

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, 2018

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, ғылыми редакторы
Сливкина Н.В. - жауапты хатшы
Ударцева Т.П. - редакторы
Калин А.М. - техникалық редакторы

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)
Имангазин С.Б. (Павлодар)
Мырзаханов Н. (Астана)
Коман И.И. (Израиль)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Роберт Дарофф (АҚШ)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шастун С.А. (Россия)
Шайдаров М.З. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Тулбаев Р.К. (Астана)
Тель Дина (АҚШ)

Біздің мекен жайымыз:

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

Баспадан шыққан мерзімі: 02.03.2018 ж.

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

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

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

***VALEOLOGY
HEALTH - ILLNESS - RECOVERY
№1, 2018***

**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,
scientific editor
Slivkina N.V. - executive assistant
Udartseva T.P. - editor
Kalin A.M.-technical editor

Editorial advice:

Agadzhanian 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 G. (Hungary)
Tulebayev R.K. (Astana)

Address:

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

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

АБУОВА А.С.
ЖҮЙЕЛІ СКЛЕРОДЕРМИЯМЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨКПЕ
ПАТОЛОГИЯСЫ

АЛИЕВА Э.Н.
ЖАТЫР АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ ЭМБОЛИЗАЦИЯСЫ

АХМАРОВ Р.А., КЕНЖЕБЕКОВА А.М.
ХИРУРГИЯДАҒЫ АУРУХАНАЛЫҚ ОРТАҒА
МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГТИҢ
ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҚОЛДАНБАЛЫ АСПЕКТТЕРІ

ГУБАЙДУЛИНА Н.Е., ЖУСУПОВА Г.К.
ЖҮРЕК ҚАРЫНШАЛАРЫНЫҢ ЕРТЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИЯ
СИНДРОМЫ, ЗАМАНАУИ АСПЕКТТЕРІ

ИСИЛЬБАЕВА А.А.
БЕХЧЕТ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

**КЕНЖЕБЕКОВ К., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., КУЛОВ Д.Б.,
СЕРҒАЛИЕВ Т.С., АБДРАХМАНОВ К.Т., СЫЗДЫКОВ
М.М., ШАЙХАТТАРОВА Ұ.**
ИНСУЛЬТ СЫРҚАТЫНЫҢ ӘСЕРІНЕН БОЛҒАН
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕР ЖӘНЕ
ОНЫҢ ФАКТОРЛАРЫ

ПОБЕРЕЖНАЯ О.О., ЗОТОВ В.А.
СҮТ БЕЗІ ПТОЗЫНЫҢ ДӘРЕЖЕСІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ
ВЕРТИКАЛДЫ, ПЕРИАРЕОЛЯРЛЫ МАСТОПЕКСИЯ
ЖӘНЕ БІР МЕЗЕТТІ МАСТОПЕКСИЯМЕН
АУГМЕНТАЦИЯ ТИМДІЛІГІН САЛЫСТЫРМАЛЫ
БАҒАЛАУ

СМАГУЛОВА А.К.
ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫ МЕН
ӨТКІЗГІШТІГІНІҢ БҰЗЫЛУЫ

ХУСАИНОВА Г.С.
ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ
АУРУЛАРЫНЫҢ ФАРМАКОТЕРАПИЯСЫ

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

АЙТЕНОВ Б.Т.
САУЫҚТЫРУ-РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ ОРТАЛЫҒЫ
ЖАҒДАЙЫНДА МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ
ДЕНЕ ҚИМЫЛЫ ЖҰМЫСЫНА ҚАБІЛЕТТІЛІГІН ЖӘНЕ
ТӨЗІМДІЛІК КҮШІН БАҒАЛАУ КРИТЕРИЙЛЕРІ

**ӘЛЖАНОВА К.Ж., ОРАЗОВА С.Н., АТАЛЫКОВА Г.Т.,
ЦАЙ Е.М., ӘМІРҒАЛИЕВА Г.Н.**
БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЫЛУЛЫҚ КОРҒАНЫС

**БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А.,
КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., КЕЛИМБЕРДИЕВА А.К.**
СПОРТШЫЛАРДЫҢ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІ
ПАТОЛОГИЯСЫ ҮШІН ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАР

**БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А.,
КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., БЛЯЛОВА Д.Б.,
ГУБАЙДУЛИНА Н.Е.**
СТАТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ДИНАМИКАЛЫҚ СПОРТ
ТҮРЛЕРІМЕН АЙНАЛЫСАТЫН СПОРТШЫЛАРДА
ЖҮРЕКТІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ
СИПАТТАМАСЫ

БЕКЕТОВ Б.А., БАРЫШЕВ Б.Б., СЛИВКИНА Н.В.
ЖАРЫС КЕЗІНДЕ КҮРЕСШІ МЕН АУЫР АТЛЕТТЕРДІҢ

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

7 **АБУОВА А.С.**
ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ
СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

10 **АЛИЕВА Э.Н., КУЛЬБАЕВА С.Н.**
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

14 **АХМАРОВ Р.А., КЕНЖЕБЕКОВА А.М.**
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА
ГОСПИТАЛЬНОЙ СРЕДЫ В ХИРУРГИИ

19 **ГУБАЙДУЛИНА Н.Е., ЖУСУПОВА Г.К.**
СИНДРОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ,
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

25 **ИСИЛЬБАЕВА А.А.**
БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА: КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ

29 **КЕНЖЕБЕКОВ К., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., КУЛОВ Д.Б.,
СЕРҒАЛИЕВ Т.С., АБДРАХМАНОВ К.Т., СЫЗДЫКОВ
М.М., ШАЙХАТТАРОВА Ұ.**
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ИНСУЛЬТА
И ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ

32 **ПОБЕРЕЖНАЯ О.О., ЗОТОВ В.А.**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВЕРТИКАЛЬНОЙ, ПЕРИАРЕОЛЯРНОЙ МАСТОПЕКСИИ И
ОДНОМОМЕНТНОЙ АУГМЕНТАЦИЕЙ С
МАСТОПЕКСИЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНЕЙ
ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

37 **СМАГУЛОВА А.К.**
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У
ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

40 **ХУСАИНОВА Г.С.**
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

45 **АЙТЕНОВ Б.Т.**
ОЦЕНКА КРИТЕРИИ О СОСТОЯНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ
РАБОТОСПОСОБНОСТИ И СИЛОВОЙ ВЫНОСЛИВОСТИ
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНО – РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

48 **АЛЬЖАНОВА К.Ж., УРАЗОВА С.Н., АТАЛЫКОВА Г.Т.,
ЦАЙ Е.М., АМИРҒАЛИЕВА Г.Н.**
ТЕПЛОВАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ

51 **БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А.,
КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., КЕЛИМБЕРДИЕВА А.К.**
ФАКТОРЫ РИСКА ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

54 **БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А.,
КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., БЛЯЛОВА Д.Б.,
ГУБАЙДУЛИНА Н.Е.**
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЦА У
СПОРТСМЕНОВ СТАТИЧЕСКОГО И ДИНАМИЧЕСКОГО
ВИДОВ СПОРТА

56 **БЕКЕТОВ Б.А., БАРЫШЕВ Б.Б., СЛИВКИНА Н.В.**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДИКИ СИЛОВОЙ

КЕНЖЕБЕКОВ Қ.М., САДУАКАСОВ Т.М., ШАЙХАТТАРОВА Ұ.С., КУЛОВ Д.Б., СЕРҒАЛИЕВ Т.С., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., АБДРАХМАНОВ Қ.Т.
ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА БОЛҒАН ЖЕДЕЛ ИНСУЛЬТТИҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ

МАМЫРБЕКОВА С.У
ПАТОЛОГИЯЛЫҚ КЛИМАКСТЫҢ ДАМУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
ЖАПАР М.А., САРКУЛОВА И.С., ИЗМАГАНБЕТОВА А.У., КАЛДЫБЕКОВА Н.И., БЛАШЕВА Г.Т., БАРХЫБАЕВА Н.А.
БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ БАЙҚАЛАТЫН ДЕПРЕССИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

АБДРАХМАНОВ А.С., ТКАЧЕВ В.А., ТУРСУНБЕКОВ А.Б., БАКЫТЖАНУЛЫ А., НУРАЛИНОВ О.М., БАГИБАЕВ С.М., БАЙДАУЛЕТОВ А.Н., ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е., ХУСАЙНОВА Г.С., СМАГУЛОВА А.К.
ЖҮРЕКШЕ ЖЫБЫР АРИТМИЯСЫНДА ФЛЮОРОСКОПИЯСЫЗ РАДИОЖИЛІКТІ АБЛАЦИЯНЫҢ КАУПСІЗДІГІ

АБДРАХМАНОВ А.С., АЙНАБЕКОВА Б.А., НУРАЛИНОВ О.М., ТУРСУНБЕКОВ А.Б., СМАГУЛОВА А.К., БАКЫТЖАНУЛЫ А., БАГИБАЕВ С.М., БАЙДАУЛЕТОВ А.Н., ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е.
ЖҮРЕКШЕ ЖЫБЫРЫ КЕЗІНДЕ ӨКПЕ ТАМЫРЛЫРЫ САҒАСЫН РАДИОЖИЛІКТІ ЖӘНЕ КРИОБАЛЛОНДЫ ОҚШАУЛАУДЫ САЛЫСТЫРУ

АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ГАЛИЦКАЯ Т.Н., ЧАЛИМОВА О.Г.
ҚҰРСАҚТАҒЫ НӘРЕСТЕ ДАМУЫНЫҢ КІДІРУІ: ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ

ТУЛЕБАЕВ Р.К., АХМЕДЬЯНОВА З.У., БЛОК Н.Е., ЕРМЕКОВА К.Т., КАДРАЛИЕВА Э.И., АКАШЕВА Ж.Е., ИБРАЕВА Д.Б.
ДИАБЕТТІК РЕТИНОПАТИЯНЫ РЕТИНАЛАМИН МЕН ДӘСТҮРЛІ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ
БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЬШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА К.М., ТУГАНБАЕВА А.Т.
ОҢТУСТІК – КАЗАХСТАН АЙМАҒЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ҚЫЗУ ТҮСІРЕТІН ДӘРЛІК ЗАТТАР

ЖУКАБАЕВА С.С., ЖУКАБАЕВА СОФ.С., ӘУБӘКІРОВА Ж.И., ҚАЛЫМЖАНОВА С.К.
БАЛАЛАРДА ПСИХО-СӨЙЛЕУ ДАМУЫНЫҢ КЕШГҮІ

МОРЕНКО М.А., ШНАЙДЕР К.В., КОВЗЕЛЬ Е.Ф., ГАТАУОВА М.Р., УСЕНОВА О.П.
БІРІНШІЛІКТІ ИММУНДЫ ТАПШЫЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

ПЛЕГУНОВА С.И., ЗОТОВ В.А., ПОБЕРЕЖНАЯ О.О.
МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ТЕРІ-МАЙ КЕСІНДІНІҢ ТИПІНЕ ЖӘНЕ АЛДЫҒЫ ҚҰРСАҚ ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ АПОНЕВРОТИКАЛЫҚ ҚАҢҚАСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ АБДОМИНОПЛАСТИКА НҮСҚАЛАРЫ

РИБ Е.А., КУБЕКОВА С.Ж., ЖҮСПОВА Г.К., ИГИМБАЕВА Г.Т., АБДРАХМАНОВ А.С.
КЛИНИКАЛЫҚ ПРЕДИКТОРЛАРЫНЫҢ ҚАНДАЙ

59 **КЕНЖЕБЕКОВ Қ.М., САДУАКАСОВ Т.М., ШАЙХАТТАРОВА Ұ.С., КУЛОВ Д.Б., СЕРҒАЛИЕВ Т.С., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., АБДРАХМАНОВ Қ.Т.**
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ИНСУЛЬТА В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

63 **МАМЫРБЕКОВА С.У**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ

65 **ЖАПАР М.А., САРКУЛОВА И.С., ИЗМАГАНБЕТОВА А.У., КАЛДЫБЕКОВА Н.И., БЛАШЕВА Г.Т., БАРХЫБАЕВА Н.А.**
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

71 **АБДРАХМАНОВ А.С., ТКАЧЕВ В.А., ТУРСУНБЕКОВ А.Б., БАКЫТЖАНУЛЫ А., НУРАЛИНОВ О.М., БАГИБАЕВ С.М., БАЙДАУЛЕТОВ А.Н., ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е., ХУСАЙНОВА Г.С., СМАГУЛОВА А.К.**
БЕЗОПАСНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ ФЛЮОРОСКОПИИ

74 **АБДРАХМАНОВ А.С., АЙНАБЕКОВА Б.А., НУРАЛИНОВ О.М., ТУРСУНБЕКОВ А.Б., СМАГУЛОВА А.К., БАКЫТЖАНУЛЫ А., БАГИБАЕВ С.М., БАЙДАУЛЕТОВ А.Н., ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е.**
СРАВНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ И КРИОБАЛЛОННОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

77 **АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ГАЛИЦКАЯ Т.Н., ЧАЛИМОВА О.Г.**
ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА: ФАКТОРЫ РИСКА

80 **ТУЛЕБАЕВ Р.К., АХМЕДЬЯНОВА З.У., БЛОК Н.Е., ЕРМЕКОВА К.Т., КАДРАЛИЕВА Э.И., АКАШЕВА Ж.Е., ИБРАЕВА Д.Б.**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И РЕТИНАЛАМИНА
85 **БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЬШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА К.М., ТУГАНБАЕВА А.Т.**
ПРИМЕНЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

88 **ЖУКАБАЕВА С.С., ЖУКАБАЕВА СОФ.С., АУБАКИРОВА Ж.И., ҚАЛЫМЖАНОВА С.К.**
ЗАДЕРЖКА ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

91 **МОРЕНКО М.А., ШНАЙДЕР К.В., КОВЗЕЛЬ Е.Ф., ГАТАУОВА М.Р., УСЕНОВА О.П.**
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ

93 **ПЛЕГУНОВА С.И., ЗОТОВ В.А., ПОБЕРЕЖНАЯ О.О.**
ВАРИАНТЫ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА И АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

99 **РИБ Е.А., КУБЕКОВА С.Ж., ЖҮСПОВА Г.К., ИГИМБАЕВА Г.Т., АБДРАХМАНОВ А.С.**
КАКИЕ КОМБИНАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ

ТӘСІЛДЕРІ КОРОНАРОГЕНДІК КЕНЕТТЕН ҚАЙТЫС БОЛУДЫ БОЛЖАМДАУҒА КӨМЕК БЕРЕДІ

ХУСАИНОВА Г.С., ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А., СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б., КУРМАНОВА Г.Б.
ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ СИНДРОММЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА БРОНХ КЕҢЕЙТУШІ ДӘРІЛЕРДІ ҚОЛДАНУ

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., МУХАНҚЫЗЫ Г., ТУГАНБАЕВА А.Т.
ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР ТАҒАМЫНДАҒЫ ОЛИГОСАХАРИДТЕР – ПРЕБИОТИКТЕР

ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т., АБДУЛДАЕВА А.А.
ОҚУШЫЛАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ТӘРТІБІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ӘСЕРІ

ШАРАБИТДИНОВА Г.Г., АСКАРОВА С.С., САДЫҚОВА Ә.Д., МУСИНА А.А.
АБДОМИНАЛЬДІ СЕМІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

АБЕЛЬДИНОВА Д.Ж.
АСТАНА ҚАЛАСЫ АМСК ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ ЖАЛПЫ ПРАКТИКАДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕР ЖҮКТЕМЕСІН БАҒАЛАУ

ДЮСЕМБАЕВА А. Ж.
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ «№3 ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ» МКК МЫСАЛЫНДА АКУШЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ СТАЦИОНАРДЫ АЛМАСТЫРУШЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЖАҒДАЙЫНДА ТЫНЫС АЛУ БҰЗЫЛЫСЫ СИНДРОМЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ
ДЮСЕМБАЕВА А. Ж.
АКУШЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ СТАЦИОНАР АЛМАСТЫРУШЫ ҚЫЗМЕТ

ОМАРОВА А.Қ., ТҮРҒАМБАЕВА А.Қ.
ҚАЗАҚСТАНДА МҮШЕЛЕРДІҢ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯСЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕТЕРМИНАНТТЫҚ ФАКТОРЛАРДЫ ТАЛДАУ

ОМАРОВА А.Қ., ДОСҚАЛИЕВ Ж.А., ТҮРҒАМБАЕВА А.Қ.
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІН ҮЙЛЕСТІРУ БОЙЫНША БІРЕГЕЙ ПОРТАЛ ҚҰРЫЛҒАНЫ ТУРАЛЫ

САДУАҚАСОВ Т.М., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., АБДРАХМАНОВ К.Т., СЕРҒАЛИЕВ Т.С., ШАЙХАТТАРОВА У., КУЛОВ Д.Б.
ДОНОРЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ СИПАТТАМАСЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ЫНТАСЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ФАКТОРЛАРДЫҢ ТАЛДАМАСЫ

САДУАҚАСОВ Т.М., КЕНЖЕБЕКОВ Қ.М., КУЛОВ Д.Б., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., АБДРАХМАНОВ К.Т., СЕРҒАЛИЕВ Т.С., ШАЙХАТТАРОВА У.
ШЕТ ЕЛ МЕМЛЕКЕТТЕРІ МЕН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ГЕМОТРАНСФУЗИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУЫНДАҒЫ БАСЫМ БАҒЫТТАРЫ

САРКУЛОВА И.С., АЛИЕВА Э.Н., ДАРИПБЕКОВА

ПОМОГАЮТ ПРОГНОЗИРОВАТЬ КОРОНАРОГЕННУЮ ВНЕЗАПНУЮ СЕРДЕЧНУЮ СМЕРТЬ?

105 **ХУСАИНОВА Г.С., ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А., СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б., КУРМАНОВА Г.Б.**
ПРИМЕНЕНИЕ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

108 **БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., МУХАНҚЫЗЫ Г., ТУГАНБАЕВА А.Т.**
ПРИМЕНЕНИЕ ОЛИГОСАХАРИДОВ-ПРЕБИОТИКОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

111 **ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т., АБДУЛДАЕВА А.А.**
ВЛИЯНИЕ РЕЖИМА ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

117 **ШАРАБИТДИНОВА Г.Г., АСКАРОВА С.С., САДЫҚОВА А.Д., МУСИНА А.А.**
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

124 **АБЕЛЬДИНОВА Д.Ж.**
ОЦЕНКА НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП ГОРОДА АСТАНА

126 **ДЮСЕМБАЕВА А.Ж.**
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРЕ ГКП НА ПХВ «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №3»

130 **ДЮСЕМБАЕВА А. Ж.**
СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩАЯ СЛУЖБА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

133 **ОМАРОВА А.Қ., ТҮРҒАМБАЕВА А.Қ.**
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕТЕРМИНАНТНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТРАНСПЛАНТОЛОГИЮ ОРГАНОВ В КАЗАХСТАНЕ

138 **ОМАРОВА А.Қ., ДОСҚАЛИЕВ Ж.А., ТҮРҒАМБАЕВА А.Қ.**
О РАЗРАБОТКЕ ЕДИНОГО ПОРТАЛА ПО КООРДИНАЦИИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

141 **САДВАКАСОВ Т.М., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., АБДРАХМАНОВ К.Т., СЕРҒАЛИЕВ Т.С., ШАЙХАТТАРОВА У.С., КУЛОВ Д.Б.**
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИЙ У ДОНОРОВ

144 **САДВАКАСОВ Т.М., КЕНЖЕБЕКОВ Қ.М., КУЛОВ Д.Б., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д., АБДРАХМАНОВ К.Т., СЕРҒАЛИЕВ Т.С., ШАЙХАТТАРОВА У.**
ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ГЕМОТРАНСФУЗИОЛОГИИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

148 **САРКУЛОВА И.С., АЛИЕВА Э.Н., ДАРИПБЕКОВА**

Қ.Ж. ДЖУБАНИШБАЕВА Т.Н., БАРХЫБАЕВА Н.А.
*ШЫМКЕНТ ҚАЛАЛЫҚ КӨП САЛАЛЫ АУРУХАНАСЫНЫҢ
ЕМХАНАСЫҢДА БЕДЕУЛІКПЕН ЕСЕПТЕ ТҰРАТЫН ӘЙЕЛДЕР
КӨРСЕТКІШІНЕ ТАЛДАМА*

**ТУРГАМБАЕВА А.К., ЖАНАЛИЕВА М.К., БУКЕЕВА
Ж.К., ХИСМЕТОВА З.А., САРСЕНОВА С.В.,
БЕРДАЛИЕВА Л.С.**
*КАЗАҚСТАНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӨЛІМ-ЖІТІМНЕ
ӘКЕЛЕТІН СЕБЕПТЕР*

ЧЕГЕДЕКОВА Ш.Б. ХИСМЕТОВА З.А.
*БЕДЕУЛІ ЖҮПТАРДЫҢ ӨМІР СҰРУ САПАСЫ ЖӘНЕ
ТІМДІЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ҚОСАЛҚЫ
РЕПРОДУКТИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ ӘСЕРІ*

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

**ДУБИЦКИЙ А.А., ТУРСЫНБЕТ Е.А.,
МУХАМЕДЬЯРОВА А.Б.**
*ФИНЛЯНДИЯДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ:
ҚЫСҚАША ШОЛУ*

ЖУНУСОВА Д.К., ОСПАНОВА А.Р., АХЕЛОВА Ш.Л.
*ФИНЛЯНДИЯНЫҢ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ ОНЫҢ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ*

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

**МУСИНА А.А., АЛДАБЕКОВА Г.У., ХАМИДУЛЛИНА
З.Г., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., БУРУМБАЕВА М.Б.,
СКЕНДЕРОВА Ш.У.**
*МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ЖӘНЕ
ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ*

**ТОКЛАЕВА С.А., САЙФУЛИНА Е.А., ДЖАНАБАЕВ
Д.Д., БАХТИН М.М., КАЗЫМБЕТ П.К.**
*МҰНАЙ-ГАЗ ӨНДІРІСІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ
ТЕХНОГЕНДІ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ*

ТӘЖІРЕБЕДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР

**КОРАЗОВ Г.К., РАМБЕРДИЕВА Г.К., МУКАНБЕТОВА
Б.Б., КУЛЬМЫРЗАЕВА Н.К.**
*КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЖҮРЕКТІҢ ТҰА ПАЙДА
БОЛҒАН АҚАУЫ. КЛИНИКАЛЫҚ ПРАКТИКАДА
КЕЗДЕСЕТІН АОРТА КОАРКТАЦИЯСЫ*

УТЕПОВАР.Я., АЛИМБЕТОВА А.Р.
КӨПІРШІКТІ КІРМЕ

К.Ж., ДЖУБАНИШБАЕВА Т.Н., БАРХЫБАЕВА Н.А.
*АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ ЖЕНЩИН СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ С
БЕСПЛОДИЕМ В ПОЛИКЛИНИКЕ ШЫМКЕНТСКОЙ
ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ*

150 **ТУРГАМБАЕВА А.К., ЖАНАЛИЕВА М.К., БУКЕЕВА
Ж.К., ХИСМЕТОВА З.А., САРСЕНОВА С.В.,
БЕРДАЛИЕВА Л.С.**
*ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НАСЕЛЕНИЯ В
КАЗАХСТАНЕ*

154 **ЧЕГЕДЕКОВА Ш.Б. ХИСМЕТОВА З.А.**
*КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕСПЛОДНЫХ ПАР И ВЛИЯНИЕ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ
ЭФФЕКТИВНОСТИ*

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

161 **ДУБИЦКИЙ А.А., ТУРСЫНБЕТ Е.А.,
МУХАМЕДЬЯРОВА А.Б.**
*СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФИНЛЯНДИИ: КРАТКИЙ
ОБЗОР*

164 **ЖУНУСОВА Д.К., ОСПАНОВА А.Р., АХЕЛОВА Ш.Л.**
*СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ ФИНЛЯНДИИ И ЕЕ
ОСОБЕННОСТИ*

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

167 **МУСИНА А.А., АЛДАБЕКОВА Г.У., СУЛЕЙМЕНОВА
Р.К., ХАМИДУЛЛИНА З.Г., БУРУМБАЕВА М.Б.,
СКЕНДЕРОВА Ш.У.**
*СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УСЛОВИЯ ТРУДА
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ*

171 **ТОКЛАЕВА С.А., САЙФУЛИНА Е.А., ДЖАНАБАЕВ
Д.Д., БАХТИН М.М., КАЗЫМБЕТ П.К.**
*ТЕХНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАБОТНИКОВ
НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ*

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

175 **КОРАЗОВ Г.К., РАМБЕРДИЕВА Г.К., МУКАНБЕТОВА
Б.Б., КУЛЬМЫРЗАЕВА Н.К.**
*КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК
СЕРДЦА. КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ*

179 **УТЕПОВАР.Я., АЛИМБЕТОВА А.Р.**
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Аннотация:

Статистика утверждает, что за последние десятилетия отмечается увеличение распространенности системной склеродермии — с 4 до 126 случаев на 1 млн населения, что связано как с улучшением диагностики, так и с истинным ростом заболеваемости. По данным зарубежной литературы примерно у 70% пациентов с ССД, развивается патология легких в виде интерстициального поражения легких (ИПЛ) и легочной артериальной гипертензии (ЛАГ). В последние годы именно патология легочной системы стало ведущей причиной смерти у больных склеродермией. В статье освещены данные по эпидемиологии, особенностях клинической картины и принципах диагностики патологии легких при системной склеродермии.

Ключевые слова: системная склеродермия, заболеваемость, клиническая характеристика, поражение легких.

Системная склеродермия (ССД) это заболевание соединительной ткани, характеризующееся изменениями микроциркуляции, нарушениями в иммунной системе и массивным накоплением коллагена и других матричных веществ в коже и внутренних органах [1-4].

Патология легких, возникающая в исходе ССД, остается одной из самых частых причин инвалидности и смертности при данной болезни. Наиболее распространенными формами патологии легких, связанной с ССД, являются интерстициальные заболевания легких (ИПЛ) и легочная артериальная гипертензии (ЛАГ). В диагностике ССД-ассоциированного поражения легких важными инструментами остаются оценка функций внешнего дыхания (ФВД) и компьютерная томографии грудной клетки высокого разрешения (КТВР). Несмотря на значительные успехи в понимании патогенеза поражения легких при ССД имеющиеся варианты лечения остаются недостаточно эффективными [5,6].

В США расходы здравоохранения на диагностику и лечение пациентов с системной склеродермией возросли с 1,4 миллиарда долларов в 1995 году до 1,9 миллиарда долларов в 2007 году [7,8]. В странах Европы общая стоимость затрат на госпитализацию, лечение, а также оплату дней нетрудоспособности пациентов с системной склеродермией составляет 3,1 миллиардов евро [9]. По результатам экономического анализа итоговая стоимость заболевания выше у пациентов молодого возраста, у пациентов с более тяжелым течением заболевания и более низким уровнем исходного здоровья. При этом, стоимость заболевания у пациентов с диффузной формой ССД в 1,4 раза дороже чем у пациентов с лимитированной формой (21 708 долларов и 16 135 долларов на одного пациента соответственно)[8].

Эпидемиология. Системная склеродермия является достаточно редкой болезнью с заболеваемостью, варьирующей от 18 до 20 случаев на миллион населения и распространенностью от 100 до 300 случаев на миллион населения. Склеродермия встречается у представителей всех рас и в различных географических районах, но распространенность и тяжесть заболевания варьируются в зависимости от расовой и этнической принадлежности [4].

Самая высокая распространенность склеродермии зарегистрирована в США, где она составила 28,6 – 65,8 случаев на 100 000 населения в зависимости от штата. Столь высокая цифра объясняется проживанием на территории США индейцев племени Чокта (штат Оклахома), у которых зарегистрирована самая высокая распространенность ССД в мире - 65,8 случаев на 100 000 населения, что свидетельствует о том, что у некоторых народов имеется генетическая предрасположенность к этому заболеванию [10]. В странах Европы распространенность склеродермии не является столь высокой, к примеру, недавние исследования в Исландии, Англии, Франции, Греции и Польше оценивают распространенность ССД в пределах от 7,1 до 15,8 на 100 000. В Австралии показатели распространенности колеблются от 20,0 до 23,3 случаев на 100 000 [11,12]. В Азиатском регионе (Япония, Тайвань), отмечаются более низкие показатели распространенности (3,8 до 5,6 на 100 000) [10,13]. В странах Латинской Америки распространенность составляет от 10,5 на 100 000 в Бразилии до 29,6 на 100 000 населения в Аргентине [14,15]. В северной Индии распространенность ССД составляет 12,0 случаев на 100 000 населения [16]. Распространенность болезни не зависит от принадлежности к городскому или сельскому региону. Но имеются данные о необычно большом количестве случаев склеродермии в ограниченных географических регионах, что указывает на неслучайное распространение болезни. Например, высокая распространенность зафиксирована сельской местности вблизи Рима, в Альзаском регионе (Франция) – 22,8 случаев на 100 000 [17, 18]. Заболевание чаще встречается у женщин (соотношение между женщинами и мужчинами от 3 до 7: 1 [11-15]). Имеются данные о большей подверженности заболеванию афроамериканцев по сравнению с представителями других рас в связи с наличием у них генов, вырабатывающих антитела к топоизомеразе, U1RNP и U3 RNP.

По данным уровень смертности в течении 10 лет среди афроамериканцев составил 43% по сравнению с уровнем смертности 35% среди представителей белой расы. [19,20,22].

Летальный исход у пациентов, больных ССД, наступает в результате органной недостаточности вследствие прогрессирующего фиброза внутренних органов [21]. Прогноз у пациентов с ССД сильно варьирует и зависит от формы болезни, степени поражения внутренних органов и сопутствующих заболеваний. Факторы, связанные с плохим прогнозом, включают диффузную форму заболевания, поражение легких (особенно, наличие легочной артериальной гипертензии (ЛАГ)), почечная или сердечная недостаточность, тяжелое поражение ЖКТ, дебют заболевания в старшем возрасте и наличие анемии [4].

По данным исследования Tundall и соавторов, проведенному на основе базы данных EULAR, 55% летальных случаев произошли в исходе системного фиброза и 41% смертей произошли по причинам, не связанным с ССД. В структуре смертности от осложнений системного фиброза на первом месте стоит интерстициальное поражение легких (ИПЛ) – 35%, далее следует легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) 26% и поражение сердца (главным образом, сердечная недостаточность и аритмии) – 26% [23]. Анализ Европейской группы по изучению склеродермии (EUSTAR) когорты из 3656 пациентов выявил, что ИПЛ имеется у 53% пациентов с диффузной формой ССД и в 35% пациентов с лимитированной формой ССД [24].

5-летняя выживаемость пациентов с ССД-ассоциированным ИПЛ с момента постановки диагноза составляет 84,1%, что аналогично выживаемости пациентов с ССД без ИПЛ, тогда как 10-летняя выживаемость пациентов с ИПЛ составляет 74,9%, что значительно ниже по сравнению с пациентами с ССД без поражения легких [25].

Патогенез.

Патогенез фиброза легкого при ССД как и фиброз легких другой этиологии еще недостаточно изучены. Первичные цитокины, ответственные за заболевание, остаются невыясненными, но вероятно, фиброз легких наступает в результате сложного взаимодействия между воспалительными медиаторами, активацией В-лимфоцитов, окислительным стрессом и фиброзированием, ведущими к отложению избыточного внутриклеточного матрикса [25]. В патогенезе фиброза центральную роль занимают легочные фибробласты, поскольку именно их активация вызывает продуцирование внеклеточного матрикса, а также воспалительных и фиброзных медиаторов. Этот воспалительный ответ приводит к фиброзу легких и вызывает сосудистые нарушения легких [23].

Клиника характеристика и инструментальная диагностика. Поражение легких при ССД часто протекает бессимптомно, т.к. клинические проявления возникают на поздней стадии. На ранних стадиях поражение легких может проявляться сухим кашлем, одышкой при физической нагрузке и / или общей слабостью. Эти симптомы часто игнорируются пациентами. При физикальном исследовании можно выявить крепитацию по типу «треск целлофана» в нижних отделах легких. Симптом «барабанных палочек» встречается редко. На поздней стадии ИПЛ проявляется цианозом и признаками сердечной недостаточности.

В инструментальной диагностике поражения легких основную роль играют оценка функций внешнего дыхания и компьютерная томография легких высокого разрешения.

По данным литературы ФВД является не только важным компонентом диагностики, определения тактики лечения и долгосрочным наблюдением за пациентом, но также выполняет прогностическую роль. По данным исследования Vougos D и соавторов, в ходе которого 80 пациентам, с ССД ассоциированным фиброзирующим альвеолитом, была проведена биопсия легких, более низкие начальные показатели ФВД были связаны со большим уровнем смертности. [25].

Наиболее точным методом диагностики интерстициальных заболеваний легких при ССД является компьютерная томография легких высокого разрешения. Он более чувствителен, чем рентгенография грудной клетки, особенно на ранних стадиях [24]. Наиболее распространенным рентгенографическим синдромом, выявляемым на КТВР является неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП). Классические проявления ИПЛ такие как симптом матового стекла, бронхоэктазы, сотовое легкое наблюдаются реже чем НСИП. Сотовое легкое чаще встречается у пациентов с лимитированной формой ССД, чем у пациентов с диффузным ССД [24].

Характеристика ИПЛ, полученная по данным КТВР, имеет также прогностическое значение. Уровень поражения легких, достигающий более 20%, свидетельствует о повышении риска летального исхода [25].

В целом согласно данным литературы пациентам с ССД рекомендуется тщательное клиническое наблюдение для мониторинга сердечно-легочных симптомов, особенно в первые 5 лет от начала заболевания. Первые 5 лет после дебюта ССД имеют решающее значение для развития ИПЛ, поэтому врачи должны особенно внимательно следить за легочной симптоматикой у пациентов с ССД с недавним дебютом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Elhai M., Avouac J., Kahan A., Allanore Y. Systemic sclerosis: Recent insights // *Joint, Bone, Spine* – 2015 - № 82. – P 148–153.
2. Salazar G., Mayes M.D. Genetics, epigenetics, and genomics of systemic sclerosis. // *Rheumatic Diseases Clinics of North America* – 2015 - № 41.- P.345–366.
3. Pope J.E., Johnson S.R., New Classification Criteria for Systemic Sclerosis (Scleroderma) // *Rheumatic Diseases Clinics of North America* – 2015 - № 41.- P.383–398.
4. Wigley F.M., Boin F. Clinical Features and Treatment of Scleroderma. // *Kelley's Textbook of Rheumatology, Elsevier Health Sciences* – 2012 – 9th edition. - Chapter 84. – P.1424 – 1460.
5. Schoenfeld S.R., Castellino F.V. Interstitial Lung Disease in Scleroderma // *Rheumatic Diseases Clinics of North America* – 2015 - № 41.- P.237–248.
6. Silver K.C. Silver R.M. Management of Systemic-Sclerosis-Associated Interstitial Lung Disease. // *Rheumatic Diseases Clinics of North America* – 2015 - № 41.- P.439–457
7. Wilson L. Cost-of-Illness of Scleroderma: The Case for Rare Diseases.// *Seminars in Arthritis and Rheumatism* – 1997 - №27. – P. 73-84.
8. Bernatsky S., Hudson M., Panopalis P. The cost of systemic sclerosis. // *Arthritis Care & Research* – 2009. - Volume 61, Issue . – P. 119–123.
9. Minier T., Pentek M., Brodsky V., et al. Cost-of-illness of patients with systemic sclerosis in a tertiary care centre. // *Rheumatology* - 2010. – №49. – P.1920–1928.
10. Nietert P.J., Mitchell H.C., Bolster M.B., et al: Racial variation in clinical and immunological manifestations of systemic sclerosis.// *The Journal of Rheumatology*. – 2006. - №33. – P.263–268.
11. Barnes J., Mayes M.D. Epidemiology of systemic sclerosis: incidence, prevalence, survival, risk factors, malignancy, and environmental triggers. // *Current Opinion In Rheumatology*. – 2012. - №24(2)ю – P.165-70.
12. Kanecki K., Goryński P., Tarka P., et al .Incidence and prevalence of Systemic Sclerosis (SSc) in Poland - differences between rural and urban regions. // *The Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. – 2017. - №24(2). P.240-244.
13. Kuo C.F., See L.C., Yu K.H., et al. Epidemiology and mortality of systemic sclerosis: a nationwide population study in Taiwan// *Scandinavian Journal of Rheumatology*. – 2011. - №40(5). – P.373-8.
14. Horimoto A.M., Matos E.N., Costa M.R. Incidence and prevalence of systemic sclerosis in Campo Grande, State of Mato Grosso do Sul, Brazil. // *Revista brasileira de reumatologia*. – 2017. - №57(2). – P.107-114.
15. Rosa J.E., Soriano E.R., Narvaez-Ponce L., et al. Incidence and prevalence of systemic sclerosis in a healthcare plan in Buenos Aires.// *Journal of Clinical Rheumatology*. – 2011 - №17. – P/59-63.
16. Minz R.W., Kumar Y., Amand S., et al. Antinuclear antibody positive antibody disorders in North India: an appraisal. // *Rheumatology international*. - 2012. - №32(9). – P. 2883-8.
17. Monaco A.L., Bruschi M., Corte R.L., et al. Epidemiology of systemic sclerosis in a district of northern Italy. // *Clinical and experimental rheumatology*. - 2011. - №29(2 Suppl 65). – P.10-4.
18. Meyer A., Chiffot H., Chatelus E., et al .Brief Report: Spatial Heterogeneity of Systemic Sclerosis in France: High Prevalence in the Northeast Region. // *Arthritis and rheumatology*.- 2016 . - №68(7). – P. 1731-7.
19. Silver R.M., Bogatkevich G., Tourkina E., et al: Racial differences between blacks and whites with systemic sclerosis. // *Current Opinion In Rheumatology*. – 2012. - № 24. – P.642–648.
20. Steen V., Domsic R.T., Lucas M., et al. A clinical and serologic comparison of African American and Caucasian patients with systemic sclerosis. // *Arthritis and rheumatism*. – 2012. - №64(9). – P.2986-94
21. Tyndall A.J., Bannert B., Vonk M., et al: Causes and risk factors for death in systemic sclerosis: a study from the EULAR Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) database. *Annals of the rheumatic diseases*. – 2010ю - №69. P. 1809– 1815.
22. Gelber A.C., Manno R.L., Shah A.A. Race and Association With Disease Manifestations and Mortality in Scleroderma. A 20-Year Experience at the Johns Hopkins Scleroderma Center and Review of the Literature. // *Medicine (Baltimore)*. - 2013. - №92(4). P. 191-205.
23. Tyndall A.J., Bannert B., Vonk M. Causes and risk factors for death in systemic sclerosis: a study from the EULAR Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) database.//*Annals of the rheumatic diseases*. – 2010. - №69(10). - P.1809-15.
24. Walker U.A., Tyndall A., Czirják L., et al. Clinical risk assessment of organ manifestations in systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials And Research group database. // *Annals of the rheumatic diseases*. - 2007. - № 66. P.754–763..
25. Rubio-Rivas M., Royo C., Simeón C.P., et al. Mortality and survival in systemic sclerosis: systematic review and meta-analysis. // *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. – 2014. - №44. – P.208–219.

ТҮЙІН

АБУОВА А.С.

«Астана Медицина Университеті» АҚ

Интернатура бойынша Ішкі аурулар кафедрасының 2-ші жыл магистранты

ЖҮЙЕЛІ СКЛЕРОДЕРМИЯМЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨКПЕ ПАТОЛОГИЯСЫ

Статистика бойынша соңғы онжылдық ішінде жүйелі склеродермияның таралуы 1 млн тұрғынға 4-тен 126 жағдайға дейін жоғарылады, бұл диагностиканың жақсаруымен де, сонымен қатар аурушандықтың шынайы өсуімен де байланысты. Соның ішінде ішкі ағзалардың зақымдалуы бойынша өкпенің зақымдалуымен көрінетін жағдайлар алдыңғы қатарды алып отыр. Шетелдік әдебиеттердің мәліметтері бойынша 70% ЖСД науқастарда өкпенің интерстициалды зақымдалуы және өкпе гипертензиясы түріндегі өкпенің патологиясы дамиды. Соңғы

жылдары әсіресе өкпе жүйесінің патологиясы склеродермиямен ауыратын науқастардағы өлімнің басты себебіне айналды. Мақалада жүйелі склеродемия кезіндегі өкпе патологиясының эпидемиологиясы, клиникалық көріністерінің ерекшеліктері, диагностикалық принциптері бойынша мәліметтер жинақталған.

Түйінді сөздер: жүйелі склеродермия, аурушандық, клиникалық сипаттамасы, өкпенің зақымдалуы.

SUMMARY

ABUOVA A.S.

*JSC Medical University Astana, the 2-year magistrand of the department
of Internal Diseases of internship*

PATHOLOGY OF THE LUNGS ASSOCIATED SYSTEMIC SCLEROSIS

Statistics state that over the past decades there has been an increase in the prevalence of systemic scleroderma, from 4 to 126 cases per 1 million of the population, which is associated with improved diagnosis and a true increase in morbidity. According to foreign literature, approximately 70% of patients with SSD develop pulmonary pathology in the form of interstitial lung injury (IPL) and pulmonary arterial hypertension (LAS). In recent years, the pathology of the pulmonary system has become the leading cause of death in patients with scleroderma. The article highlights the data on epidemiology, the features of the clinical picture and the principles of lung pathology diagnosis in systemic scleroderma.

Key words: systemic scleroderma, morbidity, clinical characteristics, lung damage.



УДК 618.14-006.36-089.87

АЛИЕВА Э.Н., КУЛЬБАЕВА С.Н.

*Кафедра акушерства - гинекологии МКТУ им. Х.А.Ясави, г. Шымкент
Кафедра ПМСП -2 с курсом акушерства и гинекологии ЮКГФА, г.Шымкент*

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

АННОТАЦИЯ

Миома матки – доброкачественная опухоль, которая занимает одно из первых мест среди опухолей женских половых органов требующих оперативных вмешательств. Высокая распространенность заболевания с не удовлетворяющими клиницистов методами лечения делают поиски новых эффективных методов лечения миом матки весьма актуальными. Одним, из которых является эмболизация маточных артерий, которая является альтернативой гистерэктомии.

Ключевые слова: миома матки, опухоль, гистерэктомия, эмболизация.

Частота возникновения этого данного заболевания составляет у женщин старше 30 лет 15-17 %, и у 30-35 % женщин, достигших проявляется в пременопаузальном возрасте [1, 2, 3].

Гистерэктомия при лейомиоме матки является относительно безопасной и эффективной операцией, но, как известно, после удаления матки, не только не устраняются сопутствующие развитию опухоли нарушения гомеостаза, но в ряде случаев они даже усугубляются, что требует проведения длительной реабилитации [1,3,5,6].

Миомэктомия – операция, которая позволяет сохранить детородную функцию, но сопровождается существенным числом осложнений, при этом у 25-30 % пациенток встречается рецидив заболевания и возникает необходимость в повторных, более сложных вмешательствах на фоне спаечного процесса, сформировавшегося после миомэктомии, что часто является показанием к расширению объема оперативного вмешательства [5].

Консервативная терапия аналогами гонадолиберинов также не принесла ожидаемых результатов, так как дает хороший, но продолжительность применения ограничена 6 месяцами, т.к. у больных возникают серьезные побочные эффекты: остеопороз и гипоэстрогенный статус, проявляющийся в приливах, нарушении сексуальной функции и эмоциональной лабильности [6,7].

Многочисленные публикации констатируют, что эмболизации маточных артерий (ЭМА) является альтернативным и органосохраняющим методом хирургического лечения миомы матки [5,7].

ЭМА при различной локализации миоматозных узлов. Размеры лейомиомы могут стать причиной давления на мочевого пузырь, увеличивая частоту мочеиспусканий, могут представлять собой косметические проблемы, а также, при субмукозном расположении миомы и деформации ими полости матки могут быть причиной кровотечений и бесплодия [1,7,8].

На сегодняшний день имеется ограниченное число публикаций, объясняющих, почему до 20%-25% пациентов имеют неудачный клинический результат, несмотря на успешно проведенную эмболизацию [12,16,17].

Toor S. S. et al. (2008) при анализе неудачных клинических исходов после ЭМА пришли к следующим выводам: акцент делался только на доминирующий узел, а не на общий объем матки (одиночная миома достаточно редкое явление) [15]. Наименьший эффект ЭМА проявлялся в субсерозных миомах, в отличие от подслизистых и интрамуральных миом что, по мнению исследователей, это связано с особенностями кровоснабжения матки и возможности развития сети кровоснабжения миомы из прилежащих к миоме органов [12,13,14,15].

Тем не менее, другое проспективное исследование показало, что применение ЭМА приводит к уменьшению объема матки на 37% и субсерозной миомы на 33% через 3 месяца после процедуры [14].

Naguib N. N.N et al. (2010) после проведенных исследований пришли к заключению, что локализации миомы играет важную роль в изменении в объеме, а начальный объем опухоли играет второстепенную роль, а также, что необходимы дальнейшие исследования множественных миом с подслизистым расположением узлов [13].

Анализ эффективности и безопасности после эмболизации маточных артерий у женщин с большими фиброзными опухолями Choi H. J. et al. (2013), выявили сопоставимость результатов после ЭМА больших миом и небольших, без повышенного риска серьезных осложнений. Авторы заметили, что размер опухоли не может быть ключевым фактором в прогнозировании успешных результатов ЭМА [10].

ЭМА и аденомиоз. Аденомиоз и миомы более чем у 50% женщин встречаются вместе и имеют похожие клинические проявления [2,3,2,14]. На основе положительных результатов, многочисленные публикации исследований сообщили о потенциальном использовании ЭМА в качестве терапевтического средства в отношении аденомиоза как отдельного заболевания, так и при сочетании с миомой матки [6,7,9,13].

При анализе исследований Lohle P.N. et al. (2007), через 16 месяцев после ЭМА (среднесрочные результаты) отмечалось существенное улучшение в отношении болевых симптомов и проявления кровотечений, а также было продемонстрировано уменьшение объема опухоли, размеров матки и толщина стенок матки на 77,1%, 44,8% и 23,9% соответственно [12].

Wratby et al. (2009) заметили уменьшение симптомов меноррагии у 79% пациенток с сочетанием миомы матки и аденомиоза через 1 год после ЭМА, а через 3 года – у 82,4% женщин [9]. Однако другие авторы в своих публикациях считает краткосрочные исследования, показавшие различную эффективность процедур, которая, по мнению автора может быть связана с диаметром сосудов, питающих миоматозные узлы и очаги аденомиоза, и применяемыми эмболизатами [10,13,14].

Учитывая наименьшее количество побочных эффектов и наличие существенных положительных сторон ЭМА, отсутствует достаточного количества данных, для того, чтобы позиционировать эмболизацию в качестве метода первой линии для лечения аденомиоза [11,15,17].

ЭМА и сексуальная функция. В связи с опасением негативного влияния гистерэктомии на сексуальное благополучие женщины отдают предпочтение ЭМА вместо гистерэктомии. По данным исследования Hehenkamp W.J. et al. (2007) через 6 месяцев после ЭМА обнаружили значительное снижение сексуального дискомфорта и значительное улучшение сексуального удовлетворения и оценке контуров тела пациенток [11]. Существенное улучшение в психологическом благополучии и сексуальной функции через 3 месяца после ЭМА [17].

Качество жизни и эмболизация маточных артерий. Качество жизни (КЖ) - концепция, которая охватывает физические, психологические и социальные аспекты, которые связаны с конкретным заболеванием или его лечением. [5,6,13,14]. При анализе многочисленных исследований обнаружено, что женщины, страдающие миомой матки, оценивают свое качество жизни ниже, чем же без данного заболевания [13,14,15,16].

В своем исследовании при перспективном сравнении изменений таких составляющих качества жизни как: психическое и физическое здоровье, а также общую удовлетворенность пациентов через 24 месяца после ЭМА и гистерэктомии Barclay L. (2008) обнаружили существенное улучшение и отсутствие различий в отношении КЖ пациентов в обеих группах. В связи, с чем сделали вывод, что ЭМА является хорошей альтернативой гистерэктомии [8]. В проспективном исследовании, направленном на оценку краткосрочных и среднесрочных эффектов ЭМА Smith W.J. et al. (2004) выявили значительное улучшение в изменении тяжести симптомов и связанного со здоровьем качества жизни [14]. В публикации кратко- и

среднесрочных результатов (до 5 лет) van der Kooy S.M. et al. (2011), отметили положительное влияние на качество жизни пациентов как в краткосрочной перспективе после ЭМА, так и в более поздние сроки [16]. При сопоставлении изменения КЖ после ЭМА и гистерэктомии исследование ЕММУ обнаружило, что основное улучшение КЖ произошло в первые месяцы после лечения и оставалось стабильным в течение 5 лет с отсутствием различия между группами, но среди пациенток после гистерэктомии состояние физического здоровья было значительно хуже по сравнению с 2-х летним рубежом [16].

ЭМА и репродуктивная функция. По мнению зарубежных авторов, миома матки диагностируется от 5% до 10% пациенток, страдающих бесплодием, и в 2,5% может быть единственным фактором, определяющим состояние субфертильности в силу анатомических и физиологических факторов [6,7]. Причина, которую играют миомы в периодической потере беременности и бесплодию является неопределенной [11,13].

При сравнении течения беременности после ЭМА и лапароскопической миомэктомии обнаружили, значительно более высокий уровень преждевременных родов и неправильное предлежание плода после ЭМА по сравнению с миомэктомией. Но, исследователи высказали сомнения в связи данных осложнения непосредственно с использованием процедуры ЭМА, а не фактом наличия миомы [7,16].

При анализе литературы имеются данные на снижения репродуктивного потенциала у пациенток, перенесших ЭМА, только у 37% обследованных обнаружена нормальная гистероскопическая картина. Деформация полости матки миоматозным узлом диагностирована у 28% женщин, внутриматочные или цервикальные сращения - у 14%, сообщение между полостью матки и узлом миомы - у 10%. [14,16]. Иное исследование, оценивающее наступление и исход беременности у 555 пациенток перенесших ЭМА для лечения симптоматического течения миомы матки, показало наступление 24 беременностей, 23 из которых были спонтанным, и 1 с использованием экстракорпорального оплодотворения. Из этих 24 беременностей - 18 закончились родами, 4 - спонтанными абортами. Из 18 родов, 3 были осложнены аномальным прикреплением плаценты: 2 пациентки - имели предлежание плаценты, и у 1 было полное приращение плаценты. По суждению авторов, данные осложнения после ЭМА связаны со снижением перфузии в эндометрии, способствующих развитию патологических процессов, которые могли бы способствовать аномальному приращению плаценты [15]. При анализе других исследований беременности наступили у 59,5% женщин, перенесших ЭМА, из них у 88,6% беременности были завершены: 84,6% живорождений и 10,3% спонтанных аборта. Средняя продолжительность наступления беременности после ЭМА составила 10,8 месяца. Авторы предполагают, что большой процент молодых женщин (89,7% моложе 40 лет), вошедших в исследование, способствовал удачным полученным результатам [11]. Таким образом, по мнению многочисленных авторов, влияние ЭМА на фертильность по-прежнему остается неясным в связи с недостаточностью накопленных данных по данной теме [3,5,6,10,12].

Тромботические осложнения, риски и профилактика. У женщин, перенесших гинекологические операции, без профилактики тромботических осложнений, риск тромбоза глубоких вен колеблется от 17% до 40% [2,6,7,12,13]. По точке зрения авторов процедура эмболизации, как правило, вызывает изменения свертываемости от легкой до 30 умеренной степени по сравнению с преэмболизационным периодом, и соответственно осложнения, связанные с нарушением в свертывающей системе после ЭМА вряд ли можно назвать случайными [2,6,7]. Среди профилактических мероприятий послеоперационного венозного тромбоза существуют различные физические (механические) средства, способствующие ликвидации застоя крови в нижних конечностях, а также фармакологические средства. Это ранняя активизация пациентов после оперативного лечения, эластическая компрессия, и прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей и тромбопрофилактика низкими дозами нефракционированного гепарина или низкомолекулярного гепарина при отсутствии противопоказаний [9,11,15,16].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Алиева А.А. *Непосредственные результаты эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки: автореф. дис. канд. мед. наук / А.А. Алиева. - М., 2005.*
2. Аллахвердиев С. А. *Прогнозирование и профилактика тромботических осложнений у больных миомой матки после эмболизации маточных артерий и гистерэктомии : дис. канд. мед. наук / С.А. Аллахвердиев. — М., 2008. — 24 с*
3. Бреусенко В.Г. *Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при миоме матки/ В.Г. Бреусенко, С.А. Капранов, И.А. Краснова // Акушерство и гинекология. – 2006. – №3. – С. 26-30.*
4. Бурак А.Т. *Оптимизация лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузальном периоде: автореф. дисс. канд. мед. наук/ А.Т. Бурак. - М., 2004.*
5. Вихляева Е.М. *Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки / Е.М. Вихляева// М: МЕДпресс-инф орм, 2004. - С 400.*
6. Кавтеладзе З.А. *Эмболизация маточных артерий при фибромиоме матки / З.А. Кавтеладзе, С.А. Дроздов, К.В. Былов // Международный журнал и нтервенционной кардиоангиологии. 2005; 7: 55*

7. Капранов С.А. Варианты кровоснабжения миомы матки при эмболизации маточных артерий / С.А. Капранов, Б.Ю. Бобров, И.А. Краснова // Второй Российский съезд интервенционных кардиоангиологов, Москва, март 2005г., Международный журнал интервенционной кардиологии. – 2005. – No7. – С.55.
8. Barclay L. Uterine Artery Embolization a Good Alternative to Hysterectomy for Fibroids /L. Barclay// Radiology.- 2008.- Vol.246.-P.823-832
9. Bratby M.J. Uterine artery embolisation for symptomatic adenomyosis—mid-term results./ M.J.Bratby, W.J. Walker //Eur J Radiol. – 2009.- 70.-P.128–132
10. Choi H. J. Is Uterine Artery Embolization for Patients with Large Myomas Safe and Effective? A Retrospective Comparative Study in 323 Patients./ H. J. Choi, G. S. Jeon, M. D. Kim [et al.] //Journal of Vascular and Interventional Radiology. -2013.-Vol. 24.- Issue 6.- P. 772-778
11. Hehenkamp W.J. Sexuality and body image after uterine artery embolization and hysterectomy in the treatment of uterine fibroids: a randomized comparison./W.J. ehenkamp, N.A. Volkers, W. Bartholomeus [et al.]// Cardiovasc Intervent Radiol.- 2007.-Vol.30.-P.866 -875
12. Lohle P.N. Uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis with or without uterine leiomyomas with the use of calibrated tris-acryl gelatin microspheres: midterm clinical and MR imaging follow-up./ P.N.Lohle, Vries J.De, C.A. Klazen, [et al.] // J Vasc Interv Radiol.- 2007.- 18.-P.835–841
13. Naguib N. N.N. Leiomyoma Volume Changes at follow-up after Uterine Artery Embolization: Correlation with the Initial Leiomyoma Volume and Location./ N.N.N.Naguib, E.Mbalisike, N.E.A. Nour-Eldin [et al.] // Journal of ascular and Interventional Radiology. -2010. -Vol. 21.- Issue 4.- P.490-495
14. Smith W.J. Patient satisfaction and disease specific quality of life after uterine artery embolization. /W.J. Smith, E.Upton, E.J. Shuster [et al.]// American Journal of bstetrics and Gynecology. -2004.-Vol.190.-P.1697-e706.
15. Toor S. S. Clinical Failure after Uterine Artery Embolization: Evaluation of Patient and MR Imaging Characteristics./ S. S.Toor, K. T.Tan, M. E. Simons [et al.] // Journal of Vascular and Interventional Radiology. –2008.-Vol. 19.-Issue 5.-P. 662-667.
16. van der Kooij S.M. Uterine artery embolization versus surgery in the treatment of symptomatic fibroids: a systematic review and metaanalysis./ S.M.van der Kooij, S. Bipat, W.J.K. Hehenkamp [et al.]//. American Journal of Obstetrics & Gynecology.- 2011.-103.-P.e112-e15
17. Voogt M.J. Sexual functioning and psychological well-being after uterine artery embolization in women with symptomatic uterine fibroids /M.J. Voogt, J. De Vries, W. Fonteijn [et al.]//. Fertil Steril.-2008.-8.

ТҮЙІН

АЛИЕВА Э.Н.

ХҚТУ Қ.А.Ясауи атындағы, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.

ЖАТЫР АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ ЭМБОЛИЗАЦИЯСЫ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Жатырдың миомасы хирургиялық араласуды қажет ететін, әйел жыныс мүшелерінің ісіктері арасында бірінші орынды иеленетін қатерсіз ісік болып табылады. Арудың жоғары таралуы, дәрігерлерді емдеу әдістерінің қанағаттандырмауы жатыр миомасын емдеудің жаңа тиімді әдістерін іздеуге алып келеді, бұл өте өзекті болып табылады. Солардың бірі - жатыр артерияларының эмболизациясы, ол гистерэктомияның баламасы болып табылады.

Түйінді сөздер: жатыр миомасы, ісік, гистерэктомия, эмболизация.

SUMMARY

ALIYEVA E.N.

H.A.Yasawi KTIU, Shymkent Medical Institute

EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES (REVIEW OF LITERATURE)

Hysteromyoma is a benign tumor that occupies one of the first places among tumors of female genital organs requiring surgical interventions. The high prevalence of the disease with clinician's methods that do not satisfy clinicians make the search for new effective methods for treating hysteromyomas very relevant. One, of which is uterine artery embolization which is an alternative to hysterectomy.

Key words: hysteromyoma, tumor, hysterectomy, embolization.



АХМАРОВ Р.А., КЕНЖЕБЕКОВА А.М.

*Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті***ХИРУРГИЯДАҒЫ АУРУХАНАЛЫҚ ОРТАҒА МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГТІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҚОЛДАНБАЛЫ АСПЕКТІЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)****Түйін:**

Мақала хирургиядағы медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияларды зерттеуге арналады. Көрсетілетін қызмет сапасын оңтайландыру мақсатында медициналық ұйымдардың емдік-диагностикалық процесстеріне жоғары технологиялардың енгізілуі хирургиялық инфекцияларға тән болып табылады. Ауруханаішілік инфекция асқынулары дамуының алдын алу бойынша жоғары нәтижеге қол жеткізу мақсатында емдік-профилактикалық ұйымдардағы эпидемияға қарсы режимді нығайтуға бағытталған микробиологиялық мониторингтің теориялық негіздері авторлармен толық көлемде зерттелген. Жұмыс эпидемиология, фармакология, хирургия, микробиология пәндерінің тығыз байланысы негізінде жазылғандықтан, пәнаралық сипатқа ие. Инфекцияның таралу мәселелері, оның ішінде, экологияның қанағаттанарлықсыз жағдайы, тұрғындардың елеулі бөлігі үшін өмір сүрудің төмен әлеуметтік-экономикалық деңгейі, дәрілік препараттарды бақылаусыз қолдану жағдайында арнайы емес микробқа қарсы тұрақтылық факторларының төмендеуі сияқты жағдайлардан туындайтын ауруханалық инфекция, медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялармен ауырған науқасты емдеудің қымбаттылығы сияқты мәселелер қарастырылған. Микробқа қарсы препараттарда тұрақтылықтың қалыптасуы және оппортунистік инфекцияларды шақыруға қабілетті шартты-патогенді микроорганизмдерге биологиялық сипаттама сұрақтарын талқылау қарастырылды.

Сонымен, бұл мақалада берілген жалпылама деректер пәнаралық байланысты нығайту, тығыз қарым-қатынаста жұмыс істеу және ауруханалық ортада науқас пен дәрігердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың алдын алу сұрақтарында дәрігерлер күшінің бірігуіне бағытталған.

Кілт сөздер: ауруханалық инфекция, микробиологиялық мониторинг, хирургия

Қазіргі кезде медицина тек мемлекеттік мекемелермен ғана емес, жеке меншік құрылымдармен де ұсынылады. Әйтсе де, денсаулық сақтау жүйесі қоғамды тегін мамандандырылған медициналық көмекпен толық көлемде қамтамасыз етпейді. Заманауи хирургияда жоғары технологиялардың кең таралуына қарамастан, хирургиялық инфекциялар мәселесі өзекті тақырыптар қатарына жатады [1,2,3,4]. Ұзақ госпитализациялауға қажеттілікпен байланысты материалдық шығындармен, қайталанған санациялық хирургиялық араласулармен, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің кең арсеналымен бірге алғанда жалпы құрылымда аурушандылық жиілігі 35-45%-ға жетеді. Инфекциялардың, соның ішінде ауруханаішілік инфекциялардың таралуына келесі жағдайлар әсер етеді: экологияның қанағаттанарлықсыз жағдайы, тұрғындардың елеулі бөлігі үшін өмір сүрудің төмен әлеуметтік-экономикалық деңгейі, дәрілік препараттарды бақылаусыз қолдану жағдайында арнайы емес микробқа қарсы тұрақтылық факторларының төмендеуі. [5,6,7].

Заманауи медицинада биотаспада пайда болған микробтық құрылымдардың маңызын енді түсініп келеді. Өлбетте, бактериялық жасушалар бірлескен әрекет ете отырып, арнайы дифференцияланған үш өлшемді құрылымдарға біріге алады, бұл жағдай медициналық микробиологияда басым болған ұғымдар туралы ойды түбегейлі өзгертеді. Табиғи микробтық құрылымдардың шынайы моделін құрастыру процесі және оны реттеу әдістері тек бастапқы кезеңде болып табылады. [7,8,9]. Іс жүзіне келгенде, клиницист күнделікті өмірде микробиология негіздерімен бетпе-бет келе бермейді және потенциалды қауіптіліктерімен қалыпты микрофлораның белсендену рөлін түсіну үшін оған жүгінуді де қажет деп санамайды.

Денсаулық сақтау ұйымдарында операциядан кейінгі кезең ағымының, сонымен қатар басқа да соматикалық аурулардың асқынуы ретінде ірінді-қабыну процесстер жиілігінің жоғарылауы үлкен орын алады. Осыған қарамастан ҚР емдеу-алдын алу мекемелерінде және емханаларда науқастарды емдеу мен диагностикалаудың аспаптық әдістері мен жаңа құрылғыларды қолдану байқалады. Осыған орай, зарарланған қондырғы бетімен жанасу арқылы микроорганизмдердің кең көлемде экзогенді жолмен таралу ықтималдылығы жоғарылайды, яғни нозокомиалды аурулардың жоғарылауы байқалады. XX жүзжылдықтың соңындағы практикалық денсаулық сақтаудың жетістіктеріне қарамастан, ауруханаішілік инфекциялар немесе медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар (АИИ/МККБИ) барған сайын әлеуметтік маңызға ие болып келеді: ауруханаішілік пневмония, перитонит, сепсис және басқа да нозологиялық формалар ең жаңа және тиімділігі жоғары антибиотиктерді қолдануға қарамастан ауру соңы өлімге әкеліп жатқан жағдайлар аз емес.

Сонымен қатар, жыл сайын денсаулық сақтау жүйесіне құны ондаған миллион долларды құрайтын экономикалық шығын әкелінуде. Америкалық зерттеушілердің деректері бойынша метициллинрезистентті алтын түсті стафилококпен (MRSA) шақырылатын АИИ-мен түскен бір науқасты емдеу, АҚШ ауруханасына 31400 долларға шығады.[10].

Ресей Федерациясында АИИ/МККБИ-мен күресудегі негізгі шаралар, бұрынғыдай эпидемияға қарсы шаралар болып табылады. [11-14].

Тиімсіз микробқа қарсы фармакотерапия эпидемиялық процесс дамуына қарай күресу қиынға соғатын, вирулентті қасиеттері жоғары мультрезистентті ауруханалық штаммдар резервуарларының дамуына әсер ететіні дәлелденген.

Микробиологиялық және эпидемиологиялық мониторингті қамтитын эпидемиологиялық қадағалаудың ғылыми негізделген принциптері жалпы профилдегі ауруханалармен қатар онкологиялық клиникалардағы АИИ/МККБИ қоздырғышының берілу жолдары мен факторларын, эпидемиологиялық процесс ағымының негізгі заңдылықтарын анықтады[15].

Инфекциялық аурулардың пайда болу және таралуының алдын алу мен сауықтыру сұрақтарына денсаулық сақтау мамандарының кешенді қарастыруы қазіргі кезде пара қызметпен сенімді өзара іс-қимылды іздестіру мүмкіндіктерін кеңейтеді, мысалға келешекте адам денсаулығына бірлескен болжам жасау үшін.

Осыған байланысты мамандығына қарамастан тәжірибелік дәрігердің, басым міндеті дамымаған патологияны анықтау жүйесін жасау, яғни аурудың мүмкін болатын клиникаға дейінгі көріністерін анықтау, атап айтқанда, нозологияға дейінгі диагностиканы жасап шығару болып табылады.[16]. Мұндай жүйенің ажырамас бөлігі ретінде,мысалға қолданбалы мүмкіндіктерімен бірге бактериологиялық диагностиканы қарастыруға болады. Ол ауру алды кезеңнің субъективтімен қатар, объективті критерийлерін ескеруге, яғни, адам қалыпты флорасының құрамын сандық және сапалық жағынан зерттеуге мүмкіндік береді.Бұл клиникалық диагностика саласындағы елеулі міндеттерді бір уақытта шешуге және төменде көрсетілген басқа да мәселелерге көмегін тигізеді:

- хирургия саласында асқынулар дамуының алдын алу;
 - әртүрлі жас мөлшеріндегі (соның ішінде балалар) науқастарда асқазан-ішек жолдары (АІЖ) аурулары дамуының алдын алу;
 - инфекция хабаршылары ретінде, дисбиотикалық өзгерістер диагностикаланбаған адамдарда басқа жерде инфекциялық-қабыну процесі дамуының алдын алу;
 - ұрықтың жатыршылық және босану жолдары арқылы инфекция жұқтыруының, ал әйелдерде қынап аутофлорасының өзгеріс нәтижесі ретінде көтерілген инфекция дамуының алдын алу;
 - ағзадағы жасанды түрде іріктелген полирезистентті клиникалық штаммдарды ерте анықтау:
- а) бақылау кезеңінде бірнеше рет асқыну жағдайлары тіркеліп, бактерияға қарсы және химиялық препараттар қолданылған диспансерлік бақылаудағы науқастар; б) бактерияға қарсы препараттарды өз бетімен қолданған, білікті маман ем жүргізбеген потенциалды науқастар болып табылатын адамдар.

Жоғарыда аталған міндеттерді іске асыру үшін жеке сала мамандарына, соның ішінде хирургтарға бактериологиялық диагностика мүмкіндіктерін ескеру қажет, атап айтқанда, қабылдаушы ағза мен микроб-комменсалдар арасындағы өзара әрекеттесу механизмдерін ескеріп, оны бір-біріне эволюциялық бейімделудің нәтижесі деп қарастырған дұрыс. Тиісінше, әртүрлі экологиялық орындардың микрофлорасын зерттеу барысында анықталған биоценоз құрамының сапалық және сандық өзгерістері эндогенді текті аутогенді инфекцияның дамуына сөзсіз бастама болып табылады. Біз адам қалыпты флорасының өкілдері негізінен кез келген оппортунистік инфекцияны шақыруға қабілетті шартты-патогенді микробтар болып табылатынын білеміз. Мысалы: E.coli аттезия және колонизация факторларына (фимбриалар, сыртқы мембрана ақуыздары, Col-плазмидалар, Kя8, K99-плазмидалар және т.б), инвазия факторларына (арнайы гендер, инвазияның үлкен плазмидасы),токсигенділікке ие бола отырып зәр шығару жолдарының ауруларын (циститтер, пиелиттер, пиелонефриттер және т.б), өт жолдарының ауруларын(холециститтер, холангиттер), тыныс алу жүйесінің ауруларын (пневмониялар, бронхиттер және т.б), хирургиялық жаралық инфекцияларды, АІЖ ауруларын, бактериемияны, септицемианы туындатады. Шартты патогенді микрофлораның тағы бір жарқын өкілі ретінде 100 -ге жуық нозологияларды тудыратын, тері,ауыз қуысы, АІЖ мекендейтін S.aureus атай кетуге болады. Ол E.coli қарағанда патогенділік факторының кең көлемімен сипатталады, оларға келесілер жатады: А ақуызы, ферменттер(гиалуронидаза, ДНК-аза, плазмкоагулаза, лецитиназа, фибринолизин), лизоцимге және фагоциттерге қарсы белсенділік және де жекелеген жағдайларда макроорганизмнің өліміне алып келетін токсиндердің әртүрлілігі (гемолизиндер, энтеротоксиндер, токсикалық шок синдромының токсині). Сілемейлі қабаттарда өмір сүре отырып шартты патогенді микрофлораның штаммдары көптеген дәрілік төзімділікке ие бола алады. Чижман М. [17] шолуында жалпыланған ресейлік авторлардың көптеген зерттеулерінің нәтижесі бойынша микробқа қарсы препараттарда резистенттіліктің дамуына әсер ететін негізгі факторлар анықталған:

- микробқа қарсы препараттардың жалпы қолдану жиілігі;
- мөлшерлеу режимі(қолдану ұзақтығы,мөлшері, енгізу жолы, фармакодинамикасы);
- резистентті микроорганизмдермен шақырылған қиылысқан инфекцияның даму жиілігі(гигиенаның жеткіліксіздігі, интернат-үйлер, балабақшалар).

Бактериялар туралы мынандай сөздер айтылады: «Олар керемет биохимиктер сияқты. Трансформация және конъюгация механизмдері арқылы микробқа қарсы күрес тәсілдерін ойлап табады және оны әрдайым жетілдіріп отырады»[18]. Осылайша, бұрын дәрілік төзімділікке ие болмаған бактериялар антибиотик үшін бактерия жасуша қабырғасының өтімділігін төмендететін, жасушаішілік құрылымдарға тасымалдануын бөгей отырып, оның құрылымын өзгертетін химиялық реакциялар есебінен антибиотиктерге қарсы тұру қабілетіне ие болады. Бұдан басқа, механизмде антибиотиктерді инактивациялайтын ферменттерге ерекше көңіл аударылады. Мысал ретінде [3-лактамазаларды өндіретін, пенициллиндер мен цефалоспориндерді инактивациялайтын энтеробактерия мен стафилококк штаммдарын қарастыруға болады. Тірі ағзада антибиотиктерге төзімді дақылдарды жасанды іріктеу мүмкіндігі туралы болжам жасауға болады, мұның нәтижесінде төзімділікпен қатар вируленттілік те жоғарылайды. Бұл тиісінше, бактериемия, сепсис сияқты аса ауыр асқынуларға алып келеді.

Науқастың денсаулығын нығайту, қауіпсіздігін қамтамасыз ету тұрғысынан ауруханалық орта арқылы жұқтыру мүмкіндігі қалады, сондықтан паллиативтік емдеудің мәні анықталып, инсульттан кейінгі науқасқа күтім жасау үшін мейірбикелік күтім процесін оңтайлы ұйымдастыру ұсынылған [19], науқастың аурудан кейінгі қалпына келуінің әртүрлі аспектілері ұсынылған, сондай-ақ алдын алу жұмыстарында тиімділігі мойындалған дәрілік препараттарға сипаттама берілген Туркина Н.В. авторластарымен (2006), Суслина З.А. авторластарымен (2008) шығарған жарияланымдары қызығушылық тудырды.

Ауруханалық және емханалық көмекті жетілдіру жеке сала мамандықтарының жақсаруына әсер ете отырып, дәрігерлік персоналды дайындау дәрежесіне өз қолтаңбасын қалдыруда. Бірақ, сонымен қатар дәрігерлік жұмыстың әр түрлі салаларынан білім түріндегі, жалпы дәрігерлік сауаттылықтың белгілі бір дәрежеде жоғалуын тудыруда. Алайда мұндай құбылыстар объективті және заңды болып табылады. Дегенменен, жалпы тәжірибелік білім мен дағдының сақталуы тіпті жеке сала мамандарын жетілдіру аясында да мінсіз болып қалады.[20].

Қоғамдық ұйымдар мен дәрігерлердің тығыз қарым-қатынаста бірігіп жұмыс атқаруы МККБИ алдын алу, тұрғындарды қауіпсіз медициналық көмекпен және міндетті сапамен қамтамасыз ету бойынша денсаулық сақтау тәжірибесі мен медициналық ғылымның дамуына ықпал етеді. Ауруханалық штаммның пайда болуымен байланысты инфекцияларда осы штаммен ұйымдардағы қоршаған орта объектілерінің зарарлануы және кең айналымда болуы, науқас пен персоналдың сілемейлі, тері қабаттарында шоғырлануы ерекше орын алады. Шартты патогенді микроорганизмдермен шақырылған инфекциялардың туындауында емдік-диагностикалық процесстердің факторлары анықтаушы рөл атқаруы аса маңызды, осыған байланысты инфекцияның дамуына алып келген медициналық технологияның түріне қарай МККБИ бөлу мақсатқа сай болып келеді.[21,22]. Соматикалық бөлімдерде, хирургиялық және босану бөлімдеріндегідей медициналық процедуралармен байланысты инфекциялар әр жағдайда жеке қаралымды қажет етеді. Инфекциялық жағдайларды есепке алуды жүргізетін АҚШ-тағы аурулардың алдын алу және бақылау орталықтарының ұсыныстарында процедура ретінде амбулаторлық-емханалық және ауруханалық жағдайларда іске асырылатын оперативтік араласулардың көптеген түрлері түсіндіріледі. [23]. Теориялық сұрақтармен қатар әдістемелік және ұйымдастыру кезеңдері де бірізділікті талап етеді, бұл ауруханалық инфекцияларға бақылауды сәтті жүзеге асыруға кедергі болып табылады. Сондықтан шешілмеген сұрақтар тізімі бұрынғыша өзекті болып қалып отыр. [24]. Бірқатар ғылыми еңбектер мен зерттеушілер ауруханалық инфекциялардың сипаттамалары көбінесе аурухана жағдайында қалыптасатын және егжей-тегжейлі зерттеуді қажет ететін микробиологиялық орта ерекшеліктерімен анықталады деп есептейді. [25-27]. Көптеген дәрілерге тұрақтылығы бар немесе басқаша айтқанда полирезистентті клиникалық штаммдардың қалыптасу мәселесі кең талқыға салынып жатыр. Сондықтан болашақта алгоритм оның нозокомиалды тегі туралы болжамды растау немесе теріске шығару үшін биологиясын (бірінші кезекте клиницисттердің қызығушылығы болуы тиіс) зерттеу қарастырылуы қажет. Теориялық тұрғыда әр медициналық мекемеде жүргізілетін өзін-өзі бақылау нәтижелерін және науқастан бөлінген клиникалық штаммдарды салыстырмалы талдау аурухана ортасының эпидемиологиялық жағдайының нашарлау мүмкіндігін қоспағанда, дұрыс болжау қорытындыларын бере алады. Қауіпсіз ауруханалық орта және оның зарарлану мүмкіндігі науқастар мен медициналық қызметкерлер үшін тағы бір үлкен мәселе болып табылады. Себебі ол инфекциялық және кәсіби аурулар туындауының алдын алады.

Жүргізілген зерттеулердің сауатты және түсінікті талдануы ауруға дейінгі диагноз қою кезеңінде дәрігер клиницистке көмек ретінде ақпараттық негіз ретінде қызмет ете алады.

Осылайша, хирургиялық бөлімдердегі эпидемияға қарсы режимді күшейту санитарлық-бактериологиялық диагностикаға (микробиологиялық мониторингті күшейту) негізделуі тиіс, бірақ ауру алды кезеңді болжау үшін және дамымаған патологияны анықтау сұрақтарындағы МККБИ

алдын алу жүйесінің бөлігі бола отырып, клиникалық дәрігермен бірге жүргізіледі. Тығыз пәнаралық өзара қарым-қатынас хирургтардың дүниетанымын, соған сәйкес зерттеу жұмыстары бойынша бактериологиялық талдауға алынған тобын тануға мүмкіндік береді (мысалы, микрофлора құрамын зерттеу).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бухарин, О. В. Теоретические и прикладные аспекты проблемы персистенции микроорганизмов / О. В. Бухарин // Журн. микробиология. - 2000. - № 4. - С. 4-7.
2. Бухарин, О. В. Фундаментальные и прикладные аспекты проблемы персистенции микроорганизмов / О. В. Бухарин, Б. Я. Усвятцов, Л. М. Хуснутдинова // Журн. микробиология. - 2003. - №4. - С. 3-8.
3. Габриэлян, Р. И. Функции микрофлоры желудочно-кишечного тракта и последствия её нарушения после хирургических вмешательств / Р. И. Габриэлян, Е. М. Горская, Н. Д. Снегова // Антибиотики и химиотерапия. - 2000. - № 45 (9). - С. 24-29.
4. Proteom analysis reveals differential protein expression by *Batilus cereus* during biofilm formation / M. C. Oosthuizen [et al.] // Appl. Environ Microbiol. -2002. - Vol. 68. - P. 2770-2780.
5. Изменение антибиотикочувствительности стафилококков в условиях реализации эффекта пептидного антибактериального фактора / В. П. Коробов [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. - 2002. - № 47 (2). - С. 11-15.
6. Мельников, В. Г. Поверхностные структуры грампозитивных бактерий в межклеточном взаимодействии и плёнообразовании/ В.Г.Мельников // Журн. микробиология. - 2010. - № 2. - С. 119-123.
7. Сидоренко, С. В. Инфекционный процесс как «диалог» между хозяином и паразитом / С. В. Сидоренков // Клин. микробиология и антимикроб. химия. -2001. - № 4. - С. 301-315.
8. Miller, M. Quorum sensing in bacteria / M. Miller, B. Bassler // Annu Rev. Microbiol. - 2001. - Vol. 55. - P. 165-199.
9. Kato, J. Control by A-factor of a metal-loendopeptidase gene involved in aerial mycelium formation in *Streptomyces griseus* / J. Kato, A. Suzuki, H. Yamazaki // Ibid. - 2002. - Vol. 184, N 21. - P. 60166025.
10. Соломкин В. Н. Параназальные синуситы у больных в отделении реанимации // Журнал ушных, носовых, горловых болезней. — 2000. № 2. — С. 81-83.
11. Корнев-И.Н'. Стерилизация изделий медицинского назначения: Справочное руководство. — СПб.: Человек, 2003. — 156 с.
12. Корнев И. Н. Актуальные проблемы стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях и пути их решения//Стерилизация и госпитальные инфекции. 2006. - № 1. —С. 12-16.
13. Кузин Н. М., Ефимова Н. В., Сорокина М; И. Дадвани С. А. Антибиотикопрофилактика при плановых операциях в хирургии // Сборник «Актуальные проблемы химиотерапии бактериальных инфекций». 1991. - С. 341-343.
14. Фомина И. П., Смирнова Л. Б., Гельфанд Е. Б. Антибиотики в профилактике хирургической инфекции (микробиологические и клинические аспекты) // Антибиотики и химиотерапия. 1998. - Т. 43, № 9. - С. 35-38
15. Полякова Т. С., Кориунов В. М., Гуров А. В., Гладких А. С. Исследование микробного фона и антибиотикочувствительности выделенных штаммов в оториноларингологическом отделении // Вестник оториноларингологии — 2002.-№4.-С. 26-29.
16. Аманов А.Т. Донозологическая диагностика - приоритетное направление в стратегическом развитии здравоохранения/ Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан: Матер, междуна. науч.-практ. конф. - Алматы.-2003.-с.235-236
17. Чижман М. Этиология внебольничной пневмонии и резистентность к антимикробным препаратам основных возбудителей инфекций дыхательных путей: европейский взгляд// Клин, микроб, и антимикроб, химиотер. 2003; 5(3): 3-7;
18. Маянский А.Н. Микробиология для врачей/ Очерки патогенетич.микроб. -Нижн.Новг. -1999.-340 С.
19. Туркина Н.В., Петрова А.И., Аверина А.В. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами, перенёсшими инсульт. - М.:ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006 г.
20. Васильев В.С., Богуцкий М.И., Васильев А.В., Цыркунов В.М..-Непрофильная летальность в инфекционном стационаре как показатель качества диагностики инфекционных и неинфекционных болезней.- Журнал Гродненского государственного медицинского университета №3 2011. – С. 32-35.
21. McKibben L., Horan T., Tokars J.I. et al. Guidance on public reporting of healthcare associated infections: Recommendations of the healthcare infection control practices fdvisory committee. Am. J. Infect. Control. 2005; 33: 217–226.
22. Edwards J. R., Peterson K.D., Mu Y. et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. Am. J. Infect. Control. 2009; 37: 783–805.
23. Edwards J. R., Peterson K.D., Mu Y. et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. Am. J. Infect. Control. 2009; 37: 783–805.
24. В.В. Шкарин, О.В. Ковалишена. - Концепция многоуровневой системы эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями. – Ж. Медицинский альманах. - № 2 (7) июнь 2009 . – С 15-21.

25. Семина Н.А. Особенности эпидемиологии и эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями на современном этапе /Н.А. Семина, Е.П. Ковалева, В.Г. Акимкин, С.В. Сидоренко. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2006. № 4. С. 22-26.

26. Внутрибольничные инфекции /под ред. Р. Венцела; пер. с англ. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2004. 840 с.

27. Зуева Л.П. Опыт внедрения инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях. СПб.: ГОУ ВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2003. 264 с.

РЕЗЮМЕ

АХМАРОВ Р.А., КЕНЖЕБЕКОВА А.М.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ГОСПИТАЛЬНОЙ СРЕДЫ В ХИРУРГИИ

Статья посвящается изучению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в хирургии. Для хирургических инфекций характерно внедрение высоких технологий в лечебно-диагностический процесс медицинских учреждений с целью оптимизации качества оказываемых услуг. Авторами детально изучены теоретические основы микробиологического мониторинга, направленные на укрепление противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях с целью предупреждения осложнений внутрибольничной инфекции. Работа имеет междисциплинарный характер, написана на стыке дисциплин: эпидемиологии, хирургии, фармакологии, микробиологии. Рассмотрены проблемы распространения госпитальных инфекций, чему способствует неудовлетворительное состояние экологии, низкий социально-экономический уровень жизни значительной части населения, снижение факторов неспецифической противомикробной резистентности в условиях бесконтрольного применения лекарственных препаратов, дороговизны лечения пациентов с госпитальной инфекцией. Обсуждение предусматривает изучение вопросов биологической характеристики условно – патогенных микроорганизмов, способных вызывать оппортунистическую инфекцию и формированию факторов, способствующих развитию резистентности к антимикробным препаратам. Таким образом, материалы, представленные в данной статье, направлены на укрепление междисциплинарных связей, тесное сотрудничество и консолидацию сил врачей в вопросах профилактики возникновения инфекции связанных с оказанием медицинской помощи для обеспечения безопасности пациента и врача в госпитальной среде.

Ключевые слова: Госпитальная инфекция, микробиологический мониторинг, хирургия

SUMMARY

АХМАРОВ Р.А., КЕНЖЕБЕКОВА А.М.

THEORETICAL AND APPLICATION ASPECTS OF THE MICROBIOLOGICAL MONITORING OF THE NOSOCOMIAL CONDITIONS IN SURGERY SPHERE

The article is devoted to the study of infections associated with the provision of medical care in surgery. For surgical infections characterized by the introduction of high technology in the medical-diagnostic process of medical institutions in order to optimize the quality of services provided. The authors thoroughly studied the theoretical foundations of microbiological monitoring, aimed at strengthening the anti-epidemic regime in medical and preventive institutions with a view to preventing complications of nosocomial infection. The work is of an interdisciplinary nature, written at the junction of disciplines: epidemiology, surgery, pharmacology, microbiology.

The problems of the spread of hospital infections are promoted by the unsatisfactory state of the environment, the low socio-economic level of life of a significant part of the population, the reduction of factors of nonspecific antimicrobial resistance in conditions of uncontrolled use of medicines, and the high cost of treating patients with hospital infection. The discussion involves studying the biological characteristics of conditionally pathogenic microorganisms capable of causing an opportunistic infection and the formation of factors contributing to the development of resistance to antimicrobials.

Thus, the materials presented in this article are aimed at strengthening interdisciplinary relations, close cooperation and consolidation of the forces of doctors in the prevention of infection associated with the provision of medical care to ensure the safety of the patient and the doctor in the hospital environment.

Key words: Hospital infection, microbiological monitoring, surgery.



ГУБАЙДУЛИНА Н.Е., ЖУСУПОВА Г.К.
АО «Медицинский Университет Астана», Астана.

СИНДРОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ, СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Аннотация.

Представлен обзор современной литературы по проблеме взаимосвязи электрокардиографического синдрома ранней реполяризации с кардиоваскулярными событиями. Обсуждены исторические этапы формирования интереса к проблеме, особенности эпидемиологии, патогенеза, клинические и электрокардиографические особенности развития синдрома ранней реполяризации желудочков.

Ключевые слова: синдром ранней реполяризации желудочков, электрокардиограмма, факторы риска.

Введение. Ряд синдромов вне четкой зависимости от степени их выраженности признаны патологическими, прогностически тревожными и требующими проведения профилактических (и даже лечебных) мероприятий. Особо актуальной проблемой в последнее время является переоценка значения, казавшихся «безобидными» внутрисердечных находок, и рассмотрении их как проявлений недифференцированной соединительно-тканной дисплазии [1]. При этом диапазон клинической значимости соединительно-тканных дисплазий сердца широк и вариабелен: от случайных эхокардиографических находок, указывающих на существование, никак клинически не проявляющих себя добавочных хорд левого желудочка сердца, до синдрома соединительно-тканной дисплазии, проявляющегося со стороны сердца клинически или анатомически значимым пролапсом митрального клапана, множественными добавочными хордами левого желудочка, сопровождающимися нарушением диастолической функции левого желудочка и желудочковой экстрасистолией высоких градаций [2].

Состояния, характеризующиеся современной наукой как «предболезнь» в наибольшей степени актуальны для спортивной медицины, военной медицины, медицины экстремальных состояний. Решение проблемы донозологической диагностики - одно из насущных задач. Проводимые в последнее время исследования выявляют у молодых людей широкую распространенность донозологических состояний, которые проявляются различными нарушениями, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы [3,4].

Одним из таких состояний, достаточно широко распространенным, считающимся до настоящего времени «вариантом нормы», является синдром ранней реполяризации желудочков сердца (СРРЖ). В ряде исследований приведены данные о связи СРРЖ с отдельными проявлениями патологии сердца и соединительной ткани. Однако до настоящего времени достоверно неизвестно, оказывает ли данный синдром воздействие на течение заболеваний органов кровообращения, отражается ли на состоянии внутрисердечной гемодинамики и морфометрических характеристиках миокарда, влияет ли на прогноз жизни и профессиональной деятельности пациента.

J – волновой синдром - это недавно признанная сущность, которая определяется и, возможно, охватывает несколько состояний электрической активности миокарда желудочков. Буква «J» означает соединение и фактически здесь определяет точку соединения QRS с сегментом ST [5]. Электрическая активность, регистрируемая электрокардиограммой (ЭКГ), представляет собой запись потенциалов действия, возникающую в результате движения ионов через миокардиальную мембрану, вызывающую деполяризацию (сокращение миокардиального саркомера), а затем возвращение ионов в основное состояние, вызывающее реполяризацию (релаксацию). Этот потенциал действия имеет пять компонентов, обозначенных как фазы 0-4, 0 - деполяризация и 1-4 реполяризации. Точкой соединения конца деполяризации и началом реполяризации является J-точка на ЭКГ и кривая потенциала действия. Движение ионов осуществляется через поры / каналы, состоящие из белков, которые регулируются генами. Нарушения, вызванные измененными каналами / движениями ионов, известными как каналопатии, возможно, являются моногенетическими синдромами [6,7].

Описаны два важных J-волновых синдрома, а именно: СРРЖ и синдром Бругады.

СРРЖ – это идиопатический электрокардиографический феномен, характеризующийся наличием J-волны на нисходящей части комплекса QRS и псевдокоронарным подъемом сегмента ST выше изоэлектрической линии, преимущественно, в левых сердечных отведениях [8,9]. Ранее СРРЖ рассматривали только как ЭКГ- феномен без каких-либо клинических проявлений. В настоящее время, в связи с получением новых научных данных, эта позиция пересматривается [10]. Большинство образцов СРРЖ у молодых людей без структурной патологии сердца являются доброкачественными. Ключевой проблемой является выявление лиц с повышенным риском внезапной сердечной смерти ввиду наличия СРРЖ.

СРРЖ характеризуется заметной J-точкой на ЭКГ с надрезом / затуханием дистальной части волны R, которая более или менее проявляется как псевдо-дельта-волна. J-волны известны уже достаточно долгое время и фактически присутствуют в 2-10% общей популяции.

Типы ранней реполяризации.

Антцелевич и др. Описали ранний синдром реполяризации на три подтипа [11]:

Тип 1: картина ранней реполяризации преимущественно в латеральных предсердных отведениях. Эта форма очень распространена среди здоровых спортсменов-мужчин и редко встречается у выживших после фибрилляции желудочков.

Тип 2: картина ранней реполяризации преимущественно у нижних инферолатеральных отведениях. Многочисленные случаи идиопатической фибрилляции желудочков имеют этот образец ЭКГ, это также распространено у здоровых молодых мужчин.

Тип 3: ранняя реполяризации в нижних, боковых и правых прекардиальных отведениях связана с самым высоким уровнем риска развития злокачественной желудочковой аритмии.

Тикканен и др. предложили другую классификацию [12].

Ранняя реполяризация - это J-точка и высота сегмента ST > 1 мм в 2 или более смежных отведениях. Описаны два типа рельефа J-точки:

1) J-точка с быстро растущим сегментом ST, считающаяся доброкачественной формой.

2) J-точка с горизонтальным или нисходящим сегментом ST, считается злокачественной формой.

СРРЖ в инферолатеральном отведении больше ассоциируется с фибрилляцией желудочков [13]. ЭКГ-образец ЭКГ (> 1 мм) в нижних / боковых отведениях встречается у 1-13% общей популяции и в 15-70% случаев идиопатической фибрилляцией желудочков. В подростковой возрастной группе это еще более распространено. Мужской пол сильно связан с ЭКГ-паттерном СРРЖ, поскольку более 70% пациентов с СРРЖ являются мужчинами, его распространенность снижается у мужчин с раннего взрослого возраста до среднего возраста, что возможно предполагает гормональное влияние на присутствие СРРЖ. Модель ранней реполяризации чаще встречается у молодых физически активных людей, спортсменов и афро-американцев. В Юго-Восточной Азии наблюдается повышенная распространенность.

Особое клиническое внимание J-волновые синдромы привлекли после публикации Haissaguerre et al, [10], где была показана взаимосвязь идиопатической фибрилляции желудочков с СРРЖ. Это было исследование типа «случай-контроль», в котором у молодых пациентов, которые были успешно реанимированы после идиопатической фибрилляции желудочков, была тщательно проанализирована их базовая ЭКГ и выявлены значительные J-волны в инферолатеральных отведениях, которые не могли быть объяснены травмой внезапной остановки сердца, реанимационными мероприятиями или лекарствами, используемыми для реанимации. Значительный интерес после этой знаковой статьи возрос к проблеме J-волновых синдромов и были описаны доброкачественные и злокачественные варианты СРРЖ.

Изменения на ЭКГ при СРРЖ были впервые описаны в 1936 году Шипли и Халлараном и считались обычным вариантом ЭКГ [14]. В 1938 году Томашевский представил случай внезапной сердечной смерти у пациента с J-волной на ЭКГ. В 1953 году Осборн описал «ток травмы», который позднее назвал «волной Осборна» у ацидозных и гипотермических собак при ректальных температурах меньше 25 ° C [15].

В 1961 году Вассербургер и др. дополнительно определили раннюю реполяризацию в виде отклонения на 1-4 мм сегмента ST от изоэлектрической линии, сопровождающейся нисходящей вогнутой сегмента ST, и симметрично ограниченной T-волной, часто большой амплитудой в середине до левого прекардиального отведения [16].

В 1984 году Otto et al описал три случая фибрилляции желудочков со структурно нормальными сердцами и СРРЖ на ЭКГ, которые показали, что СРРЖ не является такой уж безобидной находкой. Они представили три случая фибрилляции желудочков, которые произошли во время сна у молодых мужчин юго-восточных азиатских беженцев, у которых было структурно нормальное сердце, и единственная заметная аномалия ЭКГ у этих пациентов была заметной J-волной, сопровождающейся подъемом сегмента ST [17].

В 1999 году Гусак и Антцелевич предположили, что ранняя реполяризация может быть злокачественной в некоторых случаях повторное включение второй фазы во время потенциала действия кардиомиоцита приводит к возникновению полиморфной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков [18].

В 2000 году доказательства, подтверждающие вышеприведенную гипотезу, были предоставлены Kalla et al и Takagi et al; они сообщили о фибрилляции желудочков у пациентов с выраженной J-волной в нижних отделах без структурных сердечных заболеваний и постулировали, что идиопатическая фибрилляция желудочков с ранней реполяризационной картиной в нижних отделах может представлять собой смежный вариант синдрома Бругады [19,20].

В 2008 году Haissaguerre et al. и Nam et al. продемонстрировали определенную связь между J-волнами и патогенезом многих различных форм идиопатической фибрилляции желудочков [21].

Работы последних двух десятилетий показали, что среди случаев фатальных кардиоваскулярных событий и наличия ЭКГ-паттерна СРРЖ есть некоторые клинические закономерности. Не все они могут быть объяснены, но тем не менее были раскрыты в ходе крупных когортных исследований [22,23]:

1) асимптоматический и случайно обнаруженный СРРЖ чаще распространен среди молодых спортсменов; распространенность и масштабы увеличиваются по мере того, как возрастает режим тренировок;

2) злокачественное течение СРРЖ и его связь с идиопатической фибрилляцией желудочков и внезапной сердечной смертью;

3) СРРЖ, сопряженный с коронарной болезнью сердца с повышенным риском развития ишемической фибрилляции желудочков. ЭКГ –паттерн СРРЖ, зафиксированный во время ишемического события, является самым сильным предиктором возникновения коронарогенной желудочковой тахикардии/фибрилляции;

4) ЭКГ-паттерн СРРЖ, который связан с высокой сердечной смертностью и частыми желудочковыми аритмиями при приступе вазоспастической стенокардии;

5) идиопатическая фибрилляция желудочков чаще возникает у пациентов с СРРЖ с горизонтальным или нисходящим снижением сегмента ST после точки J.

Возможные генетические механизмы.

Генетическая основа ранней реполяризации не определена. Генетические вклады в СРРЖ предполагаются исходя их наблюдений за семейной историей и случаями внезапной сердечной смерти у пациентов с СРРЖ и идиопатической фибрилляцией желудочков. Сообщается, что семейный ЭКГ-паттерн СРРЖ имеет аутосомно-доминантную схему наследования с неполной пенетрантностью. Два независимых исследования, основанных на популяциях, также предположили некоторую степень наследования ЭКГ-моделей у всего населения, но семейное наследование злокачественных СРРЖ не было четко продемонстрировано. Генетические исследования у пациентов с идиопатической фибрилляцией желудочков и СРРЖ выявил мутацию в KCNJ8, которая кодирует порообразующую субъединицу АТФ-чувствительного калиевого канала.

Мутации в генах кальциевых каналов L-типа, включая CACNA1C, CACNB2B и CACNA2D1, а также мутации потери функции в SCN5A также были связаны с идиопатической фибрилляцией желудочков и СРРЖ. Учитывая достаточно высокую распространенность СРРЖ у населения в целом, злокачественные аритмии в связи с ранней реполяризацией вероятно, имеют полигенную основу, на которую также влияют негенные факторы [24,25].

Стратификация риска.

Различные параметры ЭКГ изучались как прогностические показатели у пациентов с СРРЖ (табл. 1). Tikkanen et al. изучил морфологию ST-сегмента у финских и американских молодых здоровых спортсменов. Сегменты ST были классифицированы как горизонтальные / нисходящие ($\leq 0,1$ мВ в течение 100 мс после точки J, понижение высоты сегмента ST характеризуется величиной STJ [J point] / ST80 [точка 80 мс после J-точки] > 1) или быстро восходящий / upsloping ($> 0,1$ мВ высоты по всему сегменту ST). Большинство этих спортсменов ($> 85\%$) с рисунком СРРЖ имели восходящий вариант ST. Сравнивая этих спортсменов с ЭКГ с большой популяцией, было показано, что горизонтальный / нисходящий вариант сегментов ST более сильно ассоциируется с внезапной аритмической смертью по сравнению с пациентами без СРРЖ, и картина воспаления не показала значительной связи с внезапной аритмической смертью. Однако горизонтальный / нисходящий вариант обычно наблюдается у здоровых взрослых, и это может привести к чрезмерной диагностике злокачественной картины СРРЖ [26].

Таблица №1.

