімен моделдеу, нақты науқастар мен байланысқа дейінгі қажетті практикалық дағдыларды әзірлеуге мүмкіндік береді. Осы саланың жүзеге асырылуы практикалық дағдылықтар орталықтарының дамуымен тікелей байланысты. Мақалада симуляциялық технологияларды медициналық білім беру саласына енгізудің негізгі тарихи кезеңдері мен алғышарттары сипатталады.

RESUME

A.A. SABITOVA, G.A.ZHAXYLYKOVA

Astana medical university

HISTORY OF FORMATION OF SIMULATION TECHNOLOGY AS PART OF MEDICAL EDUCATION AND THEIR DEVELOPMENT PROSPECTS

Modelling of clinical situations using high-tech simulators and computerized mannikins allow to work out the necessary practical skills before contingency with real patients. Implementation of the directions roundly connected with development of the centers of practical skills. The article describes the main historical stages and preconditions of implementation of simulation technologies into medical education.