

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
№1, 2017

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

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:

Редакциялық кеңес:

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

**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
№1, 2017

**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:

Agadzhanyan N.A. (Russia)
Azar N. (USA)
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)
Iztleuov M.K. (Aktobe)
Ilderbayev O.Z. (Astana)
Imangazinov S.B. (Pavlodar)
Myrzakhanov N. (Astana)
Rahipbekov T.K. (Semey)
Rozenon R.I. (Astana)
Seitembetov T.S. (Astana)
Robert Daroff (USA)
Shastun S.A. (Russia)
Shaidarov M.Z. (Astana)
Sharmanov T.Sh. (Astana)
Shandor (Hugary)
Tulebayev R.K. (Astana)

Address:

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

МАЗМҰНЫ

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

Омаров Т.Р., Омарова Л.А. 7
Бауыр трансплантациясы және трансплантациядан кейінгі асқынулар

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Айтенов Б. Т., Кубекова С. К., Аренов А. В. 13
2012-2015 жылдары аралығындағы спорт колледжінің бірінші курс студенттерінің денсаулығы мен физикалық жағдайының негізгі аспектілері

Жақсыбекова І.С., Абдулдаева А.А., Ахметова К.М. 17
Жоғарғы оқу орындары студенттерінің арасында гипертониялық жағдайдың даму қаупі

Жукабаева Соф.С., Жукабаева С.С., Нуранова Г.А., Калымжанова С.К., Аубакирова Ж.И. 21
Балалардағы мүгедек ауруының құрылымы

Кубекова С.К., Айтенов Б.Т., Абдулдаева А.А., Рыженкова Е.И. 23
Қарт және ересек жастағы науқастардың миокард реваскуляризациясы бұлшықет сіңірлік өзгерістері кезіндегі оңалту сауықтыру шараларының негізгі критерийлері

Кубекова С.К. Айтенов Б.Т. Дубербаева Г.Т. 29
Науқастарға бассейндегі емдік гимнастика мен интервалды физикалық шынығуды қосу арқылы жақсарту

Сыздықова С. Ж., Кожемякина Н. Н., Аубакирова Т. С. 35
«Астана медицина университеті» АҚ-ы 1-курс студенттерінің өзін-өзі жетілдіруге дайындығын қалыптастыру

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Айнабекова Б.А., Браун М.А., Айтуганова А.Т., Омралина Е.Т., Избасарова И.А., Абдахина Б.Б. 38
Анемия кезінде көрсетілетін медициналық көмекті ұйымдастыру

Ахмедьянова З.У., Қазымбет П.Қ., Даутбаева Ж.С., Кабдрахманова Н. 40

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Омаров Т.Р., Л.А.Омарова
Трансплантация печени и осложнения в посттрансплантационном периоде

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Aitenov B.T., Kubekova S.K., Arenov A.V.
Main aspects of the 1 course sports college students' physical and health state from 2012 2015 years

Жаксыбекова И.С., Абдулдаева А.А., Ахметова К.М.
Риск развития гипертонических случаев среди студентов высших учебных заведений

Жукабаева Соф.С., Жукабаева С.С., Нуранова Г.А., Калымжанова С.К., Аубакирова Ж.И.
Структура инвалидизирующих заболеваний у детей

Кубекова С.К., Айтенов Б.Т., Абдулдаева А.А., Рыженкова Е.И.
Некоторые критерии оценки реабилитационно – оздоровительных мероприятий при миофасциальных изменений после реваскуляризации миокарда у пациентов пожилого и старшего возраста

Кубекова С.К. Айтенов Б.Т. Дубербаева Г.Т.
Совершенствование лечебной гимнастики в бассейне с включением интервальных физических тренировок у пациентов

Сыздықова С.Ж., Кожемякина Н.Н., Аубакирова Т.С.
Формирование готовности к физкультурному самосовершенствованию на примере студентов 1 курса АО «Медицинского Университета Астана»

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Айнабекова Б.А., Браун М.А., Айтуганова А.Т., Омралина Е.Т., Избасарова И.А., Абдахина Б.Б.
Вопросы организации медицинской помощи при анемиях

Ахмедьянова З.У., Қазымбет П.Қ., Даутбаева Ж.С., Кабдрахманова Н.

ОГЛАВЛЕНИЕ

- Төмен дозадағы ұзағынан ионизациялық сәулеленуге ұшыраған адамдардың офтальмопатологиясы дамуының салыстырмалы қаупін бағалау
- Бегімбекова Л.М., Арысланова Л.А., Салыбекова И.Т.**
Эндовидеохирургияның жедел гинекологиялық тәжірибедегі тиімділігі
- Бекенов Н.Н., Калменова П.Е., Махамбетова Г.Д.**
Қантты диабеттің типімен ауыратын балаларды инсулинмен емдеуге заманауи көзқарас
- Жукабаева Соф.С., Жукабаева С.С., Нуранова Г.А., Калымжанова С.К., Тогизбаева Г.И.**
Балалардағы мүгедектікке әкелетін аурулар құрылымында балалардағы церебралдық салдың рөлі
- Жумабаев М.Б., Малтабарова Н.А., Козьменко Д.Н.**
Ишемиялық инсульті бар науқастардың жасына сәйкес жүйелі қабыну ағымының ерекшеліктері
- Жумабаев М.Б., Малтабарова Н.А., Кокоско А.И., Таутанова Р. С.**
Ишемиялық инсульт кезіндегі қабынулық сипаттағы асқынулары бар науқастардағы жүйелі қабынудың лептин деңгейіне әсері
- Иримбетов С.Б., Малтабарова Н.А., Кокоско А.И.**
Онкохирургияда отадан кейінгі асқынулар профилактикасында ота алдындағы тамақтандыру рөлі
- Иримбетов С.Б., Малтабарова Н.А., Торопеев А.В.**
Онкохирургиядағы отадан кейінгі асқынулардың даму қаупін бағалаудағы шкалалардың болжамдық септігі
- Лесбеков Т.Д., Бикташев Д.Б.**
Аорта коронарлы шунттеуден кейінгі коагулограмма өзгерісіне жасанды қан айналымда жабық контурының рөлі
- Мамырбекова С.У., Жапар М.А.**
Перименопауза кезіндегі көпбосанған әйелдердің соматикалық статусы
- Оценка относительного риска развития офтальмопатологии у лиц подвергшихся длительному воздействию ионизирующего излучения в малых дозах
- Бегімбекова Л.М., Арысланова Л.А., Салыбекова И.Т.**
Роль эндовидеохирургии в экстренной гинекологии
- Бекенов Н.Н., Калменова П.Е., Махамбетова Г.Д.**
Современный взгляд на инсулинотерапию детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа
- Жукабаева Соф.с., Жукабаева С.С., Нуранова Г.А., Калымжанова С.К., Тогизбаева Г.И.**
Роль детского церебрального паралича в структуре инвалидирующих заболеваний у детей
- Жумабаев М.Б., Малтабарова Н.А., Козьменко Д.Н.**
Особенности течения системного воспаления в зависимости от возраста у пациентов с ишемическим инсультом
- Жумабаев М.Б., Малтабарова Н.А., Кокоско А.И., Таутанова Р. С.**
Оценка влияния системного воспаления на уровень лептина у пациентов с осложнениями воспалительного характера при ишемическом инсульте.
- Иримбетов С.Б., Малтабарова Н.А., Кокоско А.И.**
Роль дооперационного питания в профилактике послеоперационных осложнений в онкохирургии
- Иримбетов С.Б., Малтабарова Н.А., Торопеев А.В.**
Прогностическое значение шкал в оценке риска развития послеоперационных осложнений в онкохирургии
- Лесбеков Т.Д., Бикташев Д.Б.**
Роль закрытого контура искусственного кровообращения на изменение коагулограммы после аортокоронарного шунтирования
- Мамырбекова С.У., Жапар М.А.**
Соматические статусы у много рожавших женщины в периоде перименопаузы

МАЗМУНЫ

- Дошанова А.М., Нурмагамбетова Д.М.** 80 **Дошанова А.М., Нурмагамбетова Д.М.**
Хориоамниониттің клиникалық және патоморфологиялық аспектілері Клинико-патоморфологические аспекты хориоамнионита
- Оспанов К.А.** 83 **Оспанов К.А.**
Асқынған жедел панкреатитті диагностикалау және емдеу әдісі ретінде лапароскопиялық санитация және дренаждау қолдану Лапароскопическая санация и дренирования, как метод в диагностике и лечении острого осложнённого панкреатита
- Сеилханов А.С.** 85 **Сеилханов А.С.**
Тісті жұлу барысында төменгі жақ сызығының сынуды кезінде ерте денталды имплантациялау тәсілін қолдану Перспективы использования метода ранней дентальной имплантации при удалении зубов из линии перелома нижней челюсти
- Сагындық Х.Л., Сеилханов А.С.** 87 **Сагындық Х.Л., Сеилханов А.С.**
Төменгі жақсүйек сынығы саласында ерте денталдық имплантацияның функционалдық жүктемесі Ранняя дентальная имплантация с немедленной функциональной нагрузкой в области перелома нижней челюсти
- Сулейменова Ж., Елтаева З.Ж., Кулжабаева Ж.М.** 91 **Сулейменова Ж., Елтаева З.Ж., Кулжабаева Ж.М.**
Дамымаған жүктіліктің заманауи өсу үрдісін зерттеу Неразвивающаяся беременность - одной из актуальной проблемой современной гинекологии
- Терехова О.И., Алымбаев Э.Ш., Кушубекова Н.Н., Исакова Ф.Б., Джунушалиева Н.К., Акматова Н.К.** 95 **Терехова О.И., Алымбаев Э.Ш., Кушубекова Н.Н., Исакова Ф.Б., Джунушалиева Н.К., Акматова Н.К.**
Қырғызстандағы балалар мен жасөспірімдердегі диабеттік нефропатияның клиникасы, диагностикасы, емінің ерекшеліктері Особенности клиники, диагностики и лечения диабетической нефропатии у детей и подростков в Кыргызстане
- Утепова Р.Я., Саркулова И.С., Қалдыбекова Н.И., Тулеева А.О.** 99 **Утепова Р.Я., Саркулова И.С., Қалдыбекова Н.И., Тулеева А.О.**
Аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдары және жүктілік Опухолевидные образования яичника и беременность

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

- Чуенбекова А.Б., Хасенова Г., Аллиярова С.Т., Абдулдаева А.А., Итешова Н.Ж.** 102 **Чуенбекова А.Б., Хасенова Г., Аллиярова С.Т., Абдулдаева А.А., Итешова Н.Ж.**
Қандағы үшглицеридтердің деңгейін және оның жас шамасымен, дене салмағының индексімен өзара байланысын бағалау Оценка уровня триглицеридов в крови и его взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

- Ибраев С.Е., Абакова А.Д.** 106 **Ибраев С.Е., Абакова А.Д.**
Жеке сақтандыру моделін медициналық Внедрение индивидуальной модели страхования

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО- ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОГЛАВЛЕНИЕ

қызметкерлердің кәсіби жауапкершілігін
Қазақстан Республикасында және дамушы
экономикасы бар елдерде енгізу

**Кельдибаева З.Р., Туремуратова М.А.,
Тулешова Г.Т.**

Госпитализация бюросы порталында брондау
механизмін жүзеге асырудың маңызы

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

**Абдрахманова А.О., Байғожина З.А.,
Хандиллаева Б.М., Абеева А.Г.**

Қазақстанның екі пилоттық ЖОО-ның
студенттерін, интерндері мен оқытушыларын
сауалнамалау нәтижесі бойынша медицина қыз-
меткерлерінің кәсіби құндылықтарын анықтау

**Аталыкова Г.Т., Дягтярь Т.И.,
Нуғуманова Г.М., Жүнісбекова К.К.**

Жалпы тәжірибеде пәнаралық интеграция және
салааралық ынтымақтастық

**Байғожина З.А., Абдрахманова А.О.,
Абеева А.Г., Хандиллаева Б.М.**

ҚР екі ЖОО мысалында студенттердің оқудан
шығып қалу себептерін талдау

**Ерденова Г.К., Мусина А.А.,
Шайзадина Г.Н., Алдабекова Г.У.**

Мектептерде информатика сабақтарын
ұйымдастырудың гигиеналық сипаттамасы

ҚҰТТЫҚТАУ

профессиональной ответственности медицин-
ских работников в Республике Казахстан и
странах с развивающейся экономикой

**Кельдибаева З.Р., Туремуратова М.А.,
Тулешова Г.Т.**

Эффективность реализации механизма
бронирования на портале бюро госпитализации

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

**Абдрахманова А.О., Байғожина З.А.,
Хандиллаева Б.М., Абеева А.Г.**

Определение профессиональных ценностей
медицинских работников по результатам
анкетирования студентов, интернов и
преподавателей двух пилотных вузов Казахстана

**Аталыкова Г.Т., Дягтярь Т.И.,
Нугуманова Г.М., Жунусбекова К.К.**

Междисциплинарная интеграция и
межсекторальное сотрудничество в
общемедицинской практике

**Байғожина З.А., Абдрахманова А.О.,
Абеева А.Г., Хандиллаева Б.М.**

Анализ причин отчисления студентов на примере
двух медицинских ВУЗ-ов РК

**Ерденова Г.К., Мусина А.А.,
Шайзадина Г.Н., Алдабекова Г.У.**

Гигиеническая характеристика организации
уроков информатики в школах

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

УДК: 616.36:616-089.843:616-089.168.1

ОМАРОВ Т.Р., ОМАРОВА Л.А.

1 Национальный научный центр онкологии и трансплантологии. г. Астана.

2АО «Медицинский университет Астана»

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ключевые слова: печень, трансплантация, посттрансплантационный период, осложнения

Трансплантация – это вживление в организм человека чужеродного органа. В ответ на это организм начинает вырабатывать защиту против трансплантата, которая может вызвать отторжение и гибель органа [1]. Тяжесть исходного статуса реципиента, продолжительность и травматичность хирургического вмешательства и, как правило (около 80% случаев), компрометированная на ранних этапах функция донорской печени, а также обязательная иммуносупрессивная терапия становятся объективными предпосылками для развития многочисленных осложнений [2]. Для минимизации реакции отторжения, необходим тщательный подбор органа для каждого реципиента. Это проводится путем сличения группы крови, генотипа, проведения пробных иммунологических реакций [1]. После операции пациентам пожизненно проводится иммуносупрессия – лечение, направленное на подавление иммунитета. При правильном подборе доз препаратов и строгом соблюдении пациентами всех рекомендаций такое лечение практически не влияет на качество жизни. Каждый реципиент донорской печени в послеоперационном периоде демонстрирует как минимум одно осложнение, при этом виды и этиология осложнений весьма разнообразны [3].

О нормальной функции печени свидетельствует быстрое восстановление сознания после операции, а также спонтанных дыхательных движений, позволяющие перевести больных на самостоятельное дыхание. Тенденция к тромбоцитопении, гипербилирубинемия, снижение альбумина, холинэстеразы, низкое содержание протеина С, антитромбина III, протромбинового индекса, удлинение тромбинового времени свидетельствуют о дисфункции трансплантата. Уровень цитолитических ферментов (АЛТ, АСТ) в первые трое суток после операции отражает степень ишемических повреждений печени в процессе ее консервации. Уровень АЛТ, АСТ до 1000 ед. свидетельствует о легком ишемически-реперфузионном повреждении печени, 1000—2000 — средней степени тяже-

сти, более 2000 — тяжелом повреждении печени, в большинстве случаев связанном с неудовлетворительным качеством донорского органа, что может потребовать выполнения ретрансплантации печени [4].

Быстрая нормализация вышеупомянутых показателей, отсутствие ацидоза, умеренный метаболический алкалоз, восстановление диуреза являются признаками хорошей функции печени. О функции печени можно объективно судить по индоцианиновому и лидокаиновому, а также метацетиновому дыхательным тестам [5].

Первичное отсутствие функции трансплантата развивается в 5-10% операции трансплантации печени (ОТП). [1]. Взвешенная оценка качества трансплантата на этапе кондиционирования потенциального донора, а также во время донорской операции предопределяют во многом успех оперативного вмешательства [5]. Ежедневно в течение первых двух недель после ОТП проводится комплексное ультразвуковое исследование. Крайне важным является мониторинг концентрации кальциневриновых иммуносупрессоров циклоспорина А или Прографа в крови. Нефротоксичность этих препаратов предполагает необходимость точной дозировки их с учетом функции почек, уровня мочевины и креатинина в крови. Базовыми концентрациями циклоспорина в крови в первый месяц после ОТП являются 180-220 ng/l, прографа — 5-20 ng/l. [6].

Острая почечная недостаточность после ОТП наблюдается у 20% пациентов [1]. Умеренное повышение мочевины и креатинина крови и снижение диуреза, поддающееся терапии мочегонными, не требует активных методов очистки крови. Олигоанурия требует проведения срочной продленной вено-венозной гемодиализа или гемофильтрации, в противном случае может развиваться отек легких со всеми вытекающими последствиями [7]. При олиго- или анурии в первые дни после трансплантации отказываются от использования нефротоксичных препаратов, таких как циклоспорин или такролимус, ограничиваясь гормонами и препаратами микофеноловой кислоты, а также монокло-

нальными антителами. В ряде случаев до восстановления функции почек приходится проводить продленную вено-венозную гемодиализацию [3].

Синдром недостаточного размера трансплантата (small-for-size syndrome) развивается вследствие несоответствия размера трансплантата рассчитанному для реципиента объему печени донора, достаточному для обеспечения метаболических потребностей организма. По данным различных авторов, синдром может возникнуть при объеме трансплантата менее 30–35% от стандартного объема печени реципиента. Синдром включает такие симптомы, как стойкая желтуха, массивный асцит, коагулопатия, почечная недостаточность [8].

В ближайшем послеоперационном периоде может развиваться внутрибрюшное кровотечение, истечение желчи из области желчного анастомоза. Нередко возникает кровотечение из острых язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), возможна также перфорация стрессовых язв [9].

В результате ишемического повреждения донорской печени на этапах кондиционирования донора, а также в процессе ее консервации после включения печени в кровяной ток, в 5–10% случаев может наблюдаться первичное отсутствие ее функции. Это проявляется прогрессирующей энцефалопатией и печеночно-почечной недостаточностью, метаболическим ацидозом, полиорганной недостаточностью, сепсисом. Без повторной трансплантации в пределах 3–7 дней наступает летальный исход [10].

В первые недели после трансплантации может развиваться острый тромбоз печеночной артерии, что требует неотложной тромбэктомии и реконструкции артериального анастомоза или ретрансплантации в случае развития острого некроза печени. Нарушения артериального кровоснабжения печени сопровождаются стриктурами желчных протоков и желчного анастомоза, что в свою очередь может осложниться холангиогенными абсцессами и билломами печени. Осложнения со стороны печеночной артерии развиваются у 10% пациентов [3,4,11]. По данным литературы, частота билиарных осложнений достигает 24–32% [12,13], при этом несостоятельность желчных анастомозов встречается в 4,7–16,6% случаев [14], а развитие стриктур наблюдается у 16–24% пациентов [11]. Клиническая картина включает синдром холестаза, холангит. Возможна эндоскопическая или чрескожная чреспеченочная баллонная дилатация с установкой билиарного стента по показаниям. Частота успешного лечения одинакова для эндоскопического и чрескожного вмешательства и составляет 70–80%.

При безуспешной повторной баллонной дилатации показана реконструкция анастомоза [3,14].

Послеоперационное кровотечение развивается у 5–10% пациентов. При этом факторами риска являются плохая функция трансплантата, почечная недостаточность, гемодиализ и массивная кровопотеря и нарушение венозного оттока [15].

Анемия в посттрансплантационном периоде может быть обусловлена кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Встречается также аутоиммунная гемолитическая анемия - обычно при трансплантации печени от донора с группой крови 0(I) реципиенту с группой крови А(II) или В(III) [16]. Причина кроется в распознавании внутрипеченочными лимфоцитами донора антигенов А и В на поверхности эритроцитов реципиента. Эта анемия носит преходящий характер и проходит при заселении трансплантата собственными лимфоцитами реципиента. При гемолизе переливают эритроцитарную массу группы 0(I) и назначают высокие дозы глюкокортикоидов. Нередко встречается и преходящая тромбоцитопения [17]. К числу поздних осложнений относится апластическая анемия. Встречается она редко; однако у больных острым гепатитом неизвестной этиологии, подвергшихся экстренной трансплантации печени, ее частота достигает 30% [16].

Помимо осложнений, типичных для всех больших хирургических вмешательств на брюшной и грудной полости, трансплантации печени присущи свои собственные осложнения. В посттрансплантационном периоде нередко наблюдается желтуха, которая может быть гемолитической, паренхиматозной и механической [18]. Причиной гемолитической желтухи является перегрузка гемоглобином вследствие переливания крови, гемолиза, обширных гематом, экхимозов. К причинам ранней паренхиматозной желтухи относятся гепатотоксическое действие лекарственных средств, в том числе анестетиков, ишемический гепатит и доброкачественный послеоперационный холестаз [19]. Причины поздней паренхиматозной желтухи – посттрансфузионный гепатит и рецидив основного заболевания печени [20]. Причиной механической желтухи служит обструкция желчных путей [19]. Кроме того, желтуха может усугубляться из-за снижения почечной экскреции прямого билирубина [21].

У всех больных отмечаются реакции отторжения разной степени тяжести. Острое (клеточное) отторжение является полностью обратимым, однако хроническое (дуктопеническое) отторжение необратимо. Оба вида отторжения могут протекать

одновременно Реакция отторжения после трансплантации печени развивается в 30-70% случаев [1]. На первых этапах реакции отторжения преимущественно поражаются эпителий желчных протоков и вен и позже в процесс вовлекаются гепатоциты. Лимфоциты типа CD4 и CD8 являются доминирующими клетками, участвующими в реакции отторжения. Реакция отторжения является результатом комплексного взаимодействия клеточных и гуморальных факторов. Без иммуносупрессии избежать такой реакции невозможно [22]. Для Т-лимфоцитов первичной мишенью для распознавания HLA-антигенов являются антигены, расположенные на поверхности клеток желчных протоков и эндотелия сосудов [23]. Острая реакция отторжения печени похожа на таковую после пересадки почки и сердца. Она возникает через 6 мес, но часто они начинаются спустя 1-2 нед после операции [24]. Симптомы отторжения неспецифичны: лихорадка, боль в правом подреберье и уменьшение желчеотделения, возможен лейкоцитоз, но самым достоверным признаком служит повышение в сыворотке уровня билирубина и активности аминотрансфераз [25]. Поскольку специфичность этих исследований низка, дифференциальная диагностика отторжения и других осложнений (обструкции желчных путей, первичной недостаточности трансплантата, нарушений кровообращения, вирусного гепатита, цитомегаловирусной инфекции, токсического действия лекарственных средств, рецидива основного заболевания) затруднена [26]. Поставить правильный диагноз часто позволяют рентгенологическое исследование желчных путей и чрескожная биопсия печени [25].

Морфологические признаки острой реакции отторжения: инфильтрация порталных трактов, повреждение желчных протоков и воспаление эндотелия [3]. Картина несколько напоминает реакцию «трансплантат против хозяина» и первичный билиарный цирроз печени. При подозрении на реакцию отторжения приступают к пульс-терапии метилпреднизолоном (высокие дозы в/в струйно). Если метилпреднизолон неэффективен, используют муромонаб-CD3 или антитимоцитарный иммуноглобулин [27]. Пожизненный прием препаратов, подавляющих иммунитет, необходим для подавления клеточного иммунитета хозяина против трансплантата. Современные иммуносупрессоры подавляют различные звенья клеточного иммунитета. Циклоспорин А и такролимус, препараты группы аминокликозидов являются базисными препаратами, они селективно ингибируют синтез IL2, 4, 5, 6 Т лимфоцитами. Стероидные гормоны блокируют

антигенпрезентирующие клетки (моноциты и макрофаги) Б, а также экспрессию и клеточные рецепторы цитокинов. Микофенолат мофетил селективно подавляет только активированные лимфоциты. Моноклональные антитела — ОКТ-3 ингибируют CD3+ Т лимфоциты, рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела IgG1 являются антагонистами рецепторов IL-2 и угнетают интерлейкин-2 опосредованную активацию Т-лимфоцитов [27,28].

В отдаленные сроки после операции могут возникнуть такие осложнения, как хроническая реакция отторжения [15,29]. Хроническая реакция отторжения наблюдается относительно редко. Происходит в период от нескольких месяцев до нескольких лет. Она может быть исходом повторных острых реакций отторжения либо развиваться самостоятельно. Морфологические признаки: прогрессирующий холестаз, очаговые некрозы паренхимы, лимфоцитарная инфильтрация, фиброз, повреждение сосудов (фиброз интимы, появление под интимой ксантомных клеток, фибриноидный некроз) [30]. Эти изменения могут привести к синдрому исчезающих желчных протоков. Гистологическая картина может оказаться почти неотличимой от хронического вирусного гепатита. Хроническая реакция отторжения далеко не всегда обратима. Если консервативное лечение не помогает, прибегают к повторной трансплантации печени [14].

На фоне угнетенного иммунитета повышается частота развития оппортунистических инфекций, рецидивирующая вирусная инфекция (CMV, EBV, HSV) [31]. Возможен также рецидив основного заболевания в трансплантате, развитие лимфопролиферативных заболеваний (лимфомы) и злокачественных опухолей различной локализации. Очень редко развивается реакция трансплантата против хозяина [4,32].

Инфекционные осложнения являются наиболее частыми после реакции отторжения при трансплантации органов, встречаются в течение первых трех месяцев после операции, и частота их находится в пределах от 33 до 68% [31,33]. Нарушения системы защиты у таких больных обусловлена иммуносупрессией, которая предрасполагает к инвазии либо собственной, либо окружающей флорой. В 35% причиной инфекционных осложнений является микст-инфекция, в 16% бактерии, 8% — вирусы и в 6% — грибы [34]. Частота и характер инфекционных осложнений зависят от варианта трансплантации. При пересадках почек преимущественно отмечается инфекция мочевыводящих путей, при трансплантации печени, поджелудочной

железы и тонкой кишки в 5-20% возникает нагноение ран, в 15-20% — внутрибрюшные абсцессы [35]. Микрофлора, вызывающая эти осложнения, представлена разнообразными возбудителями. Это и Gr - аэробы, чувствительные к цефалоспоридам 2 и 3 генерации, Gr + бактерии, энтеробактерии, а также нокардии, листерии, легионеллы и микобактерии туберкулеза. В последние годы актуальной стала инфекция, вызванная метицилинустойчивыми штаммами стафилококка (MRSI), которые требуют назначения кларитромицина, ванкомицина или линезолида [36]. Необходимо подчеркнуть, что на фоне иммуносупрессии бактериальная инфекция протекает значительно тяжелее и сопровождается большей летальностью, чем у больных без иммуносупрессии. Летальность при внутрибрюшной инфекции достигает 20-90%, пневмонии — 30-50%, а при септическом синдроме — 30-80%. При тяжелой инфекции необходимо снижение дозировок иммуносупрессоров, открытое ведение гнойных ран, а также дренирование абсцессов. Важным является рациональная многокомпонентная антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия с учетом антибиотикочувствительности микрофлоры [1].

На фоне угнетенного иммунитета нередко развивается грибковая инфекция. Наиболее частым возбудителем являются грибы группы *Candida* и реже аспергиллы, криптококки, пневмоцисты и прочие [34]. Наиболее частыми областями инвазии являются слизистые и кожные покровы, легкие и головной мозг. Появление налетов и изъязвлений на слизистых, а также дополнительной симптоматики в виде непродуктивного кашля, билатеральных инфильтратов в легких, менингеальной симптоматики у иммуносупрессированных больных должно настораживать в плане грибковой инфекции. При этом необходимо проведение микроскопии и посевов крови, соскобов и смывов со слизистой, постановка реакции латексной агглютинации для выявления антигенов грибов. При признаках церебральной инфекции показано проведение спинномозговой пункции. Основными препаратами при кандидозе являются флуконазол, кансидас и вариконазол. Последние назначаются и с целью профилактики, и для лечения тяжелых грибковых инфекций. Курсовая доза, а также суточные дозировки препаратов, зависят от тяжести инфекции и наличия признаков почечной недостаточности [34].

После трансплантации печени в различные сроки после операции может развиваться вирусная инфекция, которая может явиться следствием

инфицирования пациента после операции или реактивацией вирусов. Реинфекция при трансплантации печени по поводу цирроза печени HBV генеза возникает обычно в сроки от 4–6 до 12 мес. ОТП в 15-20% случаев [37]. Темпы прогрессирования гепатита В в пересаженной печени значительно выше, чем в собственной печени реципиента до операции, и также нередко отмечается развитие *de novo* гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) в трансплантате [38]. В до трансплантационном периоде необходимо добиться подавления или, как минимум, значительного снижения уровня репликации вируса гепатита В, что ведет к снижению риска пересаженной печени [39]. Для этого в дооперационном периоде пациентам назначается противовирусная терапия аналогами нуклеозидов. Ранее единственным препаратом в этой группе был ламивудин (LAM), который назначался по 100 мг ежедневно. Следует отметить, что данный препарат не обладает гепатотоксичностью, может назначаться пациентам с декомпенсированным циррозом печени. Если репликация вируса прекращена, а пациент продолжает находиться в листе ожидания трансплантации печени, лечение следует продолжить до проведения операции, так как после прекращения приема препарата возможно возвращение активности вируса. После трансплантации печени проводится терапия высокими дозами HBV Ig, а также рекомендуется прием ламивудина. При этом проводится мониторинг титра антител к вирусу в крови пациента. В последние годы появились отдельные сообщения об эффективности адефовира у больных с инфекцией HBV, развившейся *de novo* после ОТП [40]. HCV реинфекция развивается после трансплантации в 98-100% случаев. При этом в 25-45% случаев имеются проявления острого гепатита в трансплантате. В 8-30% реинфицирование приводит в сроки от 3 до 5 лет к циррозу трансплантата [40,41]. При активной репликации вируса гепатита С, при наличии клинико-морфологических маркеров инфекции показана терапия интерфероном и рибавирином [36,41]. Герпетическая инфекция требует лечения ацикловиром и цитотексом. Цитомегаловирусная инфекция развивается в 50-70% после трансплантации печени и в большинстве случаев имеет легкую симптоматику: легкое недомогание, миалгия, ринит. Реже развиваются CMV гепатит и пневмония. В большинстве случаев после трансплантации печени необходимо проводить профилактику CMV инфекции ганцикловиром. В последние годы с целью профилактики и лечения при трансплантации печени широко используется таблетированный валганцикловир [36,41].

Таким образом, из обзора данных литературы видно, что осложнения у реципиента в той или иной степени отражаются на функции трансплантата или же являются проявлением первичного нарушения его функции, как правило, вследствие иммунологического конфликта. С накоплением опыта результаты операций улучшаются. Анализ продолжительности жизни после трансплантации печени свидетельствует о большой эффективности этого вмешательства при большинстве терминаль-

ных заболеваний печени. Так, при нехолестатических циррозах печени в течение 1 года живут 86,6% пациентов, 3 года — 77,5%, 5 лет — 71,4%. При холестатических циррозах эти сроки соответственно составляют 90,8%, 84,9% и 81,2%, при билиарных атрезиях у детей — 90,9%, 85,1% и 82,9%, при фульминантной печеночной недостаточности — 79,9%, 71,5% и 68,9%, врожденных нарушениях метаболизма — 90%, 82,4% и 79,5% [42].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульникова О.М. Трансплантация печени: Руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2008. 248 с.
2. Константинов Б.А. Готье, С.В. Ерамишанцев А.К. и др. Трансплантация печени в Российском Научном Центре Хирургии РАМН: опыт 15 лет // Мат. конф. по клинической трансплантации органов. М., 2005. С. 133-134.
3. Журавель С.В., Андрейцева О.И., Чугунов А.О. Особенности подготовки и обследования пациентов перед трансплантацией печени // *Consilium medicum*. Прил. Хирургия. 2007. № 2. С. 68-72.
4. Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульникова О.М. Трансплантация печени. Руководство для врачей. М.: МИА. 2008. 248 с.
5. Хубутя М.Ш., Чжао А.В., Шадрин К.Б. Послеоперационные осложнения у реципиентов при трансплантации печени: современные представления о патогенезе и основных направлениях профилактики и лечения // *Вест. трансплант. и искус. органов*. 2009. Т. XI. № 2. С. 60-66.
6. Новрузбеков М.С. Оценка функциональных резервов печени и методы прогнозирования печеночной недостаточности при операциях на печени. Автореф: дисс... канд. мед. наук. М. 2009. 29 с.
7. Wiesner R.H., Fung J.J. Present state of immunosuppressive therapy in liver transplant recipients // *Liver Transpl.* 2011. Vol. 17. № 11. Suppl. 3. P. 1-9.
8. De Rave S., Hansen B.E., Groenland T. et al. Heterotopic vs. orthotopic liver transplantation for chronic liver disease: a case control comparison for short term and long term outcomes // *Liver Transpl.* 2005. V. 11. № 4. P. 396-401.
9. Шумаков В.И., Мойсюк Я.Г., Шагидулин М.Ю. Эволюция хирургической техники забора печени для трансплантации // *Вестник Российской Академии медицинских наук*, 2006. - N 12. - С. 7-11.
10. Гранов Д.А., Боровик В.В., Жеребцов Ф.К. и др. Ретрансплантация печени: опыт Российск. научного центра радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ) // *Вестн. трансплант. и искус. органов*. 2011. Т. XIII. № 4. - С. 43-47.
11. Feng S., Goodrich K.P., Bragg-Gresham L. et al. Characteristics associated with liver graft failure: The concept of a donor risk index // *Am. J. Transplant.* 2006. V. 6. P. 783.
12. Soejima Y. et al. Biliary strictures in living donor liver transplantation: Incidence, management and technical evolution // *Liver Transpl.* 2006. Vol. 12. № 6. P. 979-986.
13. Олесов О.Д. Билиарные осложнения после ортотопической трансплантации печени // *Трансплантология*. 2009. № 2. С. 44-49.
14. Wojcicki M. et al. Biliary complications following adult liver transplantation with routine use of external biliary drainage // *Ann. Transplant.* 2005. Vol. 10. № 3. P. 21-25.
15. Чжао А.В., Джагарев К.Р., Чугунов А.О., Олисов О.Д. Билиарные осложнения после ортотопической трансплантации печени // *Актуальные вопросы трансплантации органов: Материалы городской науч.-практ. конф. Тверь: Триада*, 2008. С. 70-71.
16. Шумаков В.И. Трансплантология: Руководство. М.: МИА, 2006. С. 310-330.
17. Сушков А.И., Малиновская Ю.О., Милосердов И.А., Мойсюк Я.Г. Тяжелая иммунная гемолитическая анемия после трансплантации печени // *Вестн. трансплант. и искус. орг.* 2013. Т. XV. № 2. С. 109-112.
18. Yazer M.H., Triulzi D.J. Immune hemo lysis following ABO-mismatched stem cell or solid organ transplantation // *Curr. Opin. Hematol.* 2007; 14 (6): 664-670.
19. Pascher A., Neuhaus P. Bile duct complications after liver transplantation // *Transpl. Int.* 2005. Vol. 18. № 6, Jun. P. 627-642.
20. Хубутя М.Ш., Олисов О.Д., Лотов А.Н., Чжао А.В. Билиарные осложнения после ортото-

пической //Трансплантология. 2010.№1.С. 96.

21. Mercado M.A., Vilatobá M., Chan C. et al. Intrahepatic bilioenteric anastomosis after biliary complications of liver transplantation: operative rescue of surgical failures //World J. Surg. 2009. Vol. 33. № 3, Mar. P. 534–538.

22. Pascher A., Neuhaus P. Biliary complications after deceased-donor orthotopic liver transplantation // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2006. Vol. 13. № 6. P. 487–496.

23. Шевченко О.П., Олефиренко Г.А., Орлова О.В. Алгоритм дифференцирования инфекционных осложнений и острого отторжения у реципиентов сердца // Инфекции в трансплантологии / Под ред. С.В. Готье. Тверь: Триада, 2010. С. 177–21.

24. Бессонова Е.Н. Трансплантация печени в лечении больных с терминальными стадиями болезни печени // Уральский мед. журнал. 2006. № 3. С. 2–6.

25. Попцов В.Н., Мойсюк Я.Г., Ухренков С.Г. и др. Неотложные состояния при трансплантации печени // Вестн. транспл. и искусств. орг. 2010. Т. XII. № 2. С. 10–1.

26. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Попцов В.Н., Корнилов М.Н. и др. Опыт 100 трансплантаций трупной печени в одном центре // Вестн. транспл. и искусств. органов. 2012. Т. XIV. № 1. С. 6–14.

27. Шумаков В.И., Мойсюк Я.Г., Попцов В.Н. и др. Опыт трансплантации печени в одном центре: современные технологии и проблемы улучшения результатов // Вестн. транспл. и искусств. орг. 2008. № 1. С. 5–13.

28. Готье С.В. Иммуносупрессия при трансплантации солидных органов. М.: Триада, 2011. 470 с.

29. Sewgobind V.D., van der Laan L.J., Kho M.M. et al. The calcineurin inhibitor tacrolimus allows the induction of functional CD4CD25 regulatory T-cells by rabbit anti-thymocyte globulins // Clin. Exp. Immunol. 2010. Vol. 161 (2). P. 364–377.

30. Аргамонов С.Д., Онищенко Н.А., Башкина Л.В. и др. Роль систем врожденного и адаптивного иммунитета в развитии деструктивного иммунного ответа организма на аллотрансплантат // Вест. транспл. и искусств. органов. 2010. Т. XII. № 3. С. 112–120.

31. Валюшева Т.П., Минов А.Ф., Щерба А.Е., Руммо О.О. Частота, структура и факторы риска бактериальных осложнений после ортотопической трансплантации печени // Вестник трансплантологии и искусственных органов. Приложение. Мат. Всерос. конф. «Инфекции в трансплантологии». М.–Тверь: Триада, 2009. Т. XI. С. 73–74.

32. Kim Y.J., Kim S.I., Wie S.H. Infectious complications in living-donor liver transplant recipients: a 9-year singlecenter experience. Transplant Infectious Disease. 2008; 10: 316–324.

33. Отан Е., Айдин Ц., Каракас С., Унал Б., в Р и др. Инфекционные осложнения после трансплантации печени в отделении реанимации и интенсивной терапии в условиях одного центра // Вест. транспл. и искусств. органов 2013. Т. XV. № 3. С. 44–48.

34. Чеклецова Е.В., Дегтярева А.В., Мухина Ю.Г. и др. Влияние исходного состояния потенциального реципиента на развитие инфекционных осложнений в раннем посттрансплантационном периоде // Вест. транспл. и искусств. органов. Приложение. Матер. Всерос. конф. «Инфекции в трансплантологии». М.–Тверь: Триада, 2009. Т. XI. С. 82–83.

35. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. М.: Премьер-МТ, 2007. 334 с.

36. Минина М.Г., Гуляев В.А., Губарев К.К., Ахметшин Р.Б. Влияние некоторых донорских факторов на функцию трансплантированной печени // Актуальные вопросы трансплантации органов: Мат. городской науч.-практ. конф. Тверь: Триада, 2008. С. 29–32.

37. Gurusamy K.S., Tsochatzis E., Xirouchakis E. et al. Antiviral therapy for recurrent liver graft infection with hepatitis C virus. Cochrane Database Syst. Rev. 2010. Vol. 20(1) CD006803. Review.

38. Nevin Yilmaz, Mitchell L. Shiffman, R. Todd Stravitz et al. Prophylaxis Against Recurrence of Hepatitis B Virus After Liver Transplantation: A Retrospective Analysis Spanning 20 Years // J. Liver International. January 2008. Vol. 28 (1). P. 72–78.

39. Li Jiang, Li-Sheng Jiang, Nan-Sheng Cheng and Lu-Nan Yan. Current prophylactic strategies against hepatitis B virus recurrence after liver transplantation // World. J. Gastroenterol. 2009 May 28. № 15 (20). P. 2489–2499.

40. Berenguer M. Systematic review of the treatment of established recurrent hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin // J Hepatol. 2008. Vol. 49. P. 274–287.

41. Аммосов А.А., Ахаладзе Д.Г., Хизроев Х.М. и др. Эффективность противовирусной терапии в профилактике развития цитомегаловирусной инфекции после трансплантации печени // Вест. транспл. и искусств. органов. Приложение. Мат. Всерос. конф. «Инфекции в трансплантологии». М.–Тверь: Триада, 2009 Т. XI. С. 72.

42. Сюткин В.Е., Андрейцева О.И., Чжао А.В. Изучение возможностей противовирусной тера-

пии гепатита С трансплантата печени // Вестн. транспл. и искус. орг. 2010.Т. XIII. № 1. С. 17–26.

43. Broering D.C., Wilms C., Bok P. et al.

Evolution of donormorbidity in living related liver transplantation: a singlecenter analysis of 165 cases //

Ann. Surg. 2004. V. 240. № 6. P. 1013–1024.



UDC: 613.9:796.077.5(574.24)

AITENOV B. T. , KUBEKOVA S. V.ARENOV K. , A.

JSC Astana Medical University

The Prophylactic Medicine and Nutrition with Sports Medicine Course Department

MAIN ASPECTS OF THE 1 COURSE SPORTS COLLEGE STUDENTS' PHYSICAL AND HEALTH STATE FROM 2012 2015 YEARS

Abstract. The article shows the first-year students' observation results from 2012 to 2015, the dynamics of physical condition and health are analyzed in the given article as well. It shows that a component of the integrated concept of health is physical health which depends on the physical development and functional status. Methods and their evaluation are now well developed and described in the article too.

Key words: Body Mass Index (BMI), Power Index (PI), Life Index (LI), physical development, physical performance (RWC 170), functional status, physical condition.

Introduction: Human health depends on a complex set of many social and natural factors. A huge role in this complex system plays a massive health and recreational activities, including physical education and sports is one of the most significant places. That is why attention to physical culture should be an important aspect of cultural policy. Because health promotes optimal social manifestation of the essential human functions and health status depends on the fullness of the manifestation of social resources of the individual. It is obvious that physical education and sport definition of the optimal «dose» of physical activity the evaluation of its effects on the body and analysis of the ongoing changes require obyazatelno qualified medical support. The value vrachebnogo control involved in physical activities and sports is becoming more and more of these studies involved persons of different age and state of health.[1,2,3]

The current level of sport development in the field of higher achievements in sports and early specialization sports requires sports physicians to assess the dynamics

of physical condition and health of children and adolescents engaged in sports activities, matters and is particularly relevant for students of sports schools, boarding schools, members of the teams.

As for sports activities that are continuously ongoing growth of sport achievements require a significant increase in the volume and intensity of the training process, and this naturally increases the need of skilled medical supervision for athletes because of the possible under these conditions, overloads for predotvrashhenija their negative effects on the body.

For admission to sports activities is necessary to put the diagnosis «healthy» because of defects in the condition to the sport should not be allowed. This is very difficult and responsible diagnosis requires a high clinical qualifications of the doctor. The fact is that in modern sport are very large and increasing physical activity. In the modern world, sports , high achievements, has become not just a sporting event, and in many respects an indicator of the economic and political capacity of the state. Victory at the Olympics give countries a special status that is perceived positively around the world. When this is no longer a secret that high performance sport 30 years ago overcame the physiological threshold of human capabilities. The modern athlete is experiencing heavy loads, which are a threat to his health. Modern elite sport is characterized by a high degree of competitiveness. All this has determined the nature of sports training, which requires the athlete to large functional reserves and so the training process requires mandatory participation sports physician tasks which is a complex of medico – biological actions directed

on increase of reserve capacity and timely prevention the negative effects of stress on the athlete's body. [8] Sports medicine deals with the body working at maximum capacity. This requires adequate assessment of an athlete using high-tech technologies.

Goal: to Assess the dynamics of physical condition and health of athletes-students of the 1st course alongside the Republican boarding school of the College of Olympic reserve of a name of Khadzhimukan munaitpasov for admission to study for the period from 2012 to 2015.

MATERIAL AND METHODS: It was analyzed the dynamics of the physical condition and health of athletes aged 17 to 21 years engaged in various kinds of sports. The athletes underwent testing in the conditions of the Department of preventive medicine nutrition course for sports medicine of JSC «MUA» from 2012 – 2015. . The object of the study was the students of the 1st course in age from 17 to 21 years (mean age -17,5±0,06). Table 1

We filled out medical and control card of athlete and sportsman (form # 061/u. approved by Minister of Helthcare of the Republic of Kazakhstan's order from 08 July 2005, No. 332), which included data from diseases, injuries, what sports are primarily engaged in, how much time, participation in competitions and receiving a discharge, as well as anthropometric indicators and external inspection. For the quantitative evaluation of physical development (FR) applied a methodological approach based on the measurement of length and body weight, deadlift strength (traction) vital capacity of lungs, transformed into intrinsic components — the body mass index(BMI),life(LM) and power indices (SI) which was calculated by the formula:

$$BMI = m/L^2$$

m is body mass, kg, L — the length of the body (height), m²;

$$MS = VC/m,$$

where VC — vital capacity of lungs, millimeters— mass of body, kg;

$$C = FCT. X100\%/ m,$$

F — deadlift, kg, m — body mass, kg; FR = (BMI+LM+SI)/3 (Rel. units).

The increased double product (IDP) was calculated

by the formula:

$$RAP = \text{heart rate} \times \text{GARDEN} / 100 \text{ (CONV. units)}.$$

Indicators Life Capacity and Power Capacity were ranked on a five point scale (the higher the score, the higher the score). In the evaluation of BMI was used a four-scale are presented in table. 2. To assess the functional status of students was determined with the indicator of physical health (PWC170). The study was conducted using hardware-software complex Valio test. The first load was 1 W/kg Тера, a second load for students is 2.0 — 2.5 watts per kg of body weight. Load 2.5 W/kg of body weight were given to the students if the heart rate after the 2nd load was not reached 140 уд/мин. In the case when after the 1st load heart rate exceeded 150 beats/min, a further increase in load was conducted, and determination of physical performance was carried out according to the formula:

$$PWC170 = N1 \times (170 - HR, 1) / (ЧСС1 - ЧССМ2),$$

N1 is the first load, heart rate — baseline heart rate, heart rate — heart rate at the end of the 1st physical burden period .

The duration of the 1st and 2nd physical burdens was 3 minutes and 4 minutes respectively. Such methodological approach to assessing physical performance gave the possibility of observing the standard and individual loading for each sample, at the same time allowed to test a few people. In addition, the standard load tests facilitate automatic processing of the obtained results for evaluation of physical performance in later analysis. physical condition (cond. units) in our studies was determined by a combined assessment of physical development and physical performance. In view of the minor differences in the compared anthropometric and functional indicators between students of 2012 and 2013 they merged into one group, as well as the students of 2014 and 2015 training. The statistical analysis included finding the average value (M), error average (m), reliability (t) and probability (P) of the compared results. For analysis of anthropometric and functional data we use computer mathematical software (tStatistika-6.0 and «Microsoft Office Exce12007>»). [5,6,7]

Table 1.
Number of first year students over the observation period from 2012 to 2015

Years	2012	2013	2014	2015	Total number
Students	40	40	40	40	160

Table 2.
Indexes of physical development estimation

Life Index LI (millimeters (the body weight in kilograms)		Power Index PI (percentage from body weight)				distribution and scoring percentage	The body mass index BMI (kg/m ²) and its score		
		Deadlifts		Right hand			men	women	points
men	women	men	women	men	women.		men	women	points
>87,0	>77,0	>226	>152	>87	>60	>100-95(5)	>29,0	>28,0	1
87,0- 74,0	77,0- 63,0	226- 201	152-123	87-76	60-52	94-75(4)	28,0- 24,0	28,0-23,0	2
73,0- 57,0	62,0- 45,0	200- 150	122-84	75-60	51-40	74-25(3)	23,0- 19,5	22,9-19,1	4
56,0- 46,0	44,0- 31,0	149- 112	83-59	59-46	39-31	24-6(2)	19,4- 17,8	19,0-17,1	3
<45,0	<31,0	<112,0	<59	<46,0	<31,0	5-0(1)	<17,8	<17,1	2

RESULTS AND DISCUSSION:

Reviewing the results of physical and instrumental methods of research students from 2012 to 2015, there was a marked trend in the increase of body length average of 1.9 cm ($p < 0,05$), accompanied by an increase of body weight of 5.5 kg ($p < 0,04$). The results of the measurement of the subcutaneous fat while had not been statistically changed since then. The body mass index was highest among athletes in 2012/2013 was significantly higher in comparison with the athletes in 2012, 2013 and 2014 years ($t = 3.3, p < 0,0 s$).

The absolute value of the lung capacity of athletes-students of the 2013 and 2015 significantly exceeded the indicators of boys of the previous generation, but a vital index (as a relative value to body mass) in all the compared groups had no significant difference. Torque index Stanovoy strength of all studied students 2012, 2013 and 2014 did not statistically significantly differ among themselves. The highest index deadlift was at young boys in 2013 and 2014 and amounted to 171,0±9, the average was students 2014 made 1b5,6 ±0,8; the lowest values deadlift was students 2012, they were equal 159,0±0,5. athletes-students physical development evaluation in 2013-2014 academic year amounted to 2.82±0,04 conventional units students studied in 2012 — 2,80±0,04. Compared to them, there is a decrease in the physical development of athletes-students of the year 2010/2011 (2,71±0,06

CONV. units), $p < 0,5$.

High levels of breath hold to breath (sample Post), and statistically significantly lower value of chronotropic activity of the heart and RAP was a characteristic feature of students of 2014/2015 in comparison with the group of young men 2012 and 2013/2014. The absolute physical performance — an indicator of the functional state of — compare all students were the same, and its value ranged from 1032,0±16,3 to 981,0±24,0 KGM/min($t = 1,76; P,0,05$). The level of relative physical working capacity in athletes PWC170 students 2012 and 2013/2014 was more than boys 2014/2015 (this is due to higher body weight and lower absolute PWC170 have students 2014/2015 year of study). Thus, indirect indicators of body reserves, such as the sample Rod, the RAP, and in some cases coincided with the General trends of the dynamics of anthropometric data of athletes, students, and others contradicted them. For example, when a low RAP and a high result of the sample Rod from students 2013/2014 noted reduced indicators of physical development and PWCi0 in comparison with students from 2012/2013/2014 years. Dynamics of morbidity, physical development, functional and physical condition. The study period shows a downward trend in the number of diseases and improve the physical condition of athletes. Since 2012, the number of

patients students decreased by 24% and the physical condition of the students improved by 10%.

Conclusion

Analysis of the study showed that the levels of physical development of students for the period from 2012 to 2014 did not differ significantly among themselves but were higher than students in 2015.

Relative value of physical working capacity of sportsmen-students of the 1st course, 2012 was more than the students 2012-2015. Our studies for the period from 2012 to 2015, showed that the increase in the incidence of students closely associated with their physical condition.

LITERATURE

1. G. L. Apanasenko "Diagnosis of individual health": Valeology, 2002. pp. 27-31.
2. D. A. Vasilyev Morphofunctional parameters in assessing the group of undergraduate students health at Medical University: Candidate of Medical Sciences author's abstract. Moscow 2004., p. 25
3. V. K. Gavrikov, V. B. Mandrikov V. B., A. L. Shklyar, "New technique to assess students physical development and their functional state of organism." Applied information aspects of medicine. — 2006.- Volume 9.— tN 2.
4. A. Y. Lutonin Physiological and psychophysiological criteria for the distribution of students ha medical groups for employments by a physical culture: Candidate of Medical Sciences author's abstract. Moscow., 2009, p.25.
5. V. P. Plotnikov "Physical rehabilitation of students with neurocirculatory dystonia": Doctor of Medical Sciences author's abstract .Moscow, 2002. p.4.
6. A. V. Sokolov A. V. "Integral estimation of individual health reserves". Methodological recommendations. M.: Prize, 2003. 52 g.
7. "Children and adolescents physical development assessment": Textbook/ by Ye. S. Bogomolova and others. Nizniy.Novgorod: NGMA Publishing House, 2006. – 260 pages.
8. S. A. Tomashova "Assessment of physical and sexual development as a criterion of biological age and possible desynchronous identification"// Astana Medical Journal. – 2000. - #1.–pp.22-24.

ТҮЙІН

АЙТЕНОВ Б. Т., КУБЕКОВА С. К., АРЕНОВ А. В.

"Астана медициналық университеті" АҚ Астана қаласы, Қазақстан

2012-2015 ЖЫЛДАРЫ АРАЛЫҒЫНДАҒЫ СПОРТ КОЛЛЕДЖІНІҢ БІРІНШІ КУРС СТУДЕНТТЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ФИЗИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Мақалада 2012 жылдан бастап 2015 жылға дейінгі аралықтағы 1-ші курс студенттерінің жағдайының бақылау нәтижесі көрсетілген, сонымен қатар денсаулығы мен физикалық жағдайы динамикасы қорытындыланған.

Адам денсаулығының интегральды түсінігінің бір компоненті болып физикалық денсаулығы екені көрсетілген. Физикалық денсаулығы физикалық даму мен функционалды жағдайының дәрежесіне тәуелді болып келеді.

РЕЗЮМЕ

АЙТЕНОВ Б.Т., КУБЕКОВА С.К., АРЕНОВ А.В.

АО «Медицинский Университет Астана»

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА СПОРТИВНОГО КОЛЛЕДЖА В ПЕРИОД С 2012 ПО 2015 ГОД

В статье представлены результаты наблюдения за студентами первого курса в период с 2012 по 2015 год и проанализированы динамика физического состояния и здоровья. Показано, что из одним из компонентов интегрального понятия здоровья человека является физическое здоровье, которое зависит от уровня физического развития и функционального состояния.



УДК: 616.12-008.331.1:378.172

ЖАҚСЫБЕКОВА І.С., АБДУЛДАЕВА А.А., АХМЕТОВА К.М.

«Астана Медицина Университеті» АҚ

ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫ СТУДЕНТТЕРІНІҢ АРАСЫНДА ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ ДАМУ ҚАУП

Аннотация: Бұл мақалада жастар арасында артериялық гипертонияның даму қаупіне әдеби шолу қарастырылып отыр. Артериялық гипертония дүниежүзінде кең тараған ауру, сонымен қатар жастар арасында артериялық гипертонияның даму қаупі көптеген елдерде назардан тыс қалып отыр.

Кілтгі сөздер: артериялық гипертония, студенттер, қауіп факторлары.

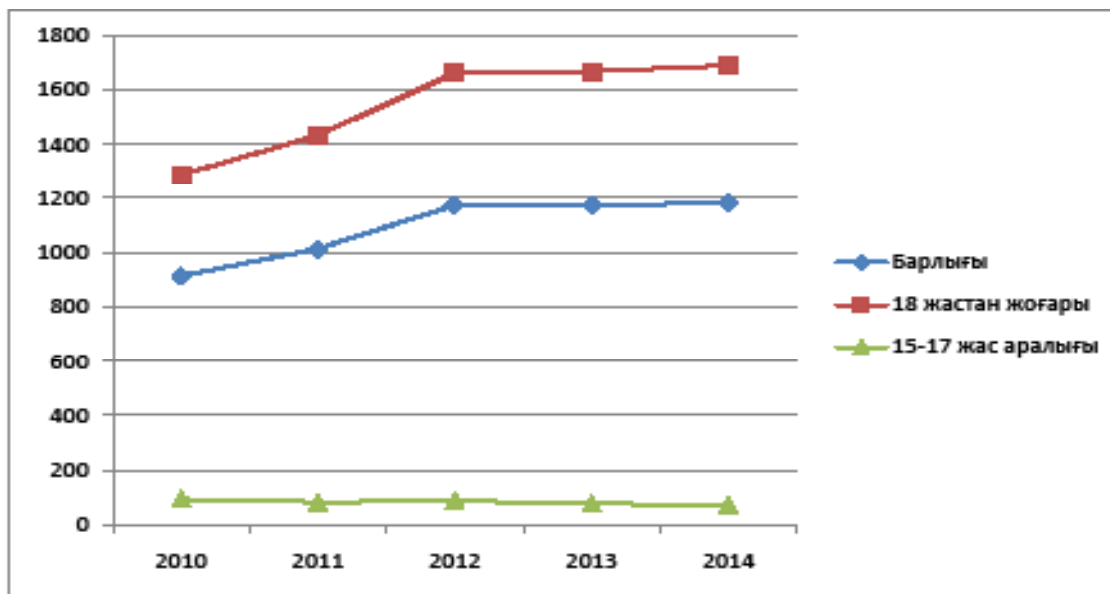
Қазіргі күні артериялық гипертония мәселесі дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының қорытындылары бойынша өзекті мәселелердің бірі. Соңғы кездері жоғары артериялық қысым халық арасында кең тараған, дегенмен ауру жиі симптомсыз өтуіне байланысты дәрігерлер мен науқастардың назарынан тыс қалуда. Асқинулырдың жоғарғы қауіптілігіне (мидағы қанайналым бұзылыстары, миокард инфаркті, жүрек жеткіліксіздігі және бүйрек жеткіліксіздігі), сонымен қатар артериялық гипертония мен өмір сүру ұзақтығы көрсеткіштері арасындағы кері тәуелділікке байланысты әлеуметтік маңызды мәселе болып отыр [1].

Артериялық гипертония – артериялық қысымның созылмалы түрде систолалық АҚ 140 мм.сн. бғ. тең немесе артық болуы, ал диастолалық АҚ 90 м.сн.бғ. тең немесе артық жоғарылауы [2].

ДДҰ - ның 2010 жылы берген мәліметтеріне сүйенсек, артериялық гипертония дүниежүзі халқының 26% кездеседі, сонымен қатар 2025 жылы бұл көрсеткіш 29%-ды құрайды деген болжам берілген. Ал ең жоғарғы көрсеткіш экономикалық дамушы елдерде байқалады, себебі науқастардың 75% экономикалық дамушы елдерде өмір сүреді деп күтілуде. Шет елдерде жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулер артериялық гипертонияның ересектер арасында таралуын зерттеуге бағытталған. Қазіргі таңда ауру жастар мен жасөспірімдер арасында таралу мәселесі назардан тыс қалып отыр [3]. Дегенмен, көптеген ғалымдар жастар арасындағы артериялық гипертония болашақ халықтың денсаулық жағдайын анықтайды деген тұжырыммен толық келіседі [4,5].

Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау және Өлеуметтік даму министрлігінің мәліметтері бойынша артериялық гипертония жастардың 10-14% кездеседі. Сонымен қатар, 2010 жылмен салыстырғанда 2014 жылы аурудың 20%-ға дейін өсу динамикасы байқалды (сурет 1).

Сурет 1.

100 000 адамға шаққандағы артериялық гипертониямен аурушандық көрсеткіштері

Артериялық гипертонияның бастапқы профилактикасына бағытталған шараларды ұйымдастыру барысында, оның дамуына алып келетін қауіп-қатер факторларын ескерген жөн. Қазіргі таңда гипертониялық ауру және өзге де жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары анықталды. Оларға тұқым қуалаушылыққа бейімділік, жүйке-психикалық күйзеліс, ас тұзын шамадан тыс қолдану, ауыз су құрамындағы микроэлементтердің (кальция, калий, магний) жетіспеушілігі, гиперлипидемия, гиподинамия, ішімдік, шылым шегу, артық салмақты жатқызамыз. Бұл факторларды дәстүрлі факторлар қатарына қосады [6].

Осылайша, артериялық гипертония көпфакторлы ауру болып табылады. Ол генетикалық және сыртқы орта факторларының өзара әсерлесуінің нәтижесінде пайда болады. Сонымен қатар, егер жас ерекшеліктері мен тұқым қуалаушылыққа бейімділік түзетуге мүмкін емес фактор болса, қалғандарының бәрі - модифицирленетіндер.

Семіздік, артериялық гипертонияның қауіп-қатер факторы бірден бір себепкері [7]. F.J. Holland, A.E. Ades мәліметтері бойынша қалыпты дене салмағын ұстанатын адамдарда артериялық гипертонияның даму қаупі 5%-дан төмен, ал артық дене салмағы барысында бұл көрсеткіш 12% шамасында [8].

1995 және 1996 жылдары жүргізілген ұлттық зерттеулер нәтижесі бойынша Қазақстан ересек халқының 42% (немесе 4,36 млн. адам) –да дененің артық салмағы (27%) немесе семіздік (15%) анықталған. Сонымен қатар ерлерге қарағанда (42%), бұл дерт әйелдерде жиі (47%) кездеседі.

2008 жылы жүргізілген зерттеулер бойынша 25-59 жас аралығындағы әйелдердің екіден бірінде (50,6%) және ерлердің 45,4%-да артық дене салмағы (29% әйелдер және 34,4% ерлер) және семіздік (25,7% әйелдер және 11% ерлер) анықталған. Бұл жағдай 15-24 жас аралығындағы ерлер (10,2%) мен әйелдер (11,5%) арасында 4,5 есе сирек кездескен.

Семіздіктің ересек өмірде сақталу ықтималдылығы дененің артық салмағы қай жаста пайда болғаны мен тым болмаса ата-ананың біреуінде семіздіктің болуына байланысты. 3 жасқа дейінгі артық салмақ, егер ата-аналарда артық салмаққа деген бейімділік болмаған жағдайда семіздіктің алғышарты болып есептелмейді. Егер ДДҰ мәліметтеріне сүйенсек қажетті шараларды қабылдаса, семіздікке шалдыққан жасөспірімдердің 80% -да бұл дерт ересек өмірінде де сақталады. Жасөспірімдер мен ересектерде семіздікке

әкеп соқтыратын генетикалық және гормоналды бұзылыстар өте сирек байқалады. Көбіне, жастар мен жасөспірімдердегі семіздік экзогенді факторлардың әсерінен дамиды [9].

5 жастан бастап артық дене салмағына шалдыққан балалардың артериялық қысымы құрдастарына қарағанда жоғары екендігі дәлелденген, әрі бұл байланыс жасөспірімдік шақта айқынырақ байқалады. Алайда, соңғы кезде туылған кездегі салмақтың аз болуы мен ересек кезде туындайтын артериялық гипертония арасындағы байланыс белсенді түрде зерттелуде [10].

INTERSALT зерттеулерінде [11] әлемнің 52 популяциясы бойынша салыстырмалы-корреляционды анализ берілген. Бұл зерттеу барысында артериялық гипертония патогенезіндегі натрийдің ролі дәлелденген. Популяциялық зерттеулер барысында ас тұзын қолдану көрсеткіші төмен елдерде артериялық гипертония күйінің өте сирек байқалатындығы анықталды. Алайда, егде жастағы адамдардың ас тұзын аз қолдануы, күткен нәтижелерді берген жоқ. Негізі, ас тұзын қолдануды шектеу ерте жастан басталуы қажеттігі дәлелденді, себебі артериялық қысымның жоғарылауының бірден бір себепкері [12].

Жануарларға жүргізілген зерттеулер нәтижесінде калиймен байытылған емдәм артериялық қысымды төмендетіп қоймай, сонымен қатар артериялық гипертонияның дамуын алдын-алатыны дәлелденді. Голландияда жүргізілген зерттеулері 7-17 жас аралығындағы балаларда артериялық қысымның жоғарлау дәрежесі Na/K арақатынасына кері пропорционалдығын көрсетті [13]. Ал кальцийдің организмге қажетті шамада түспеуі артериялық гипертонияны дамытатыны анықталды [14].

A.H. Herrera, D.T. Lowenthal, соңғы 40 жылдық мәліметтерді талдау нәтижесіне сүйенсек, жеткілікті түрдегі физикалық жүктеме жалпы өлім-жітім көрсеткішінің, жүрек қантамыр жүйесі ауруларының соның ішінде артериялық гипертония көрсеткішінің төмендеуімен байланысты екенін көрсетті [15].

Төмен дәрежедегі физикалық жүктеме артериялық гипертония дамуының маңызды факторларының бірі. Физикалық белсенді өмір сүретін адамдарға қарағанда, физикалық жүктемесі төмен адамдарда жүрек-қантамыр жүйесі аурулары 1,5-2,4 есе жиірек кездеседі [16].

Жүрек ауруларының даму қаупі бар адамдарға күнделікті серуендеу, іс-қимылдың жоғарғы амплитудалы жаттығулары, тыныс алу жаттығулары, спорттың ойындық түрлері, шаңғы тебу, және аптасына 3-4 рет 45 минуттан жүзу жаттығуларымен

айналысу ұсынылады. Изометриялық жаттығулар (ауыр көтеру, спорттық гимнастика) және спорттың жарыстық жүктемелі, сонымен қатар самбо, карате сияқты спорттық жаттығулармен айналысуға тыйым салынады. Физикалық жаттығулар уақыты бойынша тұрақты, мөлшері, ұзақтығы және қарқындылығы бойынша жете ойластырылған болуы тиіс. Жаттығулардың жүру барысы мен тиімділігін арнайы мамандар мен ЕДШ дәрігерінің бақылауымен жүруі тиіс [17].

Артериялық қысым реттелуі бұзылыстарының басты себептерінің бірі стрестік жағдайларда туындайтын психоэмоциялық жүктеменің артуы болып табылады [18,19].

Г.Ф. Ланг және А.Л. Масляковтың орталық жүйке жүйесі туралы теория бойынша, «жүйке жүйесінің травмасы мен зорығуы» артериялық гипертонияны түзіші сыртқы факторлардың бірі болып табылады [20].

Клиникалық тәжірибелерге сүйенсек, орталық жүйке жүйесінің жарақаты мен зорығуынан болатын, АГ науқастар саны жоғарылап отыр. Олардың анамнезінде перинатальды зақымдалулар немесе ОЖЖ-нің аурулары, мойын омыртқасы бөлімінің интранатальды зақымдалулары нәтижесінде болған бас миының омыртқалық-негіздік қан айналым бұзылыстары жиі анықталады. Мысалы, алғаш рет J.Ватте (1925) « омыртқа артериясының синдромы » деп аталатын жазбасында барлық милық қан айналым бұзылыстарының 25 %-ын құрайтын омыртқалық-негіздік жетіспеушілік анықталады. Науқастардың 40,7% -да бұл ауру артериалды гипертензиямен жүреді және митамырлық бұзылысының ауыр түрі « мойын мигрені » және адреналдық жүйенің гипертониялық күрт асқынуының себебі болады. Артериялық гипертензияның дамуында физикалық, ақыл-ой және психикалық күштің түсуі, отбасында және мектепте жанжалдар, күн тәртібінің бұзылуы және созылмалы ұйқының қанбауы сияқты себептер алдыңғы қатарда. АГ алғаш рет жиі психикалық және эмоционалды күйзелістер, емтихан тапсыру кезінде, туыстардың қайтыс болуы жағдайларында айқындалды. Сонымен бірге, «жауапсыз қалған эмоциялар мен күйзелістер» негізінде болатын АГ жиі таралған. АГ - ның психикалық-неврологиялық «Әлеуметтік тәжірибе» моделі ретінде Ұлы Отан соғысы кезінде Ленинградта, 1989 жылы Спитак пен Гюмридағы (Армения) қайғылы жер сілкінуден кейін және таулы Карабахтағы қарулы жанжалдар кезіндегі балаларда, Ирактағы «Шөлдаладағы дауыл» әскери операциясына қатысқан хорватиялық әскерлерде және 1996-2000 жж.

Шешен Республикасының әскери қызметкерлері әскери әрекеттерге қатысу нәтижесінде дамыған АГ айтуға болады [21].

Қазақстанда және шет елдерде жүргізілген зерттеулер шылым шегу мен алкогольді қолдану адам денсаулығына кері әсерін тигізетіні дәлелденді. ҚР-да жүргізілген зерттеулер нәтижелері бойынша 18-24 жас аралығындағы ерлердің - 63,1%, әйелдердің – 39,6% шылым шегетіні анықталды. [22]

Жастарға алкогольді қолдану артериялық гипертонияның қауіп факторы ғана болып қоймай, адамның психикалық денсаулығына кері әсерін тигізуде [23]. Шылым шегу мен алкогольизмнің дамуына әкеп соқтыратын факторларға РМҒА академигі А.А. Баранов келесі жағдайларды жатқызған: халықтың немқұрайлылығы, шылым шегу мен алкогольдің кері әсері туралы мәліметтердің аз таралуы, пайдамен өтетін уақыттың қысқаруы.

Алкогольді шамадан тыс қолдану - артериялық гипертонияның дамытушы факторы, сонымен қатар, оның асқынуларының себепкері болып табылатыны еш күмәнсіз дерек [24]. Шылым шегетін адамдарда артериялық қысымды бірқалыпты деңгейге жеткізу, медикаментозды терапия барысында да қиынға түсетіні белгілі. Оларда артериялық гипертонияның қатерлі түрде өтуі, ОЖЖ-де қан кетулер және артериялық гипертониядан туындайтын өлім-жітім деңгейінің жоғары екендігі байқалады [25]. Жастардың 10%-да артериялық гипертонияның басты себебі созылмалы түрде алкогольді қолданумен байланысты. Алкогольді қабылдаудан бас тарту тахикардия және жүрек индексінің төмендеуімен, симпатикалық нерв жүйесінің белсенділігі және қан құрамындағы катизол көрсеткішінің төмендеуімен қатар жүреді [26,27].

Артериялық гипертонияның этиопатогенезін зерттеуге арналған жұмыстардың барлығында оның дамуына тұқымқуалаушылықтың әсері бар екендігіне күмән тудыруға болмайды.

Артериялық гипертониямен ауыратын туыстары бар адамдарда артериялық қысымның, пульстық қысымның, орташа гемодинамикалық қысымның жоғарылауы жиі байқалады [28].

Зерттеулерге сүйенсек артериялық гипертонияға шалдыққан науқастар және олардың туыстарында тұзға деген сезімталдылық анықталған. Артериялық гипертонияға шалдыққан науқастардың 79,1±5%-да ас тұзына деген сезімталдылықтын жоғарылауы байқалған, ал бақылау тобында бұл көрсеткіш 16±3,7%-ды құраған [29,30].

Жас кезінде анықталған қауіп факторлары мен ересектер арасында артериялық гипертонияның арасындағы болжамдық маңыздылығы дәлелденді

[31]. Соңғы кездері көптеген жүргізілген ғылыми жұмыстарға сүйенсек, АГ алдын алуда дәлелді медицинаның шараларын қолдану тиімді. Олай болса, жастар арасында жүрек-қантамыр аурула-

рының даму қаупі жоғары топты бөліп, олардың арасында валеокинетикаға негізделген профилактикалық іс-шаралар кешенін қолдану өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Шпак Л.В., Колбасников С.В. Вырожденность тревожных расстройств и состояние кровообращения у больных гипертонической болезнью // Терапевтический архив. - 1998. - №6. - С. 50-53
2. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по гипертонии 1999 г.
3. Актуальные аспекты изучения артериальных гипертоний. Дискуссия за круглым столом.//Терапевтический архив. - 1992. - №9. - С.9-21
4. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного АД у детей и подростков //Российский педиатрический журнал. - 1998. - №2 - С.16-20
5. Daniels SR. Hypertension-induced cardiac damage in children and adolescents//Blood Press Monit. - 1999. - №4(3-4). - P.165-170
6. Ардашов В.Н., Фурсов А.Н., Господаренко А.Л. Современные принципы диагностики и лечения артериальной гипертонии. - Москва, 1997. - 36с.
7. Андриющенко И.В., Оганов Р.Г., Либензон Р.Т. Результаты изучения взаимосвязи уровней артериального давления с избыточной массой тела и чрезмерным потреблением поваренной соли с пищей у женщин// Терапевтический архив. - 1992. - Т.64, №1. - С. 10-13
8. Holland FJ, Stark O, Ades AE. Birth weight and body mass index in childhood, adolescence, and adulthood as predictors of blood pressure at age 36// S. Epidemiol. Commun Health. - 1993. - Vol.47, №6. - P.432-435
9. Ледяев М.А., Королева М.М., Мусатова Ю.А., Моисеева С.Л. Суточное мониторирование артериального давления и поражение органов мишеней при артериальной гипертонии у подростков. //Лечащий врач. 2003. - №6. - С.33-34
10. Кобалова Ж.Д. Артериальная гипертония и ожирение: случайная ассоциация или причинно-следственная связь. //Клиническая фармакология и терапия. - 2000. - №9. - С. 35-39
11. Dyer A.B., Elliot P., Shipley M. Body mass index and associations of sodium and potassium with blood pressure in INTERSALT //Hypertension . - 1994.- Vol.23, № 6 - P. 729 - 736
12. Falkner B, Hulman S, Kushner H. Birth Weight Versus Childhood Growth as Determinants of Adult Blood Pressure // Hypertension. - 1998. - №31. - P.145-150.
13. Guanganano M.T., Ballone E., Pace-Palitti V., Vecchia R.D., D’Orazio N., Manigrasso M.R., Merlity D. Risk factors for hypertension in obese women. The role of weight cycling // Eur. J. Clin. Nutr. - 2000. - Apr.; 54(4). - P.356-360.
14. Jonas B.S., Franks P., Ingram D.D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey 1 Epidemiologic Follow-up Study //Arch Fam Med. - 1997. - №6. - P.43-49.
15. Herrera AH , Lowenthal DT. Exercise and hypertension // Hypertension. - 2000. - №50. - P.470-478.
16. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике. // Кардиология. - 1999. №2. - С. 4-9.
17. Звездина И.В. Гигиеническая характеристика факторов риска стабилизации повышенного артериального давления у подростков: Дис. канд. мед. наук. - М. 1985.
18. Boone J.L. (1991) Stress and hypertension // Prim.Care / - Vol. - 18(3). - P.623-649.
19. Кручинина Н.А., Порошин Е.Е. Стресс и артериальная гипертония // Физиологический журнал. - 1992. - №78(11) - С.104-112.
20. Шелкопляс Е.В. Теоретические и практические аспекты влияния психогенных и конституциональных факторов на клинические проявления вегетативных дисфункций центрального генеза // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2002. - Том 7, № 3-4. - Т.3. - С.17-24.
21. Багмет А.Д., Улунов А.Д., Шлык С.В. Артериальная гипертония и война в XX веке.// Кардиология - 2001. - №6. - С.88-91
22. Шабденова А.Б., Заболотная А.А. Курение как социальная проблема в Казахстане. Алматы. 2010
23. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. Эпидемиология систолической и диастолической артериальной гипертонии в связи с факторами риска и образованием среди мужского населения в некоторых городах и зонах России, стран СНГ, Прибалтийских государств.// Терапевтический архив. - 1994. - №1. - С.54-57

24. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Тимофеева А.В. Распространенность артериальной гипертонии и её связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов.// Кардиология. - 2001. - №4. - С.39-42
25. Langer R.D. The epidemiology of hypertension control in populations// Clin. Exp. Hypertension. - 1995. - Vol. 17, №7-P.1127-1144.
26. Алмазов В.А., Шляхто Е.В., Соколов Л.А. Пограничная артериальная гипертония. - СПб.: Гиппократ, 1992. - 192с.
27. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь. - СПб.: Сотис, 1995. - с.311
28. Шулутко Б.И. Артериальная гипертония. СПб.: Ренкор, 2001. - С.382
29. Мутафьян О.А. Возрастные особенности кардиогемодинамики у детей.// Здоровоохранение Туркменистана. - 1989. - №12.-.36-39
30. Белконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей в2-х т. Москва.: Медицина, - 1987.-С.136-190
31. Студенкин М.Я., Абдулаев А.Р. Гипертонические и гипотонические состояния у детей и подростков. - Москва. Медицина, 1973. - С. 157-178.

РЕЗЮМЕ

ЖАКСЫБЕКОВА И.С., АБДУЛДАЕВА А.А., АХМЕТОВА К.М.

РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

В данной статье рассматривается литературный обзор на тему риска развития гипертонических случаев среди студентов. Артериальная гипертония одна из самых распространенных болезней в мире, однако проблема развития АГ среди лиц молодого возраста остаётся без должного внимания.

Ключевые слова: артериальная гипертония, студенты, факторы риска

SUMMARY

ZHAKSYBEKOVA I.S., ABDULDAYEVA A.A., AHMETOVA K.M.

THE RISK OF HYPERTENSION CASES AMONG UNIVERSITY STUDENTS

This article discusses a literature review on the risk of developing hypertension cases among students. Hypertension is one of the most common diseases in the world, but the problem of hypertension among young people remains without due attention.

Keywords: hypertension, students, risk factors



УДК: 616.8-009.1-036.86-053.2

ЖУКАБАЕВА СОФ.С., ЖУКАБАЕВА С.С., НУРАНОВА Г.А., КАЛЫМЖАНОВА С.К.,

АУБАКИРОВА Ж.И.

АО «Медицинский университет «Астана»

СТРУКТУРА ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Аннотация: В последние годы отмечается рост детской инвалидности, что обуславливает увеличение исследований в этой области.

Ключевые слова: детство, инвалидность, структура.

Актуальность. Детская инвалидность является важной медицинской, социально-экономической и

правовой проблемой, имеет общегосударственное значение и является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны [1,2,3].

Актуальность исследования обусловлена увеличением за последние 10 лет общего числа детей-инвалидов [4-5]. Уровень инвалидности яв-

ляется одним из показателей, характеризующим здоровье детского населения, эффективность деятельности государственных систем и организаций, оказывающих помощь детям [6]. Большую роль в возникновении детской инвалидности имеют отягощенная наследственность, рост экологически зависимых болезней с наследственной предрасположенностью, патология беременности и родов, неблагоприятные социально-экономические и экологические факторы, ухудшение психического и соматического здоровья, наличие хронических болезней у родителей [4-7]. Кроме того, благодаря внедрению в учреждениях здравоохранения области современных технологий выхаживания новорожденных, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела, увеличивается число выживающих новорожденных, однако состояние их здоровья не всегда благополучно, у них нередко отмечается формирование тяжелой инвалидизирующей патологии [8]. А.А. Баранов и соавторы [2] указывают на то, что за последнее десятилетие в общей структуре детской инвалидности возрос удельный вес врожденных аномалий и психических расстройств, а параллельно снизилась доля заболеваний нервной системы.

Целью настоящей работы явилось изучение структуры инвалидизирующих заболеваний у детей, состоящих на диспансерном учете в городской поликлинике №10 г. Астана.

Материалы и методы исследования

Изучены амбулаторные карты (форма 026) 259 детей с ограниченными возможностями, состоящих на диспансерном учете в городской поликлинике №10 г. Астана. Из них мальчиков было 138, девочек - 121. Возраст больных варьировал от 1 г. до 17 лет: 0-4 лет - 56, 5-9 лет - 100, 10-14 лет - 72, 15-17 лет - 31.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате статистического анализа установлено, что в структуре инвалидизирующих заболеваний среди детей, состоящих на диспансерном учете в городской поликлинике №10 г. Астана, первое место занимает патология центральной нервной системы - 92 детей (35,5%). Второе место занимают врожденные пороки развития - 68 детей (26,2%). Дети, инвалидность которых обусловлена генетическими факторами, занимали третье место - 18 детей (6,9%).

Повозрастной анализ показал, что в возрастных

группах 5-9 лет, 10-14 лет и 15-17 лет наибольший удельный вес среди инвалидизирующих заболеваний занимают заболевания нервной системы, в том числе детский церебральный паралич и другие параличические синдромы. В зависимости от возраста в структуре инвалидности по обусловившим ее заболеваниям 1-е место занимают разные классы болезней. Так, у детей 0-4 лет лидируют врожденные аномалии развития (42,8%). На втором месте - болезни нервной системы (28,5%), генетические заболевания (7,1%) и болезни уха и сосцевидного отростка (7,1%) делят третье и четвертое место, причем в этом возрасте структура инвалидности у мальчиков и девочек аналогична.

Среди детей 5-9 лет причиной инвалидности чаще являются болезни нервной системы (43%), врожденные пороки развития (27%), а также генетические заболевания (5%) и болезни уха (4%). Среди детей с заболеваниями нервной системы преобладают мальчики (30:13). Но среди детей с генетическими заболеваниями были только девочки. У подростков 10-14 лет преобладают болезни нервной системы (34,7%), на втором месте - врожденные пороки развития (20,8%) и на 3-м месте - генетическая патология (9,7%). Последующие места занимают болезни уха и эндокринной системы. Среди детей с врожденными аномалиями развития этой возрастной группы преобладали мальчики (10:5). В возрасте 15-17 лет наибольшее значение имеют поражения центральной нервной системы, составляя 25,8%, на втором - болезни уха и сосцевидного отростка (9,6%), третьем месте - врожденные пороки развития (6,4%) и на четвертом месте - генетические заболевания (6,4%). Количественное соотношение мальчиков и девочек с врожденными аномалиями развития было 2:0.

Выводы и заключение: Таким образом, в нозологической структуре детской инвалидности первое место занимают болезни нервной системы, второе - врожденные аномалии развития, третье место - генетические заболевания. Самой многочисленной возрастной группой среди детей с инвалидизирующими заболеваниями является категория детей от 5 до 9 лет. Первичная детская инвалидность вследствие болезней нервной системы в данной группе устойчиво занимает первое ранговое место.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- | | |
|--|--|
| <p>1. Анаева Л.А., Жетишев Р.А., Крымукова М.А., Ацканова Б.Л. Динамика распространенности и</p> | <p>нозологической структуры детской инвалидности в Кабардино-Балкарии // Фундаментальные исслед-</p> |
|--|--|

дования. – 2014. – № 10 (часть 9). – С. 1680–1684.

2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Основные тенденции здоровья детского населения России. - М.: Союз педиатров России, 2011. - 116 с.

3. Альбицкий В. Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость детей и инвалидность. Российский педиатрический журнал 2008; (1): 32-35.

4. Андреюк О. Г. Особенности состояния здоровья, прогнозирование его нарушений у детей, рожденных с массой тела менее 1500 граммов, на первом году жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново. 2011. 22 с.

5. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Основные тенденции здоровья детского населения России. Москва: изд-во Союза педиатров России; 2011. 116 с.

6. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения России. Москва: Центр развития межсекторальных программ; 2008. 240 с.

7. Дымочка М.А., Науменко Л.Л., Игнатова О.В. Показатели инвалидности у детей в возрасте до 3 лет, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, за период 2012-2013 гг. Медико-социальные проблемы инвалидности 2015; (1): 8-13.

8. Долотова Н.В.¹, Филькина О.М.¹, Воробьева Е.А.¹, Малышкина А.И.¹, Слабинская Т.В.², Малышева Т.М.² Инвалидность детей 0-4 лет и структура по заболеванию ее обусловившему в 2005-2014 гг. по Ивановской области //Социальные аспекты здоровья населения. №1. – 2016. – С. 29-33

ТҮЙІН

ЖУКАБАЕВА СОФ.С., ЖУКАБАЕВА С.С., НУРАНОВА Г.А., КАЛЫМЖАНОВА С.К., АУБАКИРОВА Ж.И.

БАЛАЛАРДАҒЫ МҮГЕДЕК АУРУЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

№10 Астана қалалық емханада диспансерлік есепте тұратын 259 мүгедек балалардың амбулаторлық картасы зерттелді. Нозологиялық структурасында бірінші орынды жүйке жүйесінің аурулары алады, екінші орынды - туа біткен аурулар, үшінші орынды - генетикалық аурулар. Балалар арасында ең көп топ 5 жылдан бастап 9 жылға дейін болып табылады. Бұл топта нерв жүйесінің ауруларынан болған мүгедектік тұрақты түрде бірінші орында.

SUMMARY

ZHUKABAEVA SOF.S., ZHUKABAEVA S.S., NURANOVA G.A., KALYMZHANOVA S.K., AUBAKIROVA ZH.I.

STRUCTURE OF DISABILITY DISEASES AT CHILDREN

Out-patient cards of 259 children with limited opportunities staying on the dispensary registry in a city out-patient department № 10 Astana are studied. It is established that in nosological structure of children's disability first place is won by illnesses of a nervous system, the second - congenital anomalies of development, the third place – genetic diseases. The most numerous age group among children with disabling diseases is the category of children from 5 to 9 years. Primary children's disability owing to illnesses of a nervous system in this group steadily takes the first rank place.



УДК 613.98:616.127-089:615.8

КУБЕКОВА С.К., АЙТЕНОВ Б.Т., АБДУЛДАЕВА А.А., РЫЖЕНКОВА Е.И.

АО «Медицинский Университет Астана»

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

НЕКОТОРЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННО – ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЕРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация: В статье представлен сравнительный анализ наблюдения за 35 пациентами

(средний возраст 59,2±8,2 года) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Предложено реабилитационно-оздоровительное мероприятие для пациентов пожилого и старшего возраста с применением миокоррекции на клиническое состояние после реваскуляризации миокарда и программы реабилитации рекомендованной ВОЗ. Полученные данные могут использоваться в качестве критериев эффективности поликлинического этапа реабилитации пациентов, продолжительностью 21 день.

Ключевые слова: реабилитационно-оздоровительные мероприятия, ишемическая болезнь сердца, физические тренировки, функциональный мышечный тест, миофасциальные триггерные точки.

Введение В настоящее время в Казахстане патология сердечно-сосудистой системы лидирует среди причин заболеваемости населения и является ведущей в структуре смертности. К ведущим факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний относят курение, ожирение, отягощенную по сердечно-сосудистому анамнезу, наследственность, предшествующую артериальную гипертензию, употребление алкоголя, психоэмоциональное перенапряжение, гиподинамию, гиперлипидемию.[2,8] Международный опыт изучения здоровья населения показывает значительную эффективность скрининговых программ. По данным исследований скрининговые программы основываются на основном принципе профилактики – раннем выявлении заболеваний среди населения с высоким риском их развития. Так, в некоторых странах скрининговая программа используется как один из основных методов оценки распространенности артериальной гипертензии и дальнейшего мониторинга в динамике. Во многих странах скрининговая программа применяется не только как программа наблюдения за людьми с выявленными факторами риска или заболеваниями системы кровообращения.[9,10]

По данным (ВОЗ) Всемирная организация здравоохранения, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибает более 17 млн человек, из них от ишемической болезни сердца более 7 млн, которая характеризуется высокой частотой осложнений, в том числе смерти. Болезни системы кровообращения во многих экономически развитых странах, как и в Республике Казахстан, несмотря на достаточно высокий уровень развития медицины, остается главной причиной смертности населения. По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, заболеваемость населения выросла с 2273,1 (2009г) до 2463,2 (2013г) на 100 тыс. населения. [3,5]. Многочисленные клини-

ко-статистические исследования свидетельствуют, что заболевания распространены в среднем пожилом и старческом возрасте. Эффективности и прогноз оперативных вмешательств определяются не только длительностью и особенностями течения болезни, количеством стенозированных сосудов, полнотой реваскуляризации, наличием послеоперационных осложнений. Во многом он зависит от тактики ведения больных ишемической болезнью сердца в послеоперационном периоде, от программ реабилитации, в том числе от использования наиболее эффективных программ физических тренировок. После хирургического и эндоваскулярного лечения в послеоперационном периоде у больных сохраняются явления дезадаптации сердечно-сосудистой, дыхательной и регуляторных систем организма. Они наиболее выражены в ранние сроки лечения и проявляются кардиалгиями, нарушением биоэлектрической активности сердца и аритмиями, снижением сократительной способности миокарда, коронарного миокардиального и аэробного резервов организма, развитием воспалительных и рубцовых изменений в органах и тканях грудной клетки.

В Сент-Винсентской декларации сформулированы практические рекомендации (1989), вследствие которых в большинстве стран были разработаны и внедрены скрининговые программы основных социально-значимых заболеваний (БСК и т. д.), благодаря чему удалось добиться снижения показателей смертности, улучшить качество жизни и т.д.

Цель: Обосновать реабилитационно-оздоровительные мероприятия ее влияние на толерантность организма к физическим нагрузкам и состояние миофасциальных структур у пациентов, выполняемых в аэробном и смешанном режиме, перенесших хирургическую и чрескожную реваскуляризацию миокарда.

Материалы и методы: Была проанализирована динамика состояния 35 пациентов после реваскуляризации миокарда. Пациенты проходили обследование и реабилитацию в условиях кафедры профилактической медицины, питания с курсом спортивной медицины АО «Медицинский Университет Астана», за период с мая по август 2015 года на базе поликлиники.

Основную исследуемую группу составили 25 мужчин, из них-17 пациентов, перенесших инфаркт миокарда с последующей экстренной реваскуляризацией путем баллонной ангиопластики и стентирования, 8 пациентов после эндоваскулярной реваскуляризации. Средняя давность заболе-

вания по группе составила $8,4 \pm 2,5$ года, средний возраст $57,6 \pm 9,4$ года.

В контрольную группу вошли 10 мужчин, перенесших инфаркт миокарда с последующей экстренной реваскуляризации путем баллонной ангиопластики и стентирования. Средняя давность заболевания $6,9 \pm 2,3$ года, средний возраст $49,2 \pm 8,2$ года. За период лечения в обеих группах не наблюдалось случаев обострения ИБС. Больные получали рекомендованное медикаментозное лечение, включавшее бета-блокаторы, антагонисты кальция, антиагреганты и статины. Реабилитационные мероприятия в основной группе начинались через 3-5 недель после реваскуляризации миокарда под контролем специалистов в поликлинике. На 2-3-й день после реабилитации в поликлинике проводили тест на толерантность к физической нагрузке.

Исследуемой группы пациентов были исключены больные с гипертонической болезнью I и II стадии, клапанными пороками сердца, заболеваниями миокарда и перикарда, печени, почек, эндокринной системы, прогрессирующими онкологическими и системными ревматическими заболеваниями, и хроническими заболеваниями легких.

Пациенты обеих групп не имели достоверных различий по возрасту, клиническим данным, методам и средствам лечения, кроме программы физической реабилитации. В основной группе пациенты занимались лечебной физкультурой по разработанной программе, включающей миокаррекцию. Пациенты контрольной группы проходили курс реабилитации и занимались лечебной физкультурой по методике ВОЗ, рекомендуемой для больных перенесших инфаркт миокарда.

Исследование проходило по модифицированному протоколу Bruce. У всех пациентов проводился функциональный мышечный тест (ФМТ), целью которого было выявить изменение функции и состояния сегментарных и ассоциативных мышц, одновременно определялись миофасциальные триггерные точки (МФТТ), участки гипертонуса, оценивались вид и степень выраженности мышечного дисбаланса, а также дефекты моторного стереотипа.[1]

Для всех пациентов основной группы реабилитационно-оздоровительные мероприятия состояли из четырех компонентов.

1. В комплексе лечебной гимнастики использовались упражнения, направленные на устранение мышечного дисбаланса (расслабление напряженных, концентрическое и эксцентрическое напряжение ослабленных мышц), дыхательные упражнения. Большое внимание уделялось упраж-

нениям для мышц шеи, плечевого пояса и грудной клетки, имеющих общую сегментарную иннервацию с сердцем, т.е. из сегментов спинного мозга C3-C8, Th1-Th6, которые оказывают рефлекторное влияние на нейротрофические процессы в миокарде.

2. Аэробные тренировки на кардиотренажерах (беговые дорожки, велотренажеры, велоэргометр для рук). Занятия проводились пять раз в неделю. Их продолжительность составляла 15 мин (в начале курса реабилитации) с постепенным увеличением нагрузки (с учетом адекватной реакции на нее) до 35 мин. В ходе занятий применялся интерmittирующий вариант нагрузок, предусматривающий чередование «фоновых» (50-60 % пороговой мощности в соответствии с данными предварительного тредмил-теста) и 2-3 минутных «пиковых» (70-80% пороговой мощности) нагрузок. Разнообразие тренажеров и возможности их комбинации во время тренировок позволила проходить курс физической реабилитации всем пациентам вне зависимости от наличия у них сопутствующих заболеваний, травм опорно-двигательного аппарата и избыточной массы тела.

3. Сегментарный массаж (C3-Th6) направленный на устранение патологических миофасциальных очагов в сегментарных мышцах и в дерматомах.

4. Дозированная ходьба (с шагомером) ежедневно, начиная с 1-2 км в день со скоростью 70-80 шаг мин с постепенным расширением нагрузки до 7-8 км в день со скоростью 80-90 шаг мин к концу курса реабилитации.[4,6,7]

Повторное тестирование обследуемых проводили по аналогичной программе в конце восстановительного лечения, после окончания цикла физических тренировок. Результаты трехнедельного курса восстановительной терапии оценивали по величине сдвигов показателей толерантности организма к физической нагрузке, а также по изменениям результатов функционального мышечного теста.

Результаты и их обсуждения: После завершения курса реабилитации отмечалось достоверное увеличение числа больных, прекративших пробу из-за достижения предусмотренного уровня ЧСС, в основной группе – 84,3%, в контрольной – до 40%. Различия в эффективности лечения в основной и контрольной группе по этим показателям были достоверными.

У всех наблюдаемых больных в результате выполнения программы тренировок наблюдалась достоверное повышение толерантности к физиче-

ским нагрузкам.

Однако в процессе исследования было замечено, что увеличение толерантности к физическим нагрузкам у пациентов с исходно низким или средним уровнем пороговой нагрузки проходило по разному, в основной и выделены те, у которых уровень пороговой мощности до начала курса лечебной физкультуры был ниже среднего: у мужчин < 5 МЕ. Всего с соответствующей исходной толерантностью к физическим нагрузкам было 22 мужчины (18 из основной группы с исходным средним уровнем пороговой нагрузки после курса реабилитации достоверно увеличилось количество лиц, достигших субмаксимальной ЧСС. Величина пороговой нагрузки у этих пациентов с $4,6 \pm 1,6$ МЕ достоверно возросла до $8,3 \pm 1,5$ МЕ ($p < 0,05$). У 7 больных контрольной группы с исходно сниженный по окончании курса не было. Средняя пороговая мощность у них увеличилась до $5,5 \pm 1,4$ МЕ ($p > 0,05$).

Таким образом, после курса ЛФК в обеих группах наблюдалась увеличение толерантности к физическим нагрузкам. Однако среди пациентов

с исходно низкой толерантностью (менее 5 МЕ) достоверной рост пороговой мощности отмечался только после реабилитации по разработанной нами методике. Реабилитация по общепринятой методике не привела к достоверному изменению этих параметров.

При первичном обследовании выявлялись миофасциальные изменения в косых мышцах головы, в верхних частях трапецивидных мышц, в средних и нижних фиксаторах лопаток и выпрямителя позвоночника (в грудном отделе), в прямых и косых мышц живота, отмечалась снижение растяжимости большой и малых грудных мышц, мышц-выпрямителей позвоночника. Несколько реже отмечались ослабление глубоких сгибателей шеи, укорочение мышц поднимающих лопатки, подостных, ременных мышц. В левых грудных мышцах более выраженными были изменения у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Итак, напряжение и болезненность мышц у больных наблюдалась как в мышцах, имеющих общую сегментарную иннервацию с сердцем, так и в связанных с ними общими двигательными актами.

Таблица 1. Частота выявления патологических изменений в мышцах у исследованных больных (%).

Мышцы	Основная группа (25)		Контрольная группа (10)	
	До лечение, прав./лев.	После лечения, прав / лев.	До лечение, прав./лев.	После лечения, прав / лев.
Нижняя косая мышца головы	95/84	58/49	75/80	65/60
Ременная мышца	70/60	34/30	70/60	60/50
Грудино-ключично-сосцевидная	68/56	25/22	65/55	55/50
Поднимающая лопатку	70/78	36/40	70/80	65/70
Верхняя часть трапециевидной мышцы	100/100	46/50	100/95	90/85
Подостная	78/88	40/48	70/75	60/65
подлопаточная	46/50	20/26	45/40	35/35
лестничные	56/48	20/16	45/40	40/35
Большая и малая грудные	76/100	35/50	70/85	65/80
Глубокие сгибатели шеи	88	42	85	75
Выпрямитель туловища:				
Грудной отдел	100	30	95	85
Поясничный отдел	100	20	75	65
Нижний фиксатор лопаток	100	40	95	90
Ишиокруральные мышцы	94/84	38/36	95/85	85/80
Прямая мышца живота	98	72	100	90
Косые мышцы живота	96/96	84/84	90/90	85/85

После проведение курса реабилитации у пациентов основной группы, т. е. занимавшихся по методике миокоррекции, в 100% случаев отмечалось значительное улучшение функционального состояния скелетной мускулатуры. У всех пациентов была устранена напряженность нижних косых мышц головы, ременных, грудино-ключично-сосцевидных, поднимающих лопатки, подлопаточных, лестничных, аддукторов бедра грушевидных мышц, связок таза. Снизилось напряжение верхних частей трапециевидных мышц, подостных, больших и малых грудных, выпрямителя позвоночника, мышц нижних конечностей. Возросли сила и выносливость глубоких сгибателей шеи, больших и средних ягодичных мышц. Среднее значение ФМТ по основной группе снизилось с 49,5 ±5,9 до 33,2 ±7,5 балла (p<0,05).

Изменение силы мышц брюшного пресса было не значительным. Невозможно, для их тренировки требуются большие усилия и возможности организма, чем те, которыми обладали наши пациенты. Реабилитация по общепринятой методике не предусматривала специальных воздействия на мышцы (растяжимость, силу и выносливость). Поэтому у пациентов контрольной группы результаты функционального мышечного тестирования до и после лечения достоверно не различались и составили до лечение 53,9 ±5,5 и после курса реабилитации – 47,8 ±4.3 балла. (p>0,05).

Характерной особенностью изменений в мыш-

цах у обследованных больных было выявление в них при целенаправленной скользящей пальпации МФТТ, которые выявлялись как в укороченных, так и расслабленных мышцах.

В отдельных мышцах левой и правой стороны МФТТ выявлялись с разной частотой. Так, МФТТ чаще обнаружались слева в грудино-ключично-сосцевидных, поднимающей лопатку, средней и нижней порции трапециевидной, большой и малой ромбовидной, подостной, подлопаточный, большой круглой, малой грудной, грудинной мышцах в ключичной порции большой грудной мышцы. Справа МФТТ чаще выявлялись в грудино-ключично-сосцевидных, лестничных мышцах. В остальных мышцах МФТТ обнаруживались с одинаковой частотой справа и слева. Обращает на себя внимание тот факт, что ряд мышц (верхняя порция трапециевидной мышцы слева, стернальная и ключичная часть большой грудной слева, и мышцы – фиксаторы лопатки слева) зачастую обнаруживали в себе по 2 МФТТ, и это в 100% случаев касалось пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

После окончания курса реабилитации, проведенного по разработанной нами программе и включавшего в себя специальные корригирующие упражнения и сегментарный массаж, количество МФТТ в мышцах достоверно уменьшилось. У пациентов, проходивших реабилитацию по общепринятой программе, такого изменение не произошло.

Таблица 2. Распространенность МФТТ до и после курса реабилитации (%)

Мышцы	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечение, прав./лев.	После лечения, прав / лев.	До лечение, прав./ лев.	После лечения, прав / лев.
Грудино-ключично-сосцевидная	71/51	24/12	70/50	65/45
Поднимающая лопатку	43/88	12/73	45/85	40/80
Верхняя часть трапециевидной мышцы	100/100	46/50	100/95	90/100
Подостная	78/88	40/48	70/75	25/80
подлопаточная	46/50	20/26	45/40	55/40
Лестничные	56/48	20/16	45/40	30/95
Большая грудная, стернальная часть	76/100	35/50	70/85	40/95
Большая грудная, ключичная часть	88	42	85	30/85
Выпрямитель туловища: Грудной отдел				30/85
Нижний фиксатор лопаток	100	40	95	72/100
Круглая мышца	94/84	38/36	95/85	10/70

Заключение. Полученные результаты достоверно свидетельствуют о том, что использование физических упражнений и сегментарного массажа в комплексной программе реабилитации приводит к более выраженному повышению компенсаторно-приспособительных реакций сердечно-сосудистой системы у больных после реваскуляризации миокарда, к улучшению функционального состояния мышечной системы.

Использование специальных физических упражнений, выполненных в аэробном и аэробно-анаэробном режиме и способствующих снижению мышечного дисбаланса, а также сегментарного массажа в реабилитации, оказывают положительное действие на толерантность к физическим нагрузкам и функциональное состояние мышечной системы пациентов, перенесших операцию по реваскуляризации миокарда.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аронов Д.М. Функциональные пробы в кардиологии. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 297 с.
2. Бекбосынова М.С. Итоги науч.-практ. Конф. «Современные проблемы кардиологии»//Клин. Мед. Казахстан-2004-№ 1-С.160.
3. Бекберенова Ж. Б., Касимова Д. У. Заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения населения республики Казахстан// Сб. тезисов Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых АО «Медицинский Университет Астана»(9-10 апреля 2014 года).-С. 268-269.
4. Епифанов В. А. (ред). Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 328 с.
5. Эффективность скрининга болезней системы кровообращения в г. Астана/ Бекбергенова Ж. Б., Дербисалина Г. А., Касимова Д. У., Цепке А. Б. // Астана медициналық журналы. -2014.-№ 3. –С. 200-203,
6. Суджаев С.Г., Суджаев О.А. Реабилитация после реваскуляризация миокарда. М.: Мед. Лит., 2009. 128с.
7. Шакула А.В., Белякин С.А, Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования// Врач. – 2007. – Т.5. – С. 76-79.
8. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. –Geneva, World Health Organization, 2013.
9. Giuseppe Mancia. 2013 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension : the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redon and others // European Heart Journal. – 2013. Vol. 34. – P. 2159-2219.
10. Effect of screening and life style counseling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial BMJ 2014; 348 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3617> (Published 9 June 2014) Cite this as: BMJ 2014;348:g3617/ T. Jørgensen, R. K. Jacobsen, U. Toft, M. Aadah et al. – Denmark, 2014.

ТҮЙІН

КУБЕКОВА С.К., АЙТЕНОВ Б.Т., АБДУЛДАЕВА А.А., РЫЖЕНКОВА Е.И.

“Астана Медицина Университеті” АҚ Астана қаласы

Астана қаласының әкімдігі ШЖҚ “№ 5 қалалық емхана” МКҚ

ҚАРТ ЖӘНЕ ЕРЕСЕК ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ МИОКАРД РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫН БҰЛШЫҚ ЕТ СІЗІРЛІК ӨЗГЕРІСТЕРІ КЕЗІНДЕГІ ОҢАЛТУ САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ КРИТЕРИЙЛЕРІ

Мақалада, орта жасы 59,2+-8,2 жыл, құрайтын жүрек-қантамырлар жүйелерінің аурулары анықталған 35 науқастың салыстырмалы анализі қарастырылады.

ДДСҰ бойынша, кәрі жастағы науқастарға миокард реваскуляризациясынан кейінгі клиникалық жағдайын дұрыстау мақсатында сауықтыру және оңалту шаралары баяндалды.

Алынған мәліметтер бойынша емханалық сатыдағы науқастарды сауықтыру шаралары 21 күнге жалғасады.

RESUME

S. K. KUBEKOVA, B.T. AITENOV, A.A. ABDULDAYEVA, E.I.RYZHENKOVA

JSC Astana Medical University

The state communal enterprise founded on the right of economic competence "City polyclinic 5" Astana city, the Republic of Kazakhstan.

SOME CRITERIA TO EVALUATE REHABILITATION MEASURES IN MYOFASCIAL CHANGES AFTER ELDERLY AND SENIOR AGE PATIENTS' MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

The article shows a comparative analysis of observations among 35 patients (whose mean age is 59.2 ± 8.2 years) and having the cardiovascular system diseases. The elderly and senior age patients' are proposed to have rehabilitation and health events with the use of biocorrection in clinical status after myocardial revascularization and rehabilitation programs recommended by the World Health Organization. The received data can be used as criteria of effectiveness for patients at polyclinic rehabilitation stage within 14 days.

Rehabilitation and health events, coronary heart disease, physical therapeutic exercises, muscle functional testing and my of asocial trigger points.



УДК 613.98:616-084:615.825.2

КУБЕКОВА С.К. АЙТЕНОВ Б.Т. ДУБЕРБАЕВА Г.Т.

АО «Медицинский Университет Астана» Казахстан

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» город Астана

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В БАССЕЙНЕ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ

Аннотация: В статье представлены сравнительный анализ наблюдений за 60 пациентами (средний возраст 55,2±1.4 года) заболеваниями сердечно – сосудистой системы. Предложено реабилитационно-оздоровительное мероприятие с методикой интервальных физических тренировок в бассейне и система дифференцированного подхода к ее применению с целью оптимизации лечения этой категории больных. Полученные данные усовершенствованной методики могут использоваться в качестве критериев эффективности на поликлиническом и санаторном этапах реабилитации пациентов, продолжительностью 14 дней.

Ключевые слова: лечебная гимнастика в бассейне, интервальные физические тренировки, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ Болезни системы кровообращения во многих экономически развитых странах, как и в Республике Казахстан, несмотря на достаточно

высокий уровень развития медицины, остаются главной причиной смертности населения. По данным агентства Республики Казахстан по статистике заболеваемость выросла с 2273,1 (2009 г) до 2463 (2013 г) на 100 тыс. населения.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире от сердечно – сосудистых заболеваний погибает более 17 млн человек из них от ишемической болезни сердца – более 7 млн.[1]. Среди сердечно – сосудистых заболеваний чаще всего встречается ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром является наиболее частой причиной госпитализаций и летальных исходов больных.

К клиническим проявлениям стабильного течения болезни относят «немую» ишемию и стабильную стенокардию напряжения. Клинические проявления обострения включают в себя нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда, сердечную недостаточность и внезапную сердечную

смерть[3]

Многочисленные клинико – статические исследования свидетельствуют что ИБС наиболее распространена в среднем пожилом и старческом возрасте [8,9,10]. Согласно ВОЗ к пожилым пациентам относятся лица в возрасте 64-74 года старческий возраст – 75- 89 лет и лица старше 90 лет относятся к долгожителям. По данным Fox at all., в группе 60-79 лет сердечно-сосудистыми заболеваниями страдает 72,6 % мужчин и 71,9% женщин; в группе 80 лет и старше 80,1% мужчин и 86,7% женщин и более 80% погибших от ИБС находятся в возрасте 65 лет и старше.

Артериальная гипертензия – одно из самых распространенных заболеваний среди взрослого населения Казахстана, частота ее составляет 39,1% у мужчин и 41,1% у женщин. В подавляющем большинстве случаев (около 90%) диагностируют гипертоническую болезнь, которая является основным фактором риска для развития и прогрессирования цереброваскулярной болезни и ишемической болезни сердца. Смертность от ИБС у лиц в возрасте до 65 лет за последние 20 лет снизилась на 50%, однако общая смертность от ИБС осталась на прежнем уровне [1,4,11]

Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией относится к осложненным заболеваниям, где обе нозологии взаимно отягощают друг друга, многочисленные и разнородные факторы риска развития суммарно воздействуют на состояние организма, сплетаясь в крайне неблагоприятные комплексы и исходы заболевания. Несмотря на достигнутые успехи в лечении заболеваний, медикаментозная терапия не в состоянии в полной мере решить все задачи в силу побочных эффектов, высокой экономической стоимости лечения и низкой приверженности к ней пациентов [10,12,2].

В настоящее время повышение общей тренированности пациента расценивается как важнейший фактор укрепления неспецифической резистентности и увеличения компенсаторных способностей организма. Поэтому необходимо добиваться существенного повышения уровня физической работоспособности пациентов с кардиологической патологией. Общепринятая лечебная гимнастика в бассейне для кардиологических больных, построенная с учетом методических положений, разработанных В.Н. Мошковым, А.А. Лепорским и др, и свободное плавание позволяют дать физическую нагрузку малой интенсивности. Нагрузки малой интенсивности не обеспечивают повышения физической работоспособности, а только способствуют

нейтрализации отрицательного влияния гиподинамии. Для достижения нагрузки средней интенсивности простое количественное увеличение дозы физических упражнений в процедуре лечебной гимнастики не является физиологически оправданным, так как может привести к значительному возрастанию вероятности осложнений, к передозировке и быстрой мышечной утомляемости.[6,8,13]

При выполнении физических упражнений в водной среде увеличивается минутный и ударный объем крови, улучшается кровообращение и лимфоток, увеличивается фильтрация в почках, улучшается легочная вентиляция, обменные процессы протекают более интенсивно, отмечается седативный эффект. Физические упражнения в бассейне, выполняемые в различном темпе и участием больших мышечных групп, являются тренирующим методом лечения больных сердечно - сосудистыми заболеваниями [6,13].

В то же время известно, что даже при незначительном увеличении скорости выполнения движения в воде ощутимо возрастает сопротивление этому движению со стороны среды, потому что величина сопротивления окружающей среды при любом движении возрастает пропорционально квадрату скорости. Все это требует совершенствования определенных методических подходов для проведения более интенсивных физических тренировок в рамках процедуры лечебной гимнастики в бассейне.[3,5,7,9]

Цель

Обосновать реабилитационное – оздоровительные мероприятия ее влияния на толерантность к физической нагрузке резервной возможности организма, нормализация психологического статуса пациента, что способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проанализирована динамика состояния 36 больных с декабря 2015 года по апрель 2016 год на базе поликлиники с ИБС, стенокардией напряжения II-III ФК с сопутствующей артериальной гипертензией I-III стадии, 2.3-й степени артериальной гипертензии, риск 3.4 сердечно-сосудистых осложнений в возрасте 48-69 лет, из них женщин — 7, мужчин —3. Длительность заболевания — от 2 до 8 лет. 4 пациента в прошлом перенесли инфаркт миокарда, 3 больным было выполнено АКШ (более года назад), 3 проведена ангиопластика со стентированием коронарных артерий (более шести месяцев назад).

Пациентам проводились клиническое обследование, определение индекса массы тела (ИМТ),

электрокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследование вариабельности ритма сердца, велоэргометрия, суточное мониторирование АД, Липидный обмен оценивался по содержанию общего холестерина и триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП, коэффициента атерогенности. Психологическое обследование проводилось с помощью тестов: САН (Самочувствие-Активность-Настроение) и тест для оценки уровня тревожности Спилберга (STAI).

В связи с поставленными задачами все больные методом случайной выборки были разделены на группы. Основная группа пациентов (26 человек) получала лечебную гимнастику в бассейне с включением интервальных тренировок, контрольная группа (10 человек) – лечебная гимнастика в зале по общепринятой методике для больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией. Все пациенты получали стандартную базовую медикаментозную терапию.

Для всех пациентов основной группы реабилитационно - оздоровительные мероприятия состояли:

Процедуры лечебной гимнастики в бассейне с включением интервальных тренировок проводились малогрупповым методом. Температура пресной воды в бассейне + 18,+22°C. 1-я и 3-я процедуры выполнялись по оздоровительной лечебной схеме: оздоровительная лечебная гимнастика и свободное плавание для адаптации к физическим нагрузкам в водной среде. Начиная с 4-й процедуры вводный период занятия проводился в глубокой части бассейна: упражнения для мелких и средних мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями у бортика, держась за поручень, в медленном темпе в течение 5-10 мин. В начале основного периода - свободное плавание (25 м) в более мелкую часть бассейна. После трехминутной активной паузы (медленная ходьба по дну бассейна) проводилась интервальная тренировка. Пациенты выполняли нагрузочные упражнения в течение 2 мин в чередовании с паузами активного отдыха (медленная ходьба по дну бассейна в сочетании с ритмичным дыханием и упражнениями на расслабление) в течение 5 мин.

Нагрузочные упражнения:

1) и.п. лежа на спине, держась руками за поручень - имитация езды на велосипеде с максимально возможной скоростью и амплитудой;

2) и.п. стоя - прыжки с правой ноги на левую и обратно, как можно выше выпрыгивая из воды, руки на поясе, в среднем темпе;

3) и.п. стоя, боком к бортику, держась рукой за

поручень-махи вперед-назад рукой и ногой в противофазе(рука - вперед, нога - назад), затем другим боком, в среднем темпе. После активной трехминутной паузы отдыха - заключительный период процедуры. В заключительный период в течение 5 мин выполнялись облегченные упражнения в медленном темпе на мелководье в сочетании с дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление.

Длительность всей процедуры составляла 30 - 35 мин, процедуры проводились 5 дней ежедневно, затем 2 дня отдыха. На курс лечения - 10-15 процедур. Показатели адекватности физической нагрузки во время проведения процедуры лечебная гимнастика в бассейне с интервальными тренировками:

- отсутствие одышки, слабости, боли в области сердца при физической нагрузке;

- ЧСС на высоте нагрузки не превышала ЧСС тренировочной, рассчитанной по формуле: ЧСС трен. = ЧСС покоя +0,6 x (ЧСС порог - ЧСС покоя), где ЧСС порог - ЧСС при пороговой нагрузке при ВЭП;

- повышение АД: САД - на 20 мм рт.ст., ДАД - на 10 мм рт. ст. от исходного уровня или сохранение исходного;

- длительность восстановительного периода после нагрузки - менее 5 мин;

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

После лечения отмечена положительная динамика в клинической симптоматике в обеих группах: уменьшились ангинозные приступы, головные боли, головокружения, ощущение перебоев в области сердца и сердцебиения, улучшился сон и настроение, в несколько большей степени у пациентов основной группы. Вместе с тем у 4 пациентов в основной группы (у двух больных с ИБС, стенокардией напряжения III ФК и у двух больных с ИБС, стенокардией напряжения II ФК в сочетании с артериальной гипертензией III стадии 3-й степени) после второй процедуры лечебная гимнастика в бассейне (оздоровительная лечебная гимнастика + свободное плавание) отмечалось ухудшение состояния: у двух больных появились загрудинные боли при отсутствии отрицательной динамики на ЭКГ и у двух больных отмечена гипертензионная реакция, что послужило основанием для отмены процедур в бассейне и перевода данных пациентов для занятий лечебной гимнастикой в зале.

У 30% больных основной группы уменьшился ИМТ за счет снижения массы тела в среднем на 2 кг и уменьшения объема талии на 1 см. В контрольной группе динамики этих показателей не

отмечено.

При проведении психологического тестирования по тесту САН повышение по шкале «Самочувствие», «Активность» и «Настроение» было более выражено в основной группе ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе достоверными были изменения лишь по шкале «Самочувствие». По данным теста STAI, в основной группе отмечено снижение уровня реактивной тревоги ($p < 0,05$) и личностной тревожности ($p < 0,05$). В контрольной группе снизился индекс тревожности ($p < 0,05$).

Положительная динамика клинической картины заболевания подтверждалась данными холтеровского мониторирования ЭКГ. Так, у пациентов основной группы уменьшились общее количество эпизодов ишемии миокарда и их продолжительность. В контрольной группе имела место лишь положительная направленность этих показателей. В основной группе отмечена экономизация сердечной деятельности, проявившаяся уменьшением ЧСС и двойного произведения (ЧСС x САД) на стандартную нагрузку, что свидетельствовало об уменьшении симпатических влияний на сердце, повысился коронарный резерв. В контрольной группе отмечалась тенденция к урежению ЧСС в покое и при выполнении стандартной нагрузки.

Отмечена тенденция к увеличению коронарного резерва (табл. 1).

Предлагаемая методика лечебной гимнастики с интервальной тренировкой в бассейне построена на основе методики оздоровительной лечебной гимнастики с одним принципиальным отличием, состоящим в том, что в середину основного периода процедуры включается многократное повторение нагрузочных упражнений с интервалами активного отдыха между ними. Интермиттирующий характер такой интервальной тренировки с высокой интенсивностью нагрузочных фаз обеспечивает хороший мышечный стимул и одновременно низкий уровень гемодинамической дыхательной нагрузки благодаря наличию пауз, которые позволяют существенно увеличить интенсивность нагрузки без выраженных негативных реакций сердечно-сосудистой системы. Такое построение процедуры определяется некоторой задержкой реакции кардиореспираторной системы на физиологический стресс, которым является физическая нагрузка. Во время интервальной тренировки ЧСС начинает расти в конце нагрузки, достигая своего максимума к середине паузы, а к исходным значениям возвращается к началу следующего нагрузочного цикла.

