

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

К ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР)

Г.К. Каусова, Т.М. Файзрахманова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

В статье описаны медицинские, социальные, биологические факторы, негативно влияющие на развитие привычного невынашивания беременности (генетические, эндокринные, иммунные, инфекционные, и др.) и механизмы их влияния, а также возможные психологические последствия рецидивирующих спонтанных аборт, которые негативно влияют на течение последующей беременности и родов. Приведен опыт разных стран в организации медицинской помощи женщинам с данной проблемой. Учет данных факторов определяет направленность профилактических мероприятий, в том числе прегравидарную подготовку у женщин группы риска.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, невынашивание, привычный выкидыш, привычное невынашивание, преждевременные роды, Республика Казахстан, Всемирная организация здравоохранения

УДК 618.39-06-082

Актуальность. Общая численность Республики Казахстан (РК) по данным на 01.09.2017г. составляет 18.074.100 человек. Занимает 63-е место в списке стран по численности населения. В динамике отмечается значительный прирост населения с 6.591.600 человек в 1950г. на 18.034.100 человек к 2016г., почти на 11.442.500 человек. Имея положительную динамику данных показателей, а так же учитывая условия экономических, социальных, политических изменений в Казахстане женщины в период беременности и родов остаются одной из наиболее уязвимых групп населения. По официальным данным в Казахстане женщины составляют - 52%, из них -45,6% женщин фертильного возраста. [1].

В современных условиях для Казахстана, как и для других государств СНГ, остро стоят вопросы защиты жизненных интересов населения - как сохранения его численности, так и обеспечения его качества жизни. Важная роль при этом отводится государством женщинам, т.к. от благополучия и состояния их здоровья зависит численность и здоровье будущих поколений. [2].

В Послании Президента к народу Казахстана «Казахстан - 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» четвертым долгосрочным приоритетом определены здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана, а охрана здоровья матери и ребенка поставлена в ранг приоритетных направлений как для государства, так и для органов здравоохранения, всего общества [3].

Репродуктивное здоровье определяется Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) как «состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функции процессов, включая воспроизводство и гармонию психосексуальных отношений в семье». Улучшение репродуктивного здоровья женщин, их

способности к качественному воспроизводству населения является одной из важных стратегических задач здравоохранения [3,4].

Невынашивание беременности является актуальной медицинской и социальной проблемой, и ее частота, по данным ВОЗ, на протяжении нескольких лет составляет 20% от всех желанных беременностей (15% - самопроизвольные выкидыши и 5% преждевременные роды) и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и эффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы.

Ранние потери беременности (до 12 недель) составляют практически 85% от всех потерь и являются инструментом естественного отбора. До 60-80% ранних выкидышей обусловлены хромосомными аномалиями зародыша, что относится в большей степени для спорадических прерываний, связанных также с целым рядом социально-биологических (курение, употребление алкоголя, наркотиков, вредные производственные факторы, воздействие радиации и т.д.) и медицинских факторов (предшествующие искусственные аборты, острые инфекционные заболевания и т.д.) [5].

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности [6].

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель – называют самопроизвольным аборт (выкидышем). Прерывание беременности с 22 до 37 недель называется преждевременными родами. Причины спорадического самопроизвольного аборта чрезвычайно разнообразны и не всегда четко обозначены. К ним относят целый ряд социальных факторов: вредные привычки, вредные

производственные факторы, неустроенность семейной жизни, тяжелей физический труд, стрессовые ситуации и др. Медицинские факторы: генетические поломки кариотипа родителей, эмбриона, эндокринные нарушения, пороки развития матки, инфекционные заболевания, предшествующие аборт и др.

Привычный выкидыш (невынашивание) - самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд.

В ряде стран привычным выкидышем считают 3 и более самопроизвольных прерываний, но обследование для выявления причин прерывания беременности, рекомендуют проводить после 2-х прерываний. Частота привычного невынашивания в популяции составляет от 2% до 5% от числа беременностей. В структуре невынашивания частота привычного выкидыша составляет от 5 до 20%.

Привычное невынашивание - полиэтиологичное осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы. Наиболее частыми причинами привычного невынашивания являются эндокринные нарушения репродуктивной системы, стертые формы дисфункции надпочечников, поражение рецепторного аппарата эндометрия, клинически проявляющиеся в виде неполноценной лютеиновой фазы (НЛФ); хронический эндометрит с персистенцией условно - патогенных микроорганизмов и/или вирусов; истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, внутриматочные синехии, антифосфолипидный синдром и др. аутоиммунные нарушения. Хромосомная патология для пациенток с привычным невынашиванием менее значима, чем при спорадических абортах, тем не менее, у супругов с привычным невынашиванием структурные аномалии кариотипа встречаются в 10 раз чаще, чем в популяции и составляет 2,4%. Причины спорадического прерывания беременности и привычного невынашивания могут быть идентичны, но при этом у супружеской пары с привычным невынашиванием всегда есть патология репродуктивной системы более выраженная, чем при спорадическом прерывании. При ведении пациенток с привычной потерей беременности необходимо обследование состояния репродуктивной системы супружеской пары вне беременности. Для того, чтобы лечение по сохранению беременности было эффективным, необходимо знать причины и более глубоко понимать патогенез тех нарушений, которые ведут к прерыванию беременности. Это можно выяснить только при тщательном обследовании вне беременности, для проведения реабилитационной терапии и более рационального ведения беременности. Только такой подход, индивидуальный в каждом конкретном наблюдении, может обеспечить успешное течение беременности и рождение здорового ребенка. **Преждевременные роды** - один из важных вопросов этой проблемы, так как определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. На долю недоношенных детей приходится до 70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8-13 раз чаще, чем при своевременных родах.[7].

По данным В. Guyer et al. (1995), в США недоношенность и ее осложнения являются основной причиной смертности плодов и новорожденных без аномалий развития и составляют 70% от общей перинатальной смертности. Отдаленные последствия недоношенности: нарушения психомоторного развития, слепота, глухота, хронические заболевания легких, церебральные параличи и т.д. - хорошо известны.[8]

По данным М. Hacketal. (1994), дети, рожденные массой менее 1500 г, в 200 раз чаще умирают новорожденными и, если выживают, в 10 раз чаще имеют неврологические и соматические осложнения, чем дети, рожденные массой более 2500г. И если период новорожденности проходит без осложнений, то в школьные годы у большинства этих детей есть проблемы. За последние 30 лет в мире достигнуты большие успехи в выживании недоношенных детей, в

результате чего значительно снижена младенческая смертность, ближайшая и отдаленная заболеваемость, но частота преждевременных родов в последние годы не снижается, а увеличивается, особенно в развитых странах.[9].

По данным К. Damus (2000), в США за последние 10 лет частота преждевременных родов увеличилась с 10% до 11,5%, и это обусловлено увеличением числа многоплодных беременностей после программ экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и других методов стимуляции овуляции, а также более широким распространением вредных привычек (табак, наркотики, алкоголь).

Проблема преждевременных родов имеет психосоциальный аспект, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются тяжелой психической травмой. Женщины, потерявшие ребенка, ощущают боязнь за исход последующей беременности, чувство собственной вины, что приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, и часто к отказу от последующей беременности. В этой связи проблема преждевременных родов имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

В настоящее время социальное значение приобретает проблема преждевременных родов, учитывая высокую стоимость выхаживания недоношенных детей. По данным А. Antsaklis (2008) стоимость медицинской помощи недоношенным новорожденным составляет 16,9 миллиардов долларов - 33 200 \$ на одного недоношенного ребенка. По данным J. Rogowski (2000) средняя стоимость выхаживания ребенка массой 500 г - более 150 000 долларов США и только 44% из них выживают. При массе ребенка 1251-1500 г - средняя стоимость выхаживания приблизительно 30 000 долларов США и выживаемость 97%. Но нет данных о немедической стоимости содержания этих детей для семьи и общества в целом (Bernstein P., 2000). В связи с этим решение проблем недоношенного ребенка, как в медицинском, так и в социальном плане, лежит в проблеме профилактики преждевременных родов. Это сложная проблема, и попытки развития таких программ в мире множество).[7,10,11].

Не малое значение имеют и факторы социального риска невынашивания беременности, к которым относят: низкий социальный статус матери (родителей), низкий уровень дохода, отсутствие образования, плохо организованное питание, психосоциальные стрессы.

К прочим факторам риска невынашивания беременности относятся: возраст женщины - риск повышается после 35-40 лет; хромосомные аномалии с возрастом становятся более распространенными; возраст отца также играет свою роль, так как с годами генетическое качество спермы ухудшается; фоллиевая недостаточность; низкая масса тела - излишне худые женщины больше подвержены факторам риска невынашивания беременности в первом триместре; злоупотребление алкоголем, курение, наркотики; использование некоторых лекарственных препаратов, несогласованных с врачом; травма матки, спровоцированная падением или серьезной аварией; факторы окружающей среды - токсины (мышьяк, свинец, ртуть, бензол и прочие); использование донорских яйцеклеток - женщины, которые достигают беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, используя донорские яйцеклетки, могут быть более склонны к выкидышам. Это происходит из-за отрицательной реакции иммунной системы против чужеродного яйца; пренатальная диагностика. Некоторые виды пренатальных генетических тестов, таких как амниоцентез или взятие проб ворсинок хориона, связаны с несколько повышенным риском выкидыша из-за инвазивного характера этих процедур.[12]

Заключение. Неблагоприятная ситуация в сфере репродуктивного здоровья населения требует разработки и реализации комплексных мер по профилактике его нарушений, что невозможно без углубленного медико-социального исследования проблемы. [13].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Портал www.ru.wikipedia.org/wiki/Населения Казахстана.
- 2 Послание Президента к народу Казахстана, Назарбаева Н.А. «Казахстан - 2030. Прцветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев». Алматы. 1997г. - С.125.
- 3 Нукушева С.Г. Научные основы совершенствования управления системой охраны репродуктивного здоровья населения женщин Казахстана: автореф. дис. ... канд. мед. наук - М.: 2005. - 56 с.
- 4 А.А. Баранов, Н.А. Каюпова Репродуктивное здоровье женщин. - Новгород: 1999. - №3. - С. 21-45.
- 5 В.М. Сидельникова Современные взгляды на проблему невынашивания беременности // Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. - С. 24-27.
- 6 В.М. Сидельников, Г.Т. Сухих Актуальные проблемы невынашивания беременности // Руководство для практических врачей. - М.: 2009. - С. 1-4.
- 7 Филатова Е.М. Прогнозирование невынашивания беременности. Оптимизация и введение женщин с невынашиванием. - М.: 2004. - 147 с.
- 8 V. Guyer et.al. Probing the Neural Correlates of Anticipated Peer Evaluation in Adolescence // Chil.Dev. - 2000. - №80(4). - P. 1000-1015.
- 9 M. Hack et.al Outcomes in young adulthood for very-low-birth weight infants // N.Eng.Med. - 2000. - №346(3). - P. 149-157.
- 10 J. Rogowski. Indirect vs direct hospital quality indicators for very-low-weight infants // Jama. - 2004. - №291(2). - P. 202-209.
- 11 Bernstein.L.P. From Wikipedia, the free encyclopedia.
- 12 www.genomed.ru/factoryriskanevynashivania.
- 13 Е.И. Клещенко Распространенность и факторы риска невынашивания беременности. - 2006. - 134 с.

Г.К. Каусова, Т.М. Файзрахманова
Қазақ медициналық университеті «ҚДСЖМ»

ӘЙЕЛДЕРДЕ ЖҮКТІЛІКТІң БОЛМАУЫНА АРНАЛҒАН МӘСЕЛЕЛЕР

Түйін: Жүктілік болмауы - өзекті медициналық-әлеуметтік мәселе. Ерте жүктілік жоғалуы (12 аптаға дейін) барлық шығындардың 85% құрайды. Ерте жастағы ересектердің 60-80% дейін эмбрионның хромосомалық бұзылулары болады, ол әлеуметтік-биологиялық және медициналық факторлармен үзілістерге байланысты.

Түйінді сөздер: ұрпақтың денсаулығы, жүктіліктің төмендеуі, әдеттегі жүктілік, ерте туу, Қазақстан Республикасы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы.

G.K. Kausova, T.M. Fayzrakhmanova
Kazakh State Medical University "DCSMS"

PROBLEMS WITH THE LACK OF PREGNANCY IN WOMEN

Resume: The absence of pregnancy is a serious medical and social issue. Early pregnancy loss (up to 12 weeks) is 85% of all costs. Up to 60-80% of the adult adult chromosomal defects of the embryo are due to breaks in social and biological and medical factors.

Keywords: reproductive health, pregnancy decline, congenital pregnancy, early birth, the Republic of Kazakhstan, World Health Organization.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

**С.Е. Еркенова, А.Н. Әубәкір, М.Б. Жүсүпбек, С.Ж. Құламетова,
А.И. Кожанова, Ш.Б. Танабаева, А.Т. Манучехр**

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра акушерства и гинекологии №3*

Фертильность является одной из важнейших проблем гинекологии. Бесплодием страдают мужчины и женщины во всем мире. Оценка распространенности данного состояния в настоящее время неточна, считается, что более 10-20 % супружеских пар в течение репродуктивного периода сталкиваются с данной проблемой. При расчете на общую популяцию это значит, что в мире насчитываются миллионы супружеских пар, для которых проблема бесплодия является причиной личных страданий и влечет за собой распад семьи.

Бесплодие – это проблема общегосударственного масштаба, и пристальное внимание к ней приковано во многих странах дальнего и ближнего зарубежья. Планирование беременности и рождение здоровых детей – это не просто задача супружеских пар, но и один из приоритетов государственной политики. В данной статье описываются наиболее важные аспекты диагностирования и алгоритма ведения супружеских пар с бесплодием различного генеза.

Ключевые слова: фертильность, бесплодие, женское бесплодие, мужское бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

УДК 614.2:618.1:612.663-055.2

Актуальность. Бесплодие - это состояние, которое нельзя относить к одному человеку, это проблема пары, и правильно будет говорить не о бесплодии, а о бесплодном браке. Раньше врачи не занимались обследованием супружеской пары пока "стаж" их бездетного брака не достигал 4-х лет, затем срок сократился до 3-х, далее до 2-х лет. Сегодня, брак считается бесплодным, если беременность не наступает при регулярной (не реже 4 раз в месяц) половой жизни в течение года без использования контрацепции. Согласно статистике, у 30% супружеских пар беременность наступает в первые 3 месяца, у 60% - в течение последующих 7, а у оставшихся 10% - через 11-12 месяцев после начала регулярной половой жизни. Частота бесплодного брака, по различным данным, колеблется от 10-15% до 18-20%, и, что интересно, в трети случаев детородная функция снижена и у мужа, и у жены.

Цель: В данной статье рассматривается проблема бесплодия, которая представлена с двух точек зрения: медицинской, психологической. Помимо этого приведены основные этиологические факторы бесплодия, методы диагностики и ведения супружеских пар.

Различают первичное и вторичное бесплодие, а также мужское, женское, комбинированное (сочетание женского и мужского бесплодия или обусловленное несовместимостью супругов) и идиопатическое (неясной природы). Если у пары и до брака ни у одного из партнеров никогда не было детей, говорят о первичном бесплодии. А если у женщины была хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась — родами, аборт, выкидышем, внематочной беременностью — последующее бесплодие считается "вторичным". А еще, в зависимости от того, являются ли причины бесплодия врожденными или приобретенными, говорят о врожденном или приобретенном бесплодии. Также различают временное или постоянное бесплодие (в зависимости от причины). Существует, однако, и так называемое физиологическое бесплодие - до пубертатного периода (до полового созревания) и после климактерия. Но это бесплодие не абсолютно, так как известно, что беременность наступает иногда как до появления первой менструации, так и через много лет после климактерия. Физиологическим называется также и бесплодие во время беременности и лактации. Основными условиями для успешного зачатия являются: с одной стороны, циклическое высвобождение яйцеклетки из фолликула (овуляция); попадание способной к оплодотворению яйцеклетки в функционирующую маточную трубу, обеспечение благоприятных условий для слияния женской и мужской половых клеток внутри маточной трубы и для имплантации зиготы в эндометрий (прикрепления оплодотворенной яйцеклетки к внутренней выстилке матки); с другой стороны, достаточное количество подвижных сперматозоидов в эякуляте, сконцентрированном в непосредственной близости от цервикального канала (от шейки матки); благоприятные условия в шейке и теле матки, обеспечивающие активное продвижение сперматозоидов по направлению к маточным трубам. При первом обращении супружеской пары, страдающей бесплодием, врач первоначально проводит обследование супруга. На долю мужского бесплодия относят около 40% бесплодных браков. Принято считать, что фертильность (способность к зачатию) мужчин обеспечивается количеством сперматозоидов (от 20 до 100 млн/мл). По крайней мере 50% сперматозоидов через 2 часа после эякуляции должны сохранять подвижность, а через 24 часа более половины от исходного числа подвижных сперматозоидов еще живы. Нарушениями, приводящими к мужскому бесплодию, могут быть: Во-первых, малое количество или отсутствие в эякуляте сперматозоидов. Активность половой жизни - ежедневные или более частые сокоупления (эякуляции) могут привести снижению числа сперматозоидов. Однако воздержание на протяжении 5-7 дней также нежелательно, так как увеличение числа сперматозоидов сопровождается снижением их подвижности в результате увеличения числа старых клеток. Во-вторых, агглютинация (склеивание) сперматозоидов.

Периодически это может происходить у большинства мужчин, но если подобные изменения обнаруживаются повторно, то это может указывать на аутоиммунную реакцию или инфекцию. В-третьих, отсутствие разжижения семенной жидкости. Значение имеют и секреторные нарушения семенных пузырьков, предстательной железы и остальных добавочных желез в мужских половых протоках. В-четвертых, ретроградное семяизвержение. Иногда встречается нарушение эякуляции с выбросом спермы в мочевой пузырь, это бывает при сахарном диабете, болезни Ходжкина, после удаления простаты и при неврологических расстройствах. В-пятых, нарушение строения сперматозоидов. Причинами могут быть: травмы яичек, оперативные вмешательства на них или эпидемический паротит (свинка) в прошлом; тяжелые аллергические реакции; воздействие ионизирующей радиации; применение некоторых медикаментозных средств (нитрофурантоин, сульфасалазин и другие). Наконец, подвижность сперматозоидов. Курение и алкоголь может приводить к снижению уровня тестостерона в крови; снижению либидо и потенции. Важно помнить, что потенция мужчины не является показателем его фертильности, то есть способности к деторождению. Часто уверенность женщины в хорошей детородной функции мужа базируется только на высокой оценке его половой потенции. Однако, нередко чрезвычайно слабая потенция сочетается с великолепной фертильностью спермы и наоборот - владелец спермы без сперматозоидов может обладать высокой потенцией.

Если причиной бесплодного брака являются те или иные нарушения в организме женщины, говорят о женском бесплодии. И так, каковы же причинные факторы:

Во-первых, факторы овуляции. Расстройству эндокринной регуляции какой-либо фазы менструального цикла нередко приводит к нарушению овуляции. Отсутствие или нерегулярная овуляция может быть следствием гиперпролактинемии, синдрома поликистозных яичников, гипоталамической аменореи или недостаточности лютеиновой фазы. Также частыми причинами отсутствия овуляции являются изменение массы тела (метаболический синдром, ожирение, нервная анорексия); прием медикаментозных препаратов (гормональные, транквилизаторы и т.п.) или расстройства психологического характера (семейные или служебные проблемы, путешествия, занятия спортом и т.д.).

Во-вторых, трубно-перитонеальные факторы. Возможны анатомические нарушения, сопровождающиеся непроходимостью маточных труб, причинами которых могут являться: воспалительные заболевания половых органов (инфекции, передающиеся половым путем); ранее перенесенные оперативные вмешательства на внутренних половых органах (миомэктомия, резекция яичников и т.д.); послеродовые осложнения (травматические и инфекционные) или эндометриоз. Также порой нарушается и функция маточных труб, к чему приводят: нарушение синтеза простагландинов, стрессы или нарушение функции надпочечников.

В-третьих, маточная форма бесплодия – гиперпластические процессы эндометрия, миома, аденомиоз, синехии, пороки развития, аномалии положения матки, инородные тела матки, патология шейки матки (цервикальный фактор бесплодия).

В-четвертых, шеечные факторы. Слизь, выделяемая шейкой матки, служит биологическим фильтром, препятствующим проникновению бактерий из влагалища и повышающим жизнеспособность сперматозоидов. Обычно сперматозоиды проходят через цервикальный канал и оказываются в маточной трубе уже через 5 минут после попадания в шейку матки. Причинами бесплодия на данном этапе могут быть: аномалии положения шейки матки; хронический эндоцервицит (воспаление шеечного канала); предшествующее оперативное вмешательство на шейке матки, приводящее к сужению цервикального канала или уменьшению образования шеечной слизи; наличие в цервикальной слизи антител к сперматозоидам мужа

(вызывают гибель последних) - это называется иммунологическая несовместимость супружеской пары. В 30 % бесплодных браков имеется сочетание мужского и женского бесплодия, то есть диагноз мужского бесплодия ни в коем случае не отменяет обследования жены, а при необходимости, и параллельного их лечения.

В случаях, когда беременность не наступает в течение 1–2 лет и при этом ни у одного из партнеров никакой патологии не выявляется, бесплодие считается труднообъяснимым или идиопатическим. Некоторые специалисты связывают идиопатическое бесплодие с наличием генетических нарушений, другие, в свою очередь, определяют психогенное происхождение. Есть мнение, что причина его пока просто не может быть выявлена современными методами диагностики. Обследование и лечение мужчин проводится андрологом или урологом. Начинают с анализа спермы (спермограммы).

Основными методами, применяемые при обследовании женщин являются:

- измерение ректальной температуры или проведение теста на овуляцию в течение 2-3 менструальных циклов (у женщин с регулярным менструальным циклом);
- определение гормонов крови ИФА методом:

прогестерон у женщин с регулярными менструациями на 21-23 день цикла; **ФСГ, ЛГ** у женщин с олигоменореей/аменореей в любой день или на 2-4 день менструации, индуцированной гестаганами; **тестостерон** у женщин с клиническими признаками гиперандрогении на 4-7 день цикла; **ТТГ, Т4св, Анти ТПО** у женщин с патологией щитовидной железы (на 4-7 день цикла у женщин с регулярными менструациями, в любой день у женщин с олигоменореей/аменореей);

- мазок на онкоцитологию (при наличии эктопии шейки матки);
- кольпоскопия (при наличии эктопии шейки матки);
- КТ или МРТ черепа и турецкого седла (при гиперпролактинемии, при низкой концентрации ФСГ в крови);
- УЗИ молочной железы (при выявлении изменений при пальпации в молочных железах);
- УЗИ щитовидной железы (при выявлении изменений при пальпации щитовидной железы)
- биопсия эндометрия с последующим гистологическим исследованием в целях диагностики функции желтого тела у женщин с регулярными менструациями на 21-23 день цикла;
- гистероскопия на 6-8 день цикла (при подозрении на патологию полости матки и эндометрия)

Основными методами, применяемые при обследовании мужчин являются:

- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С;
- спермограмма, морфологическое исследование эякулята;
- определение группы крови и резус-фактор;
- микроскопия мазка из уретры;
- MAR-тест (определение выключенных из оплодотворения сперматозоидов);

-гипоосмолярный тест и флотация спермы (при некротермии);

-консультация уролога-андролога;

-ультразвуковое исследование органов мошонки, органов малого таза.

При необходимости назначается генетическое обследование - определение кариотипов супругов. Среди методов лечения бесплодия можно условно выделить те, что направлены на восстановление естественной фертильности супружеской пары и те, что используют технику искусственного оплодотворения.

Для восстановления естественной фертильности, в зависимости от причин бесплодия применяют:

- консервативное и хирургическое восстановление проходимости маточных труб;
- коррекция эндокринных расстройств;
- восстановление нарушенного сперматогенеза.

Направление на ВРТ :

- при отсутствии восстановления проходимости маточных труб во время операции;
- при отсутствии наступления беременности в течение 3–6 месяцев после реконструктивно-пластических операциях на маточных трубах;
- при отсутствии наступления беременности на фоне гормональной терапии в течение года при эндокринном бесплодии.
- Диагностика причин и длительность лечения должны быть ограничены. Общая продолжительность лечения ТПБ с применением хирургических и консервативных методов лечения не должна превышать 2-х лет, после чего при сохраняющейся инфертильности пациенток рекомендуют направлять на ЭКО. Длительность лечения эндокринного бесплодия так же должна быть не более 2 лет, при сохранении инфертильности пациентка должна быть направлена на ВРТ.

Техника искусственного оплодотворения может быть:

- внутриматочная инсеминация спермой мужа;
- внутриматочная инсеминация спермой донора;
- экстракорпоральное оплодотворение с последующим переносом эмбрионов в матку матери в различных его вариантах.

Есть еще программа "суррогатных матерей", которая дает шанс иметь ребенка женщинам, у которых по разным причинам удалена матка или есть тяжелые заболевания (сердца, почек и др.), являющиеся противопоказанием для вынашивания беременности. В этих случаях используются собственные яйцеклетки и сперма бесплодной супружеской пары. Полученные же эмбрионы переносятся в полость матки здоровой женщины – "суррогатной матери", которая и будет вынашивать все девять месяцев эту, донорскую для нее беременность.

Выводы: В заключение следует отметить, что применение комплексного поэтапного подхода в обследовании многочисленных нарушений репродуктивной функции способствует правильной диагностике различных факторов бесплодия, что, в свою очередь, определяет эффективность оказания помощи бесплодным супружеским парам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Старостина Т.А., Н.И. Размахнина, И.Г. Торганова И.Г. Планирование семьи. - М.: Медицина, 1996. - 78 с.
- 2 Кулаков В.И., Леонов Б.В., Кузьмичёв Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 229 с.
- 3 Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология (клинические лекции). — М.: МЕДпрессинформ, 2001. — 720 с.
- 4 Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар. — М.: МедПресс, 1997. — 91 с.
- 5 Савельева Г.М. Лапароскопия в гинекологии. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2000. — 328 с.
- 6 Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2004. — 480 с.
- 7 Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. — М.: ГЭОТАРМедиа, 1999. — 176 с.

С.Е. Еркенова, А.Н. Әубәкір, М.Б. Жүсіпбек, С.Ж. Құламетова, А.И. Кожанова, Ш.Б. Танабаева, А.Т. Манучехр
 С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
 акушерия және гинекология №3 кафедрасы

БЕДЕУЛІ НЕКЕ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ЖӘНЕ ЕМІНІҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ

Түйін: Қазіргі таңда фертильдік- гинекология саласындағы аса маңызды ахуал болып табылады. Дүние жүзі әйел мен ер кісілері бедеулік дертіне шалдығуда. Осы сырқаттың таралу ауқымдылығын дәлме-дәл бағалау мүмкін болмағанына қарамастан, шамамен 10-20% ерлі-зайыптылар репродуктивті кезеңде бедеулікпен бетпе –бет кездеседі. Орта популяцияға шаққанда, бұл көрсеткіш бүкіл әлемнің миллиондаған отбасылары бедеуліктің салдарынан жеке жан күйзелісін бастан кешіріп, ажырасу пайызының артуының айқын дәлелі.

Бедеулік –мемлекеттік ауқымды мәселе. Жүктілікті жоспарлау және өмірге дені сау ұрпақ әкелу – бұл тек ерлі-зайыптылардың алға қойған мақсаты емес, сонымен қатар мемлекеттік саясаттың бірден –бір алғышарты. Осы мақалада әртүрлі генезді бедеулікті анықтау және ем шараларын жүргізу тәсілдері баяндалады.

Түйінді сөздер: фертильдік, бедеулік, әйел бедеулігі, еркек бедеулігі, косымша репродуктивті технологиялар.

S.E. Erkenova, A.N. Aubakir, M.B. Jusupbek, S.Zh. Kulametova, A.I. Kozhanova, Sh.B. Tanabayeva, A.T. Manuchehr
 Asfendiarov Kazakh National Medical University,
 Department of obstetrics and gynecology №3

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILE COUPLES

Resume: Fertility is one of the most crucial problem of gynecology. Infertility affects men and women around the world. Estimating the prevalence of this condition is currently inaccurate, nearly it is estimated that more than 10-20% of couples during the reproductive period have this problem. When calculating for the general population, this means that in the world there are millions of married couples for whom the problem of infertility is the cause of personal suffering and leads to divorce.

Infertility is a problem of national sphere, so many countries of the far and near abroad give a big attention for this situation. Planning pregnancy and giving birth to healthy children is not just the goal of married couples, but also one of the priorities of government policy. This article describes the most important aspects of diagnosis and the algorithm for managing couples with infertility of various genesis.

Keywords: fertility, infertility, female infertility, male infertility, assisted reproductive technologies.

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С.Е. Еркенова, А. Ерғалиқызы, А.К. Қалдыбекова, М.О. Құрбанова,
 Е.Е. Шәденова, А.Б. Каримбекова

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,
 Кафедра акушерства и гинекологии №3

В данной статье проведен анализ репродуктивного здоровья пациенток после перенесенной внематочной беременности. Внематочная беременность является основной причиной материнской смертности в гинекологической практике и составляет 4%. Своевременная профилактика и диагностика внематочной беременности и оперативные лечение имеет значимую роль в плане репродуктивного здоровья пациенток.

Ключевые слова: внематочная беременность, трубная беременность, шеечная беременность.

УДК 618.1/.3:616.381.-089.5-072.1

Актуальность. За последнее десятилетие частота внематочной беременности возросла в 2-3 раза и составляет в индустриально развитых странах в среднем 12-14 на 1000 беременностей. Внематочная беременность представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины, так как в связи с отсутствием условий для развития она чаще всего прерывается на ранних сроках, сопровождаясь внутрибрюшинным кровотечением, и становится причиной «острого живота». При несвоевременной диагностике, без оказания неотложной помощи внематочная беременность может стать одной из причин материнской смертности. [9]. По локализации плодного яйца внематочная беременность подразделяется на трубную, яичниковую, брюшную, шеечную беременность. Наиболее часто (98,5-99%) плодное яйцо имплантируется в различных отделах маточной трубы - ампулярном (60-95%), истмическом (15%), реже (1-3%) - интерстициальном (интрамуральном). Совсем редко встречается яичниковая (0,1-0,7%), брюшная (0,3-0,4%) беременность, беременность в шейке матки (0,01%). К

каузистическим наблюдениям относятся многоплодная и двусторонняя трубная беременность, сочетание маточной и внематочной беременности.

Распространенность воспалительных процессов гениталий, хирургические вмешательства на органах малого таза, широкое внедрение методов экстракорпорального оплодотворения, применение внутриматочных контрацептивов – вот те наиболее частые причины возникновения внематочной беременности [3].

Анализ репродуктивного здоровья на сегодняшний момент дает большие возможности в быстрейшем восстановлении репродуктивной функции пациенток, учитывать психосоциальные аспекты в формировании здорового образа жизни и получения здорового потомства.

Своевременная диагностика позволяет предупредить различные ранние и поздние осложнения, связанные с данной патологией [4-7].

Цель исследования: сделать анализ репродуктивного здоровья пациенток после внематочной беременности

период с января по июня 2017 года

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ репродуктивного здоровья у 70 пациентки, в анамнезе которых проведено хирургического лечение внематочной беременности (тубэктомия, сальпингостомия с сальпингоовариолизисом, тубэктомия с резекцией маточного угла, ампутация фимбриальной части маточной трубы с созданием сальпингонеостомы). Сравнительная группа представлена 30 пациентками, в анамнезе которых были перенесенные оперативные вмешательства на матке (консервативная миомэктомия) и придатках матки (сальпингоовариолизис, резекция яичника, цистэктомия). После оперативного лечения до наступления беременности пациентки обеих групп получали гормонотерапию в контрацептивном режиме в течение 6-ти месяцев, проводился скрининг половых гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, тестостерон).

Результаты исследования и обсуждение.

Средний возраст пациенток в обеих группах в среднем составил $25,7 \pm 2,8$ лет. По данным гинекологического анамнеза было выяснено, что у 70,6% (43) пациенток маточная беременность наступила в естественном цикле, высокие репродуктивные технологии применены у 26,2% (16) и в одном случае наблюдалась гетеротопическая беременность (1,6%) и один случай – интерстициальной эктопической беременности, который закончился разрывом угла матки (1,6%).

В плане предгравидарной подготовки пациентки обеих групп обследованы на перинатальные инфекции (определение avidности IgG-антител при первичном инфицировании токсоплазмозом и цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом простого герпеса (ВПГ), папилломавирусной

инфекции (ВПЧ), а также инфекций урогенитального тракта (хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз).

В I-ой группе инфекции урогенитального тракта встречались в 55,7% (34), носительство инфекций ЦМВ – 21,3 % (13) случаях, ВПГ 18,1% (11), ВПЧ- 1 случай (1,6%). В сравнительной группе эти показатели составили 46,7% (14), 13,3% (4), 6,7% (2), соответственно. Инфицированности токсоплазмозом в обеих группах не отмечено.

Для определения овуляции проводилась фолликулометрия на 12,14,16 дни менструального цикла. Всем пациенткам было предложено определить дни предполагаемой овуляции при помощи овуляционного микроскопа «OVUPRED» (фирмы Aquinsum Express, Венгрия) на 14-16 день менструального цикла.

В I-ой группе пациенткам проведена метросальпингография через 3 месяца после операции. Результаты метросальпингографии показали, что 85,2 % (52) проходимость маточной трубы сохранена. У всех пациенток диагноз беременности верифицирован. Пациентки наблюдались в женской консультации по месту жительства и родоразрешены в доношенном сроке беременности через естественные родовые пути 83,1 % (49), преждевременные роды в 5,1% (3), быстрые роды 3,4% (2), путем операции кесарева сечения 6,8 % (4) по причине тяжелой преэклампсии, слабости родовой деятельности - 1,7 % (1), угрожающему состоянию плода- 8,5 % (5).

Выводы: в плане предгравидарной подготовки необходимо проведение комплексного обследования, включающего: обследование на перинатальные инфекции, метросальпингографию через 3 месяца после операции для выявления проходимости второй маточной трубы, определение гормонального статуса и фолликулометрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамьян Л. В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности // Технологии XXI века в гинекологии сборник материалов XXI Международного конгресса. - М.: 2008. - С. 177-178.
- 2 Радзинский В.Е., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. - М.: РУДН, 2004. - 274 с.
- 3 Жатканбаева Г.Ж. Клиническая эффективность малоинвазивных методов лечения эктопической беременности // Materiały IX Międzynarodowej naukowo- praktycznej konferencji, «Strategiczne pytania światowej nauki - 2013», 07-15 lutego 2013 roku, volume 23 Medycyna. Przemysł Nauka i Studia. – Praha: 2013. – С. 5-8.
- 4 Жатканбаева Г.Ж., Чакемова Г.С., Садуакасова Ш.М., Лесова С.Д. Репродуктивное здоровье и перинатальные исходы после эктопической беременности. // Медицина. - 2014. - №10(148). - С. 72-73.
- 5 Жатканбаева Г.Ж., Садуакасова Ш.М., Несипбаева Г.М., Шалдар А.А. Современные аспекты в диагностике внематочной беременности и репродуктивное здоровье пациенток // Материалы X Юбилейного Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М.: 2016. – С. 86-88.
- 6 Жатканбаева Г.Ж., Садуакасова Ш.М., Несипбаева Г.М., Нурсадыкова А.А. Течение беременности и родов после перенесенной эктопической беременности // Материалы X Юбилейного Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М.: 2016. – С. 165-166.
- 7 Zhatkanbayeva Gulmira, Saduakassova Sh.M., Omarova G.K., Zhatkanbayeva Gulnara Zh., Zhundibay S.B., Zhundibay A.B. Ectopic pregnancy in a patient with secondary infertility // Giorn. It. Ost. Gin. – 2014. - Vol. 36., №6. - P.607-610.

С.Е. Еркенова, А.Ерғалиқызы, А.К. Қалдыбекова, М.О. Құрбанова, Е.Е. Шәденова, А.Б. Каримбекова

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
№3 Акушерия және гинекология кафедрасы*

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ НАУҚАСТАРДЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ АНАЛИЗИ

Түйін: Бұл мақалада жатырдан тыс жүктіліктің кейінгі науқастардың репродуктивті денсаулығы байланысты туындаған сұрақтарды талқылайды. жатырдан тыс жүктілік гинекологиялық тәжірибеде ана өлімінің негізгі себептерінің бірі және 4% құрайды. Жатырдан тыс жүктілік кезінде заманауи профилактика және диагностика және де оперативті емдеу науқастардың өмірінде репродуктивті денсаулықты сақтауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: жатырдан тыс жүктілік, түтікті жүктілік, жатыр мойны жүктілігі.

S.Y. Erkenova, A. Yergalikyzy, A.K. Kaldybekova, M.O. Kurbanova, E.E. Shadenova, A.B. Karimbekova
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

ANALYSIS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS AFTER ECTOPIC PREGNANCY

Resume: This article analyzes the reproductive health of patients after an ectopic pregnancy. Ectopic pregnancy is the main cause of maternal death in gynecological practice and is 4%. Prevention on time and diagnosis of ectopic pregnancy and surgical treatment have a significant role in terms of reproductive health of patients.

Keywords: ectopic pregnancy, tubal pregnancy, cervical pregnancy.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТЕЛА МАТКИ

С.Е. Еркенова, А.Н. Әубәкір, М.Б. Жүсіпбек, С.Ж. Құламетова,
А.И. Кожанова, Ш.Б. Танабаева, А.Т. Манучехр

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра акушерства и гинекологии №3

В данной статье приведен пример исследования особенности экспрессии рецепторов прогестерона (PgR) и эстрогенов-α (ER-α) при наличии гиперпластических процессов эндометрия при помощи иммуноморфологического метода исследования. По результатам данного исследования есть основание с безопасностью рекомендовать дидрогестерон (дюфастон) для длительного лечения гиперпластических процессов эндометрия у пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального периодов.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, рецепторы прогестерона, рецепторы эстрогенов-α, дидрогестерон

УДК 618.14-002:616-007.61

Цель исследования.

Изучить особенности экспрессии рецепторов прогестерона (PgR) и эстрогенов-α (ER-α) при наличии гиперпластических процессов эндометрия при помощи иммуноморфологического метода исследования.

Материалы и методы.

Проведено комплексное иммуноморфологическое исследование экспрессии ER-α и PgR в 73 соскобах эндометрия, полученных при раздельном диагностическом выскабливании матки у женщин в возрасте от 46 до 55 лет (средний возраст 49,3±2,5 года). Выделены следующие группы образцов эндометрия: 12 наблюдений – неизменный эндометрий в фазе пролиферации, 12 – простая гиперплазия эндометрия, 8 – сложная гиперплазия эндометрия, 10 – атипичная гиперплазия, 18 – сочетание гиперпластического процесса эндометрия с хроническим эндометритом, 13 – хронический эндометрит с реактивной гиперплазией эндометрия.

Результаты исследования.

Экспрессия ER-α и PgR в эпителии желез и, особенно, в клетках стромы уменьшалась при простой и сложной гиперплазии эндометрия (независимо от наличия признаков острого реактивного воспаления) и была самой низкой при атипичной (простой и сложной) гиперплазии, отличаясь выраженной неравномерностью в пределах одних и тех же желез и в разных участках стромы. При простой гиперплазии, осложненной хроническим эндометритом, экспрессия ER-α и PgR достоверно не отличалась от таковой при простой и сложной гиперплазии. При наличии хронического эндометрита с реактивной гиперплазией эндометрия экспрессия ER-α и PgR в эпителии желез была выраженной, а в клетках стромы – неравномерной (в среднем достоверно ниже наблюдений в фазе пролиферации и при простой гиперплазии).

Заключение. Отмечена достоверно низкая экспрессия ER-α и PgR в стромальных клетках и сниженная в эпителии желез при сочетании гиперпластических процессов эндометрия и хронического эндометрита по сравнению с простой и сложной гиперплазией, что следует учитывать при выборе препарата для консервативной гормональной терапии.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) – это особая группа патологических изменений слизистой оболочки тела матки, которые представляют собой широкий спектр гистологических изменений эндометриальных желез и стромы. По мнению большинства исследователей, проблема лечения ГПЭ продолжает оставаться актуальной в современной гинекологии ввиду высокой частоты этой патологии, а также возможности малигнизации.

Основой гормональной терапии ГПЭ являются прогестагены, антипрогестины и агонисты гонадолиберина. Вид гормонального лечения, дозировка, продолжительность лечения определяются индивидуально в зависимости от особенностей морфологического состояния эндометрия, длительности заболевания, наличия сопутствующей патологии, возраста, эффективности ранее проведенной терапии, переносимости препарата, соматического статуса. Прогестагены отличаются друг от друга не только по мощности действия, но и по гормональному профилю. В зависимости от пути введения прогестагены вызывают различные биологические эффекты, которые связаны с различиями метаболизма, сродства к рецепторам прогестерона и другим рецепторам стероидов. Также существуют различия в связывании с белками плазмы крови – с глобулином, связывающим половые гормоны, или кортикостероидсвязывающим глобулином.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей экспрессии рецепторов прогестерона (PgR) и эстрогенов-α (ER-α) при наличии гиперпластических процессов эндометрия при помощи иммуноморфологического метода исследования.

Материал и методы исследования.

В группу исследования для проведения иммуноморфологического исследования были отобраны 76 соскобов эндометрия, полученных при раздельном диагностическом выскабливании матки у женщин в возрасте от 46 до 55 лет (средний возраст 49,3±2,5 года). Выделены следующие группы образцов эндометрия: 12 наблюдений – неизменный эндометрий в фазе пролиферации, 12 – простая гиперплазия эндометрия, 8 –

сложная гиперплазия эндометрия, 10 – атипическая гиперплазия, 18 – сочетание гиперпластического процесса эндометрия с хроническим эндометритом, 13 – хронический эндометрит с реактивной гиперплазией эндометрия.

Результаты исследования.

Изучение экспрессии рецепторов ER-α и рецепторов PgR показало, что она наиболее выражена в неизменном эндометрии в фазу пролиферации, причем как в эпителии желез, так и в строме.

Экспрессия ER-α и PgR в эпителии желез и, особенно, в клетках стромы уменьшалась при простой и сложной гиперплазии эндометрия (независимо от наличия признаков острого реактивного воспаления) и была самой низкой при атипической (простой и сложной) гиперплазии. Причем при атипической гиперплазии эндометрия эта экспрессия отличалась выраженной неравномерностью в пределах одних и тех же желез и в разных участках стромы. В подгруппе наблюдений с простой гиперплазией эндометрия, осложненной развитием хронического

эндометрита, показатели экспрессии ER-α и PgR достоверно не отличались от выявленных при простой и сложной гиперплазии.

При наличии хронического эндометрита с реактивной гиперплазией эндометрия экспрессия ER-α и PgR в эпителии желез была выраженной, а в клетках стромы – неравномерной: от выраженной в сохранных участках до минимальной в очагах склероза (в среднем, достоверно ниже наблюдений в фазе пролиферации и случаев с простой гиперплазией). Это отличало такие наблюдения от гиперплазии эндометрия, осложненной хроническим эндометритом.

Результаты исследования экспрессии ER-α в неизменном эндометрии в фазу пролиферации при разных видах гиперплазии и в наблюдениях с сочетанием простой гиперплазии и хронического эндометрита представлены в таблице 1.

Таблица 1. Экспрессия ER-α в подгруппах исследованного материала

Локализация экспрессии	Эндометрий фаза пролиферации (n=15)	Простая гиперплазия (n=15)	Сложная гиперплазия (n=15)	Атипическая гиперплазия (n=15)	Простая гиперплазия, осложненная хроническим эндометритом (n=20)	Хронический эндометрит с реактивной гиперплазией эндометрия (n=15)
Эпителий желез	2,8±0,16	2,1±0,12*	2,2±0,26	1,8±0,09*	2,0±0,15*	2,7±0,19*
Клетки стромы	2,6±0,18	2,0±0,23	1,8±0,15*	0,9±0,06*	1,2±0,08*	1,2±0,04*, **

Примечание. * – достоверность различий ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой

** – по сравнению с подгруппой простой гиперплазии

Результаты исследования экспрессии PgR в неизменном эндометрии в фазу пролиферации при простой, сложной и атипической гиперплазии, а также в наблюдениях сочетания простой гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Экспрессия PgR в подгруппах исследованного материала

Локализация экспрессии	Эндометрий, фаза пролиферации (n=15)	Простая гиперплазия (n=15)	Сложная гиперплазия (n=15)	Атипическая гиперплазия (n=15)	Простая гиперплазия, осложненная хроническим эндометритом (n=20)	Хронический эндометрит с реактивной гиперплазией эндометрия (n=15)
Эпителий желез	2,5±0,11	2,2±0,16	2,1±0,24	1,5±0,06*	2,2±0,18	2,3±0,16**
Клетки стромы	2,3±0,13	2,1±0,28	1,6±0,10*	1,7±0,09*	1,7±0,27*	1,1±0,07**

Примечание. * – достоверность различий ($p < 0,05$) по сравнению с группой с пролиферативным эндометрием

** – по сравнению с подгруппой простой гиперплазии

Обсуждение.

Таким образом, экспрессия ER-α и PgR по сравнению с неизменным эндометрием в фазе пролиферации достоверно ниже при простой и сложной гиперплазии эндометрия (соответственно либо в эпителии желез, либо в строме), а при атипической (простой и сложной) гиперплазии – и в эпителии желез, и в строме. В подгруппе наблюдений с простой гиперплазией эндометрия, осложненной хроническим эндометритом, нарушение экспрессии ER-α и PgR статистически достоверно сходно с наблюдаемым при атипической гиперплазии эндометрия, что можно расценить как неблагоприятный фактор в плане прогноза.