Параметры ЭКГ	Описание	Результаты	Изучение
Амплитуда волны J и морфология сегмента	$\geq 0,1$ мВ, горизонтальный/нисходящий сегмент ST	RR = 1,43 [1,05-1,94]	Tikkanen et al [27]
	$\geq 0,2$ мВ, горизонтальный/нисходящий сегмент ST, нижние выводы	RR = 3,14 [1,56-6,30]	
	$\geq 0,1$ мВ, возрастающий сегмент ST	RR = 0,89 [0,52 - 1,55]	
Интервал QT	За 10 мс	OR = 1,15 [1,02-1,30]	Roten et al [28]
	QTc > 420 мс	OR = 11,77 [4,23 - 32,79]	
		OR = 3,5 [1,96 - 6,25]	

Параметры ЭКГ	Описание	Результаты	Изучение
	QTc>400 мс		
Т волны	Низкая амплитуда (<0,1 мВ и <10% от амплитуды R-волны в свинце I, II или V4-V6)	OR = 12,41 [5,38 - 28,61]	Roten et al [28]
Т / R (II или V5)	<0,25 <0,20 <0,15 <0,10	OR = 6,93 [3,98 - 12,07] OR = 6,45 [3,82 - 10,89] OR = 5,73 [3,2 - 10,20] OR = 11,15 [4,81 - 25,85]	Roten et al [28]
Длительность волны J	> 60 мс В среднем	Элементы управления = 0% Случаи = 55,6% Контроль = 35,05 ± 10,33 мс <Случаи = 69,48 ± 27,93 мс (p <0,001)	Cristoforetti et al [29]
Наклон J-волны	> 300 В среднем	Элементы управления = 8,3% Случаи = 55,6% Контроль = 20,00 ° ± 6,84 ° <Случаи = 32,59 ° ± 10,4 ° (p <0,001)	Cristoforetti et al [29]

Стратификаторы риска пациентов с J-волновыми синдромами сводятся к выявлению общепринятых факторов риска внезапной аритмической смерти и изменений электрофизиологических свойств миокарда, выявляемых специальными инструментальными методами:

Общепринятые факторы риска:

- ассоциация ЭКГ-паттерна СРРЖ со случаями внезапной смерти, необъяснимым обмороком или необъяснимой семейной историей аритмической смерти [30];
- анамнез сердечных событий или синкопе, вероятно, из-за фибрилляции желудочков [31,32];
- синдром ночного апноэ сна [33];
- J-точка или высота сегмента ST на +0,2 мВ или выше в правых прекардиальных отведениях в случае синдрома Бругады или нижних и нижних латеральных отведениях в случае СРРЖ [34,35];
- горизонтальный или нисходящий сегмент ST после J-волны в случаях СРРЖ [36, 37,38];
- ассоциация ЭКГ-паттерна СРРЖ с укорочением интервала QT [39];
- короткосвязанные экстрасистолы [40,41];
- пауза-зависимое увеличение J-волн, сопровождающееся инверсией Т-зубца [42];
- ассоциация СРРЖ с горизонтальным или нисходящим сегментом ST [43];
- поздние потенциалы на эпикардиальной биполярной электрокардиограмме или сигнал-усредненной ЭКГ [44];
- изменчивость амплитуды Т волн [45];
- короткий желудочковый рефрактерный период (VRP <200 мс) в BrS [46].

Предлагаемые новые стратификаторы риска:

- увеличенный интервал Треак-Tend как маркер дисперсии реполяризации [47];
- уменьшенный наклон QT / RR [48];
- значительные суточные колебания параметров сигнал-усредненной ЭКГ [49].

Заключение.

Клинические последствия наблюдения ЭКГ-картины СРРЖ у бессимптомных пациентов на данном этапе до конца не ясны. Наличие СРРЖ связано с трехкратным риском развития фибрилляции желудочков, но общий риск все же незначителен, учитывая редкость идиопатической фибрилляции желудочков в популяции в целом. Поскольку присутствие СРРЖ может увеличить уязвимость к внезапной сердечной смерти во время острого коронарного события, правдоподобным следствием популяционных исследований является то, что пациенты среднего возраста с ЭКГ-паттерном СРРЖ, особенно с высокой амплитудой J-

точки и горизонтальным (≥ 2 мм) или нисходящим сегментом ST должны быть объектами долгосрочного снижения риска для острых коронарных событий в соответствии с действующими практическими рекомендациями.

Рекомендации относительно участия в спорте, выполнения высокоинтенсивных видов профессиональной деятельности, выявление, генетическое консультирование и составление индивидуального прогноза для членов семьи пациентов с доброкачественными формами СРРЖ пока не определены [50]. Для эффективного решения подобных вопросов необходимы долговременные популяционные исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Степура О.Б., Остроумова О.Д., Пак И.С. и др. Аномально расположенные хорды как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани сердца // *Кардиология*. 1997. - Т. 37, № 12. - С. 74-76.
2. Земцовский Э.В.; Соединительнотканнные дисплазии. СПб, -1998,-96 с.
3. Шалимов П.М., Горбаченко А.В., Первова Е.В. Возможности донозологической диагностики сердечно-сосудистой патологии у призывников // *Воен.-мед. журн.* 2002. - Т. 323, № 7. - С. 31-34.
4. Щепин О.П., Овчаров В.К., Максимова Т.М., Какорина Е.П. Проблемы здоровья населения и формирования программ-здравоохранения // *Воен.-мед. журн.*-2004.-Т. 325, № 11.-С. 10-
5. Barnes A.R., Katz L.N., Levine S.A., Pardee H.E.B., White P.D., Wilson F.N. Report of the committee of American Heart Association on standardization of electrocardiographic nomenclature. *Am Heart J*. 1943;25:528–534.
6. Yan G.X., Antzelevitch C. Cellular basis for the electrocardiographic J wave. *Circulation*. 1996;93:372–379. [PubMed]
7. Gussak I, Antzelevitch C. Early repolarization syndrome: clinical characteristics and possible cellular and ionic mechanisms. *J Electrocardiol*. 2000;33:299–309. [PubMed]
8. Di Grande A., Tabita V., Lizzio M.M. et al. Early repolarization syndrome and Brugada syndrome: is there any linkage? // *Eur. J. Intern. Med.* - 2008. - Vol. 19, № 4. - P. 236-240.
9. Letsas K.P., Efremidis M., Pappas L.K. et al. Early repolarization syndrome: is it always benign? // *Int. J. Cardiol.* - 2007. - Vol. 114, № 3. - P. 390-392.
10. Haissaguerre M., Derval N., Sacher F. Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. *N Engl J Med*. 2008;358:2016–2023. [PubMed]
11. Antzelevitch C. Yan GX. J wave syndromes – contemporary review. *Heart Rhythm*. 2010;7:549–559. [PubMed]
12. Junttila M.J., Sager S.J., Tikkanen J.T. Clinical significance of variants of J-points and J-waves: early repolarization patterns and risk. *Eur Heart J*. 2012 Nov;33:2639–2643. [PubMed]
13. Haissaguerre M., Sacher F., Nogami A. Characteristics of recurrent ventricular fibrillation associated with inferolateral early repolarization role of drug therapy. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53:612–619. [PubMed]
14. Shilpey R., Hallaran W. The four lead electrogram in 200 normal men and women. *Am Heart J*. 1936;11:325–345.
15. Osborn J.J. Experimental hypothermia: respiratory and blood pH changes in relation to cardiac function. *Am J Phys*. 1953;175:389–398. [PubMed]
16. Wasserburger R.H., Alt W.J. The normal RS-T segment elevation variant. *Am J Cardiol*. 1961;8:184–192. [PubMed]
17. Otto C.M., Tauxe R.V., Cobb L.A. Ventricular fibrillation causes sudden death in Southeast Asian immigrants. *Ann Intern Med*. 1984;101:45–47. [PubMed]
18. Gussak I, Antzelevitch C., Bjerregaard P., Towbin J.A., Chaitman B.R. The Brugada syndrome: clinical, electrophysiological and genetic aspects. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33:5–15. [PubMed]
19. Kalla H., Yan G.X., Marinchak R. Ventricular fibrillation in a patient with prominent J (Osborn) waves and ST segment elevation in the inferior electrocardiographic leads: a Brugada syndrome variant? *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2000;11:95–98. [PubMed]
20. Takagi M., Aihara N., Takaki H. Clinical characteristics of patients with spontaneous or inducible ventricular fibrillation without apparent heart disease presenting with J wave and ST segment elevation in inferior leads. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2000;11:844–848. [PubMed]
21. Nam G.B., Kim Y.H., Antzelevitch C. Augmentation of J waves and electrical storms in patients with early repolarization. *N Engl J Med*. 2008;358:2078–2079. [PubMed]
22. Kambara H., Phillips J. Long-term evaluation of early repolarization syndrome (normal variant RS-T segment elevation) *Am J Cardiol*. 1976;38:157–161. [PubMed]
23. Haissaguerre M., Chatel S., Sacher F. Ventricular fibrillation with prominent early repolarization associated with a rare variant of KCNJ8/KATP channel. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2009;20:93–98. [PubMed]
24. Medeiros-Domingo A., Tan B.H., Crotti L. Gain of function mutation S422L in the KCNJ8- encoded cardiac KATP channel Kir6.1 as a pathogenic substrate for J wave syndromes. *Heart Rhythm*. 2010;7:1466–1471. [PubMed]
25. Burashnikov E., Pfeiffer R., Barajas—Martinez H. Mutations in cardiac L type channel associated with inherited J wave syndromes and sudden cardiac death. *Heart Rhythm*. 2010;7:1872–1882. [PubMed]

26. Patrick Zakka, MD; Marwan Refaat, MD, FACC Expert Analysis. *Early Repolarization Syndrome May 16, 2016; 60. American College of Cardiology.*
27. Tikkanen JT, Junttila MJ, Anttonen O, et al. *Early repolarization: electrocardiographic phenotypes associated with favorable long-term outcome. Circulation 2011;123:2666-73.*
28. Roten L, Derval N, Maury P, et al. *Benign vs malignant inferolateral early repolarization: focus on the T wave. Heart Rhythm 2016;13:894-902.*
29. Cristoforetti Y, Biasco L, Giustetto C, et al. *J-wave duration and slope as potential tools to discriminate between benign and malignant early repolarization. Heart Rhythm 2016;13:806-11.*
30. Priori SG, Napolitano C, Gasparini M, Pappone C, Della BP, Giordano U, Bloise R, Giustetto C, De Nardis R, Grillo M, Ronchetti E, Faggiano G, Nastoli J. *Natural history of Brugada syndrome: insights for risk stratification and management. Circulation. 2002;105:1342–1347. [PubMed].*
31. Probst V, Veltmann C, Eckardt L, Merregalli PG, Gaita F, Tan HL, Babuty D, Sacher F, Giustetto C, Schulze-Bahr E, Borggrefe M, Haissaguerre M, Mabo P, Le Marec H, Wolpert C, Wilde AAM. *Long-term prognosis of a patients diagnosed with Brugada syndrome: results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. Circulation. 2010;121:635–643. [PubMed]*
32. Delise P, Allocca G, Marras E, Giustetto C, Gaita F, Sciarra L, Calo L, Proclemer A, Marziali M, Rebellato L, Berton G, Coro L, Sitta N. *Risk stratification in individuals with the Brugada type 1 ECG pattern without previous cardiac arrest: usefulness of a combined clinical and electrophysiologic approach. EurHeart J. 2011;32:169–176. [PMC free article] [PubMed]*
33. Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, Brugada J, Brugada R, Corrado D, Gussak I, LeMarec H, Nademanee K, Perez Riera AR, Shimizu W, Schulze-Bahr E, Tan H, Wilde A. *Brugada syndrome: report of the second consensus conference. Heart Rhythm. 2005;2:429–440. [PubMed].*
34. Takagi M, Aonuma K, Sekiguchi Y, Yokoyama Y, Aihara N, Hiraoka M. *The prognostic value of early repolarization (J wave) and ST-segment morphology after J wave in Brugada syndrome: Multicenter study in Japan. Heart Rhythm. 2013;10:533–539. [PubMed]*
35. Kawata H, Morita H, Yamada Y, Noda T, Satomi K, Aiba T, Isobe M, Nagase S, Nakamura K, Fukushima KK, Ito H, Kamakura S, Shimizu W. *Prognostic significance of early repolarization in inferolateral leads in Brugada patients with documented ventricular fibrillation: a novel risk factor for Brugada syndrome with ventricular fibrillation. Heart Rhythm. 2013;10:1161–1168. [PubMed]*
36. Kawata H, Morita H, Yamada Y, Noda T, Satomi K, Aiba T, Isobe M, Nagase S, Nakamura K, Fukushima KK, Ito H, Kamakura S, Shimizu W. *Prognostic significance of early repolarization in inferolateral leads in Brugada patients with documented ventricular fibrillation: a novel risk factor for Brugada syndrome with ventricular fibrillation. Heart Rhythm. 2013;10:1161–1168. [PubMed]*
37. Adler A, Rosso R, Viskin D, Halkin A, Viskin S. *What do we know about the “malignant form” of early repolarization? J Am Coll Cardiol. 2013;62:863–869. [PubMed]*
38. Badri M, Patel A, Yan G. *Cellular and ionic basis of J-wave syndromes. Trends Cardiovasc Med. 2015;25:12–21. [PubMed]*
39. Watanabe H, Makiyama T, Koyama T, Kannankeril PJ, Seto S, Okamura K, Oda H, Itoh H, Okada M, Tanabe N, Yagihara N, Kamakura S, Horie M, Aizawa Y, Shimizu W. *High prevalence of early repolarization in short QT syndrome. Heart Rhythm. 2010;7:647–652. [PubMed].*
40. Gang ES, Priori SS, Chen PS. *Short Coupled Premature Ventricular Contraction Initiating Ventricular Fibrillation in a Patient with Brugada Syndrome. J Cardiovasc Electrophysiol. 2004;15:837–837. [PubMed]*
41. Viskin S, Rosso R, Rogowski O, Belhassen B. *The “short-coupled” variant of right ventricular outflow ventricular tachycardia: a not-so-benign form of benign ventricular tachycardia? J Cardiovasc Electrophysiol. 2005;16:912–916. [PubMed]*
42. Qi X, Sun F, An X, Yang J. *A case of Brugada syndrome with ST segment elevation through entire precordial leads. Chin J Cardiol. 2004;32:272–273.*
43. Tikkanen JT, Junttila MJ, Anttonen O, Aro AL, Luttinen S, Kerola T, Sager SJ, Rissanen HA, Myerburg RJ, Reunanen A, Huikuri HV. *Early repolarization: electrocardiographic phenotypes associated with favorable long-term outcome. Circulation. 2011;123:2666–2673. [PubMed]*
44. Huang Z, Patel C, Li W, Xie Q, Wu R, Zhang L, Tang R, Wan X, Ma Y, Zhen W, Gao L, Yan GX. *Role of signal-averaged electrocardiograms in arrhythmic risk stratification of patients with Brugada syndrome: a prospective study. Heart Rhythm. 2009;6:1156–1162. [PubMed]*
45. Yoshioka K, Amino M, Zareba W, Shima M, Matsuzaki A, Fujii T, Kanda S, Deguchi Y, Kobayashi Y, Ikari Y, Kodama I, Tanabe T. *Identification of high-risk brugada syndrome patients by combined analysis of late potential and T-wave amplitude variability on ambulatory electrocardiograms. Circ J. 2013;77:610–618. [PubMed]*
46. Priori SG, Gasparini M, Napolitano C, Della BP, Ottonelli AG, Sassone B, Giordano U, Pappone C, Mascioli G, Rossetti G, De NR, Colombo M. *Risk stratification in Brugada syndrome: results of the PRELUDE (PRogrammed ELectrical stimUlation preDICTive valuE) registry. J Am Coll Cardiol. 2012;59:37–45. [PubMed]*
47. Rollin A, Maury P, Bongard V, Sacher F, Delay M, Duparc A, Mondoly P, Carrie D, Ferrieres J, Ruidavets JB. *Prevalence, prognosis, and identification of the malignant form of early repolarization pattern in a population-based study. Am J Cardiol. 2012;110:1302–1308. [PubMed]*

48. Talib AK, Sato N, Kawabata N, Sugiyama E, Sakamoto N, Tanabe Y, Fujino T, Takeuchi T, Saijo Y, Akasaka K, Kawamura Y, Hasebe N. Repolarization characteristics in early repolarization and brugada syndromes: insight into an overlapping mechanism of lethal arrhythmias. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2014;25:1376–84. [PubMed]

49. Haissaguerre M, Extramiana F, Hocini M, Cauchemez B, Jais P, Cabrera JA, Farre G, Leenhardt A, Sanders P, Scavee C, Hsu LF, Weerasooriya R, Shah DC, Frank R, Maury P, Delay M, Garrigue S, Clementy J. Mapping and ablation of ventricular fibrillation associated with long-QT and Brugada syndromes. *Circulation.* 2003;108:925–928. [PubMed]

50. Tikkanen J.T., Anttonen O., Junttila M.J. Long-term outcome associated with early repolarization on electrocardiography. *N Engl J Med.* 2009;361:2529–2537. [PubMed]

ТҮЙІН

ГУБАЙДУЛИНА Н.Е., ЖУСУПОВА Г.К.

«Астана Медицина Университеті»

ЖҮРЕК ҚАРЫНШАЛАРЫНЫҢ ЕРТЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИЯ СИНДРОМЫ, ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

Аннотация.

Электрокардиографиялық ерте реполяризация синдромының жүрек-қантамырлық жағдайлармен байланысы мәселелері бойынша қазіргі әдебиеттік шолу берілген. Осы мәселеге қызығушылық қалыптасуының тарихи кезеңдері, эпидемиологиялық ерекшеліктері, патогенезі, қарыншаның ерте реполяризация синдромы дамуының клиникалық және электрокардиографиялық ерекшеліктері талқыланды.

Кілт сөздер: жүрек қарыншаларының ерте реполяризация синдромы, электрокардиограмма, қауіп-қатер факторлары.

RESUME

GUBAIDULINA N.E., ZHUSUPOVA G.K.

JSC "Medical University Astana", Astana

SYNDROME OF EARLY REPOLARIZATION OF THE VENTRICLES, MODERN ASPECTS (literary review)

An overview of contemporary literature on the relationship between the electrocardiographic syndrome of early repolarization and cardiovascular events is presented. The historical stages of the formation of interest in the problem, features of epidemiology, pathogenesis, clinical and electrocardiographic features of the development of the syndrome of early repolarization of the ventricles are discussed.



УДК: 616.16-002- 071:575.113.1

ИСИЛЬБАЕВА А.А.¹

АО «Медицинский университет Астана», кафедра внутренних болезней интернатуры,
магистрант 1 года обучения

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА: КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Аннотация

Несмотря на множество исследований в мире, болезнь Бехчета является одной из серьезнейших и мало изученных нозологий в медицине. В данной статье представлен обзор работ по изучению клинико-генетических особенностей болезни Бехчета в разных странах. Учитывая редкость данного заболевания, наличие ряда сложностей в диагностике, высокую летальность, инвалидизацию изучение клинико-генетических особенностей болезни Бехчета представляет большой интерес.

Ключевые слова: болезнь Бехчета, HLA -B51, клинико-генетические особенности.

Болезнь Бехчета является актуальной медико-социальной проблемой на сегодняшний день, это заболевание характеризуется поражением кожи и слизистых оболочек, глаз, органов ЖКТ, сосудов, суставов, мочеполовой и нервной системы [1], и вовлечением в патологический процесс мелких и

крупных сосудов венозного и артериального русла с мультиорганный патологией [2]. Заболевание манифестирует в трудоспособном возрасте, и имеет тенденцию к агрессивному течению в третьей декаде жизни [3].

ББ (болезнь Бехчета) распространена по ходу Великого Шелкового Пути, в странах Средиземноморья, Среднего и Дальнего Востока. Реже данное заболевание встречается в Северной Европе и США [4]. Частота болезни Бехчета в различных странах варьирует от 0 до 37 на 100 000 населения, и составляет в Турции 8-37; Иране 16,67; Китае 14,0; Японии 13,50; Египте 7,6; Германии 0,55; Великобритании 0,50; США 0,12; Гавайях 0 на 100 тыс. населения [2]. Следует отметить, что распространенность ББ может различаться в этнических популяциях, проживающих в одной стране. Так, согласно данным Измаиловой Ф.И. и Алекберовой З.С. в северо-восточной части Турции на 100 тыс. населения приходится 37 больных с ББ, а в восточно-европейской части - 8 [5].

Болезнь Бехчета согласно данным Altenburg A. и соавторов с большей частотой встречается среди мужчин, хотя авторы отмечают вариабельность этого показателя в зависимости от региона проживания [6]. F. Davatchi и соавторы отмечают роль вируса простого герпеса, стрептококковой инфекции и различных токсических агентов в развитии заболевания [7]. В то время как M. Takeuchi и соавторами отмечают роль генетических факторов, выявляя семейные случаи ББ [8].

На сегодняшний день наибольшая роль отведена выявлению генетических маркеров развития заболевания. Так Verity D.H. и соавторы указали роль генетической предрасположенности, а именно тесной ассоциация HLA B5/B51 с развитием болезни Бехчета [9]. Алекберова З.С. отмечает, что HLA -B51 является универсальным маркером данного заболевания, который выявляется у пациентов с ББ с различной частотой, варьирующей от 50% до 80 % в зависимости от этнической принадлежности [2]. Maldini C. и соавторы по результатам проведенного систематического обзора и мета-анализа, включавших в себя изначально 859 обсервационных исследований собранных с января 1973г. по сентябрь 2008 г. , в последующем отобрав 72 исследования, доказали связь HLA -B51 или B5 генотипа с клиническими характеристиками болезни Бехчета, а именно результаты данного мета-анализа показали что, носительство HLA-B51/B5 доминирует у мужского пола и ассоциировано с высоким распространением генитальных язв, повреждением глаз и кожи , но в тоже время низким распространением поражения ЖКТ [10].

F.Wei и соавторы выявили ассоциацию субаллели MICA-A6 (главный комплекс гистосовместимости класс I цепь связанный ген A-A6 аллель) с развитием данного заболевания [11].

Исследование A.Namzaoui и соавторов, направленное на изучение ассоциации HLA-B51 с демографическим и клиническим течением заболевания у 178 больных с болезнью Бехчета в Тунисе показало, что HLA-B51 был значительно выше в группе с ББ в сравнении со здоровым контингентом. У HLA-B51-позитивных лиц чаще выявлялся позитивный тест патергии , васкулит сетчатки и поражение кишечника, тогда как артериальные аневризмы и поражение нервной системы чаще выявлялись у HLA-B51-негативных пациентов. Авторы отметили, что у HLA B51-негативных пациентов течение заболевания имело более благоприятный характер [12].

Поперечное обсервационное исследование ББ, включившее в себя 19 пациентов (12 кавказской, 1 азиатской, 1 афроамериканской, 5 средне-восточной национальностей), наблюдавшиеся в Клинике глазных болезней Мурфилда (Великобритания) и 36 пациентов (все японской национальности) Медицинского университета в Куруме (Япония), направленное на изучение сравнительной характеристики клинического течения заболевания в зависимости от этнической принадлежности показало, что у пациентов, наблюдавшихся в Японии, достоверно чаще выявлялся передний и задний увеит. Однако разница в частоте системных проявлений между 2 группами популяций выявлена не была [13].

V.Sula и соавторы исследуя демографические и клинические характеристики болезни Бехчета в Юго-восточной Турции у 132 пациента: 76 женщин и 56 мужчин с 2005 по 2009 гг, выявили, что средний возраст больных с ББ равнялся 32,40+-9,4; средний возраст постановки диагноза составил 28,71+-9,1. При этом в 100% случаев было выявлено афтозное поражение ротовой полости, в 94% случаев выявлены генитальные язвы, в 75% случаев положительный тест патергии, в 43,2% кольцевая эритема, в 6,8% тромбозы и в 6,1% случаев экстрагенитальные язвы. Авторы привели статистически значимые результаты, подтверждающие демографические и клинические особенности ББ, его вариабельность в зависимости от региона, пола и этнической принадлежности [14].

F. Davatchi и соавторы исследуя данные 6075 пациентов в Иране с установленным диагнозом ББ с 1975 по 2014 г выявили, что средний возраст начала заболевания составил 28.3 +-8.7 лет, клиническая характеристика ББ проявлялась афтозным поражением полости рта в 97.5% случаев, язвенным поражением половых органов в 65.7%, поражением глаз в 58.1%, поражением суставов в 39,4 %, кожными проявлениями в 64,6%, вовлечением ЖКТ в 7%, поражением нервной системы в 10.6%, поражением крупных сосудов в 1,7%, поражением легких в 1%, поражением сердца в 0,6% случаев. При этом, позитивный тест патергии наблюдался у 52.3% пациентов, HLA-B5 был выявлен у 54%, HLA-B51 у 48.9%. Специфичность критериев ISG была 99.2% и ICBД 97.2% [15].

В 2014 г А.В.Kuranov и соавторами было проведено исследование HLA-Bw4-801 ассоциации болезни Бехчета у HLA -B51 негативных немцев и турков. В исследование были включены 65 пациентов немецкой и 46 пациентов турецкой национальности, резидентов Германии, наблюдавшихся в амбулаторной клинике Университетской больницы Тюбингена в течение пяти лет. Пациенты были отобраны из большой группы амбулаторных пациентов с ББ в виде HLA-B 51-негативных случаев после рутинного HLA-типирования. Для сравнения частот HLA-аллелей в обеих группах пациентов использовались локальные группы из 1500 здоровых пациентов немецкой и 130 турецкой национальности, отрицательные по HLA-B 51. В исследовании показано, что HLA-B 51 вместе с другими HLA-Bw4-801-положительными молекулами HLA-B может играть важную роль в патогенезе ББ. Наблюдаемая связь HLA-A26 с ББ, особенно у пациентов немецкой национальности, также зависела от связи с Ww4-80I-положительными аллелями HLA-B и, таким образом, недвусмысленно указывала на второй HLA-A-связанный локус восприимчивости ББ [16].

И.А. Шапов и соавторы изучая течение болезни Бехчета в течение 3-лет у 21 пациента установили более высокую частоту ББ у жителей Дагестана в сравнении с другими регионами РФ (к примеру с Ярославской обл.). Также было выявлено, что у женщин более часто имело место поражение глаз, а у мужчин развитие тромбофлебитов [17].

А.Khabbazi и соавторы проводя исследование течения ББ у 166 пациентов азербайджанской национальности, выявили, что соотношение муж:жен составило 1.7:1.0, средний возраст на начало заболевания составил 25.8 ± 8.9 лет. При этом были выявлены случаи развития паноптальмитов и пануевитов, как среди мужчин, так и среди женщин, как самое частое поражение глаз в начале заболевания; в то время как васкулиты сетчатки чаще выявлялись у мужчин чем у женщин [18].

Исследование роли HLA-B5/51 в развитии клинических проявлений болезни Бехчета было проведено в России. В исследовании участвовало 146 пациентов, которые были разделены на 2 этнические группы: 1-группа 86 пациентов дагестанской национальности, 2-группа 60 пациентов русской национальности. В результате было выявлено, что HLA-B51 был выявлен у 87 пациентов из 146, преимущественную долю которых составили мужчины. Так же были изучены особенности клинических проявлений болезни Бехчета у HLA-B51-позитивных пациентов в сравнении с HLA-B 51-негативными пациентами, которые показали, что для HLA-B5/51- позитивных дагестанцев наиболее чаще характерно развитие язв гениталий и узловой эритемы, у пациентов русской национальности различий по этим показателям выявлено не было [19].

Голоева Р.Г. и соавторы изучая сосудистые нарушения при болезни Бехчета выявили что их частота выявления составила 1/4, преимущественно они регистрировались среди мужчин, молодого возраста. Авторы также привели случаи летальных исходов ББ, ассоциированные с развитием сосудистых осложнений [3].

Анализируя результаты представленных выше исследований, распространенность ББ варьирует в разных странах, и даже в одной стране может меняться в зависимости от региона. Универсальным маркером заболевания является HLA-B51, но в последние годы изучаются и другие генетические маркеры данного заболевания. Носительство HLA-B51 ассоциировано с неблагоприятным течением заболевания и влияет на клинические особенности у пациентов в зависимости от этнической принадлежности и региона проживания. Учитывая вышеизложенное и отсутствие данных в доступных нам литературных источниках по изучению клинико-генетических особенностей болезни Бехчета в Казахстане, исследование на эту тему представляет большой интерес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. T.Shimizu, G.E.Ehrlich, G.Inaba, K.Hayashy, *Seminars in Arthritis and Rheumatism-1979. vol.VIII. NO.4.*
2. З.С. Алекберова, *Болезнь Бехчета (лекция)*// «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН. Москва-2012г.
3. Голоева Р. Г., Алекберова З.С., Мач Э.С. и соавторы. *Сосудистые проявления болезни Бехчета, // Научно-практическая ревматология. 2010.48(2).стр. 51-58.*
4. Yazici Y , Yurdakul S, Yazici H. *Behçet's Syndrome // Current Rheumatology Reports ,December -2010.Volume 12.Issue 6. pp.429-430.*
5. Izmailova F.I., Alekberova Z.S. *Behcet's disease: demographic and genetic aspects (a literature review). //Modern Rheumatology Journal-2014.(1). pp. 53—58.*
6. Altenburg A., Papoutsis N., Orawa H. et al. *Epidemiology and clinical manifestations of Adamantiades-Behçet disease in Germany – Current pathogenetic concepts and therapeutic possibilities // Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft January- 2006 V. 4. Issue 1. pp. 49–66.*

7. F. Davatchi, F. Shahram, Ch. Chams-Davatchi et al. How to deal with Behcet's disease in daily practice // *International Journal of Rheumatic Diseases*- 2010. 13. pp. 105–116.
8. M. Takeuchi, D.L. Kastner, E. F. Remmers. [The immunogenetics of Behcet's disease: A comprehensive review](#) // *Journal of Autoimmunity*-2015. pp. 1-12.
9. Verity D.H., Marr J.E., Ohno S., Wallace G.R., Stanford M.R., Behcet's disease, the Silk Road and HLA-B51: historical and geographical perspectives // *Tissue Antigens*-1999. 54. pp. 213–220.
10. Maldini C., Michael P. LaValley and et al. Relationships of HLA-B51 or B5 genotype with Behcet's disease clinical characteristics: systematic review and meta-analyses of observational studies // *Rheumatology (Oxford)*- 2012. 51. pp. 887-900.
11. F. Wei, Y. Zhang, W. Li. A meta-analysis of the association between Behcet's disease and MICA-A6 // *Biomedical reports* -2016. 4. pp. 741-745.
12. A. Hamzaoui, M. H. Houman, M. Massouadia. Contribution of HLA-B51 in the susceptibility and specific clinical features of Behcet's disease in Tunisian patients // *European Journal of Internal Medicine*-2011. 23. pp. 347–349.
13. M. Muhaya, S. Lightman, E. Ikeda, M. et al., Behcet's disease in Japan and in Great Britain: a comparative study // *Ocular Immunology and Inflammation*-2000. Vol. 8. No. 3. pp. 141-148.
14. B. Sula, I. Batmaz, D. Ucmak et al. Demographical and Clinical Characteristics of Behcet Disease in Southeastern Turkey // <https://www.researchgate.net/publication/266026559> -2017.
15. F. Davatchi, Ch. Chams-Davatchi, H. Shams et al. Adult Behcet's disease in Iran: analysis of 6075 patients // *International Journal of Rheumatic Diseases*- 2016. 19. pp. 95–103.
16. A.B. Kuranov, I. Kotter, J.Ch. Henes, S.T. Abisheva et al. Behcet's disease in HLA -B *51 negative Germans and Turks shows association with HLA-Bw4-801 // 2017.
17. И.А. Шамов, Д.Д. Абдулпатахов, З.Х. Гитинова и соавт. Болезнь Бехчета в Дагестане // <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezni-behcheta-v-dagestane> - 2004.
18. A. Khabbazi, H. Noshad, F.K. Shayan et al. Demographic and clinical features of Behcet's disease in Azerbaijan // *International Journal of Rheumatic Diseases* -2014.
19. Алекберова З.С., Измаилова Ф.И., Гусева И.А. и соавт. HLA-B5/51-генотип: связь с клиническими проявлениями болезни Бехчета. // *Научно-практическая ревматология*-2015. 53.(4). стр. 367–370.

ТҮЙІН

ИСИЛЬБАЕВА А.А.¹

«Астана Медициналық Университеті» А.Қ., интернатура бойынша ішкі аурулар кафедрасы,
1-ші жыл магистранты

БЕХЧЕТ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация

Әлемдегі көптеген зерттеулерге қарамастан, Бехчет ауруы медицинадағы маңызды және аз зерттелген нозологияның бірі болып табылады. Бұл мақалада әр түрлі елдерде жүргізілген Бехчет ауруының клиникалық-генетикалық ерекшеліктерін зерттеу жұмыстары бойынша шолу ұсынылды. Бұл аурудың сиректігін, диагностикасында бірқатар қиындықтардың болатындығын, өлімге және мүгедектікке әкелетін деңгейінің жоғарылығын ескерсек, Бехчет ауруының клиникалық-генетикалық ерекшеліктерін зерттеу үлкен қызығушылық туындатады.

Кілтті сөздер: Бехчет ауруы, HLA -B51, клиникалық-генетикалық ерекшеліктері.

SUMMARY

ISSILBAYEVA A.A.¹

JSC Medical University Astana, Department of Internal Diseases internship, the 1-year master's student.

THE CLINICAL AND GENETIC FEATURES OF BEHCET'S DISEASE

Despite many studies in the world, Behcet's disease is one of the most serious and understudied nosology in medicine. This article presents a review of the research on studying the clinical and genetic features of Behcet's disease in

different countries. Taking into account the rarity of this disease, the presence of a number of difficulties in diagnosis, high mortality, disability, the study of the clinical and genetic features of Behçet's disease is of great interest.

Key words: Behçet's disease, HLA -B51, clinical and genetic features.



УДК 614.2:616.831.-005

КЕНЖЕБЕКОВ К'., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д'., КУЛОВ Д.Б'., СЕРҒАЛИЕВ Т.С'., АБДРАХМАНОВ К.Т'., СЫЗДЫКОВ М.М'., ШАЙХАТТАРОВА Ұ'.

¹ШЖҚ РМК «Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті» Қарағанды қ.

²ШЖҚ РМК «Қарағанды облысының психоневрологиялық диспансері» Қарағанды қ.

³АҚ «Қазақ-Түрік халықаралық Университеті.» Түркістан қ.

ИНСУЛЬТ СЫРҚАТЫНЫҢ ӘСЕРІНЕН БОЛҒАН МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕР ЖӘНЕ ОНЫҢ ФАКТОРЛАРЫ (әдеби шолу)

Бұл мақаланың мақсаты инсульт сырқатына әсер ететін медициналық-әлеуметтік факторларды анықтау және оның ерекшеліктерін сипаттау болып табылды. Инсульт дегеніміз - ишемиялық және геморрагиялық ми-қан айналымы бұзылуының салдарынан болған неврологиялық тапшылықтың жедел дамуын айтамыз.

Түйінді сөздер: инсульт, сырқат, тұрғындар, факторлар, мүгедектілік.

Бас миындағы қан тамырларының қабынуынан болған сырқаттылық- Қазақстан Республикасында болып жатқан мүгедектік, сырқаттылық және өлім көрсеткішінің көбеюінің негізгі себепкері болып табылады. Жалпы өлімнің 22,6%-ы ми-қан айналымының бұзылуынан қайтыс болған науқастардың үлесіне тиеді. Ал егер мүгедектілікке келсек, инсультқа шалдыққандардың 10000 адамға шаққанда 3,4-і мүгедек болып қалады, сол себепті алғашқы мүгедектікке шыққандардың арасында инсульттан кейін шыққандар бірінші орында тұрады.

Инсульт дегеніміз- ишемиялық және геморрагиялық ми-қан айналымының бұзылуының салдарынан болған неврологиялық тапшылықтың жедел дамуын айтамыз.

Дүниежүзілік эпидемиологиялық зерттеу мәліметіне сүйенсек, инсультқа жыл сайын дүниежүзінде алты миллионнан астам адам шалдығады, ал солардың ішінде 4,7 млн адам осы сырқаттылықтан көз жұмады. [1]

Жер шарындағы 15 млн-нан астам адам фатальді емес инсультқа шалдығады. Қазіргі уақытта дүние жүзінде 50 млн-нан астам адамның анамнезінде цереброваскулярлық патологияның бар екенін көреміз. Цереброваскулярлық аурумен ауырған науқастарда жақын арада инсульттың қайталану себебі басқа адамдарға қарағанда бірнеше есе жоғары. [2]

Цереброваскулярлық сырқаттылықтың өсуі және оның өсуімен бірге инсульттан болған өлім себептері мен мүгедектіліктің көбеюі қазіргі таңда маңызды медициналық және әлеуметтік мәселе болып отыр. [3]

Инсультпен сырқаттану қазіргі таңда дүние жүзінде алдыңғы орындардағы шығып отыр, мысалы алғанда Шығыс Еуропада соңғы жиырма жылда цереброваскулярлық сырқаттылық едәуір өсіп отырғанын байқап отырмыз. [4]. Ресейде әр 1,5 минут сайын бір ресейлікте инсультті анықтайды, сол себепті осы сырқаттылықтың салдарынан ер адамдардың өмір сүру ұзақтығы 1,62-3,41 жылға қысқартылса, әйел адамдардың өмір сүру ұзақтығын 1,07-3,02 жылға дейін қысқартады. Экономикасы дамыған елдерде цереброваскулярлық сырқаттылықпен сырқаттану шамамен бір деңгейде болып 100000 адамға шаққанда 350-ден 480 арасында болады. Тек Францияда ғана инсульттің кездесу жиілігі 100000 адамға шаққанда 230 науқас құрады [5].

Инсульттың таралу көрсеткіші әр аймақта, әр елдерде әртүрлі, мысалы: АҚШ-та-2,6-5,47, Жапонияда-7,9, ТМД елдерінде- 2,0-11,97. [6].

Еуропа континетінде инсульттың сырқаттылық жиілігі орташа есеппен алғанда бір жылда 100 000 адамға шаққанда 220 адам инсультқа шалдығады. Ал инсульттың таралу жиілігі шамамен 600 жағдай 100 000 адамға шаққанда, соның жартысынан көбі, ал дәлірек болсақ 360-ы осы сырқаттылықтың

салдарынан мүгедектілікке ұшырайды. Ресейде цереброваскулярлық сырқатылыққа шалдыққандар саны 100 000 адамға шаққанда 390 жағдайы кездесіп тұрады.[7-10].

Е.И. Гусев пен М.Я. Бердичевскийдің мәліметтеріне сүйенсек инсульттың қала тұрғындарына карағанда ауыл тұрғындарының арасында көп кездесуінің бір себебі, урбанизация факторларының теріс әсерінен деп түсіндіреді. Сонымен бірге тағы бір айта кетеін жай, қазіргі уақытта инсультпен сырқаттану жыл сайын өсіп жатыр. Соңғы жылдары бұл көрсеткіш Ресейдің ірі өндірісі бар қалаларда 1000 адамға шаққанда 3,0-4,0 жағдайға жетіп отыр. Мысалы зерттеп отырған соңғы он жылда Дзержинск қаласында 1000 адамға шаққанда-3,07-ден, 2000 жылы тіркелсе, 5,82- 2010 жылы тіркелгені анықталды. Ал Нижегород облысында бұл көрсеткіш 1,6-дан 3,67-ге дейін өскен.[11].

Сонымен қатар, жыл сайын қала мен ауыл тұрғындар арасындағы инсульттың салдарынан болған сырқаттылық пен өлімнің арасында сенімді айырмашылық бар екенін жыл сайын көруімізге болады. Көрсетілген мәліметтерге сүйене отырып тұрғындар арасында инсульттың ер адамдар мен әйел адамдар арасындағы таралу жиілігін зерттегенде мынандай қорытындыға келдік: бұл дерттің әйел адамдардан гөрі ер адамдардың арасында жиі кездесетіні. Ресей Федерациясының Ленинград және Владимир облыстарында және басқа қалаларында да, ауыл тұрғындарымен салыстырғанда қала тұрғындарының арасында инсульттың көп кездесетіні анықталды (3,82 мен 2,65 қала тұрғындарының көрсеткіштері және 1,50-1000 адамға шаққанда ауыл тұрғындарының арасында көрсеткіштері).Бұл көрсеткіштер еңбекке жарамды және еңбекке жарамсыз жасқада қатысты. [11].

Ресей Федерациясының тұрғындар денсаулығы туралы мемлекеттік баяндамасының мәліметтері бойынша, 2011 жылы Ресей Федерациясында ең алғаш рет цереброваскулярлық сырқаттылыққа шалдыққандар санының деңгейі 100 000 адамға шаққанда 456,3-ті құрса, 2012 жылы бұл деңгей 100 000 адамға шаққанда 481,9-ды құрды. 2012 жылы ересек адамдардың арасында қан айналу жүйесінің бұзулуына шалдыққандардың ішінде цереброваскулярлық сырқаттылығы 21,6%-ын құрды. Қан айналымының ең басты себебі болып жүректің ишемиялық сырқаттылығы (47,2%) және цереброваскулярлық сырқаттылық (37,3%), ал жалпы осы екі сырқаттылық қан айналу жүйесіне шалдыққандардың 84,5% құрды. [11-16].

Қазақстан Республикасында ми инсультінің таралу жиілігі инфаркт миокардымен қатар ісіктен кейін үшінші орында тұр. 2015 жылғы ресми статистикалық мәліметке сүйенсек 40 мыңнан астам қазақстандықтар инсультқа шалдығып, сол науқастардың 24%-ы қайтыс болды. Инсультпен сырқаттанғандар саны әр аймақта әр түрлі және ол бір жылда 1000 адамға шаққанда 2,5-3,7 арасында болды. Ал инсульттан қайтыс болғандар 100 000 адамға шаққанда 100-180 арасында болды. Ми инсульті Қазақстан Республикасының мүгедектіліктің 100 000 адамға шаққанда 104,6 себебін құрайды. [17].

Қазақстан Республикасында ми қан айналымының жедел қабынуынан болған сырқаттылықпен күрес әлеуметтік саясат бағыты болып есептеледі. Ми-қан айналымының жедел қабынуына шалдыққан адамдарға медициналық көмекті жетілдіру үшін «Саламатты Қазақстан» атты Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының дамытуға арналған бағдарламасының ішінде аймақтық инсульттік орталықтар ашылу туралы жобасы әзірленді. Алайда осындай позитивті өзгерістер болғанымен, ми инсультінің сырқаттылығы, соның салдарынан болғын мүгедектілік пен өлім көрсеткішінің азаймай отырғаны Қазақстан Республикасы үшін өзекті мәселелерінің бірі болып отыр. Біздің елімізде тұрғындар арасында қан-тамыр сырқаттылығынан болған өлім көрсеткіштерінің жоғарғы болып тұрғаны, бізді ең бірінші кезекте осы сырқаттылықтың алдын-алуына үлкен көңіл бөлуді талап етеді. [18].

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1 Верацагин Н.В. Эпидемиологические исследования в профилактике инсульта. //Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии//. М: 2012.С 13-14

2 Галиулин Д.А. Медико-социальная профилактика сосудистых заболеваний головного мозга и пути совершенствования ее управлением в условиях крупного промышленного города: автореферат, ... дис.кан.мед.наук.-Казань, 2012. -23 с.

3 Ovbiagele B. Goldstein L.B.,Higashida R.T. at el American Heart Association Advocacy Coordinating Committee and Stroke Council // Stroke.- 2013. - N44(8)- P.2361-75

4 Борисова Н.А. Сосудистые заболевания мозга //Н.А.Борисова// Эпидемиологические заболеваний нервной системы в Башкирии. Сб.ст-Уфа, 2009.- С.7-14

5 Альтман Д.Ш. Ранние формы цереброваскулярной недостаточности при атеросклерозе и артериальной гипертензии: монография. - Екатеринбург, 2014.-116 с.

6 Бердичевский М.Я. //Опыт решения организационных и клинических вопросов оказания экстренной помощи при цереброваскулярных заболеваниях в Краснодаре//Бердичевский М.Я., Кармирян С.А., Гиричир В.К.// Журн. Неврол. И психиатр. Им. С.С.Корсакова. Приложение «Инсульт». -2011. - № 6. -С.63-64.

7 Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение//Б.С.Виленский.-СПБ., 2009.-336 стр.

8 Скворцовой В.И. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика.-М: МЕДпресс-информ, 2008. -С.288.

- 9 Кулербас А. Инсульт- острое заболевание, которое можно предотвратить //Журнал неврологии и психиатрии им.С.Корсакова - 2007.- Спец.вып. - С.74-76.
- 10 Хаким А.М. Перемены в системе помощи при инсульте: канадский опыт //Журнал неврологии и психиатрии им.С.Корсакова-2007.-Спец.вып. - С 129-132.
- 11 Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журнал неврол.и психиатрии им. С.С.Корсакова. Приложение «Инсульт». -2013.- №9.- С. 3-7.
- 12 Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга.- М:МЕД пресс-информ, 2009. – С. 24.
- 13 Khann F.A. Incidence of Stroke Subtypes in Malmö, Sweden, 1990-2000: Marked Differences between Groups Defined by Birth Country // Stroke.-2004/-Vol/35/- P.2054-2058.
- 14 Парфенов В.А. Ишемический инсульт.-М:МИА,2012.-С.312
- 15 Пинчук Е.А. Анализ ситуации по цереброваскулярной патологии в Екатеринбурге за 2001-2002 гг. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. - 2003. -№ 9 - С. 121.
- 16 Хасанова Д.Р. Опыт лечения ишемического инсульта // Матер.II Росс.международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт «человек и лекарство».-Казань. - 2007. - С 13.
- 17 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. -Астана, 2010.- №1113.- С.56.
- 18 Акимжанова А.К. Хайбулин Т.Н., Гржибовский А.М. Влияние факторов риска инфаркта на 28-дневную летальность больных с инсультом //Материалы научно-практической конференции молодых ученых «Наука и Здоровье», посвященной 75-летию Президента Ассоциации оториноларингологов Республики Казахстан Академика НАН РК, доктора медицинских наук, профессора Толебаева Райса Кажженовича. - Семей, 2016.- С.17.

РЕЗЮМЕ

КЕНЖЕБЕКОВ К.¹, ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д.¹, КУЛОВ Д.Б.¹, СЕРГАЛИЕВ Т.С.¹, АБДРАХМАНОВ К.Т.², СЫЗДЫКОВ М.М.¹, ШАЙХАТТАРОВА У.³.

¹ РГП наПХВ «Карагандинский Государственный Медицинский Университет» г.Караганда

² РГП наПХВ «Карагандинский областной психоневрологический диспансер» г.Караганда

³ АО «Казахско-Турецкий Международный Университет. г.Туркестан

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА И ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ

Статья посвящена проблемы цереброваскулярной патологии среди населения стран мира. Цереброваскулярная патология по смертности занимает в рядах стран мира один из ведущих мест. И сегодня в мире инсульт объявлен глобальной проблемой угрожающей здоровью и жизни людей мира. Каждый год в мире от инсульта страдает более 17 миллионов человек из которых более 70% живут в странах со средним или с низким доходом. В Республике Казахстан инсульт по своей распространенности занимает третье место после миокарда и злокачественного новообразования.

Ключевые слова: инсульт, заболеваемость, население, факторы, инвалидность

SUMMARY

KENZHEBEKOV K.¹, DZHAKETAEVA S.D.¹, KULOV D.B., SERGALIEV T.S.¹, ABDRAKHMANOV K.T.², SYZDYKOV M.M.¹, SHAYHATTAROVA U.³

¹Karaganda State Medical University,

²Karaganda regional psychoneurological dispensary,

³Kazakh-Turkish International University, Turkestan

MEDICO-DEMOGRAPHIC FEATURES OF STROKE AND FACTORS AFFECTING

The article is devoted to problems of cerebrovascular pathology among the population of the world. Cerebrovascular disease pathology of sernosti is in the ranks of the world's countries one of the leading places. Today in the world insult announced a global issue threatening the health and lives of people in the world Each year from stroke affects more than 17 million people of which 70% live in countries with medium or low income. In the Republic of Kazakhstan the stroke according to its frequency takes the third place after myocardial and malignant neoplasms.

Key words: stroke, morbidity, population, factors, disability



**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ, ПЕРИАРЕОЛЯРНОЙ
МАСТОПЕКСИИ И ОДНОМОМЕНТНОЙ АУГМЕНТАЦИЕЙ С МАСТОПЕКСИЕЙ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНЕЙ ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Аннотация: веков женская грудь считалась эталоном женской красоты и привлекательности, но с течением времени, как и другие органы и ткани подвергается старению и проявляется это как птоз молочных желез, и чем красивее и пышнее была грудь в более молодом возрасте, тем сильнее выражены возрастные изменения. В настоящее время для решения эстетической проблемы птоза молочной используют операцию мастопексию. В основе старения молочных желез лежит гравитационный птоз. Птоз – это процесс естественного старения, сопровождающийся опущением молочных желез, потеря объема и растяжение кожи. Выделяют 4 стадии птоза молочных желез: первая степень возникает, когда сосок находится на уровне подгрудной складки, вторая степень сосок находится ниже подгрудной складки, но выше самой нижней части груди. При значительном птозе, то есть третьей степени сосок находится в самой нижней части груди и ниже уровня подгрудной складки. Псевдоптоз характеризуется тем, что сосок находится выше подгрудной складки, тогда как ткань молочной железы свисает ниже складки [4]. Но существует оперативное вмешательство позволяющая устранить птоз и вернуть привлекательность груди – это мастопексия. Мастопексия - это операция, чьей целью является приподнять ткань молочной железы и сосково-ареолярного комплекса в рамках коррекции птоза груди. Выбор типа мастопексии обусловлен характером нарушения. Для пациенток с небольшими степенями птоза часто проводится перiareолярная мастопексия. К перiareолярной мастопексии также часто обращаются, когда совместно с мастопексией проводится и увеличение груди. Поскольку благодаря имплантату объем груди увеличивается, а благодаря мастопексии удаляют избыток кожи.

Ключевые слова: мастопексия, коррекция птоза молочных желез.

Актуальность

Изначально мастопексия подразумевала иссечение кожи с помощью разреза в виде перевернутой буквы «Т». При этом отслойка кожи была значительной, а иссечение паренхимы – минимальным. Ученый Вайс описал ряд механических вспомогательных средств, помогающих разметить и спланировать операцию по удалению излишков кожи. В 1971 году Гулиан описал процедуру мастопексии, предназначенную для изменения формы груди путем удаления излишков кожи без отслойки. Из кожи закладывалась складка на коже, что помогало изменить форму груди. На ткани молочных желез операция не проводилась, равно как и на грудной стенке, что приводило к меньшим болезненным ощущениям после операции. Окончательный шов представлял из себя перевернутую букву Т[1]. Теоретически эта процедура обосновывалась тем, что сохранение связей между кожей и паренхимой груди способствовало более долговечному результату. Уидден был первым, кто ввел понятие мастопексии методом «намётки». Операция была аналогична процедуре, предложенной Гулианом, но вместо того, чтобы размечать грудь на основе заранее разработанной схемы, кожу вворачивали внутрь, а операцию симулировали с помощью швов. Швы изменяли до тех пор, пока не достигалась желаемая форма груди, и разрабатывалась индивидуальная схема дезэпителизации кожи. После дезэпителизации грудь зашивали, при этом не проводилась отслойка или иссечение железистой ткани молочной железы. После мастопексии, проводимой только на коже, часто происходит рецидив птоза. Некоторые авторы предложили проводить репозиционирование и ушивание паренхимы молочной железы в дополнение к иссечению кожи в качестве решения этой проблемы. В основе этих операций лежали процедуры по уменьшению груди с использованием питательной ножки, которые начали становиться тогда популярными. Шип был первым, кто описал создание метода двойных лоскутов на верхних питательных ножках, которые пришивались один поверх другого, а затем сшивались с грудной фасцией. Шов имел стандартную форму перевернутой буквы «Т»[12,15]. Автор отмечал, что птоз и опускание молочных желез происходили медленнее, чем в случае проведения мастопексии только на коже. Поскольку мастопексия – процедура косметическая, отношение пациенток к шрамам всегда является ограничивающим фактором. Бартельс описал первую попытку проведения концентрической мастопексии в 1976 г. Примерно в то же время Резс и Астон сообщили об аналогичной процедуре для тубулярной формы груди. Эти процедуры были осложнены плохой формой груди, широкими шрамами и расширенными ареолами. Они так никогда и не стали популярны. Использование кисетных швов для стягивания кругового разреза было впервые описано в пластической хирургии в 1985 году[5-9]. В 1990 году Спир описал три правила для разметки пациентки, которой предстоит концентрическая мастопексия, дававшие более предсказуемые эстетические результаты. Вот эти три правила: 1. Внешняя концентрическая окружность должна быть нарисована так, чтобы не превосходить изначальный диаметр ареолы больше, чем

изначальный диаметр ареолы превосходит диаметр внутренней концентрической окружности. 2. Диаметр внешней окружности никогда не должен превышать более чем в два раза диаметр внутренней окружности. 3. Окончательный размер ареолы должен быть средним между внутренней и внешней концентрическими окружностями[5].

Цель работы: Провести сравнительную оценку эффективности вертикальной, периареолярной мастопексии и одномоментной аугментацией и мастопексий, в зависимости от степеней птоза.

Материалы и методы:

- Стадия птоза (I-III)
- Предпочитаемый объём имплантата в миллилитрах
- Обхват грудной клетки в сантиметрах
- Номер размера груди (I -IV)
- Рост пациентки в сантиметрах.

Виды мастопексии и модификация хирургической техники

Периареолярная мастопексия методом.

Периареолярная мастопексия неизбежно делает грудь более плоской. Бенелли был одним из первых, кто отметил, что для создания прекрасной формы груди на долгое время необходимо отделить операцию на самой молочной железе от операции на коже груди. Подобно более старым процедурам, в которых для создания лучшей формы накладывались швы на паренхиму груди, Бенелли формировал паренхиму груди путем создания нескольких лоскутов внутри молочной железы, которые затем накладывались и подшивались под углом друг к другу так, чтобы создать коническую форму груди[18]. Грудь затем «прошивали» постоянным швом. Постоянный круговой периареолярный шов размещался в дерме, а затем ушивался таким образом, что размер кожной ареолы соответствовал размеру фактической ареолы. Грудь иногда пришивали к грудной стенке, чтобы поддержать ее форму и расположение. Коже давали возможность расправиться над заново сформированной грудью. Лучше всего эта техника подходила пациенткам с грудью умеренного размера с небольшой гипертрофией. Для данного метода мастопексии хорошими кандидатками также считались пациентки с тубулярной деформацией груди[5].

Далее Бринк дал определение периареолярной мастопексии методом «круглого блока». Он обнаружил, что идеальной пациенткой для этого метода является пациентка с истинным птозом, гипоплазией нижнего полюса груди или трубчатой деформацией молочных желез. Для таких пациенток характерно нормальное или высокое положение подгрудной складки, расстояние от соска до подгрудной складки у них нормальное или короткое, а соски направлены вниз. Бринк обнаружил, что нет необходимости проводить хирургическое вмешательство на коже нижнего полюса груди. Пациенткам проводили мастопексию методом «круглого блока», с кيسетным швом, без вмешательства в паренхиму. В 2010 году Спир дал показания к периареолярной мастопексии и установил, что к лучшим пациенткам относятся женщины с трубчатой формой груди, размером грудей от маленького до среднего, с незначительным или умеренным птозом, пациентки с гинекомастией, а также те, кому проводится удаление имплантатов. Он подчеркнул важность постоянного периареолярного блокирующего шва, в частности, когда внешний круг иссечения кожи является слишком большим[9-11]. Гоуз также считал, что мастопексия, проводимая только на коже, не предотвращает ранний рецидив птоза. Он проводил периареолярную мастопексию, при которой железистые элементы молочной железы поддерживались путем обертывания ткани сеткой, и сетка пришивалась к фасции грудной стенки. Периареолярная дерма размещалась под сеткой, а кожа снаружи стягивалась блокирующим образом, и постоянные швы располагались над сеткой. Гоуз установил, что смешанная сетка (с рассасывающимися и постоянными компонентами) действовала лучше, чем только рассасывающаяся сетка. Его результаты были более длительными у пациенток с незначительным и умеренным птозом[7].

Мастопексия с вертикальным разрезом

Методики проведения периареолярной мастопексии ограничены количеством манипуляций, которые можно провести на ткани, и возможностями передвижения сосково-ареолярного комплекса. Для некоторых пациенток требуется больший объем перераспределения ткани или иссечения кожи, чем тот, которого можно достигнуть с помощью методов концентрической мастопексии. Вертикальная мастопексия проводится с помощью периареолярного и вертикального рубца. Вертикальный рубец располагается на малозаметной части груди, обычно он заживает хорошо и редко причиняет проблемы пациентке. В отличие от подгрудного разреза, который часто можно увидеть спереди или сбоку, вертикальный никогда не видно до тех пор, пока он остается выше подгрудной складки. Процедуры мастопексии, проводимые Лежур и Лассюсом во многих отношениях схожи. В обоих случаях приток крови к соску происходит через верхнюю ножку[4,7]. Кожу иссекают в нижней части груди, а центральная тканевая ножка формируется, основываясь на кровоснабжении вверху. Эта центральная ткань пришивается в приподнятом положении к грудной фасции. При этом создаются медиальный и боковые столбы, которые затем сшиваются вместе. Процедуры отличаются только тем, что Лежур отслаивает больше кожные лоскуты, чем Лассюс. Результат в конце процедуры, как правило, кажется чрезмерно скорректированным, но он исчезает в течение

нескольких первых месяцев после операции. Эти процедуры играют определенную роль в операциях по подтяжке груди. Этот результат более долговечен, поскольку форма груди основана на перенаправлении ткани и ушивании, а не на иссечении исключительно кожи. Даниэль Маршак разработал методику, схожую с методикой Лежур и Лассюса, с той разницей, что он располагает небольшой поперечный шов в нижней части груди в конце операции. Этот шов позволяет избежать излишков кожи, которые существуют при использовании методов Лассюса и Лежур. Форма груди пациента выглядит лучше в конце, но цена этому – короткий поперечный шов[6]. При мастопексии самой сложной проблемой является сохранение полноты верхнего полюса и предотвращение появления повторного птоза. Биггз и Граф разработали процедуру, при которой создается нижний лоскут грудной стенки, который перепозиционируется в верхнюю часть груди. Этот лоскут пропускается под петель грудной мышцы и пришивается на место в приподнятом положении. Методика Биггза-Графа выполняется обычно с вертикальным разрезом, но можно использовать L-образный разрез или в форме перевернутой буквы Т. Приток крови к соску и ареоле идет через верхнюю кожную ножку. Кровоснабжение нижнего лоскута грудной стенки происходит через грудную стенку[8]. Отмечается положение сосково-ареолярного комплекса на уровне подгрудной складки и создается верхняя ножка. Кожа размечается для иссечения как и при любом другом виде вертикального уменьшения груди. Проводится дезэпителизация кожи, создаются верхняя и нижняя ножки. Нижняя часть груди становится подвижной, так что этот участок пуст, когда нижний лоскут перемещается к верхней части груди. Присоединяют сосково-ареолярный комплекс, после чего нижний лоскут пропускается под петель большой грудной мышцы. Нижний лоскут пришивают на место к грудной фасции, а получающиеся медиальный и боковые столбы сшивают вместе. Как правило, кожу можно стянуть без излишнего натяжения или сборок. Форма в конце операции обычно выглядит хорошо, при этом гиперкоррекция отсутствует или существует незначительно. Опять-таки, грудь получает свою форму за счет перераспределения ткани и ушивания, а не иссечения кожи. Очевидно, методы мастопексии, которые подразумевают перераспределение ткани и ушивание, имеют более устойчивые результаты, чем процедуры по иссечению кожи в рамках мастопексии. Принцип заключается в том, чтобы освободить нижнюю часть груди, а затем перепозиционировать ткани в верхнем полюсе груди. В нижнем полюсе груди создается пустое пространство, которое позволяет применить вертикальный шов, грудь при этом сужается и приобретает другую форму. Коже дают возможность расправиться, и она не играет никакой роли в окончательной форме груди[7].

Аугментационная маммопластика совместно с мастопексией

Причиной птоза груди является относительный избыток кожи вокруг ткани молочной железы. Еще один вариант заключается в увеличении объема груди то есть аугментационная маммопластика. Она часто помогает исправить несоответствие количества кожи и объема груди. Увеличение груди часто сочетают с мастопексией. Процедура увеличения обычно снижает размер и масштаб операции по подтяжке. В случае сочетания увеличения груди и мастопексии, мастопексия может ограничиться периареолярным иссечением кожи для изменения положения сосково-ареолярного комплекса, либо она может доходить до масштабной якорной мастопексии с перераспределением железистой ткани. Объем операции зависит от потребностей конкретного пациента. Полная история и физический осмотр имеют важное значение для этой группы пациенток[16,20]. Такие пациентки, как правило, старше, чем пациентки, идущие на увеличение груди. Проводится обсуждение предварительно проведенной маммографии, анамнеза жизни и семейного анамнеза в контексте рака молочной железы. Необходимо четко обрисовать цели и желания пациентки. Важные вопросы, с которыми надо определиться, это желаемые размер и форма груди, положение груди на грудной стенке и наполненность верхнего полюса. Пациентки с птозом 1 степени, которые хотят увеличить грудь, нередко проходят операцию по увеличению груди. Пациенткам с птозом 2 или 3 степени, обычно требуется проведение мастопексии наряду с увеличением груди. Если пациентка довольна своим размером груди, в таких случаях мастопексии бывает достаточно. Самая простая процедура увеличивающей мастопексии включает в себя иссечение кожи над ареолой в форме эллипса (иное название – полумесяц), чтобы поднять сосково-ареолярный комплекс по отношению к подгрудной складке[3]. Максимальное расстояние, на которое можно поднять сосково-ареолярный комплекс с помощью такого вида процедуры, составляет около 2 см. У таких пациенток может быть начало 2 степени птоза. Единственный серьезный риск при этой процедуре – это широкий шрам или ареола овальной формы. Если форма ареолы является проблемой, то следует преобразовать эту процедуру в концентрическую мастопексию, чтобы перераспределить напряжение по всей окружности ареолы[14-17].

Когда требуется умеренная подтяжка кожи или репозиционирование сосково-ареолярного комплекса, в этом случае может быть показана полная концентрическая мастопексия. Если два круга при этой мастопексии будут полностью концентрическими, то приподнятия соска не произойдет. Чтобы приподнять сосок, внешний круг должен захватывать больше кожи над соском, чем ниже него. Во всех случаях увеличивающей мастопексии разметка проводится до операции, пациентка при этом находится в положении стоя. В операционном зале сосок ареолы вырезают с помощью круглой формы, как правило, от 40 до 45 мм в диаметре. Карман для имплантата создается либо через периареолярный разрез или через часть разреза для мастопексии, и имплантат обычно размещается под грудной мышцей (субпекторально).

После установки имплантата разметку оценивают в сидячем положении. Только после этого раскрывают окончательные разрезы и проводят мастопексию. В случае концентрической мастопексии разметка внешнего круга подтверждается и производится разрез. Принципы разметки для концентрической мастопексии были разработаны Спиром. В дерме внешнего круга выполняется кيسетный шов из нерассасывающегося материала[9]. В месте разреза, как правило, получаются складки, которые могут расправиться в течение 1-2 месяцев. Постоянный шов помогает сохранить рубец узким и предотвращает ареолы от расширения. Увеличивающая мастопексия с вертикальным рубцом обычно используется для коррекции умеренных степеней птоза груди и предоставляет больше возможности для перемещения сосково-ареолярного комплекса и удаления лишней кожи. Периодически в нижней части груди вырезают небольшой кусок ткани молочной железы для коррекции птоза. Перемещение ткани из нижней части груди к верхней менее важно, чем в случае проведения исключительно мастопексии, так как здесь используется имплантат. Вертикальная мастопексия более предсказуема, чем перiareолярная мастопексия. Операция дает возможность лучше скорректировать асимметричные соски и широкие груди[2].

Использование шва в виде перевернутой буквы «Г» редко показано при увеличивающей мастопексии. В редких случаях птоз бывает настолько серьезным, а размер имплантата оказывается недостаточным, чтобы обеспечить адекватное иссечение кожи с помощью вертикального или перiareолярного методов. Данная процедура позволяет максимально контролировать положение сосково-ареолярного комплекса, удаление кожи и формирование груди. Основным недостатком является рубцевание. Пациентки, которым проводится увеличивающая мастопексия, не отличаются от других пациенток эстетической хирургии. Они хотят добиться максимального улучшения с минимальным количеством рубцов. Для некоторых пациенток может оказаться приемлемым достижение не всех возможных результатов, если при этом они избегают появления более длинных рубцов. Важным фактором для пациенток увеличивающей мастопексии является кровоснабжение сосков[7]. У пациенток, перенесших только мастопексию, редко возникает проблема с кровоснабжением сосков. При увеличивающей мастопексии необходимо учитывать воздействие положения имплантата на кровоснабжение сосков. Если имплантат помещается в субмаммарном положении и производится значительное рассечение мягких тканей, это может поставить под угрозу кровоснабжение соска. При субпекторальном размещении имплантата риск помешать кровоснабжению соска менее вероятен[7,10]. Существует распространенное заблуждение среди пациенток, проходящих увеличивающую мастопексию, что имплантат должен быть помещен в субмаммарном пространстве. При этом пациентка испытывает меньше боли вовремя и после операции. Хотя субпекторальная установка имплантатов влечет за собой больше болевых ощущений после операции, при этом частота возникновения капсулярной контрактуры, риск прорываемости имплантата, избыточной наполненности верхнего полюса меньше. В настоящее время в этой стране возможна установка солевых или силиконовых имплантатов молочной железы пациенткам, получающим увеличивающую мастопексию. Силиконовые имплантаты, размещенные под мышцей, влекут более низкий риск возникновения капсулярной контрактуры, чем те, которые устанавливаются в субмаммарном положении. Когда имплантат устанавливают субпекторально, приблизительно 50% имплантата покрыты мышцей[10]. Частичное покрытие мышцей дает максимальную гибкость в формировании груди, как в случае установки имплантатов под железой. В то же время, маммография будет более точной, а вероятность видимости верхнего полюса ниже. Пациентки, которым проводится увеличивающая мастопексия, обычно более старшего возраста, и у них более тонкая мягкая ткань, чем у пациенток, увеличивающих грудь. В этой группе возможность проведения маммограмм и вопросы, связанные с наполнением верхнего полюса, представляют собой серьезную проблему. Увеличивающая мастопексия является гораздо более сложной операцией, чем проведение только увеличения груди или только мастопексии. Необходимо внимательно рассмотреть цели и желания пациентки, и обсудить рубцы и ограничения данных процедур [12-16].

ОБСУЖДЕНИЯ

Залогом успеха планированной маммопластики является наличие предполагаемых размеров — разметка. Правильная и точная разметка “основа основ”, своего рода, математически обоснованная выкройка, чертеж планируемого объекта. Четкое и правильное нанесение линий разметки, является залогом успешного выполнения аугментационной, перiareолярной, вертикальной мастопексии [19,21]. Выкройка чехла должна равномерно “сесть” на протез формируя требуемую форму железы [2,3,4]. Ткани должны свободно сойтись быть соединены швами без особого натяжения, что предотвращает их прорезание и расхождения в раннем послеоперационном периоде и широкие атрофические рубцы в позднем.

Заключение:

При выполнении операции мастопексии вертикальной, перiareолярной, или аугментационной устраняется птозмолочных желез, восстанавливается ее формы и улучшается эстетический вид груди, соответствие полученного результата и ожиданий пациента, длительность сохранения результата .

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Spear S.L. *Augmentation with mastopexy. Surgery of the Breast Williams fit Wilkins*. 2012
2. Gicsc S.Y.: *Simultaneous breast augmentation and mastopexy. Aesthct. Surg.* 2011
3. Spear S.L.; *Augmentation/mastopexy: Plast Reconstr. Surg.* 2013
4. Bostwtck J: *Correction of breast ptosis. In Boslwiek Acslhetic and Uecomlructive Krcasl Suruerv. S.I. Louis, Mosby* 2010
5. *Plastic Surgery. Ird cd. Elsevier, N.I., Kotchin.* 2010
6. Piactke. Elsevier, Higlton, K.K.. *Groning: Mastopexy.* 2013
7. Steinbrech. R.S., Walden. J.L. *Aesthetic Plaslic Suigetly. Elseviet While D. Maxwell, P.G., Reduction mamm.plasty.* 2010.
8. A.S., Shahjtad, . Snyder-Watwkk, A.K. *Plastic Surgery Sheslak, K.C, Maslooexy. In: Neligan, P.C, Buck, D.W.*2014.
9. Neligan, P.C. *Plastic Surgery, Plipplei, I.H., Tcnenliaum. M.* 2014
10. Woo A.S., Snyder-Warwick, A.K. *Plaslic Surgery Case Review.* 2010.
11. Rodby K.A., Quinn K.P., Mehrara B., Anuja K.A. *Current Advances for Aesthetic Improvement in Breast Reconstruction: Mimicking the Augmented Breast Surgery // Current Research.* — 2014.
12. Shestak K.C. *Revision of Implant Breast Reconstruction // Reoperative Plastic Surgery of the Breast.* — Lippincott Williams & Wilkins. — 2006.
13. Achuh F., Cericatto R., Bittelbrunn A.C., Cavalheiro J.A., Biazus J.V. *Inframammary fold reconstruction // Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery, Springer.* — 2013.
14. Maurice Y. Nahabedian, M.D.: *Breast Deformities and Mastopexy. Plast. Reconstr. Surg.* 127: 91e, 2011.
15. Safvet Ors: *Autoaugmentation Mastopexy Modification Prevents Bottoming- Out Deformity and Areola Distortion: A Preliminary Report. Aesth Plast Surg* 2016.
16. Ramirez, Oscar M.: *Reduction Mammoplasty with the "Owl" Incision and No Undermining. Plastic & Reconstructive Surgery.* 109(2):512-522, February 2002.
17. Wise RJ. *A preliminary report on a method of planning the mammoplasty. Plast Reconstr Surg.* 1956;17:367–375.5. Safvet Ors: *Autoaugmentation Mastopexy Modification Prevents Bottoming-Out Deformity and Areola Distortion: A Preliminary Report. Aesth Plast Surg* 2016.
18. J. Peter Rubin, M.D., Jeffrey A. Gusenoff, M.D., Devin Coon, B.A.: *Dermal Suspension and Parenchymal Reshaping Mastopexy after Massive Weight Loss: Statistical Analysis with Concomitant Procedures from a Prospective Registry. Plast.Reconstr. Surg.* 123: 782, 2009.
19. Johannes Franz Ho'nig, Hans Peter Frey, Frank Michael Hasse, Jens Hasselberg: *Autoaugmentation Mastopexy with an Inferior-Based Pedicle. Aesth Plast Surg* 2009.
20. Dennis C. Hammond, M.D., Elizabeth A. O'Connor, M.D.: *The Lower Island Flap Transposition (LIFT) Technique for Control of the Upper Pole in Circumvertical Mastopexy . Plast. Reconstr. Surg.* 134: 655, 2014.
21. Peter.C.Neligan, James C.Grotting. *Plastic surgery. Third edition. Volume five. Breast. Elsevier Saunders.*2013.

ТҮЙІН

ПОБЕРЕЖНАЯ О.О., ЗОТОВ В.А.

**СҮТ БЕЗІ ПТОЗЫНЫҢ ДӘРЕЖЕСІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ВЕРТИКАЛДЫ, ПЕРИАРЕОЛЯРЛЫ
МАСТОПЕКСИЯ ЖӘНЕ БІР МЕЗЕТТІ МАСТОПЕКСИЯМЕН АУГМЕНТАЦИЯ ТИІМДІЛІГІН
САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ**

Аннотация: Бұл мақалада сүт безі птозының дәрежесіне байланысты вертикалды, периареолярлы мастопексия және бір мезетті мастопексиямен аугментация тиімділігін салыстырмалы бағалау жайындағы мәліметтер берілген.

Кілтті сөздер: мастопексия, сүт безі птозын түзету.

SUMMARY

POBEREZHNYAYA O.O, ZOTOV V.A.

**COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF VERTICAL, CIRCUMAREOLAR MASTOPEXY
AND AUGMENTATION WITH SIMULTANEOUS MASTOPEXY, DEPENDING ON THE DEGREE OF
PTOSIS OF THE BREAST /**

For centuries, female breast has been considered the gold standard of female beauty and attractiveness, but with time, this part of body, just like other organs and tissues, age; ageing reveals itself through ptosis of mammary glands,

and the bigger and more beautiful the breast was at younger age, the more obvious the age symptoms will be. At present, the aesthetic problem of ptosis of mammary glands is addressed through the surgery called mastopexy. The baseline for the ageing of mammary glands is gravitational ptosis. Ptosis is a natural process of drooping of mammary glands, it is accompanied by loss of volume and skin stretching. There are 4 stages in ptosis of mammary glands: the first degree appears when the nipple is on the same level as the inframammary fold; in case of the second degree the nipple is located below the inframammary fold but higher than the lowest part of the breast. In case of significant ptosis, i.e. third degree, the nipple is at the lowest part of the breast and is also below the inframammary fold. Pseudoptosis is characterized by the location of the nipple above the inframammary fold but the tissue of the mammary gland goes below the fold. The operative treatment, which allows to get rid of ptosis and make the breast attractive again, is called mastopexy. Mastopexy is the surgery aimed at the elevation of the mammary gland tissue and of the nipple and areola complex as the way to correct the breast ptosis. The choice of mastopexy type depends on the character of deformity. For patients with minor degrees of mastopexy, periareolar mastopexy is often applied. Periareolar mastopexy is often used together with breast augmentation since due to the implant the breast volume grows, and the excessive skin is excised during mastopexy.

Key words: mastopexy, pre-operative planning.



УДК:616.172.2-008:618.2(048)

СМАГУЛОВА А.К.

АО «Медицинский университет Астана»

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Аннотация:

Развитие нарушений ритма сердца и проводимости у женщин во время беременности является серьезной междисциплинарной проблемой, требующей знания этиологии и факторов риска развития аритмии, определяющих успех ранней диагностики и лечения. Физиологические изменения в организме беременной женщины могут оказывать проаритмогенное действие, а также усугублять течение сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности. Изучению вопросов этиологии, патогенеза и факторов риска развития нарушений ритма сердца и проводимости во время беременности посвящен данный обзор литературы.

Ключевые слова: аритмии, беременность, обзор литературы.

Нарушения ритма сердца и проводимости у женщин во время беременности является распространенным состоянием, требующим междисциплинарного сотрудничества врачей для ранней диагностики и определения дальнейшей тактики ведения. Частота нарушений ритма сердца у беременных женщин в США составляет 166/100000 населения, среди них наиболее частыми формами являются синусовые аритмии – 60% (104/100000 населения), экстрасистолии и пароксизмальные наджелудочковые тахикардии (19% - 33/100000 и 14% - 24/100000 соответственно). Значительно реже встречаются фибрилляции предсердий, желудочковые аритмии и атриовентрикулярные блокады, составляющие около 1% от всех аритмий во время беременности [1]. Vaibhav R. et al. отмечают, что количество госпитализаций беременных женщин в связи с развитием нарушений ритма и проводимости в США в период с 2000 по 2012 годы увеличилось на 58% (p<0.001), преимущественно за счет увеличения числа случаев фибрилляции предсердий и желудочковой тахикардии, в то время как уровень наджелудочковых тахиаритмий оставался стабильно высоким [2]. Данные о распространенности аритмий во время беременности в странах СНГ немногочисленны. Согласно данным Саликовой С.П., нарушения ритма сердца и проводимости у беременных женщин в России встречаются в 5,16 % случаев [3]. Частота синусовых тахикардий составляет 13,3%, синусовых аритмий – 16%, одиночных наджелудочковых экстрасистолий – 83,7%, одиночных желудочковых экстрасистолий – 25%, парных наджелудочковых экстрасистолий – 25%. Нарушения проводимости представлены атриовентрикулярной блокадой I степени в 62,5% случаев, II степени Мобитц 1 – 37,5% [4]. В Украине распространенность аритмий во время беременности составляет 7,1%, в структуре сердечно-сосудистой патологии – 27,8%, наиболее частыми формами нарушений ритма выявлены желудочковые и наджелудочковые экстрасистолии [5]. Опубликованных данных в доступной литературе о распространенности нарушений ритма сердца и проводимости у беременных женщин в республике Казахстан нет.

Любая физиологическая беременность сопровождается определенными нейрогуморальными, эндокринными, электролитными, гемодинамическими изменениями в организме женщины, что может служить фоном для развития различных нарушений ритма [6-14]. Механизмы, непосредственно приводящие к аритмиям у беременной женщины к аритмиям, многообразны и до конца не изучены. Согласно данным Ouzounian J.G., Elkayam U. у беременных женщин с шестой недели гестации наблюдается увеличение объема циркулирующей крови, достигающей максимального увеличения объема (до 40-50% от исходных значений) к 32 неделе беременности, что обуславливает увеличение сердечного выброса, повышение растяжимости миокарда и увеличение частоты сердечных сокращений [7]. Частота сердечных сокращений (ЧСС) во время беременности возрастает на 10-20 ударов в минуту от исходных данных [8,9]. Soliman E.Z., Elsalam M.A., Li Y. при анализе данных мониторинга электрокардиограммы по Холтеру у разнородной группы больных установили, что увеличение ЧСС ассоциируется с запуском желудочковых аритмий [10]. Во время первого триместра увеличение сердечного выброса достигает 6,7 л/мин и около 8,7 л/мин – во время третьего триместра [11,12]. Повышение растяжимости кардиомиоцитов предсердий и желудочков сопряжено с активацией ионных каналов, следствием чего является более ранняя деполяризация, укорочение рефрактерного периода и замедление проводимости [12,13]. Согласно данным Mark S., Harris L., во время беременности возрастает концентрация катехоламинов, а также повышается уровень эстрогенов и β -хорионического гонадотропина, которые приводят к увеличению экспрессии адренорецепторов на кардиомиоцитах [14]. Ряд авторов указывают, что гиперсимпатикотония во время беременности может быть обусловлена и увеличением чувствительности адренорецепторов [15,16]. Вышеперечисленные физиологические изменения, являющиеся частью адаптационной перестройки организма беременной женщины могут оказывать проаритмогенное действие и приводить к появлению аритмий.

Учитывая высокий риск развития осложнений при нарушениях ритма сердца и проводимости как для беременной женщины, так и для плода, выявлению факторов риска развития аритмий во время беременности уделяется большое внимание исследователей. Наличие органической патологии сердца является наиболее высоким риском развития аритмий во время беременности [17-19]. У женщин со структурными изменениями клапанного аппарата сердца, кардиомиопатиями и хирургически скорректированными врожденными пороками сердца аритмии могут впервые возникнуть во время беременности и приводить к значительным гемодинамическим осложнениям, наиболее часто аритмии осложняют течение беременности у женщин с аномалией Эбштейна, транспозицией магистральных сосудов, при единственном желудочке сердца, дефекте межпредсердной перегородки (ДМПП) и тетраде Фалло [20-22]. Гемодинамически-значимые аритмии возникают у 4,6% беременных с некоррегированным ДМПП и у 3,6% - с оперативно закрытым ДМПП [23]. Согласно Churg R., в 33 случаях из 71 беременностей у 45 женщин, перенесших операцию по Фонтену, развиваются предсердные аритмии [24]. У женщин с хирургической коррекцией тетрады Фалло в во время беременности в 17% развиваются сердечные осложнения, из них 2% - желудочковые тахикардии [25].

Наличие аритмий в анамнезе женщины является фактором повышенного риска повторного возникновения нарушений ритма во время беременности [13,14]. Согласно данным Silversides C.K. et al., рецидивы аритмий возникают у 44% женщин с синусовым ритмом вначале беременности, из них частота повторного возникновения наджелудочковой тахикардии, пароксизмальной фибрилляции предсердий и желудочковой тахикардии составляет 50%, 52% и 27% соответственно [26]. Рецидивы аритмий возможно объясняются увеличением эктопической активности миокарда во время беременности [1,3,6]. Согласно данным Vaibhav R. et al., наиболее часто аритмии во время беременности регистрируются у женщин в возрасте 41-50 лет - 199 на 100 000 населения, что в 3,5 раза выше, чем в возрасте 18-30 лет (55 на 100 000 населения); по сравнению с европеоидной расой женщины негроидной расы имеют более высокий риск аритмий (73 и 116 на 100 000 соответственно, $p < 0.001$) [13].

Согласно данным немногочисленных исследований, у женщин без органических заболеваний сердечно – сосудистой системы также могут наблюдаться различные виды нарушений ритма сердца и проводимости во время беременности [12, 27-32]. Частота аритмий во время беременности у женщин без структурных заболеваний сердца составляет 11-22% [12,16]. Исследователи выделяют ряд генетически опосредованных аритмий, таких как синдром удлиненного QT, синдром Бругада, прогрессирующий дефект сердечной проводимости, катехоламиноэргическая полиморфная желудочковая тахикардия и другие, которые могут манифестировать во время беременности [28-30]. Согласно данным Brodsky M. et al., во время беременности у 73% женщин регистрируется эктопическая активность в выводном тракте правого желудочка [32]. Устойчивая желудочковая тахикардия, регистрируемая во время беременности у женщин без структурных изменений сердца, чаще всего является идиопатической, с минимальными гемодинамическими изменениями и имеет благоприятный прогноз [31]. Клиническая манифестация синдрома удлиненного QT преимущественно возникает не во время беременности, а в послеродовой период (3,8% и 23,4% соответственно, $p < 0.001$) [29].

Возникновение аритмии у женщин во время беременности увеличивает риск развития осложнений как со стороны матери, так и плода (RR-3,4, 95%ДИ 1,0-11,0, $p=0,045$) [1,13]. Возникающая во время аритмии гипоксия в организме беременной женщины приводит к нарушению гомеостаза и развитию ацидоза, что приводит к функциональной недостаточности плаценты и невынашиванию беременности [1,4,9]. Степень риска фатальных осложнений для беременной женщины и плода определяется тяжестью аритмии и выраженностью сердечной недостаточности [1,9,12].

Высокая значимость вопросов этиологии, патогенеза и ранней диагностики нарушений ритма сердца и проводимости у беременных женщин, малочисленность исследовательских работ по изучению причин и факторов манифестации аритмий у женщин без органической патологии сердца, отсутствие исследований по изучению аритмий во время беременности в республике Казахстан определяют актуальность изучения данной темы, требующей междисциплинарного сотрудничества врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов и интервенционных аритмологов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Li J.M. et al. Frequency and outcome of arrhythmias complicating admission during pregnancy: experience from a high-volume and ethnically-diverse obstetric service // *Clin Card.*-2008.- №31(11).-P.538-541.
2. Vaibhav R. et al. Burden of arrhythmia in pregnancy//*Circulation.*-2017.- №135.-P.619-621.
3. Саликова С.П. Аритмии у беременных: клиника, диагностика, лечение // *Автор. дисс. на с. уч. ст. канд.мед. наук.-Оренбург.-1996.-25с.*
4. Пруцкова А.В. Проблема аритмий у беременных // *Актуальные проблемы современной медицины и фармации. Сб.тез.докл.LXX Межд. науч.-практ.конф.студ. и молодых ученых. Минск.-2016.-С.495*
5. Коломацкая О.Е. Особенности нарушений ритма сердца у женщин в разные периоды беременности // *Автор. дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.-Ростов-на-Дону.-2016.-25с.*
6. Franklin W.J., Benton M.K., Parekh D.R. Cardiac disease in pregnancy//*Tex Heart Inst j.*- 2011.-№38(2).-P.151-153
7. Ouzounian J.G., Elkayam U. Physiologic changes during normal pregnancy and delivery//*Cardiol Clin.*-2012.- №30(3).-P.317-29.
8. Hunter S., Robson S.C. Adaptation of the maternal heart in pregnancy//*Br Heart J.*-1992.- №68(6).-P.540-3.
9. Cordina R., McGuire M.A. Maternal cardiac arrhythmias during pregnancy and lactation// *Obstetric Medicine.*- 2010.- №3.-P.8-16.
10. Soliman E.Z., Elsalam M.A., Li Y. // *Europace.*-2010.- №12(2).-P.261-5
11. Enriquez A.D., Economy K.E., Tedrow U.B. Contemporary management of arrhythmias during pregnancy//*Circ Arrhythm Electrophysiol.*-2014.- №7.-P.961-7.
12. Ninio D.M., Saint D.A. // *Prog biophys Mol Biol.*-2008.- 97.-P.401-416.
13. Franz M.R., Cima R., Wang D. Electrophysiological effects of myocardial stretch and mechanical determinants of stretch-activated arrhythmias//*Circulation.*-1992.- №86.-P.968-978.
14. Marc S., Harris L. Arrhythmias in pregnancy, in Wilansky S.(ed.): *Heart disease in women*//Churchill Living's., Philadelphia, 2002.-P.497-514.
15. Шокиемова Д.У. Адренорецепция клеточных мембран у беременных с нарушениями сердечного ритма // *Автор.дисс. на соискание ученой степени кандидата мед. наук.-Москва.-2008.-25с.*
16. Стрюк Р.И., Шокиемова Д.У., Павлова Л.Н. Адренореактивность у беременных с аритмией.// *Материалы докладов Российского Национального Конгресса кардиологов.- Москва.-2005.-С.218.*
17. Bouchardy J. et al//*Circulation.*- 2009.-120(17).-P.1679-86.
18. Attenhofer J. et al. // *Circulation.*- 2007.-115(2).-P.277-85.
19. Kumar S. et al. // *Cardiol Clin.*-2015.-33(4).-P.571-88.
20. Lee J. et al. // *Prog pediatr Cardiol.*-2004.-19.-P.71-82.
21. Salam A.M. et al. // *JACC Clin Electrophysiol.*-2015.-1.-P.284-92.
22. Burkart T.A., Conti J.B. // *Curr Treat Options Cardiovasc Med.*-2010.-1.-P.129-33.
23. Yap S.C. et al. // *BJOG.*-2009.-116.-P.1593-1601.
24. Chugh R. // *Curr Treat Options Cardiovasc Med.*-2013.-15.-P.646-662
25. Kamiya C.A. // *Circ J.*-2012.-76.-P.957-963.
26. Silversides C.K. et al. // *Am J Cardiol.*-2006.- №97(8).-P.1206-1212.
27. Robert J. // *Seminars in Perinatology.*-2014.-38.-P.285-288.
28. Torri D. Metz, Amber Khanna// *Obstet Gynecol Clin N Am.*-2016.
29. Seth R. et al// *J Am Coll Cardiol.*- 2007.-49(10).-P.1092-8.
30. Baig M. // *E-Journal Cardiol pract.*-2014.-12.-13.
31. Lemery R. et al.// *Circulation.*-1989.-79.-P.990-999.
32. Brodsky M. et al. // *Am Heart J.*-1992.-123.-P.933-941.

ТҮЙІН

СМАГУЛОВА А.К.

«Астана медицина университеті» АҚ

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫ МЕН ӨТКІЗГІШТІГІНІҢ БҰЗЫЛУЫ

Аннотация:

Жүктілік кезінде әйелдердің жүрек ритмі мен өткізгіштігінің бұзылуы ерте сәтті диагностикалау мен емдеуді анықтаушы, аритмия дамуының этиологиясы және қауіп факторы жайлы білімді талап ететін маңызды пәнаралық мәселе болып табылады. Жүкті әйелдердің организміндегі физиологиялық өзгерістер проаритмогендік әсер етуі мүмкін, сонымен қатар жүктілік кезінде жүрек-қантамыр ауруларының ағымын қиындатады. Осы әдебиеттік шолуда жүктілік кезіндегі жүрек ритмі мен өткізгіштігінің бұзылысы дамуының этиологиясына, патогенезіне және қауіп-қатер факторларына байланысты туындаған сұрақтар айтылған.

Негізгі сөздер: аритмия, жүктілік, әдебиеттік шолу.

SUMMARY

SMAGULOVA A.K.

JSC "Astana medical university"

CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PREGNANCY

The development of cardiac arrhythmias and conduction in women during pregnancy is a serious interdisciplinary problem requiring knowledge of the etiology and risk factors for arrhythmia that determine the success of early diagnosis and treatment. Physiological changes in the body of a pregnant woman can have a pro-arrhythmogenic effect, and also aggravate the course of cardiovascular diseases during pregnancy. A review of the literature is devoted to the study of the issues of etiology, pathogenesis and risk factors for the development of cardiac arrhythmias and conduction during pregnancy.

Key words: arrhythmias, pregnancy, review.



УДК 616.23-085

ХУСАИНОВА Г.С.

АО «Медицинский университет Астана»

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Аннотация: В статье представлены данные современной литературы по фармакотерапии хронической обструктивной болезни легких. Современные подходы лечения ХОБЛ включают бронхорасширяющие препараты, глюкокортикостероиды, антибиотики, муколитики, по показаниям кислородную терапию.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхорасширяющие препараты, ингаляционные глюкокортикостероиды, антибиотики, муколитики, кислородотерапия.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в современном обществе. Согласно прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г ХОБЛ выйдет на 3-е место среди всех причин смерти и на 1-е – среди всех причин инвалидности у взрослых [1,2,25]. Одной из непосредственных причин смерти больных ХОБЛ являются обострения заболевания. Согласно определению GOLD (2017) обострение ХОБЛ- это острое событие, характеризующееся расширением респираторных симптомов, которое выходит за рамки их обычных ежедневных колебаний и требует изменения режима используемой терапии [3,23,24].

Обострение ХОБЛ является одной из частых причин обращения больных за неотложной медицинской помощью. Частое развитие обострений у больных ХОБЛ приводит к длительному ухудшению (до несколько недель) показателей функции дыхания и газообмена, более быстрому прогрессированию заболевания, к значительному ухудшению качества жизни. Более того, обострения ХОБЛ приводят к

декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний и повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Тяжелое обострение заболевания является основной причиной смерти ХОБЛ [1,27,28,].

По данным международной статистики, внутригоспитальная летальность больных, госпитализированных по поводу обострения ХОБЛ, составляет 8%, через 1 год после обострения -23%. Традиционная терапия обострений ХОБЛ включает в себя кислородотерапию и респираторную поддержку (при развитии дыхательной недостаточности), бронхорасширяющие препараты, глюкокортикостероиды (ГКС) и антибиотики [29,30].

Клинический диагноз ХОБЛ часто устанавливается такими симптомами, как эпизодическая одышка, свистящие хрипы и чувство стеснения в грудной клетке.

Назначение ингаляционных бронходилататоров является одним из основных звеньев терапии обострения ХОБЛ. Традиционно больным с обострением ХОБЛ назначаются либо быстродействующие β_2 – агонисты (салбутамол, фенотерол), либо быстродействующие антихолинергические препараты (ипратропий). Преимуществом β_2 – агонистов является более быстрое начало действия, а антихолинергических препаратов – высокая безопасность и хорошая переносимость. Сегодня комбинированная терапия β_2 – агонистами и бронхорасширяющих препаратов рассматривается как оптимальная стратегия ведения обострений ХОБЛ, особенно при лечении больных ХОБЛ с тяжелыми обострениями [4,5].

В терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в последние годы появился ряд новых препаратов и их комбинаций. Существенный вклад в оптимизацию лечения этого заболевания вносят новые ингаляционные устройства. Ингаляционная доставка препаратов у больных ХОБЛ имеет несколько проблемных аспектов, требующих технического решения. Большинство больных ХОБЛ – лица старшего возраста. Для них характерны трудности с координацией вдоха в процессе ингаляции и многочисленные ошибки как при подготовке ингалятора к работе, так и при выполнении вдоха через ингалятор. Практика показывает, что перечисленные задачи решаются при создании новых устройств, предназначенных в первую очередь для больных с ХОБЛ. Главной тенденцией в эволюции средств доставки стало увеличение легочной депозиции препарата и простота подготовки устройства к ингаляции. По легочной депозиции лидирующее положение занимает жидкостный ингалятор, предложенный для терапии ХОБЛ в последние годы – Респимат. В ингаляторе объединены простота, компактность, возможность быстро выполнять ингаляцию, а также положительные свойства небулайзера – ингалятор медленно выделяет аэрозоль, благодаря чему у больных старшего возраста не возникает проблем с координацией вдоха в процессе ингаляции. [17,20,26].

Ингаляционные ГКС более эффективны при лечении ХОБЛ способствуют сокращению применения системных ГКС. Назначение ИГКС, особенно небулизированных позволит увеличить показатели ПСВ и уменьшить потребность в бронхолитиках. Позднее начало лечения ИГКС в последующем приводит к более низким результатам функциональных тестов. Таким образом, ИГКС стабилизируют клеточные мембраны, уменьшают проницаемость сосудов, улучшают функцию β -рецепторов как путем синтеза новых, так и повышая их чувствительность [5,6]. Проблема удобства использования лучше всего решена в устройствах Эллипта, Респимат и Некстхалер.

Если при лечении ИГКС достигнут положительный результат, дозу следует постепенно снижать до минимальной, обеспечивающей контроль за проявлениями бронхообструктивного синдрома. Снижение дозы ИГКС следует осуществлять постепенно, уменьшая ее на 25-50% от исходной после того, как состояние больного оставалось устойчивым в течение 3 месяцев. При обострениях бронхообструктивного синдрома следует увеличить дозу ИГКС в 2-4 раза или назначить преднизолон в дозе 0,5-1,0 мг кг сутки. Повышенная доза ГКС должна поддерживаться в течение 10-14 дней [7,8,21,22].

Второй группой препаратов, предназначенных для купирования острых симптомов ХОБЛ, являются β_2 - агонисты короткого действия. Хотя применение β_2 -агонистов приводит к эффективному увеличению ПСВ, эти препараты не рекомендуются для постоянного применения в качестве базисной терапии. Пролонгированные β_2 -агонисты представлены сальметеролом и формотеролом. Следует отметить, что монотерапия пролонгированными β_2 - агонистами на регулярной основе не рекомендуется, так как до сих пор нет надежных доказательств их противовоспалительного действия. В настоящее время рекомендовано использовать пролонгированные ингаляционные β_2 -агонисты только у больных, одновременно получающих ИГКС [15,16,18,19].

Наиболее частыми причинами обострений ХОБЛ являются бактериальные и вирусные респираторные инфекции и атмосферные поллютанты, однако примерно в 20-30 % случаев установить причину заболеваний не удается. Среди бактерий при обострении ХОБЛ наибольшую роль играют нетипируемые *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis* [9,10]. Исследования, включающие больных с тяжелыми обострениями ХОБЛ, показали, что у таких больных чаще встречаются грамотрицательные энтеробактерии и *Pseudomonas aeruginosa*. Факторами риска инфицирования *P. aeruginosa* является недавняя госпитализация, частое назначение антибиотиков (больше 4 курсов за

последний год), тяжелые обострения ХОБЛ и выделение *P. aeruginosa* в период предшествующего обострения или колонизация этим микроорганизмом в стабильную фазу заболевания. Ведущая роль бактериального фактора в генезе развития обострения ХОБЛ является основанием для назначения антибактериальных препаратов. Рациональность использования антибиотиков при обострении ХОБЛ является предметом дискуссий и в наши дни. Основным аргументом противников антибактериальной терапии при обострении ХОБЛ является возможность спонтанного разрешения обострения: в процесс воспаления вовлекается только слизистая бронхов, и потому часто наступает спонтанная ремиссия обострения, даже без применения этиотропной терапии [11,12,13].

Современные руководства рекомендуют назначать антибиотики пациентам с наиболее тяжелыми обострениями ХОБЛ, при наличии усиления одышки, увеличения объема и степени гнойности мокроты. У больных с такими клиническими симптомами обострения ХОБЛ антибиотики обладают наибольшей эффективностью, т.к. причиной таких обострений является бактериальная инфекция. Также антибиотики рекомендовано назначать пациентам с тяжелыми обострениями ХОБЛ, нуждающихся в инвазивной или неинвазивной вентиляции легких по данным литературы [12,13,14]. Среди новых подходов к определению показаний к назначению антибактериальной терапии необходимо отметить подходы на основе фенотипирования обострений ХОБЛ и определения уровней бактериальных инфекций. Знание потенциальных фенотипов обострений заболевания позволяет использовать наиболее подходящий подход к лечению и ведению больных. При неосложненных обострениях ХОБЛ рекомендовано назначение современных макролидов (азитромицин, кларитромицин), цефалоспоринов. В большинстве международных и национальных руководств приводятся рекомендации по выбору в качестве препаратов первой линии для больных с осложненными обострениями ХОБЛ либо амоксициллина/клавуланта, либо респираторных фторхинолонов (левофлоксацина или моксифлоксацина) [11,31,32].

Гипоксемия представляет реальную угрозу больного с ХОБЛ, поэтому кислородотерапия является также важным приоритетным направлением терапии острой дыхательной недостаточности при ХОБЛ. Гиперпродукция секрета и его плохая эвакуация из дыхательных путей может представлять серьезную проблему для многих пациентов с тяжелыми обострениями ХОБЛ. Согласно данным недавно проведенным исследованиям, при терапии мукоактивными препаратами, ускоряется разрешение обострений ХОБЛ и вносится дополнительный вклад в уменьшении выраженности системного воспаления [33,34]. Длительная комплексная поддерживающая терапия у больных с бронхообструктивным синдромом приводит к снижению числа обострений ХОБЛ и улучшению качества жизни пациента.