Таблица 1 - Динамика показателей функционального состояния сердечно - сосудистой системы под влиянием лечебной гимнастики в бассейне с включением интервальной тренировки и лечебной гимнастики в зале ($M \pm m$)

Показатели	основная группа			контрольная группа		
	до	после	p	до	после	p
Кол-во эпизодов ишемии миокарда	6,2±0,71	4,32±0,61	0,02	5,9±0,8	4,2±0,6	0,1
Продолжительность ишемии (мин)	38,9±5,4	27,5±3,6	0,05	42,1±5,1	34,5±3,4	0,1
ЧСС в покое (уд/мин)	75,21±1,5	61,3±2,9	0,01	73,2±2,3	68,2±1,5	0,1
ЧСС на стандартную нагрузку (уд/мин)	105,4±2,5	98,5±2,1	0,05	118±2,9	109,8±2,1	0,1
Двойное произведение в покое (y.e)	126,7±3,7	102,4±5,1	0,01	123,4±3,5	115,2±4,8	0,1
Двойное произведение на стандартную нагрузку (y.e)	191,1±6,5	182,9±4,9	0,01	189,1±5,9	178,6±5,1	0,1
Мощность пороговой нагрузки (кг/мин)	372,4±18,5	439,5±20,2	0,01	369,1±16	410,0±18	0,1

Таким образом, основную работу сердечно – сосудистой система совершает именно в паузу и достаточная ее продолжительность необходима для полноценного восстановления гемодинамики. Степень мышечного утомления и переносимость нагрузки зависят от продолжительности отдыха, что связано со скоростью регенерации субстратов метаболизма и элиминации накапливающихся продуктов энергетического обмена в мышцах. Поэтому соотношение продолжительности периодов нагрузки и отдыха с преобладанием последнего более чем в два раза выбрано неслучайно. Такое построение процедуры лечебной гимнастики в бассейне с интервальной тренировкой позволяет использовать несколько нагрузочных циклов без риска развития быстрого утомления и перенапряжения. При этом последовательное чередование двух компонентов интервального режима (интенсивная нагрузка и пауза фиксированного активного отдыха) потенцируют положительное влияние каждой последующей физической нагрузки. Это помогает достигать более высокой степени тренированности больных в общепринятые сроки лечения. Применение лечебная гимнастика в бассейне с интервальной тренировкой способствовало уменьшению симпатических и увеличению парасимпатических влияний, экономизации сердечной деятельности, увеличению резервных возможно-

стей организма, оказывало корригирующее влияние на липидный спектр крови и психологический статус, что проявилось гипотензивным и антиангинальным эффектом. Лечебная гимнастика в зале также способствовала экономизации сердечной деятельности, увеличению парасимпатических влияний, что проявилось некоторым гипотензивным и антиангинальным эффектом. Отмечалась положительная динамика липидного спектра крови и психологического статуса пациентов под влиянием лечебной гимнастики в зале.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Полученные результаты достоверно свидетельствуют о том, что использование лечебной гимнастики в бассейне с интервальной физической тренировкой является безопасным и эффективным методом реабилитации, и вторичной профилактики, у больных сердечной сосудистой системы. Больным ИБС, стенокардией напряжения III ФК может быть рекомендовано лечебная гимнастика в зале. Также больным ИБС, стенокардией напряжения II ФК, с сопутствующей гипертонической болезнью III стадии, 3-й степени может быть рекомендована лечебная гимнастика в зале. Полученные данные усовершенствованной методики будут использоваться в качестве критериев эффективности на поликлиническом и санаторном этапах реабилитаций пациентов, продолжительностью 14 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) // Журнал Сердечная недостаточность. – 2004. – Том 5, № 1 – С.4-7
2. Бадтиева В.А., Князева Т.А., Никифорова Т.И. и др. (современные методы восстановительного лечения больных артериальной гипертонией // Вестник восстановительной медицины. - 2009.- №4. -С.15-20.
3. Бадтиева В.А., Стяжкина Е.М., Сичинава Н.В. и др. Лечебная гимнастика в бассейне в лечении больных с метаболическим синдромом и сопутствующей дорсопатией поясничного отдела позвоночника// Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - №4 (100). — с.46-52.
4. Гуревич М.А. Хроническая сердечная недостаточность: руководство для врачей – 5-е изд., перераб. и доп. Практическая медицина. – М., 2008. – 414 с.
5. Князева Т.А., Бадтиева В.А. Физиобальнеотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. М.: Медпресс, 2008. 363 с.
6. Лепораский Б.Е., Мошков В.Н., Добровольский В.К. и др. Теория и методика физического воспитания / Под ред. Т.Ю. Круцевич. К.: Олимпийская литература, 2003. Т.1.
7. Медицинская реабилитация / Под ред. акад. РАМН В.М. Боголюбова. 3-е изд. М.: Медицина, 2010. Т. 1.
8. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: Учеб. пособие для пед. высш. учеб. заведений \Под ред. И.Ж. Булгаковой. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 432 с.
9. Сыркин А.Л., Полтавская М.Г., Свет А.В. и др. Интервальные тренировки у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. — 2008. — № 7.—С.65.71.
10. Чазова И.Е. Комбинированная терапия артериальной гипертонии 1/ Consilium-medicum. — 2001. — № 2. —С. 22-26.
11. Kirkpatrick J.N., Vannan M.A., Narula J., Lang R.M. Echocardiography in heart failure: applications, utility, and new horizons // J. Am. Coll. Cardiol. –

2007. – Vol. 50, №5. – P. 381-396

12. De Lemos J.A., Morrow D.A., Bentley J.H. et al. The prognostic value of B-type natriuretic peptides for risk stratification of patients with acute coronary syndromes// N Engl J. Med.:2001:345: 1014-1021

13. Hystad M.E., Geiran O.R., Altramadal N. et al. Regional cardiac expression and concentration of natriuretic peptides in patients with severe chronic heart failure// Acta Physiol. Scand. 2001: 171:395-403.

ТҮЙІН

КУБЕКОВА С.К. АЙТЕНОВ Б.Т. ДУБЕРБАЕВА Г.Т.

“Астана Медицина Университеті” АҚ Астана қаласы

Астана қаласының әкімдігі ШЖҚ “№ 5 қалалық емхана” МҚК

НАУҚАСТАРҒА БАССЕЙНДЕГІ ЕМДІК ГИМНАСТИКА МЕН ИНТЕРВАЛДЫ ФИЗИКАЛЫҚ ШЫНЫҒУДЫ ҚОСУ АРҚЫЛЫ ЖАҚСARTУ

Мақалада жүрек-қантамырлар жүйесі аурулары бойынша 60 науқастың (орташа жас 55,2+-14 жыл) салыстырмалы анализінің қарастырылуы көрсетілген.

Осы категориядағы ауруларды емдеу үшін оптимизация мақсатында бассейндегі интервалды физикалық жаттығу әдістеме мен оңалту сауықтыру және оның қолданылуын дифференциалды жүйесі ұсынылған.

Жақсарылған әдістемеден алынған ақпараттар ұзақтығы 14 күнге созылатын емханалық және санаторлы сатыдағы науқастардың оңалту эффективті критерийлері ретінде қолданылуы мүмкін.

RESUME

S. K. KUBEKOVA, B. T. AITENOV, G. T. DUBERBAYEVA

JSC Astana Medical University

A state communal enterprise founded on the right of economic competence “City polyclinic 5” Astana city, the Republic of Kazakhstan

THERAPEUTIC EXERCISES IMPROVEMENT AND INTERVAL EXERCISE TRAININGS IN THE SWIMMING POOL AMONG THE SICK PEOPLE

The article shows a comparative analysis of observations among 60 patients (whose mean age is 55.2 +_1.4 year) and having the cardiovascular system diseases. They are proposed to have rehabilitation and health events, the method of interval exercise training in the pool and the system of a differentiated approach to its application, to improve treatment in this category of patients. The obtained data of the advanced technique can be used as criteria of effectiveness for outpatient and sanatorium stage of patients' rehabilitation within 14 days.

Therapeutic gymnastics in the swimming pool, interval exercise trainings, coronary heart disease, hypertension, rehabilitation.



УДК 796.011.3

С.Ж. СЫЗДЫКОВА, Н.Н. КОЖЕМЯКИНА, Т.С. АУБАКИРОВА

АО МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА

КАФЕДРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ПИТАНИЯ С КУРСОМ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ К ФИЗКУЛЬТУРНОМУ САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА АО «МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА АСТАНА»

Аннотация: В статье рассматривается применение здоровьесберегающих технологий на занятиях по физическому воспитанию на основе диагностики физкультурно-образовательного процесса, как один из ключевых факторов формирования готовности к физкультурному самосовершенствованию студентов 1 курса.

Ключевые слова: физкультурное самосовершенствование, мотивация, паспорт здоровья, физическое воспитание, студенты.

Физическая культура личности, с позиции личностно-деятельностного подхода, - это непрерывный процесс деятельности человека по преобразованию своего физического и духовного потенциала, удовлетворяющего требованиям различных форм жизнедеятельности.

В связи с вышеизложенным важнейшим критерием повышения эффективности процесса физического воспитания должен стать постепенный переход его в процесс самосовершенствования в течение всей жизни. Экспериментально доказана (Э.С.Аветисов) тесная связь между степенью включенности в самостоятельную физкультурно-спортивную деятельность молодежи и активностью проявления ее жизненной позиции. Молодые люди, регулярно занимающиеся физической культурой и спортом дополнительно к обязательным занятиям, серьезнее относятся к учебе, самостоятельнее и ответственнее других, более активно включены в общественную жизнь.

В то же время прослеживается недостаточная физкультурно-спортивная активность подрастающего поколения казахстанцев и, как следствие, устойчивая тенденция к снижению уровня здоровья и физических кондиций детей и студенческой молодежи.

Актуальность исследования заключается в том, что непрерывный процесс физического воспитания затрагивает годы обучения в образовательных заведениях: школах, колледжах, вузах, по окончании которых начинается добровольная форма физкультурно-спортивной деятельности. Дальнейшее

физкультурное самосовершенствование молодежи невозможно обеспечить без личной заинтересованности в саморазвитии, должного уровня знаний о физической культуре, практических умений и навыков и двигательного опыта.

Целью исследования явилось изучение готовности и мотивации к физкультурному самосовершенствованию студентов 1 курса «АО Медицинского университета Астана» и разработка мероприятий для ее повышения.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние готовности и мотивации к физкультурному самосовершенствованию у студентов 1 курса (2016 у.г.набора)

2. Разработать критерии готовности студентов 1 курса к физкультурному самосовершенствованию. Для изучения готовности и мотивации студентов 1 курса АО Медицинский университет Астана к физкультурному самосовершенствованию в качестве методики использовался тест «Готовность к саморазвитию в физической культуре». Выборка составила 300 студентов 1 курса факультетов: общая медицина, стоматология, фармация, общественное здравоохранение, медико-профилактическое дело.

7 вопросов затрагивало проблему «Хочу знать себя» а другая часть 7 вопросов затрагивала проблему «Могу самосовершенствоваться» Результаты, полученные в ходе исследования:

А – не хочу узнавать о себе, но могу совершенствоваться – 8,6%.

Б – хочу узнавать о себе и могу совершенствоваться – 86,2%.

В – не хочу узнавать о себе и не могу изменяться – 2%;

Г – хочу узнавать о себе, но не могу себя изменить – 3,1%.

Основная масса студентов 1 курса 86,2% ответило на вопрос «хочу узнавать о себе и могу совершенствоваться». Результаты анкетирования характеризуют высокую личную заинтересованность студентов 1 курса в саморазвитии средствами фи-

зической культуры.

Также среди данных студентов было проведено анкетирование (10 вопросов) по определению мотивации к физкультурно-спортивной деятельности, где были определены 5 уровней мотивации:

1. Высокая мотивация- 10 %.
2. Хорошая мотивация – 29,5%.
3. Положительное отношение к физической культуре и спорту – 33,6%.
4. Низкая мотивация – 17,8%.
5. Негативное отношение к физкультурно-спортивной деятельности – 9,1%.

Результаты анкетирования показывают, что студенты 1 курса 82,6 % хотят самосовершенствоваться; 13,7% не хотят узнавать о себе и не могут себя изменить, имеют низкую мотивацию и негативное отношение к физкультурно-спортивной деятельности – 26,9% студентов.

Физкультурное самосовершенствование студентов проявляется в осознанной, значимой и ответственной физкультурно-спортивной активности, идущей параллельно с учебным процессом и органически связанной с ним, в одних случаях по установленным программам и учебникам, в других - с отходом от них и самостоятельным решением задач, привлечением дополнительного теоретического и практического материала.

Кафедрой профилактической медицины и питания с курсом физического воспитания проводится обширная работа по изучению физического развития и состояния здоровья студентов 1 курса на базе лаборатории диагностики здоровья, материалы которых обсуждаются также на занятиях по физическому воспитанию. На каждого студента составляется Паспорт здоровья на начало и конец учебного года:

- паспортные данные;
- антропометрические показатели;
- соматическое здоровье (по Апанасенко);
- физиологические показатели; (артериальное давление, ЧСС в покое, кистевая динамометрия, ЖЕЛ);
- функциональная проба Мартине.

Диагностика физкультурно-образовательного процесса и его коррекция по результатам мониторинга позволяет использовать в учебном процессе физического воспитания здоровьесберегающие технологии, как один из факторов физкультурного самосовершенствования студентов.

Эта методика поможет перейти от обязательного физкультурного курса в вузе к самостоятельной физкультурной деятельности. В связи с разработкой данной модели физическо-

го воспитания, были сформулированы следующие задачи:

- сохранение и укрепление здоровья студентов;
- оптимизация уровня физической подготовленности с ориентацией на будущую профессиональную деятельность;
- развитие у студентов здорового стиля жизни;
- познание студентами теоретических знаний;
- мотивация студентов к регулярным занятиям физическими упражнениями.

В календарно-тематическом плане для формирования теоретических и медико-биологических знаний в области физического воспитания предусмотрены следующие темы:

- Основы физического воспитания в вузах. Физическая культура как социальное явление в жизни общества. Естественнонаучные основы физического воспитания.
- Основы самоконтроля.
- Оценка физического состояния. «Паспорт здоровья». Правила составления комплексов утренней гигиенической гимнастики.

Для формирования знаний и развития физических кондиций проводятся методико-практические занятия:

- Развитие быстроты и выносливости. Методы развития и контроля.
- Сила, методы развития и контроля.
- Гибкость, методы развития и контроля.
- Ловкость, методы развития и контроля.
- Усвоение и совершенствование техники выполнения упражнений по легкой атлетике, спортивным играм и гимнастике.

Одним из критериев готовности студентов 1 курса к физкультурному самосовершенствованию является самостоятельная работа по физическому воспитанию:

- Самостоятельная разработка комплексов утренней гигиенической гимнастики и практическое выполнение на занятии.
- Самостоятельная разработка комплексов профессионально-прикладной физической подготовки и практическое выполнение на занятии.
- Самостоятельная работа над научными проектами: состояние соматического здоровья занимающихся и ее корректировка, лечебная физическая культура при различных нозологиях, оздоровительные тренировки для различных контингентов населения.
- Самостоятельность и активность во внеурочной физкультурно-спортивной деятельности; повышение физкультурно-спортивной грамотности; позитивная динамика физического состояния.

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Таким образом, формирование готовности к физкультурному самосовершенствованию студентов 1 курса имеет следующую структуру:

1. Паспорт здоровья студента. Анализ прогресса физической подготовленности и состояния здоровья за учебный год.
2. Содержание учебного материала по физическому воспитанию. Усвоение физкультурно-спортив-

ных ценностей и естественно научных знаний в области физического воспитания.

- 3 . Мотивированный интерес к внеурочной спортивно-массовой работе.
4. Самостоятельная работа по физическому воспитанию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Методические рекомендации для определения физического состояния студентов на занятиях по физическому воспитанию. В.Б. Мандриков, Г.А. Ушанов, В.Д. Кириленко. Утв.: ЦМК ВолгГТУ. Волгоград, 1994.

2. «Здоровая молодежь – сильная армия», под

ред. В.Б.Хасина - Астана, 2000.

3. «Контроль и самоконтроль в процессе физической подготовки подростков и юношей 15-18 лет (методические рекомендации)», Сливкина Н.В., Сергеев В.Н., Сейдуманов М.Т. - Астана, 2000.

ТҮЙІН

СЫЗДЫҚОВА С. Ж., КОЖЕМЯКИНА Н. Н., АУБАКИРОВА Т. С.

АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ

АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» АҚ-Ы 1-КУРС СТУДЕНТТЕРІНДЕ ӨЗІН- ӨЗІ ЖЕТІЛДІРУГЕ ДАЙЫНДЫҚТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Студенттердің дене шынықтыру арқылы өзін-өзі жетілдіруі болашақ маманға салауатты өмір салтын қалыптастыруы үшін қажет.

Сауалнама нәтижесі бойынша 1 курстың студенттерінің 13,7% өздері туралы білгілері келмейді және өздерін өзгерте алмайды, 26,9% мотивациясы төмен және дене шынықтыру-спорттық қызметке теріс көзқарас, 82,6 % өзін-өзі жетілдіргісі келетінін көрсетті. Студенттердің денсаулық Паспортын жасау және денсаулық диагностикасының негізінде оқуда, оқудан тыс және студенттердің өзіндік жұмысында дене тәрбиесі міндеттері түзетіледі. Ағзаның функционалдық көрсеткіштері және анықталған дене дайындығының деңгейі студенттердің дене шынықтырулық өзін-өзі жетілдіруін ынталандырады.

SUMMARY

SYZDYKOVA S.ZH, KOZHEMYAKINA N.N, AUBAKIROVA T.S

Astana Medical University

DEVELOPMENT OF PHYSICAL EDUCATION SELF-IMPROVEMENT ON THE EXAMPLE OF “ASTANA MEDICAL UNIVERSITY” FIRST-YEAR STUDENTS

It is necessary for students to develop self-improvement in physical education in order to create healthy lifestyle of a future specialist.

The questioner outcomes showed that the first-year students want to do self-improvement; 13,7% don't want to know to know and change themselves, 26,9% of students have low motivation and negative attitude toward sport and physical education.

The tasks of physical education in class activity, extra-curricular activity, and student's individual work are designed and corrected on the basis of student's diagnostics and designing of the Health passport. Functional indicators of the health and the revealed level of physical fitness motivate students to self-improvement in physical education.

УДК 616.155.-194-085

АЙНАБЕКОВА Б.А., БРАУН М.А., АЙТУГАНОВА А.Т., ОМРАЛИНА Е.Т., ИЗБАСАРОВА И.А., АБДАХИНА Б.Б.

АО «Медицинский университет Астана»

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНЕМИЯХ

Аннотация: Проведен анализ историй болезни ФАО ЦДБ с целью определения лечебно-диагностических возможностей по диагностике и лечению анемического синдрома на основе стандартов.

Ключевые слова: анемия, стандарты диагностики и лечения

Актуальность. Диагностика анемий – одна из самых простых задач, однако, проведенный нами анализ показывает, что врачи часто не обращают внимания на снижение гемоглобина. По данным литературы, среди историй, в которых экспертом было отмечено снижение гемоглобина ниже 110 г/л, лишь в 15% это нашло отражение в диагнозе, проведены дополнительные исследования, назначено соответствующее лечение. В 90% случаев врач полностью игнорировал анемию [1,5].

Анемия выявляется как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара, но лечение ее наиболее распространенных форм (железодефицитной и В12-дефицитной) должно проводиться главным образом амбулаторно. Если диагноз верифицирован, то больной может переводиться на амбулаторное лечение. Однако на практике чаще всего наблюдается другая картина: врачи ждут существенного прироста гемоглобина, который реально появится лишь через 3-4 недели. В то же время тактически правильно было бы быстро получить подтверждение адекватности выбранной терапии с помощью ретикулоцитарного криза, ожидаемого к концу 1 недели лечения, после чего выписать больного для дальнейшей терапии в поликлинике [2,3,4,6].

Отчасти эта задержка обусловлена отсутствием реальной преемственности между специалистами на этапе стационар - поликлиника, низкой компетентности поликлинических врачей в вопросах адекватного лечения анемии.

Согласно современным стандартам оказания медицинской помощи населению, для оценки и управления качеством следует воздействовать на ресурсы, технологии и результаты. В международной практике это изучение происходит на основе сравнения существующего положения дел со стандартами, отражающими согласованное мнение экспертов по данному вопросу [2,7].

Цель работы: анализ историй болезни ФАО ЦДБ с целью определения лечебно-диагностических возможностей по диагностике и лечению анемического синдрома на основе стандартов.

Материалы и методы: нами проанализировано 112 историй болезни больных отделений терапии и пульмонологии ФАО ЦДБ на предмет диагностики и лечения анемий как сопутствующего заболевания у больных с различными заболеваниями внутренних органов.

Результаты и обсуждение.

Анемия как сопутствующее заболевание была диагностирована только у 14 больных из числа исследуемых, что составило 12,5%.

Для объективного определения возможностей медицинского учреждения оказывать качественную медицинскую помощь проводится следующая процедура: для каждого заболевания создается перечень обязательных медицинских услуг, которые должны выполняться в учреждении, занимающемся постановкой диагноза или лечением данной патологии.

Например, для диагностики железодефицитной анемии этот обязательный перечень медицинских услуг, составленный экспертами, выглядит следующим образом: сбор анамнеза и жалоб при болезнях крови, осмотр при болезнях крови, пальпация при болезнях крови, аускультация при болезнях крови, исследование уровня гемоглобина, подсчет числа эритроцитов, подсчет числа ретикулоцитов, подсчет числа тромбоцитов, определение скорости оседания эритроцитов, подсчет лейкоцитарной формулы крови, исследование цитологического препарата крови на аномальные формы лейкоцитов и эритроцитов, исследование уровня сывороточного железа

Дополнительно с диагностической целью медицинское учреждение может выполнять следующие услуги: исследование уровня ферритина, эзофагогастродуоденоскопия, исследование кала на кровопотерю, получение цитологического препарата костного мозга с помощью пункции, исследование цитологического препарата костного мозга

Для проведения лечения учреждение обязательно должно располагать следующими возможностями: сбор анамнеза и жалоб при болезнях крови,

осмотр при болезнях крови, исследование уровня гемоглобина, исследование уровня ретикулоцитов.

Видно, что для проведения адекватной терапии достаточно иметь гораздо меньшее число услуг. Дополнительно в процессе лечения могут выполняться следующие услуги: подсчет числа эритроцитов, подсчет числа тромбоцитов, подсчет числа лейкоцитов, определение скорости оседания эритроцитов, исследование уровня сывороточного железа, исследование цитологического препарата крови на аномальные формы лейкоцитов и эритроцитов.

Очевидно, что для терапии железодефицитной анемии все эти услуги не могут признаны обязательными.

На следующем этапе ответственный работник ФАО ЦДБ заполняет бланк, содержащий перечень всех медицинских услуг, отмечая те из них, которые выполняются в учреждении. Эти данные заносятся в компьютер, который производит сравнение между тем, какие услуги выполняются в учреждении, и теми перечнями, которые составлены для каждой болезни.

При обследовании по представленной схеме выяснилось, что с диагностикой железодефицитной анемии проблем не возникает, поскольку есть возможность определять уровень сывороточного железа на фоне гипохромии эритроцитов. Следовательно, есть и возможность адекватной терапии данной патологии.

Для В12-дефицитной анемии картина оказалась иной, поскольку в программе было заложено обязательное выполнение стерильной пункции и исследование цитологического препарата костного мозга, тогда как фактически эти услуги не оказываются. В результате нет возможности верификации данной анемии с целью ее адекватного лечения. Для оптимизации лечебного процесса эксперты могут рассмотреть вопрос о внесении в перечень дополнительных медицинских услуг определение уровня цианокобаламина и фолиевой кислоты методом ИФА на базе данного медицинского учреждения. Это в какой-то мере может восполнить отсутствие цитологической диагностики мегалоб-

ластных анемий.

Что касается гемолитических анемий, то в перечне обязательных медицинских услуг числятся элементарные морфологические и биохимические методы исследования (подсчет числа форменных элементов крови, определение уровня гемоглобина, аномальных форм эритроцитов и непрямого билирубина). Это дает возможность диагностировать только варианты внутриклеточного гемолиза эритроцитов. Для диагностики внутрисосудистого гемолиза необходимо ввести в перечень дополнительных медицинских услуг наиболее простые методы исследования – определение уровня свободного гемоглобина в крови и гемосидерина в моче. Что же касается аутоиммунного гемолиза, то в перечень дополнительных услуг обязательно должна быть включена проба Кумбса для выявления уровня антител в сыворотке крови.

Таким образом, современные возможности диагностики и лечения анемического синдрома в условиях стационара и поликлиники пока ограничены. Наибольшие проблемы касаются своевременной диагностики и лечения мегалобластных и гемолитических анемий.

Выводы

1. Существующие перечни обязательных и дополнительных медицинских услуг позволяют успешно диагностировать и лечить железодефицитную анемию в условиях стационара и поликлиники.

2. Для диагностики и лечения В12-дефицитной анемии необходимо внести в обязательный перечень медицинских услуг стерильную пункцию и цитологическое исследование препаратов костного мозга.

3. Для диагностики и лечения гемолитических анемий с внутрисосудистым гемолизом необходимо внести в обязательный перечень медицинских услуг определение уровня свободного гемоглобина в крови и/или гемосидерина в моче.

4. Для диагностики и лечения аутоиммунных анемий необходимо внести в обязательный перечень медицинских услуг пробу Кумбса для выявления уровня антител в сыворотке крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. М., Ньюдиамед, 2001. – 164 с.
2. Клинический протокол диагностики и лечения железодефицитной анемии. Утверждено на Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан протокол № 23 от «12» де-

кабря 2013 года 3.

3. Iron deficiency anemia assessment, prevention and control. A guide for programmer managers - Geneva: World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.3).

- 4.G. Perewusnyk, R. Huch, A. Huch, C. Breymann. British Journal of Nutrition. 2002; 88: 3-10.

5. Strai S.K.S., Bomford A., McArdle H.I. Iron transport across cell membranes: molecular understanding of duodenal and placental iron uptake. *Best Practise & Research Clin Haem.* 2002; 5: 2: 243-259.

6. Льюис С.М., Бэйн Б., Бэйтс И. Практическая и лабораторная гематология / пер. с англ. под ред.

А.Г. Румянцева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с. 17.

7. S. Pavord, B. Myers, S. Robinson et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy (British Committee for Standards in Haematology).- July 2011: 33.

ТҮЙІН

**АЙНАБЕКОВА Б.А., БРАУН М.А., АЙТУГАНОВА А.Т.,
ОМРАЛИНА Е.Т., ИЗБАСАРОВА И.А., АБДАХИНА Б.Б.**

АО «Медицинский университет Астана»

АНЕМИЯ КЕЗІНДЕ КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Бұл мақалада Орталық Жол ауруханасының терапия және пульмонология бөлімшелерінде емделген 112 наукастың ауру тарихын зерттеу арқылы қосымша анемиялық синдромды дәлелдейтін зерттеу әдістерінің нәтижелері, жүргізілген емі талқыланған.

SUMMARY

**AINABEKOVA B.A., BRAUN M.A., AITUGANOVA A.T., OMRALINA E.T.,
IZBASAROVA I.A., ABDAKCHINA B.B.**

JSC «Astana Medical University»

THE BASIC ASPECTS THE ORGANIZATION OF MEDICAL SERVICE AT ANEMIAS

The article is indicated the results of observation over 112 patients from gastroenterology and pulmonology departments. The study of anemia genesis allows to provide and will optimize the standards of diagnostic, treatment and prognosis of life quality of this category patients.

Key words: standards of diagnostic and treatment, anemia.



УДК: 617.7-092:614.876

АХМЕДЬЯНОВА З.У., КАЗЫМБЕТ П.К., ДАУТБАЕВА Ж.С., КАБДРАХМАНОВА Н.

АО «Медицинский Университет Астана», Астана

ОЦЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОДВЕРГШИХСЯ ДЛИТЕЛЬНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ В МАЛЫХ ДОЗАХ

Аннотация: В статье предоставлена распространённость офтальмопатологии среди работников ураноперерабатывающего предприятия. Изучены грубые относительные риски превалирующих форм офтальмопатологии.

Ключевые слова: ионизирующее излучение, малые дозы, офтальмопатология.

Непрерывное воздействие вредных производственных факторов на персонал ураноперерабаты-

вающего промышленности несет комбинированный характер внешнего и внутреннего облучения в малых дозах, пыли, химических раздражителей, токсических соединений урана, психоэмоционального напряжения, физической нагрузки и др., при взаимодействии которых могут усиливаться влияние ионизирующего излучения [1-3]. Известна токсичность соединений урана в разной степени в зависимости химических и физических свойств

данного радионуклида, преобладание токсичности растворимых соединений урана [4,5].

Степень толерантности различных структур глаза к тем или иным источникам ионизирующего излучения (ИИ) варьируется широко. Ответы на радиационное облучение происходит за счет взаимодействия потери паренхимы клеток, повреждение эндотелия, активации фибробластов и участия иммунных элементов [6-9]. Отмечаемые морфологические изменения наступают при облучении в дозе 0,25 Гр [10,11]. Общеизвестно, что хрусталик глаза является одной из наиболее радиочувствительных тканей организма, тогда как патология остальных структур глаза развиваются при больших накопленных дозах и расположены в следующем порядке: кожа век, конъюнктивы, роговица, сосудистая оболочка, сетчатка, слезная железа, зрительный нерв, склера [12,13].

Вероятность о катарактогенном воздействии малых доз радиации неопровержимо, но нет однородной концепции порога доз для развития помутнения хрусталика, что и свидетельствует в последних публикациях МКРЗ о пересмотрении дозовой нагрузки на глаза. В результате было определено, что порогом для развития радиоиндуцированной катаракты является доза в 0,5 Гр независимо от частоты применения дозы и характера облучения.

«Тканевые реакции» органа зрения зависят не только от характеристики воздействия ИИ, но также изменяются под действием различных биологических модификаторов, от возраста и генетических особенностей организма [13]. Поэтому оценить вклад радиации в развитии офтальмопатологии среди других факторов риска нерадиационной природы представляет особый интерес.

Материал и методы исследования: Объекты исследования: I группа «Основная» - 646 работников гидрометаллургического завода (ГМЗ), контактирующие с растворимыми и нерастворимыми соединениями урана. В процессе своей професси-

ональной деятельности, работники основной группы подвергаются воздействию ИИ в малых дозах. Для оценки дозовой нагрузки персонала ГМЗ использовали данные табельного учета измерения мощности дозы внешнего облучения и внутреннего облучения, полученные расчетным путем со дня поступления на работу в данном предприятии.

II группа «Контрольная» – 615 работников производственного цеха Степногорского подшипникового завода (СПЗ), расположенного на расстоянии 10 км от ГМЗ. Основными производственными вредностями в цехах СПЗ являются: разные микроклиматические условия, шум, пылевой фактор, химические реагенты (циклогексилламин, неорганические соединения азота) и физические перегрузки. По данным службы охраны труда СПЗ, основные вредные факторы производства и концентрация вредных химикатов в цехах предприятия не превышали ПДУ.

Выбор контрольной группы обуславливался сопоставимыми с экспонируемой группой по возрасту и полу, уровнем медицинского обслуживания, а также производственными вредными факторами, за исключением отсутствия радиационной составляющей в контрольной группе. Все рабочие экспонируемой и контрольной групп проживают в г. Степногорск и в пригородных рабочих поселках. Средний возраст в экспонируемой группе составил $46,2 \pm 12,7$ лет (95% ДИ 44,13-46,03), в контрольной группе – $45,4 \pm 12,4$ лет (95% ДИ 44,39-46,36). Большинство работников двух сравниваемых предприятия имели уровень среднего и среднего технического образования. Продолжительность трудового стажа между исследуемыми группами не имело статистического значимого различия: средний стаж работников в экспонируемой группе составил $11,1 \pm 10,2$ лет (95 % ДИ 10,5 – 12,1) и в контрольной группе – $12,5 \pm 9,4$ лет (95 % ДИ 11,7 – 13,2) (табл. 1).

Показатель	ГМЗ (n=646)	СПЗ (n=615)	P
Пол	Мужчины	Мужчины	-
Возраст, лет	45 (36-57)	46 (35-56)	0,277
Образование высш./средн.	17% (110 чел)/ 83% (536 чел)	14% (83 чел)/ 86% (532 чел)	0,482
Стаж, лет	$11,1 \pm 10,2$	$12,5 \pm 9,4$	0,19

Результаты и обсуждение

В структуре офтальмопатологии первые ранговые места среди работников основной группы составили аномалии рефракции (18,7%), болезни сетчатки (18,3%) и хрусталика (17,5%). Удель-

ный вес этих трех классов практически одинаков, причем на их сумму приходится более половины (54,5%) всех случаев офтальмопатологии. Болезни вышеуказанных трех классов расположены в том же порядке, составляя ведущие ранги общей

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

офтальмопатологии у работников контрольной группы.

Интенсивные показатели (частоты) заболеваемости работников основной и контрольной групп позволило определить статистически значимое различие распространенности офтальмопатологии

среди подверженных ионизирующей радиации и неподверженных лиц ($\chi^2=4,67$ $p=0,032$). Офтальмопатология среди работников основной группы составляет 67 случаев на 100 рабочих, в контрольной группе – 52 (табл. 2).

Таблица 2 – Распространенность офтальмопатологии среди работников исследуемых групп (на 100 работающих)

Нозологии по МКБ-X	Основная группа (n=646)	Контрольная группа (n=615)
Болезни век, слезных путей и глазницы	0,3 ± 0,27	0,8 ± 0,47
Болезни конъюнктивы	3,3 ± 0,84	2,8 ± 0,86
Болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела	2,2 ± 0,69	1,5 ± 0,63
Болезни хрусталика	17,5 ± 1,82	9,4 ± 1,54
Болезни сосудистой оболочки и сетчатки	18,3 ± 1,85	15,9 ± 1,92
Глаукома	1,9 ± 0,65	1,1 ± 0,56
Болезни стекловидного тела и глазного яблока	0,8 ± 0,42	1,0 ± 0,52
Болезни зрительного нерва и зрительных путей	0,2 ± 0,19	0,3 ± 0,30
Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции	18,7 ± 1,88	16,4 ± 1,95
Зрительные расстройства и слепота	3,7 ± 0,91	3,1 ± 0,91
Другие болезни глаза и его придаточного аппарата	0,2 ± 0,19	0,0
Итого	66,9 ± 9,74	52,4 ± 9,65

Примечание: данные представлены в виде среднее ± стандартное отклонение

Как и во многих эпидемиологических исследованиях органа зрения, аномалии рефракции занимают ведущее место и являются самой распространенной патологией зрительного анализатора. Так и в исследованиях органа зрения у лиц, подвергшихся длительному воздействию ионизирующего излучения, аномалии рефракции располагаются в первых ранговых местах [14,15]. В нашей работе аномалии рефракции составили 18,7 случаев на 100 работников в экспонируемой группе и 16,4 случаев в контрольной группе. Статистически значимого различия распространенности аномалии рефракции между исследуемыми группами не было выявлено ($\chi^2=1,16$; $p=0,301$).

Болезни сетчатки находится среди ведущих причин роста общей заболеваемости офтальмопатологией, как в основной (18,3 случаев), так и в контрольной группе (15,9 случаев). В исследованиях изменения органа зрения у лиц подвергшихся длительному ионизирующему излучению в малых

дозах, авторы утверждают о взаимосвязи с радиационным фактором и увеличением патологии сетчатки. По результатам структурирования офтальмопатологии в данной работе статистически значимого различия частоты патологии сетчатки между группами не выявлено ($\chi^2=1,21$; $p=0,295$).

Единственным отличием являются болезни хрусталика, доля которых среди работников основной группы (17,5 случаев) несколько выше, чем у работников контрольной группы (9,4 случаев на 100 работников). Выявлена статистически значимое различие показателя болезни хрусталика ($\chi^2=17,47$; $p=0,000$) среди подверженных ионизирующей радиации и неподверженных лиц.

Вместе с тем, как видно из таблицы 3, только болезни хрусталика имели статистически значимый относительный риск (RR 2,04). Выявленная нами высокая распространенность болезни хрусталика в экспонированной группе совпадает данными ряда исследователей, свидетельствующие о чувствительности хрусталика глаза человека в условиях воздействия малых доз (МД) ИИ.

Таблица 3 – Грубые относительные риски превалирующих форм офтальмопатологии

Заболелания	ГМЗ vs СПЗ			
	RR	95% ДИ	χ^2	p
Болезни хрусталика	2,0	1,45 – 2,86	17,47	0,000
Болезни сосудистой оболочки и сетчатки	1,2	0,88 – 1,58	1,21	0,295
Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции	1,2	0,88 – 1,57	1,16	0,301

Так, Neriishi et al., публикует данные о достоверном дозозависимой распространенности хирургических вмешательств по поводу катаракты при 0,1 Гр, учитывая пол, возраст, диабет и других потенциальных мешающих факторов (RR=1,39; 95% ДИ 1,24-1,55) [16]. В работе отечественных исследователей ликвидаторов последствий аварий (ЛПА) на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) выявлена статистически значимая высокая вероятность развития катаракты у ЛПА 1987 года, при этом RR=1,8 (95% ДИ 1,1-3,0 p=0,027) [17].

Учитывая воздействие радиационной составной, были изучены изменения сосудов сетчатки и возможного развития фоновой ретинопатии. Выявленные изменения сосудистой системы сетчатки и картины глазного дна у лиц экспонируемой группы превышал 1,2 раза, однако не имело статистически значимого различия (95% ДИ 0,88-1,58; p=0,295). Следует отметить, что одна из частых патологий глаз в исследовании жителей прибрежных сел реки Теча было заболелания сетчатки, в

том числе ангиосклероз сетчатки. В результате анализа исследователи не выявили факт положительной связи между радиационной дозой у лиц, подверженных длительному радиационному воздействию и заболеваемостью сетчатки [18]. В изучении изменения органа зрения у лиц ЛПА ЧАЭС в отдаленном периоде наблюдения исследователи проявления сосудистой патологии сетчатки связывают с перенесенным стрессом и увеличением инволюционных процессов [14, 19].

Таким образом, наиболее распространенным заболеланием в общей структуре офтальмопатологии имеет заболеваемость хрусталика в основной группе по сравнению контрольной совокупности. Для дальнейшего изучения заболеваемости катаракты и взаимосвязи с различными факторами, будет проведена стратификация изучаемого контингента по возрасту, продолжительности трудового стажа, накопленной суммарной дозе и другими значимым факторам риска развития катаракты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахмед Д.У. Профессиональная радиационная безопасность на урановых шахтах и заводах: Бюллетень МАГАТЭ. – 2010. – №2. – С.34-38.
2. Материалы доклада Генерального директора МОТ на Международной конференции труда. Национальный обзор. - 2006. –С. 126.
3. Аклев А.В. Хронический лучевой синдром у жителей прибрежных сел реки Теча. – 2012. – С.133.
4. Галибин В.П., Новиков Ю.В. Токсикология промышленных соединений урана. □ М.: Атомиздат, 1976. □ 184с.
5. Ильин Л.А. Радиационная медицина. – М.: ИздАТ, 2001. – 432 с.
6. Потапов А.В. Общие закономерности и тканевые механизмы поражения сетчатки и зрительного нерва при комбинированном воздействии ионизирующей радиации и света: автореф. дис. на

- соиск. учен. степ. док. мед. наук (03.00.25) / Потапов Алексей Валерьевич; Сибирский гос. мед. университет Федерального агентства по здравоохранению и соц. развитию. – Томск, 2006. – 19-22 с.
7. Степанова И.П. Нарушение морфогенеза сетчатки глаза и зрительного нерва под влиянием высоких доз ионизирующей радиации в эмбриональном периоде развития / И.П. Степанова // Колосовские чтения 2002. – IV Международная конференция по функциональной нейроморфологии. – Санкт-Петербург, 2002. – с. 273-274.
8. Матрусевиц М.А. Изучение влияния интраокулярно введенного радиоактивного офтальмоаппликатора на ткани глаза в эксперименте: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.08. / 03.00.25) / Матрусевиц Михаил Александрович; Сибирский гос. мед. университет Федерального агентства по здравоохранению и соц. развитию. –

Томск, 2007. – 14 с.

9. The risk of macular degeneration development in persons antenatally irradiated as a result of Chernobyl NPP accident / Babenko T.F., Fedirko P.A., Dorichevska R.Y., Denysenko N.V., Samoteikina L.A., Tyshchenko O.P. // Probl. Radiac. Med. Radiobiol. – 2016. – Dec;21:172-177.

10. Кузин А.М. Прикладная радиобиология / А.М. Кузин, Д.А. Каушанский. □ М.: Энергоиздат, 1981. □ 134 с.

11. Федирко П.А. Электроокулографическое исследование подвергшихся воздействию радиации / П.А. Федирко // Офтальмологический журн. □ 2001. □ №1. □ С. 65-67.

12. Алиева З. А. / Профессиональная патология органа зрения / Алиева З. А., Нестеров А. П., Скрипниченко З. М. – М.: «Медицина». – 1988. – 288с.

13. Публикация 118 МКРЗ. Отчет МКРЗ по тканевым реакциям, ранним и отдаленным эффектам в нормальных тканях и органах – пороговые дозы для тканевых реакций в контексте радиационной защиты. Челябинск, 2012. – С.141, 344.

14. Микрюкова Л.Д. Состояние органа зрения у лиц, подвергшихся радиационному воздействию автореф. дисс... канд.мед.наук. Челябинск, 2006.

15. Макогон А.С. Заболеваемость населения болезнями глаз и его придаточного аппарата на территориях, подвергшихся радиационному воздействию вследствие выпадения радиоактивных осадков при проведении ядерных испытаний. Автореф. дисс... канд.мед.наук. Новокузнецк, 2010.

16. Neriishi K., Nakashima E., Minamoto A., et al., 2007. Postoperative cataract cases among atomic bomb survivors: radiation dose response and threshold. Radiat. Res. 168, 404–408.

17. Ельтокова М.Х. Оценка радиобиологического эффекта хрусталика у лиц, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующего излучения. Автореф. дисс... док философии (PhD). Астана, 2014.

18. Сосновский С. В., Нестеренко О. Н. Изменения органа зрения у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде наблюдения // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2008. — № 1. — С. 12–20.

19. Шубик В. М., Квасова М. Д., Королева Т. М. Состояние органа зрения у ликвидаторов Чернобыльской аварии в отдаленный период после радиационного воздействия // Офтальмологические ведомости. – 2009. – №2, том 2. – С.21-24.

ТҮЙІН

З.У. АХМЕДЬЯНОВА, П.Қ. ҚАЗЫМБЕТ, Ж.С. ДАУТБАЕВА, Н. КАБДРАХМАНОВА

ТӨМЕН ДОЗАДАҒЫ ҰЗАҒЫНАН ИОНИЗАЦИЯЛЫҚ СӘУЛЕЛЕНУГЕ ҰШЫРАҒАН АДАМДАРДЫҢ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯСЫ ДАМУЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ҚАУПІН БАҒАЛАУ

Мақалада уран өңдеу өндірісінің жұмысшылары арасында офтальмопатологияның таралуы және оның басым түрлерінің даму қаупінің салыстырмалы көрсеткіштері зерделенген.

SUMMARY

**Z. AHMEDYANOVA, P. KAZYMBET, ZH. DAUTBAYEVA,
N. KABDRAKHMANOVA**

ASSESSMENT OF RELATIVE RISK THE OPHTHALMOPATHOLOGY IN PERSONS EXPOSED IONIZING RADIATION IN SMALL DOSES

The article presents the prevalence ophthalmopathy among workers of uranium process industry examined the relative risks prevalent forms ophthalmopathy.



УДК 616.072:618.1:617-089

БЕГІМБЕКОВА Л.М., АРЫСЛАНОВА Л.А., САЛЫБЕКОВА И.Т.

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, ШМИ акушерия-гинекология кафедрасы

Шымкент қалалық медициналық жедел жәрдем ауруханасы, гинекология бөлімшесі

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯНЫҢ ЖЕДЕЛ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ ТИІМДІЛІГІ

Лапароскопиялық оталардың жедел гинекологиялық жәрдем тәжірибесіндегі көрсетулер құрылымы анықталған. Лапароскопиялық шұғыл көмек көрсетулер қатарында бірінші кезекте үзілген және үдемелі түтіктік жүктілік болып табылады. Дер кезінде диагностикалау және лапароскопиялық жолмен орындалған емдік іс-шара, ағзаны сақтап қалуға мүмкіндіктер тудырды. Лапароскопиялық әдістерді қолдану науқастардың отадан кейінгі ауруханада қалу мерзімін қысқартуға ықпал етіп, репродуктивті функцияның ерте қалпына келуіне әсерін тигізді.

Кілтті сөздер: лапароскопиялық оталар, түтіктік жүктілік, сальпингитомия

Лапароскопиялық технологияны жедел гинекологиялық жәрдем тәжірибесіне енгізу гинекологиялық патологиялардың бірқатарында диагностика және емдеу тактикасын өзгертумен айқындалды. Дүние жүзілік мәліметтерге сүйенсек, 70-90% гинекологиялық оталар, лапароскопия жолымен жасалады. Лапароскопия бастапқыда, тек диагностикалық іс-шара ретінде қабылданса, қазіргі уақытта гинекологиядағы хирургиялық емдеудің негізгі әдісі болып танылады. Гинекологиядағы эндовидеохирургиялық әдістің кең етек алуы, оталық жаракаттың едәуір болмауы, отадан кейінгі кезеңнің қолайлы ағымы, науқастардың ауруханада болу уақытымен жұмысқа жарамсыздық мерзімінің қысқарулары және емдеуге кететін шығынның азаюы тәрізді артықшылықтарымен байланысты.

Аталған жұмыстың негізгі максаты гинекология бөліміндегі лапароскопиялық оталар жасауға керсеткіштер құрылымын және лапароскопиялық оталар белсенділік деңгейін анықтау болып табылады.

Материал ретінде ШҚЖЖМА (Шымкент қалалық жедел жәрдем ауруханасы) гинекология бөлімінде 2014-2015 жылдар көлемінде ауруханаға жатқызылған науқастар алынған. Қолданылған

зерттеу әдістері: клиникалық, лабораториялық-инструменталды (қанның биохимиялық анализі: ХГ, резус факторлар және қан тобын анықтау, гемостаз жүйесі), УДЗ зерттеу және рентгенологиялық зерттеулер. Лапароскопиялық әдістер стандартты тәсілмен жасалды. Ота жасауға алдын ала дайындық жүргізілген (дайындаудың орташа ұзақтығы - 40 минуттан 1,5 тәулкке дейін), мамандардың, оның ішінде, анестезиологтың кеңесі мен қарауы тағайындалған.

Зерттеулер нәтижесі және оларды талдау. Лапароскопиялық оталар, эндовидеохирургиялық оталар ұстанымдарының келесі сатылардан тұратын қағидаларын сақтай отырып жасалды; пневмоперитонеум калыптастыру, құрсақ қарау патологиялық ошақта жұмыс жасау және гемостазды бақылау. Құрсақ қуысынан элиминириленген мүше бөліктері немесе тіндер гистологиялық зерттеулерге жіберілген.

Белгіленген мерзімде ШҚЖЖМА гинекология бөлімінде 2525 науқастарға оталар жасалған (1156 науқасқа - 2014ж. 1369 науқасқа - 2015ж.), яғни хирургиялық белсенділік – 60-61% құрады. Олардың ішінде, 18% науқастарға оталық ем, лапароскопиялық әдіспен жүргізілген, ал 2014 ж. лапароскопиялық оталар деңгейі 14,4% құрады. Лапароскопия жоспарлы түрде жасалған науқастар - 19,4% болса, 80,6% науқастарға жедел лапароскопия жасалған. Науқастардың жас шамасы 16-дан 60-қа дейін. Гинекологиялық анамнез 76,5%-науқастарда асқынған. Аталғандар ішінде: етеккір айналымының бұзылысы - 44,2%, жүктілікті жасанды ұзу - 28,2% өздігінен түсік тастау- 7,4%, анамнезінде жүктілік және босану (біріншілік бедеулік) болмағандар - 26,6% құрайды. Сонымен қатар, гениталий ағзаларының қабыну аурулары - 65,7%, жатыр миомасы - 9,6%, екіншілік бедеулік - 19,4% науқастарда кездескен. Лапароскопиялық оталарға негізгі көрсетулер құрылымы 1-кестеде көрсетілген.

Кесте-1. Лапароскопиялық оталарға көрсетулер құрылымы

№	Оталарға көрсетулер	2014 ж n=128	2015 ж n=198
1	Түтіктік жүктілік	83	127
2	Аналық без ісіктерінің аяқшыларының оралуы	18	28
3	Аналық без кистасы	21	36
4	Апоплексия	6	7
	Барлығы	128	198

Кестеде керсетілгендей, лапароскопиялық оталарға негізгі көрсетулер болып - түтіктік жүктілік: жүктіліктің түтіктік жыртылу түрінде үзілуі, түтіктік аборт және үдемелі түтіктік жүктілік болып табылды. Кейбір авторлардың мәліметі бойынша, жатырдан тыс жүктілік түрлерінің ішінде, жатыр түтігінде орналасуы – 99 % құрайтыны, белгілі. Мұндай жүктілік ерте мерзімдерде (5-6 аптаға дейін) үзіледі (ал үдемелі жүктілікті дер кезінде анықтау мүмкіндігі сирек) .

Осы көріністің құйылмалы қан кетумен

сипатталатыны айқын. Сондықтан да қан кету көлемін темендету және ота ұзақтығын қысқарту мақсатында лапароскопиялық іс-шара жүргізу тиімді болды. Лапароскопиялық оталар түтіктік жүктілік бойынша - 64,1% 2015ж. жасалған, ал 2014ж 54,2% науқастарға орындалған, олардан 22,8% (2015ж) және салыстырмалы түрде 16,6% (2014ж) - үдемелі түтіктік жүктілікке, ал қалған науқастарға 77,2% және 83,4% - үзілген түтіктік жүктілікке байланысты оталар орындалған (2-кесте).

Кесте-2. Түтіктік жүктілік кезіндегі эндовидеохирургиялық операциялар көрсетулер

№	Оталарға көрсетулер	2014 ж n=128	2015 ж n=198
1	Түтіктік жүктілік	83	127
2	Аналық без ісіктерінің аяқшыларының оралуы	18	28
3	Аналық без кистасы	21	36
4	Апоплексия	6	7
	Барлығы	128	198

Кестеде керсетілгендей, лапароскопиялық оталарға негізгі көрсетулер болып - түтіктік жүктілік: жүктіліктің түтіктік жыртылу түрінде үзілуі, түтіктік аборт және үдемелі түтіктік жүктілік болып табылды. Кейбір авторлардың мәліметі бойынша, жатырдан тыс жүктілік түрлерінің ішінде, жатыр

түтігінде орналасуы – 99 % құрайтыны, белгілі. Мұндай жүктілік ерте мерзімдерде (5-6 аптаға дейін) үзіледі (ал үдемелі жүктілікті дер кезінде анықтау мүмкіндігі сирек) .

Осы көріністің құйылмалы қан кетумен сипатталатыны айқын. Сондықтан да қан кету

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

көлемін темендету және ота ұзақтығын қысқарту мақсатында лапароскопиялық іс-шара жүргізу тиімді болды. Лапароскопиялық оталар түтіктік жүктілік бойынша - 64,1% 2015ж. жасалған, ал 2014ж 54,2% науқастарға орындалған, олардан

22,8% (2015ж) және салыстырмалы түрде 16,6% (2014ж) - үдемелі түтіктік жүктілікке, ал қалған науқастарға 77,2% және 83,4% - үзілген түтіктік жүктілікке байланысты оталар орындалған (2-кесте).

Кесте-2. Түтіктік жүктілік кезіндегі эндовидеохирургиялық операциялар керсетулер

№	Түтіктік жүктілік түрлері	2014 n=83	2015 n=127
1	Үдемелі түтіктік жүктілік	14	29
2	Түтіктік аборт түріндегі үзілген түтіктік жүктілік	51	67
3	Жыртылған түтіктік жүктілік	18	31
	Барлығы	83	127

Түтіктік жүктілік бойынша келесі оталар орындалған: тубоовариэктомия, сальпингоэктомия, диатермокоагуляция, түтіктік кесар тілігі (мүшені сақтау отасы). Кестеде керсетілген бірқатар үдемелі түтіктік жүктіліктің (ұрық жұмыртқасы жатыр түтігінің ампулярлы бөлігінде орналасқан) жатыр түтігі сақталынып қалынды.

Лапароскопиялық жолмен гинекологиялық оталар жасау құрылымында, екінші орынды аналық без патологиясы бойынша орындалған оталар алады - 35,8%-35,1% (2014-2015жж), Аналық безге келесі оталар атқарылған: цистэктомия - 40,1%, аднексэктомия -59,9%, коагуляция яичников -13%. Жоғарыда керсетілген патологияларды лапароскопиялық емдеу классикалық хирургия қағидаларын сақтай отырып орындалды. Жедел оталармен қатар, бөлімде жоспарлы оталар да орындалды: аналық без резекциясы және апоплексиялардағы электрокаутеризация, үдемелі түтіктік жүктіліктегі сальпинготомия (түтік кесар тілігі).

Гинекологиялық лапароскопия оталарын жасау барысында асқинулар анықталған жоқ. Отадан кейінгі кезең барлық бақылаудағы науқастарда қолайлы жүрді. Науқастар қанағаттанарлық жағдайда, 3-4 тәулік мерзімде ауруханадан шығарылды. Сонымен, жүргізілген зерттеулер келесі қортындылар жасауға мүмкіндіктер туғызады;

1. Лапароскопиялық оталар керсетулерінің құрылымында: бірінші орында - түтіктік жүктілік - 64,1%, содан кейін - аналық без патологиясы - 35,8% екендігін көрсетті.

2. Лапароскопиялық әдісті қолдандану, отадан кейін науқастың ауруханада болуы мерзімінен қысқартты (3-4 күнге дейін).

3. Эндовидеохирургиялық тәсілдің диагностикалық тиімділігі - 99,5% екендігін көрсетті, сонымен қатар ағзаны сақтау, яғни түтікті сақтап қалу мүмкіндігі - 16% артты.

4. Отадан кейін болатын құрсак қуысындағы тыртықтану процесінің даму және етеккір циклының бұзылу қаупін айтарлықтай төмендетті.

Сонымен, гинекологиялық науқастарды лапароскопия әдісімен емдеудің артықшылықтары: шамалы жарақаттану, отадан кейінгі ауырсынуың әлсіздігі және физиологиялық қызметтердің (1-2 тәулікте) тез қалыптасуы болып табылды. Ауруханадағы кезең және жұмысқа жарамсыздық мерзімі 2-5 есе қысқарды. Косметикалық әсер, экономикалық тиімділік медикаменттерді үнемдеу, ауруханалық кезеңді қысқарту және науқастың реабилитация мерзімін кеміту арқасында лапароскопиялық емдеу едәуір рентабельді болып отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Савельева Г.М \ Лапароскопия в гинекологии. М., 2000.
2. Савельева Г.М Гинекология. М.. Медицина. 2004.
3. Стрижаков А.Н.с соавт. / Внематочная бере-

менность. М, Медицина, 1998.
4. Semm J.C. Stealer L II Gynecol. Endoscopic. 2006. Vol.5. P.203-209.
5. Конякова Л.Б. Органосохраняющие операции в гинекологии. // Каз.НМИЦ,

приложения к № 4 2004. С.68-71.
6. Кудайбергенов Т.К. Возможности проведения
органосохраняющих операций у больных репро-

дуктивного возраста // Акушерство, гинекология и
перинатология, №2, 2000. С.53-56.

РЕЗЮМЕ

БЕГІМБЕКОВА Л.М., АРЫСЛАНОВА Л.А., САЛЫБЕКОВА И.Т. РОЛЬ ЭНДОХИРУРГИИ В ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Определена структура показаний к лапароскопическим операциям в экстренной гинекологии. Первое место среди показаний к лапароскопическим вмешательствам занимает нарушенная и прогрессирующая трубная беременность. Своевременная диагностика и оказание помощи лапароскопическим путем, позволило сохранить орган. Использование лапароскопических методов способствовало, значительно сократить срок послеоперационного пребывания больных в стационаре и восстановления физиологических функций.

Ключевые слова: лапароскопические операции, трубная беременность, сальпинготомия

SUMMARY

BEGMATOVA. L.M., ARASLANOVA. L.A., SALYBEKOV I.T.

*Kazak-Turkish University A.H. Yasawi, Shymkent Medical Institute, Shymkent
Shymkent city hospital of emergency medical aid, gynecology Department*

THE EFFECTIVENESS OF OPERATIONAL-GYNAECOLOGY PREVENTION OF COMPLICATIONS

In this article was described structure of the indications for laparoscopic surgery in gynecology emergency. The first place among the indications for laparoscopic operations takes violations and progressive tubal pregnancy. Timely diagnosis and assisting laparoscopic way allow to possible to save the body. The use of laparoscopic techniques has contributed greatly shorten the postoperative hospital stay and recovery of physiological functions.

Key words: laparoscopic surgery, tubal pregnancy, salpingotomy



УДК: 616.379-008.64-053.2

БЕКЕНОВ Н.Н., КАЛМЕНОВА П.Е., МАХАМБЕТОВА Г.Д.

*Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті
Шымкент медицина институты*

**ҚАНТТЫ ДИАБЕТТІҢ І ТИПІМЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ ИНСУЛИНМЕН ЕМДЕУГЕ
ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАС**

Аннотация. Қазіргі таңда инсулин препараттарын шығу тегіне байланысты келесі топтарға бөледі – адам инсулиндері және жануар инсулиндері. Қантты диабетті емдеу үшін 70 жыл бойы, құрамы адам инсулинінен 3 және 1 аминқышқылдары бойынша айырмашылығы бар, шошқа инсулині қолданылған. Жануар текті инсулинмен емдеу – бұл антиденелердің (IgG) титрінің жоғарылауына алып келетін, бала организмін ұзақ уақыт имунизациялау. Құрылған антиген-антидене кешені микро- және макроагниопатиялар түріндегі қантамырлық асқынулардың дамуына күшті патогенетикалық фактор болып табылады және инсулинрезистенттілікке алып келеді. Сонымен қатар жануар инсулиндері жиі тері асты май қабатында липодистрофиялық өзгерістер тудырады.