При хроническом эндометрите, осложненном реактивной гиперплазией эндометрия, экспрессия ER-α и PgR в ядрах эпителиа желез не отличалась от нормы, но была достоверно выше, чем при разных видах гиперплазии. В ядрах клеток стромы в связи с неравномерностью экспрессии ER-α и PgR (отсутствие в очагах склероза) она была достоверно ниже, чем в пролиферативном эндометрии и при простой гиперплазии. Это подтверждает вторичность гиперпластических изменений эндометрия по отношению к хроническому эндометриту в этой подгруппе наблюдений. Таким образом, полученные нами результаты иммуногистохимического исследования указывают на низкую экспрессию ER-α и PgR в стромальных клетках и сниженную в эпителии желез при сочетании

гиперпластических процессов эндометрия и хронического эндометрита, что следует учитывать при выборе препарата для консервативной гормональной терапии.

С учетом особенностей функционального потенциала эндометрия при наличии ГПЭ и хронического эндометрита препаратом первого выбора для лечения в этих случаях является дидрогестерон (дюфастон) – по 20 мг перорально в непрерывном режиме в течение 6–9 мес. Механизм действия дидрогестерона отличается от механизма действия других прогестагенов. Это активный, неандрогенный синтетический ретростероид, который обладает высокой селективностью к прогестероновым рецепторам и легко с ними связывается, обеспечивая тем самым необходимый терапевтический эффект. Дидрогестерон быстро всасывается и полностью метаболизируется. Максимальный уровень дидрогестерона и его основного метаболита 20α-дигидродидрогестерона в плазме крови после перорального введения достигается через 0,5–2,5 ч, концентрация 20α-дигидродидрогестерона в плазме значительно выше, чем концентрация исходного препарата. Дюфастон не имеет эстрогенной, андрогенной или кортикоидной активности и обладает антиэстрогенным действием только в некоторых тканях-мишенях, в том числе в эндометрии. Дидрогестерон не изменяет показатели системы коагуляции, липидов крови, глюкозы, инсулина, не гепатотоксичен, не оказывает значимого влияния на водный и электролитный баланс. Все вышеперечисленное дает основание с безопасностью

рекомендовать дидрогестерон (дюфастон) для длительного лечения гиперпластических процессов эндометрия у пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального периодов. Таким образом, высокоспецифичный дидрогестерон (дюфастон) в отличие от других прогестагенов эффективно

активирует прогестероновые рецепторы и поэтому может быть использован даже при нарушении рецептивности ткани эндометрия, что имеет огромное значение при сочетании ГПЭ и хронического воспалительного процесса в слизистой оболочке матки и позволит оптимизировать прогноз заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 В.Н. Прилепская Клиническая гинекология: Избранные лекции. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. –324 с.
- 2 Кузнецова И.В. Гиперпластические процессы эндометрия. – М.: 2009. – 48 с.
- 3 Сухих Г.Т., Торшин И.Ю., Громова О.А. и др. Молекулярные механизмы дидрогестерона (дюфастона). Ч.1. Исследование селективности взаимодействия дидрогестерона с прогестероновыми рецепторами методами молекулярной механики // Пробл. репрод. – 2010. – № 1. – С. 14–23.
- 4 Ашрафян Л.А., Новикова Е.Г. Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы // Журн. акуш. и жен.бол. – 2001. – Т. 50, Вып.1. – С. 27–33.
- 5 Сидорова И.С., Унанян А.Л. и др. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности клиники и терапии // Врач. – 2011 – №3.– С.40–42.

С.Е. Еркенова, А.Н. Әубәкір, М.Б. Жүсүпбек, С.Ж. Құламетова, А.И. Кожанова, Ш.Б. Танабаева, А.Т. Манучехр
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
 акушерия және гинекология №3 кафедрасы*

ЭНДОМЕТРИЙДІҢ ГИПЕРПЛАСТИКАЛЫҚ ПРОЦЕССТЕРІ ЖӘНЕ ЖАТЫР ДЕНЕСІНІҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫНЫҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Түйін: Бұл мақалада иммуноморфологиялық әдіс көмегімен эндометрийдің гиперплазиясындағы прогестерон (PgR) және эстроген-α (ER-α) рецепторларының экспрессиясының ерекшеліктері баяндалған. Осы зерттеудің нәтижесіне сүйене отырып, кеш репродуктивтік және перименопаузальді кезеңдегі науқастардың гиперпластикалық процесстерінің ұзақ емінде дидрогестеронды (дюфастон) толық қауіпсіздікпен ұсынуға негіз бар.

Түйінді сөздер: эндометрийдің гиперпластикалық процесстері, прогестерон рецепторы, эстроген-α рецепторы, дидрогестерон.

S.E. Erkenova, A.N. Aubakir, M.B. Jusupbek, S.Zh. Kulametova, A.I. Kozhanova, Sh.B. Tanabayeva, A.T. Manuchehr
*Asfendiarov Kazakh National Medical University,
 Department of obstetrics and gynecology №3*

HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM AND CONDITION OF THE FUNCTIONAL STATUS OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE UTERUS

Resume: This article gives an example of studying the expression of progesterone receptor (PgR) and estrogen-α (ER-α) expression in the presence of hyperplastic endometrial processes via immunomorphological method. According to the results of this study, there is reason to recommend dydrogesterone (dyufaston) for long-term treatment of endometrial hyperplastic processes in patients of late reproductive and perimenopausal periods.

Keywords: hyperplastic processes of the endometrium, progesterone receptor, estrogen-α receptor, dydrogesterone

ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Р.Н. Кенжеханова

Кафедра внутренних болезней №3

Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова

В данной статье приведен пример клинического случая перипартальной кардиомиопатии (ППКМП) у женщины с многоплодной беременностью. Он демонстрирует потенциальную тяжесть заболевания, опасную динамику нарастания симптомов, а также сложность дифференциальной диагностики и подбора схемы лечения. Задержка в постановке диагноза приводит к отсрочке лечения, развитию тяжелых осложнений и ассоциируется с высокой материнской и перинатальной смертностью.

Ключевые слова: перипартальная кардиомиопатия, многоплодная беременность, сердечная недостаточность, бромокриптин.

УДК 616.127-036.22-071-055.2(574.5)

Актуальность.

Перипартальная кардиомиопатия (ППКМП) – редкое, но тяжелое заболевание, которое развивается в конце беременности или после родов и проявляется симптомами сердечной недостаточности. К факторам риска ее развития относят многоплодную беременность, гестационную гипертензию и преэклампсию, длительное лечение агонистами β-адренорецепторов, а также негроидная раса. Задержка в постановке диагноза приводит к отсрочке лечения, развитию тяжелых осложнений и ассоциируется с высокой материнской и перинатальной смертностью. Ключевой метод диагностики – эхокардиография (ЭхоКГ), позволяющая выявить систолическую дисфункцию левого желудочка. Наиболее эффективной комбинацией для лечения пациенток с ППКМП является сочетание β-адреноблокаторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Эффективность терапии бромокриптином обнаружена экспериментально, однако необходимо накопление клинического материала и создание доказательной базы для формирования окончательного вывода и рекомендаций по применению [1]. Клинический случай ППКМП у женщины с многоплодной беременностью демонстрирует потенциальную тяжесть заболевания, опасную динамику нарастания симптомов, а также сложность дифференциальной диагностики и подбора схемы лечения.

Заболевания сердца во время беременности составляют около 10% в структуре экстрагенитальной патологии и наиболее часто представлены артериальной гипертензией, пороками сердца и аритмиями [1,2]. ППКМП – редкое, в среднем 1 случай на 3000-4000 беременностей, но тяжелое заболевание, которое может приводить к развитию фатальных осложнений. ППКМП – идиопатическая кардиомиопатия, которая проявляется сердечной недостаточностью (СН) на фоне систолической дисфункции левого желудочка в конце беременности или в первые месяцы после родов [1,3].

Этиология ППКМП до сих пор остается неизвестной. Проведенные исследования [1,4] позволили сформулировать новую патогенетическую теорию, согласно которой выделенный из гипофиза к концу беременности пролактин в условиях повышенного окислительного стресса в миокарде при участии катепсина D протеолитически расщепляется на низкомолекулярный фрагмент вксом 16 кДа. Это приводит к повышенной экспрессии микроРНК-146a в эндотелиальных клетках, что дает антиангиогенное и проапоптотическое действие [1,5].

На основании данной теории были предложены биомаркеры (NT-pro BNP, Cathespin D) [6,1] и новые терапевтические мишени ППКМП. Подтверждение этой теории – данные, демонстрирующие благоприятное влияние присоединения бромокриптина, вызывающего фармакологическое ингибирование пролактина, к стандартной терапии СН при ППКМП.

К факторам риска развития ППКМП относят многоплодную беременность, гестационную гипертензию и преэклампсию,

длительное лечение агонистами β-адренорецепторов, курение, афро-американскую этническую принадлежность.

Современные диагностические критерии ППКМП включают:

- возникновение признаков СН в последний месяц беременности или первые 5 месяцев после родов;
- отсутствие другой выявленной причины для развития СН;
- отсутствие распознанного сердечного заболевания до последнего месяца беременности;
- эхокардиографические критерии: фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) менее 45% и/или фракция укорочена менее 30%, конечный диастолический размер ЛЖ >2,7 см [1]

Клинический случай.

Пациентка К., 39 лет, казахской национальности, состояла на учете в женской консультации с 14-ой недели беременности. Анамнез не отягощен. В анамнезе 10 беременностей, все наступили самостоятельно. Первая беременность закончилась срочными родами. Вторая беременность закончилась антенатальной гибелью плода на сроке 24 недель беременности. Третья беременность была замершей на 12 неделе беременности. Остальные 6 беременностей заканчивались родами в срок, без осложнений. Последняя, 10 беременность была диагностирована как, многоплодная беременность двойней. С 1 триместра беременности протекала с угрозой выкидыша. На 38 неделе беременности внезапно стала беспокоить нехватка воздуха. В динамике одышка стала нарастать, была госпитализирована в центральную районную больницу. На момент осмотра зафиксирована АД 170/126 мм.рт.ст., ЧСС 120 в минуту, ЧДД 40 в минуту. Был выставлен диагноз: 10 беременность, многоплодная, двойней. Преэклампсия тяжелой степени. Пациентка была переведена в перинатальный центр. Учитывая угрожающее состояние для матери, олигоурию на фоне проводимой терапии, отсутствие условий для скорейшего родоразрешения через естественные родовые пути, консилиумом было решено провести кесарево сечение в экстренном порядке. Операция продолжалась 58 минут. Операция – нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Извлечены: доношенный плод женского пола, 2970,0 гр., ростом 55 см, по шкале Апгар 7-8 баллов., через 2 минуты доношенный плод женского пола, 2360,0 гр., ростом 52 см и по шкале Апгар 7-8 баллов. Особенность операции – хирургическая стерилизация маточных труб с обеих сторон. Общая кровопотеря 500 мл. На завершающем этапе операции больная пожаловалась на одышку, что сопровождалось появлением акроцианоза, тахипноэ (ЧДД 24 в минуту). В нижних отделах стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, при этом тоны сердца были ясными, ритмичными с ЧСС около 80 в минуту. АД было повышено до 160/90 мм.рт.ст. В связи развитием картины отека легких проводилась терапия увлажненным кислородом, препаратами: фуросемид, эуфиллин. На фоне проводимой терапии состояние пациентки стабилизировалось, одышка уменьшилась, больная переведена была в отделение интенсивной терапии.

На электрокардиограмме (ЭКГ) определялся синусовый ритм с ЧСС 80 в минуту.

На рентгенографии органов грудной клетки расширение границ сердца во все стороны, расширение корней легких, расширение дуг легочных артерий.

На ЭхоКГ - расширение всех полостей сердца, аорта – 2.7 см. МК – регургитация 2-й степени. ЛП – 4.5 см. КДР – 7.8 см, КСР – 6.1 см. КДО – 415 мл. КСО – 291 мл. УО – 124 мл. ФВ – 30 %, ТМЖП – 0.8 см. ТЗСЛ – 0.8 см. Заключение: расширение левых отделов сердца. Снижение сократительной способности миокарда левого желудочка. ФВ 30%.

Таким образом, соблюдая диагностические критерии, снижение сократимости ЛЖ с расширением всех полостей у пациентки без предшествующей патологии сердца был выставлен диагноз перипартальной кардиомиопатии.

Время развития клиники СН у данной пациентки соответствовало наиболее распространенному сроку дебюта ППКМП. По существующим наблюдениям, большинство диагностированных случаев ППКМП возникают именно в период родоразрешения и первому месяцу после него.[1]

Медикаментозная терапия ППКМП включает: β -адренблокаторы, ИАПФ, их сочетание считается наиболее эффективным. При необходимости используют диуретики, вазодилататоры, инотропные средства. Антикоагулянты назначаются при фракции выброса ЛЖ менее 35%, наличии тромба в полости ЛЖ.

Проведенные исследования по назначению бромокриптина пациенткам с ППКМП дали неоднозначные результаты.

У данной пациентки проводилась терапия: фозиноприл 2,5 мг 2 раза в день, бромокриптин 2,5 мг 2 раза в день, фуросемид 20 мг 2 раза в сутки, верошпирон 75 мг в сутки.

На фоне проведенной терапии была отмечена положительная динамика, уменьшилась одышка на 3-и сутки после родов. На контрольной рентгенографии органов грудной клетки через 2-е суток после родов отмечалось восстановление воздушности легких. На эхокардиограмме в динамике через 7 суток после родов отмечалось

восстановление сократительной функции ЛЖ, уменьшение размеров полости ЛЖ, фракция выброса ЛЖ 35% (была 30%).

На 10-е сутки пациентка была выписана домой с улучшением, были даны рекомендации о продолжении лечения. Однако после выписки пациентка прекратила прием препаратов, в связи с невозможностью их приобрести, принимала только бромокриптин в течении 2 месяцев. Самочувствие было удовлетворительным. Через 6 месяцев на контрольной эхокардиограмме было диагностировано отсутствие отрицательной динамики, фракция выброса ЛЖ 45%.

Задержка в постановке диагноза ППКМП приводит к значительному снижению фракции выброса ЛЖ и повышает риск неблагоприятных исходов. Риск осложнений при последующей беременности связан с уровнем систолической дисфункции.

Заключение: ППКМП представляет собой тяжелое и потенциально опасное заболевание. Наибольший риск ее развития имеют пациентки с многоплодной беременностью, гестационной гипертензией, преэклампсией. Трудности диагностики ППКМП связаны с неспецифичностью клинических проявлений, необходимостью проведения дифференциальной диагностики, проведением дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

Решение о родоразрешении принимают индивидуально, в зависимости от тяжести состояния матери и плода, конечно, отдается предпочтение ведению родов через естественные родовые пути с ослаблением потуг. Риск рецидива заболевания при следующей беременности очень высок и может привести к летальному исходу, поэтому при выписке пациентке даются рекомендации по контрацепции и объясняется риск возможных осложнений. Чаще всего пациентка бывает предупреждена, что следующая беременность категорически противопоказана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тетрашвили Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Кирсанова Т.В., Эленшпегер Г.А. Перипартальная кардиомиопатия при многоплодной беременности: клиническое наблюдение. // Кардиология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - №4. – С. 14-17.
- 2 Российские рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности // Российский кардиологический журнал. - 2013. - №4. - С. 96-103.
- 3 Карен Слива, Марк К. Петри, Буркерт Писке, Луиджи Тавацци и др. Современные представления об этиологии, диагностике и лечении перипартальной кардиомиопатии: рекомендации рабочей группы по изучению перипартальной кардиомиопатии при ассоциации сердечной недостаточности Европейского кардиологического общества. Рекомендации // Серцева недостатність. – 2010. - №3. - С.72-83.
- 4 Podewski E. et al. Stat 3 protects female hearts from postpartum cardiomyopathy in the mouse the potential role of prolactin // European Society of Cardiology Meeting. - Munich: 2014. – P. 219-225.
- 5 Hillfiker-Kleiner D. et al. A cathepsin D-cleaved 16 kDa form of prolactin mediates postpartum cardiomyopathy // Cell. - 2007. - №128. - P.589-600.
- 6 Haghikia A. et al. Phenotyping and outcome on contemporary management in a German cohort of patients with peripartum cardiomyopathy // Basic Res. Cardiol. - 2013. - Vol.108. - P.366-371.

Р.Н. Кенжеханова

№3 ішкі аурулар кафедрасы

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

КӨП ҰРЫҚТЫ ЖҮКТІЛІК КЕЗДЕГІ ПЕРИПАРТАЛДЫ КАРДИОМИОПАТИЯ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Түйін: Бұл мақалада көп ұрықты жүктілікпен әйелдердің перипарталды кардиомиопатияның клиникалық жағдайы мысалы болып табылады. Бұл қауіпті, көтерілуі динамикасы және емдеу, ажыратпалы диагностика және іріктеу күрделілігі бар белгілері, аурудың ықтимал ауырлығын көрсетеді. Диагностиканы кешкірту, емдеу кейінге қалдыру ауыр асқынуларға әкеледі, аналар және перинатальдық өлімге әкелуі мүмкін.

Түйінді сөздер: перипарталды кардиомиопатия, көп ұрықты жүктілік, жүрек жеткіліксіздігі, бромокриптин.

R. Kenzhekhanova
The Department of internal diseases №3
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY AT POLYCARPOUS PREGNANCY: CLINICAL CASE

Resume: In this article the example of a clinical case of a peripartum cardiomyopathy at the woman with polycarpous pregnancy is given. It shows potential disease severity, dangerous dynamics of increase of symptoms, and also complexity of differential diagnostics and selection of the scheme of treatment. The delay directed by the diagnosis leads to a treatment delay, development of heavy complications and is associated with high maternal and perinatal mortality.

Keywords: peripartum cardiomyopathy, polycarpous pregnancy, heart failure, bromokriptin.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

С.Е. Еркенова, Е.Е. Шәденова, А.Б. Каримбекова, М.О. Құрбанова,
А.К. Қалдыбекова, А. Ерғалиқызы

¹Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,
кафедра акушерства и гинекология №3

В данной статье исследованно эффективность лапароскопических лечения при миоме матки. Лапароскопическая операция имеет немало преимуществ по сравнению с другими оперативными вмешательствами, одним из которых является минимальная травматизация и отсутствие послеоперационных следов на теле, что для женщины немаловажно. Лапароскопическая миомэктомия является методом выбора и эффективность данного оперативного доступа очевидна в плане развития ранних послеоперационных осложнений, быстрого восстановительного периода и ранней реабилитации для улучшения качества жизни пациенток.

Ключевые слова: лапароскопия, миома матки, миомэктомия

УДК 618.14-006.36-089

Актуальность. Мы в курсе новейших возможностей и современных медицинских технологий, но придерживаемся классических подходов в лечении миомы матки. В современных условиях открываются новые возможности в лечении пациенток с миомой матки. До лапароскопических операции одним из предпочтительных доступов при хирургическом лечении данной патологии была лапаротомия. Описаны проведения экстирпации матки лапароскопическим доступом с 1989 года [1,2]. В различных регионах Казахстана, благодаря проведению международных мастер-классов с участием профессоров ближнего и дальнего зарубежья (профессор Штыров С.В., Бочорошвили Р.Г.) лапароскопическая гистерэктомия прочно заняла свое место в проведении гинекологических операций малоинвазивным доступом.

Лапароскопия — современный метод хирургии, в котором операции на внутренних органах проводят через небольшие (обычно 0,5—1,5 см) отверстия, в то время как при традиционной хирургии требуются большие разрезы. Лапароскопия обычно проводится на органах внутри брюшной или тазовой полостей.

При лапароскопическом доступе сокращаются сроки пребывания пациента на больничной койке, меньшая травматичность, небольшая кровопотеря и ранний восстановительный период – вот те критерии преимущества данного метода [3,4]. В городской клинической больнице №4 основоположником данного метода лечения больных явилась заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 профессор Омарова Г.К. Сегодня лапароскопическая гистерэктомия прочно заняла свое место в лечении пациенток с миомой матки. Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии (Жатканбаевой Г.Ж., Кудамановой А.Б., Джаркимбековой Г.К.) совместно с профессором Коркан А.И. проведены обучающие мастер-классы.

Еще в недалеком прошлом миоматозные новообразования удалялись только посредством открытой хирургической операции, которая вызывала немало осложнений вроде

внутренних кровотечений, возникновения спаечных процессов и утраты репродукции.

На сегодняшний день лапароскопическая методика считается наилучшим альтернативным терапевтическим решением по отношению к открытой полостной операции. Причем после лапароскопии, помогающей успешно удалять миоматозные образования, не остается никаких следов.

Лапароскопическая операция относительно миомы матки применима далеко не всегда. Существует перечень определенных показаний для подобного вмешательства. А именно:

Множественные или единичные миомы с узлами 30-60 мм, быстрое прогрессирование и рост опухоли, когда образование препятствует зачатию либо вынашиванию плода, при поверхностном расположении миомных образований, если узлы оказывают сильное давление на мочевыводящую систему и кишечник, субсерозные миомные образования, наличие тяжелых форм железодефицитной анемии, вызванное обильными кровотечениями, нарушенное кровообращение в узле, обусловленное перекутом ножки либо другими причинами. Далеко не каждой пациентке разрешается проведение лапароскопического удаления миомных опухолей. Запрещено удалять миому подобным образом женщинам, имеющим:

проблемы с органами пищеварения, печеночные патологии, гемофилию или геморрагический диатез, сердечно-сосудистые или дыхательные патологии, подозрение на озлокачествление узла, чересчур большое количество узлов, располагающихся в толще маточной стенки.

Кроме того, лапароскопическое удаление миомных узлов противопоказано при наличии грыжевого процесса в брюшине, недостаточном либо избыточном весе, яичниковой или шейной онкологии, крупные размеры узлов (более 12 недель).

Лапароскопическая операция имеет немало преимуществ по сравнению с другими оперативными вмешательствами, одним из которых является минимальная травматизация и

отсутствие послеоперационных следов на теле, что для женщины немаловажно.

Лапароскопическая операция может носить консервативный либо радикальный характер.

При консервативной лапароскопии осуществляется удаление узлов, т. е. проводится миомэктомия. Если же пациентке показана радикальная лапароскопия, то в процессе подобной операции осуществляется удаление маточного тела полностью, т. е. проводится гистерэктомия. Удаление матки с сохранением яичников обеспечивает полную утрату менструальной функции, однако, придатки продолжают функционировать и полноценно вырабатывать гормоны. Именно поэтому климактерический период наступает вовремя и у пациентки отсутствуют побочные реакции, которые традиционно наблюдаются при удалении яичников.

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопии и лапаротомии при миомэктомии

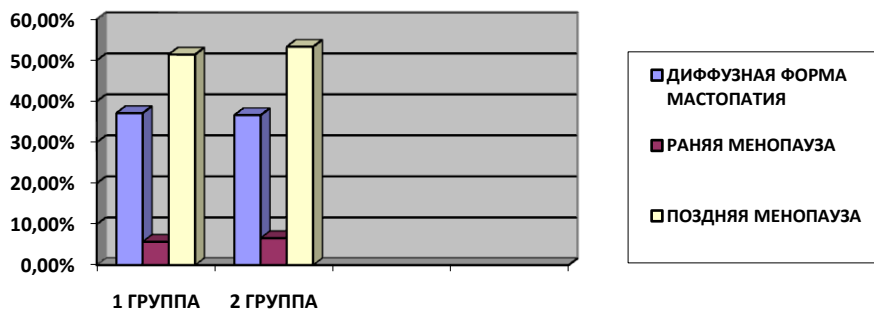


Диаграмма 1

При проведении лапароскопической гистерэктомии (ЛГ) показаниями явились: миома матки до 12-13 недель беременности, отсутствие полного пролапса гениталий, доброкачественные новообразования яичников. Показаниями к проведению лапаротомии служило: большой размер миомы более 15-16 недель беременности, выраженный спаечный процесс органов малого таза (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, операции на придатках матки и др.). Длительность ЛГ на начальном этапе составила от 90-180 минут, по мере отработки различных этапов операции на виртуальном тренажере LapSim (Швеция) отмечалось снижение операционного времени до 70-110 минут. При лапаротомии, с учетом технических трудностей (перенесенные ранее лапаротомии, оперативные вмешательства на матке и придатках) время,

Материал и методы исследования. Были обследованы и оперированы 65 пациенток с миомой матки. Первая контрольная группа (35 пациенток) оперирована ЛД и вторая сравнительная группа (30) оперирована путем лапаротомии. У всех пациентов давность заболевания составила не более 5 лет, диагноз миомы матки верифицирован и определены показания к оперативному лечению. Возраст пациенток был сопоставим (46-63 года), средний возраст составил $52,3 \pm 1,2$ года. Анализ менструальной функции показал, что раннее менархе наблюдалось у 46,1% (30) и позднее менархе у 36,9% (24). Жалобы обеих групп пациенток в 75-80% случаях на нарушение менструальной функции в репродуктивном возрасте, диффузная форма мастопатии у 37,1% (13) и 36,6% (11), ранняя менопауза у 5,7% (2) и 6,6% (2), поздняя менопауза у 51,4% (18) и 53,3% (16), соответственно в обеих группах. (Диаграмма №1)

затраченное на операцию составило 85-120 минут. Длительность пребывания в стационаре до 4-6 суток после ЛГ и 6-8 суток после абдоминальной гистерэктомии.

Малые послеоперационные осложнения (перикюльтит, инфильтрат параметрия, субфебрильная температура, кровотечение из культи влагалища) встречались в 5,7% (2) при ЛГ. При проведении абдоминальной гистерэктомии эти осложнения у 10,0% (3) и были связаны с выраженным спаечным процессом в брюшной полости.

Выводы: Лапароскопическая гистерэктомия является методом выбора и эффективность данного оперативного доступа очевидна в плане развития ранних послеоперационных осложнений, быстрого восстановительного периода и ранней реабилитации для улучшения качества жизни пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аракелян А. С. Использование различных хирургических доступов (лапаротомия, лапароскопия, влагалищный) при радикальных операциях у больных миомой матки больших размеров: автореф. дисс. ... канд. мед. наук - М., 2010. - 26 с.
- 2 Adamyan L.V., Kiselev S., Arakelyan A. Potentialities of Total Laparoscopic Hysterectomy for Radical Treatment of Uterine Diseases // The Journal of Minimally Invasive Gynecology. - 2007. - Vol.14, Issue 6. - P. 2-3.
- 3 Корик В.Е. Карбоксиперитонеум при лапароскопических операциях - необходимость альтернативы? // Военная медицина. - 2009. - №4. - С. 73-75.

С.Е. Еркенова, Е.Е. Шәденова, А.Б. Каримбекова, М.О. Құрбанова, А.К. Қалдыбекова, А. Ергалиқызы
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
№3 Акушерия және гинекология кафедрасы

ЖАТЫР МИОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ЕМНІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ

Түйін: Бұл мақалада жатыр миомасының емі ретінде лапароскопияның тиімділігі зерттелді. Лапароскопиялық оту жасау өзінің минималды жарақаттану мен, отадан кейінгі терідегі жарақаттардың аздығымен ерекшеленеді. Лапароскопиялық миомэктомия таңдау әдістерінің бірі және жоспарлы оперативті емдеу кезінде ерте операциядан кейінгі асқынуларда, науқастың өзін өзі қалпына келтіріп өмірін жақсарту үшін тиімді.

Түйінді сөздер: лапароскопия, жатыр миомасы, миомэктомия

S.E. Erkenova, E.E. Shadenova, A.B. Karimbekova, M.O. Kurbanova, A.K. Kaldybekova, A. Yergalikyzy
 Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
 Hospital of a fast emergency aid of the city named Almaty

EFFICIENCY OF LAPAROSCOPIC TREATMENT IN UTERINE MIOMA

Resume: This article gives information about efficiency of laparoscopic treatment for uterine myomas. Laparoscopic surgery has many advantages over other surgical interventions, one of which is minimal traumatism and the absence of postoperative scars on the body, which is important for a woman. Laparoscopic myomectomy is the method of choice and effectiveness of this operative access is big in terms of development of early postoperative complications, rapid recovery period and early rehabilitation to improve the quality of life of patients.

Keywords: laparoscopy, uterine myoma, myomaectomy

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Э. Рамазанова¹, Г. Бапаева², Г. Ахмедьянова¹, А. Хожамуратова¹,
 А. Алишева², А. Шуганова²

¹АО «Медицинский университет Астана», Казахстан,

²Филиал КФ УМС «Национальный Научный центр Материнства и Детства, Астана, Казахстан

В этом обзоре уделено внимание ключевым и актуальным в настоящее время вопросам содержания некоторых ангиогенных факторов роста и маркеров апоптоза при неразвивающейся беременности в первом триместре гестации.

Ключевые слова: *первый триместр беременности; неразвивающаяся беременность; ангиогенез; апоптоз*

УДК 618.3-06-092

Проблема неразвивающейся беременности (далее - НБ) чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, так как частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (10-20%) и не имеет тенденции к снижению, а среди ранних репродуктивных потерь составляет, по данным Подзолковой Н.М., Салова И.А. 45- 80% (2005г.). Несмотря на то, что первые упоминания в научной литературе, посвященные проблеме неразвивающейся беременности относятся к середине XIX века, когда в 1847 году Н. Oldham впервые применил термин missed abortion (несостоявшиеся роды) для описания ситуации, когда имела место внутриутробная гибель плода без его элиминации из матки при сроке беременности более 6-7 месяцев (28 недель). Эта патология продолжает интересовать исследователей по сей день. Согласно Международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра (1995г.)- неразвивающаяся беременность имеет отдельный шифр и выделена в отдельную рубрику «Беременность с абортным исходом». Многочисленными исследованиями (Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю., 2009; и др.) доказано, что ранние потери беременности обусловлены первичной эмбриоплацентарной недостаточностью, которая может вызываться множеством экзо- и эндогенных причин. Это классический пример первоначального прекращения эмбриоплацентарного кровотока при последующем длительном функционировании маточно-плацентарной циркуляции материнской крови. Причины этого феномена неизвестны. Полагают, что при этом продолжается продукция плацентой иммунодепрессивных веществ и некоторых гормонов, что препятствует наступлению выкидыша (Айламазян Э.К., Полякова В.О., Кветной И.М., 2012). Клиническая картина НБ в I триместре неспецифична и аналогична таковой при самопроизвольных выкидышах: длительные или периодические кровяные выделения из половых путей (89,5%), незначительные боли внизу живота (48%), гипертермия (47,5%) и др. Характерными симптомами НБ являются размягчение

молочных желез (78%) и отставание размеров матки от календарного срока беременности (69,5%). Окончательно диагноз подтверждается трансвагинальным УЗИ, информативность которого составляет 98,3% [57]. При нормальном течении гестационного процесса ткань трофобласта не только образует физический барьер между матерью и плодом, но и дает целый ряд иммуномодулирующих эффектов. Изучение НБ, как основной составляющей репродуктивных потерь, имеет большое практическое и теоретическое значение, так как является важной частью программы, направленной на улучшение репродуктивного здоровья населения. Это связано с тем, что причины замирания беременности и спорадического самопроизвольного аборта чрезвычайно разнообразны и не всегда четко обозначены и ясны, что, в свою очередь, затрудняет поиск методов прогнозирования и оптимального лечения данных пациентов. Важность проблемы заставляет ученых продолжать исследования в этом направлении, но еще продолжает оставаться нерешенным ряд вопросов. Например, до сих пор неизвестно, что же влияет на замирание беременности? Многие авторы утверждают [60], что к формированию НБ приводят гормональные нарушения: гиперандрогения, гиподисфункция яичников. Другая часть исследователей [58,59] говорит о том, что ключевым механизмом при НБ является инфекционное поражение эндометрия, причем спектр микроорганизмов и вирусов достаточно разнообразен: от стафилококков, стрептококков и хламидий до аденовирусов и цитомегаловирусов. Кроме того, существует мнение, что эти два фактора связаны между собой. Недостаточность яичников может формироваться и вследствие хронических воспалительных заболеваний половых органов. По-видимому, это обусловлено нарушением рецепции гонадотропинов гранулезными клетками фолликула и соответствующего повреждения овариального стероидогенеза. Некоторые ученые, исследующие НБ, обратили свое внимание на так называемые средовые и социальные факторы. Конечно же, плохие условия обитания, экология

влияют на эмбриогенез, но каким образом? Вопросов возникающих при анализе литературных данных больше, чем ответов.

В последнее время появилось множество исследований [61,62,63], посвященных иммунологическим аспектам развития данной патологии, в том числе роли факторов роста, обладающих ауто-, пара-, интра- и эндокринными эффектами. Являясь биологически активными веществами, факторы роста стимулируют деление и дифференцировку различных клеток и служат основными переносчиками митогенного сигнала (D. Y. Hillel, 1998).

На сегодняшний день имеются ряд исследований по динамике факторов роста в крови женщин при различных осложнениях беременности (Nikuei P, Malekzadeh K, Rajaei M, Nejatizadeh A, Ghasemi N., 2015; A.B. Орлов и соавт., 2003). В то же время сведения о продукции различных факторов роста в тканях плаценты немногочисленны и противоречивы (B. Krameretal., 2005), поэтому выяснение аутокринных механизмов регулирующего действия факторов роста в цито- и синцитиотрофобласте требует дальнейших исследований.

Первый триместр беременности является наиболее значимым и в то же время наиболее уязвимым для успешного прогрессирования гестации, поскольку в этот период эмбрион наиболее чувствителен к воздействию различных неблагоприятных факторов. В ранние сроки беременности, включающие критические этапы имплантации, органогенеза и плацентации, когда формирующаяся плацента еще не обладает защитными функциями в полном объеме, нарушение гестационной перестройки различных систем материнского организма имеет неодинаковые последствия и может приводить как к развитию осложнений, так и прерыванию беременности при отсутствии оптимальных условий ее прогрессирования [4,10,5].

На сегодняшний день все больше подтверждений получает точка зрения, что все или почти все клинические проявления гравидарных и перинатальных осложнений, за исключением генетически обусловленных, определяются плацентой, ее способностью обеспечить информационные связи, осуществить оперативное управление [3].

Трудности, связанные с исследованиями морфологического субстрата, являющегося непосредственным индикатором неблагоприятия в системе мать-плацента-плод с ранних сроков беременности, диктуют необходимость разработки и внедрения в практику методов лабораторного мониторинга с целью выявления признаков дестабилизации гомеостаза для оценки риска реализации патологических состояний при беременности. Резервом снижения частоты ранних репродуктивных потерь, не связанных с хромосомными аномалиями плода, является выявление новых звеньев патогенеза гестационных осложнений и неблагоприятных исходов беременности, в частности взаимосвязи функционального состояния эндотелия с другими регуляторными факторами, поскольку большая часть патологических состояний при беременности опосредована сосудистым компонентом [9].

Современные достижения в изучении молекулярных процессов, происходящих в критические периоды развития беременности, свидетельствуют, что отдельные показатели, вовлеченные в патогенез гестационных осложнений и неблагоприятных исходов беременности, могут служить потенциальными биомаркерами - предикторами патологических состояний, а определенные их сочетания - эффективными прогностическими критериями гестационного неблагоприятия.

Важным фактором неразвивающейся беременности является нарушение процесса имплантации оплодотворенной яйцеклетки, формирования полноценной сосудистой системы хориона и плаценты. Необходимым фактором плацентации и инвазии трофобласта является сосудисто-эндотелиальный фактор роста VEGF, который является основным индуктором ангиогенеза (Kaufmann P. et al., 2003; Bdolah Y., 2005; Amani D. et al., 2005). Известно, что при невынашивании беременности его уровень в крови матери снижен (Schffer L. et al., 2003; Laviol L. et al., 2004).

Фактор VEGF стимулирует пролиферацию, миграцию, проницаемость и гомеостаз эндотелиальных клеток. Снижение уровня VEGF обуславливает апоптоз эндотелия, ведущий к обструкции просвета и регрессии сосудов. Ген VEGF экспрессируется в децидуальной ткани и клетках вневорсинчатого цитотрофобласта, стимулирует дифференцировку цитотрофобласта. Уровень экспрессии VEGF прогрессивно уменьшается после рождения и минимален в большинстве тканей взрослых, за исключением мест активного ангиогенеза (яичники, матка и кожа). Одной из наиболее изученной изоформы VEGF является VEGF-A.

Были проведены исследования маркеров запрограммированной клеточной гибели при физиологической и осложненной беременности [64,65,66]. Полученные результаты показали тесную генетическую связь между процессами тканевого роста, апоптоза и уровнем энергетического обмена в ткани плаценты. Усиление или ослабление апоптоза в плаценте ведет к формированию плацентарной недостаточности и различным клиническим вариантам и степени тяжести осложнений гестации.

Термин "апоптоз" (с греч.- опадание листьев) введен в научный обиход в 1972 г. для обозначения формы гибели клеток [14]. Апоптоз, или запрограммированная смерть клетки, представляет собой процесс, посредством которого внутренние или внешние факторы, активируя генетическую программу, приводят к гибели клетки и ее эффективному удалению из ткани [11, 16]. Апоптоз — это механизм гибели клеток, который имеет ряд биохимических и морфологических отличий от некроза, это биохимический специфический тип гибели клетки, который характеризуется действием не лизосомальных эндогенных нуклеаз, расщепляющих ядерную ДНК на маленькие фрагменты [12]. Морфологически апоптоз проявляется гибелью единичных, беспорядочно расположенных клеток, что сопровождается формированием округлых, окруженных мембраной телец ("апоптотические тельца"), которые тут же фагоцитируются окружающими клетками, имеющими специфические рецепторы, в частности, рецептор витронектина, идентифицируемый как β3-интегрин [2]. Это энергозависимый процесс, посредством которого удаляются нежелательные и дефектные клетки организма. Он играет большую роль в морфогенезе и является механизмом постоянного контроля размера органов. При снижении апоптоза происходит накопление клеток, пример-опухольевый рост [6]. При увеличении апоптоза наблюдается прогрессивное уменьшение клеток в ткани, пример — атрофия [15]. Запрограммированное разрушение клеток наблюдается во время эмбриогенеза (включая имплантацию, органогенез).

Несмотря на то, что при эмбриогенезе апоптоз не всегда является отражением "запрограммированной смерти клетки", это определение апоптоза широко используют различные исследователи [7]. Формированием условий, способствующих массовому апоптозу целых клеточных популяций, объясняют такие драматические события эмбриогенеза, как утрата хвоста зародышами амфибий или атрофия у них гипохорды [14]. В качестве причины внезапной утраты гемопоэтической функции печенью эмбрионов называют тотальный апоптоз кровяных клеток вследствие снижения восстановительного потенциала в их микроокружении [17]. Согласно современным представлениям в формировании и функционировании фетоплацентарного комплекса важная роль отводится оптимальному влиянию факторов роста и запрограммированной клеточной гибели [8,13].

Снижение уровня VEGF обуславливает апоптоз эндотелия, ведущий к обструкции просвета и регрессии сосудов. Ген VEGF экспрессируется в децидуальной ткани и клетках вневорсинчатого цитотрофобласта, стимулирует дифференцировку цитотрофобласта. Уровень экспрессии VEGF прогрессивно уменьшается после рождения и минимален в большинстве тканей взрослых, за исключением мест активного ангиогенеза (яичники, матка и кожа). Одной из наиболее изученной изоформы VEGF является VEGF-A.

К настоящему времени в гене VEGF описано 214 однонуклеотидных полиморфизмов. Некоторые из них, VEGFA: C936T, G-1154A, C405G, C2578A, C4534T, G634C, по данным ряда авторов (Беспалова О.Н., 2009; Stevens A. et al., 2003; Papazoglou D. et al., 2004; Coulam C. et al., 2008; Lee H. et al., 2009; Su M. et al., 2011; Aggarwal, S. et al., 2011) ассоциированы с осложнениями беременности (преэклампсией, HELLP - синдромом, преждевременными родами, привычным невынашиванием беременности).

На абортном материале по изучению полиморфных вариантов гена VEGF-A выполнена единственная работа (Jeon Y.J. et al., 2011), в которой основную группу составили спонтанные абортусы до 20 недель гестации, контрольную группу – дети и взрослые.

При изучении процессов апоптоза так же было выявлено, что подавление материнской иммунной реакции натуральных киллеров на фетальные антигены начинается в преимплантационном периоде, когда преимплантационные эмбрионы вплоть до стадии бластоцисты секретируют ФНО α , который, не участвуя в эмбриогенезе, обеспечивает выживание эмбриона. Сами эмбрионы состоят из клеток, не имеющих к нему рецепторов [44]. Эмбрионы благополучно развиваются до 6-8-клеточной стадии лишь при достаточном количестве белков материнского происхождения с антиапоптотической активностью для подавления активности Вах и Fas, в дальнейшем у них инициируется транскрипция собственных генов, супрессирующих программу апоптоза.

Исследуя экспрессию цитокинов Th1 и Th2 - типа в децидуальной ткани женщин с неразвивающейся и физиологической беременностью, исследователи выявили, что для децидуальной оболочки при нормальной беременности характерна секреция цитокинов Th2 - типа (ИЛ-4, 5, 10, 13). Цитокины Th1 типа (TNF α , ИЛ-2, ИФН γ) нарушают развитие эмбриона и рост трофобласта [45,46,47]. В этих исследованиях не проводился анализ процессов апоптоза в хорионе и корреляционной зависимости апоптоза в тканях хориона и децидуальной оболочке.

При определении степени апоптоза мононуклеарных клеток периферической крови женщин в различные сроки беременности и вне беременности методом TUNEL, выявлено увеличение степени апоптоза в течение беременности соответственно гестационному сроку при физиологической беременности, тогда как при беременности плодом с хромосомными аномалиями апоптоз был в 2,5 раза выше, что возможно, связано с присутствием свободной фетальной ДНК в материнской сыворотке крови. В то же время не было различий в уровне апоптоза в образцах хориона при беременности плодом с хромосомными аномалиями и физиологической беременности [48,49].

Исследуя экспрессию Fas и Fas - ligand в децидуальной оболочке и трофобласте, выявили выраженную экспрессию Fas- ligand на трофобластических клетках со стороны децидуальной оболочки, что может играть важную роль в поддержании иммунопривилегии в беременной матке, обеспечивая трофобластические клетки защитным механизмом против активированных материнских лейкоцитов [50,51], и наоборот, апоптоз, опосредованный Fas - Fas-L- системой, может быть ассоциирован с материнской иммунотолерантностью к плоду [52,53,54].

При исследовании Fas и Fas - ligand в децидуальной оболочке при физиологической беременности и самопроизвольном выкидыше был выявлен аномальный апоптоз в децидуальной оболочке в течение первого триместра что может быть одним из механизмов самопроизвольного аборта и Fas может играть важную роль в индукции апоптоза [55,56]. Таким образом, можно отметить, что многие патогенетические механизмы развития осложнений в первом триместре беременности, возможно, связаны с нарушениями апоптоза.

Представляет определенный интерес определение взаимосвязи между ангиогенными факторами роста и маркерами апоптоза при неразвивающейся беременности в первом триместре гестации.

Результаты работы позволяют определить взаимосвязь между уровнем ангиогенных факторов роста и параметров апоптоза при физиологическом течении беременности и остановке развития гестации.

Исследования последних лет значительно изменили существующие представления о механизмах и времени формирования осложнений гестационного процесса [24,26,20]. Ранние сроки беременности находятся сегодня в эпицентре внимания всего мирового научного сообщества, поскольку нарушение механизмов регуляции в этот период рассматривается в качестве отправной точки будущего неблагополучия [25,19,34,29,27,30]. Физиологическое течение беременности во многом определяется механизмами иммунологической регуляции, нарушение которых приводит к различным патологическим состояниям [28,32,31,33]. В последнее время ведущая роль в объединении многих механизмов иммуномодуляции и формирования иммунологической толерантности в ходе материнскофетальных взаимодействий принадлежит представлениям о полноценности процессов дифференцировки, активации, апоптоза иммунокомпетентных клеток, иммунного распознавания аллоантигенов плодового происхождения и межклеточного взаимодействия [43]. Необходимо отметить, что если еще несколько лет назад исследования в области иммунологии и репродукции были связаны с доказательством вовлеченности в патогенез того или иного патологического состояния различных иммунологических параметров и определением так называемого «иммунологического профиля» осложнений, то сегодня вектор научного поиска задан в направлении прогнозирования нарушений физиологического течения беременности с использованием иммунологических и других лабораторных показателей, поскольку эффективное прогнозирование патологических состояний с ранних сроков беременности является залогом их успешной профилактики [40,42,35].

Большинство событий в процессе гестации, если не напрямую детерминированы влиянием иммунологических факторов, то являются иммуноопосредованными [36,37,41,26,27,38]. Так, полноценность ангио-генеза ворсинчатого дерева плаценты и инвазии цитотрофобласта напрямую зависят от функционального состояния сосудистого эндотелия, который, в свою очередь, находится под контролем цитокиновой регуляции [34, 39, 27, 22]. Провоспалительная направленность иммунных реакций обуславливает активацию и повышение адгезивности эндотелия, что может приводить к нарушению лейкоцитарно - эндотелиальных взаимодействий [21,23]. Кроме того, внутрисосудистая активация иммунокомпетентных клеток тесно связана с процессами свертывания крови, поскольку состояние гиперкоагуляции является универсальным ответом организма на влияние факторов инфекционной и неинфекционной природы, направленным на предупреждение распространения патологического очага в организме.