Выводы:

1. Применение новых ингаляционных препаратов позволит снизить эффективную дозу препарата и обеспечить большую безопасность терапии у больных с ХОБЛ.
2. Прогноз течения ХОБЛ зависит от степени тяжести заболевания, ранней диагностике и полноценного лечения.
3. Длительная комплексная терапия у больных ХОБЛ позволяет добиться снижения числа обострений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Журнал «Пульмонология», 2014, №3, с. 15-35.
2. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. М.:Атмосфера; 2003:96
3. Чучалин А.Г. Респираторная медицина. М.:ГЭОТАРД-Медиа; 2007; т.1
4. Куницина Ю.Л., Шмелев Е.И. Противовоспалительная терапия больных при хронической обструктивной болезни легких. Журнал «Пульмонология», 2003, №2, с.111-116.
5. Кокосов А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких. СПб.:Лань; 2002.
6. Авдеев С.Н, Нуралиева Г.С. Эффективность комбинированной терапии ингаляционными β_2 -агонистами и антихолинергическими препаратами при тяжелом обострении ХОБЛ: рандомизированное контролируемое исследование. Журнал «Пульмонология» 2003;3: 56-65.
7. Абдрахманова Л.М., Фархутдинов У.Р. Особенности экспрессии активных форм кислорода клетками крови у больных хроническим бронхитом. Журнал «Терапевтический архив» 2001;3:45-48.
8. Палеев Н.Р. Эффективность контролируемой базисной терапии у больных бронхиальной астмой. Журнал «Терапевтический архив», 2003, №1, с. 22-25.
9. Юдина Л.В. Бронхообструктивный синдром: возможности современной терапии. Журнал «Пульмонология» 2007, №2 с.177.
10. Авдеев С.Н. Значение мукоактивных препаратов в терапии хронической обструктивной болезни легких. Журнал «Пульмонология», 2011; 4: 118-124.
11. С.Н.Авдеев. Современные подходы к антибактериальной терапии при обострении хронической обструктивной болезни легких. Журнал «Пульмонология» 2012 №3, с. 109-114.

12. Фассахов Р.С. Стероидозависимая бронхиальная астма. Журнал «Пульмонология и аллергология», 2002; №1, с.11-13
13. Орлова. Г.П. Бронхообструктивный синдром при заболеваниях легких. Журнал «Пульмонология», 2003, №1, с.25-28.
14. Цой А.Н., Аржакова Л.С. Фармакодинамика и клиническая эффективность ингаляционных глюкокортикостероидов у больных с обострением бронхиальной астмы. Журнал «Терапевтический архив», 2002, №6, с. 88-89.
15. Цой А.Н., Архипов В.В. Новые концепции применения комбинированных препаратов для терапии БА. Исследование CONCEPT. Журнал «Пульмонология» 2005, № 3, с. 73- 75.
16. Чучалин А.Г., Медников Б.Л. Бронхиальная астма: В кн. Руководство для врачей России. М., Медицина, 1999.
17. Laube B.L., Janssens H.M., de Jongh F.H. What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. Eur. Respir. J.-2011.-37(6):1308-1331
18. Chanez P., Karlstrom R. High or standart dose of budesonide to control mild-to- moderate asthma. Eur Resp 2001; 5:851-862.
19. Jonson M. β_2 - adrenoceptor agonists optimal pharmacological profil. In: The role of β_2 - agonists in asthma management. Oxford: The Medicine Group; 1993; 6-8.
20. Lipworth B.J. Clinical farmacology of corticosteroids in bronchial asthma. Pharmacol Ther 2003; 58 (2): 173-209.
21. Shrewsbury S., Pyke S., Britton M. Meta- analysis of increased dose of inhaled steroid or addiction of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). Brit Med J 2000; 320:1368-1373.
22. Wallin A., Sandstrom T. The effects of regular inhaled formoterol, budesonide, and placebo on mucosal inflammation and clinical infires of mild asthma. Am J Respir CritCare med 2004; 158 :79-86.
23. Harrison`s /Ed.: D.L.Kasper, Principles of internal medicine: -16th ed.-New York, Chicago: McGraw-Hill. Medical publishing division. V.1.-2005, 351p.
24. Ivashkin, V.T., A.V. Okhlobystin Internal diseases propedeutics.-M.: GEOTAR-MTDIA, 2005, 176p.
25. Siafacas N., Borous D. Management of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. In: Postma D. S., Siafacas N. M. eds. Management of chronic obstructive pulmonary disease. Eur. Respir. Mon, 2002; 7, p.264-277.
26. Azouz W., Chetcuti P., Hosker H.S. The inhalation characteristics of patients when they use different dry powder inhalaers. J. Aerosol. Med. Pulm. Dis.-2015.-10: 1291-1298.
27. Strassels S. A., Smith D. H., Sullivan S. D., Mahajan P. S. The costs of treating COPD in the United States. Chest, 2001:119-201.
28. Connors A. F., Dausson N. V., Thomas C. et al. for the SUPPORT investigators. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. Am. J. Respire. Crit. Care. Med. 2003; 154: 1067-1083.
29. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report. Publ. 2005.
30. Thompson A. B., Mueller M. B., Heires A. J. et al. Aerosolized beclomethasone in chronic bronchitis. Improved pulmonary function and diminished airway inflammation Am. Rev. Respir. Dis. 2004; 146: 389-395.
31. Siafacas N. M., Vermeire P., Pride N. B. et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Eur. Respir. J. 2002; 8: 198-202.
32. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care with chronic obstructive pulmonary disease. Am. Rev. Respir. Dis. 2003; 152: 77-120.
33. The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the BTS. BTS Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2004; 52: S1-S28.
34. Rebusk A. S., Chapman K. R., Abboud R. et al. Nebulized anticholinergic and sympathomimetic treatment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the emergency room. Am. J. Med. 2002; 82: 59-64.

ТҮЙІН

ХУСАИНОВА Г.С.

ӨКПЕҢІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫНЫҢ ФАРМАКОТЕРАПИЯСЫ

Аннотация: Бұл мақалада өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының фармакотерапиясы бойынша қазіргі әдебиеттердегі мәліметтер көрсетілген. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруларын емдеудің заманауи тәсіліне бронхтарды кеңейтін препараттар, ингаляциялық глюкокортикостероидтар, антибиотиктер, муколитиктер және көрсеткіштер бойынша оттегілік терапия жатады.

Кілт сөздер: өкпенің созылмалы обструктивті аурулары, бронхтарды кеңейтін препараттар, ингаляциялық глюкокортикостероидтар, антибиотиктер, муколитиктер, оттегілік терапия.

SUMMARY

KHUSSAINOVA G.S.

PHARMACOTHERAPY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE OF LUNGS

The article presents modern data the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. These bronchodilators inhalation glucocorticosteroids antibiotics mucolytics and indications oxygen therapy. Longer complex therapy for patients with COPD makes it possible to reduce exacerbations.



АЙТЕНОВ Б.Т.

*«Астана медицина университеті» АҚ Қазақстан
Астана қаласы әкімдігінің ШЖҚ «Қарттар мен мүгедектерге және мүгедек балаларға арналған оңалту
орталығы» КМК Щучинск қаласы «Қатаркөл» санаториясы*

САУЫҚТЫРУ-РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ ОРТАЛЫҒЫ ЖАҒДАЙЫНДА МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНЕ ҚИМЫЛЫ ЖҰМЫСЫНА ҚАБІЛЕТТІЛІГІН ЖӘНЕ ТӨЗІМДІЛІК КҮШІН БАҒАЛАУ КРИТЕРИЙЛЕРІ

Аннотация:

Мақалада бронх-өкпе жүйесінің ауруларымен ауыратын мектеп жасындағы 60 ұлды (орташа жас 16,0+-0,4 жыл) бақылау нәтижелері берілген. Диагнозына сәйкес барлық балалар екі топқа бөлінді. Қала сыртындағы санаторий жағдайында реабилитациялау-сауықтыру іс-шаралары баяндалды. Бұл іс-шаралар бұлшықет жүйесінің функциялық жағдайы мен дене қимылы жұмысына қабілеттілікті арттыруға көмектеседі. Алынған мәліметтер ұзақтығы 14 күнді құрайтын, балаларды реабилитациялаудың санаторийлік кезеңінің тиімділік критерийлері ретінде қолданылуы мүмкін.

Негізгі сөздер: реабилитациялау-сауықтыру іс-шаралары, мектеп жасындағы үлкен балалар, қала сыртындағы санаторий, дене қимылы жұмысына қабілеттілік, төзімділік күші.

Кіріспе:

Жасөспірімдердің денсаулығын нығайтудың жалпы жүйесінде маңызды кезеңдердің бірі – санаторийде емдеу. Стационарлық, емханалық және санаторийлік кезеңдердің сабақтастығы, тығыз байланысы көбіне реабилитациялау-сауықтыру іс-шараларының тиімділігін көрсетеді. Санаторийде емдеудің маңызды принципі бальнеотерапияны, физиотерапияны, емдік денешынықтыруды және арнайы емнің басқа да түрлерін дұрыс үйлестіру үшін дәрігерлік тағайындауларды реактивтілік ерекшеліктерін, ауру ағымын, алдыңғы терапияны ескере отырып, дараландыру болып табылады.

Реабилитациялау-сауықтыру мен оқу-тәрбие іс-шараларының үйлесімі – балалар санаторийінің арнайы ерекшелігі және жағымды әсерге қол жеткізудің оңтайлы әдісі.

Жасөспірімнің денсаулығы оның физикалық жетілу үйлесімділігімен, организмнің адекватты функциялық жағдайымен, ең алдымен кардиореспираторлық жүйе мен тірек-қимыл аппаратының резервтік мүмкіндіктерімен анықталады.

Организмнің функциялық мүмкіндіктерін зерттеудің ауқымды және қолжетімді әдістерінің бірі – дене қимылы жұмысына қабілеттілікті анықтау. Дене қимылы жұмысына қабілеттілік денсаулық жағдайының интегральдық көрсеткіші, кардиореспираторлық жүйенің функциялық жағдайын бағалаудың объективті тәсілі болып табылады.

Бұлшықет жүйесінің функциялық жағдайының көрсеткіші – қол динамометриясы, арқа мен іш бұлшықеттерінің төзімділік күші. Аталған көрсеткіштердің динамикасы бойынша бұлшықет күшінің өзгергендігін, балалардың физикалық жүктемеге бейімделу деңгейін көруге болады [1,2,8].

Жасөспірімнің денсаулық жағдайы мен физикалық дамуын бағалау үшін арқа мен іш бұлшықеттерінің даму дәрежесінің үлкен маңызы бар, сонымен қатар кардиореспираторлық жүйе жұмысының тиімділігіне айтарлықтай әсер етеді.

Бронх-өкпе жүйесінің ауруларымен ауыратын жасөспірім үшін диафрагма мен кеуде экскурсиясының азаюына, кеуде орналасуының өзгеруінен өкпенің тіршілік сыйымдылығының азаюына байланысты мүсінділіктің бұзылуы асқындыратын фактор болып табылады. Бұл, өз кезегінде, жүрек-қантамыр жүйесінің функциясына әсер етеді, сондықтан мүсінділігі бұзылған балалардың тынысы мен қанайналымының физиологиялық резервтері азайған. Бұл олардың өкпе және жүрек ауруларына деген бейімділігін арттырады.

Іш бұлшықеттеріне арналған физикалық жаттығулар кіші жамбастағы және құрсақ қуысы ағзаларындағы қанағымды күшейте отырып, құрсақішілік қысымның өзгеруіне әсер етеді және валеокинетикалық жаттығулармен үнемі айналысу организмді күшейтілетін физикалық жүктемелерге бейімдейді. [3,4,9]

МАҚСАТЫ:

Мектеп жасындағы балалардың дене қимылы жұмысына қабілеттілігі мен күш төзімділігіне реабилитациялау-сауықтыру іс-шараларының әсерін сауықтыру-реабилитациялау орталығы жағдайында негіздеу.

МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР:

16-17 жастағы 60 ұлды (орташа жас 16.0+-0.4) «Қатаркөл» сауықтыру-реабилитациялау орталығы жағдайында бақылау нәтижелері талданды.

Тексеру санаторийде емдеудің басында және соңында жүргізілді. Шипажайдың медициналық профилі – тыныс алу, ЛОР, көру ағзаларының аурулары. Мектеп оқушыларының денсаулық жағдайын ЕДШ дәрігері, педиатр, офтальмолог, пульмонолог, отоларинголог, физиотерапевт бағалады және экспресс диагностика жасады. Клиникалық диагноз жасөспірімнің санаторий-курорт картасының деректері негізінде расталды [5,10,11,12].

Тексерілген оқушылардың арасында 28 оқушы Астанадан, 13 оқушы Көкшетаудан, 19 оқушы Ақмола облысының басқа елді мекендерінен болды. Нәтижелерді талдау ыңғайлы болу үшін бронх-өкпе жүйесі ауруларына байланысты жасөспірімдерді екі топқа бөлді. Барлығы 116 жасөспірім тексерілді. Диагнозына байланысты жасөспірімдерді екі топқа бөлді: бронх демікпесімен ауыратын оқушы – 35 және өкпенің инфекциялық-қабынбалы ауруларымен (қайталанбалы бронхит) ауыратын оқушы – 25.

Бронх демікпесімен ауыратын 35 оқушының 20-сында атопиялық формасы, 8 жасөспірімде аралас формасы анықталды.

Жасөспірімдердің 7-еуі ғана бронх демікпесі бойынша санаторийде ем қабылдады.

1- кесте. Жасөспірімнің диагнозы мен жасы бойынша жалпы сипаттамасы

р	Тексерілгенде Саны	Жасы	Бронх демікпесі	Қайталанбалы бронхит
	60(44,5)	16,0±0,4	35(60)	25(32,5)

8 баланың мүсінділігі бұзылған, 2 баланың сколиозы бар, 2 баланың миопиясы бар. Жұқпалы-қабынбалы аурумен ауыратын балалар тобында 2 баланың мүсінділігі бұзылған, 3 бала майтабан.

Физикалық реабилитацияның тиімділігі мен қауіпсіздігін ескере отырып, дене қимылы жұмысына қабілеттілікті клиникалық тұрғыдан бақылады және анықтадық (PWC150 степ-тест), динамометрия, бұлшықет тестін өткіздік [6,7].

Сауықтыру-реабилитациялау іс-шаралары

Емдік гимнастикалық жаттығулар ЕДШ залында топтық әдіспен күнделікті 30-35 минуттан өткізілді. Тыныс тренажерлері (Фролов аппараты) және снарядтар (гимнастикалық таяқтар, велотренажер, гантель, доп т.б.) пайдаланылды. Бассейнде жаттығулар топтық әдіспен, жұмасына 3 рет 25-30 минуттан өткізілді. Бассейнде жасөспірімдер «брасс» стилімен жүзді (қажет жағдайда жүзуге үйрету). Бұл жүзу стилі демді ырғақты етеді, демді толық шығаруға көмектеседі, тыныс бұлшықетін жаттықтырады.

Күн тәртібінде түнгі ұйқының және күндізгі демалыстың жеткілікті ұзақтығы, шынықтыратын және емдік емшараларды, таза ауада серуендеуді, басқа іс-шараларды тиімді алмастыру ескерілді. Үш режим белгіленді: аялауыш (алғашқы 5-7-күндер), сергітетін (аялауыш – жаттықтыратын) және жаттықтыратын (жалпы).

07:00-08:00	Ұйқыдан тұру, гигиеналық емшаралар, таңғы гигиеналық жаттығулар, су емшарасы
08:00-09:00	Таңғы ас
09:00-13:00	Емдік шаралар (емдік гимнастика, мөлшерлеп жүру, емдік жүзу, массаж), серуендеу, сауықтыру емшаралары (шомылу, күн және ауа бұлау)
13:00-13:30	Түскі ас
13:30-16:00	Түскі астан кейінгі демалыс
16:00-17:00	Емдік шаралар (мөлшерлеп жүру, серуендеу), бос уақыт
17:00-17:20	Бесіндік
17:20-19:00	Серуендеу, үйірмелерге қатысу, мәдени іс-шаралар
19:00-19:30	Кешкі ас
20:00-20:30	Кешкі серуендеу
21:00-21:30	Кешкі дәрет алу, ұйықтау

Әдістеме бойынша кеудеге емдік массаж жасау тағайындалды, аптасына үш рет, 12 – 15 минуттан. Күніне 2-3 рет баяу және орташа қарқынмен мөлшерлеп жүру жаттығуы өткізілді. Серуендеу бағдары, қашықтығы, ұзақтығы, демалу орны және ұзақтығы емдеуші дәрігерлермен келісілді. Шипажайда ем алып жатқан жасөспірімдердің күн тәртібінің кестесі:

2- кесте. Сауықтыру-реабилитациялау орталығындағы жасөспірімдердің күн тәртібі

НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛДАУ.

Балалардың жүрек-қантамыр жүйесінің функциялық жағдайының (жүректің жиырылу жиілігі (ЖЖЖ), систолалық (САҚ) және диастолалық (ДАҚ) артериялық қысым) және дене қимылы жұмысына қабілеттілігінің (PWC 150) санаторийдегі емге дейінгі және кейінгі динамикасы 3-кестеде берілген.

3- кесте. Жасөспірімдердің жүрек-қантамыр жүйесінің функциялық жағдайының, дене қимылы жұмысына қабілеттілігінің санаторийдегі емнің әсеріне байланысты динамикасы

Көрсеткіштер	Емге дейін (n=60)	Емнен кейін (n=52)	P
ЖЖЖ (тыныш күйдегі) (рет/мин)	86,6±13,1	82,0±11,6	>0,05
САҚ (мм.с.б.)	95,0±10,19	98,1±10,5	>0.05
ДАҚ (мм.с.б.)	62,0±7,1	62,7±6,9	>0.05
Жалпы PWC ₁₅₀ (кг/мин)	585,5±158,9	615,4±133,6	>0.05
Салыстырмалы PWC ₁₅₀ (кг/мин/кг)	14,8±2,1	16,9±1,7	<0.05

Балалардың қол динамометриясының, дене бұлшықеттерінің төзімділік күшінің санаторийдегі емге дейінгі және емнен кейінгі динамикалық көрсеткіштері 4-кестеде берілген.

4- кесте.

Көрсеткіштер	Емге дейін (n=60)	Емнен кейін (n=52)	P
Қол динамометриясы (кг)	20,4±6,2	22,1±6,1	<0,05
Арқа бұлшықеттері сынаамасы (с)	55,0±26,9	60,9±33,0	<0,05
Іш бұлшықеттері сынаамасы (с)	22,8±17,4	34,2±21,7	<0,05

Жоғарыда берілген зерттеу нәтижелері бойынша, қала сыртындағы жергілікті санаторий жағдайында физикалық реабилитация дене қимылы жұмысына қабілеттіліктің, арқа және іш бұлшықеттерінің төзімділік күшінің оң динамика көрсетуіне әсер етеді, жүрек-қантамыр жүйесінің және тірек-қимыл аппаратының функциялық мүмкіндіктерін айтарлықтай арттырады.

Алынған көрсеткіштер ұзақтығы 14 күнді құрайтын, балаларды реабилитациялаудың санаторийлік кезеңінің тиімділік критерийі ретінде қолдануы мүмкін.

ҚОРЫТЫНДЫ:

Зерттеу соңында алынған деректер санаторийдегі сауықтыру-реабилитациялау бағдарламасының практикалық маңыздылығын дәлелдейді. Мектеп жасындағы үлкен балалардың дене қимылы жұмысына қабілеттілігінің, күш төзімділігінің жоғарылағаны байқалды. ЕДШ-нің әртүрлі әдістері мен түрлерін қолдана отырып, санаторийде емдеу бұлшықет күші мен дене бұлшықетінің күш төзімділігін жақсартады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Авдеева Т.Г. Введение в детскую спортивную медицину / Т.Г.Авдеева, Л.В.Виноградова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 176 с.
2. Восстановительное лечение в педиатрии / Б.А.Поляев (и др). М.:ИД «Медпрактика - М», 2008. 492 с.
3. Даленов Е.Д. Салауатты өмір салтының ғылыми негіздері «Денсаулық» журналы. – 2001.№10. - С. 15-18
4. Имамбаева Т.М., Батырханов Ш.К. К проблеме осложненного течения бронхиальной астмы у детей // Аллергология и иммунология.- 2009.- №2.- С.206
5. Кучма В.Р. Оценка физического развития детей и подростков в гигиенической диагностика системе «Здоровье населения – среда обитания». М.:издательство ГУНЦЗД РАМН, 2003. 316 с.
6. Лечебная физическая культура в педиатрии / Л.М.Белозерова (и др).Ростов Н/Д.: Феникс, 2006. 202 ст.
7. Ловейко И.Д., Фонарев М.И. Лечебная физическая культура при заболеваниях позвоночника у детей. Л.:Медицина ,1998. 144 с.
8. Маргазин В.А. Физическое развитие (исследование и оценка): методическое пособие / В.А.Маргазин, А.В.Коромыслов,И.В.Быков, О.Г.Трофимова. Ярославль: изд – во ЯГПУ им К.Д.Ушинского, 2007. 47 с.

9. Нестеренко З.В. *Современные особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей // Аллергология и иммунология.* - 2009.- №2.- С.201-202.
10. Тарджибаева С.К. *Вопросы профилактической медицины // Сборник статей приложение - № 2. К журналу «Валеология».* - 2004.- С.1-5.
11. Тель Л.З. *Энциклопедия здоровья.* – Москва, 2015.- 736 с.
12. Шарманов Т.Ш. *Казахстан в контексте глобальных проблем.* - Алматы, 2000.- 223с.

РЕЗЮМЕ

АЙТЕНОВ Б.Т.

АО «Медицинский Университет Астана» Казахстан

*ГКП на ПХВ «Реабилитационный центр для престарелых, инвалидов и детей – инвалидов» акимата г. Астаны
г. Шучинск санатории «Катарколь»*

**ОЦЕНКА КРИТЕРИИ О СОСТОЯНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И СИЛОВОЙ
ВЫНОСЛИВОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО –
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

В статье представлены результаты наблюдения за 60 детьми школьного возраста мужского пола (средний возраст 16.0±0.4 года) заболеваниями бронхолегочной системы. В соответствии с диагнозом все дети были разделены на две группы. Предложено реабилитационно – оздоровительный мероприятия в условиях загородного санатория, что способствует повышению физической работоспособности и функционального состояния мышечной системы. Полученные данные могут использоваться в качестве критериев эффективности санаторного этапа реабилитации детей продолжительностью 14 дней.

SUMMARY

AITENOV B. T.

JSC Astana Medical University Kazakhstan

*SME on the REM «Rehabilitation center for the elderly, disabled, disabled children of Astana city government»
Schuchinsk city sanatorium «Katarkol»*

**THE ISSUES, CONCERNING THE SCHOOLCHILDREN PHYSICAL WORK CAPACITY AND
STRENGTH ENDURANCE STATE IN CONDITIONS OF HEALTH AND REHABILITATION CENTER**

The article shows the results of 60 secondary school age male children (whose average age is 16± 0.4 years) and having the bronchopulmonary system diseases. In accordance with the diagnosis, all children were divided into two groups. They have been proposed rehabilitation and recreational activities in the conditions of country resort which promote physical health and functional status of the muscular system. The obtained data can be used as effective criteria of the children on the rehabilitation stage with 14 days.



УДК: 616-082:616-053.31-084

АЛЬЖАНОВА К.Ж., УРАЗОВА С.Н., АТАЛЫКОВА Г.Т., ЦАЙ Е.М., АМИРГАЛИЕВА Г.Н.

АО «МУА» кафедра общей врачебной практики №2

ТЕПЛОВАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ

Учитывая, раннюю выписку здоровых новорожденных из родильного дома, врачам общей врачебной практики и участковым педиатрам необходимо помнить о физиологической перестройке в основных функциональных системах организма новорожденного.

Ключевые слова: неонатальный период, профилактика

Для неонатального периода, впервые 28 дней жизни ребенка, характерны пограничные (переходные, транзиторные) состояния. В этот период происходит приспособление (адаптация) новорожденного к

постнатальной жизни. Так, для периода адаптации, характерно несовершенство процессов теплорегуляции. Физиологичные для новорожденных, они при несоблюдении после рождения определенных условий внешней среды, ухода, вскармливания могут принимать патологические черты [1].

Цель работы: профилактика переохлаждения на фоне резко ограниченной способности увеличивать теплопродукцию и профилактика перегревания на фоне резко ограниченной возможности повышать теплоотдачу при перегревании. Соблюдение мер тепловой защиты предотвратит развитие таких состояний как: гипогликемия, нарастание уровня непрямого билирубина, усиление процессов липолиза, снижение уровня кислорода в крови, предотвратит развитие тяжелой гипоксии от переохлаждения, и перегревания новорожденных в условиях постнатальной жизни [2,3].

Для успешного развития ребенка дома, решающее значение имеют тепловой режим и грудное вскармливание. Существует понятие о зоне теплового режима, в которой организм затрачивает минимальное количество энергии для поддержания тепла тела в пределах нормы. В комнате ребенка необходимо поддерживать такую температуру окружающей среды, особенно в первые 7 дней жизни, чтобы новорожденный мог поддерживать нормальную температуру тела в пределах 36,5-37,5, не переохлаждался (температура менее 36,5°C относится к гипотермии) и не перегревался (температура более 37,5 относится к гипертермии).

Согласно клиническому протоколу, снижение температуры тела от 36,4°C до 36,0 °C - гипотермия легкой степени, от 35,9°C до 32,0°C - гипотермия средней степени, ниже 32°C - тяжелая гипотермия [4].

Существуют четыре пути потери тепла у новорожденного: проводимость – это потеря тепла на более холодные поверхности, с которыми соприкасается ребенок. Испарение – ребенок рождается мокрым и влага испаряется с поверхности кожи, что приводит к потере тепла (например, домашние роды). Излучение – потеря тепла за счет его излучения от тела к холодным объектам, которых он не касается, например, к стене, окну. Конвекция – потеря тепла ребенком в холодном помещении, на сквозняке [4].

У новорожденных склонность к нарушению теплового баланса обусловлена несколькими причинами. Так, переохлаждение, особенно в первые 7 дней жизни, обусловлена повышенной теплоотдачей. Причин склонности к переохлаждению несколько: к одной из них относится в 3 раза большие удельные величины поверхности тела на 1 кг массы тела (МТ), а также в 2 раза большие величины минутного объема дыхания в пересчете на 1 кг массы тела (МТ). В первые 7 дней жизни новорожденного, при охлаждении, повышение теплопродукции возможно за счет активации обмена веществ, при отсутствии способности увеличивать ее за счет повышения мышечной активности (сократительного термогенеза). У новорожденных много бурого жира, идет усиленный его распад. В результате гидролиза триглицеридов на свободные жирные кислоты и глицерол выделяется много энергии, которая тратится на обогревание. Известно, что наличие избыточного количества свободных жирных кислот в кровотоке может привести к развитию метаболического ацидоза. Ацидоз может поддерживаться вазоконстрикцией (снижается периферический кровоток, молочная и свободные жирные кислоты, образующиеся в тканях, удаляются очень медленно, что усугубляет метаболический ацидоз) [2,3]. Спазм сосудов, обусловленный гипотермией, приводит к легочной гипертензии, сохраняется редуцированный кровоток (кровь, минуя легкие, сбрасывается через артериальный проток в аорту), низкий уровень кислорода приводит к конверсии аэробного в анаэробный метаболизм. Этот тип обмена повышает концентрацию молочной кислоты и снижает рН. Гипотермия поддерживает состояние повышенного метаболизма. Это требует больше энергии, что приводит к быстрому истощению запасов глюкозы и гликогена. То есть гипотермия способствует развитию гипогликемии [2, 3]

Повышенное потребление кислорода при снижении температуры всего на несколько градусов по сравнению с нормой и кислород начинает поглощаться с гораздо большей скоростью. Если холодовой стресс наслаивается на нарушенную оксигенацию, как бывает при респираторном дистрессе, проблема усугубляется. Развивается гипоксемия [2, 3]

Поэтому, нельзя допускать понижения температуры окружающей среды. Необходимо помнить, о более высокой теплоотдаче, по сравнению с теплопродукцией в ранний неонатальный период адаптации ребенка.

При этом необходимо помнить и о возможности быстрого перегревания. Регулярное повышение температуры окружающей среды, чрезмерное кутание ребенка, особенно впервые 7 дней жизни, на фоне резко ограниченной возможности повышения теплоотдачи, приводит к перегреванию ребенка с развитием гипоксии, ацидоза [2,3].

Таким образом, необходимость соблюдения тепловой защиты, особенно впервые 28 дней жизни, определяется несовершенством теплорегуляции у новорожденных. Невозможностью поддержания нормальной температуры тела детей, особенно впервые 7 дней жизни в среде, которая по температуре комфортна для взрослых. Если это домашние роды, наиболее часто новорожденный после рождения попадает в среду, температура которой низка для новорожденного (20-23°C). При этом обнаженный новорожденный ребенок страдает от потери тепла в среде с температурой 23°C также, как обнаженный взрослый при температуре 0°C. Необходимо помнить, что чем меньше масса тела при рождении и гестационный возраст младенца, тем он менее приспособлен к холоду и теплу [1,5,6]. С

первых месяцев жизни у младенца формируются навыки контакта с окружающим миром и людьми. Ребенок с первых дней жизни бурно развивается эмоционально и интеллектуально. Мать должна понимать поведение ребенка, понимать его крики, хныканье, гримасы, движения. Ей необходимо как можно раньше научиться распознавать, что малыш "хочет сказать" и в чем он нуждается.

Медицинский работник поможет маме правильно интерпретировать любые движения малыша и отвечать на них определенным образом. Для этого необходим высокий уровень подготовки и знаний медицинских работников по уходу за детьми с первых дней жизни.

Для обеспечения тепловой защиты после выписки из родильного дома необходимо [6,7]:

1. Повышение уровня подготовки и знаний медицинских работников по уходу за детьми в неонатальный период, особенно в первые 7 дней жизни.

2. Раннее грудное вскармливание.

3. Соблюдение температурного режима при купании, температура воды в ванночке должна быть 37,5°C, минимизировать потери тепла.

4. Сразу после купания завернуть ребенка в теплое сухое полотенце и тщательно обсушить его с головы до пяток, надеть ему шапочку.

5. При легкой гипотермии, согласно клиническим протоколам, обеспечить: теплое помещение (температура воздуха 25-28°C.), контакт – кожа к коже, грудное вскармливание по требованию ребенка.

6. При гипотермии средней тяжести: обеспечить теплое помещение (температура воздуха 25-28°C.), сменить холодное белье на теплое или согреть с помощью водяного матраца-грелки [1,4]. При стабильном состоянии ребенка можно использовать контакт кожа к коже в теплом помещении, температуру воды в водяных матрацах-грелках необходимо отмечать каждый час [1].

7. При тяжелой гипотермии обеспечить немедленное согревание с помощью: термостатического матраца – грелки с температурой 37-38°C, в стационаре с помощью инкубатора с температурой на 1 – 1,5°C выше температуры новорожденного. Если нет никакого оборудования, можно использовать контакт кожа к коже, теплое помещение с температурой воздуха 25 – 28°C.

При всех степенях гипотермии: во время согревания новорожденного измерять температуру тела каждые 30 минут, продолжать грудное вскармливание или использовать альтернативные методы, чтобы обеспечить ребенка калориями, жидкостью и предотвратить гипогликемию [1, 2, 4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание.* Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г.
2. *Д. О. Иванов. Нарушения теплового баланса у новорожденных детей.* Санкт-Петербург-2012г.
3. *Бунятян А. А., Анестезиология и реаниматология.* - М., 2007.
4. *Клинический протокол диагностики и лечения. Гипотермия новорожденных. МЗРК протокол №10 от 4 июля 2014 г.*
5. *Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК (Приказ №764 от 28.12.2007г.*
6. *Практическое руководство «Тепловая защита новорожденного».* Департамент РЗ и исследований Всемирная организация здравоохранения Женева. - 2005г.
7. *Н. Н. Володин, Г. Т. Сухих. Базовая помощь новорожденному - международный опыт. М. Медицина, 2008г.*

ТҮЙІНДЕМЕ

ӘЛЖАНОВА К.Ж., ОРАЗОВА С.Н., АТАЛЫКОВА Г.Т., ЦАЙ Е.М., ӘМІРҒАЛИЕВА Г.Н.

Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы №2 «АМУ» АҚ

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЫЛУЛЫҚ ҚОРҒАНЫС

Жылулық қорғаныс шараларын қадағалау гипогликемия, тікелей емес билирубин деңгейінің жоғарылауы, липолиз үрдісінің күшеюі, қандағы оттегі деңгейінің төмендеуі, жаңа туған сәбилердің постнатальды өмірінде суықтауы салдарынан болатын ауыр гипоксияның дамуы сияқты жағдайлардың алдын алады.

SUMMARY

ALZHANOVA K.ZH., URAZOVA S.N., ATALYKOVA G.T.,
TSAY Y.M., AMYRGALIEVA G.N.

АО «МУА» кафедра общей врачебной практики №2.

THERMAL PROTECTION OF CHILDREN

Compliance with thermal protection measures prevents the development of such conditions as: hypoglycemia, an increase in the level of indirect bilirubin, increased lypolysis processes, a decrease in the level of oxygen in the blood, prevents the development of severe hypoxia from hypothermia in postnatal life.



УДК: 616.12-008:368.025.6:796-071

БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А., КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., КЕЛИМБЕРДИЕВА А.К.

Медицинский Университет Астана, кафедра ОВП №1. Казахстан, г. Астана

ФАКТОРЫ РИСКА ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

Спортивное сердце- симптомокомплекс характерных изменений адаптационного и приспособительного характера сердце, связанный и возникающий в результате выполнения значительных физических нагрузок. Внезапная сердечная смерть спортсменов является редким, однако трагическим событием. Внезапная сердечная смерть происходит чаще в определенных видах спорта. Спортсмены с высокой динамической нагрузкой и низкой изометрической интенсивностью подвергаются более высокому риску смерти.

Проведение комплексной оценки структурно-функционального состояния ССС позволяет выявлять факторы риска у спортсменов, знание и учет которых способен обеспечить оптимизацию профилактики ССЗ и снижение кардиоваскулярного риска

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, спортивное сердце, риск.

Возрождение спортивного движения и увеличение числа профессиональных спортсменов в Казахстане способствуют привлечению внимания специалистов к проблемам медицинского обеспечения спорта. Особый интерес традиционно вызывает состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) спортсменов. Современный спорт характеризуется рядом особенностей - это значительное увеличение объема и интенсивности тренировочных нагрузок, приобщение к спортивной деятельности детей, нивелирование уровня спортивной подготовленности и др. Вот почему все более очевидной становится важная роль насосной функции сердца, электрофизиологические особенности сердца, которые являются показателем его функционального состояния. Уже давно врачами было замечено, что состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов отличается от таковой у лиц, не занимающихся спортом. Спортсмены относятся к группе повышенного риска по внезапной сердечной смерти, частота которой во многом превышает показатели внезапной смерти в популяции (Макарова Г.А., 1992; Семин С.Н. с соавт., 2004; Lollgen H., 2004; Passino C. et al., 2004; Chee C.E. et al., 2005; Corrado D. et al., 2006; Rowland T., 2009; и др.).

Основная причина, по которой спортсмены проходят углубленное медицинское обследование- выявление патологий, сопряженных с возможностью внезапной сердечной смерти. К таким заболеваниям относят ряд врожденных пороков сердца, некоторые аритмии, кардиопатии, ишемическую болезнь сердца. За последнее десятилетие также возникла также популяция взрослых спортсменов, перенесших различные успешные кардиохирургические вмешательства и стремящихся заниматься спортом.

Таблица - Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Группы факторов риска развития ССЗ		
Причинно связанные	Условно причинные	Предрасполагающие
- курение; - артериальная гипертония; - гиперхолес-теринемия	- гипертриглице- ридемия; - мелкие частицы ЛНП;	- возраст; - мужской пол; - ожирение;

или гипер-ЛПНП; - низкий ЛПВП; - сахарный диабет.	- липопротеин; -гипергомоци- теинемия; - факторы гемостатические; - С-реактивный протеин; - инфекции.	- гипокинезия; - семейная предрасположен- ность; - социально-экономические; - психологические; - инсулино- резистентность; - дисфункция эндотелия; - стабильность атеросклеротической бляшки.
---	--	---

В практике клинической медицины известно более 200 факторов риска развития ССЗ. С позиции управления риском развития ССЗ экспертами ВОЗ все они условно разделены на две группы - немодифицируемые факторы риска, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые факторы риска, т.е. поддающиеся коррекции.

Причины внезапной смерти варьируют в разных странах. Так, в США на первом месте находится гипертрофическая кардиомиопатия, в Италии – аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка. У возрастных атлетов (старше 35 лет) достаточно широко представлен атеросклероз коронарных артерий, а у молодых- аномальное расположение коронарных артерий. В то же время, возможно внезапное возникновение критического состояния у лиц без предшествующей патологии.

Следует учитывать также внешние влияния на реакции сердца. Большая высота сопряжена с низкой концентрацией кислорода, что приводит к более высоким ЧСС и сердечному выбросу для каждой данной нагрузки. В результате, у лиц с патологией коронарных артерий может возникнуть ишемия миокарда при гораздо меньшем физическом напряжении, чем на равнине. Значительным стрессовым фактором является повышенная температура воздуха. Так как для адекватной терморегуляции требуется усиленный кровоток в сосудах кожи, это приводит к дополнительному увеличению сердечного выброса. Психологические и эмоциональные нагрузки, связанные со спортом высоких достижений, также могут непосредственно увеличивать ЧСС.

Отдельное внимание необходимо обращать на возможность повреждения, возникающих при столкновении спортсменов друг с другом или с различными предметами. Это особенно важно для лиц, принимающих по каким либо причинам антикоагулянт, так как имеется повышенная опасность развития кровоизлияния (особенно в головной мозг).

Другим направлением спортивной кардиологии является предотвращение патологического ремоделирования сердца, приводящего к снижению спортивных результатов и возможной инвалидизации пациента. Указанные процессы могут быть следствием чрезмерных тренировочных нагрузок в юном возрасте, особенно при наличии какой либо врожденной патологии сердца, обусловлены недостаточным вниманием к состоянию перетренированности, продолжением интенсивных тренировок на фоне не закончившихся инфекционно- воспалительных заболеваний и т.д.

Внезапная сердечная смерть спортсменов является редким, однако трагическим событием. Вызывает большой интерес среди массовой информации, врачей, спортивных сообществ. Внезапная сердечная смерть происходит чаще в определенных видах спорта. В США среди футболистов и баскетболистов имеют наибольшую частоту. Спортсмены с высокой динамической нагрузкой и низкой изометрической интенсивностью подвергаются более высокому риску смерти. (Journal of the American College of Cardiology. Sudden Cardiac Death in Young Athletes 2013).

Причины внезапной сердечной смерти спортсменов.

Структурная сердечная патология:

1. Гипертрофия миокарда
2. Правожелудочковая аритмогенная кардиомиопатия
3. Врожденные коронарные аномалии
4. Проплапс митрального клапана

Электрические нарушения сердечной деятельности:

1. ВПВ синдром
2. Врожденное удлинение интервала QT
3. Синдром Бругада.

Национальный центр спортивной медицины Италии провел анализ внезапной сердечной смертности с 1979 по 2004 год (Corrado D., 2006). Смертность среди спортсменов оказалась в 2,4 раза выше, чем в популяции. 90% случаев внезапной смерти спортсменов вызвано сердечно-сосудистыми причинами (Lollgen H., 2004; Corrado D., 2006). Высокая внезапная сердечная смерть спортсменов не случайна. У спортсменов значительно чаще, чем у лиц, не занимающихся спортом, встречается патология на электрокардиограмме, нарушения ритма сердца (НРС), нарушение сократительной способности и

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

морфологии миокарда. Есть данные о том, что чем выше стаж занятий спортом, тем вероятнее возможность кардиальной патологии у спортсменов.

Проведение комплексной оценки структурно-функционального состояния ССС позволяет выявлять факторы риска у спортсменов, знание и учет которых способен обеспечить оптимизацию профилактики ССЗ и снижение кардиоваскулярного риска.

Выводы: Смертность среди спортсменов оказалась в 2,4 раза выше, чем в популяции. 90% случаев внезапной смерти спортсменов вызвано сердечно-сосудистыми причинами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Pelliccia A., Paolo F.M. Evidence for efficacy of the Italian national pre-participation screening programme for identification of hypertrophic cardiomyopathy in competitive athletes. *Eur Heart*. 2008, 27, 2196-2200.
2. Corrado D., Basso C., Pavei A. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of pre-participation screening programme. *JAMA* 2006. 296. 1593-1601.
3. Маршал Р.Д., Шеферд Д.Т. *Функция сердца у здоровых и больных*. 2015.
4. Шарыкин А.С., Шильковская Е.В., Колесникова М.А., Павлов В.И., Иванова Ю.М., Попова Н.Е. *Изменения систолической функции левого желудочка у детей-спортсменов в ответ на физическую нагрузку* 2010, 83-89.
5. Фарфель В.С. *Управление движениями в спорте*. 2012.

ТҮЙІН

БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А., КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., КЕЛИМБЕРДИЕВА А.К.

СПОРТШЫЛАРДЫҢ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІ ПАТОЛОГИЯСЫ ҮШІН ҚАУШПТІ ФАКТОРЛАР

Спорттың жаңғыруы және Қазақстанда кәсіби спортшылар санының артуы спорт мәселелеріне медициналық мамандардың назарын аударды. Әдетте қызығушылық жүрек-қан тамырлар жүйесіне (CVS) болады. Заманауи спорт мүмкіндіктерінің күшеюі күш жүктемелері көлемі қарқындылығының айтарлықтай артуымен, балаларға арналған спорттық іс-шаралар енгізудің жоғарылауымен, сондай-ақ спорттық деңгейдің артуымен, т.б. байланысты болып табылады. Сол себепті жүрек айдау функциясы және оның электрофизиологиялық жағдайы жүректің функционалдық жағдайының маңызды индикаторы болып табылады. Дәрігерлер спортпен ұзақ айналасатын адамдардың жүрек-қан тамыр жүйесі мен спортқа қатысы жоқ адамдардың жүрек-қан тамыр жүйесі арасындағы айқын айырмашылықты анықтады. Спортшылар арасында кенеттен жүрек тоқтау салдарынан дамиды өлім-жітім жағдайы өсті, оның жиілігі халықаралық кенеттен болатын өлім-жітімнен неғұрлым жоғары.

SUMMARY

BALMUKHAMEDOVA ZH.A., DERBISALINA G.A., KELIMBERDIEVA E.S., KELIMBERDIEVA A.K.

RISK FACTORS FOR THE PATHOLOGY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN ATHLETES

The revival of the sports movement and the increase in the number of professional athletes in Kazakhstan contribute to attracting specialists' attention to the problems of medical sports. Special interest is traditionally caused by the state of the cardiovascular system (SSS) of athletes. Modern sport is characterized by a number of features - a significant increase in the volume and intensity of training loads, familiarization with the sports activities of children, leveling the level of athletic preparedness, etc. That is why the important role of the pumping function of the heart, the electrophysiological features of the heart, which are an indicator of its functional state. It has long been noted by doctors that the state of the cardiovascular system of athletes is different from that of people who do not engage in sports. Athletes are at increased risk for sudden cardiac death, whose frequency is much greater than sudden death in the population.



УДК:616.12-008-07:613.71

БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А., КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., БЛЯЛОВА Д.Б.,
ГУБАЙДУЛИНА Н.Е.

Медицинский Университет Астана, кафедра ОВП №1.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ СТАТИЧЕСКОГО И ДИНАМИЧЕСКОГО ВИДОВ СПОРТА

Аннотация:

Спортивное сердце- совокупность структурных и функциональных изменений в сердце, которые развиваются у людей, тренирующихся обычно больше часа почти каждый день. Диагноз ставится на основании клинических данных, а так же результатов функциональной диагностики.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, спортивная кардиология, ремоделирование сердца.

Актуальность:

Основным звеном, лимитирующим физическую работоспособность спортсмена, является сердечно-сосудистая система (ССС), которая наиболее интегрально отражает функциональные возможности организма.

Выполнение спортивных упражнений сопровождается повышенными требованиями к состоянию сердечно-сосудистой системы организма, что в ряде случаев вызывает разные изменения.[1] Существуют два основных вида физических нагрузок: статическая и динамическая. Тренировки, направленные на генерацию мышцами высокой мощности (resistanceactivity) во многих источниках обозначаются так же, как анаэробные тренировки. К этой категории относятся скоростные виды спорта. При выполнении анаэробных нагрузок, миокард подвергается воздействию, называемому перегрузкой сопротивлением с соответствующими последствиями. Основными из них являются концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия (со значительным утолщением стенок миокарда и небольшим увеличением полостей).

Тренировки на выносливость определяются как аэробные тренировки. Это обычно нагрузки с постоянно присутствующей сократительной активностью мышц, которая осуществляется длительно и непрерывно, но без существенно нарастающего тонуса. К таким нагрузкам относятся циклические виды спорта. Сердце, при выполнении аэробных нагрузок, перекачивает значительное количество крови в единицу времени и подвергается патофизиологическому воздействию, называемому перегрузка объемом, с соответствующей структурной перестройкой. Обычно она представляет собой эксцентрическое ремоделирование и эксцентрическую гипертрофию. [2-5]

Цель исследования.

Оценить функциональные показатели гемодинамики у спортсменов футболистов и единоборцев с целью изучения распространенности ремоделирования сердца.

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 54 спортсмена— двух категории, представители динамического вида спорта – футболисты, в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст — 24,3 года). Представители статического вида спорта – единоборцы (дзюдо, борьба), в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 26,15). Стаж занятий спортом в обеих категориях составил 13,3 года (от 6 до 16 лет). По результатам проведенного углубленного медицинского осмотра все спортсмены были отнесены к 1-й и 2-й группам здоровья. ЭКГ проводилась в динамике в утреннее время с 8 до 10 ч в разное время годичного цикла, по общепринятой методике на 6-канальном аппарате. Эхокардиография проводилась с целью исключения патологии сердца и выявления малых аномалий сердца на эхокардиографах MyLab 70. А также было проведено суточное холтеровское мониторирование с целью выявления нарушений ритма и проводимости MARS.

Результаты исследования и обсуждение:

Определены следующие данные спортсменов: средний рост футболистов 178,5 см, единоборцев - 173,3 см. Средний вес 75,8 кг и 79,2 кг соответственно. САД 113,6 мм.рт.ст и 118,3 мм.рт.ст. соответственно. ДАД 73,3 мм.рт.ст и 76,4мм.рт.ст. соответственно. ЧСС 56 уд/мин и 64 уд/мин. Соответственно.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Таблица №1 - Общие данные спортсменов

Параметры	Футболисты №28	Единоборство №26
Ср. Рост	178,5	173,3
Ср. Вес	75,8	79,2
Уровень спорт. Мастерства	кмс,мс,мсмк	кмс,мс,мсмк
САД	113,6	118,3
ДАД	73,3	76,4
ЧСС	56	64

Таблица №2 - Анализ изменения ЭКГ

Изменения на ЭКГ	Футболисты	Единоборство
Синусовая аритмия	8	4
Миграция водителя ритма	2	1
НБПНПГ	2	5
ПБПНПГ	-	1
Предсердная экстрасистолия	4	2
Желудочковая экстрасистолия	-	2
СРРЖ	3	2

При анализе электрокардиограмм 54 спортсменов выявлены: синусовая аритмия в 12 случаях; миграция водителя ритма - в 3; неполная блокада правой ножки пучка Гиса в 7 случаях; нарушение процессов реполяризации миокарда (СРРЖ) в 5 случаях; единичная предсердная экстрасистолия в 6 случаях; желудочковая экстрасистолия в 2 случаях; ПБПНГ в 1 случае. У некоторых спортсменов наблюдались сочетанные изменения на ЭКГ. Изменения на ЭКГ у большинства спортсменов носили преходящий характер.

Таблица №3 - Данные ЭхоКГ исследования:

Параметры	Футболисты	Единоборцы
КДР	47	45
КСР	29	26
Объем ЛП	До 25	До 20
ЗСЛЖ	9	10
МЖП	10	11,5
ФВ	68	67
МОС	Повышен	В норме

По данным ЭхоКГ диагностики у 100 % исследуемых выявлена трикуспидальная регургитация незначительной степени. Митральная регургитация встречалась у 38% исследуемых. Аномалии развития сердца (пролапс митрального клапана, дополнительные хорды, евстахиев клапан) выявлены у 42% спортсменов. Признаки дилатации сердца наблюдаются среди спортсменов динамического вида: максимальный КДР среди спортсменов- футболистов равен 56 мм, при среднем значении 47 мм. Среди спортсменов статического вида этот показатель немного ниже. У 12% исследуемой группы выявлены увеличение полостей левого, а также правого предсердия. У 20% имеется тенденция к расширению полостей сердца. Гипертрофия стенок ЛЖ, а также тенденция к утолщению МЖП наблюдалась у спортсменов группы статического вида. Максимальная гипертрофия МЖП была 16 мм, среднее значение - 11,5 мм (этот показатель является утолщением стенки).

Выводы:

1. Изменения на ЭКГ у большинства исследуемых спортсменов носили преходящий характер.
2. Имеется взаимосвязь между случаями ремоделирования сердца и характером физической нагрузки.
3. Эксцентрическое ремоделирование сердца происходит за счет увеличения минутного объема скорости.
4. Увеличение объемной нагрузки сердца проявляется трикуспидальной и митральной регургитацией.

5. Для статического вида нагрузки более характерны гипертрофия стенки ЛЖ и утолщение стенки МЖП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаджанян М.Г. Элетрокардиографические проявления хронического физического перенапряжения у спортсменов. 2005. №6. С 60-64.
2. Шарыкин А.С., Бадтиева В.И., Павлов В.И. Спортивная кардиология. 2017. С 19-22.
3. Гаврилова Е.А. Стрессорная кардиомиопатия у спортсменов. 2011. 48с
4. Corrado D., Basso V., Pavei A. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. JAMA 2006. 1953-1601.
5. Макаров Л. М., Кисилева И. И., Долгих В.В. Нормативные параметры ЭКГ. Функциональная диагностика. 2007г. 8-14.
6. Рыбакова М.К. Возможности современной эхокардиографии. 2017.

ТҮЙІН

**БАЛЬМУХАМЕДОВА Ж.А., ДЕРБИСАЛИНА Г.А., КЕЛИМБЕРДИЕВА Э.С., БЛЯЛОВА Д.Б.,
ГУБАЙДУЛИНА Н.Е**

**СТАТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ДИНАМИКАЛЫҚ СПОРТ ТҮРЛЕРІМЕН АЙНАЛЫСАТЫН
СПОРТШЫЛАРДА ЖҮРЕКТІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ СИПАТТАМАСЫ**

Спорттық жүрек - күнделікті бір сағаттан артық жаттығатын адамдарда дамитын жүректегі құрылымдық және функционалдық өзгерістердің жиынтығы. Диагноз клиникалық мәліметтерге, сонымен қатар функционалды диагностика нәтижелеріне негізделіп қойылады.

RESUME

**VALMUKHAMEDOVA Z.A., DERBISALINA G.A., KELIMBERDIEVA E.S., BLYALOVA D.B.,
GUBAIDULINA N.E.**

**FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE HEART IN ATHLETES OF STATIC AND
DYNAMIC SPORTS**

Sports heart - a set of structural and functional changes in the heart that develop in people who train usually more than an hour almost every day. The diagnosis is based on clinical and results of functional diagnostics.



УДК: 613.71:796.88:796.01

БЕКЕТОВ Б.А., БАРЫШЕВ Б.Б., СЛИВКИНА Н.В.

Кафедра профилактической медицины и питания; кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДИКИ СИЛОВОЙ ПОДГОТОВКИ БОРЦОВ И
ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ В ПЕРИОД СОРЕВНОВАНИЙ**

Аннотация: На основании изучения опыта знаменитых спортсменов предлагаемая нами методика повышения физической работоспособности поможет спортсменам достичь высоких результатов и без использования различных видов стимуляторов.

В настоящее время участились случаи использования допинга, каждому спортсмену, тренеру и даже не слишком искушенному болельщику хорошо известен термин «допинг». [1] Давно было подмечено, что некоторые вещества оказывают на спортсменов стимулирующее действие: после их приема результаты повышаются на три, пять и более процентов. Нужно ли говорить, что в тех видах спорта, где счет идет на десятые и даже сотые доли секунды, такой прирост является решающей величиной? Согласно мнению

международных спортивных организаций, допинг - это абсолютное зло, оно негативно воздействует на здоровье спортсмена, с которым следует энергично бороться и в перспективе полностью искоренить.

Известно, что основную роль в общей и специальной физической подготовленности борцов, тяжелоатлетов играют их физические качества- сила, быстрота, ловкость, выносливость и гибкость. [2] Именно они в значительной степени определяют всесторонность их физического развития и высокие результаты в спорте. Особую роль при этом играет, конечно же, физическое качество «сила».

Нами были анализированы данные передового опыта знаменитых борцов и тяжелоатлетов, таких как Х.Мунайтпасов, И.М.Поддубный, И.М. Заикин, Григорий Кащеев, И.В Лебедев, Георг Гаккеншмидт. [3] Выше отмеченные знаменитые спортсмены отличались выдающимися профессиональными навыками. Неоднократно занимали титулы чемпионов мира, показывали высокие результаты на международных соревнованиях. И при всем этом ни разу не прибегали к использованию различных видов допинга. На данный момент среди спортсменов участились случаи использования различного вида допингов, добавок для повышения своей работоспособности. Разработанные нами рекомендации помогут борцам и тяжелоатлетам без помощи различных видов стимуляторов добиваться высочайших результатов, повысив их физическую работоспособность.

Целью данной работы является научно-практическое обоснование подготовки борцов, тяжелоатлетов и разработка новых методов повышения физической работоспособности.

В связи с этим нами была изучена и анализирована специальная научно-методическая литература, а также был обобщен передовой опыт знаменитых борцов и тяжелоатлетов.[3]

Роль питания

Всегда для подготовки спортсменов к соревнованиям уделялось большое внимание вопросам здорового питания.

Знаменитые борцы и тяжелоатлеты были выходцами школы «дяди Вани», который советует есть побольше яиц и пить больше теплого молока с сахаром. [3]

Х.Мунайтпасов каждое утро съедал по 5-8 яиц и запивал теплым молоком с медом. [4]

Георг Гаккеншмидт ел мясной бульон в больших количествах. Тарелка бульона варили из 6-7 фунтов мяса (около 3-3,5 кг). На бульоне с базовым силовым тренингом «Гакк» буквально за три месяца увеличил в груди на 12 см.[3]

Иван Поддубный ел в большом количестве редьку и капусту, молоко и яйца, за один раз мог съесть десяток яиц. [5]

Общеизвестно что, для обильного роста мышц необходимо большое количество белков. Лучше всего усваиваются белки молока, яиц на 96%, белки мяса – 93-95%, овощей 80-85%. Также для роста мышц необходимо употребление козьего и кобыльего молока (кумыса). В кумысе в 1.5 раза больше легкоусвояемых углеводов, чем в коровьем и оно лучше усваивается. Лучшее усвоение молока связано с тем, что в нем содержится высокий уровень белков [именно казеина, следовательно большое содержание незаменимых аминокислот, линолевой кислоты (омега 6) и что также лучше усваивается. [2]

А также в данных продуктах содержится огромное количество незаменимых аминокислот (изолейцин, лейцин, валин, аргинин, метионин, лизин, тирозин, фенилаланин) необходимых для роста мышечной массы, участвующие в процессе быстрого восстановления организма, способствующие образованию большого количества энергии и развитию мышечной массы. [6]

Таким образом проанализированный режим питания показывает, что от качества пищевых продуктов напрямую зависит общее состояние спортсмена.

Роль тренировок

Также интерес представляет анализ тренировок как и перед соревнованиями, так и после.

Система тренировок Ивана Поддубного - чрезвычайно интенсивная. Обычно он работал с тремя профессиональными борцами: с первым спарринг («спарринг» англ. «sparring»-«учебный» - тренировочный бой) длился 20 минут, со вторым - полчаса, с третьим - еще час. Методика тренировок и цель - измотать партнера до такой степени, чтобы у него уже с трудом поднимались руки. Несмотря на это после окончания всех спаррингов он обязательно пробегал несколько километров с утяжелением - пятифунтовыми гирями в руках. Эти изматывающие тренировки проводились каждый день. Он также держался строжайшего режима, каждый день делал зарядку, делал статические упражнения с гирями и цепями - целью его было наращивание силы, а не мускулов. Везде с собой он носил знаменитую трость весом в пуд. Стоит отметить, что Иван Поддубный никогда не курил и не употреблял алкоголь. [5]

Иван Лебедев (он же легендарный силач «Дядя Ваня»), написавший книгу «Тяжелая атлетика» в 1916 году, дает следующие рекомендации по тренингу. Начинать утро следует с легкой гимнастики – бег на месте (3-5 минут), растягивание резины (это был своеобразный аналог наших эспандеров) – 10 минут, занятия легкими гантелями – 10 минут. Затем – прогулка 1-2 часа, причем иногда с шага нужно переходить на бег. Днем – занятия на кольцах или брусьях (если нет брусьев, автор советует ставить два стула и отжиматься на них). Вечером – тяжелая тренировка с гирями, один час. Вес гирь – не максимальный: если можете выжать максимум 72 кг, начинайте с 32 кг и увеличивайте вес до 56, пишет Лебедев. Понемногу

увеличивайте вес на каждом занятии. Разбивайте упражнения на дни: в один день – жимы стоя и лежа, в другой – толчки и рывки. Добавляйте к каждой тренировке приседания и сгибания на бицепс. [3]

Интересно отметить, что и знаменитый К. Мунайтпасов занимался именно по тренировкам «Дяди Вани». [4]

Выше изложенные спортсмены во время тренировок уделяли большое внимание на качество одежды, от которой в свою очередь зависят результаты физической активности. Поэтому мы предлагаем при тренировках и во время соревнований использовать одежду из верблюжьей шерсти, на что до сих пор не обращали внимание.

Верблюжья шерсть обладает особыми свойствами. [7] Верблюжий волос является полым внутри, поэтому он очень лёгкий. Такая шерсть также очень хорошо впитывает влагу. А если учесть тот факт, что у спортсменов во время тренировок и соревнования повышено потоотделение, а человеческое тело замерзает при выделении влаги, то это свойство верблюжьей шерсти приобретает повышенную ценность. Причем тепло, которое дает верблюжья шерсть - сухое. В изделиях из нее человек никогда не потеет. И все потому, что эта шерсть очень гигроскопична и благодаря структуре своих волосков, отлично проводит воздух.

Это, так называемое «сухое тепло», не дает организму замерзнуть, а также оказывает на него определенный лечебный эффект. Под одеждой из верблюжьей шерсти сосуды расширяются, а циркуляция крови увеличивается, тем самым активируя усиленный обмен веществ и восстановительные процессы в тканях.

Верблюжий пух более чем в два раза легче овечьей шерсти и, кроме того, намного прочнее. Верблюжья шерсть нейтрализует токсины, вырабатываемые организмом, и оказывает благоприятное воздействие на кожу, омолаживая и делая ее более упругой и эластичной. Она не электризуется и лучше других снимает статическое напряжение, имеет способность отталкивать пыль. [7]

Таким образом, обобщая научную литературу о верблюжьей шерсти, мы рекомендуем его использовать спортсменам в виде тренировочного халата, которая благодаря своим биохимическим, физиологическим, биологическим свойствам, повышая физическую реактивность спортсменов, поможет достигнуть высоких результатов без использования допинга.

Мы предлагаем естественные «допинг-средства» путем правильного питания, следованию режиму тренировок, использования качественной одежды, а изучение их морфофункционального значения считаем перспективным и целесообразным, и в этом плане мы будем продолжать экспериментальную часть нашей работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Газета «Карельский спорт» выпуск 5 [46] 2009, «Антидопинг» Семенова Светлана.
2. Спортивная медицина: национальное руководство/ под ред. Акад. РАН и РАМН С.П. Миронова, проф. Б.А. Поляева, проф. Г.А. Макаровой. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. -1184 с.
3. Журнал «Советский спорт» выпуск №107 2016 год, статья «Тренируйся как силач старой школы. Железо, мускулы и усы- в нашем обзоре», Михаил Боков.
4. Воля батыра. - Астана: Ер-Даулет, 2007 год, Дымов Ян.
5. «С любовью о Ейске» -Краснодар: Издательский дом «Краснодарские известия», 1998 год, Г. Климентьева.
6. Фармакология спорта. Гунина Л.М., Горчакова Н.А., Гудивок Я.С, 2010 г., изд. Олимпийская литература.
7. Медицинский онлайн журнал для врачей и пациентов «MEDCOM» статья «Польза для здоровья верблюжьей шерсти».

ТҮЙІН

БЕКЕТОВ Б.А., БАРЫШЕВ Б.Б., СЛИВКИНА Н.В.

ЖАРЫС КЕЗІНДЕ КҮРЕСІШІ МЕН АУЫР АТЛЕТТЕРДІҢ КҮШ ДАЯРЛЫҒЫН ЖАҚСARTУ ӘДІСТЕРІ

Танымал спортшылардың тәжірибесін зерттеуге негізделген біздің ұсынылып отырған әдіс физикалық жұмыс қабілеттілігін көтеруіне, спортшылардың әртүрлі стимуляторларды пайдаланбай-ақ жоғары нәтижелерге жетуіне көмектеседі.

BEKETOV B.A., BARYSHEV B.B., SLIVKINA N.V.

PERFECTION OF THE METHODS OF STRENGTH TRAINING OF WRESTLERS AND WEIGHTLIFTERS DURING THE COMPETITION

Based on the study of the experience of famous sportsmen, the technique we propose to improve physical performance will help athletes achieve high results without using various kinds of stimulants.



УДК 614.2:616.831-005 (574.31)

КЕНЖЕБЕКОВ Қ.М.¹, САДУАКАСОВ Т.М.², ШАЙХАТТАРОВА Ұ.С.⁴, КУЛОВ Д.Б.¹,
СЕРҒАЛИЕВ Т.С.¹, ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д.¹, АБДРАХМАНОВ Қ.Т.³.

¹ШЖҚ РМК «Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті» Қарағанды қ.

²ШЖҚ РМК «Қарағанды облыстық қан құю орталығы» Қарағанды қ.

³ШЖҚ РМК «Қарағанды облысының психоневрологиялық диспансері» Қарағанды қ.

⁴АҚ «Қазақ-Түрік Халықаралық Университеті.» Түркістан қ.

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА БОЛҒАН ЖЕДЕЛ ИНСУЛЬТТИҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-
ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ (дерек көздері бойынша)

Ми-қан айналымынан болған сырқаттылық қазіргі уақытта қоғамның медициналық-әлеуметтік мәселелерінің бірі болып тұр, бұл мәселенің өзекті болуының бір себебі болып, осы сырқаттылық тұрғындардың алғашқы мүгедектікке шығуына, өлім көрсеткішінің көбеюіне әкеліп отырғанын көріп отырмыз, сонымен қатар жалпы сырқаттылықтың ішінде инсульт дертінің үлесінің өсуін байқап отырмыз. Ресми мәліметтерге сүйенсек, ҚР неврологиялық сырқаттылықтың негізгі үлесі инсультке келеді екен (52%). Қазақстанда 2015 жылы инсультпен ауырғандар саны 100 мың адамға шаққанда 219,7 құрды, ал ауруханалық өлім көрсеткіші 13-ке тең болды.

Түйінді сөздер: инсульт, емхана, тұрғындар, жас мөлшері, аурухана.

Инсульт сырқаттылығы тек Қазақстанда ғана емес, жалпы дүние жүзінде бір үлкен мәселеге айналып отыр, өйткені жалпы өлімнің ішінде, инсульттан қайтыс болғандардың үлесі жыл сайын ұдайы өсіп отырғанын байқап отырмыз. Сонымен қатар инсультпен сырқаттанғандар арасында мүгедектілікке шығу жалпы мүгедектіліктің арасында көшбасшы орында тұр. Дүниежүзілік статистика мәліметтеріне сүйенсек, ғаламшардың ересек тұрғындарының алтыдан бірі инсульт дертіне шалдыққандарды құрайды. Осылайша, жыл сайын шамамен 15 млн адам ауырып, 3-5 миллион адам осы ауру салдарынан көз жұмады.

Қазақстан үшін бұл мәселенің ауқымын бағалау өте қиын, себебі біздің еліміз ТМД елдері арасында инсульт сырқаттылығы бойынша алғашқы орындарда орналасқан. 2015 жылы Қазақстанда 38 мың адам инсульт алған. Инсульт сырқаттылығына байланысты мүгедектік бойынша жәрдемақы алатын науқастардың саны елімізде 200 мыңнан асады. Олардың жартысынан көбі мүгедектіліктің бірінші тобына жатады және сыртқы көмексіз өзіне-өзі қарай алмайды [1].

Зерттеудің мақсаты: Қарағанды облысындағы болған инсульт сырқаттылығының жиілігін зерттеп, оның медициналық-әлеуметтік ерекшеліктеріне жалпы шолу жасау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Тәжірибие көрсеткендей инсульт алған науқастардың тек 8-12 пайызы ғана өздерінің қалыпты еңбек қызметіне қайта орала алатынын көрсетіп отыр. Қазақстанның әр түрлі аймақтарындағы инсультпен ауру 1000 адамға шаққанда 2,3-3,6 жағдайды құраса, өлім жылына 1000 адамға шаққанда 1,1-1,7 жағдайды құрап отыр. Сол себепті мамандардың пікірінше, инсультті тұрғындар арасында азайту үшін тұрғындарды бірінші қандай факторлар инсультке әкелетін және екінші оның алдын-алу жолдарын үйрету қажет. Бүгінгі таңда Қазақстанда инсультқа қарсы бірқатар іс-шаралар өткізілген. Көптеген қазақстандықтар тұрғылықты жері бойынша емханаларда инсульттің алғашқы белгілері мен ауырған адамға көрсетілетін алғашқы көмек шаралары туралы ақпарат алған. Жергілікті емханаларда әр адам қандағы глюкоза деңгейі қалыпты жағдайда қандай болу қажет және қан қысымының қалыпты жағдайы қандай болуы қажет туралы ақпараттарды өз дәрігерлерінен алып және тегін медициналық тексерістерден тұрақты түрде өтіп отыр. Қажет болған жағдайда емделушіні әрі қарай бейінді мамандарға тексеруге бағыттайды. Соңғы 15 жыл

уақыт ішінде инсульт салдарынан өлімге алып келу 17% артқан және бүгінгі күні 100 мың халыққа шаққанда бұл көрсеткіш 190 адамды құрайды, ал экономикасы дамыған елдерде 100 мың халыққа шаққанда 90 адамды құрайды. Сонымен қатар осы экономикасы дамыған мемлекеттерде аталған көрсеткіш тұрақты түрде жыл сайын төмендеп келеді. Инсульт дерті кез келген жаста пайда болуы мүмкін, дегенмен орын алып отырған жағдайлардың жартысы 70 жастан асқан адамдардың үлесіне тиісті болады [2]. Инсульт дерті – экономикасы дамыған елдерде тұрғындардың жалпы өлім көрсеткіші ішінде екінші орында тұр. Дүние жүзі бойынша инсульттан жыл сайын шамамен 4,5 млн адам өмірден өтеді.

АҚШ-та жыл сайын 700 000 астам ересек адам инсультқа шалдығады, сол шалдықандардың шамамен 200 000-да инсульт дерті қайта қайталанады. Инсульттің пайда болуы қауіп адамның жасына байланысты (American Heart Association. Heart disease and stroke statistics, 2008). Инсульт өлім себебі ретінде АҚШ-та үшінші орында тұр және ересек американдықтар арасында мүгедектікке алып келудің себебі ретінде екінші орында тұр (Feigin VL, Lawes CM, Bennet DA, et al., 2003). Осындай жағдай Еуропа құрылығында да өкінішке орай кездесіп отыр. Еуропа континентінде де инсульт мүгедектіктіліктің бірінші себебі болып, жалпы өлім санының 10-12% құрып отыр (жылына 400000 өлім). Мысалы, Италияда тұрғындар арасында инсульттің таралуы 65-70 жас аралығындағы науқастарда 4% құрса, 80-85 жас аралығында бұл көрсеткіш 10% дейін артады (Gensini GF, Dilaghi B, Zaninelli A, 2006) [3,4].

ДДҰ анықтамасына сәйкес, инсульт – бұл кенеттен дамиды жергілікті немесе ауқымды ми қызмет бұзылуының клиникалық белгілері, ол 24 сағатқа немесе одан артық уақытқа созылады, қан тамырлары бұзылуының салдарынан науқастың өліміне алып келуі мүмкін. Осы синдром себептері бас миының зақымдануының қай аумағының зақымдалуына байланысты көріністермен немесе белгілермен сипатталады.

Ми тамырының аурулары біздің елімізде жалпы өлім себептерінің көрсеткіші құрылымында жүрек ауруларынан кейінгі екінші орында орналасқан. Инсульттің қай түрі болмасын олардың бәрі ауыр кезеңдермен сипатталып, науқасты өлімге алып келуі шамамен 35 % құрайды және бірінші жылдың соңында 12-15 % дейін артады.

Инсульт алу нәтижесінде мүгедектікке шығу шамамен 100 мың халыққа санағанда 3,1 жағдайды құрайды және алғашқы мүгедектіктілікке шығу себептерінің арасында бірінші орынды иеленеді [5].

Зерттеу нәтижелері. Қазақстан Республикасында инсульт алған 200000-нан астам адам бар, олардың үштен бір бөлігін еңбекке қабілетті жастағы адамдар құрайды, тек әр төртінші науқас қана еңбекке қайта оралады.

2016 жылы Қазақстанда қан айналым жүйесінің аурулары салдарынан өлім көрсеткіші 10,5% төмендеген (2015 жылы 100 мың халыққа 1963,0. ал 2016 жылы 1790,30 болған). Жүрек-қан тамыр аурулары дүние жүзіндегі барлық өлімдердің басты себебі болып табылады. Дүние Жүзілік Денсаулық сақтау Ұйымының деректеріне сәйкес, жыл сайын инфаркт және инсульт нәтижесінде 17,1 млн адам өмірден өтеді екен. Бұл жағдай жастардың арасында көбірек орын алып отыр. Негізгі тәуекел факторларына: дұрыс тамақтанбау, физикалық инерттік, темекі және алкогольді тұтыну жатады.

Қазақстанда жүрек-қан тамыр ауруларының салдарынан болған өлімді азайту үшін ҚР мемлекеттік 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» атты дамыту бағдарламасын жүзеге асыру шеңберінде халық демографиясына біршама әсер ететін 5 негізгі ауру, оның ішінде ауыр миокард инфаркті және инсульт сияқты сырқаттылыққа арналған медициналық көмек көрсетудің біріктірілген моделін енгізілген [6,7].

Бүгінгі таңда әрбір бағыт бойынша қызметтердің тұтас циклі көрсетіледі: сырқаттылықтың алдын-алуы, емдеу шаралары, оның ішінде, сауықтыру, диспансерлік бақылау, медициналық және әлеуметтік қызметтер.

Облыстар, Астана және Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармаларының, республикалық және аймақтық медициналық ұйымдардың жұмыстарын үйлестіретін және медициналық қызмет көрсетудің біріктірілген моделін енгізу бойынша жол картасын жүзеге асыру шеңберінде шаралардың орындалуын қадағалайтын 5 координациялық кеңес құрылған.

Мидағы қан айналымның бұзылуының кездесу жиілігі кең ауқымда ауытқиды. Олардың арасында бас миының инфаркті 65-75 %, қан құйылуы (оның ішінде, субарахноидальді) - 15-20 %, өтпелі ми қан айналымының бұзылуының үлесіне ми қан айналымының бұзылуының 10-15 % тиесілі болады [8].

ҚР халқының 25-64 жас аралығындағы өлім деңгейі жекелеген себептерге байланысты Еуропа аймағында қол жеткен ең жақсы көрсеткіштерден бірнеше есе артық болып отыр. Мысалы, ҚР қан айналым жүйесінің ауруларынан 100 мың адамға шаққанда 207,2 адам өмірден өтеді (Францияда – 55,2), ми-тамырлық аурулардан – 120,5 (Швейцарияда – 7,9). Қан айналым ауруларының арасында алдын алуға болатын бірқатар себептер бар, олар аталған санаттар шеңберінде өлімнің 70 - 90 % жағдайын анықтайды. ҚР өлімге алып келу жағдайлары аурудың теңдес нозологиялық формаларымен салыстырғанда шет мемлекеттерде 10-12 жыл ерте орын алады. Өмірден ерте озудың себептерінің арасында медициналық технологиялардың мүмкіндіктерінің шектеулі болуы, олардың қол жетімділігінің төмен болуы, медициналық көмекке кеш жүгінуді атап көрсетуге болады. 2014 жылмен салыстырғанда 2015 жылы ауру көрсеткішінің ең жоғары артуы қан айналым жүйесінің аурулары бойынша - 8,5 % құраған [9, 10].

Тұрғындардың арасында өмірінде алғашқы рет сырқаттануы бойынша Орталық Қазақстанда 100 мың халыққа шаққанда 52410,7 құраған, оның ішінде, 1963,1 – қан айналым жүйесінің аурулары болған .

Қарағанды облысында 2015 жылы негізгі өлім себептерінің құрылымында бірінші орында қан айналым жүйесінің аурулары болған.

Қарағанды облысының тұрғындары арасында жалпы сырқаттану 2015 жылы 100 мың халыққа шаққанда 47801,0 құраған, оның ішінде, 768,4 жағдай қан айналым жүйесінің аурулары; өмірінде алғашқы рет ауруы – 100 мың халыққа шаққанда 50279,5 құраса, оның ішінде, 100 мың халыққа шаққанда 1729,5 қан тамыр жүйесінің аурулары болып табылады, ересек тұрғындардың жалпы сырқаттылығы 100 мың халыққа шаққанда 32962.6 құрады, оның ішінде, 305,3– қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққандар болатын.

Тұрғындар өлімінің жастары бойынша көрсеткіштерін талдау кезде, қан айналым жүйесінің аурулары салдарынан болған өлімнің жасару үрдісін байқауға болады. Өлімнің біршама артуы 20-59 жас аралығындағы жас тобында байқалады [11].

Тұжырым. Адам ағзасының бұзылған қызметтерін қалпына келтіру және өмір сүруді дұрыстау көптеген факторларға тәуелді болады. Олардың ішінде, ең маңыздылары науқастың жүрек ауруының болуы (жыбырлақ ырғақсыздық, жүрек кемістігі), ми затының бұзылуының ауырлығы (таралуы, шоғырлануы), қант диабеті, басқа да қосалқы аурулар болып табылады.

Жалпы алғанда, инсульт алғаннан кейін 1 ай уақыт ішінде науқастардың 35% өмірден өтеді, оның жартысынан астамы миына қан құйылған науқастар және 20% ми инфарктімен ауыратындар. Инсульт алғаннан кейін 1 жыл уақыт ішінде 50% науқас қайтыс болады. Инсульттің қайталану жиілігі жылына 20% құрайды [12].

Сонымен қатар, инсульт алған науқастар арасында көпшілігі күнделікті өмір салтына қайта оралады. Көп жағдайда бұл олардың жойылған функцияларды қалпына келтіру ниетіне және табандылығына байланысты болады. Инсульт салдары бар емделушілерді сауықтыру тәжірибесі бұзылған қызметтерді қалпына келтіру барысында отбасының, туғандары мен туыстарының рөлі жоғары екенін көрсетіп отыр. Инсульт алғаннан кейінгі алғашқы жылдың соңына қарай науқастардың 60% жуығы бөгде адамдардың көмегін қажет етпейді, толықтай өздеріне өздері қызмет көрсетеді, үйдегі кішігірім шаруаларды атқара алады; 20% - тек күрделі әрекеттерде ғана көмекті қажет етеді (мысалы, ваннаны пайдалану); 15% - айналасындағы адамдарға неғұрлым тәуелді болады және тек 5% ғана тұрмыста толықтай шарасыз және тұрақты күтімді қажет етеді. Еңбекке қабілетті жастағы науқастардың 20% жуығы өз жұмыстарына қайта орала алады [13-17].

Қорытынды. Жоғарыда айтылған фактілер мидың қан тамыры патологиясы мәселесінің жоғары әлеуметтік маңызы бар екенін көрсетеді әрі мемлекет тарапынан болсын және әрбір маман тарапынан болсын «XXI ғасыр індетімен» тиімді және жылдам күресуге күш жұмсауды қажет етеді.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Еркебаева С.К., Нургожаев Е.С., Гафуров Б.Г., Жаркинбаева Н.А., Абасова Г.Б. //Эпидемиологические и климатогеографические факторы риска церебрального инсульта в ЮКО // Журнал неврологии и психиатрии. - 2013.-№3. - С. 3-8.
2. Аманжолова З.Д., Каменова С.У., Нетесова О.Г., и др. Результаты первого регистра мозгового инсульта в г.Алматы // Материалы 5-ой ежегодной межд. науч.-практ. конф. «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения». -Алматы, 2016. - С.16-19.
3. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics - 2008 update. Dallas: American Heart Association, 2008.
4. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, et al. Stroke epidemiology: a re-view of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol* 2003;2:43-53.
5. Gensini GF, Dilaghi B, Zaninelli A. Italian SPREAD guidelines: from past to future. *Neurol Sci* 2006;27:Suppl 3: S254-7.
6. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы//Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».
7. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность медицинских организации в 2015году: статистический сборник.-Астана:Мединфо, 2015 г.- 43 с.
8. Абдиқаримова Г.Ч., Файзуллина К.М., Ожикенова А.К. о роли скрининга на раннее выявление болезней системы кровообращения; сб.докл. межд.конф., посв. 35—ю Алма-Атинской Декларации ПМСП.- Алматы. 2013.- С. 4.
9. Токмурзиева Г.Ж. Концептуальные и методологические основы формирования и реализации целевых программ оздоровления населения в системе общественного здравоохранения Республики Казахстан: дис.док.мед.наук.-Алматы:ВШОЗ. 2008.-186 С.

10. Турдалиева Б.С., Тулебаев К.А., Джангозина М.С., Шоланова Г.Е. профилактика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. - Алматы, 2015.- 66с.

11. Алексеева Г.С. Изучение эффективности различных схем вторичной профилактики инсульта у больных со стенозами сонных артерий до 70%, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - 2006, - С. 15-23.

12. Пазылбеков Т.Т. Клинико-эпидемиологические особенности мозгового инсульта в городской популяции (на примере г.Шымкента): авторефер. ... канд.мед.наук: 14.00.13.- Алматы: КНМА им. С.Асфандиярова, 2007.- 19 с.

13. Жусупова А.С. Инсульт-глобальная проблема отечественной неврологии//. Журнал Человек и лекарство-Казахстан.- 2016. - № 3. - С. 6-9.

14. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник. М.: ООО «Бином-Пресс», 2008. 512 с.

15. Суслина З. А. Проблемы лечения ишемического инсульта - 1996. Клинич. фармакология и терапия. 1996 Т.5. №4. С. 80-83.

16. Суслина З.А., Танаян М.М., Ионова В.Г. Ишемический инсульт: кровь, сосудистая стенка, анти тромботическая терапия. - М.: Медицинская книга, 2005.

17. Белкин А.А., Волкова Л.И., Лейдерман И.Н. Инсульт: Клинико- организационное руководство по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (профилактика, диагностика, лечение) на догоспитальном и госпитальном этапах. Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2006.

РЕЗЮМЕ

**КЕНЖЕБЕКОВ К.М.¹, САДУАКАСОВ Т.М.², ШАЙХАТТАРОВА У.С.⁴,
КУЛОВ Д.Б.¹, СЕРГАЛИЕВ Т.С.¹, ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д.¹, АБДРАХМАНОВ К.Т.³**

¹Қарағандинский Государственный Медицинский Университет

²РГП на ПХВ «Қарағандинский областной центр крови»

³Қарағандинский областной психоневрологический диспансер

⁴Қазақско-Түреқкий Международный Университет имени Ахмеда-Яссауи.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ИНСУЛЬТА В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Заболевания сосудов головного мозга продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой современного общества, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, причиной первичной инвалидности. Согласно официальным данным, основную долю неврологических заболеваний РК составляет инсульт (52%). Заболеваемость инсультом в Казахстане в 2015 году составила 219,7 на 100 тыс. населения, а стационарная летальность была равна 13.

Ключевые слова: инсульт, поликлиника, население, возраст, стационар.

SUMMARY

MEDICO-SOCIAL PROBLEMS OF ACUTE STROKE IN THE KARAGANDA REGION

Kenzhebekov K.M.¹, Saduakasov T.M.², Shayhattarova U.S.⁴, Kulov D.¹. m.d.,, Sergaliev TS¹ c.m.s.,,

Dzhaketaeva Sh.D.¹, Abdрахmanov K.T.³. c. m.s

¹Karaganda State Medical University

²Karaganda regional blood center

³Karaganda Regional Psychoneurological Dispensary

⁴Kazakh-Turkish International University named after Ahmed-Yassau.

The diseases of vessels of cerebrum continue to remain the major medical-social problem of modern society, that it contingently their high stake in the structure of morbidity and death rate of population, by reason of primary disability. According to official figures, the basic stake of neurological diseases of PK is made by a stroke (52%). Morbidity by a stroke in Kazakhstan in 2015 219,7 made on a 100 thousand population, and stationary lethality was equal to 13.

Key words: stroke, polyclinic, population, age, hospital



ПАТОЛОГИЯЛЫҚ КЛИМАКСТЫҢ ДАМУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Патологиялық климактерийдің жиілігі жылдан жылға өсіп, 30-60 жетіп отыр. Климактерикалық синдромның әр-түрлі белгілері басқа дәрігер мамандарының қатысуын талап етеді. Осы аурулардың, әсіресе ауыр түрімен ауыратындардың, емдеуі қазіргі уақытта бірнеше қиындықтар тудырады.

Кілтті сөздер: климакс, менопауза, патология.

Заманауи көзқарастағы түсінік бойынша климактерий бұл-генеративті және етеккір қызметінің тоқтауымен жүретін жыныс жүйесінің инволюциясымен сипатталатын әйел өміріндегі физиологиялық кезең. Климактерий жалпы жастық өзгерістердің фондындағы өзгерістермен сипатталады. Әйелдердің көпшілігінде климактерий айқын патологиялық көріністерсіз жүреді, және етеккір қызметінің тежелуі біртіндеп етеккірлік бөліністердің ырғағы мен қарқындылығының баяулап өзгеруімен соңынан менопаузаның басталуымен өтеді. Климактерийдің бұл ағымы- физиологиялық болып табылады.

Физиологиялық ағымды климактерий етеккір қызметтің климактериялық өзгерісінің екі сатысымен және менопауза кезеңімен сипатталады. Патологиялық климактерий түсінігіне бұл кезеңнің екі асқынуы- климактериялық қан кету және климактериялық синдром кіреді. Климактериялық қан кетулер дамуының патологиялық көріністері басым әйел жыныс мүшесі жағынан пайда болады, ал климактериялық синдром патологиялық симпатокомплекс ретінде жүйкелік-психикалық, вазомоторлы, эндориндік және алмасу бұзылыстарымен дамиды.

Маңыздылығы: Климактериялық синдромның жиілігі 26-48 % құрайды. Соңғы жылдары патологиялық климактериялық кезеңнің жиілігі артып, түрлі авторлардың мәліметі бойынша 30-60 % жетеді.

Екінші теорияға сәйкес артериалдық гипертензия аурудың жиіленуі, семіздік, климактериялық невроз-гипоталамус орталығындағы жастық өзгерістердің нәтижесімен байланысты.

КС дамуында гонадотропты гормондардың деңгейінің жоғарылауы мен аналық безден жыныс гормондарының түзілуінің тежелуімен түсіндіру зерттеулері жүргізілді. Алайда Н.Канасугі және басқа да авторлар репродуктивті жүйедегі өзгерістер КС дамуында маңызды қызмет атқармайтынын және жыныс гормондарының түзілуінің төмендеуі мен гонадотропин мөлшерінің жоғарылауы асқынбаған ағымды климактерийде көрініс беретінін, аналық бездің қызметін хирургиялық әдіспен сөндірген кезде де патологиялық синдром дамымайтынын дәлелдеді.

Көптеген зерттеулер вегетативті жүйке жүйесінің климактериялық синдромның дамуындағы орны анықтауға арналған. Осылайша «құйылулардың» дамуы пароксизмалды вегетативті симпатикотониялық көрініс ретінде мойынның симпатикалық жүйкесі аймағындағы ошақты қызаруымен байланысты.

Заманауи концепция климактериялық синдромның дамуында аралық мидың жасқа байланысты өзгерістеріне назар аударады. Бұл тұжырымды алғаш 1949 жылы В.Г.Бранов және В.М.Дильман айтты. Олардың айтуынша климактериялық синдром кезінде гипоталамикалық орталықтың қозуының жоғарылауы жеке емес, жүйке жүйесінің жалпы жасқа байланысты өзгерісіне байланысты дамиды.

Климактериялық синдромның дамуында бас миының қыртысының да үлкен рөлі бар. Себебі клиникалық тәжірибеден климактериялық синдромның ауыр көріністері көбінесе психикалық жарақаттан кейін байқалатыны анықталған.

Осы клиничко-физиологиялық зерттеулердің көмегімен климактериялық синдромы бар әйелдерде орталық жүйке жүйесінің функциональдық жағдайының бұзылыстары анықталды. Бұл бұзылыстарға тамырлық реакциялардың сезімталдығы, жалпы қыртыстық тонустың төмендеуі, ішкі тежелудің әлсізденуі және жүйке үрдісінің инерттілігі тән.

Климактериялық синдромы бар әйелдердің миының биоэлектрлік белсенділігі жайылмалы сипатта болуы, ырғақтар мен басқада баяу толқындарды қабылдау реакцияларының төмендеуі немесе болмауы қыртыстық үрдістердің өтуінің төмендеуін, қыртыс асты құрылымдардың қызметінің өзгерісін (диэнцефалды аймақ, ми бағанының ретикулярлық жүйесі) көрсетеді.

Бұдан басқа, климактериялық синдромы бар әйелдерде бас ми қыртысы мен одан төмен орналасқан жүйке құрылымдарының арасындағы физиологиялық қарым-қатынастың бұзылуы байқалады.

Климактериялық синдром мультифакторлы ауру болып табылады. Климактериялық синдромның дамуында тұқымқуалаушылық пен қоршаған орта факторлары, сонымен қатар климактерий кезеңінде көрініс беретін соматикалық жағдайлардың да орны бар.

Өтпелі кезеңдегі жағымсыз факторлардың әсері бұл- гипоталамус орталығындағы патологиядан туындаған вегетативті- гуморалды- гормоналды жүйенің жастық қайта құрылуындағы тек шешуші кезең болып табылады.

КС бар әйелдердің миындағы электрлік белсенділіктің сипаты физиологиялық ағымдағы климактерийден ерекшеленеді. Негізгі ерекшелігі ЭЭГ дегі жиі негізгі тұрақты ырғақтың болмауы яғни дизритмді түрі.

Билатералды разрядтардың баяу және жылдам белсенділігі және гиперсинхронды моногритмді ЭЭГ-нің болуы Н.М.Ткаченко-ға КС бар әйелдер миындағы электрогенез үрдістерінде негізгі орны ОЖЖ қызметіндегі жастық өзгерістер емес, ОЖЖ-ның кез келген деңгейіндегі әртүрлі патологиялық үрдістердің әсер ететіндігін анықтауға мүмкіндік берді.

Климактериялық синдром мультифакторлы ауру болып табылады. Климактериялық синдромның дамуында тұқымқуалаушылық пен қоршаған орта факторлары, сонымен қатар климактерий кезеңінде көрініс беретін соматикалық жағдайлардың да орны бар.

Мидың әртүрлі құрылымындағы функционалды ауытқулардың тепе-теңдігінің бұзылысы орталық ішкі қарым-қатынастың бұзылуына алып келеді.

КС мен ауыратын науқастарға жасалған функционалды сынамалар кезінде тамырлық тыныс алуы және температуралық ауытқуда гипо- және ареативтілік, асимметриялық кейде бұрмаланған сипатты реакциялар анықталады, ол бір-бірімен байланысты терморегуляторлық, вазорегуляторлық аппараттар мен респираторлық бақылау механизмнің дисфункциясын көрсетті. КС мен ауыратын науқастардың барлығында лимбико-ретиккулярлы кешен оның ішінде кардиоваскулярлы, респираторлы және температуралық ауытқу мен эмоционалды реакцияның әр түрлі типтегі өзгерістерінің координациясы жауап беруші гипоталамустық құрылымның белсенділігінің бұзылысын анықтады, ол симпатикалық парасимпатикалық баланс бұзылыстарымен айқындалады. Гипоталамустың ОЖЖ ның басқа құрылымдарымен құрылымдық-функционалды байланысы көптүрлі кардиореспираторлы және психоэмоционалды бұзылыстармен байланысты.

Л.М.Ильина КС бар әйелдерде тітіркендіргіштерге вегетативты реакция, эмоционалды –тәртіптік реакциялардың және реакцияларға дұрыс жауап берудің жоқтығын анықтады. Реакцияның 3 түрі анықталды: біріншісі-айқын симпатико-адреналды, екіншісі- симпатико-адреналды немесе вагоинсулярлы реакция, үшіншісі—екі жақты вегетативті жүйке жүйесі бөлімдерінің инерттілігі немесе ареативтілігі.

КС бар әйелдердегі нейроэндокринді жүйенің реакциялары физиологиялық климактерийден ерекшелінеді. КС бар науқастардың ауыр және орташа түрлерінде қанда АКТГ деңгейінің жоғарылауы анықталады. ТТГ деңгейінің жоғарылау дәрежесі мен КС ауырлығының арасында нақты байланыс дәлелденді.

КС 20%-да гиперпролактинемия анықталды. ВСГ мен ЛГ деңгейінің жоғарылауы аналық бездің жасқа байланысты төмендеуі мен хирургиялық жолмен анабез қызметінің тоқтатылуының универсалды реакциясы болғанымен КС кезінде ЛГ/ФСГ арақатынасында нақты өзгерістер анықталды.

Нейроэндокринді жүйе қызметі «құйылу» кезінде ЛГ, АКТГ, ТТГ деңгейінің жоғарлауымен сипатталады. «Құйылу» кезінде ФСГ мен пролактин деңгейі өзгермейді. Алайда егер құйылу кезінде тиреоидты гормондар деңгейі өзгермесе, бүйрекүсті безінде глюкокортикоидтар мен минералокортикоидтардың қызметі айқын жоғарылайды.

Құйылу дегеніміз ОЖЖ-нің люлиберин, тиролиберин, кортиколиберин және тағы басқа нейромедиаторлар мен нейропептидтердің өңделуі мен ағыммен босап шығуына, тропты гормондардың бөлінуін реттеуге қатысатын, кардиоваскулярлы, тыныстық, терморегуляторлы және психоэмоционалды қызметтерді реттейтін орталық механизмнің бұзылысының нәтижесі.

Климактерийлік ағымның ерекшелігі ОЖЖ әртүрлі бөліміндегі функционалды жағдайға байланысты. Кейде 45-50 жастан жоғары әйелдердегі климактерийлік синдромның ерекшелігі оның гипертониялық аурулармен, атеросклерозбен қосарлануы анықталады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Сметник В. П., В.И.Кулаков. *Руководство по климактерию: Руководство для врачей. М., Медицинское информативное агенство, 2001-685 с.*

2. Шапаваленко С.А., Подрезова Л.А., Черейская Н.К. *Клинические аспекты реабилитации женщин в перименопаузальном периоде // Клиническая медицина. -1999.-№7.-с. 27-30*

3. Berg G Hammar M *The Modern Management of the Menopause. A Perspective for the 21 st Century .The Proceedings of the VII International*

4. *Руководство по эндокринной гинекологии // Под ред, Вихляевой Е.М.-Медицинское информативное агенство 1997.-768 с., илл.*

5. *Неооперативная гинекология Под ред. В.И.Бодяжиной, В.П.Сметник, Л.Г.Тумилови. -М., 1990-544 с.*

6. Балан В.Е. *Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия) Автореф. ..дис. докт. мед. наук. -М., -1998. 48 с.*

РЕЗЮМЕ

МАМЫРБЕКОВА С.У

Кафедра акушерства - гинекологии МКТУ им.Х.А. Ясави, г.Шымкент

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ

Особенности течения климактерия в значительной степени зависят от функционального состояния различных отделов ЦНС, чем соответственно объясняются многообразия клинической картины, проявление же клиники до 40 лет, патогенитический связано не с климатерием, а первичными дезцефальными нарушениями.

Дополнительное требуемое обследование и лечение тяжелого КМС посей день остается неразрешенной задачей.

Частота патологического климактерия с каждым годом растет и достигает 30-60 %. Преобладание одного из симптомов климактерического синдрома требует в лечебный процесс вмешательства других специалистов. Это создает определенные трудности при проведении лечения особенно у пациентов при тяжелых формах заболевания.

Ключевые слова: климакс, менопауза, патология.

SUMMARY

MAMYRBEKOVA S.U.

Department of Obstetrics and Gynecology IKTU named by K.A. YASSAWI, Shymkent.

PECULIARITIES OF CLIMACTERIA

The frequency of pathologic climacteric syndrome increased to 30 % - 60 %. Various manifestations of climacteric syndrome needs for different specialists. Nowadays the treatment of this syndrome , especially grave (serious) forms has some difficulties.

Key words: climax, menopause, pathology.



ӘОЖ 618.7:616.008.4

**¹ЖАПАР М.А., ¹САРКУЛОВА И.С., ²ИЗМАГАНБЕТОВА А.У.,
²КАЛДЫБЕКОВА Н.И., ²БЛАШЕВА Г.Т., ²БАРХЫБАЕВА Н.А.**

¹Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты Шымкент қаласы
²«Авиценна» медициналық колледжі , Шымкент қаласы

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ДЕПРЕССИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР

Түйін

Мақалада босанғаннан кейінгі кезеңде депрессиялық бұзылыстары туралы әдеби деректерге талдау жасалынған. Босанудан кейінгі күйзеліске ұшыраған әйелдердің жағдайын психиатр және акушер - гинеколог бірлесіп қарауы өте маңызды. Осы патологияның алдын алудың бір жақты сипаты болуы мүмкін емес. Жүктілік кезінде соматикалық аурулардың асқынуымен орталық жүйке жүйкесінің аурулары кездесетіндігін ескерген жөн.

Кілтті сөздері: босанғаннан кейінгі депрессия, босанғаннан кейінгі психоз, психиатрия, психикалық бұзылулар, суицид.

Кіріспе. Депрессиялық бұзылулар заманауи психиатрия мәселеері арасында бірінші орынды алады. ДДҰ (2000) және Психикалық денсаулығының ұлттық институты (Depression Guideline Panel, 1993) деректері бойынша, әйелдердің 25% -ына дейін және ерлердің 7-12% өмірінде кемінде бір рет ерекше депрессиялық эпизодқа ұшыраған. Қазіргі уақытта халықтың депрессиясының таралуы 3-тен 6% -ға дейін,

ал депрессиялық бұзылулардың таралуы 1% -ды құрайды. Мұның себебі - тек әйелдердің әлеуметтік-психологиялық және отбасылық мәселелердің болуы (кәсіптік және тұрмыстық кемсітушілік, жалғыздық, бедеулік, ажырасу, балалардағы және ата-аналардағы мәселелер және т.б.), айқындылықты жақсарту, менструалды-генеративті функциямен эмоцияналдық жағдайға байланысты. Депрессия өз-өзіне қол жұмсау қаупін арттырады және басқа аурулардың ауырлығын арттырады [1,8-11]. Жүктілік және босанған әйелдерге байланысты депрессия жеке тәуелсіз санатта анықталады.

Менструальдық цикл мен репродуктивтік функциямен байланысты депрессия, әйелде постменопауза кезінде, пубертатты, предменструальды, жүктілік, босанғаннан кейінгі кезеңдерде, сондай-ақ физиологиялық және жасанды менопаузада көрінуі және асқынуы мүмкін [5, 12-14]. Босанғаннан кейінгі кезеңде, жүкті әйелдің, кейін акушер-гинекологтың және жалпы тәжірибедегі дәрігердің (ЖТД) бақылауындағы босанған әйелдердің депрессиялық бұзылыстарының жиілігін ескере отырып, олар бұл мәселені біліп, психиатриялық мамандықтардың дәрігерлерімен өзара әрекеттесуі керек.

Анықтама. Депрессия - көпке созылмайтын, бірақ созылып кетсе невроз немесе психоздың бастауына айналатын түнілу мен пессимизм арқылы бейнеленетін көңіл-күй жағдайы [1, 15]. Босанғаннан кейінгі кезеңде депрессияның қалыптасуына босанғаннан кейінгі кезеңнің физиологиялық ерекшеліктері тікелей байланысты болды: әйелдер жыныс гормондары мен қалқанша без гормондары деңгейінің жылдам төмендеуі, қан айналымы көлемінің төмендеуі, метаболизмнің өзгеруі. Босанғаннан кейінгі депрессияның объективті себептері бар: акушерлік-гинекологиялық және эндокриндік патология, босану кезіндегі ауыруы, олардың стресстік қабылдау, кесар тілігі, босанғаннан кейінгі асқынулар, емшек сүтімен емізудің мәселесі, созылмалы ұйқының болмауы, келбеті мен жыныстық қатынастарының өзгеруі, қолдаудың болмауы және отбасындағы финанстық тәуелділік, жұмысының бұзылуы.