Кілт сөздер: қантты диабет, ультрақысқа инсулин, гипергликемия, компенсация, асқынулар.

Кіріспе. Қантты диабеттің І типімен ауыратын балаларға жануар инсулинін қолданғанда, аурудың компенсациясына жету туралы айту мүмкін емес еді. Осыған байланысты, қантты диабеттің І типімен ауыратын балаларда компенсацияға жету және оны қолдауда ультрақысқа уақыттық және қысқа уақыттық инсулин препараттарын қолдану үлкен маңызға ие [1]. Биосинтетикалық инсулин ең жоғары тазалыққа, биологиялық сәйкестікке және қауіпсіздікке ие. Оны өндіруде нан ашытқысының жасушасына немесе *E. Coli* жасушасына гендік-инженерлік әдіспен, құрамында адам инсулинінің гені бар рекомбинантты ДНҚ енгізіледі. Нәтижеде ашытқы немесе бактериялар адам инсулинін синтездей бастайды. Адам гендік-инженерлік инсулині емдеу үшін препарат таңдауда басымдыққа ие болатын ең қажетті инсулин болып табылады. Адам гендік-инженерлік инсулинін тағайындау–қантты диабетті емдеудің тиімді нұсқасы ғана емес, сонымен қатар кеш қантамырлық асқынулардың алдын алудың негізгі факторы.

Заманауи әдебиеттерде адам гендік-инженерлік инсулині қолданғаннан кейінгі посталиментарлық гликемияға қатысты мәліметтер аз берілген [2]. Тамақтанғаннан соңғы посталиментарлық гликемия туралы мәліметтер бірен-саран ғана, ол да болса

шет елдік ғалымдар орындаған жұмыстар, ондағы халық пен қазақстандықтардың тамақтануында едәуір айырмашылықтар бар [3, 4, 5]. Бұдан басқа, осы зерттеулер жүргізілген 70-80 жылдары инсулин емінің мүмкіндіктері шектелген болатын. Біріншіден, сол кезеңде дәрігерлер мен науқастарда тек жануар текті инсулиндер болды, оның биологиялық белсенділігі, адам инсулиніне қарағанда төмен болған. Екіншіден, дәрігерлерде постпрандиальды гипергликемияны емдеуге арналған жоғары тиімді препараттар — ультрақысқа уақыттық инсулин препараттары болмаған.

Зерттеу мақсаты: ультрақысқа уақыттық және қысқа уақыттық инсулин препараттарын қолдану фондында постпрандиальды гликемияны бағалау.

Зерттеу материалы және әдістері: Зерттеулер Оңтүстік Қазақстан облыстық эндокринологиялық диспансерінің балалар бөлімшесінде жүргізілді. Қантты диабеттің І типімен ауыратын 5 пен 16 жас аралығындағы 70 бала және жасөспірімдер зерттелді. Балалар инсулин емін интенсифирленген схема бойынша болыстық препарат түрінде қысқа уақыттық препарат (Актрапид), немесе ультрақысқа уақыттық препарат (Хумалог) қабылдады. Аурудың компенсация деңгейін ескере отырып, балалар екі топқа бөлінді: компенсацияланған 31 және декомпенсацияланған 39 (кесте1). Олардың ішінде Актрапид қабылдаған науқастар («Актрапид» топшасы-компенсацияланғандар 14 бала және декомпенсацияланғандар 26 бала), Хумалог қабылдаған науқастар («Хумалог» топшасы-компенсацияланғандар 17 бала және декомпенсацияланғандар 13 бала) болды.

Зерттелген балалардағы көмірсу алмасуының нәтижелері (зерттеуге қосуға мүмкіндік болғандары) 1-кестеде берілген. Диабеттің компенсациясының критеріі ретінде Сент-Винсентский декларациясы [6] қолданылды, оған сәйкес қантты диабеттің І типімен ауыратын балалардағы компенсацияның дәлелі - гликемияның көрсеткіші таңертең аш қарынға 7,0-ден аспауы, тамақтанғаннан 2 сағаттан соң – 10,0 ммоль/л-ден аспауы болып табылады.

Кесте 1. Зерттеуге таңдау кезіндегі қантты диабетпен ауыратын балалардағы гликемия көрсеткіштері, ммоль/л

Топ	n	Гликемия	
		тамақтан алдын	тамақ-тан 2 сағаттан соң
Бірінші (компенсацияланған)	31	6,1±1,3	8,7±3,6
Екінші (декомпенсацияланған)	39	8,2±3,4	13,5±4,1

Ескерту: n — бала саны

Посталиментарлы гликемияны анықтау күнделікті тамақтану барысында анықталды. Қабылдаған тағамның бөлігі 75г-ға тең қантты құндылыққа сәйкес болды. Тағамдар стандартты технологиялар және жалпыға бірдей рецептура бойынша пісірілді [7]. Зерттеу түскі ас кезінде жүргізілді. Есептеу қажет болған гликемия тікелей тамақтан алдын және тестіленетін тағамды қабылдағаннан соң әр 30 минут сайын 2,5 сағат бойы зерттелді. Әр бір зерттеу гликемиялық қисық графигін түзумен аяқталды.

Нәтижелері: Алынған мәліметтерге сәйкес диабеті бар компенсацияланған балаларда, «Актрапид» топшасында, «Хумалог» топшасында,

тағамдық жүктемеден кейінгі гликемияның максималды жоғарылауы ерте– тамақтан 30 минуттан соң байқалады. Сонымен қатар, бұл балаларда максималды гликемияның көрсеткіштері жоғары болуы тән. «Актрапид» топшасындағы гликемияның көрсеткіштері, «Хумалог» топшасындағыларға қарағанда жоғары болды (кесте2). Компенсацияланған балалардағы тағамдық жүктемеден 2 сағат кейінгі гликемияның деңгейлері компенсация критерийлеріне сәйкес болды. Сонымен қатар, айта кететін жағдай, Хумалог қабылдаған балалардағы гликемия деңгейлері, Актрапид инсулинімен емделген балаларға қарағанда айқын төмен болғаны анықталды.

Кесте 2. Компенсацияланған «Актрапид» және «Хумалог» топшасындағы постпрандиальды гликемияның көрсеткіштері (M±t)

n	Тамақтан алдын	Тамақтан соң				
		30 мин. соң	1 сағ. соң	1 сағ. 30 мин. соң	2 сағ. соң	2 сағ. 30 мин. соң
14	6,4± 1,6	13,4± 1,9	12,0± 2,8	10,4± 2,3	9,8± 3,5	8,2± 2,4
17	5,5± 2,2	11,4± 3,5	9,6± 4,7	8,1± 4,3	7,2± 4,7	6,3± 4,1

n	Тамақ-тан алдын	Тамақтан соң				
		30 мин. соң	1 сағ. соң	1 сағ. 30 мин. соң	2 сағ. соң	2 сағ. 30 мин. соң
26	10,9± 4,9	20,5± 6,7	19,3± 6,8	18,2± 6,9	17,4± 5,3	15,0± 5,7
13	10,4± 4,4	15,7± 7,2	13,3± 5,4	13,0± 5,2	12,1± 5,3	11,6± 5,3

Гликемия, тамақтанғаннан 2 сағаттан соң, екі топшада да мүмкін болған көрсеткіштен жоғары болды, әсіресе Актрапид қабылдайтын науқастарда аса жоғары сандарға жетті. Жүргізілген зерттеу постпрандиальды гликемияның көрсеткіштері қатаң тұрақты көрсеткіш емес екенін көрсетті. Постпрандиальды гликемияның көрсеткіштеріне

көптеген факторлар, бірінші кезекте инсулиннің эндогенді секрециясының жағдайы әсер етеді. Диабеттің I типіне тән абсолюттік инсулин тапшылық тамақтанғаннан соң постпрандиальды гликемияның жоғарылауына ықпал етеді. Гликемияның аса айқын жоғарылауы аурудың декомпенсация кезеңінде байқалады.

Гликемия көрсеткіштеріне әсер ететін тағы да бір фактор, науқас қолданып жүрген болжасты инсулиннің түрі болып табылады. Қысқа уақыттық инсулин препараттары постпрандиальды гликемия көрсеткіштеріне, ультра қысқа уақыттық инсулин препараттарына қарағанда, аз әсер етеді, бұл посталиментарлы гликемия көрсеткіштерінде көрініс береді. Қысқа уақыттық инсулин препараттарын қолданатын науқастарда бірдей тағамды қабылдаса да, ультра қысқа уақыттық инсулин препараттарын қолданатын науқастарға қарағанда, гликемия

айқын жоғары болды. Жүргізілген зерттеулер, ультра қысқа уақыттық инсулин препараттары пайда болғанына қарамай, заманауи инсулин емінің мүмкіндіктері шектеулі екенін тағы да бір рет дәлелдейді. Бұл әрине, қолданыстағы инсулин препараттарының фармакокинетикасының ерекшеліктеріне байланысты. Қолданыстағы инсулин препараттарының фармакокинетикасы, әр

бір уақыт бөлігінде инсулинемия деңгейінің гликемия деңгейіне толық сәйкестігін құру қажеттігінен тұратын, инсулин емінің негізгі талаптарын орындауға мүмкіндік бермейді. Біздің мәліметтер бойынша құрамында тұрақталған көмірсулар бар тағамдарды қолдану, біздің зерттеудегі компенсацияланған науқастардағы сияқты, әсіресе ультра қысқа уақыттық инсулин препараттарын қабылдайтын науқастарда тамақтан соңғы гликемияның көрсеткіштерін мүмкін болған деңгейде ұстап тұруға мүмкіндік береді.

Тұжырым: Постпрандиальды гликемияның көрсеткіштері организмнің инсулинмен қамтамасыз етілуіне байланысты. Постпрандиальды гликемияның ең жоғары көрсеткіштері қантты диабеттің I типімен ауыратын декомпенсацияланған науқастарда байқалды. Абсолюттік инсулин тапшылық постпрандиальды гликемияның көрсеткіштерінің жоғарылауына ықпал етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков. - М., 2002. — с.92-122.
2. Курбанов С.К. Влияние пищевых нагрузок на послепищевую гликемию у больных жировым гепатозом в сочетании с ожирением/ТВопросы питания. - 2003. - № 1. — с. 17-20.
3. Одуд Е.А. Гликемические индексы в оптимизации диетотерапии инсулинозависимого сахарного диабета у детей и подростков: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1993. — с.21-22.
4. Ekpbeqgh C. A comparison of the glycaemic response indices to maize pap and sorghum pap meals//Diabetes Metabolism. - 2003. - N 29. — p.197.
5. Azemati B., Taleban F.A. The effects of low

and high glycemic index foods eaten at dinner on incremental blood glucose response arears after standart in patients//Diabetes Metabolism. — 2003. N 29.- p.200.

6. Franc C.Я., Van D.K., Juosi B.L. Сент-Винсентская декларация и ее значение в общей практике//Диабетология. - 1998. - с.7-10.

7. Покровский А.Л. Беседы о питании. - М., 1986. - с.149-156.

8. Jenkins D., Wokver T. The glycaemic index of foods4ested in diabetic patients: A new basis for carbohydrate exchange favouring the use of legumes// Diabetologia. - 1993. - V. 24. - p.257-264.

РЕЗЮМЕ

БЕКЕНОВ Н.Н., КАЛМЕНОВА П.Е., МАХАМБЕТОВА Г.Д.

Международный Казахско-Турецкий университет

имени Ходжа Ахмета Ясави

Шымкентский медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Образующийся комплекс антиген-антитело является мощным патогенетическим фактором в развитии сосудистых осложнений - микро- и макроангиопатий, а также инсулинорезистентности. Также животные инсулины часто вызывают липодистрофические изменения подкожно-жировой клетчатки. Кроме того, при использовании у детей больных сахарным диабетом I типа животных инсулинов, не могло быть и речи о достижении компенсации заболевания. В этой связи большое значение в достижении и поддержании компенсации у больных детей сахарным диабетом I типа имеет применение ультракоротких и коротких препаратов инсулина.

SUMMARY

BEKENOV N.N., KALMENOVA P.YE., MAHAMBETOVA G.D.

Kh. A. Yassavi International Kazakh-Turkish University

Shymkent medical institute

THE MODERN VIEW ON AN INSULIN THERAPY OF THE CHILDREN SUFFERING FROM A DIABETES MELLITUS OF 1 TYPE

The main sign of diabetes mellitus is the chronic hyperglykaemia. It is well-known that, the diabetes mellitus is the factor of risk which are specific for the diabetes of cardiovascular complications. In forming of the lasts, besides hyperglykaemia the great importance is attached to the disturbance of lipids exchange. There are many information regarding the displacements in exchange of lipids with DM of the 2 type. There are not many information concerning similar disturbances in diabetes of the 1 type.



УДК: 616.831-009.11-053.2

ЖУКАБАЕВА СОФ.С., ЖУКАБАЕВА С.С., НУРАНОВА Г.А., КАЛЫМЖАНОВА С.К., ТОГИЗБАЕВА Г.И.

АО «Медицинский университет «Астана»

РОЛЬ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Аннотация: В последние годы отмечается рост детского церебрального паралича и детской инвалидности, что обуславливает увеличение исследований в этой области, анализ факторов риска этого заболевания.

Ключевые слова: детство, инвалидность, церебральный паралич.

Актуальность. В структуре детской инвалидности вследствие перинатальных поражений нервной системы ведущее место занимает детский церебральный паралич (ДЦП). Заболеваемость ДЦП, по оценке различных авторов, составляет от 1,7 до 3,1 случаев на 1000 новорожденных [1-3]. Увеличение в последние годы количества больных ДЦП связывается с ростом выживаемости наиболее незрелых новорожденных [4].

Последние эпидемиологические исследования в области неонатальной неврологии свидетельствуют о ведущей роли поражения мозга, возникшего в перинатальном периоде. Так, в структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 50% [1], при этом заболевания нервной системы, приводящие к инвалидности детей, в 70-80% случаев обусловлены перинатальными факторами [2]. Частота перинатальной патологии в общей популяции превышает 15-20% и продолжает расти. Таким образом, 35-

40% детей-инвалидов - это инвалиды вследствие перинатальных поражений нервной системы [4]. К многочисленным факторам, способствующим развитию ДЦП, относят: предшествующие аборт и выкидыши у матери, гестозы первой и второй половины беременности, угрозу прерывания беременности, инфекции, соматические заболевания матери, а также патологические роды [1,2]. Неблагополучно протекающие беременность и роды оказывают часто более пагубное воздействие на нервную систему и психику человека, чем эндо- и экзогенные факторы в постнатальный период [3].

Таким образом, высокая частота и значительный процент инвалидизации детей вследствие перинатальных поражений нервной системы различного генеза, сложность ранней клинической диагностики определяют актуальность, социальную значимость и необходимость дальнейшего изучения факторов риска данной проблемы.

Целью настоящей работы явилось изучение роли ДЦП в структуре инвалидизирующих заболеваний и факторов риска развития ДЦП у детей, состоящих на диспансерном учете в городской поликлинике №10 г. Астана.

Материалы и методы исследования:

Изучены амбулаторные карты (форма 026) 259 детей с ограниченными возможностями, состоя-

щих на диспансерном учете в городской поликлинике №10 г. Астана. Из них мальчиков было 138, девочек - 121. Возраст больных варьировал от 1 г. до 17 лет: 0-4 лет - 56, 5-9 лет - 100, 10-14 лет - 72, 15-17 лет - 31.

Результаты исследования и их обсуждение:

На первом этапе установлено, что в структуре инвалидизирующих заболеваний среди детей, состоящих на диспансерном учете в городской поликлинике №10 г. Астана, первое место занимает патология центральной нервной системы (цнс) - 92 детей (35,5%). Второе место занимают врожденные пороки развития - 68 детей (26,2%). Дети, инвалидность которых обусловлена генетическими факторами, занимали третье место - 18 детей (6,9%).

Следующим этапом исследования стало изучение нозологической структуры заболеваний нервной системы у детей-инвалидов. Выявлено, что среди болезней нервной системы, обуславливающих детскую инвалидность в возрасте 0-17 лет, наибольший удельный вес приходился на детский церебральный паралич и другие паралитические синдромы - 77 (83,6%) больных, эпилепсия - 8 (8,6%), органические поражения цнс - 4 (4,3%), врожденная гидроцефалия - 2 (2,1%) больных, нейропатии - 1 (1,1%).

Ведущими среди факторов развития ДЦП выходят перинатальное поражение цнс гипоксически-ишемического генеза (100%) и недоношенность различной степени (37 недель и ниже). Недоношенными родились 64 (83,2%) детей: из

них со сроком гестации до 30 нед. - 29 детей, 31 - 35 недель гестации - 22 детей, 35-37 недель гестации - 13. Доношенными (37-41 нед. гестации) родились 13 (16,8%) детей. Самостоятельные роды отмечались у 41 (53,3%) больных ДЦП, путем кесарева сечения - 36 (46,7%). Внутриутробная инфекция наблюдалась у 6 (7,8%) больных ДЦП.

При анализе истории беременности установлено, что отягощенный акушерский анамнез был у 71 (92,2%) больных ДЦП, неосложненное течение беременности - у 6 (7,8%). Из осложнений беременности отмечались токсикоз беременных - 54 (70,1%) случая, анемия - 59 (76,6%) случаев, угроза прерывания беременности - 48 (62,3%) случаев, хронический пиелонефрит - 34 (44%) случаев, ОРВИ - 74 (96,1%). У 26 (33,7%) больных отмечалась гипербилирубинемия в раннем неонатальном периоде. При анализе сопутствующей патологии установлено, что врожденные пороки развития отмечались у 5 (6,5%), врожденные пороки сердца - 10 (12,9%), анемии - 16 (21,7%), врожденные пневмонии - 29 (37,7%) больных.

Выводы и заключение: Таким образом, в структуре инвалидизирующих заболеваний у детей лидирует патология центральной нервной системы (35,5%), основную (83,6%) долю которого составляет ДЦП. Среди факторов риска развития ДЦП основную роль играют перинатальное поражение цнс гипоксически-ишемического генеза, недоношенность, отягощенный акушерский анамнез, заболевания матери во время беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абраменко В.В. Особенности формирования психоречевого развития и биологического возраста детей со спастическим церебральным параличом // Современная педиатрия. - 2014. - № 6 (62). - С. 45.
2. Веденина Ю. А. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста, перенесших церебральную ишемию в периоде новорожденности : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск. 2009. 24 с.
3. Анаева Л.А., Жетишев Р.А, Крымукова М.А., Ацканова Б.Л. Динамика распространенности и

нозологической структуры детской инвалидности в Кабардино-Балкарии // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 10 (часть 9). - С. 1680-1684.

4. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Основные тенденции здоровья детского населения России. - М.: Союз педиатров России, 2011. -116 с.

5. Зелинская Д.И. О состоянии детской инвалидности и реализации Федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» // Российский педиатрический журнал. - 2001. - № 2. - С. 4-7

ТҮЙІН

ЖУКАБАЕВА СОФ.С., ЖУКАБАЕВА С.С., НУРАНОВА Г.А., КАЛЫМЖАНОВА С.К., ТОГИЗБАЕВА Г.И.

БАЛАЛАРДАҒЫ МҮГЕДЕКТІККЕ ӘКЕЛЕТІН АУРУЛАР ҚҰРЫЛЫМЫНДА БАЛАЛАРДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛДЫҚ САЛДЫҢ РӨЛІ

№10 Астана қалалық емханада диспансерлікте тұратын 259 мүгедек бала зерттелді. Мүгедек бала-

лардың құрылымында орталық жүйке жүйесінің аурулары (35,5%) болды, оның негізгі бөлігі (83,6%) балалар церебралдық салы. Балалардағы церебралдық сал үшін тәуекел факторларының арасында перинаталдық гипоксиялық-ишемиялық зақымдану, шала туылған нәресте, жүктілік кезінде болған акушерлік асқынуы, ана аурулары орын алады.

SUMMARY

ZHUKABAEVA SOF.S., ZHUKABAEVA S.S., NURANOVA G.A, KALYMZHANOVA S.K., TOGIZBAYEVA G.I.

THE ROLE OF CEREBRAL PALSY IN THE STRUCTURE OF DISABLING DISEASES IN CHILDREN

Studied hospital records of 259 children with disabilities, consisting on the dispensary in the city polyclinic №10 Astana. In the structure of disabling diseases in children leads pathology of the central nervous system (35.5%), bulk (83.6%), the share of which is cerebral palsy. Among the risk factors for cerebral palsy is dominated by perinatal CNS hypoxic-ischemic origin, prematurity, burdened obstetrical history, maternal illness during pregnancy.



УДК 616.831-005.4-002-036

ЖУМАБАЕВ М.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОЗЬМЕНКО Д.Н.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА» г. Астана

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.

Аннотация Церебральный инсульт является важной медико-социальной проблемой в связи с его большой распространённостью и высокими уровнями инвалидизации и летальности. По данным ВОЗ по причинам смертности инсульт является второй причиной после сердечно сосудистых заболеваний в мире. Мозговой инсульт не только самостоятельно ведет к росту смертности и инвалидизации, развитие воспалительных осложнений вносит значительный вклад в повышении этих показателей. Во многих исследованиях отмечается негативное влияние воспалительных осложнений на течение и дальнейший прогноз инсульта. В то же время течение и прогноз церебрального инсульта, и в частности ишемического, имеют возрастные особенности. В нашей работе мы рассматриваем ишемический инсульт и течение системного воспаления у разных возрастных групп.

Ключевые слова: Ишемический инсульт, системное воспаление, осложнения воспалительного характера.

Актуальность: Церебральный инсульт является важной медико-социальной проблемой в связи

с его большой распространённостью и высокими уровнями инвалидизации и летальности (1). По данным ВОЗ по причинам смертности инсульт является второй причиной после сердечно сосудистых заболеваний в мире. При чем экспертами ВОЗ предполагается дальнейший рост удельного веса церебральных инсультов в структуре смертности и заболеваемости (2). Причинами этого является в основе своей рост продолжительности жизни человека, ухудшение экологической обстановки, распространённость факторов риска церебрального инсульта. В Республике Казахстан проблема инсульта отражает мировую ситуацию. (3) При этом заболеваемость ОНМК составляет 2,5-4 на 1000 населения, что является одним из самых высоких показателей в мире. И только в самое последнее время благодаря серьезным организационным усилиям стали появляться определенные позитивные тенденции. Однако, высокая летальность, несмотря на проводимые организационные мероприятия, сохраняется до 34,6-38% (4).

Мозговой инсульт не только самостоятельно ведет к росту смертности и инвалидизации, раз-

витие воспалительных осложнений вносит значительный вклад в повышении этих показателей. Во многих исследованиях отмечается негативное влияние воспалительных осложнений на течение и дальнейший прогноз инсульта (5, 6, 7). Необходимо отметить, что церебральный инсульт имеет возрастные особенности в зависимости от типа инсульта: так если ишемический инсульт касается в основном людей зрелого и старшего возраста, то геморрагический инсульт затрагивает, как и молодых людей, так и детей, и даже новорожденных. Связано это с патофизиологическими причинами развития данных нозологий. В нашей работе мы рассматриваем ишемический инсульт и течение системного воспаления у разных возрастных групп.

Цель работы: Выявить особенности течения системного воспаления у пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от возраста.

Таблица 1. Распределение групп

	Возрастной интервал	Количество пациентов
группа 1	35-57	16
группа 2	57-69	23
группа 3	70-86	11

Возраст больных составлял от 35 до 86 лет, средний возраст составил 63,7±5,6 лет. По половому признаку распределение было следующим 31 (62%) мужчина и 19 (38%) женщин.

У всех групп имелись клинические и лабора-

Материалы и методы: Исследование проводилось с участием 50 пациентов с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, подтвержденных компьютерной томографией, получавших лечение на клинической базе АО «Медицинский Университет Астана» инсультный центр ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» г. Астана.

Пациентам, принявшим участие в исследовании, проводились комплексное клиническое и инструментально-лабораторное обследование. Также проводилась регистрация возникших осложнений воспалительного характера и сроков пребывания в стационаре.

Результаты и их обсуждение

Пациенты были поделены на 3 группы в зависимости от выраженности системного воспаления и возраста. Распределение групп, по возрастным рамкам, указано в таблице 1.

торные признаки системного воспаления, а также осложнения воспалительного характера. Выраженность признаков системного воспаления по группам представлены в таблице 2.

Таблица 2. Выраженность признаков системного воспаления по группам.

Параметр	Группа 1 (n=16)	Группа 2 (n=23)	Группа 3 (n=11)
Лейкоцитоз, *10 ⁹ /л	14,3±3,6	22,1±4,1*	11±1,3*
СРБ, мг/л	18,7±6,2	35,9±1,5*	15±3,1*
ЛИИ	7,8±3,4	9,3±5,7*	5,6±2,1*

* - p<0,05

По представленным данным видно, что выраженность проявлений системного воспаления сильнее во второй группе (p<0,05).

Во всех возрастных группах осложнения воспалительного характера проявились пневмонией. Сепсис отмечался у 7 пациентов возрастной группы 57-69 лет, с дальнейшим переходом в СПОН (дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность). Зарегистрировано 6 случаев летального исхода: 4 пациента со СПОН и 2 пациента с пневмонией, относившихся к 3 группе.

Необходимо отметить, что во второй группе отмечалось большая встречаемость факторов риска ишемического инсульта. Распространённость факторов риска ишемического инсульта по группам показано в таблице 3. Во второй группе отмечается более выраженные и тяжелые осложнения воспалительного характера, такие как сепсис, синдром полиорганной недостаточности.

Тяжесть неврологических расстройств так же более выражена в возрастной группе 57-69 лет. Результаты оценки неврологического статуса групп по шкале NIHSS представлены в таблице 4.

Таблица 3 Распространённость факторов риска ишемического инсульта по группам.

Фактор риска	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Сахарный диабет	2	9	3
Артериальная гипертензия	9	18	8
Курение	7	11	2
Системный атеросклероз	5	21	9

Таблица 4. Результаты оценки неврологического статуса по группам.

	При поступлении	На момент выписки
Группа 1	13,5±2,5	5,6±1,2
Группа 2	20,2±2,1	18,7±1,8
Группа 3	15,3±1,2	14±0,8

Из полученных результатов видно, что регрессия неврологических расстройств более выражена в возрастной группе 35-57 лет, в то время как в группе 3 неврологические расстройства нивелировались незначительно.

Сроки пребывания в стационаре у данных групп распределились следующим образом: 1 группа - 14±2,4 суток; 2 группа - 18±3,8 суток; 3 группа – 15,1±1,5 суток. Достоверное различие в сроках госпитализации обусловлено высокой степенью проявления системного воспаления у возрастной группы 57-69 лет.

Выводы

Системное воспаление реализуется более выражено в возрастной группе от 57-69 лет. Обусловлено это наличием в данной возрастной группе

большого количества факторов, способствующих развитию воспаления. К данным факторам необходимо отнести наличие сопутствующих заболеваний (атеросклероз, сахарный диабет, ХОБЛ), курение. В этой же возрастной группе тяжесть и течение осложнений воспалительного характера более выраженные, что объясняется интенсивностью системного воспаления. При этом слабое проявление системного воспаления в более старшем возрасте объясняется сниженной реактивностью организма, адаптационными механизмами к ишемии и гипоксии тканей. Возрастная группа 35-57 более устойчива к развитию осложнений за счет не скомпрометированных механизмов регуляции иммунного статуса и меньшей распространённостью факторов риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акимжанова А. К., Лебедев И. А. Распространённость, структура и исходы церебрального инсульта в городе семей (Семипалатинск, Казахстан). Медицинская наука и образование Урала, № 1, 2016
2. «Мировая статистика здравоохранения» Доклад ВОЗ 2014 года
3. Куановам Л.Б., Кайшибаев Н.С. с соавт. Проблема ишемического инсульта в Казахстане: диагностика, лечение, профилактика. результаты исследования KAZRAISE. //http://online.zakon.kz
4. Дюсембаева Ж.Б. Острейший период ишемического инсульта: клиническая характеристика. Вестник КазНМУ, №3, 2012 год
5. Westendorp W.F., Nederkoorn P.J., Vermeij J.-D., Dijkgraaf M.G., van de Beek D. (2011) Post-stroke infection: A systematic review and metaanalysis. BMC Neurol. 11: 110;
6. Kumar S., Selim M.H., Caplan L.R. (2010) Medical complications after stroke. Lancet Neurol. 9: 105—18;
7. Кутлубаев М.А. Инфекционно-воспалительные осложнения церебрального инсульта. Клиническая медицина, № 10, 2014год

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖУМАБАЕВ М.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОЗЬМЕНКО Д.Н.

«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» АҚ

Астана қаласы

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЖАСЫНА СӘЙКЕС ЖҮЙЕЛІ ҚАБЫНУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Церебральді инсульт өзінің көп таралуы, мүгедектік пен өлім-жітімнің жоғары деңгейіне байланысты маңызды медико-әлеуметтік проблема болып табылады. ДДСҰ мәліметтеріне сүйенсек, дүние жүзі бойынша инсульт өлім-жітім себебі ретінде жүрек-қантамыр жүйесі ауруларынан кейін екінші орында тұр. Милық инсульт өлім-жітім мен мүгедектік деңгейінің жоғарлауына өзі ғана алып келмей, қабынулық сипаттағы асқынулардың дамуы осы көрсеткіштердің жоғарлауына көп әсер

етеді. Көптеген зерттеулерде қабынулық сипаттағы асқынулар инсульттің ағымы мен алдағы болжамына кері әсер ететіні көрсетіліп кеткен. Сонымен қатар ишемиялық церебральді инсульттің ағымы мен болжамының жасқа сай ерекшеліктері болады. Өз жұмысымызда біз әр жастағы науқастардағы ишемиялық инсульт пен жүйелі қабынудың ағымын қарастырамыз.

Түйін сөздер: ишемиялық инсульт, жүйелі қабыну, қабынулық сипаттағы асқынулар.

SUMMARY

ZHUMABAYEV M.B., MALTABAROVA N.A., KOZMENKO D.N.

JSC "ASTANA MEDICAL UNIVERSITY"

Astana city

FEATURES OF SYSTEMIC INFLAMMATION IN DEPENDING ON AGE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Cerebral stroke is an important medical and social problem due to its high prevalence and high levels of disability and mortality. According to WHO stroke is the second cause of the mortality after cardiovascular diseases in the world. Brain stroke not only on their own leads to the increasing of mortality and disability, but the development of inflammatory complications makes a significant contribution to the growth of these indicators. A negative effect of the inflammatory complications on the progression of the disease and subsequent prognosis of stroke is indicated in many studies. At the same time, development and prognosis of cerebral stroke, particularly ischemic, have age peculiarities. In our work, we consider an ischemic stroke and progression of systemic inflammation in different age groups.

Key words: Ischemic stroke, systemic inflammation, inflammatory complications.

РЕЗЮМЕ

ЖУМАБАЕВ М.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОЗЬМЕНКО Д.Н.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Г. Астана

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Церебральный инсульт является важной медико-социальной проблемой в связи с его большой распространённостью и высокими уровнями инвалидизации и летальности. По данным ВОЗ по причинам смертности инсульт является второй причиной после сердечно-сосудистых заболеваний в мире. Мозговой инсульт не только самостоятельно ведет к росту смертности и инвалидизации, развитие воспалительных осложнений вносит значительный вклад в повышении этих показателей. Во многих исследованиях отмечается негативное влияние воспалительных осложнений на течение и дальнейший прогноз инсульта. В то же время течение и прогноз церебрального инсульта, и в частности ишемического, имеют возрастные особенности. В нашей работе мы рассматриваем ишемический инсульт и течение системного воспаления у разных возрастных групп.

Ключевые слова: Ишемический инсульт, системное воспаление, осложнения воспалительного характера.

УДК 616.831-005.4-06-008.9-002

ЖУМАБАЕВ М.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОКОШКО А.И., ТАУТАНОВА Р. С.

АО «Медицинский университет Астана»

г. Астана

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.

Аннотация: Инсульт занимает 2 место по смертности в мире и 3 место по причинам инвалидизации. Важную роль в этом играет развитие осложнений воспалительного характера в остром периоде инсульта. Логично предположить, что развитие осложнений находится в прямой зависимости от степени выраженности воспалительного процесса. Следовательно, проводя коррекцию системного воспаления, мы можем предупреждать развитие осложнений воспалительного характера у пациентов с инсультами. Для этого необходимо вовремя диагностировать воспаление. В последние годы активно обсуждается потенциал гормона адипоцитов - лептина, как предиктора воспаления

В нашей работе мы хотим оценить влияние системного воспаления у пациентов с осложнениями воспалительного характера при ишемическом инсульте на уровень лептина.

Ключевые слова: ишемический инсульт, системное воспаление, лептин.

Актуальность: Инсульт занимает 2 место по смертности в мире и 3 место по причинам инвалидизации. Важную роль в этом играет развитие осложнений воспалительного характера в остром периоде инсульта. Логично предположить, что развитие осложнений находится в прямой зависимости от степени выраженности воспалительного процесса. Следовательно, проводя коррекцию системного воспаления, мы можем предупреждать развитие осложнений воспалительного характера у пациентов с инсультами. Для этого необходимо вовремя диагностировать воспаление.

В последние годы активно обсуждается потенциал гормона адипоцитов - лептина, как предиктора воспаления [1,2,3,4].

Лептин представляет собой адипокин, который секретируется адипоцитами в количестве, пропорциональном общему объему жировой массы в организме.

Лептин обеспечивает увеличение расхода энергии и снижение массы тела, воздействуя на центр насыщения в гипоталамусе. [5] Помимо непосредственного влияния на гипоталамус, контроля энергетического гомеостаза и обеспечения ряда

физиологических функций (ангиогенез, репродукция и др.) лептин является возможным медиатором метаболического синдрома, участвует в развитии воспаления, осуществляет взаимосвязь между нутриентным статусом и иммунокомпетентностью [8]. Рецепторы лептина, принадлежащие к цитокиновым рецепторам 1 класса, обнаружены у нейтрофилов, моноцитов, лимфоцитов и участвуют в реализации тех же сигнальных путей, что и рецепторы цитокинов. Лептин, подобно цитокинам IL-2 и IL-7, увеличивает поверхностную экспрессию Glut 1 и поступление глюкозы в лимфоциты, повышает активность АМР-киназы [6,7]. По существу, служа метаболическим регулятором, лептин способствует активации и пролиферации лимфоцитов, стимулирует экспрессию поверхностных клеточных маркеров, активизируют Т-хелперный ответ 1 типа и повышает продукцию провоспалительных цитокинов, таких как TNF- α , IFN- γ и IL-2, IL-6 [7,9]. В то же время провоспалительные медиаторы, секретируемые клетками иммунной системы, повышают количество рецепторов лептина в иммунокомпетентных клетках [10]. Появляется все больше новых сведений о роли лептина в иммунных взаимодействиях. Встречались работы, в которых имеется доказательство зависимости между уровнем лептина крови и риском сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: оценить влияние системного воспаления на уровень лептина у пациентов с осложнениями воспалительного характера при ишемическом инсульте.

Материалы и методы исследования: наблюдалось 64 пациента с диагнозом ОНМК по ишемическому типу, подтвержденным при нейровизуализации (компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга). Исследование проводилось на базе Инсультного Центра ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» г. Астана.

Пациенты были распределены на две группы. Первая группа - 33 человека, у которых в период наблюдения развились осложнения, вторая группа пациентов - 31 человек, у которых осложнений не наблюдалось.

Критерии включения в исследование:

- пациенты с ишемическим инсультом;
- острая стадия ОНМК.

Критерии исключения:

- пациенты с геморрагическим типом ОНМК;
- пациенты, перенесшие оперативное вмешательство в течение 3 месяцев до поступления в стационар;
- пациенты с отеком синдромом;
- пациенты, поступившие с признаками воспалительных заболеваний;
- пациенты, имеющие системные аутоиммунные заболевания;
- пациенты, отказавшиеся от участия в исследовании.

Всем исследуемым пациентам была выполнена оценка частоты сердечных осложнений (ЧСС), частоты дыхательных движений (ЧДД), термометрия, индекс массы тела (ИМТ). Тяжесть инсульта оценивали по общепринятой шкале National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Из лабораторных исследований определялись общий анализ крови (ОАК) с лейкоцитарной формулой, на основании которой был произведен расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), определялся С-реактивный белок (СРБ), лептин. Забор крови для лабораторных исследований производился в момент поступления, на третьи, седьмые сутки пребывания в отделении.

ЛИИ подсчитывался каждый раз при за-

боре ОАК. Подсчет производился на основе формулы ЛИИ Я.Я. Кальф-Калифа модификации В.К. Островского.

Результаты и их обсуждение:

В зависимости от наличия осложнений пациенты были распределены на две группы. Первую группу составили 33 человека, у которых в период наблюдения развились осложнения, вторая группа пациентов 31 человек, у которых осложнений не наблюдалось. Для достижения поставленной цели в работе нами проведено сравнение результатов исследования в первой и второй групп больных.

Возраст больных составлял от 33 до 83 лет, средний возраст составил $61,95 \pm 10,8$ лет. По половому признаку распределение было следующим: мужчин – 39 человек, женщин – 25 человек.

В период наблюдения осложнения основного заболевания имели место у 33 пациентов. Встречались следующие осложнения: пневмония, сепсис, синдром полиорганной недостаточности (СПОН) (дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность). При этом пневмония имело место у всех пациентов основной группы. Сепсис отмечался у 3 пациентов, с дальнейшим переходом в СПОН. Зарегистрировано 4 случая летального исхода: 3 пациента со СПОН и 1 пациент с пневмонией. Сроки возникновения осложнений составили $3,2 \pm 1,7$ суток.

Показатели пациентов ЧСС, ЧДД, температура тела представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1.

Средние показатели ЧСС, ЧДД, термометрии в первой группе исследуемых больных

Сутки наблюдения	В момент поступления	3 сутки	7 сутки
Показатель			
ЧСС (в мин)	104±17*	107±13*	98±11*
ЧДД (в мин)	18±1.8*	21±2.1*	19±3.1*
Термометрия С°	36.8±2.3*	37±1.4*	36.2±1.2*
* - $p < 0,05$ – показатель рассчитан по отношению к группе 2 (без осложнений)			

Таблица 2.

Средние показатели ЧСС, ЧДД, термометрии во второй группе исследуемых больных

ЧСС (в мин)	76±10	82±8	79±7
АДср.(мм. рт. ст.)	73±5.2	71±11.3	71±8.1
ЧДД (в миню)	17±1.8	18±2.2	18±3.1
Сутки наблюдения	В момент поступления	3 сутки	7 сутки
Показатель			
Термометрия С°	36.4±2.3	36.4±1.4	36.2±1.0

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Согласно полученным результатам в группе больных с воспалительными осложнениями ОНМК уже в момент поступления отмечается достоверно более высокие цифры ЧСС, ЧДД, термометрии ($p < 0,05$) в сравнении со второй группой исследуемых. В дальнейшие, на третьи и седьмые, сутки наблюдения эти показатели также достоверно выше, при этом отмечается достоверное увеличение средних показателей АД ($p < 0,05$).

Согласно полученным результатам в первой

группе больных отмечается достоверное повышение количества лейкоцитов ($p < 0,05$), лейкоцитарного индекса интоксикации ($p < 0,05$) и С-реактивного белка ($p < 0,05$) на третьи и седьмые сутки.

Как видим, из полученных результатов у основной группы выявлены явные признаки воспаления. В контрольной группе данные признаки не наблюдались.

Результаты измерения лептина в обеих группах представлены в таблице 3,4.

Таблица 3. Уровень лептина в 1 группе.

Сутки наблюдения Показатель	В момент поступления	3 сутки	7 сутки
Лептин (нг/мл)	$28,39 \pm 2,88^*$	$17,38 \pm 2,88^*$	$15,57 \pm 2,37^*$

Таблица 4. Уровень лептина во 2 группе.

Сутки наблюдения Показатель	В момент поступления	3 сутки	7 сутки
Лептин (нг/мл)	$11,1 \pm 8,35$	$13,15 \pm 7,95$	$11,96 \pm 9,14$

Как видно по результатам уровень лептина достоверно различался в группах наблюдения ($p < 0,05$). При этом наибольшие значения в первой группе отмечались впервые сутки, с последующим снижением. В группе у пациентов без осложнений не наблюдалось значительных колебаний уровня лептина крови ($p < 0,05$).

По результатам ИМТ в 1 группе составил $25,7 \pm 1,72$, во второй – $26,3 \pm 1,03$, и не имели достоверного различия ($p < 0,05$).

Также отмечается прямая достоверная зависимость между ИМТ и уровнем лептина крови. В основной группе наблюдались изменения лептина в зависимости от ИМТ. У пациентов с ИМТ 30 кг/м^2 и выше лептин повышался в первые сутки, в динамике со снижением. В то же время у пациентов с ИМТ меньше 30 кг/м^2 лептин имел ту же корреляцию, что и иные провоспалительные маркеры.

Степень тяжести неврологических нарушений по шкале NIHSS в первой группе пациентов достоверно выше ($p < 0,05$), чем во второй группе, 20 ± 4 и 12 ± 2 соответственно, что объясняется наличием осложнений и выраженностью системного воспаления.

Сроки пребывания в стационаре исследуемых пациентов распределились следующим образом:

первая группа – $18,2 \pm 5,6$ суток ($p < 0,05$), вторая группа $11,3 \pm 1,4$ суток ($p < 0,05$), что также объясняется наличием осложнений и выраженностью системного воспаления.

Выводы:

По результатам нашей работы выявлена взаимосвязь между системным воспалением у пациентов с ишемическим инсультом и уровнем лептина крови: чем выраженнее воспаление, тем выше уровень лептина крови. Причем, уровень лептина у пациентов с ИМТ свыше 30 кг/м^2 с воспалительными осложнениями был высок впервые сутки госпитализации, с последующим снижением. В то же время у пациентов с ИМТ меньше 30 кг/м^2 лептин имел ту же корреляцию что и иные провоспалительные маркеры. Таким образом, применение лептина в качестве маркера системного воспаления у пациентов с ишемическим инсультом, по результатам нашей работы, имеет прогностическое значение. То есть повышение лептина в первые сутки, говорит о риске развития осложнений воспалительного характера у пациентов с ишемическим инсультом у пациентов с ИМТ свыше 30 кг/м^2 , и следовательно, дает возможность вовремя скорректировать воспалительные изменения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куанова Л.Б., Кайшибаев Н.С., Абасова Г.Б. и др. Проблема ишемического инсульта в Казахстане: диагностика, лечение, профилактика (результаты исследования Kazraise). // Медицина, -2010.-№3 . - стр.15-21
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. // Ишемия головного мозга: монография. – М.: Медицина, 2001. — 328 с.
3. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. // Болезни нервной системы: Руководство для врачей в 2-х томах – М.: Медицина, 2001
4. Rothwell P.M., Eliasziw M., Gutnikov S.A.. Analysis of pooled data from the randomised controlled trials of endarterectomy for symptomatic carotid stenosis.// Lancet. - 2003 Jan 11; - 361(9352):107-16.
5. Л. К. Добродеева, А. А. Попов. Значимость уровня лептина при оценке состояния адаптивного иммунитета. // Экологическая физиология Экология человека, -2015. -№12
6. Gairolla J, Kler R, Modi M. Leptin and adiponectin: pathophysiological role and possible therapeutic target of inflammation in ischemic stroke.// Reviews in the Neurosciences 2017 Jan 25.
7. Беспалова И.Д. Лептин как индуктор воспаления и окислительного стресса при метаболическом синдроме. //Бюллетень сибирской медицины, - 2014, - том 13, № 1, - с. 20–26
8. Zhang F., Chen Y., Heiman M. Leptin: structure, function and biology // Vitam. Horm. 2005. Vol. 71. P. 345-372.
9. Procaccini C., De Rosa V., Galgani M. Leptine-induced mTOR activation defines a specific molecular and transcriptional signature controlling CD4+ effector T cell responses // J. Immunol. 2012. Vol. 189 (6). P. 2941-2953.
10. SaberH, Himali JJ, Shoamanesh A. Serum leptin levels and the risk of stroke: the framingham study.//Stroke. 2015; 46:2881-2885

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖУМАБАЕВ М.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОКОШКО А.И., ТАУТАНОВА Р. С.

«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» АҚ

Астана қаласы

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ КЕЗІНДЕГІ ҚАБЫНУЛЫҚ СИПАТТАҒЫ АСҚЫНУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ЖҮЙЕЛІ ҚАБЫНУДЫҢ ЛЕПТИН ДЕҢГЕЙІНЕ ӘСЕРІ

Инсульт дүние жүзі бойынша өлім-жітімнен 2 орында, ал мүгедектікке алып келуден 3 орында тұр. Бұл көрсеткіштерде инсульттің жедел кезеңіндегі қабынулық сипаттағы асқынулар дамуы маңызды рөл ойнайды. Асқынулардың дамуы қабыну процесінің айқындылық дәрежесіне тікелей байланысты деп болжасақ орынды болады. Демек, инсульті бар науқастарда жүйелі қабынудың коррекциясын жүргізген кезде, біз қабынулық сипаттағы асқынулардың алдын ала аламыз. Бұл үшін қабынуды уақытылы анықтау қажет. Соңғы жылдары қабынудың предикторы ретінде, адипоциттер гормоны – лептин белсенді талқыланып жүр. Өз жұмысымызда біз ишемиялық инсульт кезіндегі қабынулық сипаттағы асқынулары бар науқастардағы жүйелі қабынудың лептин деңгейіне әсерін бағалағымыз келіп тұр.

Түйін сөздер: ишемиялық инсульт, жүйелі қабыну, лептин.

SUMMARY

ZHUMABAYEV M.B., MALTABAROVA N.A., KOKOSCHKO A.I., TAUTANOVA R.S.

JSC “ASTANA MEDICAL UNIVERSITY”

Astana city

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF SYSTEMIC INFLAMMATION ON LEPTIN LEVEL IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF ISCHEMIC STROKE

In the world stroke is ranked with the 2nd place as the reason of mortality and the 3rd place as the reason of disability. The development of inflammatory complications in the acute phase of stroke plays an important role in this. It is logical to assume that the development of complications is directly dependent on the severity of the inflammatory process. Therefore, conducting the correction of systemic inflammation, we can prevent the development of inflammatory complications in patients with stroke. It is needed to diagnose inflammation in time. In recent years, it is actively discussed the potential of the adipocyte hormone - leptin as a predictor of inflammation.

In our work, we want to assess the influence of systemic inflammation in patients with inflammatory complications of ischemic stroke on the level of leptin.

Key words: ischemic stroke, systemic inflammation, leptin.

РЕЗЮМЕ

ЖУМАБАЕВ М.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОКОШКО А.И., ТАУТАНОВА Р. С.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Г. Астана

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.

Инсульт занимает 2 место по смертности в мире и 3 место по причинам инвалидизации. Важную роль в этом играет развитие осложнений воспалительного характера в остром периоде инсульта. Логично предположить, что развитие осложнений находится в прямой зависимости от степени выраженности воспалительного процесса. Следовательно, проводя коррекцию системного воспаления, мы можем предупреждать развитие осложнений воспалительного характера у пациентов с инсультами. Для этого необходимо вовремя диагностировать воспаление. В последние годы активно обсуждается потенциал гормона адипоцитов - лептина, как предиктора воспаления

В нашей работе мы хотим оценить влияние системного воспаления у пациентов с осложнениями воспалительного характера при ишемическом инсульте на уровень лептина.

Ключевые слова: ишемический инсульт, системное воспаление, лептин.



УДК 616.33/.34-006.6-089:613.2.032.33

ИРИМБЕТОВ С.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОКОШКО А.И.

АО «Медицинский университет Астана»

РОЛЬ ДООПЕРАЦИОННОГО ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОХИРУРГИИ

Аннотация: Роль нутритивной поддержки в лечении пациентов с онкологическими заболеваниями переоценить крайне трудно. В литературе широко освещены методики нутритивной поддержки в периоперационном периоде у пациентов с нарушенным нутритивным статусом с установленным диагнозом злокачественного новообразования органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, однако остаются не рассмотренными вопросы дополнительного специализированного питания у пациентов без нарушений пищевого статуса. В нашей статье мы попытались оценить влияние дополнительной нутритивной поддержки у такой группы пациентов.

Ключевые слова: злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта, до-

операционная нутритивная поддержка, нутритивный статус, специализированное питание

Актуальность: Широко известно, что оперативные вмешательства, по поводу злокачественных новообразований органов желудочно-кишечного тракта ассоциируются с высокой частотой послеоперационных осложнений, что несомненно сказывается на сроках госпитализации и стоимости лечения [1]. Согласно последним представлениям одними из ведущих факторов в развитии послеоперационных осложнений является нутритивная недостаточность и как следствие сниженный иммунный статус [2,3]. Анализируя мировую литературу, среди предлагаемых вариантов по уменьшению подобных осложнений предложены методики ранних послеоперационных диет, на основе специ-

ализированных нутритивных смесей [4]. Смысл таких методик заключается в раннем восстановлении функции желудочно-кишечного тракта и прекращение транслокации кишечной микрофлоры в кровотоки [5,6]. Однако, в последнее время стало уделяться внимание дооперационному периоду и его роли в конечном исходе оперативного лечения, проведены многочисленные исследования с участием пациентов с имеющимся синдромом кахексии-анорексии. Согласно выводам исследователей, дополнительное специализированное питание достоверно снижает частоту послеоперационных осложнений и продолжительность пребывания в стационаре. Эти результаты были суммированы в рекомендациях Европейского общества энтерального и парентерального питания – ESPEN, которые говорят о необходимости дополнительного питания в сроки от 10 до 14 дней у пациентов с исходно нарушенным нутритивным статусом [7,8]. В тоже время нет убедительных данных о необходимости проведения в дооперационном периоде дополнительного специализированного питания пациентов с исходно нормальным пищевым статусом, что и позволило нам сделать вывод об актуальности этой проблемы.

Цель: целью нашего исследования явилась оценка влияния специализированной дополнительной нутритивной поддержки на течение послеоперационного периода, количества осложнений и сроков госпитализации у пациентов со злокачественными новообразованиями органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось с участием 100 пациентов с января 2014 года по июнь 2016 года на базе Онкологического центра города Астаны. Критериями включения в исследование явились пациенты с

гистологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования органов верхнего отдела ЖКТ (рак пищевода и желудка), готовящиеся к плановому оперативному вмешательству, в возрасте от 30 до 80 лет. Критерии исключения: отечный синдром, цирроз печени, почечная недостаточность возраст старше 80 лет. Пациенты случайным образом были разделены на две группы: основную и контрольную, по 50 человек в каждой. В основной группе проводилось специализированное дополнительное питание в дооперационном периоде сроком на 10 дней. Оно включало себя в добавку к обычному рациону смеси Нутрикомп Дринк Плюс® (В/Ваun, Германия), калорийность каждой бутылки в объеме 200 мл, составляла 300 Ккал. Перед пациентами ставилась задача употребить в сутки 3 бутылки в день, то есть 900 Ккал/сутки. Способ потребления высококалорийного напитка предлагался путем сиппинга. В контрольной же группе пациенты оставались с обычным рационом приема пищи. На начальном этапе, у всех пациентов были исследованы следующие параметры: индекс массы тела (ИМТ), оценка по шкале MUST, оценка состояния по шкале Карновского, общий белок, трансферрин, уровень лимфоцитов. Далее указанные параметры контролировались через 10 дней и на 1,3,7 сутки послеоперационного периода. Оперативные вмешательства выполнялись в объеме: резекции желудка, гастрэктомии и операции Льюиса. В послеоперационном периоде пациенты обеих групп получали одинаковую нутритивную поддержку согласно метаболическим потребностям. Также к моменту выписки пациента из стационара, фиксировались развившиеся осложнения и сроки госпитализации.

Результаты и их обсуждение:

Результаты представлены в таблице:

	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=50)
Возраст, лет	59±7,9	62±6,4
Рост, м	1,63±4,5	1,66±4,3
Вес, кг	67±6,3	72±7,4
ИМТ, кг/м ²	24,6±3,4	23,2±3,2
Потери веса за последние 6 мес, кг	5,5±3,1	6,1±2,3
Шкала MUST, баллы	3	4
Шкала Карновского	80	80

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Сопутствующая патология:

	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=50)
Артериальная гипертензия	11	14
ИБС	15	12
Хронические заболевания ЖКТ	26	31
Заболевания ЦНС	6	8
Анемии	14	8
Сахарный диабет	6	5

Лабораторные показатели на начальном этапе исследования:

Параметр	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=50)
Общий белок, г/л	68± 5,1	65±7,3*
Альбумин, г/л	39 ±6,2	41±4,4*
Трансферрин, г/л	3,2 ±0,8	2,8±1,2*
Лимфоциты, 10 ⁹ /л	1,6±0,5	1,7±0,5*

Изученные параметры после исследования:

Параметр	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=50)
ИМТ, кг/м ²	24,3±3,6	22,1±*4,1
Общий белок, г/л	63±3,4	58±5,7*
Альбумин, г/л	36±4,8	30±4,4*
Трансферрин, г/л	3,1±0,6	2,2±0,8*
Лимфоциты, 10 ⁹ /л	1,8±0,4	1,3±0,5*

Послеоперационные осложнения, в абсолютных значениях:

	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=50)
Нагноение раны	2	8
Пневмония	2	9
Сепсис	0	1
Несостоятельность анастомоза	0	4
Эвисцерация	1	2
Кишечная непроходимость	0	1
Желудочно-кишечное кровотечение	0	2
Смерть	0	2

Среднее время пребывания в стационаре:

Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=50)
14,3±2,1* дней	19,2±3,4* дней

Как видно из полученных данных, пациенты распределились в группах равномерно. В исходных данных у пациентов не прослеживается нарушение нутритивного статуса, однако пациенты отмечают снижение массы тела за последние 6 месяцев. Также обращает внимание на себя низкий уровень лимфоцитов в обеих группах, что говорит о системном влиянии онкологического заболевания на иммунную систему в частности, которая как широко известно, тесно коррелирует с нутритивным статусом, тем самым говоря о уже имеющихся скрытых нарушениях пищевого статуса. В представленных результатах мы обнаружили, что дополнительное специализированное питание повлияло достоверно на уровень лабораторных

данных. Так, в основной группе достоверно отмечались высокие показатели белков крови по сравнению с контрольной группой. Также обращает на себя внимание, что в основной группе развилось меньше количество послеоперационных осложнений, в том числе и инфекционного генеза.

Выводы: Исходя из полученных данных, можно предположить, что дополнительная нутритивная поддержка в дооперационном периоде положительно влияет на течение послеоперационного периода у пациентов со злокачественными новообразованиями органов ЖКТ, а также снижает сроки нахождения пациента в стационаре, что в свою очередь, на наш взгляд, снижает и расходы, связанные с содержанием пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Wook Jin Choi, Jeongseon Kim «Nutritional Care of Gastric Cancer Patients with Clinical Outcomes and Complications: A Review» Clin Nutr Res 2016;5:65-78 <http://dx.doi.org/10.7762/cnr.2016.5.2.65> pISSN 2287-3732 · eISSN 2287-3740

2. F. Bozzetti, L. Gianotti, M. Braga, «Postoperative complications in gastrointestinal cancer patients: the joint role of the nutritional status and the nutritional support» // Clinical Nutrition, vol. 26, no. 6, pp. 698–709, 2007.

3. M. I. T. D. Correia and D. L. Waitzberg, «The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis» // Clinical Nutrition, vol. 22, no. 3, pp. 235–239, 2003.

4. A. K. Garth, C. M. Newsome, N. Simmance «Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with

gastrointestinal cancer» // Journal of Human Nutrition and Dietetics 2010 Aug;23(4):393-401.

5. Мануйлов А. М., Болоков М. С., Гурмиков Б. Н., Влияние раннего энтерального питания на клиническое течение в послеоперационном периоде у больных после резекции желудка // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. №4 С.69-73.

6. Мануйлов А. М., Гурмиков Б. Н. Влияние раннего энтерального питания на состояние барьерной функции тонкой кишки после резекции желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012. №12 С.33-39.

7. Bozzetti F (2010) Basics in clinical nutrition: nutritional support in cancer // Eur J Clin Nutr Metab 5:148–152

8. Ljungqvist O, Dardai E, Allison S (2010) Basics in clinical nutrition: perioperative nutrition // Eur J Clin Nutr Metab 5:93–96

ТҮЙІНДЕМЕ

ИРИМБЕТОВ С.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОКОШКО А.И

«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» АҚ

Астана қаласы

ОНКОХИРУРГИЯДА ОТАДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАР ПРОФИЛАКТИКАСЫНДА ОТА АЛДЫНДАҒЫ ТАМАҚТАНДЫРУ РӨЛІ

Онкологиялық аурулары бар науқастарды емдеуде нутритивті қолдаудың рөлін асыра бағалау өте қиын. Әдебиеттерде асқазан-ішек жолдары жоғары бөлігі ағзаларының катерлі ісігі диагнозы қойылып

қойған және нутритивті статусы бұзылған науқастардағы периперациялық кезеңдегі нутритивті қолдау тәсілдері кеңінен қамтылған, алайда тағамдық статусы бұзылмаған науқастардағы қосымша мамандандырылған тамақтандыру сұрақтары қамтылмай қалып отыр. Өз мақаламызда біз осындай топтағы науқастардағы қосымша нутритивті қолдау әсерін бағалап көрдік.

Түйін сөздер: асқазан-ішек жолдары ағзаларының қатерлі ісіктері, ота алдыңғы нутритивті қолдау, нутритивті статус, мамандандырылған тамақтандыру

SUMMARY

IRIMBETOV S.B., MALTABAROVA N.A., KOKOSCHKO A.I.

JSC "ASTANA MEDICAL UNIVERSITY"

Astana city

THE ROLE OF PREOPERATIVE NUTRITION IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ONCOSURGERY

It is extremely difficult to overestimate the role of nutritional support in the treatment of patients with cancer. There have been widely reported methods of nutritional support in the perioperative period in patients with impaired nutritional status with a diagnosis of malignant tumor of the upper gastrointestinal organs, however, there are not considered issues of additional specialized nutrition in patients without impaired nutritional status. In this article we have attempted to assess the impact of the additional nutritional support in this group of patients.