Выводы: Таким образом, в настоящее время не вызывает сомнения что, несмотря на проводимые исследования, до конца не определена взаимосвязь между ангиогенными факторами роста и процессами апоптоза при различных осложнениях гестационного периода, в том числе неразвивающейся беременности. Изучение этих уровней позволит получить информацию о функциональной активности различных типов клеток, что очень важно для дифференциальной диагностики и прогнозирования при неразвивающейся беременности на ранних сроках гестации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ярилин, А.А. Апоптоз. Природа феномена и его роль в целостности организма // Патол. физиол. и экспер. терапия. - 1998. - №2. - С. 38-48.
- 2 S. Ho The role of Bcl-2 expression in EGF inhibition of TNF- α -IFN- γ -induced villous trophoblast apoptosis // Placenta. - 1998. - V. 39, №1. - P. 423-430. 226.
- 3 Чистякова, Г.Н. Экспрессия маркеров активации иммунной системы в ранние сроки беременности // Иммунология. - 2004. - №6. - С. 377-378.
- 4 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Ранние сроки беременности: осложнения и прогнозирование перинатальных исходов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - №11(5). - P. 5-12.
- 5 Zenclussen A.C. Adaptive immune responses during pregnancy // Am. J. Reprod. Immunol. - 2013. - №69 (4). - P. 291-303.
- 6 Роль макроглобулинов в репродуктивной функции / Н.А. Зорин [и др.] // Акуш. и гин. - 2005. - №4. - С. 7-8.
- 7 S. Aschkenazi Differential regulation and function of the Fas/Fas ligand system in human trophoblast cells // Biol. Reprod. - 2002. - V. 66, № 6. - P. 1853-1861.
- 8 Аржанова, О.Н. Комплексная терапия плацентарной недостаточности беременных с наличием в крови антифосфолипидных антител // Акуш. и гин. - 2004. - №6. - С. 50-51.
- 9 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Ранние сроки беременности: осложнения и прогнозирование перинатальных исходов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - №11(5). - С. 5-12.
- 10 Г.Т. Сухих Проллиферативная активность и апоптоз в гиперплазированном эндометрии // Акуш. и гин. - 2005. - №5. - С. 25-29.
- 11 R.P.M. Steegers-Theunissen Folate affects apoptosis in human trophoblastic cells // Brit. J. Obstet. Gynecol. - 2000. - №107(12). - P. 1513-1515.
- 12 R.P.M. Steegers-Theunissen Folate affects apoptosis in human trophoblastic cells // Brit. J. Obstet. Gynecol. - 2000. - №107(12). - P. 1513-1515.
- 13 Чистякова, Г.Н. Экспрессия маркеров активации иммунной системы в ранние сроки беременности // Иммунология. - 2004. - №6. - С. 377-378.
- 14 Ярилин, А.А. Апоптоз. Природа феномена и его роль в целостности организма // Патол. физиол. и экспер. терапия. - 1998. - №2. - С. 38-48.
- 15 Брюне, Б. Апоптотическая гибель клеток и оксид азота: механизмы активации и антогонестические сигнальные пути (обзор) // Биохимия. - 1998. - Т. 63, Вып. 7. - С. 966-976.
- 16 F. Ding Effect of abnormal apoptosis in human decidua tissue during early gestation on pregnancy // Di. Yi. Jun. Yi. Da. Xue. Xue. Bao. - 2002. - V. 2, №2. - P. 145-147.
- 17 J.L. Rinkenberger Mcl-1 deficiency results in peri-implantation embryonic lethality // Genes Development. - 2000. - №14(1). - P. 23-27.
- 18 Павлович, С.В. Сосудисто-эндотелиальный фактор роста в патогенезе синдрома гиперстимуляции яичников // Акуш. и гин. - 2004. - №2. - С. 11-13.
- 19 Доброхотова, Ю.Э. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза эмбриональных потерь в I триместре гестации // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - № 5. - С. 15-18.
- 20 Mor, G. Inflammation and pregnancy: the role of the immune system at the implantation site / G. Mor, I. Cardenas, V. Abrahams, S. Guller // Ann. N. Y. Acad. Sci. - 2011. - Vol. 1221, № 1. - P. 80-87.
- 21 Коршунов, Г.В. Молекулярные маркеры системного воспалительного ответа и гемокоагуляции при эндотропезировании тазобедренного сустава // Клиническая лабораторная диагностика. - 2012. - № 2. - С. 50-52.
- 22 Cetin, I. Pregenesis pre-eclampsia markers consensus meeting: What do we require from markers, risk assessment and model systems to tailor preventive strategies? // Placenta. - 2011. - Vol. 32. - P. 4-16.
- 23 Макаров, И.О. Значение эндотелиоза в развитии гестоза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - № 2. - С. 16-19.
- 24 Закурина, А.Н. Плацентарная недостаточность – морфофункциональные параллели // Журнал акушерства и женских болезней. - 2010. - Т. LIX, выпуск 5. - С. 51-55.
- 25 Джабиева, А.А. Исходы беременности и родов у женщин с угрозой прерывания в I триместре // Вестник РУДН, серия Медицина. - 2012. - № 6. - С. 66-77.
- 26 Сухих, Г.Т. Иммунные факторы в этиологии и патогенезе осложнений беременности // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 1. - С. 128-136.
- 27 Фомина, М.П. 3D-доплерометрия плацентарного кровотока в прогнозировании синдрома задержки роста плода // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - Т. LXII, выпуск 2. - С. 160-165
- 28 Линник, А.П. Иммуноэндокринные взаимоотношения у беременных с привычным невынашиванием беременности в анамнезе // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2013. - № 2. - С. 4-7.
- 29 В.Е. Радзинский, А.А. Оразмурадов Ранние сроки беременности. - М.: StatusPraesens, 2009. - 448 с.
- 30 Zenclussen, A.C. Adaptive immune responses during pregnancy // Am J Reprod Immunol. - 2013. - Vol. 69, № 4. - P. 88-94.
- 31 Ширшев, С.В. Иммунология материнско-фетальных взаимодействий. - Екатеринбург: УрО РАН, 2009. - 584 с.
- 32 Макаров, А.И. Особенности Т-клеточной иммунорегуляции при невынашивании беременности: эволюция парадигмы // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2012. - № 5. - С. 10-16.
- 33 Warning, J.C. A balancing act: mechanisms by which the fetus avoids rejection by the maternal immune system // Reproduction. - 2011. - Vol. 141, № 6. - P. 715-724.
- 34 Ордиянц, И.М. Особенности второй волны инвазии цитотрофобласта у беременных с осложненной и нормально протекающей беременностью // Вестник РУДН, серия Медицина. - 2012. - № 6. - С. 193-197.
- 35 Усова, А.В. Состояние иммунной системы во II триместре беременности у женщин с ее невынашиванием и на фоне его коррекции // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2012. - № 1. - С. 13-15.
- 36 Айрапетов, Д.Ю. Аллоиммунный механизм привычного невынашивания беременности. // Проблемы репродукции. - 2010. - № 1. - С. 86-88.
- 37 Бурлев, В.А. Инверсия ангиогенеза у беременных // Проблемы репродукции. - 2013. - № 3. - С. 55-62.
- 38 Burton, G.J. Placental endoplasmic reticulum stress and oxidative stress in the pathophysiology of unexplained intrauterine growth restriction and early onset preeclampsia // Placenta. - 2009. - Vol. 30, Suppl A. - P. 43-48.
- 39 Орлов, В.И. Продукция факторов роста и вазоактивных веществ при синдроме задержки роста плода // Журнал акушерства и женских болезней. - 2008. - Т. LVII, выпуск 2. - С. 84-89.
- 40 Saito, S. Th1/Th2/Th17 and regulatory T-cell paradigm in pregnancy // Am. J. Reprod. Immunol. - 2010. - Vol. 63, № 6. - P. 601-610.
- 41 Зиганшина, М.М. Про- и антиангиогенные факторы в патогенезе ранних потерь беременности. Часть I. Особенности содержания про- и антиангиогенных сывороточных факторов в ранние сроки беременности // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 3. - С. 14-19.
- 42 Стрижаков, А.Н. Патогенетическое обоснование диагностики и догестационной профилактики эмбриоплацентарной дисфункции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - Т.11, № 1. - С. 5-10.

- 43 Nakashima, A. The balance of the immune system between T cells and NK cells in miscarriage // *Am. J. Reprod. Immunol.* – 2012. – Vol. 67, № 4. – P. 304-310.
- 44 Lea R. G., Riley S. C., Antipatis C. et al. Cytokines and the regulation of apoptosis in reproductive tissues: a review // *Am. J. Reprod. Immunol.* -1999. - №2. - P. 100-109.
- 45 Мещерякова А. В. Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности первого триместра: Дисс. ... канд. мед. наук - М., 1999. – 137 с.
- 46 Griffith T. S., Brunner T., Fletcher S. M. et al. Fas ligand-induced apoptosis as a mechanism of immune privilege // *Science.* - 1995. - №270. - P. 1189-1192.
- 47 Hockenbery D. M. Defining apoptosis. Review // *Amer. J. Pathol.* - 1995. - №1. - P. 16-19.
- 48 Hammer A., Hartmann M., Sedlmayr P. et al. Expression of functional Fas ligand in choriocarcinoma // *Am. J. Reprod. Immunol.* - 2002. - №4. - P. 226-234.
- 49 Savill J., Hogg N., Ren Y. et al. Thrombospondin cooperates with CD36 and the vitronectin receptor in macrophage recognition of neutrophils undergoing apoptosis // *J. Clin. Invest.* - 1992. - №4. - P. 1513-1522.
- 50 Hannun Y. A. Apoptosis and the Dilemma of Cancer Chemotherapy // *Blood.* - 1997. - №6. - P. 1845-1853.
- 51 Kayagaki N., Kawasaki A., Ebata T. et al. Metalloproteinase-mediated release of human Fas ligand // *J. Exp. Med.* - 1995. - №182. - P. 1777-1783.
- 52 Gorczyca W., Gong J., Darzynkiewicz Z. Detection of DNA strand breaks in individual apoptotic cells by the in situ terminal deoxynucleotidyltransferase and nick translation assays // *Cancer Res.* - 1993. - №53. - P. 1945-1951.
- 53 Cheng J., Zhou T., Liu C. et al. Protection from Fas-mediated apoptosis by a soluble form of the fas molecule // *Science.* - 1994. - №263. - P. 1759-1762.
- 54 Nagata S. Apoptosis regulated by a death factor and its receptor: Fas ligand and Fas // *Phil. Trans. Roy. Soc. – London: B. Biol. Sci.* 1994. - №345. - P. 281-287.
- 55 Fortunato S. J., Menon R., Swan K. F. et al. Interleukin-10 inhibition interleukin-6 in human amniochorionic membrane: transcriptional regulation // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1996. - №175. - P. 1057-1065.
- 56 Raff M., Barres B. A., Burne J. F. et al. Programmed cell death and the control of cell survival: lessons from the nervous system // *Science.* - 1993. - №262. - P. 695-697.
- 57 Духина Т.А. Ультразвуковая доплерометрия в динамике I триместра беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук - М., 2001. - 24 с.
- 58 Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей. – М.: 2008. – 165 с.
- 59 Подзолкова М.Л., Истратов В.Г., Мукова Б.Б. и др. // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». - М.: 2001. - С. 151-152.
- 60 Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., Тарасов В.Н., Мезин В.Я., Мезин Е.В. Патоморфологические и гормональные критерии в диагностике причин самопроизвольных выкидышей // *Архив патологии.* – 2001. - Т. 63, №5. - С. 31-36.
- 61 Okamoto N., Uchida A., Takakura K., Kariya Y., Kanzaki H., Riittinen L., Koistinen R., Seppala M., Mori T. Suppression by human placental protein 14 of natural killer cell activity // *Amer. J. Reprod. Immunol.* - 1991. - Vol.26. - P. 137-142.
- 62 Rachnilewitz J., Riely G.J., Tykocinski M.L. Placental protein 14 functions as a direct T-cell in Ribitor // *Cell Immunol.* – 1999. - №191. - P. 26-33.
- 63 Radjumar K., Barron D., Lewitt M.S., Murphy L.J. Growth retardation and hyperglycemia in insulin-like growth factor binding protein-1 transgenic mice // *Endocrinology.* – 1995. - №136. - P. 4029-4034.
- 64 Белушкина Н.Н., Хасан Хамад Али, Северин С.Е. Молекулярные основы апоптоза // *84 Вопросы биол. мед. и фарм. химии.* - 1998. - № 4. - С. 15-23.
- 65 Malhotra A., Fairweather-Tait S. J., Wharton P. A. et al. Placental zinc in normal and intra-uterine growth-retarded pregnancies // *Br. J. Nutr.* - 1990. - №63. - P. 613-621.
- 66 Miyawaki T., Uehara T., Nibu R. et al. Differential expression of apoptosis-related Fas antigen on lymphocyte subpopulations in human peripheral blood // *J. Immunol.* - 1992. - №149. - P. 3753-3758.

Э. Рамазанова¹, Г. Бапаева², Г. Ахмедьянова¹, А. Хожамуратова¹, А. Алишева², А. Шуганова²

¹ «Астана медицина университеті» АҚ, Қазақстан,

² «Ұлттық ана мен бала ғылыми орталығы», ҰҚ Бөлімшесі «УМС», Астана, Қазақстан

ГЕСТАЦИЯНЫҢ БІРІНШІ ТРИМЕСТРІНДЕГІ ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ (ШОЛУ МАҚАЛАСЫ)

Түйін: Бұл шолуда қазіргі таңда негізгі және өзекті болып отырған гестацияның бірінші триместріндегі дамымаған жүктілік кезіндегі апоптоз маркерлері мен өсудің кейбір ангиогендік факторларының мазмұны мәселелеріне назар аударылған.

Түйінді сөздер: жүктіліктің бірінші триместрі; дамымаған жүктілік; ангиогенез; апоптоз.

E. Ramazanova¹, G. Bapayeva², G. Akhmedjanova¹, A. Hozhamuratova¹, A. Alisheva², A. Shuganova²

¹JSC "Astana Medical University", Kazakhstan,

²CFB UMC National Research Center of Maternal and Child Health, Astana, Kazakhstan

IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF MISSED ABORTION OF THE FIRST TRIMESTER GESTATION (PRECIS ARTICLE)

Resume: In this article presents currently important issues by several angiogenic growth factor and apoptosis marker in the case of missed abortion first trimester gestation of pregnancy.

Keywords: first trimester of pregnancy, missed abortion, angiogenic, apoptosis.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Г.Ж. Токмурзиева, Т.Х. Хабиева, Ю.И. Рузиматова
Казахстанский Медицинский Институт «ВШОЗ»

Автором статьи проведена оценка методов лечения женщин с острыми гинекологическими заболеваниями в отношении сохранения и/или нормализации репродуктивного здоровья и дальнейшего качества жизни женщин, перенесших лапароскопические вмешательства с апоплексией яичника в отдаленный период (3 мес. -1 год) после лечения.

Главный акцент в данной статье придается ранней диагностике с целью получения максимального лечебного эффекта с минимальными потерями. По представленным данным, автор статьи, изучая качество жизни пациенток после хирургического лечения по поводу различных острых гинекологических заболеваний, отмечает важность изменений вегетативной нервной системы, показателей наличия и выраженности депрессивных состояний, качества сна. Проводя сравнительный анализ хирургических методов, устанавливает у пациенток значительное уменьшение осложнений и быстрое восстановление после оперативных вмешательств эндоскопическим доступом. Использование проверенных практикой совершенствованных традиционных лечебно-диагностических технологий приводит к улучшению показателей качества жизни после лечения по поводу апоплексии яичников, следовательно, к экономической эффективности.

Ключевые слова: качество жизни, лапароскопические вмешательства, женщины

УДК 618.1./11:616.381-072.1-039.75

Актуальность.

В гинекологии до настоящего времени остаются весьма актуальными вопросы, связанные с диагностикой и лечением апоплексии яичника и разрывов доброкачественных кист яичников. Это связано с тем, что, с одной стороны, отмечен неуклонный рост заболеваемости, преобладание латентных форм (3,4), с другой стороны, частота диагностических ошибок при данной патологии достаточно высока и колеблется от 2,1% до 35% (7,9).

Выбор тактики лечения больных с ОГЗ остается актуальной научной и практической проблемой. Анализ литературы, посвященной проблеме «острого живота» в гинекологии, показал целесообразность применения лапароскопии, которая дает возможность по-новому рассмотреть проблему острой гинекологической патологии (4,8).

В тесной связи с качеством оказания медицинской помощи, особенно в экстренных случаях, своевременностью оперативного вмешательства и проведение его в оптимальном объеме и адекватным доступом находится прогноз заболевания и, таким образом, степень сохранения репродуктивного здоровья и качество жизни пациенток (1,3).

Проблема женского здоровья представляется крайне важной, т.к. это напрямую связано со здоровьем следующих поколений. Так как, в целом, заболеваемость растет, основная задача медицины сегодня - ранняя диагностика с целью получения максимального лечебного эффекта с минимальными потерями.

Материалы и методы исследования.

В качестве метода оценки лечения женщин с острыми гинекологическими заболеваниями явилась медицинская документация по обследованию женщин после оперативного лечения по поводу различных острых гинекологических заболеваний в отношении сохранения и/или нормализации репродуктивного здоровья, характеристик показателей качества жизни в отдаленный период (3 мес. -1 год) после лечения. Оценка качества жизни пациенток проводилась на основании опроса, тестирования и анкетирования. Для оценки эмоциональной сферы были предложены анкеты, разработанные в отделении патологии вегетативной нервной системы кафедры нервных болезней ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова под руководством акад. РАМН А.М.Вейна.

Результаты исследования:

Проведено обследование 122 женщин после оперативного лечения по поводу различных острых гинекологических заболеваний: внематочная беременность - 56 женщин (45,9%), острые воспалительные заболевания придатков

матки - 31 (25,4%), апоплексия яичников - 20 (16,4%), перекрут придатков матки - 15 (12,3%). Пациентки разделены на 2 группы: 1-ая группа - после хирургического лечения лапаротомическим доступом (58 женщин), 2-ая группа - после эндоскопического лечения (64 женщины). Оперативные вмешательства в ор-ганосохраняющем объеме произведены 13 больным 1 группы (22,4%) и 59 больным 2 группы (92,2%).

Средний возраст пациенток 1 группы 34,12±0,8, 2 группы - 31,34±0,6 года. В 27,1% репродуктивная функция на момент заболевания реализована не была. Отмечен высокий процент перенесенной гинекологической патологии: у 50 женщин (41,0%) - хроническое воспаление придатков матки, у 109 пациенток (89,3%) ранее отмечены внутриматочные вмешательства, у 46 пациенток (37,7%) - различные виды нарушений менструального цикла.

Оценка качества жизни пациенток проводилась на основании опроса. Вопросы анкеты включали показатели работы вегетативной нервной системы, качества сна, наличие и выраженность депрессивных состояний сразу после операции и в период от 5-6 до 12 месяцев после проведенного лечения. Для оценки эмоциональной сферы были предложены анкеты, разработанные в отделении патологии вегетативной нервной системы кафедры нервных болезней ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова под руководством акад. РАМН А.М.Вейна. По анкетам: САН (самочувствие - активность - настроение), тест Бэка (наличие и степень депрессивного состояния), анкета субъективных характеристик сна. Сроки заполнения анкет - 1 сутки после оперативного лечения и период от 3 до 6 месяцев после лечения, анализ субъективных характеристик сна - до заболевания и в период от 3 до 6 месяцев после лечения.

Анализ качества жизни проводился на основании тестирования пациенток 1 и 2 групп в период от 6 до 12 мес после лечения. Накануне операции характер психического состояния женщин соответствовал ответной реакции на стресс. После операции протестировано 52 пациентки 1 группы и 60 из 2 группы. Физическая активность и выносливость восстанавливалась постепенно и зависела от общего состояния больной до операции (объем кровопотери, степень интоксикации, выраженность болевого синдрома). При удовлетворительном состоянии больной до операции после лапароскопии физическая активность восстанавливалась практически на вторые сутки после операции.

Страх перед повтором заболевания отмечен у 24 (46,2%) пациенток 1 и 21 (35,0%) 2 группы. Головная боль и

головокружение отмечались в 1,7 раза, а чувство прилива жара к лицу в 1,4 раза чаще у больных 1 группы. Снижение работоспособности в 2,8 раза чаще, а такие симптомы, как плаксивость, раздражительность, потливость, нарушение сна - в среднем в 2 раза чаще выявлены у пациенток 1 группы. Прибавка в весе свыше 4 кг через 6 - 12 мес. После операции отмечена у пациенток 2 группы в 2,5 раза реже

До оперативного лечения на нарушение сексуальной функции предъявляли жалобы 17 женщин (13,9%), что было обусловлено наличием болевого синдрома, связанного с основным заболеванием (воспалительные заболевания органов малого таза, эндометриоз, кисты и кистомы яичника). Сексуальная активность возросла у 5 (8,3%) женщин 2 группы, которым выполнен минимальный объем хирургического лечения с использованием эндоскопического метода, снизилась - у 7 (13,5%) женщин 1 группы.

Таким образом, эндоскопические органосохраняющие операции по поводу острых гинекологических заболеваний способствуют улучшению сексуальной функции у части больных, поскольку ликвидируют основной симптом заболевания - боль. Кроме того, у пациенток этой группы больных минимально страдает гормональная функция. Напротив, радикальные операции в объеме тубэктомий, аднексэктомий ухудшают параметры сексуальной функции: снижение либидо отмечается у 22 женщин (42,3%), диспареуния - у 16 (30,8%).

Общая самооценка состояния здоровья. После эндоскопических органосохраняющих операций самооценка качества жизни улучшилась или сохранилась на прежнем «хорошем» уровне у 73,3% женщин. После радикальных операций 15,4% пациенток оценивали качество жизни как «хорошее», 80,8% пациенток - как «удовлетворительное», 3,9% - как «плохое».

Оценка качества жизни пациенток обеих групп проводилась на основании опроса по нескольким анкетам и, т.о. оценивались показатели вегетативной нервной системы, качества сна, наличие и выраженность депрессивных состояний сразу после операции и в период от 3 до 6 месяцев после проведенного лечения.

Анкета патологии вегетативной нервной системы института им. Сеченова (САН) позволяет оценить удовлетворенность от проведенного лечения. Оценивается по показателям: самочувствие - активность - настроение. Оценка производится в баллах, при этом минимальное количество баллов - 10, максимальное - 70. После операции (1 сутки) среди пациенток 1 группы отмечены показатели САН: самочувствие - 49,4±3,2 балла, активность - 56,1±2,5 балла, настроение - 59,2±1,4 балла. Аналогичные показатели во 2 группе соответственно -24,3±1,2 балла, 22,6±2,4 и 42,7±3,1 баллов.

В отдаленный период (3 - 6 месяцев) после лечения: показатели САН в 1 группе: самочувствие - 62,4±2,5 балла, активность - 64,1±2,1 балла, настроение - 62,2±1,4 балла. Аналогичные показатели во 2 группе соответственно - 47,3±3,2 балла, 50,6±2,1 и 48,7±3,1 баллов. Таким образом, субъективные показатели состояния вегетативной нервной системы после эндоскопического лечения по поводу ОГЗ в 1,3 раза выше, чем после хирургического лечения путем лапаротомии.

Наличие и степень депрессивного состояния оценивалась по тесту Бека. Констатировалось наличие депрессивного состояния при количестве 10 баллов и выше. Легкая степень - от 10 до 15, средняя - от 16 до 19 баллов. Среди больных 1 группы на 1 сутки после операции менее 10 баллов

отмечено у 27 женщин (46,6%), от 10 до 15 - у 18 (31,0%), от 16 до 19 - у 13 (22,4%). Через 3-6 мес. после операции эти показатели составили соответственно 63,7%, 22,4% и 13,8%. Среди пациенток 2 группы на 1 сутки после операции менее 10 баллов отмечено у 47 женщин (73,4%), от 10 до 15 - у 10 (15,6%), от 16 до 19 - у 7 (10,9%). Через 3 - 6 мес. после операции эти показатели составили соответственно 82,8%, 14,1% и 3,1%. Таким образом, наличие депрессивного состояния слабой и средней степени выраженности в период от 3 до 6 месяцев после хирургического лечения по поводу ОГЗ у пациенток 2 группы встречается в 2,1 раза реже, чем в 1 группе. Ухудшение параметров психического состояния у женщин, перенесших радикальные операции в первые месяцы после лечения, делает необходимым проведение у них реабилитационных мероприятий.

Анализ качества сна проводился по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна (время засыпания, продолжительность сна, ночные пробуждения, сновидения, качество сна, качество пробуждения). По этой анкете нормой считаются показатели в пределах от 20 до 30 баллов. Показатели менее 20 баллов характеризуют различные виды нарушений сна. При оценке этого показателя оценивался сон пациенток до заболевания и в сроки от 3 до 6 месяцев после лечения. В 1 группе больных этот показатель составил соответственно 24,2±1,1 и 27,1±1,5. Во 2 группе - 19,6±0,9 и 20,4±0,9 балла.

Современные методы диагностики, выбор оптимального метода лечения острой гинекологической патологии и проведение его в оптимальном объеме позволяют не только получить лечебный эффект, но и свести к минимуму репродуктивные потери и добиться полноценной медико-социальной реабилитации женщин (2, 5, 6).

Выводы: Таким образом, из представленных данных по изучению качества жизни пациенток после хирургического лечения по поводу различных острых гинекологических заболеваний, следует, что оценка качества жизни пациенток по показателям вегетативной нервной системы, качества сна, наличия и выраженности депрессивных состояний сразу после операции и в период от 3 до 6 месяцев после проведенного лечения выявил следующие положительные изменения вегетативной нервной системы, показатели наличия и выраженности депрессивных состояний и качества сна значительно меньше и быстрее восстанавливаются у пациенток после оперативных вмешательств эндоскопическим доступом. Улучшилась общая самооценка состояния здоровья. Физическая активность и выносливость восстанавливалась постепенно и зависела от общего состояния больной до операции (объем кровопотери, степень интоксикации, выраженность болевого синдрома). При удовлетворительном состоянии больной до операции после лапароскопии физическая активность восстанавливалась практически на вторые сутки после операции.

Современные методы диагностики, выбор оптимального метода лечения острой гинекологической патологии и проведение его в оптимальном объеме позволяют не только получить лечебный эффект, но и свести к минимуму репродуктивные потери и добиться полноценной медико-социальной реабилитации женщин. Использование совершенствованных традиционных лечебно-диагностических технологий приводит к улучшению показателей качества жизни после лечения по поводу апоплексии яичников и, следовательно, к улучшению качества предоставленной медицинской помощи и экономической эффективности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамьян Л.В., Аскольская С.И., Кудрякова Т.А., Горев А.С. Психоэмоциональное состояние женщины после гистерэктомии // Акушерство и гинекология. - 1999. - №1. - С.35-38.
- 2 Адамьян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселев С.И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста // Акушерство и гинекология. - 1997. - №3. - С.40-44.
- 3 Лазебная М.О. Качество жизни женщин в постменопаузальном периоде с сахарным диабетом II типа и атрофическим вагинитом: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук - Воронеж, 2000. - 22 с.
- 4 Ландеховский Ю.Д. Клинико-патогенетическое обоснование ведения больных миомой матки: автореф. дисс. ... д-р.мед.наук - М., 1988. - 48 с.

Г.Ж. Токмурзиева, Т.Х. Хабиева, Ю.И. Рузиматова

**ЖҰМЫРТҚА АПОПЛЕКСИЯСЫНА ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АРАЛАСУДЫ БАСТАН КЕШКЕН
ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ**

Түйін: Аналық бездің апоплексиясының лапароскопиялық емінен кейінгі (Зай-1жыл)репродуктивті денсаулығын, өмір сапасын және жедел гинекологиялық ауруларды емдеу әдістері бағаланды.

Жобаның басты мақсаты – ерте диагностикалау арқылы емнің эффективтілігін жоғарылату мен шығынды азайту. Бұл жоба хирургиялық емнен кейінгі жедел гинекологиялық ауруларда вегетативті нерв жүйесі, депрессия, ұйқының маңызды екенін көрсетеді. Оперативті эндоскопиялық араласудан кейін салыстырмалы анализ бойынша біршама асқынулардың азаюы мен тез қалпына келуі байқалады. Емдік-диагностикалық технологияны пайдалану аналық без апоплексиясының емінен кейінгі өмірлік көрсеткіштерінің жақсаруына, эконимикалық тиімділікке алып келеді.

Осылайша, хирургиялық емнен кейінгі жедел гинекологиялық ауруларда вегетативті нерв жүйесі, депрессия, ұйқының маңызды екенін көрсетеді және оперативті эндоскопиялық араласудан кейін 3 айдан 6 ай арасында вегетативті нерв жүйесі, депрессивті күй мен ұйқы бұзылысы айтарлықтай тез қалпына келеді. Жалпы денсаулығын бағалауы жақсарды.Операцияға дейінгі науқастың жалпы жағдайынан физикалық белсенділік және төзімділік біртіндеп қалпына келеді (қан кету көлемі, улану дәрежесі, ауру сезімінің интенсивтілігі).

Лапароскопиялық операцияға дейін науқастың жағдайы қанағаттанарлық болса, физикалық белсенділік екі күнде қалпына келеді. Заманға сай диагностикалық әдістер, жедел гинекологиялық патологияның оптималды емін таңдау емдік эффект қана емес, аз репродуктивті жоғалту мен әйелдердің толыққанды медициналық-әлеуметтік реабилитациясына жеткізеді. Емдік-диагностикалық технологияны пайдалану аналық без апоплексиясының емінен кейінгі өмірлік көрсеткіштерінің жақсаруына, эконимикалық тиімділікке алып келеді.

Түйінді сөздер: өмір сапасы, лапароскопиялық араласу, әйелдер

G.Zh. Tokmurziyeva, T.Kh. Khabieva, Yu.I. Ruzimatova

**QUALITY OF LIFE OF WOMEN HELD LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS
WITH APPOSLE OF THE EGG**

Resume: The author of the article is conduct the estimation of methods of treatment of women with acute gynaecological in regard to maintenance and/or normalization of reproductive health and further quality of life of women carrying laparoscopic interferences with the apoplexy of ovary in a remote period (3 months is 1) after treatment.

A main accent in this article is given early diagnostics with the purpose of receipt of maximal curative effect with minimum losses. From presented data, the author of the article, studying quality of life of patients after surgical treatment concerning different acute gynaecological diseases, marks importance of changes of the vegetative nervous system, indexes of presence and expressed of depressions, quality of dream. Conducting the comparative analysis of surgical methods, sets considerable reduction of complications and rapid renewal after operative interventions endoscopic access for patients. Use tested by practice perfected traditional curatively -diagnostic technologies results in the improvement of indexes of quality of life after treatment concerning the apoplexy of ovaries and, consequently, to economic efficiency.

Thus, from the presented data on the study of quality of life of patients after surgical treatment concerning different acute gynaecological diseases, it is necessary that estimation of quality of life of patients on the indexes of the vegetative nervous system, quality of dream, presence and expressed of depressions right after an operation and in a period from 3 to 6 months after the conducted treatment educed the next positive changes of the vegetative nervous system, the indexes of presence and expressed of depressions and quality of dream considerably less than and quicker are restored for patients after operative interventions by endoscopic.

The general self-appraisal of the state of health became better. Physical activity and endurance was restored gradually and depended on the general state of patient to the operation (volume of blood loss, degree of intoxication, expressed of pain syndrome). At the satisfactory state of patient to the operation after laparoscopy physical activity was restored practically on the second twenty-four hours after an operation.

The modern methods of diagnostics, choice of optimal method of treatment of sharp gynaecological pathology and realization of him, in an optimal volume allow not only to get a curative effect but also take to the minimum reproductive losses and to obtain the valuable medico-social rehabilitation of women. Use perfected traditional curatively -diagnostic technologies results in the improvement of indexes of quality of life after treatment concerning the apoplexy of ovaries and, consequently, to the improvement of quality of the given medicare and economic.

Keywords: quality of life, laparoscopic interventions, women



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

DERMATOVENEREOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

ПСОРИАЗДЫҢ ИММУНОПАТОГЕНЕЗИНДЕ ЦИТОКИНДІК БҰЗЫЛЫСЫ

Қ. Құнанбай, А.Қ. Қаирбеков, М.Е. Рамазанов, Ж. Арыстан
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Клиникалық фармакология және фармакотерапия кафедрасы

Бұл әдеби шолуда псориаздың иммунологиялық даму механизмінің заманауи деректері ұсынылған. Бұл әдебиеттегі псориазбен ауыратын науқастардың иммунды жүйесінің жасушалары мен олардан синтезделетін цитокиндердің иммундық бұзылыстардың дамуына талдау жасалды. Псориаз бұл көп себепті,теріні зақымдайтын микроциркуляцияның зат алмасудың, дәнекер тіндердің жүйелік бұзылысымен,буындардың,ішкі ағзалардың, лимфа түйіндердің бұзылысымен жүретін созылмалы ауру. Псориаз дамуының негізгі себепінде регуляторлы және эффекторлық Т-жасушаларының арасындағы теңгерімсіздіктің жеткіліксіз иммундық жауаптылығын қалыптастыру. Псориаздың иммунопатогенезіндегі маңызды байланысты протеин және қабынуға қарсы цитокиндердің теңсіздігі болып табылатынын көрсетті . Псориаз дамуында негізгі цитокиндердің (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-22, ИЛ-23, ИЛ-36, ФНО-α және т.б.) рөлі қарастырылды. Аурудың генетикалық бейімділігін маңыздылығы туралы мәліметтер келтірілген.

Түйінді сөздер: Псориаз, иммунопатогенез, Т-лимфоциттер, дендритті жасушалар, цитокиндер

ӘӨЖ 616.517-097:577.27

Бұл әдеби шолуда псориаздың иммунологиялық даму механизмінің заманауи деректері ұсынылған. Псориазбен ауыратын науқастардың иммунды жүйесінің жасушалары мен олардан синтезделетін цитокиндердің иммундық бұзылыстардың дамуына талдау жасалды. Псориаз бұл көп себепті,теріні зақымдайтын микроциркуляцияның , зат алмасудың, дәнекер тіндердің жүйелік бұзылысымен,буындардың,ішкі ағзалардың, лимфа түйіндердің бұзылысымен жүретін созылмалы ауру. Тері иммундық жүйемен байланысты және иммундық жауаптардың барлық түрлерін іске асыру үшін қажетті жасушалық құрамға ие [2]. Кератиноцит, Лангерганс жасушалары, мастоциттер, гранулоциттер, фибробласттар, арнайы лимфоциттер - биологиялық белсенді қосылыстардың кең спектрі түзіліп: адгезия молекулалары, қабыну медиаторлары, цитокиндер, өсу факторлары, химокиндер, интерлейкиндер, интерферондары зардапты немесе ынталандырушы факторлардың әсерінен кератиноциттер интерлейкиндердің (ИЛ) 1, 2, 3, 6, 7, 8, 15, ФНО-α (ісік некрозының факторы-α), колонияны ынталандыратын факторлар (гранулоцит, макрофаги) , TGF-β (өсу коэффициенті-β), интерферондар, химокиндер. Т-лимфоциттер белсендірілген Лангерганс және т.б. жасушалары арқылы теріге таратылады. Теріде әдетте иммундық үрдістерге қатыспайтын жаушалар (Th 1, Th 2 лимфоциттері, макрофагтар, В-лимфоциттер және т.б) және инфекцияларда, зақымдану, стрессті дамыту кезінде қабыну реакцияларын дамытуға қатысатын көптеген иммунологиялық құзыретті жасушалар әсер етеді. Аурудың ерте кезеңдерінде байқалған псориаздағы иммунокомпитентті жасушалардың белсенділігі өте маңызды. Псориаз - медициналық ғана емес, сонымен қатар

элеулі әлеуметтік мәселе болып табылады. «Өркениеттің ауруы» - қазіргі кезде адам ауруларының құрылымында айтарлықтай ерекше көрініспен сипатталады. Әлем халқының 3% -нан астамы (шамамен 80 млн. Адам) псориазбен зардап шегеді, ерлер мен әйелдердің жиілігі бірдей [7]. Псориаз көп таралған ,көп факторлы терінің созылмалы ауруы, ол кератиноциттердің гиперпролиферациясы, иммундық жүйенің жасушалары тарапынан зардап шеккен тері аймақтарын дифференциациялау және олардың инфильтрациясымен сипатталады. Псориаз теріні зақымдалуыме қатар микроциркуляцияның, зат алмасудың, дәнекер тіндердің жүйелік бұзылысы, буындардың,ішкі ағзалардың, лимфа түйіндердің бұзылысы байқалады. Қазіргі заманғы тұжырымдамаларға сәйкес, псориаз мультфакторлық генетикалық туындаған иммуноқабынулық ауру ретінде қарастырылады, ол регуляторлық және эффекторлық Т-клеткалар арасындағы теңгерімсіздікпен иммундық жеткіліксіздіктің қалыптасуына негізделген. CD4 + Т-(хелпер) жасушалар (Th) әртүрлі иммундық жауаптарды ге өте маңызды. Соңғы уақытқа дейін Th жасушалардың екі түрі тұжырымдамасы белгілі болған: Th1 жасушалар,белсендірілген ИЛ-12 ,ИФНү синтездейді және жасушалық иммундық жауаптарға жауап береді , ал Th2-жасушалар гуморальді имуннды реакцияға және ИЛ-4,ИЛ-5,ИЛ-13 секрециясына жауап береді.Бірақ қазіргі заманда Th-жасушалардың тағы да бір субпопуляциясының бар екеніне көз жеткізілді. Ол Th17-жасушасы, 2015 жылы ашылған. Th17-лимфоциті кең спектрлі цитокиндерді синтездейді, ең біріншіден ИЛ-17А, ИЛ-17F, ИЛ-6, ИЛ-21 и ИЛ-22, ФНО-α []. Бұл жасушалар инфекцияға қарсы қорғануға үлкен рөл атқарады,ең алдымен жасушаның

сырты патогендерден, олар Т-хелпердің 1 және 2 типтерімен оңай жойылмайды, және де аутоиммунды аурулардың пайда болумен ісікке қарсы иммунды жауапты реттеуге қатысады [5]. Соңғы жылдары Т-реттеуші жасушалардың псориаздың дамуына үлкен маңызы бар, олар иммунологиялық толеранттылықты және шектелген иммунды жауапты қамтамасыз етеді. Т-регуляторлы жасушалар эффекторлы Т-лимфоциттерге және антигенді ұсынушы жасушалар ИЛ-10 и TGF- β ді синтездеу арқылы супрессорлы әрекет көрсетеді. Ол FOXP3 нәруызы арқылы жүзеге. FOXP3 нәруызы Т-реттеуші лимфоциттің маркері болып табылады. FOXP3 нәруызы транскрипцияның басқа факторларын басады: NFAT (белсенді Т-лимфоциттердің ядролық факторы) и NF κ B (каппа В-ның транскрипциясының ядролық факторы), Т-лимфоциттердің дифференцирленуіне жауап беретін гендердің транскрипциясын бақылайтын, ең маңызды қабыну медиаторларының мРНК - цитокиндердің экспрессиясын бақылайды (ФНО- α , γ -интерфероны, ИЛ-2 ж.т.б.), жасушалардың өсу факторы (GM-CSF – гранулоцитарлы-макрофагалды колония стимуляциялаушы фактор), ИЛ-3, мембраналардың Қос стимуляциялаушы молекулалары CD40L (лиганд молекуласы CD40) и CTLA-4 (Т-лимфоцит-4-тің цитотоксикалық антигені), адгезия молекулалары (ICAM – жасушааралық адгезия молекуласы белсеніп, VCAM – тамырлар эндотелинін адгезия молекуласы), хемокиндер, және псориаз кезіндегі жасушалық иммунды жауапты жүзеге асыру. Бірқатар зерттеулер перифериялық қандағы және псориаз науқастарының прогрессивті кезеңінде және ремиссия кезінде педиериялық қан мен терідегі Т-реттеуші жасушалардың саны сау адамдарға қарағанда айтарлықтай жоғары екендігін анықтады. Сондай-ақ, псориаз фокусындағы FOXP3 нәруызы мРНК өрнегі сау адамдарға қарағанда 3 еседен артық қарқынды екенін көрсетті. Оның үстіне, терідегі FOXP3 нәруызы, мРНК-нің және псориазы бар перифериялық қан мен терідегі Т-реттеуші жасушалардың саны арасындағы тікелей байланыс бар екені анықталды. Бұл Т-реттейтін жасушалардың жетіспеушілігінің немесе дисфункциясының маңызды рөлін псориаздағы жеткіліксіз иммунды жауапты қалыптастыруда көрсетеді, бұл Th1 және Th17-ның иммунды жауапты белсендіруімен бірге жүреді. Псориаздың асқынуы кезінде науқастардың лимфоциттердің, Т-лимфоциттердің, хелперлердің белсенділігі бар жасушалардың, М, Е және А иммуноглобулиннің, айналатын иммунды кешендердің, ФНО- α , ИЛ-2, нейтрофилдердің абсорбциялық және өлтіру белсенділігін арттыратын екіншілік гранулоцитопатия болады. Бұл деректер иммунитетті имунорегуляциялы және эффекторлық байланыстарда әртүрлі бұзылыстарды көрсетеді, сондай-ақ аурудың аутоиммунды сипатын растайды. Псориаз патогенезіндегі дендрит жасушаларының маңызды рөлін атап өту керек. Дендрит жасушалар (ДЖ) - бұл табиғи жасушалардың гетерогенді популяциясы, оның негізгі қызметі иммунды жауапты бастау және реттеу болып табылады. Адамдарда ДЖ-ның екі субпопуляциясы бөлінеді: лимфоид туындаған плазматитидті ДЖ және миелоидты ДЖ миелоидты гемопоэтическом прекурсормен айқындалады. Плазматитидты ДЖ ИНФ- α -ны синтездейді, ИЛ-4 пен ИЛ-10ды секреттей алады, олар Т-хелперы 2-ші типіне (Th2) және В-лимфоциттердің плазматиттарына нативті Т-хелперлердің (Th0) дифференциалауына қатысады. Миелоидты ДЖ Т-лимфоциттерге бөтен антигендерді ұстап береді. Лангерганс жасушалары миелоидты ДЖ-ның жас формалары болып саналады, эпидермис, ішек және бронх эпителилерінде орналасқан және барерлік қызмет атқарады. Лангерганс жасушалары антигенді сіңіруге қабілетті, оны кейіннен антиген презентациясы арқылы өңдейді. Псориазбен ауыратын науқастардың терісінде Т-лимфоциттердің және Лангерганс жасушаларының жоғарылауы байқалады. Бұл фенотиптің өзгеруімен бірге Лангерганс жасушалары белсендіреді, CD207 / Langerin, CD1a спецификалық маркерлерін жоғалту, CD11c молекуласының пайда болуы, иммунды жауап беретін

антигенге тән лимфоциттердің таралуына және дифференциациясына әкелетін бірқатар протерозамалық медиаторлардың пайда болуы байқалады. Псориаздың шиеленісуімен дамитын иммунды жауап псориаз популяциясының пайда болуы аймағындағы CD11c-позитивті дисктердің үлкен санының пайда болуынан басталады [8]. Бұл жасушалар теріге қабынуды тудырады - қабынуға қарсы медиаторлар - ФНО- α , индуцирленген азот оксидінің синтезі (iNOS), ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-23 және т.б. Th1 және Th17 аралық иммунды жауапты дамыту, ИЛ-12, ИЛ-22 және ИЛ-23 цитокиндерін секрециялауға қатысады. Соңғы жылдары псориаз иммунопатогенезіндегі ерекше рөл иммуноқабынулық аурулардың, соның ішінде ревматоидті артрит, қабынуды ішек ауруы, жүйелі қызылжигегке және аллергиялық аурулардың иммунофотогенезінде кең ауқымды иммунопатогенезде маңызды рөл атқаратын, Th17 лимфоциттеріне, трансплантация иммунитетіне, семіздікке, канцерогенезге және т.б. берілді. Псориазда Th17 лимфоциттерінің саны эпидермис пен дермисте тән морфологиялық өзгерістердің қалыптасуымен бірге жүреді. Th17 теріде лимфоциттер псориаз патогенезінде маңызды рөл атқаратын, сонымен қатар нейтрофилдердің ангиогенезі мен тасымалдауын ынталандыратын, протозды цитокиндер-ФНО- α , ИЛ-17, ИЛ-22, ИЛ-23 және т.б. Псориаз иммунопатогенезіндегі ең маңыздысы- протеинге қарсы және қабынуға қарсы цитокиндердің теңсіздігі. Бұл ауруда ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-12, ИЛ-15, ИЛ-17, ИЛ-22, ИЛ-23, ФНО- α , ИНФ- γ , ИНФ- α экспрессиясы жоғарылайды [9]. Псориаз ауруларының дамуында үлкен маңызы бар, ИЛ-1 отбасының цитокиндеріне жатады, онда 11 гомологтық цитокин бар, ол қабыну реакциясының барлық кезеңдерін реттейтін биологиялық белсенділіктің плейотропты сипатына ие. Терідегі ИЛ-1 негізгі өндірушілері макрофагтар, Лангерганс жасушалары, кератиноциттер, эндотелиоциттер, Т-лимфоциттер, фибробласттар, NK жасушалары, нейтрофильді лейкоциттер. Осылайша, ИЛ-1 α тұрақты түрде терінің кератиноциттері арқылы көрінеді, ол эпидермистің жаңаруын, дормадағы коллаген талшықтарының және гиалурон қышқылының синтезін және тозуын қамтамасыз етеді, меланогенезді белсендіреді. Қабыну жағдайында ИЛ-1 полиморфонуклеарлы нейтрофилдер мен макрофагтардың химотаксисін, эндотелия жасушаларының пролиферациясы мен олардың бетіне жасушааралық адгезия молекулаларының экспрессиясын, антигенге тән Т-лимфоциттердің, фибробласттардың таралуын ынталандырады, сүйек реморпциясын ынталандырады, Лангерганс жасушалардың антигенді Т-лимфоциттерге беру процесінде ынталандырушы фактор. TLR лигандына байланыстырудан кейін MyD88 адаптерінің ақуызын активтендіру ұяшықтың ядросына сигнал беруді қамтамасыз етеді, бұл ядроның карра-В (NF- κ B) ядросының босатылуымен және оның транскрипциясының жасушаның ядросына шығарылуы, бұл гендердің транскрипциясын тудырады адаптивті иммунды жауапты тудыратын цитокиндер, адгезия молекулалары және костимуляторлы молекулалар. ИЛ-1 α -ны кератиноциттердің псориазда экспрессиялау қабілеті азайғанымен, ИЛ-1 β жоғарылаған. Th17-лимфоциттердің жасаған ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-22-ға айрықша назар аудару керек. Псориаз патогенезіндегі маңызды рөл 212 амин қышқылынан және төрт α -спираль байламынан тұратын 26 қда молекулалық массасы бар гликопептиктің ИЛ-6-ға тиесілі. ИЛ-6 тобының құрамына ИЛ-11, ИЛ-31 кіреді, ол қабынуға қарсы және имунорегуляция әсері бар. ИЛ-6 әртүрлі типті лимфоидті және лимфоидты емес жасушалармен продуцирленеді, соның ішінде Т және В лимфоциттері, моноциттер, фибробласттар, кератиноциталар, эндотелиальдық жасушалар, мезангиальды жасушалар, трофобласт жасушалары, ісік жасушалары және т.б.. ИЛ-6 синтезінің индукторлары ИЛ-1, ИЛ-2, ФНО- α , ИНФ және колонияны ынталандыратын факторлар, ИЛ-4, ИЛ-10 және ИЛ-13 ингибиторлары болып табылады. ИЛ-6 биологиялық белсенділіктің кең спектріне ие және жасушалардың әртүрлі түрлеріне әсер етеді. ИЛ-6 псориазда, ИЛ-1 және ФНО- α синергетикалық өзара әрекеттесуінде, эпидермиялық өсу факторының гиперпродукцияын тудырады және эпидермиялық