Босанғаннан кейінгі депрессияның клиникасы. Босанғаннан кейінгі депрессия 2-ден 6-шы айындағы депрессиялық эпизодтың өздігінен қалыптасуымен сипатталады [6, 20]. АХЖ-10-да депрессиялық эпизод өлшемдері негізгі және қосымша болып бөлінеді [18]. Классикалық депрессиялық үштігі 3 негізгі белгілерді қамтиды.

Біріншісі - пациенттің әдетте салыстырғанда, күнделікті болатын көңіл-күйдің төмендеуі, күннің басым бөлігін және жағдайға қарамастан кемінде 2 апта бойы созылады. Бұл меланхолия, депрессия, қайғы, баяу сөйлеумен сипатталады. Екінші топта жағымды эмоцияларға, өмірге деген қызығушылық, қуаныш сезімін жоғалтуға, жол бермеуге байланысты іс-әрекеттерден қызығушылықтар мен рахаттанудың нақты төмендеуі болады.

Тріктеудің үшінші тобы энергияның азаюы және шаршау, сабырсыздық, ступорға дейін қозғалуды қаламайды [1, 8, 10, 15, 21]. Сонымен қатар, жағдайды түсіну қиындықтарына көңіл аудару қабілетінің төмендеуі мүмкін; өзін-өзі бағалау мен сенімсіздік сезімі; кінәлі сезіну (тіпті жұмсақ депрессиямен де); келешектің моральдық және пессимистік көзқарасы; өзін-өзі зақымдау немесе суицидке қатысты идеялар немесе әрекеттер; ұйқының, тәбеттің бұзылуы кездеседі. Депрессиялық жағдай таңертеңгі кезеңдерде әлдеқайда ауыр болады. Диагнозды анықтау үшін кем дегенде екі негізгі және төрт қосымша белгілер болуы керек [1, 10, 15, 21]. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі клиникалық депрессия, әдетте, әртүрлі ауырлықтағы «негізгі депрессия» құрылымына сәйкес келеді [3, 4, 22].

Көбінесе, депрессияда соматикалық шағымдар басым болады. Ең алдымен, ұйқысыздық, салмақ жоғалту немесе қосу, іш қату, ауыру түрлі аймақта, жыныстық тілегінің төмендеуі, тахикардия, қан қысымының жоғарылауы, шаш жоғалуына, тырнақтарының тез сыныуы, құрғақ теріні және басқа да белгілері [1, 11, 15, 23, 24] төмендеді. Босанғаннан кейінгі кезеңде депрессия клиникалық көрінісі - әйелдердің қызығушылығы азаюы: балаларға, күйеуіне, ата-аналар, достарына. Сондай-ақ, бірінші кезекте айналасындағыларға бағытталған апатия түрінде, психикалық анестезия құбылыс тән.

Жаңа туған нәресте мен анасы өзара әрекеттесудің бұзылуынан ең көп зардап шегеді. Классикалық депрессиялық триадаға сәйкес анасы баласына бей-жай көңілсіз қарайды, баланы, немесе, керісінше, оған қамқорлық қажеттілігінен тітіркенуі сезінеді. Босанғаннан кейінгі кезеңде түңілген аналар жаңа туған нәрестені емізудің бұзылуынан салмағы азаяды және жиі қатты ауырады. Кейде өз-өзіне қол жұмсайтын ойлар және / немесе балаға зиян келтіретін қорқыныш қосылады. Кейбір жағдайларда, әсіресе психологиялық қолдау және материалдық көмек көрсету болмаған кезде босанғаннан кейінгі кезеңде өзіне қол жұмсау әрекеті немесе өзін-өзі өлтіру кездеседі (балалар мен тіпті басқа балалармен бірге) [5, 12, 16]. Депрессивті бұзылуы шығу тегі алуан түрлі болуы мүмкін. 10-12 күн, әдетте, сыртқы себепсіз эндогенді депрессия шабуыл, шизофрения, эпилепсия, маниакальды-депрессиялық психоз жүреді. [6, 12, 25]. [6, 12, 25] Эндогенді депрессияның клиникалық көрінісі: классикалық (триада), мазасыздық (нәрестелердің денсаулығы мен лактация тоқтату туралы алаңдаушылық, бала күтіміне қорқыныш), атипті (ангедония). Невротикалық депрессия босануға дейін пайда болады (мысалы, стресс, босану қорқыныш сияқты) немесе босанғаннан кейін (- отбасы мен балаға байланысты шығындар мен залалдар). Оның клиникалық сурет астенодепрессиялық және мазасыз-депрессиялық синдромдар [12, 20] басым.

Босанғаннан кейінгі психоз. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі ауыр депрессия жағдайында олардың босанғаннан кейінгі психозға айналуы мүмкін: бір мезгілде депрессиялық маниакальды синдромы пайда болады. Нағыз қауіп-қатер болып табылатын жаңа туған нәрестеге зиян келтіргісі келеді.

Босанғаннан кейінгі психоздың пайда болу механизмі 3 нұсқаға бөлінеді. Токсико-инфекциялық босанғаннан кейінгі психоз экзогендік болып табылады. Оның дамуы септикалық жағдайдың (жоғары дене температурасы, интоксикация, эндомиетрит) аясында босанғаннан кейінгі 2-ден 12 күннен кейін жүреді және іс жүзінде психикалық ауру емес болады. Уақтылы антибактериалды және детоксикациялы терапияны жүргізу симптомдардың кері дамуына әкеледі [26]. Екінші нұсқа эндогенді ақыл-ой ауруы (шизофрения, манико-депрессиялық психоз) көрінісі болып табылатын босанған босанғаннан кейінгі психоз болып табылады. Босанғаннан кейінгі кезеңде психоздың қалыптасуы алдын-ала психопатологияның отбасылық тарихы бар жүкті әйелде эндогендік депрессияға ұшырауы мүмкін. Үшінші нұсқа бұрын диагностикаланған психикалық аурудың өршуін білдіреді [12, 15]. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі психоздың клиникалық көрінісінде шатастырылған сананың, толқудың, агрессиялықтың, қашуға деген ықыласы тән. Сондай-ақ, психотикалық симптомдар бар - алдау немесе галлюцинация (жиі депрессиялық делирия, кінәні бұрмалау, гипохондриалық немесе нигилистикалық мазмұн). Ауытқулар, депрессиялық дамудың дамуы, нәрестеге зиян келтіретін белгілі эпизодтар бар. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі психоздар өткір маниакальдық немесе депрессия жағдайында пайда болуы мүмкін [12, 15, 26]. Кейде сырттан барабар мінез-құлықпен әйел дәрігерге, қызметкерлерге, палатадағы көршілеріне, туыстарына сенімсіздік білдіріп, тамақтанудан бас тартады және ауруханадан дереу кетуді талап етеді (12).

Босанғаннан кейінгі депрессиялық бұзылыстардың диагностикасы. Босануға байланысты депрессивтік ауытқушылық дамуы [5, 24, 25] аурудың психикалық сипатына мән бермей, әйел мен оның отбасының жағдайының нашарлауына әкеледі. Жалпы тәжіриелі дәрігерлері мен терапевтері, әсіресе атипті немесе соматикалық көріністері бар депрессияға ұшырағандарды кеш анықтайды. Акушер-гинекологтар босанғаннан кейінгі кезеңдегі депрессияны немесе психозды анықтайды. Депрессия немесе психикалық ауру отбасы тарихынан кездеседі, ауыр «етеккір» синдромы, депрессия немесе психикалық ауру, преморбидты кезең (мазасыздық, инфантилизм, және т.б.), қалқанша безінің төмен қызметі: Босанғаннан кейінгі тарихында босанғаннан кейінгі кезеңде депрессия дамуына бейім көрсетеді деректерді анықтау алдыңғы жүктілік, алкогольді пайдалану, нашақорлық, жалғыздық, әлеуметтік қорғау болмауы болып табылады [6, 12,15, 24, 27].

Клиникалық деректерді объективтеу үшін психометриялық масштабтар пайдаланылады, олардың арасында дәрігерлерге психиатриялық емес мамандықтар үшін ыңғайлы. Еуропалық клиникалық практикада босанғаннан кейінгі депрессияның Эдинбург шкаласымен (EPDS) босанғаннан кейінгі депрессияны тесттен өткізеді. Босанғаннан кейінгі депрессияны «аналық қайғы синдромы» деп атауға болады, дегенмен «босанғандардың қайғылы синдромы» термині дұрыс стресс жағдайында қайғыға ұшыраған патологиялық емес жауапты болады. Ауруханадағы әйелдердің 50% -ы туғаннан кейін қайғылы сезінеді - бұл қалыпты реакция ретінде қарастырылады. Шетел әдебиетін талдау кезінде «босанғаннан кейінгі блюздер» ерекшеленеді, олардың белгілері туу күнінен кейінгі алғашқы күндерде әйелдердің 80% -ында байқалып, 5-ші күні ең жоғары көрсеткішке жетеді. Ол эмоционалдық тұрақсыздықты, көңіл-күйдің ауытқуын, шаршаудың жоғарылауын, ұйқысыздықты білдіреді, нормадан ауытқу арқылы есептелмейді және өздігінен инвукцияға ұшырайды [20]. «Ана қайғы синдромы» бар әйелдің күйі гормоналды фонды тұрақтандырумен және отбасы мен достардың моральдық қолдауымен жетілдіріледі [7, 26, 29]. Бұрын болған ауыр жарақат тынығу кезінде емделусіз, қамқорлық және туыстардың қатысуымен тоқтатылған патологиялық емес қайғы реакциясының дамуына әкелуі мүмкін [12, 27].

Емі. Егер босанғаннан кейін 2-3 аптада депрессия белгілері пайда болса, медициналық көмек қажет. Дәрі-дәрмекті емдеудегі басты рөлді жақын адамдарға эмоциялық және физикалық қолдау, отбасылық кеңес беру және психотерапия болып табылады. Қазіргі кезеңде отбасылық кеңес берудегі негізгі рөл жалпы тәжірибелі дәрігеріне, ал психотерапия - маманның айрықша құзіретінде болады. Жалпы тәжірибе дәрігері әйелдер консультациясы мен психиатрдың акушер-гинекологымен бірлесіп жұмыс істеуге тиіс. Баланың отбасында пайда болуы дамудың маңызды кезеңі, оны жаңа жағдайларға бейімдеу. Босанған әйелде босанғаннан кейінгі депрессияның қалыптасуы отбасылық дәрігердің көмегіне мұқтаж болған дағдарыс жағдайын тудырады [30]. Босанғаннан кейінгі депрессия кезінде босанғаннан кейінгі депрессия дамуына әкелетін әйел факторлардың немесе эмоционалдық күйлер, қорқыныш, уайым, ерте жүктілік отбасына қажетті қолданыстағы ерекшеліктеріне қарап, психикалық тұрғыдан жұмыс жасау қажет. Әйелдердің әлеуметтік және материалдық-тұрмыстық жағдайлары, туыстары аурудың ерекшеліктері мен себептерін түсіндіру, эмоционалды және физикалық жайлылығын арттыру әйел үшін жағдай жасау бойынша кеңес беру керек[13]. Дәрігер науқас пен оның туыстарымен өзара түсіністікке жету керек, олар үшін рақымдылық танытуы және икемді болуы керек. Жалпы тәжірибе дәрігеріне мазасыздану, стресс, жалғыздықтан және ағымдағы мәселелер бойынша оның кеңес бере отырып, жеңе көмектесу үшін пациентке, қолдау психотерапия элементтерін пайдалану қажет[30]. Консультациялар барысында сіз

онымен және оның отбасымен байланысты түсіндіру және кеңесу модельдер толықтырылуы тиіс [30]. Аудандық медицина қызметкерлері үйге жүйелі түрде бару әйелге өздерін қауіпсіз сезінуге, қауіпсіздікті сезінуге мүмкіндік береді. Депрессиялық бұзылыстар кезіндегі психотерапия жеңіл емдеуге негіз болып табылады, әсіресе науқастар дәріге қарсы болған кезде. Негізгі курс аяқталғаннан кейін қолдау психотерапиясы қолданылады [30]. Егер жағдай 6-8 аптадан кейін психотерапия аясында немесе 12 аптадан кейін нашарласа, нәтиже толық болмаса антидепрессанттар тағайындалады. Депрессияның айқын клиникалық көрінісімен болса дәрі дереу тағайындайды [1, 12, 15, 25]. Соңғы онжылдықта антидепрессанттарға көптеген зерттеулер жүргізу ұрық пен жаңа туған нәрестеге әсерін түсінуді кеңейтеді [13, 25,]. Антидепрессант "ана сүтімен / CDR / 95 11 «, [26] емшек емізуді және дәрі-дәрмек қолдану" құжаттау ДДҰ пайдаланылуы тиіс. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі депрессиямен антидепрессанттарды тағайындау баланы жасанды тамақтандыруға беру арқылы жеңілдетіледі. Депрессияда медициналық емдеу туралы шешім қабылдау, қалыптыда босанғаннан кейін емшек емізу әйелдерге азық-түлік пен дәрі-дәрмекті бақылау мұқият назарға алу керек. (FDA) АҚШ Федералдық агенттігінің деректерін ескере отырып, барлығын «иә» мен «жоқ» есептеу керек. Антидепрессанттарда психостимулятор, тумоаналептикалық, анхиолитті, гипнозды, седативті, антифобиялық әсерлері бар. Депрессияның соматикалық симптомдары бар босанғандар үшін маңызды холинолитикалық әсер етеді. Ұзақ мерзімді емдеуден кейін антидепрессант дәрі-дәрмектерді шұғыл тоқтату теріс кету синдромына әкелуі мүмкін. Қайталанудың алдын алу үшін антидепрессанттарға 6-12 ай қажет. Кейде депрессиялық бұзылуы бар кезінде: мазасыз, психомоторлы қозу немесе тежелу, психоз, анорексия, мания, өздеріне немесе бала зиян келтіруі ниеті оғанда психиатриялық стационарда көмек көрсетеді [2, 11, 15]. Төтенше көмек көрсету үшін бақылаусыз мазасы депрессия немесе күйініп психомоторлы қозу, 25-75 мг левомепромазин (Tisercinum) / және Амитриптилин қан қысымы бақылауында 20-40 мг / м немесе / баяу енгізу керек. Босанғаннан кейінгі депрессияның ұзақтығы бірнеше айдан бір жылға дейін.

Босанғаннан кейінгі психозбен ауыратын акушер-гинеколог дәрігерлердің тактикасы клиникалық жағдайға байланысты.

Босанғаннан кейінгі депрессияның профилактикасы. Босанғаннан кейінгі депрессияның алдын алуы біріншілік және екіншілік болып бөлінеді. Біріншілік алдын алуға жүкті және босанғаннан кейінгі ықтимал қауіп факторларын анықтау кіреді. Акушер-гинеколог мұқият [13] ұтымды тамақтануды, босану үшін психо-профилактикалық дайындықты жүргізуді, тұқымқуалаушылық және әлеуметтік жағдайды анықтап, әйелдің өмір тарихын зерделеуді мұқият жүзеге асырауы керек. Екіншілік алдын алу егер анамнезінде депрессия бұзылыстар болса жалпы тәжірибелі дәрігерлер арқылы жүзеге асырылады. Емдеу тәсілін, дәрілермен емделу уақытын таңдау оңай емес. Үнемі бірден тиімді терапия қою мүмкін емес. Қиындықтарға төзе білу керек - әр істің өз маңызды жетістігі бар. Түрлі типті депрессияны емдеу бірнеше кезеңмен өткізіледі. Бастапқы кезде оның ауыр көрінстерінің алдын алу керек. Мұндай үрейдің алдын алуға ранквилизаторлар көмектеседі. Дәрігер ұзақ уақытқа ем бермейді. Мұның ешқандай қажеттілігі жоқ. Түнгі ұйқыны ұйықтатын дәрілермен жақсартуға болады. Бұл ретте шөптен жасалған дәрілерді пайдалану артық емес. Депрессияға қарсы емдеу дәрілері – бұл депрессияға қарсы қолданылатын құралдар. Депрессияға қарсы қолданылатын түрлі кестелер бар. Тек дәрігер ғана оның қандай дәрі екенін айта алады, қай мөлшерде және қай уақытта пайдалу керектігін. Депрессияға қарсы құралдар өз ісін ұзақ уақыт дамытады. Бірден нәтиже күтуге болмайды. Емделу курсы 4 айдан 9 айға дейін. Егер депрессиялық жағдай қайталанса- бұл, әрине, депрессияға қарсы құралдарды ұзақ созу деген сөз. Депрессияға ұшыраушылықты дәрімен емдеу – түрлі психотерапевті тәсілдерді қолдану деген сөз. Психотерапия психикалық оқиғаларды тек төмендетуге емес, сонымен қатар депрессияның бастапқы басталу жолдарын анықтайды. Депрессияны кешенді түрде емдеу жолдары, ауруды жеңуге, мүгедекті болдырмауға, сонымен қатар бұрынғы дұрыс өміріне бет бұруға көмектеседі. [12, 15, 25, 30].

Осылайша, қазіргі уақытта акушерлік - гинекология және психиатрияға байланысты мәселелерді есепке алуы тиіс, босанғаннан кейінгі кезеңде дамыған депрессияны дисциплинарлық мәселе ретінде қарастырылуы тиіс.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства*. — М.: Медицина, 2000. — 637 с.
2. *Диагностика и лечение депрессии у женщин. Рекомендации Бостонской больницы «Briget and Wimens»*, 2001 // *Стандарты мировой медицины*. — 2004. — № 1. — С. 24–30.
3. Das A. K., Olfson M., Gameroff M. J. et al. *Screening for bipolar disorder in a primary care practice* // *Am.J. Manag. Care*. — 2007. — Vol. 13 (7 Suppl.). — P. 164–169.
4. Olfson M., Das A. K., Gameroff M. J. et al. *Bipolar depression in a low-income primary care clinic* // *Am. J. Psy_chiatry*. — 2005. — Vol. 162, № 11. — P. 2146–2151.
5. Дубницкая Э. Б. *Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин / Психические расстройства в общей медицине*. — 2008. — №№ 1. — С. 52–55.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

6. Мазо Г. Э., Татарова Н. А., Шаманина М. В. Влияние акушерско-гинекологической и эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. — 2009. — № 2. — С. 34–37.
7. Погосова Н. В. Депрессивные расстройства у женщин // *КОМПАС в мире депрессии*. — 2005. — Июнь. — С. 1–2.
8. Александровский Ю. А. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии. В кн.: *Руководство по скорой медицинской помощи* / Под ред. С. Ф. Баграненко, А. Л. Вёрткина, А. Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутиш. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 488–531.
9. Глушков Р. Г., Андреева Н. И., Алеева Г. Н. Депрессии в общей медицинской практике // *Рус. мед. журн.* — 2005. — № 12. — С. 858–860.
10. Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А., Деев А. Д. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // *Кардиология*. — 2005. — № 8. — С. 38–44.
11. Ушкалова А. В. Депрессии в общесоматической практике: эпидемиология, скрининг, диагностика и фармакотерапия // *Фарматека*. — 2006. — № 7. — С. 28–36.
12. Айламазян Э. К. *Психика и роды*. — М.: Медицина, 1996. — 120 с.
13. Тютюник В. Л., Михайлова О. И., Чухарева Н. А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции // *Рус. мед. журн.* — 2009. — № 20. — С. 1386–1388.
14. Baker F. C., Driver H. S. Circadian rhythms, sleep, and menstrual cycle // *Sleep. Med.* — 2007. — Vol. 8, № 6. — P. 613–622.
15. Смулевич А. Б. *Депрессии в общей медицинской практике*. — М.: Медицина, 2000. — 276 с.
16. Тювина Н. А. *Депрессия у женщин. Клинические случаи*. — М., 2004. — 17 с.
17. Чернуха Е. А., Соловьева А. Д., Кочиева С. К., Короткова Н. А. Влияние родоразрешения на эмоционально-аффективные расстройства // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. — 2004. — № 4. — С. 4–5.
18. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. 2 т.* — Женева: ВОЗ, 1995.
19. Pop V. J., Komproe I. H., van Son M. J. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands // *J. Affect. Disord.* — 1992. — Vol. 26, № 2. — P. 105–110.
20. Barbier D. Post-partum blues and post-natal depression // *Soins. Psychiat.* — 2004. — Vol. 230. — P. 36–40.
21. *Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники: методические рекомендации*. — М.: Медиа Сфера, 2004. — 24 с.
22. Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale // *Br. J. Psychiat.* — 1987. — Vol. 150. — P. 782–786.
23. Гависова А. А., Твердилова М. А., Балущкина А. А. Климактерический синдром: особенности терапии психоэмоциональных нарушений // *Рус. мед. журн.* — 2009. — № 20. — С. 1408–1411.
24. Дороженко И. Ю. *Клинико-терапевтические аспекты депрессивных расстройств в общей врачебной практике*. — М., 2007. — 24 с.
25. Никишова М. Б. *Послеродовая депрессия* // *Психофармакология депрессии*. — 2007. — № 9. — С. 19–21.
26. *Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии* / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 1056 с.
27. Топчий Н. В. Депрессии в практике семейного врача // *Вестник семейной медицины*. — 2006. — № 2. — С. 30–36.
28. *Выявление депрессии в общей практике* // *КОМПАС в мире депрессии*. — 2006. — № 15 (февраль). — С. 4.
29. Коцавцев А. Г., Мультиановская В. Н., Лорер В. В. Синдром «грусти рожениц» как адаптационное расстройство на ранних этапах развития системы «мать—дитя» // *Журн. неврол. и психиатр.* — 2007. — № 2. — С. 56–58.
30. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. *Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов*. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с.

РЕЗЮМЕ

¹ЖАПАР М.А., ¹САРКУЛОВА И.С., ²ИЗМАГАНБЕТОВА А.У.,
²КАЛДЫБЕКОВА Н.И., ²БЛАШЕВА Г.Т., ²БАРХЫБАЕВА Н.А.

¹МКТУ им. Х.А.Ясави, Шымкентский медицинский институт, Шымкент
²Медицинский колледж «Авиценна», г Шымкент

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

В резюме проведен анализ литературных данных о депрессивных расстройствах в послеродовом периоде. Послеродовые депрессивные состояния, должны рассматриваться в тесной взаимосвязи между психиатром и

акушер - гинекологом. Профилактика данной патологии не может иметь односторонний характер. Нужно учитывать сопутствующую беременности соматическую патологию и патологию центральной нервной системы.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, послеродовый психоз, психиатрия, психотические расстройства, суицид.

SUMMARY

¹JAPARM.A., I.S.SARKULOVA N.

International Kazak-Turkish University A.H. Yasavi, Shymkent Medical Institute, the city of Shymkent

² IZMAGANBETOVA A.U.,²KALDIBEKOVA N.I.,²BLASHEVA G.T.,²BARHIBAEVA N.A.

medical College "Avicenna" , the city of Shymkent

DEPRESSIVE DISORDERS IN THE AFTER CHILDBIRTH

The summary analyzes literature data on depressive disorders in the postpartum period. Postpartum depressive conditions should be considered in close relationship between a psychiatrist and an obstetrician-gynecologist. Prevention of this pathology cannot have a one-sided nature. It is necessary to take into account the somatic pathology and pathology of the central nervous system accompanying pregnancy.

Key words: depression after childbirth, psychosis after childbirth, psychiatry, psychotic disorders, suicide.



УДК: 616.12 – 008.313 – 073.759:615.849.1

АБДРАХМАНОВ А.С.¹, ТКАЧЕВ В.А.², ТУРСУНБЕКОВ А.Б.², БАКЫТЖАНУЛЫ А.¹, НУРАЛИНОВ О.М.², БАГИБАЕВ С.М.¹, БАЙДАУЛЕТОВ А.Н.¹, ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е.¹, ХУСАЙНОВА Г.С.², СМАГУЛОВА А.К.²

¹ АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

² АО «Медицинский университет Астана»

БЕЗОПАСНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ ФЛЮОРОСКОПИИ

Аннотация

Фибрилляция предсердий (ФП) является самой частой аритмией, радикальным лечением которой является проведение радиочастотной катетерной абляции (РЧА). Применение РЧА без флюороскопии позволяет провести операцию без риска облучения для медицинского персонала и пациента. В данной статье приведены результаты сравнения эффективности РЧА изоляции устьев легочных вен (ЛВ) без флюоро с РЧА изоляцией устьев ЛВ с флюоро. В зависимости от вида оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы: РЧА изоляции устьев ЛВ без флюоро (1ая группа, 42 случая) и с флюоро (2я группа, 42 случая). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, форме ФП. Время картирования левого предсердия (ЛП) в 1й группе составило 25,9±4,7мин, во 2й группе - 29,8±6,4мин, p=0,001. Продолжительность операции в 1й группе составила 146,2±13,9мин, во 2й группе- 162,5±47,4мин, p=0,001.

Выводы: РЧА изоляция устьев ЛВ без флюоро является безопасным методом оперативного лечения ФП.

Ключевые слова: Фибрилляция предсердий, устье легочных вен, радиочастотная абляция, без флюороскопии.

Актуальность.

Фибрилляция предсердий (ФП) является самой частой тахикардией и встречается у 2% населения [1,2]. Согласно данным мультицентровых, рандомизированных клинических исследований (STAR AF2, STOP AF) электрическая изоляция устьев легочных вен на данный момент является самым эффективным методом лечения ФП [3]. Радиочастотная катетерная абляция (РЧА) фибрилляции предсердий является одной из самых сложных, продолжительных операций, проводимых под рентгенологическим контролем [4,5], что имеет определенные негативные воздействия как на пациента, так и на медицинский персонал [6,7]. Применение современных трехмерных картографических систем и использование внутрисердечного ультразвука позволяет значительно снизить рентгеноскопическое воздействие [8].

Цель исследования: оценить безопасность электрической изоляции устьев легочных вен без флюороскопии у больных с пароксизмальной и персистентной формами ФП.

Материал и методы исследования:

В исследование было включено 84 пациента с пароксизмальной, персистирующей и длительно-персистирующей формами ФП, рефрактерной к антиаритмическим препаратам. В зависимости от вида оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы: РЧА изоляции устьев ЛВ без флюороскопии (1ая группа, 42 случая, из них 26 мужчин и 16 женщин, средний возраст 55.6±8.3лет) и с флюороскопией (2я группа, 42 случая, из них 31 мужчина и 11 женщин, средний возраст 57.6±10.5лет). Метод РЧА изоляции устьев легочных вен без флюоро отличался от обычной РЧА изоляции устьев легочных вен только отсутствием рентген нагрузки и активным использованием внутрисердечного ЭХОКГ (ВСЭХО). В обеих группах использовалась навигационная система CARTO 3 (BiosenseWebster, USA), операция проводилась одним хирургом в обеих группах. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, биохимический анализ крови, анализ гормонов щитовидной железы, запись электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, суточное холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ), чрезпищеводное ЭхоКГ, КТ сердца, ультразвуковое исследование щитовидной железы.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту и по формам фибрилляции предсердий (Рис.1).

Распределение по формам ФП



Рисунок 1. Распределение пациентов в группах исследования по формам фибрилляции предсердий

Результаты и их обсуждение

Среднее время для транссептальной пункции в 1й группе составило $18,6 \pm 3,9$ мин, что было статистически значимо меньше, чем в контрольной группе ($27,8 \pm 10,3$ мин), $p < 0,001$. Для РЧА изоляции устьев ЛВ с флюороскопией требуется установка электрода в коронарный синус и это требует затрат времени, хирург должен мониторировать экран рентгеноскопии, также часто необходима контрастирование устья ЛВ, что также сопряжено с увеличением продолжительности операции (Рисунок 2).

Среднее продолжительность операции

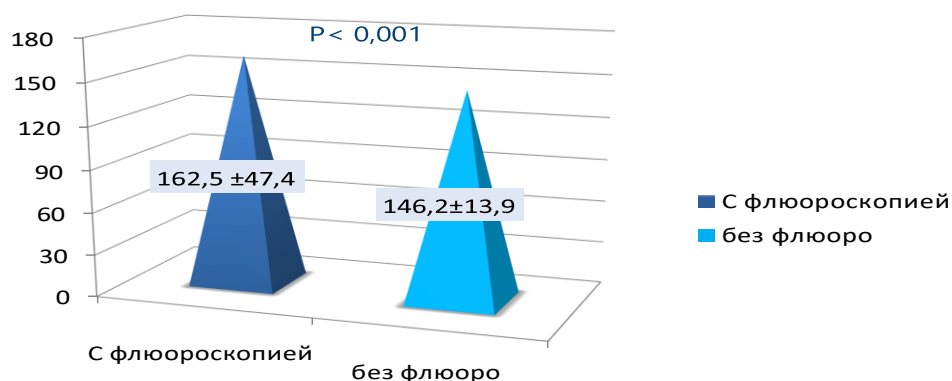


Рисунок 2 – продолжительность операции в исследуемых группах

При оценке безопасности РЧА в обеих исследуемых группах проводилась регистрация осложнений во время и после операции. Согласно полученным данным (Таблица 1), в обеих группах осложнений не было.

Согласно полученным результатам, метод РЧА без флюороскопии не уступает по безопасности методу РЧА, выполняемой под флюороскопическим контролем и позволяет избежать рентгенологической нагрузки для пациентов и медицинского персонала. Активное использование внутрисердечного ЭхоКГ привело к укорочению времени транссептальной пункции и исключению применения контрастного вещества.

Таблица 1. Сравнительная характеристика операции в исследуемых группах

Параметры	С флюороскопией	Без флюоро	P
Количество	42	42	
Формы ФП:			
Пароксизмальная	28	26	
Персистирующая	8	9	
Длительно персистирующая	6	7	
Передне-задний размер ЛП, см	4,1±0,8	3,8±0,6	0,062
ФВ,%	55,6±6,7	58,6±7,2	0,045
Время картирования ЛП, мин	29,8±6,4	25,9±4,7	0,001
Время транссептальной пункции, мин	27,8±10,3	18,6±3,9	<0,001
Продолжительность операции, мин	162,5 ±47,4	146,2±13,9	0,001
Время флюороскопии, мин	40,5±16,8	0	<0,001
Рентген нагрузка, мгр	1521 [961; 2658]	0	<0,001
Контраст	да	нет	
Осложнения	0	0	
ААТ	да	да	
Рецидив	6	6	0,895

Выводы: радиочастотная абляция устьев легочных вен без флюороскопии является безопасным методом лечения при фибрилляции предсердий. Преимущество данного метода заключается в отсутствии необходимости применения контрастного вещества, отсутствии рентгенологической нагрузки на пациента и медицинский персонал, что минимизирует возможные осложнения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart Disease and Stroke Statistics–2006 Update// Circulation. 2006;113:e85.
2. Филатов А. Г., Тараивили Э. Г. Эпидемиология и социальная значимость фибрилляции предсердий // *Анналы аритмологии*. 2012. Т. 9. № 2. С. 5-13.
3. Calkins H., Brugada J., Packer D. L. et al. HRS/EHRA/ ECAS expert Consensus Statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation // *Heart Rhythm*. 2007. Vol. 4. P. 816–861.
4. Della Bella P, Fassini G, Cireddu M, et al. Image integration-guided catheter ablation of atrial fibrillation: a prospective randomized study. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2009;20:258–265.
5. Scaglione M. et al. Single center experience of Fluoroless AVNRT ablation guided by electroanatomic reconstruction in children and adolescents. *PACE* 2013;36:1460-1467.
6. Nahass G.T., Acute radiodermatitis after radiofrequency catheter ablation. // *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 881- 884.
7. Junk A.K., Haskal Z, Worgul B.V. Cataract in interventional radiology an occupational hazard // *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2004; 45 (suppl): 388.
8. Rotter M. et al. Reduction of fluoroscopy exposure and procedure duration during ablation of atrial fibrillation using a novel anatomical navigation system. *Eur Heart J* 2005;26:1415–21.

ТҮЙІН

АБДРАХМАНОВ А.С.¹, ТКАЧЕВ В.А.², ТУРСУНБЕКОВ А.Б.², БАКЫТЖАНУЛЫ А.¹, НУРАЛИНОВ О.М.², БАГИБАЕВ С.М.¹, БАЙДАУЛЕТОВ А.Н.¹, ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е.¹, ХУСАЙНОВА Г.С.², СМАГУЛОВА А.К.²

¹ АҚ «Ұлттық ғылыми кардиохирургия орталығы»

² АҚ «Астана медициналық университеті»

ЖҮРЕКШЕ ЖЫБЫР АРИТМИЯСЫНДА ФЛЮОРОСКОПИЯСЫЗ РАДИОЖИЛІКТІ АБЛАЦИЯНЫҢ КАУІПСІЗДІГІ

Жүрекше жыбыр аритмиясы (ЖЖА) - ең жиі кездесетін аритмия, оның радикалды емі радиожиілікті катетерлік абляция (РЖА) болып табылады. Флюроскопиясыз РЖА-ны қолдану отаны медициналық қызметкердің және науқастардың сәулелену қаупінсіз өткізуге мүмкіндік береді. Бұл мақалада өкпе венасының (ӨВ) сағасын флюороскопиясыз РЖА арқылы және флюороскопиямен РЖА қолданып ӨВ сағасын изоляциялау нәтижелері салыстырылған. Отаның жасалу түріне байланысты науқастар екі топқа бөлінді: флюоросыз РЖА-мен ӨВ сағасын изоляциялау (1ші топ, 42 ота) және флюоромен (2 ші топ, 42 ота). Топтар жасы, жынысы, ЖЖА түрі бойынша сәйкес келеді. Сол жүрекшенің (СЖ) 3D анатомиясын салу уақыты 1-ші топта $25,9 \pm 4,7$ мин, 2-ші топта $29,8 \pm 6,4$ мин, $p=0,001$. Отаның ұзақтығы 1-ші топта $146,2 \pm 13,9$ мин, 2-ші топта $162,5 \pm 47,4$ мин, $p=0,001$. Ота кезінде және отадан кейінгі кезеңде асқынулар болған жоқ.

Қорытынды: Өкпе көктамырлары сағасының флюорографиясыз РЖА изоляциясы ЖЖА- ын емдеудің қауіпсіз түрі болып табылады.

SUMMARY

ABDRAKHMANOV A.S.¹, TKACHEV V.A.², TURSUNBEKOV A.B.², BAKYTZHANULY A.¹, NURALINOV O.M.², BAGIBAYEV S.M.¹, BAIDAULETOV A.N.¹, ESILBAYEV ZH.Y.¹, HUSAINOVA G.S., SMAGULOVA A.K.²

¹ JSC «National research cardiac surgery center»

² JSC «Medical university Astana»

SAFETY OF RADIOFREQUENCY ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION WITHOUT FLUOROSCOPY

Atrial fibrillation (AF) is the most frequent arrhythmia, radical treatment of which is the conduct of radiofrequency catheter ablation (RFA). The use of RFA without fluoroscopy allows conducting an operation without the risk of exposure to medical personnel and the patient. This article presents the results of comparison of the RFA effectiveness of isolation of the pulmonary veins (LV) without fluoro with RFA by isolating the mouths of LP with fluoride. Depending on the type of surgical intervention, the patients were divided into two groups: RF isolation of the mouths of LP without fluorosis (group 1, 42 cases) and fluorosis (group 2, 42 cases). The groups were comparable by sex, age, form of AF. The time of mapping of the left atrium (LP) in the 1st group was 25.9 ± 4.7 min, in the 2nd group - 29.8 ± 6.4 min, $p = 0.001$. The duration of the operation in the 1st group was 146.2 ± 13.9 min, in the second group - 162.5 ± 47.4 min, $p = 0.001$.

Conclusion: RCA isolation of the mouths of LP without fluorosis is a safe method of operative treatment of AF.

Key words: Atrial fibrillation, pulmonary veins mouth, radiofrequency ablation, without fluoroscopy.



УДК:616.12-008.318:616-089

АБДРАХМАНОВ А.С.¹, АЙНАБЕКОВА Б.А.², НУРАЛИНОВ О.М.², ТУРСУНБЕКОВ А.Б.², СМАГУЛОВА А.К.², БАКЫТЖАНУЛЫ А.¹, БАГИБАЕВ С.М.¹, БАЙДАУЛЕТОВ А.Н.¹, ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е.¹.

¹ АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

² АО «Медицинский университет Астана»

СРАВНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ И КРИБАЛЛОННОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Аннотация

Фибрилляция предсердий (ФП) имеет высокую актуальность в связи с широкой распространенностью. Цель исследования: изучить и сравнить эффективность крибаллонной (КБА) и радиочастотной абляции (РЧА) при ФП. В исследование вошло 436 пациентов с ФП, которые поделены на 2 группы: группа с РЧА и КБА, сопоставимые по возрасту, полу, виду аритмии. Результаты: частота рецидивов предсердной аритмии составила в группе с КБА 22,4% при пароксизмальной и 41,7% при персистирующей ФП, в группе РЧА: 27,3% и 47,6% соответственно. Процедура криоблации была в среднем на 25 минут короче, чем РЧА, время флюороскопии было на 7 минут короче по сравнению с РЧА (39,2 мин и 32,3 мин, соответственно;

$P < 0,01$). Различия в частоте серьезных нежелательных явлений были статистически незначимы в обеих группах.

Выводы: при ФП эффективность КБА более высокая, чем РЧА, использование КБА позволяет уменьшить время вмешательства и рентгенологическую нагрузку на пациента и медицинский персонал.

Ключевые слова: Фибрилляция предсердий, левое предсердие, устье легочных вен, радиочастотная абляция, криоабляция.

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является самым частым нарушением ритма, встречающимся в клинической практике, примерно одна треть всех госпитализаций при нарушениях ритма связана с данной патологией. Наиболее эффективным методом лечения данной патологии является проведение катетерной изоляции легочных вен (ЛВ). Самыми распространенными методиками для достижения изоляции устья ЛВ являются радиочастотная абляция (РЧА) и более «молодая» (первая процедура в Европе была выполнена в 2005 г.) криобаллонная абляция (КБА)[1-7]. Интерес к сравнению двух методик и к определению когорт пациентов для таргетированной терапии той или иной методикой вероятно еще надолго останутся предметом изысканий ученых.

Цель исследования.

Целью настоящего исследования является изучить и сравнить эффективность интервенционного лечения при фибрилляции предсердий методами криобаллонной и радиочастотной абляции.

Материалы и методы: В исследование включены 436 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в отделении интервенционной аритмологии АО "ННКЦ" г. Астана, из них мужчин 252, женщин 184, средний возраст пациентов: $56 \pm 8,6$ лет. Пациенты были распределены на две группы: с РЧА (1я группа, 241 случай, 55%) и с КБА (2я группа, 195 пациентов, 45%). Всем пациентам на дооперационном этапе проводилось стандартное клинико-диагностическое обследование, включающее в себя общеклинические анализы, электрокардиографию (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭхоКГ, чреспищеводная ЭхоКГ с исключением наличия тромбов в ЛП и его ушке. Среднее значение ИМТ исследуемых пациентов: $30 \pm 4,8$ кг/м². Клинические формы ФП: пароксизмальная -204 случая (47%), персистирующая форма -130 (30%), длительно персистирующая -102 (23%).

Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, наличию таких сопутствующих заболеваний, размерам левого предсердия и длительности анамнеза ФП (Таблица №1).

Таблица 1 – Характеристика пациентов обеих исследуемых групп

	РЧА	КБА	p
Возраст, лет	55,1±8,6	57,6±8,6	н/д
Мужчины, %	58%	55%	н/д
Длительность анамнеза ФП, лет	4,2±2,6	4,01±2,6	н/д
Диаметр ЛП, мм	40,0±3,1	40,2±2,5	н/д
АГ, n	198	161	н/д
СД 2 типа, n	25	21	н/д

Антиаритмическая терапия до госпитализации: У всех пациентов нарушение ритма было рефрактерно к 2-3 антиаритмическим препаратам I или III класса.

Оперативное вмешательство осуществлялось с использованием локальной анестезии и седации, всем пациентам выполнялось электрофизиологическое исследование: на системе AXIOM Sensis (Siemens, Germany). Картирование в условиях системы CARTO 3 (BiosenseWebster, USA). Антральная электрическая изоляция правых и левых легочных вен проводилась с использованием точечной «point-by-point» абляции. Пациентам была выполнена криобаллонная изоляция ЛВ с применением катетера ArcticFront Advance 28 мм (Medtronic, USA). Во всех случаях изоляция ЛВ верифицировалась как блок входа и выхода без аденозинового теста с использованием катетера Achieve.

Средняя длительность наблюдения составила 12 месяцев ± 4,0 мес. На контроле осмотре пациентам проводились сбор жалоб, анамнеза послеоперационного периода, ЭКГ и ХМЭКГ.

Результаты и их обсуждение:

Процедура криоабляции была примерно на 25 минут короче, чем РЧА, время флюороскопии при КБА было на 7 минут меньше (39,2 мин и 32,3 мин, соответственно; $p < 0,01$). Различия в частоте серьезных нежелательных явлений были статистически незначимы в обеих группах, за исключением паралича диафрагмального нерва, который регистрировался только в группе КБА (7,3%). (Таблица 2).

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таблица 2 - Сравнительные характеристики РЧА и КБА

Показатели	РЧА (n=233)	КБА(n=203)	p
Длительность процедуры (мин)	138.6±34.2	112.2±35.1	0.003
Длительность флюороскопии (мин)	39.2±16.5	32.3±17.2	0.01
Рентгеновское облучение (сGy cm)	823±635	1062±794	0.22
Тяжелые осложнения:			
Тромбоэмболические осложнения (ОНМК, ТИА)	3(1.2%)	1(0.4%)	0.18
Тампонада	4(1.7%)	1(0.4%)	0.17
Летальность	0(0%)	0(0%)	NA
Осложнения			
Паралич диафрагмального нерва	0(0%)	15(7.3%)	0.001

После вмешательства частота рецидивов предсердной аритмии составила в группе с КБА 22,4% при пароксизмальной и 41,7% при персистирующей ФП, в группе РЧА: 27,3% и 47,6% соответственно. Летальность во обеих группах составила 0%.

Выводы: при ФП эффективность КБА более высокая, чем РЧА. Технология криобалльной абляции уменьшает время процедуры по сравнению с РЧА, а использование криоэнергии опытными операторами, вероятно, снижает риск серьезных осложнений, включая тампонаду и инсульт, но с повышенным риском паралича диафрагмального нерва.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS. et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation// J. Am. Coll. Cardiol. - 2006. - V.48. - P.149-246.
2. Pappone C., Santinelli V., Manguso F. et al. Pulmonary vein denervation enhances long-term benefit after circumferential ablation for paroxysmal atrial fibrillation // Circulation. - 2004. -V.109. - P.327-334.
3. Wazni OM, Marrouche NF, Martin DO. et al. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drugs as first-line treatment of symptomatic atrial fibrillation: a randomized trial // JAMA. - 2005. - V.293. - P.2634-2640.
4. Pachon J.C., Pachon E.I., Pachon J.C. et al. A new treatment for atrial fibrillation based on spectral analysis to guide the catheter RF-ablation //Europace. - 2004. - V.6. - P.590-601.
5. Verma A, Marrouche NF, Natale A. Pulmonary vein antrum isolation: intracardiac echocardiography-guided technique //J. Cardiovasc. Electrophysiol. - 2004. - V.15. - P.1335-1340.
6. Nademanee K, McKenzie J, Kosar E. et al. A new approach for catheter ablation of atrial fibrillation: mapping of the electrophysiologic substrate // J. Am. Coll. Cardiol. - 2004. - V.43. - P.2044-2053.
7. Calkins H et al. News from the Heart Rhythm Society: 2012 HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: Recommendations for Patient Selection, Procedural Techniques, Patient Management and Follow-up, Definitions, Endpoints, and Research Trial Design// Heart Rhythm 2012; 9 (4): 632-696.

ТҮЙІН

АБДРАХМАНОВ А.С.¹, АЙНАБЕКОВА Б.А.², НУРАЛИНОВ О.М.², ТУРСУНБЕКОВ А.Б.², СМАГУЛОВА А.К.², БАКЫТЖАНУЛЫ А.¹, БАГИБАЕВ С.М.¹, БАЙДАУЛЕТОВ А.Н.¹, ЕСИЛЬБАЕВ Ж.Е.¹.

¹ АҚ «Ұлттық ғылыми кардиохирургия орталығы»

² АҚ «Астана медициналық университеті»

ЖҮРЕКШЕ ЖЫБЫРЫ КЕЗІНДЕ ӨКПЕ ТАМЫРЛЫРЫ САҒАСЫН РАДИОЖИЛІКТІ ЖӘНЕ КРИОБАЛЛОНДЫ ОҚШАУЛАУДЫ САЛЫСТЫРУ

Жүрекше жыбырының кең таралуына байланысты жоғары өзектілікке ие. Зерттеу мақсаты: Жүрекше жыбыры (ЖЖ) кезіндегі кариобаллонды (КБА) және радиожилікті абляция (РЖА) тиімділігін салыстыру. Зерттеуге ЖЖ бар 436 науқас қатысты, олар 2 топқа бөлінді: РЖА және КБА жасалған науқастар жасы, жынысы, аритмия түріне байланысты біріктірілді. Нәтижелері: жүрекшелер жыбыры бар КБА жасалған науқастарда рецидив жиілігі пароксизмальды түрінде 22,4 % және үдемелі ЖЖ 41,7% құрады, сәйкесінше РЖА екінші тобында: 27,3% және 47,6%. Криоабляция процедурасы РЖА салытырғанда 25 минутқа аз болды, флюороскопия уақыты РЖА салытырғанда 7 минутқа қысқа (39,2 мин және 32,3 мин, сәйкесінше: $P < 0,01$). Екі топта да күрделі жағымсыз белгілер жиілігі статистикалық маңызды болған жоқ.

Қорытынды: ЖЖ кезінде КБА тиімділігі РЖА-мен салыстырғанда жоғары, КБА қолдану оперативтік араласу уақытын және медициналық қызметкерлер мен науқастың рентгенологиялық күштемесін азайтуға көмектеседі.

Түйінде сөздер: Жүрекше жыбыры, сол жақ жүрекше, өкпе тамырларының сағасы, радиожиліктік абляция, криоабляция.

SUMMARY

ABDRAKHMANOV A.S.¹, AINABEKOVA B.A.², NURALINOV O.M.², TURSUNBEKOV A.B..², SMAGULOVA A.K.², BAKYITZHANULY A.¹, BAGIBAYEV S.M.¹, BAIDAULETOV A.N..¹, ESILBAYEV ZH.Y.¹

¹ JSC «National research cardiac surgery center»

² JSC «Medical university Astana»

COMPARISON OF RADIOFREQUENCY AND CRYOBALLOON ISOLATION OF PULMONARY VEIN IN ATRIAL FIBRILLATION

Atrial fibrillation (AF) is highly relevant due to its widespread prevalence. The aim of the study was to study and compare the efficacy of cobaloblone (CBA) and radiofrequency ablation (RFA) in AF. The study included 436 patients with AF, which are divided into 2 groups: a group with RFA and CBA, comparable in age, sex, type of arrhythmia. Results: the frequency of recurrence of atrial arrhythmia was 22.4% for the paroxysmal group and 41.7% for the persistent AF, in the RFA group: 27.3% and 47.6%, respectively. The cryoablation procedure was on average 25 minutes shorter than RFA, the time of fluoroscopy was 7 minutes shorter compared to RFA (39.2 min and 32.3 min, respectively, $P < 0.01$). Differences in the incidence of serious adverse events were statistically insignificant in both groups.

Conclusions: with AF, the effectiveness of CBA is higher than RFA, the use of CBA allows to reduce the time of intervention and radiological load on the patient and medical personnel.

Key words: Atrial fibrillation, left atrium, pulmonary veins ostium, radiofrequency ablation, cryoablation.



УДК:618.33-07:616.97

АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ГАЛИЦКАЯ Т.Н., ЧАЛИМОВА О.Г.

АО «Медицинский университет Астана» кафедра акушерства и гинекологии.

ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА: ФАКТОРЫ РИСКА

В данной работе проведен анализ причин развития задержки внутриутробного развития плода. Установлено, что наиболее частыми факторами риска рождения детей со ЗВУР являются инфекционные заболевания матери как до беременности, так и во время нее.

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития плода, инфекция.

В литературе можно встретить огромное количество терминов: «задержка внутриутробного развития», «внутриутробная задержка развития», «гипотрофия плода», «ретардация плода», «маленький к гестационному возрасту» и др. В названиях «задержка внутриутробного развития плода», «задержка внутриутробного роста плода», «синдром задержки внутриутробного развития плода», «задержка развития плода» вкладывается отклонение фетометрических показателей плода от нормативных [8]. Кроме того, ещё

Л.С. Персианинов указывал на неудобный термин «задержка внутриутробного развития плода», ибо «плод» – ребенок в утробе. Мнения зарубежных исследователей тоже неоднозначны. С недавних пор введен термин *intrauterine growth restriction* вместо используемого ранее *intrauterine growth retardation*, под которым подразумевалась задержка не только массо-ростовых данных, но и психомоторного развития плода и новорожденного. Вероятно, этого же мнения придерживаются некоторые отечественные ученые, предлагая заменить термин «задержка внутриутробного развития плода» на термин «задержка внутриутробного роста плода» [9]. В МКБ-10 все указанные выше термины рубрика P05 объединяет понятием «замедленный рост и недостаток питания плода». Термин «задержка внутриутробного развития» (далее ЗВУР) подразумевает патологию плода, возникшую в результате влияния повреждающих факторов. ЗВУР диагностируют у детей, имеющих недостаточную массу тела при рождении по отношению к их гестационному возрасту, т.е. когда масса тела ниже 10% центиля при данном сроке беременности матери и/или морфологический индекс зрелости отстает на 2 и более недель от истинного гестационного возраста [1]. Согласно рекомендациям ВОЗ, вес детей, родившихся с массой тела менее 2500 грамм, обозначается как малый вес при рождении. Выделяют три клинических варианта ЗВУР: гипотрофический, гипопластический и диспластический. Степень тяжести гипопластического варианта определяют по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации: легкая – дефицит 1,5–2 сигм, средняя – более 2 и тяжелая – более 3 сигм. Степень тяжести диспластического варианта определяется не столько выраженностью дефицита длины тела, сколько наличием и характером пороков развития, количеством и тяжестью стигм дизэмбриогенеза, состоянием ЦНС, характером заболевания, приведшего к ЗВУР [12]. В англоязычной литературе вместо термина «гипотрофический вариант ЗВУР» используют понятие «асимметричная ЗВУР», а гипопластический и диспластический варианты объединяют понятием «симметричная ЗВУР» [13]. В своем учебнике педиатрии Ерман М.В. отмечает, что на симметричный вариант ЗВУР приходится 25% случаев, на асимметричный – 75%. Демина Т.М. и соавт. наблюдали следующую ситуацию: 56,4% новорожденных с ЗВУР имели гипотрофический вариант, 43,5% – гипопластический. Интересные данные приводит Кельмансон И.О.: для разных регионов мира характерно разное соотношение определенных вариантов ЗВУР. В развивающихся странах от 67,5% до 79,1% всех случаев приходится на гипопластический тип ЗВУР, в то время как в индустриально развитых странах на гипопластический вариант ЗВУР приходится 20–40 % [5, 8]. При асимметричном варианте ЗВУР у детей наблюдается относительно пропорциональное уменьшение всех параметров физического развития – ниже 10% центиля – при соответствующем гестационном возрасте. Симметричный вариант ЗВУР обычно является проявлением наследственной патологии (хромосомных либо геномных аномалий) или генерализованных внутриутробных инфекций, тератогенных влияний. Типичными проявлениями ЗВУР этого варианта являются пороки развития, нарушения телосложения, дизэмбриогенетические стигмы. Клиническая картина существенно зависит от этиологии, но, как правило, типичны тяжелые неврологические расстройства, обменные нарушения, часто – анемии, признаки инфекции [14]. Плод развивается в сложных условиях взаимоотношений с организмом матери, поэтому наличие у беременной женщины очагов инфекции является фактором риска для развития патологических состояний плода и новорожденного [1]. Инфекция может явиться причиной широкого спектра перинатальной патологии: инфекционных заболеваний плода и новорожденного, пороков его развития, мертворождений, недоношенности, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода [2].

Цель – выявить влияние инфекционной патологии матери на возникновение ЗВУР плода.

Материалы и методы. Ретроспективно было проанализировано 70 историй родов с задержкой внутриутробного развития плода. Во всех случаях беременность закончилась родами живым доношенным плодом.

Результаты исследования и их обсуждение: При анализе исследуемой группы со ЗВУР, в которых учитывался вариант задержки развития и ее степень, гестационный период, а также различные факторы риска формирования данной патологии со стороны матери как до беременности, так во время нее. Выявлено, что по асимметричному типу ЗВУР отмечался в подавляющем большинстве (68,5% (48) случаев). По симметричному типу (31,4% (22) случаев). При анализе, экстрагенитальная патология отмечена у 58 женщин из 70, что составило 82,8%: заболевание почек – 25,8%, заболевание щитовидной железы – (27,5%), заболевание органов дыхания – 20,6%, артериальная гипертензия – 5,1%, ВРВ – 8,6%, миопия – 12%. Так же инфекционная патология была отмечена – у 52 женщин, что составило 74,2%. У этих пациенток имеется плацентарное нарушение. Диагноз плацентарное нарушение выставлялся 42 пациенткам исследуемой группы, что составило 60%. Диагноз ЗВУР плода основывался на данных гравидограммы, ультразвукового исследования, доплерометрии.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что у матерей, дети которых родились со ЗВУР, в анамнезе отмечается достоверно большее количество случаев инфекционной патологии. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что инфекционная патология матери является одним из важных факторов развития ЗВУР плода и новорожденного. Проблема ЗВУР остается актуальной в современной

медицине и в силу своей социальной значимости требует дальнейших исследований в плане изучения этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Фадеева Т.Ю. Клинико-функциональные особенности развития плода и новорожденного с задержкой внутриутробного развития: Дис. канд. мед. наук. Владивосток. 2012: 18.*
2. *Айламазян Э.К., Полякова В.О., Кветной И.М. Функциональная морфология плаценты человека в норме и при патологии (нейроиммуноэндокринологические аспекты). СПб: Издательство Н-Л; 2012.*
3. *Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В., Белоцерковцева Л.Д. Синдром задержки роста плода: патогенез, диагностика, лечение, акушерская тактика. М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа; 2013.*
4. *Габидулина Т.В. Влияние урогенитальных инфекций на течение бере-менности и состояние плода и новорожденного / Т.В. Габидулина, Е.Л. Тимошина, С.Ю. Юрьев, А.Ш. Махмутходжаев // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – №1. – С. 84–88.*
5. *Давыдова Ю.В. Профилактика перинатальных инфекций и их последствий у беременных / Ю.В. Давыдова // Репродуктивная эндокринология. –2013. – № 3 (11). – С. 17–35.*
6. *Сидорова И.С. Внутриутробная инфекция: ведение беременности, родов и послеродового периода: учебное пособие / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Матвиенко. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 160 с.*
7. *Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития // Неонатология. – М.: МЕД пресс-инфо, 2006. – Т. 1. – С. 88-109*
8. *Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2007. – № 1. – С. 5-10.*
9. *Avery, G.B., MacDonald, M.G., Seshia, M.K. Avery's Neonatology: pathophysiology & management of the newborn. 6th ed. // Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2005. – P. 1748.*
10. *Чувакова Т.К. Ситуация по перинатальному уходу в Казахстане // Материалы VI съезда детских врачей Казахстана. – Алматы, 2006. – С. 257-258.*
11. *Нисевич Л.Л., Талалаев А.Г. Основные причины смерти новорожденных // Руководство по педиатрии. Неонатология. – М., 2006. – С. 432-448.*
12. *Савельева Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины // Российский вестник акушера-гинеколога. 2003. №2. – С. 62-65.*
13. *Бычкова А.Б., Радзинский В.Е. Интранатальное состояние плода с задержкой внутриутробного развития // Журнал «Трудный пациент». – 2006. №2.*
14. *Мирошниченко М.С. Современные представления о синдроме задержки внутриутробного развития плода «Новости медицины и фармации» Харьковский государственный медицинский университет 8(212) 2007*
15. *Gomella T.L. Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs. 5th ed. McGraw-Hill, New York, – 2004. – 724 p.*
16. *James D.K., ed. High Risk Pregnancy : Management Options (Hardcover). : Elsevier Inc., 2006. – Vol. 9, № 8. – P. 590- 591.*
17. *Polin R.A., Spitzer A.R. Fetal and neonatal secrets. 2th. — Philadelphia, Hanley & Belfus Publication. – 2006. — 499 p.*
18. *Miranemunda, R.H., Watkinson, M. Key topics in neonatology. Taylor & Francis. — 2005. — 420p.*
19. *Цхай В.Б. Перинатальное акушерство. Учеб. пособие. — М. : Медицинская книга, Н.Новгород : Изд-во НГМА, 2003. — 416с.*
20. *Kalyoncu Öz., Aygün C., Çetinoğlu Er. Neonatal morbidity and mortality of late-preterm babies // Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2010. – Vol. 23, № 7. – P.607–612.*

ТҮЙІН

АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ГАЛИЦКАЯ Т.Н., ЧАЛИМОВА О.Г.

ҚҰРСАҚТАҒЫ НӘРЕСТЕ ДАМУЫНЫҢ КІДІРУІ: ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ

Бұл жұмыста құрсақтағы нәресте дамуының артта қалуы себептеріне талдау жүргізілді. Балалардың құрсақтағы нәресте дамуының кідіруімен туылу қауіп-қатерінің ең жиі кездесетін факторларының бірі анасының жүкті болғанға дейінгі және жүктілік кезінде жұқпалы аурулармен ауыруы болып табылады.

Кілт сөздер: құрсақтағы нәресте дамуының кідіруі, жұқпалар.

SUMMARY

AHMEDYANOVA G.U., GALITSKAYA T.N., CHALIMOVA O.G.

DELAY IN FETAL DEVELOPMENT OF THE FETUES: RISK FACTORS.

This article analyzes the causes of intrauterine fetus development delay in newborns. It was found out that the most frequent risk factors for birth of children with IFDDR are pregnancy pathology, somatic and infectious diseases of a mother before pregnancy as well as during it and also the unbalanced and poor nutrition of pregnant women.

Keywords: retardation of fetal development, infection.



УДК 617.735-002.18-085

**ТУЛЕБАЕВ Р.К., АХМЕДЬЯНОВА З.У., БЛОК Н.Е., ЕРМЕКОВА К.Т., КАДРАЛИЕВА Э.И.,
АКАШЕВА Ж.Е., ИБРАЕВА Д.Б.**

АО «Медицинский университет Астана»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И РЕТИНАЛАМИНА

С целью определения наиболее эффективного метода лечения нами был проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов с диабетической ретинопатией с использованием традиционной терапии и с нейрорегуляторным пептидом - ретиналамином.

Преимущества комплексного лечения с использованием ретиналамина заключаются в уменьшении проницаемости гематоринального барьера, что выражается в статистически достоверном уменьшении количества и площади кровоизлияния, экссудации, макулярного отека, что проявляется в увеличении остроты зрения, снижении центральной и периферической относительной и абсолютной скотомы.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, ретиналамин, субтеноново пространство

Диабетическая ретинопатия (ДР) является сложной проблемой здравоохранения, что обусловлено неуклонным ростом распространенности этого состояния во всех развитых странах мира, его тесной связью с отсутствием ранней диагностики и эффективных методов лечения, поскольку оно возникает у 45% больных диабетом уже в течение первых 3-5 лет заболевания и, со временем, становится причиной слабости зрения и инвалидности [1,2,3].

По данным мировой литературы, подавляющее большинство исследований в области лечения ДР направлены на борьбу с такими тяжелыми проявлениями, как макулярный отек, повышенная проницаемость сосудистой стенки, формирование новообразованных сосудов, глиоза и их осложнениями [4-9].

На сегодняшний день офтальмологи всего мира преимущественно сталкиваются с проблемами ДР на стадиях развитого процесса. Многочисленные методы лечения, неутешительные данные по эпидемиологии ДР и ее прогресса, несмотря на проводимое лечение, доказывают недостаточную эффективность методов лечения, имеющихся в нашем распоряжении на сегодняшний день. Учитывая вышесказанное, мы провели исследование, направленное на поиск метода лечения самых ранних проявлений ДР и определение его эффективности в отношении предотвращения дальнейшего прогресса ДР.

С целью определения наиболее эффективного метода лечения нами проведен сравнительный анализ результатов лечения больных ДР с применением традиционной терапии и с использованием нейрорегуляторного пептида – ретиналамина, поскольку применение нейрорегуляторных пептидов позволяет осуществить эффективную профилактику и способствует компенсации сосудистых нарушений различного генеза [10,11].

Цель работы:

Сравнить эффективность лечения больных с ДР при использовании стандартных методов лечения и при комплексном лечении с применением ретиналамина.

Материалы и методы исследования

В рамках настоящего исследования обследованы 65 больных с диабетической ретинопатией, связанной с сахарным диабетом I (18 пациентов) и II (47 больных) типа.

Больные с острыми состояниями, способными влиять на клиническую картину и результаты лечения, из исследования исключались.

Пациентам всех групп до и после проведенного лечения выполнялись стандартные исследования органа зрения с помощью общепринятых в офтальмологии методик, включая визометрию,

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

рефрактометрию, тонометрию, биомикроскопию, периметрию, офтальмоскопию, флюоресцентную ангиографию, зрительно вызванных потенциалов (ЗВП).

В зависимости от проводимой терапии все больные были распределены на две группы: I группа традиционная терапия, II группа – комплексное лечение с применением ретиналамина.

Группа традиционного консервативного лечения (группа сравнения) включала 33 больных. Традиционная терапия в данной группе предусматривала применение ангиопротекторов, антиоксидантов, сосудорасширяющих препаратов, витамины (А, В1, В2, В6, В12, С, РР) внутрь или парентерально. Местно – инстилляции 0,1% раствора дексаметазона, 3% раствора калия йодида, 0,1% раствора лидазы. Парабулбарно: тауфон 4% - 0,5мл и эмоксипин 1% - 0,5мл 1 раз в сутки. Ретрбулбарно 0,4% раствор дексаметазона 0,2 мл, гепарин 700 ЕД и реополиглюкин 0,3 мл одновременно.

Применения ретиналамина осуществлялось у 32 больных. На фоне проводимой традиционной терапии на второй и четвертый день госпитализации проводилось введение ретиналамина в субтеноново пространство. В условиях операционной после обработки операционного поля производится местная анестезия р-ром алкаина 0,5% 3 раза. Осуществляется разрез конъюнктивы и теноновой оболочки до склеры в нижне-наружном квадрате. В образованное субтеноновое пространство к заднему полюсу вводится раствор ретиналамина в объеме 0,5 мл. При этом препараты эмоксипин 1% и тауфон 4% не применялись.

Результаты исследования и их обсуждение.

С целью сравнения нами был проведен анализ динамики показателей состояния сетчатки глаза и зрительной функции при проведении традиционного лечения больных ДР с применением традиционного лечения и ретиналамина.

Таблица 1 – Сравнительная динамика офтальмоскопической картины у обследованных больных в результате традиционной терапии и с применением ретиналамина

Показатель	Группа сравнения (n=66)				Применения ретиналамина (n=64)			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ангипатия (дилатация вен, микроаневризмы)	7	10,6±3,8	10	15,2±4,4	6	9,4±3,6	11	17,2±4,7
Единичны кровоизлияния и экссудации.	9	13,6±4,2	12	18,2±4,7	8	12,5±4,1	15	23,4±5,3
Кровоизлияния и экссудации, частично покрывающие глазное дно	17	25,8±5,4	15	22,7±5,2	17	26,6±5,5	11	17,2±4,7
Кровоизлияния и экссудации покрывающие все глазное дно и мускулярный отек.	15	22,7±5,2	11	16,7±4,6	16	25,0±5,4	10	15,6±4,5
Неоваскуляризация	13	19,7±4,9	13	19,7±4,9	11	17,2±4,7	11	17,2±4,7
Гемофтальм, грубая пролиферация	5	7,6±3,3	5	7,6±3,3	6	9,4±3,6	6	9,4±3,6

В группе контроля при сравнении с распределением больных в зависимости от степени патологических изменений на глазном дне до лечения, после традиционной терапии увеличилась частота картины, характеризующейся наличием ангиопатии (на 4,6%), единичных кровоизлияний и экссудации, (на 4,6%), за счет картины кровоизлияний и экссудации, частично покрывающих глазное дно (уменьшение на 3,1) и , в большей степени – кровоизлияний и экссудации ,покрывающих все глазное дно (на 6,1%). Случаи наличия неоваскуляризации, гемофтальма, грубой пролиферации позитивной динамики не дали.

Таким образом, различия с исходным состоянием офтальмоскопической картины были очень умеренными и недостоверными.

При лечении с использованием ретиналамина, как и в группе традиционной терапии, визуальное нарушения со стороны сетчатки были выявлены у всех обследованных больных. При этом в исходном состоянии в виде наименее выраженной степени патологических нарушений (ангиопатия без геморрагий) и наиболее выраженной (гемофтальм, грубая пролиферация) данные изменения были распространены в наименьшей степени (по 9,4%). Динамика исследованных показателей была выявлена в отношении частоты и степени выраженности кровоизлияний и экссудации. В частности, частота кровоизлияний и экссудации,

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

покрывающих все глазное дно, снизилась в результате терапии на 9,4% от общей численности группы, частично покрывающих глазное дно – также на 9,4%, зато единичных кровоизлияния и экссудации – возросло на 10,9%. Как и в группе традиционной терапии, частота неоваскуляризации и наиболее выраженных нарушений со стороны глазного дна не менялись.

Полученные при офтальмоскопии данные подтверждаются результатами флюоресцентной ангиографии (таблица 4).

Таблица 4 – Патологические изменения глазного дна у больных с ДР по данным флюоресцентной ангиографии и их динамика при традиционной терапии и с применением ретиналамина

Показатель	Группа сравнения (n=66)				Применения ретиналамина (n=64)			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Микроаневризмы на веноулярной стороне капиллярного русла	66	100	66	100	64	100,0	64	100,0
Отек макулярной области	41	62,1±6,0	35	53,0±6,1	39	60,9±6,1	22	34,4±5,9*
Повышенная проницаемость сосудов	63	95,5±2,6	62	93,9±2,9	64	100,0	51	79,7±5,0*
Зоны фокальной ишемии	54	81,8±4,7	45	68,2±5,7	49	76,6±5,3	35	54,7±6,2*
Новообразованные сосуды	29	43,9±6,1	29	43,9±6,1	30	46,9±6,2	30	46,9±6,2

*Примечание - * - различия между показателями до и после лечения достоверны, p<0,05*

В контрольной группе до начала лечения во всех случаях наблюдались микроаневризмы на веноулярной стороне капиллярного русла, в подавляющем большинстве – повышенная проницаемость сосудов зоны фокальной ишемии. На 41 глазу выявлялся отек макулярной области (62,1%).

В результате проведенной терапии умеренно снизилось число случаев с наличием повышенной проницаемости сосудов (на 7,1%), отека макулярной области (на 9,1%), а также (в большей степени) – зон фокальной ишемии – на 13,6%. По частоте морфологических признаков ретинопатии (микроаневризмы, новообразованные сосуды) динамика не наблюдалась.

Однако, как и при анализе офтальмоскопии следует указать на отсутствие достоверной динамики показателей.

В динамике лечения у больных второй группы было зарегистрировано уменьшения частоты выявления повышенной проницаемости сосудов (на 20,3% относительно общего числа больных), отека макулярной области (на 16,5%), наличия зон фокальной ишемии (на 21,9%, p<0,05).

Полученные данные в целом свидетельствовали о достоверном позитивном влиянии терапии с применением данного регуляторного пептида.

Анализ состояния и динамики зрительных функций осуществлялся путем определения остроты зрения, полей зрения (в том числе площади центральных и периферических скотом) и зрительных вызванных потенциалов.

Таблица 5 – Динамика остроты зрения обследованных пациентов при традиционной терапии

Показатель остроты зрения	Группа сравнения (n=66)				Применение ретиналамина (n=64)			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
От 0,01 до 0,1	14	21,2±5,0	10	15,2±4,4	15	23,4±5,3	9	14,1±4,3
От 0,2 до 0,8	47	71,2±5,6	44	66,7±5,8	42	65,6±5,9	40	62,5±6,1
От 0,9 до 1,0	5	7,6±3,3	12	18,2±4,7	7	10,9±3,9	15	23,4±5,3

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Как при исходном обследовании, так и после традиционной терапии обследованной группе преобладали лица с остротой зрения от 0,2 до 0,8 - 71,2% и 66,7% соответственно.

В результате лечения было достигнуто уменьшение численности подгруппы с наиболее низкими показателями остроты зрения (0,01-0,1) на 6,0% и увеличение - подгруппы с наиболее высокими (0,9-1,0) – 10,6% относительно численности всей группы.

При исходном обследовании показатель средней остроты зрения составил $0,45 \pm 0,03$. В результате терапии он увеличился до $0,51 \pm 0,04$, т.е. на 13,3% ($p > 0,05$).

Все указанные различия были статистически недостоверными.

Во второй группе число глаз обследованных больных с минимальной остротой зрения снизилось на 6 (9,3%), одновременно было выявлено умеренное уменьшение числа глаз со средней степенью снижения - на 3,1%. Повышение числа обследованных с высокой остротой зрения в результате составило 12,5%, хотя различия между исходными частотами и распределением больных в результате лечения и не были достоверными.

До лечения данный показатель не имел различий с группой традиционной терапии и составил $0,45 \pm 0,02$. После курсовой терапии с применением ретиналамина его значение достигло $0,54 \pm 0,03$ и было достоверно выше, чем исходное, на 20,7% ($p < 0,05$).

В отличие от группы традиционной терапии, при применении ретиналамина не было выявлено случаев снижения остроты зрения.

Частота случаев без изменения относительно исходных показателей была наиболее высокой и составила 57,8%. На втором месте в распределении находились случаи повышения остроты зрения на 0,1 (26,6%), на третьем месте - на 0,2-0,3 (12,5%). Кроме того, у двух пациентов имелось повышение зрения на 0,4 и 0,5 относительно исходного.

Результаты анализа динамики периферического поля большинстве случаев (84,8%) наблюдалось увеличение поля зрения в пределах от 2° до 11° . В остальных 10 случаях изменения поля зрения (усредненного по всем радиусам) не превышали $+1^\circ$ или были не негативными (в пределах $1-2^\circ$).

В среднем изменения периферического поля зрения (у всех обследованных больных данной группы по всем радиусам) в результате традиционной терапии составили $+7,0 \pm 0,2^\circ$.

Однако величина периферического поля зрения значения при сахарном диабете не имеет ведущего значения ввиду наличия скотом, связанных с морфологическими проявлениями ретинопатии.

Нами был проведен анализ совокупной площади скотом, определявшейся на основании компьютерной периметрии.

Таблица 6 - Динамика совокупной площади скотом у больных с диабетической ретинопатией в ходе традиционной терапии

Локализация	Группа сравнения (n=66)				Применение ретиналамина (n=64)			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
Центральные	29,6±1,5 %	19,8±1,2 %*	29,6±1,5 %	19,8±1,2 %*	30,7±1,3 %	12,5±0,8 %**	30,7±1,3 %	12,5±0,8 %**
Периферически е	25,7±1,3 %	16,9±0,9 %*	25,7±1,3 %*	16,9±0,9 %*	26,2±1,0 %	10,7±0,5 %**	26,2±1,0 %	10,7±0,5 %**

*Примечание - * различия между показателями до и после лечения достоверны, $p < 0,01$*

Видно, что центральные скотомы исходно занимали площадь около 1/3 всей 30° зоны. После лечения их совокупная площадь уменьшилась в среднем на 33,1% ($p < 0,05$).

Аналогичные показатели для периферических скотом составили – исходный - 25,7%, степень уменьшения в результате лечения - 34,2% ($p < 0,05$).

Во второй группе степень уменьшения данных показателей была значительной и статистически достоверной. Для центральных скотом различия с исходной площадью составили 59,3%, для периферических - 59,2% ($p < 0,01$) в обоих случаях.

Дополнительным объективным подтверждением эффективности проводимой у больных диабетической ретинопатией терапии является анализ зрительных вызванных потенциалов.

В первой группе видно, что значения усредненного ЗВП у больных находились ниже нормативных, причем как до, так и после лечения. Продолжительность ЗВП находилась в пределах норматива, и так же практически не изменялась при проведении терапии.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таблица 7 - Показатели зрительных вызванных потенциалов на вспышку в динамике при традиционной терапии

Показатель	Норма	Группа сравнения (n=66)		Применение ретиналамина (n=64)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Потенциал, мкВ	20-60	16,8±1,1	17,3±0,9	17,5±1,0	23,2±1,2*
Продолжительность, мс	85-125	96±4	99±3	98±3	91±5

*Примечание - * - различия между показателями до и после лечения достоверны, p<0,05*

Во второй группе при исходном снижении ЗВП относительно нормативных показателей наблюдалось достоверное их увеличение, достигающее 32,6% (p<0,05). При этом в большинстве случаев (на 41 глазу - 85,4%) были выявлены нормативные показатели (выше 20 мкВ). Существенных изменений продолжительности вызванных потенциалов между исходным уровнем и состоянием после лечения выявлено не было.

Выводы: преимущества комплексного лечения с применением ретиналамина заключаются в уменьшении проницаемости гематоретинального барьера, что выражается в статистически достоверном уменьшении количества и площади геморрагий, экссудации, макулярного отека, что проявляется в повышении остроты зрения, уменьшении центральных и периферических относительных и абсолютных скотом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Балашевич Л. И. Глазные проявления диабета. СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2004. - 453 с.
2. Воробьева И.В., Меркушенкова Д.А. Диабетическая ретинопатия у больных сахарным диабетом второго типа. Эпидемиология, современный взгляд на патогенез. Обзор. Офтальмология. 2012;9(4):18-21.
3. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Эндокринология. Национальное руководство. Гэотар-Медиа: М., 2009. - 254 с.
4. Эггардт В. Ф., Олевская Е. А. Диабетическая макулопатия (клиника, диагностика, лечение) // Учебное пособие. - Челябинск, 2005. - 33 с.
5. Мошетова Л. К., Аржиматова Г. Ш., Строчков И. А., Яровая Г. А. Современная антиоксидантная терапия диабетической ретинопатии // РМЖ. - 2006. - No 1. - С. 36-38.
6. Sall J. W., Klisovic D. D., O'Dorisio M. S., et al. Somatostatin inhibits IGF-1 mediated induction of VEGF in human retinal pigment epithelial cells // Exp Eye Res. - 2004 - Vol. 79. - P. 465-476.
7. Щадричев Ф. Е. Диабетическая ретинопатия // Современная оптометрия. - 2008. - No 4. С. 36-42.
8. Cusick M., Meleth A. D., Agrón E., et al. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group // Diabetes Care. - 2005. - Vol. 28. - P. 617-625.
9. Rangasamy S., McGuire P. G., Das A. Diabetic retinopathy and inflammation: novel therapeutic targets // Middle East Afr J Ophthalmol. - 2012. - Vol. 19. - P. 52-59.
10. Егоров Е.А. Нейропротекторы в лечении ранних стадий первичной открытоугольной глаукомы // РМЖ «Клиническая Офтальмология». 2015. №3. С. 154-159.
11. Канюкова Ю.В., Канюков В.Н. Пептидные регуляторы (ретиналамин) в сочетании с ПРК как эффективный метод лечения непролиферативной диабетической ретинопатии // «Вестник Оренбургского государственного университета». 2010. № 12(118-2). С. 85-87

ТУЙІН

**ТУЛЕБАЕВ Р.К., АХМЕДЬЯНОВА З.У., БЛОК Н.Е., ЕРМЕКОВА К.Т., КАДРАЛИЕВА Э.И.,
АКАШЕВА Ж.Е., ИБРАЕВА Д.Б.**

ДИАБЕТТІК РЕТИНОПАТИЯНЫ РЕТИНАЛАМИН МЕН ДӘСТҮРЛІ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

Неғұрлым тиімді емдеу әдісін анықтау мақсатында біз диабеттік ретинопатияға шалдыққан науқастарды дәстүрлі емдеу әдісі мен нейрорегуляторлы пептид-ретиналаминмен емдеу тәсілдерінің салыстырмалы нәтижелерінің талдауын жүргіздік.

Ретиналаминді қолдана отырып гематоринальді тосқауылдың өтімдігін төмендету кешенді емдеудің артықшылығы болып табылады, ол статистикалық шынайы қан құйылу алаңын және санын, экссудацияны,

макулярлы ісінуді азайтады, соның нәтижесінде көру өткірлігінің жоғарлауы орталық және перифериялық салыстырмалы және абсолютті скотоманың төмендеуі байқалады.

Түйін сөздер: диабеттік ретинопатия, ретиналамин, субтенонов кеңістігі.

SUMMARY

**TULEBAYEV R.K., AHMEDYANOVA Z.U., BLOK N.E., ERMEKOVA K.T., KADRALIEVA E.I,
AKASHEVA ZH.E., IBRAEVA D.B.**

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS OF DIABETIC RETINOPATHY WITH USAGE OF TRADITIONAL THERAPIES AND RETINALAMIN

For the purpose of definition of the most effective method of treatment we carried out the comparative analysis of treatment results of patients with DR with usage of traditional therapy and with of neuroregulatory peptide - retinalamin.

Advantages of complex treatment with usage of retinalamin consist in permeability reduction of hematoretinal barrier that is expressed in statistically authentic reduction of quantity and the area of hemorrhage, exudation, macular edema that is shown in visual acuity increase, reduction of central and peripheral relative and absolute scotomas

Key words: diabetic retinopathy, retinalamine, subtenon space



ӘОЖ: 616-053:615.2

БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА К.М., ТУГАНБАЕВА А.Т.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы қазақ-түрік университеті

Шымкент медицина институты

ОҢТҮСТІК – КАЗАХСТАН АЙМАҒЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ҚЫЗУ ТҮСІРЕТІН ДӘРІЛІК ЗАТТАР

Аннотация. Жергілікті тұрғындарда балалар дәрігері қабылдауында қандайда бір дәрі-дәрмек тағайындауы керек деген ұғым қалыптасқан. Тәжірибелі педиатр дәрігерлері бұл мәселеге қолдау көрсеткендей науқастарға түрлі дәрілік препараттарды тағайындауда. Бұл жағдай тұрғындар мен балалардың көп мөлшерде дәрі-дәрмектерді қабылдауына алып келеді. Дәрі-дәрмектердің жарнамасының агрессивтілігімен қатар, ақпараттың толық қамтылғандығы және дәрілік заттардың қол жетерлік болуы, аурудың емі дұрыс жүргізілмеуіне үлес қосады. Осының салдарынан қаржылық-экономикалық жоғалтулар (30-50%-ға дейін) тұрғындардың денсаулықтарына кері әсерін тигізеді.

Кілт сөздер: балалар, дәрілік, бұзылыстар, қызу, аурулар.

Зерттеу мақсаты: қазіргі күндегі амбулаториялық жағдайда балаларға тағайындалатын дәрілік жүктеменің нақты көрсеткіші қаншалықты екеніне жауап беру. Ауруларды емдеу стандарттары және хаттамалары және дәлелді медицина принциптеріне негізделген формулалар бар болғандықтан, бұл қойылған сұрақты орынсыз деуге де болады. Бірақ, өкінішке орай зерттеу нәтижелері дәрілік жүктеменің кері әсерін дәлелдеді. Шымкент қаласындағы мектепке дейінгі жастағы балаларға амбулаторлы жағдайда балалар емханасында қабылдайтын дәрілік жүктемелерге талдау жүргізілді. Есепке тек амбулаторлы карталардағы педиатр тағайындаған дәрілік препараттар алынды. Дәрілік жүктемені талдау мақсатында 125 баланың амбулаторлы картасы кездейсоқ түрде таңдап алынды. Жасына байланысты балаларды 3 топқа бөлді:

1 жасқа дейінгі балалар

1 жастан 3 жасқа дейінгі және

3 жастан 7 жасқа дейінгілер.

Нәтижесінде дәрілік заттардың бір ауруға шаққандағы мөлшері 1,38; 2,17 және 1,75 сандарын құрайды. Келтірілген сандар мектеп жасына дейінгі балаларда политерапия мәселесі бойынша дискуссиялардың маңыздылығына күмән тудырады. Біздің көзқарасымыз бойынша дәрілік заттарды рационалды түрде пайдалану дұрыс болып табылады.

Осыған дәлел ретінде біздің амбулаторлы карталарды талдау мәліметтерімізді келтіруге

болады. Тағайындалу жиілігі бойынша ең көп сұраныстағы препараттар 3 топтың дәрілері: антибиотиктер, антигистаминді дәрілер, иммуномодуляторлар болады. Соның ішінде 1 жаста дейінгі балалардың жалпы санынан әр 4-ші балаға антибактериальды препараттар тағайындалған (17,5%). Ал антибиотик қабылдайтын 3 жасқа дейінгі балалар саны 24%-ға жоғарылайды және 7 жасқа дейін 68,3% жетеді. Антибактериальды препараттар курсы орта есеппен 1 балаға шаққанда 2,1 ден 3,3 ке аралығында болады. Антигистаминді препараттарды тағайындау айтарлықтай қиын мәселе болып отыр. Жүргізілген талдау мәліметтер бойынша, бұл препараттарды емдік мақсатта пайдалануы бойынша 1 жасқа дейінгілер 37,5% - ды, 3 жасқа дейінгілер 52%-ды, ал 7 жасқа дейінгілер 65,4%-ды құрады. Антигистаминді препараттар курсы орта есеппен 1 балаға шаққанда 1,8 ден 3,4 аралығында болады. Алайда 1-ші топтағы антигистаминді препараттарды тағайындау үшін ЖРВИ-ді емдеуден басқа негізді табу мүмкін емес. Дәл сол уақытта осы айтылған топтың дәрілік заттарын балаларға қолданғанда жанама әсерлер көрсетеді. Атап айтатын болсақ: ұйқышылдық, бас айналу, координация бұзылысы, шаршағыштық, ауыз кебу, жүрек айну, құсу, асқазандағы ауырсыну, іш қату, экстрапирамидальды бұзылыстар, агранулоцитоз, тәбетінің жоғарылауы мүмкін [1,2].

Біздің дәлел бойынша, әртүрлі иммуномодуляторлардың танымалдылығы антибиотиктер және антигистаминдерден жоғары болуы ерекше назар аудартты. 1 жасқа дейінгі балаларда иммуномодуляторларды қолдану жиілігі 47,7%-ды құрайды. 1 жасқа дейінгі балалардың әлі жетілмеген, енді құралып жатқан иммунды жүйесі үлкен антигенді жүктемені қабылдап, оның үстіне әр екінші жағдайда белсенді модуляцияны қосымша өткізеді. Медициналық құжаттардың талдау нәтижелері, бізді бұл препараттарды педиатрлар ешқандай негіздемесіз тағайындап жатыр немесе әртүрлі жағдайға, ең жиі ЖРВИ-дің жедел көрсетпелерін емдеуде тағайындайды деген ойға келтіреді. 3 жасқа дейінгі иммуномодуляторларды қабылдаған балалар саны 64%-ға жоғарылайды және 7 жасқа дейін 66,7%-ға жетеді. Сонда 1 балаға шаққанда орта есеппен 1,3 тен 3,0 ге дейінгі аралықты құрайды.

Бұл мақалада айтылған алаңдататын дәлелдер жедел түрде назар аударуды талап етеді. Дәрігердің нақты медициналық құжаттармен жүктелгені және (аймақтық) педиатрлардың амбулаторлы карталарды толтырудағы ұқыпсыздығы деп түсіндіруге болады және маусымды түрде көбейетін шақыртулардың өте көп екенін де еске түсіруіміз керек. Әрине бұл бізге балалардың "қағаз жүзінде болмаса да", шын мәнінде дұрыс ем қабылдап жатқанынан үміттендіреді [3]. Біздің қаладағы балалар емханаларының амбулаторлы карталарын талдағанда, біз келесі қорытындыға келдік, 45% жағдайда бір мезетте 4 және оданда көп препараттар тағайындалған. ЖРВИ-дің минимальды клиникалық көріністерінде және оның басталуында (1-2 тәулікте) 10% жағдайда ауырған балаға амоксициллин антибиотигі тағайындалған. 40% жағдайда дәрігерлер температурасы 37,8С-тан аспаған балаларға қызу түсіретін дәрілер тағайындаған. Ең жиі тағайындалатындар: парацетамол, ибупрофен, нимесулид. Патофизиологиялық механизмдерді қарастырмай ақ температураның жоғарылауы бұл ағзаның вирустық инфекцияға қарсы тұратын күрделі қорғаныс процессін туындататын қажетті реакция екенін еске салайық. Осылай агрессивті және негізсіз түрде қызу түсіретін препараттарды қолдану, аурудың клиникалық көріністеріне әсер етіп, әсіресе кіші жастағы балаларда диагностикалауда және заманауи терапияны таңдауға айтарлықтай қиындық туғызады [3,4].

Қызба жағдайының дамуын келесі кезеңдерге бөледі.

Statum incrementi (қызбаның бірінші сатысы) қалыпты ағымда және орта ауырлықта метаболикалық процесстер дамуынан бастап 3-4 сағатқа созылады.

Statum fastigii (акматикалық фаза, қызбалық жағдай сатысы) – бұл процесстің шарықтау шегі. Бұл сатының жоғарлауында терморегуляция механизмдері қалыпты жағдай ретінде іске асады. Жылу бөлу және жылу беру теңескен кезде, науқаста ыстықта емес, суықта емес, тері тамырлары кеңейеді, тері температурасы жоғарылайды, қалтырау және дірілдеу жоғалады, тыныс алу жиілейді, диурез азаяды. Осы фаза кезінде температура көрсеткішіне қарай субфебрильді (38С-дейін), әлсіз (38,5С-дейін), қалыпты біркелкі (39С), жоғары (41С-қа дейін), гиперпиретикалық (41С-тан жоғары). Акматикалық фазаның ұзақтығы бірнеше сағаттан бірнеше аптаға дейін созылуы мүмкін.

Statum decrementi (сөну сатысы, температура түсу) экзогенді пирогендердің жоғалуынан басталады және эндогенді пирогендердің бөлінуінің тоқтауымен және ятрогенді антипиретиктердің әсерінен болады. Бұл сатыда жылу беру жедел күшейеді, себебі шарықтау шегі төмен ауысады, ал тері және қан температурасы гипоталамусқа байланысты жоғары болады. Терлеу интенсивті түрде стимуляцияланады, перспирация және диурез де сонымен бірге жүзеге асады. Температураның төмендеуі бірте – бірте литикалық (бірнеше тәулік бойы) және тез критикалық (1-2 сағатта), осы сәтте тері қантамырларының жедел кеңеюі әсерінен коллапспен асқынуы мүмкін. Бірақ қазіргі уақытта 3 фазалы классикалық цикл, тек емделмеген қызбада болады және өте сирек кездеседі. Қызбаның патологиялық нұсқасы болып, температураның айтарлықтай жоғарылауынан микроциркуляция бұзылыстары мен метаболикалық бұзылыстар және дамушы полиоргандық жеткіліксіздік дамиды гипертермиялық синдром болып табылады. Жедел респираторлы вирусты инфекциясы бар балалардағы қызба, келесі жағдайларда қауіпті болуы мүмкін: қосарланған ауыр өкпе және жүрек қантамыр аурулары, ауыр пневмония, ақыл – ес кемістігі болса олардың ағымы қызба кезінде нашарлауы мүмкін. Өте жоғары температура кезінде (41С жоғары) 5

жасқа дейінгі балаларда әсіресе 6 айлықтан 3 жасқа дейін фебрильді тырысулар болады. Ал алғашқы 2 айлық сәбилер үлкен жастағы балаларға қарағанда қызбаны ауыр түрде өткізеді [4].

Әрбір нақты жағдайда жеке түрде баланың конституциональды ерекшеліктерін, преморбидті фоны және негізгі ауру сипаттамасын есепке алып, қызбаның пайдасы және зияны жайлы сұрақты, қажетті антипиретикалық терапия ауқымы шешіледі. Температураның түсуі жәй пирогендердің жойылуының нәтижесі емес, басқарылатын антипиретиктердің белсенді реакциясы екенін есепке алу керек. Қызба кезінде мінсіз дәрілік зат деп, тек физиологиялық процесстер ағымын бұзбай, максимальды түрде қызбаның жағымсыз симптомдарын төмендететін заттарды айтуға болады және де балалар да қызу түсіретін дәрілерді таңдау критерилеріне олардың қауіпсіздігі және эффективтілігін еске салу керек. Осы жағдайға байланысты, қазіргі уақытта тек парацетамол және ибупрофен ғана қауіпсіздік және эффективтілік критерилеріне толық жауап береді, және қызу түсіруші дәрі ретінде педиатриялық тәжірибеде қолдануға Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымымен ресми түрде ұсынылған [5].

Парацетамол препараты қызу түсіретін, ауырсынуды басатын және әлсіз қабынуға қарсы әсерге ие. Себебі ол өзінің механизмін орталық жүйке жүйесінде іске асырады, перифериялық әсері жоқ (простогландиндердің синтезін ынталандырады, циклооксигеназаны тежейді). Ибупрофен айқын қызу түсіретін, ауырсыну басатын және қабынуға қарсы әсерлерге ие. Бұл оның перифериялық және орталық механизмдерімен түсіндіріледі. Парацетамол және ибупрофенді қызу түсіруші дәрі ретінде қолданғандағы жағымсыз әсерлер жиілігі бірдей және ол 8-9% құрайды [6,7].

Ибупрофеннің эффективтілігіне қосымша дәлел ретінде біздің зеттеуіміздің нәтижесін келтіруге болады. Бақылау кезінде емханаға шағыммен келген 30 бала болды. Жастары 3 айлықтан 2 жасқа дейінгі балалар. Барлық балаларды екі топқа бөлдік: 1-ші топ-20 бала нурофен (60 мг) балауызын қабылдаған, 2-ші топ-10 бала, парацетамол (80мг) балауызын қабылдаған. Топтарға балаларды кездейсоқ іріктеп және өзара жынысы бойынша салыстырмалы түрде бөлді. 1-ші топта 11 ұл бала және 9 қыз бала, ал 2-ші топта 6 ұл бала және 4 қыз бала болды. Топтар толықтай диагностикаланған назологиялық форма құрылымы бойынша салыстырмалы түрде болды. Қызу түсіретін балауыздар бақылаудағы барлық балаларға температурасы тек 38 С-тан жоғарылағанда тағайындалды. Балаларға қараған сәттен бастап, екі топқа да ұқсас ем шаралар комплексі жүргізілді. Айырмашылық тек қызу түсіретін препаратты таңдауда болды.

Айта кететін жағдай, нурофен және парацетамол балауыздарын қолданғанда, асқынулар, жағымсыз әсерлер немесе аллергиялық реакциялар байқалған жоқ. Бірақ ерекше контингенттегі балалар (емізүлі және ерте жас), және антибиотиктер, комплексті терапия жүргізгенде кей жағдайларда: құсу, сұйық үлкен дәрет, бөртпелар немесе эксудативті, катаральді диатез симптомдарының өршуі байқалған. Бірақ индивидуальды талдау, жоғарыда айтылған белгілердің қызу түсіретін дәрілерге байланыссыз екенін дәлелдеді.

Қорытынды: қорыта келсек, нурофен және парацетамол балауыздарын қолданғанда, асқынулар, жағымсыз әсерлер немесе аллергиялық реакциялар байқалған жоқ. Бірақ ерекше контингенттегі балалар (емізүлі және ерте жас), және антибиотиктер, комплексті терапия жүргізгенде кей жағдайларда ғана симптомдарының өршуі байқалған. Бірақ индивидуальды талдау, жоғарыда айтылған белгілердің қызу түсіретін дәрілерге байланыссыз екенін дәлелдеді. Қазіргі уақытта тек парацетамол және ибупрофен ғана қауіпсіздік және эффективтілік критерилеріне толық жауап береді, және қызу түсіруші дәрі ретінде педиатриялық тәжірибеде қолдануға Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымымен ресми түрде ұсынылған.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Малахов А.Б., Волков И.К., Малахова– Капаназе М.А. Антигистаминные препараты и их место в терапии аллергических заболеваний. Справочник поликлинического врача, 2007. –№ 1.
2. Пампура А.Н., Кожевников С.А. Антигистаминные препараты и их место в терапии аллергических заболеваний у детей. Вестник педиатрической фармакологии, 2008. № 1. С.7-12.
3. Ключников С.О., Барсукова М.В., Дубович Е.Г., Суюндукова А.С. Вестник РГМУ, 2008. №4 (63), Специальный выпуск. Материалы I объединенного форума детских врачей. Орел, 19-23 мая 2008.
4. Костенко А.Ю., Генералова Г.А., Алимова Е.Ю., Ключников С.О. Лихорадка и Гипертермия у детей. РГМУ, 2002.-С.367-382.
5. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система): выпуск 1. ГЭОТАР МЕДИЦИНА. 2000.-975с.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. Острая лихорадка у детей // РЖМ, 2005. - № 17.С.1165-1170.
7. Таточенко В.К. Ребенок с лихорадкой // Лечащий врач, 2005. -№1. С.16-20.

РЕЗЮМЕ

БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА К.М., ТУГАНБАЕВА А.Т.

*Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжа Ахмета Ясави
Шымкентский медицинский институт*

ПРИМЕНЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Врач педиатр на приеме всегда должен назначить какое-либо лекарство, на сегодня данный стереотип очень сильно сформирован у населения. Данный подход приводит к тому, огромное количество лекарственных препаратов потребляется детьми. Также свою усугубляет данную проблему информационная реклама, легкая доступность препаратов, что также вносит свою лепту в нерациональную терапию заболеваний. Нужно признать, что целенаправленные исследования этого вопроса малочисленны, при этом проблем в целом остается вне пристального внимания как медиков, так и руководителей здравоохранения.

SUMMARY

BEKENOV N.N., KYLYSHBEKOVA G.N., KALMENOVA K.M., TUGANBAEV A.T.

*Kh. A. Yassavi International Kazakh-Turkish University
Shymkent medical institute*

THE USE OF ANTIPYRETIC DRUGS IN CHILDREN OF THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION

The doctor pediatrician at the reception should always appoint a medicine, for today this stereotype is very strongly formed among the population. This approach leads to the fact that a huge number of medicines are consumed by children. Also, this aggravates the problem of information advertising, easy availability of drugs, which also contributes to the irrational therapy of diseases. It is necessary to recognize that the purposeful research of this issue is small, while the problems in general remain beyond the close attention of both doctors and health officials.



УДК: 616.831-009.11-053.2

ЖУКАБАЕВА С.С., ЖУКАБАЕВА СОФ.С., АУБАКИРОВА Ж.И., КАЛЫМЖАНОВА С.К.

АО «Медицинский университет Астана»

ЗАДЕРЖКА ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Аннотация: Задержка психо-речевого развития представляет собой аномалию развития, обладающую значительным полиморфизмом клинико-онтогенетической структуры, степени тяжести и прогноза. Знание клинического полиморфизма при данной патологии способствует адекватному выбору не только медикаментозной терапии, но и психолого-педагогической коррекции.

Ключевые слова: задержка психо-речевого развития, аутизм, аномалия развития, дифференциальная диагностика.

Актуальность. Проблема задержки психо-речевого развития (ЗПРР) актуальна не только для психиатрии и психологии, но и для педиатрии и детской неврологии. Вопросы дифференциальной диагностики ЗПРР отражены во многих работах [1-7]. Диагноз ЗПРР зачастую приходится дифференцировать с умственной отсталостью, для которой характерна тотальность нарушений психических функций, в то время как ЗПРР свойственна мозаичность, т.е. несоответствие потенциальных познавательных способностей и реальных школьных достижений [1]. Важным диагностическим критерием ЗПРР является возможность принимать и использовать помощь, усваивать принцип решения заданной интеллектуальной операции и переносить его на аналогичные задания [2-3].

Основные затруднения, возникающие при дифференциальной диагностике ЗПРР от умственной отсталости, связаны с необходимостью полной и точной оценки структуры и уровня нарушений

интеллектуальной деятельности ребенка. Кроме того, качественная неоднородность детей с ЗППР требует внутренней дифференциации, которая должна рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции. Однако не следует забывать о том, что диагноз задержки темпа психического развития не может оставаться правомерным у детей более старшего возраста (11–13 или, в крайнем случае, 12–14 лет) [4].

Нередко возникают затруднения при разграничении ЗППР и аутистических расстройств. Это связано с тем, что некоторые формы ЗППР имеют аутоподобные проявления, такие как эхолалии, стереотипные движения, консервативные игры неигровыми предметами и пр. Но главным аргументом в пользу задержки психического развития является сохранная потребность ребенка в общении с окружающими, такие дети не избегают зрительного контакта, что так характерно для детей, страдающих аутизмом [5].