Key words: malignant tumors of the gastrointestinal organs, preoperative nutritional support, nutritional status

РЕЗЮМЕ

ИРИМБЕТОВ С.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., КОКОШКО А.И

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Г. Астана

РОЛЬ ДООПЕРАЦИОННОГО ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОХИРУРГИИ

Роль нутритивной поддержки в лечение пациентов с онкологическими заболеваниями переоценить крайне трудно. В литературе широко освещены методики нутритивной поддержки в периперационном периоде у пациентов с нарушенным нутритивным статусом с установленным диагнозом злокачественного новообразования органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, однако остаются не рассмотренными вопросы дополнительного специализированного питания у пациентов без нарушений пищевого статуса. В нашей статье мы попытались оценить влияние дополнительной нутритивной поддержки у такой группы пациентов.

Ключевые слова: злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта, дооперационная нутритивная поддержка, нутритивный статус, специализированное питание.



УДК 616.33/.34-006.6-089-06-036

ИРИМБЕТОВ С.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., ТОРОПЕЕВ А.В.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА» г. Астана

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОХИРУРГИИ

Аннотация. Онкологическая заболеваемость занимает одно из первых мест во всем мире, по данным GLOBOCAN, в 2012 году зарегистрировано 14.1 миллиона новых случаев онкологической патологии, летальность же составила 8,2 миллиона. Из них, в число пяти ведущих нозологий входят злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта, которые, в свою очередь, как хорошо известно, сопровождаются нутритивной недостаточностью, ассоциирующейся с высоким риском развития послеоперационных осложнений. Для выявления нарушений нутритивного статуса предложены ряд шкал и опросников, в своей же работе мы задались целью оценить прогностическую значимость используемых нами шкал по выявлению нутритивной недостаточности в оценке рисков послеоперационных осложнений у пациентов, готовящихся на плановое оперативное вмешательство по поводу злокачественных новообразований органов желудочно-кишечного тракта

Ключевые слова: злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта нутритивная недостаточность, шкала по оценке нутритивного статуса, послеоперационные осложнения

Актуальность: Согласно данным GLOBOCAN, анализирующей статистику по онкологическим заболеваниям в 184 странах мира рак желудка и пищевода занимают одно из лидирующих позиций, сопровождающейся низким процентом выживаемости и высокой летальностью, даже в высоко развитых странах мира. Так, в 2012 году рак желудка занимал третье место (8,8%) по летальности среди всех случаев смертей онкозаболеваний [1,2]. Особенно характерны высокие цифры поражения органов ЖКТ для стран Азии и восточной Европы [2, 3]. Таким образом, как видно, рак верхнего отдела ЖКТ является актуальной проблемой и для нашей страны, в частности, что подтверждают официальные статистические данные Минздрава РК [4]. В последнее время, в Казахстане, как и в мире, наблюдается тенденция к повышению хирургической активности и резектабельности, о чем свидетельствуют такие факты, как увеличение числа расширенных и комбинированных опера-

ций. Обращает на себя внимание тот факт, что стали оперироваться больные пожилого возраста, как правило, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Высокий современный уровень развития анестезиологии и качественный послеоперационный мониторинг позволяют оперировать больных, многим из которых ранее было бы отказано в таком лечении[5]. Развитие опухолевого процесса, как известно, сопровождается нутритивной недостаточностью. По данным отчета Европейского общества парентерального и энтерального питания - ESPEN (2000), частота нутритивной недостаточности у онкологических больных, колеблется от 46 до 88%, причем наиболее часто нутритивная недостаточность встречается при раке желудка (75-80%)[6]. Нутритивная недостаточность, достигая максимальных проявлений в виде синдрома анорексии-кахексии, может быть непосредственной причиной смерти у 4 из 20 онкологических больных[7]. В исследованиях Bozzetti et al. было показано, что нутритивная недостаточность имеет прямую корреляцию связь с медианой выживаемости, у таких пациентов. Необходимо отметить, что синдром анорексии-кахексии усугубляется или развивается при проведении комбинированного лечения – это т. н. ятрогенный синдром анорексии-кахексии. Во время лечения потеря массы тела >10% может возникать у 45% больных [8]. Патогенез развития синдрома кахексии-анорексии многофакторен и помимо поражения мышечной и жировой ткани, наблюдается также нарушение нейrogenной регуляции между гипоталамусом и желудком (снижение аппетита, постоянное чувство насыщения). Проявление этих моментов является результатом взаимодействия между опухолью и клетками-мишенями (скелетная мускулатура, жировая ткань, иммунная система) с последующим развитием воспаления и выделения известных медиаторов типа интерлейкин 1,6 (IL-1, IL-6), фактор некроза опухоли (TNF- α). [9]. Принимая во внимание патогенетические механизмы, очевидно, что необходима своевременная диагностика синдрома кахексии-анорексии у таких пациентов, как мера профилактики развития послеоперационных осложнений.

В практическое здравоохранение предложены

различные шкалы и опросники, направленные на выявление нутритивной недостаточности [10,11]. В исследуемые параметры, как правило, входят показатели антропометрии и анамнестические данные. Остановимся на небольшом обзоре каждой, наиболее часто применяемой в клинической практике.

Шкала MUST – Malnutrition Universal Screening Tool предложена в 2003 году Британской ассоциацией парентерального и энтерального питания (BAPEN), как скрининговая система оценки нутритивного статуса [12]. Шкала основана на оценке трех параметров – индекса массы тела, темпов потери массы тела и потенциальной или фактической невозможности приема пищи вследствие заболевания или операции. В результате пошагового выполнения алгоритма оценки нутритивного статуса формируется один из вариантов решения: лечебно-профилактические мероприятия в прежнем объеме, внимательное наблюдение за нутритивным статусом, проведение нутритивной поддержки. Данная система отличается простотой в использовании для верификации нутритивной недостаточности и достаточно быстро обрела популярность для использования в широкой популяции. Эффективность подтверждается соответствующими исследованиями [13]. Шкала NRS-2002 [14] предназначена для выявления пациентов с нутритивной недостаточностью в условиях клиники и зарекомендовала себя как качественный предиктор послеоперационных осложнений. [15]. В исследовании, проведенном Jin-Yi Wang et al., [16] шкала NRS -2002, была успешна, применена в концепции «Fast track surgery» у пациентов с диагнозом рак желудка. В этой работе, авторы обращают внимание, что шкала помогла не только выявить пациентов с нутритивной недостаточностью, но

и начать раннюю послеоперационную реабилитацию. Шкала SGA (Subjective Global Assessment, Субъективная Глобальная Оценка) впервые была внедрена в клиническую практику еще в 1987 году. В оцениваемые SGA параметры включены потеря пациентом веса, ограничение рациона питания, признаки диспепсических расстройств, функциональная активность и ряд антропометрических и клинических показателей. Шкала удобна в применении у пациентов уже находящихся на стационарном лечении. И показала себя как показатель числа инфекционных осложнений в области оперативного вмешательства.

Всего в литературе описано более 40 различных шкал и опросников, представленные нами в публикации методики лишь небольшая часть от предложенных. Учитывая наличие значительного количества шкал оценки нутритивного статуса, конечно, возникает вопрос какая же методика самая лучшая. Анализируя литературу, мы пришли к выводу, что применение любой из предложенных методик вполне оправдано, а выбор той или иной шкалы авторами, как правило не комментируется.

Цель работы:

Целью нашего исследования явилось определение чувствительности шкалы MUST в оценке риска послеоперационных осложнений у пациентов с диагностированным злокачественным новообразованием органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы:

Исследование проводилось с участием 100 пациентов, с гистологически подтвержденным ЗНО ЖКТ, у которых оценивался индекс массы тела, нутритивный статус, риск нутритивной недостаточности по шкале MUST.

Характеристика шкалы MUST:

Индекс массы тела	
18,5—20 кг/м ²	1 балл
Меньше 18,5 кг/м ²	2 балл
Потеря массы тела за последние 3—6 месяцев	
5—10%	1 балл
10%	2 балл
Воздействие острой патологии	
Фактическое или ожидаемое отсутствие питания более 5 дней	2 балл

Интерпретация

1 балл - средний риск нутритивной недостаточности (НН)

2 балла и более - высокий риск НН

Результаты и обсуждение Согласно указанной шкале, в основной группе количество баллов составило 3, в контрольной же сумма баллов равня-

лась 4. Данный результаты свидетельствуют о том, что у всех 100 пациентов имелся риск по развитию нарушений нутритивного статуса и как следствие развития послеоперационных осложнений. Для предотвращения п/о осложнения нами в основной группе исследования проводилась дополнительная спец НП смесью Нутрикомп Дринк Плюс®

(В/Враун, Германия). Положительным результатом проведения дополнительной НП в основной группе явилось отсутствие осложнений в п/о периоде таких как: сепсис, несостоятельность анастомоза, кишечная непроходимость, желудочно-кишечное кровотечение, летальных исходов, в то время как в контрольной группе эти осложнения наблюдались. *Выводы* Таким образом, шкала MUST в нашем

исследовании показала себя не только как чувствительный метод по оценке риска развития послеоперационных осложнений у пациентов со злокачественного новообразования органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, но и показала себя как удобный и простой инструмент в рутинном использовании в практической медицине.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Wook Jin Choi, Jeongseon Kim, Nutritional Care of Gastric Cancer Patients with Clinical Outcomes and Complications: A Review// Clin Nutr Res 2016;5:65-78
2. GLOBOCAN 2012. Stomach cancer: estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. 2012 [cited 2016 January 15]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/stomach-new.asp>.
3. Zheng R, Zeng H, Zhang S, Chen T, Chen W. National estimates of cancer prevalence in China, 2011. Cancer Lett 2016;370(1):33-8.
4. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, статистический сборник здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году Астана 2016, стр.291-294
5. Брюсов П.Г., Клиническая онкология, СПб, СпецЛит, 2012 год
6. Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В., Сельчук В.Ю. Нутритивная недостаточность у онкологических больных: принципы коррекции // РМЖ. 2013. №1. С.14
7. А.В.Снеговой, А.И.Салтанов, Л.В.Манзюк,, Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных // Практическая онкология • Т. 10, № 1 – 2009, стр 49-57.
8. Основы нутритивной поддержки в онкологической клинике/ Под ред. Член-корр.РАМН А.И. Саланова. – Москва –2009 – 239 с.
9. Snegovoi A.V., Kononenko I.B., Larionova V.B., Saltanov A.I., Sel'chuk Yu. V. Anorexia-Cachexia Syndrome in Cancer Patients. Klin. Onkogematol. 2015; 8(2): 185–190
10. Huhmann M.B., Cunningham RS. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. Lancet Oncol. 2005 May; 6(5):334-43.
11. Leather A., Bushell L., Gillespie L. The provision of nutritional support for people with cancer. Nurs Times. 2003 Nov 18-24; 99(46):53-5
12. Malnutrition Advisory Group (MAG). MAG—guidelines for Detection and Management of Malnutrition. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2000, Redditch, UK
13. J. Kondrup, S. P. Allison, M. Elia, B.Vellas, M. Plauth ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition (2003) 22(4): 415–421
14. Kondrup J, Rasmussen H H, Hamberg O et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003; 22: 321–336
15. Camilla Leithold, MSc, Karin Jordan, MD, Franziska Jahn, MD, Timo Behlendorf, MD, Judith Schafrath, MD, Carsten Müller-Tidow, MD, and Jörn Rüssel, MD. Diagnostic work-up for the detection of malnutrition in hospitalized cancer patients. J Community Support Oncol. 2016 Apr; 14(4):155-61. doi: 10.12788/jcso.0249.
16. Jin-Yi Wang MD, Xuan Hong MD, Guo-Han Chen MM, Qin-Chuan Li MD, Zhong-Min Liu MD. Clinical application of the fast track surgery model based on preoperative nutritional risk screening in patients with esophageal cancer. Asia Pac J Clin Nutr 2015;24(2):206-211

ТҮЙІНДЕМЕ

ИРИМБЕТОВ С.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., ТОРОПЕЕВ А.В.

«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» АҚ

Астана қаласы

ОНКОХИРУРГИЯДАҒЫ ОТАДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРДЫҢ ДАМУ ҚАУПІН БАҒАЛАУДАҒЫ ШКАЛАЛАРДЫҢ БОЛЖАМДЫҚ СЕПТІГІ

Онкологиялық аурулар дүние жүзі бойынша алғашқы орындарда тұр. GLOBOCAN берген мәлімет-

терге сүйенсек, 2012 жылы 14,1 миллион онкологиялық патология тіркелген, өлім-жітім саны 8,2 миллионды құраған. Олардың ішіндегі ең жиі кездесетін алғашқы бестіктегі нозологияға асқазан-ішек жолдары ағзаларының қатерлі ісіктері кіреді, бұл өз кезегінде отадан кейінгі асқынулар қаупін жоғарлататын нутритивті жеткіліксіздікпен жүретіні белгілі. Нутритивті статустың бұзылыстарын анықтайтын бірнеше шкалалар мен сауалнамалар ұсынылған. Біз өз жұмысымызда асқазан-ішек жолдары ағзаларының қатерлі ісігі жөнінде жоспарлы отаға дайындалып жатқан науқастардағы отадан кейінгі асқынулар қаупіне нутритивті жеткіліксіздіктің әсерін бағалайтын шкалалардың болжамдық септігін бағалауды мақсат құрып отырмыз.

Түйін сөздер: асқазан-ішек жолдары ағзаларының қатерлі ісіктері, нутритивті жеткіліксіздік, нутритивті статусты бағалайтын шкала, отадан кейінгі асқынулар

SUMMARY

IRIMBETOV S.B., MALTABAROVA N.A.,

JSC "ASTANA MEDICAL UNIVERSITY"

ASTANA city

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF SCALES IN ASSESSING THE RISK OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ONCOSURGERY

Oncological morbidity takes one of the first places in the world, according to GLOBOCAN, there is registered 14.1 million new cases of cancer pathology in 2012, the mortality rate was 8.2 million. Among them, malignant neoplasms of the gastrointestinal organs are included in the top five nosologies, which, in their turn, as it's well known, are accompanied by a nutritional deficiency, which is associated with a higher risk of postoperative complications. There are proposed number of scales and questionnaires to identify the violations of nutritional status. In our own work, we set out to evaluate the prognostic significance of scales, used by us, to identify the nutritional deficiency in the assessment of the risks of postoperative complications in patients, who are preparing for planned surgery for malignant tumors of the gastrointestinal tract.

Key words: malignant tumors of the gastrointestinal organs, nutritional deficiency, the scale of assessment of nutritional status, postoperative complications

РЕЗЮМЕ

ИРИМБЕТОВ С.Б., МАЛТАБАРОВА Н.А., ТОРОПЕЕВ А.В.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Г. Астана

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОХИРУРГИИ

Онкологическая заболеваемость занимает одно из первых мест во всем мире, по данным GLOBOCAN, в 2012 году зарегистрировано 14.1 миллиона новых случаев онкологической патологии, летальность же составила 8,2 миллиона. Из них, в число пяти ведущих нозологий входят злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта, которые, в свою очередь, как хорошо известно, сопровождаются нутритивной недостаточностью, ассоциирующейся с высоким риском развития послеоперационных осложнений. Для выявления нарушений нутритивного статуса предложены ряд шкал и опросников, в своей же работе мы задались целью оценить прогностическую значимость используемых нами шкал по выявлению нутритивной недостаточности в оценке рисков послеоперационных осложнений у пациентов, готовящихся на плановое оперативное вмешательство по поводу злокачественных новообразований органов желудочно-кишечного тракта

Ключевые слова: злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта нутритивная недостаточность, шкала по оценке нутритивного статуса, послеоперационные осложнения



УДК 616.132.2.-089.819.5

ЛЕСБЕКОВ Т.Д., БИКТАШЕВ Д.Б.

АО «Национальный научный кардиохирургический центр», Астана

АО «Медицинский университет Астана»

**РОЛЬ ЗАКРЫТОГО КОНТУРА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ИЗМЕНЕНИЕ
КОАГУЛОГРАММЫ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

Аннотация: Проведен ретроспективный анализ двух групп больных, различавшихся по интраоперационному использованию контуров искусственного кровообращения: 1-я группа (n=50; средний возраст 65±4,2 года) - закрытый контур; 2-я группа (n=50; средний возраст 64±5,3года) - открытый контур. В статье ставится задача рассмотреть эффект сохранения гемостаза, путем исследования и сравнения дооперационных и послеоперационных показателей свертывающей системы крови. В результате анализа автор доказывает, что имеется физиологическая реакция в виде снижения уровня компонентов свертывающей системы крови пациента к хирургической травме, такой как аортокоронарное шунтирование. Однако использование закрытого контура искусственного кровообращения при операциях аортокоронарного шунтирования безусловно снижает риск возникновения послеоперационного кровотечения, путем стабилизации и сохранения гемостаза.

Ключевые слова: закрытый контур искусственного кровообращения, открытый контур искусственного кровообращения, коагулограмма, аортокоронарное шунтирование.

Актуальность: Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) уже давно зарекомендовала себя как один из самых эффективных методов лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) (1,2,3). Нельзя отрицать, что экстракорпоральная перфузия, позволяющая проводить сложнейшие кардиохирургические вмешательства, по-прежнему сопряжена с определенным риском в связи с ее негативным воздействием на различные звенья гомеостаза (4, 5, 6). Более того, в связи с расширением показаний к АКШ у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих значительные нарушения сократительной функции миокарда левого желудочка (ЛЖ), страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями, опасность тяжелых осложнений, обусловленных системной воспалительной реакцией, значительно возрастает. Необходимость решения данной проблемы возродило интерес к операциям реваскуляризации миокарда с использованием более безопасного искусственного кровообращения, с использованием закрытого

контура искусственного кровообращения.

Кардиохирургия с искусственным кровообращением приводит к гемодилуции, системной воспалительной реакции, активации коагуляции и фибринолиза, а также микроэмболизации, которая может также способствовать послеоперационной дисфункции органов. В попытке ослабить эти побочные эффекты, использование системы минимизированного искусственного кровообращения увеличилось. Так, авторы считают, что в сравнении с обычным традиционным искусственным кровообращением, закрытый контур искусственного кровообращения характеризуется уменьшенной площадью поверхности и уменьшенному контакту кровь-воздух [7], что безусловно способствует меньшему механическому повреждению клеток крови свертывающей системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

С августа 2014 года по июнь 2015 года в АО НКЦ было выполнено 100 хирургических вмешательств у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Критерии включения. В исследовании приняли участие пациенты в возрасте \geq 18 лет, наличие у пациента коронарной (ишемической) болезни сердца, обуславливающей показания к плановой операции реваскуляризации в условиях искусственного кровообращения, информированность пациента о характере предстоящей операции, подтвержденная письменным согласием.

Пациенты были разделены на 2 группы, 1-я группа (50 пациентов) пациенты – это пациенты с использованием закрытого контура искусственного кровообращения (группа сравнения), 2-я группа (50 пациентов) - это пациенты с использованием открытого контура искусственного кровообращения (контрольная группа). Группы были сопоставимы по основным демографическим показателям, анамнестическим, клиническим данным, получаемой терапии.

Распределение мужчин и женщин в 1-й группе составило 43 и 7 соответственно, во 2-й группе составило 39 и 11. В 1-й группе средний возраст составил 65±4.2 года, во 2-й группе средний возраст 64±5,3года (p>0,1). Клинические проявления

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

сердечной недостаточности распределились во II и III функциональных классах (New York Heart Association Functional Classification), в 1-й группе 18 к 32 соответственно, во 2-й группе 14 к 36 соответственно. Симптомы стенокардии распределились во II и III функциональном классах (Canadian

Cardiovascular Society), в 1-й группе 17 к 33 соответственно, во 2-й группе 16 к 34 соответственно. Функция левого желудочка оценивалась по ЭхоКГ: фракция выброса в контрольной группе и в группе сравнения составила $55,3\% \pm 6,048$ и $55,9\% \pm 6,175$ ($p=0,6$). Исходные анализы представлены в табл. 1.

Таблица 1. Исходные анализы в выделенных группах с закрытым контуром искусственного кровообращения (1-я) и с открытым контуром искусственного кровообращения (2-я)

Параметры	1-я группа (n=50)	2-я группа (n=50)	P
Фибриноген (г/л)	3,7 ±1,1	3,4±0,7	>1
МНО	1,01 ±0,05	1,03 ±0,09	>1
ПВ (сек)	36,2 ±5,0	37,9 ±4,59	>1
Тромбоциты	238,6x10 ⁹ л ±45	240,5x10 ⁹ л ±45	0,8
Антитромбин III (%)	92,87 ±15,3	94,036 ±10,7	>1

Примечание. Данные представлены в виде M±SD. МНО – международное нормализованное отношение; ПВ – протромбиновое время.

Периоперационный риск смерти до операции определялся по шкале EuroSCORE II и составил

0,77 баллов ±0,45 в контрольной группе и 0,78 баллов ±0,47 в группе сравнения ($p=0,76$).

Дополнительные параметры представлены в табл. 2

Таблица 2. Общая характеристика больных, подобранная для исследования, в выделенных группах с закрытым контуром искусственного кровообращения (1-я) и с открытым контуром искусственного кровообращения (2-я)

Параметры	1-я группа (n=50)	2-я группа (n=50)	p
Возраст	65±4,231	64±5,342	0,10
Рост	166±6,8	165±8,2	0,7
Вес	82±13,3	80±13,3	0,4
ИМТ	29,4±3,8	29,2±4,3	0,7
Систолическое АД	138,7±26,4	133,9±24,8	0,3
Курение в анамнезе	16±1,4	17±1,3	0,6
СД	11±1	11±1	>0,1
ПИМ	20±1,7	22±1,5	0,38

Примечание. Данные представлены в виде M±SD. ИМТ – индекс массы тела; АД – артериальное давление; СД – сахарный диабет; ПИМ – перенесенный инфаркт миокарда.

Критерии исключения. В исследование не включались пациенты с фракцией выброса ≤ 20%; повторной операцией; острым эндокардитом; острым коронарным синдромом в течение 10 дней

перед операцией; нарушением мозгового кровообращения в анамнезе; тромбозом камер сердца; стенозом внутренней сонной артерии > 70%; необходимостью в хроническом диализе; повышенным уровнем С-реактивного белка (CRP) (>10 мг/л); лейкоцитозом (>12x10⁹/л); пациенты, которые находятся на двойной дезагрегантной терапии, после чревокожного вмешательства с использованием

стента с лекарственным покрытием, в последние 6 месяцев; пациенты, которые получали пероральные антикоагулянты в течение последних 5 дней; с предоперационной непрерывной инфузией гепарина или с коагулопатией; тромбоцитопенией (<100 x10⁹/л); наличием в анамнезе злокачественного новообразования или иммунологических заболеваний; приемом стероидов.

Коронарное шунтирование выполнялось по стандартной методике, принятой в АО НККЦ.

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета программ IBM SPSS Statistics 20. При сравнении групп по количественным признакам с нормальным распределением использовали t-критерий Стьюдента для несвязных выборок, при распределении, отличном от нормального, - критерий Манна – Уитни. Данные представлены в виде среднего и стандартного отклонения (M±SD). Различия считали статистически значимыми при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:

Всем пациентам выполнялась операция коронарного шунтирования, среднее количество шун-

тов 3±0,67 в контрольной группе, 3±0,53 в сравнительной группе (p>0,1).

При оценке времени проведения аортокоронарного шунтирования внутри каждой из групп оказалось, что время искусственного кровообращения у пациентов оперированных с использованием закрытого контура искусственного кровообращения было ниже по сравнению с использованием открытого контура искусственного кровообращения, различия достигли статистической значимости (p<0,05) (табл. 3). Объем первичного заполнения при закрытом контуре составил более, чем в 2 раза ниже по сравнению с открытым контуром искусственного кровообращения и составил при использовании закрытого контура 640мл и при открытом контуре 1300мл.

Были проведены сравнения указанных анализов по истечению 16 часов после операции, в результате анализа которых получены данные за снижение фибриногена, МНО во 2-й группе. Протромбиновое время и Антитромбин III остались на равнозначном уровне (табл. 3).

Таблица 3. Исследуемые лабораторные анализы по истечению 16 часов после операции, в выделенных группах с закрытым контуром искусственного кровообращения (1-я) и с открытым контуром искусственного кровообращения (2-я)

Параметры	1-я группа (n=50)	2-я группа (n=50)	P
Фибриноген (г/л)	3,5 ±0,74	3,2±0,6	0,03*
МНО	1,11 ±0,08	1,15 ±0,09	0,05
ПВ (сек)	36,31 ±4,15	38,40 ±9,43	0,1
Антитромбин III (%)	79,4 ±12,40	80,05 ±10,78	0,7
Тромбоциты	211x10 ⁹ /л ±38,84	203x10 ⁹ /л ±43,11	0,38*

Примечание. Данные представлены в виде M±SD. * - расчеты проводились по критерию Манна-Уитни; МНО– международное нормализованное отношение; ПВ – протромбиновое время.

В контрольной группе у одного пациента зарегистрирован пароксизм фибрилляции предсердий. Переливание крови и ее компонентов было выполнено 5 пациентам, из которых 2 пациента были из группы контроля, 3 - из группы исследования. В группе исследования была выполнена 1 рестернотомия, остановка хирургического кровотечения. Летальности в обеих группах не было.

В данном исследовании мы изучали пациентов с достаточно высоким риском, также оценивали безопасность и комфорт закрытого контура искусственного кровообращения. Быстрая гемодилюция при открытом искусственном кровообращении

приводит к несравнимому сдвигу жидкости и разведению жизненно важных белков плазмы. Эти реакции наряду с повреждением ткани в операционном поле [8], возможным обратным переливанием крови операционного поля [9], гипотермией [10] и кросс-аортальным зажимом выступают в качестве триггеров механического повреждения клеток свертывающей системы крови.

Покрытые поверхности проводящих систем искусственного кровообращения специальным материалом «X-coating», закрытые системы и центробежные насосы позволяют избежать массивной послеоперационной кровопотери благодаря сохранению в целостности клеток свертывающей системы крови.

В настоящем исследовании мы оценили роль закрытого контура искусственного кровообраще-

ния в периоперационной активации коагуляции при коронарном шунтировании. Минимизация времени контакта, дополнительное поверхностное покрытие и центробежный насос являются основополагающими при работе закрытого контура.

Снижение объемов первичного заполнения искусственного кровообращения (640 мл по сравнению с 1300мл при открытом контуре), улучшенный гемостатический статус пациентов, с пониженным потреблением тромбоцитов и активацией тромбоцитов, меньшим повреждением элементов свертывающей системы крови, снижение послеоперационного кровотечения и минимизация требований к переливанию - все эти данные приносят дополнительное подтверждение растущего доказательства

уже существующих в научной литературе, касающейся использования новых концепций закрытого контура искусственного кровообращения [9,10].

ВЫВОДЫ: Непосредственные результаты операций коронарного шунтирования выполненных в условиях искусственного кровообращения в закрытом контуре имеют преимущества в связи с техникой для уменьшения первичного объема заполнения системы, покрытые поверхности проводящих систем искусственного кровообращения специальным материалом «X-coating», закрытые системы и меньшее время искусственного кровообращения вызывают меньше повреждения ферментных элементов свертываемости крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белов Ю.В. Коронарное шунтирование через миниторакотомию на работающем сердце без искусственного кровообращения // Кардиология. 1998. - №8. -С. 12-7.
2. Жбанов И.В., Шабалкин Б.В. Повторная реваскуляризация миокарда: современное состояние проблемы. //Грудная и сердечно-сосуд хир 2001 -№2 С 27-31.
3. Шнейдер Ю.А., Толкачев В.В., Жорин С.П. и др. Множественная аутоартериальная реваскуляризация миокарда на работающем сердце.// Шестой Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Тезисы. -2000.-С. 162.
4. Ascione R, Lloyd CT, Underwood MJ, Gomes WJ, Angelini GD. On-pump versus off-pump coronary revascularization: evaluation of renal function // Ann Thorac Surg. 1999. V.68. - P. 493-8
5. Beddi H.S., Suri A., Kalkat M.S. et al. Global myocardial revascularization without cardiopulmonary bypass using innovative techniques for myocardial stabilization and perfusion. // Ann. Thorac. Surg. 2000. - V.69. - P. 156 - 164.
6. Grundeman P.F., Borst C., van Herwarden J.A. et al. Hemodynamic changes during displacement of the beating heart by the Utrecht octopus method // Ann. Thorac. Surg. 1997. - V. 63. - P. 88 - 92.
7. El-Essawi A., Breitenbach I., Ali K., Jungebluth P., Brouwer R., Anssar M., Harringer W. Minimized perfusion circuits: an alternative in the surgical treatment of Jehovah's Witnesses. Perfusion 2013; 28: 47-53.
8. Schmidt P., Hendrik M.; Müller-Werdan D.S., Ursula A.; Hoffmann R., Thomas T.; Francis H., Darrel P., Piepoli B., Massimo F., Hoyer A., Dirk D.; Werdan G., Karl T., Autonomic dysfunction predicts mortality in patients with multiple organ dysfunction syndrome of different age groups, Critical Care Medicine September 2005; 33(9): 1994-2002.
9. Aldea G.S., Soltow L.O., Chandler W.L., Triggs C.M., Vocelka C.R., Crockett G.I., Shin Y.T., Curtis W.E., Verrier E.D. Limitation of thrombin generation, platelet activation, and inflammation by elimination of cardiomy suction in patients undergoing coronary artery bypass grafting treated with heparin-bonded circuits. J Thorac Cardiovasc Surg 2002;123: 742– 55.
10. Grünenfelder J., Zünd G., Schoeberlein A., Schmid E.R., Schurr U., Frisullo R., Maly F., Turina M. Expression of adhesion molecules and cytokines after coronary artery bypass grafting during normothermic and hypothermic cardiac arrest. Eur J Cardiothorac Surg 2000; 17: 723–8.

ТҮЙІН

Т.Д. ЛЕСБЕКОВ, Д.Б.БИКТАШЕВ

«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.

«Ұлттық ғылыми кардиохирургиялық орталығы» Астана қ.

АОРТА КОРОНАРЛЫ ШУНТТЕУДЕН КЕЙІНГІ КОАГУЛОГРАММА ӨЗГЕРІСІНЕ ЖАСАНДЫ ҚАН АЙНАЛЫМ ЖАБЫҚ КОНТУРЫНЫҢ РӨЛІ

Ретроспективті анализ жасанды қан айналым контурын интраоперациялы қолданумен ерекшеленетін науқастардың екі тобында жүргізіледі.

1-топ науқастар саны – 50, орташа жастары ((науқастар саны=50, орташа жасы 65 ±4,2), жасанды қан

айналымның жабық контуры, 2-топ науқастар саны – 50, орташа жастары (науқастар саны=50, орташа жасы $64 \pm 4,2$ years), жасанды қан айналымның ашық контуры

Мақалада операцияға дейінгі және операциядан кейінгі қан ұю жүйесі көрсеткішінің салыстырмалы және зерттеу жолы арқылы гемостазының сақталуы мен салыстыру эффектісін қарастыру тапсырмасы талқыланады.

Аорта коронарлы шунттеу операциясы кезінде жасанды қан айналым жабық контурын қолдану сөзсіз гемостазаны сақтау және бірқалыпты ұстау жолы арқылы операциядан кейінгі қан кету қаупін төмендетеді.

Кілт сөздері: жасанды қан айналымның жабық контуры, жасанды қан айналымның ашық контуры, коагулограмма, аортакоронарлы шунттеу.

SUMMARY

T.D.LESBEKOV, D.B.BIKTASHEV

JSC “National research cardiac surgery center”

JSC “Astana medical university”, Astana

THE ROLE OF THE CLOSED CONTOUR OF THE ARTIFICIAL BLOOD CIRCULATION TO CHANGE THE COAGULATION AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

We retrospectively analyzed two groups of patients treated different in intraoperative using of the artificial blood circulation. Patients in group 1 (n=50, mean age $65 \pm 4,2$ years) were performed coronary artery bypass grafting in the closed contour of the artificial blood circulation. Patients in group 2 (n=50, mean age 64 ± 5.3 years) were performed coronary artery bypass grafting in the open contour of the artificial blood circulation.

In this article is given the effect of preserving the hemostasis by examining and comparing pre-operative and postoperative parameters of blood coagulation. The use of the closed contour of the artificial blood circulation during coronary artery bypass grafting certainly reduces the risk of postoperative bleeding by stabilizing and maintaining hemostasis.

Key words: closed contour of artificial blood circulation, open contour of artificial blood circulation, coagulation, coronary artery bypass grafting.



МАМЫРБЕКОВА С.У., ЖАПАР М.А.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті

Шымкент медицина институты

ПЕРИМЕНОПАУЗА КЕЗЕНДЕГІ КӨПБОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕРДІҢ СОМАТИКАЛЫҚ СТАТУСЫ

ТҮЙІН

Бұл мақалада ОҚО дағы көпбосанған әйелдердің патологиялық климакстың ағымы зерттелген. Олардың климакс ағымының ерекшеліктері анықталған. Көп босанғандардың менопаузадағы асқынуларының алдын алу, патологиялық ағымын түзету, бұл зерттеу нәтижесі емдеуде ғылыми негіз ретінде қызмет атқарады.

Климактериялық кезең әйел өміріндегі, әлеуметтік те, медициналық та аспектілері бойынша маңызды кезеңдердің бірі. Бұл кезеңде әйел өз өмірінің үштен бір бөлігінде өтеді. ДДҰ деректері бойынша бұл жастағы адам саны жыл сайын өсуде және көптеген мемлекеттік бағдарламалар олардың осы кезеңдегі өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталуы тиіс.[1]

Әйелдер организмнің биологиялық қартаю шағымен денсаулық көрсеткішінің төмендеуінде климактериялық кезеңде қолайсыз өтеді. Деректерге сүйенетін болсақ, патологиялық климакстың ауыр түрлері әр түрлі экстрагенитальды патологиясы бар әйелдерде жиі кездеседі.[2]

Мәліметтерге сүйенсек, климакс ағымына экстрагенитальды патологиялар жиі әсер етеді. Бұл кезеңдегі әйелдең өмір сүру сапасы эстроген жеткіліксіздігіне тәуелді.[3,4,5]

Көпбосанған әйелдердің денсаулық көрсеткіштері төмен болады, өйткені жүктілік пен босану асқынулары оларда жиеленеді. Мұның барлығы «бүкіл ағзаларға, жүйелерге соның ішінде репродуктивті із қалдырып, яғни климактериялық кезеңге әсер етеді. Соматикалық денсаулықты жан жақты зерттеу мақсатымен, ОҚО дағы 168 көп-

босанған 40-55 жас шамасындағы әйелдер таңдалып, оларды 2 топқа бөлінді: 1 топ (n=88) әйелдер анамнезінде 4 және одан да көп және 2 топ (n=80) әйелдер анамнезінде 3 және одан аз босанғандар (салыстыру тобы). Әйелдер ауру тарихтарына талдау жасай келе, бізге белгілі болғаны: экстрагенитальды аурулар 1 әйелге шаққанда 1.51 болды, сонымен қоса, бұл көпбосанушылардың жиілігіне байланысты емес екендігі белгілі. Дегенмен анемия көпбосанғандар арасында 2 есе, қалқанша без аурулары 1,6 есе, нейро-циркуляторлы дистония 1,8 есе артық болды.

Оларға жалпылама зерттеу жүргізілді, онда: патологиялық климактерия симптомын, ММИ параметрлері, гинекологиялық зерттеу кіші жамбас қуысы ағзаларының УДЗ, пальпация және қалқанша безін УДЗ, бел мен бөксе көлемдерінің қатынас көрсеткіштерін анықтау, қынап бөлінділерінің микроскопиясы, қандағы гонадотроптық, стероидтық және тиреотроптық гормондарды, липидтері мен А,С,Е витаминдері анықталды.

Зерттеуге кірген әйелдердің жастық құрамы. 40-44 жаста аралығындағы 1 топтағы -25 әйел (28,1+4,8)%, 2 топта- 23 әйел (28,9+3,2)%, екі топтада әйелдер саны бірдей болды. 45-49 жаста да салыстыратын әйелдер санымен бірдей болды: -37(42,1+5, 3)% және 35(43,8+5,5)%.

50-55 жаста 1 топта -26 (42,1+4,9) әйел, 2 топтан 14,6% көп. 2 топта -22(27,5+5,0)%, p>0,05, ортадағы айырмасы анық емес.

1 - кесте. Зерттеу кезіндегі әртүрлі топтардағы жастарына байланысты климактерия фазалары көрсетілген, абс.ч./ (P+-p) %

Жасы	1 топ (n=88)		2 топ (n=80)	
	перименопауза	постменопауза	перименопауза	постменопауза
40-44	20 25,0+4,6	5 5,7+2,5	16 20,0+4,5	8 10,0+3,3
45-49	34 38,6+5,1	3 3,4+1,9	29 36,3+5,4	6 7,5+2,9
50-55	15 17,1+4,0	11 12,5+3,5	19 23,8+4,7	2 2,5+1,7
Қорытынды	69 78,4+4,4	19 21,6+4,4	64 80,0+4,5	16 20,0+4,5

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Ескерту: -* $p < 0,01$ 1 және 2 топ арасында.

Екі топтың климакс ағымына тәуелді әйелдерді 2 топша бөлінді. Бірінші топта перименопаузалды кезеңдегі 40-44 жас аралығындағы 20(25,0+4,6) % әйелдер 1 топта және 16 (20,0+4,5) % 2 топ.

45-49 жас 34(38,6+5,1) және 29(36,3+5,4) %, 50-55 жас-15(17,1+4,0) % және 19(23,8+4,7) %. Менопауза жасындағы әйелдер саны 2 топта да бірдей: 69(78,4+4,4) % және 64(80,0+4,5) %. Постменопауза тобындағы барлық жастағы әйелдер саны салыстырып отырған топтарда бірдей болған – 69 (78,4+4,4) % және 16 (20,0+4,5) % сәйкес топтарда. 40-44 жас аралығындағыларда саны 5(5,7+2,5) % I топта және 8(10,0+3,3) % II топта жас шамасы 45-49 жас – 3(3,4+1,9) % сәйкес.

Тек 50-55 жастағы постменопаузадағы әйелдерде күмәнсіз I топта көбірек болды 11 (12,5+3,5) % II топқа қарама-қарсы (2,5+1,7) %.

Қорыта келгенде перименопауза мен постменопауза жастағы топтар бірдей болды, ал постменопаузадағы 50-55 жас аралығындағы әйелдер арасында көпбосанғандар да жиі кездесті.

Климактериялық кезең ағымына да бағалау жүргізілді. Мәліметке сүйенсек 2 кестеде көрсетілген, патологиялық ағым 68(77,3+4,6) % 1 топтікі нақтырақ болды. Ал 2 топта 39(48,8+5,6) %.

Физиологиялық климакстың ағымы кезінде 20(22,7+4,5) % әйел 1 топ 41(51,3+5,6) % 2 топта $p < 0,05$ анықталды.

2- кесте. Климактериялық кезеңнің ағымы.

Климактериялық кезеңнің ағымы.	1 топ (n=88)	2 топ (n=80)	P
Патологиялық	68 77,3+4,6	39 48,8+5,6	$p < 0,05$
Физиологиялық	20 22,7+4,5	41 51,3+5,6	$p < 0,05$

Патологиялық климаксы бар әйелдерде көптеген клиникалық көріністер байқалды. Әйелдерге те-

стілеу жүргізіп, модификациондық индексті 2 топпен анықталды.

3-кесте. Модификационды индекстің баға нәтижелері.

Симптом көріністері дәрежелері мен орта баллдары			
	Жеңіл	Орташа	Ауыр
Нейровегетативты			
1 топ	16/23,5	45/66,2	7/10,3
2 топ	28/41,8	11/28,2	-
Эндокринды – алмасу			
1 топ	27/39,7	36/52,9	5/7,4
2 топ	23/59,0	16/41,0	-
Психозэмоциональды			
1 топ	18/26,5	36/52,9	14/20,6
2 топ	24/61,5	12/30,8	3/7,7
Баллдар жиынтығы ММИ			
Балл көрсеткіші	12-34	35-58	≥ 58
1 топ	27/39,7	36/52,9	5/7,4
2 топ	25/64,1	13/33,3	½,7

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Көпбосанған әйелдерде нейровегетативті бұзылыстар ауыр түрі 10,3%, ал салыстыру тобы болмаған жағдайда орта ауырлықтағы нейровегетативті 2,4 есе жиі кездесті. Салыстыру тобындағы әйелдерге қарағанда психоэмоционалды бұзылудың ауыр түрі көп босанушыларда 2,7 есе жиі кездесті. 2,7 есе жиі кездескен көпбосанушыларда 58 баллдан жоғары: осыған орай көпбосанғандар да климактериялық синдром ауыр түрде өтті, әсіресе нейровегетативті және психоэмоционалды

бұзылыстар.

Климакс ағымын талдау кезінде урогенитальды бұзылыстар топтар арасында ерекшелігі байқалмады. (4-кесте)

Бактериалды вагиноз жиілігі 2 топта 29(23,1+6,8) % топқа қарағанда 1 топта 43(63,2+5,9) % топта анық. Диспареуния 1 топта 32(47,1+6,1) %, 2 топта 28(2+7,3) % әйелде анықталды, $p > 0,01$; несеп ұстай алмауы әйелдерде 1 топта 21(30,9+5,6) %, 2 топта 2(5,1+3,6) %, $p > 0,01$.

4- кесте. Патологиялық климаксы бар әйелдердің урогенитальды синдромының көрінісі.

Клиникалық көрінісі	1 топ (n=68)		2 топ (n=39)		P
	Абс.ч.	(P+-p) %	Абс.ч.	(P+-p) %	
Бактериалды вагиноз	43	63,2+-5,9	9	23,1+-6,8	$p < 0,01$
Диспареуния	32	47,1+-6,1	11	28,2+-7,3	$p > 0,01$
Несеп ұстай алмауы	21	30,9+-5,6	2	5,1+-3,6	$p > 0,01$

5- кесте. Әйелдердің қынаптың микрофлорасының зерттеу нәтижесі.

Микроскопия нәтижесі	Негізгі топ (n=88)		Салыстыру тобы (n=80)	
	Абс.ч.	(P+-p) %	Абс.ч.	(P+-p) %
Кандидоз	27	30,7+-4,9	15	18,8+-4,4
Лейкоциттердің жоғарылауы	34	38,6+-5,2	10	12,5+-3,7
Бактериалды вагиноз	84	95,5+-2,2	15	18,8+-4,4
Норма	10	11,4+-3,4	60	75,0+-4,9

Ескерпе - $p < 0,01$.

Қосымша зерттелінген әйелдердің бел көлемінің бөксе көлем көрсеткіші және дене салмақ индексі параметріне осы көрсеткіштер ескерілді.

Қалыпты босанған әйелдерге қарағанда семіздік дәрежесі 44% көп босанғандарда анықталды, үшінші дәрежелі семіздік 15,8% әйелде. Май ұлпаларының рекомбинациясы салдарынан бел және бөксе өлшемдерінің сәйкессіздіктеріне алып келеді. Бел және бөксе өлшемдерінің 0,85 коэффициенті болжамалы жағымсыз метаболкалық синдромның белгісі болып табылады. Алынған мәліметтер негізінде патогенетикалық сілтемелер жоғарғы жиіліктегі патологиялық климакс ағымы және алуан-түрлі бейнелерімен көп

босанған әйелдерде анықталған. Бұл постменопауза асқынулардың алдын алу және менопауза асқынуларының қалыптан тыс ағымын түзету, емдеуде ғылыми негіз ретінде қызмет атқарды.

Қорыта келгенде:

Климакстың патологиялық ағымы 68 әйелде 40% анықталды, олар көпбосанғандар арасында.

Көпбосанған әйелдерде нейровегетативті бұзылыстар 2,4 есе жиі ал психоэмоционалды 2,7 есе жиі кездесті. Осының салдарынан климактериялық синдром менопаузадағы көпбосанған әйелдерде нейровегетативті пен психоэмоционалды белгілері анық ауыр түрінде өткен.

Әйелдердің қынаптың микрофлорасының зерттеу нәтижесінде кандидоз, лейкоцитоз, бакте-

риалды вагиноз көпбосанғандар арасында жиілігі 2 есе артты.

Май ұлпаларының рекомбинация салдарынан бел және бөксе өлшемдерінің сәйкессіздік-

теріне алып келеді. Бел және бөксе өлшемдерінің 0,85 коэффициенті болжамалы жағымсыз метоболикалық синдромның белгісі болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. 90 жылдардағы менопаузаның проблемаларын зерттеу. ДДҰ ғылыми зерттеу тобы. Женева. -1996-155 бет.

2. Статистикалық жинақ. Халық денсаулығы және ҚР денсаулық сақтау. -Алматы, 2003-96 бет.

3. Государственная программа реформирования и развития здравоохранение Республики Казахстана на 2005-2010 годы.

4. Исследования проблем менопаузы в 90- годах. Доклад Научной группы. Женева. 1995-155бет.

5. Статистический сборник. Здоровье населения

и здравоохранение в Республике Казахстан-Алматы. 2003-96бет

6. Тасмагамбетова Н.Н., Задина Г.Ж. Значимость внедрения комплексного подхода к снижению материнской смертности в Южно-казахстанской области// Акушерство, гинекология и перинатология. -Алматы. -2004. -№4. -С.18-20.

7. Каюпова Н.А. Национальная политика по охране репродуктивного здоровья женщин// Материалы 5 съезда акушеров-гинекологов Казахстана. 1996. -С.3-6.

РЕЗЮМЕ

МАМЫРБЕКОВА С.У., ЖАПАР М.А.

Международный Казахско - Турецкий Университет имени Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт

СОМАТИЧЕСКИЕ СТАТУСЫ У МНОГО РОЖАВШИХ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

В данной статье проведено изучение соматического статуса многорожавших женщин ЮКО находящихся в перименопаузе, выявлены особенности течения патологического климактерия. Это послужило научным обоснованием в коррекции лечения патологического течения климакса и профилактики постменопаузальных осложнений.

SUMMARY

MAMIRBEKOVA S.U., JAPAR M.A.

SOMATIC STATUSES WITH MANY WOMEN GIVING BIRTH IN THE PERIOD OF PERIMENOPAUSE

Kazak-Turkish University A.H. Yasawi, Shymkent Medical Institute, Shymkent

This article studied the somatic status multiparous women in the South Kazakhstan region are perimenapauze, the peculiarities of the pathological menopause. This was the scientific justification for the correction of the treatment of pathological course of menopause and prevention of postmenopausal complications.



УДК 618.34-006

ДОЩАНОВА А.М., НУРМАГАМБЕТОВА Д.М.

АО «Медицинский университет Астана»,

кафедра акушерства и гинекологии интернатуры

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХОРИОАМНИОНИТА

Аннотация. Увеличение частоты гнойно-септических заболеваний у матери и ребенка, возможно связано с хориоамнионитом, развивающейся при несвоевременном излитии околоплодных вод.

Ключевые слова. Хориоамнионит, преждевременный разрыв плодных оболочек, дородовый разрыв плодных оболочек.

Актуальность. Хориоамнионит довольно частое осложнение беременности при несвоевременном разрыве плодных оболочек [1,2]. При преждевременном разрыве плодных оболочек (до 37 недель), предусмотрена выжидательная тактика, при котором ведется оценка общего состояния беременной, плода и лейкоцитоза. Однако спорным остается проявления показатели лейкоцитов и клинические проявления в принятии решения пролонгирования беременности.

Целью нашего исследования явилось изучение заключения патоморфологического исследования плаценты при клиническом диагнозе хориоамнионит.

Материалы и методы исследования. В исследование включены результаты наблюдения и родоразрешения 266 женщин с несвоевременным разрывом плодных оболочек, при том у 51 с развитием хориоамнионита. Клинический хориоамнионит был выставлен у 19,2±2,4% беременных женщин.

В зависимости от срока беременности были выделены две группы. I группа 84 женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек, что составило 31,6±2,85%. II группа 182 женщин с дородовым разрывом плодных оболочек, что составило 68,4±2,85%. В первой группе с преждевременным разрывом плодных оболочек диагноз хориоамнионит был выставлен у 15, что составило 17,9±4,18% ко всем беременным женщинам с несвоевременным разрывом плодных оболочек.

Во II группе с дородовым разрывом плодных оболочек диагноз хориоамнионит был выставлен у 36, что составило 19,78±2,95%.

Проведен анализ клинического течения родов, лабораторных исследований, исхода родов, патоморфологическое исследование последов в обеих группах и подгруппах с хориоамнионитом и без хориоамнионита. Полученные результаты подвер-

гнуты статистическому анализу.

Результаты их обсуждение. Беременные женщины включенные в исследование были в возрасте от 18 до 44 лет. Большинство женщин обеих групп были в возрасте до 35 лет (ранний репродуктивный возраст).

Хориоамнионит был выявлен у 19,2±2,4% женщин, одинаково часто в обеих группах 15 (17,86±4,18)% и 36 (19,78±2,95)% $p>0,05$.

Клинический хориоамнионит был выставлен на основании комплексной оценки: повышение температуры тела, лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига лейкоформулы. Температура тела у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек и развитием хориоамнионита составила 37,8±0,16°C (колебания от 37,2 до 39,0)°C, без хориоамнионита 36,7±0,03°C (36,3-37,0)°C, т.е. была достоверно выше ($p<0,05$). То же самое наблюдалось и во второй группе: и 37,6±0,07°C (37,0-38,8)°C при наличии хориоамнионита и 36,6±0,02°C (36,2-37,0)°C без хориоамнионита, $p<0,05$.

Лейкоцитоз со средним показателем равным 18,9±0,9*10⁹ (12 - 25,1*10⁹) был достоверен выше у женщин с хориоамнионитом, чем без хориоамнионита: 11±0,28*10⁹ (7,4-15,1*10⁹) у пациенток первой группы и 17,8±0,5*10⁹ (12-22,1*10⁹) и 13,4±0,14*10⁹ (7,0-15,9*10⁹) соответственно у женщин второй группы $p<0,05$. Возрастание палочкоядерных лейкоцитов достоверно чаще наблюдалось при наличии хориоамнионита в обеих группах: 13,2±0,83% против 5,4±0,22% в первой группе и 11,6±0,4% и 5,61±0,15% во второй группе $p<0,05$.

Таким образом, клинические проявления: повышение температуры тела; возрастание палочкоядерных лейкоцитов свидетельствовали о наличии хориоамнионита, что явилось основным показанием к родоразрешению. Хориоамнионит развивался в сроках 22 - 24 недели при безводном периоде более 48 часов у 1 из 15 (6,67+6,44)%; в сроках 25 - 27 недель до 18 часов у 1 из 15 (6,67+6,44)%, с 24-48 недель у 1 из 15 (6,67+6,44)%, более 48 часов 2 из 15 (13,33+8,78)%; в сроках 28-33 недели до 18 часов у 2 из 15 (13,33+8,78)%, более 48 часов у 4 из 15 (26,67+11,42)%; в сроках 34-36 не-

дель до 18 часов у 1 из 15 (6,67+6,44)%, с 18-24 часов у 1 из 15 (6,67+6,44)%, с 24-48 часов у 2 из 15 (13,33+8,78)%; в сроках 37-40 недель до 18 часов у 26 из 36 (72,2+7,47)%, с 18-24 часов у 3 из 36 (8,33+4,61)%, с 24-48 часов у 4 из 36 (11,11+5,24)%, более 48 часов у 3 из 36 (8,33+4,61)%.

В связи с хориоамнионитом были родоразрешены 15 беременных с первой группы и 36 беременных второй группы.

Спонтанная родовая деятельность развилась у 9 из 15 пациенток (60+12,65)% с хориоамнионитом в первой группе и у 24 из 36 (66,67+7,86)% с хориоамнионитом во второй группе. При том у большинства женщин с хориоамнионитом первой группы роды закончились вагинально (53,3% - у 8 из 15), во второй группе у (44,4% - у 16 из 36).

Родовозбуждение было начато у (26,7% у 4 из 15) в I группе, (27,8% у 10 из 36) во II группе. У большинства пациенток во II группе роды были вагинальными (61,1% у 6 из 10), кесарево сечение (40% у 4 из 10). В I группе кесарево сечение (25% у 1 из 4) и вагинальные роды (75% у 3 из 4).

В обеих группах у пациенток с хориоамнионитом роды в большинстве случаев заканчивались вагинальным путем $73,3 \pm 11,4$ и $61,1 \pm 8,1$ однако несколько выше в первой группе, кесарево сечение соответственно было у $26,6 \pm 11,41\%$ и $38,8 \pm 8,1\%$.

У пациенток без хориоамнионита вагинальные роды в обеих группах были в большинстве случаев $79,71 \pm 4,8\%$ в I-ой группе и $83,56 \pm 3,07\%$ во второй группе. При сравнении частота кесарева сечения в изучаемых группах в зависимости от наличия хориоамнионита и без него, были отмечены, что частота кесарева сечения при хориоамнионите в группе женщин с дородовым разрывом плодных оболочек (II группа) была выше на 2,5 %, а в первой группе женщины с преждевременным разрывом плодных оболочек выше 6,3%. Следовательно при сроке беременности более 37 недель возрастала частота кесарева сечения. Возрастание частоты кесарева сечения происходила за счет показаний не связанных с хориоамнионитом.

Так, угрожающее состояние плода было лишь (6,67% у 1 из 15) с хориоамнионитом у пациенток I группы и (13,9% у 5 из 36) с хориоамнионитом у пациенток II группы. В основном показанием к кесареву сечению были: аномалии родовой деятельности во второй группе (11,1% у 4 из 36); рубец на матке (13,3% у 2 из 15 - I группы), ПОНРП (20% у 3 из 15 - I группы); неэффективность родовозбуждения (11,1% у 4 из 36 - II группы). В I группе у женщин без хориоамнионита показанием к кесареву сечению были следующими: угрожающее состоя-

ние плода было в (2,9% у 2 из 69), ПОНРП (4,35% у 3 из 69). В остальных случаях были акушерские показания (рубец на матке, поперечное положение плода, предлежание петель пуповины, аномалии родовой деятельности).

Изучение результатов гистологического исследования плаценты показала, что у всех пациенток с ПРПО и клиническими признаками хориоамнионита подтвердился хориоамнионит, тогда как у женщин с ДРПО хориоамнионит был подтвержден лишь у 47,4% женщин. Хориоамнионит был выявлен лишь у 6,1 % женщин I группы без хориоамнионита и 1,3 % женщин II группы без хориоамнионита.

Кроме хориоамнионита, в обеих группах были выявлены децидуит, т.е. воспаление оболочек матки. Так в первой группе децидуит выявлен у всех пациенток с хориоамнионитом, и у большинства женщин без хориоамнионита (88,4% у 61 из 69); во второй группе так же у всех с хориоамнионитом и у (94,5% - 138 из 146) без хориоамнионита.

Таким образом при дородовом разрыве плодных оболочек чаще без наличия хориоамнионита отмечается децидуит на 14,1%, чем при преждевременном разрыве плодных оболочек.

С учетом полученных данных, что хориоамнионит развивается только у половины женщин с дородовым разрывом околоплодных оболочек, и большинство женщин родоразрешены в сроках более 48 часов, возможно, родоразрешение необходимо отсрочить на более длительное время, как это предполагают некоторые авторы [3].

При преждевременном разрыве околоплодных оболочек воспалительные заболевания эндометрия развиваются у большинства женщин не зависимо от длительности безводного периода. Возможно основная причина преждевременного разрыва околоплодных оболочек является воспалительный процесс в децидуальной оболочке матки.

У пациенток с преждевременным разрывом околоплодных оболочек и хориоамнионитом воспалительный процесс в нижнем тракте половой системе отмечается у 84,6% (эрозия шейки матки, кольпит), что достоверно чаще, чем у пациенток с преждевременным разрывом околоплодных оболочек без хориоамнионита (41,5%), $p < 0,01$. Та же закономерность прослеживалась и у пациенток с дородовым разрывом околоплодных оболочек - с хориоамнионитом воспалительные заболевания нижнего тракта наблюдались у 91,6% против 18,5% без хориоамнионита, $p < 0,001$.

Выводы. Тот факт, что при высокой частоте кольпитов и эрозий шейки матки у женщин с до-

родовым разрывом околоплодных оболочек и развития ХА и низкой частоте децидуита по срокам у женщин с преждевременным разрывом околоплодных оболочек и развития хориоамнионита,

может быть свидетельствует более выраженной защитной реакцией в реализации инфекции при доношенном сроке по сравнению с недоношенном сроком беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нурсейтова Л.А. // Оптимизация ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.01.01 / Нурсейтова Л.А. - Алматы, 2007. - 22с.

2. Дмитриенко К.В., Игитова М.Б. Шаляпина Е.Г. // Клиническое обоснование подходов к родоразрешению беременных с преждевременным излитием околоплодных вод // *Мать и Дитя* : - К., 2014. - С. 87-89.

3. Erbil Çakar¹, Şule Eren Çakar², Habibe Ayvaci Taşan¹, Deniz Karçaaltıncaba³, Mehmet Baki Şentürk¹, Nermin Koç⁴, Ramazan Uluhan, et al. Diagnostic and Prognostic Value of Presepsin for Subclinical Chorioamnionitis in Pregnancies between 23–28 Week with Preterm Premature Rupture of the Membranes. *Medicine Balkan Med J* 2016;33:668-74.

ТҮЙІН

А.М.ДОЩАНОВА, Д.М.НУРМАГАМБЕТОВА

ХОРИОАМНИОНИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ПАТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Хориоамнионит қатысуынсыз мембраналардың перинаталдық жыртылуы мембранасының мерзімінен бұрын жыртылу жағдайына қарағанда 14,2% -ға децидуит белгіленген кезде жиі болады. Әйелдерде мембраналардың перинаталдық жарылуы децидуиттің даму фонындағы мембрананың ерте үзілуіне қарағанда хориоамниониттің төмен жиілігі байқалады. Мүмкін, бұл толық мерзімді жүктілік кезіндегі инфекцияның жүзеге асыруымен шала жүктілікті салыстырғанда әйелдердің денесінің неғұрлым айқын қорғаныс реакциясымен байланысты.