жасушалардың гиперпролиферациясына ықпал етеді [4]. Смольникова М.В және соавторлар (2014) псориазды артритке ИЛ-6 жоғарылауының әсерін көрсетті. ИЛ-17А - 155 аминқышқылдан тұратын дозалық гликопротеин (15 кДа), туа біткен және адаптивті иммунитеттің өзара байланысын қамтамасыз етеді. ИЛ-17 отбасына ИЛ-17А, В, С, D, Е, F кіреді, оның басты функциясы протеин қабықшалы цитокиндердің синтезін белсендіру болып табылады. ИЛ-17-нің физиологиялық рөлі организмнің бактериялық және саңырауқұлақ инфекцияларынан қорғауға қатысады. Псориазда ИЛ-17 рецепторларымен өзара әрекеттесудің нәтижесі – қабынуға қарсы цитокиндердің, химокиндердің, молекулаларының адгезия және өсу факторларының иммунды-қабыну үрдісінің дамуын қамтамасыз ететін индукция болып табылады. Соңғы кезде псориаз патогенезінде ИЛ-10 тобының (ИЛ-10, 19, 20, 22, 24, 26), иммуносупрессивтік әрекеттердің бірқатар интерлейкелері маңызды рөл атқарады. Осылайша, Th17 және Th22 лимфоциттері шығаратын ИЛ-22 псориазда кератиноциттердің терминал саралануын бұзады, бұл псориазда науқастарда эпидермистің бұзылуына әкеледі. Бұл псориаз активті зақымдалған теріде ИЛ-22 мРНК-ның анықталуымен расталады. Сонымен қатар, ИЛ-22 деңгейі психориозбен ауыратын науқастардың үрдісінің ауырлығымен байланысты. Псориазда зерттеушілердің ИЛ-12 тобына жататын ИЛ-23-ға тиесілі. ИЛ-23 дендрит және басқа антигенді ұсынатын жасушалар арқылы жасалады. Ол пролиферацияны жоғарылатады және кератиноциттердің дифференцирленуін бұзады, бұл эпидермадағы ацианоздың пайда болуына және терідегі псориазды бөртпелерге тән. Сонымен қатар, ИЛ-23 псориазды артрит дамуында маңызды рөл атқарады [10]. Соңғы кезде псориаздың дамуында ИЛ-36-ның маңызды рөлі көрсетілді. ИЛ-36Ra-ның табиғи антагонисті ИЛ-36-ның жоғалуы бұл аурудың неғұрлым ауыр түрге, пустулярлы псориазға ауысуына ықпал етеді. [6]. В коже ФНО-α продуцируется макрофагами, кератиноцитами, нейтрофилами, тучными клетками, эндотелиоцитами, фибробластами, клетками Лангерганса. ФНО-α - қабыну реакциясының күшті индукторы және тұқымдық иммунитеттің негізгі реттеушісі, сонымен қатар, бірнеше гендердің экспрессиясын өзгерту арқылы жүзеге асырылатын тіннің түзілуіне, цитоскелетінің қайта реттелуіне, эпидермальды дифференциацияға, жасуша циклын реттеуге және апоптозға қатысады [9]. ФНО-α Лангерганс жасушаларының жетілуін және олардың лимфа

түйіндеріне қозғалысын тері Т-лимфоциттерін қалыптастыру арқылы әрі қарай Т-жасушаларын белсендіру үшін. ФНО-α-ның қабынуға қарсы әсері протеин қабықшалы цитокиндердің синтезі арқылы жүзеге асырылады: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-18, INF-γ, TGF-β псориаз және псориазды артритпен ауыратындардың эндотелий дисфункциясын, капиллярлық өткізгіштігін жоғарылатады артериялық икемділікті азайтайтады және ФНО-α ингибиторларын қолдану осы науқастардың эндотелия жағдайын едәуір жақсартады. ФНО-α кератиноциттердің пролиферациясын белсендіре отырып және 2-типті плазминогенді активатор типті ингибиторларын белсендіретін вазоинтегстинді пептиді (VIP) рецепторларының санын көбейту жолымен олардың апоптозасын болдырмау арқылы псориаздық атқылаудың ерекшеліктерін қалыптастыруға тікелей қатысады және серин протеазаның ингибиторы болып табылады. [4] Қан сарысуындағы зақымданған жерлерде TNF-α деңгейінің жоғарылауы псориаз науқастарында бөртпе аймағының және клиникалық көріністердің ауырлығының артуымен байланысты екендігі анықталды. Сондай-ақ, ФНО-α дәнекер тінін жоятын және буындарға зиян келтіретін матрицалық металло-протеиназдардың босатылуын ынталандырады, бұл синовиальды сұйықтықта ФНО-α деңгейінің жоғарылауымен және псориазды артритпен ауыратын науқастардың синовиаль мембранада болуымен көрінеді [10]. Жинақталған білім нәтижесінде псориаздың және псориаздың артритінің орташа ауыр және ауыр түрлерін инфликсимаб, адалиму- маб, этанерсепт және т.б. емдеу үшін ФНО-α ингибиторлық дәрілік заттың кең спектрлі әзірленді және табысты пайдаланылды. Псориаз ауруын дамытуда маңызды рөл ауруға генетикалық бейімділікпен айналысады, онда иммундық жауаптың негізгі медиаторлары цитокиндердің гендері атқарады. P40 протеиннің кодтайтын ИЛ12В генінің rs12188300 генетикалық полиморфизмі псориаз мен псориаз артритінің жаңа генетикалық маркері болып табылады. Сонымен қатар, ИЛ-4 генінің полиморфты маркері С-590Т псориазды артритпен ассоциациясы. Осылайша, әдеби деректер псориаз ауруын дамытуда иммундық жүйенің маңызды рөлін көрсетеді. [1] Псориаз дамуының иммунологиялық механизмдерін терең зерттеу қазіргі таңда емдеудің жаңа тиімді әдістерін табуға мүмкіндік береді, сонымен қатар науқастардың өмір сүру сапасын жақсартады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Айвазян А.А. Псориаз – иммунозависимое заболевание // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2014. – № 2. – С. 36–38.
- 2 Кубанова А.А. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии // Вестн. Дерматол. и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 35–47.
- 3 Пинегин Б.В. Роль клеток иммунной системы и цитокинов в развитии псориаза // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 3. – С. 19–25.
- 4 Смольникова М.В. Ассоциация полиморфных маркеров генов IL4 (C-590T) и IL10 (C-597A) с псориазическим артритом // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2014. – Т. 85, № 3. – С. 190–193.
- 5 Brezinski E.A. Endothelial dysfunction and the effects of TNF inhibitors on the endothelium in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. [Review] // Current Pharmaceutical Design. – 2014. – Vol. 20(4). – P. 513–528.
- 6 Hao J.Q. Targeting interleukin-22 in psoriasis. [Review] // Inflammation. – 2014. – Vol. 37, № 1. – P. 94–99.
- 7 Quatresooz P. Ustekinumab in psoriasis immunopathology with emphasis on the Th17-IL23 axis: a primer // Journal of Biomedicine & Biotechnology. – 2015. – P. 147–413.
- 8 Yun W.J. Role of CD4CD25FOXP3 Regulatory T Cells in Psoriasis // Ann dermatol. – 2010. – Vol. 22, № 4. – P. 397–403.
- 9 Mattozzi C. Importance of regulatory T cells in the pathogenesis of psoriasis: review of the literature. [Review] // Dermatology. – 2013. – Vol. 227, № 2. – P. 134–145.
- 10 Cai Y. New insights of T cells in the pathogenesis of psoriasis // Cellular & Molecular Immunology. – 2012. – Vol. 9, № 4. – P. 302–309.

К. Кунанбай, А.К. Каирбеков, М.Е. Рамазанов, Ж. Арыстан
Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова
Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии

ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

Резюме: В обзоре литературы представлены современные данные об иммунологических механизмах развития псориаза. Проанализирована имеющаяся в литературе информация об участии клеток иммунной системы и синтезируемых ими цитокинов в развитии иммунных нарушений у больных псориазом. Псориаз является многофакторным, иммуноопосредованным хроническим заболеванием с повреждением кожи, нарушением микроциркуляции, обмена веществ, системной дезорганизацией соединительной ткани, поражением суставов, внутренних органов, лимфатических узлов. В основе развития псориаза лежит формирование неадекватного иммунного ответа с дисбалансом между регуляторными и эффекторными Т-клетками. Показано, что важнейшим звеном в иммунопатогенезе псориаза является дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов. Рассмотрена роль основных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-22, ИЛ-23, ИЛ-36, ФНО- α и др.) в развитии псориаза. Представлены данные о важности генетической предрасположенности к заболеванию

Ключевые слова: псориаз, иммунопатогенез, Т-лимфоциты, дендритные клетки, цитокины

K. Kunanbay, A.K. Kairbekov, M.E. Ramazanov, G. Arystan
Asfendijarov Kazakh national medical university
Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy

CYTOKINE IMBALANCE IN THE IMMUNOPATHOGENESIS OF PSORIASIS

Resume: literature information about the involvement of immune system cells and synthesized their cytokines in the development of immune disorders in patients with psoriasis. Psoriasis is a multifactorial, immunopositive chronic disease with skin damage, impaired microcirculation, metabolism, systemic disorganization of connective tissue, affecting the joints, internal organs, lymph nodes. The basis for the development of psoriasis is the formation of an inadequate immune response to the imbalance between regulatory and effector T cells. Review shows that the most important link in the immunopathogenesis of psoriasis is an imbalance of Pro – and antiinflammatory cytokines. Review examines the role of key cytokines (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-22, ИЛ-23, ИЛ-36, ФНО- α , and others) in the development of psoriasis. Review presents data on the importance of genetic predisposition to the disease.

Keywords: Psoriasis, immunopathogenesis, T-lymphocytes, dendritic cells, cytokines



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

INFECTIOUS DISEASES

РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ВИРУСОВ КОРИ, ЦИРКУЛИРОВАВШИХ НА ТЕРРИТОРИИ КАЗАХСТАНА В 2015 ГОДУ

Н. Тлеумбетова, Г. Нусупбаева, Д. Амандосова, А. Кулжабаева,
Е. Дурумбетов, А. Магай

РГП на ПХВ «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга»,
КЗПП МНЭ РК, г. Алматы, Казахстан

Вспышки кори случались примерно каждые 3-5 лет с охватом от 200 до 16 000 человек в год. Казахстанские штаммы вируса кори за этот период представлены 3 генотипами D6/MVi/Berlin.DEU/47.00/, D4/MVi/Bandarabas.IRN/05.10/2/ и D8/MVi/Villupuram.IND/03.07/.

По результатам генотипирования диких штаммов вируса кори, циркулировавших в Республике Казахстан в период 2006 – 2007 гг., была установлена эндемичная трансмиссия штаммов вируса генотипа D6 генетической линии /MVi/Berlin.DEU/47.00/. В 2007 г. циркуляция указанного генотипа была прервана, а очередной подъем заболеваемости, наблюдавшийся в 2010 – 2013 гг., был связан с циркуляцией штаммов вируса кори генотипа D4 генетической линии «MVi/Bandarabas.IRN/05.10/2» Иранского происхождения. В дальнейшем циркуляция штаммов данной генетической линии также была прервана в 2013 году. С начала 2014 года глобальная циркуляция вируса кори характеризуется широким распространением штаммов вируса генотипа D8/MVi/Villupuram.IND/03.07/ Индийского происхождения. Так, штаммы генетической линии «MVi/Villupuram.IND/03.07/[D8]», впервые выделенные в Индии, в 2011 году были импортированы в Таиланд, где вызвали очередную масштабную вспышку кори. Данная вспышка сопровождалась экспортированием инфекции в целый ряд стран, включая нашу Республику. В этом исследовании мы изучали генетические характеристики диких штаммов вируса кори, циркулировавших на территории Казахстана во время вспышки в 2015 году.

Ключевые слова: *корь, генотипы, молекулярно-генетическая характеристика, Казахстан*

УДК 578.831.21:578.53.083.2

Введение.

Корь продолжает оставаться одной из основных причин детской заболеваемости и смертности в развивающихся странах и угрозой возникновения вспышек в большинстве стран, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины, используемой более чем 40 лет [1]. В мировом масштабе было достигнуто значительное сокращение смертности от кори, приблизительно с 733,000 смертей в 2000 году до 114 900 в 2014 году [2],[3].

Анализ динамики многолетней заболеваемости корью населения республики Казахстан за 1991-2014 гг. установил цикличность эпидемического процесса, повторяющегося каждые 3-5 лет подъемами и спадом заболеваемости. За наблюдаемый период эпидемия кори наблюдалась с 1993 по 1994 г. В пик этой эпидемии заболеваемость корью населения РК составила 19,52 на 100 тысяч населения. В дальнейшем заболеваемость корью ежегодно снижалась, однако в 1998-2000 гг. вновь была зарегистрирована эпидемия, когда на пике показатель заболеваемости на 100 населения равнялся 12,4. Далее в 2003-2005 гг. имела место эпидемия кори с показателем на пике эпидемии – 106,42 на 100 тысяч населения [4], [5].

Впервые вопрос о ликвидации кори встал в 1975 году, когда под руководством ВОЗ была разработана Расширенная Программа Иммунизации (РПИ), результатом которой, в частности, стало сокращение числа случаев кори на территориях, включившихся в выполнение задачи РПИ. Позднее, в 1991 году, Панамериканская конференция выдвинула задачу элиминации кори на Американском континенте к 2000 г. Результатом усилий, предпринимаемых для достижения поставленной задачи, явилось искоренение кори в США, где с 2000 года не было зарегистрировано ни одного случая этого заболевания, вызванного эндемичными штаммами вируса кори. Та же стратегия намечена в программе Всемирной Организации Здравоохранения «Здоровье для всех», провозгласившей в 1998 году в качестве одной из основных задач XXI века - глобальную ликвидацию кори к 2020 г. [6].

Для достижения элиминации кори в Казахстане к 2020 году был разработан и реализуется план мероприятий по элиминации кори, краснухи и по профилактике синдрома врожденной краснухи в Республике Казахстан (Приказ МЗ РК №450 от 29.06.2012г.) Одним из важных пунктов плана является молекулярно – генетическая характеристика диких штаммов вируса кори с целью слежения за их

циркуляцией среди населения, как важного элемента эпидемиологического надзора. Генотипирование штаммов вируса особенно актуально при достижении фазы элиминации, так как только вирусологический мониторинг позволяет документировать прерывание трансмиссии ранее эндемичных генотипов, что является одним из основных показателей элиминации [7].

Молекулярно - генетическое исследование образцов, выделенных от больных корью в различных регионах, позволяет отслеживать циркуляцию вируса кори и его генетическую изменчивость, выявлять эндемичные штаммы, подтверждать прекращение их циркуляции, дифференцировать завозные случаи, расследовать необычные случаи заболеваний, а также для установления связей, слежения за путем передачи. Недавно созданная база данных «MeaNS» («Measles Nucleotide Surveillance») позволяет ее пользователям обмениваться информацией о сиквенсах и автоматически загружать эти сведения в базы данных ВОЗ.

Для генотипирования ВОЗ рекомендует использовать стандартизированную методику, основанную на анализе нуклеотидной последовательности С – концевой фрагмента N- гена длиной 450 нуклеотидов (наиболее вариабельный участок вирусного генома) и полноразмерного Н – гена. Исследования последних лет, с одной стороны, подтвердили антигенную монотипичность вируса кори, с другой стороны, продемонстрировали генетическую вариабельность диких штаммов. Так, если первая международная классификация генотипов вируса кори ВОЗ (1998) включала 15 генотипов, 11 из которых были активными, то при последнем обновлении в 2005 году (WER, 2005 №7) в нее вошли уже 24 генотипа, из них 18 активных. Большинство генотипов имеют определенное географическое распределение, что позволяет осуществлять мониторинг их циркуляции [8], [9], [10], [11].

Целью настоящего исследования является изучение генетических характеристик диких штаммов вируса кори, циркулировавших на территории Казахстана во время вспышки в 2015 году. Штаммы вируса кори были генотипированы и охарактеризованы на базе Референс лаборатории по контролю за вирусными инфекциями Научно – практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга.

Материалы и методы.

Образцы для исследования: Материалом для выделения вируса и вирусной РНК служили образцы мочи, собранные в сроки и по протоколу, рекомендованному ВОЗ, от 18 больных с клиническим диагнозом «корь» и «корь?». Клинический диагноз был подтвержден лабораторно путем выявления специфических коревых IgM в тест-системе иммуноферментного анализа производства компании «Вектор – Бест», Россия.

Выделение вирусной РНК проводили с помощью коммерческого набора Pure Link RNA Mini Kit (Life Technologies, США) согласно инструкции изготовителя.

ПЦР с обратной транскрипцией (ОТ/ПЦР) проводили с использованием праймеров MeV216, MeV214, MeV217, коммерческого набора SuperScript® III One – Step RT-PCR System with Platinum® Taq DNA Polymerase (Life Technologies, США).

Электрофорез ДНК проводили, используя коммерческий комплект реагентов для электрофоретической детекции продуктов амплификации в агарозном геле «ЭФ» - 200 (АмплиСенс, Россия) в 1,7% агарозном геле с трис – боратным буфером концентрированного с бромидом этидия.

Для выделения ДНК из геля использовали коммерческий набор Gel Extraction Kit (Life Technologies, США).

Измерение концентрации очищенной ДНК проводили с использованием коммерческого набора Qubit dsDNA HS (Life Technologies, США).

Секвенирование генома вируса кори осуществляли на автоматическом генетическом анализаторе Genetic Analyzer 3500 (Applied Biosystems, США) с помощью коммерческого набора Big Dye Terminator Kit v3.1 (Applied Biosystems, США). Очистка продуктов секвенирования осуществлялась набором Big Dye X Terminator Kit (Applied Biosystems, США) в соответствии с инструкцией производителя.

Филогенетический анализ. Нуклеотидные последовательности С – концевой фрагмента N- гена длиной 450 нуклеотидов исследованных образцов сравнивали с последовательностями эталонных штаммов генотипов вируса кори, представленных в базе MeaNS. Анализ нуклеотидных и соответствующих им аминокислотных последовательностей, множественное выравнивание проводили с использованием программного обеспечения MEGA6. Построение филогенетического дерева осуществляли с помощью метода «ближайших соседей» (Neighbor – Joining) программы MEGA6. Статистическую достоверность кластеризации оценивали с использованием метода «множественных повторов» (bootstrap анализ, 500 повторов) [12].

Результаты и обсуждение.

При сравнении нуклеотидных последовательностей 18 проанализированных образцов (образцы РНК) с нуклеотидными последовательностями справочно-эталонных штаммов, установлено, что они принадлежат к двум генотипам, при этом большая часть образцов (n=16) относилась к генотипу D8 и 2 образца к генотипу B3 /MVi/Harare.ZWE/38.09./.

По данным филогенетического анализа, генотип D8 представлен 4 доминирующими генетическими линиями, линиями MVi/Villupuram.IND/03.07./D8 (12 обр.), MVs/Republic of Komi.RUS/35.13/D8 (10бр.), MVs/Pretoria.ZAF/19.09./D8 (20бр.), MVs/Sohar.OMN/23.12./D8 (1 обр.) (рисунок 1).

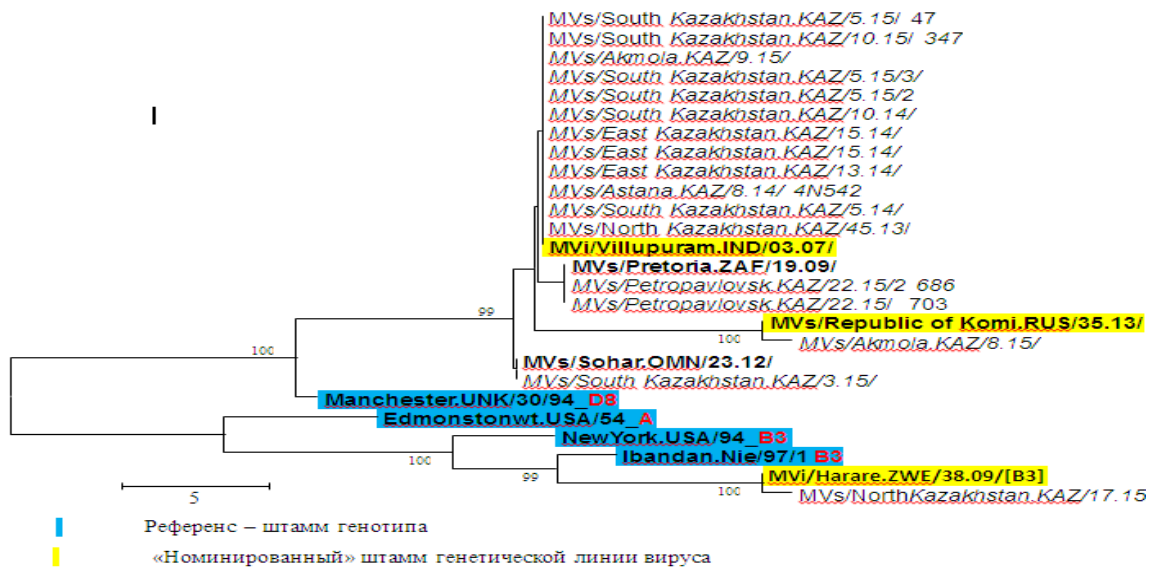


Рисунок 1 - Филогенетическое дерево штаммов вируса кори, выделенных в Республике Казахстан в 2013-2015 гг. и близкородственных штаммов (база данных в MeaNS)

При анализе секвенированных последовательностей штаммов вируса кори за 2015 год, депонированных в международной базе данных MeaNS, нами выявлено, что 12 штаммов вируса кори, выделенных в Северо-Казахстанской (3 обр.), Южно - Казахстанской (7 обр.) и Акмолинской (2 обр.) областях принадлежали к генетической линии «MV/Villupuram.IND/03.07/[D8]» (Рис.1). Штаммы генетической линии «MV/Villupuram.IND/03.07/[D8]» впервые выделенные в Индии в 2011г., были импортированы в Таиланд, где вызвали очередную масштабную вспышку кори. Местная циркуляция вируса могла быть обусловлена, в том числе, повторным импортированием из стран, в которых вирусы указанной линии активно циркулировали (Индия, Таиланд, Европейский регион ВОЗ, Россия, Кыргызстан) [13][14], [15], [16]. Еще два штамма, выделенные в 2015 г. в Северо-Казахстанской области отличались от штаммов линии «MV/Villupuram.IND/03.07/[D8]» наличием одной дополнительной нуклеотидной замены и были идентичны штамму «MV/Pretoria.ZAF/19.09/», выделенному впервые в 2009 г. в Южной Африке, что свидетельствует об их независимом импортировании. Штамм, выделенный в Акмолинской области, близкородствен штаммам генетической линии «MV/Republic of Komi.RUS/35.13», активно циркулировавшим в Российской Федерации, откуда он, вероятно, был импортирован [17]. Один штамм генотипа D8 «MV/South Kazakhstan.KAZ/3.15», выделенный в Южно -

Казахстанской области, идентичен штамму «MV/Sohar.OMN/23.12» (Оман, 2012 г.). Так как ранее данный генетический вариант вируса не циркулировал ни в Республике Казахстан, ни в регионе СНГ в целом, позволяет предположить о независимом импортировании инфекции. Кроме того, в 2015 г. впервые в Республике Казахстан был выделен штамм генотипа B3 африканского происхождения в Северо - Казахстанской области. Данный штамм принадлежит к генетической линии «MV/Harare.ZWE/38.09/[B3]», впервые выделенной в Зимбабве в 2009 г., которая в настоящее время характеризуется широким глобальным распространением с эпизодической изоляцией в большинстве стран [18], [19].

Выводы.

Таким образом, данные молекулярно-генетического мониторинга циркуляции диких штаммов вируса кори за 2015 год демонстрируют трансмиссию в Республике Казахстан штаммов вируса генотипов D8 и B3, ранее на территории страны не циркулировавших. Генетическое разнообразие изолированных штаммов в условиях относительно низкой заболеваемости указывает на преимущественную связь случаев и вспышек инфекции с повторным импортированием вируса. Данные генотипирования свидетельствуют о наличии в республике Казахстан в 2015 году как минимум 5 независимых эпизодов завоза инфекции из-за рубежа из разных источников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Knipe DMH, Peter M. Measles Virus // Fields Virology. – 2007. - Vol. 2. – P. 1551-1586.
- WHO. Global Measles and Rubella Laboratory Network // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. – 2005. - №54. – P. 1100-1104.
- Global measles mortality // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. – 2009. - №58. – P. 1321-1326.
- Инфекционная заболеваемость в Республике Казахстан за 1991-2014гг. Форма №2 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях» Научно - практического центра санитарно - эпидемиологической экспертизы и мониторинга;
- Нажмеденова А.Г. Системный подход к анализу эпидемического процесса вакциноуправляемых инфекций. – Алматы: 2010. – 156 с.
- Global Measles and Rubella Strategic Plan 2012-2020 - World Health
- Приказ МЗ РК №450 от 29.06.2012г. «Об утверждении плана мероприятий по элиминации кори и краснухи и профилактике синдрома врожденной краснухи в Республике Казахстан»;
- Mulders MN, Truong AT, Muller CP. Monitoring of measles elimination using molecular epidemiology // Vaccine. – 2001. - №19. – P. 2245-2249.
- Базаданных Mea NS
- Kremer J.R., Brown K.E., Jin L. et al. High genetic diversity of measles virus. World Health Organization, European region, 2005 - 2006 // Emerg. Infect. Dis. - 2008. - №14(1). - P. 107 - 114.

- 11 Measles virus nomenclature update // *Wkly Epidemiol Rec.* – 2012. - №87(9). – P. 73-81.
- 12 Santibanez S., Tischer A., Heider A. et al. Rapid replacement of endemic measles virus genotypes // *J. Gen. Virol.* - 2002. - №83(11). - P. 2699 – 2708.
- 13 Tamura K, Peterson D, Stecher G, Filipski A, Kumar S. MEGA6: molecular evolutionary genetics analysis using maximum likelihood, evolutionary distance, and maximum parsimony methods // *Mol Biol Evol.* – 2013. - №30(12). – P. 2725–2729.
- 14 Rota PA, Bellini WJ. Update on the global distribution of genotypes of wild type measles viruses // *J Infect Dis.* – 2003. - №187, Suppl 1. – P. 270–276.
- 15 Rota PA, Brown K, Mankertz A, Santibanez S, Shulga S, Muller CP, Hübschen JM, Siqueira M, Beirnes J, Ahmed H, Triki H, Al-Busaidy S, Dosseh A, Byabamazima C, Smit S, Akoua-Koffi C, Bwogi J, Bukenya H, Wairagkar N, Ramamurty N, Incomserb P, Pattamadilok S, Jee Y, Lim W, Xu W, Komase K, Takeda M, Tran T, Castillo-Solorzano C, Chenoweth P, Brown D, Mulders MN, Bellini WJ, Featherstone D. Global distribution of measles genotypes and measles molecular epidemiology // *J Infect Dis.* – 2011. - №204, Suppl 1. – P. 514-523.
- 16 Wairagkar N, Chowdhury D, Vaidya S, Sikchi S, Shaikh N, Hungund L, Tomar RS, Biswas D, Yadav K, Mahanta J, Das VN, Yergolkar P, Gunasekaran P, Raja D, Jadi R, Ramamurty N, Mishra AC, MeaslesNetIndiacollaborators. Molecular epidemiology of measles in India, 2005-2010 // *J Infect Dis.* – 2011. - №204, Suppl 1. – P. 403-413.
- 17 Shakya AK, Shukla V, Maan HS, Dhole TN. Identification of different lineages of measles virus strains circulating in Uttar Pradesh, North India // *Virol J.* – 2012. - №9. – P. 237-241.
- 18 Heli Harvala, Asa Wiman, Anders Wallensten, Katherina Zakikhany, Helene Englund, Maria Brytting The role of sequencing of the hemagglutinin gene and the hypervariable region in the measles outbreak investigations in Sweden, 2013–2014 // *Journal of Infectious Diseases Advance Access.* – 2015. - №2. – P. 48-56.
- 19 Kouomou DW, Nerrienet E, Mfoupouendoun J, Tene G, Whittle H, Wild TF Measles virus strains circulating in Central and West Africa: geographical distribution of two B3 genotypes // *J Med Virol.* – 2002. - №68. – P. 433–440.
- 20 Vijesh S. Kuttiatt, Sanughosh Kalpathodi, Sindhu T. Gangadharan, Lalitha Kailas, Easwaran Sreekumar, Suja M. Sukumaran, Radhakrishnan R. Nair. Detection of Measles Virus Genotype B3, India // *Emerg Infect Dis.* – 2014. - №20(10). – P. 1764–1766.

**Н. Тлеумбетова, Г. Нусупбаева, Д. Амандосова, А. Кулжабаева,
Е. Дурумбетов, А. Магай**

*ҚР ҰЭМ ТҚҚК «Санитариялық – эпидемиологиялық сараптама және мониторинг
ғылыми – практикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Алматы қ., Қазақстан*

2015 ЖЫЛДА ҚАЗАҚСТАН ТЕРРИТОРИЯСЫНДА АЙНАЛЫМДА БОЛҒАН ҚЫЗЫЛША ВИРУСЫНА МОЛЕКУЛЯРЛЫ – ГЕНЕТИКАЛЫҚ МОНИТОРИНГ НӘТИЖЕСІ

Түйін: Қорыта келе, 2015 жылда айналымда болған қызылша вирусының жабайы штаммына молекулярлы –генетикалық мониторинг жүргізу кезіндегі мәліметтер Қазақстан Республикасында бұрын айналымда болмаған D8 және B3 генотиптерінің трансмиссиясын көрсетіп отыр. Салыстырмалы төменгі сырқаттанушылық жағдайында бөлінген штаммдардың генетикалық әртүрлілігі аурудың жағдайлары, бұрқ етуі вирустың қайтадан импорттануымен тығыз байланыстылығын дәлелдейді. Генотиптің мәліметтері 2015 жылда Қазақстан Республикасында әртүрлі басқа мемлекеттерден әкелінген қызылша ауруының ең кемінде 5 тәуелсіз эпизодының болғанын растайды.

Түйінді сөздер: қызылша, генотип, молекулярлы – генетикалық сипаттама, Қазақстан.

N. Tleumbetova, G. Nussupbayeva, D. Amandosova, A. Kulzhabaeva, A. Magai

The Scientific Practical Center for Sanitary and Epidemiological Expertise and Monitoring, Almaty, Kazakhstan

GENETIC VARIABILITY OF WILD-TYPE MEASLES VIRUSES, CIRCULATING IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN 2015 YEAR

Resume: Genetic characterization of wild-type measles viruses (MVs) is an important component of laboratory surveillance of measles. In this study, a phylogenetic analysis was performed of the nucleoprotein gene sequences of 18 MVs isolated in the Republic of Kazakhstan in 2015 year. Two genotypes, D8 and B3, were detected. Genotypes D8 and B3 were associated with sporadic cases and clusters of transmission linked to importations. These data on MV genotype distribution, in conjunction with the epidemiological data for measles, show considerable progress in measles control and suggest that regional elimination is possible.

Keywords: measles virus, genotype, molecular – genetic characteristic, Kazakhstan

СОВРЕМЕННЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.А. Асен, А.И. Аменов, Е.С. Утеулиев, А.К. Сактапов,
Н.Н. Искакова, У.Ш. Аманжолова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Государственная политика Казахстана в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок. Правовые основы государственной политики в области вакцинопрофилактики, установлены Кодексом Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения.

Ключевые слова: вакцинация, иммунизация, здравоохранение, грамотность, профилактика, дети.

УДК 614.47 (470.41)

Актуальность: Развитие здравоохранения определяет необходимость совершенствования государственной политики в области охраны здоровья детского населения.

Ребенок определяется как личность со своими правовыми интересами, которые государство и общество, мир взрослых должны поддерживать и реализовывать в приоритетном порядке. Во Всемирной декларации прав человека (1948г.) Организация Объединенных Наций провозгласила, что дети имеют права на особую защиту и помощь, ребенок должен быть полностью подготовлен к самостоятельной жизни в обществе и воспитан в духе идеалов, провозглашенных в Уставе ООН. (Конвенция о правах ребенка, ст.24 одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989г.) [1].

На данном этапе динамичного развития глобализации и предъявляемых требований к качеству оказываемых услуг: совершенствование системы охраны здоровья детей является стратегической задачей государства [2]. В обеспечении охраны здоровья детей приоритетной задачей является вакцинопрофилактика. Это стратегическое направление профилактической медицины как во всем мире, так и в Казахстане. Вакцинация доказала свою безопасность, свидетельством чего является тот факт, что Казахстан в 1993 году зарегистрирован свободной зоной от полиомиелита. Передача полиомиелита, намеченного для глобальной ликвидации, остановлена во всех странах, кроме двух — Афганистана и Пакистана.

По оценкам, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. При улучшении глобального охвата иммунизацией можно было бы предотвращать еще 1,5 миллиона случаев смерти. На протяжении последних лет глобальный охват вакцинацией — доля детей в мире, получающих рекомендуемые вакцины — держится на одном уровне. К 2015 году в 126 странах был обеспечен, по меньшей мере, 90-процентный охват АКДС [3,4,16].

Успешно разработан и внедрена к применению вакцина против *Naemophilus influenzae*- Nib в 191 странах. Охват тремя дозами этой вакцины оценивается на уровне 52%. В США охват оценивается на уровне 90% [6,7,8,9].

На сегодняшний день вакцина против гепатита В проводится на общенациональном уровне в 185 странах мира. 85% детей получают 1 дозу противокоревой вакцины до своего второго дня рождения, 160 стран включили вторую дозу в качестве составной части в программы регулярной иммунизации и 61% детей получают 2 дозы противокоревой вакцины в рамках национальных программ иммунизации [10,11,12,13]. Вакцина против краснухи была введена на общенациональном уровне в 147 странах, и охват этой вакциной достиг 46%.

В результате иммунизации против столбняка было защищено 83% новорожденных детей. Столбняк матерей и новорожденных остается проблемой общественного здравоохранения в 19 странах, преимущественно в Африке и Азии [13,14].

В 2015 году Стратегическая консультативная группа экспертов (СКГЭ) определила 5 факторов для достижения результатов в обеспечении охвата иммунизацией:

- качество и использование данных;
- участие местных сообществ;
- улучшенный доступ к службам иммунизации для маргинализированных и перемещенных групп населения;
- прочные системы здравоохранения;
- доступ к вакцинам везде и всегда.

В глобальных масштабах 19,4 миллиона детей грудного возраста не были охвачены такими услугами регулярной иммунизации, как вакцина АКДС. Более 60% этих детей живут в 10 странах: Анголе, Демократической Республике Конго, Индии, Индонезии, Ираке, Нигерии, Пакистане, Украине, Филиппинах и Эфиопии [10,13].

Государственная политика Казахстана в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок. Правовые основы государственной политики в области вакцинопрофилактики, установлены Кодексом Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения.

В 1997 году Президент Республики Казахстан опубликовал стратегию развития Казахстана до 2030 года. В ней одним из приоритетных направлений деятельности определена охрана здоровья граждан РК [27].

В послании Президента РК народу Казахстана от 28 января 2011 года сказано - «Мы должны серьезно взяться за профилактику... При грамотно организованной профилактической работе болезни можно предотвращать на ранней стадии» [28]. В системе профилактики инфекционных заболеваний важнейшее место занимает вакцинопрофилактика.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы ставится задача полной ликвидации или элиминации по некоторым вакциноуправляемым инфекционным заболеваниям [16].

Стратегия вакцинопрофилактики в РК [16] направлена на:

- 1) доступность;
- 2) бесплатность;
- 3) эффективность иммунизации;
- 4) безопасность иммунизации;
- 5) введение новых вакцин, в т.ч. комбинированных;
- 6) подготовка медицинских кадров;
- 7) работа с населением;
- 8) подготовка нормативно-правовых актов.

Согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 (с изменениями и дополнениями от 29.06.2010 г.) утвержден перечень заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки.

- проведение иммунизации и связанных с ней мероприятий в условиях разнообразных систем социальных ценностей, демографических и экономических изменений и появляющихся болезней;
- придание иммунизации роли решающего фактора дальнейшего укрепления системы здравоохранения и важнейшего элемента деятельности, направленной на достижение целей в области развития, сформулированных

в Декларации тысячелетия;

- повышение эффективности использования вакцин для укрепления здоровья и безопасности в мире;
- гарантирование равного доступа всех людей к необходимым им вакцинам путем укрепления солидарности мирового сообщества.

Проведенный мета-анализ показывает преимущества вакцинации, высокую эффективность в предупреждении инфекционных заболеваний, но тем временем на современном этапе развития в наших странах проблемным вопросом вакцинации является тенденция к увеличению количества родительских отказов (Ада Г., 2011). Исследования в этом направлении носили «фрагментарный» характер и были направлены в основном на изучение побочных действий и осложнений в последствии вакцинопрофилактики (Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Седунова О.В., 2013). Не подвергнута глубокому анализу причины увеличения отказа от иммунизации и вакцинации со стороны родителей, а тем временем, дети раннего возраста в связи с высоким риском заболеваемости и смертности были и остаются целевой группой населения, которая особо нуждается в вакцинации [15].

Цель исследования: Изучить текущее состояние реализации национального календаря прививок и разработать рекомендации по полноценному охвату иммунизацией детей до 6 лет.

Задачи исследования:

1. Оценить текущее состояние охвата иммунизацией детей

$$n = (z/e)^2 p(100-p)$$

где: n – размер выборки, e – ошибка, z – количество средних квадратических отклонений, необходимых для достижения точности, p – процент респондентов, выбравших данный ответ. Z было выбрано 1,96 (что соответствует уровню ошибки $\alpha = 0,05$).

В более привычном виде эта формула выглядит следующим образом (формула 2):

$$n = \frac{t^2 \times \sigma^2}{\Delta^2}$$

где: t = 1,96 (95-процентный доверительный интервал); σ – допустимая (принимаемая) величина среднеквадратического отклонения; Δ – допустимое (принимаемое) значение стандартной ошибки (не более 5%).

Результаты и обсуждения: Нами в рамках исследования, для формирования базы по иммунопрофилактике были собраны и проанализированы материалы по архивным данным для оценки иммунизации по формам №112. Период за 2013-2015 – дети в возрасте до 6 лет, 23 участка ВОП и 3 участка педиатрии.

Проанализированы материалы по архивным данным по иммунизации по формам №122, №63 за период 2013-2015гг. – детей в возрасте до 6 лет, для выявления индикаторов по

до 6 лет.

2. Определить причины отказа родителей от иммунизации.
3. Разработать рекомендации по повышению охвата иммунизацией

Материалы и методы исследования: В происходящих в стране изменениях в системе здравоохранения, связанных с его развитием и реформированием, особую значимость приобретают научные исследования, результаты которых позволяют оптимизировать эти процессы. Сказанное требует строгого подхода к определению методологии и к выбору адекватных для решения тех или иных задач методов исследования.

Социологическое исследование проведено в 2 этапах – основное (анкетирование) и по отчетным данным городских поликлиник г. Алматы за 2013-2015гг. В рамках основного исследования проанкетировано 372 человек.

При сборе материалов и формировании групп респондентов соблюдены принципы случайности выборки, ее качественной и количественной репрезентативности.

С особой тщательностью определен объем выборки. При этом исходили из положения, что объектом исследования является население в возрасте 18 лет и старше. Следовательно, при определении объема выборки должны были быть соблюдены пропорции численности населения с учетом намечаемого количества респондентов (372 анкет). Для определения объема выборки использовали известную формулу (1):

календарю прививок (от гепатитов А и В, БЦЖ, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, краснухи, эпид.паратита и др.).

Количество прикрепленных детей с рождения от 0 до 6 лет из общего числа прикрепленного населения, соответственно в 2013 году – 7589, в 2014 году – 7933, в 2015 – 8344 детей. Ниже в таблице представлены количественные данные распределения детей по полу и по возрасту.

Таблица 1 - Общая численность детей до 6 лет за 2013-2015гг.

№	Категории	Общая численность детей до 6 лет за 2013 год			Общая численность детей до 6 лет за 2014 год			Общая численность детей до 6 лет за 2015 год		
		муж	жен	всего	муж	жен	всего	муж	жен	всего
1	до 1 года	522	523	1045	584	549	1133	590	584	1174
2	1 год	571	501	1072	569	548	1117	598	578	1176
3	2 года	518	520	1038	524	515	1039	524	515	1039
4	3 года	523	590	1113	539	620	1159	539	620	1159
5	4 года	562	548	1110	535	598	1133	578	598	1176
6	5 лет	560	542	1102	558	625	1183	558	625	1183
7	6 лет	513	596	1109	573	596	1169	573	596	1169

Таблица 2 - Общее количество детей родители которых отказались от вакцинации за период 2013-2015 годы

№	Причины отказов	годы			Всего	%
		2013	2014	2015		
1	Общее количество детей родители, которых отказались от вакцинации	56	61	72	189	100%
2	Убеждение, что нет риска заразиться инфекцией против которой, проводится прививка	9	8	13	30	15,9%
3	Уверенность в том, что есть другие способы защиты от инфекций	5	5	4	14	7,4%
4	Мнение, что лучше переболеть	1	3	2	6	3,2%
5	Боязнь осложнений после прививки	13	17	15	45	23,8%
6	Недоверие к официальной медицине	6	7	9	22	11,6%
7	Религиозные и философские взгляды	12	11	17	40	21,2%
8	Прививка не защитит от болезни	9	8	10	27	14,3%
9	Другие причины	1	2	2	5	2,6%

Как видно из таблицы, наблюдается тенденция увеличения от 1,08 раза до 1,28 раз количества детей, родители которых отказались от вакцинации, за период 2013-2015 годы г.Алматы. Основными причинами отказов от вакцинации являются: Боязнь осложнений после прививки – 23,8% и Религиозные и философские взгляды – 21,2%. Убеждение,

что нет риска заразиться инфекцией, против которой, проводится прививка – 15,9%. Прививка не защитит от болезни – 14,3%, Недоверие к официальной медицине, высказывают – 11,6% родителей, Уверенность в том, что есть другие способы защиты от инфекций – 7,4%, Лучше переболеть считают – 3,2% и другие причины – 2,6%.