В некоторых случаях приходится дифференцировать ЗППР и нарушения речи коркового генеза (алалия) [6]. У детей, страдающих моторной алалией, выявляется низкая речевая активность, стойко выражены нарушения звукопроизношения и фразовой речи. При сенсорной алалии в силу истощаемости произвольного внимания будет отмечаться неумение ребенка вслушиваться в обращенную речь, и, как следствие этого, быстрая утомляемость и потеря интереса. При возрастании речевой активности, когда ребенок начинает общаться и играть с окружающими, проявляются выраженные нарушения речи в виде эхолалий [7]. До настоящего времени не существует как четких диагностических рамок ЗППР, так и единого мнения о возрасте, до которого правомерен данный диагноз. Ошибки при диагностике ЗППР ведут к выбору неадекватной обучающей программы и возникновению школьной дезадаптации, на фоне которой в дальнейшем может формироваться девиантное поведение []. Все вышеупомянутое обуславливает актуальность данного исследования.

Цель работы: совершенствование дифференциальной диагностики ЗППР на основе лабораторно-инструментальных исследований и динамического наблюдения.

Материалы и методы исследования: Было проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение (в течение 2х лет) 54 детей в возрасте от 2 до 6 лет с ЗППР в городской поликлиники №4 г. Астана. Мальчики составили 33 (61%) пациента, девочки - 21 (39%). Возрастной состав: 2-3 года – 19 детей, 3-4 года – 22, 4-5 лет – 9, 5-6 лет – 4 детей. При сборе анамнеза учитывался перинатальный анамнез, наличие в анамнезе судорожного синдрома, перенесенной тяжелой соматической и инфекционной патологии, в том числе нейроинфекции, психо-моторное развитие до 1 года.

Из инструментальных методов исследования проведены электроэнцефалография, нейросонография, ЭхоЭГ, МРТ головного мозга. Больные консультированы логопедом, эндокринологом, психологом, психиатром, сурдологом по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение:

Основными жалобами при обращении детей с ЗППР являлись малый словарный запас (100%), отсутствие фразовой речи (93%), снижение или отсутствие внимания (89%), понимания обращенной речи (68%), невыполнение простых инструкций (70%), отсутствие навыков регуляции функции тазовых органов (93%), двигательная и эмоциональная гиперактивность (55,6%), отсутствие навыков групповой игры (89%) и склонность к стереотипным движениям (20%).

Задача невропатолога затруднена тем, что эти жалобы характерны для многих заболеваний - соматических, психических, органического поражения центральной нервной системы (цнс), врожденных пороков развития цнс, генетических заболеваний и т.д. Среди соматических заболеваний исключали врожденный гипотиреоз (кровь на тиреоидные гормоны, костный возраст, консультация эндокринолога), частые соматические заболевания, гиповитаминозы, анемию, наличие врожденных пороков сердца и других органов, снижение слуха. Для психических расстройств было характерно отсутствие внимания, невозможность установить зрительный контакт с ребенком, крайняя моторная и эмоциональная гипербильность, склонность к стереотипным движениям (раскачивание), в ряде случаев методичность, пунктуальность, эхолалия, нечистоплотность. При органическом поражении цнс выявлялись отягощенный перинатальный анамнез (недоношенность, гипоксия в родах, наличие реанимационных мероприятий, отставание в психо-моторном развитии с рождения), наличие изменений на электроэнцефалограмме, малых приступов судорог. При врожденных пороках развития мозга перинатальный анамнез не был отягощен, но по мере роста и развития ребенка выявлялись отставание в психо-моторном развитии, объективно выявлялись малый прирост головы по сравнению с нормой, поражение черепно-мозговых нервов, двигательные расстройства в виде парезов, параличей. Генетические заболевания - обменные заболевания (фенилкетонурия), хромосомные aberrации и редкие хромосомные аномалии характеризовались наличием множественных стигм дизэмбриогенеза, отставанием в психо-моторном развитии, слабоумием различной степени.

Наибольшая обращаемость детей с ЗППР отмечалась в возрасте от 3-х до 4-х лет. У 29 (53,7%) больных перинатальный анамнез не был отягощен, раннее развитие соответствовало норме. В 25 (46,3%) случаях отмечалась перинатальная патология в виде недоношенности, гипоксии в перинатальном периоде. По данным инструментального исследования детей с ЗППР в 2-х случаях выявлена нейросенсорная тугоухость,

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

в 1 случае - абсансная эпилепсия, в 4-х случаях – врожденные пороки развития цнс (кисты височных долей, неполная шизэнцефалия, смешанная гидроцефалия, пахигирия), у 2-х пациентов выявлен субклинический гипотиреоз. Лечение проводилось ноотропными препаратами, начиная с производных пиридоксина до нейропептидных препаратов, курсами по 1-1,5 месяца с перерывом в 2-3 месяца, и психолого-педагогическая коррекция. Применение ноотропных препаратов при ЗППР различного генеза улучшало внимание, память, мышление, самосознание, воспроизведение. Динамическое наблюдение показало у 39 (72%) детей положительную динамику, из них выздоровление отмечено у 27 пациентов. В ряде случаев отмечалась резистентность к терапии и, в дальнейшем, у 1 пациента диагностирована моторная алалия, у 1 - сенсомоторная алалия, в 2-х случаях – олигофрения. У 11 (20,3%) детей с аутистическими чертами в возрасте 4-х лет установлен диагноз детского аутизма.

Выводы и заключение: Под ЗППР могут скрываться ряд других заболеваний - нейросенсорная тугоухость, абсансная эпилепсия, врожденные пороки развития цнс (кисты височных долей, неполная шизэнцефалия, смешанная гидроцефалия, пахигирия), субклиническая гипотиреозмоторная алалия, сенсомоторная алалия, олигофрения. В 20,3% случаев под диагнозом ЗППР скрывается детский аутизм. Для исключения детского аутизма необходимо тщательное обследование и динамическое наблюдение за детьми с ЗППР.

Таким образом, ЗППР представляет собой аномалию развития, обладающую значительным полиморфизмом клинико-онтогенетической структуры, степени тяжести и прогноза. Знание клинического полиморфизма при данной патологии способствует адекватному выбору не только медикаментозной терапии, но и психолого-педагогической коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Исмаилова А.С. Современный взгляд на задержку психического развития // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2015. – № 10-2. – С. 256-262.
2. Психология детей с задержкой психического развития: Изучение, социализация, психокоррекция: хрестоматия // *сост. О. В. Защиринская*. - СПб. : Речь, 2003. 432 с.
3. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // *Мир психологии*. 2000, № 1. - с. 27-34.
4. Ихсанова С.В. Решение психолога: ЗПР или умственная отсталость // *Психологическая газета (ИМАТОН)*. - 2001, № 1. - С. 18-20.
5. Чупров Л.Ф. Дифференциальная диагностика состояний задержки психического развития у детей младшего школьного возраста // *Л. Ф. Чупров // Психологическая диагностика*. - 2011. - № 3. - С. 75-97.
6. Чупров Л.Ф. Психологическая дифференциация состояний задержки психического развития у младших школьников // *V Съезд Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество»*. - Москва, 14-18 февраля 2012 года. *Научные материалы*. - Том III. Психодиагностика - М., 2012. - С. 227-228.
7. Чупров Л.Ф. Особенности интеллектуальной недостаточности у младших школьников с задержкой психического развития из различных социально-педагогических условий // *Журнал практического психолога*. 2000. - № 10-11. - С. 184-192.

ТҮЙІН

ЖУКАБАЕВА С.С., ЖУКАБАЕВА СОФ.С., ӘУБӘКІРОВА Ж.И., ҚАЛЫМЖАНОВА С.К.

БАЛАЛАРДА ПСИХО-СӨЙЛЕУ ДАМУЫНЫҢ КЕШІГҮІ

Психо-сөйлеу дамуының кешігуі - бұл дамудың клиникалық-онтогенетикалық құрылымның полиморфизмі, ауырлық дәрежесі мен болжамының айтарлықтай аномалиясы. Бұл патологиядағы клиникалық полиморфизмді білу медициналық терапияны ғана емес, сонымен қатар психологиялық-педагогикалық түзетуді дұрыс тандауды талап етеді.

SUMMARY

ZHUKABAIEVA S.S., ZHUKABAIEVA SOF.S., AUBAKIROVA Z.I., KALYMZHANOVA S.K.

PSYCHO-SPEECH DEVELOPMENT AT CHILDREN

The delay in psycho-speech development is an anomaly of development, with significant polymorphism of the clinical-ontogenetic structure, severity and prognosis. Knowledge of clinical polymorphism in this pathology contributes to an adequate choice not only of medicament therapy, but also psychological and pedagogical correction.

УДК: 612.017:616-053.2-036:553.495

МОРЕНКО М.А., ШНАЙДЕР К.В., КОВЗЕЛЬ Е.Ф., ГАТАУОВА М.Р., УСЕНОВА О.П.

АО «Медицинский Университет Астана», Кафедра детских болезней №1

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ

Аннотация

В данном исследовании изучены клиническо-эпидемиологические и иммунологические показатели первичных иммунодефицитов у пациентов в Республике Казахстан.

Применение инновационных методов диагностики ПИД позволит на раннем этапе верифицировать диагноз, назначить своевременное патогенетическое лечение, снизить частоту осложнений, что в конечном итоге будет способствовать увеличению продолжительности жизни пациентов, снижению летальности и инвалидизации при данных заболеваниях.

Ключевые слова: первичные иммунодефициты, TREC, KREC

Актуальность: Одной из актуальнейших проблем медицины на сегодняшний день является рост иммунозависимой патологии, т. е. заболеваний, в основе которых лежат иммунопатологические механизмы [1]. По данным Европейского Общества по Первичным Иммунодефицитам, частота встречаемости ПИД в среднем составляет 1/25000-1/100000 населения, в то время как селективный дефицит IgA встречается с частотой 1/500-1/700 населения [2].

В настоящее время во многих странах, в том числе и в Казахстане, наблюдается гиподиагностика ПИД. Так по данным статистики, более 90% таких больных наблюдается и умирает с другими диагнозами [3]. Особенно актуальна эта проблема для педиатрии, так как клиническая манифестация этих сложных заболеваний приходится, как правило, на ранний детский возраст [4].

Ранняя лабораторная диагностика имеет чрезвычайно важное значение для постановки диагноза и дальнейшего лечения пациентов в специализированных центрах помощи, так как диагноз ПИД очень сложно выявить при стандартном физикальном обследовании [5].

Особый интерес за последнее десятилетие приобрел скрининг ПИД методом определения универсального маркера Т-клеточных иммунодефицитов – «Т-рецепторных эксцизионных колец» (T-cell receptor excision circle — TREC) [6]. Странами одними из первых внедрившими в практическую медицину и широко использующие данный метод являются США и Швеция.

Впервые об использовании TREC для изучения изменений в частоте Т-лимфоцитов, эмигрировавших из тимуса (RTE - recent thymic emigrants) при инфекции вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) сообщили в 1998 году Douek и соавт. [7].

Молекулы TREC и KREC – стабильные кольцевые фрагменты ДНК, образующиеся в ходе перестройки генов рецепторов Т- и В-клеток, соответственно. У здоровых новорожденных и далее в течении жизни молекулы TREC и KREC образуются в больших количествах соответственно возрастным нормам, в то время как у детей с ТКИИ и агаммаглобулинемией количество TREC и KREC находятся на недетектируемом уровне. Анализ может быть проведен как с использованием цельной крови, так и с ДНК, полученной из сухих пятен крови, собираемых в ходе национальной программы скрининга новорожденных.

Цель: изучить распространённость различных форм первичных иммунодефицитов в Республике Казахстан, провести анализ иммунологических и клинических проявлений ряда основных форм ПИД с целью оптимизации диагностики и ведения пациентов.

Методы и материалы: В исследование были включены 70 пациентов с диагнозом ПИД в возрасте от 1 до 55 лет, пациенты зарегистрированы в республиканском регистре с первичными иммунодефицитами.

Результаты: В ходе исследования установлено, что в структуре заболеваемости ПИД преобладающими являются дефекты антителообразования, составляющие 65,62% от общего количества случаев; иммунодефициты, связанные с другими значительными дефектами и дефекты в системы комплимента, составили по 10,94%; врожденные дефекты числа и функции гранулоцитов и комбинированные Т- и В- клеточные иммунодефициты составили по 6,25%.

В ходе исследования установлено, что ведущим клиническим синдромом у пациентов с различными формами ПИД явился: инфекционный синдром в 98,1% случаев, представленный рецидивирующими синуситами, отитами, частыми затяжными пневмониями; аллергический синдром в 39,7%; аутоиммунный синдром в 22,3%. Инфекционный синдром представлен в основном инфекционными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей (от 7,1% до 100%). Так, хронический синусит встречался у обследованных пациентов в 100% случаев, хронический отит – в 50%, хронический ринит – в 61,9%,

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

пневмонии – в 100%, бронхоэктатическая болезнь - в 23,8%, диссеминированная форма туберкулеза легких (11,9%) составила от 3,3% до 16,7%. Наиболее распространенными осложнениями явились: пневмофиброз (66,7%), плеврит (40%), нейросенсорная тугоухость (23,3%), ателектаз легкого (16,7%), частота встречаемости наблюдалась от 2,4% до 28,6% всех клинических случаев пациентов с дефектами антителообразования.

Таблица 1– Показатели иммуноглобулинов сыворотки крови у пациентов с дефектом антителообразования

Показатель	СД IgA	ОВИН	Контрольная группа
	M±m	M±m	
IgA г/л	0,032±0,005*	0,03±0,07*	2,8±0,17
IgM г/л	0,98±0,16	1,0±0,07	2,1±0,06
IgG г/л	10,3±1,25	3,6±0,4*	9,5± 0,7
Уровень достоверности различия*: p<0,05			

В таблице 1 представлены показатели содержания иммуноглобулинов в сыворотки крови у пациентов с дефектом антителообразования. Как видно из таблицы, прослеживается достоверное снижение IgA у пациентов с селективным дефицитом IgA, что является основным лабораторным подтверждением данного первичного иммунодефицита. В этой же группе пациентов содержание иммуноглобулинов IgM и IgG было в пределах нормы. У пациентов с ОВИН наблюдалось достоверное снижение всех групп иммуноглобулинов сыворотки крови, в особенности IgA и IgG.

Средние показатели субпопуляционного состава лимфоцитов у пациентов с ТКИН представлены в таблице 2. Как видно из полученных данных, выявлено достоверное снижение CD3, CD4, CD8, уровень CD19 и NK клеток было в пределах нормы.

Таблица 2 – Показатели субпопуляции лимфоцитов у пациентов с ТКИН

Показатель	ТКИН	Контрольная группа
	M±m	M±m
CD3 %	12,4±7,6	70,1± 0,7
CD4 %	4,5±2,6	36,5± 0,9
CD8 %	3,66±2,9	27,9± 0,6
CD19 %	52,3±12,8	19,4± 0,5
NK %	15,1±8,5	12,7± 0,6
Уровень достоверности различия*: p<0,05		

Таким образом, ведущим иммунологическим критерием у пациентов с дефектами антителообразования было достоверное снижение иммуноглобулинов, а у пациентов с ТКИН содержание субпопуляции лимфоцитов, в зависимости от характера дефекта (Т-В-NK+, Т-В+NK+).

Анализ результатов исследования кольцевых структур TREC/KREC показал, что у 66,7% пациентов с ПИД были зарегистрированы наиболее низкие значения KREC – 4,20E-01±2,70E-01, что 65 раз было ниже максимальных значений (p<0,05) и у 66,7% пациентов отмечались низкие значения TREC – 1,12E+00±5,90E-01, что 141 раз было ниже максимальных значений полученных при исследовании (p<0,05).

Таким образом были изучены клиническо-эпидемиологические и иммунологические показатели первичных иммунодефицитов у пациентов в Республике Казахстан.

В ходе исследования были изучены частота заболеваемости и клинические особенности первичных иммунодефицитов в Республике Казахстан. Оценены иммунологические показатели, определена их диагностическая значимость при изучаемых формах ПИД.

Проспективное наблюдение, даже за относительно небольшими группами пациентов с различными формами ПИД, является актуальным и позволяет накопить клинический материал для проведения анализа особенностей и возможных вариантов клинического течения заболевания, осложнений в меняющихся условиях, проводить оценку эффективности лечения и качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Luecha O. Primary Immunodeficiency Diseases; A 20 Years Experience in a Tertiary University Hospital at Ramathibodi // *J Allergy Clin Immunol.* – 2012. – Vol. 129, №2. – P. 158.
2. Wehr C., et al. Multicenter experience in hematopoietic stem cell transplantation for serious complications of common variable immunodeficiency // *J Allergy Clin Immunol.* – 2015. – Vol. 135 (4). – P. 988-997.
3. Modell V., Gee B., Lewis D.B., Orange J.S., Roifman C.M., Routes J.M., et al. Global study of primary immunodeficiency diseases (PI)-diagnosis, treatment, and economic impact: an updated report from the Jeffrey Modell Foundation // *Immunol Res.* – 2011. – Vol. 51, №1. – P. 61–70.
4. Al-Herz W., Bousfiha A., Casanova J.L., et al. Primary immunodeficiency diseases: an update on the classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee for Primary Immunodeficiency // *Front Immunol.* – 2014. – Vol. 5. – P. 162.
5. Cunningham-Rundles. Key aspects for successful immunoglobulin therapy of primary immunodeficiencies // *Clinical and Experimental Immunology.* – 2011. – Vol. 164, №2. – P. 16–19.
6. Hernandez-Trujillo V., et al. Validity of Primary Immunodeficiency Disease Diagnoses in United States Medicaid Data // *J Clin Immunol.* – 2015. – Vol. 35. – P. 566-572.
7. Lankisch P., et al. The Duesseldorf Warning Signs for Primary Immunodeficiency: Is it Time to Change the Rules? // *J Clin Immunol.* – 2015. – Vol. 35, №3. – P. 273-279.

ТҮЙІН

МОРЕНКО М.А., ШНАЙДЕР К.В., КОВЗЕЛЬ Е.Ф., ГАТАУОВА М.Р., УСЕНОВА О.П.

**БІРІНШІЛІКТІ ИММУНДЫ ТАПШЫЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-
ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Берілген зерттеуде Қазақстан Республикасы бойынша біріншілікті иммунодефициті бар пациенттердің клиникалық-эпидемиологиялық және иммунологиялық көрсеткіштері (қарастырылды) зерттелді.

БІД диагностикалауда инновациялық әдістерді қолдану диагнозды ерте сатысында анықтауға, уақытылы патогенетикалық ем тағайындауға, асқинулар жиілігін төмендетуге мүмкіндік береді. Ол өз кезегінде пациенттердің өмір сүру ұзақтығына, берілген ауру кезіндегі өлім-жітім мен мүгедектікті азайтуға ықпал етеді.

SUMMARY

MORENKO M.A., SHNAYDER K.V., GATAUOVA M.R., KOVZEL E.F., USENOVA O.P.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES

In this study, the clinical, epidemiological and immunological parameters of primary immunodeficiency in patients in the Republic of Kazakhstan were studied.

The use of innovative methods of PID diagnostics will make it possible to verify the diagnosis at an early stage, to prescribe timely pathogenetic treatment, to reduce the incidence of complications, which ultimately will increase the life expectancy of patients, reduce the lethality and disability in these diseases.



УДК 617.51-089.844

ПЛЕГУНОВА С.И., ЗОТОВ В.А., ПОБЕРЕЖНАЯ О.О.

«Новосибирский национальный исследовательский государственный университет»

**ВАРИАНТЫ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО
ТИПА КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА И АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

Аннотация

Современное развитие социальной жизни общества диктует свои стандарты внешнего облика успешного и красивого человека. Жить в социуме значит соответствовать сложившимся стандартам,

которые продвигаются из всех источников массовой информации. Именно поэтому современному человеку необходимо для своего психологического здоровья выглядеть привлекательно. По данным Статистики Национального Банка косметической Хирургии американского сообщества пластических хирургов за 2016 был составлен топ самых распространенных пластических операций у женщин в Америке. Абдоминопластика заняла третье место в рейтинге после липосакции и увеличения груди и составила 181540 тыс. процедур. Такая широкая распространенность данной операции обусловлена наличием эстетических, функциональных и психологических проблем актуальных для женщин с нарушением структуры кожно-жирового лоскута и/или апоневротического каркаса передней брюшной стенки, образующихся после беременности или потери большой массы тела. Абдоминопластика - вид хирургического вмешательства, направленный на устранение дефектов мышечно-aponевротического каркаса, таких как диастаз прямых мышц живота, наличие грыж пупочного кольца или белой линии живота, а также на уменьшение излишков кожи и подкожно-жировой клетчатки. Для получения высоких эстетических результатов крайне важным является правильный подбор методики абдоминопластики, который будет основан не только на клиническом варианте дефекта передней брюшной стенки, но и будет включать в себя гистологический тип строения тканей, определяющий их биомеханические свойства и соответственно тактику операции. Именно такой подход определяет новизну и практическую значимость данной работы.

Ключевые слова: абдоминопластика, диастаз прямых мышц живота, грыжи пупочного кольца и белой линии живота, кожно-жировой лоскут, большая потеря массы тела.

Актуальность данной работы обусловлена широкой распространенностью данного хирургического вмешательства согласно данным статистики.¹

(¹*The American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics 2016*)

Цель: подбор метода абдоминопластики, основанный на морфологическом типе кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса, который позволит прогнозировать и получать наиболее высокий и качественный эстетический результат.

Материалы и методы исследования:

В исследование включено 120 пациентов, поступивших для хирургической коррекции брюшной стенки по эстетическим показаниям, из них 112 женщин и 8 мужчин. Средний возраст пациентов составил – 32 года.

Все пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошло 90 женщин, имеющих кожно-жировой фартук разной величины, жировую прослойку > 3 см, стрии в области живота, хорошую эластичную ткань передней брюшной стенки, нормо- или гиперстенический тип телосложения. Данную группу мы именовали *тонусным типом* кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса передней брюшной стенки. Вторую группу составили 20 женщин, имеющих тонкую ткань эпидермиса, жировую прослойку < 3 см, многочисленные стрии, «грустный пупок», грыжи пупочного кольца и белой линии живота, диастаз пупочного кольца и диастаз мышц, чаще астенического типа телосложения без фартука, имеющие множественные признаки слабости соединительнотканного аппарата. Данная группа получила название *атрофического* типа кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса передней брюшной стенки. Третью группу, стромального типа кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса, составили 10 пациентов: 8 мужчин и 2 женщины. 8 человек из этой группы перенесли бариатрическую операцию, 2 других имели очень большой фартук. Пациенты данной группы - это люди после большой потери веса, имеющие значительное количество лишних покровных тканей, жировую прослойку > 3 см, стрии в области живота, хорошую эластичную ткань передней брюшной стенки, нормо- или гиперстенический тип телосложения.

Все пациенты были клинически осмотрены и проанкетированы с целью выявления степени тяжести соединительнотканной дисплазии по Аббакумовой (2006 г). Выявление степени тяжести дисплазии позволяет выявить корреляцию между степенью дисплазии и морфологическим типом кожно-aponевротического лоскута передней брюшной стенки.

В обязательном порядке все пациенты до и после операции были фотодокументированы.

Так же обязательным условием включения пациентов в исследуемую группу стало подписание информированного согласия на участие в исследовании.

Для морфологического исследования и определения соотношения типов коллагеновых волокон, забирались кусочки кожно-жирового лоскута и апоневроза ниже пупка во время оперативного вмешательства. Для изучения качественного состава коллагеновых волокон препараты направлялись на иммуногистохимическое исследование. В ходе которого были сформированы серийные парафиновые срезы толщиной 5мкм. Данные срезы размещались на стеклах с полилизинным покрытием (“Menzel-Glaser”, Германия). Далее осуществлялась фиксация формалином, для высвобождения антигенов проводилась тепловая демаскировка. Первичными антителами использовались моноклональные антитела к коллагену I типа и III типа (NovusBiologicus, 1 : 100 и 1 : 200). Для удаления антител применялся раствор antibody diluents (Dako Cytomation). Для верификации метода волокна положительные к экспрессии

маркеров изучались на 5-ти срезах. В каждом срезе было посчитано число окрасившихся в коричневый цвет коллагеновых волокон, при увеличении $\times 400$ на микроскопе «Axio Scope.A», с помощью окулярной сетки по Г.Г. Автандилову.

Полученные результаты были статистически обработаны с использованием встроенных функций ЭВМ приложения Microsoft Excel-2003 и программы Statistica6.0. Были рассчитаны средние величины количественных показателей (M), стандартные ошибки среднего (m). Существенность различий средних величин была оценена по коэффициенту Стьюдента. Был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Для определения архитектоники коллагеновых волокон, полученные участки кожно-апоневротического лоскута фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине, заливали в парафин, полученные срезы толщиной 15 мкм окрашивали по методу Ван-Гизона, позволяющему идентифицировать коллагеновые образования, а также гематоксилином и эозином. Гистологические препараты были изучены с помощью микроскопа Axio Scope.A., фотографирование микропрепаратов осуществлялась с использованием цифровой камеры Carl ZEISS AxioCam ERc 5s. Обработка полученных результатов производилась также как и при проведении предыдущего метода.

Результаты исследования и их обсуждение:

На основании полученных данных: гистологических и клинических, выделены три типа кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса передней брюшной стенки: тонусный, атрофический и стромальный.

Так для пациентов первой группы, относящихся к тонусному типу кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса передней брюшной стенки, характерно:

1) Клинический тип: норма-/ гиперстенический тип телосложения, кожные покровы плотные влажные, эластичные, щипковый тест в норме. Могут иметь слабовыраженные стрии в области живота, бедер, молочных желез.

2) Данные анкетирования: набирают до 12 баллов в шкале тяжести соединительнотканых дисплазий по шкале Аббакумовой (2006 г), что является вариантом нормы

3) Гистологическая картина:

Дерма: преобладание коллагена I типа над коллагеном III типа.

Апоневроз: преобладание коллагена I типа над коллагеном III типа, степень тяжести дисплазии соединительной ткани, определенная клинически, выражена в легкой степени (по сути вариант фенотипической нормы) хорошо развита микроциркуляторная сеть соединительнотканых волокон. Одновременно с этим определяется адекватное строение коллагеновых структур и их нормальное соотношение с эластическими волокнами. Количество рыхлой соединительной ткани, осуществляющей трофическую функцию в питании коллагеновых структур, в исследуемых участках апоневроза соответствует норме. Коллагеновые волокна в апоневрозе имеют преимущественно продольную линейную ориентацию относительно друг друга и располагаются под углом близким к 90°. Полученные нами результаты согласуются с данными авторов Иванова и Лазаренко [4, 9]

В ходе исследования у пациентов *второй группы*, относящихся к *атрофическому* типу кожно-апоневротического лоскута передней брюшной стенки, выявлено:

1) Клинический тип: чаще астенический тип телосложения, кожные покровы рыхлые сухие, эластичность снижена, щипковый тест отрицательный. Имеют выраженные стрии в области живота, бедер, молочных желез (у многих они появляются еще в пубертатном периоде)

2) Данные анкетирования: набирают более 24 баллов в шкале тяжести соединительнотканых дисплазий по шкале Аббакумовой (2006 г), что соответствует тяжелой форме соединительно-тканной дисплазии

3) Гистологическая картина:

Дерма: преобладание коллагена III типа над коллагеном I типа, волокна коллагена расположены хаотично.

Апоневроз: преобладание коллагена III типа над коллагеном I типа, выраженная степень дисплазии соединительной ткани (более 24 баллов по шкале Аббакумовой Л.Н., 2006), выявлено недоразвитие микроциркуляторной сети соединительной ткани, диспропорциональное строение соединительнотканых структур. [3] Так же обнаружено наличие некробиоза мышечных волокон и формирование на их месте рубцово-фиброзной соединительной ткани с крайне ограниченным количеством микрососудов. Отмечается редукция капиллярного русла, утолщение стенок мелких артерий за счет гиперплазии интимы. Оставшиеся капилляры имеют утолщенную или атрофированную стенку, их базальный слой сливался с интенсивно разрастающимися коллагеновыми волокнами. Таким образом, трофическая функция апоневроза снижена за счет редукции микроциркуляторного русла, что способствует атрофическим и деструктивным изменениям соединительной ткани. Все это влияет на прочность передней брюшной стенки, снижает ее адаптацию к механическим нагрузкам и вероятно способствует образованию грыж и диафрагм. Наблюдаются

структурные изменения коллагеновых волокон: выпрямление и расслоение волокон в пучке, а также разрывом некоторых волокон. Архитектоника волокон коллагена: упорядочены, но имеют волнообразное расположение. Полученные нами результаты согласуются с данными авторов Иванова и Лазаренко [4, 9]

В ходе исследования у пациентов *третьей группы*, относящихся к *стромальному* типу кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса передней брюшной стенки, выявлено:

1) Клинический тип: нормо-/ гиперстенического телосложения, кожные покровы плотные влажные, эластичные, щипковый тест в норме. Имеют выраженные стрии в области живота, бедер, молочных желез. Выраженный кожно-жировой фартук. Большие объемы провисшей порванной кожи.

2) Данные анкетирования : набирают до 12 баллов в шкале тяжести соединительнотканых дисплазий по шкале Аббакумовой (2006 г), что является вариантом нормы

3) Гистологическая картина:

Дерма: преобладание коллагена I типа над коллагеном III типа, наличие воспалительных клеток, рубцовых изменений в ткани, волокна имеют хаотичное расположение.

Апоневроз: преобладание коллагена I типа над коллагеном III типа, степень тяжести дисплазии соединительной ткани, определенная клинически, выражена в легкой степени (по сути вариант фенотипической нормы), плохо развита микроциркуляторная сеть соединительнотканых волокон, наблюдается хроническая венозная недостаточность. Строение коллагеновых структур изменено, количество эластических волокон снижено. Коллагеновые волокна расположены хаотично.

Обсуждение. Выбор тактики.

У 10 пациентов тонусного типа с небольшим птозом использована операция миниабдоминопластика без транспозиции пупка. За счет эластичности кожи получился хороший результат.

У 80 пациентов тонусного типа с выраженным птозом и фартуком применяли полную абдоминопластику с транспозицией пупка и формированием линии шва в зоне «бикини». У части пациентов (42 человека) данная операция была дополнена липосакцией отдельных зон живота и талии после пропитывания раствором Кляйна по общепринятой методике.

Тактика у пациентов второй группы с атрофическим типом брюшной стенки также была различна. У 2 пациентов была выполнена миниабдоминопластика без транспозиции пупка с формированием горизонтального рубца в зоне «бикини», в ходе данной операции не был получен хороший эстетический результат. Ткани вокруг пупка и выше него остались дряблыми, не сократились и не подтянулись. В последующем один из пациентов оперировался повторно, спустя 6 месяцев была произведена абдоминопластика в виде якоря.

Далее для получения хорошего эстетического результата 10 пациентам данной группы выполнялась абдоминопластика с разрезом в виде «якоря». В ходе нее были получены хорошие результаты, ткани живота были подтянуты над и вокруг пупка.

8 пациентам данной группы в связи с наличием жира и кожно-жирового фартука была использована полная абдоминопластика с транспозицией пупка и формированием горизонтального рубца в зоне «бикини».

В третьей группе у пациентов со стромальным типом кожно-aponевротического лоскута его мобилизация осуществлялась с формированием горизонтального и якорного рубца с максимальным сохранением перфорантных сосудов. Такой выбор техники обусловлен выраженной ригидностью лоскутов и невозможностью их эластичного растяжения. [6] Для формирования однородной по толщине стенки кожно-жирового лоскута с верхнего лоскута с помощью электрического ножа срезается избыточная часть подкожно-жировой клетчатки для уравнивания ее толщины с нижним лоскутом. У данной группы пациентов наблюдается плохое заживление послеоперационных ран, обусловленное метаболическими расстройствами на фоне бариатрической операции, которая привела к нарушению всасывания аминокислот, витаминов и других жизненно важных элементов. Для уменьшения выраженности послеоперационных осложнений данным пациентам проводилось внутривенное введение плацентарного препарата Лаеннек для улучшения адаптационных свойств организма и местное обкалывание препаратом формирующегося рубца для уменьшения воспалительного процесса в нем. Для обеспечения нормальной регенерации лоскута интраоперационно используются марлевые компрессы пропитанные аутотромбоцитами.

У всех пациентов мобилизация лоскута осуществлялась с пересечением перфорантных артерий (ветви а. epigastrica inferior) ниже пупка и по одному перфоранту выше пупка справа и слева. Остальные перфорантные артерии были сохранены для обеспечения адекватного кровоснабжения кожно-жирового лоскута. Мобилизация вдоль белой линии или линии диастаза осуществлялась вплоть до мечевидного отростка.

Диастаз прямых мышц живота был выявлен у 24 пациентов, причем большая часть из них была из группы с атрофическим типом кожно-aponевротического лоскута передней брюшной стенки и составила 18 человек, это 90 % от численности данной группы и 75% от общей численности пациентов с диастазом. В группе с тонусным типом кожно-aponевротического лоскута диастаз был выявлен у 4 пациентов, что составило 4,4% от численности пациентов из первой группы. Выраженность диастаза варьировала от области под пупком, имеющей форму овальной полусферы, размером 3*1 у 4 пациентов. (16,7 %) . У 12

человек (50%) протяженность диастаза наблюдалась от пупка до мечевидного отростка. Наибольшая протяженность от лона до мечевидного отростка была зафиксирована у 8 пациентов. Пластика диастаза прямых мышц в большинстве случаев (у 21 пациента) осуществлялась при отслоении лоскута, у 3 пациентов с помощью трансумбиликального доступа. В ходе пластики был использован не рассасывающийся шовный материал Фторэст 2/0 или Этибонд 2/0, швы отдельные с захватом заднего и переднего листка апоневроза прямых мышц живота.

Всем пациентам проводилось дренирование пространства под лоскутом с помощью резиновых полосок в 80 % случаев и капиллярными трубчатými дренажами в 20 % случаев. Длительность дренирования определялась каждым конкретным случаем, так в 90 % случаев дренирование проводилось только впервые послеоперационные сутки и на вторые сутки дренажи были удалены, некоторым пациентам (10%) дренаж был снят на третий день.

Всем пациентам в обязательном порядке надевался индивидуально подобранный компрессионный бандаж, ношение которого составляло от двух до четырех недель по показаниям. Данная мера необходима для профилактики формирования сером и гематом под лоскутом.

Выявленные осложнения:

У 4 пациентов (3%) в послеоперационном периоде развилась серома – скопление серозной жидкости под лоскутом на 7-10 сутки, данное осложнение лечилось пункционно и купировалось после 2-3 пункций. У двух пациентов (1,7%) из второй группы был сформирован неэстетичный пупок. У одного пациента (0,8%) сформировалась гематома под лоскутом, для лечения была произведена ревизия и прошивание перфорантных артерий, в дальнейшем у данного пациента послеоперационный период без осложнений. В ходе всех проведенных операций нагноений и некрозов не было.

Выводы:

1. В ходе проделанного исследования нами были выделены и описаны три морфологических типа кожно-жирового лоскута и апоневротического каркаса: тонусный, атрофический и стромальный. На основании критериев включения пациенты были разделены на группы.

2. По результатам проведенного нами исследования, можно утверждать, что дисплазия соединительной ткани, как клинический феномен, выделенная у пациентов второго типа, совершенно определенно имеет и свои гистологические особенности в зависимости от степени тяжести диспластических изменений. А нарушение соотношения I и III типов коллагена в сторону третьего, меняет качественные характеристики соединительной ткани и по нашим данным может способствовать развитию диастазов и грыж. Для работы с такими тканями нужно принимать во внимание их ригидность и не способность к растяжению. Это накладывает определенные сложности на ход операции и требует ее качественного планирования. На основании полученных результатов можно утверждать, что пациентам данной группы, для получения наиболее высоких эстетических результатов необходимо проводить абдоминопластику «якорным» разрезом. Данная методика позволяет решать проблему ригидности тканей в двух плоскостях, что исключает формирование неудовлетворительных результатов, таких как избыток кожи над и под пупком.

У пациентов первой группы, в которой степень соединительно-тканной дисплазии не достигает 24 баллов, было выявлено преобладание коллагена I типа над III типом. Данное соотношение определяет прочность передней брюшной стенки и обеспечивает структурную целостность и механическую стабильность соединительной ткани в общем и кожно-апоневротического лоскута в частности. Данные свойства тканей, позволяют лоскуту во время операции хорошо тянутся, сокращаться и принимать заданную форму, что и является основой отличного эстетического результата абдоминопластики. Липосакция, выполненная в дополнение к абдоминопластике, дает контурирование передней поверхности живота и позволяет исключить постепенное провисание тканей.

3. У пациентов с массивной потерей веса (до 40 кг) было отмечено рубцовое изменение тканей кожно-жирового лоскута, которое привело к снижению эластичности тканей данных пациентов и вынудило использовать якорный метод абдоминопластики. Пациенты, в прошлом перенесшие бариатрические операции и имеющие ожирение в анамнезе, имеют особенную гистологическую картину, позволившую выделить их в отдельную морфологическую группу. Соединительная ткань таких пациентов напоминает рубцовую ткань, возникшую в ответ на массивное повреждение, также в тканях наблюдается воспалительная реакция и отечность. Такие морфологические изменения влияют на механические свойства соединительной ткани, делая ее ригидной и не способной к растяжению. Поэтому пациентам данной группы, так же как и пациентам второй группы показан якорный вариант абдоминопластики.

4. У всех пациентов был достигнут отличный (90%) и хороший (10%) эстетический результат. Из этого следует, что морфологическая характеристика тканей передней брюшной стенки должна учитываться при планировании эстетических операций на брюшной стенке для достижения высокого эстетического результата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойко В. В., Тарабан И. А., Мишенина Е. В. *Современные аспекты абдоминопластики* // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 3. – С. 113-117.
2. Григорюк А. А. *Структура апоневроза передней брюшной стенки человека в норме и при патологии* // ВНМТ. 2011. №2.
3. Дедова Вера Орестовна, Доценко Николай Яковлевич, Боев Сергей Сергеевич, Шехунова Ирина Александровна, Герасименко Лариса Викторовна *Распространенность дисплазии соединительной ткани (обзор литературы)* // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2011. №2.
4. Иванов И. С., Лазаренко В. А., Иванов С. В., Горяинова Г. Н., Иванов А. В., Тарабрин Д. В., Литвякова М. И. *Соотношение коллагена I и III типов в коже и апоневрозе у пациентов с вентральными грыжами* // *Новости хирургии*. 2013. №3.
5. Лазаренко В. А., Иванов И. С., Цуканов А. В., Иванов А. В., Горяинова Г. Н., Обьедков Е. Г., Тарабрин Д. В., Гафаров Г. Н. *Архитектоника коллагеновых волокон в коже и апоневрозе у больных с вентральными грыжами и без грыжевой болезни* // *Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье"*. 2014. №2.
6. М. Ф. Курек, В. В. Аничкин, С. В. Шилько, Р. В. Дорошенко *Механические свойства кожи: сократимость и растяжимость, их взаимосвязь, гистологическая основа и возможность прогнозирования* // *Проблемы здоровья и экологии*. 2009. №3 (21).
7. Магеррамов Д. М., Медеубеков У. Ш. *Хирургическая коррекция деформации передней брюшной стенки. Реальность и перспективы (обзор литературы)* // *Вестник хирургии Казахстана*. 2017. №1 (50).
8. Минаев Сергей Викторович, Тимофеев Сергей Иванович, Мационис Александр Эдуардович, Павленко Игорь Владимирович *Морфологическая диагностика проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани в детской хирургической практике* // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2016. №2-2.
9. Плаксин С. А., Храпцова Н. И., Заякин Ю. Ю. *Эстетическая коррекция фигуры и качество жизни, ассоциированное с образом тела* // *Пермский медицинский журнал*. – 2016. – Т. 33. – № 5.
10. Ухов Ю. И. и др. *Гистологическая интерпретация степени тяжести дисплазии соединительной ткани в клинической практике* // *Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова*. – 2014. – № 4.
11. Федоров А. Е., Самарцев В. А., Кириллова Т. А. *О механических свойствах кожи человека* // *Российский журнал биомеханики*. 2006. №2.
12. Cárdenas-Camarena L. *Lipoabdominoplasty with Abdominal Definition* // *Aesthetic Plastic Surgery of the Abdomen*. – Springer International Publishing, 2016. – С. 111-125.
13. Di Benedetto G. et al. *History of Aesthetic Surgery of the Trunk and the Extremities* // *International Textbook of Aesthetic Surgery*. – Springer Berlin Heidelberg, 2016. – С. 315-322.
14. Di Giuseppe A., Shiffman M. A. (ed.). *Aesthetic Plastic Surgery of the Abdomen*. – Springer, 2015.
15. Fahmy F. S., Saleh M. A. A. *Abdominoplasty: Aesthetics of the Anterior Abdominal Wall* // *Cosmetic Surgery*. – Springer Berlin Heidelberg, 2013. – С. 887-906.
16. Mirrafati S. J., Shiffman M. A. *Abdominoplasty History* // *Aesthetic Plastic Surgery of the Abdomen*. – Springer International Publishing, 2016. – С. 3-13.
17. Pitanguy I., Radwanski H. N., Machado B. H. B. *Liposuction and dermolipectomy* // *Liposuction*. – Springer Berlin Heidelberg, 2016. – С. 577-586.
18. Prendergast P. M. *Anatomy of the Anterior Abdominal Wall* // *Cosmetic Surgery*. – Springer Berlin Heidelberg, 2013. – С. 57-68.
19. Shiffman M. A. *History of Cosmetic Surgery* // *Cosmetic Surgery*. – Springer Berlin Heidelberg, 2013. – С. 3-28.
20. Sinder R. *Historical evolution of abdominoplasty* // *New Concepts on Abdominoplasty and Further Applications*. – Springer International Publishing, 2016. – С. 417-440.

ТҮЙІН

ПЛЕГУНОВА С.И., ЗОТОВ В.А., ПОБЕРЕЖНАЯ О.О.

МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ТЕРІ-МАЙ КЕСІНДІНІҢ ТИПІНЕ ЖӘНЕ АЛДЫҢҒЫ ҚҰРСАҚ ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ АПОНЕВРОТИКАЛЫҚ ҚАҢҚАСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ АБДОМИНОПЛАСТИКА НҰСҚАЛАРЫ

Бұл мақалада морфологиялық тері-май кесіндінің типіне және алдыңғы құрсақ қабырғасының апоневротикалық қаңқасына байланысты абдоминопластика нұсқалары жайында қарастырылады.

SUMMARY

PLEGUNOVA S., ZOTOV V., POBERESHNAIYA O.

VARIANTS OF ABDOMINOPLASTY DEPENDING ON THE MORPHOLOGICAL TYPE OF CUTANEOUS-FAT FLAP AND THE APONEUROTIC SKELETON OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

The modern development of the social life of a society dictates the standards of appearance, successful and beautiful person. To live in society means to conform to the current standards, which are moving from all sources of media. That is why modern man needs for his mental health to look attractive. In 2016, According to Statistics of the National Bank of cosmetic Surgery American society of plastic surgeons was compiled top most common plastic surgeries among women in America. Abdominoplasty took the third place in ranking after liposuction and breast augmentation and made 181540 thousand procedures. So the prevalence of this operation due to the presence of aesthetic, functional and psychological issues relevant to women with disorders of structures of the dermal-fat flap and/or aponeurotic skeleton of the anterior abdominal wall, formed after pregnancy or a large loss of body weight. Abdominoplasty is a surgical intervention aimed at eliminating defects of the muscular-aponeurotic skeleton, such as diastase of direct muscles of abdomen, presence of hernias umbilical ring or the white line of the abdomen, as well as reducing the excess skin and subcutaneous fat. To obtain the high aesthetic results extremely important is the proper selection methodology of abdominoplasty, which will be based not only on clinical variant defect of the anterior abdominal wall, but will include the histological structure of the tissues that determines their biomechanical properties and, accordingly, the tactics of the operation. This approach defines the novelty and the practical significance of this work.



УДК 616.12-008.318-089.168.86:303.446.34

РИБ Е.А.¹, КУБЕКОВА С.Ж.¹, ЖУСУПОВА Г.К.¹, ИГИМБАЕВА Г.Т.², АБДРАХМАНОВ А.С.³

¹АО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан.

²«Карагандинский Государственный Медицинский Университет», Караганда, Казахстан.

³АО «Национальный Научный Кардиохирургический Центр», Астана, Казахстан.

КАКИЕ КОМБИНАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ПОМОГАЮТ ПРОГНОЗИРОВАТЬ КОРОНАРОГЕННУЮ ВНЕЗАПНУЮ СЕРДЕЧНУЮ СМЕРТЬ?

Аннотация. Прогнозирование исходов стабильной ишемической болезни сердца – это сложная задача, учитывая многообразие форм ее течения. В статье сравниваются различные клинические предикторы, которые могут помочь в определении вероятности внезапной аритмической смерти у пациентов без тяжелой систолической дисфункции левого желудочка ишемического генеза.

Ключевые слова: внезапная сердечная смерть, ишемическая болезнь сердца, предикторы, прогноз, риск, когортное исследование.

Введение. В кардиологии оценка прогноза жизни и выживаемости наиболее сложна для стабильно протекающих форм ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов без критического снижения фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) [1]. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении хронической ИБС, больные коронарной болезнью умирают внезапно примерно в половине случаев, а среди всех причин, приводящих к внезапной сердечной смерти (ВСС), ИБС составляет 75-80% [2,3,4].

За последние 20 лет было предложено множество инвазивных и неинвазивных факторов риска развития ВСС, однако окончательного диагностического алгоритма так и не получено.

Реалии отечественной системы здравоохранения таковы, что для диагностики и оценки прогноза социально значимой и широко распространенной ИБС нужны доступные и малозатратные инструменты. Поиск простых и доступных критериев стратификации риска продолжается, что нашло отражение в нескольких крупных клинических исследованиях [5,6,7].

В связи с чем, **целью** настоящего исследования является изучение прогноза жизни у пациентов со стабильной ИБС с нормальной и умеренно сниженной ФВЛЖ, а также поиск наиболее достоверных комбинаций клинических предикторов для прогнозирования неблагоприятного исхода ВСС.

Материалы и методы. С октября 2014- по октябрь 2016гг. на базе кардиологического отделения городской больницы г.Астана проводилось проспективное одноцентровое когортное исследование, включившее 242 пациента со стабильным течением ИБС с подтвержденным диагнозом.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Критерии включения в исследование были следующие: возраст старше 18 лет, согласие на участие в исследовании, диагностированная по данным общеклинических, нагрузочных и/или визуализирующих методов хроническая стабильная ИБС.

Критерии исключения: острый инфаркт миокарда, экстренная реваскуляризация миокарда в течение года; стенокардия IV функционального класса (ФК); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ФК IV (NYHA) с ФВЛЖ менее 40%; патология клапанов сердца; неишемические кардиомиопатии; фибрилляция предсердий; внезапная остановка кровообращения в анамнезе; постоянный прием антиаритмических препаратов; наличие имплантированных кардиостимуляторов.

Исследование не противоречило принципам Хельсинской декларации и было одобрено локальной этической комиссией АО «Медицинский Университет Астана».

Все пациенты подвергались стандартным физикальным, рутинным лабораторным, электро- (ЭКГ, 24-часовое мониторирование ЭКГ, кардиоритмография) и эхокардиографическим исследованиям (трансторакальная эхокардиография), тредмил тесту с определением ишемических индексов. Степень тяжести состояния пациента оценивали с помощью Шкалы оценки клинического состояния (ШОКС; В.Ю. Мареев, 2000). Все пациенты получали лечение согласно международным рекомендательным документам по терапии стабильной ИБС [8] и соответствующим национальным протоколам диагностики и лечения заболеваний [9].

В течение последующего периода наблюдения регистрировались следующие конечные точки: вторичные - факты дестабилизации коронарной патологии (включая острый инфаркт миокарда, экстренные чрескожные коронарные вмешательства и аорто-коронарное шунтирование), случаи общей сердечно-сосудистой смерти; первичная точка - случаи ВСС.

ВСС определялась как ненасильственная смерть от естественных причин, связанных с патологией сердца, которой предшествовала внезапная потеря сознания, наступившая в течение одного часа от появления острых симптомов; если смерть произошла без свидетелей, то предполагается, что в течение последних 24 часов умерший был в удовлетворительном самочувствии [10].

Статистический анализ. Для всех типов данных значение $p \leq 0,05$ считалось статистически значимым. Проверка нормальности распределения количественных признаков в исследуемой совокупности проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Далее упоминаются обозначения: M - среднее, SD - стандартное отклонение, m - ошибка среднего, n - объем анализируемой когорты, p - достигнутый уровень значимости, Me [25;75] - межквартильный размах от 25-го до 75-го квартилей.

Для определения отношения рисков (Hazard ratio, HR) неблагоприятного исхода в когорте была применена регрессионная модель пропорциональных интенсивностей Кокса (Cox Proportional Hazards Model). Для выявления факторов, которые имеют максимальную предсказательную значимость для исхода ВСС в когорте, был использован алгоритм пошаговой регрессии. После чего создавались модели для комбинаций критериев с выявлением максимальной предсказательной мощности в отношении неблагоприятного исхода.

Статистическая обработка информации производилась с помощью пакета статистических программ MedCalc® версия 17.2 и IBM SPSS Statistics версия 20 (IBM, USA) для Windows.

Результаты. Среди 242 пациентов, включенных в исследование, 198 мужчин (89%) и 44 женщины, средний возраст участников 62 [57; 66] года. Средний возраст мужчин составил 59 [58;63] лет, женщин - 64 [61;65] года. Продолжительность наблюдения составила от 4 до 24 месяцев, в среднем 14,6 месяцев. Жизненный статус (жив/умер) удалось установить у 229 пациентов (это составляет 94%-ный отклик в исследовании), 15 пациентов умерли в течение периода наблюдения, в том числе 9 человек по установленной причине ВСС. Женщин среди умерших от ВСС не было.

Таблица 1 - Исходные характеристики когорты

Характеристика/показатель	Вся когорта в целом (n=242)
Мужчины, n (%)	198 (89)
Средний возраст, лет	62 [57; 66]
Курение, n (%)	122 (50)
Сопутствующая артериальная гипертензия, n (%)	123 (51)
Сахарный диабет 2 типа, n (%)	55 (23)
Длительность ИБС, лет	9,25 [5,5;14,5]
Перенесенный инфаркт миокарда, n (%)	129 (53)
I ФК ХСН (NYHA), n (%)	88 (36)
II ФК ХСН (NYHA), n (%)	119 (49)
III ФК ХСН (NYHA), n (%)	35 (15)
Тест 6-минутной ходьбы, м	383±103

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Характеристика/показатель	Вся когорта в целом (n=242)
Индекс массы тела, кг/м ²	28,2 [27,0; 29,7]
Частота сердечных сокращений в покое, уд/мин	73,9±11,9
ШОКС, средний балл	3,±1,3
Уровень гемоглобина крови, г/л	136,4±14,5
Уровень калия сыворотки крови, ммоль/л	4,0±0,50
Конечно-диастолический размер ЛЖ, мм	4,96±0,67
Индекс массы миокарда ЛЖ, г/м ²	132,4±2,6
ФВЛЖ, %	52,1±2,8

Целью применения модели пропорциональных интенсивностей Кокса было выявление прогностических факторов, влияющих на прогноз выживаемости больных со стабильной ИБС с сохранной и умеренно сниженной ФВЛЖ.

Из 22 выбранных переменных статистически достоверно оказывали влияние на прогноз двухлетней выживаемости только 9 переменных. Остальные переменные не показали статистически достоверной разницы в распределении показателя выживаемости при использовании однофакторной модели Кокса.

Некоторые показатели, имевшие значимое влияние при первичной оценке пациентов, не подтвердили своей роли в формировании прогноза выживаемости в конце периода наблюдения. Это были показатели ночная ЧСС, уровень гемоглобина, возраст, ФВЛЖ и некоторые связанные с хронотропной функцией сердца показатели, на которые возможно было оказывать влияние в процессе периода наблюдения. Для показателя ЧСС сохранилась лишь тенденция к влиянию на прогноз пациентов ($p=0,059$, Exp(B) 1,883, 95%ДИ 0,922-2,013). Такой же вывод можно предполагать и для сниженного уровня гемоглобина крови.

Прицельное внимание было уделено показателям, отражающим тяжесть ХСН и оценивающим функциональный статус больного в целом. В отличие от данных ФВЛЖ, интегральный показатель функционального состояния больного – ШОКС показал значимое влияние на прогноз при однофакторном анализе, возвращая уровень значимости $p=0,027$ (95%ДИ 0,012-0,771) и HR 0,1 при оценке когорты по группам с показателями ШОКС <4 и ≥ 4 баллов.

Также в рамках однофакторного анализа модели Кокса значимое влияние на прогноз выживаемости показал индекс Duke (значения индекса <5 и ≥ 5 , исходя из медианы признака), HR 0,14, $p=0,014$ (95%ДИ 0,029-0,673).

При однофакторном анализе результат Тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) также указывал на неблагоприятный исход (HR 2,0, $p=0,031$, 95%ДИ 1,342–16,214), удваивая риск ВСС при недостижении пациентом показателя 380 м во время теста ходьбы (критическое значение ≤ 380 м определено исходя из медианы признака при первичной оценке пациентов с подтверждением по ROC-анализу [11]).

Следующим показателем, оказавшим влияние на прогноз, было количество пораженных сосудов. При числе пораженных коронарных сосудов 2 и более риск неблагоприятного исхода увеличивался в 1,3 раза ($p=0,042$, 95%ДИ 1,297–18,911). Причем в однофакторном анализе также была доказана значимая роль поражения передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии в повышении риска ВСС (HR 0,09, $p=0,026$, 95%ДИ 0,011-0,747).

При первичном сравнении групп с наличием и отсутствием жизнеугрожающих желудочковых аритмий (ЖЖА) при повторном суточном мониторинговании ЭКГ и достижению первичной конечной точки было выявлено их значимое различие ($p<0,001$), среди умерших ВСС чаще регистрировались злокачественные желудочковые тахикардии. В подтверждение этому однофакторный анализ в рамках построения модели Кокса показал прогностическую значимость ЖЖА у этих пациентов с высокой степенью статистической значимости (HR 0,7, $p<0,001$, 95%ДИ 0,011-0,265).

Роль же желудочковых экстрасистол высоких градаций по классификации Lown-Wolf, напротив, была отвергнута по результатам однофакторного анализа ($p=0,955$, 95%ДИ 0,199-4,601).

Следующий фактор, который показал статистически достоверное влияние на прогноз выживаемости, это сахарный диабет 2 типа. Однофакторный анализ возвращает значение HR 0,2, $p=0,034$, 95%ДИ 0,038-0,879 для пациентов с расстройством углеводного обмена по влиянию на первичную конечную точку.

Однофакторный анализ показал также значимое влияние анамнестического указания на синкопе на прогноз выживаемости пациентов (HR 0,13, $p=0,003$, 95%ДИ 0,035-0,491).

Указанные выше переменные, были включены во второй этап обработки информации по методу пропорциональных рисков Кокса – многофакторную модель. Факторы внедрялись в анализ методом пошагового включения. Опорной ковариатой был выбран интегральный показатель ШОКС (значение признака «4 балла и более» и «меньше 4 баллов»), как первый имевший наибольшее влияние на конечную точку на этапе однофакторного анализа. Значимое влияние на прогноз показали собственно ШОКС ($p=0,002$), индекс Duke ($p=0,001$), ТШХ ($p=0,005$), наличие предшествующих ЖЖА ($p=0,028$), поражение ПМЖВ ($p=0,014$). По результатам первого этапа многофакторного анализа была утеряна связь

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

неблагоприятного исхода с такими первоначально значимыми переменными как число пораженных коронарных сосудов ($p=0,053$), употребление алкоголя ($p=0,061$), сахарный диабет 2 типа ($p=0,054$), синкопе в анамнезе ($p=0,079$), хотя первые три признака все равно сохраняли тенденцию к возможному ухудшающему влиянию на прогноз. Остальные тринадцать исследуемых факторов не показали себя в качестве независимых факторов, влияющих на прогноз выживаемости.

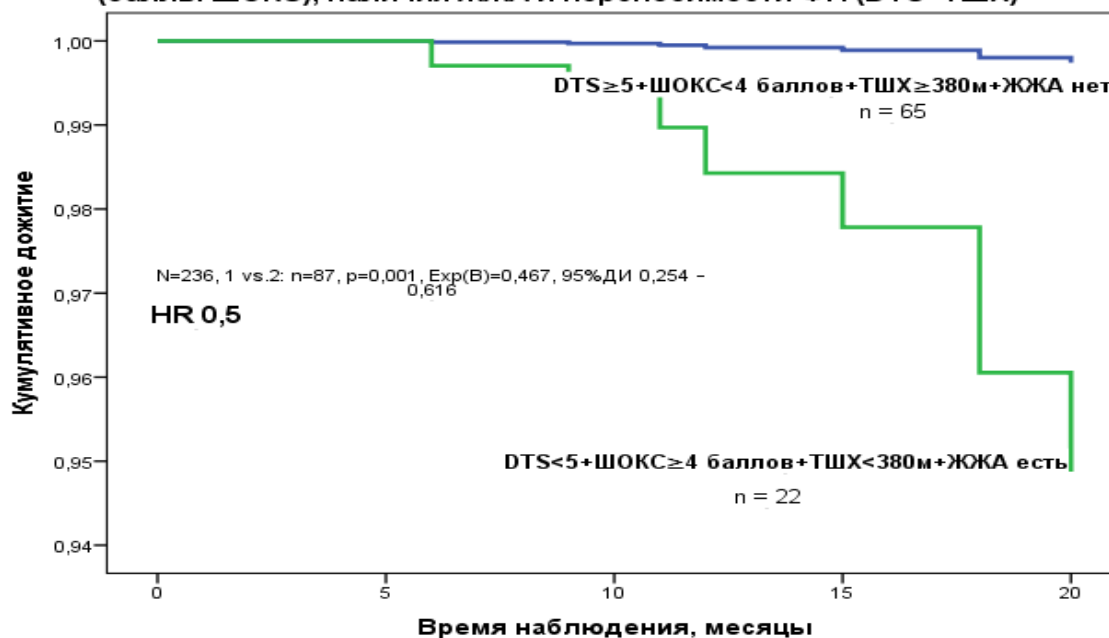
При проведении следующего шага многофакторного анализа в модель были включены только те переменные, которые описаны выше как независимые факторы неблагоприятного прогноза. При их включении независимыми факторами выступили только показатель ШОКС ($p=0,009$), нагрузочный индекс Duke ($p=0,013$), результат ТШХ ($p=0,035$), предшествующие ЖЖА ($p=0,003$) (таблица 2). Ковариата «поражение ПМЖВ» была исключена из независимых предикторов неблагоприятного исхода, хотя тенденция влияния была сохранена ($B=0,606$, ст.ошибка 0,216, Вальд=8,824, p -знач.=0,068, $Exp(B)=0,567$, 95%ДИ для $Exp(B)$ 0,134 – 4,578).

Таблица 2 - Многофакторная модель факторов риска внезапной сердечной смерти у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца

Переменные в уравнении									
№	предикторы	В	Стд. Ошибка	Вальд	ст.св.	Р - знач.	Exp(B)	95,0% ДИ для Exp(B)	
								Нижняя	Верхняя
1	ШОКС	-2,825	1,076	9,897	1	,009	,659	,007	,488
2	Индекс Duke	-2,037	,817	6,218	1	,013	,730	,026	,647
3	ЖЖА	-3,562	,451	11,345	1	,003	1,318	1,007	5,346
4	ТШХ	2,289	1,085	7,454	1	,035	4,868	1,177	12,722

С учетом выявленных независимых предикторов ВСС в когорте был проведен попарный анализ подгрупп пациентов со стабильной ИБС в зависимости от показателя функционального состояния, переносимости физической нагрузки и наличия злокачественных желудочковых тахикардий (рисунок 1). Все переменные разделили выборку на две части; с проверяемым набором показателей факторов подгруппы состояли из 65 и 22 пациентов. В первой подгруппе были больные с показателем нагрузочного индекса Duke 5 и более, отсутствием ЖЖА, показателем ШОКС менее 4 баллов и пройденной дистанцией ТШХ 380 м и более. Во второй подгруппе - пациенты с противоположными показателями.

Многофакторная модель Кокса влияния на функцию дожития тяжести ХСН (баллы ШОКС), наличия ЖЖА и переносимости ФН (DTS+ТШХ)



Примечание – сокращения на рисунке: DTS – нагрузочный индекс Duke; ФН – физическая нагрузка.

Рисунок 1 - Кумулятивная выживаемость пациентов со стабильным течением ишемической болезни сердца с различным сочетанием клинических показателей.

Как видно на кривых дожития, риск неблагоприятного исхода во второй подгруппе (выделено зеленым цветом) выше такового в первой подгруппе (HR 0,5, $p=0,001$, 95%ДИ 0,254-0,616).

При подсчете пропорций пациентов такого профиля среди умерших ВСС и завершивших исследование выживших пациентов было выяснено, что среди умерших они составили 6 из 9 случаев (60%), а в группе выживших пациентов – 16 из 214 больных (7%) ($p < 0,001$).

Обсуждение. В ходе настоящего проспективного исследования была сформирована не столь многочисленная, но крайне близкая к реальной популяции больных когорта. В исследовании не было жестких критериев отбора форм стабильной ИБС, мы не исключали факты перенесенного инфаркта миокарда, а также предшествующие процедуры реваскуляризации независимо от их эффективности. Авторы сходятся во мнении, что разнородность выборки, сочетающая все формы хронической ИБС, несет наибольшую репрезентативность относительно всей популяции больных стабильно протекающей ИБС. Нужно отметить, что эта популяция является наиболее сложной для учета и наблюдения, исходя из того, что в выборку подобных нашему проспективных исследований попадают, как правило, пациенты, обратившиеся за медицинской помощью и имеющие определенные симптомы; часть же больных остается без внимания: это больные с безболевым ишемией миокарда, пациенты, которые не привержены к систематическому оптимальному лечению, имеющие незначительные симптомы, нуждающиеся в дифференциальной диагностике болевого синдрома в грудной клетке и выяснении степени коронарной недостаточности. По мнению С.А.Бойцова и соавт., выдвинутому после завершения исследования РЕЗОНАНС, в Российской Федерации имеет место значительное занижение статистики по ВСС вследствие ИБС [12]. Проблема понимания сверхсмертности от ИБС наверняка кроется еще и в вопросах учета форм ИБС: анализу внезапной и кардиальной смертности следует подвергать не только случаи острой ИБС, но и стабильно протекающие формы, которые будут неразрывно связаны с коморбидностью (сочетание, например, стабильной стенокардии напряжения и гипертензии, симптомной сердечной недостаточности, сахарного диабета и окклюзирующего атеросклероза других локализаций), что будет только увеличивать показатели смертности [13]. Даже на примере небольшой когорты в описанном выше локальном исследовании доля больных с сопутствующей артериальной гипертензией составила 51%, сахарный диабетом 2 типа 21%, симптомной недостаточностью кровообращения 64%. В нашей стране, как и во многих других на постсоветском пространстве, случаи внегоспитальной смерти крайне имеют низкий процент патоморфологического подтверждения [14]. И обобщение смертности от ИБС в целом без разделения стабильных и острых форм несет большую ошибку учета и ложные представления о структуре смертности от отдельных форм ИБС, ее половозрастном составе.

В статье приведены результаты математической модели прогнозирования неблагоприятного исхода и определена наиболее вероятная комбинация предикторов ВСС, включающая клинические, электрофизиологические и нагрузочные критерии, которые могут быть воспроизведены в повседневной практике кардиолога. Стоит отметить, что наиболее значимые и исходно предполагаемые показатели (значение ФВЛЖ, показатели ЧСС покоя и ЧСС ночью, уровень гемоглобина, уровень гликемии, электролитов, показатели вариабельности ритма сердца, желудочковая экстрасистолия) не показали значимого влияния на неблагоприятный исход в когорте. Вероятнее всего это было связано с модифицируемым характером многих этих составляющих, которые могли быть скорректированы во время наблюдения на фоне приема оптимальной медикаментозной терапии.

Актуальность создания прогностических моделей при стабильных формах ИБС продиктована тем, что лечение стабильной ИБС становится все более технически сложным, затратным и поликомпонентным, при этом не изменяя в значительной степени показателей прогноза жизни и внезапной аритмической смертности [15]. Предложенная прогностическая модель в первую очередь является сочетанием доступных для практической кардиологии методов идентификации пациентов с индивидуально высоким риском ВСС.

Заключение. Для оценки индивидуального риска ВСС предлагается комбинация предикторов ишемический индекс Duke менее 5, интегральный показатель ШОКС 4 и более балла, дистанция ТШХ менее 380 м и наличие ЖЖА по результатам суточного мониторирования ЭКГ. Это сочетание факторов является наименее благоприятным с повышением вероятности фатального исхода у пациентов со стабильной ИБС без тяжелой систолической дисфункции левого желудочка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gibbons R.J., Abrams J., Chatterjee K., et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina — summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines // *J Am Coll Cardiol.* - 2003. - 41. - P.159–168.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения // М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. - 2012. - С.196.
3. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Внезапная сердечная смерть у больных ИБС: распространенность, выявляемость и проблемы статистического учета // *Российский кардиологический журнал.* - 2011 № 2. - С.59–64.

4. Lopera G., Huikuri H.V., Makikallio T.H. et al. Ischemic sudden death: critical analysis of risk markers. Part VIII // *Rev Esp Cardiol.* – 2000. - 53(4). – P. 568-574.
5. Hemingway H., Shipley M., Britton A., et al. Prognosis of angina with and without a diagnosis: 11 year follow up in the Whitehall II prospective cohort study // *BMJ.* – 2003. - 327(7420). - P.895-899.
6. Mintu P.T., Nelson B.S., Mary W. Prognostic significance of increased left ventricular mass index to mortality and sudden death in patients with stable coronary heart disease // *Am J Cardiol.* – 2008. - 102(9). – P.1131–1135.
7. Clayton T.C., Lubsen J., Pocock S.J., et al., On behalf of the ACTION investigators. Risk score for predicting death, myocardial infarction, and stroke in patients with stable angina, based on a large randomised trial cohort of patients // *BMJ.* – 2005. – 331. – P.869-875.
8. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease—addenda The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // *Eur Heart J.* – 2013. – 34. – P.2949–3003.
9. Протокол Министерства Здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. 2015
www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/2nz/Терапия/Кардиология/ИБС.%20Стенокардия.pdf.
10. Priori S.G., Blomstrom-Lundqvist C., Mazzanti A. et al. ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death// <http://www.escardio.org/> European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehv316 (2015).
11. Fawcett T. ROC Graphs: Notes and Practical Considerations for Researchers // T. Fawcett. Kluwer Acad. Publ. - 2004. – P.38.
12. Бойцов С.А., Линчак Р.М., Недбайкин А.М. и др. Эпидемиология внезапной сердечной смерти: что мы знаем сегодня? // *Клиническая практика.* – 2014. - 4.- С.13–18.
13. Димов А. С., Максимов Н. И. К обоснованию системного подхода в превенции внезапной сердечной смерти как возможного пути решения проблемы сверхсмертности в России (обзор литературы). Часть I. Кардиоваскулярные аспекты сверхсмертности в России: анализ ситуации и возможности профилактики.// *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* - 2013 № 12(2).- С.98-104.
14. Никулина Н. Н., Якушин С. С. Регистрация заболеваемости и смертности от острых форм ИБС в России: выявление проблем и пути их решения // *Росс нац конгр кардиологов. Москва 2009.*- 0633.-С. 253
15. Weintraub W.S., Spertus J.A., Kolm P., et al.; COURAGE Trial Research Group, Mancini GB. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease // *N Engl J Med.* - 2008.- 359(7).- P.677–687.

ТҮЙІН

РИБ Е.А.¹, КУБЕКОВА С.Ж.¹, ЖҮСПОВА Г.К.¹, ИГИМБАЕВА Г.Т.² АБДРАХМАНОВ А.С.³

¹«Астана Медициналық Университеті» АҚ, Астана

²«Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті», Қарағанды

³«Ұлттық Ғылыми Кардиохирургия Орталығы» АҚ, Астана

КЛИНИКАЛЫҚ ПРЕДИКТОРЛАРЫНЫҢ ҚАНДАЙ ТӘСІЛДЕРІ КОРОНАРОГЕНДІК КЕНЕТТЕН ҚАЙТЫС БОЛУДЫ БОЛЖАМДАУҒА КӨМЕК БЕРЕДІ

Жүректің тұрақты ишемиялық ауруының пайда болуын болжамдау дегеніміз – жүрек ауруының көп түрін есекеретін күрделі мәселе. Мақалада ишемиялық генездің сол қарыншалық ауыр емес систолалық дисфункция байқалатын науқастарда кенеттен аритмиялық өлімнің мүмкіндігін анықтауды көмектесуі мүмкін әр түрлі клиникалық предикторлар салыстырылады.

SUMMARY

Y.RIB¹, S.KUBEKOVA¹, G.ZHUSSUPOVA¹, G.IGIMBAYEVA², A. ABDRAKHMANOV³

¹«Astana Medical University», Astana, Kazakhstan

² «Karaganda State Medical University», Karaganda, Kazakhstan

³«National Research Center for Cardiac Surgery», Astana, Kazakhstan

WHAT COMBINATIONS OF CLINICAL PREDICTORS HELP TO FORECAST SUDDEN CARDIAC DEATH IN A STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE

Predicting outcomes of stable ischemic heart disease is a difficult task, considering the variety of its clinical forms. The article compares various clinical predictors that can help in determining the probability of sudden arrhythmic death in patients without severe systolic dysfunction of the left ventricle.



ХУСАИНОВА Г.С., ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А., СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б., КУРМАНОВА Г.Б.
АО «Медицинский Университет Астана»

ПРИМЕНЕНИЕ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Аннотация:

В статье представлены результаты использования бронхорасширяющих препаратов, на примере атривента в комплексном лечении больных с обструктивным синдромом. У больных с ХОБЛ отмечалось достоверное улучшение клинических показателей, таких как кашель, одышка, эпизодов затрудненного дыхания, улучшение качества жизни.

Ключевые слова: бронхообструкция, бронходилататоры, хроническая обструктивная болезнь легких.

Актуальность:

Хроническая обструктивная болезнь легких является одной из актуальных проблем здравоохранения. Обострения ХОБЛ во многом определяют ее течение и прогноз. Частые обострения ХОБЛ ухудшают функцию легких, являются предикторами летального исхода, серьезно увеличиваются экономические затраты [1]. Согласно современным рекомендациям, терапия обострения ХОБЛ предполагает применение антибиотиков, бронхолитических препаратов, глюкокортикоидов (ГКС). При этом остается недостаточно изученной роль бронхорасширяющей терапии в лечении ХОБЛ [2,3].

Результаты применения бронходилататоров при бронхообструктивном синдроме носят противоречивый характер, полученные данные не позволяют рекомендовать их широкому использованию. Тем не менее, благодаря своему полифункциональному действию, некоторые из этих средств могут быть эффективными при лечении ХОБЛ. В настоящее время перспективным бронхорасширяющим препаратом является атривент. Установлено, что он оказывает выраженное бронхолитическое действие и предупреждает развитие спазма бронхов. [2,3].

Цель настоящего исследования: оценить эффективность препарата ипратропия бромида (Атривент) в комплексной терапии больных с бронхообструктивным синдромом.

Материалы и методы:

В исследовании участвовали 26 больных с бронхообструктивным синдромом, госпитализированные в общетерапевтическое отделение ГВКГ г.Астаны. Все обследованные были лицами мужского пола.

Средний возраст больных составил 40,7 + 3,3 года. В контрольную группу вошли 12 практически здоровых лиц, сопоставимых с больными по полу и возрасту. Из исследования исключались: больные, имевшие в анамнезе бронхиальную астму, атопию и аллергический ринит, сопутствующие хронические заболевания в фазе обострения; пациенты с пневмонией и застойной сердечной недостаточностью. Все больные с бронхообструктивным синдромом в составе комплексной терапии получали ингаляции с раствором атривента. В процессе лечения проводилось общеклиническое обследование всех пациентов, исследование ФВД, пикфлоуметрия, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

Всем больным проводилось анкетирование, клинические симптомы оценивались в бальной системе (Табл.1).

Таблица 1. Клинические симптомы пациентов по бальной системе

Клинический симптом	Оценка по бальной системе
Одышка	0- отсутствие симптомов 1- минимальное проявление, не проявляющее активность 2- выраженное проявление 3- резкое ограничение активности
Кашель	0- нет кашля 1- редкий кашель 2- кашель умеренно выражен 3- (1 или несколько раз в час) 4- 3-постоянный кашель
Хрипы	0- хрипов нет 1- единичные хрипы, исчезающие при покашливании 2- единичные, постоянные 3- множественные, постоянные
Мокрота	0- скудное количество, непостоянный симптом 0- скудное количество в течение дня 0- умеренное количество в течение дня < 50 мл 0- умеренное количество в течение дня >50 мл

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Об эффективности лечения больных осудили по динамике клинических симптомов ХОБЛ: кашля, одышки, продукции мокроты, количество хрипов над легкими исходно и при завершении курса лечения. Выраженность этих симптомов оценивалась в баллах. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы «Microsoft EXEL».

Результаты и обсуждение: У больных, включенных в исследование, в 70,4% случаев была установлена среднетяжелая, в 27,3 % тяжелая, в 2,3 % крайне тяжелая стадия заболевания. При госпитализации все пациенты страдали кашлем со слизисто-гноющей мокротой и одышкой, у 84,5% выслушивались хрипы в легких, у 56,5% больных в анализах крови был лейкоцитоз и повышение СОЭ. При исследовании функции внешнего дыхания у больных с бронхообструктивным синдромом были резко выраженными.

Анализ результатов лечения показал, что в группе больных, получавших ингаляции атрорента, кашель сохранялся у 48,9%, выделение мокроты у 40%, одышка у 47%, хрипы в легких у 42% пациентов. В контрольной группе кашель и одышка регистрировались в 68,1 %, выделение мокроты в 64,2 %, хрипы в легких в 63,5%. Кроме того, после лечения атрорента у больных были менее выражены показатели, характеризующие интенсивность клинических симптомов заболевания (табл.1) по сравнению с контрольной группой в 1,3 раза были меньше интенсивность одышки и кашля, хрипов в легких и количество выделяемой мокроты ($p < 0,05$) (Табл.2).

Таблица 2. Влияние атрорента на клинические симптомы у больных с ХОБЛ (n=26)

Клинические симптомы (оценка в баллах)	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=12)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Кашель	3,34±0,11	1,98±0,20**	2,35±0,12	1,50±0,17**
Одышка	3,45±0,13	1,96±0,22**	2,28±0,13	1,47±0,18**
Хрипы	3,41±0,15	1,95±0,19**	2,30±0,12	1,39±0,17**
количество мокроты	3,58±0,18	1,01±0,21**	2,31±0,19	1,46±0,20**

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения; ** - $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Все пациенты хорошо переносили ингаляции атрорента, не наблюдалось никаких существенных побочных эффектов ни в одной из групп. Следовательно, использование ингаляции атрорента уменьшало интенсивность кашля и выраженность одышки, улучшало аускультативную картину в легких. По данным исследования функции внешнего дыхания после лечения у больных основной группы также отмечалась положительная динамика, что проявлялось снижением ФЖЕЛ, ОФВ1.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Сравнительный анализ результатов исследования показал достоверное снижение кашля, уменьшение одышки, улучшение самочувствия у больных с бронхообструктивным синдромом на примере использования атрорента в комплексной терапии.

2. Включение в схему терапии ингаляции атрорента позволило уменьшить симптомы обострения у больных, сокращало длительность стационарного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Чучалин А.Г. *Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких* - М., Атмосфера, 2003. - 96с.
2. Р.Р. Фархутдинов, В.В. Петряков. *Бронходилататоры при обострении хронической обструктивной болезни легких*. // Пульмонология №1, 2012, с.47-51.
3. Авдеев С.Н. *Значение бронходилататоров в терапии хронической обструктивной болезни легких* // Пульмонология 2015; 4: 118-124.

ТҮЙІН

**ХУСАИНОВА Г.С., ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А., СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б., КУРМАНОВА Г.Б.
ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ СИНДРОММЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА БРОНХ КЕҢЕЙТУШІ ДӘРІЛЕРДІ
ҚОЛДАНУ**

Зерттеу мақсаты: іріңді бронхитпен өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы бар науқастардың кешенді еміндегі атрорент препаратының нәтижелілігін бағалау. Зерттеу нәтижесінде өкпенің созылмалы обструкциялық

ауруы бар науқастардың атровент препаратын қабылдауы бронх тармақтарындағы қабынудың жойылуына және бронх өткізгіштігінің жақсаруына әкеледі, осы санаттағы науқастардың емдеу үрдісін жетілдіретіндігі анықталды.

SUMMARY

G. S. KHUSSAINOVA, V.A.TKACHEV, B.A. OMIRTAEVA, Z.B.SULEIMENOVA, G.B.KURMANOVA

THE APPLICATION OF BRONCHODILATORS DRUGS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SYNDROME

The effectiveness of ambroscoli preparation (Atroventa) in complex therapy of patients with purulent bronchitis at chronic obstructive disease of lungs is examined. It is proved that the use of this preparation in complex therapy promotes regress of inflammation, optimizes the process of treatment for this category of patients.



БЕКЕНОВ Н.Н., ҚЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., МУХАНҚЫЗЫ Г., ТУГАНБАЕВА А.Т.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы қазақ-түрік университеті

Шымкент медицина институты

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР ТАҒАМЫНДАҒЫ ОЛИГОСАХАРИДТЕР – ПРЕБИОТИКТЕР

Аннотация. Денсаулыққа жақсы әсер ететін компоненттері бар тағамдарға деген қызығушылықтың артуы, бір жасқа дейінгі балаларға арналған тағамдардың өндірілуінде жаңа бағыттардың құрылуына әкелді. Сол бағыттардың бірі – ішек микрофлорасының құрамын жақсарту мақсатында және асқазан ішік

болып табылады. Бұл кезде үлгі ретінде құрылымының әртүрлілігіне және күрделілігіне байланысты емшек сүті олигосахаридтерін аламыз. Емшек сүті құрамының вериабельділігіне және бала ағзасындағы атқаратын қызметіне қарай ерекше болады. Емшек сүті олигосахаридтері күрделі молекулалардан құралған, олардың құрамына галактоза, глюкоза, фукоза, сиал қышқылы, N – ацетилглюкозамин кіреді. Олар бос түрде де, байланысқан түрде де, көбінесе ақуыздармен (гликопротеиндер) немесе майлармен (гликолипидтер) байланысқан түрде болады. Емшек сүтіндегі олигосахаридтердің маңыздылығы олардың концентрациясында, емшек сүтіндегі олигосахаридтер 10г/л құрайды – бұл емшек сүтіндегі лактоза және майлардан кейін үлкен көрсеткіші бойынша үшінші фракция.

Кілт сөздер: денсаулық, олигосахаридтер, бифидобактериялар, балалар, пребиотиктер.

Емшек сүті олигосахаридтерінің маңызды қасиеті олардың асқорыту ферменттеріне төзімділігі болып табылады. Бұл қасиет олардың өзгермеген түрде тоқ ішекке жетіп және нәжіспен шығуына ықпал етеді. Тоқ ішекте кейбір бос олигосахаридтер (ақуыз немесе майлармен байланыспаған) бифидобактериялармен және лактобациллалармен тағамдық субстракт ретінде пайдаланылады. Осылайша емшек сүтінің олигосахаридтері қызметінің бірі – баланың ішек микрофлорасының оңтайлы құрамын, бифидобактериялар және лактобациллалардың өсуін селективті ынталандыру. Емшек сүті олигосахаридтерінің маңызды қызметінің бірі қорғаныс . Бұл қасиетімен олар кейбір патогенді бактериялар, вирустар және олардың токсиндерін байланыстырып, бала ағзасынан шығарады. Балалардағы көптеген инфекциялық аурулардың дамуындағы шешуші патофизиологиялық механизмі болып, патогендердің қабілеті (*E.coli*, *Campilobacter jejuni*, *Shigella spp*, *Vibrio Cholerae*, *Str.pneumoniae*, *Haemophilus influenza* және т.б.) жасуша бетіндегі шырышты қабаттың рецепторларына жабысып, әртүрлі аурулар шақыруы болып табылады [1].

Жасуша бетіндегі рецепторларда сүт безінде синтезделетін олигосахаридтер сияқты – гликозилтрансфераза ферментінің көмегімен синтезделеді. Нәтижесінде олигосахаридтер жасушаның шырышты қабатындағы рецепторлармен ұқсас құрылымға ие болғандықтан оларға патогендер жабысуы мүмкін. Емшек сүті олигосахаридтерінің мұндай ерекше құрылымы, патогенді бактериялар және вирустарды және олардың токсиндерін байланыстырып, ағзадан шығарады. Осылайша баланы инфекциялық аурулардың дамуынан қорғайды. Қазіргі уақытта емшек сүті олигосахаридтерінің мынадай патогендердің *Str.pneumoniae* және *Haemophilus influenza*, *E.coli* –дің термостабильді токсині, энтеропатогенді *E.coli*, энтеротоксинді *E.coli* және *Vibrio Cholerae*, ротавирус, уропатогенді *E.coli* сияқты шырышты қабатқа адгезиясын ынталандыру мүмкіндігі көрсетілген [2,3].

Емуші балалар мен жасанды тамақтандырудағы балалардың ішіндегі олигосахаридтерді зерттеу жұмыстарында, емшек сүтін қабылдайтын балалардың нәжісі құрамындағы олигосахаридтер көрсеткіші, стандартты сүтті қоспаларды қабылдайтын балалардың көрсеткішінен ондаған есе жоғары екендігі көрсетілген [4]. Осы зерттеу нәтижесінде олигосахаридтердің нақты бір бөлігі өзгермеген күйде несеп арқылы шығуы, бұл олардың ішек арқылы қанайналым жүйесіне өте алу мүмкіндігін дәлелдейді. Осылайша емшек сүті олигосахаридтері баланы инфекциялық аурулардан, тек асқазан ішек жолдары бойынша ғана емес және жоғары тыныс жолдары деңгейінде де (ауыз жұтқыншақ), несеп бөлу жүйесінде және жүйелі түрде қорғанысын қамтамасыз етеді. Бұл мәліметтер, емшек сүтінің құрамының бірегейлігін және емшек жасындағы баланың тамақтану рационында емшек сүтін барынша сақтап қалуды қолдау керектігін дәлелдейді.

Бірақ соңғы уақытта, олигосахаридтердің қорытылмайтын көмірсулардың құрылымында тек пребиотикалық әсері ғана емес және олардың оданда кең мүмкіндіктері анықталған: биохимиялық механизмдер арқылы иммуномодуляциялық әсер ететін мүмкіндігі, иммунды жүйенің жасушаларының рецепторларын белсендіру немесе тосқауылдау арқылы іске асырады. Бұл жаңа мәліметтер олигосахаридтердің қорытылмайтын көмірсулы – фруктанардың ОС (ФОС) – инулин және галактоолигосахаридтердің (ГОС) әсер ету механизмдерін және құрылымын зерттеуге негізделіп алынды [5]. Олигосахаридтер лигандар рөлін атқаруы мүмкін, осылайша олар иммунды жасушалардың рецепторларымен байланысып, иммунды жауапты белсендіреді. Осы қасиетке дәлел ретінде емшек сүті олигосахаридтерінің Т – жасушаларға тікелей модуляциялайтын әсерінің анықталуын айтуға болады *in vitro* [6]. Сонымен қатар, емшек сүті олигосахаридтерінің лимфоциттердің реттегіш субпопуляцияларына да

әсері бар. Т – хелперлер цитокиндерінің I – ші типінің (Th1) өндірілуін арттырады және II – ші типті (Th2) Т – хелперлерді, CD – 25 маркерлерінің экспрессиясы Т – жасушалар реттелуіне де әсер етеді. Инфекциялық аурулардың қоздырғыштарының немесе гуморальдық жауаптың құрылуындағы емшек сүті олигосахаридтерінің маңызды қызметі болып табылады. Емшек сүті олигосахаридтері бактериальды және өсімді лектиндер– ақуыздар – митогендер рецепторларын байланыстырып, пролиферацияны күшейтеді және Т және В–лимфоциттер белсенділігін арттырады [7].

Пребиотиктер ретінде емшек сүті олигосахарид туындылары – әр түрлі типтегі ФОС және инсулин, жалпы терминалогиямен фруктандар қолданылады. Гидролизденген инсулин барлығы 2–8 мономерлерден құралған, оның аяқ жағында ФОС–тың глюкоза – қысқа тізбектелген молекуласы бар, осы негізгі пребиотикалық әсер көрсетеді. Бірақ эксперименттерде және клиникалық практикада қысқа тізбектелген ФОС–ты ұзын тізбекті ФОС–тың қоспасын пайдаланады: соңғысы 22 мономерге ие. Соңғы жылдардағы жұмыстардың нәтижелерінде фруктандардың иммуногенез процесстеріне қатысатыны дәлелденді. Фруктандардың иммуномодуляциялық қасиеттері макрофактарды белсендіру, азот оксидінің экскрециясының индукциясы және ісіктің некроз факторынан (ФНОα) құралады; бұл берілген пребиотиктердің әсер етуінің молекулалары механизмін зерттеу жалғастыруда [8].

Фруктандардың иммуномодуляциялық әсерлері клиникалық зерттеулерде тіркелген. Крон ауруының өршуі кезінде қысқа - тізбектелген инсулинді ФОС–ді 15г дозада беру симптомдардың азаюына септігін тигізді. Осыған қоса ішек шырышты қабатындағы дендритті жасшаларда ИЛ10 түзілуінің жоғарылауы және TOLL – ұқсас рецепторлар экспрессиясы артуы байқалған (биоптаттарда) [9]. Колит кезінде синбиотиктерді 12г. дозада қолдану кезінде, қабыну цитокиндерінің экспрессиясы және қабынудың клиникалық белгілері азайды [10]. ФОС–дің диареялық аурулары кезінде жағымды әсері байқалады. Пребиотикті қоспалар диареяның қайталану жиілігін азайтып, әсіресе Clostridium difficile–мен шақырылған диарея кезінде, сонымен қатар бифидобактериялар санын арттырады. Ал фруктандар патогенді микроағзалардың өсуіне және адгезиясына тікелей ықпал етуі мүмкін [11].

Балалардың рационына қысқа тізбекті ФОС–ді қосқан кезде, ЖРВИ кезінде дене температурасының жоғарылау эпизодтарының жиілігі бақылаумен салыстырғанда төмендеді және ішек ауруларының саны азайды [12]. Қызылшаға қарсы вакцинацияға иммунды жауап күшейді: қысқа тізбекті ФОС/инсулин қоспасын алған балаларда IgG–ге антидене титрі жоғарылаған. Емшек сүті олигосахаридтері – жаңа туылған нәрестенің ағзасына түсетін алғашқы пребиотикалық заттар; олар емшек сүтіне бифидогенді қасиет береді. Олардың көп мөлшері гидролизденбейді, сорылмайды және тоқ ішекке өзгермеген күйде жетеді де, сонда микрофлорамен аши бастайды. Емшек сүті олигосахаридтері ішек микрофлорасының өсуіне ықпал етеді деген мәліметтер бар. Емшек сүті олигосахаридтерінің ферментациясы соқыр ішек және тоқ ішек бойында болады; пребиотиктердің түсуінің тоқтауы және олармен шақырылатын микробиоттардың жағымды әсерлері тез арада жоғалады. Сондықтан анасының емшек сүтінің жеткіліксіздігі немесе оның жоқтығы, барынша әйел сүтіне ұқсас пребиотиктер бар балалар сүтті қоспасын ойлап тауып шығару маңызды мәселе болды. БСҚ–сы құрамындағы пребиотиктердің бифидогенді әсері, нәжістегі микроорганизмдер құрамы және ішек құрамы мен бағаланды. Бірақ, осы зерттеу жұмыс барысында қысқа тізбекті ФОС ұзын тізбекті ГОС бифидобактериялар санын шырышты қабаттағы бактериальді қабатта арттырады, бұл иммуномодуляциялық әсерде үлкен рөл атқарады [13].

Қысқа тізбекті ГОС ұзын тізбекті ФОС – дің бірлескен қоспаларының пребиотикалық қасиеттері көптеген плацебода бақыланатын клиникалық сынақтарда зерттелген. Нәрестелердегі бифидогенді әсері тұрақты болған, жұмсақ нәжіс және үлкен жиіліктегі дефекация, сонымен қоса фекалийде рН төмендеуі байқалған. Сондықтан осы балаларға берілетін қысқа тізбекті ГОС ұзын тізбекті ФОС қосындысы 9:1 тұрақты бифидогенді әсерге ие, осы комбинация ең көп зерттелген, молекулярлық массасы бойынша емшек сүті олигосахаридтеріне жақын, ішек микрофлорасының жақсаруына көбірек ықпал еткен, асқазан ішек жолдары қызметін жақсартқан және де Еуропаның көп елдерінде БСҚ – ның құрамына пребиотикті компонент ретінде қосу ұсынылған [14].

Осылайша, қазіргі кездегі балалар тағамдарына қосылатын олигосахаридтер, емшек сүті олигосахаридтерінен айтарлықтай үлкен айырмашылығы бар. Олар емшек сүті олигосахаридтерінің көптүрлі құрылымын құрастыруға да, көптеген қызметін қалпына келтіруге мүмкіндік бермей отыр [15]. Пребиотиктерді енгізу ГОС/ФОС комбинациясы әдетте, ДСМ және қосымша тамақтардың құрамы, баланың асқазан-ішек жолдарының жұмысына әсер етіп, асқорытуды ыңғайлы қалыптастырып, іш қату қаупін азайтып, ішек микрофлорасының құрамын жақсартады.

Қорытынды: анасының емшек сүтінің жеткіліксіздігінен немесе оның жоқтығынан, барынша әйел сүтіне ұқсас, пребиотиктер бар балалар сүтті қоспасын ойлап тауып шығару маңызды мәселе болды. Емуші балалар мен жасанды тамақтандырудағы балалардың ішіндегі олигосахаридтерді зерттеу жұмыстарында, емшек сүтін қабылдайтын балалардың нәжісі құрамындағы олигосахаридтер көрсеткіші, стандартты сүтті қоспаларды қабылдайтын балалардың көрсеткішінен ондаған есе жоғары екендігі көрсетілген. Осы зерттеу нәтижесінде олигосахаридтердің нақты бір бөлігі өзгермеген күйде несеп арқылы шығуы, бұл олардың ішек арқылы қанайналым жүйесіне өте алу мүмкіндігін дәлелдейді. Осылайша емшек сүті олигосахаридтері

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

баланы инфекциялық аурулардан, тек асқазан ішек жолдары бойынша ғана емес және жоғары тыныс жолдары деңгейінде де (ауыз жұтқыншақ), несеп бөлу жүйесінде және жүйелі түрде қорғанысын қамтамасыз етеді. Бұл мақаладағы мәліметтер, емшек сүтінің құрамының бірегейлігін және емшек жасындағы баланың тамақтану рационнда емшек сүтін барынша сақтап қалуды қолдау керектігін дәлелдейді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Kunz C., Rudloff S. et al. Lactose- derived oligosaccharides in the milk of elephants: comparison with human milk. *Br.J.Nutr.*1999;82:391-399.
2. Andersson D., Porras O., Hanson L.A. et al. Inhibition of attachment of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* by human milk and receptor oligosaccharides. *J.Dis.*1986; 153:232-237.
3. Crane J.K., Azar S.S. et al. Oligosaccharides from human milk block binding and activity of the *Escherichia coli* heat-stable enterotoxin in T84 intestinal cells. *J.Nutr.*1994; 124: 2358-2364.
4. Newburg.D.S. Oligosaccharides from human milk and bacterial colonization. *JPGN.*2000; 30, Suppl.2: S8-S17.
5. Vos AP, M.Rabet L.,Stahl B, et al. Immune-Modulatory Effects and Potential Working Mechanisms of Orally Applied Nondigestible Carbohydrates . *Critical Reviews in Immunology*, 2007; 27(2):97-140.
6. Eliwegger N., Stahl B.,Schmitt J., et al. Human milk-derived oligosaccharides and plant -derived oligosaccharides stimulate cytokine production of cord blood T-cells in vitro. *Pediatr. Res*, 2004; 56(4):536-540.
7. Schumacher G., Bendas G., Stahl B., Beermann C. Human milk oligosaccharides affect P-selectin binding capacities: in vitro investigation. *Nutrition*, 2006; 22(6):620-627.
8. Koo H.N., Hong S.H., Seo H.G. Inulin stimulates No synthesis via activation of PKC- alpha and protein tyrosine kinase, resulting in the activation of NF-kappaB by IFN- gamma primed RAW 264.7 cells. *J.Nutr.Biochem*,2003;14(10): 598-605.
9. Lindsay J.O., Whelen K., Stagg A.L., et al. Clinical, microbiological, and immunological effects of fructo-oligosaccharidw in patients with Crohn s disease. *Gut*, 2006; 55 (3):348-355.
10. Furrie E., Macfarlane S., Kennedy A, et al. Synbiotic therapy (*Bifidobacterium longum*/Synergy 1) initiates resolution of inflammation in patients with active ulcerative colitis:a randomized controlled pilot trial, *Gut*, 2005; 54 (2):242 - 249.
11. Lewis S., Burmeister S., Brazier J. Effects of the prebiotic oligofructose on relapse of *Clostridium difficile* associated diarrhes: a randomized, controlled study. *Clin. Gastroenterol. Hepatol*, 2005; 3(5): 442-448.
12. Waligora-Dupriet A.J., Campeotto F., Nicolis I, et al. Effect of oligofructose supplementation on gut microflora and wellbeing in young children attending a day care centre. *Int. J.Food Microbiol*,2006; 113(1): 108-113.
13. Newburg D.S., Morrow A.L. Human milk glycans protect infants against enteric pathogens. *Ann. Rev.Nutr.*, 2005; 25:37-58.
14. Engfer M.B., Stahl B., et al. Human milk oligosaccharides are resistans to enzymatic hydrolysis in the upper gastrointestinal tract. *Am.J.Clin.Nutr.*,2000; 71(6): 1589-1596.
15. Moro G.E., Minoli I., Mosca M., et al. Dosage-related bifidogenic effects of galacto-and fructooligosaccharides in formulafed term infants. *J.Pediatr Gastroenterol. Nutr.*, 2002; 34(3): 291-295.

РЕЗЮМЕ

БЕКЕНОВ Н.Н., КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., МУХАНКЫЗЫ Г., ТУГАНБАЕВА А.Т.

*Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжа Ахмета Ясави
Шымкентский медицинский институт*

ПРИМЕНЕНИЕ ОЛИГОСАХАРИДОВ-ПРЕБИОТИКОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Большой интерес к компонентом питания, оказывающим положительное влияние на здоровье детей, сформировало новые направления в создании продуктов питания для детей первых лет жизни. С целью улучшения состава кишечной микрофлоры в состав детской смеси ввели олигосахариды-пребиотики. При этом за образец берут олигосахариды-пребиотики грудного молока – вещество уникальное за счет сложности и разнообразности строения, вариабельности содержания в грудном молоке и важности выполняемых в организме ребенка различных функций.

BEKENOV N.N., KYLYCHBEKOVA G.N., MUKHANKYZY G., TUGANBAEV A.T.

*Kh. A. Yassavi International Kazakh-Turkish University
Shymkent medical institute*

THE OLIGOSACCHARIDES OF PREMATURE BABY FOOD – PREBIOTICS

Great interest in the nutrition component, which has a positive impact on children's health, has formed new directions in creating food for children of the first years of life. In order to improve the composition of the intestinal microflora, the oligosaccharide-prebiotics were introduced into the composition of the infant formula. At the same time oligosaccharides-prebiotics of breast milk are taken as a sample - the substance is unique due to the complexity and diversity of the structure, the variability of content in breast milk and the importance of the various functions performed in the child's body.



ӘОЖ: 613.2-03:616-053.5

ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т., АБДУЛДАЕВА А.А.

«Астана Медицина Университеті» АҚ

ОҚУШЫЛАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ТӘРТІБІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ӘСЕРІ

Аннотация

Тағам – адамзат денсаулығын анықтайтын бірден-бір маңызды фактор болып саналады. Тиімді тамақтану балалардың қалыпты дамуын қамтамасыз етеді, аурулардың алдын алады, өмір жасты ұзартады, физикалық және ақыл-ой еңбегін арттырады, қоршаған ортаға тез бейімделуге септігін тигізеді. Тағам – қоректік, реттеуші, сенсорлы, «ақпарат тасымалдаушы» қасиеттерге ие. Ағзадағы мүшелер мен тіндер тағамдық заттар көмегімен қалыптасып, өседі. [1]

Кілтті сөздер: салауатты тамақтану, тамақтану тәртібі, салауатты өмір салты, балалар арасындағы семіздік, балалар арасындағы дене салмағының жеткіліксіздігі.