РЕЗЮМЕ

А.М.ДОЩАНОВА, Д.М.НУРМАГАМБЕТОВА

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХОРИОАМНИОНИТА

При дородовом разрыве плодных оболочек без наличия хориоамнионита чаще отмечается децидуит на 14,2% чем при преждевременном разрыве плодных оболочек. Тот факт, что у женщин дородовым разрывом плодных оболочек на фоне развития децидуита отмечается низкая частота хориоамнионита чем у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек. Возможно, это объясняется более выраженной защитной реакцией организма женщин в реализации инфекции при доношенном сроке по сравнению с недоношенным сроком беременности.

SUMMARY

A.M.DOSHANOVA, D.M.NURMAGAMBETOVA

CLINICAL AND PATHOLOGICAL ASPECTS OF CHORIOAMNIONITIS

When prenatal rupture of membranes without the presence of chorioamnionitis often marked deciduitis by 14.2% than in case of premature rupture of membranes. the fact, that women have prenatal rupture of membranes on the background of developed detsiduita observed low incidence of chorioamnionitis than in women with premature rupture of membranes. Perhaps, this is due to a more pronounced protective reaction of the body of women in the implementation of infection in full-term period compared with preterm gestation.



УДК: 616.37-002.1-06-072.1-08

ОСПАНОВ К.А.

АО «Медицинский университет Астана»

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЯ, КАК МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕННОГО ПАНКРЕАТИТА

Аннотация: Уменьшение травматичности вмешательств представляет основное направление развития хирургической методологии. В то же время, малоинвазивные технологии, значительно изменив стереотипы хирургического мышления, обозначили актуальность решения многих научных, практических и организационных проблем.

Ключевые слова: острый панкреатит, лапароскопическая санация, эффективность лечения.

Актуальность. За последние десятилетия количество больных с острым панкреатитом увеличилось на 43% [1]. Особо трудную задачу представляет диагностика и лечение деструктивных форм панкреатита. Среди осложнений панкреатита инфицированный панкреонекроз оказывает наиболее повреждающее действие на организм и является неблагоприятным прогностическим фактором. Так, летальность при панкреонекрозе доходит до 20%, а при гнойном парапанкреатите достигает 60% и более [2].

Известно, что лапаротомия в фазе энзимной токсемии не только не целесообразна, но и противопоказана, возрастает роль малоинвазивных эндоскопических вмешательств. Несмотря на широкую распространённость эндовидеотехнологий, до настоящего времени не выработаны единые установки ни на сроки выполнения лапароскопии, ни на объём проводимого вмешательства. Требуется уточнения объёма и характера как диагностических, так и лечебных вмешательств [3].

Цель исследования - определить роль и место лапароскопических вмешательств в лечении больных с острым деструктивным панкреатитом.

Материал и методы исследования. Материал включает обследование и комплексное лечение 27 больных с различными формами панкреатита, проведенных на клинических базах кафедры общей хирургии в ФАО «ЖГМК» «Центральная дорожная больница» г.Астана с 2013 по 2016гг.

Для изучения возможностей малоинвазивных методов при диагностике и хирургическом лечении острого панкреатита были определены две группы больных: основная и контрольная. Основную группу составили 13 пациентов с острым панкреатитом, в лечении которых проводили лапароскопическую санацию брюшной полости. В

контрольную группу вошли 14 больных, в лечение которых входили различные виды открытых оперативных вмешательств, без использования лапароскопической санации. Все больные (основной и контрольной групп) поступали в стационар в экстренном порядке в разные сроки от момента начала заболевания: в первые сутки от начала заболевания госпитализировано 19 (71,4%), во вторые - 5 (15,2%), в третьи - 1 (5,3%), на четвертые и позднее - 2 (8,1%) больных.

Для проведения корректной сравнительной оценки результатов лечения больных с острым панкреатитом были изучены возрастной и половой состав основной и контрольной групп, формы острого панкреатита, тяжесть состояния больных при поступлении. Средний возраст больных основной и контрольной групп был сопоставим, составив соответственно 43,4±4,2 и 45,7±4,3 года. В обеих исследуемых группах отмечалось преобладание мужчин в 2 раза. Всем больным при поступлении в стационар проводились стандартная лабораторная и инструментальная диагностика, а также комплексная терапия, включающая сандостатин, октра, антибиотики, в основном цефалоспорины III-IV поколений; инфузионная и дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая и анальгетическая терапия. Лапароскопическая санация брюшной полости выполнялась 13 больных основной группы в сроки до 4 сут от момента начала заболевания. Дренажи устанавливались на 4,2±1,2 дня и удалялись по мере окончания отделения по ним жидкости. В большинстве (81%) случаев во время лапароскопии диагностирован смешанный панкреонекроз.

Эффективность лечения оценивалась по уровню летальности, развитию осложнений в послеоперационном периоде, длительности пребывания в стационаре, динамике общего анализа крови, печеночные пробы, электролиты.

Эффективность лечения всех наблюдаемых больных оценивалась по следующим параметрам: 1) динамика общего состояния больных; 2) динамика показателей интоксикации; 3) осложнения в послеоперационном периоде; 4) временные показатели.

Результаты исследования и их обсуждения.

Меньший объём операционной травмы при выполнении малоинвазивных вмешательств обусловил и различия в сроках активации больных основной и контрольной группах. В основной группе более ранняя активизация заключалась в самостоятельно вставании с постели и передвижении уже на $2,6 \pm 1,4$ сут. Активность больных в послеоперационном периоде во многом зависела от тяжести деструктивного панкреатита. Выполнение малотравматичных вмешательств в основной группе пациентов обусловило уменьшение сроков активизации в 2,7 раза. Средний срок нормализации температуры тела у больных основной группы составил $6,2 \pm 0,4$ сут, в то время как в контрольной группе показатель был равен $7,7 \pm 0,3$ сут. Нормализация частоты сердечных сокращений (ЧСС) также происходила в различные сроки. Если в основной группе ЧСС нормализовалась на $4,2 \pm 0,4$ сут, то у больных контрольной группы на это уходило до $6,3 \pm 0,7$ сут. У больных основной группы количество лейкоцитов нормализовалось к сроку $4,8 \pm 1,2$ сут после операции, составляя при этом в цифровом исчислении $9,4 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$. У больных контрольной группы лейкоцитоз держался более продолжительный период времени - $13 \pm 2,4$ сут, составляя $12,4 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$.

При рассмотрении динамики биохимических анализов крови больных в послеоперационном периоде было отмечено повышение основных показателей в первые 3 суток послеоперационном периоде по сравнению с данными перед операцией. Более выраженные изменения биохимических показателей (креатинина, мочевины) крови отмечались у больных контрольной группы, что по всей объективной видимости связано с травматичностью оперативных вмешательств. Нормализация исследуемых показателей также происходила в

различные сроки: в контрольной группе патологические изменения в биохимических анализах крови наблюдались $4,0 \pm 0,8$ сут после оперативных вмешательств.

Анализ клинико-лабораторных данных убедительно показал, что в основной группе происходил беспрепятственный отток панкреатического сока через установленный малоинвазивными способами дренаж, что практически полностью исключало агрессивное действие ферментов на окружающие ткани, кожные покровы. А также сформированность свищевого хода позволяла в более короткие сроки производить замену на тонкие дренажи с последующим пережатием. Объективный вывод удалось сделать из сроков нахождения больных в реанимационном отделении: в основной группе время ($3,8 \pm 2,2$ сут) достоверно ниже, чем в контрольной группе - $9,6 \pm 1,5$ сут.

Выводы. Сравнительный анализ результатов лечения острого панкреатита позволяет сделать вывод о более благоприятном течении послеоперационного периода у больных основной группы.

Результаты показывают преимущества хирургического лечения с использованием малоинвазивных технологий по всем рассмотренным критериям. При неэффективности малоинвазивных методов надо применять открытые вмешательства, которые являются операциями резерва. В основной группе больных, где проводилась диагностическая лапароскопия и лапароскопическая санация брюшной полости отмечалось уменьшение показателя койко-дней стационарного лечения. Пребывание больных в стационаре в основной группе составило $18 \pm 2,4$ дня, а в контроле этот показатель в 1,6 раза выше. Эндоскопическая диагностика, адекватная консервативная терапия и применение лапароскопической санаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Затевахин И.И. Цициашвили М.Ш. Будурова М.Д. Алтунин А.И. // Панкреонекроз. - М.: 2007 стр. 224.
2. Нестеренко Ю.А. Лаптев В.В. Михайлулов С.В. // Диагностика лечение деструктивного панкреатита. (2-е изд.). - БИНОМ – ПРЕСС, 2004 - 304
3. Савельев В.С. Филиминов М.И. Бурневич С.З. // Панкреонекрозы. - М.: МИА, 2008. - С. 259

ТҮЙІН

ОСПАНОВ К.А.

АСҚЫНҒАН ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТТІҢ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ҮШІН ӘДІСІ РЕТІНДЕ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ САНИТАРИЯ ЖӘНЕ ДРЕНАЖ

Травматология азайту хирургиялық әдістерін дамытудың негізгі бағыты болып табылады. Сонымен қатар, инвазивті емес технологиялар, айтарлықтай хирургиялық ойлау стереотиптерді өзгерту көп, ғылыми-практикалық және ұйымдастырушылық проблемаларды шешу қажеттілігін атап өтті.

SUMMARY

OSPANOV K.A.

LAPAROSCOPIC SANITATION AND DRAINAGE, AS A METHOD FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS COMPLICATED BY

Reducing trauma surgery is the main direction of development of surgical methods. At the same time, non-invasive technologies, significantly changing the surgical thinking stereotypes outlined the urgency of solving many scientific, practical and organizational problems.



УДК 616.314-089.87:616-089.819.843

СЕИЛХАНОВ А.С.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА РАННЕЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ИЗ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Аннотация: При удалении зуба из линии перелома нижней челюсти возникает вопрос восстановления функции и целостности зубо-челюстной системы.

Ключевые слова: Перелом нижней челюсти, удаление зуба, дентальная имплантация.

Восстановление функции зубочелюстной системы у больных с переломами нижней челюсти является одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии. Среди всех травм костей лицевого скелета переломы нижней челюсти встречаются наиболее часто и составляют от 75% до 92% у пациентов трудоспособного возраста (Инкарбеков Ж.Б., 2009; Даулетхожаев Н.А., 2010; В.Е. Zweig, 2009).

С целью предупреждения воспалительных осложнений зубы из линии перелома удаляются по показаниям у 37,1% больных, госпитализированных в клинику с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда (Авдеев А.В., 1999; Милукова Д.Ю., 2013).

Проблема отсутствия зубов у человека, вне зависимости от возраста и пола, приводит к нарушению функции зубочелюстной системы, в том числе и в височно-нижнечелюстном суставе, нарушению функции пищеварения (Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., 2001).

В последние годы дентальная имплантация играет важную роль в ортопедической реабилитации пациентов (Weiss С.М., 1990). Современные достижения в дентальной имплантации значительно расширяют возможности восстановления дефектов зубных рядов (Суров О.Н., 1993; Миргазизов

М.З., Меликян М.А., 1999; Перова М.Д., 1999; Babbush С.А., 2001).

Взросшие возможности медицинской науки и техники, а также развитие новых технологий позволяют на новом уровне обратиться к этой проблеме. Метод дентальной имплантации является альтернативным и перспективным решением задачи реабилитации пациентов с переломами челюстей после удаления зубов из линии перелома и отвечает нарастающим функциональным и эстетическим требованиям (Gottlander M., Albrektsson T., 1992; Arataki T., Adachi Y., Kishi M., 1998; Misch C., Hoar J., Beck G. et al., 1998). Это может стать одним из методов решения проблемы ранней реабилитации больных с переломом нижней челюсти после удаления зубов из линии перелома, т.к. использование имплантантов менее травматично, функционально оправданно, ближе к восстановлению анатомо-физиологической функции зуба.

Мировой опыт свидетельствует, что для достижения успеха зубной имплантации необходимо вживлять зубной имплантант немедленно после удаления зуба (Никольский В.Ю., 2007), либо по истечении не менее 6-8 недель после удаления зуба (Безруков В.М. и др., 1987; Кулаков А.А., 1997; Базилян Э.А., 2001; Ломакин М.В., 2001; Иванов С.Ю. и др., 2004; Branemark P.I. et al., 1985; Adell R. et al., 1992; Lemons J., 1995; Misch C., 1999).

Вместе с тем, процесс консолидации перелома нижней челюсти может ускорить остеоинтеграцию зубного имплантанта, вживленного в область перелома; а так же функциональная нагрузка может улучшить кровоснабжение тканей в области

перелома, что приведет к оптимизации консолидации перелома, т.е. взаимоположительное влияние.

Имеются множество работ для раннего восстановления функции зубочелюстной системы при переломах нижней челюсти применением различных ортопедических конструкций, но до настояще-

го времени нет клинически обоснованного метода ранней функциональной реабилитации больных с переломами нижней челюсти после удаления зуба из линии перелома с помощью зубных имплантов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. «Оперативное лечение переломов нижней челюсти»./ Инкарбеков Ж.Б.// автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Алматы 2010г.

2. «Реабилитация больных с вторичным сниженным прикусом»./ Цимболистов А.В.// диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Санкт-Петербург, 1996 г.

3. «Complications of mandibular fractures»./ Zweig B.E.// New Jersey, USA, 2009г.

4. «Тактика лечения переломов проходящих через лунку зуба на нижней челюсти»./ Милукова Д.Ю.// диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2013г.

5. «Ортопедическая стоматология»./ Копейкин В.Н., Миргазизов М.З.// учебник по ортопедической стоматологии, 2001г.

6.«Экспериментально-клиническое, функцио-

нальное и рентгенологическое обоснование ранней функциональной нагрузки при зубной имплантации»./ Ашуев Ж.А.// диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва 2008г.

7.«Оптимизация комплексного лечения переломов нижней челюсти»./ Изосимов А.А./ диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Пермь, 2007 г.

8.«Оптимизация лечения переломов нижней челюсти в области угла с использованием современных материалов»./ Даулеихожаев Н.А.//диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук, Алматы 2010г.

9.«Ранняя и отсроченная дентальная имплантация(клинико-экспериментальное исследование)»/ Никольский В.Ю.// диссертация на соискание степени доктора медицинских наук, Самара 2007г.

ТҮЙІН

СЕИЛХАНОВ А.С.

ТӨМЕНГІ ЖАҚ СЫЗЫҒЫНЫҢ СЫНУЫ ТІСТІ ЖУЛУ БАРЫСЫНДА ЕРТЕ ДЕНТАЛДЫ ИМПЛАНТАЦИЯЛАУ ТӘСІМІНІҢ КЕЛЕШЕКТЕ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Тісті жұлғанда төменгі жақтағы сызықтың сынығын қалпына келтіру әдісі жүзеге асады. Төменгі жақ сынығындағы реабилитациялық науқасқа денталды имплант қою әдісі нақты болады.

SUMMARY

SEILKHANOV A.S.

PROSPECTS OF USING THE METHOD OF EARLY DENTAL IMPLANTATION IN FRACTURES OF MANDIBLE WITH TOOTH EXTRACTION

When we extract a tooth from the fracture of lower jaw it is necessary to restore the continuity of the dentition. Dental implants can be one way of rehabilitation of patients with fractures of the lower jaw.



УДК 616.314-089.87:616-089.819.843

САГЫНДЫК Х.Л., СЕИЛХАНОВ А.С.

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

РАННЯЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ С НЕМЕДЛЕННОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКОЙ В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Аннотация: При удалении зуба из линии перелома нижней челюсти возникает вопрос восстановления функции зубочелюстной системы и целостности зубного ряда.

Ключевые слова: Перелом нижней челюсти, удаление зуба, дентальная имплантация.

Актуальность: Восстановление функции зубочелюстной системы у больных с переломами нижней челюсти является одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии. Среди всех травм костей лицевого скелета переломы нижней челюсти встречаются наиболее часто и составляют от 75% до 92% у пациентов трудоспособного возраста (Инкарбеков Ж.Б., 2009; Даулетхожаев Н.А., 2010; В.Е. Zweig, 2009; Сафаров, 2014).

С целью предупреждения воспалительных осложнений зубы из линии перелома удаляются по показаниям у 37,1% больных, госпитализированных в клинику с переломами нижней челюсти (Авдеев А.В., 1999; Милукова Д.Ю., 2013).

Проблема отсутствия зубов у человека, вне зависимости от возраста и пола, приводит к нарушению функции зубочелюстной системы и пищеварения (Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., 2001).

В связи с этим в настоящее время является актуальным применение внутрикостных зубных имплантатов и ортопедическое лечение с опорой на них. Это может стать одним из методов решения проблемы ранней реабилитации больных с переломом нижней челюсти после удаления зубов из линии перелома, т.к. использование имплантатов менее травматично, функционально оправдано.

Мировой опыт свидетельствует, что для достижения успеха зубной имплантации необходимо устанавливать зубной имплантант немедленно после удаления зуба (Никольский В.Ю., 2007), либо по истечении не менее 6-8 недель после удаления зуба (Безруков В.М. и др., 1987; Кулаков А.А., 1997; Базикян Э.А., 2001; Ломакин М.В., 2001; Иванов С.Ю. и др., 2004; Branemark P.I. et al, 1985; Adell R. et al, 1992; Lemons J., 1995; Misch C, 1999).

Цель: обоснование ранней зубной имплантации при удалении зуба из линии перелома нижней челюсти.

Материалы и методы:

Проведена операция дентальной имплантации 15 пациентам в возрасте от 18 до 37 лет обоего пола, пролеченным в отделении «Челюстно-лицевой хирургии» ГКП на ПХВ ГБ №2 г. Астана, которым удалили зубы из линии перелома по показаниям. Операция дентальной имплантации проводилась через 7-8 недель после перелома нижней челюсти. В контрольную группу из 15 человек вошли пациенты, отказавшиеся от операции имплантации.

Результат и обсуждение:

На примере представленного клинического случая показаны результаты операции дентальной имплантации, произведенной нами на 8-й неделе после удаления зуба из линии перелома.

В ходе исследования во фронтальном отделе нижней челюсти в области 3.2 зуба установили имплантант. На имплантант зафиксировали временную коронку без окклюзионных контактов.

Клинический случай: для участия в исследовании выбрали пациента А. 19 лет. Протокол исследования был одобрен комитетом по этике АО «Медицинский университет Астана». Пациент предоставил информированное согласие на участие в исследовании. На первом этапе пациент поступил 29.03.2016г. в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКП на ПХВ «Городская больница № 2» г. Астаны с диагнозом: Двусторонний перелом нижней челюсти во фронтальном отделе слева и по углу справа, со смещением. В день поступления произведена операция: Открытая репозиция и иммобилизация отломков нижней челюсти. Удаление 3.2, 4.8 зубов. Назначена антибиотикотерапия, витаминотерапия, физиолечение, анальгетики. На контрольной рентгенограмме нижней челюсти в 3-х проекциях смещение костных отломков устранено. Пациент был выписан 05.04.2016г. на амбулаторное лечение с улучшением. Шины были сняты 26.04.2016г. На рисунке 1 представлен срез с компьютерной томографии (КТ с четко выраженной линией перелома нижней челюсти во фронтальном отделе слева.



Рисунок 1. Срез КТ пациента А.

На 2 этапе через 8 недель при осмотре пациента на нижней челюсти отсутствовали 3.2, 4.8 зубы. Для обеспечения целостности зубного ряда во фронтальном отделе требовалось замещение 3.2 зуба(рис. 2). В целях восстановления функции зубочелюстной системы 29.05.2016г. был установлен имплантант в область 3.2 (Noris, Tuff) диаметром 3,75 и длиной 10 мм(рис. 3, 4). Имплантант был установлен в линию перелома по уровню костно-

го гребня. На имплантант была установлена временная коронка, которая затем была выведена из прикуса(рис.5). Усилие при установке имплантанта на динамометрическом ключе составляло 20 Н•см. Плотность кортикальной костной ткани на время установки имплантанта в линии перелома во фронтальном отделе составляла 362 ± 17 единиц Хаунсфила (HU), в остальных отделах 1380 ± 143 HU.



Рисунок 2. Пациент А., вид в полости рта перед имплантацией

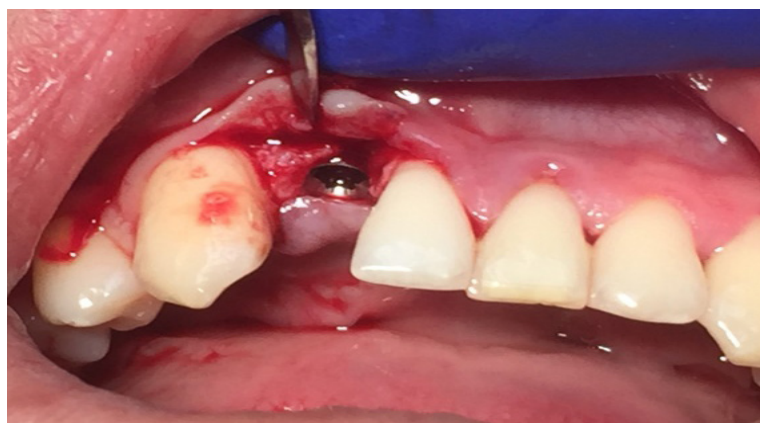


Рисунок 3. Пациент А. после установки имплантанта



Рисунок 4. Панорамная рентгенография нижней челюсти пациента А. на 2-й день после операции.



Рисунок 5. Пациент А., вид в полости рта после установки провизорной коронки и ушивания раны.

Через 16 недель функциональной нагрузки плотность кортикальной костной ткани в области перелома нижней челюсти составляла 1128 ± 69

HU, в отдаленном участке нижней челюсти 1421 ± 21 HU.

На контрольной панорамной рентгенограмме определяется консолидация перелома нижней челюсти (рис.6).

На имплантант была установлена постоянная



Рисунок 6. Контрольная панорамная рентгенография нижней челюсти пациента А. через 3 месяца после установки имплантанта

коронка с усилием 35 Н*см(рис.7).



Рисунок 7. Пациент А. Окончательный вид после фиксации постоянной коронки

При оценке эффективности данного метода лечения нами проводился анализ компьютерной томографии нижней челюсти сделанной в отделении лучевой диагностики ГКП на ПХВ «Городская больница № 2» через 3, 6 месяцев после операции

дентальной имплантации. В таблице представлены усредненные данные плотности кортикальной костной ткани в линии перелома в основной и контрольной группе:

Группа	Через 7-8 недель перелома	Через 3 месяца	Через 6 месяцев после установки имплантата
Основная	319±66	1007±195 (после установки имплантата)	1388 ± 155 (после установки имплантата)
Контрольная	362±96	819±181	1255±217

Таблица 1. Плотность кортикальной костной ткани (НУ)

В исследовании Цимболистова А.В.,1981, было доказано, что функциональная нагрузка в области перелома нижней челюсти посредством съемного протезирования оптимизирует консолидацию перелома и ускоряет минерализацию костной ткани. Romanos G.E. и соавт.(2002г.) в исследовании на животных установили, что минерализация костной ткани происходит быстрее вокруг немедленно функционально нагруженных имплантатов. Кроме того, окклюзионная нагрузка в пределах физиологической нормы стимулирует адаптационный рост кости, но ее превышение может вызывать резорбцию.

Остеоинтеграция имплантата наступила в 93,3 % случаях, в 1 случае(6,7%) имплантант был удален в связи с подвижностью имлантанта, па-

циенту были предложены альтернативные методы реабилитации.

Анкетный опрос показал эффективность метода, так: удовлетворены результатом 93,3% больных основной группы.

Выводы:

1. Данное исследование подтверждает возможность немедленного функционального протезирования с опорой на имплантаты при переломах нижней челюсти в раннем периоде.

2. По результатам исследования установлено, что функциональная нагрузка, полученная за счет установки имплантата в раннем периоде в линию перелома и немедленной фиксацией временной коронки оптимизирует репаративный процесс перелома нижней челюсти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. «Оперативное лечение переломов нижней челюсти»./ Инкарбеков Ж.Б.// автореферат диссер-

тации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Алматы 2010г.

2. «Реабилитация больных с вторичным сниженным прикусом»./ Цимболистов А.В.// диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Санкт-Петербург, 1996 г.

3. «Complications of mandibular fractures»./ Zweig B.E.// New Jersey, USA, 2009г.

4. «Тактика лечения переломов проходящих через лунку зуба на нижней челюсти»./ Милукова Д.Ю.// диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2013г.

5. «Ортопедическая стоматология»./ Копейкин В.Н., Миргазизов М.З.// учебник по ортопедической стоматологии, 2001г.

6.«Экспериментально-клиническое, функциональное и рентгенологическое обоснование ранней функциональной нагрузки при зубной имплан-

тации»./ Ашуев Ж.А.// диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва 2008г.

7. «Оптимизация комплексного лечения переломов нижней челюсти»./ Изосимов А.А./ диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Пермь, 2007 г.

8. «Оптимизация лечения переломов нижней челюсти в области угла с использованием современных материалов»./ Даулеихожаев Н.А.//диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук, Алматы 2010г.

9. «Ранняя и отсроченная дентальная имплантация(клиничко-экспериментальное исследование)»/ Никольский В.Ю.// диссертация на соискание степени доктора медицинских наук, Самара 2007г.

ТҮЙІН

САГЫНДЫК Х.Л., СЕИЛХАНОВ А.С.

ТӨМЕНГІ ЖАҚСҮЙЕК СЫНЫҒЫ САЛАСЫНДА ЕРТЕ ДЕНТАЛДЫҚ ИМПЛАНТАЦИЯНЫҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖҮКТЕМЕСІ

Тісті жұлғанда төменгі жақсүйек сызықтың сынығын қалпына келтіру әдісі жүзеге асады. Төменгі жақсүйек сынығындағы реабилитациялық науқасқа денталды имплант қою әдісі нақты болады.

SUMMARY

SAGINDIK H.L., SEILKHANOV A.S.

EARLY DENTAL IMPLANTATION WITH IMMEDIATE FUNCTIONAL LOADING IN THE FRACTURE LINE OF MANDIBLE

When we extract a tooth from the fracture of lower jaw it is necessary to restore the continuity of the dentition. Dental implants can be one way of rehabilitation of patients with fractures of the lower jaw



УДК 618.3:615.036

Ж.СУЛЕЙМЕНОВА , З.Ж. ЕЛТАЕВА, Ж.М. КУЛЖАБАЕВА

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, ШМИ акушерия-гинекология кафедрасы Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

клиникасы. Шымкент қаласы

ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ ЗАМАНАУИ

ӨСУ ҮРДІСІН ЗЕРТТЕУ

Дамымаған жүктілік заманауи гинекология тәжірибесінде өзекті мәселе болып табылады. Бұл мәселенің өзектілігі бақылау барысында жиілігінің артуы болып табылады. Дамымаған жүктілік демографиялық көрсеткіштерге әсерін беретін өзіндік түсіктердің, яғни жүктілікті көтере алмаушылықтың құрылымының негізгі мәселесінің бірі болып табылады. Сондықтан аталмыш мәселенің

өзектілігі дамымаған жүктіліктің себептерін, пайда болу жағдайларын төмендету және оның алдын алу шараларын жүргізілуін қажет етеді.

Түйінді сөздер: дамымаған жүктілік, жиілігі, кіші жамбас қуысы УДЗ-і, жыныс жолдары қабыну аурулары, алдын-алу.

Дамымаған жүктілік заманауи гинекология тәжірибесінде өзектілігі бақылау барысында

жиілігінің артуы болып табылады. Дамымаған жүктілік демографиялық көрсеткіштерге әсерін беретін өзіндік түсіктердің, яғни жүктілікті көтере алмаушылықтың құрылымының негізгі мәселесінің бірі болып табылады. Сондықтан аталмыш мәселенің өзектілігі дамымаған жүктіліктің себептерін, пайда болу жағдайларын төмендету және оның алдын алу шараларын жүргізілуін қажет етеді. Дамымаған жүктілік – жүктіліктің полиэтиологиялық асқынуы, оның жиі себебі шартты патогенді микроағзалар мен вирустардың персистенциясын тудыратын созылмалы эндометрит болып табылады. Жүктіліктің ерте мерзімінде біріншілік инфицирлену эмбрионың зақымдалуына, өмір сүруге қабілетсіз болып табылатын спорадикалық өзіндік түсікке әкелетіні белгілі. Дамымаған жүктілік және созылмалы эндометриті бар әйелдердің басым көпшілігінде эндометрийге екі-үш және одан да көп облигатты анаэробты микроағзалар мен вирустардың таралуы байқалады. Бірақ дамымаған жүктілікке әсер етуші басқа да факторлар болуы мүмкін: анатомиялық аномалиялар, хромосомдық ақаулар, қанның үю жүйесінің бұзылысы. Қазіргі уақытта аз зерттелген генетикалық, иммундық, тромбофилиялық факторларға қызығушылық артуда. Тромбофилиялық фактор генетикалық түрде анықталған. [1, с.242-243]. Дамымаған жүктіліктің клиникалық белгілері (ауырсыну, жыныс жолдарынан қанды бөлінділердің бөлінуі, жатыр көлемінің болжам мерзімінен арта қалуы) эмбрион дамуы тоқтағаннан кейінгі 2-6 апталарда көрінеді. Дамымаған жүктіліктің үзілу сатылары өздігінен түсік сатыларымен сәйкес келеді: түсік қауіп, жолдағы түсік, толық емес түсік. Зерттеу көлемін және жүргізу әдісін анықтау мақсатында, АФС (антифосфолипті синдром) клиникалық критерийлерін анықтау үшін әйелдің анамнезін толық жинау міндетті болып табылады. Зерттеу әдістері: 1) акушерлік тексеру, дамымаған жүктілікте 12 аптадан жоғары мерзімде жатыр түбі биіктігі – жүктілік мерзіміне сәйкес келмейді. 2) айнаның көмегімен жатыр мойнын қарау, қынаптық тексеру: жеңіл қан кету, жатыр мойны жабық, жатыр көлемі жүктілік мерзіміне сәйкес келмейді. 3) Зертханалық тексерулер - қандағы АХГ (адамның хорионды гонадотропин гормоны) концентрациясын анықтау. АХГ концентрациясы жүктілік мерзіміне сәйкес келмейді, дамымаған жүктілікте оның деңгейі – төмендейді. 4) АФС-ға күдік туғанда: жегілік антикоагулянт және антифосфолипидті және антикардиолипидті антиденелерді, АЧТВ, антитромбин 3, Д-димер, тромбоциттердің агрегациясын анықтау. 5) гемостазиограмманы анықтау

6) Ультрадыбыстық зерттеу: жүктіліктің 7 аптасынан кейін ұрық жұмыртқасы қуысында эмбрионның анықталмауы немесе дамымаған жүктілікте ұрық жүрек соғысының болмауы. [2, с.2-3.]. Симптомдардың аздығы мен эндометрит латенттілігін есепке ала отырып, тіпті шағымдары болмаған жағдайда да стандартты тексеруден өткізу қажет: жағындыны микроскопиялық зерттеу, бактериологиялық зерттеу, жыныстық жолмен берілетін жұқпалы ауруларға (ЖЖБЖА) полимер-тізбекті реакция диагностикасы, гормондар деңгейін зерттеу, ағза иммунореактивтілігін анықтау, гемостазиограмманы анықтау. Дамымаған жүктілік қайталануында ерлі-зайыптыларға медико-генетикалық консультация ұсынылады. Отадан кейінгі кезеңде реабилитациялық емдеу жүргізілгенде жүктілік - шамамен 85% жағдайда, босану — 70% жағдайда байқалады. [1, с 249.]. Зерттеудің мақсаты: Дамымаған жүктіліктің даму факторларын анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Материал ретінде Шымкент қаласы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасының гинекология бөліміндегі 2014ж, 2015ж, 2016ж, 3 жылдық есеп көрсеткіштері және стационарлық науқастың медициналық карталары (форма 003/у) алынды, ретроспективті талдау жүргізілді.

Жүргізілген зерттеу нәтижелері: 2014жылғы барлық емделген (1271) науқастар арасында 225 науқаста (17,7%), 2015жылғы барлық емделген (1132) науқастар арасында 214 науқаста (18,9%), 2016жылғы барлық емделген (1192) науқастар арасында 373 науқаста (31,2%) дамымаған жүктілік анықталған. Жылдар бойынша дамымаған жүктіліктің өсу үрдісін байқауға болады. Мақсатқа жету үшін тасымалдау түрі, науқастардың жасы, олардың акушерлік-гинекологиялық және соматикалық анамнездері, анамнезіндегі жүктілік және босану ағымдары, кіші жамбас ағзалары УДЗ нәтижелері, қабыну ауруларының жиілігі, экстрагениталды патологиялар жиілігі және жүктілікті үзу әдістері, асқынулары зерттелінді. Гинекология бөлімшесіндегі жатқызылған әйелдердің: 50%-ы жедел жәрдем бригадасымен жеткізілген, 20%-ы өздері келген, 30%-ы жолдама бойынша. Жүкті әйелдердің жасы бойынша жіктелуі: 15-тен 17 жасқа дейін -1(0,3%) жағдай, 18жас-5(1,3%)жағдай, 19-дан 29 жасты қоса есептегенде 207(55,4%) жағдай, 30-дан 49 жасты қоса есептегенде 160 (43%)жағдай. Науқастардың әлеуметтік статусы: жұмысшылар - 26%, студенттер-20%, үй бикелері- 54% Босану паритеті бойынша: дамымаған жүктілік 64 (17%)жағдайда алғаш босанушыларда анықталған, қайта босанушыларда 303 (81%)

жағдай (2-5босану) және көп босанушы әйелдерде 6 (1,6%) жағдайда анықталған. Жүктілік мерзімі бойынша: дамымаған жүктілік жиі 12 аптаға дейінгі жүктілік мерзімінде -317 (85%) жағдай байқалды, олардың ішінде 58(18%) жағдай алғашқы жүктілік; 13 апта және одан жоғары 56 (15%) жағдай, олардың ішінде 6 (10,7%) жағдайда алғашқы жүктілік. Дамымаған жүктілікпен әйелдердің акушерлік-гинекологиялық анамнезін зерттеу кезінде анықталғаны, 210(56%) жағдай асқынған акушерлік анамнез, анамнезінде өзіндік түсік - 105(28%) , дамымаған жүктілік - 63(17%), медициналық өзіндік түсік жағдайлары - 42(11%). Дамымаған жүктілікті анықтау диагностикасы, барлық 373 (100%) жағдайдың бірінші анықталғаны әйелдердің кіші жамбас ағзаларының УДЗ барысында және де жүктілердің жоспарлы УДЗ скрининг кезінде анықталғанын байқауға болады. Әйел жыныс ағзаларының қабыну ауруларының өзектілігі, жоғары дәрежеде таралуына, диагностикасы мен емнің қиындығына, созылмалыға ауысу дәрежесінің жоғары деңгейі мен соған байланысты салдарларына (бедеулік, акушерлік асқынулар және т.б.) негізделген. Сонымен қатар әйел жыныс ағзаларының қабыну аурулары мәселесінің тағы бір маңызды тұсы, аурушандықтың тұрақты өсуі, фертильді жастағы әйелдің репродуктивті денсаулығын нашарлататын науқас контингентінің жасаруында. [3, с.221.]. Дамымаған жүктілікпен әйелдердің гинекологиялық аурушандығының құрылымы: анамнезінде жыныс ағзаларының қабыну ауруларының жиілігі 180(48,2%) жағдайда анықталған. Жиі кездесетіні-кольпиттер 57(32%) жағдай. Дамымаған жүктілік болған әйелдердің жыныс жолдары арқылы берілетін инфекциялар құрылымы назар аудартады. ИФА әдісі арқылы қандағы жыныс жолдары ақылы берілетін инфекцияларды анықтаудан өткен әйелдерден келесі жыныс жолдары арқылы берілетін инфекциялар анықталған – жай герпес вирусы 42 (23,3%) жағдай, цитомегаловирус 38 (21,1%), уреаплазма 22 (12,2%) жағдай. Сондай-ақ етеккір циклының бұзылысы 11 жағдай (6,1%), альгодисменорея 2,2%, гиперполимено-рея3,9%,жатыр миомасы, жатырмойны эрозиясы, т.б. Экстрагениталды патологияның жоғары жиілігін байқауға болады, 160 жағдай(43%). Экстрагениталды патологиялар арасында жиі кездесетіні жүктілердегі анемия -125 жағдай (78,1%) , созылмалы пиелонефриттің өршуі -35 жағдай (22%). Стационарға түскендегі клиникалық белгілерін бағалауда: жиі жыныс жолдарынан аздаған қан кетулер, іштің төменгі бөлігінің тартып ауырсынуына шағымданған, кейбір әйелдерге дамымаған

жүктілік диагнозы ультрадыбысты зерттеу нәтижелері арқылы қойылған. Стационарда дамымаған жүктілік диагнозы қойылғаннан кейінгі, жүктілікті үзу әдісі әйелдің ақпараттандырылған келісімімен таңдалған. Стационарда 223 (60%) науқасқа жатыр қуысын кюретаж көмегімен аспаптық босату жолымен ұрық жұмыртқасын эвакуациялау жүргізілген, 150(40%) жағдай мифепристон, мизопростол таблеткасымен схема бойынша медикаментозды үзу жүргізілген, оның 27(18%) жағдайына ұрық жұмыртқасының жатыр қуысында қалып кетуіне байланысты жатыр қуысын аспаптық босату жасалды.

Қорытынды: сонымен, стационарлық науқастың медициналық карталарына ретроспективті жүргізілген талдау негізінде, дамымаған жүктілік жиілігінің жыл сайын көбейуін байқауға болады. Дамымаған жүктіліктің негізгі дамытушы факторы болып, жыныс ағзаларының қабыну аурулары болып табылады, әйелдердің анамнезінде жыныс ағзаларының қабыну ауруларының жиілігі 180(48,2%)жағдайда анықталған. Дамымаған жүктілікпен әйелдердің акушерлік-гинекологиялық анамнезін зерттеу кезінде, 56% әйелдерде асқынған акушерлік анамнез, 28% әйелдерде өздігінен түсік, 17% әйелдерде кіші жамбас мүшелерінің созылмалы қабыну аурулары себеп болған дамымаған жүктілік,11% әйелдерде медициналық аборт болған. Сонымен қатар созылмалы қабыну ауруларының себебі болып, жыныс жолдары арқылы берілетін инфекциялар табылған:цитомегаловирус-21,1%, қарапайым герпес вирусы -23,3%, уреаплазма12,2%.

Дамымаған жүктіліктің даму тенденциясын төмендету мақсатында, фертильді жастағы әйелдерді тексеру және сауықтыру шараларын жүктілікке дейін жүргізу қажет. ҚР ДСМ 2012 жылғы 3 маусымдағы №452 бұйрығы «Жүкті, босанатын, босанған әйелдерге және ұрпақты болу жасындағы әйелдерге медициналық көмекті жетілдіру шаралары туралы». бұйрыққа №2 қосымша, «Босану жасындағы әйелдерді зерттеп-қарау жоспары» талаптарында көрсетілгендей әйелдің анамнезін мұқият жинау, терапевттің (ЖТД), акушер-гинекологтың қарауы, жалпы қан, зәр анализдері; ЭКГ; кіші жамбас қуысы УДЗ-і; қанды көрсеткішіне қарай ЖЖБ-ЖИ-ға тексеру; қанның RW, АИТВ зерттеулері; көрсеткіштері бойынша медико-генетикалық кеңес беру, қосымша тексерулер және басқа бейінді мамандар кеңесін жүргізу. Бұйрыққа №3қосымша « Әйелдердің гравидар алдындағы дайындық алгоритмі» талаптарына сай, анықталған және болған экстрагениталдық және гинекологиялық аурулар-

ды сауығу нәтижесіне жету үшін емдеу немесе жүктілік болғанға дейінгі 3 айға дейін тұрақты ремиссиясына жеткізу. Жоспарлы жүктілік болғанға дейінгі 3 айға дейін ерлі-зайыптылардың екеуіне де және әйелге жүктіліктің басқы Зайында: фолий қышқылы 0,1 x 3 рет/тәулігіне; толық ақуызды, минералдар және витаминдерге бай диета тағайындалады. Ерлі-зайыптылардың екеуіне де күн және тамақтану тәртібін сақтау, толық демалыс және ұйқы, таза ауда серуендеу, физикалық жаттығулар-

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. Москва. 2009г. стр. 242-243. 249.

2. Клинические протокол «Самопроизвольный выкидыш». Утвержден Протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК №18 от 19 сентября 2013 года. стр. 2-3.

мен айналысу, жаман әдеттерді тастау, кәсіби зияндылықтарды жою ұсынылады. [4, стр 6-7.]. Фертильді жастағы әйелдерге амбулаторлы-емханалық гинекологиялық көмекті ұйымдастыруды күшейту қажет, гинекологиялық ауруларды ерте анықтау диспансерлік бақылау, профилактикалық шараларын жүргізу, гинекологиялық науқастарға және жүктілікке байланысты, емдік-сауықтыру шараларын жүргізу, яғни әйелдерді қауіпсіз ана болуға дайындау қажет болып табылады.

3. Гинекология. Руководство к практическим занятиям. Под редакцией профессора В.Е. Радзинского. Москва. 2008г. стр. 221.

4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 3 шілдедегі №452 бұйрығы « Жүкті, босанатын, босанған әйелдерге және ұрпақты болу жасындағы әйелдерге медициналық көмекті жетілдіру шаралары туралы » Қосымша №2, №3. 6-7б.

РЕЗЮМЕ

Ж.СУЛЕЙМЕНОВА, З.Ж. ЕЛТАЕВА, Ж.М. КУЛЖАБАЕВА

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ - ОДНОЙ ИЗ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность этой проблемы обусловлена увеличением частоты данной патологии в динамике. Одной из главных проблемой в структуре самопроизвольных абортів то есть невынашивания беременности, которое влияет на демографические показатели, является неразвивающаяся беременность. Что требует изучения причины и проведения мероприятий по снижению и профилактике развития неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, частота, УЗИ органов малого таза, воспалительные заболевания гениталий, профилактика

SUMMARY

SULEYMENOVA J., ELTAEVA Z.J., KULJABAEVA J.M

Kazak-Turkish University A.H. Yasawi, Shymkent Medical Institute, Shymkent

DEVELOPING PREGNANCY IS ONE OF THE URGENT PROBLEM OF MODERN GYNECOLOGY

The urgency of this problem is due to an increase in the frequency of this pathology in the dynamics. One of the main problem in the structure of spontaneous abortion is true cerealella pregnancy, which affects the demographic indicators is developing pregnancy. That requires an examination of the causes and measures to reduce and prevent the development of developing pregnancy.

Keywords: developing pregnancy, frequency, pelvic ultrasound, inflammatory diseases of the genitals, prevention.



УДК: 616.379:616.61-07-08-053.2(575.2)

О.И. ТЕРЕХОВА 1, Э.Ш. АЛЫМБАЕВ 1, Н.Н. КУШУБЕКОВА 2, Ф.Б. ИСАКОВА 2, Н.К. ДЖУ-
НУШАЛИЕВА 2, Н.К. АКМАТОВА 2

Кафедра факультетской педиатрии КГМА им. И.К.Ахунбаева1

Национальный центр охраны материнства и детства2

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПА-
ТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

Резюме. В статье описан ретроспективный анализ историй болезни 392 детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа с 2011 по 2015 гг., выяснилось, что 29 детей и подростков страдают диабетической нефропатией, что составило 7,5 %. Выявлено, что чаще диабетическая нефропатия встречается у мальчиков, а так же давность заболевания сахарного диабета 1 типа на момент диагностирования диабетической нефропатии составила 5-10 лет.

Ключевые слова: диабет, дети и подростки, диабетическая нефропатия.

Актуальность. Распространенность осложнений сахарного диабета 1 типа в настоящее время составляет 70-90% [1]. Среди микроангиопатий наиболее тяжелым и прогностически неблагоприятным считается диабетическая нефропатия [2].

Первые сообщения о поражении почек при сахарном диабете (СД) появились в конце XIX века. С того времени диабетические сосудистые осложнения почек привлекали пристальное внимание широкого круга исследователей [1].

Диабетическая нефропатия (ДН) — это специфическое поражение сосудов почек при сахарном диабете, сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности (ХПН) [3].

Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается у лиц, заболевших СД в детском возрасте [4]. Ряд авторов показали, что у 50-76% больных с началом диабета до 20 лет ДН являлась основной причиной смерти [3]. При СД 1 типа частота распространения ДН по данным литературы расходится, по данным многочисленных авторов она варьирует от 15 до 70% [5]. Так, большинство авторов в своих работах выявили, что диабетическая нефропатия встречалась только у 40-45% больных СД 1 типа, а у остальных больных поражение почек не развивалось независимо от возраста пациента, длительности и тяжести заболевания. Наряду с этим, отдельные исследователи, в противовес вышеизложенному, приводят более высокие цифры развития

ДН от 60 до 72% [5].

В Российской Федерации распространенность ДН в начале XXI века составляла 19% и это отражало лишь регистрируемые данные, наверняка фактические цифры превышали этот процент [2]. Это пошло подтверждение в том, что в 2014 по данным Государственного регистра Российской Федерации распространенность ДН при СД 1 типе составила в среднем около 30% [3].

Цель исследования: Изучение структуры, клинических особенностей, диагностики и лечения диабетической нефропатии у детей и подростков, госпитализированных в отделение эндокринологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) в 2011 – 2015 гг.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 392 детей и подростков, страдающих сахарным диабетом 1 типа с 2011 по 2015 гг., где у 29 была выявлена диабетическая нефропатия, что составило 7,5 %.

Верификация диагноза диабетическая нефропатия проводилась в стационаре и включала в себя: сбор и оценку жалоб, изучение анамнеза, клиническое обследование пациента, оценка самоконтроля по уровню гликогемиоглобина, измерение артериального давления (АД), лабораторное исследование – общий белок, креатинин и мочевины крови, общий анализ мочи на наличие протеинурии, суточный анализ мочи на микроальбуминурию (МАУ), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которая определялась по формуле Шварца, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Все пациенты были проконсультированы нефрологом и офтальмологом. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ MS Office 2007.

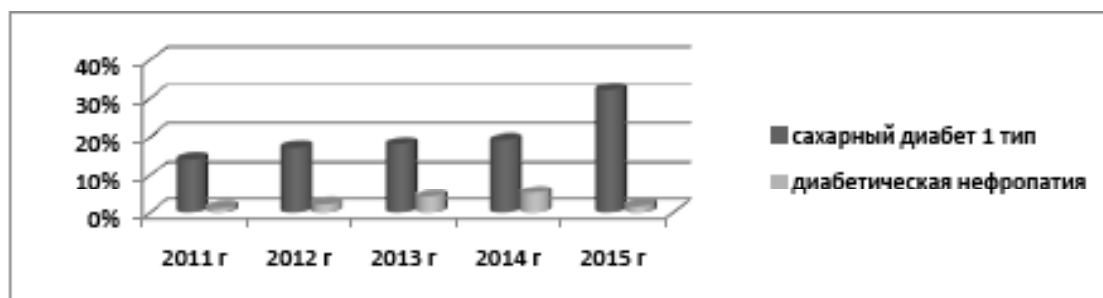
Результаты и их обсуждение: Изучены истории болезни 29 ребенка с диабетической нефропатией, получивших стационарное лечение в отделении эндокринологии НЦОМид за период 2011 - 2015 гг.

Было выявлено, что количество больных, впервые госпитализированных в это время СД 1 типа

увеличилось на 18%, а количество больных с диабетической нефропатией возросло от 1% в 2011 г. до 5% в 2014 г, и вновь снизилось до 3% в 2015 году.

Это связано с тем, что общее число больных детей и подростков с СД 1 увеличилось в 2015 году (по отношению к 2014 году) на 134 ребенка, и это указано на рисунке 1.

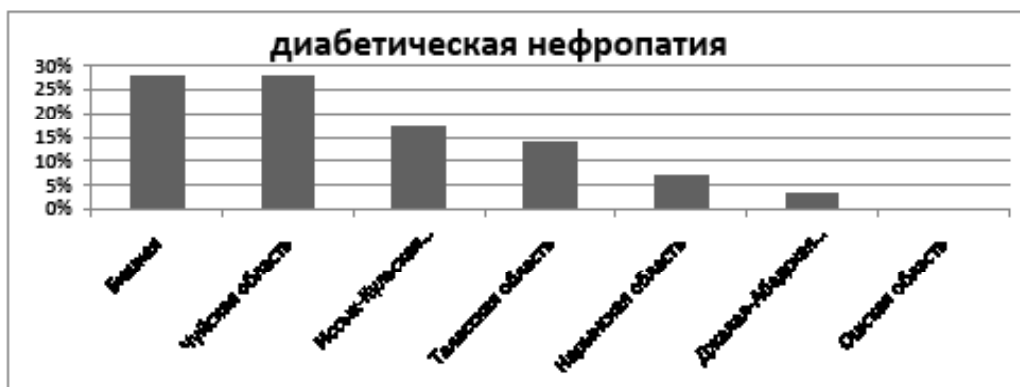
Рисунок 1. Рост сахарного диабета 1 типа и диабетической нефропатии.



Чаще дети с диабетической нефропатией поступали из Бишкека (28%), Чуйской (28%), Иссык-Кульской (17%) и Таласской (14%) областей, реже из Баткенской (3%), Джалал-Абадской (3%) и Нарынской (7%) областей (см.рис.2). ДН не была

зарегистрирована из Ошской области и скорее всего это было связано с тем, что в г.Ош есть специализированные детские эндокринологические и нефрологические отделения.

Рисун **2**



По половой принадлежности диабетическая нефропатия встречалась чаще у мальчиков (62%), чем у девочек (38%), вероятно это связано с тем,

что наименьшая компенсация сахарного диабета 1 типа встречалась чаще у мальчиков (см.рис.3).

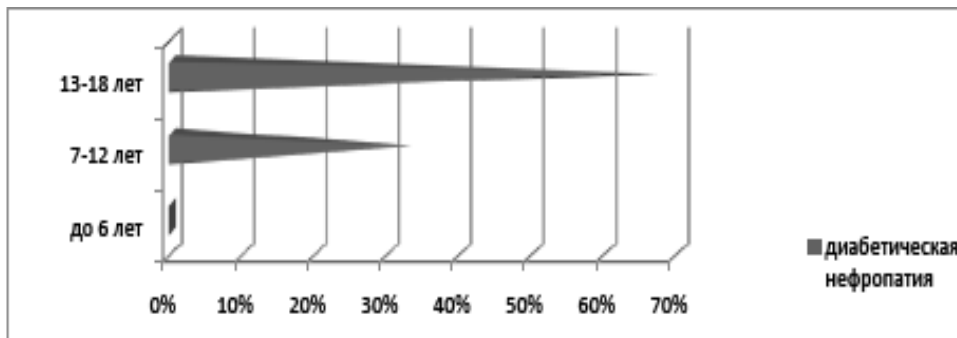
Рисунок 3. Распределение диабетической нефропатии по половым различиям.



У 68% детей диабетическая нефропатия чаще была выявлена в возрасте 13-18 лет (рис.5), то есть в подростковом возрасте, хотя эти дети заболели

в раннем детском возрасте и на момент развития ДН продолжительность заболевания была больше 5 лет.

Рисунок 5. Возраст детей на момент постановки диагноза – диабетическая нефропатия.



Для изучения клинических особенностей диабетической нефропатии у детей, дети и подростки были подразделены на 3 группы с учетом возраста детей на момент диагностики сахарного диабета 1 типа. Первая группа включала детей, заболевших в возрасте 0-6 лет (11 детей), вторая – 7-12 лет (14 детей), третья – 13-18 лет (4 ребенка).

Во всех трех группах на протяжении пяти лет каждый ребенок хотя бы один раз за госпитализа-

цию поступал в состоянии кетоацидоза. Во второй группе у одного ребенка регистрировалось повышение артериального давления до 140/80 мм.рт.ст. Периферические отеки отмечались у пятерых детей из первой и пятерых из второй групп и у одного ребенка в третьей группе. Все три группы детей длительное время находились в состоянии декомпенсации, как это видно по гликолизированному гемоглобину (HbA1C) в таблице 1.

Таблица 1. Среднее значение креатинина и СКФ.

	СД 1 тип впервые выявлен	Кетоацидоз чел.	Сред. АД, мм.рт.ст.	Периф. отеки чел.	Сред. значение HbA1C
1 группа	0-6 лет	11	111,8±12,8	5	9,6±1,8
2 группа	7-12 лет	14	113,6±13,22	5	9,0±3,2
3 группа	13-18 лет	4	108,75±7,4	1	9,8±2,4

Среднее значение креатинина в зависимости от группы больных детей составило от 91,6 до 105,4

мкмоль/л, при норме 44-110 мкмоль/л (см. таб.2).

Таблица 2. Среднее значение креатинина и СКФ

	СД 1 тип впервые выявлен	среднее значение креатинина мкмоль/л	среднее значение СКФ мл/мин	Среднее значение МАУ мг/сут
1 группа	0-6 лет	105,4±21,7	108,5±18,5	68,8±126,4
2 группа	7-12 лет	101,9±24,4	126,9±33,9	64,3±194,1
3 группа	13-18 лет	91,6±13,1	59,0±14,0	450,2±767,7

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в первой и второй группах в среднем составила по 109 мл/мин и 127 мл/мин и соответствует 1 стадии хронической болезни почек (ХБП), а в третьей – 59 мл/мин, что согласно классификации свидетельствует 2-3 стадии ХБП. Среднее значение микроальбуминурии (МАУ) составило 69 - в первой, 64 - во второй и 450 мг/сут в третьей группе (см. таб.2), которое говорит по классификации по уровню альбуминурии о 2 и 3 категории. В проведении анализа используется классификация, приведенная в алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом под ред. Дедова И.И.

Изменения по данным ультразвукового исследования (УЗИ) почек были обнаружены у всех детей и характеризовались утолщением чашечно-лоханочной системы, уплотнением мезангия клубочков.

Все три группы детей получали аналоги инсулинов (сочетание детемира с аспартом или гларгина с лизпро), из расчета 0,5-2,0 ЕД на массу тела с учетом возраста и индивидуальной потребности в инсулине.

При каждой госпитализации дети осматривались узкими специалистами (окулистом, неврологом, нефрологом). У 100% детей была обнаружена диабетическая ретинопатия I степени, у 76 % диабетическая полинейропатия.

По рекомендации нефролога 7% детей была рекомендована пункционная нефробиопсия для морфологического уточнения стадии ХБП, но родители детей отказались от проведения данной процедуры.

После установления диагноза диабетическая нефропатия всем детям были назначены препарат

группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) – эднит из расчета 2,5-5 мг/сут, однократно утром в 07:00, постоянно. На фоне терапии не один ребенок до 18 лет не пришел к терминальной почечной стадии.

Четыре ребенка выпали из клинического наблюдения в связи с переходом под наблюдение терапевтов. Остальные дети наблюдались в отделении эндокринологии минимум 2 раза в год. В настоящее время обследованные дети в проведении гемодиализа не нуждаются.

Выводы:

1. 7,5% детей и подростков, госпитализированных в отделение эндокринологии НЦОМиДа за 2011-2015 гг, имели осложнение в виде диабетической нефропатии.

2. ДН диагностирована чаще у мальчиков (62%), в Бишкеке и Чуйской области (56%), данные по Ошской области отсутствуют в связи с тем что в г.Ош есть специализированное эндокринологическое отделение.

3. Давность заболевания сахарного диабета I типа на момент выявления диабетической нефропатии составила 5-10 лет и все дети с диабетической нефропатией были постоянно в состоянии декомпенсации, периодически поступали в состоянии кетоацидоза.

4. Для практического здравоохранения срочно необходимо разработать клиническое руководство по ранней диагностике диабетической нефропатии, которое позволит в какой-то мере уменьшить развитие хронической почечной недостаточности у детей, страдающих сахарным диабетом I типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Adler S., Nast C., Artishevsky A. Diabetic nephropathy: Pathogenesis and treatment //Annu Rev. Med. - 2013.- Vol.44, P.303-315.
2. Жуковский М.А. Детская эндокринология: Ручов. для врачей.-2-ое изд.- М.: Медицина, 1982.- 448 с.
3. Диабетическая нефропатия: Разработки протокола / Кабулбаев К.А. , Канатбаева А.Б. – Казахстан, 2014.
4. Диабетическая нефропатия: состояние проблемы в мире и в России / Шестакова М.В. , Сунцов Ю.И. , Дедов И.И. // Сахарный диабет. – 2001.- Вып.3.
5. Федеральные клинические рекомендации по

диагностике, скринингу, профилактике и лечению хронической болезни почек у больных сахарным диабетом: Проект / Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава России / М.В. Шестакова, М.Ш. Шамхалова, И.Я. Ярэк-Мартынова, О.Ю. Сухарева, О.К. Викулова, С.А. Мартынов, И.И. Клефтортова, Н.П. Трубицына, Н.В. Зайцева, Е. В. Тарасов. – М., 2015.

6. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом./ Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В., 7-е изд. - М., 2015.

ТУЙН

О.И. ТЕРЕХОВА¹, Э.Ш. АЛЫМБАЕВ¹, Н.Н. КУШУБЕКОВА², Ф.Б. ИСАКОВА², Н.К. ДЖУНУШАЛИЕВА², Н.К. АКМАТОВА²

И.К.Ахунбаев1 атындағы ҚММА факультеттік педиатрия кафедрасы

Ана мен баланы қорғау Ұлттық орталығы2

ҚЫРҒЫЗСТАНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ДИАБЕТТІК НЕФРОПАТИЯ-НЫҢ КЛИНИКАСЫ, ДИАГНОСТИКАСЫ, ЕМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада 2011 жылдан 2015 жыл аралығындағы қант диабеті 1 типімен ауырған 392 бала мен жасөспірімдердің сырқатнамаларынан ретроспективті анализ жасалынған. Оның ішінде 29 бала мен жасөспірім диабеттік нефропатиядан зардап шегеді, яғни 7,5% құрайды. Анықталғандай, диабеттік нефропатия ұл балаларда жиі кездеседі. Қант диабеті 1 тип бойынша ауру ұзақтығы, диабеттік нефропатия диагнозын қойғанға дейін 5-10 жыл уақытты құраған.