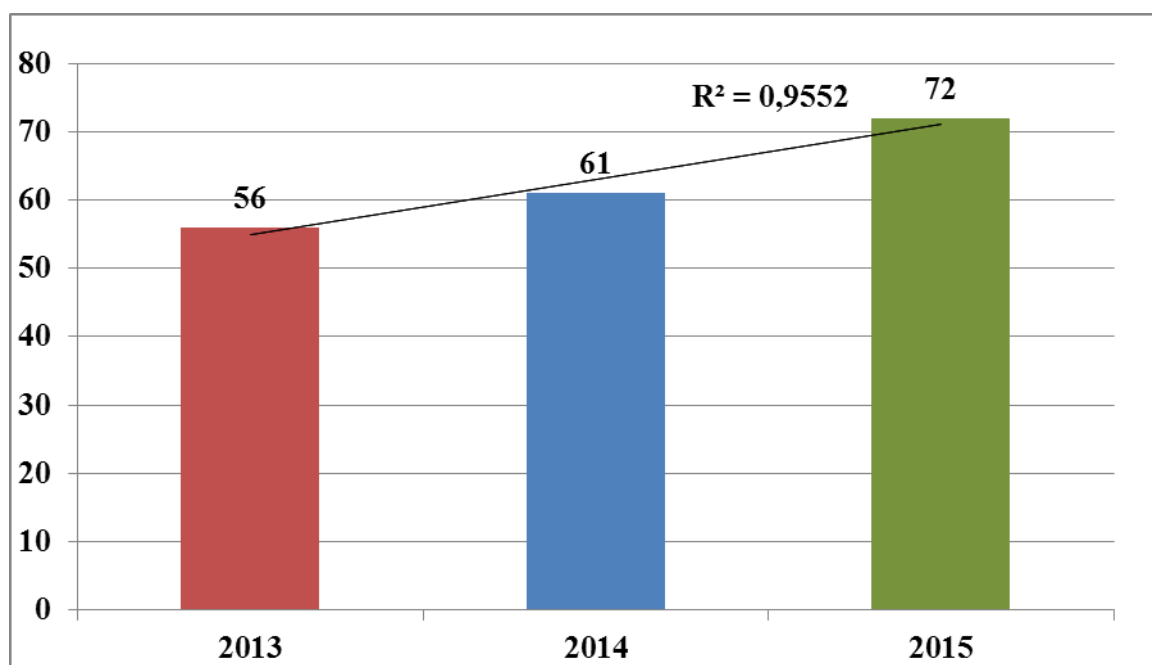


Рисунок 2 - Динамика отказов за период 2013-2015 годы родителей детей от иммунизации

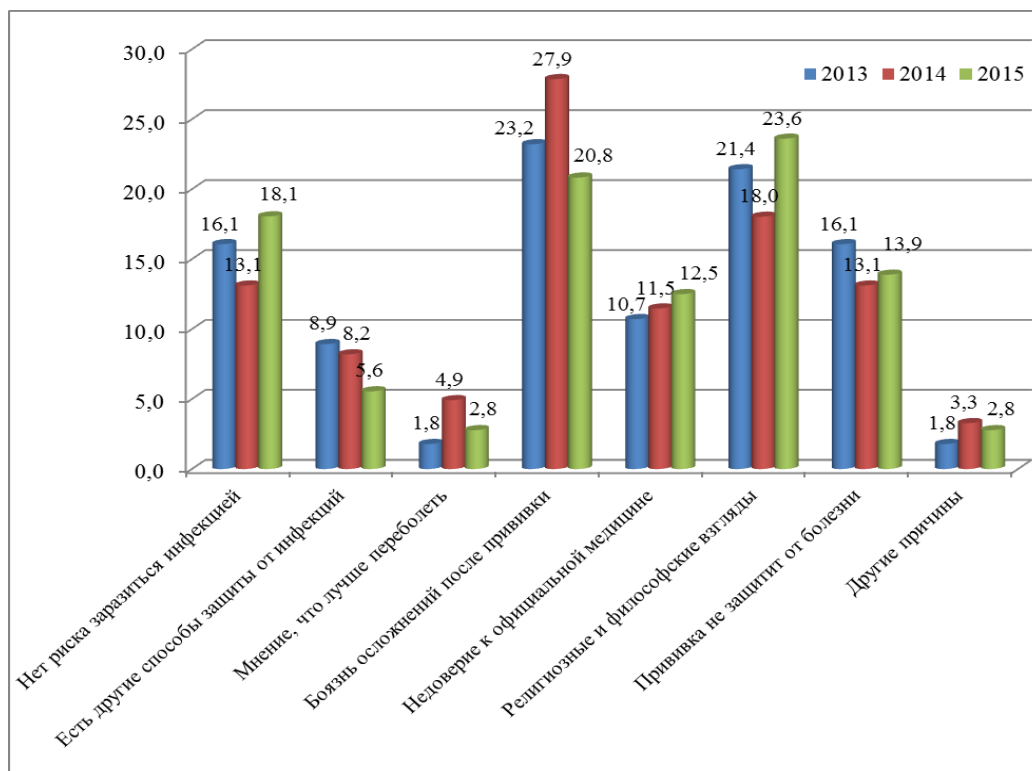


Рисунок 3 – Структура основных причин отказов от вакцинации за период 2013-2015гг.

Методом анкетирования опрошено 372 респондентов-родителей.

Распределение респондентов по возрасту выглядит следующим образом: наибольшие удельные веса приходятся на возрастные группы в возрасте от 18 до 39 лет (в среднем

89,8%), в т.ч. лица в возрасте 18-29 лет составили $56,5 \pm 2,57\%$, это больше половины всех опрошенных и в возрасте 30-39 лет составили $33,3 \pm 2,44\%$. На долю лиц старше 40 лет приходится в среднем $10,2\%$ опрошенных ($10,2 \pm 1,57\%$) (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение респондентов по возрасту

Возраст	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$
18-29	210	$56,5 \pm 2,57$
30-39	124	$33,3 \pm 2,44$
40-49	38	$10,2 \pm 1,57$
Всего	372	100

Группы респондентов характеризуются сравнительно однородным составом по уровню образования. Основная часть респондентов $59,7 \pm 2,54\%$ имеют высшее образование, среднее специальное образование $16,1 \pm 1,91\%$, среднее $12,9 \pm 1,74\%$ и неоконченное среднее образование имеют меньшее количество респондентов $11,3 \pm 1,64\%$ (таблица 4).

Таблица 4 - Распределение респондентов по уровню образования

Образование	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$
неоконченное среднее	42	$11,3 \pm 1,64$
среднее	48	$12,9 \pm 1,74$
среднее специальное	60	$16,1 \pm 1,91$
высшее	222	$59,7 \pm 2,54$
Всего	372	100

Структура респондентов по социальному статусу (таблица 5) характеризуется следующими данными:

- удельный вес рабочих составляет – $30,6 \pm 2,39\%$;
- домохозяйки - $43,5 \pm 2,57\%$;
- госслужащие и предприниматели – по $9,7 \pm 1,53\%$
- другие - $6,5 \pm 1,28\%$ соответственно. Следовательно, анкетированием охвачены все основные социальные группы населения.

Таблица 5 - Распределение респондентов по социальному статусу

Социальный статус	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$
рабочая	114	$30,6 \pm 2,39$
домохозяйка	162	$43,5 \pm 2,57$
госслужащая	36	$9,7 \pm 1,53$
предприниматель	36	$9,7 \pm 1,53$
другое	24	$6,5 \pm 1,28$
Всего	372	100

Чтобы определить источника информации о вакцинации в анкету был включен вопрос: «Из какого источника информации Вы узнали о вакцинации» и были предложены варианты ответов, такие как: от медработников, по телевидению, по радио, в газетах и журналах, в интернете и в других источниках. Каждый респондент мог выбрать один или несколько варианта ответов. По результатам исследования выяснилось, что для большинства

опрошенных, основным источником информации о вакцинации являются медработники (56,8%), второе место занимает интернет ресурсы (19,3%), следующие места расположилась другие источники (7,3%), газеты и журналы (6,6%) и телевидение (5,8%), а на последнем месте по мнению опрошенных оказался вариант по радио (3,7%) (рисунок 4).

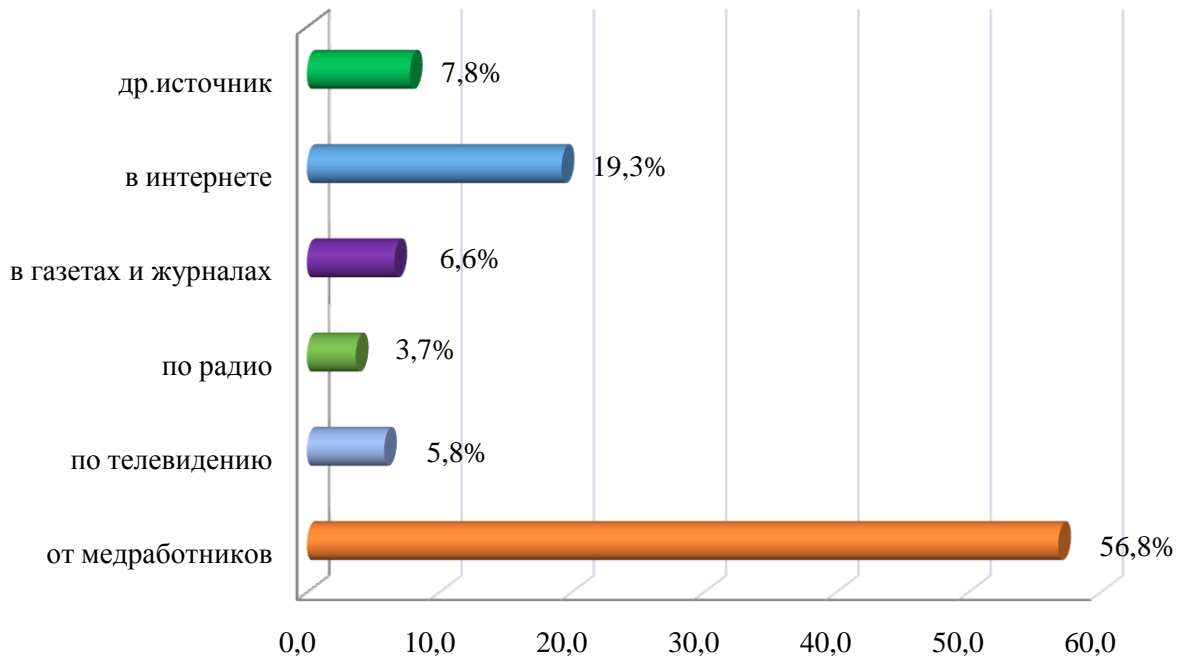


Рисунок 4 - Источники информации о вакцинации

Большая часть опрошенных, $68 \pm 2,42\%$ утверждают, что вакцинация необходима, в то время как чуть больше четверти опрошенных $26,3 \pm 2,28\%$ считают вакцинацию

необязательной, и всего $5,6 \pm 1,19\%$ затруднились ответить на данный вопрос (таблица 6).

Таблица 6 - Распределение мнения респондентов о необходимости вакцинации

Необходимость вакцинации	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$	ДИ 95%
да	253	$68 \pm 2,42$	$63,16 \div 72,84$
нет	98	$26,4 \pm 2,28$	$21,74 \div 30,86$
затрудняюсь ответить	21	$5,6 \pm 1,19$	$3,22 \div 7,98$
Всего	372	100	100

Значительная часть респондентов считают проведение вакцинации безопасной, их доля составляет ровно половину опрошенных $50 \pm 2,59\%$, небезопасной полагают $29 \pm 2,35\%$ и

$21 \pm 2,11\%$ опрошенных затруднились ответить на данный вопрос (таблица 7).

Таблица 7 - Безопасна ли вакцинация?

Безопасна ли вакцинация?	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$	ДИ 95%
да	186	$50 \pm 2,59$	$44,82 \div 55,18$
нет	108	$29 \pm 2,35$	$24,3 \div 33,7$
затрудняюсь ответить	78	$21 \pm 2,11$	$16,78 \div 25,22$
Всего	372	100	100

Таблица 8 - Соотношение возраста респондента с мнением о безопасности вакцинации

Возраст	Безопасна ли Вакцинация						Всего
	Да		Нет		затрудняюсь ответить		
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	
18-29	90	42,9	62	29,5	58	27,6	210
30-39	71	57,3	37	29,8	16	12,9	124
40-49	25	65,8	9	23,7	4	10,5	38
Всего	186	50,0	108	29,0	78	21,0	372

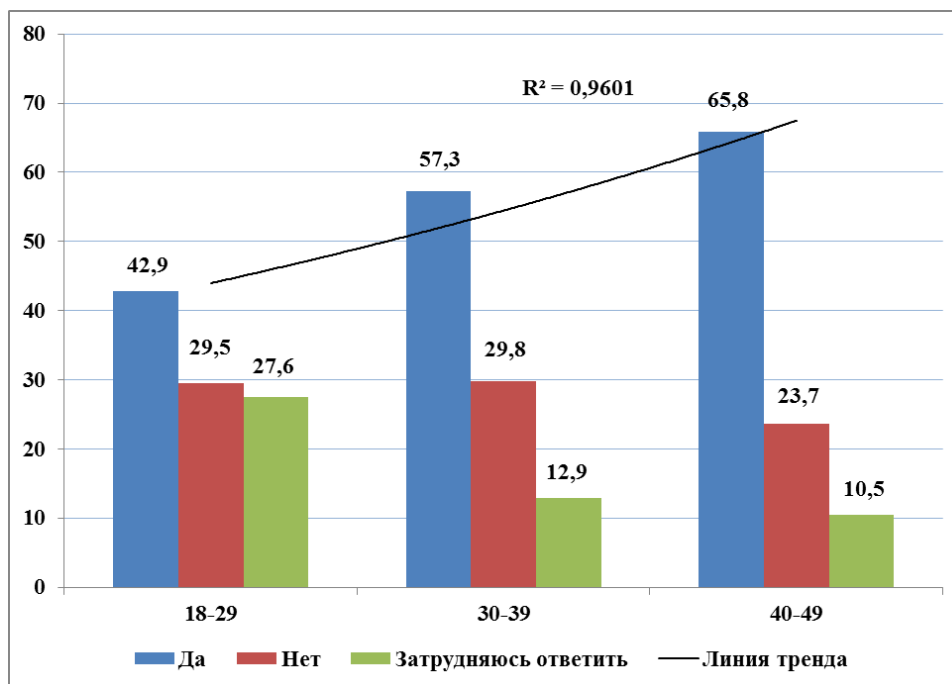


Рисунок 5 - Соотношение возраста респондента с мнением о безопасности вакцинации

Из опрошенного населения, медперсонал вызывает доверие при проведении вакцинации на $48,4 \pm 2,59\%$, $36,8 \pm 2,5\%$ респондентов не скрывают свое недоверие по

отношению медработникам при проведении вакцинации, а $14,8 \pm 1,84\%$ затруднились ответить на данный вопрос (таблица 9).

Таблица 9 - Доверяете ли Вы медперсоналу в проведении Вакцинации

Доверяете ли Вы медперсоналу	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$	ДИ 95%
Да	180	$48,4 \pm 2,59$	$43,22 \div 53,58$
Нет	137	$36,8 \pm 2,5$	$31,8 \div 41,8$
затрудняюсь ответить	55	$14,8 \pm 1,84$	$11,12 \div 18,48$
Всего	372	100	100

Как показал один из вопросов указанных выше, одним из основных источников информации о вакцинации являются медработники. В связи с этим респондентам был задан вопрос о том, уведомляют ли Вас медработники о побочных и отрицательных эффектах вакцинации. Значительная часть опрошенных утверждают, что медработники заранее

уведомляют их о побочных эффектах, и их доля составляет $75,8 \pm 2,22\%$ из всех опрошенных, $17,7 \pm 1,98\%$ опрошенных медработники не предупреждают заранее и малая часть $6,5 \pm 1,28\%$ затруднились ответить на этот вопрос (таблица 10).

Таблица 10 - Уведомляет ли Вас медработник о побочных реакциях

Уведомляет ли Вас медработник о побочных реакциях	Абсолютное число	% к «всего», $X \pm \sigma X$	ДИ 95%
да	282	$75,8 \pm 2,22$	$71,36 \div 80,24$
нет	66	$17,7 \pm 1,98$	$13,74 \div 21,66$
затрудняюсь ответить	24	$6,5 \pm 1,28$	$3,94 \div 9,06$
Всего	372	100	100

Выводы:

1. За исследуемый период общее количество детей, отказавших от иммунопрофилактики - 189. Отказы от иммунопрофилактики приводились на: боязнь осложнения после прививки - $23,8\%$, религиозные и философские взгляды - $21,2\%$, убеждение, что нет риска заразиться инфекцией против которой проводится прививка - $15,9\%$.
2. По результатам социологического опроса выявлена: $48,4 \pm 2,59\%$ опрошенных, медперсонал вызвал доверие, а $36,8 \pm 2,5\%$ респонденты не скрывали свое недоверие медработникам при проведении вакцинации.

3. Востребованность в необходимости в иммунопрофилактики составил - $68 \pm 2,42\%$, но лишь $50 \pm 2,59\%$ считают ее безопасной.

4. Требуется усиление работы по санитарной грамотности населения, особенно среди родителей у которых имеются дети в возрасте до 6 лет.

5. Необходимо активное внедрение образовательных программ по повышению квалификации медицинских работников по вопросам развития коммуникативных навыков убеждения о необходимости и важности прививок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алексеев А.Н. Новые аспекты эпидемиологии клещевого энцефалита // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 1990. - №5. - С. 37-40.
- 2 Алексеев А.Н. Современное состояние знаний о переносчике клещевого энцефалита // Вопросы вирусологии. - 2007. - №5. - С.21-26.
- 3 Бородулина Е. А., Амосова Е. А., Бородулин Б. Е., Галилей М. В. Пневмококковая инфекция и современные возможности ее профилактики эпидемиологический обзор ситуации в мире и в России // Вопросы современной педиатрии. - 2010. - Т.9, № 1. - С. 62-70.
- 4 Ботвиньева В.В., Галицкая М.Г., Родионова Т.В., Ткаченко Н.Е., Намазова-Баранова Л.С. Современные организационные и методические принципы вакцинации детей против гепатита В // Педиатрическая фармакология. - 2011. - Т. 8 - С. 6-12.
- 5 Воробьева М. С. Современная стратегия вакцинопрофилактики клещевого энцефалита // Сборник тезисов научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской вирусологии». - М.: 2009. - С. 73-75.
- 6 Воробьева М.С., Эльберт Л.Б., Грачев В.П. и др. Реактогенность и иммунологическая эффективность концентрированной, очищенной вакцины против клещевого энцефалита // Вопросы вирусологии. - 1983. - №5. - С. 622-626.
- 7 Ильенко В.И., Горожанкина Т.С., Смородинцев А.А. Основные закономерности трансвариальной передачи вируса клещевого энцефалита клещами-переносчиками // Мед. паразитология и паразитарные болезни. - 1970. - №3. - С. 263-269.
- 8 Костинов М.П., Лукачев И.В., Тарасова А.А. и др. Профилактическая эффективность вакцинации против пневмококковой инфекции у детей с хроническими заболеваниями // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2009. - №2(45). - С. 57-62.
- 9 Тез. Докл. Научно-практической конференции, 26-27 сентября 2000 г. -М.: 2000. - С.62-64.
- 10 Козлова И.В., Злобин В.И., Верхозина М.М. и др. Современные подходы к экстренной специфической профилактике клещевого энцефалита // Вопросы вирусологии. 2007. - №6. - С.25 - 30.
- 11 Коломиец Н.Д., Хотько Н.И. Эпидемиологическая характеристика гепатита В в г. Саратове // Тез. докл. II Российской научно-практической конференции «Гепатиты В, С, Д и G проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики». - М.: 1997-С.102-108.
- 12 Кондрашева З.Н. Материалы к экологии вируса клещевого энцефалита (экспериментальное исследование клещей Ixodes persulcatus P.Sch. как среды обитания вируса): автореф. дис. ... д-р. мед. наук - М., 1975. - 129 с.
- 13 Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием. 1993.
- 14 Коренберг Э.И., Лихачева Т.В. Клещевой энцефалит: ретроспективная оценка показателей заболеваемости в России // Биопрепараты. - 2004. - С. 13-16.
- 15 Коршунова Г.С. Гепатиты В и С в лечебно-профилактических учреждениях // Тез. докл. II Российской научно-практической конференции «Гепатиты В, С, Д и G проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики». - М.: 1997. - С.107-110.
- 16 Левкович Е.Н., Погодина В.В. Об алиментарном заражении при клещевом энцефалите // Вопросы вирусологии. - 1958. - №3. - С.145-150.

**А.А. Асен, А.И. Аменов, Е.С. Утеулиев, А.К. Сактапов,
Н.Н. Искакова, У.Ш. Аманжолова**
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

**БАСҚАРЫЛАТЫН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ЗАМАНАУИ ДАМУЫ МЕН ОНЫҢ АЛДЫН
АЛУДАҒЫ БАСТЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

Түйін: Мақала авторларымен иммунопрофилактиканың қазіргі таңдағы жағдайы мен оның инфекциялық аурулардың алдын алуға тиімділігі мәселелері қарастырылған. Анализ жасау барысында дүниежүзілік және отандық зерттеулер қарастырылған және иммунопрофилактиканың тиімділігі бейнделінген. Иммунизация жүргізу және оның әлеуметтік жағдайлардың әртүрлігіне, демографиялық және экономикалық өзгерістерге байланысты өзгеруі, денсаулық сақтаудағы, денсаулық нығайтудағы басты мәселелердің бірі екені, оның Мыңжылдық декларациясының көрсеткіштері екені мәлім. Иммунопрофилактиканың тиімділігіне қарамастан тәжірибелік денсаулық сақтаудағы мәселер саны артуда. Олардың көпшілігі ата-аналардың біліктілігінің төмендігі және вакцинаға сенбеушілігі артуда. Денсаулық сақтаудағы балалардың құқығын бұзуы айқын көрінеді. Зерттеу барысында санитарлық ағарту жұмыстарын халық арасында көптеп жүргізу оның тиімділігін арттырады.

Түйінді сөздер: вакцинация, иммунизация, денсаулықты сақтау, сауаттылық, алдын алу, балалар.

**A. Asen, A. Amenov, E. Uteyliiev, A. Saktapov,
N. Iskakova, U. Amanzholova**
MODERN STAGES OF DEVELOPMENT AND THE MAIN PROBLEMS IN THE
PREVENTION OF CONTROLLED INFECTIOUS DISEASES

Resume: The authors analyzed the current state of immunoprophylaxis, its effectiveness in preventing infectious diseases. The data of both the world literature and the data of domestic researchers are subjected to analysis, high efficiency of immunoprophylaxis application is shown. The implementation of immunization and related activities in the context of diverse systems of social values, demographic and economic changes and emerging diseases, making immunization the decisive factor in further strengthening the health system and the critical element of the MDGs is one from the main directions of preventive medicine. Despite the undoubted effectiveness of immunoprophylaxis, modern problems of practical public health exist. This is due to the low level of parents' health education and mistrust of vaccines used. But they do not notice how much they infringe on children's rights to health. As part of the study, it is proposed to strengthen health literacy among the population and increase the responsibility of parents.

Keywords: vaccination, immunization, health preservation, literacy, prevention, children.



КАРДИОЛОГИЯ

CARDIOLOGY

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Е.К. Магауин, Г.К. Каусова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

В данной статье рассмотрены статистические показатели заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца по данным Всемирной организации здравоохранения и Республики Казахстан. Показано влияние коронарной патологии у лиц пожилого и старческого возраста, как фактор снижения качества жизни, инвалидизации и смерти. Даны сравнительные характеристики методов лечения ишемической болезни сердца у лиц старше 70 лет с учетом возрастных изменений.

Ключевые слова: сердечно - сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, пожилые пациенты, возрастные изменения

УДК 614.2: 616.12 - 089

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из лидирующих причин смертности и инвалидности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность по причине сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) занимает 1 место. По статистическим данным ВОЗ смертность от ССЗ составляет 31% и является наиболее частой причиной смертельных исходов во всем мире. В Республике Казахстан (РК) этот показатель в абсолютных цифрах составляет 181,32 человек на 100 тысяч населения в год. Для сравнения смертности от той же причины на территории Евросоюза составляет 95,9 человек на 100 тысяч населения в год, что в 2 раза меньше, по сравнению с РК. [1]

Частота ИБС резко увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1—1% в возрасте 45-54 лет, до 10-15% в возрасте 65-74 лет, а у мужчин с 2-5% в возрасте 45-54 лет, до 10-20% в возрасте 65-74 лет. [2]. Часто ИБС выявляется тогда, когда имеется значительная сердечная недостаточность, либо развивается острый инфаркт миокарда (ОИМ), либо стеноз «спит», создавая высокий риск развития ОИМ или летального исхода (асимптомный стеноз). То есть, хирургическое лечение стенозов коронарных артерий является превентивным оперативным вмешательством, предотвращающим риск развития первичных и повторных инфарктов миокарда, летальных исходов и инвалидности, связанной с перенесенным инфарктом.

С учетом того, что наблюдается рост ИБС, значительная доля которых обусловлена атеросклерозом коронарных артерий, проблема хирургического лечения стенозов остро стоит и в РК. Очевидно, что помимо наличия соответствующего материально-технического оснащения (обученные специалисты, диагностическое оборудование, оснащенные операционные и др.), для развития успешной хирургической службы при лечении ИБС, необходимо

создание собственных протоколов хирургического лечения таких пациентов, учитывающих региональную статистику по заболеваемости ИБС и др., а также с учетом имеющегося опыта проведения операций при ИБС и анализа полученных данных в РК.

За последнее время в развитых странах значительно возросла численность пожилого населения. По прогнозам демографов, в ближайшее время будет наблюдаться дальнейшее старение населения, связанное с увеличением общей продолжительности жизни и снижением численности молодых людей. Учитывая увеличение прогнозной численности, а также продолжительность жизни населения и особенности возрастной структуры населения, прогнозируется, что в Казахстане 7 - процентный порог будет превышен уже в 2017 году, и концу 2020 года доля пожилых людей в РК может достигнуть 7,4% [3].

Для РК характерен высокий процент заболеваемости, инвалидности и смертности лиц пожилого возраста. Данные среднестатистических исследований о причинах смерти престарелых граждан, взятые из отчета Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения РК, свидетельствуют, что в 30 % ими являются ССЗ, в 30 % — злокачественные опухоли, в 40 % — другие заболевания.

Одной из актуальных проблем здравоохранения РК является рост ССЗ среди лиц пожилого и старческого возраста. Показатель заболеваемости ССЗ в динамике с 2007 по 2009 годы на 100 тыс. взрослого населения возрос в 1,1 раза. Основными причинами смертности пожилых от ССЗ являются артериальная гипертензия (АГ), выросшая в 1,4 раза; ИБС (в 1,3 раза), цереброваскулярные болезни (снижение в 1,0 раз). Социально-значимые болезни наносят

существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни.

В ежегодном Послании народу Казахстана Президент Нурсултан Назарбаев подчеркнул, что за первые 10 лет 21 века «ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65 до 68 лет», при этом прогнозируется еще большее увеличение среднего возраста казахстанцев до 72 лет. Необходимо на 30 % уменьшить общую смертность. За этими сухими цифрами стоят тысячи спасенных жизней. Это важнейшая цель для достижения.

В связи с этим приобретает важное значение уровень качества оказываемой медицинской помощи пожилому населению РК.

Для лиц пожилого и старческого возраста характерно более широкое, в сравнении с молодыми, распространение ИБС. Это связано с увеличением у них частоты и тяжести атеросклеротического процесса, а также со сдвигами в иммунной и эндокринной системах, системе свертывания крови, нарушении липидного и углеводного обменов [4].

ИБС является одной из основных причин потери трудоспособности, инвалидности и смерти [5].

В особую возрастную группу больных входят пациенты с ИБС старше 70 лет. Как результат этого явления, кардиологи и кардиохирурги все чаще сталкиваются в своей практике с пожилыми пациентами. Существуют особенности ведения кардиологических и кардиохирургических больных пожилого возраста, обусловленных как спецификой основного заболевания, так и сопутствующими заболеваниями [6,7,8].

Мнения специалистов по поводу целесообразности проведения оперативных вмешательств у пожилых людей часто различны. Ориентироваться ли на консервативную терапию или рекомендовать хирургическое лечение?

Некоторые сравнительные исследования между инвазивной тактикой лечения и оптимизированным медикаментозным лечением показывают сходные показатели выживаемости в долгосрочной перспективе у пожилых пациентов с ИБС [9].

Другие исследования показывают что, выживаемость у реваскуляризованных пациентов больше чем у пациентов, которые находились только на медикаментозном лечении [10].

У пожилых пациентов с коронарной патологией готовящихся к оперативному лечению имеется высокий риск осложнений и летальности. Со стороны почечной дисфункции риск увеличивается 4,3 раза, со стороны неврологических осложнений 3-х кратное и 3,7 кратное увеличение госпитальной летальности. С другой стороны современные методы оценки рисков дают возможность оценить риск летальности с высокой точностью и тем самым после успешных кардиохирургических операций увеличивается продолжительность и качество жизни соответствующий возрасту пациента [11,12,13,14]. С применением современных методов хирургических вмешательств, таких как реваскуляризация миокарда на бьющемся сердце, мини инвазивные методы шунтирования; современных методов анестезиологических пособий и ухода пациента можно снизить риски связанные с возрастом и сопутствующими патологиями [15]. При правильной оценке рисков в плановой кардиохирургии показатели неблагоприятных исходов приближались к одинаковым значениям, как у пожилых, так и у более молодых пациентов [16,17].

Заключение. Учитывая международный опыт диагностики и лечения ИБС у пациентов старше 70 лет, основанный на многочисленных эпидемиологических и статистических данных, а также ретро - и проспективных исследованиях, мы пришли к выводу, что для совершенствования кардиологической и кардиохирургической помощи пожилым пациентам с атеросклерозом коронарных артерий в РК, необходимо в дальнейшем проанализировать собственные данные, для того, чтобы с учетом наших диагностических и лечебных возможностей создать собственные научно-обоснованные рекомендации по данной проблеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Европейская база данных по смертности регионального Бюро ВОЗ.
- 2 Стенокардия, национальные рекомендации. - 2010. - 56 с.
- 3 Председатель агентства Республики Казахстан по статистике Смаилов А.
- 4 Қарабаева А.И. Особенности течения и лечения ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник КазНМУ. - 2012. - №1. - С. 80-84.
- 5 Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология «Избранные лекции». — М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2008. - 256 с.
- 6 Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце. Источник: Никонов С.Ф., Олофинская И.Е., Багиян Л.С. Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце // Качественная клиническая практика. - 2003. - №1. - С. 56-59.
- 7 Гендлин Г.Е., Вавилов П.А., Сторожаков Г.И., Година О.В., Ганкова Е.В., Зайцева Р.С., Семеновский М.Л. Протезирование клапанов сердца у лиц старше 60 лет // Клиническая геронтология. - 1997. - №2. - С. 19-24.
- 8 David R.Tomas, C.S. Ritchie. Preoperative assessment of older adults // J Amer. Geriatrics Society. - 1995. - №43(7). - P. 811-821.
- 9 Long-Term Outcome in Elderly Patients With Chronic Angina Managed Invasively Versus by Optimized Medical Therapy. Four-Year Follow-Up of the Randomized Trial of Invasive Versus Medical Therapy in Elderly Patients (TIME). Matthias Pfisterer, MD; for the TIME Investigators*
- 10 Survival After Coronary Revascularization in the Elderly. Michelle M. Graham, MD; William A. Ghali, MD, MPH; Peter D. Faris, PhD; Diane Galbraith, BN; Colleen M. Norris, PhD; Merrill L. Knudtson, MD; for the Alberta Provincial Project for Outcomes. Assessment in Coronary Heart Disease (APPROACH) Investigators*
- 11 Cardiac Surgery in the Elderly Patient. Ivar Friedrich, Andreas Simm, Joachim Köttling, Frank Thölen, Burkhard Fischer, Rolf-Edgar Silber.
- 12 Benefits of cardiac surgery in octogenarians — a postoperative quality of life assessment. Christoph H. Huber a,*, Volkhard Goeber b, Pascal Berdat b, Thierry Carrel b, Friedrich Eckstein b.
- 13 Outcomes in octogenarians undergoing coronary artery bypass grafting. Roger Baskett, Karen Buth, William Ghali, Colleen Norris, Tony Maas, Andrew Maitland, David Ross, Rand Forgie, Gregory Hirsch.
- 14 Cardiac Surgery for Octogenarians – a Suitable Procedure? Twelve-Year Operative and Post-Hospital Mortality in 641 Patients over 80 Years of Age. Authors F.W. Schmidler, I. Tischler, M. Lieber, J.Weingartner, I. Angelis, K.Wenke, B. M. Kemkes, B. Gansera. Department of Cardiovascular Surgery, City Hospital Munich, Munich, Germany.
- 15 Reduced Mortality and Strokes With Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting Surgery in Octogenarians. Roland G. Demaria, MD; Michel Carrier, MD; Simon Fortier, MD; Raymond Martineau, MD; Annick Fortier, MSc; Raymond Cartier, MD; Michel Pellerin, MD; Yves Hebert, MD; Denis Bouchard, MD; Pierre Page, MD; Louis P. Perrault, MD, PhD.
- 16 Outcomes of Cardiac Surgery in Patients Age ≥ 80 Years: Results from the National Cardiovascular Network. Karen P. Alexander, MD,*† Kevin J. Anstrom, MS,* Lawrence H. Muhlbaier, PHD,*†. Ralph D. Grosswald, MPH, Peter K. Smith, MD, FACC,§ Robert H. Jones, MD, FACC, Eric D. Peterson, MD, MPH, FACC*‡. Durham, North Carolina and Atlanta, Georgia

Е.К. Магауин, Г.К. Каусова

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН 70 ЖАСТАН АСҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕГІН ЖЕТІЛДІРУ МӘСЕЛЕСІН ҚАРАСТЫРУ

Түйін: Жүректің ишемиялық ауруы - әлем елдеріндегі, соның ішінде Қазақстан Республикасында, халық арасындағы өлім-жітім мен еңбек қабілеттілігінен айырылудың басты себептерінің бірі. Соңғы уақытта дамыған елдерде егде адамдардың санының өсуі байқалуда. Ұлттық профилактикалық бағдарламаларды іске асыру және емдеу-диагностикалау технологияларын жетілдіру, емдеу мен диагностикалау стандарттарын енгізу шараларына қарамастан, әлі күнге дейін қарт науқастардың негізгі аурудың спецификасы мен қосалқы ауруларына байланысты біріңғай емдеу тактикасы жоқ.

Түйінді сөдер: жүрек-қан тамырлары аурулары, жүректің ишемиялық ауруы, қарт науқастар, жастық өзгерістер.

Y.K. Magauin, G.K. Kaussova

Kazakhstan Medical University "The highest school of public health", Almaty

ON THE PROBLEM OF IMPROVING THE CARDIOLOGIC SERVICE FOR THE PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE OVER THE AGE OF 70

Resume: Ischemic heart disease is one of the main causes of death and disability worldwide, including the Republic of Kazakhstan. Recently, in developed countries, there has been a growing trend in the number of elderly people. Despite the implementation of national programs for the prevention and improvement of diagnostic and treatment technologies, the introduction of standards for diagnosis and treatment, there is still no clear-cut treatment strategy for elderly people due to both the specificity of the underlying disease and the concomitant diseases.

Keywords: cardiovascular diseases, ischemic heart disease, elderly patients, age changes.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.К. Каусова, Е.Т.Толлеу, А.Т. Кодасбаев, А.Н. Нурбакыт

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы

В статье описаны результаты изучения заболеваемости, инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) Опыт стран, добившихся значительного снижения смертности от ССЗ, указывает на необходимость активно заниматься вопросами профилактики ССЗ, основанной на концепции кардиологических факторов риска. Реализация этой стратегии обуславливает необходимость активной коррекции факторов риска посредством изменения образа жизни пациентов в направлении оздоровления позволяет добиться значительного снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений, а также инвалидности и смертности

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, неинфекционные заболевания, артериальное давление, Республика Казахстан, Всемирная организация здравоохранения

УДК 616.12-084(571.17)

Введение. Основной причиной смертности во всем мире являются ССЗ и ежегодно ни по какой другой причине не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам, в 2012 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца (ИБС) и 6,7 миллиона человек в результате инсульта [1,2].

Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Из 16 миллионов случаев смерти от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в возрасте до 70 лет 82% случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, а причиной 37% являются ССЗ.

На современном этапе ССЗ ответственны примерно за 50% смертей в странах Европы. Следует отметить, что в последние десятилетия заболеваемость ССЗ значительно «помолодела». Уже с 30-летнего возраста ИБС является основной причиной заболеваемости и инвалидности, а с 40 лет - преждевременной смерти [3, 4].

Особенно неблагоприятная ситуация в Российской Федерации (РФ): смертность от ССЗ продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе. Если в странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии за последние 20-30 лет отмечается постоянная тенденция к

снижению смертности от ССЗ, то в РФ она неуклонно возрастает [3,5, 6, 7].

Продолжает расти и заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ), особенно среди лиц молодого и среднего возраста. Частота возникновения ИМ в возрасте до 40 лет достигает 35% [8,9, 10]. При этом подгруппа пациентов с ИМ в анамнезе остается одной из наиболее проблемных среди всех больных ИБС. У выживших сохраняется высокий риск повторной сосудистой катастрофы: 18% мужчин и 35% женщин в течение последующих 6 лет переносят второй ИМ [11, 12, 13].

Улучшить прогноз после перенесенного ИМ позволяет лишь восстановление коронарного кровотока.

Помимо применения определенных лекарственных препаратов, этого можно достичь проведением операции ангиопластики. Однако, исследования, проведенные в Соединенных штатов Америки (США) и ряде европейских стран, показали, что надежды, возлагавшиеся на высокотехнологичные виды помощи как средства первой линии борьбы с ССЗ, не оправдались. Не следует также забывать и о малой доступности ангиопластики большинству населения в РФ. Следовательно, в борьбе с ИМ и с ССЗ в целом растет роль вторичной профилактики [3,14-17].

Опыт стран, в том числе США, добившихся значительного снижения смертности от ССЗ, указывает на необходимость активно заниматься вопросами профилактики ССЗ, основанной на концепции кардиологических факторов риска. Реализация этой стратегии обуславливает необходимость активной коррекции факторов риска посредством изменения образа жизни пациентов в направлении оздоровления и, если требуется, адекватной фармакотерапии с достижением целевых уровней параметров модифицируемых факторов (АД, липидный состав плазмы крови и др.) [18]. При этом результаты крупных международных исследований свидетельствуют, что осуществление вторичной профилактики больных ССЗ в соответствии с принципами, изложенными в общепринятых стандартах, позволяет добиться значительного снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений, а также инвалидности и смертности [17].

Однако внедрение в практику рекомендаций остается серьезной проблемой во всех странах. Разрыв между медицинской наукой и практической медициной продолжает сохраняться. К сожалению, РФ в последние годы в этом плане выделяют особо. Ряд отечественных исследований, посвященных данной проблеме в кардиологии, выявил несоответствие реальной врачебной практики международным стандартам, в частности в области профилактики и лечения ИБС [19].

Возможный выход из сложившейся ситуации — последовательное и целенаправленное изучение данного вопроса как в целом по стране, так и в отдельно взятом регионе, с помощью фармакоэпидемиологического метода исследования, который позволяет получить сведения о реальном состоянии дел в области медикаментозной вторичной профилактики ССЗ у пациентов, перенесших ИМ и, следовательно, разработать адекватные меры по исправлению сложившейся ситуации.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) анализ показателей смертности от ИБС по странам СНГ показало, что наиболее высокие уровни смертности регистрируются в Республике Молдова – 496,16 на 100 тыс. населения, затем по убыванию в Украине (491,91), Кыргызстане (444,59), Российской Федерации (359,33), Литве (313,91), Латвии (248,88), Эстонии (199,15), Румынии (187,19), Казахстане (181,32), Чехии (161,82), Болгарии (114,26) [20].

Снижение смертности от ИБС в Республике Казахстан (РК) благодаря открытию новых инновационных центров, внедрению передовых технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе коронарография, стресс-эхокардиография, чреспищеводная электрическая стимуляция предсердий и др.

Под руководством ВОЗ в 2013 году все государства-члены (194 страны) достигли согласия в отношении глобальных механизмов для снижения бремени предотвратимых НИЗ, включая «Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы». Этот план направлен на сокращение числа случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25% к 2025 году с помощью 9 добровольных глобальных целей.

2 из этих глобальных целей непосредственно направлены на профилактику ССЗ и борьбу с ними. Шестая цель Глобального плана действий в отношении НИЗ предусматривает снижение распространенности случаев повышенного артериального давления (АД) в мире на 25%. Повышенное АД является одним из основных факторов риска ССЗ. Уровень распространенности повышенного АД (определяемого как систолическое и/или диастолическое давление $\geq 140/90$ мм.рт.ст.) в мире среди лиц в возрасте 18 лет и старше в 2014 году составлял около 22%. Для достижения этой цели необходимо снизить частоту случаев гипертонии путем осуществления общенациональных мер политики, направленных на борьбу с поведенческими факторами риска, включая вредное употребление алкоголя, отсутствие физической активности, избыточную массу тела, ожирение и высокий уровень потребления соли. Для раннего выявления и экономически эффективного ведения

случаев гипертонии в целях профилактики ИМ, инсульта и других осложнений необходим подход с учетом всех факторов риска.

Восьмая цель Глобального плана действий в отношении НИЗ предусматривает обеспечение, по крайней мере, для 50% людей, имеющих соответствующие показания, лекарственной терапии и консультирования (включая контроль гликемии) для профилактики ИМ и инсульта. Профилактика ИМ и инсульта с помощью комплексного подхода с учетом общего сердечно-сосудистого риска является более эффективной с точки зрения затрат мерой, чем проведение лечения на основе только пороговых значений отдельных факторов риска, и она должна являться частью базового пакета услуг для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарной помощью. Для достижения этой цели потребуются укрепление основных компонентов системы здравоохранения, включая финансирование служб медицинской помощи для обеспечения доступа к основным технологиям здравоохранения и основным лекарственным средствам для лечения НИЗ.

В 2015 году страны приступят к установлению национальных целевых ориентиров и оценке достигнутого прогресса в отношении базовых показателей 2010 года, указанных в «Докладе о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 год». Генеральная Ассамблея ООН проведет в 2018 году третье совещание высокого уровня по НИЗ для рассмотрения прогресса в достижении странами добровольных глобальных целей к 2025 году.

Для профилактики ССЗ и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Они включают меры вмешательства 2 видов — для всего населения и индивидуальные меры, которые могут использоваться в сочетании друг с другом для снижения высокого бремени ССЗ. Примерами мероприятий, которые могут осуществляться для снижения ССЗ на общенациональном уровне, являются следующие:

- всесторонняя политика борьбы против табака;
 - налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли;
 - строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности;
 - стратегии, направленные на снижение вредного употребления алкоголя;
 - обеспечение правильного питания детей в школах.
- Для профилактики первых инфарктов миокарда и инсультов медико-санитарные меры индивидуального характера должны быть ориентированы на лиц со средним или высоким уровнем общего сердечно-сосудистого риска или тех, у кого отдельные факторы риска, такие как диабет, гипертония и гиперхолестеринемия, превышают уровни, рекомендованные для проведения лечения. Первые меры (комплексный подход с учетом всех факторов риска) более эффективны с точки зрения затрат, чем вторые, и они способны значительно снизить частоту случаев сердечно-сосудистых нарушений. Этот подход практически осуществим в условиях низкой обеспеченности ресурсами, включая использование неврачебного медицинского персонала.
- Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде повышения АД, повышения уровня глюкозы в крови, повышения уровня липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения. Оценка этих «промежуточных факторов риска» может проводиться в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), и они могут указывать на повышенный риск развития ИМ, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений.
- Доказано, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и предотвращение вредного употребления алкоголя снижают риск развития ССЗ. Кроме того, для снижения риска развития ССЗ и профилактики ИМ и инсульта при диабете,

повышенном АД и повышенном уровне липидов может быть необходима лекарственная терапия. В целях усиления мотивации людей в отношении выбора и поддержания здоровых форм поведения необходима политика в области здравоохранения, обеспечивающая создание благоприятной среды для возможности здорового выбора и его приемлемости по стоимости.

Существует также целый ряд факторов, влияющих на развитие хронических болезней, или основополагающих причин. Они являются отражением основных движущих сил, приводящих к социальным, экономическим и культурным изменениям — это глобализация, урбанизация и старение населения. Другими определяющими факторами для ССЗ являются нищета, стресс и наследственные факторы.

Заключение. Страны, добившиеся значительного снижения смертности от ССЗ, указывают на необходимость активно заниматься вопросами профилактики ССЗ, основанной на концепции кардиологических факторов риска. Реализация этой стратегии обуславливает необходимость активной коррекции факторов риска посредством изменения образа жизни пациентов в направлении оздоровления. Для того чтобы люди выбирали и поддерживали здоровые формы поведения, необходима политика по созданию окружающей среды, благоприятной для обеспечения здорового выбора, его доступности и приемлемости по стоимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 WHO. Preventing chronic diseases a vital investment. - 2015. - 21 p.
- 2 Информационный бюллетень. - 2015. - №317. - 16 с.
- 3 АНА: Coronary risk Hand Book. Estimating Risk CHD in Daily Practice // АНА. - 1973. - P. 41-50.
- 4 World Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment // WHO Global Report. - 2005. - P. 12-16.
- 5 Терещенко С.Н. Еуропа открывает новые горизонты применения ингибиторов АПФ // Consilium Medicum. - 2003. - №11. - С. 664-666.
- 6 EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results // Eur Heart J. - 1997. - Vol. 18. - P. 1569-1582.
- 7 Kannel WB, Castelli WP, et al. Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease: new perspective based on the Framingham Heart Study // Ann Intern Med. - 1979. - Vol. 90. - P. 85-91.
- 8 Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST // Кардиология. - 2003. - №12. - С. 23-36.
- 9 Bradley KA, Bradinath S, Bush K, et al. Medical risk for women who drink alcohol // J Gen Intern Med. - 1998. - Vol. 13. - P. 627-639.
- 10 Castelli WP, Anderson K, et al. Lipids and risk of coronary heart disease. The Framingham Study // Ann Epidemiol. - 1992. - Vol. 2. - P. 23-28.
- 11 Доказательная медицина. Ежегодный справочник. - М.: «Медиа Сфера», 2002. - Выпуск 1. - 184 с.
- 12 Карпов Ю.А. Профилактические эффекты ингибиторов АПФ при стабильной ИБС доказаны: практическое значение результатов исследования EUROPA // Сердце. - 2003. - Т.6, № 12. - С. 308-311.
- 13 Явелов И.С. Применение бета-адреноблокаторов при сердечнососудистых заболеваниях: современные рекомендации // Consilium Medicum. - 2005. - №7. - С. 945-956.
- 14 П.Беленков Ю.Н. Лечение ишемической болезни сердца, старые традиции и новые тенденции // Терапевтический архив. - 2005. - №9. - С. 5-8.
- 15 Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study // JAMA. - 1994. - Vol. 271. - P. 259-267.
- 16 Европейская база данных по смертности регионального бюро ВОЗ.
- 17 ВОЗ Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы.
- 18 ВОЗ Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 год.