Қоректену – барлық тірі ағзаларға тән қасиеттердің бірі. Қоректену арқылы тірі ағзалар өседі, дамиды және қалыпты тіршілік әрекетін жалғастырады. «Ас – адамның арқауы», «Асты көрсен қадір тұт» деген сөздер тағамның қасиетін айқындап тұрғандай. Ағзаға қажетті тағамдық заттар күнделікті тұтынатын тағамнан алынады. [2] Ағза қабылдаған тағам алдымен түрлі өзгерістерге ұшырап, күрделі өңдеуден өтеді. Өңделген тағамдық заттар қан мен лимфа арқылы жасушаларға, ұлпаларға таралып, қалдық заттар сыртқа шығарылады. [3] Тағамның құрамындағы органикалық заттар ыдыраған кезде энергия бөлінеді. Бұл энергия жеке мүшелердің және жалпы ағзаның қызметі үшін жұмсалады. Тағам – ағза үшін энергия көзі және құрылыс материалы. [4]

Соңғы уақытта адамдардың басым көпшілігі салауатты тамақтануды жақтаушылардың қатарына кіріп жатыр. Гиппократтың өзі тағамды ең күшті дәрі деп атап, адам өмірге дені сау болып туылатындығын, ал барлық аурулар тағаммен бірге келетінін дәлелдеген. Тағам тек қана аштықты басып қана қоймай, сондай-ақ денсаулықты сақтайды және түзетеді. [5]

Дұрыс тамақтанбаудың теріс салдары бірден көрінбейтіндігі белгілі. Қандай да бір қоректік заттектердің тапшылығы, жасушалық алмасудың бұзылыстары, негізгі заттек алмасуының өзгерістері салдарынан уақыт өте келе организм ағзалар мен жүйелердің қызметін қолдай алмайтын күйге жетеді. Жылдар бойы жинақталған бұзылыстар мен өзгерістер денсаулыққа салдарын тигізіп үлгергенде мамандардың сауатты емдеуі, науқастардың дәрігердің ұсыныстарын мүлтіксіз орындауы ұзақ уақытты қажет етеді. Денсаулықтағы қауіпті бұзылыстардың алдын алу үшін адамның өз денсаулығына қатынасын өзгертуі, алдымен дұрыс тамақтануы және дене белсенділігімен айналысуы қажет. [6]

Салауатты тамақтану – қалыпты өсу мен дамудың, денсаулықты сақтау мен созылмалы аурулардың қаупін азайтудың негізі. Салауатты тамақтану жас организмнің қалыпты дамуына ықпал етеді, жақсы денсаулық пен ұзақ жасауды қамтамасыз етеді, иммунитетті арттырады, ақыл-ойды және жұмысқа қабілеттілікті жақсартады, көптеген аурулардың дамуының алдын алады. Сәйкесінше, толыққанды емес немесе дұрыс ұйымдастырылмаған тамақтану өсуді баяулатады, қоршаған ортаның зиянды әрекетіне қарсы

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

тұрақтылықты төмендетеді, аурушаңдықты арттырады, жұмысқа қабілеттілікті және оқу үлгерімін төмендетеді. [7]

Тиімді және балансталған тағам көптеген қауіпті ауру формаларын алдын алудың негізгі факторы болып табылады. [8]

Қазақстан Республикасы Президентінің жолдауында салауатты өмір салты және адамның өз денсаулығына деген ортақ жауапкершілік қағидасы денсаулық сақтау саласының басты мемлекеттік саясатына, сондай-ақ тұрғындардың күнделікті тіршілігіне айналуы керектігі айтылған, балалардың денсаулығын қорғау Қазақстан Республикасы Конституциясымен, Бала құқығы туралы БҰҰ Конвенциясымен, Бала құқығы декларациясымен және басқа да Қазақстан Республикасындағы нормативтік-құқықтық құжаттармен кепілдендірілген. Қалыптасқан жағдайлар балалардың денсаулық көрсеткіштерін жақсарту бойынша шараларды әзірлеуге, медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге, оның сапасын арттыруға, ұйымдастырудың оңтайлы түрлерін іздеуге бағытталған зерттеулер маңызды мәнге ие. [9]

Салауатты тамақтану принциптерін сақтау – Денсаулық сақтау ұйымының негізгі стратегияларының біріне жатады. Қазақстан Республикасы тұрғындары үшін салауатты тамақтанудың стратегиялық маңыздылығы Президенттің «Қазақстан – 2030» атты халқына жолдауындағы төртінші тарауында көрсетілген. Осы тарауда денсаулықты сақтау мен нығайтудың негізгі мәселелері ретінде дұрыс тамақтану мен салауатты өмір салтын сақтау арқылы аурудың алдын алу мәселелері қарастырылған. [10]

Дұрыс тамақтану аясындағы ұлттық саясатты жасау кезіндегі негізгі құжатқа тиімді тамақтану, физикалық белсенділік және денсаулық сақтау аясындағы ДДСҰ жаһандық стратегиясы жатады. Бұл стратегия жұқпалы емес ауруларға қатысты екі негізгі факторды бөліп көрсетеді: тамақтану тәртібі және физикалық жүктеме. [11]

Дұрыс тамақтанудың алғашқы ұстанымдарының бірі – тамақтану тәртібі. Тамақтану тәртібі дегеніміз – күн барысында тағам қабылдаудың мөлшері мен уақыты. Тағамды белгілі бір белгіленген уақытта қабылдаған жөн. Тамақтану тәртібінің болмауы ас қорыту процесіне, тамақтану мәдениетіне қолайсыз әсер етеді және тағам қабылдауға байланысты нашар дағдыларды ушықтырады. [12]

Тағамды белгілі бір белгіленген уақытта қабылдау әдеті шартты рефлексті қалыптастырады, яғни тағам қабылдау уақытында ас қорыту бездері сөл бөлу қызметіне дайын болады, асқазан-ішек жолдары ағзаларының жұмысында «ырғақтылық» пайда болады, ас жақсы қорытылады және сіңеді. [13]

Мектеп оқушыларының тамақтану тәртібі оқу жүктемесіне, спортпен айналысуға, еңбек қызметіне және тағы басқа факторларға байланысты. Ол қосымша сабақтарға, спорт секцияларына, үйірмелерге, т.б. бару уақытына сонымен қатар жыл мезгілдеріне сәйкес өзгеруі мүмкін. Осыған байланысты мектеп оқушыларының тамақтану тәртібі бұзылмауы өте маңызды, белгілі бір уақытта тамақтану дағдысы қалыптасқаны жөн. [12]

Көптеген кең таралған аурулардың дамуының негізінде дұрыс тамақтанбау және аз қимылды өмір салты жатады. Денсаулықтың негізі балалық шақта қаланады, адамның бүкіл өмірінің сапасы осы негіздің қандай болуына байланысты. [14] Бұл негіздің беріктігі тағамның сапасымен байланысты. Балалық және жасөспірімдік шақта дұрыс тамақтанбау асқазан-ішек жолдары ауруларының, созылмалы жұқпалы емес аурулардың дамуына алып келуі мүмкін. Созылмалы жұқпалы емес ауруларға жүрек-қантаныр аурулары, семіздік, диабет, қатерлі ісіктер секілді аурулар жатады. Бүкіл әлемде және Қазақстанда олар әлеуметтік маңызды саналады, себебі бұл мүгедектікке және мезгілінен бұрын өлім-жітімге алып келеді, олардың таралуы жыл сайын арта түсуде. [15]

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының соңғы мәліметтеріне сүйенсек, әлем бойынша 35% астам халықты 30 жасқа дейінгі жас адамдар құрайды. Соңғы жылдары ДДСҰ жастардың арасында денсаулық көрсеткіштерінің төмендеп жатқандығын, әсересе бұл көрсеткіштің басым бөлігін мектеп жасындағы балалар мен студенттер құрайтындығын атап көрсетті. Сонымен қатар адамның денсаулық жағдайының тек 5-10% ғана медициналық қызметтердің ұйымдастырылуынан, 18-20% генетикалық ерекшеліктерден, ал 70% өмір сүру салты мен тамақтану сапасына байланысты екенін айқындады. [16] Сонымен салауатты өмір салты дегеніміз – адамдардың күнделікті өмірде денсаулықты сақтауға ықпал ететін, ағзаны қоршаған орта жағдайына оңтайлы бейімдейтін, оқу және кәсіби қызметінде жоғары жұмысқа қабілеттілікпен қамтамасыз ететін нормалар мен ережелерді, белгілі шектеулерді ұстану үрдісі. Салауатты өмір салтының негізгі компоненттеріне дұрыс тамақтану, зиянды әдеттерден аулақ болу, дене белсенділігі және тағы басқалары жатады. [17]

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының бағалауы бойынша мезгілінен бұрын болатын өлім-жітімнің барлық жағдайларының 60% созылмалы жұқпалы емес аурулардың салдарынан орын алады, 2020 жылға қарай бұл көрсеткіш 73% құрауы мүмкін. [18]

Көп жылдық және көптеген ғылыми зерттеулер аурулардың дамуындағы тиімсіз, салауатты емес тамақтанудың маңызын дәлелдеді, яғни семіздіктің – 98%, диабеттің – 60%, қан айналымы жүйесінің ауруларының – 40%, қатерлі ісіктің – 35% тиімсіз тамақтану салдарынан дамидынығы дәлелденді. [19]

Балалар арасындағы семіздік – барлық мемлекеттердегі денсаулық сақтау мәселелерінің ішіндегі маңыздыларының бірі. Соңғы жылдардағы Ресей және көптеген Еуропа елдерінің артық дене салмағы мен

семіздіктің таралу деңгейінің жоғарылауын көрсететін статистикалық мәліметтері үрей туындатады. Соңғы кезде семіздіктің таралуының тұрақтану тенденциясын көрсететін мемлекеттерде бұндай тенденцияның пайда болуы айқын әлеуметтік градиентінде осы көрсеткіштің өте жоғары деңгейі аясында болады. [20, 21, 22, 23]

Қазіргі кезде көптеген балалар салмақ жинауға және семіздіктің дамуына ықпал ететін ортады өсіп жатыр. Жаһандану және урбанизация жағдайындағы семіздіктің дамуына алып келетін қауіпті орта табыс көзі жоғары, орта және төмен деңгейде және барлық әлеуметтік-экономикалық топтарда жоғарылауда. Дұрыс емес тамақтану және алкогольсіз сусындар маркетингі балалар арасында артық салмақ пен семіздіктің артуының бірден-бір қауіп-қатер факторы деп қабылданған, әсіресе бұл көрсеткіш дамушы елдер арасында белең алуда. [24]

1990-2014 жж. аралығында 5 жасқа дейінгі балалар арасында артық салмақтың таралуы 4,8%-дан 6,1%-ға дейін өсті, ал осындай балалардың саны 31 миллионнан 41 миллионға дейін ұлғайды. Осы аралықта табыс көзі орташа-төмен деңгейдегі мемлекеттерде артық салмақты балалар саны 7,5 миллионнан 15,5 миллионға дейін артты. 2014 жылы артық салмақты және семіздікпен зардап шегетін 5 жасқа дейінгі барлық балалардың жартысына жуығын (48%) Азия, ал бір ширегін (25%) Африкандықтар құрады. Артық салмақты 5 жасқа дейінгі балалар Африкада 1990 жылдан 2014 жылға дейін екі есеге жуық 5,4 миллионнан 10,3 миллионға дейін артты. [20, 21, 22, 23]

Егер бұл тенденция дәл осылай жалғаса берсе, онда артық салмақты жаңа туылғандар саны мен ерте жастағы балалар саны 2025 жылға дейін 70 миллионға дейін өседі деген болжам бар. Егер қандайда бір шара қолданылмаса, бұл нәрселер мен ерте жастағы балалар балалық, жасөспірімдік және ересек жасында семіздікпен зардап шегетін болады. Балалық жастағы семіздік маңызды асқынулардың кең спектрін, сонымен қатар диабеттің, жүрек-қан тамыр және басқа да аурулардың ерте дамуындағы жоғары қауіпін шақырады. [20, 23]

Осылайша семіздік 21 ғасырдағы денсаулық сақтау мәселелерінің ең маңыздыларының бірі болып саналады. Соңғы жылдарда семіздіктің алдын алу шараларының қажеттілігі маңызды мәнге ие болып отыр, алайда осы саясатты жүзеге асыру жиі белгілі бір жүйелілікке сәйкес келмейді. Егер семіздіктің алдын алу саясаты жүйеленген, нақты мәліметтерге негізделген және мүдделі жақтағы пікір ескерілген болса, онда жүргізілген шаралар нәтижелі болады.

«Балалар семіздігінің профилактикасына популяциялық тәсілдемелер» құжатындағы (ДДСҰ, 2012) барлық ұсынылатын шараларды үш компонентке бөлуге болады. Бірінші компонент балалар арасындағы семіздіктің алдын алу саласындағы саясатты қолдауды қамтамасыз ететін үкіметтік құрылымды анықтайды. Ол «денсаулық барлығы үшін», денсаулықты нығайту мақсатында мақсатты қаржыландыру, инфекциялық аурулардың мониторингтеу жүйесі, кадрлық потенциал, сонымен қатар тікелей саяси бастама мен популяциялық қатысулардың тиімділігін қамтамасыз ететін жүйелер мен серіктестіктер саясатының жекелеген құрылымдық аспектілерін көрсетеді. Екінші компонент популяциялық бастамалар болып табылады. Олар дұрыс тамақтану мен физикалық белсенділікті қолдайтын ортаны қалыптастыруға көмектесетін тікелей әрекеттерді білдіреді. Балалар арасындағы семіздіктің алдын алу саласындағы саясаттың саяси құралдары заңнамалық және реттеуші құжаттар, салықтық саясат, қаражаттандыру, халыққа жаппай (немесе тұрғындардың басым бөлігіне) әсер ететін әлеуметтік маркетингтік компаниялар болып табылады. Үшінші компонент – жергілікті қауымдар (муниципалитеттер) деңгейіндегі бастамалар. Олар қауымдастық деңгейіндегі балабақшаларды, мектептерді және басқа да балалар ұйымдарын қамтитын әр түрлі балалар мекемелерінде қолданылса, онда нәтиже жемісті болады. Балалар арасындағы семіздіктің алдын алудың көпжақты стратегиясы барлық негізгі компоненттерді біріктіруі керек. [25]

Балалар арасындағы семіздікті популяциялық алдын алу саласындағы балалардың, отбасының дұрыс физиологиялық тамақтануы, сондай-ақ балалар мекемелерінде дұрыс тамақтануды ұйымдастыру жетекшісі болып табылады. Балалардың өмірінің алғашқы кезеңдеріндегі адекватты тамақтандыру физикалық және оқыл-ой дамуы мен ұзақ уақыт бойы денсаулығын қамтамасыз етудегі маңызды рөлді атқарады. [26, 27]

2015-2020 жж. тағамдық өнімдер мен тамақтандыру саласындағы әрекеттерді жоспарында (ДДСҰ, 2014) Еуропада және әлемде әлі де болса кең таралған семіздік және кез келген тамақтанумен байланысты бұзылыстар сияқты инфекциялық емес алиментарлы-тәуелді ауруларды болдырмау үшін ауыртпалықты қысқарту ұсынылады. Жоспармен көзделген басым әрекеттер азық-түлікпен қамтамасыз ету жүйесін стратегиялық басқаруды жақсартуға және тұрғындардың тамақтану рационы мен тағамдық статусы сапасын арттыруға мүмкіндік береді. [28] Осы мәнмәтінде ДДСҰ (2010) рационалды дұрыс тамақтанудағы тағамдық өнімдердің және алкогольсіз сусындардың маркетингі бойынша ұсыныстар жиынтығын ұсынды. Ұсыныстар ғаламдық әсерлерді шақыратын құрамында жоғары мөлшерде қаныққан майлар, май қышқылдары, бос қанттар немесе тұздар бар тағамдық өнімдердің балаларға әсерін төмендету бойынша маркетингінен тұрады. Ол балаларға бағдарланған тағамдық өнімдердің және алкогольсіз сусындардың маркетингі бойынша ұсыныстар көмегімен нәтижеге жету мақсатында әзірленген. [24]

Жаңа «Ересектер мен балаларға қантты тұтыну бойынша нұсқаулықта» (ДДСҰ, 2015) өмірінің барлық кезеңдерінде бос қантты тұтынудың төменгі деңгейін ұстану ұсынылады. Бос қантты тұтынудың төмен

деңгейі ересектер мен балаларға барлық тұтынылатын өнімдердің құнарлылығын кем дегенде 10% дейін төмендетуге мүмкіндік береді. Тұтынатын өнімдердің жалпы құнарлылығының кем дегенде 5% дейін төмендеуі денсаулықтың ары қарай артуын қамтамасыз етеді. Бос қанттарға тағамдық өнімдерге өндірушілермен, аспазшылармен немесе тұтынушылармен қосылатын моносахаридтер мен дисахаридтер және балдың, шәрбаттың, жеміс шырынының және жеміс шырыны концентраттарының құрамында табиғи түрде болатын қанттар жатады. Бұл ұсыныстар негізінде мемлекеттер жергілікті өнімдер мен тамақтану ерекшеліктерін есепке ала отырып тамақтану бойынша жетекші қағидаларды әзірлей алады. Саясаттың басқа нұсқалары тағамдық өнімдерді маркерлеуді, тұтынушыларды ағартуды, құрамында көп мөлшерде бос қанттар кездесетін тағамдық өнімдер мен алкогольсіз сусындардың маркетингін реттеуді, құрамында көп мөлшерде бос қанттары бар өнімдерге бағдарланған қаржы саясатын қамтиды. Жеке адамдар осы ұсыныстарды ұстану жолымен өзінің рационндағы өнімдердің құрамын өзгерте алады. [29]

Балалар арасындағы дене салмағының жеткіліксіздігі семіздікке қарағанда жиі кездеседі. Төмен дене салмағының жиілігі педиатриялық тәжірибеде 20%-дан 40%-ға дейін ауытқып отырады. 8-16 жастағы қыздардың жыныстық және физикалық дамуы ерекшеліктерін зерттегенде дене салмағының жеткіліксіздігі 43,8% жағдайда кездескен. [30] Шағын жартылай автоматты калипердің көмегімен оқушылардың дене салмағындағы май компоненттерін бағалау бойынша жұмыстарда 11,2% жағдайда дене салмағының артықтығы, ал дене салмағының жеткіліксіздігі екі есе жиі 24,6% жағдайда диагностикаланған. [31] ДДСҰ мәліметтері бойынша дамушы мемлекеттерде 200 миллионға жуық балалар тағамның жеткіліксіздігімен есепке алынады.

Дене салмағының жеткіліксіздігінің немесе төмендігінің балалар арасында өсуі оның көлемі үшінші перцентилден төмен, ал жасөспірімдер мен ересектердің дене салмағының 6 ай ішінде 5% немесе одан жоғары төмендеуі байқалса есептеледі. [32] Дене салмағының төмендігі – энергетикалық алмасу бұзылысының нұсқасы; адам ағзасындағы соңғы 2 үрдісті – энергияның түсуін және жұмсалуды қамтиды, әрі бірінші компонент тағаммен қабылданған энергия санымен, ал екінші компонент оның жұмсалудымен анықталады. Ересек адамның ағзасында энергетикалық алмасу теңгерілген: тағаммен түскен энергия оның жұмсалудына сәйкес келеді. Балалар мен жасөспірімдерде энергетикалық алмасу оң: энергияның түсуі оның жұмсалуды жоғарылатуы керек. Дене салмағының азаюы (арықтау) 1) тағамды қабылдаудың (сіңірудің) жеткіліксіздігі; 2) энергетикалық жоғалту нәтижесінде дамиды. [32]

Шет елдерде дене салмағының жеткіліксіздігін немесе төмендігін көрсету үшін 1961 жылы тағамтану мәселелері бойынша FAO/ДДСҰ сарапшыларының біріккен комитеті ұсынған «ақуыздық-энергетикалық тапшылық» термині жиі қолданылады. Ақуыздық-энергетикалық тапшылық дегеніміз – айқын ақуыздық және (немесе) энергетикалық ашығу ұзақтығы және (немесе) қарқындылығы, дене салмағының және (немесе) бой ұзындығының жеткіліксіздігінен, негізгі зат алмасу үрдістерінің өзгерістері, су-электролиттік дисбаланс, дене құрамының өзгерісі, жүйкелік реттелудің көрінісі, эндокринді дисбаланс, иммундық жүйенің төмендеуі, асқазан-ішек жолдары және тағы басқа да ағзалар мен жүйелердің дисфункциясы түрінде ағза гомеостазының кешенді бұзылыстары бойынша шақырылатын алимертарлы-тәуелді жағдай. [33] Бұл анықтамада дене салмағы төмендігінің барлық мүмкін болатын себептері ескеріледі. [32, 34]

Демографиялық және әлеуметтік-экономикалық тенденциялар, сонымен қатар жағымсыз экологиялық жағдай да балалардың денсаулығының төмендеуіне әкеліп соғатындығы әдебиет көздерінен белгілі. [35] Соңғы жылдарда балалар мен жасөспірімдердің денсаулық көрсеткіштерінің кері динамикасы аурушандық деңгейінің, әсіресе асқорыту ағзалары ауруларының артып жатқандығын дәлелдеді. Асқазан-ішек жолдарынан туындаған мәселелер себептерінің ішінде маңызды рөлді тамақтануды ұйымдастыру кезінде мүмкін болатын бұзылыстар алады. Аурулардың барынша дамуы мектептік өмір кезеңіне, яғни 6 жастан 18 жасқа дейінгі аралыққа тән. Орын алған жағдайларда оқушылар арасында аурулардың пайда болуының, сонымен қатар бар ауруларының асқынуының алдын алуға бағытталған біріншілікті және екіншілікті профилактикалық шараларды күшейту ерекше маңыздылыққа ие.

Салауатты тамақтану мен салауатты өмір салтының есебінен созылмалы жұқпалы емес аурулардың едәуір дәрежеде алдын алуға болады. Шалдыққан аурудан емделгенге қарағанда аурулардың алдын алудың көмегімен денсаулықты сақтау барлық жағынан тиімді болып табылады. (ДДҰ, 2016).

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексіне сәйкес: салауатты өмір салтын қалыптастыру мақсатында халыққа салауатты өмір салты, дұрыс тамақтану және ақпараттық жолмен аурулардың алдын алу жайлы насихаттауды, денсаулықты нығайту және өмір салтымен байланысты ауруларды ескерту сұрақтары негізінде халықты гигиеналық оқыту мен тәрбиелеуді өзіне қамтиды. [36]

Оқушылардың денсаулығын нығайтуды қалыптастыру мәселелері қазіргі кездегі мектептердегі білім беру жүйесін дамытудың басым бағытына айналуға, яғни стратегиялық мақсаты - табиғат және адам туралы білімге байытылған, шығармашылық пен адамгершілік мінез-құлыққа ие, өмірсүйгіш еркін тұлғаны тәрбиелеу және дамыту. [37]

Л.И. Лубышева [38] балалар мен жасөспірімдердің денсаулық жағдайымен байланысты әбігерлік жағдайдың ондаған жылдар бойы жиналып келе жатқанын өз еңбектерінде атап өтті. Соңғы зерттеулер

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

мектеп жасындағы балалардың 30% жуығының қауіп-қатер тобына жататындығын көрсетеді. Оларда 18 жастан кейін диабет, гипертония, атеросклероз сияқты аурулар дами бастайды.

В.Р. Кучманың [39] еңбектерінде қазіргі кезде мектеп жұмысы тәжірибесіне валеологиялық сауаттылықты қалыптастыруға, салауатты өмір салтын ұйымдастыруға, білім алушылаға жалпы білім берудегі оқыту қызметі ретінде де, физикалық мәдениет пен тәрбиелеу жұмысында да салауатты өмір салтын қалыптастыруға бағдарланған денсаулықты нығайтуға септігін тигізетін әр түрлі оқыту және сауықтыру бағдарламалары кеңінен енгізіліп жатқандығы айтылады.

Қазіргі кезде оқу жүктемелерінің көптігіне сай мектеп жасында тамақтанудың ролі артуда. Оқу бағдарламаларын орындау үшін мектепте, сондай-ақ үйде едәуір күш пен уақыт шығындау қажет. Сондықтан күнделікті тамақтану рационының бала организмін қоректік заттектердің қажетті мөлшерімен қамтамасыз етуі және күшті толығымен қалпына келтіруі аса маңызды. Осыған байланысты өскелең ұрпақтың денсаулығын нығайтуда мектеп жасындағы балалардың тамақтану жағдайын бағалау және оларда салауатты тамақтану мәдениетін қалыптастыру өзекті мәселе болып табылады.

Мектеп бағдарламасын игеру оқушыдан жоғары ақыл-ой белсенділігін талап етеді. Білімнің жалпы жүйесіне енді ғана араласып жатқан оқушы тек қана ауыр ой еңбегімен айналысып қана қоймай, сонымен қатар өседі, дамиды, осының бәрі үшін оның ағзасының зат алмасулық қажеттілігін қанағаттандыратын толыққанды тамақты тұтынуы қажет. (Волков, 2001).

Оқушы күнделікті 75-90 г, оның 45-55 г жануартекті ақуызды тұтынуы керек. В. Зайзеваның [40] пікірі бойынша мектеп жасындағы баланың рационында міндетті түрде сүт және сүтқышқылды сусындар, сүзбе, ірімшік, балық, ет өнімдері, жұмыртқа сияқты тағамдық өнімдер болуы керек.

Сондай-ақ оқушының күнделікті рационында жеткілікті мөлшерде майлар болуы керек. Қажетті майлар тек қана өсімдік майы, қаймақ, еттің майы сияқты т.б. «майлы» өнімдерде ғана болмайды. Ет, сүт және балық – жасырын май көздері. Жануар майлары өсімдік майларына қарағанда қорытылуы қиын және бұл майда ағза үшін маңызды май қышқылдары мен майда еритін дәрумендер болмайды. Қалыпты жағдайда оқушылар тәулігіне 80-90 г майды тұтынуы керек, бұл тәуліктік рационның 30% құрайды. Мектеп жасындағы бала сары май, өсімдік майы, қаймақты күнделікті тұтынуы керек.

Ағзаның энергетикалық қорын толтыру үшін көмірсулар керек. Құрамында қорытылмаған тағамдық талшықтары бар күрделі көмірсулар барынша пайдалы. Оқушы рационындағы көмірсудың тәуліктік нормасы 300-400 г құрайды, оның ішінде 100 г артық емесі қарапайым көмірсудың үлесіне беріледі. (Л.И. Лубышева [38]).

Л.И. Лубышева [38] бала ағзасының дұрыс қалыптасуы және дамуы үшін мектеп жасындағы балалардың рационында құрамында негізгі дәрумендер мен минералды заттар бар тағамдар болуы керек деп атап өткен. Сонымен қатар мектеп жасындағы балалардың рационында міндетті түрде минералды тұздар мен йод, темір, фтор, кобальт және т.б. микроэлементтері бар өнімдер болуы керек.

Т.С. Борисова, А.В. Кривда, М.М. Солтан [35] оқушылардың тамақтануындағы айрықша мәселе тағамды даярлау барысында қолданылатын тағамдық қоспа деп аталатын заттар екендігін анықтаған, оған консерванттар, антиоксиданттар, стабилизаторлар және бояғыш заттар жатады. Бұл заттар тағамға белгілі бір консистенция, дәм және иіс беру үшін қосылады. Қазіргі кезде кеңінен қолданылып жүрген барлығына белгілі тұз, сірке қышқылы, желатин, бұрыш сияқты дағамдық қоспалар көптеген ғасырлардан бері қолданыста, оларды тағам даярлау кезінде қолдану қауіпсіздігі ешкімге күмән туындатпайды. Алайда соңғы кезде қолданылып жүрген тағамдық қоспалар балалар арасында тағамнан болған ауыр және аллергиялық реакцияларды шақыру қаупін туындатуда. Бұл біздің мектептерімізде оқушылардың тамақтануын ұйымдастыру кезінде ескерілуі керек. Бұл салада жақсы жаққа қарай түбегейлі өзгерістерге стандартталған мектептегі таңғы асты, сондай-ақ адамның тамақтануы туралы қазіргі кездегі ғылымның талаптарына сәйкес келетін арнайы өнімдер мен сусындарды өндірістік дайындау жолымен қол жеткізуге болады.

В.Н. Яценко [41] тамақтану тәртібі тағамды қабылдау уақыты мен мөлшері, олардың арасындағы интервал, тағамның энергетикалық құндылығы, сапалы құрамы, өнімнің түрлілігі және оны қабылдау кезіндегі салмақтық үлесі бойынша тәуліктік тағамдық рационға бөлу екендігін атап өткен.

Сонымен қатар, осы күнге дейін тағамдық өнімдерді қолдану, мектеп жасындағы балалардың тамақтану тәртібінің қадағалануы бала организмне және олардың денсаулық жағдайына әсері жан-жақты зерттелгенімен, толық жүйелендірілмеген. Егер келешек ересек адамдардың денсаулық жағдайы бала организмнің жүйелер қызметінен қалыптасатындығын ескерсек, бұл мәселенің өзектілігі одан сайын айқындала түседі

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Мартинчик А.М., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека. (Основы нутрициологии). Москва, 2002. – 572 с.
2. Биология: Жалпы білім беретін мектептің 8-сыныбына арналған оқулық. Алматы: Атамұра, 2008. ISBN 9965-34-812-X.

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

3. А.А. Абдулдаева, Г.Н. Досжанова Оқушылардың салауатты тамақтану негіздері. Алматы, 2014.
4. Шарман А. Формула здоровья. GTNet 2010 – 120 с.
5. Борисова Т.С., Кривда А.В., Солтан М.М. Формирования рационального пищевого поведения школьников как резерв сохранения здоровья подрастающего поколения. Минск, 2012.
6. Тажигаев Ш.С. Разговор о здоровом питании школьников. Алматы, 2008. – 128 стр. (под редакцией Шарманова Т.Ш.).
7. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. Алматы, 2010.
8. Мельников И.В. Рациональное питание детей школьного возраста. Москва, 2009.
9. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. «Построим будущее вместе». 28 января 2011 г.
10. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
11. Волков Н.И. Двигательная активность и рациональное питание школьников. Москва, 2001. № 8. – 9-12 с.
12. Тажигаев Ш.С., Саймасаева Г.А., Апсеметова М.А., Какимова Г.С. Организация питания детей в учреждениях образования. Сборник нормативных и научно-методических материалов для организаторов школьного питания. Алматы, 2008. – 128 стр. (под редакцией Шарманова Т.Ш.).
13. Руководство по детскому питанию. Под редакцией Тутельяна В.А., Коня И.Я. Москва: Медицинское информационное агентство, 2004.
14. Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А. Бала организмнің калыпты дамуындағы тағамдық талшықтардың маңызы. Валеология. – 2007. – № 3. – 9-12 с.
15. Тель Л.З., Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Коман И.Э. Нутрициология. Москва, 2016.
16. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. – ВОЗ: Женева, 2010. – 60 с.
17. Воронова Е. Здоровый образ жизни в современной школе. Программы, мероприятия, игры. Ростов на Дону: Феникс, 2014.
18. Определение приоритетных направлений работы в области популяционной профилактики детского ожирения. Методические разработки, помогающие государствам- членам определять и устанавливать приоритетные направления работы. – ВОЗ: Женева, 2013. – 90 с.
19. Юные и физически активные: рекомендации по повышению привлекательности физической активности для молодежи. - Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 2012. – 44 с.
20. Доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения. – ВОЗ: Женева, 2016. – 68 с.
21. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. – Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 2014. – 28 с.
22. Ожирение в детском возрасте. Ранняя профилактика метаболических и сердечнососудистых рисков: Монография/ Под ред. В.В. Бекезина, Л.В. Козловой. - Смоленск: Смоленская городская типография, 2016. – 172 с.
23. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков.- М.: Практика, 2015. – 136 с.
24. Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей. – ВОЗ: Женева, 2010. – 16 с.
25. Популяционные подходы к профилактике детского ожирения. – ВОЗ: Женева, 2012. – 54 с.
26. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. – ВОЗ: Женева, 2004. – 18 с.
27. Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста. – ВОЗ: Женева, 2014.- 22 с.
28. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. – Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 2014.- 29 с.
29. Руководство по потреблению сахаров взрослыми и детьми. Резюме. – ВОЗ: Женева, 2015. – 49 с.
30. Болотова Н.В., Поляков В.К., Аверьянов А.П. Особенности полового и физического развития девочек 8–16 лет //Росс.педиатр. журн. –2007; 4: 33–36.
31. Иванова И.В., Черная Н.Л., Мамонтова О.К. Оценка жирового компонента массы тела школьников. – 2011; 90 (3): 34–37.
32. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков. Учебное пособие под ред. Н.П. Шабалова. – Москва, 2009. – 528 с.
33. Скворцова В.А., Нетребенко О.К., Боровик Т.Э. Нарушения питания у детей раннего возраста. //Электронная версия журнала «Лечащий врач». – 2001.
34. Хорошилов И.Е. Недостаточное питание у пациента: диагностика и лечение //Электронная версия журнала «Лечащий врач». – 2003.
35. Борисова Т.С., Кривда А.В., Солтан М.М. формирования рационального пищевого поведения школьников как резерв сохранения здоровья подрастающего поколения. // Солтан М.М. – Минск, 2012.
36. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі N 193-IV Кодексі.
37. Терещева О.Л. Программно-методические основы обучения ЗОЖ учащихся общеобразовательной школы. // Теория и практика физической культуры. – 2001, № 2. 8 – 12 с.

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

38. Лубышева Л.И., Малинин А.В. Исследование особенностей здоровья и поведения российских школьников // Физическая культура. Науч.-метод. журнал. № 6 – 2004.

39. Кучма В.Р. Организация рационального питания как одно из важнейших направлений оздоровительной работы в образовательных учреждениях. // В.Р. Кучма, Ж.Ю. Горелова, И.К. Рапопорт // Вопросы детской диетологии. т. 2 – 2004.

40. Зайцева В. Питание идеальное и реальное. // Здоровье детей. № 6 – 2007.

41. Яценко В.Н. Руководство к лабораторным занятиям по возрастной физиологии для студентов 2 курса факультета биологии: учеб. пособие / В.Н. Яценко, Н.В. Воеводская. – Мичуринск: МГПИ, 2003.

РЕЗЮМЕ

ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т., АБДУЛДАЕВА А.А.

АО «Медицинский Университет Астана»

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМА ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Пища является одним из важных факторов определяющих здоровье. Правильное питание обеспечивает нормальное развитие ребенка, способствует физическому и умственному развитию, быстрой адаптации к окружающей среде, профилактике заболеваемости и продлению жизни. Пища обладает питательными, регулируемыми, сенсорными и информативными качествами, формируя рост развития тканей и органов организма. [1]

Ключевые слова: здоровое питание, режим питания, [здоровый образ жизни](#), ожирение у детей, дефицит массы тела у детей.

SUMMARY

POLATBEKOVA SH.T., ABDULDAEVA A.A.

JSC «Medical University of Astana»

INFLUENCE OF THE NUTRITION MODE ON HEALTH OF SCHOOLBOYS

Food is an important determinant of health. Proper nutrition ensures normal development of the child, contributes to physical and mental development, rapid adaptation to the environment, prevention of disease and prolongation of life. Food has nutritious, regulating, sensory and informative qualities, forming the growth of development of tissues and organs of the body. [1]

Keywords: healthy eating, diet, healthy lifestyle, obesity in children, deficiency of body weight in children.



УДК 616.042.616.4

ШАРАБИТДИНОВА¹ Г.Г., АСКАРОВА¹ С.С., САДЫКОВА¹ А.Д., МУСИНА^{1,2} А.А.

Международный казахско-турецкий университет имени А.Ясави¹

Медицинский Университет Астана²

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Аннотация

В статье представлено ретроспективное исследование структуры рисков и клинико-метаболические особенности сердечно-сосудистых заболеваний у жителей Туркестанского региона Южно-Казахстанской области. Оценка риска развития ССЗ по трем моделям показала, что предикторы повышения заболеваемости в регионе являются такие факторы как ожирение, гипергликемия, дислипидемия и артериальная гипертензия. Выделены основные прогностические факторы возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Показана эффективность применения трёх шкал суммарного риска при прогнозировании фатальных и не фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, абдоминальное ожирение.

Актуальность

Абдоминальное ожирение (АО) – один из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений. С одной стороны, это обусловлено тем, что распространенность ожирения увеличивается во всем мире во всех возрастных группах, с другой – выявлена четкая связь между АО и ранним развитием ССЗ и их осложнений, особенно у пациентов с метаболическим синдромом (МС) в структуре которого АО занимает одно из главных мест [1]. По данным ВОЗ, от заболеваний, связанных с ожирением, только в Европе ежегодно умирает 320.тыс человек.

Высокая распространенность АО рождает проблему – среди лиц с повышением окружности талии (ОТ) встречается широкий спектр различных клинических состояний, в разной степени связанных с повышением риска ССЗ и сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) [2].

На протяжении нескольких лет результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о взаимосвязи ожирения с ССЗ [3]. В метаанализе 97 проспективных исследований, выполненных с 1948 по 2005 г.г., показано, что риск развития ССЗ при избыточном весе увеличивается на 50% [4]. Также в ряде исследований показано, что ожирение способствует ухудшению качества жизни [5]. Российские ученые проводили исследование роли АО в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин, в результате исследования было выявлено, что в группе с АО увеличен риск развития стенокардических поражений коронарных артерий и инфаркта миокарда [6]. Результаты исследования свидетельствуют о том, что величина ОТ достаточно хорошо отражает гормональные и метаболические нарушения у больных с ИБС и МС [7]. В исследовании китайских ученых показано, что ССЗ и факторы риска встречаются у лиц с АО [8].

Цель исследования:

Изучить клинико-метаболические особенности, структуру рисков ССЗ.

Материалы и методы:

Проведено ретроспективное когортное исследование, которое является частью проекта по изучению МС, проведенного в 2003 году Ж.С. Шалхаровой, Г.О.Нускабаевой и С.С.Аскаровой [2, 9, 10]. На момент начала исследования количество изучаемой группы составило 130 человек, из которых за 12-летний период наблюдения умерли 21 человек. Средний возраст их составил 57,42±13,34 лет. Критериями включения в исследование являлись пациенты, проходившие исследование 12 лет назад на базе МКТУ. В исследование не включены пациенты с изолированным АГ и СД. Все пациенты, включенные в исследование, подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

С целью выявления клинико-метаболических особенностей были сформированы 4 группы обследованных лиц (таблица 1):

1. Контрольная группа практически здоровых лиц – 15 человек.
2. Группа больных с изолированным АО – 32 человек.
3. Группа больных с АО в сочетании АГ (АО+АГ) – 36 человек.
4. Группа больных с АО в сочетании с АГ и СД 2 типа (группа АО+АГ+СД 2 типа) – 21 человек.

Анкетирование включало следующие данные: возраст, пол, социальное положение, образование, курение, двигательная активность, наличие хронических заболеваний, семейный сердечно-сосудистый анамнез, наличие СД, прием антигипертензивных препаратов, антропометрические данные, уровень артериального давления (АД), уровень частоты сердечных сокращений.

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости наличия АО, АГ, СД

Сочетание полиморфизмов генов $\beta 1$ и $\beta 3$ адренорецепторов	Абс. Число	Показатель
Здоровые	15	14,4%
АО	32	30,8%
АО+АГ	36	34,6 %
АО+АГ+СД	21	20,2%
Итого	104	100%

Общеклинические методы: исследование проводилось на базе клиники МКТУ им А.Ясави. Лабораторные исследования выполнены в лаборатории клиники.

В антропометрические параметры исследования включены масса тела, рост, ОТ, окружность бедер, определение индекса массы тела.

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исследование биохимических показателей крови включали в себя определение содержания в сыворотке крови глюкозы (норма 3,89-5,6 ммоль/л), общего холестерина (ОХС) (норма 3,3-5,0 ммоль/л), липопротеид высокой плотности (ХС ЛПВП) (норма от 1,20 ммоль/л) и триглицеридов (ТГ) (норма до 1,70 ммоль/л) и проводилось на биохимическом анализаторе Cobas Integra-400 фирмы Roche (Германия). Результаты оценивали в ммоль/л. Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по Friedewald W.T. [11]: $ХС\ ЛПНП = ХС - ХС\ ЛПВП - ТГ / 2,2$.

Таблица 2. Общая характеристика исследуемой популяции в зависимости от наличия АО, АО+АГ, АО+АГ+СД

Исследуемые показатели	Здоровые n=15		Группа с АО, n=32		Группа с АО+АГ, n=36		Группа с АО+АГ+СД, n=21	
Возраст (годы), среднее	44,7±11,0		48,7±11,5		59,5±9,0		62,3 ±9,4	
Возраст <45 лет, %	10	66,7%	12	37,5%	2	5,6%	1	4,8%
> 45 лет, %	5	33,3%	20	62,5%	30	94,6%	20	95,2%

Средний возраст у: здоровых – 44,7±11,0, АО – 48,7±11,5, АО+АГ – 59,5±9,0 и АО+АГ+СД – 62,3±9,4 (Таблица 2).

Риск развития ССЗ оценивался по трем моделям:

1) Шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation- Систематическая оценка коронарного риска, Conroy R.M., 2003) [12]. Европейская шкала SCORE оценки риска фатальных сердечно-сосудистых событий в течение 10 лет, включала пол, возраст, курение, САД, ОХС. Критерием «высокого» коронарного риска являлся показатель >5%. Для оценки суммарного риска ССЗ использовали онлайн-калькуляторы [13].

2) Шкала Framingham. Оценка суммарного риска ССЗ по шкале Framingham, разработана на основе самого продолжительного эпидемиологического исследования в городе Фраммингем (1948 – 1984гг.). Благодаря этому определены факторы риска развития ИБС, АГ, инсульта, внезапной смерти. Шкала Framingham имеет 2 градации: низкий (<20%) и высокий (>20%) [14]; Шкала включает такие показатели как пол, возраст, курение, наличие СД, индекс массы тела, ОХС, ХС ЛПВП, которые оценивались при помощи онлайн калькуляторов [15].

3) Шкала PROCAM — Prospective Cardiovascular Munster Study (1979 г.) [16]. Для оценки сердечно-сосудистого риска с помощью онлайн-калькулятора [17] необходимо указать возраст, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, курение, наличие СД, наследственность, систолическое АД. Критерием высокого коронарного риска являлся показатель >20%.

Расчеты данных, полученных при исследовании, вычисляли при помощи статистических программ BIOSTAT. В работе были применены критерии Стьюдента, Хи- квадрат.

Результаты и обсуждения:

У всех обследованных лиц было проведено изучение средних значений клинико-метаболических показателей. В целом наиболее низкие значения всех показателей были в группе здоровых лиц, нарастали в следующем порядке АО <АО+АГ <АО+АГ+СД.

При изучении средних значений риска развития ССЗ по шкалам SCORE, PRO CAM и Framingham наблюдается нарастание риска развития ССЗ в следующем порядке (таблица 4): здоровые <АО <АО+АГ <АО+АГ+СД.

Структура распределения обследованных по градациям рисков ССЗ по шкале SCORE показала, что в группе здоровых не было лиц с высоким риском, тогда как в группе АО появляются 3,1% лиц с высоким риском, в группе АО+АГ – 25,0% и в группе АО+АГ+СД – 28,6% с высоким риском (рис.1). Несмотря на то, что средние значения риска развития ССЗ по шкале SCORE у больных группы АО и АО+АГ были достоверно выше, чем в группе здоровых, структура распределения больных по степени риска показала, что использование шкалы SCORE недостаточно информативно, поскольку большинство пациентов с высоким риском ССЗ в группах АО и АО+АГ остаются за пределами вмешательства. Тогда как в исследовании Н.А.Чепурина показано, что наиболее приемлемой шкалой оценки для факторов риска является шкала SCORE [18].

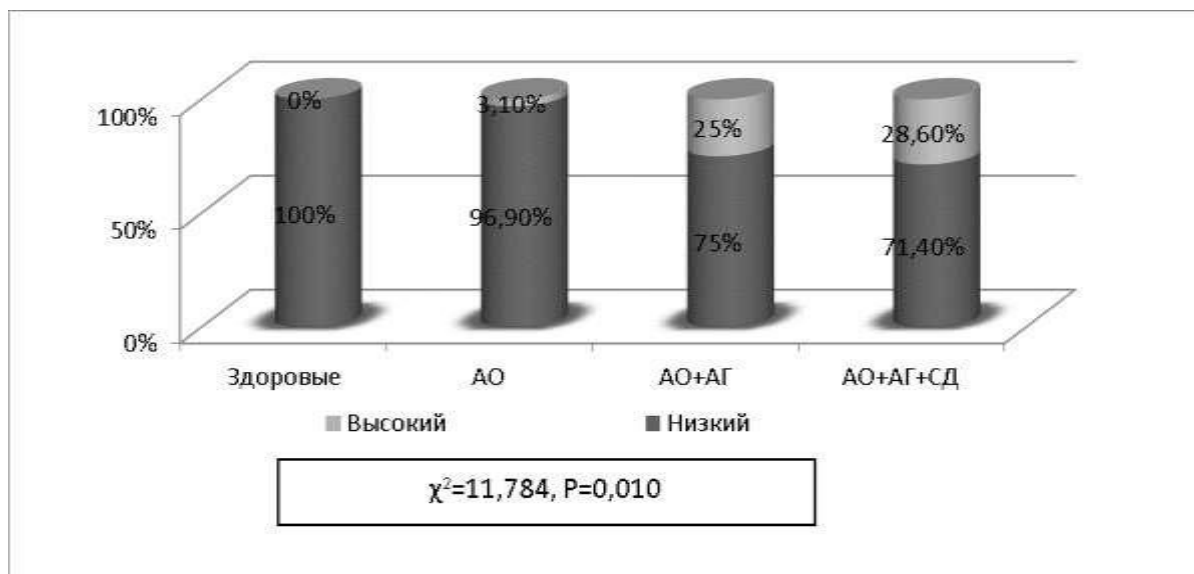


Рис.1. Риск развития ССЗ по шкале SCORE.

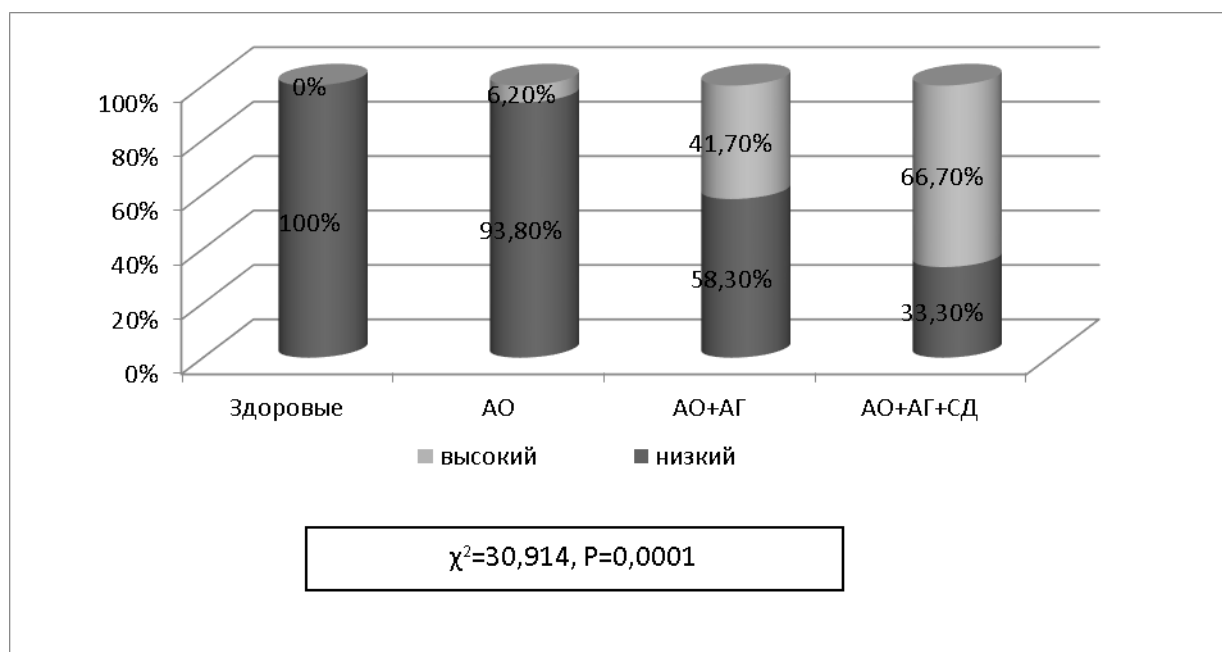


Рис.2. Риск развития ССД по шкале Framingham.

Распределение больных по степени риска развития ССЗ по шкале PRO CAM показало, что лица с высоким риском ССЗ встречаются в группах АО, АО+АГ, АО+АГ+СД, причем в группе АО+АГ+СД оно составило более 50% (рис.3). В группе здоровых наблюдаются лица со средним риском свыше 5%, тогда как по шкале SCORE (рис.1) и Framingham (рис.2) все лица в группе здоровых имели низкий риск. Средние значения риска развития ССЗ по шкале PRO CAM в группе АО+АГ+СД имел высокий риск (таблица 3).

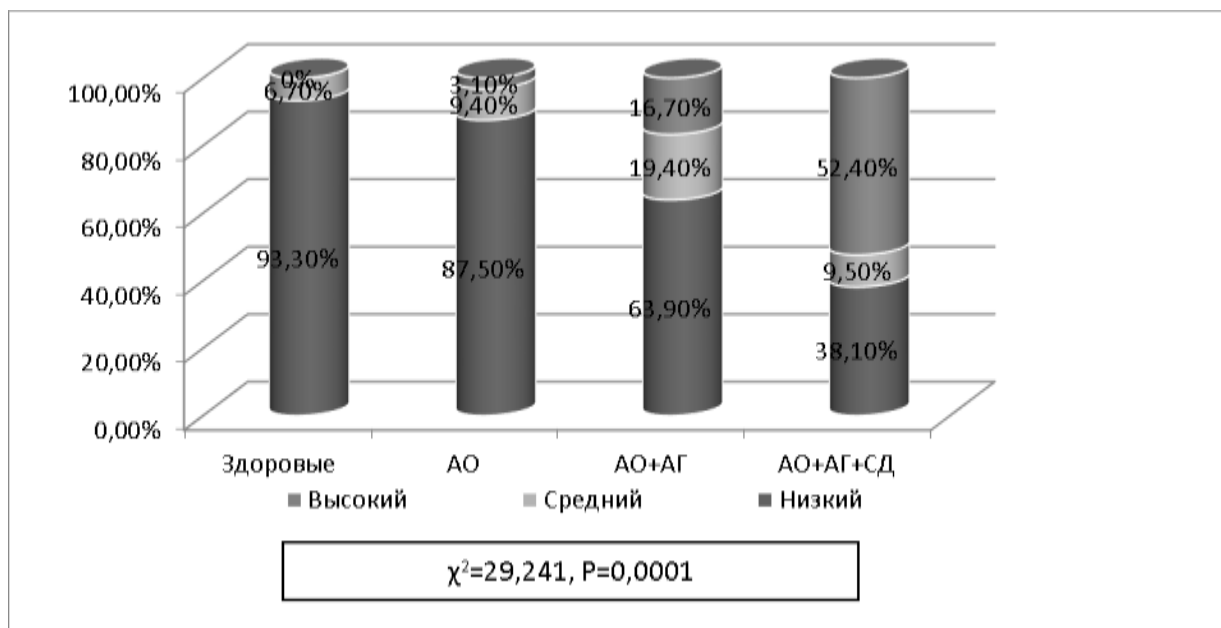


Рис.3. Риск развития ССЗ по шкале PRO CAM.

Структура распределения риска развития ССЗ по шкале Framingham показало, что в группе здоровых нет лиц с высоким риском (рис.4). Увеличение лиц с высоким риском связано с присоединением АО, АГ и СД. В группе АО+АГ+СД количество лиц с высоким риском составляет более 60%. Средние значения риска развития ССЗ нарастают в группе АО+АГ, АО+АГ+СД.

В исследовании С.С.Аскаровой в структуре распределения обследованных по градациям рисков ССЗ по Фрамингемской шкале показано, что лица с АО+АГ+СД₂ – имеют высокий и очень высокий риски. А по результатам оценки по шкале SCORE недостаточно информативны, поскольку большинство пациентов с высоким риском ССЗ в группах АО и АО+АГ остались за пределами вмешательства [2].

Полученные данные свидетельствуют о нарастании средних значений клинико-метаболических показателей и являющимися статистически значимыми. Нарастание средних значений отмечалось в следующем порядке: АО <АО+АГ <АО+АГ+СД (Табл.3).

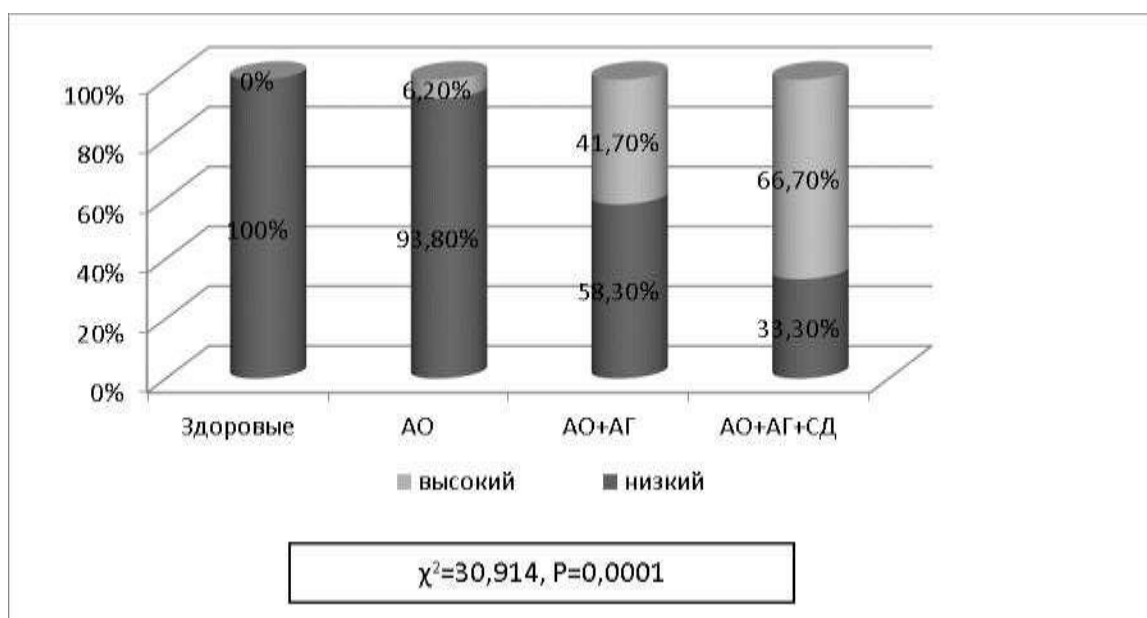


Рис.4. Риск развития ССЗ по шкале Framingham.

При изучении риска развития ССЗ по шкалам SCORE, PRO CAM и Framingham наблюдается нарастание риска развития ССЗ в следующем порядке: здоровые <АО <АО+АГ <АО+АГ+СД. При частотном распределении с увеличением возраста у исследуемых лиц наблюдается АО, АГ, СД.

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Повышение уровней факторов риска наблюдается при присоединении АО, АГ и СД. У лиц с АО, АО+АГ, АО+АГ+СД предиктором повышения ССЗ являются такие факторы риска, как ожирение, гипергликемия, дислипидемия и АГ. В исследовании российских ученых показано, что основными прогностическими факторами возникновения сердечно-сосудистых осложнений являются возраст, семейный анамнез, АГ, уровень потребления алкоголя, наличие гипертрофии левого желудочка. Наибольшую прогностическую значимость имеет сочетание нескольких факторов риска [19].

Выводы:

1. При изучении средних значений показателей риска развития ССЗ по шкалам SCORE, PRO CAM и Framingham наблюдается нарастание риска развития ССЗ в следующем порядке: здоровые <АО <АО+АГ <АО+АГ+СД.

2. Также структура распределения обследованных по градациям рисков ССЗ по шкале SCORE показало, что в группе здоровых не было лиц с высоким риском, тогда как в группах АО, АО+АГ, АО+АГ+СД имеются лица с высоким риском.

3. Распределение исследуемых по степени риска ССЗ по шкале SCORE, PRO CAM и Framingham показало, что у больных предикторами повышения риска ССЗ и СД 2 типа являются такие классические факторы как ожирение, гипергликемия, дислипидемия.

Таким образом, концепция суммарного риска имеет реальное клиническое обоснование и служит эффективным инструментом первичной профилактики ССЗ. Данные настоящего исследования демонстрируют возможность использования на практике трех шкал суммарного риска для прогнозирования фатальных и не фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Таблица 3. Риск развития ССЗ и СД 2 типа по шкалам SCORE, PRO CAM и Framingham у здоровых лиц и у больных АО, АО+АГ, АО+АГ+СД.

Риск развития ССЗ и СД 2 типа	Здоровые (n=15)	Больные АО (n=32)	Больные АО+АГ (n=36)	Больные АО+АГ+СД (n=21)	p 1-2	p 1-3	p 1-4	P 2-3	p 2-4	p 3-4
	1	2	3	4						
SCORE	0,75±0,95	1,07±1,37	3,46±3,36	3,86±2,42	0,419	0,004	0,007	0,0001	0,004	0,640
PRO CAM	2,17±3,46	4,62±9,18	12,58±16,95	27,73±18,73	0,319	0,088	0,000	0,023	0,000	0,011
Framingham	4,44±2,91	5,67±5,82	18,76±12,54	33,1±17,05	0,445	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Березина А.В. Немедикаментозные лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных с абдоминальным ожирением. Дисс. ... докт.мед.наук: 14.05.00. Санкт-Петербург, 2013. 10 с.
2. Аскарлова С.С. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа и их коррекция при абдоминальном ожирении. Автореф. ... канд.мед.наук: 14.05.00. Алматы, 2010. 8 с.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. Руководство для врачей. М.:МИА. 2004. 456 с.
4. Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration (BMI Mediated Effects), Lu Y., Hajifathalian K., Ezzati M., Woodward M., Rimm EB, Danaei G. Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1-8 million participants. *Lancet*. 2014 Mar 15; 383(9921):970-83. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61836-X.
5. Самородская В.И. Новая парадигма ожирения//Лечащий врач. 2014 №12. Стр.48-54
6. Енисеева Е.С., Андреева Е.О., Ежикеева С.Д., Тен М.Н., Максютя Е.В. // Роль абдоминального ожирения в развитии ИБС у женщин. // Материалы всероссийского научно-образовательного форума Кардиология 2012. М., 2012.-Стр.62.
7. Токарева З.Н., Мамедов М.Н., Деев А.Д. и др. Распространенность и особенности проявлений метаболического синдрома во взрослой городской популяции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. (1). 10–14 с.
8. Fan H., Li X., Zheng L., Chen X., Lan Q., Wu H., Ding X., Qian D., Shen Y., Yu Z., et al. Abdominal obesity is strongly associated with Cardiovascular Disease and its Risk Factors in Elderly and very Elderly Community-dwelling Chinese. *Sci Rep*. 2016 Feb 17;6:21521. doi: 10.1038/srep21521.
9. Нускабаева Г.О. Предикторы ремоделирования миокарда ЛЖ у женщин казашек при АГ с АО. Дисс. ... канд.мед.наук: 14.05.00. Алматы, 2010 год. 45 с.

10. Шалхаров С.Ш., Шалхарова Ж.С., Аскарлова С.С., Мухамедов Р.С., Жмырко Е.// Влияние Ttrp64Arg полиморфизма гена бета3-адренорецептора на риски развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с абдоминальным ожирением. *Терапевтический вестник*. - 2009. - №2.-Т.22.-27-28 с.

11. Friedewald W.T., Levy R.I., Fredrickson D.S. *Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge.* Clin Chem. 1972 Jun;18(6):499-502.

12. Conroy R.M., Pyorala P., Fitzgerald A.P. et al. *Estimation of ten year risk of fatal cardiovascular disease in Europa: the SCORE project.* Eur Heart J. 2003; 24: P.987—1003.

13. <http://www.klinrek.ru/calcs/ccs.htm>

14. Anderson K.M., Odel P.M., Wilson P.W., Kannel W.B. *Cardiovascular disease risk profiles.* Am Heart J. 1991; 121: P.293—298.

15. <http://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/atrial-fibrillation/index.php>

16. Assmann G., Cullen P., Schulte H. *The Munster Heart Study (PROCAM).* European Heart J. 1998; 19: P.2-11.

17. http://www.chd-taskforce.com/procam_interactive.html

18. Чепурина Н.А. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений: методы оценки. *Kardiol serdečno-sosud hir.* 2008; 4: 24—28 с.

19. Чепурина Н.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. Прогностическая значимость суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и факторов, его определяющих: 10-летнее наблюдение выборки мужчин - государственных служащих. *Kardiol serdečno-sosud hir.* 2009; 1: 15: 15-20 с.

ТҮЙІН

ШАРАБИТДИНОВА¹ Г.Г., АСКАРОВА¹ С.С., САДЫҚОВА¹ Ә.Д., МУСИНА^{1,2} А.А.

*Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті¹
Астана Медицина Университеті²*

АБДОМИНАЛЬДІ СЕМІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Мақалада Оңтүстік Қазақстан облысы Түркістан аймағы тұрғындары арасында жүргізілген жүрек-қан тамыр жүйесі қауіп-қатер факторларының құрылымы және клиникалық-метаболикалық ерекшеліктерін анықтау ретроспективті зерттеуде көрсетілді. Жүрек-қан тамыр ауруларының қауіп-қатер факторлары үш модель бойынша бағалау, зерттелген аймақтағы аурушандықтың өсуі предикторлары ретінде семіздік, гипергликемия, дислипидемия және артериалдық гипертензия екендігі анықталды. Жүрек-қан тамыр ауруларының асқынуын белгілейтін негізгі факторлар табылады. Сонымен қатар жүрек қантамыр ауруларының фатальді және фатальді емес асқынуларын анықтауда үш шкалалардың тиімділігі көрсетілген.

Кілт сөздер: жүрек-қан тамыр аурулары, қауіп факторлары, абдоминальді семіздік.

SUMMARY

SHARABITDINOVA¹ G.G., ASKAROVA¹ S.S., SADIKOVA¹ A.D., MUSINA^{1,2} A.A.

*¹Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan¹
²Astana Medical University²*

DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES RISK FACTORS IN PERSONS WITH ABDOMINAL OBESITY

In this retrospective research, we studied the risk structure and clinical metabolic features of cardiovascular diseases (CVD) in Turkestan region's residents of Southern Kazakhstan. Risk assessment of CVD development by three models showed that predictors of incidence increase in the region are such factors as obesity, hyperglycemia, dyslipidemia and arterial hypertension. The main predictive factors of cardiovascular complications' emergence are highlighted. The application efficiency of three scales of total risk in forecasting of fatal and non-fatal cardiovascular complications is shown.

Key words: cardiovascular diseases, risk factors, abdominal obesity.



АБЕЛЬДИНОВА Д.Ж.

*Медицинский факультет «Высшая школа общественного здравоохранения»
КазНУ им. аль-Фараби*

ОЦЕНКА НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП ГОРОДА АСТАНА

Аннотация: Для изучения рабочего времени медицинских работников, его распределения и использования возникает необходимость проведения хронометражного наблюдения с целью расширения ресурсов по улучшению обеспеченности населения доступной и качественной медицинской помощью в медицинских организациях. На основании этого в г.Астана осуществлен анализ нагрузки врачей общей практики в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. По окончании исследований даны предложения по совершенствованию нормирования труда врачей общей практики медицинских организаций в г.Астана, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Ключевые слова: врач общей практики, амбулаторно-поликлиническая помощь, хронометраж, первичная медико-санитарная помощь, амбулаторно-поликлиническая организация.

Введение. Успешная деятельность любого предприятия зависит от четкой организации и нормирования труда, что позволяет максимально эффективно использовать ее персонал, повышает качество оказания услуг. В этой связи нормирование труда врача общей практики (ВОП) оказывает существенное влияние на весь процесс организации работы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2].

Штатная численность должностей ВОП для оказания лечебно-диагностической помощи взрослому и детскому населению, включая профилактические приемы, посещение на дому и другие услуги определяется численностью прикрепленного населения с учетом анализа посещаемости за прошедшие годы, но не учитывает затраты по времени на тот или иной вид деятельности.

Обоснование норм труда врача общей практики, распределение и использование рабочего времени, рациональная расстановка и использование кадров ПМСП выступают в качестве одного из главных инструментов для решения важных вопросов повышения качества, доступности медицинских услуг и максимального охвата населения.

Изучение затрат времени с помощью фиксации и замеров продолжительности выполняемых действий врачом общей практики, выявление факторов, влияющих на продолжительность этих действий в конкретных производственных условиях, выработка «чувства эффективности» и «чувства времени», выявление резерва времени возможно с помощью хронометража [3].

В этой связи для оценки нагрузки врача общей практики был проведен хронометраж затрат времени на разные виды деятельности.

Цель. Оценка нагрузки врача общей практики амбулаторно-поликлинических организаций г. Астаны.

Материалы и методы исследования. В качестве объектов исследования выступили врачи общей практики 2 амбулаторно-поликлинических организаций города Астаны. В ходе исследования длительностью 3 недели изучалась нагрузка врача ОП в течение рабочего дня на приеме в АПО без учета посещения на дому. На участие в проведении исследования было получено согласие.

В процессе исследования были использованы такие материалы, как хронометражная карта наблюдения и секундомер.

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие всего 7 врачей общей практики из 2 организаций ПМСП г.Астана.

Согласно хронометражной карте, виды деятельности врача общей практики были поделены на 5 групп: 1) основная деятельность, 2) работа с документацией, 3) вспомогательная деятельность, 4) служебная деятельность, 5) личное время.

Основная деятельность подразумевает выполнение лечебно-диагностических мероприятий: опрос, осмотр пациента, измерение давления, частоты пульса, температуры, антропометрических данных и т.д.

Работа с документацией включает ознакомление и заполнение медицинской документации, занесение данных в компьютер.

Вспомогательная деятельность подразумевает переодевание, подготовку рабочего стола, мытье рук, перерыв на санитарную обработку.

Служебная деятельность занимает время, потраченное на служебные разговоры по телефону, с медицинским персоналом, участие в рабочих совещаниях.

Личное время необходимо для перерывов, разговоров по телефону и др.мероприятий.

В течение рабочего дня каждый врач ОП в среднем принимает 19-25 пациентов, то есть при 4-х часовом приеме в АПО на одного пациента в среднем отводится около 10-12 минут. Согласно рекомендуемой норме приема у врача общей практики Приказа МЗ РК от 7.04.10 г. № 238 «Об

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» среднее время приема пациента - 15 минут [1].

Исследование временных затрат на ту или иную группу деятельности в течение приема у врачей общей практики показало, что основная лечебно-диагностическая деятельность занимает лишь половину времени приема непосредственно на АПО (исключая вызовы на дом). Много времени затрачивается врачам для работы с документацией, не менее 30-40% рабочего времени, исключая часы, отведенные на посещение пациентов на дому. Таким образом, на вспомогательную и служебную деятельность, а также на личное время врачу остается 20-10% времени работы непосредственно в поликлинике.

Анализ результатов исследования также показал, что на время приема и другие виды деятельности не влияют такие факторы, как стаж работы и категорированность. Вместе с тем, нагрузка врача на АПО во многом зависит от возрастно-половой структуры населения, особенностей структуры и уровня заболеваемости, медико-санитарной активности населения и др.

В последние годы, с началом реформ сестринской службы, персональная нагрузка врача стала во многом зависеть от степени сегментирования рынка медицинских услуг и делегирования ряда полномочий от врача медицинским сестрам, а, следовательно, зависит от опыта и квалификации среднего медицинского персонала.

Заключение. Данные исследования позволяют сделать выводы:

- врач ОП недостаточно времени уделяет пациенту, много времени отнимает работа с документацией, практически у врача не остается времени на личные нужды, не говоря уже о вспомогательной и служебной деятельности;

- на время приема и другие виды деятельности не влияет стаж, опыт работы, категорированность врача;

- время приема пациентов зависит от возрастного фактора пациента.

С целью оптимизации деятельности врача ОП, улучшения качества обслуживания пациентов, снижения неоправданно больших затрат времени на заполнение документации и выполнение рутинных мероприятий (измерение АД, температуры и др.) необходимо проведение ряда организационных мероприятий:

1) внедрения эффективных механизмов автоматизации ведения медицинской документации (синхронизация вводимых данных в АИС и АПП), внедрение электронных персонифицированных карт и талонов приема;

2) передача функционала по частичному заполнению документации (паспортные данные и др.) медицинским регистраторам;

3) делегирование ряда полномочий и функционала от врача медицинским сестрам;

Выполнение данных мероприятий, позволит врачу ОП больше времени уделять пациенту, а, следовательно, повысит качество обслуживания, снижение количества жалоб и претензий со стороны пациентов и их родственников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» от 7.04.10 г.

2. А.О. Абдрахманова, М.А. Калиева, С.С. Березин и др. Штатное нормирование должностей врачей клиничко-диагностических отделений первичной медико-санитарной помощи // Астана медициналық журналы. – 2014. - № 2 (80). – С. 71-75.

3. Г.Архангельский, М.Лукашенко, Т.Телегина, С.Бехтеров. Тайм-менеджмент. Полный курс. — М.: Альпина Паблшер, 2012. — 312 с.

ТҮЙІНДЕМЕ

АБЕЛЬДИНОВА Д.Ж.

АСТАНА ҚАЛАСЫ АМСК ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ ЖАЛПЫ ПРАКТИКАДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕР ЖҮКТЕМЕСІН БАҒАЛАУ

Медициналық персоналдың жұмыс уақытын, оның таралуы мен қолданылуын зерттеу үшін медициналық ұйымдарда тұрғындардың қолжетімді және сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз етілуін жақсарту бойынша ресурстарды кеңейту мақсатында хронометражды бақылау жүргізу қажеттілігі туындайды. Осыған сүйеніп Астана қаласындағы амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы жалпы практикадағы дәрігерлердің жүктемесіне талдау жүргізілді. Зерттеу соңында Астана қаласындағы амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы жалпы практикадағы дәрігерлер еңбегін нормалауды жетілдіру бойынша ұсыныстар берілді.

Түйінді сөздер: жалпы практикадағы дәрігер, амбулаториялық-емханалық көмек, хронометраж, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, амбулаториялық-емханалық ұйым.

SUMMARY

ABELDINOVA D.

THE ASSESSMENT OF THE GENERAL PRACTITIONERS' WORK LOADING IN PHC ORGANIZATIONS

To study the working time of medical personnel, its distribution and use, there is a need to conduct time monitoring to expand resources to improve the availability of affordable and quality medical care in medical organizations. Based on this, in Astana, an analysis was made of the burden of general practitioners in organizations providing outpatient and outpatient care. At the end of the research, suggestions were made to improve the standardization of the work of general practitioners of medical organizations in Astana, who provide outpatient and outpatient care.

Key words: general practitioner, primary health organizations, time-study, primary health care.



УДК: 614.2-612.1/8

ДЮСЕМБАЕВА А.Ж.

Перинатальный Центр №3 Управления Здравоохранения г. Астаны

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРЕ ГКП НА ПХВ «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №3»

Аннотация

Президент страны в своем Послании народу Казахстана «Новое десятилетие - новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» подчеркнул, что важнейшая задача предстоящего десятилетия - улучшение качества и уровня жизни всех граждан Казахстана. [1]

Государственная программа развития здравоохранения «Саламаты Казахстан», последующая программа «Денсаулық» указывает на приоритетность развития ПМСП (первичной медико-санитарной помощи).[2] Являясь третьим уровнем оказания перинатальной помощи, восемьдесят процентов беременных имеют тяжелую сочетанную экстрагенитальную патологию, осложнения беременности и высокий риск досрочного родоразрешения.

Так как режим работы перинатального центра круглосуточный, начато проведение профилактики СДР плода в условиях дневного стационара на базе приемно-диагностического отделения. Существует возможность госпитализировать беременных в дневной стационар круглосуточно и начать лечение путем внутримышечного введения дексаметазона через каждые 12 часов, в течение двух суток (протокол МЗ РК ложные схватки). [3,4]

Актуальность. Одной из приоритетных задач, стоящих перед системой здравоохранения, является оптимизация бюджетного финансирования медицинских организаций различных уровней. В связи с этим актуальной проблемой является поиск новых экономически эффективных моделей оказания квалифицированной амбулаторной медицинской помощи, в качестве которых можно рассматривать использование стационарозамещающих технологий в акушерской практике.

Цель: Продолжить дальнейшее проведение профилактики СДР плода в условиях стационарозамещающих технологий.

Материалы и методы исследования: Контент - анализ НПА, метод экспертных оценок, статистический метод. Материалом данного исследования являются форма 003-3/у приказ №907 карта больного дневного стационара, журнал учета больных дневного стационара форма №001-1/у приказ №907, статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре форма №066-4/у приказ №907, выписной эпикриз больного дневного стационара форма №027/у, статистические данные по дневному

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

стационару (Перинатальный Центр №3 г. Астана), данные выгрузки по дневному стационару из информационной системы «Электронный Регистр Стационарных Больных».

Результаты и их обсуждение: Использование полученных рекомендаций после изучения НПА при ведении беременных с целью улучшения качества оказываемой помощи в «Перинатальном Центре №3», организация работы медицинского персонала дневного стационара на уровне «Перинатального центра №3» с учетом эффективности проводимой терапии.

Выводы или заключение:

Таким образом, на уровне акушерской практики будет проанализирована эффективность стационарозамещающих технологий для предотвращения материнских осложнений и младенческих потерь, на примере Перинатального Центра №3 г. Астана. [5]

Ключевые слова: развитие стационарозамещающей помощи, профилактика синдрома дыхательных расстройств, патология беременности, амбулаторное лечение.

Дневные стационары одна из современных форм оказания медицинской помощи, позволяющая проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия тем больным, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении. [1]

Регламенты показаний для госпитализации беременных в стационарозамещающие структуры освещены в приказах Министра Здравоохранения Республики Казахстан. [2] Согласно приказу о регионализации, перинатальные центры относятся к организациям третьего уровня, и оказывают специализированную медицинскую помощь беременным женщинам с высоким риском реализации перинатальной патологии, осложненными родами, а также преждевременными родами при сроке гестации 22-34 недели, а также новорожденным, нуждающимся в специализированной помощи. [3]

На примере ГКП на ПХВ «Перинатальный Центр №3» г. Астана мы хотим представить внедрение профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденных в условиях стационарозамещения круглосуточно на базе приемно-диагностического отделения.

Согласно НПА показаниями для госпитализации в условиях стационарозамещения в акушерстве являются:

- вызванные беременностью отеки,
- угрожающий аборт,
- рвота беременных легкая или умеренная,
- инфекции мочеполовых путей при беременности,
- многоводие,
- другие плацентарные нарушения,
- ложные схватки до и после 37 недель гестации (МКБ 10). [4]

С 2015 года на базе нашего центра мы стали определять показания для госпитализации в отделении патологии беременности, в связи с увеличением количества беременных с патологией прикрепления плаценты, тяжелой экстрагенитальной патологией. Раннее, такие патологии, как краевая плацентация, полное и неполное предлежание плаценты, вращение плаценты в матку и прорастание в соседние органы практически не встречались. Рост данной сложной акушерской патологии связан со многими факторами: отсутствием прегравидарной подготовки у пациентов, патологической плацентацией после инвазивных вмешательств в матку, прерываний беременности, наличия хронических воспалительных изменений матки и, конечно, за счет роста путем кесарево сечения в первых родах. Данная группа пациентов нуждается в мониторинге в условиях стационара, и длительность пребывания их значительная. В связи с этим, нами внедрена госпитализация беременных в дневной стационар с ложными схватками и угрозой прерывания беременности без структурных изменений шейки матки и удовлетворительным состоянием плода; многоводием и маловодием; отеками, вызванными беременностью; плацентарными нарушениями без нарушения гемодинамики плода; беременных, имеющих в анамнезе перинатальные потери, тяжелую акушерскую и соматическую патологию. Вышеперечисленная категория в группе риска по досрочному родоразрешению, в связи с основной патологией, в частности, отеки вызванные беременностью могут прогрессировать в гипертензионные осложнения, преэклампсии.

В связи с этим мы госпитализируем беременных в дневной стационар с ложными схватками и угрозой прерывания беременности без структурных изменений шейки матки, удовлетворительным состоянием внутриутробного плода, многоводием и маловодием, отеками вызванными беременностью, плацентарными нарушениями без нарушения гемодинамики плода, беременных, имеющих в анамнезе перинатальные потери, тяжелую акушерскую и соматическую патологию.

Согласно протоколам МЗ Республики Казахстан при данных осложнениях основным в лечении является активизация сурфактантной системы плода путем введения глюкокортикоидов (профилактика СДР плода), учитывая высокую вероятность досрочного родоразрешения и рождения недоношенных детей.

Так как режим работы перинатального центра круглосуточный, начато проведение профилактики СДР плода в условиях дневного стационара на базе приемно-диагностического отделения. Существует возможность госпитализировать беременных в дневной стационар круглосуточно и начать лечение путем

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

внутримышечного введения дексаметазона через каждые 12 часов, в течение двух суток. Используется весь потенциал стационара: клиничко-диагностическая база, лечебный потенциал, высокая квалификация медицинского персонала, соответствующая третьему уровню оказания перинатальной помощи. При этом есть возможность перевести беременную в стационар как акушерский, так и многопрофильный. [5]

Эффективность нововведения рассмотрим на примере нозологии «Отеки, вызванные беременностью с незначительной протеинурией».

Анализ эффективности проведенного лечения прослеживается по работе отделения патологии беременных и дневного стационара ПЦ№3 г. Астана по итогам 2015-2016 годов, данные указаны в Таблице №1.

Таблица №1 – Анализ эффективности проведенного лечения

Год	Количество пролеченных случаев в отделении патологии беременности круглосуточного стационара	«Отеки вызванные беременностью» в дневном стационаре
2015	2868	34
2016	2503↓	14↓

При сравнительном анализе тенденция к уменьшению количества пролеченных беременных на 22%, уменьшение госпитализированных с отеками вызванных беременностью на 20(0,5%). [6] При этом в таблице №2, указана рентабельность использования коечного фонда ОПБ, за счет замещения данной патологии сложными акушерскими состояниями, это подтверждается увеличением средней длительности пребывания беременных на 9%. [6]

Таблица №2 – Рентабельность коечного фонда

Годы	Оборот койки	Для беременных и рожениц	Средняя длительность Пребывания (Койко-дней)	Работа койки
2015	99,9%	96,4%	4,5	631
2016	100,7% ↑	99,1% ↑	4,9 ↑	654 ↑

Наблюдается заметный рост на 80(21%) случаев пролеченных в дневном стационаре. Данные представлены в Таблице №3. Этим пациентам проведено полное клиничко-лабораторное обследование, проведен мониторинг состояния беременной и плода, проведена профилактика СДР плода в амбулаторных условиях, учитывая высокий риск развития преэклампсии. [6]

Таблица №3 – Работа дневного стационара

Годы	койко/дни	«Отеки вызванные беременностью»
2015	13063	374
2016	11772	454↑

Таким образом, предложенная тактика подтверждает высокую эффективность стационарозамещения в акушерском стационаре с возможностью предотвращения младенческих потерь и материнских осложнений. Также появляется возможность рационального использования коечного фонда стационара для оказания специализированной и высокоспециализированной помощи беременным, уменьшение экономических затрат на стационарное лечение беременных. Наблюдается значительная экономия средств, при проведении сурфактант замещающей терапии у недоношенных новорожденных, и длительном лечении детей с бронхо-легочными дисплазиями, не получивших в антенатальном периоде профилактику СДР плода.

В результате проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств во время беременности новорожденные после преждевременных родов имеют меньше осложнений в раннем неонатальном периоде, что позволяет уменьшить госпитализацию недоношенных новорожденных в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, уменьшить применение сурфактанта, что позволяет экономить бюджет перинатального центра и государства в целом. Целью проводимых мероприятий является сохраненная жизнь матери и достойное качество жизни младенца!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шарман А., Качество жизни, здоровье и долголетие // Назарбаев Университет, Центр наук о жизни. - Астана, 2011-С.13-20.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2010 года № 325, «Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан»
3. Клинические протоколы МЗ РК - 2013 Ложные схватки неуточненные (О47.9).
4. Клинические протоколы МЗ РК – 2015: Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (О13), Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией (О14), Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период (О10), Эклампсия (О15).
5. Статистические данные, результаты выгрузки по дневному стационару (Электронный Регистр Стационарных больных, Единая Информационная Система Здравоохранения), РЦРЗ МЗ РК.
6. Указ президента РК о принятии Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.
7. Указ президента РК о принятии Государственной программы развития здравоохранения «Саламаты Казахстан».
8. Приказ №798 26.11.2009г «Об утверждении правил оказания стационарозамещающей помощи».
9. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан явился № 669 17 августа 2015 года «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи».
10. Постановление Правительства Республики Казахстан 6 декабря 2011 года № 1472 «Об утверждении правил оказания стационарозамещающей помощи».
11. Конституция Республики Казахстан, 30 августа 1995года.
12. Указ президента РК о принятии Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
13. Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" от Правительство Республики Казахстан 18 сентября 2009 года. пунктом 1 статьи 7, пунктом 2 статьи 48.
14. Стратегический план Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2014-2018 годы» утвержденного приказом Министра 5 декабря 2014 года № 299.
15. Приказ «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения №907 23 ноября 2010года.

ТҮЙІН

ДЮСЕМБАЕВА АЙГҮЛ ЖАПАРҚЫЗЫ

Астана қаласы әкімдігінің ШЖҚ «№3 перинаталдық орталық» МКК

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ «№3 ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ» МКК МЫСАЛЫНДА АКУШЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ СТАЦИОНАРДЫ АЛМАСТЫРУШЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЖАҒДАЙЫНДА ТЫНЫС АЛУ БҰЗЫЛЫСЫ СИНДРОМЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Жүкті әйелдерді күндізгі стационарға тәулік бойына жатқызуға және екі тәулік бойына 12 сағат сайын дексаметазонды бұлшық етке егу жолымен емді бастауға мүмкіндік бар (ҚР ДСМ жалған толғақ хаттамасы). Осылай, Астана қаласы №3 перинаталдық орталық деңгейінде бала өлімі мен ана денсаулығына келетін қауіптің алдын алу мүмкіндігімен акушерлік стационардағы стационар алмастырушылықтың нәтижелілігіне талдау жасалынды.

SUMMARY

DYUSSEMBAYEVA AIGUL ZHAPAROVNA

REM "Perinatal Center No.3" in Astana

“PREVENTION OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN HOSPITAL-REPLACING TECHNOLOGIES IN OBSTETRIC PRACTICE” ON THE EXAMPLE OF PERINATAL CENTRE №3 IN ASTANA

There is an opportunity to hospitalize pregnant women in a day hospital around the clock and to start intramuscular injection treatment of dexamethasone every 12 hours, for two days. Thus, the efficiency of hospital-replacing technologies in the obstetric hospital will be analyzed with the possibility of preventing infant deaths and maternal complications on the level of the Perinatal Center No. 3 in Astana.



ДЮСЕМБАЕВА А. Ж.

Перинатальный Центр №3 Управления Здравоохранения г. Астаны

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩАЯ СЛУЖБА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

(на примере перинатального центра №3, г.Астана)

Аннотация:

Одной из приоритетных задач, стоящих перед системой здравоохранения, является оптимизация бюджетного финансирования медицинских организаций различных уровней. В связи с этим актуальной проблемой является поиск новых экономически эффективных моделей оказания квалифицированной амбулаторной медицинской помощи, в качестве которых можно рассматривать использование стационарозамещающих технологий в акушерской практике.

Цель: Оценить состояние стационарозамещающей помощи в акушерской практике на уровне учреждений родовспоможения.

Материалы и методы исследования: Контент - анализ НПА, социологическое исследование (пациентов, сотрудников), метод экспертных оценок, статистический метод. Материалом данного исследования являются анкеты беременных женщин подлежащих лечению в условиях дневного стационара Перинатального центра, форма 003-3/у приказ №907 карта больного дневного стационара, журнал учета больных дневного стационара форма №001-1/у приказ №907, статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре форма №066-4/у приказ №907, выписной эпикриз больного дневного стационара форма №027/у, статистические данные по дневному стационару (Перинатальный Центр №3 г.Астана).

Результаты и их обсуждение: Использование полученных рекомендаций после изучения НПА при ведении беременных с целью улучшения качества оказываемой помощи в Перинатальном Центре №3, организовать работу медицинского персонала дневного стационара на уровне Перинатального центра №3 с учетом предложений выявленных при проведении анкетирования сотрудников.

Выводы или заключение:

Таким образом, на уровне акушерской практики будет проанализирована эффективность ведения пациентов с патологией беременности в условиях стационарозамещающих технологий на примере Перинатального Центра №3 г.Астана.

Ключевые слова: развитие стационарозамещающей помощи, патология беременности, амбулаторное лечение.

Президент страны в своем Послании народу Казахстана «Новое десятилетие - новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» подчеркнул, что важнейшая задача предстоящего десятилетия - улучшение качества и уровня жизни всех граждан Казахстана [1].

Государственная программа развития здравоохранения «Саламаты Казахстан», последующая программа «Денсаулык» указывает на приоритетность развития ПМСП (первичной медико-санитарной помощи) [2].

В мировой акушерской практике не существуют таких подразделений как отделения патологии беременности, в связи с этим актуально минимизация числа коек в стационаре для беременных с патологией беременности и целесообразна коррекция патологических состояний в амбулаторных условиях.

В Республике Казахстан, как и за рубежом на протяжении последних десятилетий изучалась возможность более высокого уровня оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. [3,4]

Дневной стационар - структурное подразделение амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, предназначенного для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам с использованием современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов. Дневные стационары одна из современных форм оказания медицинской помощи, позволяющая проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия тем больным, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении. Первый дневной стационар в СССР был открыт еще 1930 году в Москве.

В середине прошлого века были популярны дневные реабилитационные центры для неврологических больных в Великобритании, США, Канаде. В Германии была создана сеть педиатрических дневных стационаров. Широкая сеть дневных стационаров для гериатрических больных функционирует в странах Западной Европы. [5]

Сегодня в РК успешно работают дневные стационары терапевтического, неврологического, педиатрического, гинекологического и узкоспециализированного профилей. Анализ основных показателей деятельности дневных стационаров показал их экономическую эффективность: количество пролеченных

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

больных в 1,5-3 раза больше за счет работы в две смены, а стоимость одного дня лечения в 5 раз меньше, чем при круглосуточном стационарном лечении. [6, 7] Лечение в дневном стационаре дает определенные преимущества и для пациентов: сокращение сроков диагностических мероприятий, пребывание большую часть суток дома, в семье; исключение стрессовой ситуации, связанной с госпитализацией в обычные стационары; подбор медикаментозной терапии на фоне обычного ритма жизни, не требующей дальнейшей адаптации; возможность получения инфузионной комплексной терапии. [8]

Дневной стационар в учреждениях родовспоможения на примере Перинатального Центра №3 г.Астана.

Дневные стационары в акушерской практике организуют при амбулаторно-поликлинических учреждениях (женская консультация), родильных домах, гинекологических отделениях в целях улучшения качества медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, не требующим круглосуточного наблюдения и лечения.

Стационар осуществляет преемственность в обследовании, лечении и реабилитации больных с другими учреждениями здравоохранения: при ухудшении состояния больных женщин переводят в соответствующие отделения стационаров родовспоможения и многопрофильные.

Рекомендуемая мощность дневного стационара — не менее 5–10 косок. Для обеспечения полноценного лечебно-диагностического процесса длительность пребывания больной в дневном стационаре должна быть не менее 6–8 ч в сутки. [9]

Руководство дневным стационаром осуществляется главным врачом (заведующим) учреждения, на базе которого организовано данное структурное подразделение.

Штаты медицинского персонала и режим работы дневного стационара женской консультации и перинатального центра зависят от объема оказываемой помощи. [10] На каждую пациентку дневного стационара заводится «Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице».

Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания:

- вегетососудистая дистония и гипертоническая болезнь в I и II триместрах беременности;
- обострение хронического гастрита;
- анемия (Hb не ниже 90 г/л);
- ранний токсикоз при отсутствии или наличии транзиторной кетонурии;
- угроза прерывания беременности в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей сохраненной шейки матки;- критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;
- медикогенетическое обследование, включающее инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных группы высокого перинатального риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности;
- немедикаментозная терапия (иглорефлексотерапия, психо и гипнотерапия и др.);
- резус конфликт в I и II триместрах беременности (для обследования, проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии);
- подозрение на плацентарную недостаточность;
- подозрение на порок сердца, патологию мочевыделительной системы и др.;
- проведение специальной терапии при алкоголизме и наркомании;
- при выписке из стационара после наложения швов на шейку матки по поводу ИЦН;
- продолжение наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре.[11]

Таким образом, ведение беременных в условиях дневного стационара особенно интересно в группе риска по перинатальным и материнским осложнениям во время беременности и родов.

Экономически рентабельно, при возможности полноценного мониторинга и лечения пациента в более комфортных условиях, в конечном итоге использовать минимум затрат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Указ президента РК о принятии Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.
2. Указ президента РК о принятии Государственной программы развития здравоохранения «Саламаты Казахстан»
3. Приказ Минздрава СССР № 1278 16.12.1987 г. «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому».
4. Приказом N 840 и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан « О развитии стационарозамещающей помощи» 14 ноября 2003 года
5. Калинин В.И. Организация стационаров на дому и дневных стационаров в условиях крупных амбулаторно – поликлинических учреждений. Информационное письмо Минздрава СССР. - М., 1987 - 6 с.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6. Приказ №798 26.11.2009г «Об утверждении правил оказания стационарозамещающей помощи»
7. Публикация «Опыт организации работы дневного стационаров центра ПМСП Нововоскресеновка(обзор)»
8. Шарман А., Качество жизни, здоровье и долголетие // Назарбаев Университет, Центр наук о жизни. - Астана, 2011-С.13-20.
9. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан явился № 669 17 августа 2015 года «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи».
10. Постановление Правительства Республики Казахстан 6 декабря 2011 года № 1472 «Об утверждении правил оказания стационарозамещающей помощи».
11. Приказ «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения №907 от 23 ноября 2010года
12. Конституция Республики Казахстан, 30 августа 1995года.
13. Указ президента РК о принятии Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
14. Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" от Правительство Республики Казахстан 18 сентября 2009 года. пунктом 1 статьи 7,пунктом 2 статьи 48
15. Стратегический план Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2014-2018 годы» утвержденного приказом Министра 5 декабря 2014 года № 299
16. Приложение №5 « О дневном стационаре для психически больных» к приказу МОКиЗ РК 13 мая 1998года №269
17. Письмо заместителя Министра здравоохранения СССР 28.05.90 № 04-14/18-14 «О порядке учета и отчетности стационаров дневного пребывания в больницах»
18. Приказ «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения №907 23 ноября 2010года
19. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно – профилактических учреждениях».
20. Инструкция Минздрава СССР «О порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационаров на дому, стационаров дневного пребывания в больницах» 08.04.1988 г. № 27-14/4.

ТҮЙІН

ДЮСЕМБАЕВА АЙГҮЛ ЖАПАРҚЫЗЫ

Астана қаласы әкімдігінің ШЖҚ «№3 перинаталдық орталық» МКК

АКУШЕРЛІК ТӘЖІРІБЕДЕГІ СТАЦИОНАР АЛМАСТЫРУШЫ ҚЫЗМЕТ

(Астана қаласының №3 перинаталдық орталығын мысалға ала отырып)

Акушерлік тәжірибе деңгейінде алғаш рет стационарды алмастырушы технологиялар жағдайында жүктілік патологиясы бар науқастарды енгізу тиімділігі талданатын болады.

Осылайша жүктілік және босану кезіндегі перинаталдық және аналық асқынулардың қауіп-қатер тобындағы жүкті әйелдерді күндізгі стационар жағдайында жүргізумен қызықты.

SUMMARY

DYUSSEMBAYEVA AIGUL ZHAPAROVNA

REM "Perinatal Center No.3" in Astana

HOSPITAL-REPLACING SERVICE IN OBSTETRIC PRACTICE

(for example perinatal centre №3 in Astana)

For the first time in obstetric practice, the effectiveness of managing patients with pathology of pregnancy in the conditions of stationary substitution technologies will be analyzed.

Identification of undiscovered as a result of analysis Normative Legal Act of the Republic of Kazakhstan, sociological survey of patients and employees allows finding ways to these problem and to introduce an improved model of stationary replacement in Perinatal centre № 3 in Astana. Thus, the introduction of pregnant women in a day hospital especially interesting in the risk group for perinatal and maternal complications during pregnancy and childbirth.



ОМАРОВА А.К., ТУРГАМБАЕВА А.К.
АО «Медицинский университет Астана»

**АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕТЕРМИНАНТНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЮ ОРГАНОВ В КАЗАХСТАНЕ**

Аннотация:

Цель исследования. Изучение мнения населения Казахстана относительно идеи посмертного донорства.

Методы. Проведено одномоментное кросс-секционное исследование с участием 1464 респондентов. При анализе данных были применены коэффициенты Пирсона и Чупрова, критерий хи-квадрат Пирсона. Обработка исходного материала по результатам анкетирования осуществлялась в программе Epi Info 7.2.1.0 с помощью таблиц сопряженности.

Результаты. Всего 37,7% опрошенных положительно относились к возможности изъятия тканей и органов после смерти для трансплантации. Также были выявлены различия в зависимости от пола и религиозной принадлежности респондентов.

Выводы. Имеется необходимость проведения социальных маркетинговых мероприятий для повышения эффективности трансплантологической службы.

Ключевые слова: социологический опрос, посмертное донорство, Казахстан.

Введение. Трансплантация органов и тканей на сегодняшний день, безусловно, считается клинически, а в некоторых случаях и экономически эффективным методом лечения больных с необратимой стадией хронических заболеваний жизненно важных органов. Ежегодно в мире выполняются свыше 100 тысяч трансплантаций органов и более 200 тысяч – тканей и клеток человека [1]. Однако увеличение проводимых трансплантаций органов и тканей привело к ее глобальному межнациональному кризису: на сегодняшний день в мире количество нуждающихся в пересадке органов значительно превышает число донорских органов, что негативно влияет на продолжительность и качество жизни данной категории пациентов [2].

По данным многих авторов дефицит донорских органов стремительно растет и является общей проблемой для всех стран мира, независимо от уровня экономического развития и обеспеченности трансплантологической службы [3-5].

Также обращает на себя внимание рост смертности пациентов, которые состояли в листе ожидания по трансплантации органов. По данным Готье С.В. и соавторов (2016) самая частая причина смертности у пациентов, находящихся в листе ожидания, являются терминальная печеночная недостаточность (45,3%) и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (52,5%) [6,7]. Большинство пациентов умирают, так как ожидание очереди растет в три раза быстрее, чем скорость имеющихся предложениях органов. Среднее время ожидания донорской почки по мировым данным на листе ожидания составляет от пяти до десяти лет.

Изучая основные причины нехватки донорских органов необходимо обратить внимание на несоответствие научного прогресса и восприимчивости человеческого сознания проблемы трупному донорству.

Целью нашего исследования является изучение мнения населения Казахстана относительно идеи посмертного донорства.

Материалы и методы. Это одномоментное кросс-секционное исследование. Всего было опрошено 1464 респондента (841 мужчин и 623 женщин) в возрасте от 18 до 50 лет. В опрос были включены жители всех регионов Казахстана. Респонденты относились к группам с разными социальными характеристиками. В число атрибутивных признаков входили такие характеристики, как пол, возраст, религиозная принадлежность (отношение к религии), уровень образования, проживание (город, село).

Таблица 1 содержит сведения о распределении опрошенных лиц по возрасту.

Таблица 1 – Распределение респондентов по возрасту

№ п/п	Возраст	Численность, чел.	Удельный вес, %
1	18-30	399	27,2
2	31-40	234	16,0
3	41-50	831	56,8

В анализе взаимосвязи атрибутивных признаков (качественных переменных) мы использовали коэффициенты Пирсона и Чупрова. Коэффициент находится в пределах от 0 до 1; чем ближе к единице, тем связь сильнее, и наоборот, чем ближе к нулю, тем связь слабее. Принято считать, что при коэффициенте

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Чупрова, приблизительно равном 0,3, связь является существенной. Также для получения полной картины связи между исследуемыми признаками мы использовали критерий хи-квадрат Пирсона.

Обработка исходного материала по результатам анкетирования осуществлялась в программе Epi Info 7.2.1.0 с помощью таблиц сопряженности.

Результаты. Из общего числа опрошенных (1464 человека) 552 (37,7%) положительно относятся к возможности изъятия тканей и органов после смерти для трансплантации, практически столько же - 548 (37,4%) выразили отрицательное отношение к такой возможности, а 364 (24,9%) не сумели выразить свое отношение к поставленному вопросу. Однако в разрезе отдельных групп людей, объединенных по тем или иным социальным признакам, отношение к вопросу, как и ожидалось, варьирует.