Жетекші сөздер: диабет, балалар мен жасөспірімдер, диабеттік нефропатия.

SUMMARY

O.I. TEREKHOVA1, E.S. ALYMBAEV1, N.N. KUSHUBEKOVA2, F.B. ISAKOVA2, N. K. DJUNUSHALIEVA2, N. K. AKMATOVA2

I.K.Ahunbaev Kyrgyz state medical academy

Department of Facultative of Pediatrics1

National center for maternal and childhood welfare2

KYRGYZSTAN CHILD AND ADOLESCENTS DIABETIC NEPHROPATHY CLINICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT PECULIARITIES

Article presents a retrospective analysis of case histories of 392 children and adolescents with 1 type diabetes from 2011 to 2015. Analysis found that 29 children and adolescents suffer with diabetic nephropathy (which composes 7.5%). It was revealed that mostly diabetic nephropathy occurs in boys, as well as disease duration of type 1 diabetes at the time of diagnosis of diabetic nephropathy was 5-10 years.

Key words: diabetes, child and adolescents, diabetic nephropathy.



УДК :618.11-006.2.04:-5

Р.Я. УТЕПОВА, И.С. САРКУЛОВА

Н.И.ҚАЛДЫБЕКОВА, А.О.ТУЛЕКЕЕВА

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты Шымкент қаласы

Авиценна медициналық колледжі, Шымкент қаласы

АНАЛЫҚ БЕЗДЕРДІҢ ІСІКТЕРІ МЕН ІСІК ТӘРІЗДІ ҚҰРЫЛЫМДАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Аннотация. Аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдарын диагностикалау және емдеу күрделі, өзекті мәселе болып табылады. Әйел жыныс органдарының онкологиялық ауруларының ішінде бұл ісіктер кездесу жиілігі бойынша екінші орында тұр, яғни 6-11 % -ды құрайды. Жүктілік кезінде аналық бездердің шынайы қатерсіз ісіктерінің арасында эпителиальды генезді құрылымдар: серозды және муцинозды цистаденомалар анықталады. Аналық бездердің ісік тәрізді құрылымдарына сары дененің кистасы, эндометриодты киста, жетілген тератома кіреді. Жүктілік ағымында сары дененің кистасы қайта

дамуға ұшырайды.

Кілт сөздері: Катерсіз ісік, жүктілік, асқынулар, ісік аяқшасының бұралуы, аналық без, жүктілікті үзу, оперативті ем.

Маңыздылығы: Қатерлі ісіктер мен ісік тәрізді құрылымдарды диагностикалау және емдеу аналық бездер түзілімдерінің күрделі және өте өзекті мәселелері болып табылады. Айта кету керек, аналық бездің ісіктері жүктіліктің барлық мерзімінде, жүктілік кезінде, босанғаннан кейінгі кезеңде, сонымен қатар жатырдан тыс жүктілікте пайда болуы мүмкін[1,2].

Мақсаты: Аналық бездердің қатерлі ісіктер мен

ісік тәрізді құрылымдырына әдеби шолу жасау және өзіміздің зерттеулерді талдау.

Зерттеу әдістері және материалдар: Аналық бездердің қатерлі ісіктер мен ісік тәрізді құрылымдырының сипаты жүктілік кезінде әр түрлі болады. Жүктілік кезінде аналық бездің шынайы қатерсіз ісіктерінің серозды және муцинозозды цистаденома сияқты құрылымдары анықталады. Аналық бездің ісік тәрізді құрылымдарына жатады: сары дене кистасы, эндометриодты киста, жетілген тератома. Сары дене кистасы көбінесе жүктілік кезінде кері дамуға ұшырайды [3,4,5]. Аналық бездің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдары наукастардың дұрыс көңіл аудармағандықтан, ісіктертің клиникалық көрінісінің жеткіліксіздігінен, наукастардың дәрігерлерге кеш қаралуынан аурудың қатерсіз түрінен қатерлі түріне өту мүмкіншілігі өте жоғары болады. Аналық бездің ісіктерінің пайда болуына алып келетін қауіп тобындағы әйелдерге қолайсыз преморбидты фон, менархе кезеңінен бастап етеккір циклының бұзылуы, жатыр қосалқыларының қабыну процестері, біріншілік бедеулік және миомамен ауыратын әйелдер жатады. [1,4]. Аурудың алғашқы сатысы симптомсыз жүреді. Сондықтан аналық бездегі ісік және ісік тәрізді құрылымдардың пайда болу уақытын анықтау өте қиын болады. Осы көрініс наукастардың дәрігерге аурудың кеш сатысында келуіне бірден бір себеп болады. Аурудың симптомының пайда болуының басым бөлігі ісіктің орналасуымен көлеміне байланысты болады. Аналық без ісігімен ауыратын наукастар ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, бел аймағының тартып және сыздап ауырсынуына шағымданып келеді. Іштің жедел ауырсынуы ісік аяқшасының бұралуы кезінде және ісік капсуласының жарылу салдарынан болатын қан кетулер кезінде болады. Ауырсынулар етеккір циклына байланысты болмайды. Ауырсынулар аналық бездің сірлі қабығының қабынуынан немесе тітіркенуінен, ісік капсуласының созылуынан, жыныс мүшелерінің тегіс бұлшық еттерінің салдануынан болады. Наукастың дәрігерге қаралуыда осы ауырсыну болып табылады. Сирек жағдайда аналық без ісігімен ауыратын наукастардың көрші ағзалар қызметінің бұзылуы болады: іш қату, несеп шығудың бұзылыстары. Бұл симптомдар мүшелердің механикалық басылуынан және инервациясының бұзылу салдарына негізделген [1,8,4,10]. Аналық безде ісік пайда болғанда жүктіліктің асқинуы, жатырды басып қалуы, жүктіліктің мерзімінен бұрын үзілуі, жүрек-қан тамыр жүйесіндегі өзгерістер, еңтігу, гестоздар, нәресте гипоксиясы, нәрестенің төмен жатқан

бөлігінің дұрыс орналаспауы болуы мүмкін. Босану кезіндегі асқину: босану кезінде бала басының босану жолдарынан дұрыс жылжуына және дұрыс орнығуына кедергі жасау, аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымының жарылуына, аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымдарының аяқтарының бұралуы болып табылады. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі асқину: аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымдарының аяқтарының бұралуы болады. Көршілес жатқан мүшелерге байланысты асқинулар: қуықтың қысылуы, ісік салдарынан несеп ағардың жылжуы, тік ішектің қысылып қалуы. Аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымдарының тарапынан болатын асқинулар: аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымдарының қысылып қалуы, ісік тіндерінің некроздануы, аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымдары аяқтарының айналып кетуі, ісіктердің жарылуы, аналық бездің ісіктері және ісік тәрізді құрылымдарының инфицирленуі. Аналық бездің қатерсіз ісіктері кезіндегі жалпы қан талдауларында ЭТЖ –дан басқа ешқандай өзгерістер болмайды. ЭТЖ көптеген наукастарда 25-30 мм/с дейін жоғарылайды. Асқинулардың болуы әдетте лейкоцитозға алып келеді. Аналық без ісігінің диагностикасы клиникалық-анамнездік деректерге, қынаптық зерттеуге сонымен бірге қосымша зерттеу әдістеріне негізделіп қойылады [1,2]. Бимануалды қынаптық зерттеу кезінде көптеген жағдайларды ісіктің көлемін, консистенциясын, қозғалысын, ісіктің беткей қабатының құрылымын, орналасуын және оның кіші жамбас мүшелеріне қатынасын анықтауға болады. Қазіргі уақытта ісіктерінің және ісік тәрізді құрылымыдардың диагностикасында заманауи жоғарғы технологиялық зерттеу әдістері қолданылды: трансвагинальды эхография, түрлі-түсті доплерография, спиральды компьютерлік томография, магнитно-резонансты томография, қажет болған жағдайда лапароскопия жасалынады. Ультрадыбыстық сканерлеу, аналық бездің ісіктерінің және ісік тәрізді құрылымдарының ең бағалы диагностикалау әдістерінің бірі болып табылады. Аналық без ісігінің симптомсыз жүретін түріндегі жүктілікті жүргізу жеке-дара шешіледі. Үлкен емес қатерсіз ісік болса оперативті ем жүргізілмейді (УЗД және доплерометрия мәліметі бойынша), жүктілік барысында ісікке бақылау жүргізіледі, босанғаннан кейін өзгермесе оперативті жолмен алып тастайды. [1,3,5,]. Егер аналық бездің ісік тәрізді құрылымдары пайда болғанда яғни жүктілік кезіндегі кисталардың жедел іш сияқты клиникалық симптомдары болмаса жүктіліктің 16-18 аптаға

дейін ота жасамаған дұрыс, өйткені жүктілік сары денсінің персистенциясына алып келеді. (хирургиялық араласулар прогестерон жетіспеушілік салдарынан жүктіліктің үзілуіне алып келуі мүмкін). Жүктіліктің 16-18 аптасынан кейін жүктіліктің сары дене персистирлеу қызметін плацента жалғастырып, содан кейін киста өздігінен кетуі мүмкін [1,4,7]. Жүктілік кезінде хирургиялық емге көрсеткіш ісіктің қатты ауырсынуға алып келетін қалыптынан көп қозғалмалылығы, 7-8 см диаметрдегі ісік, шынайы ісік, аналық без ісіктерінің және ісік тәрізді құрылым аяқшаларының айналуы болып табылады [3]. Отадан кейінгі кезең жүктілікті жалғастыруға арналған ем-шараларға бағытталады. Аналық без ісіктерінің және ісік тәрізді құрылым аяқшаларының айналуы жедел түрде оперативті емді талап етеді. Өйткені мұндай жағдайларда аналық бездің қан айналымымен қоректенуі күрт төмендеп, қан құюлулар мен некроздар алып келуі мүмкін. Сонымен бірге, «жедел іш» синдромының клиникалық көріністері пайда болады. Кенеттен туындайтын іштің өткір ауырсынуы, жүректің айнуы, құсу, дене температурасының жоғарылауы мүмкін. Қарау кезінде алдыңғы құрсақ қабырғасының дефансы, перитониальды симптомдар, ішектің парезі анықталады. Қынаптық зерттеу кезінде кенет ауырсынатын қозғалысы шектелген құрылым анықталады. Мұндай жағдайда жатыр қосалқыларымен бірге алып тасталынатын шұғыл ота жасалынады. Аналық без ісігі бар жүкті әйелдерің босануы кезінде бақылау және күту әдісі қолданылады. Өйткені мерзімі жеткен жүктілікте босануды жүргізу ісіктің нәрестенің туылуына кедергі жасайтын жасамайтындығына байланысты болады. Егер кедергі жасап жатса кесар тілігін жасап, жатыр қосалқыларының өзгерген аймағына ота жасалынады. Оперативті араласу

кезінде лапаротомиялық сондай-ақ лапароскопиялық ену жолын пайдалануға болады. [6,7,11,12]. Сонымен, 2015 жылы МКТУ клиникасының гинекология бөлімшесінде 376 ота болған болса, оның ішінде 39-ы аналық без кистасы немесе кистомасы аяқшасының айналуына жасалынған оталар. Соның ішінде жүктілердегі аналық без кистасы немесе кистомасы аяқшасының айналуы 8 жағдайды құрайды. Аналық без кистасы немесе кистомасы аяқшасының айналуының дамуы жүктіліктің жасына, ағымына, сипатына байланысты болмайтындығын айта кеткен жөн. Жүктілердегі аналық без кистасы немесе кистомасы аяқшасының айналуы кезіндегі симптоматикалық белгілерінің бірі ауру сезімінің әр түрлі қарқындылығы болып табылады. Жүктілердегі аналық без кистасы немесе кистомасы аяқшасының айналуы кезіндегі жасалған оталардың барлығы сәтті аяқталды. Отадан кейінгі кезең жүктілікті жалғастыруші емдерді жалғастырумен сипатталады. Жүктілердегі аналық без кистасы немесе кистомасы аяқшасының айналуын жүктіліктің алғашқы айларында басталған өзіндік түсікпен, жедел аппендицитпен ал екінші жарты айларында мерзімінен бұрын босанумен, қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажыраумен салыстырмалы диагностика жасауға болатынын айта кету керек [5].

Қорытынды: қорытындылай келе мынаны ескеру қажет, тек мұқият жүргізілген клиникалық-анамнездік зерттеу, заманауи жоғары технологиялық әдістерін қолдану аналық бездің қатерлі ісіктерімен ауыратын науқастарды емдеумен жүргізуде және оларды динамиклық бақылау кезінде тиімді диагностикалық тәсілді таңдауға мүмкіндік береді. Уақтылы дәрігерге жүгінген кезінде болжамы қолайлы.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцевой Л.Д.: Клинические лекции по акушерству и гинекологии, Москва «Медицина» 2004г-436-447с.
2. Авалиане Х.Д., Оптимизация хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников: методические рекомендации / Авалиане Х. Д.-М., 2007.- 13с.
3. Адамян Л.В., Лечение доброкачественных опухолей гениталий у беременных / Адамян Л.В., Мартынов С.А., Романова Е.Л.// Проблемы репродукции: спец. выпуск. -М., 2007,- С.48.
4. Ашрафян Л.А., Кисилев В.И., Опухоли репродуктивной системы (этиология, патогенез). М.: Компания «ДимитрейДГрафикГрупп», 2007.

5. Баженова Л.Г. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников: Автореф. дис. д-ра мед. наук. -М., 2007.-29 с

6. Блошинская И.А., Лапароскопический доступ в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / И.А. Блошинская, И.Л. Зверев // Репродуктивное здоровье 2008 : мат. 2-го межд. Конгресса по репродуктивной медицине.- М., 2008.- 234с.

7. Логутова, Л. С. Метод лечения доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / Л. С. Логутова, А. А. Попов, В. А. Петрухин и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2007. № 2. 65-67с.

8. Соломатина А.А. Яичниковые образования во время беременности. / Соломатина А.А., Клименко П.А., Магнитская Н.А., Братчикова О.В., Д.А. Сафронова // «Курортные ведомости» № 2 (47) 2008. 132.

9. Testa A.C., Does quantitative analysis of three-dimensional power Doppler angiography have a role in the diagnosis of malignant pelvic solid tumors? A preliminary study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26(1): 67-10. Palomba S., Zupi E., Russo T. et al. Comparison of two fertility-sparing approaches for bilateral borderline ovarian tumours: a randomized controlled study // *Human Reproduction*. 2007. 22(2).

- P. 578-585.

11. Odegaard E., Staff A.C., Langebrekke A. et al. Surgery of borderline tumors of the ovary: retrospective comparison of short-term outcome after laparoscopy or laparotomy // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007. -№86(5).

12. Tinelli F.G., Tinelli R. La Grotta F. et al. Pregnancy outcome and recurrence after conservative laparoscopic surgery for borderline ovarian tumors // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007. №86(1).- P. 81-7.

РЕЗЮМЕ

**УТЕПОВА Р.Я., САРКУЛОВА И.С., Н.И. КАЛДЫБЕКОВА., А.О.ТУЛЕЕКЕВА
ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКА И БЕРЕМЕННОСТЬ**

Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна. По частоте встречаемости эти опухоли занимают второе место среди онкологических заболеваний женских половых органов, составляя в структуре последних 6-11%. Среди истинных доброкачественных опухолей яичника во время беременности обнаруживаются образования эпителиального генеза: серозная и муцинозная цистаденомы. К опухолевидным образованиям яичника относятся: киста желтого тела, эндометриоидная киста, зрелая тератома. Кисты желтого тела, как правило, с течением беременности подвергаются обратному развитию.

Ключевые слова: доброкачественная опухоль, беременность, осложнения, перекрут ножки кисты, яичник, прерывание беременности, оперативное лечение.

SUMMARY

**UTEPOVA R.Ja., SARKULOVA I.S. KALDIBEKOVA N.I., TULEKEEVA.A.U.
TUMORS, TUMORIDS OVARIAN EDUCATION AND PREGNANCY**

The problem of diagnosis and treatment of neoplasms and tumor - like formations of ovaries is complex and extremely urgent. According to the frequency of occurrence of these tumors are the second leading cancer of female genitals, making the structure of the last 6-11% . Among the true benign ovarian tumor during pregnancy revealed the formation of epithelial origin: serous and mucinous cystadenoma. For ovarian tumor formations include: the cyst of the corpus luteum, endometrioid cyst, mature teratoma. Luteum cyst, usually with pregnancy regress.

Key words: benign tumors, pregnancy, complications, foot torsion cysts, ovary, abortion, operative therapy



УДК 613.99-053

ЧУЕНБЕКОВА А.Б., ХАСЕНОВА Г., АЛЛИЯРОВА С.Т., АБДУЛДАЕВА А.А., ИТЕШОВА Н.Ж.

*Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова кафедра «Нутрициология»,
АО «Медицинский университет Астаны», КМУ «ВШОЗ»*

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В КРОВИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ВОЗРАСТОМ, ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Аннотация. В статье приведена оценка уровня триглицеридов в крови и его взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела. Исследования про-

ведены у женщин и мужчин старше 15 лет в 2012 и 2013 годы в РК. Выяснено, что с увеличением возраста возрастает индекс массы тела и уровень

триглицеридов в крови.

Ключевые слова: женщины, мужчины, триглицериды, ожирение, индекс массы тела, возраст, профилактика.

Актуальность. Социально уязвимые группы чаще страдают от ожирения, для них менее доступны образование и информация относительно образа жизни и здоровья, меры содействия повышению физической активности, а более дешевые продукты питания, как правило, малопитательны, но высококалорийны [1].

С избытком жиров, особенно жиров животного происхождения, в рационе некоторые специалисты связывают с большой вероятностью развитие рака толстой кишки, молочной железы, поджелудочной железы, простаты, яичников [2-4].

Природные жиры представлены главным образом триглицеридами, на долю которых приходится около 95% натуральных жиров. В жирах и маслах могут присутствовать незначительные количества глицеридов с одной или двумя молекулами жирных кислот. Жирнокислотный состав мембран клеток и соотношение в них жирных кислот различных видов и семейств зависят от состава рациона питания [5]. Следовательно, состав пищевых жиров и соотношение в них жирных кислот оказывает влияние на структуру и функцию биомембран клеток. Еще одним фактором риска является повышение

в крови концентрации триглицеридов, которые способствуют образованию тромбов в сосудах и увеличивают риск их закупорки, что сопровождается развитием инфаркта миокарда или мозгового инсульта.

Цель работы: Оценить уровень триглицеридов в крови и его взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела респондентов.

Материалы и методы исследования: объектом исследования в 2012 году 3556 людей в возрасте 15 лет и старше, в том числе 2330 женщин и 1226 мужчин. В 2013 году в целях мониторинга обследованы 2024 людей, в том числе 1301 женщин и 723 мужчин. Всего за 2012-2013 годы обследованы 5580 взрослых (3631 женщин и 1949 мужчин).

Использованы анкеты-опросники на казахско-русском языках. Респонденты распределены на следующие возрастные группы: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-49, 50-64, ≥65.

Содержание триглицеридов в крови определяли с использованием прибора MultyCareIn (Италия) и соответствующих тест полосок. Результаты биохимических определений вводились в анкеты опросники для последующего анализа.

В таблице 1 указаны уровни отсчета, используемые для интерпретации результатов биохимических измерений.

Таблица 1 - Интерпретация результатов биохимических измерений

Хар-ка	Содержание в крови		Интерпретация
	мг/дл	ммоль/л	
Триглицериды [6]	<150	<1,70	Нормальный уровень, низкий риск
	150-199	1,70-2,25	Несколько выше нормы
	200-499	2,26-5,65	Высокий уровень, некоторый риск
	≥500	≥5,65	Очень высокий уровень, высокий риск

Результаты и их обсуждение: По результатам анкетирования выявлены основные факторы питания и пищевые привычки среди респондентов, а также недостаточное информированность людей о вреде избыточной массы тела на распространенность избыточного питания и связанных с ними заболеваний (сердечно - сосудистые, диабет второго типа, рак эндометрия, шейки матки, яичников,

простаты, молочной железы и др.).

Высокий уровень триглицеридов в крови выявлен у 12,7% и 5,6% женщин, 10,9% и 4,4% мужчин, соответственно в 2012 и 2013 годы (рисунок 1). Показатели высокого уровня триглицеридов в крови снизились на 7,1% у женщин, на 6,5% у мужчин.

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

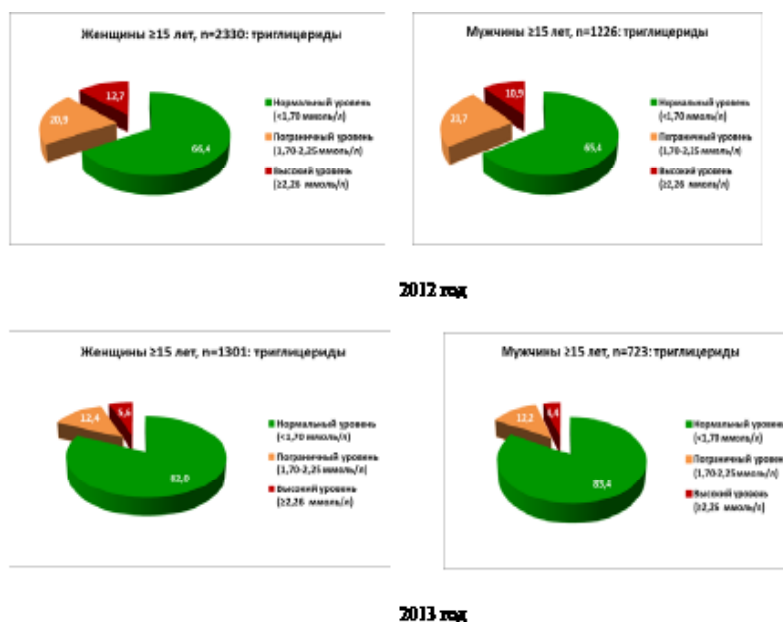


Рисунок 1 - Распространенность (в %) нормального, пограничного и высокого содержания триглицеридов в крови (в ммоль/л) у женщин и мужчин в Казахстане, 2012-2013 годы

Как видно из рисунка 1, пограничный уровень триглицеридов в крови выявлен у 20,9% и 12,4% женщин, 23,7% и 12,2% мужчин, соответственно в 2012 и 2013 годы (рисунок 1), выявлено существенное снижение пограничного уровня триглицеридов у женщин на 8,5%, у мужчин на 11,5%.

Показатели нормального уровня триглицеридов у женщин в 2012 году составил 66,4%, в 2013 году – 82%, этот показатель увеличивается на 15,6% в 2013 году по сравнению с результатами 2012 года. Этот показатель так же и у мужчин увеличиваются и на 18%.

Распространенность высокого уровня триглицеридов повышается с увеличением возраста у женщин и мужчин (рисунок 2).

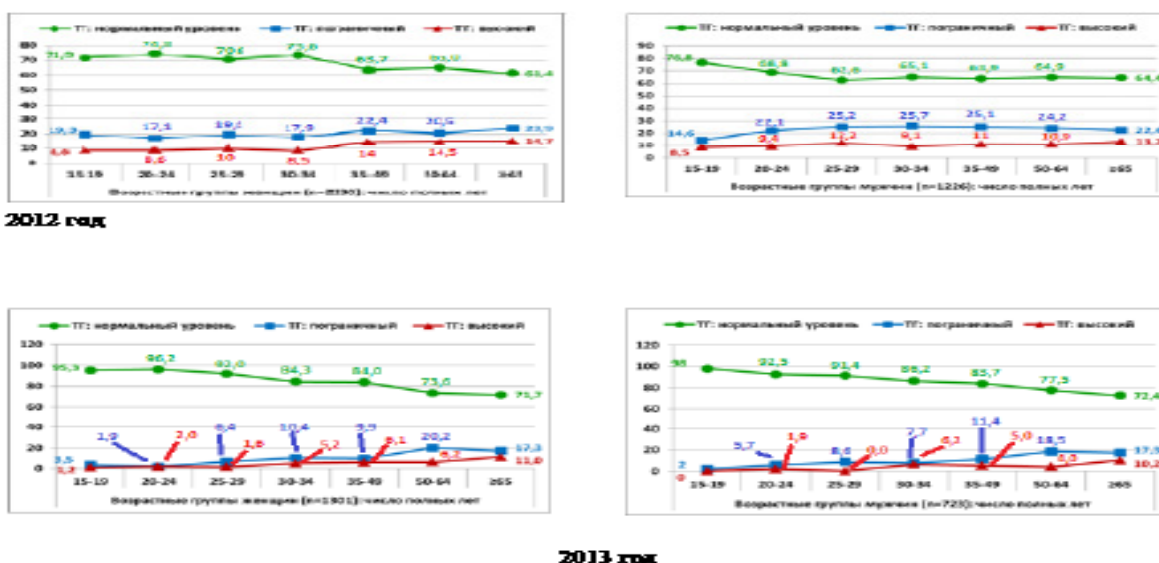
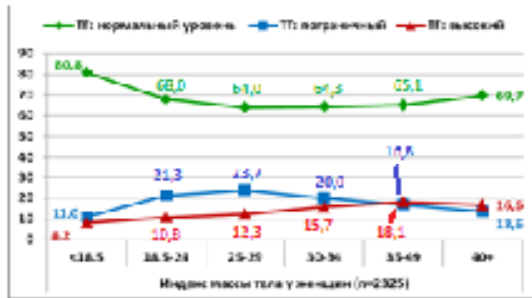


Рисунок 2 - Динамика распространенности (в %) нормального, пограничного и высокого содержания триглицеридов (ТГ) в крови (в ммоль/л) у женщин и мужчин в зависимости от возраста в Казахстане, 2012-2013 годы

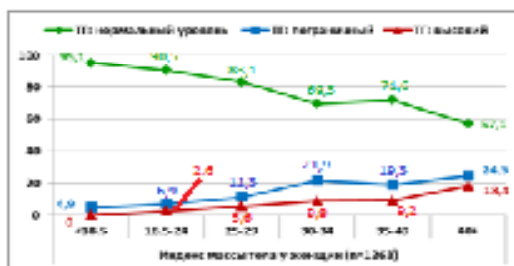
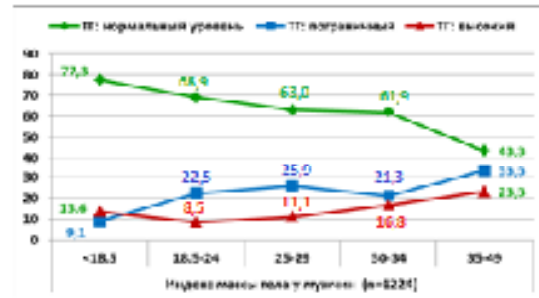
ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Так в возрасте 15-19 лет высокое содержание триглицеридов в крови выявлено у 8,8% и 1,2% женщин, 8,5% и 0% мужчин, а в возрасте 65 лет и старше эти показатели составляли 14,7% и 11% у женщин, 13,2% и 10,2% у мужчин соответственно в 2012 и 2013 годы.

На содержание триглицеридов в крови существенное влияние оказывает также индекс массы тела у женщин и мужчин. Так, распространенность высокого уровня триглицеридов возрастала с увеличением индекса массы тела (рисунок 3), как у женщин, так и у мужчин.



2012 год



2013 год

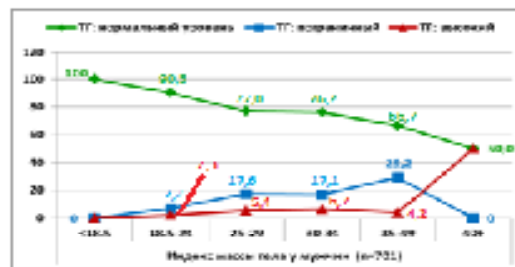


Рисунок 3 - Распространенность (в %) нормального, пограничного и высокого содержания триглицеридов (ТГ) в крови (в ммоль/л) у женщин и мужчин в зависимости от индекса массы тела в Казахстане, 2012-2013 годы

При индексе массы тела 18,5 высокое содержание триглицеридов в крови выявлено у 8,2% и 0% женщин, 13,6% и 0% мужчин, соответственно в 2012 и 2013 годы. При индексе массы тела равном 40 или выше, эти показатели повышаются на 1,8% у женщин и 26,7% у мужчин в 2013 году по сравнению с результатами 2012 года.

После проведения комплекса профилактических мероприятий (обучающие семинары по вопросам здорового питания и для поддержания нормальной массы тела, профилактики неинфек-

ционных заболеваний; информирования населения в СМИ) среди различных целевых групп отмечались положительные результаты [7].

Заключение: В целом, в 2013 году гипертриглицеридемия встречалась реже, чем в 2012 году, как среди женщин, так и среди мужчин. В настоящее время ожирение относится к числу хронических заболеваний, в происхождении которых, помимо энергетических факторов, несомненную роль играют нарушения принципов сбалансированного питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Nutrition and Overweight. Food and Drug Administration, National Institutes of Health. USA, 2010, 54 p.
2. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2010 global survey. WHO, 2012 82 p.
3. WHO. Physical status: the use and interpretation

of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008, 47 p.

4. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. WHO, Geneva, 8-11

December 2008, 47 p.

5. Журавлев А.В. Трансжиры: что это такое и с чем их едят (краткий вариант).-М., 2012-58 с.

6. «Your Triglyceride Level». What Your Cholesterol Levels Mean. American Heart Association.

Retrieved 2009. P.5-22.

7. Отчет НИР по теме: «Комплексная профилактика эпидемии избыточной массы тела и ожирения в Казахстане», 2013г.

ТҮЙІН

ЧУЕНБЕКОВА А.Б., ХАСЕНОВА Г., АЛЛИЯРОВА С.Т., АБДУЛДАЕВА А.А., ИТЕШОВА Н.Ж.

С.Д.Асфендияров Атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті «Нутрициология» кафедрасы, АҚ «Астана Медициналық университеті»,

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті

ҚАНДАҒЫ ҮШГЛИЦЕРИДТЕРДІҢ ДЕҢГЕЙІН ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖАС ШАМАСЫМЕН, ДЕНЕ САЛМАҒЫНЫҢ ИНДЕКСІМЕН ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫН БАҒАЛАУ

Мақалада қандағы үшглицеридтердің деңгейіне және оның жас шамасымен, дене салмағының индексімен өзара байланысына бағалау жүргізілген. Зерттеу жұмысы ҚР 2012 және 2013 жылдары 15 жастан асқан әйелдер мен ерлер арасында жүргізілген. Респонденттің жасы мен дене салмағының индексі ұлғайған сайын қандағы үшглицеридтердің деңгейі жоғарылайтыны анықталды.

SUMMARY

G. KHASSENOVA, A.B. CHUENBEKOVA, S.T. ALLIYAROVA, A.A. ABDULDAYEVA, N.ZH. ETESHOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical University,

Astana Medical University, Kazakhstan's Medical University «KSPH»

ASSESSMENT OF LEVELS OF TRIGLYCERIDES IN THE BLOOD AND ITS CORRELATION WITH AGE, BODY MASS INDEX

The article presents the estimation of a level of triglycerides in the blood and its relationship with age, body mass index. Studies conducted among women and men over 15 years old in 2012 and 2013 in the Republic of Kazakhstan. It is found that by increasing age increased body mass index and blood triglycerides.

Keywords: women, men, triglycerides, obesity, body mass index, age, prevention.



УДК 614.255.4(574)

ИБРАЕВ С.Е., АБАКОВА А.Д.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

ВНЕДРЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И СТРАНАХ С РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ЭКОНОМИКОЙ

Аннотация: Введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников обусловлено сложившейся ситуацией в нашей стране: в Казахстане не ведется официальная статистика врачебных ошибок, в дополнении к этому нет и качественной экспертизы, мер наказания и специализированных нормативно-правовых актов

для защиты прав пациентов и медицинских работников, а уровень оказания медицинской помощи оценивается по количеству жалоб пациентов. Развитие и распространение страхования профессиональной ответственности медицинских работников в нашей стране выступает одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении. Она

вытекает из насущной необходимости повысить уровень правовой и социальной защиты, как пациентов, так и медицинских работников.

Ключевые слова: страхование профессиональной ответственности, врачебная ошибка, медицинские работники, население.

Введение. Развитие и распространение страхования профессиональной ответственности медицинских работников в настоящее время для Казахстана является одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении. Она вытекает из насущной необходимости повысить уровень правовой и социальной защиты, как пациентов, так и лиц, оказывающих медицинские услуги. В медицинской профессиональной деятельности существует ряд специальностей, для которых характерен повышенный риск неблагоприятного исхода лечения: хирурги, акушеры-гинекологи, неонатологи, анестезиологи, реаниматологи, стоматологи и т.д. Работники этих специальностей заинтересованы в страховании своей профессиональной ответственности в первую очередь. Кроме того, страховая защита нужна всем медицинским работникам в случае предъявления судебного иска пациентом либо его законным представителем [1].

Предпосылками внедрения страхования профессиональной ответственности медицинских работников выступают следующие факты:

1. Риск причинения вреда здоровью пациента существует всегда: в сферах деятельности с предполагаемым повышенным риском, таких как авиация и атомные станции, уровень безопасности намного выше, чем в здравоохранении. Так, например, лишь один человек из 1 миллиона людей, совершающих воздушные перелеты, подвергается риску нанесения ему вреда. Для сравнения — такому риску во время получения медицинской помощи подвергается один человек из 300 пациентов. Также по информации всемирной организации здравоохранения, здоровью каждого десятого пациента в развитых странах причиняется вред во время его пребывания в больнице. Этот вред может быть вызван целым рядом ошибок или побочных эффектов лекарств.

2. Введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников требует разработки и отбора наиболее эффективных и воспроизводимых в существующих условиях методов лечения, которые смогут актуализировать задачу унификации и контроля применения таких методов. Иными словами в стране будут приняты стандарты оказания медицинской помощи, учитывающие международный опыт, рекомендации экс-

пертов и национальные особенности. Данное положение, безусловно, ведет к улучшению качества оказания медицинской помощи пациенту [2,3].

3. Оператор страхования профессиональной ответственности медицинских работников, при правильной организации их работы, будет заинтересован в минимизации количества случаев причинения вреда, предотвращении возникновения страховых случаев. Другими словами оператору страхования будет экономически эффективнее финансировать обучение медицинских работников и повышение их квалификации, нежели выплачивать компенсации пострадавшим пациентам. Это также ведет к повышению качества медицинской помощи.

4. Введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников позволит ввести международную квалификацию медицинских работников, что позволит обеспечить государственный контроль за качеством подготовки специалистов и уровнем оказания медицинской помощи населению [1].

Материалы и методы исследования.

Для определения отношения медицинских работников и граждан Казахстана к причинению вреда здоровью населения медицинским работником и к внедрению страхования профессиональной ответственности медицинских работников мы провели социологическое исследование.

Основными задачами исследования являлись:

- Выявление отношения населения и медицинских работников к факторам, определяющим причинение вреда здоровью и жизни пациента по вине медицинского работника;
- Определение характера жалоб пациентов на медицинские услуги;
- Уточнение мнения населения и медицинских работников по поводу введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников, формы страхования.

Объект исследования

Объектом исследования являются медицинские работники и население Республики Казахстан, поскольку разработка Казахстанской модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников затрагивает интересы как поставщиков медицинских услуг в лице медицинских работников, так и потребителей в лице граждан Республики Казахстан.

Предмет исследования

Мнения медицинских работников и населения Республики Казахстан относительно введения страхования профессиональной ответственности

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

медицинских работников составляет предмет нашего исследования.

Характеристика выборки

Пространственно социологическим опросом охвачена вся территория Республики Казахстан: четырнадцать областей и города республиканского значения Астана и Алматы (всего 16 субъектов).

Медицинских работников следует рассматривать, разграничивая их на группу врачей и группу среднего медицинского персонала (далее – СМР).

По данным статистического сборника здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году согласно информации таблицы 2 количество врачей составляет 42 715 человек. Размер выборки врачей при доверительной вероятности 95% и доверительном интервале 3% равен 1041 человек. Далее используя метод квотирования, то есть пропорционального распределения объема выборки между 16 субъектами, где предполагается проведение социологического опроса, было определено количество респондентов врачей в каждом регионе (таблица 2).

Также согласно вышеназванному сборнику по данным таблицы 1 количество среднего медицинского персонала на начало 2015 года составила 163 937 человек. Размер выборки при доверительной вероятности 95% и доверительном интервале 3% равен 1060 человек. В данном случае размер доверительной вероятности для СМР меньше в сравнении с доверительной вероятностью врачей, поскольку основным объектом при социологическом опросе медицинских работников выступают врачи. Кроме того, используя метод квотирования, количество СМР были распределены по регионам пропорционально их количеству в каждом регионе.

Результаты:

Характеристики респондентов – медицинских работников

По итогам проведенного социологического опроса выяснилось, что из 2101 медицинских работников 27,2% респондентов мужского пола, а 72,7% женского пола, 3 респондентов не указали свой пол (таблица 1).

Таблица 1 - Половая характеристика респондентов – медицинских работников

	Пол	Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	Мужчина	573	27,2	27,2	27,2
	Женщина	1525	72,7	72,8	100,0
	Итого	2098	99,9	100,0	
Пропущенные	С и с т е м н ы е пропущенные	3	0,1		
Итого		2101	100,0		

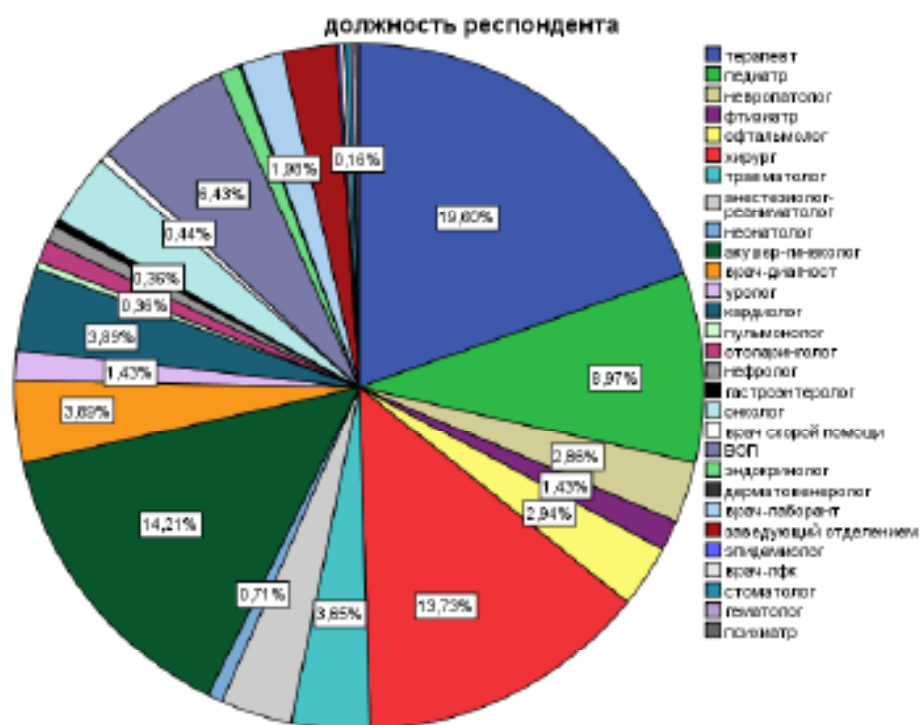
Из 2101 респондентов 9 медицинских работников предпочли не указывать свой возраст. О возрасте респондентов, по информации рисунка 6, можно констатировать факт нормального распределения данного показателя, что позволяет правомерно использовать среднее значение, которое почти равно медиане. Средний возраст опрошенных медицинских работников составляет 40 лет.

Данный возраст к тому же является самым популярным значением показателя возраста (мода). Появление возраста 40 лет как самого популярного значения демографы объясняют психологическими особенностями опрашиваемых, когда люди, которые находятся в пограничных возрастах с круглой датой (например, 39, 41, 52) склонны к округлению своего возраста.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таблица 2 - Статистика возраста медицинских работников

N	Валидные	2101
	Пропущенные	9
Среднее		39,74
Стд. ошибка среднего		0,174
Медиана		40,00
Мода		40
Стд. Отклонение		10,670
Дисперсия		113,844
Асимметрия		0,304
Стд. ошибка асимметрии		0,040
Экссесс		-0,701
Стд. ошибка эксцесса		0,080
Минимум		19
Максимум		73



Минимальный возраст медицинских работников составляет 19 лет, данные респонденты относятся к категории СМР. Максимальный возраст медицинских работников составляет 73 года. Этот медицинский работник трудится в Алматинской области и является онкологом. Кроме того, следует отметить, что 2% респондентов относятся к категории людей пенсионного возраста (более 63 лет),

которые продолжают трудиться вследствие нехватки кадров в области медицины.

Что касается должности респондентов то, следует сказать, что около 33% опрошенных составляют СМР, что было определено условием выборки. Среди респондентов-врачей больше всего терапевтов (19,6%), акушер-гинекологов (14,21%) и хирургов (13,73%), педиатров (8,97%) (рисунок 1).

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Можно сделать вывод о том, что молодые респонденты относятся к категории должностей СМР, хотя средний возраст СМР находится на уровне более 40 лет. Большой размах встречается у онкологов. Их средний возраст составляет около 40 лет, однако встречаются респонденты-онко-

логи, которым более 70 лет. Можно отметить тот факт, что средний возраст гастроэнтерологов, как и у фтизиатров больше усредненного данного показателя для всех должностей, который, как уже было упомянуто, составляет 40 лет (около 50 лет).

Таблица 3 - Таблица частот по типу медицинского учреждения

	Организации	Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	областная больница	701	35,1	35,1	35,1
	городская больница	691	32,9	32,9	67,9
	районная больница	185	8,8	8,8	76,8
	городская поликлиника	149	7,1	7,1	83,8
	районная поликлиника	63	1,3	1,3	85,2
	Диспансер	105	5,0	5,0	90,2
	СВА	2	0,1	,1	90,2
	НИИ, НЦ, РЦ	205	9,8	9,8	100,0
	Итого	2101	100,0	100,0	

Основные вопросы анкеты медицинских работников

Актуальность проблемы возникновения осложнений по вине медицинского работника

По итогам опроса более половины (77,3%) респондентов считают, что проблема возникновения осложнений по вине медицинских работников в Казахстане является актуальной. Около 20% затрудняются ответить на вопрос касающийся акту-

альности. И только 5,7% медицинских работников считают, что этот вопрос у нас в стране является не актуальной.

Если рассматривать ответы респондентов в разрезе половой принадлежности опрошенных то можно отметить, что мужчины склонны считать данную проблему более актуальной, чем женщины (таблица 4).

Таблица 4 - Таблица сопряженности пол * актуальность проблемы возникновения осложнений по вине медицинского работника

			Актуальность проблемы возникновения осложнений по вине медицинских работников			Итого
			да	З а т р у д н я ю с ь ответить	нет	
Пол	мужчина	Частота	443	107	27	573
		% в пол	77,1%	18,4%	4,6%	100,0%
	женщина	Частота	1129	302	94	1525
		% в пол	74,1%	19,8%	6,2%	100,0%
Итого		Частота	1572	407	119	2098
		% в пол	74,9%	19,4%	5,7%	100,0%

Общие характеристики респондентов-населения
В результате проведенного социологического

опроса было опрошено 1067 человек. Как определено условиями выборки 48,3% из них мужского

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

пола (515 человек), а 51,7% женского пола (552 человек). Судя по гистограмме распределения, возраст респондентов не подчиняется нормальному распределению (имеется отклонение в левую сторону), поэтому в статистических целях следует использовать значение медианы. Соответственно,

средний возраст опрошенных лиц составляет 36 лет. Самый популярный возраст респондентов 30 лет, что также по оценкам демографов объясняется склонностью людей округлять свой возраст. Самому младшему респонденту 16 лет, а самому старшему 94 года.

Таблица 5 - Базовые статистические данные респондентов – населения

Возраст респондента (лет)		
N	Валидные	1067
	Пропущенные	7
Среднее		38,70
Медиана		36,00
Мода		30
Минимум		16
Максимум		94

Актуальность проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника

На вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине меди-

цинского работника 7 респондентов предпочли не отвечать на данный вопрос. А среди ответивших на данный вопрос, около 75% - «актуальной», 18% - «затрудняются ответить». Не актуальной проблеме считают 5,7% респондентов.

Таблица 6 - Актуальность проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	актуальна	808	75,5	50,1	76,0
	З а т р у д н я ю с ь о т в е т и т ь	192	18,1	18,2	94,2
	нет	60	5,7	5,8	100,0
	Итого	1060	99,3	100,0	
Пропущенные	С и с т е м н ы е п р о п у щ е н н ы е	7	0,7		
Итого		1067	100,0		

Таким образом:

1.Проблему возникновения осложнений у пациента по вине медицинского работника считают актуальной 77% медицинских работников и 75% граждан страны;

2.По результатам проведенного социологического исследования выяснилось, что в целом решение о введении в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских

работников поддерживается обществом: 57,2% медицинских работников и 58,2% населения;

3.По форме страхования мнения населения и медицинских работников разделились. Медицинские работники большинством голосов выступают за смешанную форму страхования (33%), профессиональную ассоциацию выбрали около 30% респондентов, а фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства

поддерживают 29% опрошенных лиц. А население, прежде всего, выступает за фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства (39,4%), 27,5% респондентов считают приемлемым смешанную форму страхования, 20% населения думаю о привлечении для данной формы страхования частных страховых компаний. В то время, как только 13% граждан задумываются о страховании ответственности медицинских работников посредством профессиональной

ассоциации медицинских работников.

4. Социологический опрос оценил готовность медицинских работников осуществлять взносы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. 10% врачей и СМР готовы полностью взять на себя приобретение страховки, а еще 48% медицинских работников готовы платить за страхование на условиях распределения расходов между ними и медицинским учреждением на 50%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Статья Всемирной организации здравоохранения “10 фактов о безопасности пациентов”, 10.06.2014 г. [Электронный ресурс]: Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения, Режим доступа: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/ru/ ;

2. OECD. Medical Malpractice, prevention, insurance, and coverage options №11, 2006 - 86 с.

FRANCE (21 2006 05 1 P) ISBN 92-64-02904-4 – No. 55323 2006 - (Обзорная информация/ OECD);

3. Г.Г. Осокина, И.В. Абдулатипова, М.А. Школьникова, М.С. Харлал, С.А. Арефьева Анализ наиболее распространенных проблем в диагностике, лечении и ведении детей с нарушениями ритма сердца в сети первичной медицинской помощи, Медицинский журнал «Лечащий врач», 2011 г, №9.

ТҮЙІНДЕМЕ

ИБРАЕВ С.Е., АБАКОВА А.Д.

ЖЕКЕ САҚТАНДЫРУ МОДЕЛІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ КӘСІБИ ЖАУАП-КЕРШІЛІГІН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖӘНЕ ДАМУШЫ ЭКОНОМИКАСЫ БАР ЕЛДЕРДЕ ЕНГІЗУ

Біздің елде қалыптасқан жағдайға байланысты медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыруын енгізу- Қазақстанда дәрігерлік қателіктердің ресми статистикасы жүргізілмейді, бұған қосымша сапалы сараптама жоқ, пациенттер мен медицина қызметкерлердің құқықтарын қорғау үшін жазалау шаралары және арнайы нормативтік-құқықтық актілері, медициналық көмек көрсету деңгейі пациенттердің шағымдар саны бойынша бағаланады. Біздің елімізде өзекті мәселелердің бірі, ол медицина қызметкерлердің кәсіби сақтандыруын дамыту және тарату. Ол құқықтық және әлеуметтік қорғау қажеттілігінен туындайды, сондай-ақ медицина қызметкерлердің.

Түйін сөздер: кәсіби жауапкершілігін сақтандыру, дәрігерлік кәте, медицина қызметкерлері, тұрғындар.

SUMMARY

IBRAYEV S.I., ABAKOVA A.

INDIVIDUALIZED MODELS OF PROFESSIONAL LIABILITY INSURANCE OF MEDICAL WORKERS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND COUNTRIES WITH EMERGING ECONOMIES

The Introduction of insurance of professional liability of medical workers due to the situation in our country: Kazakhstan does not keep official statistics of medical errors in addition, no qualitative assessment, punishment, and specialized regulatory legal acts to protect the rights of patients and health care workers, and the level of medical care is measured by the number of patient complaints. The development and dissemination of professional liability insurance of medical workers in our country is one of the most pressing problems in health care. It stems from the urgent need to increase the level of legal and social protection, both patients and medical professionals.



УДК: 614.258

КЕЛЬДИБАЕВА З.Р., ТУРЕМУРАТОВА М.А., ТУЛЕШОВА Г.Т.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА БРОНИРОВАНИЯ НА ПОРТАЛЕ БЮРО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Аннотация: В рамках реализации государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы с каждым этапом развития электронного здравоохранения, происходит совершенствование модели информационного обеспечения каждой медицинской организации Республики Казахстан, в том числе и механизм взаимодействия амбулаторно-поликлинических организаций с круглосуточными стационарами.

Ключевые слова: Портал Бюро госпитализации, механизм бронирования, ПМСП, госпитализация, Единая информационная система здравоохранения.

Актуальность: Являясь частью Единой национальной системы здравоохранения, портал Бюро госпитализации реализует два ее первостепенных принципа: предоставление пациенту свободного выбора медицинской организации и доступность оказываемых медицинских услуг при плановой госпитализации. Портал предназначен для эффективного управления процессами плановой госпитализации, оперативного решения вопросов регистрации, учета и обработки направлений.

Одним из естественных условий выполнения задачи реформирования здравоохранения в вопросах повышения качества медицинской помощи является создание в лечебно-профилактическом учреждении системы управления лечебным процессом, которая могла бы обеспечивать базис для решения приоритетных задач медицинской помощи. Одним из таких решений было создание портала бюро госпитализации – единой системы электронной регистрации, учета, обработки и хранения направлений пациентов на госпитализацию в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Таким образом, приказом министра здравоохранения

Республики Казахстан издан приказ №869 от 25 декабря 2009 года «О создании Республиканского и региональных бюро госпитализации». [1-3]

Для определения понятия Портал Бюро госпитализации, Министерство здравоохранения использовало единую точку доступа к информационным ресурсам здравоохранения, что, в конечном счете, обеспечило централизованное взаимодействие между стационаром и организациями ПМСП, а также пациентом, по вопросам госпитализации. Таким образом, с момента внедрения портала, который стал эффективным инструментом взаимодействия поликлиник и стационаров республики, при этом позволив пациентам видеть ход действий медицинских работников. Исследуя составляющую деятельности портала госпитализации, стоит выделить участников, это:

1) Пациент (гость) – для которого доступны просмотр текущих листов ожидания, а также информация о свободных койках в том или ином медицинском учреждении. Таким образом, пациент может найти себя в списке по уникальному коду, известному только ему и его лечащему врачу, а также проследить течение и продвижение очереди на госпитализацию;

2) Медицинский работник – обладает более широким спектром возможностей пользования порталом госпитализации. Например: раздел формирования отчетов, управления свободными койками и процессами плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.[4-8]

Схема направления пациента на плановую госпитализацию в стационары представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Схема направления пациента на плановую госпитализацию в клиники региона.



Рисунок 2. Схема направления пациента на плановую госпитализацию в НИИ, НЦ и другие Республиканские клиники Казахстана

Как видно из рисунка 2, основное отличие направлений в Научно-исследовательские институты и Научные центры от направлений в стационары регионов в том, что в первом случае необходимо проведение региональной комиссии Управлений здравоохранения области и городов Республиканского значения, которая определит необходимость госпитализации в медицинские учреждения высшего уровня оказания медицинских услуг.

Основной целью Портала является обеспечение прав граждан на свободный выбор медицинской организации, доступности и прозрачности плановой госпитализации. Плановая госпитализация с регистрацией направления в Портале, осуществляется путем определения планируемой даты плановой госпитализации с учетом права пациента на свободный выбор медицинской организации, которая реализуется тремя путями:

1) Автоматического определения по направле-

нию специалиста ПМСП или медицинской организации;

2) Специалистом стационара по направлению специалиста ПМСП или медицинской организации;

3) Специалистом приемного покоя стационара при самостоятельном обращении пациентов и решении руководителя стационара о госпитализации в данный стационар.[4-6]

Портал «Бюро госпитализации» состоит из нескольких подсистем, таких как: Формирование информации о свободных койках в стационаре; формирование листа ожидания на плановую госпитализацию; регистрация данных о факте госпитализации или отказе; формирование отчетности деятельности бюро госпитализации; взаимодействие с внешними информационными системами.

Использование информационных технологий с целью интеграции информационных потоков ме-

технологиях или центров амбулаторной хирургии; а также снижение необоснованной госпитализации.

По данным проведенного исследования стоит отметить, что возникли некоторые вопросы по реализации механизма бронирования коек при плановой госпитализации через Портал:

1. Внесение дополнений в электронную версию Журнала учета приема больных и отказов от госпитализации, а именно реализация учета экстренных больных, обратившихся на уровне приемного покоя, но не госпитализированных в стационар. В обязательном порядке указывать в порядке стоит указывать причину и обоснование отказа.

2. Фиксация проведенных услуг при краткосрочной госпитализации на диагностическую койку

Также были выделены некоторые риски при реализации механизма бронирования:

1. В случаях отказа пациента от госпитализации, не явки на госпитализацию, летального исхода на догоспитальном этапе в период ожидания плановой госпитализации забронированная койка будет аннулирована

2. Вопрос использования образовавшихся «окон» при аннулировании забронированной койки

3. При привязке системы бронирования к финансированию пролеченных случаев увеличится очередность на плановую госпитализацию

Для повышения эффективности работы системы бронирования коек, необходимо четкое разделение по принадлежности к дневному стационару, ЦАХ и круглосуточному стационару, сокращение перечня минимального объема обследования на уровне поликлиник и определение единых перечней в разрезе профилей стационаров. При необходимости обеспечить дообследование (с выставлением счета направившей организации ПМСП) в

условиях круглосуточного стационара.[18-23]

Подводя итоги проведенного анализа деятельности портала бюро госпитализации, стоит отметить основные задачи, в рамках которых можно назвать эффективность внедрения данного инструмента взаимодействия стационаров и поликлиник, а именно: формирование единых требований к организации процесса плановой госпитализации, организация плановой госпитализации на получение стационарной помощи: квалифицированной, специализированной, ВСМП, осуществление мониторинга плановой госпитализации для обеспечения прозрачности процесса, а также взаимодействия между участниками процесса (пациент-поликлиника-стационар) госпитализации плановых больных на территории Республики Казахстан.

Также стоит отметить важность механизма бронирования койки в стационаре, то есть значительно ускорился процесс получения информации о текущей занятости койки, пациент под своим паролем имеет возможность отследить забронированное койко-место.

Вторым аспектом эффективности реализации «раннего бронирования» является возможность описания коечного фонда в разрезе палат в разных категориях, в том числе возможность просмотра расположения коек.

Третьим, и немаловажным аспектом эффективности является определение даты планируемой госпитализации в автоматизированном режиме. Важно отметить, что на данный период, в рамках государственных программ развития, немаловажное внимание уделяется внедрению информационных технологий в каждую медицинскую организацию, одним из таких ярких примеров совершенствования ИТ - индустрии в здравоохранении является внедрение Портала Бюро госпитализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №869 от 25 декабря 2009 года «О создании Республиканского и региональных бюро госпитализации».

3. Руководство пользователя Портала «Бюро госпитализации», утвержденное Министерством здравоохранения и социального развития РК

4. Аналитическая информация «Организация деятельности республиканского и регионального бюро госпитализации»

5. Карабаев М.К., Абдуманов А.А., Махмудов Н.И. Об интеллектуализации медицинских информационных систем.//

6. Абдуманов А.А., Карабаев М.К., Хошимов В.Г. Информационно – коммуникационные технологии для создания единого информационного пространства лечебных учреждений.// Врач и информационные технологии – 2012 - №1.

7. Mack D., Brantley K. M., Bell K. G. Mitigating the Health Effects of Disasters for Medically Underserved Populations: Electronic Health Records, Telemedicine, Research, Screening, and Surveillance

// J. Health Care for the Poor and Underserved. – 2007. – Vol. 18. – P.432–442.

8. Шифрин М. А. Электронное здравоохранение: взгляд из медицинского учреждения // Документальная Электросвязь. – 2010. – №20. – С.101-104.

9. Столбов А. П., Тронин Ю. Н. Информатизация системы обязательного медицинского страхования: Учебно-справочное пособие. – М.: ЭЛИТ, 2003.

10. Афанасьев А. П., Волошинов В. В., Рогов С. В., Сухорослов О. В. Развитие концепции распределенных вычислительных сред // Проблемы вычислений в распределенной среде: организация вычислений в глобальных сетях: тр. Ин-та системного анализа Росс. акад. наук (ИСА РАН). – М.: РО-ХОС, 2004. – С.6-105.

11. Учет проблематики здравоохранения и укрепление человеческого потенциала в области государственно-управленческой деятельности. Записка секретариата // ООН, Экспертный и социальный совет. Комитет экспертов по государственному управлению. Восьмая сессия. – Нью-Йорк

12. Кобринский Б. А. Перспективы и пути интеграции информационных медицинских систем // Врачи и информ. технол. – 2009. – №4.

13. Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения // 2012. № 6. с. 27-30.

14. Методика оценки потенциальной эффектив-

ности информационных систем в здравоохранении. Журнал «Информационно-измерительные и управляющие системы», №12, Лебедев Г.С.

15. Техническая записка по Компоненту D «Развитие информационной системы здравоохранения» проекта ВБ, от 11 ноября 2011 года, подготовленная в рамках обзорной миссии Всемирного Банка.

16. Стратегия информатизации медицины. Лишук В.А., Калинин С.В., Шевченко Г.В., Газизова Д.Ш., Андриков Д.А.

17. Электронное здравоохранение: Проблемы и перспективы обработки медицинской информации. Блюм В.С.

18. Новое направление развития здравоохранения. Герасименко Н.Ф.

19. Охрана здоровья работающего населения – одна из основных задач комиссии по индустрии здоровья. Черепов В.М.