Г.К. Каусова, Е.Т.Төлеу, А.Т. Кодасбаев, А.Н.Нурбакыт
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ САУАЛЫНА АЛДЫН АЛУ ШАРАСЫ

Түйін: Жүрек-қан тамыр ауруларының асқынғанын алдын алу үшін және ЖҚА қауіпті факторлар дамуының белсенді (скрининг) анықтауы мен олардың таралу мониторингісін қажетті біріншілік медициналық көмек сатысында жүргізіледі. Әсіресе, ер азаматтарды жүйелі зерттеуден өткізу маңызды, себебі олар көрсетілетін медициналық көмекке аз жүгінеді.

Түйінді сөдер: жүрек-қан тамыр аурулары, жүректің ишемиялық ауры, жұқпалы емес аурулар, қан қысымы, Қазақстан Республикасы, Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымы.

G.K. Kausova, E.T. Toleu, A.T. Kodasbaev, A.N. Nurbakyt
Kazakhstan Medical University "The highest school of public health", Almaty

THE QUESTION OF PREVENTION CARDIOVASCULAR DISEASES

Resume: To prevent the progression of cardiovascular diseases and development of complications should be performed at the stage of primary medical care active detection (screening) of CVD risk factors and monitoring of their prevalence. It is especially important to provide a systematic survey of the men, as they are less likely to seek medical help.

Keywords: cardiovascular disease, coronary heart disease, myocardial infarction, non-communicable diseases, blood pressure, Republic of Kazakhstan, the World Health Organization.

ВЫБОР ДИУРЕТИЧЕСКОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

А. Кайрбеков, К. Кунанбай, Б.А. Ералиева, Н.Б. Байжигитова,
М.И. Ордаханова, Б.Х. Киекова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра клинической фармакологии

В статье приведены результаты исследования препарата «Римекор» и «Индапамид» их действие на заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности при хронической сердечной недостаточности (ХСН). «Римекор» и «Индапамид» способствует улучшению внутрисердечной гемодинамики (ФВЛЖ достоверно увеличивалось), все больные хорошо перенесли терапию.

Ключевые слова: ХСН, АД, пожилые больные, гемодинамики, качества жизни, гиперлипидемии.

УДК 616.12-008.1-036.12-053.89-085:615.225

Основным патологическим состоянием, возникающим при многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в частности при хронической сердечной недостаточности (ХСН), являются повышение циркулирующей крови, последствием периферических отеков и гипоксия.

Клинические данные свидетельствуют о том, что перспективным направлением в борьбе с периферическим отеком и гипоксией являются использование фармакологических средств, уменьшающих отеков, гипоксию и повышающих устойчивость организма к кислородной недостаточности. (1)

Особенно сложен выбор диуретического препарата и цитопротекторов у пожилых больных, в связи с наличием множественной сопутствующей патологии и особенности фармакодинамики лекарственных препаратов (2).

Основная цель лечения больных ХСН состоит в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них. В связи с этим наиболее приемлемой признана терапевтическая стратегия, предусматривающая применение препаратов с различным механизмом действия. (3)

К таким препаратам можно отнести диуретиков и миокардиальные цитопротекторы, позволяющие снижению циркулирующей крови, последующим периферических отеков и оптимизировать метаболизм миокарда, переключая его с использования жирных кислот на утилизацию глюкозы.

Среди диуретиков наибольшие распространение в клинической практике имеют тиазидные диуретики. Тиазидные диуретики ингибируют транспортный белок, обеспечивающий перенос натрия и хлора в клетки канальцевого эпителия снижая реабсорбцию этих ионов в дистальных отделах канальцев и повышая диурез на 30-50% (4).

Ярким представителем тиазидных диуретиков является Индапамид. Он широко применяется в лечении ХСН в виде монотерапии и в сочетании другими препаратами. (5)

Согласно рекомендациям Индапамид может успешно применяться у пациентов с ХСН, особенно у пожилых больных.

Поиск препаратов тормозящих окисление жирных кислот, привел к появлению и внедрению в клиническую практику такого препарата, как Римекор.

В отличие от препаратов, блокирующих ферменты, необходимые непосредственно для β- окисления жирных кислот, Римекор блокирует их поступление в митохондрии, что

предотвращает их повреждение, вызванное ацилкорнитинном и ацилкоэнзимом А, сохраняет возможность транспорта АТФ из митохондрий, а также активирует гликолиз (6,7).

Цель исследования – оценка качества жизни и эффективности лечения пожилых больных ХСН с использованием диуретической и метаболической терапии.

Материалы и методы.

В исследование было включено 40 больных мужского пола в возрасте от 65 до 79 лет с клиническими признаками ХСН II-III ФК по классификации NYHA на фоне разных форм ИБС (25 пациента со стабильной стенокардией II-III ФК, 15- с перенесенным инфарктом миокарда).

Пациенты были разделены на 2 группы. Больным I основной группы (n20) в комплексное лечение включали Индапамид 2,5мг/сут. и Римекор в дозе 20мг/сут. в течение 12 недель. Больные II-группы (20) получали только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и применяемым дозам стандартной терапии. От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании, включая проведение биохимических анализов крови.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике клинических симптомов проявления одышки, отеков в конечностях и количество ангиозных приступов (все больные заполняли аналогичную шкалу одышки и боли при кашле- ВАШ), уменьшение слабости, измерение суточного диуреза, а также по динамике объективных данных: основных показателей гемодинамики (пульса, частоты сердечных сокращений, артериального давления), ЭКГ, ЭХО кардиографии (оценивали размера сердца, функцию выброса ФВ%, ударный объем (УО), минутный объем (мл/мин), сердечный индекс(СИ), сердечный выброс (СВ), фракцию выброса(ФВ).

В исследование не включались пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующие комплексной терапии, ИБС страдающие нарушениями сердечного ритма проводимости (в том числе мерцательной аритмии), перенесшей инсульт, пороками сердца, сахарным диабетом, дыхательной и почечной недостаточностью, а также больные с психическими заболеваниями или злоупотребляющие алкоголем. За 7 дней до обследования были отменены ранее применявшие препараты.

До начала и после окончания 12 недельного исследования у всех пациентов была проведена оценка качества жизни (КЖ) с использованием «Миннесотского опросника качества жизни у пожилых больных».

Статическая обработка результатов исследования проводилась методами параметрической и не параметрической статистики. Использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений, стандартных ошибок ранговых статистик и т.д., а также известные критерии значимости критерий Стьюдента и т.д.).

Результаты исследования и их обсуждения.

Все больные до начала терапии отмечали заметное снижение способности к выполнению видов деятельности, связанной с физической нагрузкой, самообслуживание, ходьба.

У больных изучаемой группы чаще наблюдались: одышка (в 40% случаев в I-группе, 36% случаев в II-группе); тахикардия (45% в I-группе, 32% в II-группе), ангиозные боли (в I-группе-26%, II-группе-21%), периферические отеки (20% и 17% соответственно по группам). (рисунок 1).

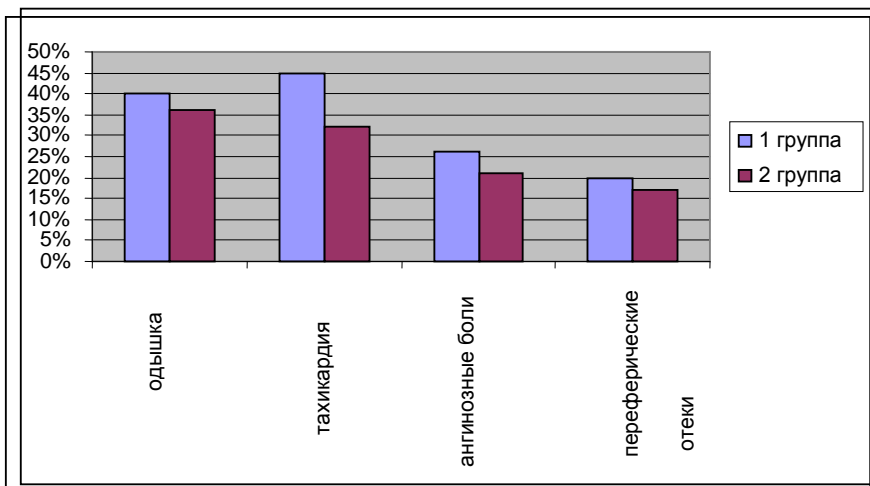


Рисунок 1 - Основные клинические симптомы у пожилых больных ХСН

На фоне проводимой терапии положительную клиническую динамику наблюдали в обеих группах. У больных первой группы применение Индапамида и Римекора приводило к значительному уменьшению клинических проявлений ХСН (одышки, периферические отеки, боли в области сердца), существенную снижению систолического и диастолического АД у больных сопутствующий АГ.

Лечение препаратами Римекор и Индапамид отмечалась субъективное улучшения состояния больных: уменьшились головные боли, головокружения, прошли кардиалгии, дискомфортные состояния, нормализовалась АД. В результате проведенного нами исследования было выявлено, что через месяц от начало лечения препаратом Римекор и Индапамид наблюдалось снижение САД с $185,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст. до $159,8 \pm 1,3$; ДАД с $111,2 \pm 1,2$ до $98,5 \pm 1,4$ мм.рт.ст.; через 2 месяца САД до $147,1 \pm 1,5$ мм.рт.ст. и ДАД до $91,4 \pm 1,2$ мм.рт.ст.; тогда через 3 месяца САД снизилось до $132,4 \pm 1,5$ мм.рт.ст. и ДАД до $88,5 \pm 1,3$ мм.рт.ст.

($p < 0,05$), так применения в дозе 5 мг в сутки приводит к достижению целевого уровня артериального давления у больных пожилого возраста.

Наблюдалась положительная динамика показателей ЭКГ в обеих группах. Надо отметить, что более выраженные позитивные изменения показателей ЭКГ были обнаружены у больных, получивших Римекор и Индапамид. При проведении контрольных исследований через 2 месяца наблюдалась нормализация синусового ритма в 1 группе у 78% больных, во 2 группе - 57%, желудочковая экстрасистолия в 1 группе 15% случаев, во второй 8%, нормализация зубца Т выявлены у 53% больных в 1 группе, тогда в 2 группе 31% больных.

Эхокардиографические показатели: масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у пожилых больных ИБС на фоне лечения Римекор и Индапамида представлена на рисунке 2.

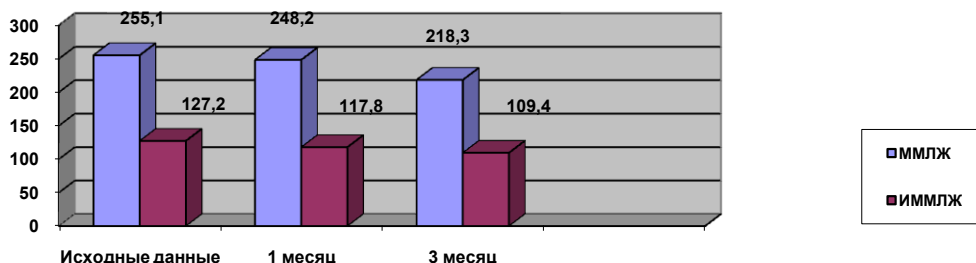


Рисунок 2 - Показатели ММЛЖ и ИММЛЖ у пожилых больных ХСН при лечении Римекором и Индапамидом

На рисунке 2 представлены изменения ММЛЖ и ИММЛЖ у пожилых больных ИБС на фоне приема Римекор и Индапамид. Через 1 месяц лечения Римекор и Индапамидом нами выявлена тенденции к снижению ИММЛЖ (с $127,2 \pm 5,2$ до $117,8 \pm 5,1$ г/м²), через 3 месяца достоверное снижение ММЛЖ (с $255,1 \pm 9,1$ до $218,3 \pm 8,8$ г/м²) и ИММЛЖ (с $127,2 \pm 6,1$ до $109,4 \pm 5,2$ г/м²).

По результатам исследования при терапии Римекора и Индапамида через 3 месяца выявлено достоверное

снижение толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) в систолу (с $1,84 \pm 0,1$ до $1,41 \pm 0,1$ и (с $1,91 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,1$ соответственно, $p < 0,05$).

По результатам анализов лабораторных данных уровень биохимических показателей не изменился по сравнению с исходными. Углеводный, липидный и электролитный обмен не изменился в течении 8-х недель от лечения препаратом.

Таблица 1 - Влияние терапии препаратами Римекор и Индапамида на биохимические анализы

	Холестерин Ммоль/л	Креатинин Мкмоль/л	Калий Ммоль/л	Глюкоза Ммоль/л
Исходно	$8,11 \pm 1,1$	$81,2 \pm 12,2$	$4,5 \pm 0,45$	$6,35 \pm 0,8$
6 неделя	$6,05 \pm 1,1$	$86,4 \pm 14,3$	$4,5 \pm 0,51$	$5,8 \pm 0,9$
2 неделя	$5,8 \pm 1,32$	$85,6 \pm 14,1$	$4,1 \pm 0,61$	$5,1 \pm 0,75$

Изучение качества жизни - важный аспект оценки проводимой терапии. Через 4 недель наблюдения качество жизни достоверно улучшилось. 97% пациенты отметили

улучшение самочувствия, 99,9% пациентов изъявили желание продолжить прием препарата.

В процессе лечения оценивали качества жизни у пожилых больных ХСН по таким симптомам как головная боль, головокружение, нарушение сна, работоспособности,

настроения. Опросник учитывал частоту и выраженность симптомов по 5-ти балльной системе (таблица 2).

Таблица 2 - Показатели качества жизни в процессе лечения Римекора и Индапамида

Показатели	по лечен.	после леч.	достоверн.
Головн.боль	4,1±0,2	0,87±0,2	<0,01
Головокружение	2,1±0,2	0,9±0,2	-
Нарушение -сна	2,7±0,12	0,7±0,1	<0,005
-работоспособнос-ти -настроения	2,9±0,1	0,1±0,3	<0,005
	0,4±0,1	1,4±0,2	<0,01

Положительные изменения в физическом статусе и кардиогемодинамике пациентов позитивно отразились на показателях качества жизни (КЖ). Сравнительная оценка показателей КЖ в двух группах свидетельствует о благоприятном влиянии добавления Римекора и Индапамида к стандартной терапии у больных ИБС. Согласно Миннесотскому опроснику КЖ больных с ХСН, в основной группе отмечается более выраженное улучшение КЖ-на 7,1%, а в контрольной группе -1,5%.

Серьезных побочных эффектов у пожилых больных, получавших терапию «Римекор» и «Индапамид», не зарегистрировано.

Добавление к стандартной терапии ХСН цитопротектора «Римекора» и диуретика «Индапамид» улучшает клинико-функциональное состояние пожилых больных с ХСН: уменьшает ФК ХСН, повышает толерантность к физической нагрузке, снижает ТМЖП и ТЗСЛЖ, улучшает

диастолическую функцию сердца и увеличивает ФВЛЖ при возрастании коронарного резерва.

Включение Римекора и Индапамида в традиционную схему терапии приводило к повышению качества жизни пожилых больных с ХСН.

Выводы:

1. У пожилых больных ХСН на фоне терапии Римекором и Индапамидом отмечался положительный клинический эффект, что проявилось значительным уменьшением клинических проявлений ХСН по сравнению с больными, получавшими стандартную терапию без включения Римекора и Индапамида.

2. Лечение Римекором и Индапамидом способствовало улучшению внутрисердечной гемодинамики (ФВЛЖ достоверно увеличивалось).

3. В основном все больные хорошо перенесли терапию Римекор с Индапамидом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мухин Н.А., Козловская Л.В., Шилов Е.М. и др. Рациональная фармакотерапия в нефрологии: руководство для практикующих врачей. - М.: Литтерра, 2006. - 158 с.
- 2 Моисеев В.С., Мухин Н.А., Смирнов А.В. и др. Национальные рекомендации РКО, НОНР, РАЭ, РМОАГ, НОА, РНМОТ. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции // Российский кардиологический журнал. - 2014. - №8(112). - С. 7-37.
- 3 Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. - 2013. - №14(7). - С. 379-472.
- 4 Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиологический вестник. - 2015. - №1. - С. 3-30.
- 5 Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями: проблемы и пути их решения на современном этапе // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - №5. - С. 7-10.
- 6 Friedel H., Buckley M.M-T. Torasemide A review of its pharmacology and therapeutic potential // Drugs. - 1991. - №41. - P. 81-103.
- 7 Dunn C.J., Fitton A., Brogden R.N. Torasemide. Review of its pharmacology and therapeutic use // Drugs. - 1995. - №49. - P. 121-142.

А. Кайрбеков, К. Кунанбай, Б.А. Ералиева, Н.Б. Байжигитова,

М.И. Ордаханова, Б.Х. Киекова

*С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
Клиникалық фармакология кафедрасы*

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМІНДЕ ДИУРЕТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ ЕМДІ ТАҢДАУ

Түйін: Бұл мақалада Римекор және Индапамид препараттарының қан тамыр жүйесінің ауруларына әсерін зерттеу нәтижелері келтірілген, әсіресе созылмалы жүрек қан тамыр жеткіліксіздігінде СҚЖ.

Римекор және Индапамид жүрек ішілік қан айналымды жақсартуға ықпал етеді СҚЛФ анық жоғарлаған, одан кейін барлық науқастар емді жақсы өткерді.

Түйінді сөздер: созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, АГ, егде жастағы науқастар, гиперлипидемия, гемодинамика, өмір сүру сапасы.

A. Kairbekov, K. Kunanbai, B.A. Eralieva, N.B. Baijigitova,
M.I. Ordahanova, B.H. Kiekova
Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Clinical Pharmacology

CHOICE OF DIURETIC AND METABOLIC THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN ELDERLY PATIENTS

Resume: The article presents the results of the study of the drug "Rimecor" and "Indapamide" their effect on diseases of the cardiovascular system, in particular, in chronic heart failure (CHF). "Rimecor" and "Indapamide" contributes to the improvement of intracardiac hemodynamics (LVEF significantly increased), all patients had a good transfer of therapy.

The aim of the study was to evaluate the quality of life and the effectiveness of treatment of elderly patients with CHF using diuretic and metabolic therapy.

Materials and methods.

The study included 40 male patients aged 65 to 79 years with the clinical signs of CHF II-III FC according to the NYHA classification against a background of different forms of ischemic heart disease (25 patients with stable angina II-III FC, 15 with myocardial infarction).

Patients were divided into 2 groups. Patients of the first group (n20) in the complex treatment included Indapamide 2.5 mg / day. and Rimecor in a dose of 20 mg / day. within 12 weeks. Patients II-groups (20) received only basic therapy. Both groups were comparable in age, sex, severity of the disease and the applied doses of standard therapy. All patients received informed consent to participate in the study, incl

Conclusions:

1. Positive clinical effect was noted In elderly patients with CHF on the background of therapy with Rimecor and Indapamide, which was manifested by a significant decrease in the clinical manifestations of CHF compared to patients receiving standard therapy without the inclusion of Rimecor and Indapamide.

2. Treatment with Rimecor and Indapamide contributed to an improvement in intracardiac hemodynamics (LVEF significantly increased).

3. Basically, all the patients had well-tolerated therapy with Rimecor and Indapamide. using biochemical blood tests.

Keywords: CHF, AP, elderly patients, hemodynamics, quality of life, hyperlipidemia.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕКСТРОКАРДИИ У ПАЦИЕНТКИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Д.А. Капсултанова¹, Д.А. Ахментаева¹, Г.Б. Ползик¹, Абдул Маджид Рахими¹,
Б.Г. Тулегенова², Ж.М. Алдабекова², А.Т. Алпарова²

¹Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

²Городской кардиологический центр г.Алматы

Данный клинический случай представляет интерес для врачей-кардиологов как редкое сочетание аномалии сердца с ишемической болезнью сердца. Сочетание декстрокардии с другими врожденными экстра- или интракардиальными аномалиями может значимо ухудшить прогноз лечения кардиологических пациентов, которые в большинстве своем случаев являются коморбидными.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, декстрокардия, ишемическая болезнь сердца

УДК 616.127-004

Введение. Аномалии расположения сердца - один из сложнейших разделов в проблеме врожденных пороков сердца и могут быть следствием как неправильного развития самого сердца, так и влияния экстракардиальных причин [1]. Впервые аномальное расположение сердца в грудной клетке научно описал итальянский анатом и хирург Иероним Фабриций в 1606 году. Марко Аурелио Северино применил термин «декстрокардия» в 1643 году при описании у пациента зеркального расположения внутренних органов. Позже Мэтью Бейли описал транспозицию органов как полный поворот органов грудной и брюшной полости в зеркальном изображении [2,3,4].

В настоящее время под декстрокардией понимают редкую врожденную аномалию развития сердечно-сосудистой системы, при которой сердце расположено в грудной клетке справа, соответственно все входящие и исходящие сосуды сердца расположены зеркально своему обычному положению. С помощью генетических исследований установлено, что декстрокардия ассоциируется с мутацией генов HAND, ZIC3Shh, ACVR2, Pitx3, и доказан аутосомно-рецессивный тип наследования этой патологии. Частота указанных аномалий достигает 1,5-5% среди всех врожденных пороков сердца и, как правило, сочетается с

транспозицией магистральных сосудов [3,4,5]. Наиболее распространенным среди них являются правостороннее расположение сердца (изолированная декстрокардия) - 54% и левостороннее расположение сердца («зеркальная декстрокардия») - 33%. В первом случае расположение других органов грудной клетки и топография органов брюшной полости соответствуют физиологической норме, во втором случае отмечают полное обратное расположение внутренних органов (situs inversus) [6,7,8]. При проведении объективного обследования и инструментальной диагностики пациентов с декстрокардией необходим индивидуальный подход, т.к. мы сталкиваемся не только с различными видами местонахождения сердца в грудной клетке, но и взаиморасположением самих камер сердца.

Заподозрить декстрокардию у пациента можно уже при объективном обследовании, а подтвердить - при проведении ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости. В литературе мало описано случаев сочетания декстрокардии с коморбидными кардиологическими заболеваниями, в связи с этим представляет интерес наша

пациентка с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД). Пациентка И., 62 лет была госпитализирована в Городской кардиологический центр г.Алматы с жалобами на давящие, сжимающие боли в области сердца справа, длительностью 5-10 минут, усиливающиеся при незначительной физической нагрузке, плохо купируемые нитратами, с иррадиацией в правую подлопаточную область. Также пациентку беспокоила одышка в покое, головные боли и головокружение; кашель с отделением мокроты.

Из анамнеза заболевания со слов больной ИБС в течение нескольких лет. Перенесла инфаркт миокарда в 2014 и 2017 гг, были проведены коронароангиография со стентированием правой коронарной артерии (ПКА) и огибающей ветви (ОВ). Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет 2 типа около 10 лет, максимальное повышение АД до 260/120 мм рт.ст., АД при котором себя чувствует удовлетворительно - 140/90 мм рт.ст. Антигипертензивные и сахароснижающие препараты (сиофор и амарил) принимает регулярно.

Из анамнеза жизни: в 5-летнем возрасте была диагностирована декстрокардия (situs inversus). Хронический пиелонефрит. Вредные привычки отрицает.

При объективном осмотре больная повышенного питания: ИМТ-33. Кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧДД 20 в мин. Дыхание в нижних отделах ослабленное везикулярное, прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При пальпации сердца - сердечный толчок располагался в пятом межреберье справа по среднеключичной линии; Границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, прослушивались справа соответственно общепринятым аускультативным точкам, симметрично смещенным на правую половину грудной клетки; ритм правильный. На момент осмотра АД 130/90 мм рт.ст.; ЧСС 62

в минуту. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень расположена у края левой реберной дуги, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Диурез свободный, безболезненный. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: Общий анализ крови при поступлении: эритроциты 4,8 млн; Нв 139 г/л; Нт 38%; тромбоциты- 255 тыс; лейкоциты- 9,9 тыс, палочкоядерные- 2%, сегментоядерные- 70%, моноциты-7%, лимфоциты- 19%, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л; мочевины 4,6 ммоль/л; креатинин 48 ммоль/л; глюкоза 14,1 ммоль/л; АЛТ 35 мккат/л; АСТ 28 мккат/л; билирубин общий 14,4 мкмоль/л;

Клиренс креатинина: 151 мл/мин; липидный спектр: холестерин-6,39 ммоль/л; ЛПВН -0,96 ммоль/л; ЛПНП-4,8 ммоль/л; триглицериды- 2,76 ммоль/л; КОА-5,6; Риск ИБС - 5,0;

Гликемический профиль: 08:00-4,8 ммоль/л; 12:00-12,3 ммоль/л; 16:00-8,0 ммоль/л. Гликозирированный гемоглобин: 7,6%.

Общий анализ мочи при поступлении: удельный вес - 1015, реакция кислая, белок 0,066%, плоский эпителий 5-6-7 в п/з, лейкоциты 6-7-8 в п/з, слизь ++.

Рентгенография органов грудной клетки при поступлении (Рисунок 1)

Гемодинамика малого круга кровообращения - застой в малом круге кровообращения с признаками интерстициального отека, гиперволемиа. В легких: 2-х сторонняя нижнедолевая пневмония с выпотом в оба синуса в небольшом количестве. Сег: тень сердца увеличена влево. Аорта: склерозирована, тень дуги аорты умеренно расширена.

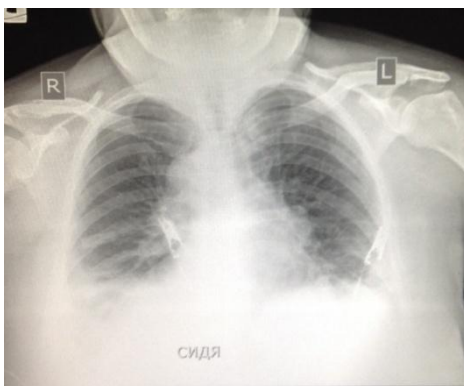


Рисунок 1 - Рентгенограмма органов грудной полости пациентки И., 62 лет с декстрокардией и ИБС при поступлении

ЭКГ при поступлении (Рисунок 2): синусовый ритм, ЧСС 74 в минуту. Отклонение ЭОС влево.

Гипертрофия левого желудочка. Ишемия по нижне-боковой стенке.

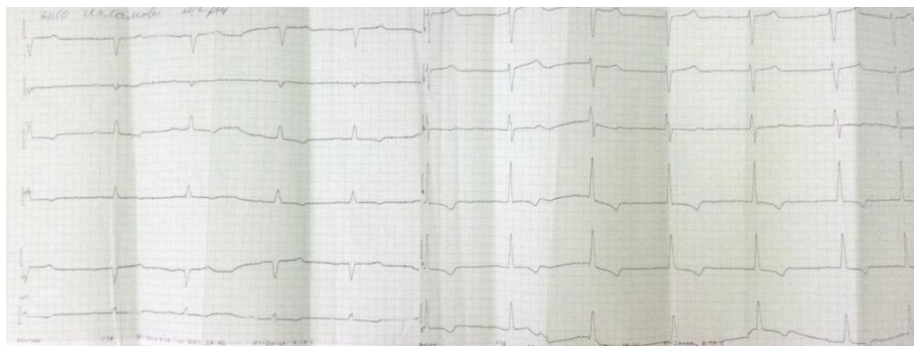


Рисунок 2 - ЭКГ пациентки И., 62 лет с декстрокардией и ИБС при поступлении

ЭХОКГ :ОА - 2,8; ЛП - 4,0; ПЖ 2,9; КДР-5,6; КСР-4,4; ДО- 155; СО -88; УО- 67; ФВ-43%; МЖП - 1,3. Заключение: Декстрокардия. Стенка аорты склерозирована. Створки АК незначительно кальцинированы. Дилатация левого предсердия. Гипертрофия МЖП. Гипо-акинез задней стенки ЛЖ. Гипокинез передне-верхушечного сегмента ЛЖ.

Сократительная функция снижена (по Симпсону 40%) и ПЖ в норме.

Диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия Класс IIb по Браунвальду. Перенесенный инфаркт миокарда от 04.14, 09.14, 04.17. Состояние после стентирования ПКА от 09.14, ОВ 04.17. Декстракардия. ХСН 2А. 3 ФК по NYHA.

Артериальная гипертензия III степени, риск 4. Криз от 22.10.17. Внебольничная пневмония нижней доли обоих легких. ДН I. Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация.

Больная получала лечение согласно Протоколу МЗ РК ведения пациентов с нестабильной стенокардией: изомик 0,1% 10,0 в/в капельно, изомик-лонг 20 мг 1г x2раза/сутки, клопикс 75 мг /сутки, астромбин 100 мг /сутки, клексан 0,6п/к x2раза/сутки, ультрокс 20 мг /сутки, бисопролол 2,5 мг/сутки фозиноприл 10мг/сутки, альдарон 100 мг/сутки, цеф III Iгрx2раза/сутки, амбро 2,0x2раза/сутки.

За время проведенного лечения в стационаре, состояние пациентки улучшилось. Ангинозные боли и одышка не беспокоили. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. ЧСС 65 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократно, оформленный. Мочевыделение свободное, безболезненное. Общий анализ крови при выписке: эритроциты 4,71 млн; Hb 137 г/л; Ht 40,8%; тромбоциты- 174 тыс; лейкоциты- 7,2 тыс, сегментоядерные- 55,5%, моноциты-8,5%, лимфоциты-30,9%, СОЭ 15 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты 800, эритроциты 400

ЭКГ в динамике (Рисунок 3): синусовой ритм, ЧСС 68 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка. Ишемия по нижне-боковой стенке уменьшилась.

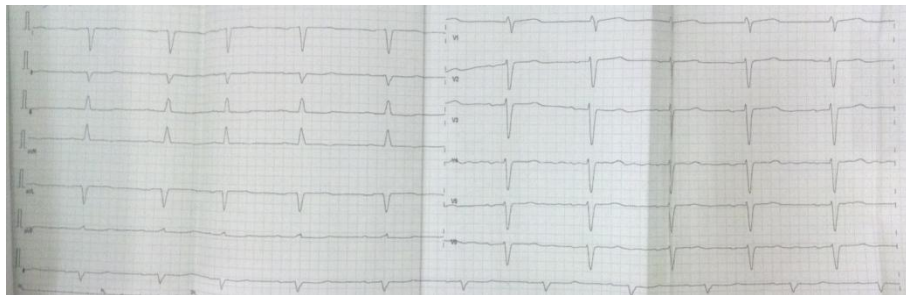


Рисунок 3 - ЭКГ пациентки И., 62 лет с декстрокардией и ИБС в динамике

Рентгенография органов грудной клетки в динамике (Рисунок 4) Гемодинамика малого круга кровообращения – признаки легочной венозной гипертензии 2-1 степени. Умеренная гиперволемиа. В легких: признаки хронического,

застойного бронхита. Сог: тень сердца увеличена вправо, интенсивная. Аорта: плотная, тень аорты умеренно расширена.

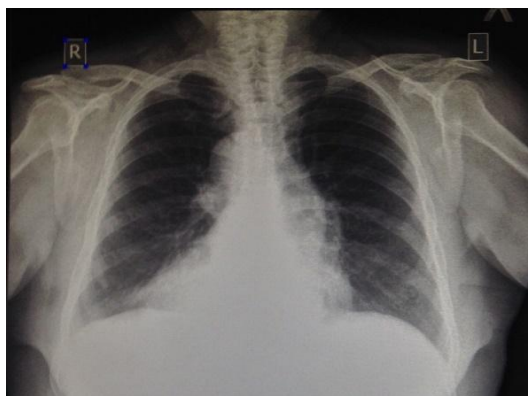


Рисунок 4 - Рентгенограмма органов грудной полости пациентки И., 62 лет в динамике

Пациентка была выписана с улучшением под наблюдение участкового терапевта и кардиолога.

Заключение: Очень часто декстрокардия сочетается с другими пороками сердца, которые могут послужить причиной сердечной недостаточности и соответственно требуют хирургической коррекции. Если при декстрокардии сердца сохранено нормальное направление тока крови в

сосудах и камерах сердца, то данная аномалия сердца лечения не требует. Обычно качество жизни таких пациентов не страдает. У нашей пациентки не было диагностировано других врожденных пороков сердца, поэтому лечение сопутствующей патологии, имеющейся у больной, было соответственно таким же, как и при нормальном положении сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гайназарова А.С., Ибрагимова Т. М. Клинический случай сочетания декстрокардии и нарушений ритма // Вестник КГМА им.И.К.Ахунбаева. – 2016. - №4. - С. 35-37.
- 2 Gutgesell H.P. Cardiac malposition and heterotaxy // Science and Practice of Pediatric Cardiology. 2nd ed. Baltimore. - Md: Williams & Wilkins, 1998. – Vol. 2. – P. 1539-1561.
- 3 Белозеров Ю.М. Детская кардиология. - М.: МЕДпрессинформ, 2004. — 600 с.
- 4 Меркулов Е.В., Миронов В.М., Самко А.Н. Коронарная ангиография, вентрикулография, шунтография. — М.: МедиаМедика, 2011. - 100 с.
- 5 Lee S.E., Kim H.Y., Jung S.E. et al. Situs anomalies and gastrointestinal abnormalities // J Pediatr Surg. - 2006. - №41(7). – P. 1237-1242.
- 6 Maldjian P.D., Saric M. Approach to dextrocardia in adults: review // AJR Am J Roentgenol. - 2007. - №188, suppl. 6. – P. 39-49.
- 7 Fung T.Y., Chan D.L., Leung T.N. et al. Dextrocardia in pregnancy: 20 years' experience // J Reprod Med. – 2006. - №51(7). – P. 573-577.
- 8 В.Н. Коваленко Руководство по кардиологии. – К.: Морион, 2008. – 922 с.

Д.А. Капсултанова, Д.А. Ахментеева, Г.Б. Ползик, Абдул Маджид Рахими, Б.Г. Тулегенова,
Ж.М. Алдабекова, А.Т. Алпарова

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТЫҢ ДЕКСТРОКАРДИЯ БОЙЫНША КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Берілген клиникалық жағдай жүрек ақаулары мен жүректің ишемиялық ауруының сирек кездесетін үйлесуі ретінде кардиолог-дәрігерлерге қызықты тақырып болып табылады. Декстроскардияның басқа туа біткен экстрасистолия және интракардиялық ақауларымен үйлесуі көптеген жағдайда қосалқы аурулар бола отырып, кардиологиялық науқастардың емінің болжамының нашарлауына септігін тигізеді.

Түйінді сөздер: туа біткен жүрек ақауы, декстроскардия, жүректің ишемиялық ауруы

D.A. Kapsultanova, D.A. Ahmmentyeva, G.B. Polzik, Abdul MajidRahimi, B.G. Tulegenova,
Zh.M. Aldabekova, A.T. Alparova

CLINICAL CASE OF DEXTROCARDIA PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Resume: This clinical case is a rare combination of anomaly of the heart with ischemic heart disease. The combination of dextrokardias with other congenital extra- or intracardial anomalies can significantly worsen the prognosis of treating cardiac patients, who in most cases are comorbid.

Key words: congenital heart disease, dextrocardia, ischemic heart disease

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС

Е.М. Пушилина, Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

Абдоминальное ожирение (и тесно связанный с ним метаболический синдром) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Актуальность проблемы прогрессирования абдоминального ожирения заключается не только в его широкой распространенности, но и в формировании высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа. Основными причинами быстрого развития ожирения считают высококалорийное питание (которое включает в себя не только количество, но и качество употребляемых в пищу продуктов), малоподвижный образ жизни и генетическую предрасположенность. Авторами данной статьи предлагаются новые технологии управления немедикаментозными методами лечения метаболического синдрома в первичной профилактике ИБС

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, диетотерапия, новые технологии, немедикаментозные методы лечения, методические рекомендации.

УДК 615:616.37:616.39

Актуальность проблемы.

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом случаев метаболического синдрома во всем мире и в Республике Казахстан. Метаболический синдром представляет собой комплекс сцепленных на патобиохимическом и патофизиологическом уровне факторов, обуславливающих чрезвычайно высокий риск развития ишемической болезни сердца и других заболеваний, связанных с атеросклерозом. Это отражает актуальность его раннего выявления для врачей клинической практики. Методы диагностики сочетания компонентов метаболического синдрома и индивидуализация подходов к его коррекции отвечают целям профилактики ишемической болезни сердца.

До настоящего времени ведутся жаркие дебаты о методиках быстрого и качественного снижения веса. Существует множество исследований, посвященных лечению различных компонентов метаболического синдрома. Одна из основных причин неудач на данном поприще, является нехватка времени у врача на амбулаторном приеме[1].

Метаболический синдром (МС) в последние годы стал центром дискуссий среди врачей многих специальностей: кардиологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, гинекологов и др. Повышенное внимание к данной проблеме обусловлено, прежде всего, нарастающей распространённостью МС. За последние 15 лет было проведено более 20 эпидемиологических исследований, посвященных распространённости МС. Мета-анализ широкомасштабных исследований показал, что в популяции взрослого населения МС выявляется от 10% в Китае до 24% в США. Эксперты ВОЗ назвали МС пандемией XXI века, и в ближайшие 25 лет прогнозируют увеличение темпов роста МС на 50% [2, 3].

В XXI веке для человечества, преодолевшего на протяжении многовековой истории эпидемии опасных для жизни инфекций, на первое место по актуальности среди всех причин заболеваемости и смертности вышла проблема ССЗ. Существенную роль в этом сыграла модификация образа жизни, связанная с ограничением физической активности, увеличением калорийности пищевых продуктов и неуклонным ростом эмоционально-стрессовых нагрузок.

Все это потенцирует основные факторы риска возникновения ССЗ, а именно – повышение артериального давления (АД), дислипидемию, СД и ожирение [4].

Проблема развития МС напрямую связана с образом жизни и нерациональным питанием. С годами накопилось сотни и даже тысячи работ, посвященных МС [5].

Фармацевтическими компаниями изобретено огромное количество препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза МС. Но, несмотря на успехи, по данному направлению отсутствуют положительные сдвиги в решении этой проблемы в целом.

Основным компонентом МС, запускающим дальнейший патологический механизм метаболических нарушений, является абдоминальное ожирение (АО). Лечение АО приобретает важное медицинское значение, поскольку рост объема талии напрямую связан с рядом нарушений, которые влияют на продолжительность жизни, опережая такие серьезные факторы риска, как курение и злоупотребление алкоголем [7]. Именно нормализация массы тела обуславливает снижение инсулинорезистентности, улучшение чувствительности к инсулину, снижение АД и регресс нарушенных функций.

Несмотря на множество различных фармацевтических препаратов, разработанных для лечения абдоминального ожирения, управление данной проблемой врачом-клиницистом является весьма сложной задачей и не имеет механизмов, особенно в отношении немедикаментозных методов лечения и организация правильного образа жизни.

Трудности возникают и у врачей, рекомендующих пациентам с МС снижение массы тела. Четко прописанных диетических рекомендаций для лечения больных с МС нет. Есть разработанные диетические столы по Певзнеру, общие рекомендации по гипокалорийному питанию, пищевые пирамиды и т.д. Однако, МС – многокомпонентное заболевание, и если назначать диетический стол по Певзнеру, то следует учитывать все компоненты. Также неотъемлемой частью является обучить больных расчету суточной калорийности. Калорийность для каждого пациента рассчитывается индивидуально, используя специальные формулы, учитывая такие составляющие, как пол, возраст, физическую активность [10]. Повышение физической активности – второй по важности метод немедикаментозного снижения массы тела наряду с диетотерапией. Однако физическая нагрузка должна быть дозированной и индивидуальной для каждого пациента. При неэффективности немедикаментозного лечения возникает необходимость назначения медикаментозной терапии снижения массы тела, однако медикаментозное воздействие должно осуществляться только на фоне продолжающихся немедикаментозных мероприятий. При медикаментозной терапии ожирения необходимо помнить о высокой степени риска ССЗ у пациентов с МС и учитывать влияние на него лекарственных средств. Применение медикаментозных препаратов для лечения ожирения строго ограничено рамками побочных действий и противопоказаний: их используют при ИМТ более 30 кг/м² и при 27 кг/м², сопутствующей патологии и/или более 2-х факторов риска ее развития [11].

Актуальность данной проблемы определяется тем, что обновленная законодательная база Республики Казахстан (законы, правовые акты постановления Правительства РК, приказы и распоряжения МЗ РК, позволяет реально осуществлять для казахстанцев конституционные гарантии по охране здоровья граждан в части реализации соответствующих бюджетных программ оказания бесплатной медицинской помощи, в т.ч. дополнительного лекарственного обеспечения и немедикаментозных методов лечения.

Цель исследования – разработать новые технологии управления по оптимизации немедикаментозных методов в профилактике и лечении пациентов с ИБС на фоне метаболического синдрома с последующей разработкой методических рекомендаций в помощь практикующему врачу.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили опрос пациентов в виде выборочного анкетирования. Большинство

опрошенных лиц были мужчины и женщины в возрасте (от 39-63 лет) с ИМТ более 28, лица с ожирением I-III степени.

По результатам анкетирования пациенты отмечают о неоднократных попытках снижения массы тела с недостаточной эффективностью ввиду недостаточной мотивации, сопротивлению новому образу активности и сложностью применимых диет. При этом информацию об использовании той или иной диеты пациенты находят в сети интернет, подчеркивая что на приеме у терапевтов и врачей смежных специальностей они лишь слышат рекомендации - «вам нужно похудеть» с приложенным списком рекомендуемых продуктов, не объясняя, зачем и как пациенту необходимо худеть.

В свою очередь со стороны терапевтов и врачей смежных специальностей отмечают наблюдения что пациентами чаще используется применение различных фармацевтических препаратов и БАД комплексов, сопровождающихся высокой ценой. Однако «нашему» пациенту легче купить «волшебную таблетку» чем выйти за пределы так называемого дискомфорта во имя сохранения и улучшения качества своей жизни. К тому же медицинский персонал акцентирует внимание на отсутствие специальных кабинетов для работы с такого рода пациентами, более того, врач не обладает ни временем для широкого и внятного объяснения методики снижения веса, ни необходимой информацией.

На основании анкетирования были сделаны выводы об отсутствии индивидуального комплексного подхода в профилактике и лечении лиц с метаболическим синдромом, а также о низком авторитетном влиянии врача как наставника в попытке оказания влияния на изменение образа жизни пациента.

В ходе исследования был проведен анализ литературных источников ближнего и дальнего зарубежья, результаты исследований в этой области. Медицинская документация в виде данных амбулаторных и стационарных карт медицинской организации ТОО Институт Хирургии «Mediterra» г. Алматы за 2016-2017 год. В ходе медицинской практики нельзя не сказать о том, что у большинства пациентов отсутствует понятие о здоровом образе жизни. Все знают, что не надо принимать алкоголь в избыточном количестве, вредно курить, но понятие здорового питания размыто даже у образованных людей.

В настоящее время объединенной комиссией по качеству медицинских услуг министерства здравоохранения и социального развития РК от 18 августа 2017 года одобрен Клинический протокол № 26 - Диагностика и лечение «Ожирение у взрослых».

Результаты и их обсуждение.

В Государственной программе Развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы одной из основных направлений деятельности СОЗ станут управление общественным здоровьем, изменения в направлении поддержания здоровья и поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультации, пропаганду, поощрение здорового образа жизни на основе межведомственного взаимодействия ПМСП с заинтересованными государственными органами (санитарно-эпидемиологической, экологической, ветеринарной служб). Развитие системы общественного здравоохранения интегрированного с практическим здравоохранением желает быть лучшим, особенно в отношении немедикаментозных методов профилактики ИБС [2]. На основании данной программы основными функциями СОЗ станут:

- повышение информированности населения и его вовлечение в мероприятия по профилактике и снижению вредного воздействия различных факторов окружающей среды, нездорового питания и поведенческих рисков;
- обеспечение, координация и расширение межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны;
- обеспечение контроля за соблюдением законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья;

- внедрение международных систем долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на региональном и национальном уровнях.

Деятельность СОЗ будет тесным образом интегрирована с системой оказания медицинской помощи населению, особенно с ПМСП, специализированными научно-исследовательскими организациями и программами.

За рубежом первостепенным пунктом в лечении МС является коррекция веса путем пересмотра вредных привычек, специализированной диетотерапии, изменения образа жизни, а также подбора комплекса физических нагрузок через индивидуальный подход. И лишь при малой эффективности данных рекомендаций пациенту предлагается лекарственная терапия.

Таким образом существует важная необходимость во внедрении, контроллинге и управлении системного подхода в отношении немедикаментозных методов лечения Метаболического синдрома с последующим получением результатов в отношении первичной профилактики ИБС.

Выводы:

С целью развития межсекторального взаимодействия необходимо предусматривать комплексные меры:

- 1) повышение уровня информированности населения об ИБС и главного фактора риска как метоболический синдром;
- 2) формирование здорового образа жизни;

- 3) формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность);
- 4) здоровое сбалансированное питание;
- 5) рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;
- 6) обеспечение постоянного доступа к питьевой воде, уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения.

Охрана и укрепление здоровья человека будут нацелены на профилактические мероприятия по снижению внешних и поведенческих факторов риска возникновения заболеваний и их последствий с учетом возрастных и социальных особенностей человека, которые начнутся с первых дней жизни ребенка и будут продолжены во всех возрастных периодах. Будут предприняты меры по поддержанию здорового старения, направленные на сохранение трудовой активности, перераспределение работы в течение жизни и социальную поддержку.