Для статистического анализа сведений, характеризующих отношение опрошенных к вопросу о возможности изъятия тканей и органов после смерти для трансплантации, соответствующие данные необходимо сгруппировать по социальным характеристикам респондентов.

В таблице 2 приведены сведения об отношении опрошенных к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от пола респондентов.

Таблица 2 – Отношение к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от пола опрошенных

Пол	Количество ответов				В процентах			
	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого
Муж.	249	341	251	841	29,6	40,5	29,8	100,0
Жен.	303	207	113	623	48,6	33,2	18,1	100,0

Оценка тесноты связи между признаками дает следующие результаты: коэффициент Пирсона (K_{π}) оказывается равным 0,197; коэффициент Чупрова (K_{χ}), как и ожидалось, немного меньше - $K_{\chi} = 0,142$. Оценка значимости связи по критерию хи-квадрат Пирсона дает следующие результаты: число степеней свободы равно 2; значение критерия χ^2 составляет 59,22; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,01$ составляет 9,21. Поскольку фактическое значение хи-квадрата превосходит, причем значительно, делаем вывод о том, что связь между полом людей в выборке и их отношением к вопросу о посмертном изъятии тканей и органов для трансплантации статистически значима при уровне значимости $p<0,01$. Проведенный тест по критерию хи-квадрат Пирсона подтверждает предположение о том, что зависимость отношения людей в выборке к посмертному изъятию тканей и органов от их половой принадлежности статистически значима. О наличии такой зависимости свидетельствуют также полученные уровни коэффициентов Пирсона и Чупрова.

В таблице 3 приведены сведения об отношении опрошенных к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от возраста респондентов.

Таблица 3 – Отношение к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от возраста опрошенных

Пол	Количество ответов				В процентах			
	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого
18-30	162	163	74	399	40,6	40,9	18,5	100,0
31-40	88	90	56	234	37,6	38,5	23,9	100,0
41-50	302	295	234	831	36,3	35,5	28,2	100,0

Коэффициент Пирсона равен 0,096; коэффициент Чупрова составляет 0,048. Оценка значимости связи по критерию хи-квадрат Пирсона дает следующие результаты: число степеней свободы равно 4; значение критерия χ^2 составляет 13,56; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,01$ составляет 13,28; связь между изучаемыми ответами на поставленный вопрос и возрастом респондентов в выборке статистически значима при уровне значимости $p<0,01$. Вместе с тем, коэффициенты Пирсона и Чупрова свидетельствуют о том, что возраст респондентов практически не влияет на их отношение к изъятию тканей и органов после смерти для трансплантации.

В таблице 4 приведены сведения об отношении опрошенных к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от религиозной принадлежности респондентов.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таблица 4 – Отношение к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от религиозной принадлежности опрошенных

Религиозная принадлежность	Количество ответов				В процентах			
	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого
Ислам	291	223	142	656	44,4	34,0	21,6	100,0
Христианство	217	310	162	689	31,5	45,0	23,5	100,0
Атеизм	15	0	15	30	50,0	0,0	50,0	100,0
Другое	29	15	45	89	32,6	16,9	50,6	100,0

Оценка связи между отношением к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации и религиозной принадлежностью (отношением к религии) респондентов дает следующие результаты: коэффициент Пирсона составляет 0,234; тогда как коэффициент Чупрова равен 0,098. Оценка значимости связи по критерию хи-квадрат Пирсона показывает следующее: число степеней свободы равно 6; значение критерия χ^2 составляет 84,97; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,01$ составляет 16,81; связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p<0,01$. Таким образом, связь между религиозной принадлежностью и отношением к изъятию тканей и органов после смерти для трансплантации довольно заметная.

В таблице 5 приведены сведения об отношении опрошенных к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от уровня образования респондентов.

Таблица 5 – Отношение к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от уровня образования

Уровень образования	Количество ответов				В процентах			
	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого
Среднее	0	30	14	44	0,0	68,2	31,8	100,0
Среднее специальное	159	193	222	574	27,7	33,6	38,7	100,0
Незаконченное высшее	104	44	0	148	70,3	29,7	0,0	100,0
Высшее	289	281	128	698	41,4	40,3	18,3	100,0

Коэффициент Пирсона равен 0,336; коэффициент Чупрова составляет 0,146. Оценка значимости связи по критерию хи-квадрат Пирсона имеет своим результатом следующее: число степеней свободы равно 6; значение критерия χ^2 составляет 186,81; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,01$ составляет 16,81; связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p<0,01$. Связь между уровнем образования и отношением к изъятию тканей и органов после смерти для трансплантации достаточно заметная.

В таблице 6 приведены сведения об отношении опрошенных к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от места проживания респондентов.

Таблица 6 - Отношение к посмертному изъятию тканей и органов для трансплантации в зависимости от места проживания (город, село)

Место проживания	Количество ответов				В процентах			
	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого	Положительных	Отрицательных	Затруднились с ответом	Итого
Город	320	282	177	779	41,1	36,2	22,7	100,0
Село	232	266	187	685	33,9	38,8	27,3	100,0

Коэффициент Пирсона при этом составляет 0,077; коэффициент Чупрова равен 0,055. Оценка значимости связи по критерию хи-квадрат Пирсона дает следующие результаты: число степеней свободы равно 2;

значение критерия χ^2 составляет 8,77; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 5,99; связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p<0,05$. Как видим, связь между местом проживания (город, село) и отношением к изъятию тканей и органов после смерти для трансплантации статистически значима на более ослабленном требовании к уровню значимости. Иначе говоря, влияние места проживания людей на отношение к вопросу о посмертном донорстве гораздо менее выражено в сравнении с другими атрибутивными признаками. Учитывая очень низкие коэффициенты Пирсона и Чупрова, следует сказать, что связь практически отсутствует.

Обсуждение. По данным нашего исследования выявлено, что у женщин гораздо более лояльное отношение к рассматриваемому вопросу, чем среди мужчин. При этом следует обратить внимание на тот факт, что отношение людей к проблеме посмертного изъятия тканей и органов для трансплантации мало зависит от возраста.

Религиозная принадлежность оказывает весьма заметное влияние на отношение людей к вопросу о посмертном изъятии тканей и органов для последующей трансплантации. Исповедующие ислам респонденты более терпимо относятся к данному вопросу, чем представители групп населения, относящих себя к христианству и другим направлениям вероисповедания. Из атеистов каждый второй из опрошенных приветствуют возможность посмертного изъятия тканей и органов для трансплантации.

В целом, всего 37,7% респондентов поддержали идею посмертного донорства. Опубликованные нами ранее предварительные результаты социологического опроса [8] также показали, что всего в общей сложности 62% жителей такого мегаполиса как г.Алматы не согласны стать посмертным донором. Вероятнее всего это связано с определенными духовными убеждениями жителей страны.

Исследования других авторов, направленные на выявление желания стать потенциальным донором органов показывают, что духовные убеждения оказывают большое влияние на решение человека быть потенциальным донором органов [9,10].

Обращает на себя внимание положительное влияние образовательных мероприятий на мнение медиков нового поколения. Результаты нескольких одномоментных кросс-секционных исследований показали, что 63% студентов-медиков Италии [10], 59,3% студентов Германии [11] и 43% студентов Англии [12] подписывали соответствующий документ и имели карту донора.

Врачи должны играть важную роль в изменении позиции общественности, но в работе турецких специалистов указано, что 72,1% студентов-медиков получили свои знания о донорстве из средств массовой информации [13]. Наиболее частой причиной отказов от прижизненного волеизъявления быть донором была названа боязнь изъятия органов до наступления смерти [14]. На исключительную важность образовательных программ указывают многие авторы вне зависимости от национальной принадлежности и вероисповедания [15].

Исследования, направленные на выявление желания стать потенциальным донором органов показывают, что помимо альтруистических ценностей, духовные убеждения и уровень здравоохранения оказывают большое влияние на решение человека быть потенциальным донором органов. Однако, с точки зрения как исламской, так и христианской этики, донорство и трансплантация органов является абсолютно допустимым и очень одобряемым актом [16].

Недоверие к медицинским учреждениям также является важным фактором, который влияет на желание стать потенциальным донором органов во всех группах населения [17,18].

Таким образом, несмотря на развитие трансплантологии в течение последнего века, проблема нехватки донорских органов со всеми вытекающими обстоятельствами остается самой актуальной.

Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости внедрения социальных маркетинговых мероприятий по разъяснению населению вопросов посмертного донорства для повышения эффективности реализации поставленных задач в рамках развития трансплантологической службы в Казахстане.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Горбатов Р. О., Романов А. Д. Создание органов и тканей с помощью биопечати // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. – 2017. – №. 3 (63). – С.3-9.
2. Логинова И. В., Кечаева Н. В., Резник О. Н. Значение организационных факторов в преодолении дефицита донорских органов // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2014. – Т. 13. – №. 1. – С. 100-107.
3. Готье С.В., Мецгерин С.С., Бельских Л.В. и др. Образовательные программы по донорству органов // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2016. – Т. 18. – №. 5. – С. 22-22.
4. El-Shoubaki H., Bener A., Al-Mosalmani Y. Factors influencing organ donation and transplantation in State of Qatar // *Transplantationsmedizin*. 2006. № 2. P. 97–103.
5. Maroudy D. et al. National transplant centers activities. Procurement of organs from deceased donors: approaching Muslim families // *Organs and Tissues*. 2004. Vol. 7. № 2. P. 129–131.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

6. Готье С.В., Мещерин С.С., Бельских Л.В. и др. Образовательные программы по донорству органов //Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2016. – Т. 18. – №. 5. – С. 22.
7. Готье С. В., Климушева Н. Ф. Опыт и перспективы трансплантации органов в Свердловской области //Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2016. – Т. 18. – №. 1. – С. 9-16.
8. Omarova A., Doskaliyev Zh., Turgambaeva A. Postmortem donation in Kazakhstan: Public Opinion Overview //Journal of Health Development. – 2017. – Т. 3. – №. 22. – С. 29-31.
9. Czerwiński J. et al. Questionnaire regarding the knowledge of the rules of organ procurement from cadaveric donors for transplantation directed to the directors of medical institutions in Poland //Transplantation proceedings. – Elsevier, 2006. – Т. 38. – №. 1. – С. 14-15.
10. Gross T., Marguccio I., Martinoli S. Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure // Transpl. Int. 2000. № 13. P. 351–356.
11. Schaeffner E, Windisch W, Freidel K, Breitenfeldt K, Winkelmayr W (2004) Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians. Transplantation 77: 1714-1718.
12. Cantwell BN, Clifford C (2000) English nursing and medical students' attitudes towards organ donation. J Adv Nurs 32: 961-968.
13. Bigel H., Sadikoglu G., Bigel N. Knowledge and attitudes about organ donation among medical students // Transplantationsmedizin. 2006. № 2. P. 91–96.
14. Bigel H., Sadikoglu G., Bigel N. Knowledge and attitudes about organ donation among medical students // Transplantationsmedizin. 2006. № 2. P. 91–96.
15. El-Shoubaki H., Bener A., Al-Mosalamani Y. Factors influencing organ donation and transplantation in State of Qatar // Transplantationsmedizin. 2006. № 2. P. 97–103.
16. Einollahi B. Cadaveric kidney transplantation in Iran: behind the Middle Eastern countries? Iran J Kidney Dis 2008; 2: 55–56.
17. Bartucci MR. Organ donation: A study of the donor family perspective. J NeurosciNurs 1987; 19(6): 305.
18. Horton RL, Horton PJ. A model of willingness to become a potential organ donor. SocSci Med 1991; 33: 1037.

ТҮЙІН

ОМАРОВА А.Қ., ТҮРҒАМБАЕВА А.Қ.
«Астана медициналық университеті» АҚ

ҚАЗАҚСТАНДА МҮШЕЛЕРДІҢ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯСЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕТЕРМИНАНТТЫҚ ФАКТОРЛАРДЫ ТАЛДАУ

Зерттеудің мақсаты. Қазақстан тұрғындарының өлгеннен кейінгі донорлық идеясы жайындағы көзқарасын зерттеу.

Әдістері. Барлығы 1464 респондент қатысқан кросс-секциялық зерттеу жүргізілді. Нәтижелерді талдауда Пирсон, Чупрова коэффициенттері және Пирсон хи-квадраты критерийлері қолданылды. Мәліметтерді талдауда Epi Info 7.2.1.0 бағдарламасында сәйкестіктер кестесі пайдаланылды.

Нәтижесі. Респонденттердің 37,7 пайызы ғана өлгеннен кейінгі донорлық мәселесінде оң көзқарасын білдірді. Жауаптарда респонденттердің жынысы мен діни ұстанымына қарай айырмашылықтар анықталды.

Қорытынды. Елдегі трансплантологиялық қызметтің жұмысын оңтайландыру үшін әлеуметтік маркетингтік іс-шаралар жүргізу қажет.

Кілтті сөздер: әлеуметтік сауалнама, өлгеннен кейінгі донорлық, Қазақстан.

SUMMARY

OMAROVA AK, TURGAMBAEVA AK
Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

ANALYSIS OF SOCIO-DETERMINANTS AFFECTING ORGAN TRANSPLANTATION IN KAZAKHSTAN

The aim. Study of the opinion of the population of Kazakhstan on the idea of postmortem donation.

Methods. A cross-sectional study was conducted with the participation of 1464 respondents. When analyzing the data, the Pearson and Chuprova coefficients were used, the Pearson chi-square test. The processing of the source material based on the results of the survey was carried out in the program Epi Info 7.2.1.0 using the contingency tables.

Results. Only 37.7% of the respondents positively treated the possibility of removal of tissues and organs after death for transplantation. Also, differences were found, depending on gender and religious affiliation of the respondents.

Conclusion. There is a need for social marketing activities to improve the effectiveness of the transplant service.

Key words: sociological survey, posthumous donorship, Kazakhstan.



ОМАРОВА А.К.¹, ДОСКАЛИЕВ Ж.А.², ТУРГАМБАЕВА А.К.¹

¹АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

²Учреждение «Республиканский координационный центр по трансплантации», Астана, Казахстан

О РАЗРАБОТКЕ ЕДИНОГО ПОРТАЛА ПО КООРДИНАЦИИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Резюме

Учитывая мировой опыт менеджмента координационной службы по трансплантации органов и трудностей, связанных с замедлением процесса передачи нужной информации для быстрого подбора пары «донор-реципиент», возникает необходимость совершенствования действующей системы координации в эргономическом и технологическом аспектах.

В данной статье мы представляем разработанный нами единый портал по координации медицинской трансплантационной службы, который позволит автоматизировать процесс управления и документирования деятельности Республиканского координационного центра по трансплантации Казахстана, что в свою очередь обеспечит качество работы данной службы в соответствии с международными стандартами.

Ключевые слова: трансплантация органов, координация трансплантологической службы, единый портал, Казахстан.

Актуальность. Показатель уровня оказания высокотехнологичной медицинской помощи в стране определяется уровнем развития трансплантации органов и тканей в ней. Как известно, деятельность трансплантационных служб регулируется международными законодательными актами, которые требуют внедрения высоких стандартов защиты здоровья населения, развития прав человека и утверждение его достоинства в области пересадки органов и тканей [1].

По последним данным Глобальной обсерватории по донорству и трансплантологии, в мире было сделано 119 873 операций по пересадке донорских органов и тканей человека, это 13,6 трансплантаций в час. Из них самую большую долю составили пересадки почки (79325 операций), на втором месте – печени (25050), на третьем – сердца (6270), на четвертом – легкого (4834), на пятом – поджелудочной железы (2474) и на шестом – пересадки кишечника (174). За последние пять лет число трансплантаций в мире увеличилось на 13,5%, средний ежегодный рост составил 2,7% [2].

В Казахстане статистические данные показывают, что число больных, нуждающихся в пересадке донорских органов, ежегодно растет и потребность в этих операциях более 3 тыс. человек [3,4]. В листе ожидания пациентов на 23 октября 2017 год составляет: почек 2778, печени 535, сердца 139, легких 11.

Значимость решения проблемы с трансплантологией обозначена в Послании Президента Н.А. Назарбаева народу Казахстана, где отмечено «...В рамках Нового Университета в Астане будут созданы три новых научных центра. ...Центр наук о жизни будет вести совместные с ведущими мировыми научными центрами разработки в области трансплантации органов, искусственного сердца и легких, стволовых клеток и медицины долголетия».

Преобладающее использование прижизненных доноров характерно для стран с менее развитой службой трансплантации, а дефицит органов является главной проблемой трансплантологии во всем мире, решение которой в основе всех существующих программ трансплантации [5]. Если основой обеспечения эффективной трансплантационной помощи населению является эффективная организация органного донорства, то основой эффективного органного донорства является система трансплантационной координации.

Трансплантационная координация – медицинская деятельность, обеспечивающая эффективную функциональную взаимосвязь между стационарами – донорскими базами и трансплантационными центрами в целях обеспечения доступности и качества трансплантационной помощи (трансплантации органов).

Основная цель любой трансплантационной программы - минимизировать дефицит донорских органов и обеспечить распределение органов клинически наиболее подходящим реципиентам.

Центральное место в системе трансплантологии Республики Казахстан занимает «Республиканский координационный центр по трансплантации в Республике Казахстан», который был открыт 20 июня 2012 года (далее – РКЦТ). Целью деятельности РКЦТ является создание эффективной национальной системы органного донорства и развитие науки трансплантологии в Республике Казахстан.

Основной задачей РКЦТ является координация деятельности медицинских организаций в области трансплантации ткани и (или) органов (части органов) на территории Республики Казахстан. Помимо этого центр участвует в разработке нормативных правовых актов, регулирующих деятельность службы

трансплантации, обучает специалистов, проводит научные исследования в соответствующей области и сотрудничает с международными организациями в области трансплантологии и смежных областях.

Национальная координация служба трансплантации осуществляется в круглосуточном режиме работниками и региональными представителями Учреждения. Для обеспечения координации службы трансплантации созданы представительства в 14 областных центрах, городах республиканского значения Астана и Алматы.

В Казахстане на сегодняшний день функционируют 37 донорских стационаров, в которых осуществляется забор органов. Также имеются 9 трансплантационных центров, имеющих лицензию на проведение операций по трансплантации органов.

Статистические данные показывают, что с момента создания РКЦТ в стране увеличилось количество проведенных операций по трансплантации органов в целом, в том числе увеличена трансплантация от трупного донорства.

Однако с учетом мирового опыта [6,7] и трудностей, связанных с замедлением процесса передачи нужной информации для быстрого подбора пары «донор-реципиент», возникает необходимость совершенствования действующей системы координации в эргономическом и технологическом аспектах. С учетом внедрения «презумпции согласия» и внесения соответствующих изменений в законодательство РК, указанная проблема становится чрезвычайно актуальной.

В этой связи, в рамках реализации плана по диссертационной работе нами разработан единый портал по координации медицинской трансплантационной службы - комплексной информационной системы для управления и документирования программы трансплантации органов и тканей в Республике Казахстан.

В настоящий момент получено Свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права «E-transplant» №3035 от 12 декабря 2017 года.

Единый портал по координации медицинской трансплантологической службы Республики Казахстан

Цель разработки единого портала - создание условий для эффективной координации трансплантационной службы Республики Казахстан.

Задачи единого портала по координации медицинской трансплантационной службы:

- 1) обеспечить автоматизированный процесс формирования электронного списка доноров;
- 2) обеспечить автоматизированный процесс формирования электронного списка реципиентов;
- 3) формировать и обеспечить функционирование единого регистра по учету доноров и реципиентов;
- 4) автоматизировать подбор пары «донор-реципиент»;
- 5) поддерживать деятельность бизнес-процессов координационной службы по трансплантации органов в Казахстане.

В целях достижения цели и решения поставленных задач был нами проанализирован международный и отечественный опыт по менеджменту координационной службы по трансплантации.

Единый портал по координации медицинской трансплантационной службы (e-transplant) открывает новые возможности для международного сотрудничества в области трансплантации, унифицирует национальные методы трансплантации, обеспечивает равный доступ к трансплантации между регионами страны, помогает гарантировать безопасность, конфиденциальность и этические стандарты.

Единый портал по координации трансплантационной службы (e-transplant) интегрирован с Egov.kz, что позволяет защитить доступ. В систему могут войти только зарегистрированные пользователи с помощью электронной цифровой подписи.

В целях безопасности персонифицированных данных предполагается хранение, аккумулирование введенной информации на отдельном сервере в соответствии с Законом РК «Об информатизации» в части сбора, хранения и передачи персонифицированных данных.

Администратор портала РКЦТ является ключевой фигурой портала, которая координирует и управляет всей службой трансплантологии страны. Центральный координатор может зарегистрировать региональные центры, донорские стационары и центры, реализующие трансплантацию органов в систему. Также администратор имеет возможность просматривать данные врачей, вносить данные о пациентах.

Лаборатория тканевого типирования (ЛПР) формирует пару «донор и реципиент» («кейс»). Выбор «кейса» определяет комиссия центров трансплантаций в каждом конкретном случае. Если «кейс» случился в двух городах, то есть донор с одного города, а реципиент с другого, то этот он будет привязан к региональному центру двух городов.

РКЦТ и региональные центры могут просматривать пары (кейсы) «донор-реципиент» в системе. Это позволит оптимизировать дальнейший процесс реализации трансплантации, к примеру, в случае если донор и реципиент проживают в разных регионах страны.

Бригада хирургов определенной клиники осуществляют сбор органов (тканей) у донора и после соответствующего заключения ЛПР отправляют с помощью санитарной авиации в трансплантационный центр, где находится уже готовый к трансплантации реципиент.



Рисунок 1 – Главная страница по координации трансплантационной службы (e-transplant)

Рисунок 2 демонстрирует реализацию работы и план взаимодействия координационных центров.

Единый портал представляет из себя онлайн платформу по взаимодействию сети трансплантационных центра страны. Главное, что наличие портала подразумевает оптимизированную инфраструктуру трансплантационной службы, в деятельности которой счет времени идет порой буквально на секунды.

Таким образом, предлагаемый нами единый портал по взаимодействию центрального и региональных координационных центров Казахстана позволит:

- оптимизировать систему управления и документирования РКЦТ в Казахстане с помощью стабильного и быстрого доступа через веб-браузер;
- обеспечить «прозрачность» при подборе пар «донор-реципиент» и в движении в листе ожиданий для пациентов, нуждающихся в трансплантации органов;
- обеспечить статистическую базу данных, что позволит реализовать качественные и своевременные научные исследования в области трансплантации органов;
- обеспечить информационную платформу для международного сотрудничества и повышения имиджа трансплантационной службы Казахстана.

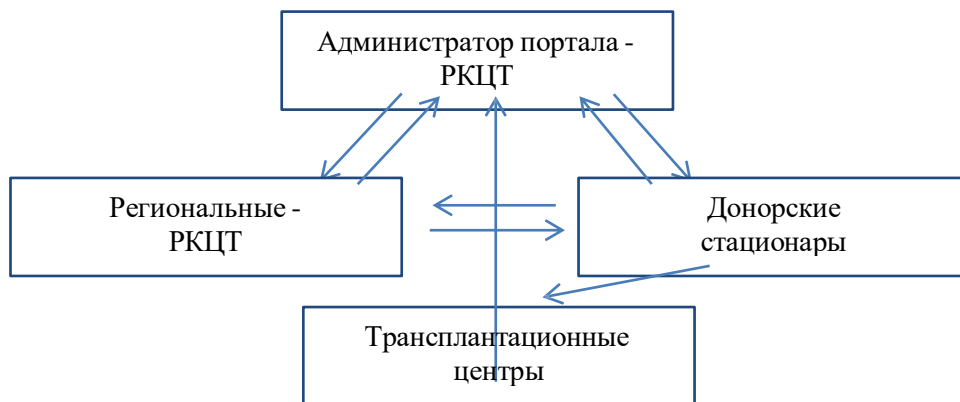


Рисунок 2 - Схема взаимодействия координационных центров Казахстана с помощью единого портала

Выводы: Таким образом, разработанный нами единый портал по координации медицинской трансплантационной службы позволит автоматизировать процесс управления и документирования деятельности Республиканского координационного центра по трансплантации, что в свою очередь обеспечит качество работы данной службы в соответствии с международными стандартами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Organ donation and transplantation: Activities, laws and organization // Global observatory on donation and transplantation. -2010.-World Health Organization.- Geneve.-16p.*
2. *Notify Exploring Vigilance Notification for Organs, Tissues and Cells A Global Consultation Organised by CNT with the co-sponsorship of WHO and the participation of the EU-funded SOHO V&S Project February 7-9, 2011.*

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

3. Aringazina A., Kurmanguzhina M. Current Approaches to the Implementation of Donor Programs in Transplantation // *J Clin Med Kaz.* – 2014. – Т. 2. – №. 32. – С. 14-20.
4. Қуттымұратов Г.М., Ошакбаев К.П., Жарқимбеков Б.К., Сахипов М.М., Жумадилов А.Ш., Абишева Ж.А., Бекмуханбетов А. А. Модель функционирования центра трансплантации в Республике Казахстан // *Consilium*, 2012.-№1.-С.4-9.
5. О.С., Горяйнов В.А., Успехи и перспективы трансплантации почки. Хирургия.-1988. - №6.-С. 146150.
6. Young D. An e-transplant prophecy // Retrieved January. – 1999. – Т. 25. – С. 2002.
7. de Oliveira, C. C., Silva, C. I. B., da Silva Yokomizo, R., Caetano, L. O., & de Paiva Haddad, L. B. (2015). eTransplant-App to Improve Transplant Process in São Paulo-Brazil. *Procedia Manufacturing*, 3, 1989-1994.

ТҮЙІНДЕМЕ

ОМАРОВА А.Қ.¹, ДОСҚАЛИЕВ Ж.А.², ТҮРҒАМБАЕВА А.Қ.¹

¹ «Астана медициналық университеті» АҚ, Астана, Қазақстан

² «Республикалық трансплантацияны үйлестіру орталығы», Астана, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІН ҮЙЛЕСТІРУ БОЙЫНША БІРЕГЕЙ ПОРТАЛ ҚҰРЫЛҒАНЫ ТУРАЛЫ

Трансплантологиялық қызмет менеджментінің әлемдік тәжірибесін сүйене отырып, «донор-реципиент» жұбын жылдам іріктеу жұмысында ақпараттың баяу алмасуынан болатын қиындықтарды ескере отырып, қазіргі үйлестіру қызметін эргономикалық және технологиялық тұрғыда оңтайландыру қажеттілігі туындайды.

Бұл мақалада біз Қазақстандағы Республикалық трансплантацияны үйлестіру орталығының қызметін, құжаттарын автоматтандыруға мүмкіндік беретін бірегей портал құрғанымыз жайлы хабарлаймыз. Портал өз кезегінде аталмыш үйлестіру қызметі жұмысының сапасын халықаралық стандарттарға сәйкес оңтайландырады.

Кілтті сөздер: трансплантация, трансплантологиялық қызметті үйлестіру, Қазақстан

SUMMARY

OMAROVA AK¹, DOSKALIEV ZH.A.², TURGAMBAEVA AK¹

¹Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

²The Republican Coordination Center for Transplantation, Astana, Kazakhstan

ON THE CREATION OF A SINGLE PORTAL FOR COORDINATING THE TRANSPLANT SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Taking into account the world experience in the management of the organ transplant coordination service and the difficulties associated with slowing down the process of transferring the necessary information to quickly select a donor-recipient pair, there is a need to improve the current coordination system in ergonomic and technological aspects.

In this article, we present our single portal for coordinating the medical transplantation service, which will automate the process of managing and documenting the activities of the Republican Coordination Center for Transplantation of Kazakhstan, which in turn will ensure the quality of this service in accordance with international standards.

Key words: organ transplantation, coordination of transplant service, single portal, Kazakhstan.



УДК 614.2:612.116.3

САДВАКАСОВ Т.М.¹, ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д.², АБДРАХМАНОВ К.Т.³, СЕРГАЛИЕВ Т.С.²,
ШАЙХАТТАРОВА У.С.⁴, КУЛОВ Д.Б.².

¹РГП наПХВ «Карагандинский областной центр переливание крови», г. Караганда

²РГП на ПХВ «Карагандинский Государственный Медицинский Университет», г. Караганда

³РГП на ПХВ «Карагандинский областной психоневрологический диспансер», г. Караганда

⁴АО «Казакско-Турецкий Международный Университет имени Ахмед-Яссауи», г. Туркестан

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИЙ У ДОНОРОВ

Прогнозируемая активность участия граждан в безвозмездном донорстве крови в ближайшей перспективе будет снижаться в связи с отсутствием в течение длительного времени реальных мотивов и стимулов к донорству крови и ее компонентов. Для устранения данной проблемы необходимо развитие

новой действенной и активной системы целенаправленной агитации к донорству среди населения, приводящей к увеличению донорского контингента. При этом стоит отметить, что наиболее перспективной группой с точки зрения формирования стабильной донорской популяции является молодежь.

Ключевые слова: донор, мотивация, факторы, медицина, население

В современном мире без использования компонентов крови очень трудно представить в росте масштабов высокоспециализированных медицинских услуг. Хорошо развитая донорская сеть в стране очень сильно влияет на качество оказания медицинских услуг, как в мирное время, так и в чрезвычайных обстоятельствах. Поэтому данная информация скорее всего должен отнестись к группе задач государственной безопасности страны. Компоненты донорской крови и сама донорская кровь - это лимитированный, стратегический важный источник, ресурсом данного источника могут быть лишь донорский контингент. В данный момент вопросы донорства больше становятся социальной, нежели медицинской. Кроме медицинской функций донорская деятельность выполняет важную задачу в жизни общества-это конечно касается вопроса воспитания в человеке высокие нравственные черты [1-7]. Исходя из вышесказанного нужно дальше развивать и совершенствовать агитационные мероприятия и способы морального поощрения безвозмездного донорства среди населения, поощрение координаторов донорской деятельности, и вдобавок других видов материального премирования безвозмездного донорства.

Цель исследования- оценка донорской активности среди населения и анализ факторов на формирование мотиваций у доноров.

Материалы и методы. В нашем исследовании величина выбранного контингента доноров составил 20% от общего числа, имеющиеся в справочной базе Карагандинской областной станции переливание крови. Характерность настоящей выборки обоснована в расчете с применением формулы для определения нужного количество наблюдения[8,9].

Результаты исследования. Во время проведения исследования было установлено несколько причин, ревульсивирующих (отвлекающих) доноров к выполнению донорских обязательств. 39% респондентов указали, но то, что основной причиной не сдачи донорской крови является нехватка времени. Страх заразиться инфекциями передающиеся через кровь в следствие сдачи крови отметили 9,7% доноров, такое же количество респондентов отметили на болезненность процедуры донации, определенный контингент респондентов-доноров (8,8%) отметили в своих анкетах об ухудшении здоровья. Необходимо особо выделить, что доноры занятые на производстве чаще, чем доноры-студенты указали на нехватку времени (45,12% и 31,78% соответственно, $p < 0,02$), именно в этой группе доноров наблюдается самое меньшее количество испытывающийся опасения, что могут заразиться гемотрансфузионными инфекциями (1,82% и 16,96% соответственно, $p < 0,002$) и болезненность донации (4,1% и 14,55% соответственно, $p < 0,002$). Отсутствие всякого вида причин, отвлекающих доноров от донорских обязательств, указали лишь небольшое количество доноров (2,69%).

В целях анализа факторов, воздействующих на желание молодых людей по участвовать в донорстве, для этого была сформирована специальная (контрольная) группа из 140 людей в возрасте от 18-30 лет, прежде никогда не участвовавших в донорстве, такая же группа (основная) была создана из числа доноров. Для решения данной задачи была разработана специальная анкета, куда были включены вопросы о мнениях респондентов к действующим способам поддержание донорского движения, нынешним мерам агитации к донорству.

В ходе нашего исследования во внимание брались стимулирующие причины к донорству. Данные причины в свою очередь были условно поделены на «бескорыстные», «финансовые», «льготные» и «и на другие». К бескорыстным причинам была отнесена бесплатная помощь нуждающимся больным сюда входили и друзья и родные донора), к финансовым - денежное премирование. К донорским льготам были отнесены виды поощрения не связанные с финансовой деятельностью. Определенная часть доноров при этом выбирали финансовые и нефинансовые мотивы, что в принципе допускалось в данной исследовании.

Заключение. Главной задачей в вопросе формирования донорского контингента состоит в том, чтобы вовлекать в донорское движение такую категорию населения, которые будут в последующем постоянно участвовать в донации безвозмездно. Бескорыстный мотив кроводачи был указан в преобладающем большинстве случаев (58,6 на 100 респондентов, в специальной (контрольной) группе данный коэффициент был равен 78,12 на 100 респондентов, $p < 0,002$), что демонстрирует о милосердности, внимательности большинства молодых людей нашего общества. В то же время надо отметить, что для подавляющего большинства молодым людям предметом донорства (79,48 на 100 респондентов) являлось оказание помощи больным людям, в основной группе, куда относиться работающие доноры данный коэффициент составил 46,12 на 100 респондентов ($p < 0,002$)

Выводы. Полученные данные показывают не полной осведомленности населения по проблемам пропаганды донорства, что резко снижает приток доноров на места сдачи крови.[10].

Ключевые слова: донор, мотивация, факторы, медицина, население

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаджанян Н. А. Проблема здоровья студентов и перспективы развития // Материалы первой Всероссийской научной конференции «Образ жизни и здоровье студентов». — М. : РУДН, 2005. — С. 5-9.
2. Агаджанян Н. А., Труханов А. И., Шендеров Б. А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья. — М. : Сирин, 2012. — 156 с.
3. Анискина М. Б. Квази безвозмездное донорство: определение, истоки, следствия // Здоровоохранение РФ. — 2008. — № 3. — С. 39-42.
4. Афонин Н. И. Донорство в Российской Федерации // Вестн. службы крови России. — 2002. — № 3. — С. 3-13.
5. Афонин Н.И. Донорство крови: трудности и решения // Вестн. службы крови России. — 2004. — № 2. — С. 7-9 (13).
6. Бабарыкина А. А., Поспелова Т. И., Лосева М. И. Социальный портрет донора // Пробл. гематологии и переливания крови. — 2003. — № 1. - С. 38.
7. Базарный В. В., Терских В. А., Кузьмин А. И. Социально-демографическая характеристика доноров Екатеринбурга // Гематология и трансфузиология. — 2006. — Т. 51, № 1. — С. 44-46.
8. Бакуменко О. Е., Доронин А. Ф., Шендеров Б. А. Оценка состояния здоровья и анализ фактического рациона питания учащихся вуза // Вестн. ОГУ. Приложение «Здоровье сберегающие технологии в образовании». — 2005. — № 11. - С. 43.
9. Безопасность крови и ее наличие в мире // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения № 279. - 2009.
10. Белин Н. Б. Служба крови субъекта федерации и муниципальная система - здравоохранения: формирование системы гарантированного обеспечения компонентами крови муниципальных учреждений здравоохранения // Новое в трансфузиологии. — 2004. — Вып. 39.- С. 89-91.

ТҮЙІНДЕМЕ

САДУАҚАСОВ Т.М¹., ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д²., АБДРАХМАНОВ К.Т³.,
СЕРГАЛИЕВ Т.С.², ШАЙХАТТАРОВА У⁴., КУЛОВ Д.Б²

¹ШЖҚ РМК «Қарағанды облысының қан құю орталығы»

²ШЖҚ РМК «Қарағанды Мемлекеттік Медицалық Университеті»

³ШЖҚ РМК «Қарағанды облысының психоневрологиялық диспансері»

⁴АҚ«Ахмет Яссауи атындағы Қазақ-Түрік Халықаралық Университеті» Түркістан қ.

ДОНОРЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ СИПАТТАМАСЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ
ЫНТАСЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ФАКТОРЛАРДЫҢ ТАЛДАМАСЫ

Ақысыз қан тапсыру донорлығына азаматтардың қатысуын болжайтын болсақ, ұзақ уақыт бойы қан және оның компоненттерінің донорлығы үшін нақты ынталандыру мен белсендірудің жоқтығына байланысты жақын уақытта төмендейтін болады. Осы мәселені қалыпқа келтіру үшін тұрғындар арасында донорлық контингентті ұлғайтуға алып келетін, донорлыққа үгіттеуге бағытталған жаңа ықпалды және белсенді жүйені дамыту керек. Бұл ретте айтып кететін жайт, тұрақты донорлық популяцияны қалыптастыру көзқарасында ең болашақты топ жастар болып табылады.

Түйінді сөздер: донор, ынталандыру, факторлар, медицина, тұрғындар

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MEDICAL ACTIVITY AND THE ANALYSIS OF FACTORS ON THE
FORMATION OF MOTIVATIONS FOR DONORS

Sadvakasov TM¹, Dzhaketaeva Sh.D²., Abdрахmanov K.T³., Sergaliev TS²., Shayhattarova U⁴., Kulov D.B².

¹Karaganda State Medical University,

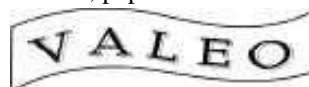
²Karaganda regional center blood transfusion,

³Karaganda Regional Psychoneurological Dispensar,

⁴International Kazakh-Turkish University. Ahmed-Yassau. Turkestan

The predicted activity of citizens' participation in gratuitous blood donation in the short term will be reduced due to the absence for a long time of real motives and incentives for blood donation and its components. To eliminate this problem, it is necessary to develop a new effective and active system of targeted campaigning for donation among the population, leading to an increase in the donor contingent. It should be noted that young people are the most promising group from the point of view of forming a stable donor population.

Key words: donor, motivation, factors, medicine, population



САДВАКАСОВ Т.М.¹, КЕНЖЕБЕКОВ К.М.², КУЛОВ Д.Б.², ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д.²,
АБДРАХМАНОВ К.Т.³, СЕРГАЛИЕВ Т.С.², ШАЙХАТТАРОВА У.⁴.

¹РГП наПХВ «Карагандинский областной центр переливание крови», г. Караганда

²РГП на ПХВ «Карагандинский Государственный Медицинский Университет», г. Караганда

³РГП на ПХВ «Карагандинский Областной психоневрологический диспансер», г. Караганда

⁴АО «Казахско-Турецкий Международный Университет имени Ахмед-Яссауи.» г. Туркестан

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ГЕМОТРАНСФУЗИОЛОГИИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аннотация

Основной проблемой современной трансфузиологии является противостояние двух тенденций - возрастающей потребности в препаратах и компонентах крови и постоянного сокращения донорского контингента. К сожалению, на определенном этапе развития донорства в Республике Казахстан практически полное отсутствие социальной рекламы, целенаправленной пропаганды донорского движения, отмена большинства льгот привели к снижению донорской активности населения страны.

Ключевые слова: Трансфузиология, кровь, донор, служба крови.

Методы гемотрансфузионной терапии характеризуются высокой степенью эффективности при многих видах заболеваний, особенно при выведении пациентов из терминальных состояний. Они занимают ведущее место в комплексе мероприятий по ликвидации последствий массовых поражений населения - при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера [1,2]. В связи с этим развитие службы крови и производство высококачественных продуктов переработки донорской крови относятся к приоритетным направлениям практической медицины во всем мире [3, 4].

Главными задачами в деятельности службы крови являются обеспечение необходимого объема и безопасности донорской крови, ее компонентов и препаратов, путем соблюдения установленных требований законодательных актов и нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность службы. Важным аспектом является изучение фактических потребностей лечебно-профилактических организаций и планирование производственной деятельности центра крови по заготовке гемотрансфузионных сред, изучение и оперативное внедрение всех новых достижений и передовых технологий в службе крови.

Гемотрансфузиологическая служба является важной частью здравоохранения, а кровь, её компоненты и препараты наиболее необходимым средством практического здравоохранения [5]. Службу крови можно рассматривать как связующим звеном между государством и личностью, так как донорство и переработка крови является привилегией общества, а применение средств гемотрансфузионной службы для лечения конкретного больного показывает персональную компоненту этой корреляции [6]. Учитывая, что заготовка крови зависит от многих факторов - человеческие ресурсы, модернизация технического процесса заготовки, качество лабораторной диагностики на инфекции, то можно судить о том, что гемотрансфузионная наука является полидисциплинарной - медицинской, биосоциальной, биохимической, фармацевтической [7,8]. Гемотрансфузиология связана с такими предметами как статистика, обществоведение, биохимия, физиология, иммунология, гематология и т.д.

В настоящее время существуют различные формы организации службы крови, в том числе: централизованная (с объединенным государственным центром службы крови и координированными региональными и иными учреждениями);

региональная (несколько отдельных региональных центров службы крови);

госпитальная (каждый стационар имеет свой банк крови и возможность её заготовки);

совместная (одновременно с государственными и региональными центрами имеются отделения центров крови в больницах).

Одной из первых попыток регулирования деятельности трансфузионной службы на законодательном уровне была предпринята 1906 году Конгрессом США с принятием акта «По продуктам и лекарственным препаратом» [7]. В дальнейшем данный акт был полностью модифицирован и адаптирован к организациям занимающихся заготовкой крови и её компонентов. Они были представлены в виде правил и инструкции в 1976 году для всех субъектов осуществляющих деятельность забора крови в США. Соответствующие правила и инструкции к забору, обработке и контролю качества крови и ее продуктов было рекомендовано и ВОЗ в 1978 и 1989 гг. [8-9].

Одним из важнейших требований к службе крови является гарантия качества и соблюдение безопасности продукции и всех аспектов ее применения [10,11]. Руководства многих государств предпринимают не малые усилия по охране прав граждан и потребителей в этой весьма особенной сфере. Директива Совета 85/374/ЕЭС от 25 июля 1985 г. о сближении законов, правил и административных актов государств-членов ЕЭС, касающихся ответственности за выпуск дефектной продукции в частности, в отношении качества основных товаров, к данной

директиве относятся продукты изготовленные из крови и ее компонентов (Статья 1 Производитель несет ответственность за ущерб, причиненный недостатком в его продукте). Закон 1987 о защите прав потребителей, закон Парламента Соединенного Королевства Великобритании, которое внесло важные изменения в потребительское право Соединенного Королевства Великобритании. 1-ая часть данного закона осуществила Директиву 85/374/ЕЕС Европейского сообщества (ЕС), директиву ответственности за качество выпускаемой продукции, введя режим прямой ответственности для повреждения, являющегося результатом дефектных продуктов, и в 1-ой части данного закона были посвящены именно введению в практику гемотрансфузионной медицины положению об ответственности за выпускаемую продукцию [12,13].

В мире ежегодно увеличивается количество инфицированных и носителей таких заболеваний как: ВИЧ, гепатиты, сифилис и др. Большинство заболеваний протекает бессимптомно и сегодня для всех трансфузиологов главной задачей становится предмет защиты своих пациентов. Так как любая форма гемотрансфузионной среды является идеальной почвой для передачи инфекций. [14-19, 20]. По данным Центров крови США, частота заражения ВИЧ, продуктами из клеток крови и ее компонентов составляет 1:125 000 переливаний, а для таких заболеваний как, вирусный гепатит соотношение 1:200.

В Республике Казахстан в 2006 году имел место факт инфицирования детей через донорскую кровь. Необходимо отметить, что вопрос инфицированности ВИЧ и заболеваемости СПИДом в Республике Казахстан стоит не так остро, как в некоторых зарубежных странах. Оценка брака донорской крови по эпидемиологическим данным показала, что несмотря на незначительный рост сдачи донорской крови у нас в стране с 8,2% (2003 г.) до 8,6% (2014 г.), доля бракованной продукции, связанного с выявлением гемотрансфузионной инфекции снизилась с 84,2% в 2003 г. до 37,6% в 2014 г. Доля брака крови от вирусного гепатита С снизилась с 2,4% в 2003 г. до 1,5% в 2014 г. Доля брака от ВИЧ-инфекции снизилась за изучаемый период с 0,4% до 0,1% [15,16].

Центры трансфузиологии, как одно из приоритетных направлений системы здравоохранения, постоянно совершенствуются в условиях социально-экономических реформ в обществе. Главным социальным заказом государства к службам крови является - обеспечение медицинских организаций безопасными компонентами донорской крови в необходимом объеме, ассортименте и безупречного качества. Данное требование выполняется удовлетворительно. Но даже при таких положительных моментах существуют ряд недостатков в отечественной гемотрансфузиологической службе, таких как уровень развития по показателям эффективности и качества работы отстает от передовых стран мира. Если в развитых странах уже создана и совершенствуется система подготовки специалистов в области трансфузиологии [17,18], то такой подготовкой отечественные высшие медицинские школы к сожалению пока еще не занимаются. Одной из главных проблем в настоящее время является гарантия вирусбезопасности продуктов крови и ее компонентов.

На сегодняшний день в Великобритании существует 13 Национальных Трансфузиологических Центров (НТЦ), которые обслуживают стационары в 14 районах с населением от 2 до 6,6 млн. человек. Национальный Трансфузиологический Центр отвечает за пропаганду донорства среди населения и за забор крови от безвозмездных доноров крови и плазмы в своем районе, за их обработку, контроль, доставку в лечебно-профилактические учреждения и передачу плазмы в лаборатории биологических продуктов, находящиеся в подчинении Центральной трансфузионной лаборатории, относящейся к Специальной службе здравоохранения.

В Великобритании в 1992 году было объявлено об организации Национальной Службы Крови (National Blood Authority - NBA). В связи с организацией Национальной Службы Крови было заявлено, что донорская кровь в Великобритании максимально высокого качества с достаточно надежной гарантией безопасности. Было сказано, что формирование Национальной Службы крови является реорганизацией в трансфузиологической службе Англии, и ее реформа очень важна для государства. Региональные Гемотрансфузиологические Центры и Лаборатории биологических продуктов обрели некоторые права (права за организацию донорства и забор крови от безвозмездных доноров крови и плазмы в своем регионе, за их переработку, проверку, доставку в больницы и предоставление плазмы в лаборатории биопродуктов, находящиеся в подчинении Центральной лаборатории, относящейся к Специальной службе здравоохранения.) от такого рода централизованного руководства [19,20].

Проблемы, возникшие из-за переливания инфицированной крови во Франции в конце 20-го столетия, выявили недостатки в организации государственной Службы крови, показав необходимость, осуществления кардинальной реформы всей структуры службы крови в целом. Реорганизация, начатая в мае 1993 года, была принята законодательным актом «О безопасности трансфузионной терапии». Был разработан комплекс процедур по реорганизации, и в качестве главного элемента структуры было создано Французское Агентство Крови (AFS). Перед Агентством были поставлены следующие задачи и функции: это соблюдение взглядов безвозмездного донорства, гарантировании его безопасности; осуществление управления над 185 Центрами Крови; разработка современных правил работы с учетом территориальных особенностей без принуждения строгих управленческих схем; создание единых мер по отбору доноров, создание донорских анкет; адаптированные

нормы фармацевтической индустрии к практической трансфузиологии; открытие лаборатории по сепарации и биотехнологии; обучение врачей-специалистов для Службы крови.

Структура безвозмездного донорства крови в Японии была декларирована в 1964 году, когда государство приняло постановление о стимулировании донорства с целью организации системы заготовки крови и пропаганды добровольной кроводачи населением. Таким образом, при постоянных усилиях к 1975 году Японское Общество красного Креста (JRC) стало в состоянии поставлять все виды компонентов крови от добровольных безвозмездных доноров. Японский Красный Крест является единственной организацией, занимающейся заготовкой крови и ее компонентов в Японии. В состав Японского Красного Креста входят 77 Центров Крови и 75 донорских кабинетов, которые ежегодно принимают более 8 миллионов доноров [21,22].

В начале 80-х годов XX столетия, когда в мире начали регистрироваться первые больные СПИДом, сменились правила, касающиеся принципов работы Службы Крови. К примеру, в США были разработаны новые Правила безопасности и качества крови, которыми пользуются как в донорстве, так и специализированных гемотрансфузиологических службах. Американской Ассоциацией Банков Крови (ААВВ) в целом накоплен наибольший опыт в работе по обеспечению качества крови в государственном масштабе, что неудивительно с учетом истории гемотрансфузиологии в этой стране [23,24,25].

До начала семидесятых годов XX столетия в США работала совместная форма донорства крови - безвозмездная и платная. После постановления Правительства об отказе от платных доноров крови и перехода к безвозмездному донорству, потребности лечебно-профилактических учреждений в крови и ее компонентах не удовлетворялись полностью. С 1974 г. Нью-Йоркский банк крови начал первые шаги по импорту продуктов крови из Европы. Данное сотрудничество по импорту продолжается до сегодняшнего дня. Начало эпидемии ВИЧ-инфекции повело к сокращению числа доноров алло-генной крови, значительному увеличению прямых донаций и заготовки аутокрови. В начале девяностых годов дооперационная заготовка аутологичной крови достигла своей точки и составила 7,5% от всей заготовленной продуктов крови и 6% от всех перелитых компонентов крови. В последующем заготовка аутокомпонентов крови снизилась.

Между 1983-1992 гг. большинство доноров, желающих участвовать в донорском движении, были отстранены от донорства из-за пересмотра противопоказаний и установлением необходимых систем лабораторного тестирования донорской крови тест-системами высокой чувствительности, направленных на выявление гемотрансфузионных инфекций. Положение стабилизировалась лишь только к середине 90-х годов. За 1996-2002 гг. количество заготовленной продуктов крови и ее компонентов выросло на 18%. Но при этом в последние годы остаются нерешенными задачи по обеспечению потребности в эритроцитной массе, связанные с групповым свойством компонентов и сезонностью. Остаются нерешенными вопросы обеспечения эритроцитами 0(1) группы, так как согласно с принятой в США концепцией при непереносимости переливания моногруппных эритроцитов переливаются эритроциты первой группы. Чаще всего, даже в основных банках крови, не говоря о медицинских учреждениях в сельской местности, спрос в АВ (0) совместимых эритроцитах в полном объеме не удовлетворяется [26].

Современное положение службы крови в Республике Казахстан носит устойчивый показатель роста. Актуальной проблемой в настоящее время является структурная и организационная разобщенность клинического и производственного звеньев службы крови в республике, следствием которой является отсутствие обратной связи между клиникой и центром крови. В результате этого центр крови не получает своевременной и достоверной информации о посттрансфузионных осложнениях у реципиентов донорских компонентов крови, включая и инфекционные. Необходимость производства современных препаратов крови, соответствующих мировым стандартам качества является одной из важных проблем службы крови Казахстана. В стране производство препаратов из крови, осуществляется на оборудовании морально устаревшем и в связи с технологическими недостатками не имеет необходимой мощности, для обеспечения потребности медицинских организаций.

Таким образом, гарантия безопасности, качества и доступности гемотрансфузионных услуг обществу предполагает исполнение комплекса необходимых мер по модернизации и развитию службы с целью устранения факторов передачи опасных инфекционных заболеваний через донорскую кровь. При этом принципы разумного и рентабельного применения компонентов донорской крови должны быть приоритетными, что в свою очередь, предполагает необходимость совершенствования нормативно правовой базы и координационной структуры центров крови. Неотъемлемым и наиболее значимым направлением развития трансфузиологии является совершенствование и внедрение новейших технологий, непрерывное совершенствование материально-технической базы, подготовка и повышение квалификации медицинского персонала службы крови, развитие безвозмездного донорства крови и ее компонентов с учетом мирового опыта его организации, а так же разработка средств гарантии качества крови и ее компонентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Городецкий В.М. Трансфузиология критических состояний // *Проблемы гематологии и переливания крови.* - 2008. - №4. - С.8-9.
2. Грин Н.М., Нижечик Ю.С. Проблемы управления предприятиями службы крови // *Трансфузиология и служба крови: Тез. докл. Всерос. науч.-практич. конференции.* - М., 2008. - С.235.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

3. Гусарова Г.И., Павлов В.В., Кузнецов СИ., Скуратова Н.М., Кудинов В.Г., Опыт реформирования здравоохранения Самарской области. Москва, 2011, С.35-40.
4. Ефименко Н.А., Онуфриевич А.Д., Назаренко М.И., Калеко СП., Вильянинов В.Н., Захаров В.В. Современные особенности и проблемы трансфузиологического обеспечения локальных военных конфликтов //Проблемы гематологии и переливания КрОВН.- 2008.-№4.- С.16-18.
5. Жибурт Е.Б. Профилактика посттрансфузионных гепатитов СПб.: Terra медика, 2008.- 80 с.
6. Аграненко В.А. Принципы трансфузионной медицины //Вестник службы крови России.-2008.-Ш.-С.5-8.
7. Акимкин В.Г. Актуальные вопросы профилактики вирусных гемоко-нактивных гепатитов //ВМЖ.-2011.-№.-С.93-95.
8. Калеко СП., Кострова Н.Н. Актуальные вопросы развития транс-фузиологии за рубежом (по материалам 16 конгресса Международного общества переливания крови) .-Л., 2011. – 26 с.
9. Лазаренко М.И. Состояние и пути совершенствования донорства в Вооруженных Силах страны в мирное время: Автореф. дис. к.м.н.-СПб., 2015. - 27с.
10. Нижечик Ю.С. Медико-организационные и экономико-технологические аспекты реорганизации территориальной Службы крови крупного промышленного города: Автореф. Дис. к.м.н.-Оренбург, 2009. – 33 с.
11. Руководство по организации службы крови /ВОЗ: Под ред. Гиббс В.Н., Бриттен А.Ф.-М.: Медицина, 2014.- 164 с.
12. Сидоркевич СВ., Данильченко В.В., Калеко СП. Организация трансфузиологического обеспечения больных в крупном многопрофильном лечебном учреждении //Журнал ВИЧУСПИД и родственные проблемы .- 2007.-Т.1, №1.- С.242-243.
13. Афонин Н.И., Бродская А.П. Организация донорства в современных социальных и экономических условиях //Вестник службы крови России.-2008.-МЗ.-С.5-8.
14. Гусарова Г.И., Кудинов В.Г. Система обеспечения вирусной безопасности крови в Самарской области. - Здравоохранение и медицинская техника. Москва, 2013, - № 2, - С.24-26.
15. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А. Итоги оказания хирургической помощи раненым и больным в военных лечебных учреждениях и предстоящие задачи //ВМЖ.-2007.-М.-С.14-19.
16. Кульмирзаева Д.М. Медико-организационные и эпидемиологические аспекты добровольного безвозмездного донорства крови в Республике Казахстан // Дисс на присуждение ученой степени доктора философии (phD) Астана, 2014 год. – С. 120-121.
17. Соринсон С.Н., СеливановН.А., Корочкина О.В. Гепатит С: механизм многолетней персистенции вируса и фазы течения инфекционного процесса //Клин.мед.-2007.-№2.-С.27-29.
18. Умаров Д.С. Инфицированность вирусом гепатита В и С новорожденных в регионе с широким распространением вирусной инфекции: Автореф. дис. К.м.н.-Душанбе,2 015.-21с.
19. Управление службой переливания крови /ВОЗ.- Женева, 2003.- 214с.
20. Баширова Д.К., Трифон В.А., Юлизбаева Л.Р. Состояние заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в республике Татарстан //Гепатит В, С, Д и G: Тез.докл./Прос. науч.-практич.конф. -М., 2007.- С.22-24.
21. Афонин Н.И., Бродская А.П. Организация донорства в современных социальных и экономических условиях //Вестник службы крови России.-2008.-МЗ.- С.5-8
22. Зарецкая Ю.М., Донское СИ. Принципы обеспечения иммунологической безопасности гемокомпонентной терапии в ХХI веке//Проблемы гематологии и переливания крови. - 2008.-N 4.- С.25-26.
23. Кудинов В.Г., Косов А.И., Ханькова С.Г. Вирусобезопасность компонентов донорской крови. - Вестник Межрегиональной Ассоциации «Здравоохранение Поволжья». 2012, № 8, с.56-57
24. Муратов А.Л., Тишкова Ф.Х., Одинаев Ф.А., Говердовская Т.Ю. Влияние возраста, профессии и сезона года на распространенность гепатита С у доноров// Сб. науч. тр. /Таджикский НИИ профилактической медицины, РНУПО" Трансфузиология". - Душанбе, 2009.- С.261-262.
25. Полякова И.И., Неклюдова О.Д., Назаренко М.И. Анализ результатов тестирования доноров на гемотрансмиссивные инфекции //Производственная Трансфузиология на рубеже ХХI века: Тез. Докл. Науч.-практич. Конф., М., 16-18 ноября 1999г.-Нижний Новгород, 2009.- С.54.
27. Сапрыкина А.Г., Кудинов В.Г. О реорганизации службы крови в Самарской области. – Актуальные проблемы здравоохранения. Санкт-Петербург, 2013, -С.84-87.

ТҮЙІНДЕМЕ

САДУАҚАСОВТ.М^{1.}, КЕНЖЕБЕКОВ Қ.М^{2.}, КУЛОВ Д.Б^{2.}, ДЖАКЕТАЕВА Ш.Д^{2.}, АБДРАХМАНОВ Қ.Т^{3.}, СЕРҒАЛИЕВ Т.С^{2.}, ШАЙХАТТАРОВА У^{4.}

¹ШЖҚ РМК «Қарағанды облысының қан құю орталығы» Қарағанды қ.,

²ШЖҚ РМК «Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті» Қарағанды қ.,

³ШЖҚ РМК «Қарағанды облысының психоневрологиялық диспансері» Қарағанды қ.,

⁴АҚ «Қазақ-Түрік халықаралық Университеті.» Түркістан қ.

**ШЕТ ЕЛ МЕМЛЕКЕТТЕРІ МЕН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ
ГЕМОТРАНСФУЗИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУДЫҢ БАСЫМ БАҒЫТТАРЫ**

Қазіргі замандағы трансфузиологиялық қызметтің негізгі мәселесі екі тенденцияның қарама-қарсы тұруы - бұл қан компонентінен жасалған препараттарға деген сұраныстың көбеюіне байланысты және екінші донорлық контингенттің жыл сайын азаюы болып табылады. Өкінішке орай Қазақстан Республикасында донорлық дамудың белгілі бір кезеңінде донорлық қызметті насихаттауға бағытталған әлеуметтік жарнамалардың мүлдем болмауы, жеңілдіктердің басым көпшілігінің алынып тасталуы еліміздегі тұрғындардың донорлық белсенділігінің төмендеуіне алып келді.

Түйінді сөздер: трансфузиология, қан, донор, қан қызметі

SUMMARY

SADVAKASOV TM¹, KENZHEBEKOV KM², KULOV DB², DJAKETAYEVA SH.D², ABDRAKHMANOV K.T³, SERGALIEV TS², SHAYHATTAROVA U⁴.

¹Karaganda regional center blood transfusion. Karaganda

²Karaganda State Medical University. Karaganda

³Karaganda Regional Psychoneurological Dispensary

⁴Kazakh-Turkish International University named after Ahmed-Yassau. Turkistan

PRIORITY DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF BLOOD TRANSFUSION IN FOREIGN COUNTRIES AND THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The main problem of modern transfusiology is the confrontation of two trends - the growing need for drugs and blood components and the constant reduction of the donor contingent. Unfortunately, at a certain stage in the development of donor ship in the Republic of Kazakhstan, the almost total absence of social advertising, targeted propaganda of the donor movement, the abolition of most of the benefits resulted in a decrease in the donor activity of the country's population

Key words: transfusiology, blood, donor, blood service.



УДК 618.177:615.036(574)

¹ САРКУЛОВА И.С., ¹ АЛИЕВА Э.Н., ² ДАРИПБЕКОВА К.Ж.,
² ДЖУБАНИШБАЕВА Т.Н., ³ БАРХЫБАЕВА Н.А.

¹Кафедра «Акушерства-гинекологии» МКТУ им. Х.А.Ясави, г. Шымкент

²Кафедра «Общих клинических дисциплин и скорой помощи» МКТУ им. Х.А.Ясави, г. Шымкент

³Кафедра «Акушерия и детские болезни», медицинский колледж «Авиценна», г. Шымкент.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ ЖЕНЩИН СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ С БЕСПЛОДИЕМ В ПОЛИКЛИНИКЕ ШЫМКЕНТСКОЙ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Аннотация

Бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения каких-либо контрацептивных средств, беременность не наступает, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. В настоящее время, не смотря на достижения в сфере репродукции, частота бесплодия в браке от составляет 10-15 % [1].

Ключевые слова: бесплодие, репродуктивный возраст, диагностика, ЭКО.

Актуальность: В настоящее время проблема бесплодия считается самой актуальной проблемой во всем мире. Причины данной проблемы могут быть проблемы со здоровьем как у женщины, так и мужчин. В диагностике женского бесплодия применяются различные методы.

Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении бесплодия, проблема далека от разрешения.

Семьи, в течении года активной половой жизни не родился ребёнок должны обратиться за помощью специалистам по данному вопросу. Однако многие не знают с чего начать, и куда обращаться [1,2].

Цель: анализ амбулаторных карт женщин с бесплодием, стоявших на учете в поликлинике шымкентской городской многопрофильной больницы (ШГМБ) за три года, а так же оптимизация алгоритма обследования бесплодной пары.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ амбулаторных карт женщин с бесплодием, стоявших на учете в поликлинике шымкентской городской многопрофильной больницы за три года

Результаты и их обсуждение: в поликлинике ШГМБ стоят на учете за 2014 год-286 женщин из них пролечены 12, за 2015- 319 из них пролечены 17, за 2016-365 и 25 соответственно. А так же осуществлён анализ гинекологических заболеваний, которые явились этиологическим фактором бесплодия. Среди женщин, стоявших на учете по гинекологическо-воспалительным заболеваниям в 2014 году только 232 из 831; в 2015- 343 женщин из 1073; в 2016- 423 из 1023 прошли курс лечения. Среди женщин, которым поставлен диагноз эндометрит только 2 из 4 прошли лечение по данным 2014 года; по данным 2015 лечение прошли 45 из 224; по данным 2016 года только 37 женщин из 131. По данным 2014 года число женщин, которым поставлен диагноз эндометриоз 8 из них прошли лечение только двое. По данным 2015 3 из 13 прошли лечение. По данным 2016 ни одна из 15 не прошла лечение. Ссылаясь на данный анализ амбулаторных карт мы пришли к выводу, что число больных с заболеваниями, которые приводят к бесплодию все больше, а вылечившихся все меньше. Увеличение частоты бесплодия в браке отчасти зависит от этого. Так же у многих женщин сформулирована мысль, что бесплодие неизлечимо. Женщины, которые больны бесплодием обращаются к множествам специалистам, что приводит к безрезультатному итогу. В целях помощи врачам мы составили алгоритм по обследованию бесплодной пары.

Алгоритм обследования при бесплодии в браке.

Шаг первый. Определить бесплодие у мужчины.

В первую очередь у семьи, которая обратилась по данной проблеме надо обследовать мужчину. По меньшей мере 50% спермы после выделения должна сохранять подвижность в течение 2 часов. Среди этих 50% по меньшей мере 50% должны сохранять подвижность в течение 24 часов [3,4].

Шаг второй. Оценить проходимость маточной трубы.

На втором этапе необходимо определить проходимость маточной трубы и ее функциональность. Потому что данная проблема является второй причиной бесплодия.

Шаг третий. Оценить репродуктивную функцию.

На третьей стадии необходимо оценить функцию репродуктивной системы, функцию овуляции, а так же стероидную активность желтого тела.

Шаг четвертый. Определить эндометриоз.

На этой стадии мы остановимся на том, что приводит к бесплодию, то есть на эндометриозе. Эндометриоз не злокачественная болезнь, которая приводит к бесплодию. Обычно эта болезнь развивается у женщин репродуктивного возраста [5,6].

Шаг пятый. Оценить проходимость шейки матки.

Шейка матки основной путь продвижения сперматозоидов. На самом деле сперматозоид проходит через цервикальный канал поступает в шейку матки и через пять минут определяется в маточной трубе. Это приводит к разным патологическим фертильным изменениям шейки матки и ее слизистой оболочки.

Шаг шестой. Антиспермальный иммунитет.

Иммунная форма бесплодия встречается как у женщин так и у мужчин. Она появляется из за формирования интиспермальных антител. Основная реакция антиспермального иммунитета является формирование антител в шейке матки, в редких эндометриях и в маточной трубе. Основным направлением данного иммунитета является шейка матки. В этом месте формируется высасывающаяся с плазмы иммуноглобулин класса а, а так же А, G, М. Во время менструального цикла концентрация иммуноглобулинов меняется, и во время овуляции они уменьшаются [7,8].

Шаг седьмой. Экстракорпоральное оплодотворение.

В ходе беспорядков результатного лечения в течении года семью с данной проблемой отправляет в центр ЭКО.

Заключение: не должно быть ложного мнения, что женщина с диагнозом бесплодие никогда не может иметь детей. Бесплодие излечимо. Это все зависит от хороших специалистов и стадии бесплодия. Главные условия в данной проблеме: надежда и терпение. После чего ключевыми факторами излечения данной болезни является высококвалифицированные специалисты и правильный выбор лечения. [9,10] У современных специалистов акушеров-гинекологов глобальной проблемой является бесплодие. Данной алгоритм может помочь в решении этой проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гинекология. По данным учебно-методического центра центру. Баисова Б. И., Бижанова Д. А., Богинская Л. Н., В. Г. Бреусенко Редакторлары: Савельева Г. М., В. Г. Бреусенко 2009 г. Издание: Гэо.
2. Гинекология. Дуда В. И. Дуда В. И. Дуда И. В., 2008г. ООО "Издательство АСТ".
3. Гинекология. Курс лекций. По данным учебно-методического центра центру. Стрижаков, А. Н. Давыдов А. И., П. Буданов, В. Баев О. Р. 2009 г.
4. Гинекология. Национальное руководство. В. И. Кулаков, Савельева Г. М., Манухин И. Б. 2009 ж. Баспа: Гэотар-Медиа.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5. Гинекология. Учебник. Здравоохранение. 2009 г. Василевская Л. Н., Грищенко В. И., Щербина Н.А., Юровская В. П.
6. Гинекология: для врачей, Серов В. Н., Кура Е. Ф., Аполихина И. А., Антонов И. Б. 2008 ж. Издательство: Литтерра.
7. Клинический протокол. Бесплодие у женщин, по заключенному протоколу избирательной комиссии по здравоохранению РК ДСМ № 10 4.07.2014 года
8. Kazmedic.kz
9. w.w.w. 03 portal.kz
10. <http://kazmedic.kz/archives/539>

ТҮЙІН

И.С. САРКУЛОВА, Э.Н.АЛИЕВА, Қ.Ж. ДАРИПБЕКОВА Т.Н.ДЖУБАНИШБАЕВА
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты, Шымкент қаласы 8 778 777 17 73
Н.А.БАРХЫБАЕВА «Авиценна» медициналық колледжі, Шымкент қаласы

ШЫМКЕНТ ҚАЛАЛЫҚ КӨП САЛАЛЫ АУРУХАНАСЫНЫҢ ЕМХАНАСЫНДА БЕДЕУЛІКПЕН ЕСЕПТЕ ТҰРАТЫН ӘЙЕЛДЕР КӨРСЕТКІШІНЕ ТАЛДАМА

Бедеулік - бір жылдың ішінде ешқандай контрацепті заттарды қолданбай-ақ тұрақты жыныстық қатынастың болуына қарамастан жүктіліктің болмауы деп есептелетін неке, алайда жұбайлар ұрпақ өрбіте алатын жаста болады. Қазіргі таңда репродукция саласындағы жетістіктерге қарамастан, некелескен жұбайлардағы бедеулік жиілігі 15-20% құрайды [1].

Кілтті сөздер: Бедеулік, репродуктивтік жас, диагностика, ЭҚҰ.

SUMMARY

SARKULOVA I.S., ALIEVA E.N., Q.J DARIPBEKOVA, DJUBANISHBAEVA T.N.
International Kazak-Turkish University A.H. Yasavi, Shymkent Medical Institute, the city of Shymkent
BARHIBAIEVA N.A. medical College "Avicenna", the city of Shymkent .

THREE ANNUAL RATE OF WOMEN INCLUDING INFERTILITY IN THE CLINIC OF SHYMKENT CITY HOSPITAL.

Infertility - lack of ability ensure body perfect generations. A married couple without use of contraceptive substances, since they have not become pregnant within 1 year after sexual intercourse,infertility. Today, according to statistics, the frequency of 100 pairsbadeul marriage of spouses from 10 to 20 observed. Despite scientific advances in the field of human reproduction, bedew all pairs on 15-20% can only be with children.

Key words: Reproductive age, infertility, research.



УДК 614:616-053(574)

**ТУРГАМБАЕВА А.К.¹, ЖАНАЛИЕВА М.К.¹, БУКЕЕВА Ж.К.¹,
ХИСМЕТОВА З.А.², САРСЕНОВА С.В.³, БЕРДАЛИЕВА Л.С.¹**

¹АО «Медицинский университет Астана»

²РГП на ПХВ «Медицинский университет» г. Семей

³ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №11», г. Астана

ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

В настоящей статье описано обоснование о необходимости применения основных мер по снижению смертности и преждевременной смертности, выявление ее причин и факторов на нее влияющих. Далее выделение из преждевременной смертности предотвратимых случаев и определение соответствующих приоритетов. О необходимости разработки комплекса различных мероприятий по существенному снижению, в первую очередь, преждевременной смертности (младенческой, и в трудоспособных возрастах) и, особенно, предотвратимой ее части.

Ключевые слова: смертность, преждевременная смертность, здравоохранение, заболеваемость.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Введение. Ведущими причинами смертности населения в Казахстане являются болезни системы кровообращения, новообразования и травмы. Только на долю новообразований приходится 1/6 часть от всех случаев смерти. Подобная картина (в отношении первых ранговых мест) характерна для экономически развитых стран [1-4]. В то же время значительное преобладание уровня смертности среди мужского населения и столь выраженная разница средней продолжительности предстоящей жизни у женщин и мужчин (9 лет, в 2015 году) ставит Казахстан в один ряд с развивающимися странами. Справедливо, однако, отметить, что за несколько последних лет этот диапазон несколько уменьшился [5-8].

Цель исследования: определить ведущие причины смерти населения в Казахстане и влияние основных факторов.

Результаты и обсуждение. Как видно из рисунка 1, за последние 10 лет в стране произошли некоторые изменения в структуре смерти населения.

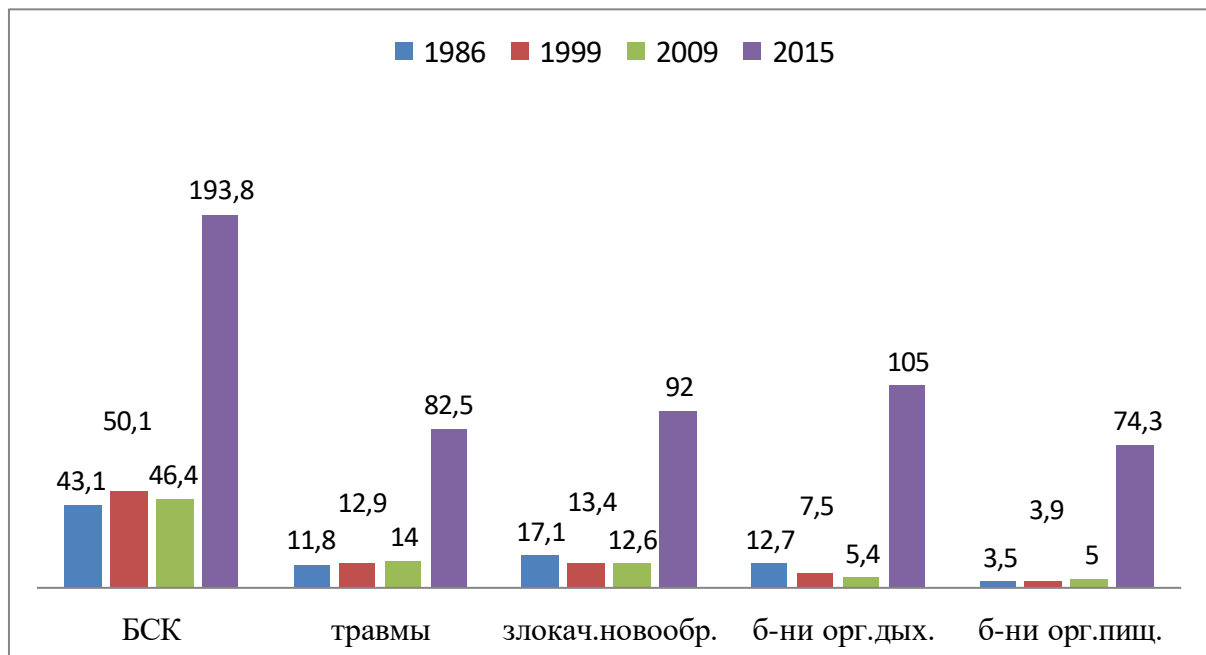


Рисунок 1- Ведущие причины смерти населения в Казахстане в 1986, 1999 и 2009, 2015 гг.

Главным является увеличение доли и переход травм с 3-го на 2-е место и, напротив, снижение удельного веса новообразований и переход их со 2-го на 3-е ранговое место. Поменялись ранговые места инфекционных и паразитарных болезней, удельный вес которых уменьшился вдвое (с 3,9 до 2,0%) и болезней органов пищеварения. Произошло более чем двукратное уменьшение доли умерших вследствие болезней органов дыхания. В 2009 году их доля составила 5,4%.

Ведущие причины смерти населения в мире в 2004 году (в процентах к общей смертности) и их прогноз на 2030 год, осуществленный Mathers C D и Loncar D, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Ведущие причины смерти населения в мире в 2004г. и прогноз на 2030 г.

№	Болезни или повреждения	2004 год		2030 год		Разность рангов
		в %	ранг	в %	ранг	
1	ИБС	12,2	1	14,2	1	0
2	Цереброваскуляр.болезни	9,7	2	12,1	2	0
3	Инфекции дыхательных путей	7,0	3	3,8	4	-1
4	Хр.обструкт.болезни легких	5,1	4	8,6	3	1
5	Диарейные болезни	3,6	5	0,9	23	-18
6	ВИЧ/СПИД	3,5	6	1,8	10	-4
7	Туберкулез	2,5	7	1,0	20	-13
8	Рак легких, бронхов, трахеи	2,3	8	3,4	6	2
9	ДТП	2,2	9	3,6	5	4
10	Недоношенность и низкий вес при рождении	2,0	10	0,9	22	-12
11	Неонатал. и др.инфекции	1,9	11	1,0	21	-10
12	Сахарный диабет	1,9	12	3,3	7	5
13	Малярия	1,7	13	0,4	41	-28
14	Арт.гипертензия	1,7	14	2,1	8	6
15	Асфиксия при рождении и род.травмы	1,5	15	0,7	29	-14

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

16	Самоповреждения	1,4	16	1,5	12	4
17	Рак желудка	1,4	17	1,9	9	8
18	Цирроз печени	1,3	18	1,2	18	0
19	Нефриты и нефрозы	1,3	19	1,6	11	8
20	Рак прямой и ободоч. кишки	1,1	20	1,4	14	6
21	Насилие	1,0	21	1,2	16	5
22	Рак молочной железы	0,9	22	1,1	19	3
23	Рак пищевода	0,9	23	1,3	15	8
24	Б-нь Альцгеймера и др. деменции	0,8	24	1,2	17	7

Из приведенных данных видно, что как в 2004 году, так и в 2030 году первые два места принадлежат ИБС и цереброваскулярным болезням. Прогноз показывает, что болезни, занимавшие в 2004 году высокие ранговые места (инфекции дыхательных путей, диарейные болезни, ВИЧ/СПИД, туберкулез и некоторые другие) улучшат свое положение, то есть их ранг станет значительно ниже [9-15]. При этом наиболее позитивный скачок совершат диарейные болезни, которые опустятся с 5-го места на 23-е, малярия (с 13-го места на 41-е), туберкулез (с 7-го места на 20-е), а также асфиксия при рождении и родовые травмы (с 15-го на 29-е).

В то же время, согласно прогноза, ухудшится ситуация с болезнями и состояниями, большинство из которых в 2004 году находились не на ведущих местах, занимая следующие ранговые места: 4, 8, 9, 14, 16-24. В структуре причин смерти повысится удельный вес хронических обструктивных болезней легких, рака легких, бронхов, трахеи, последствий ДТП, сахарного диабета, артериальной гипертонии, рака прямой и ободочной кишки, молочной железы, пищевода, нефритов и нефрозов (таблица 1).

Вместе с тем, общий коэффициент смертности дает только первую, приближенную оценку смертности населения.

Показателем, оценивающим суммарное «бремя болезни» является DALY (Disability Adjusted Life Year), который был впервые разработан в ВОЗ Christopher J.L. Murray and Alan D. Lopez в 1996 году.

В настоящее время индекс DALY все чаще используется в сферах общественного здравоохранения для более взвешенных оценок. Этот показатель состоит из суммы потенциальных лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности, и измеряет бремя болезней для человека, а соответственно и для общества.

Один DALY эквивалентен потере одного года здоровой жизни и представляет собой линейную сумму потенциальных лет жизни, потраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности.

Таким образом, смертность и заболеваемость удаётся оценить в одних единицах измерения и представить в виде единого показателя [16-18].

Следовательно, прогноз лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности, в ранговом порядке на 2020 год, представлен в таблице 2.

Таблица 2– DALYs для 10 ведущих причин в мире в 1999г. и прогноз на 2020г.

1999 год		2020 год		Разн. Рангов
Болезнь или травма	Ранг	Болезнь или травма	Ранг	
Инфекции ниж.дых.путей	1	ИБС	1	5
ВИЧ/СПИД	2	Униполярная большая депрессия	2	3
Состояния перинат.периода	3	Дорожно-транспортный травматизм	3	6
Диарейные болезни	4	Цереброваскуляр.болезни	4	3
Униполярная большая депрессия	5	Хр.обструкт.заболевания легких	5	5
ИБС	6	Инфекции ниж.дых.путей	6	-5
Цереброваскуляр.болезни	7	Туберкулез	7	н/д
Малярия	8	Военные потери	8	н/д
Дорожно-транспортный травматизм	9	Диарейные болезни	9	-5
Хр.обструкт.заболевания легких	10	ВИЧ/СПИД	10	-8

Из данных таблицы 2, видно, что в 1999 году в мире первые места в «бремени болезней» занимали инфекции нижних дыхательных путей, ВИЧ-инфекция и СПИД, а также состояния, возникающие в перинатальном периоде. Прогнозы на 2020 год свидетельствуют, что на первые места выйдут ИБС, униполярная большая депрессия и дорожно-транспортный травматизм. Причиной львиной доли бремени болезней в Европе являются лишь четыре нозологические группы: сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, хронические респираторные заболевания [17-19]. Эти болезни характеризуются общими детерминантами, так как почти 60% бремени болезней в Европе связаны с семью ведущими факторами

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

риска, а именно: высоким артериальным давлением, употреблением табака, вредным употреблением алкоголя, высоким уровнем холестерина в крови, избыточной массой тела, недостаточным потреблением фруктов и овощей, недостаточной физической активностью. Большинство этих заболеваний хорошо поддается лечению.

Заключение. Таким образом, главные меры по снижению смертности следует направить на преждевременную смертность, выявление ее причин и факторов на нее влияющих. Следующим шагом должно стать выделение из преждевременной смертности предотвратимых случаев и определение соответствующих приоритетов. Следовательно, необходима разработка комплекса различных мероприятий по существенному снижению, в первую очередь, преждевременной смертности (младенческой, и в трудоспособных возрастах).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистический сборник).* – Астана-Алматы, 2000.-206с.
2. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2007 году (статистический сборник).* -Астана, 2008. -311 с.
3. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2004 году (статистический сборник).* – Астана - Алматы, 2005. - 238 с.
4. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2003 году (статистический сборник).* – Астана - Алматы, 2004. - 235 с.
5. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2006 году (статистический сборник).* – Астана - Алматы. -2007. - 311 с.
6. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 году (статистический сборник).* – Астана - Алматы, 2001. - 206 с.
7. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году (статистический сборник).* – Астана - Алматы, 2002. - 221 с.
8. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2002 году (статистический сборник).* – Астана - Алматы, 2003. - 236 с.
9. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2009 году (статистический сборник).* - Астана, 2010. -309 с.
10. *Демографический ежегодник Казахстана за 2005 г.* - Алматы: Агентство РК по статистике, 2005. - 448 с.
11. *Демографический ежегодник города Астаны.* - Астана, 2010. - 57 с.
12. *Демографический ежегодник Казахстана.* - Алматы: Нацстатагентство РК, 1997.
13. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2010 году (статистический сборник).* - Астана, 2011. – 312с.
14. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2011 году (статистический сборник).* - Астана, 2012. –320с.
15. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2012 году (статистический сборник).* - Астана, 2013. – 312с.
16. *World Health Statistics, 2008.*
17. *Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.*
18. *Christopher J.L. Murray and Alan D. Lopez, eds., The Global Burden of Disease: Volume 1 (World Health Organization, Harvard School of Public Health, and the World Bank, Geneva, 1996), pp. 541-612.*
19. <http://www.remedium.ru/news/detail.php?ID=39893>.

ТҮЙІН

**ТУРГАМБАЕВА А.К.¹, ЖАНАЛИЕВА М.К.¹, БУКЕЕВА Ж.К.¹, ХИСМЕТОВА З.А.²,
САРСЕНОВА С.В.³, БЕРДАЛИЕВА Л.С.¹**

¹ «Астана Медицина университеті» АҚ

² ШЖҚ-дағы РМК «Медицина университеті» Семей қ.

³ ШЖҚ-дағы МҚК «№11 Қалалық емхана», Астана қ.

КАЗАҚСТАНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ӨЛІМ-ЖІТІМІНЕ ӘКЕЛЕТІН СЕБЕПТЕР

Бұл мақалада өлім-жітімді және ерте дамидың өлімді төмендету бойынша негізгі шараларды қолданудың қажеттілігі туралы негіздеме, өлім-жітімнің себептері мен оған әсер ететін факторларды анықтау жайлы сипатталған. Әрі қарай ерте дамидың өлімнен алдын алушы жағдайларды бөліп алу және сәйкес басымдылықты анықтау жайлы айтылған. Бірінші кезекте ерте дамидың өлімнің (нәрестелердің, жұмысқа қабілетті

жастағылардың), әсіресе оның алдын алушы бөліктерін қазіргі төмендету бойынша әр түрлі шаралар кешенін әзірлеудің қажеттілігі көрсетілген.

Түйінді сөздер: өлім-жітім, алдын-ала өлім, денсаулық сақтау, аурушандылық.

SUMMARY

**TURGAMBAYEVA A.K.¹, ZHANALIYEVA M.K.¹, BUKEYEVA ZH.K.¹,
KHISMETOVA Z.A.², SARSENOVA S.V.³, BERDALIYEVA L.S.¹**

¹ JSC "Astana Medical University»

² RSE on REM "Medical University", Semey

³ SCE on REM "City hospital №11", Astana

LEADING CAUSES OF THE POPULATION DEATH IN KAZAKHSTAN

This article describes the rationale on the need to use the main measures for reduction of mortality and premature mortality, to identify its causes and factors affecting it. Further the selection of premature mortality of preventable cases and identifying relevant priorities. About necessity of development of complex of measures for a significant reduction in the first place, premature mortality (infant and working age), especially the preventable part of it.

Key words: mortality, premature mortality, healthcare, morbidity.



УДК 614.2+618.177.005,336.3

ЧЕГЕДЕКОВА Ш.Б. ХИСМЕТОВА З.А.

Государственный медицинский университет г.Семей

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕСПЛОДНЫХ ПАР И ВЛИЯНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Аннотация: Целью данной статьи является выявление зависимости качества жизни у женщин и мужчин от варианта бесплодия. Наступление беременности в результате ВРТ соответствует значимому повышению качества жизни как у женщин, так и у их партнеров.

Ключевые слова: показатели качества жизни, бесплодие, беременность.

Качество жизни – интегральный показатель, формирующийся под воздействием комплекса различных факторов медико-социального характера. У женщин репродуктивного возраста важным негативным действием на качество жизни может обладать бесплодие, вне зависимости от его генеза [1,2]. Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в случае их эффективности практически неизбежно повышает качество жизни женщин, желающих иметь ребенка. Улучшается также качество жизни сексуального партнера.

В то же время, неудачные попытки применения ВРТ могут способствовать развитию обратного эффекта [3].

Имеется комплекс факторов, обуславливающих различия в степени нарушения качества жизни при бесплодии и применении ВРТ. Данные аспекты исследованы рядом научных коллективов [4,5].

Анализ литературных данных позволяет сделать вывод о наличии популяционных различий в структуре и вкладе факторов, влияющих на качество жизни в данных ситуациях.

Цель исследования – оценка качества жизни бесплодных пар в современных условиях Республики Казахстан и влияния на него ВРТ.

Материалы и методы

В условиях отделения ЭКО АО «Национальный научный центр материнства и детства» (Астана) обследовано 276 супружеских пар. Обследованные женщины находились в возрасте от 25 до 45 лет, мужчины – 24-52 года. Возрастное распределение обследованных представлено на рисунке 1.

У женщин и мужчин наиболее многочисленными были группы в возрасте 31-35 лет и 36-40 лет (женщины – 32,6% и 36,6%; мужчины – 29,7% и 30,8%). Доля лиц старшей возрастной группы составляла 9,8% и 8,7% соответственно.

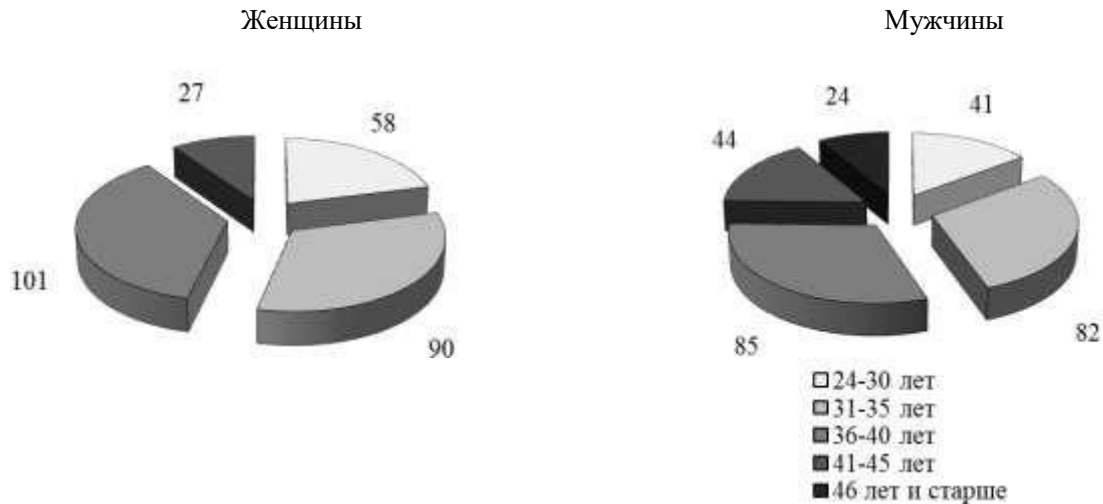


Рисунок 1 – Возрастное распределение обследованных

Продолжительность бесплодия в анамнезе составляла от 1 года до 10 лет. Распределение по данному параметру представлено на рисунке 2.

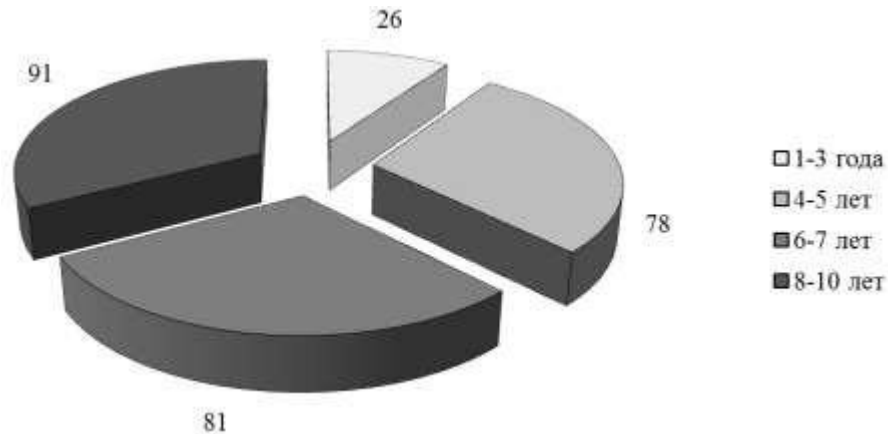


Рисунок 2 – Распределение в зависимости от продолжительности бесплодия в анамнезе

Чаще наблюдалась значительная продолжительность бесплодия – 29,3% случаев 6-7 лет и 33,0% - 8-10 лет.

В большей части случаев в обследованных парах наблюдалось женское бесплодие при сохранении репродуктивной способности мужчины (57,2%), в 31,2% случаев имело место мужское бесплодие, в 11,6% - сочетанное.

В большинстве случаев бесплодия осуществлялись попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в виде внутриматочной инсеминации (84,8%), включая интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ) (30,1%), у 15,2% женщин проведена внутриматочная инсеминация (ВМИ). В результате применения ВРТ беременность наступила у 104 женщин.

Качество жизни определяли двукратно: в исходном периоде, после успешного применения ВРТ или в случае неуспешного проведения 3 и более процедур ВРТ.

Для определения качества жизни использовали общий опросник SF-36 (русифицированная адаптированная версия) [6] и специализированный опросник FertiQoL [7].

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием непараметрических методов (критерий Манна-Уитни для сравнения между группами и Вилкоксона в динамике в одной группе). Сравнение номинальных показателей осуществлялось с использованием критерия χ^2 Пирсона. Граничным уровнем показателя статистической значимости для опровержения нулевой гипотезы принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования

В таблице 1 приведены показатели качества жизни у обследованных общей группы, распределенных только по половому признаку, полученные по методике SF-36.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 1 – Показатели качества жизни в общей группе обследованных (SF-36)

Шкала	Группы обследованных	
	Женщины	Мужчины
ФФ	68,7±3,4	70,3±3,6
РФФ	66,4±3,7	69,5±3,3
Б	71,2±4,0	75,8±3,8
ОЗ	70,0±3,5	73,4±3,3
Э	65,9±3,1	67,3±2,9
СФ	72,6±4,1	70,5±3,6
РЭФ	55,1±2,8	63,0±3,2
ПЗ	64,7±3,9	68,2±3,7

Примечание – здесь и далее:
 ФФ - физическое функционирование, т.е. способность выдерживать физические нагрузки;
 РФФ - ролевое физическое функционирование, отражающее влияние физического состояния на повседневную деятельность;
 Б - интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность;
 ОЗ - общее состояние здоровья;
 Э - общая активность, витальность (энергичность);
 СФ - социальное функционирование;
 РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование, характеризующее влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность;
 ПЗ - психическое здоровье.

По большинству шкал SF-36 не было выявлено существенного снижения качества жизни. Заметно только, что, главным образом у женщин, прослеживается низкий уровень показателей по шкале РЭФ. У мужчин среднее значение по данной шкале также оказалось ниже, чем по остальным.

В таблице 2 представлено распределение показателей качества жизни по методике SF-36 у обследованных, распределенных по варианту бесплодия.

Таблица 2 – Показатели качества жизни в зависимости от пола и варианта бесплодия (SF-36)

Шкалы	Вариант бесплодия					
	женский		смешанный		мужской	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
ФФ	67,2±3,2	71,4±3,1	68,9±3,3	71,0±3,1	70,5±3,1	66,2±2,6
РФФ	64,3±3,5	70,8±3,5	67,5±3,1	68,7±2,9	67,9±3,1	65,9±2,8
Б	70,8±3,7	75,3±3,5	73,3±3,6	76,2±3,4	70,4±3,4	76,0±3,4
ОЗ	67,3±3,3	74,2±3,3	72,6±3,0	72,6±2,8	72,4±3,0	70,1±2,7
Э	61,4±3,0	68,5±3,1	69,5±2,6*	66,0±2,2	70,3± 2,7**	64,3±2,2
СФ	71,5±3,8	69,9±3,4	73,7±3,1	72,4±2,8	72,9±3,3	71,0±2,9
РЭФ	50,8±2,8	67,5± 3,3**	57,8±3,2	64,3±3,2	63,2± 2,8**	53,1± 2,2***
ПЗ	62,2±3,7	70,1±3,8	64,9±3,5	67,9±3,4	69,0±3,4	65,5±3,0

Примечание:
 * - различия в группах «женский» и «смешанный» имеют значимость, $p < 0,05$
 ** - различия в группах «женский» и «мужской» имеют значимость, $p < 0,05$
 *** - различия в группах «мужской» и «смешанный» имеют значимость, $p < 0,05$

При наличии женского бесплодия анализ качества жизни у женщин показал наименьшие уровни по всем шкалам, включая те, которые не могли быть непосредственно связаны с физическим состоянием. Несколько более высокие значения определялись у женщин при выявлении смешанного характера бесплодия. Статистически значимые различия с первой подгруппой были выявлены только по шкале Э, где составили 13,2%. Также существенный уровень различий отмечался по шкале РЭФ (13,8%), однако без статистической значимости. По двум шкалам было выявлено значимое превышение качества жизни женщин в третьей подгруппе, при мужском варианте бесплодия. Это шкалы Э и РЭФ (14,5% и 24,4% соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях). У мужчин наблюдалась диаметрально противоположная картина – по большинству шкал наиболее высокие показатели были определены при женском характере бесплодия, а низкие – при мужском. Однако эта закономерность не была характерна для шкал Б и СФ. Значимые

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

различия были выявлены по шкале РЭФ между подгруппой с женским вариантом и мужским вариантом бесплодия (21,3%) и смешанным и мужским вариантом (17,4%, $p < 0,05$ в обоих случаях).

На следующем этапе было проведено сравнительное исследование качества жизни после завершения программы ВРТ. Распределение обследованных осуществлено в зависимости от пола и наступления беременности. Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели качества жизни в зависимости от пола и результата применения ВРТ (SF-36)

Шкалы	Результат ВРТ			
	наступление беременности		завершение исследования без наступления беременности	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
ФФ	65,9±3,5	71,4±3,8	63,6±3,2	67,3±3,4
РФФ	64,2±3,2	70,5±3,5	64,1±3,0	65,8±3,1
Б	70,6±4,0	75,9±4,3	71,5±3,9	75,4±3,7
ОЗ	67,3±3,5	72,2±3,5	66,8±3,3	67,7±3,4
Э	69,9±2,9	68,3±2,4	61,0±2,4*	61,2±2,2*
СФ	68,4±2,4	71,0±2,5	70,2±2,3	71,4±2,4
РЭФ	67,7±3,1	76,8±3,5	52,1±2,3*	61,5±2,7*
ПЗ	70,5±4,0	69,4±3,9	63,9±3,1	61,8±3,0
Примечание: * - различия между группами имеют значимость, $p < 0,05$				

Как видно из таблицы, не было существенных различий между средними значениями по большинству шкал как у женщин, так и у мужчин. Исключение составляют те же шкалы Э и РЭФ. У лиц обоего пола по ним получены значимые различия в пользу подгруппы с наступлением беременности. У женщин разница между группами по шкале Э составила 12,7%, по шкале РЭФ достигала 23,0%, у мужчин соответственно 10,4% и 19,9% (во всех случаях).

В целом опросник SF-36 показал умеренные различия между выделенными группами по большинству шкал, что лучше по нашему мнению отражает однородность группы достаточно высокий уровень соматического здоровья обследованных и отсутствие непосредственного влияния на него проводимых мероприятий (ВРТ). Существенные изменения претерпевает только психоэмоциональная сфера. Поэтому более адекватным представляется анализ, осуществляемый с помощью специально разработанного опросника FertiQoL. В таблице 4 представлены результаты анализа в целом по всей группе, проведенного с его помощью.

Таблица 4 – Показатели качества жизни в общей группе обследованных (FertiQoL)

Шкала	Группы обследованных	
	Женщины	Мужчины
Эмоции	53,9±2,7	57,6±3,1
Разум/тело	67,7±2,5	71,8±3,3
Семья	71,2±3,1	66,3±2,9
Общество	64,8±3,0	77,5±3,5*
Интегральный показатель	64,4±2,9	68,3±3,2
Примечание - * - различия между группами статистически значимы, $p < 0,05$		

Как у женщин, так и их партнеров наиболее низкие показатели были выявлены по шкале Эмоции, по остальным же прослеживалась существенная гендерная зависимость. Так, наиболее высокое значение у мужчин наблюдалось по шкале Общество, тогда как у женщин – Семья. Если не учитывать шкалу Эмоции, то низкие значения по шкале Общество наблюдались именно у женщин, а по шкале Семья – у мужчин. Интегральный показатель качества жизни по методике FertiQoL был несколько выше у мужчин, а значимые различия между группами были выявлены только по шкале Общество, где они составили 19,6% ($p < 0,05$).