20. Журнал «Менеджер здравоохранения»-2011

21. Концепция электронного здравоохранения на 2013-2020 годы.

22. Мильнер Б.З. Теория организации - М.2000

23. Аналитический сборник Республиканского центра электронного здравоохранения на 2014 год (информационный материал)

24. Резолюция о стратегии ВОЗ в области eHealth, документ A58/21-WHA58.28, Генеральная ассамблея ВОЗ, 16-25мая 2005 г. – Женева: ВОЗ, 2005.

ТҮЙІН

КЕЛЬДИБАЕВА З.Р., ТУРЕМУРАТОВА М.А., ТУЛЕШОВА Г.Т.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЮРОСЫ ПОРТАЛЫНДА БРОНДАУ МЕХАНИЗМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Денсаулық сақтауды дамыту мемлекеттік «Денсаулық 2016 – 2019» бағдарламасы аясында электрондық денсаулық сақтауды дамыту моделін жетілдіру, ақпараттық қамтамасыз ету, Қазақстан Республикасының әрбір медициналық ұйымының, соның ішінде өзара іс-қимыл тетігін дұрыс ұйымдастыру мәселесі қарастырылған.

SUMMARY

EFFICIENCY OF REALIZATION MECHANISM OF RESERVING ON PORTAL OF BUREAU HOSPITALIZATION

Within the framework of realization of the government program of development of health protection of «Health» on 2016 - 2019 with every stage of development of electronic health protection, there is perfection of model of dataware of every medical organization of Republic of Kazakhstan, including mechanism of cooperation of ambulatory-policlinic organizations with twenty-four-hour permanent establishments.



УДК: 614.2:303.621.34:378.4(574)

АБДРАХМАНОВА А.О.

Главный менеджер отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК, к.м.н., доцент

БАЙГОЖИНА З.А.

Начальник отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК, к.м.н.

ХАНДИЛЛАЕВА Б.М.

Главный менеджер отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК, к.м.н.

АБЕЕВА А.Г.

Менеджер отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК, к.м.н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ, ИНТЕРНОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ДВУХ ПИЛОТНЫХ ВУЗОВ КАЗАХСТАНА

Среди поступивших в медицинские вузы РК часто оказываются случайные люди, у которых нет призвания к профессии. Специфика деятельности медицинского работника предъявляет особые требования к уровню психологической и физической подготовки будущего специалиста, а также тщательного отбора абитуриентов, определения личностных качеств, наиболее присущих профессии врача [1-4].

Качественный или профессиональный отбор - это, прежде всего, процесс выбора претендентов с такими личностными качествами, которые наилучшим образом отвечали бы требованиям будущей профессии. Профессиональный отбор является средством диагностики профессиональной пригодности будущего специалиста.

Сегодня в Казахстане прием в медицинские ВУЗы осуществляется на общих основаниях, так же как в другие ВУЗы, по результатам единого национального тестирования (ЕНТ). Для внедрения методов дифференцированного отбора в медицинские ВУЗы РК, необходимо определение профессиональных ценностей, присущих профессии врача.

С этой целью в двух пилотных ВУЗах было проведено определение профессиональных ценностей медицинских работников путем анкетирования. Профессиональные ценности включали пять основных групп профессиональных качеств с определенным перечнем характеристик:

1) Личные качества: скромность, способность выражать свои мысли, любознательность и терпение, зрелость суждений, наблюдательность, способность работать самостоятельно;

2) Межличностные и коммуникативные навыки: умение устанавливать межличностный контакт, работать в коллективе, способность к самокритике, признание собственных ошибок;

3) Моральные и этические качества: этический подход в работе с пациентами и их родственниками, честность, порядочность, профессиональное чувство долга и ответственность, способность к состраданию, чуткость;

4) Лидерские качества: умение отделять главное от второстепенного, уверенность в себе, инициативность, планирование и принятие решений, стремление к успеху, способность вести других;

5) Мыслительные качества: творческий подход, критическое мышление, логическое рассуждение, способность к анализу и синтезу, способность учиться, включая непрерывное самообучение в течение всей жизни.

В анкетировании приняли участие 3 группы респондентов: студенты 1 курса, не имеющие набора компетенций и опыта работы в профессии; интерны с определенным набором компетенций, но без опыта работы; преподаватели с клиническим опытом работы и преподавания в медицинском ВУЗе. Такой подход позволил учесть и увидеть разницу в определении и выборе профессиональных ценностей медицинских работников каждой из групп.

Общее количество респондентов 1436 человек, из них 653 из ВУЗа-1 и 783 - из ВУЗа-2. В ВУЗе-1 проанкетировано студентов 338, интернов - 119 и преподавателей - 196 человек. В ВУЗе-2: 452 студента, 144 интерна и 187 преподавателей.

Для проведения статистического анализа и обработки полученной информации использовалась

компьютерная программа Excel.

Оценка личных качеств медицинских работников. Давая оценку личным качествам, респонденты разошлись во мнениях относительно важности некоторых характеристик (рис. 1).

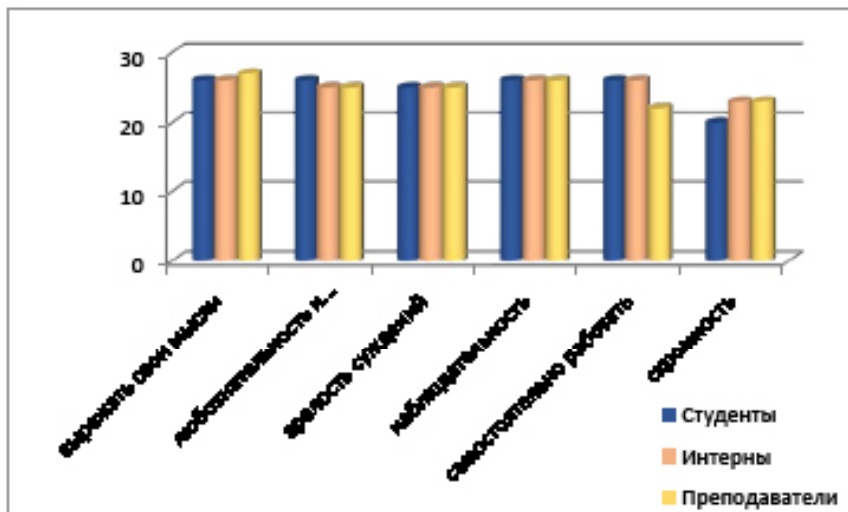


Рисунок 1. Оценка личных качеств медицинских работников.

Наиболее высокую оценку получили такие личные качества, как способность выражать свои мысли, терпение, наблюдательность и любознательность. Равнозначную высокую оценку получили такие качества как «способность выразить свои мысли» (26% интерны и студенты, 27% преподаватели), «любопытность и терпение» (преподаватели и интерны – 25%, студенты – 26%), «зрелость суждений» (по 25%), «наблюдательность» (по 26%). Такое качество как «способность работать самостоятельно» было высоко оценено студентами и интернами (26%) и гораздо ниже преподавателями (22%). Все респонденты сочли личное качество

«скромность» не столь важным для медицинского работника (студенты - 20%, интерны и преподаватели - 23%).

Оценка межличностных и коммуникативных навыков. Все респонденты высоко оценили такие качества, как «способность обмениваться информацией», «умение советоваться», «коллегиальные отношения» и «соблюдать конфиденциальность», посчитав их необходимыми для медицинского работника (рис. 2). Такой подход в оценке межличностных и коммуникативных навыков можно объяснить морально-этическими нормами воспитания, присущими нашему обществу.

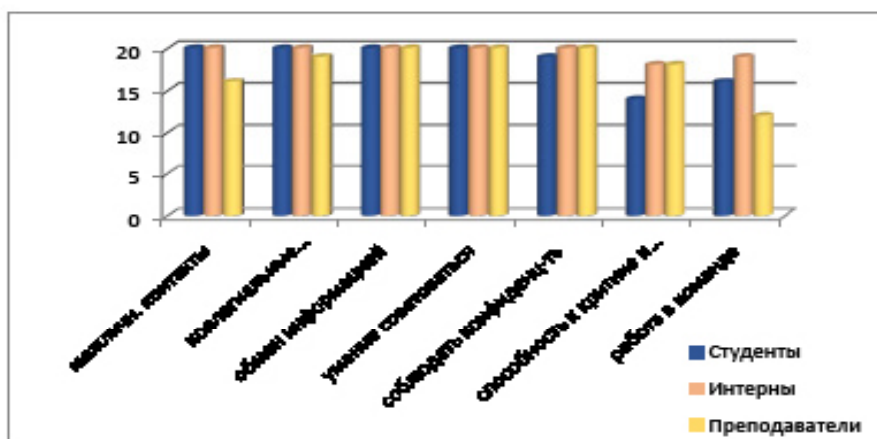


Рисунок 2. Оценка межличностных и коммуникативных навыков медицинских работников.

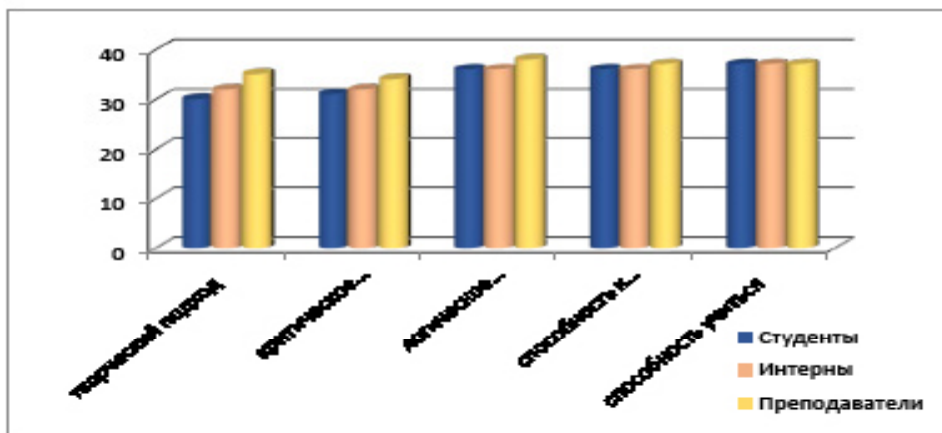
Вместе с тем «умение устанавливать межличностные контакты» высоко оценено интернами и студентами по сравнению с преподавателями. По мнению интернов и преподавателей, медицинские работники должны обладать способностью к «критике и самокритике», тогда как студенты не считают это качество столь необходимым для врача. Разногласия возникли во взгляде на такое важное качество, как «работа в команде», которое получило наиболее высокую оценку интернами (19%), ниже оценено студентами (16%) и совсем низко преподавателями (12%). Низкая оценка некоторых межличностных и, особенно, коммуникативных навыков преподавателями, возможно, объясняется уверенностью в своих знаниях, приобретенной с годами и данные навыки для них уже не имеют столь важного значения.

Моральные и этические качества. Анализ результатов оценки моральных и этических качеств показал, что респонденты двух ВУЗов одинаковы во взглядах и мнениях, лишь по двум качествам «способность к состраданию» и «чуткость». Высокую оценку (более 90%) получили такие моральные и этические качества как «этический подход», «честность и порядочность» и «профессиональное чувство долга и ответственность», «чувство долга перед пациентом». Незначительные расхождения были во взгляде на «способность к состраданию» и «чуткость», которые получили более высокую оценку респондентами ВУЗа-1 (85% и 89%), по сравнению с респондентами ВУЗа-2 (76% и 82%).

В целом высокая оценка моральных и этических качеств присуща всему медицинскому сообществу нашей республики. Медицинские ВУЗы республики при подготовке будущих врачей постоянно делают акцент на моральный и этический облик казахстанского врача.

Лидерские качества. Оценка лидерских качеств преподавателями, студентами и интернами показала, что для всех трех групп респондентов наиболее значимыми являются качества «планирование и принятие решений» (32%), «уверенность в себе» (преподаватели - 30%, студенты – 31%), «умение эффективно действовать в стрессовых ситуациях» (преподавателями и интернами – 29%, студенты – 31%), «стремление к успеху» (преподаватели и интерны - 28%, студенты – 30%). Студенты высоко оценили «умение отличать главное от второстепенного» (29%).

Мыслительные качества. Неоднозначную оценку получили мыслительные качества (рис. 3). Все респонденты сочли важными для медицинского работника такие качества, как умение «логически рассуждать» (36-38%), «способность к анализу и синтезу» (36-37%) и «способность учиться» (37%). Вместе с тем, все три группы респондентов не сочли столь важными для медиков качества как «творческий подход» (30-32-35%), критическое мышление (31-32-34%). При этом более высоко оценили два последних качества преподаватели, чуть ниже интерны и самую низкую оценку дали студенты.



Выводы. Результаты оценки опроса позволили выделить следующие наиболее значимые качества для медицинского работника, которые представляют систему ценностей для респондентов двух ВУЗов:

- из личных качеств: способность выражать свои мысли, зрелость суждений, наблюдательность, любознательность и терпение;
- из межличностных и коммуникативных

навыков: способность обмениваться информацией, умение советоваться, коллегиальные отношения и соблюдать конфиденциальность;

- из моральных и этических качеств: этический подход в работе с пациентами и их родственниками, честность, порядочность, профессиональное чувство долга и ответственность, чувство долга по отношению к пациенту, чуткость;
- из лидерских качеств: планирование и

принятие решений, умение отличать главное от второстепенного, уверенность в себе, умение действовать в стрессовых ситуациях;

- из мыслительных способностей: логически рассуждать, способность к анализу и синтезу, учебе.

Определенные с помощью проведенного ис-

следования наиболее значимые качества для медицинского работника, могут быть использованы медицинскими вузами при построении учебного процесса, составлении учебных программ, заданий для станций множественного мини-интервью при проведении интервьюирования абитуриентов, поступающих в медицинские вузы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пчелина И.В., Дьяченко В.Г. Профессиональная ориентация в подготовке врачей (учебно-методическое пособие). Хабаровск: Издательский центр ДВГМУ, 2004. – 145 с.

2. Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(4):1–154.

3. Байгожина З.А., Нурмаганбетова Ф.Н., Калиева М.А., Сыздыкова А.А., Кабдрахманова Н.М. и

др. Политика приема и методов отбора граждан в медицинские организации образования: Методические рекомендации. – Астана. – 2015. – 42с.

4. Байгожина З.А., Абдрахманова А.О., Абеева А.Г., Хандиллаева Б.М. Анализ причин отчислений студентов на примере двух медицинских ВУЗов РК // Вестник Каз НМУ. – 2015. – Спецвыпуск по материалам 5-ой научно-практической конференции «Модель медицинского образования Каз НМУ».

ТҮЙІН

АБДРАХМАНОВА А.О., БАЙГОЖИНА З.А., ХАНДИЛЛАЕВА Б.М., АБЕЕВА А.Г.

ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ЕКІ ПИЛОТТЫҚ ЖОО-НЫҢ СТУДЕНТТЕРІН, ИНТЕРНДЕРІ МЕН ОҚЫТУШЫЛАРЫН САУАЛНАМАЛАУ НӘТИЖЕСІ БОЙЫНША МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕР-ЛЕРІНІҢ КӘСІБИ ҚҰНДЫЛЫҚТАРЫН АНЫҚТАУ

Медициналық ЖОО-ларға абитуриенттерді таңдап алу үшін медицина қызметкерлеріне тән ең жақсы деген кәсіби қадір-қасиеттерді анықтап алу қажет. ЖОО-лар ең маңызды қадір-қасиеттерді анықтау және бағалауды талпынушылардың кәсіби жарамдылықтарын анықтау мақсатында көптеген мини-интервью өткізу бекеттеріне арналған сұрақтар мен жағдайлық есептерді құру кезінде пайдалануларына болады.

Түйін сөздер: кәсіби таңдау, кәсіби құзіреттер, кәсіби құндылықтар.

SUMMARY

ABDRAKHMANOVA A., BAIGOZHINA Z., KHANDILLAYEVA B., ABEYEVA A.

The Republican State Enterprise on the right of economic management «Republican Center for Health Development» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan (further RSE «RCHD»)

DEFINITION OF PROFESSIONAL MEDICAL WORKERS PROPERTY RESULTS QUESTIONING OF STUDENTS, INTERNS AND TWO PILOT TEACHERS UNIVERSITY OF KAZAKHSTAN

To carry out a differentiated selection of applicants to medical schools, it is important to identify the most valuable professional qualities of a health care professional. Assessment and identification of the most important qualities can be used by medical schools in the preparation of interview questions and situational tasks for multiple station mini-interview to determine the suitability of applicants to medical schools.

Keywords: professional selection, professional competence and professional values.



УДК 614.253.1:616.1/9:005.5

АТАЛЫКОВА Г.Т., ДЯГТЯРЬ Т.И., НУГУМАНОВА Г.М., ЖУНУСБЕКОВА К.К.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра общей врачебной практики №2, кафедра психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана», Казахский университет экономики, финансов и международной торговли, факультет прикладных наук, кафедра социальной работы, Академия интеллектуального роста «Right solution».

Ключевые слова: общая врачебная практика, педиатрия, аутизм, социальная помощь, образование.

Актуальность. К общим расстройствам психологического развития относится группа расстройств, характеризующихся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении, ограниченным, стереотипно повторяющимся набором интересов и деятельности. В эту группу входят детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, синдром Геллера, синдром Аспергера [1, 2].

По данным Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии показатель первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (детский аутизм), среди детского населения в Республике Казахстан вырос в 2014 году по сравнению с 2010 годом в 1,6 раз и составил 2.2 на 100.000 детского населения. Первичная заболеваемость атипичным аутизмом в детском возрасте в Республике Казахстан составила в 2014 году 1.1 на 100.000 детского населения и выросла по сравнению с 2010 годом в 14.6 раз.

Показатель первичной заболеваемости детским аутизмом по г. Астана составил в 2010 году 11.4 на 100.000 детского населения, в 2014 году показатель был равен 13 на 100.000 детского населения. Следует отметить, что в 2012 году этот показатель увеличился в 1.9 раз и составил 21,6 на 100.000 детского населения. Показатель первичной заболеваемости атипичным аутизмом, среди детского населения г. Астана в 2010 году был на уровне 1,4 на 100.000 детского населения, в 2012 году вырос до 2.3 на 100.000 детского населения, в 2014 году составил 1,9 на 100.000 детского населения [3,4,5]. Семьи, имеющие и воспитывающие детей с расстройством аутистического спектра (РАС), относятся к группе особого риска. Среди медико-социальных проблем семьи наиболее важными являются: медицинские, связанные с участием в программе абилитации и реабилитации; экономические; воспитание, обучение, уход за ребенком с особой ну-

ждой; приобретение специального оборудования для тренировок ходьбы, бытовых навыков; психологические вопросы [6]. Очевидно, что усилий одних лишь врачей общей практики и педиатров в решении этой проблемы недостаточно. Опыт работы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) показывает важность построения и эффективного функционирования междисциплинарной интеграции и межсекторального сотрудничества в системе медико-социальной помощи населению. Данные виды интеграции и сотрудничества предусматривают взаимодействие усилий ПМСП с учреждениями образования (психолого-медико-педагогическими комиссиями, ПМПК), социальной защитой, службой опеки и попечительства, общественных организаций и средств массовой информации [7]. Эти виды взаимодействия имеют широкое распространение не только в повседневной работе, но и нашли свое применение и в образовательной сфере, связанной с повышением квалификации и переподготовкой специалистов ПМСП.

Результаты. Современные требования, предъявляемые к программам подготовки врачей первичного звена в своей основе опираются на интегральный, пациент- и проблемно ориентированный подход. Одной из основных компетенций врача общей практики является осуществление комплексного подхода в оказании ПМСП. Это умение скоординировано проводить мероприятия по своевременной диагностике, лечению, профилактике заболеваний, а также реабилитации, социальной поддержки и паллиативной помощи населению. Развитие указанной компетенции происходит в процессе работы в отделении общей практики, обмене опытом с коллегами и организациями, оказывающими реабилитационную, социальную, паллиативную помощь населению [8]. Одним из примеров обучения, такому взаимодействию является сотрудничество кафедр общей врачебной практики №2, с кафедрой психиатрии и наркологии, с детским центром «Жасыл Жайляу», работающим в консультативно-образовательной сфере и общественным объединением «Дети инвалиды Астаны».

Детский центр «Жасыл Жайляу» работает с

2005 года в городе Астана. Основной целью является помощь семьям, воспитывающим детей с особыми нуждами. За период с 2005 по 2016 годы проект оказал помощь 613 семьям по вопросам лечебной педагогики при воспитании детей с особыми нуждами. В нозологической структуре расстройство аутистического спектра установлено было у 300 детей, с синдромом Дауна посещали центр 53 ребенка, с ДЦП 177 детей, с другой неврологической патологией 83 ребенка. В течение последних ряда лет проект преимущественно оказывает помощь семьям, имеющим и воспитывающим детей с РАС. Возраст детей, посещающих центр, составляет от 1 года 2 месяцев до 13 лет [9]. Методы, которые используются в рамках лечебной педагогики, разнообразны. Это метод Денвера, сенсорная интеграция, хореография, музыкальная терапия, эрготерапия, арт-терапия, методика АВА, PECS, TEACH, лого-терапия, обучение социальным навыкам в группах [10,11,12,13]. Закрепление полученных навыков происходит за пределами центра.

Детский центр «Жасыл Жайляу» проводит информационную работу с ПМПК, активно сотрудничает с медицинским центром проблем психического здоровья, республиканским детским реабилитационным центром, детским психоневрологическим медико-социальным учреждением, коррекционной школой, социальными департаментами районов города. «Жасыл Жайляу» активно сотрудничает с центром лечебной педагогики в г. Москва. Деятельность его освещается в средствах массовой информации, в специальных репортажах, приуроченных ко дню аутиста (2 апреля).

Переподготовка и повышение квалификации медицинских работников в РК осуществляется в соответствии со стандартами дополнительного медицинского образования по врачебным специальностям. Объединяющим стандарты дополнительного образования по разным специальностям является такой компонент, как «Базовые дисциплины». В структуру этого компонента входит тематика, посвященная здоровому образу жизни. Принимая во внимание рост первичной заболеваемости

детей расстройством аутистического спектра, запаздыванием с диагностикой данного состояния на этапах ПМСП, кафедра общей врачебной практики №2 в 2009 году приняла решение о междисциплинарном взаимодействии с кафедрой психиатрии и наркологии, детским центром «Жасыл Жайляу», ОО «Дети инвалиды Астаны». Формат сотрудничества включает в себя совместные консультативные презентации сотрудников кафедры психиатрии и сотрудников детского центра «Жасыл Жайляу» по проблемам коммуникативно-социальных, поведенческих проявлений расстройств аутистического спектра, для слушателей циклов переподготовки и повышения квалификации, обучающихся на кафедре. Далее следует посещение детского центра «Жасыл Жайляу», в ходе которого идет знакомство с оборудованием и ознакомлением с методиками, пользующимися в работе, а также беседы с представителями общественного объединения «Дети инвалиды Астаны». Результатом подобного сотрудничества явилось повышение знаний и осторожности специалистов ПМСП в отношении нозологических форм, имеющих расстройства аутистического спектра. Следствием повышения качества знаний специалистов ПМСП явилось увеличение случаев обращаемости в ПМПК школ при подозрении на наличие РАС. Подтверждением к сказанному выше являются данные, представленные управлением образования г. Астана. Так, количество обращений в ПМПК города при подозрении у детей расстройств эмоционально-волевой сферы, поведения и аутизма в 2013 году составило 297 случаев, в 2014 году 372, в 2015 году 473 случая.

Вывод. Таким образом, опыт междисциплинарной интеграции между кафедрами, предоставляющими услуги по переподготовке и повышению квалификации врачей и межсекторального сотрудничества с детским центром «Жасыл Жайляу», с ОО «Дети инвалиды Астаны» работающими в социальной и реабилитационной сфере, демонстрирует эффективность в оказании своевременной первичной медико-санитарной помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Педиатрия: национальное руководство: в 2т.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009.Т.2.-1024с.-(Серия «Национальные руководства»)
2. Башина В.М. Аутистические расстройства/ Рук. по психиатрии под ред. А.С.Тиганова.-М.: Медицина, 1999.-С.685-704.
3. Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2010-2011годы. Республи-

- канский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Статистический сборник. Алматы. 2012.
4. Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2011-2012годы. Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии. Министерство здраво-

охранения Республики Казахстан. Статистический сборник. Алматы. 2013.

5. Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2013-2014годы. Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Статистический сборник. Алматы. 2014.

6.Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: Учебное пособие/ Под ред. В.А. Доскина В.А. -2-е изд., перераб. и доп. -М.:ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»,2015г. - 504с.

7. Подростковая медицина: Руководство.2-е издание/Под ред. Л.И. Левиной, А.М. Куликовой.-СПб: Питер, 2006.-544с.

8. Уразова С.Н., Аталыкова Г.Т., Асамбаева Д.Э., Цай Е.М. Новые подходы к непрерывному профессиональному развитию и дополнительному образованию врачей общей практики. Клинические рекомендации как основа медицинской деятельности врача общей практики. Всероссийская конференция с международным участием. Сборник тезисов.

3-4 октября. СПб.2016. - С.32-34.

9. Аталыкова Г.Т., Уразова С.Н., Нугуманова Г.М., Жунусбекова К.К., Асамбаева Д.Э., Цай Е.М. Опыт сотрудничества кафедры общей врачебной практики с неправительственной организацией в социальной сфере. Клинические рекомендации как основа медицинской деятельности врача общей практики. Всероссийская конференция с международным участием. Сборник тезисов. 3-4 октября. СПб.2016. - С.10.

10. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст).-М.:Теревинф, 2007.-(особый ребенок).-112с.

11. Юханссон И. Особое детство; [пер.со швед. О.Б.Рожанской].-2-е изд.-М.:Теревинф, 2010. - 160с.

12. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание: Пер.с нем. А.П. Голубева; Науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова.-М.: Издательский дом «Академия», 2003.- 432с.

13. Фрост Л. Система альтернативной коммуникации с помощью с помощью карточек (PECS): руководство для педагогов.-М.:Теревинф,2011.- 416с.

РЕЗЮМЕ

АТАЛЫКОВА Г.Т., ДЯГТЯРЬ Т.И., НУГУМАНОВА Г.М., ЖУНУСБЕКОВА К.К.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Опыт междисциплинарной интеграции между кафедрами, предоставляющими услуги по переподготовке и повышению квалификации врачей и межсекторального сотрудничества с детским центром «Жасыл Жайлау», с ОО «Дети инвалиды Астаны» работающими в социальной и реабилитационной сфере, демонстрирует эффективность в оказании своевременной первичной медико-санитарной помощи населению.

ТҮЙІН

АТАЛЫКОВА Г.Т., ДЯГТЯРЬ Т.И., НУГУМАНОВА Г.М., ЖУНУСБЕКОВА К.К.

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕДЕ ПӘНАРАЛЫҚ ИНТЕГРАЦИЯ ЖӘНЕ САЛААРАЛЫҚ ҰНТЫМАҚТАСТЫҚ

Әлеуметтік және оналту саласында жұмыс істейтін ҰЕҰ «Астана қаласының мүгедек балалар» және «Жасыл Жайлау» балалар орталығымен бірлесе отыра дәрігерлерді қайта даярлау және біліктілігін арттыру , сектораралық ынтымақтастық бойынша қызмет көрсететін бөлімшелер арасында пәнаралық интеграция тәжірибесін, халыққа дер кезінде алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету тиімділігін көрсетеді.

SUMMARY

ATALYKOVA G.T., DYAGTYAR T.I., NUGUMANOVA G.M., ZHUNUSBEKOVA K.K.

INTERDISCIPLINARY INTEGRATION AND CROSS-SECTORAL COOPERATION IN GENERAL PRACTICE

Experience in interdisciplinary integration between departments providing services for retraining and further training of doctors and intersectoral collaboration with the children's center «Zhasyl Zhailau» with the public association «Children with disabilities of Astana» working in the social and rehabilitation field, demonstrates the effectiveness in providing timely primary health care to the population .



УДК 378.141.28.

БАЙГОЖИНА З.А.

*Начальник отдела развития медицинского образования
Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК,
к.м.н.*

АБДРАХМАНОВА А.О.

*Главный менеджер отдела развития медицинского образования
Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК,
к.м.н., доцент*

АБЕЕВА А.Г.

*Менеджер отдела развития медицинского образования
Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК,
к.м.н.*

ХАНДИЛЛАЕВА Б.М.

*Главный менеджер отдела развития медицинского образования
Республиканского центра развития здравоохранения МЗСР РК,
к.м.н.*

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТЧИСЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ДВУХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗ-ов РК

Процесс приема – крайне важный аспект любого медицинского университета. Медицинские университеты должны иметь четкое видение того врача, которого они хотят подготовить для системы здравоохранения. Следовательно, процессы приема абитуриентов в медицинские ВУЗы должны опережать эти события и соответствовать желаемому конечному результату.

Причины выбора той или иной профессии, в том числе медицинской, весьма разнообразны и у каждого человека они свои, индивидуальные. Е.М. Павлютенков (1980) [1] выделил мотивы выбора профессии, ряд из которых можно смело отнести к абитуриентам медицинских ВУЗов РК:

- социальные (желание своим трудом способствовать общественному прогрессу, занять достой-

ное место в обществе);

- моральные (приносить пользу людям, оказывать им помощь);

- познавательные (связаны со стремлением к овладению специальными знаниями);

- утилитарные (возможность работать в городе, иметь «чистую работу», легкость поступления в вуз, на работу, советы друзей и знакомых).

Дифференцированный отбор абитуриентов в медицинские ВУЗы – актуальная проблема не только для медицинского образования, но и для организаций здравоохранения, которые получают плохо подготовленных студентов, не мотивированных для оказания помощи больным людям.

Психологические причины этого явления объясняются социальной незрелостью молодежи, нес-

формированностью жизненных планов, интересов, отсутствием четких представлений о будущей профессии.

Анализ процедуры отбора и приема в медицинские вузы Республики Казахстан показывает наличие проблемных вопросов, требующих решения, на уровне допрофессиональной подготовки - выпускники школ мало информированы о будущей профессии; на этапе приема на обучения в вузе - конкурс проводится только на основании результатов единого национального тестирования, нижний порог которого устанавливает Министерство образования и науки РК без учета специфики обучения в медицинских организациях образования и будущей профессии. По данным Аканова А.А. и соавт. (2010) отсев студентов из медицинских ВУЗов составляет в среднем 10-12% [2]. К сравнению: процент студентов, оставляющих учебу в США и Великобритании, равен 3-4% [3]. В медицинских вузах Республики Казахстан начиная с 2008 года, было отчислено 1,5 тысячи студентов, большая часть из которых – первокурсники [4].

По данным К.М. Файзуллиной с 2007 по 2012 годы в Казахском национальном медицинском университете (Алматы) отчисленные студенты в среднем ежегодно составляют 39% от числа зачисленных, 28,6% уходят «по собственному желанию» [5].

В рамках реализации мероприятий компонента С «Реформа медицинского образования и науки», в частности по совершенствованию политики приема и методам отбора граждан в медицинские организации образования были выбраны два ВУЗа Казахстана (ВУЗ-1, ВУЗ-2), в которых в качестве пилота будет апробирована методика дифференцированного отбора студентов. Апробация потребовала проведения анализа причин отчисления студентов за период с 2009-11 по 2012-13 учебные годы.

Анализ данных по приему студентов.

Динамика ежегодного приема студентов в пилотные медицинские ВУЗы РК за период с 2009-10 по 2012-13 учебные годы наглядно представлена на рисунке 1.

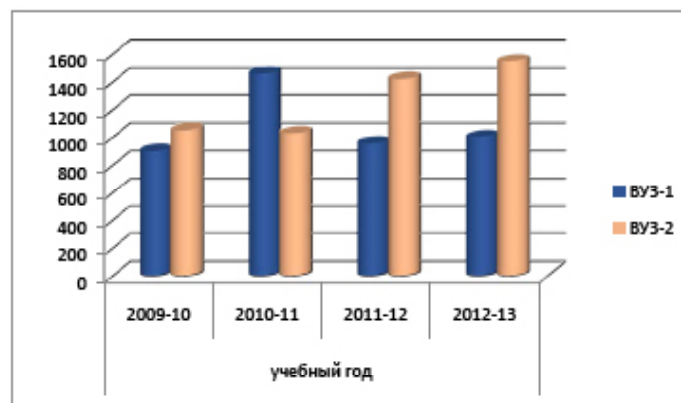


Рисунок 5. Прием студентов в пилотных ВУЗах за четыре учебных года.

В ВУЗ-1 отмечается уменьшение численности студентов, поступающих на обучение по гранту - с 87,4% до 78,9% и, соответственно, увеличение

численности студентов, обучающихся на договорной основе - от 12,6% до 31%. Обратная, положительная динамика, отмечена в ВУЗ-2 (рис. 2).

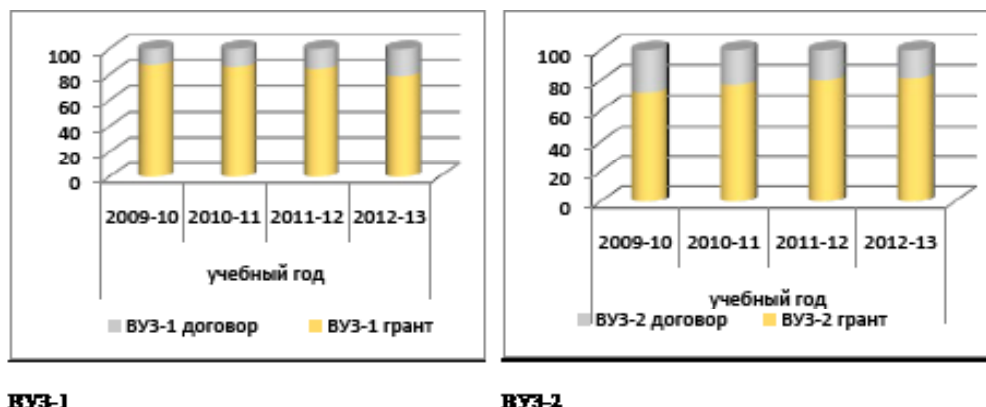


Рисунок 2. Процент студентов, принятых на обучение по гранту и на договорной основе за четыре учебных года.

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Сравнительный анализ итогов приема студентов в оба ВУЗа в разрезе специальностей показал, что самый высокий рейтинг по числу поступивших занимает специальность «Общая медицина». Ежегодный прием студентов на эту специальность составляет от 67 до 75,4% от общего числа зачислен-

ных в ВУЗ-1 студентов. Вместе с тем, из года в год, процент зачисленных студентов на специальность «Общая медицина» уменьшается, так в 2009-10 учебном году он составил 75,4%, в 2010-11 – 73,7%, 2011-12 – 69,5% и в 2012-13 – снизился до 67% от общего числа зачисленных студентов (рис. 3).

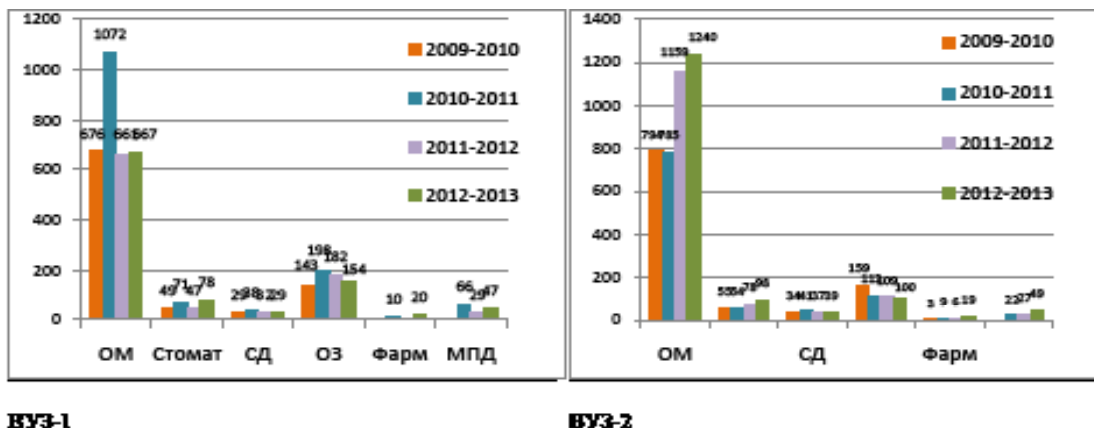


Рисунок 3. Итоги приема студентов на разные специальности.

В целом анализ итогов приема абитуриентов в двух пилотных ВУЗах, показал, что в ВУЗе-2 отмечается положительная тенденция к снижению числа студентов на договорной основе и увеличению численности грантников; в обоих ВУЗах более престижной, востребованной является специальность «Общая медицина».

Анализ причин отчисления студентов.

В ВУЗе-1 в 2009-10, 2010-11 и 2011-12 учебные годы на первый курс было принято 897, 1455 и 951 абитуриентов соответственно. С учетом всех специальностей, по различным причинам уже на первом курсе было отчислено 53, 73 и 38 первокурсников, что составило 5,9%, 5% и 4% от общего числа поступивших в анализируемые годы соответственно (табл. 3).

Таблица 1 - Причины отчисления студентов ВУЗа-1 в 2009-10-2011-12 учебных годах.

учебный год	специальность	1 курс						2 курс						3 курс						4 курс	5 курс	6 курс
		Всего	Принят в ВУЗ	По отб.	Академ. отставание	По спец.	Учебные задания	Всего	Принят в ВУЗ	По отб.	Академ. отставание	По спец.	Учебные задания	Всего	Принят в ВУЗ	По отб.	Академ. отставание	По спец.	Учебные задания			
2009-10 (897)	ОМ	43	3	31	5		4	59	12	28	9	10		19	4	8	2	5	44		5	
	ОЗ	7		7				3	1	3		2		5		3		2	1			
	МПД	1					1	2			1		1					1				
	Фарм																			2		
	Стомат	2		2				4		2			2	16	2	2	7	5	1			
	СД	6		5			1	5		5			2	1		1						
За год	59	3	45	5		6	76	13	38	10	12	3	43	7	13	10	13	47		5		
2010-11 (1455)	ОМ	53	10	40	3			49	15	31		1	2	14		12		2	8	6	5	
	ОЗ	9		6			3	11	5	6				7	4	2		1	3			
	МПД	3		3																1	1	
	Фарм																			1		
	Стомат	2		2				4	1	3									1	1	6	
	СД	6		5	1			4		4												
За год	73	10	56	4		3	68	21	44		1	2	21	4	14		3	13	8	12		
2011-12 (951)	ОМ	24		19	1	2	2	77	8	49	15		5	23	7	12		4	12	8	20	
	ОЗ	4		4				18	2	7	9		2		1	1						
	МПД							1		1												
	Фарм	1	1										2		1	1			2			
	Стомат	7		3	4			6		6			1	1	1					3	3	
	СД	2		2				2	1				1	1	1							
За год	38	1	28	5	2	2	104	11	63	24		6	29	8	15	2	4	14	11	23		

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

В разрезе специальностей наибольший процент составляют студенты факультетов общей медицины, лечебного дела и педиатрии. В 2009-10 учебном году отчисленные с этих факультетов студенты 1-го курса составили 72,9%, 2-го – 77,6%, 3-го – 44,2% и 4-го – 93,6% от общего числа отчисленных студентов соответствующих курсов. Аналогичная картина наблюдается в 2010-11 и 2011-12 учебных годах.

Основной причиной отчисления студентов 1-5 курсов являлась формулировка «по собственному желанию» - ежегодно от 30% до 75% и более. В 2009-10 учебном году был отмечен высокий процент отчисленных за академическую неуспеваемость и нарушение учебной дисциплины студентов 2-го и 3-го курсов, который составил 30% и

53,5% от общего числа отчисленных соответственно. На старших курсах превалирует как причина отчисления - перевод в другой ВУЗ. Всего в 2009-10 учебном году из ВУЗа 1 перевелись 54 студента, в 2010-11 году – 72 и в 2011-12 – 61 студент, из них 45 (83%), 56 (77,8%), 49 (80%) студенты общей медицины, лечебного дела и педиатрии соответственно.

В ВУЗ-2 в 2009-10 учебном году было зачислено 1045 абитуриентов, из которых 85 человек (8%) отчислено уже на первом курсе. В 2010-11 и 2011-12 учебных годах процент отчисленных на первом курсе студентов к общему числу принятых (1023 и 1416) составил 5,7% и 7% соответственно

(табл. 2).

Таблица 2 - Причины отчисления студентов ВУЗа-2 в 2009-10, 2010-11 и 2011-12 учебных годах.

Учебный год	Специальность	1 курс				2 курс				3 курс				4 курс	5 курс
		Всего	Перевод в др. ВУЗ	По стип.	Наруш. учеб. дисциплины	Всего	Перевод в др. ВУЗ	По стип.	Наруш. учеб. дисциплины	Всего	Перевод в др. ВУЗ	По стип.	Наруш. учеб. дисциплины	Всего	Всего
2009-10	ОМ	63	1	48	14	62	20	26	16	16	9	5	2		
	ОЗ	13		9	4	8	3	5		5					
	МПД														
	Фарм.									1					
	Стом.	6		3	3	6	3	1	2	7				3	
	СД	3	1	2		2	2								
	За год	85				78				29				3	
2010-11	ОМ	47	1	30	16	30	9	14	7	20	6	13	1	5	
	ОЗ	5	1	3	1	7	3	2	2	2	1		1	3	1
	МПД	1		1											
	Фарм.									1		1			
	Стом.	5		5		3		3		1		1			
	СД					2	2			6	4	1	1		
	За год	58				42				30				8	1
2011-12	ОМ	86	5	64	17	57	20	23	14	25	6	14	5	14	9
	ОЗ	5	1	4		3		2	1	3	1	1	1	2	
	МПД	2	1	1		1		1							
	Фарм.														
	Стом.	4		4		2		2		4		4			
	СД	1		1						1		1			
	За год	98				63				33				16	9

Наибольший процент отчисленных на первом курсе в 2009-10, 2010-11 и 2011-12 учебных годах составили студенты специальностей «Общая медицина», «Лечебное дело» и «Педиатрия», что в сумме составило 74%, 81% и 87,7% соответственно. Число отчисленных студентов имеет тенденцию к снижению к старшим курсам. Большинство студентов уходят из ВУЗа по собственному желанию, при этом чаще на младших курсах.

Таким образом, в обоих ВУЗах наибольший процент отчислений наблюдается на 1-3 курсах; основная причина отчисления - «по собственному желанию», реже – академическая неуспеваемость и нарушение учебной дисциплины; на старших курсах высок процент переводов в другие ВУЗы, особенно по ВУЗ-1. Среди отчисленных более половины студенты специальности «Общая медицина».

Выводы. Анализ причин отчислений студентов в двух пилотных вузах показал, что независимо от направлений подготовки, наибольший процент отчислений приходится на младшие курсы, более 70-80% студентов уходят по собственному желанию, нарушение учебной дисциплины и академическую неуспеваемость, что может служить одним из косвенных критериев нарушения адаптации студентов, как причины отчисления их из ВУЗа.

Если в медицинских университетах РК до 15% отсева наблюдается уже на 1-2 курсах, то в зарубежных странах, где применяется не один, а несколько методов отбора, в том числе и множественные мини-интервью наблюдается более низкие показатели отсева (3-4%). В США, к примеру, 97-98% поступивших в медицинскую школу успешно ее заканчивают и получают степень доктора медицины (MD).

Анализ литературы и полученные результаты

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Павлютенко Е.М., Формирование мотивов выбора профессии / под ред. Б.А. Федоришина. - Киев: Рад. школа, 1980. - 143 с.
2. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Есенжанова Г.М., Ахметов В.И. Медицинское образование в США: Опыт для Казахстана (издание второе, дополненное), Алматы. 2010.
3. Arulampalam W, Naylor RA, Smith JP. Dropping out of medical school in the UK: explaining the changes over ten years. Med Educ. – 2007. – 41. – 385-94. Stetto JE, Gackstetter GD, Cruess DF, Hooper TI. Variables associated with attrition from Uniformed Services University of the Health Sciences Medical

причин отчисления студентов по двум пилотным ВУЗам за три года свидетельствуют о необходимости постоянного анализа причин отчисления студентов, в том числе детализировать причину «по собственному желанию».

Так, по данным Пятибрата А.О. и соавторов (2008) абитуриенты медицинских ВУЗов зачастую не имеют представления о будущей профессии, не знают того, что ожидает их в будущем. Легкомысленный подход в выборе профессии, первые трудности, с которыми неизбежно сталкиваются студенты младших курсов медицинских университетов, приводят к быстрому разочарованию, внутренним конфликтам, которые заканчиваются уходом по собственному желанию или отчислением за неуспеваемость. Те же из них, кто, все таки, заканчивает ВУЗ, становятся посредственными специалистами [6].

Один из путей, который позволит избежать приема в медицинские ВУЗы случайных людей, это дифференцированный отбор абитуриентов. Проведенный анализ, практический опыт, многочисленные жалобы на врачей, число которых в последние годы не уменьшается, свидетельствуют о необходимости перехода от количественных показателей к качественному набору абитуриентов. Морально устойчивый, готовый к преодолению любых трудностей абитуриент-медик легко адаптируется к вузовской системе образования, обеспечит в будущем высокие показатели в учебе, качественные результаты в работе.

Дифференцированный отбор наиболее подготовленных, устойчивых и преданных своей профессии абитуриентов-студентов, несомненно, скажется на снижении числа отчисленных за неуспеваемость и разочаровавшихся студентов.

- School. Mil Med. – 2004. – 169. – 102 -7.
4. Аканов А.А. Медицинское образование: К качеству и конкурентоспособности // Казахстанский медицинский журнал. - №4. – 2008. – 32 с.
5. Файзуллина К.М. «Есть ли необходимость в изменении правил отбора абитуриентов в медицинские вузы». – Алматы. - 2013.
6. Пятибрат А.О., Балахонов А.В. и др., «Особенности профориентационных мероприятий в гражданском и военном медицинском вузе как фактор сохранения здоровья обучающихся», Санкт-Петербург: Вестник Санкт-Петербургского университета, Сер, 11, 2008, Вып.2, с. 178-185.

ТҮЙІН

БАЙҒОЖИНА З.А., АБДРАХМАНОВА А.О., АБЕЕВА А.Г., ХАНДИЛЛАЕВА Б.М.

ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

ҚР ЕКІ ЖОО МЫСАЛЫНДА СТУДЕНТТЕРДІҢ ОҚУДАН ШЫҒЫП ҚАЛУ СЕБЕПТЕРІНІҢ ТАЛДАУЫ

Соңғы жылдары студенттерді қабылдау санының өсуімен қатар, үлгерімінің нашарлығына байланысты оқудан шығып қалып жатқан студенттер саны да өсуде. Медициналық ЖООға түскендер аралығында дәрігерлікке немесе мейіргерлік мамандыққа бейімдігі жоқ, кездейсоқ адамдар көбірек кездесуде. Бұндай көзқарас медициналық білім сапасының, медициналық қызметкерлердің беделінің және медициналық кәсіптің этикасының төмендеуіне әкеліп соқтырады. Берілген жұмыста ҚР екі пилоттық ЖООнда студенттерді қабылдау және оқудан шығуының нәтижелеріне талдау берілген.

Түйін сөздер: кәсіпті таңдау, оқудан шығу себептері, дифференциацияланған талдау.

SUMMARY

BAIGOZHINA Z., ABDRAKHMANOVA A., ABEYEVA A., KHANDILLAYEVA B.

The Republican State Enterprise on the right of economic management «Republican Center for Health Development» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan (further RSE «RCHD»)

THE ANALYSIS OF THE REASONS OF EXPELS OF STUDENTS ON EXAMPLE OF TWO MEDICAL SCHOOLS OF RK

In recent years, along with the increase of reception, the number of students expelled for academic failure. Among admitted to medical schools are random people who have no vocation to the profession of a doctor, a nurse. This leads to a reduction in the quality of medical education, undermines the credibility of health workers, the ethics of the medical profession. The paper presents an analysis of the results of admittance and reasons of students expel in two pilot universities of Kazakhstan.

Keywords: choice of profession, the reasons for expel, differential selection.



УДК 613.955:371.2:004

ЕРДЕНОВА Г.К., МУСИНА А.А., ШАЙЗАДИНА Г.Н., АЛДАБЕКОВА Г.У.

АО «Медицинский университет Астана», кафедра «Гигиена труда и коммунальной гигиены»

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИИ УРОКОВ ИНФОРМАТИКИ В ШКОЛАХ

Аннотация. В статье рассматриваются составляющие проблемы компьютеризации, специфика воздействия компьютера на детей школьного возраста, представлены материалы изучения условий организации уроков информатики, в учреждениях средней школы г. Астаны. Отмечены наиболее существенные недостатки условий обучения школьников.

Ключевые слова: школьник, компьютер, микроклимат, освещенность, электромагнитное излучение.

Актуальность. Проблема сохранения и це-

ленаправленного формирования здоровья детей школьного возраста в сложных современных условиях развития Казахстана исключительно значима и актуальна [1]. Современный школьный образовательный процесс, характеризующийся интенсификацией умственной деятельности в условиях дефицита учебного времени, способствует прогрессивному ухудшению здоровья учащихся в процессе обучения. Компьютерные технологии, являясь великим достижением человечества, имеют отрицательные последствия для здоровья детей [2]. На сегодня стоит задача максимально снизить

ущерб от вреда здоровью.

Цель исследования: Гигиено-эргономическая оценка условий обучения в кабинетах информатики средней школы.

Материалы и методы: исследования гигиенических условий проведены в кабинетах информатики с 2015 по 2016 г.г. в средней школе №14 г. Астаны. Были использованы гигиенические (микроклимат, электромагнитные поля (ЭМП), освещенность) и эргономические (оценка рабочего места, оборудования и оснащения компьютерных классов, рабочей позы учащегося, а также соответствие размеров учебной мебели).

Гигиеническая оценка выполнена в соответствии с действующими нормативно-методическими документами, полученные данные оценивались в соответствии с СП от 21 января 2015 года № 38 [3], СП от 29 декабря 2014 года № 179 [4].

Результаты и обсуждения: Анализ микроклимата кабинетов информатики показывает, что температура воздуха превышает оптимальные уровни и составляет 23 °с. Относительная влажность воздуха находится на уровне нижней границы нормы (30-35%). Искусственная освещенность снижена на клавиатуре и рабочих местах для теоретических занятий (150-200 лк) и завышена на экранах мониторов (200-290 лк).

Оценка микроклимата в компьютерных классах показывают, что учащиеся подвергаются влиянию дискомфортных микроклиматических условий. Занятия в таких неблагоприятных микроклиматических условиях могут обуславливать значительное напряжение процессов теплообмена организма школьников, и тем самым могут снижать функциональные возможности организма и его работоспособность.

Выявлены высокие показатели электрических и магнитных полей. Параметры ионизирующих электромагнитных излучений в компьютерных классах превышают допустимые уровни в диапазоне частот 5 – 2000 гц: на уровне таза (280,0 при нормируемом значении 250,0) в диапазоне частот

2 – 400 гц: (нтл) на уровне таза (30,0-32,0 при нормируемом значении 25,0);

Интенсивность освещения у экрана монитора составляет 70-180 лк, а на уровне клавиатуры 150 лк (при норме 300 лк). При неравномерной яркости перевод взгляда сопровождается переадаптацией к новым световым условиям. Частая переадаптация приводит к быстрому развитию утомления зрительного анализатора. Особое внимание привлекает состояние естественного освещения компьютерных классов, так как, снижение

уровня освещенности в компьютерных классах в пасмурную погоду, чрезмерная яркость, оказывает слепящее действие солнечных лучей в солнечную погоду может вызывать значительное напряжение функции зрительного анализатора, приводя к утомлению органа зрения, и как следствие нарушению его функции.

Исследования по изучению оборудования компьютерных классов показывают, несоответствие учебной мебели компьютерных классов ростовым данным учеников. Многие дети во время занятий информатики вынуждены сидеть в неудобной рабочей позе, что может, служит причиной развития быстрого утомления, миопии и сколиоза. Учебные места с ВДТ не соответствуют антропометрическим размерам школьников. Регулируемые по высоте стулья с подлокотниками не имеются ни в одной обследуемой школе. Расстояние между столами составляет 0,6-0,7 м (при норме 2 м), между боковыми поверхностями мониторов - 0,7-0,9 м (при норме 1,2 м), что также не соответствует гигиеническим требованиям. Отмечается «нерациональная» рабочая поза, увеличивающая нагрузки на опорнодвигательный аппарат учащегося: Угол наклона головы, угол наклона верхнегрудного отдела туловища более 45°, расстояние от глаз до экрана вдт менее 50 см.

Неблагоприятные гигиено-эргономические условия обучения на уроках информатики усугублены нерациональным построением учебного дня, недели: наблюдается превышение учебной нагрузки на 1-5 ч в неделю;

Выводы:

Санитарно-гигиеническое состояние компьютерных классов не отвечает гигиеническим требованиям:

1. Недостаточное освещение в учебных помещениях (150-200 лк при нормируемом значении 400 лк);

2. Температура воздуха превышает оптимальные уровни (23° при нормируемом значении 22°); относительная влажность воздуха находится на уровне нижней границы нормы (30-35% при нормируемом значении 40-60%); скорость движения воздуха отсутствует (при нормируемом значении 0,2-0,5м/с);

3. Параметры ионизирующих электромагнитных излучений в

компьютерных классах превышают допустимые уровни в диапазоне частот 5 – 2000 гц: на уровне таза

(280,0 при нормируемом значении 250,0) в диапазоне частот

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

2 – 400 кгц: (нтл) на уровне таза (30,0-32,0 при нормируемом значении 25,0);

4. Размер мебели не удовлетворяет росто-возрастным особенностям учащихся, отмечается «нерациональная» рабочая поза;

5. Недельное и ежедневное расписание уроков не учитывает кривую умственной работоспособ-

ности учащихся, общая недельная нагрузка составляет более 40 часов.

6. На основе проведенных исследований разработан комплекс оздоровительных мероприятий, ориентированных на школьников, родителей, администрацию школ, учителей и врачей медицинских пунктов школ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. и др. Школы здоровья России (концепция, планирование и развитие). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. 2009. — 128с.

2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С., и др. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны укрепления здоровья подростков). Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 112 с.

3. СП от 21 января 2015 года № 38 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с источниками физических факторов (компьютеры и видеотерминалы), оказывающих воздействие на человека» Приказ МНЭ РК;

4. СП от 29 декабря 2014 года № 179 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования» Приказ МНЭ РК;

ТҮЙІН

Г.К. ЕРДЕНОВА, А.А. МУСИНА, Г.Н. ШАЙЗАДИНА, Г.У. АЛДАБЕКОВА

АҚ «АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ»

МЕКТЕПТЕРДЕ ИНФОРМАТИКА САБАҚТАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Бұл мақалада, мектеп жасындағы балаларға нақты компьютерлік әсерлерін компьютерлендіру мәселелерін компоненттерін талқылайды. Астана жалпы білім беретін мектептерде информатика сабақтарында ұйымдастыру зерттеу материалдық жағдайын таныстырды. Маңызды кемшіліктер оқушысы жағдайды қанағатпен атап өтті.

РЕЗЮМЕ

ЕРДЕНОВА Г.К., МУСИНА А.А., ШАЙЗАДИНА Г.Н., АЛДАБЕКОВА Г.У.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИИ УРОКОВ ИНФОРМАТИКИ В ШКОЛАХ

В статье рассматриваются составляющие проблемы компьютеризации, специфика воздействия компьютера на детей школьного возраста, представлены материалы изучения условий организации уроков информатики, в учреждениях средней школы г. Астаны. Отмечены наиболее существенные недостатки условий обучения школьников.

SUMMARY

ERDENOVA GK, MUSINA AA, SHAYZADINA GN, ALDABEKOVA GU

JSC «ASTANA MEDICAL UNIVERSITY»»HYGIENIC

CHARACTERISTICS OF THE ORGANIZATION OF COMPUTER SCIENCE LESSONS IN SCHOOLS»

The article deals with the problem of computerization, the specificity of the computer effects on children of school age. Presented the study material conditions of the organization of computer science lessons in schools of Astana. Noted significant deficiencies school conditions.

ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРА!



Редакция журнала «Валеология: здоровье – болезнь – выздоровление» сердечно поздравляет **ТАСМАГАМБЕТОВУ ЕНЛИК КАБДЕНОВНУ** с 70 – летием.

Тасмагамбетова Е.К. – окончила Целиноградский государственный медицинский институт в 1971 г.

С 1971 г. по 1991 г. работала в областной клинической больнице, в детском отделении – педиатром. С 1986 г. по 1990 г. прошла курсы специализации и усовершенствования по реабилитологии, ЛФК и традиционной медицине. В 1991 г. была переведена в Акмолинский государственный медицинский институт ассистентом курса традиционной медицины. С 1993 г. по 1998 г., а также с 2001 г. по 2013 г. специализировалась по Су-Джок терапии и китайской акупунктуре.

В 1994 г. была инициатором открытия факультета восточной медицины. За время работы в Университете ею были разработаны 3 учебно-методических пособия для студентов по восточной медицине, опубликовано 25 статей по Су-Джок терапии. Енлик Кабденовна является одним из первых выпускников университета, и своим трудом внесла большой вклад в развитие и процветание образовательной, клинической и воспитательной деятельности нашего вуза. Она отличается высоким профессионализмом, творческим отношением к решению проблем в области восточной медицины. Она обучила не мало специалистов с высокими профессиональными навыками в области традиционной медицины и Су-Джок терапии. Она также активно занимается общественной работой на кафедре.

За долгие годы совместной работы на нашей кафедре Енлик Кабденовна являлась для нас примером оптимизма, активности, энергичности, а ее коммуникабельные качества снискали заслуженное уважение среди коллег и студентов.

ДОРОГАЯ ЕНЛИК КАБДЕНОВНА!

Сердечно поздравляем Вас со славным юбилеем! Желаем душевной теплоты, сердечного спокойствия, любви и заботы родных, благополучных и счастливых дней! Крепкого здоровья и бодрости духа!

*Коллектив кафедры
профилактической медицины и питания с курсом спортивной медицины
АО «Медицинский Университет Астана» и редакция журнала*