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет обеспечено проведение согласованной политики охраны и укрепления здоровья населения на всех уровнях управления, в том числе путем внедрения новых технологий управления немедикаментозными методами лечения метаболического синдрома в первичной профилактике ИБС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стрелкова С.Н., Овсянников К.В., Уткина Н.И. Роль немедикаментозных методов лечения метаболического синдрома: трудности и перспективы. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. - №12(6). – P. 725-732.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы
- 3 Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view // Diabetic medicine. – 2003. - №20(9). – P. 693-702.
- 4 Lakka H. M., Laaksonen D. E., Lakka T. A., Niskanen L. K., Kumpusalo E. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men // JAMA. – 2002. - №4. – P. 2709-2716.
- 5 Chazova I.E., Sliver V. B. Metabolic syndrome. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika. – 2003. - №3. – 328 p.
- 6 Dedov I.I., Melnichenko G.A., Romantsova T.I. Obesity. – M.: MIA, 2004. – 271 p.
- 7 Edvin A.M., Gale E. Should we dump the metabolic syndrome? // BMJ. – NY: 2008. - №336. – P. 6401-6408.
- 8 Kahn R., Buse J., Ferrannini E., Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: jointstatement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes // Diabetes Care. – 2005. - №28(9). – P. 2289-2304.
- 9 Ivashkin V. T., Drapkina O.M., Korneeva O.N. Clinical variants of metabolic syndrome. – M.: Medical Information Agency, 2012. – 364 p.
- 10 Birketvedt G.S., Florholmen J., Sundsfjord J., et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome // JAMA. - 1999. - №282(7). – P. 657-663.
- 11 Grundy S.M., Cleeman J.L., Daniels S.R. et al. Diagnosis-and Management of the Metabolic Syndrome // Circulation. – 2005. - №112(17). - P. 2735-2752.
- 12 Yeganyan R.A., Kalinina A.M. School of Health. Overweight and obesity. – M.: Geotar Media, 2010. – 129 p.

Е.М. Пушилина, Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

ПРЕПАРАТЫН БАСТАПҚЫ КЕЗДЕ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМДЫ ЕМДЕУДІҢ ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ЕМЕС ӘДІСТЕРІН БАСҚАРУДЫҢ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

Түйін: Құрсақ семіздік (және тығыз байланысты метоболикалық синдром) әлемдегі ең көп тараған аурулардың бірі болып табылады. Құрсақ семіру прогрессияның проблеманың өзектілігі оның жоғары таралуы, сонымен қатар жүрек-қан тамырлары ауруы және 2 типті қант диабеті дамыту жоғары тәуекел қалыптастыруда ғана емес. семіздік қарқынды дамуының негізгі себептері, отырықшы өмір салтын және тұқымқуалаушылық (саны, сондай-ақ тамақ өнімдерінің сапасын ғана емес, оның ішінде) жоғары калориялы азық-түлік болып саналады. Осы мақаланың авторы бастапқы алдын алу метоболизмдік синдромның жаңа басқару технологиясы емес есірткі емдеу ұсынады

Түйінді сөздер: метоболикалық синдром, семіздік, диета терапиясы, жаңа технологиялар, фармакологиялық емес емдеу әдістері, әдістемелік ұсыныстар.

E. Pushilina, E.S. Uteuliyev, T.Kh. Khabiyeva
Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty

NEW TECHNOLOGIES FOR MANAGEMENT OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PRIMARY PREVENTION OF IHD

Resume: Abdominal obesity (and a closely related metabolic syndrome) is one of the most common diseases in the world. The urgency of the problem of the progression of abdominal obesity lies not only in its widespread prevalence, but also in the formation of a high risk of developing cardiovascular diseases and type 2 diabetes. The main reasons for the rapid development of obesity are high-calorie nutrition (which includes not only the quantity but also the quality of foods consumed in food), a sedentary lifestyle and a genetic predisposition. The author of this article proposes new technologies for management of non-pharmacological methods of treatment of metabolic syndrome in primary prevention of CHD.

Keywords: metabolic syndrome, obesity, diet therapy, new technologies, non-pharmacological methods of treatment, methodical recommendations.

ТРОМБОЗ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЧИНЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

О. Тайманулы¹, И.Е. Сагатов², Е.С. Утеулиев¹, А.О. Мырзагулова¹, Т.В. Маслов²

¹Казахстанский Медицинский Университет "Высшая школа общественного здравоохранения", Алматы, Казахстан

²Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

В данной статье рассматриваются факторы и причины, влияющие на возникновение тромбоза коронарных стентов у пациентов с острым коронарным синдромом.

Ключевые слова: чрескожное коронарное вмешательство, острый инфаркт миокарда, тромбоз стента, антиагреганты.

УДК 616.12-009.72:[616.132.2+616.151.5]

Актуальность.

В данном обзоре мы рассмотрим влияние различных факторов и их сочетаний, способствующих развитию тромбоза стентов коронарных артерий. Причины развития тромбоза стентов известны и описаны, но имеются некоторые вопросы, требующие дополнительного освещения.

Если чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) выполняется своевременно, то оно является рекомендуемой стратегией реваскуляризации для большинства пациентов с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST [28]. Стентирование коронарных артерий стало стандартным решением, поскольку оно отличается большой эффективностью и низкой частотой ранней повторной окклюзии и поздним рестенозом. Стентирование значительно уменьшает необходимость повторной реваскуляризации сосудов по сравнению с баллонной ангиопластикой [15, 27]. Стенты без покрытия в сравнении со стентами с лекарственным покрытием, также уменьшают эти осложнения [12, 32]. Однако, хотя редко, стентирование коронарных артерий связано с повышенным риском тромбоза стента. Поздний тромбоз лекарственного стента наблюдается чаще, чем голометаллического. Несмотря на то, что разница статистически недостоверна, отмечается тенденция к увеличению поздних тромбозов в стентах с лекарственным покрытием первого поколения [1].

Тромбоз стента - редкое, но грозное по своим последствиям осложнение, которое может клинически проявляться инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией или внезапной коронарной смертью [20]. Совершенствование техники имплантации стентов и введение режима двойной антиагрегационной терапии (ДААТ) значительно снизило частоту этого осложнения с $16\pm 0,4\%$ до $2,8\pm 1,2\%$ в 1992-2002 годах [21]. Тромбоз стента без лекарственного покрытия возникает менее чем в 1% случаев, чаще в

течение первого месяца после имплантации [20]. В настоящее время широко обсуждается вопрос о повышенном риске развития тромбоза стентов с антипролиферативным покрытием в отдаленном периоде. По данным ряда исследований [17, 26] частота этого осложнения для Drug-eluting stent (DES) первого поколения составляет 1,2-1,3%, что выше по сравнению с Bare-metal stent (BMS), однако статистической разницы при этом не получено. Клиническая значимость этих событий остается предметом дальнейшего обсуждения [16]. Общая частота тромбоза стента составляет около 1,5%, и частота рецидива высокая (около 16 %) и не зависит от типа стента [4].

Патофизиология и классификация.

Стент, как любое инородное тело, контактирующее с кровью, может вызывать тромбоз в месте имплантации. Поверхность стента обладает способностью «привлекать» тромбоциты, однако через небольшой промежуток времени металлическая поверхность покрывается осаждающимися белками, что несколько уменьшает риск для тромбоза стента [2, 5, 10]. Восстановление (закрепление) сосудистой стенки начинается с реэнтотелизации. Стент, как и любого неорганического инородного тела, вызывает иммунный ответ в виде реакции воспаления. В дальнейшем стент должен быть покрыт эндотелиальными клетками. Именно задержка реэнтотелизации является первопричиной тромбоза стента [21, 24]. Многими работами установлено, что подавляя миграцию и пролиферацию гладкомышечных клеток, а также снижая скорость реэнтотелизации, стенты с лекарственным покрытием существенно снижают частоту рестенозов и реокклюзий [22, 29]. Однако при этом увеличивается период реэнтотелизации, что угрожает опасностью поздних тромбозов. Лекарственный стент остается неэнтотелизированным до 12 месяцев и более после имплантации [22, 29, 31]. Через 2-4 недели после имплантации BMS и через несколько месяцев после

имплантации DES происходит покрытие белковой пленки неинтимной, что резко снижает риск тромбоза стента [2, 5, 10].

Результатом деятельности круглого стола Academic Research Consortium (ARC) явились следующие критерии тромбоза стентов [2, 5, 10].

Определенный тромбоз стента: Считается, что произошел определенный тромбоз стента, если имеется ангиографическое или патологическое подтверждение.

1. Ангиографическое подтверждение тромбоза стента, основанное на оценке состояния кровотока по шкале TIMI, достаточно если в пределах 48 часов выявлен хотя бы один следующих критериев:

- 1) новое острое появление симптомов ишемии в покое;
- 2) новые ишемические изменения ЭКГ, предполагающие острую ишемию;

3) типичное повышение и (или) падение сердечных биомаркеров, как признак острого инфаркта миокарда.

2. Патологическое подтверждение недавнего тромбоза стента на аутопсии, или при исследовании ткани, полученной посредством биопсии [2, 5, 10].

Вероятный тромбоз стента:

1. Любая необъяснимая смерть в первые 30 дней.

2. Вне зависимости от времени после процедуры любой инфаркт миокарда, связанный с ишемией в зоне имплантированного стента без ангиографического подтверждения тромбоза стента и в отсутствии любой другой явной причины [2, 5, 10].

Возможный тромбоз стента:

Любая необъяснимая смерть позже 30 дней после коронарного стентирования и до конца исследования [2, 5, 10].

Таблица 1 - Классификации и характеристики возникновения тромбоза стента по ARC [2, 5, 10]:

Вид тромбоза		Время развития
Ранний	Острый	0-24 ч
	Подострый	24 ч – 30 дней
Поздний		30 дней – 1 год
Очень поздний		Через 1 год и более

Среди всех тромбозов стента наиболее часто встречаются подострые (41%) и острые тромбозы стента (32%), на поздние и очень поздние тромбозы стента приходится около 26 % всех случаев. В отличие от поздних тромбозов частота развития острых и подострых тромбозов стента одинакова при использовании стентов BMS и DES [4, 10].

Причины и факторы.

В ближайшем послеоперационном периоде, вне зависимости от типа имплантированного стента, существуют факторы, связанные непосредственно с состоянием больного, с процедурой и техникой вмешательства, а также факторы, связанные с поражением коронарных артерий. Эти факторы играют важную роль в возникновении острого и подострого тромбоза стентов. В то же время, в отдаленном периоде развитие этого осложнения больше зависит от степени эндотелизации сосудистой стенки и интенсивности дезагрегационной терапии [25].

К факторам, связанным с состоянием пациентов, относятся сахарный диабет, острый коронарный синдром, пожилой возраст, низкая фракция выброса, серьезные кардиальные осложнения в течение 30 дней после процедуры, перенесенный инфаркт миокарда, генетический резистентность к клопидогрелю, реакция гиперчувствительности [3, 16, 17, 30]. К факторам, связанным с поражением коронарных артерий, относятся поражение типа «С» по классификацию АСС/АНА, рестеноз внутри стента, кальциноз, тотальная окклюзия, бифуркационное или многососудистое поражение, стеноз венозного шунта, большая протяженность стентированного сегмента [16, 17, 30]. А так же важным фактором тромбоза стента является активное курение больного [6].

К факторам, связанным с техническими особенностями процедуры, относятся феномен замедленного или отсутствующего кровотока после стентирования «slow reflow/no reflow», неполное (субоптимальное) раскрытие стента, резидуальная диссекция, методика «crush» бифуркационного стентирования, окклюзия боковой ветви, замедленное заживление сосудистой стенки, необходимость применения ингибиторов гликопротеиновых рецепторов P2b/P3a [8, 16]. Воспалительные реакции на полимеры стента также могут играть важную роль [18].

Наиболее значимыми факторами, повышающими риск тромбоза стента, являются: наличие у пациента острого коронарного синдрома, многососудистое поражение, сниженная фракция выброса, исходная окклюзия венечных артерий, длинный (более 25 мм) стентированный сегмент коронарной артерии, а также прекращение приема двойной антитромботической терапии после эндоваскулярного вмешательства. Сочетание мужского пола и возраста более 60 лет, а также окклюзия коронарной артерии при наличии

многососудистого поражения венечных артерий являются дополнительными предикторами тромбоза стента [32].

Еще одним фактором риска подострого тромбоза стента: сохранение остаточной диссекции, тромба, протрузии ткани сквозь ячейки стента в просвет сосуда, стентирование больших и осложненных поражений [4]. Адекватное раскрытие стента с плотным прижатием к стенке артерии является важнейшим фактором, определяющим прогноз. Для контроля рекомендуется использование ВСУЗИ и функции ангиографических установок «stentboost» [14]. При подборе стента важно учитывать, что при перерастжении стента уменьшается его радиальная устойчивость, а также возрастает вероятность диссекции артерии на края стента, что увеличивает риск тромбозов и рестенозов [11].

Тромбоз стента продолжает оставаться серьезной проблемой после установки стента, особенно этот риск многократно возрастает у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, за счет множественного диффузного поражения коронарных артерий и нарушений микроциркуляции. Это затрудняет выбор тактики лечебных мероприятий у данной группы больных [23]. Так, по данным исследования ARTS (Arterial Revascularization Therapy Study) показан высокий риск тромбоза стента у пациентов с СД [19], т.к. патогенетические механизмы в виде эндотелиальной дисфункции, гиперкоагуляции, гиперагрегация тромбоцитов, нарушение фибринолиза, а также малый диаметр артерий у больных сахарным диабетом предрасполагают к его возникновению [9].

Однако, в некоторых исследованиях описаны сахарный диабет не является фактором риска тромбоза стентов после экстренного ЧКВ у пациентов с острым инфарктом миокарда. Неполная реваскуляризация миокарда во время экстренного ЧКВ является основным неблагоприятным предиктором развития ранних тромбозов стентов у пациентов с острым инфарктом миокарда и компенсированным сахарным диабетом [7]. Наличие острого коронарного синдрома, поздний прием клопидогреля, сниженная фракция выброса из левого желудочка были признаны одними из основных факторов развития тромбоза стентов. Тромбоз стента у больных с сахарным диабетом встречается не чаще, чем у других больных [32].

В ранних работах, в которых после стентирования рекомендовался прием ацетилсалициловой кислоты, диглиридамола и варфарина, частота тромбоза стента достигала 20%, при этом часто развивались кровотечения. В дальнейшем было показано, что в большинстве случаев острый тромбоз стента возникает при недораскрытии стента, что побудило к рутинному применению высокого давления во время стентирования. Кроме того, была доказана эффективность 4 недельного курса двойной

антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота+тиклопидин) после стентирования. Все эти меры позволили снизить частоту острого и подострого тромбоза стента до менее 1%. Среднее время возникновения подострого тромбоза стента снизилось с 6 до 1-2 дней. При этом исключение варфарина из обязательной схемы профилактики тромбоза стента снизило частоту и геморрагических осложнений. В последующем тиклопидин практически повсеместно был заменен на клопидогрел, так как при одинаковой эффективности он характеризуется меньшей частотой нежелательных явлений [4].

Так же, основным важным факторами высокого риска острого тромбоза стента являются стентирование при остром коронарном синдроме у пациентов с коагулопатией, отсутствие приема двойной антиагрегантной терапии (ацетилсалициловой кислотой, тикагрелора или клопидогреля) накануне процедуры, а также неадекватная коагуляция во время и после ЧКВ.

К факторам, развития тромбоза стента в отдаленном периоде является прекращение дезагрегантной терапии. Так, по данным мультицентрового исследования, куда вошли 2229 пациентов с тромбозом стента от 1 до 9 месяцев после ЧКВ, в 29% случаев причиной позднего тромбоза явилось преждевременное прекращение приема антиагрегантов [19].

Методы лечения.

Процедура выбора - первичная ангиопластика, задачей которой является механическая реканализация тромбированного стента. Восстановление антеградного кровотока удается добиться в среднем в 90% случаев, однако оптимальный результат отмечается лишь в 64% случаев. Во время процедуры рекомендуется использование ингибиторов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa, особенно у больных с высоким риском: гиперкоагуляция, тромбоцитоз, имплантация длинных стентов, бифуркационное поражение, малый диаметр сосуда, наличие остаточной диссекции, феномен «no reflow» и генетическая резистентность к клопидогрелю. В большинстве случаев достаточно ограничится баллонной ангиопластикой, по возможности с применением устройств для аспирации тромба. Повторная установка стента должна проводиться только в случае выраженной остаточной диссекции. По данным регистра OPTIMIST (The OPTIMIST study), имплантация стента требуется в среднем в 45% случаях. При невозможности выполнения ЧКВ применяют ФЛТ (альтеплаза, тенектеплаза, ретеплаза) [3, 4, 5]. При остром и подостром периоде тромбоз стента рекомендуется первоначально использовать баллонную ангиопластику

(постдилатация), так как имплантация «стент в стент» также несет риск тромбоза в данном участке, из-за мальпозиции стента (наличие просвета между стенкой сосуда и хотя бы 1 ячейкой стента, при котором между ячейкой стента и стенкой сосуда наблюдается кровоток).

Заключение.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: Общая частота тромбоза стента составляет около 1,5%, и частота рецидива высокая (около 16 %) и не зависит от типа стента. При ЧКВ по поводу тромбоза стента второй стент имплантируют только при выраженной остаточной диссекции. Если причиной тромбоза может быть нестабильная бляшка, вызывающая протрузию ткани и выхода ее сквозь ячейки стента в просвет сосуда. В данном случае может потребоваться повторная имплантация «стента в стент», но чаще всего в подобных случаях проводится баллонная ангиопластика (постдилатация), так как имплантация «стент в стент» также несет риск тромбоза в данном участке, из-за мальпозиции стента (наличие просвета между стенкой сосуда и хотя бы 1 ячейкой стента, при котором между ячейкой стента и стенкой сосуда наблюдается кровоток).

Кроме того, во время процедуры рекомендуется применение ингибиторов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa, если у пациента генетическая резистентность к клопидогрелю и (или) реакция гиперчувствительности. К сожалению, ингибиторы гликопротеиновых рецепторы IIb/IIIa тромбоцитов (в эту группу входят препараты абциксимаб (ReoPro), тирофибан (Aggrastat), эптифибатид (Integrilin) на данный момент в РК не зарегистрирован.

Основные меры профилактики тромбоза стента - отбор пациентов на ЧКВ (пациенты с известным низким выбросом менее 30%, высоким уровнем кардимаркеров нуждаются в медикаментозной коррекции), обеспечение полного раскрытия стента, раннее применение антиагрегантов у больных с ОКС - до ЧКВ, адекватное сопровождение антикоагулянтами интраоперационно и в послеоперационном периоде, соблюдение сроков приема двойной антиагрегантной терапии (поддерживающая доза аспирина 75-100 мг/сут, клопидогреля 75 мг в день или тикагрелора 90 мг 2 раза в сутки) в течение не менее 12 месяцев.

Точная продолжительность лечения должна определяться на индивидуальной основе пациента, учитывая конкурирующие риски - тромбоза стента и кровотечения. Участковые врачи и кардиологи несут основную ответственность за преждевременное прекращение двойной антиагрегантной терапии стентированных пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Азоев Э.Т. Тактика двухэтапного коронарного вмешательства при лечении пациентов с хроническими окклюзиями коронарных артерий. - М.: 2015. - 130 с.
- 2 Грацианский Н.А. «Проблемы риска, связанного с применением выделяющих лекарства стентов: Обсуждение в Управлении по пищевым продуктам и лекарствам (FDA) США». - 2006. - 46 с.
- 3 Мирзаев К.Б., Сычев Д.А., Андреев Д.А. «Генетические основы резистентности к клопидогрелю: современное состояние проблемы» // Российский кардиологический журнал. - 2015. - №10. - С. 92-98.
- 4 Портнов А.А., и др., Тромбоз стента // Киевский Национальный Медицинский Университет им. А.А. Богомольца. - 2011. - №2. - С. 45-51.
- 5 Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности. - 2012. - 54 с.
- 6 Тютина А.А., Кошелева Н.А. «Клиническое наблюдение тромбоза стента у больного с острым коронарным синдромом». Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - 765 с.
- 7 Azarov A.A., Barbarash O.L., Ganyukov V.L. et al. «Predictors of early stent thrombosis after emergency percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction in combination with type 2 diabetes» // Диагностическая и интервенционная радиология. - 2012. - №4. - P. 43-50.
- 8 Biondi-Zoccai G. G., Agostoni P., Sangiorgi G. M. et al. «Incidence, predictors, and outcomes of coronary dissections left untreated after drug-eluting stent implantation» // Eur. Heart J. - 2006. - №27. - P. 540-546.
- 9 Carr M. E. «Diabetes mellitus: a hypercoagulable state» // J. Diabetes Complications. - 2001. - №15. - P. 44-54.
- 10 Christoph B., Manfred Z. «The use of antiplatelet agents following percutaneous coronary intervention: focus on late stent thrombosis». // European Heart Journal Supplements. - 2007. - №9. - P. 10-19.
- 11 Cook S., Wenaweser P., Togni M. et al. «Incomplete stent apposition and very late stent thrombosis after drug-eluting stent implantation» // Circulation. - 2007. - №115(18). - P. 2426-2434.
- 12 Ellis S.G., Stone G.W., Cox D.A., et al. «TAXUS IV Investigators Long-term safety and efficacy with paclitaxel-eluting stents: 5-year final results of the TAXUS IV clinical trial (TAXUS IV-SR: Treatment of De Novo Coronary Disease Using a Single Paclitaxel-Eluting Stent)» // JACC Cardiovasc. Interv. - 2009. - №2(12). - P. 1248-1259.
- 13 Finn A.V., Joner M., Nakazawa G., et al. «Pathological correlates of late drug-eluting stent thrombosis: strut coverage as a marker of endothelialization» // Circulation. - 2007. - №115(18). - P. 2435-2441.
- 14 Finn A.V., Nakazawa G., Ladich E. et al. «Does underlying plaque morphology play a role in vessel healing after drug-eluting stent implantation?» // JACC Cardiovasc. Imaging. - 2008. - №1(4). - P. 485-431.
- 15 Fischman D.L., Leon M.B., Baim D.S., et al. «Stent Restenosis Study Investigators A randomized comparison of coronary-stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease» // N. Engl. J. Med. - 1994. - №331(8). - P. 496-501.
- 16 Ganiukov V.I., Shilov A.A., Bokhan N.S., et al. «The Causes of Thromboses in the Coronary Artery Stent» // International J. of interventional cardioangiography. - 2011. - №12. - P. 26-30.
- 17 Ge L., Airolidi F., Lakovou I. et al. «Clinical and angiographic outcome after implantation of drug-eluting stents in bifurcation lesions with the crush stent technique: importance of final kissing balloon post-dilation» // J. Amer. Coll. Cardiol. - 2007. - №46. - P. 613-620.
- 18 Hodgson J.M., Stone G.W., Michael L.A., et al. «Late stent thrombosis: Considerations and practical advice for the use of drug-eluting stents: A report from the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions drug-eluting stent task force» // Catheter. Cardiovasc. Interv. - 2007. - №69. - P. 327-333.
- 19 Iakovou I. T. Schmidt, E. Bonizzi et al. «Incidence, predictors, and outcome of thrombosis after successful implantation of drug-eluting stents» // JAMA. - 2005. - №293. - P. 2126-2130.
- 20 Jaffe R., Strauss B.H., «Late and very late thrombosis of drug eluting stents: evolving concepts and perspectives» // J. Amer. Coll. Cardiol. - 2007. - №50. - P. 119-127.
- 21 Joner M., Finn A.V., Farb A., et al. «Pathology of drug-eluting stents in humans: delayed healing and late thrombotic risk» // J. Am. Coll. Cardiol. - 2006. - №48(1). - P. 193-202.
- 22 Kastrati A., Mehili J., Dirschinger J. et al. «Intracoronary Stenting and Angiographic Results Strut Thickness Effect on Restenosis Outcome (ISAR-STEREO) Trial.» // Vestn. Rentgenol. Radiol. - 2012. - №2. - P. 52-60.
- 23 Keith A.A., Philippe Gabriel Steg, Kim A. Eagle, et al. «For the GRACE investigators decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes» // JAMA. - 2007. - №297. - P. 1892-1900.
- 24 Kotani J., Awata M., Nanto S. et al. «Incomplete neointimal coverage of sirolimus-eluting stents: angioscopic findings» // J. Am. Coll. Cardiol. - 2006. - №47(10). - P. 2108-2111.
- 25 Luscher T.F., Steffel J., Eberli FR et al. «Drug-eluting stent and coronary thrombosis: biological mechanisms and clinical implications» // Circulation. - 2007. - №115. - P. 1051 — 1058.
- 26 Mauri I., Hsieh W., Massaro J. M. et al. «Stent thrombosis in randomized clinical trials of drug — eluting stents» // N. Engl. J. Med. - 2007. - №356. - P. 1020-1029.
- 27 Nordmann A.J., Hengstler P., Harr T., et al. «Clinical outcomes of primary stenting versus balloon angioplasty in patients with myocardial infarction: a meta-analysis of randomized controlled trials» // Am. J. Med. - 2004. - №116(4). - P. 253-262.
- 28 O'Gara P.T., Kushner F.G., Ascheim D.D., et al. «ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines // Circulation. - 2013. - №127(4). - P. 362-425.
- 29 Simon C., Palmaz J.C., Sprague E.A. «Influence of topography on endothelialization of stents: clues for new designs» // J. Long Term Eff. Med. Implants. - 2000. - №10(2). - P. 143-151.
- 30 Virmani R., Guagliumi G., Farb A. et al. «Localized hypersensitivity and late coronary thrombosis secondary to a sirolimus-eluting stent: should we be cautious?» // Circulation. - 2004. - №109. - P. 701-705.
- 31 Virmani R., Farb A., Kolodgie F.D. «Histopathologic alterations after endovascular radiation and antiproliferative stents: similarities and differences» // Herz. - 2002. - №27(1). - P. 1-6.
- 32 Weisz G., Leon M.B., Holmes D.R., et al. «Five-year follow-up after sirolimus-eluting stent implantation results of the SIRIUS (Sirolimus-Eluting Stent in De-Novo Native Coronary Lesions) Trial» // J. Am. Coll. Cardiol. - 2009. - №53(17). - P. 1488-1497.

О. Тайманулы¹, И.Е. Сагатов², Е.С. Утеулиев¹, А.О. Мырзагулова¹, Т.В. Маслов²

¹Қазақстандық Медицина Университеті "ҚДСЖМ", Алматы, Қазақстан

²А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық хирургия ғылыми орталығы

**ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ СТЕНТ ТРОМБОЗЫ: ЖІКТЕЛУІ, СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ.
ЖҮЙЕЛІ ШОЛУ ЖҮРГІЗУ**

Түйін: Мақалада жедел коронарлық синдроммен ауырған науқастардың, стент тромбозына алып келетін факторлар мен себептерді анықтау талқыланады.

Түйінді сөздер: тері арқылы коронарлық шаралар, жедел миокард инфаркты, стент тромбозы, антиагреганттар.

O. Taimanuly¹, I.Ye. Sagatov², Ye.S. Uteuliyev¹, A.O. Myrzagulova¹, T.V. Maslov¹

¹Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty, Kazakhstan

²A.N. Syzganov National scientific center of surgery

**STENT THROMBOSIS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE: CLASSIFICATION, CAUSES AND METHODS OF TREATMENT.
A SYSTEMATIC REVIEW**

Resume: This article considers the factors and causes that affect the occurrence of coronary stent thrombosis in patients with acute coronary syndrome.

Keywords: percutaneous coronary intervention, acute myocardial infarction, stent thrombosis, antiplatelet drugs.

**ACTUAL ISSUES OF NEUROENDOVASCULAR AID TO PATIENTS
WITH CEREBRAL ANEURVES**

M.S. Berdikhojayev, A.M. Aringhazina, E.S. Uteuliyev, I.K. Kentayeva

Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty

The current stage of development medical and social processes in the Republic of Kazakhstan (RK) due to the steady trend of annual growth of the index of mortality due to cardiovascular diseases. Stroke is also the leading cause of disability of the population. One of the main risks of acute disorders of cerebral circulation (stroke) is a cerebral aneurysm. In the CIS countries, mortality from cerebrovascular disease (TSVB) is one of the highest in the world. Stroke is also the leading cause of disability in the population. One of the main risks of acute disorders of cerebral circulation (stroke) is a cerebral aneurysm. In the CIS countries, mortality from cerebrovascular disease (TSVB) is one of the highest in the world.

Keywords: neuroendovascular care, patients, cerebral aneurysm, multidisciplinary hospital, Republic of Kazakhstan

UTC 614.2: 616.1

Relevance of the research.

One of the most important problems of public health and health care of any country is the deterioration of the health of the population, in particular, the rejuvenation of patients with cardiovascular disease, disability, and a significant increase in mortality of young individuals. The current stage of development medical and social processes in the Republic of Kazakhstan (RK)

due to the steady trend of annual growth of the index of mortality due to cardiovascular disease (CVD) [1, 2, 3].

According to estimates of the WHO's (World health organization) report «Global burden of disease» in the world annually kills about 57 million people, of whom 36 million due to non-communicable diseases, among which the leading place is occupied by cardiovascular diseases [4, 5, 6, 7] (figure 1).

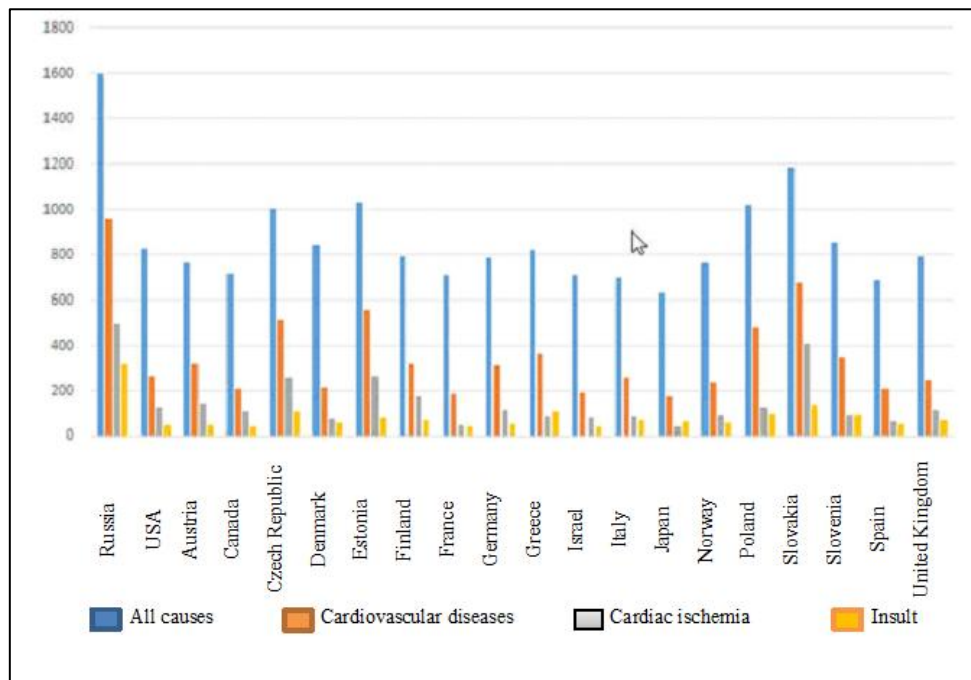


Figure 1 – Mortality from CVD (per 100 thousand population)

The aim of the research.

The aim of our work is the consideration of the basic problems of improving the organization neuroendovascular care for patients with cerebral aneurysms in a multidisciplinary hospital-based phasing of its provision.

Materials and methods of the research.

According to the world Health Organization, cardiovascular disease to date is a fifth place in the global pattern of mortality and while maintaining current trends, by 2020 they will be released in the first place. Today every year from cardiovascular disease die more than 17 million people. The greatest number of patients and deaths occur among males aged between 35 and 65 years. If we do not change the situation, by 2020 year this figure worldwide will reach 20 million a year [8].

According to the World Health Organization, disease the leading cause of death worldwide in the circulatory system are coronary heart disease. Every year more than 7 million people die due to this disease, which is 12.8% of all deaths. A high proportion of death worldwide and stroke [9].

In the CIS countries, mortality from cerebrovascular disease – remains one of the highest in the world, the trend of disability from stroke [10].

Results.

In the last quarter of a century Kazakhstan gets first place in terms of mortality from diseases of the circulatory system among the countries of the European Union, Central and Eastern Europe and Central Asia region. According to the Institute of cardiology and internal diseases of Kazakhstan, the mortality rate from diseases of the circulatory system in our country long ago reached the appalling figures of 500-600 cases per 100 thousand inhabitants. Registered in the country, nearly two million people (12% of the population) suffering from cardiovascular disease. However, in Kazakhstan the incidence of stroke is 3.7% per 1000 population (higher in comparison with Russia -2,39% and Germany – 1,82%).

In Kazakhstan, the stroke sick about 49000 people a year. According to the Kazakh national Association for combating stroke, 52 percent of patients with this illness people of working age. Every day only in Almaty was recorded on the 10 -11 of the stroke cases in which 2 – 3 people die. Mortality in stroke high – to 34.6-38%.

According to the Institute of cardiology and internal diseases for the years 2015-2016, the leading indicators of diseases of the circulatory system – the residents of Almaty and North Kazakhstan region (figure 2).

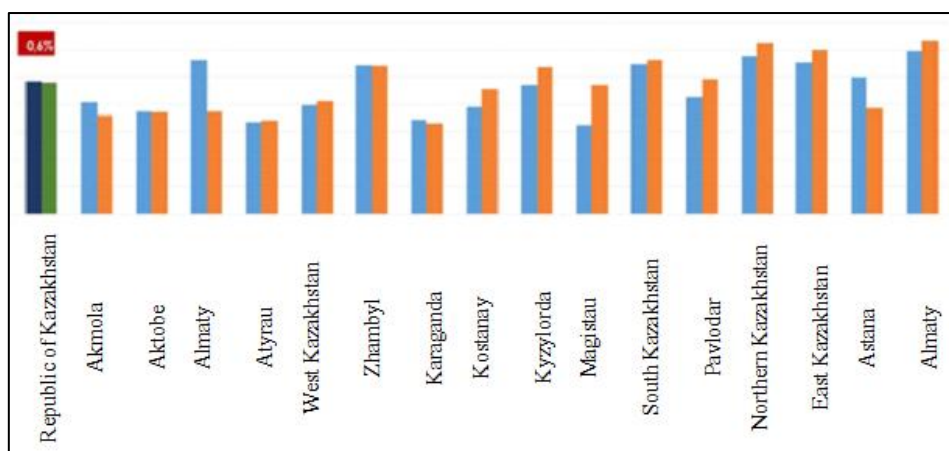


Figure 2 – the Incidence of RK diseases of the circulatory system 100 thousand in 2015-16.

The countries with a very high level of cardiovascular diseases include Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Macedonia, Moldova, Russia, Syria, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan,

Border, Algeria, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Georgia and Egypt.

In the end, the level of mortality from the Central exhibition hall of Kazakhstan occupies the first place in the world almost across

the age range. Thus, standardized coefficients of mortality among men of working age (25-64 years old) in Kazakhstan are the highest in comparison with the former Soviet republics.

According to epidemiological studies of the Kazakh national Association for combating stroke (KazNACS) a leading place in the structure of mortality from TSVB is acute cerebrovascular accident (CVA), and brain stroke, which specific weight is 84,6 %. Currently in Kazakhstan the death rate from stroke is 1.08% per 1000 of the population and occupies the 3rd place after Russia (1,17%). Subsequently, the level of annual risk of death in this group of patients is more than 9 %. Stroke is also the leading cause of disability of the population. One of the main risks of acute disorders of cerebral circulation (stroke) is a cerebral aneurysm that is 5 - 10 cases per 100 000 inhabitants per year.

All the above facts indicate that cerebrovascular disease is, in essence, being a global epidemic, creates a complex of problems, not only medical and social, but also national level. Reaching its peak in working age, CEH cause not only a significant depletion of the labour resource of the country but also cause serious economic damage estimated loss in gross domestic product (GDP) due to premature mortality, disability and temporary disability of the population.

Nowadays, to reduce the mortality from cardiovascular diseases in Kazakhstan in the framework of the state Program of healthcare development «Densaulyk» for the years 2016-2019 introduced the integrated model of medical care for 5 major diseases that significantly affect the demographics of the population, including in acute myocardial infarction and stroke.

However, despite recent advances in experimental and clinical medical science and practice based on the identification of a number of pathogenetic mechanisms involved in the development of cerebrovascular diseases, in many cases, clinical criteria and diagnostic methods do not provide a clear diagnosis in a timely manner, and even more to create an effective program of preventive measures. In turn, this determines the need of formation of complex activities and programmes neuroendovascular patient care TSVB.

Neuroendovascular assistance is an organization minimally invasive repair of vascular ducts, if a patient is having vascular diseases, e.g., aneurysm, or varicose of veins. This area of medical care gives the opportunity to avoid holistic surgical intervention in open vessels, and thus prevent the development in patients of different pathologies. Rehabilitation after endovascular care is markedly reduced compared with conventional invasive techniques, which is beneficial to health, especially the elderly, who are particularly very vulnerable to disease.

Conclusion.

Taking everything into account, topicality of the research consists in necessity of formation of rational methods and organizational models for neuroendovascular patients with TSVB, especially in the early development stages of cerebral aneurysms, allowing a high degree of reliability of the results and data verification in a timely manner to predict the possibility of pathological changes, and to provide a complex effect on the largest possible number of sections, compensation of the disease.

REFERENCES

- Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Demographic situation and cardiovascular diseases in Russia: ways to solve problems // Cardiovascular therapy and prevention. - 2007. - T. 6, № 8. - P. 7-14.
- Panchenko D.I., Makheret E.L., Zozulya I.S. Clinical and electrophysiological changes in vascular diseases of the brain. - Kiev: 1988. - 355 p.
- Taytslin V.I. Treatment of vascular diseases of the brain and spinal cord. - M.: Medpress-information, 2005. - 688 p.
- Lisovoski F., Rousseaux P. Cerebral infarction in young people. A study of 148 patients with early cerebral angiography // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. - 1991. - Vol. 54, №7. - P. 130-152.
- Troshin V.D. Vascular diseases of the nervous system. Early diagnosis, treatment and prevention. A guide for doctors. - Nizhny Novgorod: 1992. - 125 p.
- Shalnova S.A., Vikhireva O.V. Assessment of the total risk of cardiovascular disease. Comments on European recommendations on the prevention of cardiovascular diseases // Cardiology. - 2012. - № 3. - P. 54-56.
- Schmidt E.V. Vascular diseases of the nervous system. - M.: 1995. - 145 p.
- WHO Regional Office for Europe. The course for recovery. European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [Electronic resource]. - Access mode: [http // www / who / int / pubreque](http://www/who/int/pubreque).
- WHO. Cardiovascular diseases. Information Bulletin No. 317. January 2015 [Electronic resource]. - Access mode: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
- Nartaeva A.E., De A.G., Aynitdinova Kh.N. Cerebrovascular diseases [Electronic resource]. - Access mode: <https://kaznmu.kz/press/2013/03/18/>.

М.С. Бердиходжаев, А.М. Арингазина, Е.С. Утеулиев, И.Т. Кентаева

«Қоғамдық ден саулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медициналық университеті, Алматы қ.

ЦЕРЕБРАЛДЫ АНЕВРИЗМАСЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА НЕЙРОЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ КӨМЕКТИҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Қазақстан Республикасының медико-әлеуметтік үрдістер дамуының заманауи кезеңі жүрек-қантaмыр ауруларының салдарынан тұрақты қарқында өлім индексінің жыл сайынғы өсімімен көрініс табады. Инсульт тұрғындардың инвалидациясы көрсеткішінің көшбасшы себептерінің бірі ретінде қалуда. Ми қан айналымының өткір бұзылысының негізгі тәуекелдерінің бірі болып, церебралды аневризма саналады. ТМД елдерінде цереброваскулярлы ауруының (ЦВА) өлім көрсеткіші дүниежүзінің басқа елдерімен салыстырғанда ең жоғары болып келеді. Сол себепті, Қазақстан Республикасының медико-әлеуметтік үрдістер дамуының заманауи кезеңінде ЦВА, әсіресе церебралды аневризманың бастапқы кезеңдерінде, ауыратын науқастарға нейроэндоваскулярлы көмек көрсетудің тиімді әдістері мен ұйымдастырушық модельдерін қалыптастыру қажеттілігі туындап отыр.

Түйінді сөздер: нейроэндоваскулярлы көмек, науқастар, церебралды аневризма, көпсалалы стационар, Қазақстан Республикасы.

М.С. Бердиходжаев, А.М. Арингазина, Е.С. Утеулиев, И.Т. Кентаева

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕЙРОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ

Резюме: Современный этап развития медико-социальных процессов в Республики Казахстан (РК) обусловлен устойчивой тенденцией ежегодного роста индекса летальности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний. Инсульт является также лидирующей причиной инвалидизации населения. Одним из основных рисков острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) является церебральный аневризм. В странах СНГ показатель смертности от цереброваскулярной болезни (ЦВБ) – остается одним из самых высоких в мире. Таким образом, на современный этап развития медико-социальных процессов в Республики Казахстан возникает необходимость формирования рациональных методов и организационных моделей нейроэндоваскулярной помощи пациентам с ЦВБ, особенно на начальных этапах развития церебральными аневризмами.

Ключевые слова: нейроэндоваскулярная помощь, пациенты, церебральный аневризма, многопрофильный стационар, Республика Казахстан.



ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

BEAM DIAGNOSTICS

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ 3D МОДЕЛИ ОРГАНОВ ЖКТ

А.З. Сатханбаев, Ы.А. Аннаоразов

Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави
Кафедра хирургии и анестезиологии-реанимации

Статья «Использование компьютерной томографии для создания 3D модели органов ЖКТ» посвящена одной из актуальных проблем хирургического профиля. Совершенствование информационных систем дают возможности создания 3D органов и систем человеческого организма. Это облегчает работу врачей. В данной статье раскрыты методы создания 3D модели органов с помощью компьютерной томографии.

Ключевые слова: 3D модель, компьютерная томография, компьютерная томография ЖКТ

УДК 616-035.2

Трёхмерное моделирование позволяет увидеть предметы, которых на данный момент не существует, или существуют, но нет возможности их увидеть «вживую».

Применение 3D-принтеров в медицине позволяет осуществлять быстрые оперативные вмешательства. Также они подробно воспроизводят точную копию исходного материала, который необходим для отработки приемов, что дает гарантию на проведение успешной операции.

Цель исследования: Создание 3D модели органов брюшной полости для тщательного изучения и постановки диагностики используя данные компьютерной томографии (КТ).

Задачи исследования: Обработать данные КТ органов брюшной полости. Создание 3D модели органов и систем брюшной полости.

Материалы и методы исследования.

Методы и результаты данной работы основаны на исследовании статистических данных 50 пациентов, с которыми было проведено исследование КТ в ШГБСМП. Обследование больных начиналось с выяснения жалоб, сбора анамнеза травмы и жизни, объективных и специальных методов исследования. В зависимости от тяжести состояния и предполагаемого объема повреждений пострадавшие направлялись врачом на исследование компьютерной томографией. Затрудненный в большинстве

случаев контакт с пострадавшим (сочетанная травма, шок, алкогольное или наркотическое опьянение) вынуждает отводить ведущую роль в диагностике повреждений инструментальными методами.

После тщательной обработки данных исследований компьютерной томографии на начальном этапе создавались 3D модели органов в самой программе. КТ данные вводились в специальную программу для создания 3D моделей. Данная программа позволила создавать 3D модели органов исходя из данных КТ. Эти модели дают возможность создавать точную копию органов, для дальнейшего компьютерного моделирования.

Заключение: В данный момент развития медицины все больше используется компьютерное моделирование органов для индивидуального, тщательного изучения болезней и их этиологии. А так же проводится множество исследований для создания 3D модели органов для дальнейшей трансплантации, что даст возможность отказа от доноров в будущем. Данное моделирование органов используя данные КТ намного облегчает работу врачей. Для создания моделей нет необходимости проведения новых и трудоёмких, труднопереносимых исследований пациентом. Достаточно лишь провести исследование КТ.

Самая большая польза данного метода в том, что он дает возможность отдаленной работы от пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ковальчук В.И., Энтеротомия при острой кишечной непроходимости. //Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. – СПб.: 1992. – С. 29-33.
- 2 Деркачева Л.В. Гнойно-септические осложнения у больных спаечной кишечной непроходимостью и пути снижения летальности при них // Городская научно-практическая конференция (Актуальные вопросы гнойно-септических инфекций): Тезисы докладов. – СПб.: 1994. – С. 27-28.
- 3 Ковальчук В.И., Сазонов К.Н., Послеоперационные осложнения у больных острой кишечной непроходимостью и методы их профилактики // Вестн. хир. – 1995. – №4(6). – С. 88-96.
- 4 Орешко Л.С. Спаечная кишечная непроходимость как хирургическая проблема. // Городская научная конференция (Актуальные вопросы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний): Тезисы докладов. – СПб.: 1997. – С. 187-188.
- 5 Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Борсак И.И. Высокочастотная инфузия лекарственных аэрозолей в комплексном лечении острого перитонита // Городская научная конференция (Резервы здоровья человека и эффективность лечения): Тезисы докладов. – СПб.: 1998. – С. 145-150.
- 6 Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Борсак И.И. Профилактика и лечение осложнений при остром перитоните // Городская научная конференция «Резервы здоровья человека и эффективность лечения»: Тезисы докладов. – СПб.: 1998. – С.146-152.