В таблице 5 представлены данные показатели при распределении в зависимости от диагностированного варианта бесплодия.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 5 – Показатели качества жизни в зависимости от пола и варианта бесплодия (FertiQoL)

Шкалы	Вариант бесплодия					
	женский		смешанный		мужской	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
Эмоции	48,9±2,2	63,6±3,1	56,6±2,7*	61,4±2,5**	62,1±2,9**	47,2±2,0***
Разум/тело	65,3±3,1	72,0±3,7	65,9±2,8	72,3±4,0	73,7±3,5	70,5±3,3
Семья	70,8±3,4	64,8±3,2	68,5±3,2	68,6±3,3	74,4±3,5	70,3±2,9
Общество	61,1±3,2	78,7±3,4	65,3±3,2	79,5±3,5	68,9±3,3	72,2±3,1
Интегральный показатель	62,5±3,0	69,8±2,6	64,1±2,7	70,5±2,8	69,8±3,0	65,1±2,5

Примечания:
 * - различия в группах «женский» и «смешанный» имеют значимость, $p < 0,05$;
 ** - различия в группах «женский» и «мужской» имеют значимость, $p < 0,05$;
 *** - различия в группах «мужской» и «смешанный» имеют значимость, $p < 0,05$

При сравнении реакции показателей качества жизни по методике FertiQoL значимые различия в зависимости от варианта бесплодия были выявлены только по шкале Эмоции. В частности, имелось существенное снижение показателя по этой шкале в подгруппе с женским вариантом бесплодия по сравнению со смешанным и мужским у женщин (15,7% и 27,0% соответственно). У мужчин аналогичные различия были определены при наличии мужского типа бесплодия по сравнению с женским и смешанным (25,8% и 23,1% соответственно, $p < 0,05$ во всех случаях).

Различия аналогичной направленности прослеживались и по другим шкалам, однако степень их выраженности была меньшей, а статистической значимости различий между группами не определялось.

В таблице 6 показано влияние исходов ВРТ на показатели качества жизни по данной методике.

Таблица 6 – Показатели качества жизни в зависимости от пола и результата применения ВРТ (FertiQoL)

Шкалы	Результат ВРТ			
	наступление беременности		завершение исследования без наступления беременности	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Эмоции	67,4±1,4	61,5±1,7	45,2±2,1**	54,2±1,9*
Разум/тело	65,9±2,5	70,3±2,8	62,1±2,5	72,5±3,4
Семья	74,5±3,7	76,8±3,1	68,7±2,9	61,4±3,3*
Общество	70,3±2,6	81,9±2,2	57,0±3,5*	73,3±3,6
Интегральный показатель	69,5±1,8	72,6±2,0	58,3±2,4*	65,4±2,6*

Примечание: * - различия между группами имеют значимость, $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Значимые различия в данном случае были выявлены по нескольким шкалам и интегральному показателю качества жизни. Так, по шкале Эмоции у женщин и мужчин среднее значение в случае наступления беременности казалось значимо выше, чем при неуспешном использовании ВРТ. У женщин различия составили 32,9% ($p < 0,01$), у мужчин 11,9% ($p < 0,05$). У мужчин, кроме того, прослеживались различия по шкале Семья (20,1%, $p < 0,05$), а у женщин по шкале Общество (18,9%, $p < 0,05$). Значимыми оказались различия по интегральному показателю как у женщин, так и у их партнеров (16,2% и 10,0% соответственно, $p < 0,05$).

На рисунке 3 представлены данные анализа направленности изменений качества жизни по данным опросника FertiQoL в зависимости от результата ВРТ. В качестве характеристики наличия динамики были избраны изменения на 10% и более по интегральному показателю.

Видно, что наступление беременности соответствовало позитивно динамике показателя качества жизни у большинства женщин. У мужчин чаще отсутствовали существенные изменения качества жизни при положительном результате применения ВРТ. Значимые различия по распределению в зависимости от результата лечения было выявлено, тем не менее, в обеих гендерных группах.

У женщин снижение качества жизни более 10,0% прослеживалось значимо реже при развитии беременности ($\chi^2=26,10$, $p < 0,01$), повышение значимо чаще ($\chi^2=58,16$, $p < 0,001$).

У мужчин не прослеживалось существенного влияния наступления беременности на снижение качества жизни ($\chi^2=4,33$, $p > 0,05$), зато повышение существенно чаще было выявлено при развитии беременности ($\chi^2=38,71$, $p < 0,01$).

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

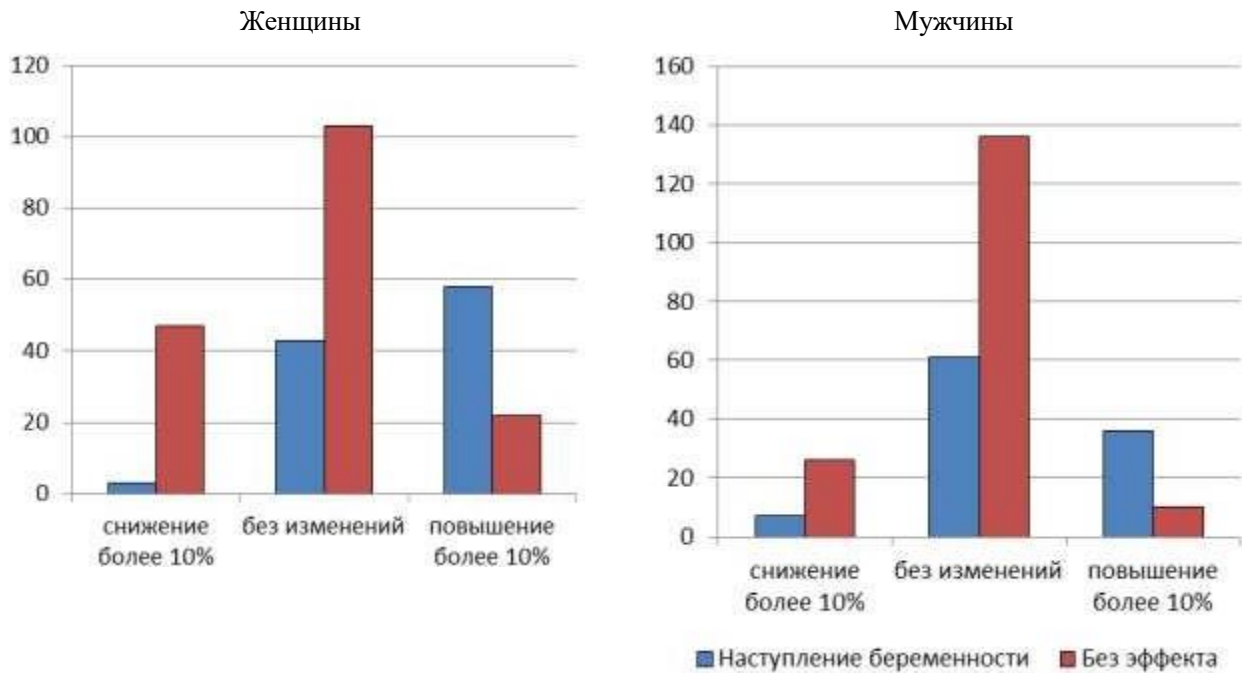


Рисунок 3 – Распределение лиц с различной динамикой интегрального показателя качества жизни (FertiQoL) в зависимости от результата ВРТ

Заключение

Наступление беременности как результат применения ВРТ в существенной степени меняет жизнь женщины и ее близких. Объективно это отражается в частности в изменении качества жизни. Рядом исследований показано, что бесплодие, связанное с гинекологической патологией или другого генеза, вызывает снижение качества жизни [8,9]. В то же время очень мало данных о реакциях на эффективное и особенно неэффективное применение ВРТ.

В нашем исследовании было выявлено, что имеется зависимость качества жизни у женщин и мужчин от варианта бесплодия. Как при применении общего опросника SF-36, так и специализированной методики FertiQoL у женщин, страдающих бесплодием по причине собственных гинекологических, эндокринологических и прочих заболеваний, качество жизни оказалось ниже, чем при других вариантах бесплодия, главным образом, по шкалам, определяющим вклад эмоциональной составляющей. У мужчин ситуация аналогична.

Наступление беременности в результате ВРТ соответствует значимому повышению качества жизни как у женщин, так и у их партнеров. Следует заметить, что данные опросника SF-36 оказались менее адекватными в отношении выявления различий, чем специализированного опросника FertiQoL. В частности, при использовании SF-36 не удалось выявить никаких различий, кроме особенностей эмоциональной сферы, тогда как при применении FertiQoL в большей степени были представлены аспекты специфического социального функционирования.

Выводы:

1. У женщин, страдающих бесплодием, и их партнеров преобладает снижение качества жизни по эмоциональным шкалам.
2. Характеристики качества жизни существенно связаны с определенным путем клинических исследований и доведенным до обследованных типам бесплодия.
3. Эффективное применение ВРТ способствует значимому повышению качества жизни женщин, страдающих бесплодием, и их партнеров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples. *Hum Reprod.* 2002;17:2986–2994.
2. Montazeri A. Infertility and health related quality of life: mini-review of the literature. *Journal of Family and Reproductive Health.* 2007;1:55–58.
3. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 2004;19:2313–2318.

4. Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari I, Nicolosi AE. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Reprod.* 2005;20:1286–1291.
5. Rashidi B., Montazeri A., Ramezanzadeh F., Shariat M., Abedinia N., Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: 186.
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // *Клиническая медицина.* – 2000. – № 2. – С. 10–13.
7. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertil Steril.* 2011 Aug;96(2):409-415.e3.
8. Aarts JW, van Empel IW, Boivin J, Nelen WL, Kremer JA, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Hum Reprod.* 2011;26:1112–1118.
9. Coffey S, Bano G, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol.* 2006;22:80–86.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЧЕГЕДЕКОВА Ш.Б. ХИСМЕТОВА З.А.

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті

**БЕДЕУЛІ ЖҰПТАРДЫҢ ӨМІР СҰРУ САПАСЫ ЖӘНЕ ТИІМДІЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ
ҚОСАЛҚЫ РЕПРОДУКТИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ ӘСЕРІ**

Аннотация: Осы мақаланың мақсаты әйелдердің және ерлердің өмір сапасының бедеулік нұсқасына тәуелділігін анықтау болып табылады. ҚРТ нәтижесі бойынша жүктіліктің басталуы әйелдердің де, олардың серіктестерінің де өмір сүру сапасының айтарлықтай өсуіне сәйкес келеді.

Түйінді сөздер: өмір сүру сапасының көрсеткіштері, бедеулік, жүктілік.

SUMMARY

CHEGEGEDEKOVA SH.B. KHISMETOVA Z.A.

Semey State Medical University

**QUALITY OF LIFE OF INFERTILE COUPLES AND THE IMPACT OF ASSISTED
REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES, DEPENDING ON THEIR EFFECTIVENESS**

The purpose of this article is to identify the dependence of quality of life in women and men on the infertility option. The onset of pregnancy as a result of ART is consistent with a significant improvement in the quality of life for both women and their partners.

Key words: quality of life indicators, infertility, pregnancy.



ДУБИЦКИЙ А.А., ТУРСЫНБЕТ Е.А., МУХАМЕДЬЯРОВА А.Б.
АО «Медицинский университет Астана»

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФИНЛЯНДИИ: КРАТКИЙ ОБЗОР

Аннотация:

В данной статье рассматривается система здравоохранения в Финляндии методом собственного наблюдения (стажировка в течение 3 месяцев), которая показала, что официальной целью финской системы здравоохранения является предотвращение преждевременной смерти, снижение уровня заболеваемости, пропаганда здорового и активного образа жизни. Причем, все средства для поддержания, равно как и для восстановления пошатнувшегося здоровья должны быть одинаково приемлемы для всех слоев общества. Также хотелось бы отметить, что, несмотря на то, что многие страны также используют яркую пропаганду активного и здорового образа жизни, жители Финляндии очень часто посещают различные школы здоровья, в которых они рассматривают и обсуждают различные вопросы, связанные со здоровьем. Для них посещение школ здоровья является обычным делом, как например походы в продуктовый магазин. Плюс в школу здоровья могут посещать не только пациенты, которые имеют различные заболевания, но и люди которые просто хотят узнать большее. В Финляндии существуют сайты с пропагандой здорового образа жизни, где любой человек может зайти и ознакомиться с информацией о вредных привычках, различных заболеваниях и увидеть расписание школ здоровья.

Ключевые слова: Финляндия, система здравоохранения.

Актуальность: на сегодняшний день в Финляндии проживает 5,5 миллионов человек и является страной первого мира, т.е экономически развитой и занимает второе место по удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг, процент удовлетворенности составляет 74% [1]. Этому доказательство хорошие демографические показатели: **средняя ожидаемая продолжительность жизни** при рождении (для обоих полов) в Финляндии составляет 79.3 лет (года). Это выше средней ожидаемой продолжительности жизни в мире, которая находится на уровне около 71 года (по данным отдела народонаселения Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам); детская смертность – 1,9%, что является самым низким показателем в странах Северной и Западной Европы; материнская смертность – 3,0% [1].

Организация медицинской помощи в Финляндии считается одной из наиболее эффективных систем здравоохранения в Европейском Союзе. Ежегодные расходы на медицину в целом составляют около 6—7% валового национального продукта [2]. По сравнению с другими развитыми странами, этот показатель достаточно низкий, что в определенной степени свидетельствует как о достаточно эффективной системе общественного здравоохранения, организационной системы здравоохранения и рациональном использовании финансовых средств.

Каждый житель Финляндии имеет обязательное государственное медицинское страхование на случай болезни. Финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет государства, муниципалитетов, работодателей и налогов граждан. Система такого страхования покрывает часть расходов пациента за оплату услуг частных врачей, лекарств и транспорта. Этот вид страхования также обеспечивает выплаты гражданам в случае их болезни, отпуска по материнству или отцовству. Гарантируемая государством медицинская помощь равнодоступна всем жителям страны, независимо от их материального положения, т. к. значительная часть медицинских расходов покрывается за счет поступлений от государственных и муниципальных налогов. В целом же система здравоохранения финансируется за счет государственных дотаций (около 75%), продажи медицинских услуг (20%), а также за счет поступлений от страховых компаний, работодателей и благотворительных организаций (5%). Размер государственных дотаций для организации медицинской помощи на уровне муниципалитетов зависит от численности, структуры и возраста населения, а также от ряда других расчетных факторов [2].

Медицинская помощь населению Финляндии состоит из базового медицинского обслуживания, специальных медицинских услуг и частной медицинской помощи. Все жители Финляндии имеют право на базовое медицинское обслуживание. Оно обеспечивается муниципальными подразделениями, отвечающими за организацию медицинского обслуживания населения. На территории страны их насчитывается более 400 государственных больниц. Муниципалитеты имеют право покупать медицинские услуги, как у других муниципалитетов, так и в частном секторе. В последние годы появилась тенденция укрупнения муниципальных медицинских подразделений. На практике пациенты за базовыми медицинскими услугами обращаются в поликлинику по месту жительства, а не по желанию пациента. Согласно установленному порядку, пациент должен обратиться на прием к врачу или

медицинской сестре в течение трех рабочих дней. В поликлиниках основной прием посетителей ведут врачи общего профиля, «семейные доктора». Здесь же проводятся стоматологические услуги. Во многих из них работают детские консультации, лаборатории.

При поликлиниках могут быть небольшие стационарные отделения для нетяжелых больных или для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Через поликлиники в Финляндии также организуется обслуживание предприятий и школ.

Основная нагрузка в поликлиниках приходится на «семейных докторов». У каждого такого врача и медицинской сестры есть свой территориальный участок, на котором проживает около 2000 человек всех возрастов, от новорожденных до пенсионеров [2]. Между участковым врачом и пациентом обеспечивается хороший контакт, складываются доверительные отношения. Постоянный врач или медицинская сестра лучше знает состояние здоровья своего пациента. Это помогает ему, например, в тех случаях, когда стоит выбор между стационарным или амбулаторным лечением. Система «семейных докторов» хорошо зарекомендовала себя в Финляндии. Согласно финскому законодательству, работодатели несут ответственность за здоровье трудящихся. Они должны организовать медицинское обслуживание для своих работников через муниципальные поликлиники или частные медицинские центры. У врачей, обслуживающих эти учреждения и предприятия, можно получить первичную медицинскую помощь, амбулаторное лечение, рекомендации по профилактике хронических и профессиональных заболеваний.

Также Финляндия делится на ряд больничных округов, где жителям оказывают специализированную медицинскую помощь. В каждом округе есть центральная больница, там консультируют врачи «узкого профиля» (окулисты, ЛОР, ортопеды и пр.), проводятся операции и осуществляется лечение больных в стационарных отделениях. В больницах работают также отделения неотложной медицинской помощи. В Финляндии есть несколько университетских больниц. Они обеспечивают научно-исследовательскую работу, обучение студентов-медиков. В университетских больницах также производятся наиболее сложные операции и лечение редких заболеваний. Специальные медицинские услуги финансируются за счет государственных и муниципальных средств. Пациенты оплачивают самостоятельно лишь очень небольшую часть фактических расходов по этому виду медицинской помощи.

Частная медицинская помощь дорогостоящая, поэтому пользоваться ею могут обеспеченные люди или при срочной необходимости. Для многих частная медицина малодоступна, несмотря на то, что часть расходов покрывается обязательной медицинской страховкой KEELA (страхование иммигрантов, социально уязвимых слоев населения, безработных) [2].

По мнению профсоюза врачей Финляндии, наиболее важными из них являются продление периода активной и здоровой жизни людей, улучшение качества жизни, сокращение разницы здоровья разных групп населения, а также быстрое и широкое внедрение в практику научных разработок. Конечно, у финского здравоохранения и есть проблемы. В настоящее время к числу наиболее острых из них можно отнести очереди к специалистам узкого профиля, на плановые операции и сложные диагностические исследования и пр. У врачей и медработников среднего звена большая нагрузка, необходимо улучшение условий их труда и оплаты. Решением этих вопросов занимаются государственные и местные органы управления, Профсоюз врачей Финляндии. Медицинская наука Финляндии является лидером по многим направлениям профилактики заболеваний, их диагностики или лечения, в частности, разработка принципиально новых видов лечения рака с использованием модифицированных генов. Примерами того, как наукоемкие разработки внедряются в повседневную медицинскую практику, могут быть биоизменяемые хирургические импланты, разнообразные протезы из композиционных материалов, функциональные продукты питания и т. д.

Во многих областях научной и практической медицины финским специалистам удалось добиться значительных успехов. За счет общенациональных медицинских программ удалось добиться заметного снижения некоторых видов онкологических заболеваний, инфекционных болезней, качественно улучшить состояние зубов и ротовой полости у детей и подростков. Опыт организации здравоохранения Финляндии, методики диагностики и лечения представляют большой интерес для иностранных специалистов. Для них организуются специальные программы обучения или тематические курсы.

Заключение: Изучение системы здравоохранения в Финляндии методом собственного наблюдения (стажировка в течение 3 месяцев) показала, что официальной целью финской системы здравоохранения называется предотвращение преждевременной смерти, снижение уровня заболеваемости, пропаганда здорового и активного образа жизни, так за последние двадцать лет демографические показатели Финляндии улучшились в лучшую сторону, например показатель материнской смертности снизился с 6% до 3%. Причем, все средства для поддержания, равно как и для восстановления пошатнувшегося здоровья должны быть одинаково приемлемы для всех слоев общества. Также хотелось бы отметить, что, несмотря на то, что многие страны также используют яркую пропаганду активного и здорового образа жизни, жители Финляндии очень часто посещают различные школы здоровья, в которых они

рассматривают и обсуждают различные вопросы, связанные со здоровьем. Для них посещение школ здоровья является обычным делом, как например ежедневные походы на работу. Плюс в школу здоровья могут посещать не только пациенты, которые имеют различные заболевания, но и люди которые просто хотят узнать больше. В Финляндии существуют сайты с пропагандой здорового образа жизни, где любой человек может зайти и ознакомиться с информацией о вредных привычках, различных заболеваниях и увидеть расписание школ здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <http://www.ereport.ru/articles/mirecon/classif.htm>
2. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2eng, 2013, Health care in Finland.
3. <http://countrymeters.info/ru/Finland>

ТҮЙІН

А.А.ДУБИЦКИЙ, Е.А.ТУРСЫНБЕТ, А.Б.МУХАМЕДЬЯРОВА

«Астана медицина университеті» АҚ

ФИНЛЯНДИЯДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ: ҚЫСҚАША ШОЛУ

Аннотация: Бұл мақалада өзіндік бақылау (3 ай бойғы тағылымдама) әдісімен финдік денсаулық сақтау жүйесінің ресми мақсаты мезгілсіз өлімді болдырмау, аурушандықтың деңгейін төмендету, салауатты және белсенді өмір салтын насихаттау екендігін көрсеткен Финляндиядағы денсаулық сақтау жүйесі қарастырылады. Денсаулықты ұстап тұруға арналған барлық амал-тәсілдер де, бұзылған денсаулықты қалпына келтіру де қоғамның барлық топтары үшін бірдей әрі қолайлы болуы керек. Айта кететін жайт, көптеген мемлекеттер ештенкеге қарамастан белсенді және салауатты өмір салтын насихаттауды айқын қолданады, Финляндия тұрғындары денсаулықпен байланысты түрлі сұрақтарды қарастыратын және талқылайтын әр түрлі денсаулық мектептеріне жиі барады. Олар үшін денсаулық мектептеріне бару азық-түлік дүкеніне бару сияқты қарапайым іс болып табылады. Денсаулық мектептерінің артықшылығы оған түрлі аурулары бар пациенттер ғана емес, сонымен қатар қызығушылық білдірген кез келген адамдар да бара алады. Финляндияда кез келген адам кіре алатын және зиянды әдеттер, әр түрлі аурулар туралы мәліметтермен таныса алатын және денсаулық мектептерінің кестесін көре алатын салауатты өмір салтын насихаттайтын сайттар бар.

RESUME

A.A. DUBITSKY, E.A. TURSINBET, A.B. MUKHAMEDYAROVA

JSC Astana Medical university

THE THEME OF ARTICLE: Health System in Finland: overview

Abstract: this article discusses the health care system in Finland using its own observation (internship for 3 months), which showed that the official goal of the Finnish health system is to prevent premature death, reduce the incidence of disease, promote healthy and active lifestyles. Moreover, all means for maintaining, as well as for restoring shaken health should be equally acceptable for all levels of society. . I would also like to note that, despite the fact that many countries also use vivid propaganda for an active and healthy lifestyle, Finnish citizens often visit various health schools in which they discuss and discuss various health issues. For them, attending health schools is common, such as going to a grocery store. Plus, the health school can be visited not only by patients who have various diseases, but also people who just want to learn more. In Finland, there are websites promoting healthy lifestyles, where anyone can go and read information about bad habits, various diseases and see the health schools schedule.

ЖУНУСОВА Д.К., ОСПАНОВА А.Р., АХЕЛОВА Ш.Л.
АО «Медицинский университет Астана»

СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ ФИНЛЯНДИИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ

Финляндия является одним из лидеров в северной части Европы в образовании. На протяжении 12 лет образовательная система Финляндии входила в 5% лучших систем мира. В статье уделено внимание анализу опыта организации системы образования данной страны, освещен личный опыт студента и преподавателя Медицинского университета Астана, побывавших в Финляндии в рамках международной программы обмена.

Ключевые слова: финская образовательная система, образовательная политика, медицинское образование

В настоящее время информация о финской системе образования актуальна для студентов и преподавателей в области медицины, так как Казахстан совместно с финскими университетами участвуют в нескольких проектах по модернизации системы сестринского образования при поддержке Всемирного банка. Система образования в Финляндии считается одной из самых лучших в мире. Образование для финских жителей начинается в возрасте семи лет. Получают они его совершенно бесплатно. Если школьник проводит свой рабочий день в учебном заведении, то администрация школы оплачивает ему питание. После окончания школы выпускников активно привлекают к получению высшего образования и поступления в вузы. На образование государство регулярно выделяет из бюджета суммы порядка 11 млрд. евро [1]. Поэтому все больше людей хотят стать студентами финских высших учебных заведений.

Образование в Финляндии делится на начальное, второй ступени, высшее. Начальный этап, в свою очередь, можно поделить на: дошкольный, школьный. Дошкольное образование включает посещение детских садов, где ребенка обучают навыкам и знаниям, которые понадобятся ему в дальнейшем. Важно отметить, что почти все школы — государственные, есть десяток частногосударственных. Как правило, это своеобразные «педагогические» лаборатории, следующие выбранной педагогике: Монтессори, Френе, Мортана и Вальдорфской школы. К частным относятся и учреждения с преподаванием на английском, немецком, французском, шведском языках. Как только ребенку исполняется 7 лет, он приступает к получению обязательного образования. Дети бесплатно снабжаются учебниками, канцелярскими принадлежностями, тетрадями. Среднее общеобразовательное образование (школьное) состоит из двух этапов: *alაკoulu* и *ylაკoulu*. *Alაკoulu* означает школу нижней ступени. Она включает в себя 1-6 классы. Вторая форма — *ylაკoulu* — подразумевает высшую ступень, то есть 7-9 классы. Каждый ученик может остаться еще на один год. 10 класс предназначен для улучшения своих оценок. Таким образом, школьники становятся выпускниками в 16-17 летнем возрасте [2]. Интересно, что в финских школах нет итоговых стандартизованных экзаменов по всей программе, организуемых на государственном уровне. Таким образом, экзамены в школах необязательны (на усмотрение учителя), что является одной из особенностей системы образования Финляндии. Если все-таки преподаватель предпочтет провести заключительный экзамен на той или иной стадии обучения, то оценка производится по 10-балльной системе и только в старших классах. Далее выпускники предстают перед выбором. Окончив школу, гражданин Финляндии может получить профессиональное образование или поступить в лицей. В первом случае, можно после получения образования работать по выбранной специальности, для этого абитуриент может выбрать несколько вариантов: профессиональное училище, профессионально-техническую школу, обучение непосредственно на производстве. Последний вид обучения требует заключения договора с производством. Лицей имеет другое направление, здесь серьезно готовят учеников к поступлению в высшие учебные заведения. Документы в высшую школу подают учащиеся, будучи в звании лицеиста. Таким образом, выпускник лицея является одновременно абитуриентом. Финская высшая школа имеет два пути развития: университет и высшая профессиональная школа. Несмотря на то, что оба самостоятельных направления относятся к высшему образованию, отличия между ними существенные. Так, в университетах происходит обучение студентов с целью достижения ими результатов в научно-исследовательской деятельности, тогда как профессиональные школы высшего уровня тесно сотрудничают с хозяйственной, а также деловой жизнью конкретной области. Высшие профессиональные школы рассчитаны на четырехлетний период обучения, в ходе которого в обязательном порядке все студенты проходят практику на производстве, что зависит от выбранной специальности. По окончании данного учебного заведения студент получает диплом бакалавра. Выпускники профессиональных школ пользуются большим спросом у работодателей. Как и в ситуации со школьным образованием, высшая школа для всех желающих бесплатна. Большой популярностью пользуются также такие формы образования, как: народные

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

училища, учебные центры для безработных, открытые университеты, летние университеты. Они пользуются спросом у взрослых людей. Каждый год заведения подобного рода посещает около 600 тысяч людей, что составляет примерно 10% всего населения страны [3,4].

Особенности высшего образования: обучение является бесплатным не только для граждан Финляндии, но и для жителей стран Евросоюза (по положению на 2017 год), но для получения престижной работы в Финляндии потребуется выучить финский язык. Получать образование можно также на английском языке, но без знаний государственного языка начать успешную карьеру невозможно. Студент высшего учебного заведения во время обучения обладает определенной свободой, заключается она в самостоятельном составлении расписания посещения занятий и сдачи экзаменов, а также в выборе обучающих курсов (за исключением обязательных предметов), для этого необходимо согласование количества кредитов, необходимых для усвоения студентом в течение учебного года [5].

Высшее медицинское образование. Побывав и получив практический опыт в прикладных университетах JAMK, LAMK, HAMK мы выяснили, что одним из главных принципов работы факультета социальной защиты и здравоохранения, является выпуск высококвалифицированных специалистов-бакалавров в области ухода за больными, физиотерапии, реабилитации и социальных услуг. Качество базируется на широком спектре обучающих сред, поддерживающих самостоятельное развитие и образование, что создает основу для приобретения необходимых компетенций медицинского работника. Обучающий процесс проводится в виде интерактивных методов преподавания таких как: симуляции, электронные задания, совместные студенческие исследования и практики. В среднем за год студенту-медику необходимо изучить 60 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System — Европейская система перевода и накопления кредитов), что составляет около 1500–1800 учебных часов. Для получения степени бакалавра нужно набрать от 180 до 240 ECTS-кредитов за 3–3.5 года. Медицинское сестринское образование в Финляндии требует особого терпения, поскольку приходится изучать множество навыков, требующихся для получения степени бакалавра сестринского дела. К примеру все абитуриенты должны владеть английским языком на академическом уровне, а также финским языком на уровне A2. Все навыки проверяются во время вступительных экзаменов, которые организуются FINNIPS (финская сеть международных программ). Вступительные экзамены по специальности «Сестринское Дело» состоят из следующих этапов: оценка математических (логических) навыков, эссе, отражающие письменные навыки, интервью и дискуссия, демонстрирующая навык работы в команде. Побывав в стране тысячи озер, как любят называть ее местные жители, мы взглянули в самую суть системы образования и опробовали различные методы обучения. Характерной чертой финнов является основательный и ответственный подход к каждому вопросу. Однозначно, Финляндия видит в Казахстане надежного и перспективного партнера в сфере медицинского образования. Доказательством тому служит разработанная Министерством здравоохранения и социального развития Дорожная карта по модернизации системы сестринского образования на 2016-2019 годы при участии экспертов из Финляндии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хаутамяки Я. Рецензия на книгу: Паси Сальберг. Финские уроки. Чему может научиться мир на опыте образовательной реформы в Финляндии-2016.
2. Education and Research 2007-2012. Development plan. Ministry of Education. Available at: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2008/liitteet/opm11.pdf?lang=fi>.
3. Raivola R, Heikkinen A, Kauppi A, Nuotio P., Oulasvirta L., Rinne R., Knubb-Manninen G., Silvennoinen H., Vaahtera K. Aikuistennayttotutkintojarjestelmantoimivuus. Koulutuksenarviointineuvostonjulkaisu 26. Jyvaskyla 2007. Available at: http://www.edev.fi/img/portal/19/Julkaisu_nro_26.pdf?cs=1267624270 (Accessed 19.2.2014).
4. Lempinen P. THE FINNISH EDUCATION AND QUALIFICATIONS SYSTEMS. The Education and science journal. 2014;(5):125-138. (In Russ.) DOI:10.17853/1994-5639-2014-5-125-138.
5. Sahlberg P. Finnish Lessons: What Can the World Learn From Educational Change in Finland? 2015.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖУНУСОВА Д.К., ОСПАНОВА А.Р., АХЕЛОВА Ш.Л.
«Астана қаласының Медицина Университеті» АҚ.

ФИНЛЯНДИЯНЫҢ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Білім беруде Финляндия Еуропаның солтүстік бөлігінің көшбасшыларының бірі болып табылады. Финляндияның білім беру жүйесі 12 жыл бойы әлемнің ең жақсы деген 5% жүйелер қатарынан табылып

келеді. Мақалада берілген елдің білім беру жүйесін ұйымдастыру тәжірибесін талдауға көңіл бөлінген, халықаралық алмасу бағдарламасы аясында Финляндияда болып келген Астана медицина университеті оқытушысы мен студенттің жеке тәжірибесі ашылған.

Кілт сөздер: финдік білім беру жүйесі, білім беру саясаты, медициналық білім беру.

SUMMARY

ZHUNUSSOVA D.K., OSPANOVA A.R., AHELOVA SH.L.

Medical University of Astana

THE EDUCATIONAL SYSTEM OF FINLAND, ITS FEATURES

Finland is one of the leaders in Northern Europe in education. For 12 years the Finnish education system was part of the 5% best systems in the world. In the article attention is paid to the analysis of the experience of the organization of the education system of this country, illuminated the personal experiences of students and teachers of Medical University of Astana, who visited Finland in the framework of international exchange programs.

Key words: Finnish educational system, educational policy, medical education

МУСИНА А.А.^{1,2}, АЛДАБЕКОВА Г.У.¹, СУЛЕЙМЕНОВА Р.К.¹, ХАМИДУЛЛИНА З.Г.³, БУРУМБАЕВА М.Б.^{1, 2} СКЕНДЕРОВА Ш.У.

*АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан¹
Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.Ясави, г.Туркестан, Казахстан²
ГКП на ПХВ «Перинатальный центр №3», Астана, Казахстан³*

СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УСЛОВИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Аннотация

В статье представлены основные профессиональные риски, которые присутствуют у работников в системе здравоохранения. Исследования свидетельствуют, что среди основными вредными факторами являются психоэмоциональное напряжение, недостаточная освещенность, неблагоприятный микроклимат, присутствие в воздухе рабочей зоны биологических агентов и химических соединений. В процессе трудовой деятельности медицинский персонал испытывает чрезмерное напряжение анализаторных систем, нагрузки во время ночных смен, что обуславливает высокую подверженность воздействию условиям труда.

Ключевые слова: заболеваемость, медицинские работники, профессиональное выгорание, поликлиника, стационар.

Трудовая деятельность работников здравоохранения связана с негативным воздействием разнообразных производственных факторов: микроклимата, недостаточной освещенности, различных видов излучения, лекарственных препаратов и химических соединений, биологических агентов, психоэмоциональных нагрузок, чрезмерного напряжения анализаторных систем. Условия труда медицинского персонала являются неблагоприятными в большей части лечебно-профилактических организаций, при этом должный контроль за факторами производственной среды и трудового процесса чаще всего отсутствует. По данным литературы, подверженность медицинских работников вредному воздействию условий труда обуславливает высокие показатели общей и профессиональной заболеваемости, низкую продолжительность жизни и высокую смертность [1-5].

Большинство медицинских работников, подвергаются воздействию вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса. На них могут влиять повышенные уровни шума, неблагоприятный микроклимат, нерациональное освещение, электромагнитное и рентгеновское излучения, лекарственные и дезинфицирующие средства, биологические агенты, в том числе возбудители инфекционных заболеваний, тяжелые физические нагрузки и высокая степень напряженности труда. Воздействие этих факторов может негативно сказываться на состоянии здоровья и способствовать развитию профессионально обусловленных, а в ряде случаев и профессиональных заболеваний среди факторов трудового процесса. [6-11]. Нервно-эмоциональные напряжения были одним из основных производственных факторов, неблагоприятно влияющих на их здоровье [11].

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает высокую эмоциональную насыщенность, психофизическое напряжение и высокий процент стрессогенных факторов. Среди медицинских профессий синдром профессионального выгорания (СПВ) встречается у 30-90% работающих [13-15].

В настоящее время оценка условий труда работников и зависимости от целей и задач исследования может проводиться как по методике гигиенической оценки факторов рабочей среды и трудового процесса, так и по методике проведения специальной оценки условий труда (СОУТ) [12].

Основными областями применения гигиенической оценки, согласно руководству Р 2.2.2000-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», остаются:

- контроль состояния условий труда работника на соответствие действующим санитарным правилам и нормам, гигиеническим нормативам и получения санитарно-эпидемиологического заключения;
 - установление приоритетности проведения профилактических мероприятий и оценки их эффективности;
 - создание банка данных по условиям труда на уровне организации, отрасли и др.;
 - составление санитарно-гигиенической характеристики условий труда работника;
 - анализ связи изменений состояния здоровья работника с условиями его труда (при проведении периодических медицинских осмотров, специального обследования для уточнения диагноза).
- «Методика проведения специальной оценки условий труда» показали, что могут применяться для:
- разработки и реализации мероприятий, направленных на улучшение условий труда работников;
 - обеспечения работников средствами индивидуальной и коллективной защиты;
 - контроля за состоянием условий труда на рабочих местах;

- организации обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников;
- установления работников предусмотренных Трудовым кодексом РК гарантий и компетенций;
- решения вопроса о связи возникших у работников заболеваний с воздействием на их рабочих местах вредных и опасных производственных факторов, а также расследования несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.
- оценка уровней профессиональных рисков и прочего.

Наличие СПВ у медицинских работников оказывает сильное влияние на эффективность их профессиональной деятельности. У таких сотрудников снижается производительность труда, возникает трудность концентрации внимания при постановке диагноза и выборе метода лечения, наблюдается повышенная раздражительность и нетерпеливость. Все это приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи вследствие возникновения врачебных ошибок и ухудшению психического здоровья самих врачей. Наличие СПВ у медицинских работников является индикатором состояния здравоохранения [13].

В ряде современных исследований освещена проблема профессионального выгорания у врачей – онкологов, стоматологов, психиатров, анестезиологов-реаниматологов и др [14]. Однако среди специалистов медицинского профиля можно выделить группу работающих в особых условиях, к которым относятся врачи- терапевты поликлинических учреждениях. Работая в поликлинике, врачи ограничены во времени, должны быстро принимать решения, не имеют возможности круглосуточного наблюдения за больным и т.д. Все это приводит к накоплению психического напряжения, которое проявляется в виде СПВ, что в свою очередь свидетельствует о необходимости систематической работы с медицинским персоналом по профилактике и коррекции СПВ.

При исследовании СПВ принципиально важным является выявление факторов, способствующих развитию данного явления, что поможет в разработке мероприятий по профилактике СПВ у врачей, а также может способствовать формированию оптимальной рабочей среды в медицинских учреждениях.

Вопросы охраны труда и укрепления здоровья медицинских работников – одна из важнейших проблем здравоохранения, включающая медицинские, социальные, экономические и правовые аспекты. Ведущее место в системе лечебно-профилактических мероприятий занимает профилактика профессиональной заболеваемости [15]. Ежегодно регистрируются от 2 до 13 случаев впервые выявленных профессиональных заболеваний. Показатель профессиональной заболеваемости составлял от 1,2 до 4,1 случая на 10 тыс. работающих медиков, что выше соответствующих значений по стране (от 1,5 до 2,2) .

Однако в исследовании установлено, что уровень профессиональной заболеваемости медицинских работников многопрофильных учреждений был выше, чем инфекционных. Преобладали заболевания, связанные с воздействием биологического фактора (75%). На долю химического фактора приходилось 21,74%, физического 3,26%. Было отмечено тяжелое течение профессиональных заболеваний инфекционного генеза в учреждениях с вредными условиями труда. Все профессиональные заболевания в обеих группах были хроническими, что свидетельствовало как о невнимательном отношении медработников к своему здоровью, так и о недоработке при проведении плановых медосмотров. Чаще всего профессиональные заболевания персонала выявляли в возрастных группах: 41-45 и 56-60 лет (по 21,8%), 46-50 (16,36%), 31-35 (14,54%). В инфекционных лечебных учреждениях - в группах 51-55лет (21,62%), 31-35 и 46-50 (по 13,51%), 36-40 лет (10,81%) [16].

При анализе профессиональной заболеваемости работников многопрофильных лечебных учреждений установлено влияние воздействия факторов производственной среды и длительности стажа в контакте с вредным фактором (11-20, 21-30, 31-40 лет). В инфекционных лечебных учреждениях заболеваемость регистрировали в начале трудовой деятельности (со стажем до 5 лет, 6-10 лет). Самый высокий показатель профессиональной заболеваемости отмечен у среднего медицинского персонала (многопрофильные учреждения-52,72%; инфекционные учреждения -44,56%). Довольно часто профессиональную заболеваемость регистрировали у врачей многопрофильных учреждений (40%) и с одинаковой частотой (по 29,72%) – у врачей и младшего медицинского персонала инфекционных. Показатель профессиональной заболеваемости работников других должностей составил 1,81 и 4,34% в многопрофильных и инфекционных учреждениях. Персонал наиболее часто был подвержен риску возникновения инфекционной профессиональной заболеваемости: туберкулез, парентеральные вирусные гепатиты (75%). В многопрофильных лечебных учреждениях удельный вес инфекционных профессиональных заболеваний составил 58,18%, в инфекционных учреждениях -100% [16].

Показатель профессионального перфекционизма у врачей-терапевтов был связан с возрастом и стажем работы по специальности. У обследуемых старшего возраста выявлен относительно низкий уровень профессионального перфекционизма ($p < 0,05$). Соответственно специалисты относительно более молодого возраста были склонны тяжело переживать ошибки и неудачи в профессиональной деятельности, игнорируя успехи и достижения, часто подвергали сомнению свою компетентность, а также опасались

критики со стороны коллег и руководства. Врачи со стажем около 10 лет характеризовались относительно низким уровнем профессионального перфекционизма по сравнению со специалистами со стажем 15 лет ($p < 0,001$) [13-14].

Авторами Попова В.В, Дякова Ю.А, Новикова Л.А выявлена взаимосвязь показателя эмоционального истощения у врачей и наличия детей ($p = 0,034$). Респонденты с низким уровнем эмоционального истощения встречались чаще среди специалистов, имеющих детей (86,2%), чем те, у кого детей нет. Возможно, врачи, являющиеся родителями, чаще переключают свое внимание на детей, отстраняясь от эмоциональных переживаний, связанных с работой [13].

Выявлена взаимосвязь такого компонента выгорания, как «профессиональный перфекционизм» с наличием возможности дополнительной работы в стационаре ($p = 0,439$). Врачи, не работающие по совместительству в стационарных учреждениях, характеризовались относительно более высоким уровнем профессионального перфекционизма (79,2%). Сотрудники с высоким уровнем профессионального перфекционизма отказывались от дополнительных нагрузок [1].

Интегративный индекс СПВ был взаимосвязан с такой личностной характеристикой, как сензитивность ($b = 0,259$, $p = 0,036$), и использованием эмоционально-ориентированной копинг-стратегии ($b = 0,744$, $p = 0,001$). Для медицинских работников с относительно более высоким уровнем СПВ было характерно использование эмоционально-ориентированной стратегии поведения в профессионально - трудных ситуациях на фоне невысокой сензитивности [13].

Удовлетворительность трудом и оценка его значимости были связаны с наличием чувство разочарования в работе ($p = 0,000$), удовлетворительностью содержанием профессиональной деятельности ($p = 0,005$) и удовлетворительностью оплатой труда ($p = 0,011$). Врачи с высоким уровнем удовлетворительности работой и оценкой ее значимости характеризовались отсутствием разочарованности в работе (94,5%), наличием удовлетворенности содержанием своей профессиональной деятельности и оплатой труда (89,3%). Респонденты же с низким уровнем удовлетворенности работой и оценкой ее значимости отмечали, что разочарованы в своей работе (68,3%), выражали недовольство содержанием своей профессиональной деятельности и оплатой труда (41,3%). Исходя из этого, наибольший вклад в формирование удовлетворенности работой у врачей-терапевтов поликлинических учреждений вносит удовлетворительность содержанием профессиональной деятельности и размером заработной платы [13-16].

Отдельные компоненты профессионального выгорания у врачей связаны с такими социально-демографическими характеристиками, как возраст (до 35 лет) отсутствие детей, стаж работы по специальности (средний -10лет), количество принимаемых пациентов в день (до 10 и более 41 человека), а также отсутствие дополнительной работы в стационарном лечебном учреждении.

Среди организованных факторов, способствующих развитию профессионального выгорания у врачей поликлинических учреждений, можно выделить: неудовлетворенность содержанием профессиональной деятельности, наличие разочарованности в работе, неудовлетворенность заработной платой, отсутствие возможности повышения квалификации и дальнейшего профессионального развития, а также утомляющие условия труда. Выявленные факторы профессионального выгорания у врачей-терапевтов поликлинических учреждений необходимо учитывать при разработке мероприятий по его профилактике в медицинских учреждениях [13-20].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дубель Е.В., Унгурян Т.Н. Гигиеническая оценка условий труда медицинского персонала клинических и параклинических отделений стационара // Гигиена и санитария. – 2016. - №95 (1). – С.53-57.
2. Буракова, О.А. Особенности профессиональной патологии работников здравоохранения Мурманской области / О.А. Буракова, С.А. Сюрин, Н.М. Фролова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 3. – С. 272–275.
3. Ростиков, В.П. Родькин, А.В. Голубкова, С.В. Малева, Д.А. Гигиеническая характеристика условий труда работников станции скорой помощи г. Омск. // Омский научный вестник. – 2012. – № 2 (114). – С. 18–20.
4. Бектасова, М.В., Капцов В.А, Шенарев А.А. Оценка условий труда женщин - медицинских работников лечебных учреждений Приморского края. // Наука и мир – 2014. – № 1. – С. 338–341.
5. Сисин Е.И., Голубкова А.А., Малева С.В., Баякаев Д.А.. Актуальные вопросы профилактики профессиональной патологии работников здравоохранения // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2008. – № 4. – С. 13–16.
6. Балтрукова Т.Б., Иванова О.И., Кольцова Д.С. Гигиеническая оценка нервно-эмоционального напряжения рентгенологов // Гигиена и санитария. – 2017. - №96 (4). – С.363-367
7. Бойко И.Б., Сашин А.В. О состоянии здоровья медицинских работников РФ // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2008. – № 3. – С. 40–47.
8. Королева Е.П. Оценка управления рисками нарушения здоровья медицинского персонала, контактирующего с ингаляционными анестетиками // Медицина труда и промышленная экология. - 2015. – №9. – С.75-81
9. В.В. Косарев, С.А. Бабанов. Профессиональные заболевания медицинских работников.: Инфра –М; 2013.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

10. Лебедева А.В., Рослая Н.А., Ельцова М.А., Плотко Э.Г. Влияние химических профессиональных факторов на развитие аллергических заболеваний у медицинских работников. // Гигиена и санитария. – 2015. – 94 №2. – с. 61-64.
11. Сиротко М.Л., Бочкарева М.Н., Вавилов А.В. Оценка характера и условий труда врачей хирургов.// Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения. -2013.-№8,-с. 34-40.
12. Руководство Р 2.2.2000-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».
13. Попов В.В., Дякова Ю.А., Новикова Л.А., Профессиональное выгорание врачей терапевтов в поликлиниках.// Гигиена и санитария. – 2017. – 96 (3). – С. 265-269.
14. Большакова Т.В Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: автореферат. Дисс, канд.психол.наук. Ярославль; 2004.
15. Евдокимов В.И., Губин А.И. Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика. // Вестник психотерапии. -2009.- №30, - с 106-123.
16. Бектасова М.В., Капцов В.А., Шепарев А.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Приморского края (2005-2014гг.) // Гигиена и санитария. – 2017.- №3.- С. 258–269.
17. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии психологического стресса: Автореф.дисс канд.псих.наук. СПб.;2005.
18. Сидоров П.И.,Новикова И.А Стратегии профилактики синдрома профессионального выгорания у врачей. // Бюллетень по охране и гигиене труда. –2010.-№ 14.-с.76-9.
19. Сидоров П.И.,ред.Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: учебное пособие. Архангельск: Издательский центр СГМУ.-2007.-25с.
20. Юрьева Л.Н Профессиональные выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев: Сфера.-2004.-120с.

ТҮЙІН

МУСИНА¹ А.А., АЛДАБЕКОВА¹ Г.У., ХАМИДУЛЛИНА² З.Г., СУЛЕЙМЕНОВА¹ Р.К., БУРУМБАЕВА¹ М.Б., СКЕНДЕРОВА Ш.У.²

¹ «Астана Медицина университеті» АҚ, Астана қ.

² «Перинаталдық орталық №3» Астана қ.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ

Бұл мақалада денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлерінің негізгі кәсіби қауіп-қатерлері көрсетілген. Зерттеу негізгі факторлар ішіндегі психоэмоционалды жүктеме, жеткіліксіз жарықтандыру, қолайсыз микроклимат, жұмыс аймағындағы ауада биологиялық агенттердің және химиялық қосылыстардың болатындығын дәлелдеді. Медицина қызметкерлері еңбек қызметі үрдісінде шектен тыс анализатор жүйесінің қысымын, түнгі ауысым кезіндегі жүктемені өткереді, бұл еңбек шартына жоғары шалдыққыштықтың әсерлерін көрсетеді.

Кілттік сөздер: аурушаңдық, медицина қызметкерлері, кәсіби құлдырау, емхана, стационар.

SUMMARY

MYSSINA¹ A.A., ALDABEKOVA¹ G.Y., HAMIDULLINA² Z.G., SULEIMENOVA¹ R.K., BURUMBAEVA¹ M.B., SKENDIROVA SH.U.

¹ Astana Medical University JSC, Astana

² Perinatal center №3, Astana

HEALTH STATUS AND WORK CONVENIENCES OF MEDICAL PROFESSIONALS

The article presents the main occupational risks that are present in workers in the health care system. Studies show that among the major hazards is emotional stress, insufficient lighting, adverse microclimate, presence in the air of working zone of biological agents and chemical compounds. In the process of employment of medical personnel experiencing excessive stress disruption of analytic systems, work involves night shifts, resulting in a high susceptibility to their influence to the working conditions.

Key words: morbidity, health care workers, professional burnout, clinic, hospital.



УДК: 544.54.57.04: 613.6:331.105.24:553.982(048)

ТОКЛАЕВА С.А., САЙФУЛИНА Е.А., ДЖАНАБАЕВ Д.Д., БАХТИН М.М., КАЗЫМБЕТ П.К.

*Институт радиобиологии и радиационной защиты
АО «Медицинский университет Астана»*

ТЕХНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Аннотация:

В статье рассмотрены медицинские аспекты радиационных и нерадиационных факторов риска на разных этапах добычи и переработки нефти и газа на месторождениях. Представлен информационно-аналитический обзор открытых научных источников, посвященных негативному влиянию факторов риска на персонал нефтегазовой промышленности. В данной статье будет затронута тема влияния нефтедобычи и нефтепереработки на здоровье человека. Обсуждая данные вопросы, принято указывать на вредоносное влияние нефтяной отрасли на экологию и здоровье живых организмов. Безусловно, проблема существует и является актуальной на сегодняшний день. Негативное влияние нефтяной отрасли наиболее сильно ощущают те, кто непосредственно занят добычей и переработкой нефти.

Ключевые слова: радиация, ионизирующие излучение, профессиональная заболеваемость, техногенные факторы, нефтегазовая промышленность.

Введение: Изучение и охрана здоровья рабочих и служащих в условиях крупных производств являются важной задачей здравоохранения. Периодические медицинские осмотры направлены на своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирование групп риска; выявление общих заболеваний, выступающих медицинскими противопоказаниями к продолжению работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов; своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий с целью сохранения здоровья и восстановления трудоспособности работников, улучшение условий труда [1].

Значительный рост добычи нефти и газа в нашей стране, деятельность предприятий по переработке и транспортировке нефтепродуктов, делает актуальной задачу по оценке и нивелированию негативных влияний техногенных факторов на здоровье работников нефтедобывающего комплекса. В процессе добычи и транспортировки нефти работники имеют контакт с источниками ионизирующей радиации, преимущественно природными радионуклидами нефтедобывающих предприятий, содержащихся в добываемом сырье, оседающих на промышленном оборудовании, присутствующих в промышленных отходах.

На современном уровне развития технологии добычи нефти невозможно избежать подобного явления. В связи с этим возникает необходимость обеспечения радиационного контроля на этапе создания нефтепромыслов, в процессе их эксплуатации и выводе из эксплуатации. Регулярное проведение радиологических обследований, в том числе дозиметрического контроля производственных объектов, позволяет контролировать уровень загрязнения и следить за тем, чтобы уровень мощности дозы излучения на поверхности технологического оборудования не превышал допустимых значений, установленных санитарными правилами по обеспечению радиационной безопасности при обращении с материалами с повышенным содержанием природных радионуклидов [3].

Исследованиями установлено, что эффект низкоуровневого облучения может многократно усиливаться в комбинации с другими физическими и химическими неблагоприятными производственными факторами [4-5]. Показано, что наиболее высокие уровни вредных производственных факторов в добывающей отрасли характерны для работников занятых бурением скважин.

Нефтегазоносные районы занимают около 62% от общей площади территории Казахстана. Около 90% запасов нефти в Казахстане сконцентрированы в 15 крупнейших месторождениях – Тенгиз, Кашаган, Карачаганак, Узень, Жетыбай, Жанажол, Каламкас, Кенкияк, Каражанбас, Кумколь, Бузачи Северные, Алибекмола, Прорва Центральная и Восточная, Кенбай, Королевское. Месторождения находятся на территории шести областей. Актюбинская, Атырауская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Кызылординская и Мангистауская. Всего на территории страны расположены 172 нефтяных и 42 конденсатных месторождений. 80 месторождений находятся на разработке.

При этом примерно 70% запасов углеводородов сконцентрировано на западе Казахстана [2]. Процесс добычи нефти включает следующие этапы: разведку нефтяных месторождений, эксплуатацию нефтяных скважин, сбор продукции скважин и промысловую подготовку нефти. Комплекс вредных производственных факторов при добыче нефти представлен тяжестью труда, интенсивным производственным шумом, вибрацией и соответствующими сезону года неблагоприятными параметрами

микроклимата. Абсолютное большинство работ, связанных с добычей нефти, осуществляется на открытом воздухе, и только на отдельных этапах первичной подготовки и транспорта нефти работники большую часть смены находятся в производственных помещениях (машинисты насосных и компрессорных установок).

Загрязнение окружающей среды техногенными токсинами – бич современной цивилизации. Поэтому экспертная группа ООН, занимающаяся проблемой влияния экологических и техногенных факторов на живые организмы, в 1982 году пришла к заключению, что загрязнение окружающей среды приводит к необратимым негативным последствиям для здоровья [4,5,6]. Необходимо уточнение особенностей хронического воздействия малых доз ионизирующей радиации в малых дозах на костный мозг, периферическую кровь, нейроны коры головного мозга. Сведения по этим вопросам в условиях эксперимента крайне ограничены и противоречивы [7].

В результате хронической интоксикации происходит снижение неспецифической иммунной защиты организма, что в свою очередь способствует развитию многих заболеваний как аллергической, так и неаллергической природы [8].

В последнее время доказано, что пары анилина, нитробензола и их производных проникают через кожу так же быстро, как и через дыхательные пути. А это означает, что, практически, необходимо защищать не только органы дыхания от паров этих веществ, но и кожу во избежание развития отравления [9].

Возможен также путь поступления токсических веществ через желудочно-кишечный тракт. При этом всасывание яда может начаться уже во рту. Это относится к липофильным веществам. Особая опасность при этом заключается в попадании всосавшихся во рту веществ непосредственно в большой круг кровообращения, минуя печень, которая обычно обезвреживает яды [10-11].

Как отмечено выше, все углеводороды действуют на центральную нервную систему, вызывая ряд функциональных расстройств. Легкие фракции бензинов поражают кору головного мозга, тогда как более тяжелые действуют на подкорковые центры. При небольших концентрациях бензина, когда нет еще нарушений условнорефлекторных и тормозных процессов, у людей более ранними симптомами действия бензинов являются нарушения вегетативной нервной системы. Вегетативные сдвиги говорят о том, что основным местом действия паров бензина является кора головного мозга. Отсюда можно заключить, что действие углеводородов может проявиться при незначительной концентрации в различных областях целостного организма [12].

При систематическом контакте кожи рук с бензином возможны дерматиты, экзема [9]. Установлено также, что среди рабочих нефтеперерабатывающих заводов с увеличением стажа работы увеличивается число лиц с лейкопенией [13].

По результатам углубленного медицинского осмотра хроническая патология диагностирована почти у всех рабочих. Ведущее место в структуре выявленной патологии занимают заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, болезни системы кровообращения, заболевания ЛОР-органов, а также желудочно-кишечного тракта.

Заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы у нефтяников представлены, главным образом, вертеброгенной патологией пояснично-крестцового отдела позвоночника (вертебробагненная люмбопатия, деформирующий остеоартроз). Проблема влияния факторов производственной среды и трудового процесса, в частности, физического перенапряжения, вибрации, переохлаждения, шума, на формирование клинических проявлений заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы является актуальной для работающих в различных отраслях промышленности. По данным ряда авторов, в структуре неврологических заболеваний у работников многих отраслей промышленности вертеброгенная патология пояснично-крестцового уровня занимает одно из ведущих мест [14].

Таким образом, комплекс неблагоприятных производственных факторов: значительное физическое напряжение с преимущественной нагрузкой на пояснично-крестцовую область, пребывание в вынужденном положении, воздействие общей вибрации, неблагоприятные метеорологические условия способствуют развитию дегенеративно-дистрофических изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и являются основной причиной болевого синдрома у бурильщиков, операторов ПРС, машинистов.

В исследованиях С. А. Галлямовой [15], выявлена зависимость поражений периферической нервной системы от тяжести трудового процесса у среднего технического персонала по обслуживанию буровых установок. В результате проведенных исследований выявлено достоверное влияние производственных факторов на здоровье вахтовых работников нефтепромыслов.

Помимо отложений радиоактивных осадков на технологическом оборудовании большую опасность для персонала представляют долгоживущие радионуклиды, образующиеся в результате распада радона (свинец-210, висмут-210 и полоний-210), которые при попадании даже в небольшом количестве вместе с пылью и аэрозолями в легкие человека сильно повышают риск заболевания раком легких [16]

На сегодняшний день крайне мало работ, отражающих детальный анализ радиационной обстановки на нефтедобывающих предприятиях, по оценке условий труда работников предприятий в условиях воздействия радиационного фактора и риска развития стохастических эффектов.[17-18-19].

Исследование условий труда работников нефтедобывающей промышленности Республики Башкортостан показало значительный рост хронических неинфекционных, производственно-обусловленных заболеваний, увеличение числа лиц с факторами риска развития профессиональной патологии [20].

Таким образом, добыча и переработка нефти, а также нефтепродукты, в том числе органические растворители, полученные из нефти оказывают неблагоприятное действие на живые организмы, выраженность которого зависит от дозы этих веществ, попавших в организм и адаптогенных возможностей организма, связанных в первую очередь с активностью неспецифической иммунной системы. Увеличение уровня заболеваемости технического персонала по обслуживанию буровых установок вызывается повышением степени вредности вибрации, шума, ионизирующего излучения, микроклимата и тяжести трудового процесса.

Оценка радиационной опасности малых доз ионизирующих излучений представляет собой трудную и многогранную задачу. Между тем, именно такого характера сведения необходимы для оценки опасности их воздействия на организм человека. Они особенно актуальны для специалистов, разрабатывающих соответствующую нормативно-техническую документацию по обеспечению радиационного контроля и безопасности населения. Материалы по этой проблеме имеют непосредственное отношение к оценке риска развития лучевых поражений и их последствий у лиц, работающих или проживающих в условиях повышенного радиационного фона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берхеева З.М., Берхеев И.М., Мальшиева И.Ю. и др. Особенности профессиональной заболеваемости в Республике Татарстан // Казанский мед.ж. — 2009. — Т.90, № 4. — С. 518—521.
2. Статистический сборник «Инвестиционная и строительная деятельности в Республики Казахстан 2007-2011» Агенство РК по статистике-Астана 2012.
3. Гимранова Г.Г. Комплексная оценка условий труда и состояния работы нефтяников / Г.Г. Гимранова // Медицина труда и промышленная экология — 2009. - № 8. - С. 1 – 5.
4. Исследование длительного комбинированного влияния бензола и хрома на морфофункциональное состояние нейроэндокринной и иммунной систем крыс Вистар / Е. В. Ермолина [и др.] // Изв. Самар. науч. центра Рос.акад. наук. — 2012. — Т. 14, № 5. — С. 444–447.
5. Ильяева, Е. Н. Диагностика, экспертиза и профилактика профессиональной нейросенсорной тугоухости в нефтедобывающей и нефтехимической промышленности / Е. Н. Ильяева, А. Д. Волгарева // Медицина труда и пром. экология. — 2008. — № 10. — С. 9–12.
6. Савлуков, А. И. Коррекция процессов перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты мексидолом и глицинол при токсическом действии этанола / А. И. Савлуков, Р. Н. Кильдебекова, Р. С. Фаршатов // Саратов. науч.-мед. журн. — 2009. — Т. 5, № 4. — С. 507–510.
7. Т. Б. Тимашкевич, 1978; Б. И. Москалева, 1989; В. А. Эфендиев, 1998 и др.],
8. Сорокин, Г. А. Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности как показатель профессионального риска / Г. А. Сорокин // Гигиена и санитария. — 2007. — № 4. — С. 43–46.
9. Ахметов, В. М. Динамика профессиональной заболеваемости в нефтяной, нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности за 40 лет / В. М. Ахметов // Медицина труда и пром. экология. — 2002. — № 5. — С. 9–13.
10. Kamilov RF, Abzalov PP, Khanov TV, Kudryavtsev VP. Sidorcheva OV, Yapparov RN, i dr. State of health of workers of the petrochemical industry. *MeditsinaTrudaPromEkologiya*.2008;(12):10-5. (In Russ.)
11. McKee RH, Rohde AM, Daughtrey WC. Benzene levels in hydrocarbon solvents-response to author's reply. *JOccup Environ Hyg*. 2007 Jun;4(6):D60-2. DOI:10.1080/15459620701328089
12. Effects of treatment with a 5-HT4 receptor antagonist in heart failure / J. A. Birkeland [et al.] // *Br. J. Pharmacol.* — 2007 Jan. — Vol. 150, N 2. — P. 143–152.
13. Показатели периферической крови у работников нефтехимического производства / Г. Г. Бадамина [и др.] // Анализ риска здоровью. — 2015. — № 2. — С. 62–67.
14. Измеров Н.Ф. // *Мед.труда*. 2006. № 3. С. 1—5.
15. Галлямова С. А. Патогенетическая взаимосвязь между нарушениями вегетативной нервной системы и дистрофическими поражениями опорно-двигательного аппарата у работников нефтяной промышленности / С. А. Галлямова // Актуальные проблемы материнства в медицине труда : материалы докл. Рос. науч.-практ. конф., 2001. — Уфа, 2001. — С. 104–107.
16. Хуснуллин М.Х. Геофизические методы контроля разработки не
17. Sharkey J.J., Cutro R.S., Fraser W.J. et al Process safety testing program for reducing risks associated with large scale chemical manufacturing operations// *Plant Oper. Progr.* 1992. - V.1 1, № 4. - P.238 – 246

18. Daiher D. N., Moslen M. T., Carz I. B., Ward J. B. *Repeated oral benzene exposure alters enzymes involved in benzene metabolism// J Toxicol Environ. Health. 1996. - Vol. 48, N 5. - P. 439 – 45*

19. Wiig H. *Frequency of work-related diseases an indicator of working environment standard. SPE Health, Safety and Environment in Oil and Gas Exploration and production Conference. - 1996. - New Orleans, Louisiana. - P. 303 - 308.*

20. Гимранова Г.Г. *Оценка состояния здоровья рабочих нефтедобывающей отрасли и вопросы первичной профилактики/Медицина труда и промышленная экология, 2002, с.13-16.*

ТҮЙІН

ТОКЛАЕВА С.А., САЙФУЛИНА Е.А., ДЖАНАБАЕВ Д.Д., БАХТИН М.М., КАЗЫМБЕТ П.К.

Радиобиология және радиациялық қорғау институты «Астана Медициналық Университеті» АҚ, Астана қаласы

**МҰНАЙ -ГАЗ ӨНДІРІСІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ТЕХНОГЕНДІ ҚАУІП-ҚАТЕР
ФАКТОРЛАРЫ**

Мақалада кен орнында мұнай мен газды өндіру мен өңдеудің әр түрлі кезеңдеріндегі қауіп-қатер факторларының радиациялық және радиациялық емес медициналық аспектілері қарастырылған. Мұнай-газ өнеркәсібінің персоналдарына қауіп-қатер факторларының кері әсерін көрсететін ашық ғылыми көздерге ақпараттық-аналитикалық шолу берілген. Бұл мақалада мұнай өндіру мен мұнай өңдеудің адам денсаулығына әсері тақырыбында мәселе қозғалады. Осы мәселені талқылай отырып, мұнай өнеркәсібінің тірі ағзалардың экологиясы мен денсаулығына зиянды әсерін көрсету қабылданған. Әрине, мәселе бар және бүгінгі күні өзекті болып табылады. Мұнай өнеркәсібінің кері әсерін мұнайды тікелей өндіру мен өңдеуге тартылған адамдар өте қатты сезеді.

SUMMARY

TOKLAYEVA S.A., SAIFULINA E.A., DJANABAYEV D.D., BAHTIN M.M., KAZYMBET P.K.

Institute of Radiobiology and Radiation Protection «Astana Medical University» JSC

TECHNOGENIC RISK FACTORS FOR WORKERS IN THE OIL AND GAS INDUSTRY

The medical aspects of radiation and non-radiation risk factors at different stages of oil and gas production and processing at the fields are considered in the article. An information-analytical review of open scientific sources devoted to the negative influence of risk factors on personnel of the oil and gas industry



КОРАЗОВ Г.К., РАМБЕРДИЕВА Г.К., МУКАНБЕТОВА Б.Б., КУЛЬМЫРЗАЕВА Н.К.
КФ УМС «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА. КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ

Целью работы является рассмотрение основных вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения КА на примере клинического наблюдения. КА – представляет собой врожденное сегментарное сужение аорты, располагающееся в области ее перешейка, и является одним из самых частых — до 15% всех ВПС.

Методы. В представленном клиническом наблюдении у пациентки 20 лет отмечалась стойкая АГ, не поддающаяся медикаментозному лечению. Это позволило заподозрить у него вторичную АГ. Уже на этапе объективного обследования были выявлены симптомы, характерные для КА. Дополнительные инструментальные методы обследования, в частности рентгенография ОГК, МСКТ, позволили подтвердить диагноз. Проведено хирургическое лечение.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, коарктация аорты, артериальная гипертензия в юношеском возрасте.

Актуальность: Коарктация аорты (КА) является одной из часто встречаемых врожденных пороков сердца (ВПС) у детей. КА – представляет собой врожденное сегментарное сужение аорты, располагающееся в области ее перешейка, и является одним из самых частых — до 15% всех ВПС. У мужчин встречается в 2- 2,5 раза чаще, чем у женщин[1]. Схематические КА представлено на рисунке 1.

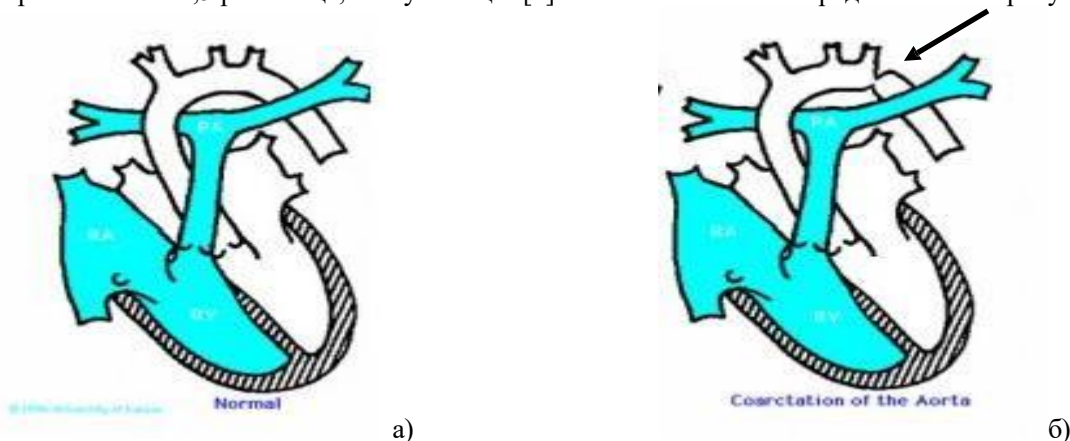


Рисунок 1.: Аорта в норме (а) и при коарктации (б)
(<http://mfvt.ru/koarktaciya-aorty-dva-sluchaya-iz-praktiki/>)

Причина формирования КА окончательно не установлена, но самая известная из них – классическая теория Skoda J. et al [2] объясняет сужение аорты закрытием открытого аортального протока (ОАП), в результате чего в процесс вовлекается прилегающий участок аорты. Helmut B. et al связывают патогенез данной патологии с несоответствием диаметров аорты новорожденного в области перешейка и нисходящей части (перешеек обычно на 30% уже восходящей и нисходящей частей) [3].

В настоящее время существует несколько классификаций КА зависимости от используемых критериев. Так, по локализации сужения, различают преддуктальный, юктадуктальный и постдуктальный варианты КА[4]. В зависимости от ассоциации выделяют изолированную КА, КА в сочетании с ОАП, с дефектом межжелудочковой перегородки сердца (ДМЖП), а также с другими ВПС. У новорожденных коарктация часто сочетается с другими пороками сердца (ОАП, ДМЖП, митральная недостаточность и др.), что является причиной высоких смертности. Изолированная КА наблюдается лишь у 15-18% больных с осложненным течением заболевания в грудном возрасте [5]. У детей старшего возраста и взрослых, как правило, имеется изолированная КА.

При взрослом типе КА – имеется сегментарное сужение просвета аорты ниже (дальше по току крови) места, где от неё отходит левая подключичная артерия; артериальный проток при этом закрыт; «Детский» (инфантильный) тип КА – характеристика гипоплазией аорты в этом же месте, но артериальный проток открыт. ОАП выявляется более чем у 60% детей грудного возраста с КА, причём диаметр протока может быть больше диаметра аорты. [6,7]. В большинстве случаев после резекции суженного участка аорты и восстановлением ее проходимости с помощью анастомоза у некоторых больных в отдаленные сроки после хирургического вмешательства приводит к повторному сужению аорты (рекоарктация аорты). Субстратом повторных стенозов у новорожденных и детей является разрастание меди и формирование фиброза в

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

зонах анастомоза вследствие неадекватно проведенной ангиопластики и несоответствия роста сосудов и организма ребенка. Так же причиной могут послужить повторное сужение аорты, разрывы анастомозов, кровотечения, образование аневризмы выше места коарктации и другие осложнения.

Приводим пример из практики.

Клинический случай: Пациентка А., 20 лет, поступила в отделение кардиологии АО «ННЦОТ» с жалобами на головную боль в затылочной области, периодически в состоянии покоя судороги на нижних конечностях, общая слабость.

Из анамнеза заболевания: В 17-летнем возрасте во время медицинского осмотра впервые было выявлено повышение артериального давления (АД) до 170/100 мм.рт.ст. Диспансерно наблюдалась. Пациентка в динамике за 3 года была стабильная, гемодинамических нарушений не было. Гипотензивную терапию не принимала, ситуационно при гипертонических кризах принимала таблетку каптоприла 25 мг под язык или аллотендин 5/5 мг внутрь. Данное ухудшение в течение последних 5-6 дней по приезду в г. Астану к родственникам, после переохлаждения, отмечается нестабильные цифры АД с повышением до 200/100 мм.рт.ст. Ввиду прогрессирования вышеуказанных жалоб головокружения, выраженных головных болей, на фоне стойкого повышения АД до 200/100 мм.рт.ст, вызвала бригаду скорой помощи, бригадой оказана помощь Каптоприл 25 мг 1 таблетка под язык, раствор Энап 1,25 мг-1,0 мл + раствор NaCl 0.9%-10,0 мл в/в струйно без эффекта, доставлена в приемное отделение АО «ННЦОТ», осмотрена кардиологом, высокие цифры АД 200/100 мм.рт.ст, сохраняются. Учитывая молодой возраст пациентки, некупирующий гипертонический криз на догоспитальном этапе, осложненного энцефалопатией и риск возникновения возможных осложнений на фоне АД криза пациентка госпитализирована в экстренном порядке в отделение кардиологии.

Из анамнеза жизни: Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Болезнь Боткина, туберкулез заболевания отрицает. Наследственные заболевания сердечно-сосудистой системы не отягощена. Аллергоanamнез спокоен. Вредных привычек нет.

При поступлении объективно: Общее состояние пациентки средней степени тяжести, за счет синдрома артериальной гипертензии. В сознании, адекватна. Телосложение диспропорциональное: верхняя половина туловища развита значительно лучше, чем нижняя (широкие плечи, худые ноги). Кожные покровы обычной окраски, сухие на ощупь, периферических отеков нет. Температура тела 36,3 С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16-17 в мин. SpO₂-95-98 % без оксигенации. Верхушечный толчок определяется на 5 межреберья. При перкуссии: левая граница находится в 5 межреберье на 1,0 см кнутри по срединно-ключичной линии. Правая граница на 2,0 см кнутри от правого края грудины, верхняя на уровне 3-м межреберья. Тоны ясные, ритм правильный, выслушивается грубый систолический шум в межлопаточном области слева и в прекардиальной области. ЧСС 78 в мин. АД 160/80 мм.рт.ст. на верхних конечностях, на нижних конечностях 99/63 мм.рт.ст. с обеих сторон. Язык влажный, умеренно обложенный у корня. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

Лабораторные исследования при поступлении:

Общий анализ крови: Нв-147г/л, эритроциты- $5,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $5,5 \times 10^9$ /л, Нт-46,1%, тромбоциты- 241×10^9 /л.

Общий анализ мочи: цвет- светло желтый, прозрачность- слабо мутная, относительная плотность- 1030, рН-6,0, лейкоциты-2-3 в поле зрения, плоский эпителий-3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ: глюкоза-4,4 ммоль/л, общий холестерин-4,5 ммоль/л, ЛПВП-1,1 ммоль/л, ЛПНП-3,3 ммоль/л, ТГ-0,7 ммоль/л.

Учитывая синдром артериальной гипертензии в молодом возрасте, а также по данным объективного осмотра нами была заподозрена синдром КА, для исключения были проведены следующие инструментальные исследования:

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 63 в мин. Нормальное положение ЭОС. S-T сегмент на изолинии.

ЭХОКГ: Камеры сердца в размерах не увеличены. Гипертрофии стенок ЛЖ нет. Глобальная, локальная сократительная функция миокарда удовлетворительная. ФВ-67%. Дополнительная хорда в полости левого желудочка.

На рентгенографии органов грудной клетки: Рентген признаков патологических изменений в легких не выявлено. Узурация задних отростков 3,4,5,6 ребер справа, 4,5,6 ребер слева (рисунок 2).

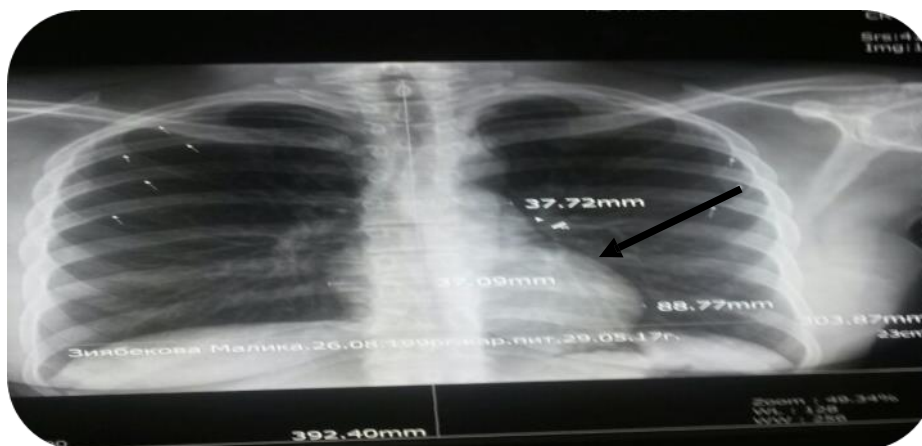
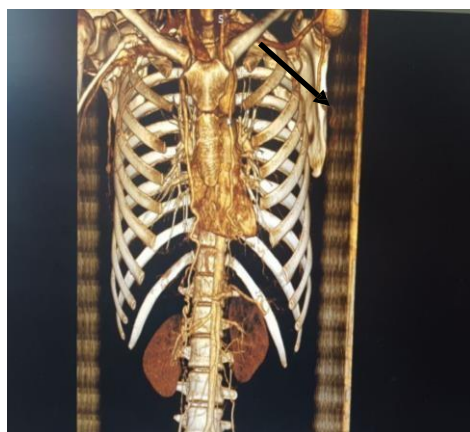


Рисунок 2: Рентгенографии органов грудной клетки (стрелкой показано узурация задних отрезков 3,4,5,6 ребер справа, 4,5,6 ребер слева)

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) в ангиорезиме грудной, брюшной аорты, с 3D реконструкцией: Определяется увеличение восходящего отдела аорты диаметром до 2,8 см, дуга до 1,7 см, в нисходящей части грудного отдела аорты дистальнее отхождения левой подключичной артерии выявляется *резкое концентрическое сужение до 0,4 см* с наличием пре- и постстенотических расширений соответственно до 2,3 см и 2,5см. Легочной ствол умеренно расширен до 2,6 см, брахиоцефальные артерии несколько расширены, без признаков стенотических поражений. Отмечается расширение артерий грудной стенки, внутренних грудных артерий, межреберных артерий. Выявлена добавочная почечная артерия по нижнему полюсу левой почки диаметр 0,26 см.

Заключение: Коарктация грудной аорты. Добавочная почечная артерия (рисунок 3 а, б).



а) прямой проекция



а) боковой проекция

Рисунок 3: Добавочная почечная артерия. Мультиспиральная компьютерная томография

По результатом обследования пациентке выставлен **диагноз:** ВПС. Коарктация грудного отдела аорты. Симптоматическая гипертензия.

Пациентка была переведена АО «ННКХЦ» для проведение хирургического лечения, произведена операция: Стентирование коарктация аорты стентом Andra Stent XL 35 mm на баллоне MaxiLD 14/40. Операция завершилась успешно, состояние улучшилось, АД снизилось до 120/80 мм.рт.ст. На сегодняшний день медикаментозную терапию не получает.

Обсуждение:

КА- относится к критическим порокам, ее клинические проявления зависят от степени сужения, наличия ОАП и его ширины, локализации сужения относительно ОАП, характера сопутствующих сердечных аномалий. Если порок впервые выявляется в возрасте старше одного года, это обычно свидетельствует о его относительно малой выраженности [8]. По данным литературы без оперативного лечения КА смертность на первом году жизни достигает до 35% а средняя продолжительность жизни составляет два года [9,10,11]. Несмотря на то что, в хирургическом лечении КА достигнуты большие успехи, которые направлены на эффективное восстановление системного кровотока и устранение перепада давления на участке дуги аорты, ряд аспектов обсуждаемой проблемы не решен до сих пор. Прежде всего артериальная гипертензия в послеоперационном периоде [12,13].

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В отдаленном периоде АГ после хирургической коррекции КА, больным необходима медикаментозная коррекция резидуальной АГ. При этом ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (АПФ), б-блокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина являются препаратами выбора. В рандомизированном исследовании [14] Brili S., et al продемонстрировали, что ингибиторы АПФ улучшает функцию эндотелия и снижает экспрессию провоспалительных цитокинов IL-6 у пациентов после реконструкции дуги аорты. По результатам исследования Giordano и et al [15], в котором пациенты получали лечение либо б-блокаторами (атенолол, n = 12), либо блокаторами рецепторов ангиотензина (кандесартан, n = 18), авторы отметили, что отмечалось снижение АД в 50% случаев в группе лечения б-блокаторами и в 75% – в группе блокаторов рецепторов ангиотензина. Установлено что, возникло множество побочных эффектов в группе пациентов, которые получали лечения б-блокаторами. Однако в 8-недельном перекрестном исследовании Moltzer и et al [16], сравнив результаты приема у группы пациентов принимавшие кандесартан и метопролол, обнаружили, что в группе лечения метопрололом отмечен значимый снижение АД.

Заключение:

Особенность данного клинического случая в том, что артериальную гипертензию в молодом возрасте при коарктация аорты можно заподозрить уже при первом обращении. Ранняя диагностика коарктация аорты и эндоваскулярное лечение данного ВПС может предотвратить жизнеугрожающие осложнения. Кроме того, актуален вопрос оптимальной медикаментозной терапии: когда начинать лечение, на что ориентироваться и каким препаратом давать предпочтение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Некоронарогенные болезни сердца / Практическое руководство. - Киев: Морион. – 2001 – 401с.
2. Клинические рекомендации по ведению взрослых пациентов с врожденными пороками сердца. Москва: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. - 2010– 358с.
3. Guidelines Consensus on Timing of Intervention for Common Congenital Heart Diseases / Indian Pediatrics. – 2008. - vol 45.117-126 p.
4. Lowell E. Sever, PhD. // Guidelines for Conducting Birth Defects Surveillance // - 2004.
5. Миролубов Л.М. Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей первого года жизни. – г. Казань. – 2008 - 100-104 с.
6. Коарктация аорты. Два случая из практики. / Клинические исследования. Практическая медицина. – 2008 – 07 с.
7. Вахненко Ю.В., Ландышев Б.С., Дубровских И.Е., Уразова Г.Е., Погребная М.В. - Диагностика и принципы лечения врожденных пороков сердца. 2012 - 71-80 с.
8. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца у детей. Москва, - 2005
9. Рогова Т.В., Вишнякова М.В. Клиника, диагностика и показания к хирургическому лечению коарктации аорты у новорожденных и грудных детей / Детские болезни сердца и сосудов – 2005. 1: 48–54 с.
10. Кривоустов С.П. Проблемно ориентированная педиатрия: избранные вопросы / Клиническое руководство для врачей. X.: Новое слово – 2012 - 288 с.
11. Полин Р.А., Дитмар М.Ф. Секреты педиатрии / Перевод с английского языка. СПб: Издательство БИНОМ Невский диалект - 2001 - 784 с.
12. Шорманов И.С. Структурно-функциональные изменения почек при пороках развития магистральных сосудов сердца (клинико-экспериментальное исследование) / Автореферат диссертация К.м.н. - г. Москва - 2009 - 46 с.
13. Pedersen T.A. - Late morbidity after repair of aortic coarctation. Dan Med J - 2012; 59: 4: 16–18 pp.
14. Brili S., Tousoulis D., Antoniadis C., et al / Effects of Ramipril on endothelial function and the expression of proinflammatory cytokines and adhesion molecules in young normotensive subjects with successfully repaired coarctation of aorta / J. Am. Coll. Cardiol. - 2008. Vol. 51. 742–9 p.
15. Giordano U., Cifra B., Giannico S., Turchetta A., Calzolari A.. - Midterm results and therapeutic management for patients suffering hypertension after surgical repair of aortic coarctation // Cardiol.Young. - 2009. Vol. 19 (5). 451–5 p.
16. Moltzer E., Raso F., Karamermer Y., et al. Comparison of Candesartan versus Metoprolol for treatment of systemic hypertension after repaired coarctation // Am. J. Cardiol. - 2010. Vol. 105. 217–22 p.

ТҮЙІН

КОРАЗОВ Г.К., РАМБЕРДИЕВА Г.К., МУКАНБЕТОВА Б.Б., КУЛЬМЫРЗАЕВА Н.К.

КФ УМС «Ұлттық онкология және трансплантология ғылыми орталығы»

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЖҮРЕКТІҢ ТҮА ПАЙДА БОЛҒАН АҚАУЫ. КЛИНИКАЛЫҚ ПРАКТИКАДА КЕЗДЕСЕТІН АОРТА КОАРКТАЦИЯСЫ

Жұмыстың мақсаты КА-ны клиникалық бақылай отырып, оның этиологиясын, патогенезін, клиникалық көрінісін, диагностикалау әдісін, ем жүргізудің негізгі мәселелерін қарастыру болып табылады. КА – аортаның мойыншық бөлігінің туа пайда болған сегментарлы тарылуымен жүретін, барлық туа пайда болған жүрек ақауларының ішінде ең жиі 15% дейін кездесетін түрі болып табылады.

Әдістер. Келтірілген жағдайда науқаста 20 жас кезінен бастап медикаментозды емге көнбітін тұрақты артериалық қан қысымының жоғарылауы тіркеледі. Бұл екіншілік артериалық қан қысымының болуына күмән келтіреді. Жалпы қарау кезінде КА симптомы анықталды. Қосымша аспаптық зерттеу әдісі кеуде клеткасының рентгенографиясы, мультиспиральды компьютерлік томография диагнозды нақтылауға көмек берді. Хирургиялық ем жүргізілді.

RESUME

G.K.KORAZOV, G.K. RAMBERIEVA, B.B. MUKANBETOVA, N.K. KULMYRZAEVA

KF UMC «National research center of Oncology and transplantation»

CLINICAL CASE: CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE HEART. COARCTATION OF AORTA CLINICAL CASE

The purpose of work is consideration of the basic questions of etiology, pathogenesis, clinical picture, and methods of diagnosis and treatment of KA for example, clinical observations. Coarctation of aorta – is a congenital segmental narrowing of the aorta, located in the region of the isthmus, and is one of the most common — up to 15% of all CHD.

Methods. In the present observation the patient 20 years age was observed resistant hypertension not amenable to medical treatment. This allowed him to suspect secondary hypertension.. This allowed to suspect secondary hypertension. At the stage of physical examination were detected symptoms characteristic of CA. Additional instrument



УДК 618:36-006.325

¹УТЕПОВА Р.Я., ²АЛИМБЕТОВА А.Р.

¹Кафедра акушерства - гинекологии МКТУ им .Х.А.Ясави, г.Шымкент

²ШГМБ, зам директора по ОМД

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

В резюме описан интересный случай пузырного заноса, который, может повториться в нашей практике в необычной форме. Конечно, непосредственное излечение после удаления пузырного заноса составляет 80%. Однако, необходимо учитывать и тот факт, что в 20% возможно развитие злокачественной трофобластической опухоли. Учитывая увеличение случаев пузырного заноса в последнее время, не следует забывать об онкологической настороженности, осложнениях пузырного заноса. Трудно проводить дифференциальную диагностику после 45 лет, так как в таком возрасте в анамнезе имеет место аномальное маточное кровотечение, нарушение менструального цикла, миома матки и т.д. Но лабораторно-инструментальная диагностика часто дополняет и подтверждает подозрение на пузырный занос.

Ключевые слова: беременность, пузырный занос, осложнения, онкология, лабораторные исследования.

Пузырный занос относится к группе трофобластических заболеваний. Встречается в 0,02-0,8% случаев от всех беременностей [1,2]. Эта патология проявляется ранним токсикозом, т.е. многократной рвотой, тошнотой, кровотечениями, отсутствие достоверных признаков беременности в виде определения частей плода, сердцебиения, движений плода, несоответствие размеров матки со сроком гестации, двусторонние текалотеиновые кисты, которые самостоятельно регрессируют после удаления пузырного заноса. [1,3,4].

Часто пузырный занос встречается в возрасте 20—24 года, затем его частота снижается, а частота инвазивного пузырного заноса увеличивается с возрастом. У женщин старше 35 лет риск увеличивается в 2 раза, после 45 лет - в 7,5 раза, т.е. пик данной патологии находится в границах 40-49 лет. Причем вероятность частичного пузырного заноса с возрастом не увеличивается, в отличие от полного. Это еще раз доказывает на то, что причины пузырного заноса остаются неизученными. [1, 2,7]

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

При подозрении на пузырьный занос проводят: вагинальное исследование, УЗИ органов малого таза, обязательно определяют содержания β -ХГ, при необходимости выполняются биохимические [пробы печени](#), определение [креатинина](#) и [коагулограммы](#). [2,3,5]. Для исключения метастазов пузырьного заноса проводится рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости, [КТ](#) или [ЯМРТ головного мозга](#). После удаления пузырьного заноса проводят [гистологическое исследование](#) и [определение кариотипа](#)[6, 8,10].

Лечение: удаление пузырьного заноса путем вакуум-аспирации, выскабливанием полости матки, редко гистерэктомия [1,4,5].

Предоставляется интересный случай из практики в гинекологии:

Из истории болезни: больная А., 47 лет, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, головокружение, тошноту, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: со слов больной, в течение года отмечает нарушение менструального цикла. Считает себя больной около месяца, когда появились периодические кровянистые выделения из половых путей. В начале, обратилась гинекологу поликлиники, где вызвали скорую помощь и направили в отделение гинекологии с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, с диагнозом: Аномальное маточное кровотечение?

В отделении гинекологии проведено УЗИ органов малого таза, заключение: миома матки с интрапаmurальным ростом узлов. М-эхо 0,35 мм. На момент осмотра обращения к экстренной госпитализации показаний не было, направлена к врачу поликлиники на обследование и плановую госпитализацию по месту жительства, где начато обследование.

В течение 20 дней больная дважды обращалась по скорой помощи в экстренную гинекологию, была на приеме врача терапевта поликлиники. Кровянистые выделения из половых путей периодически усиливались и продолжались. Диагноз: миома матки. Ранее этот диагноз не выставлялся, на диспансерном учете не состояла. Лечение не принимала.

По истечении 24 дней кровянистые выделения из половых путей усилились, присоединились: общая слабость, головокружение, тошнота, отсутствие аппетита, по поводу чего в сопровождении врача поликлиники бригадой СМП доставлена в экстренную гинекологию.

Из анамнеза жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: туберкулез, кожно-венерические заболевания отрицает, Вирусный гепатит отрицает. Операции, травмы, гемотрансфузии не были.

Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, установилась сразу. Последняя менструация – точно не помнит. Половая жизнь с 20 лет. Беременности-7, роды -5, без осложнений. Самопроизвольные выкидыши-2, с выскабливанием полости матки. Гинекологические заболевания – отрицает.

Объективно: Общее состояние тяжелое, стабильное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, чистые. Молочные железы мягкие, соски чистые. Органы дыхания: ЧДД- 20 в минуту. Дыхание свободное, через нос. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: Пульс частота 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 110/70, 100/60 мм. рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, увеличен за счет образования в брюшной полости, соответствует 24 недельной беременности, с четкими контурами, безболезненное. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена Мочеполовая система: без патологии. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

На зеркалах: Стенки слизистой влагалища, шейка матки цианотичные, имеются nabothovy kisty размерами 0,2x0,3 см. Наружный зев зияет. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Р.В.: Влагалище рожавшее. Шейка матки цилиндрической формы. Цервикальный канал пропускает кончик пальца. Матка соответствует 24 неделям беременности, с четкими контурами, плотной консистенции, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные, глубокие. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные

Лабораторно-инструментальные исследования:

Анализ на ХГЧ соответствовал 12 недельной беременности.

Общий анализ крови при поступлении Нв-85/л., Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП- 0,87, Лейк - $7,8 \times 10^9$ /л; СОЭ -13 мм/час Нт 30%, .; время сверт: нач 03м 25сек- конец 04м 00сек

В динамике общий анализ крови: Нв-82/л., Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л; ЦП- 0,79; Лейк.- $9,8 \times 10^9$ /л; СОЭ -17 мм/час Нт 29%, .; тромбоциты 174×10^9 /л; время сверт: нач 03м 30сек- конец 04м 10сек, нейтрофилы: нейтрофилы: палочкоядерные 3%, сегментоядерные 67%, моноциты 2%, лимфоциты 25%, моноциты 3%,

Общий анализ крови: Нв-74/л., Эр - $2,9 \times 10^{12}$ /л; ЦП- 0,76; Лейк.- $9,0 \times 10^9$ /л; СОЭ -18 мм/час Нт 27%, .; тромбоциты 165×10^9 /л; время сверт: нач 03м 35сек- конец 04м 00сек: Коагулограмма при поступлении: Протромбин время 19 сек, МНО-1,32, фибриноген 3,0 г/л; Коагулограмма в динамике: Протромбин время 21сек, МНО-1,53, фибриноген 2,8 г/л, АЧТВ 39 сек: Коагулограмма Протромбин время

ТӘЖІРЕБЕДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР

19 сек, МНО-1,32, фибриноген 2,5 г/л, АЧТВ 42 сек Биохимия крови: мочеви́на –6,3 креатинин – 72, общий белок 59 г\л, АлаТ 18, Асат 13 , общ билирубин 12,0 глюкоза 5,5 Биохимия крови в динамике: мочеви́на – 5,1, креатинин – 64, общий белок 56 г\л, АлаТ 18, Асат 12 , общ билирубин 10,0 глюкоза 4. Обзорная рентгенография грудной клетки: в легких явление хронического бронхита, корни широкие, тяжистые. Сердце и аорта гиперстенического типа. Синусы и диафрагма без особенностей. ЭКГ: синусовая тахикардия ЧСС 104 в мин. Отклонение ЭОС влево. УЗИ органов малого таза, заключение: миома матки с интрапаmurальным ростом узлов. М-эхо 0,35 мм. УЗИ органов малого таза в динамике: матка увеличена в размерах, в полости неоднородное содержимое с мелкими кистоподобными включениями, без кровотока. Пузырный занос? НЕО? УЗИ комплекс, заключение: Спленомегалия. Диффузные изменение в паренхиме печени и поджелудочной железы ,селезенки. Признаки хронического холецистита, хронического пиелонефрита .Соли в члс обеих почек

Консультация онкогинеколога, выставлен диагноз: Пузырный занос. Миома матки. Рекомендовано: диагностическое выскабливание полости матки, при необходимости повторное выскабливание полости матки. ХГЧ в динамике через 2-3дня после выскабливание полости матки, УЗИ контроль малого таза, явка с результатом гистологического анализа в ООД.

Произведено выскабливание полости матки. Соскоб из полости матки в виде «гроздьев винограда» в большом количестве, объем занял 8,0 литровую мерную посуду. Передано на гистологический анализ. Макроскопическая картина: классический пузырный занос.

Через определенное время гистологический анализ подтвердил пузырный занос. Результат ХГЧ через 3 дня после выскабливания матки в динамике показатель уменьшился.

Конечно, непосредственное излечение после удаления пузырного заноса составляет 80%. [1.2] Однако, необходимо учитывать и тот факт, что в 20% возможно развитие злокачественной трофобластической опухоли.

Таким образом: учитывая увеличение случаев пузырного заноса в последнее время, не следует забывать об онкологической настороженности, осложнениях пузырного заноса. Трудно проводить дифференциальную диагностику после 40-45 лет, так как в таком возрасте в анамнезе имеет место аномальное маточное кровотечение, нарушение менструального цикла, миома матки и т.д. Но лабораторно-инструментальная диагностика часто дополняет и подтверждает подозрение на пузырный занос.

Необходимо после удаления пузырного заноса:

1. Каждую неделю проводить исследование сывороточного уровня бета — ХГЧ до получения трех последовательных отрицательных результатов. Затем, каждый месяц — до 6 месяцев, далее 1 раз в 2 месяца — следующие 6 месяцев;

2. УЗИ органов малого таза — через 2 недели после удаления пузырного заноса, далее — ежемесячно до нормального уровня ХГЧ;

3. Рентгенография легких после удаления пузырного заноса, далее — через 4 и 8 недели при динамическом снижении уровня ХГЧ [1,2,4]

4. В период наблюдения беременность противопоказана. Контрацепция рекомендуется в течение 1-1,5 года после нормализации уровня ХГЧ, желателно — оральными контрацептивами [2,4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Пузырный занос. Врачебная тактика.» Л.И. Кох Кафедра акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации СГМУ, г. Томск

2. American College of Obstetricians and Gynecologist. Medical Management of Abortion. -2001.-apr.13p.

3. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standart to Improve Women' s Health Management of Early Pregnancy Loss. 2000 Jct. 9p.

4. Usafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. WHO Geneva 2004 p.35

5. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standart to Improve Women' s Health. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline # Sept.2004.p.104

6. Султанова Ж.У., к.м.н., ведущий специалист отделения оперативной гинекологии Республиканского научно-исследовательского центра Охрана материнства и детства.

7. «Гинекология» под редакцией проф.Родзинского В.Е., Москва, издание «ГЭОТАР-Медиа» 2008г стр. 414-423

8. Клинический протокол диагностики и лечения РК, «Пузырный занос», 2015г

9. Савельев Г.А., Бреусенко В.Г. Гинекология (учебник). ГЭОТАР-МЕД, 2004, 480 с.

10. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.-М., МИА, 2001г.

ТҮЙІН

¹УТЕПОВА Р.Я., ²АЛИМБЕТОВА А.Р.

*ХҚТУ Қ.А.Ясауи атындағы, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.
ШҚКА бас дәрігерінің ана және баланы қорғау ісі орынбасары*

ТӘЖІРЕБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ: КӨПІРШІКТІ КІРМЕ

Түйінде көпіршікті кірме қызық жағдайы сипатталған, ол біздің тәжірибеде ерекше түрде қайталануы мүмкін. Әрине, көпіршікті жойғаннан кейінгі тікелей емдеу 80% құрайды. Алайда, 20% қатерлі трофобластикалық ісіктер дамуы мүмкін екендігін ескеру қажет. Соңғы кезде көпіршікті кірме жағдайының артуын ескере отырып, көпіршікті кірменің асқынулары, онкологиялық сактық туралы ұмытпау керек. 45 жастан кейін дифференциалды диагностика жүргізу қиын, өйткені осы жаста аномалды жатырдан қан кетулер, етеккір циклінің бұзылысы, жатыр миомасы және т.б. анамнезде орын алады. Бірақ көпіршікті кірмеге күдікті зертханалық-аспаптық диагностика жиі толықтырады және растайды.

Түйін сөздер: *жүктілік, көпіршікті кірме, асқынулар, онкология, зертханалық зерттеулер.*

SUMMARY

УТИЕРОВ Р.Я., АЛИМБЕТОВА А.Р.

*¹Chair of Obstetrics and Gynecology of the MKTU named after Kh.A. Yasavi, Shymkent
Shymkent multidisciplinary hospital, deputy director of the OMD*

CASE OF PRACTICE: BUBBLE CONSUMPTION

In summary described an interesting case of hydatidiform mole, which could happen in our practice, in an unusual form. Of course, an immediate cure after removal of hydatidiform mole is 80%. However, it is necessary to take into account the fact that 20% may develop malignant trophoblastic tumor.

Given the increase in cases of hydatidiform mole the last time, we should not forget about of malignancies, complications of hydatidiform mole. Difficult differential diagnosis after the age of 45, as this age in history is the place of the abnormal uterine bleeding, menstrual disorders, uterine fibroids, etc. However, laboratory-instrumental diagnosis often complements and confirms the suspicion of molar pregnancy

Key words: pregnancy, molar pregnancy, complications, Oncology, and laboratory studies.