А.З. Сатханбаев, Ы.А. Аннаоразов

ҚА. Яссауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ 3D МОДЕЛІН ҚҰРУ ҮШІН КОМПЬЮТЕРЛІК ТОМОГРАФИЯНЫ ПАЙДАЛАНУ

Түйін: «Асқазан ішек жолдарының 3D моделін құру үшін компьютерлік томографияны пайдалану» мақаласы хирургия саласының ең өзекті мәселесіне арналған. Қазіргі кездегі ақпараттық жүйелерінің дамуы адам организмінің органдарының жіне жүйелерінің 3D моделін құруға мүмкіндік береді. Бұл дәрігерлердің жұмысын жеңілдетеді. Бұл зерттеу органдарды компьютерлік томографияның көмегі мен 3D моделін жасаудың жолдарын баяндайды.

Түйінді сөздер: 3D модель, компьютерлік томография, Асқазан ішек жолдарының компьютерлік томографиясы.

A.Z. Satkhanbayev, Y.A. Annaorazov

International kazakh-turkish university named after H.A.Yasavi

COMPUTED TOMOGRAPHY FOR CREATING A 3D MODEL OF ORGANS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Resume: The article "The use of computed tomography for creating a 3D model of organs of the gastrointestinal tract " is devoted to one of the urgent problems of the surgical profile. Perfection of information systems provides opportunities for creating 3D models and systems of the human body. This facilitates the work of doctors. On this article, methods for creating a 3D model of organs using computed tomography are disclosed.

Keywords: 3D model, computed tomography, computed tomography of the gastrointestinal tract.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И ЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (В ЭКСПЕРИМЕНТЕ)

¹З.И. Султанова, ²Ы.А. Аннаоразов

¹Южно-Казахстанская фармацевтическая академия

²Ассистент кафедры хирургии и анестезиологии-реанимации, МКТУ им. Х.А.Ясауи, Шымкентский Медицинский Институт, Факультет последипломного образования

Статья «Электромагнитное излучение и его действия на ткани сердечно-сосудистой системы (в эксперименте)» показывает влияние электромагнитного излучения. В зависимости от развития, человеческий род окружается многими приборами электромагнитного происхождения. Данная работа описывает действие данных волн на сердечно-сосудистую систему.

Ключевые слова: электромагнит, электромагнитные излучения, сердечно-сосудистая система.

УДК 616-035.2

Актуальность: В результате действия электромагнитного поля на человека возможны острые и хронические формы нарушения физиологических функций организма. В большинстве случаев такие изменения встречаются в сердечно-сосудистой и нервной системах. В результате длительного воздействия таких волн в этих системах нарушается белковый, углеводный и генный состав, приводящий к тканевой деструкции. На эти воздействия

первыми реагируют антигенсвязывающие лимфоциты и тканевые антигены. В большинстве случаев незначительные изменения в деятельности нервной и сердечно — сосудистой системы имеют обратимый характер, но в результате длительного действия они накапливаются, усиливаются с течением времени. Длительное и интенсивное воздействие ЭМП приводит к стойким нарушениям и заболеваниям. Результатом

хронического воздействия ЭМП высоких и сверхвысоких частот являются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение артериального давления, брадикардия, замедление внутрижелудочковой проводимости, а также дисбаланс содержания ионов калия, кальция и натрия в крови

Цель исследования: Изучить уровень антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) перикарда, эндокарда, миокарда, артерий и вен как прогностического критерия степени и глубины поражения сердечно-сосудистой системы в зависимости от различных доз и экспозиции электромагнитного излучения радиочастотного диапазона в эксперименте.

Задачи исследования: Провести экспериментальную работу на лабораторных кроликах для выявления влияния электромагнитного-радиочастотного излучения на кровеносные сосуды и ткани сердца экспериментальных животных.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на 40 кроликах-самцах содержащихся на общевиварном рационе питания согласно действующим нормам. Для опыта, кролики были разбиты на 4 группы (по 10 животных в каждой группе). 3 из 4 групп были подвержены воздействию электромагнитного-радиочастотного излучения:

1-ая группа- 500 Гц; в течении 3 месяцев по 16 часов в сутки,
2-ая группа- 1000 Гц; в течении 3 месяцев по 16 часов в

3-ая группа- 1500 Гц; в течении 3 месяцев по 16 часов в сутки.

Четвертая группа была интактная, контрольная.

Для электромагнитного-радиочастотного излучения был использован аппарат в составе которого электромагнит и радиочастотный резистор. Экспозиция облучения составила 3 мес. По окончании эксперимента были забиты по 3 животных из каждой опытной группы и 3 животных из контрольной группы. Для исследования забиралась кровь животных. Степень поражения сердца (перикарда, миокарда, эндокарда) и кровеносных сосудов (артерий и вен) определяли по выявлению АСЛ, специфически сенсбилизированных к тканевым антигенам (ТА) сердца и сосудов в лаборатории клинической морфологии. Морфологические исследования проводили с помощью стандартных методов световой микроскопии (окраска гематоксилин-эозином). Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения SPSS (Statistical Package for Social Science) лицензионный вариант.

Результаты исследования: В процессе исследования было установлено, что при облучении экспериментальных животных ЭМИРЧ в течение 3 месяцев степень деструкции тканей сердца и сосудов нарастала по мере увеличения мощности излучения (таблица). Динамики показателей АСЛ к ТА сердца и сосудов кроликов-самцов в зависимости от различных доз и экспозиции электромагнитного излучения через 3 месяцев после облучения (n=12)

Группа	Показатели АСЛ (M±m)				
	Перикард, %	Миокард, %	Эндокард, %	Артерии, %	Вены, %
Контроль (n=3)	1,5±0,43	2,0±0,45	2,33±0,21	2,17±0,54	1,83±0,40
1-я группа (n=3)	6,4±0,58	6,3±0,45	7,2±0,51	6,90±0,42	6,70±0,42
2-я группа (n=3)	11,1±0,78	18,8±0,55	12,9±1,21	16,90±0,94	15,90±1,04
3-я группа (n=3)	17,4±0,56	25,4±0,85	19,6±0,65	24,40±0,96	19,70±0,52

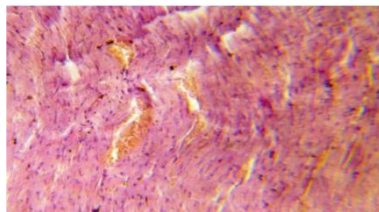


Рисунок 1 - Миокард кролика, ЭМИ 500 мкВт/см² в течение 3 мес.

Сгруппированные пучки волокон кардиомиоцитов неоднородно окрашены, имеется множество мелких надрывов, гиперемия и отек (окраска гематоксилин-эозином, 10×10)

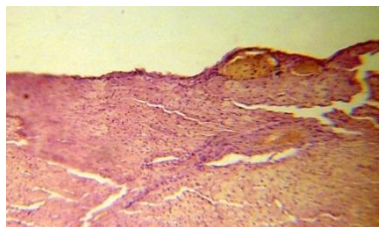


Рисунок 2 - Миокард кролика, ЭМИ 1000 мкВт/см² в течение 3 мес.

Скопление крови в субэпикардальных сосудах предсердий, запустевание просвета глубоких венозных сосудов миокарда (окраска гематоксилин-эозином, 10×10)

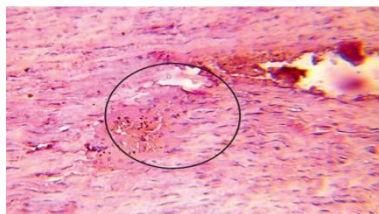


Рисунок 3 - Миокард кролика, ЭМИ 1500 мкВт/см² в течение 3 мес. Большой участок плазморрагии выделен (окраска гематоксилин-эозином, 10×16)

Выводы.

Таким образом, полученные результаты показывают, что развитие патологических процессов в органах и системах живого организма происходит уже при небольших дозах облучения, с увеличением дозы и длительности облучения в органах и тканях наблюдаются выраженные деструктивные

изменения, диагностическим и прогностическим критерием глубины поражения которых могут служить АСЛ к ТА. Показатели АСЛ к ТА тканей сердца и сосудов могут быть использованы для оценки степени деструкции этих органов и подтверждаются морфологическими исследованиями соответствующих тканей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гариб Ф.Ю., Гурарий Н.И., Гариб В.Ф. - Способ определения субпопуляций лимфоцитов // Расмий ахборотнома. — 1995. — № 1. — С. 90-98.
- 2 Capri M., Scarcella E., Fumelli C. - In vitro exposure of human lymphocytes to 900 MHz CW and GSM modulated radiofrequency: Studies of proliferation, apoptosis and mitochondrial membrane potential // Radiation Research. — 2004. — Vol. 162. — P.211— 218.
- 3 Zotti-Martelli L., Peccatori M., Maggini V. - Individual responsiveness to induction of micronuclei in human lymphocytes after exposure in vitro to 1800-MHz microwave radiation // Mutation Res. — 2005. — Vol. 582. — P.42—52.
- 4 Хамидова Г.М.- Влияние электромагнитного излучения радиочастотного диапазона на ткани сердца и сосудов в эксперименте // Терапевтический вестник. - 2015. - №4. - С. 27-36.

¹З.И. Султанова, ²Ы.А. Аннаоразов

¹Онтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы
²Қ.А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

ЭЛЕКТРОМАГНИТТІК СӘУЛЕЛЕНУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІНЕ ӘСЕРІ (ТӘЖІРИБЕ)

Түйін: «Электромагниттік сәулелену және оның жүрек-қан тамыр жүйесіне әсері (тәжірибе)» мақаласы Электромагниттік сәулеленудің организмге ететін әсеріні көрсететін жұмыс болып табылады. Заманның дамуына байланысты адам баласы электромагниттік аспаптар мен қоршалуы күн сайын артады. Бұл зерттеу осы аспаптардың және олардың оның жүрек-қан тамыр жүйесіне әсері көрсетілген.

Түйінді сөздер: электромагнит, электромагниттік сәулелену, жүрек-қан тамыр жүйесі.

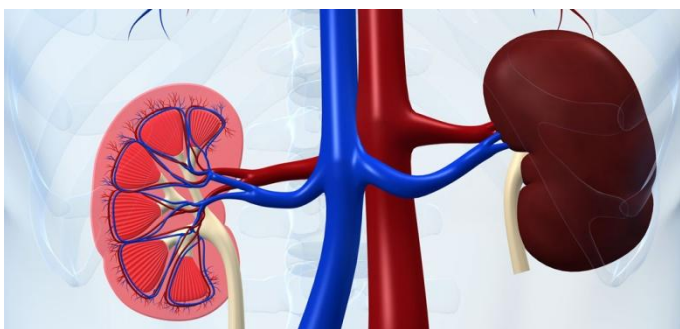
¹Z.I. Sultanova, ²Y.A. Annaorazov

¹South Kazakhstan Pharmaceutical Academy
²Assistant of the Department of Surgery and Anaesthesiology-Reanimation, IKTU named after. Kh.A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Faculty of Postgraduate Education

ELECTROMAGNETIC RADIATION AND ITS EFFECTS ON CARDIOVASCULAR TISSUE SYSTEMS (IN EXPERIMENT)

Resume: The article "Electromagnetic radiation and its effects on the tissues of the cardiovascular system (in the experiment)" shows the effect of electromagnetic radiation. Depending on the development, the human race is surrounded by many devices of electromagnetic origin. This paper describes the effect of these waves on the cardiac vascular system.

Keywords: electromagnet, electromagnetic of radiation, cardiovascular system.



НЕФРОЛОГИЯ

NEPHROLOGY

БҮЙРЕК ДЕРТІНІҢ «КІШІ ЖӘНЕ ҮЛКЕН» СИНДРОМДАРЫ. БҮЙРЕК ПАТОФИЗИОЛОГИЯСЫ

Т.Т. Мельдеханов, Ж.А. Иманбекова, Ф.А. Бимурзаева

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Патофизиология кафедрасы, Алматы

Бүйрек аса маңызды мүше, ол организмде гомеостазды қамтамасыз ететін ағза. Бүйрек айналымдағы қан көлемі (АҚК) мен сұйықтықтардың изоволемиялық күйде болуына болысады, сұйықтықтарда осмос белсенді заттардың концентрациясының изотониялығын, иондық құрамы мен осмостығы бірқалыптылығын (изоотония) қамтамасыз етеді; қан плазмасының рН реттелуіне қатысады; азоттық алмасудың соңғы өнімдерін сыртқа шығарады, аластайды; артериалық қан қысымын, эритропоздді және гормоналдық статусты реттеуде маңызды рөл атқарады. Бүйрек патологиясында аталған функциялардың барлығы дерлік бұзылысқа ұшырап, олар нефропатияға тән симптомдарға кіші және үлкен синдромдарға әкелуі мүмкін.

Түйінді сөздер: нефрон, фильтрация, секреция, несептік синдром, қалдық азот, азотемия. кіші және үлкен бүйрек синдромдары, бүйректік гипертензия, ісіну, Альпорт синдромы, Гудпасчер синдромы

УДК 612.46-092 (075.8)

Диурез көлемінің тәуліктік өзгерістері.

Дені сау ересек адам қолайлы жағдайларда тәулігіне 1.0 -2,0 л несеп шығаруы тиіс. Тәуліктік диурездің көлемі шумақтық фильтрация үдерісінің көлеміне, және өзекшелердегі сулардың қайта сіңірілу мөлшеріне байланысты. Сүзгіленген несептің мөлшері несеп түзілуіне қатысты нефрондар санына, яғни фильтрациялық алаңның көлеміне, және пәрменді фильтрациялық қысымның (ПФҚ) дәрежесіне тәуелді: $ПФҚ = ГҚ - ОҚ - БҚҚ$ (Мұнда ГҚ – гидростатикалық қысым, ОҚ – қанның онкотикалық қысымы, БҚҚ – боумен қапшығының, дәлірек айтсақ несеп шығару жолдарының, сүзілген несептің жалпы қысымы). Бүйректегі гидростатикалық қысым, организмдегі жүйелі гемодинамикада систолалық қысым 80-180 мм с.б. арасында тербелісте болғанда, бүйрек шумақтарының қан әкелетін және қан әкететін шумақ артериоларының қысымы аутоматты тонустық реттелуіне байланысты шамамен **70 мм с.б.** мөлшерінде болады (қанды әкетуші артерилардың тонусы жоғарылауы ГҚ күшейтеді, ал оның тонусының төмендеуі немесе қанды әкелетін артериолардың тонусының жоғарылауы шумақтық капиллярларда ГҚ төмендетеді. ОҚ әдетте 25-30 мм с.б., БҚҚ – 20 мм с.б. б.; ал, $ПФҚ = 20 - 25$ мм с.б. шамасында болады.

Ересек адамдар денесінің жасушасыртындағы сұйықтықтарының жалпы көлемі (14 л шамасында), ол сұйықтық тәулік ішінде бүйректік сүзгі (фильтр) арқылы 12 рет айналып өтеді екен. Бүйректік қанағым минутына 1100-1200 мл шамасында, ал плазма ағымы 600-700 мл/мин. Шумақтық сүзгіленудің нәтижесінде минутына 80-120 мл (тәулік бойынша 160-180 л) біріншілік (прровизорлық) несеп түзіледі, бірақта қуыққа осы мезетте, минутына 1 мл ғана ақырғы несеп түседі. Тәуліктік диурездің сандық мөлшерінің өзгерістері полиурия, олигурия және анурия түрінде көрініс табады.

Несептің салыстырмалы тығыздығының (меншікті салмағының) өзгерістері. Бүйректің несепті осмостық

сұйылту және қоюландыру қабілетінің бұзылыстарына байланысты көріністе болатын үдеріс. Бүйрек өзекшелерінің концентрациялық (қоюландыру) функциясы бұзылысқа ұшырағанда, мысалы пиелонефритте, интерстициалды нефритте, не болмаса созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің бастапқы кезеңінде науқастарда гипостенурия байқалады (1010 – нан төмен). Бұл кезде науқастардың несепін тәулік бойы әр 3 сағат сайын жинағанда (Зимницкий сынама) несептің тығыздығы төмендікте болады, ал 18 сағат бойы сусыз құрғақ тамақ қабылдағаннан соң (қоюландыруды тексеру сынама) тексергенде 1020 – 1026 дан аспайды (дені сау адамдарда одан жоғары болуы тиіс). Гипостенурия анықталса науқаста ісінудің, қабынудың немесе бүйректің миы қабатының склерозы дамығанын көрсетеді. Егерде несептің тығыздығы 1010-1012 – ге тең болса, және тәулік бойы монотонды (бір сарынды, біркелкі болса) өзгеріске ұшырамаса (қан плазмасының тығыздығы секілді болса), оны изостенурия деп атайды. Несептің әрбір өлшенген бөлігінде (порциясында) салыстырмалы тығыздығының амплитудалық тербелісі жоқтың қасы (төмен) болса (мысалы, 1005-1009), оны гипоизостенурия деп бағалайды. Қалыптауда несептің салыстырмалы тығыздығы 1008 – 1026* аралығында тербелісте болады, яғни минималды және максималды тығыздықтарының айырмашылығы 10-14 қадамдықта, немесе 10-20 қадам бірлігінде болуы тиіс. Несеп шығарылу ритмінің (гр. rhythmos – жиілігінің), ырғағының бұзылыстары. Бүйрек дерттерінде несеп шығарудың ритмінің бұзылысы, мысалы, несептің жиі шығарылуы – поллакурия, көрінісі түрінде болуы мүмкін. Бұл полиурияда және несеп шығару жолдарының қабыну үдерісінде конкременттермен тітіркенуінде, не атабез ауруларында (аденома, простатит т.б.) байқалады. Олигурияда, керісінше, несеп шығару сирейді – оллакурия. Түнгі диурездің салыстырмалы күндізгіден жоғары болуын – никтурия деп атайды. Ол бүйректің қан айналым

бұзылыстарында, атабезді аденомасында, уретритте, циститте, дизэнцефалдық бөліністерде және т.б. дамиды.

Несеп рН –ның өзгерістері.

Несептің қалыпты реакциясы әлсіз қышқылды, өйткені тәулік ішінде 30-60 ммоль H^+ , 10-30 ммоль NaH_2PO_4 (титрленетін қышқылдар* – 20-40 мэкв/тәулігіне); 11-27 г NH_4Cl несеп арқылы шығады. Бүйрек шумақтарында сульфаттардың, фосфаттардың сүзгіленуі, және нефрон өзекшелерінде жүретін ацидо- және аммиогенезге байланысты, өзекшелердің бикарбонаттарды қайта сіңіруге қабілеттілігі арқылы бүйрек қышқылдық-негіздік жағдайды реттеуге маңызды үлес қосады. Респираторлық немесе метаболизмдік ацидозда (бүйректіктен басқа) несеп қышқылдық сипатта болады, өйткені бұл жағдайда несеппен H^+ мол шығарылады және көбірек HCO_3^- қайта сіңіріледі. Респираторлық немесе метаболизмдік алкалозда несеппен H^+ протоны аз мөлшерде, ал бикарбонат көп мөлшерде шығарылады, сондықтан несеп сілтілік жаққа ығысады. Айта кететін жайт, қышқылды несепте уратты және оксалатты тастар жеңілрек пайда болады да, сілтілікте – фосфатты тұздар артық шөгеді. Қышқыл бұл – өзінен жасушасыртындағы сұйықтықтарға протонды (H^+) беруге қабілетті зат, ал сілті ол протонмен байланыса алатын кезкелген зат. Көмірсу, липидтер және нәруыздар алмасуы организмдегі қышқылдық өнімдердің пайда болуының негізгі көзі. Қышқылдар ұшқыш және ұшқыш емес деп екі топқа бөлінеді. Негізгі ұшқыш қышқыл – жасуша сыртылық көміртегі қышқылы, ол өкпе арқылы көмірқышқыл газы ретінде сыртқа шығарылады. Ұшпайтын қышқылдар бүйрек арқылы сыртқа шығарылады.

* Адамдарда сутегі ионының бүйрек арқылы шығуы.

Титрлік қышқылдықты анықтау. Несеп барынша жоғары (максималды) рН 4,5 қышқылдықта болғанда, ол H^+ ионының 30 ммоль/л сәйкестік шамасында болады. Титрлік қышқылдықты анықтағанда, несептің рН 7,4 тең болғанынша титрлеп жұмсалған $NaOH$ сандық мөлшерімен есептеп шығарады. Бұл анықталған мөлшер реабсорбцияға түспеген несептегі бос күйдегі немесе буферлік жүйемен байланыстағы сутегі ионының санына тең (сандық мөлшерін көрсетеді).

Тубулопатияларда немесе бүйрек жеткіліксіздіктерінде бүйректің өзекшелеріндегі ацидо- және аммиогенез үдерістері бұзылысқа ұшырайды да, ол H^+ организмде тұтылуына және бүйректік метаболизмдік ацидоздың дамуына алып келеді. Бұндай науқастардың несепінің реакциясы сілтілі болады, не сілтілікке қарай бет бұрады.

Несеп құрамының бұзылыстары, «Несептік синдром».

Несептік синдром – науқастарда протеинурия, гематурия, лейкоцитурия және цилиндрурия түрінде жеке немесе тіркестікте, бірге көріністе болуы (бүйрек патологиясында ең жиі кездесетін синдром болып есептеледі).

Протеинурия.

Протеинурия – тәулігіне несеппен шығатын нәруыз мөлшерінің 150-300 мг жоғары болуы. Егерде тәулігіне несеппен шығатын нәруыздың мөлшері 3-3,5 гр асатын болса, оны ауқымды (массивті) протеинурия деп атайды. Қалыптыда тәулігіне 50 мг аспайды, және ондай мөлшер әдеттегі лабораториялық зерттеулермен анықталмайды. Лабораториялық анализде несепте нәруыздың байқалуы «сұстылығы» аурудың алғашқы және жеке жалғыз ғана белгісі немесе жеңіл клиникалық маңызы жоқ көрініс болуы да мүмкін. Протеинурияның мәнісін және оны туындатқан себепті анықтауда нәруыздың бүйректің халін (жағдайын, тағдырын), физиологиялық үдерістерін білу, несеппен тым артық жоғалтылуының патофизиологиялық құбылысын игеруді талап етеді.

Мәселен, бүйректің әрбір нефрон шумағы – бұл **нұсқасы** өзгерген қылтамыр, қантамыр; афференттік артериола 3 немесе 4 тармаққа тарап капиллярлардың ілмегін құрайды, одан соң олар қайтадан жинақталып эфференттік артериоланы құрастырады да, қан шумақты тастап, шумақтан шығып сыртқа бағытталады. Бір литр қан плазмасында нәруыздың 70-90 г ғана болуы гломерулалық фильтрдің (сүзгінің) қан арнасынан нәруызды жоғалтуға қарсы аса жоғары нәтижелі (эффетілі) жұмыс жасайтынын көрсетеді. Есте сақтайтын жағдай, гломерулалық мембрана арқылы аминқышқылдары, пептидтер және кейбір

төменмолекулалы нәруыздар (АДГ, инсулин, глюкогон, АКТГ, СТГ, паратгормон, лизоцим, β -микроглобулиндер т.б.) жеңіл сүзгіленеді. Бұл үдеріс бір жағынан нәруыздық молекулалардың көлеміне, екінші жағынан сүзгіленетін нәруыздардың және шумақтық мембрананың зарядына байланысты. Нәруыздардың аздаған мөлшері түтіктік (өзекшелік) эпителийінде және Генле ілмегінің жоғары көтерілуші жуан иіндік тік бөлігінде – Тамм Хорсфалл нәруызы секрецияланады (оның ММ 7 000 000). Қалыптыда несеппен шығатын нәруыздардың 40% - альбуминдер, 10% - IgG, 5% - жеңіл тізбектер, 3% - IgA, қалғандары – Тамм-Хорсфалл нәруызы және т.б. Атап айтатын мәселе, қалыптыда β - және γ -глобулиндер несепте тіптен болмауы тиіс. Егерде несептегі нәруыз тәулігіне 0,1 г/л төмен болса нәруыздық сынама теріс, оң (+) – 0,3 г/л дейін. Несепте нәруыздың мөлшері 1 г/л дейін болса орташа (++) және күрт, жоғары көтерілуі (+++) деп бағаланады (3-5 г/л жоғары болуы).

Шынайы протеинурия (proteinuria vera, сарысулық протеинурия) – дамуына бүйректің фильтрациялық қабілетінің бұзылыстары себепші болады. Жалған протеинурия (proteinuria spuria) – өзекшелердің қабынулық және деструкциялық зақымдануында несептің несеп шығар жолдары арқылы өтуінде пайда болатын протеинурия. Несептің рН 8 - ден жоғары болғанда да протеинурия жалған оң болуы да ықтимал. Шығу тегіне байланысты протеинурия: функционалды, шумақтық, өзекшелік, аралас, лық толымды (переполнения), секреторлы және гистуриялық болуы мүмкін. Лық толымды (переполнения) протеинурия гиперпротеинемияға байланысты нәруыздардың жоғары дәрежеде сүзгіленуінен және тасымалдаушы түтіктік (өзекшелік) жүйеге жүктеме тым жоғары болғанда дамиды. Гистурия – өзекшелердің құрылымы ыдыраған кездерде пайда болады. Патологиялық протеинурия бүйрек патологиясының ең маңызды белгілеріне жатады. Протеинурия пререналды және постреналды болып келуі мүмкін. Тәулігіне нәруыз 3-3,5 г астам несеппен бөлініп шықса, онда ол жағдайды көлемді (массивті, ауқымды) протеинурия деп атауға болады. Протеинурияның жетекші патогенездік факторлары:

1. шумақтық фильтрдің өткізгіштігінің артуы, дәлірек айтсақ қан плазмасына бүйрек шумағының базалды мембранасының өткізгіштігінің артуы;
2. сүзгіден өткен біріншілік (провизорлық) несептегі нәруыздардың өзекшелерде қайта сіңірілуінің төмендеуі. Протеинурияның пайда болуына қосымша рөлді өзекше эпителиалды жасушарының зақымдануы (тубулорексис) және патологиялық өзгеріске ұшыраған нефрон эпителиалды жасушаларының нәруызды секрециялауының бұзылысы жатады.

Гематурия

Гематурия – несеппен эритроциттердің шығуы. Дені сау адамдардың несеп тұнбасында бірлі жарым (микроскоптың көру аймағында 0-3) эритроциттер ғана болуы тиіс, немесе несептің 1 мл 1000 аспауы керек. Патологиялық жағдайларда гематурия шығу тегі (несеп шығару жолдары, бүйрек) мен қарқынына (макро- және микрогематурия) байланысты ажыратылады. Макрогематурияда несептің түсі ет жуындысы секілді болады, ал оның көптігі сонша, жағындыдағы эритроциттерді микроскоппен санап шығу қиындайды, санау мүмкін емес десекте болады. Несеп тұнбасында эритроциттердің мөлшері көру аймағында 100 – ден аспаса, несептің түсін өзгерте алмайды, оны микрогематурия деп атайды. Бүйрек және несепшығару жолдарының ауруларында гематурия жиі кездесетін симптом. Гематурияның пайда болу себебін, топикалық диагнозын (несепшығару жүйесі мүшелерінің зақымдану деңгейін анықтауда) қою үшін құрал-саймандық зерттеулік әдістемелерімен қатар (цистоскопия, қантамырлық урография, эхо- және скинтиграфия) «үшстакандық сынама» да жүргізіледі. Егерде жаңа ғана шығарылған несептің бастапқы (инициалды) бөлігінде (1-ші стаканда) немесе үшінші бөлігінде (3-ші порциясында) эритроциттер жаңа, өзгеріссіз күйде болса, онда ол бүйрекке байланысыз урологиялық науқастарда болатын гематурияны көрсетеді. Несеп тұнбасының ортаңғы бөлігін микроскоппен

қарағанда көмескі «көлеңке» тәрізді «сілтіленген», гемоглобиннен айрылған өзгеріске ұшыраған эритроциттердің болуы несепшығару жолдарының жоғарғы бөлігінің немес бүйректің өзінің зақымданғанын сипаттайды.

Цилиндрурия. Дені сау адамдарда микроскоптың көру аймағында 0-1 ғана цилиндр кездеседі немесе несептің 1 мл олардың саны 100 аспауы керек, оның үстіне тек гиалинді цилиндрлер болуы тиіс. Цилиндрлердің негізі, қышқылдық ортада электролиттердің қатысуымен Тамм-Хорсфалл нәруызынан пайда болатын гель (нәруыздық матрикс) болып саналады. Оған қосылатын қосымша заттардың ерекшелігіне (жасушалық детриттер, тұздар, май т.б.) байланысты олар: лейкоцитарлы, эритроцитарлы, эпителиалды, түйіршікті, балауызды болып келуі мүмкін.

Гиалинді цилиндрлер Генле ілмегінің жоғары бағытталған иінінде эпителий жасушалары секрециялайтын Тамм-Хорсфалл нәруызынан тұрады, құрылымы гомогенді, мөлдір. Бұл цилиндрлер бүйрек дертінде ең жиі кездесетін цилиндрлер түрі, ол дені сау адамдарда да 1 мл несепте 100 ден аспайтын санда кездеседі, әсіресе таңғы алынған несепте (несептің ең қою мезетінде).

Балауызды цилиндрлер нәруыздардың тығыз орналасуына байланысты көрінісі айқын, түстері сарғыштау болып келеді. Олар созылмалы нефропатияларда жиірек кездеседі, бірақта жедел гломерулонефритте, түтіктік (тубулярлық) жедел некрозда да байқалуы мүмкін. Дені сау адамдардың несепінде анықталмайды.

Эритроцитарлық (жасушалық, қандық) цилиндрлер түстері қызғылт эритроциттермен, не гемоглобинмен гиалиндік матриксі сіңбеленген. Гематурия байқалады (гломерулонефритте, васкулитте) және бүйрек инфарктінде, тубулярлық некрозда және интерстициалды нефритте де анықталуы мүмкін.

Лейкоцитарлық цилиндрлер негізінде полиморфты-ядролы лейкоциттерден тұрады, бірақ басқада лейкоциттер болуы мүмкін. Лейкоцитарлық (нейтрофилдік) цилиндрлер пиелонефритке тән болып келеді, гломерулонефритте олар сирегірек кездеседі.

Майлы цилиндрлер айқын протеинурияларда байқалады, ол этиологиясы әркілы нефроздық (нефротикалық) синдромдарда және бүйректің майлы дегенерациясында анықталады.

Түйіршікті цилиндрлер түстері мөлдір емес, цилиндрдің құрылымдары өрескел оғашты, көптеген түйіршікті қосындыларға мол болып келеді. Түйіршікті цилиндрлер дегенерацияға ұшыраған жасушалардың қалдықтары деп саналады. Түйіршікті цилиндрлер, балауызды цилиндрлер сияқты барлық уақытта бүйректің ауыр органикалық ауруларының белгісін көрсетсе керек.

Несептің ағымы баяулағанда, жинағыштық түтікшелерде кейде пайда болатын жалпақ цилиндрлерді «бүйрек жеткіліксіздігінің цилиндрлері» деген атау берілген.

Бактериурия. Қалыпты жағдайда несептің 1 мл 10 000 микробтан аспауы тиіс. Патологиялық бактериурия жұқпалы нефропатияларға тән сипат (мысалы, пиелонефрит және т.б.).

Тұздардың кристалдары (ураттар, оксалаттар, фосфаттар) бүйректас ауруларында мол мөлшерде анықталады.

Бүйрек шумағының базалды мембранасының (ШБМ) құрамына коллагеннің IV типінің алты түрлі нұсқалық тізбегі қатыса алады. Қазіргі кезде коллагендердің IV типінің екі тізбегінің бүліністеріне байланысты Альпорт және Гудпасчер клиникалық синдромдары белгілі.

Альпорт Синдромында, коллагеннің IV типінің α5 және α6 тізбекті нұсқалары X-хромосомада орналасқан. IV типінің α5 коллагенінің мутациясы Альпорт синдромын (яғни, тұқым қуалайтын созылмалы нефритті) туындатады. Бұл жағдайда бүйрек жеткіліксіздігі, кереңдік және көз бұршағы бұзылыстарымен бірге қабаттаса жүреді. Бұл дертте келе – келе шумақтың базалды мембранасы, көз бұршағы ыдырауға шалдығады, әсіресе еркектерде бұл дерт ауырырақ күйде өтеді. Оның себебі ерлерде коллагеннің IV типінің α5 нұсқасында гені біреу-ақ, ал әйелдерде болса, екі ген бар сондықтан коллагеннің IV типінің α5 нұсқасындағы бүлініске ұшыраған молекуланы мутацияланбаған ген компенсациялай алады (Джеймс А.Шейман, 2016).

Гудпасчер синдромында, адамдарда гендік коды қалыпты күйде болғанымен коллагеннің IV типінің α3 тізбекті нұсқасына антиделер пайда болуы мүмкін. Бұл жағдайда коллагеннің IV типінің α3 тізбекті нұсқалары бар шумақтың базалды жарғақтарына (ШБЖ) және өкпенің базалдық мембраналарына иммунаралықты (иммуноопосредованный) шабуылдарға алып келеді. Нәтижесінде шумақ капиллярларының қабырғалары бүлініске ұшырайды, қан боумен қапшығына өтеді, шумақтық сүзгілену бұзылады және бүйректің жедел жеткіліксіздігі дамуы мүмкін. Өкпедегі салдары – альвеола қабырғаларының ыдырауы, қанның альвеолаға өтуі, газалмасуының бұзылыстары және жедел тыныс жеткіліксіздігі қауіпі туындайды (Джеймс А.Шейман, 2016). . Базалды мембранада (жарғақта) сүзгілену үдерісі үзіліссіз, тәктаусыз жүргендіктен жарғақ жиі зақымданады, «тозады», әдетте, оның элементтері шумақ капиллярлары арасында орналасқан мезангиалды жасушалардың және подоциттердің көмегімен ұдайы қалпына келіп отыруы тиіс.

Несептүзілуі, несепшығарылуы, экскреторлық және секреторлық үдерістердің айқын бұзылысы нефропатияларда, бүйректің үлкен синдромдарында байқалады. **Нефропатия** - бүйрек дерттерінің жалпы атауы, оған нефриттер, пиелонефриттер, нефроздық (нефротикалық) синдромдар, бүйректің жедел және созылмалы жеткіліксіздігі, бүйректік ісінулер, бүйректік гипертензиялар, уролитиаз, нефролитиаз жатады.

Нефропатияны сипаттайтын бүйректентис (экстрареналды) симптомдар мен синдромдар

Гипергидратация, ісіну. Су және электролиттер теңгерімінің (балансының) бұзылыстары көптеген бүйрек ауруларында жиі кездесетін синдром. Кезкелген олигурияда денеде сұйықтықтар тұтылады және айқын ісіну синдромы қалыптасады. Науқастарда айналымдағы қан көлемі (АҚК) ұлғаяды, жүрекке күш түседі де жүректе дилатация немесе гипертрофия дамиды, артериальдық және бассүйек ішіндегі қысым көтеріледі. Анурияға байланысты үлкен бас миының ісінуі, өкпе ісінуі және басқа қауіпті (айбарлы) асқынулар дамиды.

«Бүйректік» ісінудің патогенезінде мынадай факторлар шешуші рөл атқаруы мүмкін:

1. капиллярларда пәрменді сүзгілік қысымның (ПСК) жоғарылауы, ол гипертонемияға және гидростатикалық қысымның көтерілуіменен сыбайлас (механикалық фактор);
2. капиллярларда протениурия және гипопротениемия (онкостық фактор) салдарынан онкостық пәрменді сору қысымының (ОПСК) төмендеуі;
3. бүйректе қанағымның азаюынан және юктагломерулалық аппаратта (ЮГА) ренин секрециясының жоғарылауынан ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің (РААЖ) белсенуі;
4. тамырлардың өткізгіштігінің артуы, мысалы, гломерулонефритте (ГН) жалпылама капилляриттің дамуынан немесе басқада аутоиммундық ауруларда (мембраногендік фактор) байқалады;
5. лимфаағымдық жеткіліксіздік, ол лимфалардың кері ағып кетуіне кедергілік немесе артық жүктемелердің түсуіне байланысты болады.

«Бүйректік» ісінулерде беттің және әсіресе көз аймағында ісіңкіліктің болуы тән сипат. Әйтседе, ауыр гипергидратация кездерінде ісіну жайылмалы күйде, мысалы, нефроздық (нефротикалық) синдромда, немесе анурия аясында дамуы әбден мүмкін.

Нефроздық (нефротикалық) синдром. Нефротикалық синдром **біріншілік** (липидтық нефроз) және **екіншілік** - гломерулонефритте, пиелонефритте және кезкелген протениуриясы тәулігіне 3 г астам күйде қабаттаса жүретін бүйректің басқада ауруларында көріністе болуы мүмкін. Оның **патогенезі** айтарлықтай айқын гипергидратациядан ісіну синдромы және гиперлипидемияның қалыптасуы, қанұюының жоғарылауы және иммунитеттің төмендеуімен қабаттаса тіркестікте дамуына байланысты болады.

Нефроздық ісінудің негізгі механизміне жатады:

1. қанда онкостық қысым мен ОПСК (онкотикалық пәрменді сору күші) төмендеуі;
2. екіншілік альдостеронизм;

3. лимфалық (лимфаағымдық) жеткіліксіздік. Бұл жағдайда анасарка (бүкіл дененің және дене мүшелерінің ісінуі), іш шемені және басқада су тұтылулары дамуы ықтимал.

Анемия. Бүйрек дерті бар ауруларда анемия жиі кездеседі. Оның дамуының патогенезін бірнеше факторлар анықтайды: ЮГА –да эритропоэтиндердің өндірілуінің азаюы; гематурия және протеинуриямен қабаттаса бірге жүретін созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде несеппен эритроциттер, темір, трансфериндер жоғалтылады; уремиялық токсиндердің және эритропоэз ингибиторларының әсерінен (созылмалы бүйрек жеткіліксіздігіне тән) **темірдің гемге қалануы** бұзылады, **нәтижесіз** эритропоэз арта түседі, сүйек кемігі зақымданады.

Қортынды. Бүйрек организмде аса маңызды ағза, ол организмде гомеостазды қамтамасыз ететін мүше. Бүйрек

айналымдағы қан көлемі (АҚК) мен сұйықтықтардың қалыпты (изоволемиа) күйде болуына болысады, сұйықтықтарда осмос белсенді заттардың концентрациясының қалыпты (изотония) болуын, иондық құрамы мен қалыпты осмолярлығын (изоиония) қамтамасыз етеді; қан плазмасының рН реттелуіне қатысады; азоттық алмасудың соңғы өнімдерін сыртқа шығарады; артериалық қан қысымын, эритропоэзді және гормоналдық статусты реттеуде маңызды рөл атқарады. Бүйрек патологиясында барлық аталған функциялар бұзылысқа ұшырап, олар нефропатияға тән симптомдарға кіші және үлкен синдромдарға әкелуі мүмкін. Несептүзілуі, несепшығарылуы, экскреторлық және секреторлық үдерістердің айқын бұзылысы нефропатияларда, бүйректің үлкен синдромдарында байқалады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Гайтон Артур К., Холл Джон Э. Медицинская физиология, учебник. - М.: Логосфера, 2008. - 1296 с.
- 2 Джеймс А.Шейман Патофизиология почки. Перевод с английского. - М.: БИНОМ, 2016. - 206 с.
- 3 Жангелова М.Б. Клиническая лабораторная диагностика, учебно-методическое пособие. – Алматы: 2012. - 60 с.
- 4 Литвицкий П.Ф. Клиническая патофизиология, учебник. - М.: Практическая медицина, 2016. - 776 с.
- 5 Г.В.Порядин Патофизиология. Курс лекций, учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 592 с.
- 6 В.В.Новицкий Патофизиология. Учебник. Том 2. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 629 с.
- 7 Ю.В.Наточин Современный курс классической физиологии. - М.: 2007. - 384 с.
- 8 Физиология человека. Перевод с английского. Том 4. – М.: Мир, 1986. - 312 с.

Т.Т. Мельдеханов, Ж.А. Иманбекова, Ф.А. Бимурзаева

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
Кафедра патофизиологии, Алматы*

«МАЛЫЕ И БОЛЬШИЕ» СИНДРОМЫ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОЧЕК

Резюме: Почка являются важнейшими органами, обеспечивающими гомеостаз организма. Они поддерживают нормальный объем жидкости в организме и объема циркулирующей крови (ОЦК) т.е. изоволемию, нормальную концентрацию осмотически активных веществ и ионный состав (изоиония); участвует в регуляции рН крови; выводят конечные продукты азотистого обмена; играют важную роль в регуляции артериального давления, эритропоэза и гормонального статуса. При почечной патологии выше перечисленные функции нарушаются и они приводят к развитию симптомов нефропатии; появлению «малых и больших» почечных синдромов.

Ключевые слова: Нефрон, фильтрация, секреция, «мочевые» синдромы, остаточный азот, азотемия, « малые и большие» почечные синдромы, почечная гипертензия, отеки, синдромы Альпорта и Гудпасчера.

T.T. Meldehanov, Zh.A. Imanbekova, F.A. Bimurzayeva

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of pathophysiology, Almaty*

«SMALL AND LARGE» SYNDROMES OF KIDNEY PATHOLOGY. RENAL PATHOPHYSIOLOGY

Resume: Kidneys are the most important organs that provide the body's homeostasis. They maintain a normal volume of fluid in the body and the volume of circulating blood (VBC). Isovolemia, normal concentration of osmotically active substances and ionic composition (isoniaium); participates in the regulation of blood pH; output final products of nitrogen metabolism; play an important role in the regulation of blood pressure, erythropoiesis and hormonal status. In renal pathology, the above listed functions are violated and they lead to the development of symptoms of nephropathy; The emergence of "small and large" kidney syndromes.

Keywords: Nephron, filtration, secretion, "urinary" syndromes, residual nitrogen, azotemia, "small and large" kidney syndromes, renal hypertension, edema, Alport syndrome and Goodpasture syndrome.

ЭРИТРОПОЭТИН В ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Е.А. Перистая, О.А. Васильчук, М.А. Жусупбекова, И.А. Мочалкин, А.К. Ержанов
КГМУ, кафедра детских болезней №3, г. Караганда

Анемия является достаточно частым симптомом при хронической болезни почек. Генез анемии, при этом, достаточно сложный. Для улучшения качества жизни пациентов с хронической болезнью почек необходимо проводить грамотную терапию заместительными препаратами рекомбинантного эритропоэтина. Адекватная терапия анемического синдрома при хронической болезни почек улучшает качество жизни и прогноз пациентов.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, эритропоэтин, анемия.

УДК 616.155.194.8

Ежегодно на миллион населения регистрируется до 3 новых случаев хронической почечной недостаточности у детей до 18 лет, то есть эти 2-3 пациента на момент их классификации будут соответствовать III-IV стадиям хронической болезни почек (ХБП) [1].

Анемия является одним из наиболее распространенных осложнений ХБП и была впервые описана Ричардом Брайтом в 1836 году [1].

Наиболее значительный шаг в лечении анемии при ХПН был сделан еще в 1985 г. Тогда было проведено первое успешное клиническое испытание препарата рекомбинантного человеческого эритропоэтина. В дальнейшем было неоднократно показано, что фармакологическая коррекция дефицита эритропоэтина при ХПН (заместительная гормональная терапия) обеспечивает адекватную стимуляцию костного мозга и прекращает неэффективный эритропоэз. Эритропоэтин стимулирует рост стволовых эритроидных предшественников, которые называют колониеобразующими единицами эритропоэза.

Согласно современным данным, у каждого второго больного с ХБП наблюдается анемия (47%), при этом ее частота обратно соотносится со степенью снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Так, анемия встречается у 5% пациентов с ХБП 1-2 стадий, у 15-20% - с 3-й стадией, у 50-55% пациентов - с 4-й стадией и у 80% - с 5-й стадией [2,3,4,5].

Анемия ухудшает качество жизни пациентов с ХБП, вызывая снижение их работоспособности, толерантности к физической нагрузке, нарушение когнитивной и половой функций [4,6]. У детей приводит к задержке физиологического роста, развитию низкорослости [7], артериальной гипертензии, нарушению фосфорно-кальциевого обмена, метаболическому ацидозу, электролитным нарушениям и уремической интоксикации (в результате комплекса метаболических и циркуляторных нарушений) [2, 6,7,8].

Согласно классическому определению анемии в учебнике педиатрии Нельсона, «Анемия определяется как уменьшение объема эритроцитов или гемоглобина ниже диапазона значений для здоровых людей» [1]. Тем не менее, много споров окружает определение нормальных значений гемоглобина у детей с ХБП. Нормальные значения, принятые для детей с хроническими заболеваниями почек (ХЗП), основаны на наблюдениях за значениями у здоровых детей, диапазоны которых составляют 120 г / л (диапазон 95-145 г / л) у детей 3-месячного возраста, 120 г / л (диапазон : 105-140 г / л) у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и 130 г / л (от

110 до 160 г / л) у детей в возрасте 7-12 лет [9]. В некоторых исследованиях также приводятся определения анемии, разработанные Всемирной организацией здравоохранения, в которых дети в возрасте от 6 месяцев до 6 лет анемичны, если уровень гемоглобина составляет менее 110 г / л, а дети в возрасте 6-14 лет считаются анемичными, если они меньше 120 г / л [9]. Новые руководящие принципы клинической практики National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) используют справочные данные The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES-III), чтобы привести

нормативные значения у детей [10]. NHANES-III является третьей национальной базой данных обследований состояния здоровья и питания в США.

Нефрогенная анемия по критериям NICE — это снижение гемоглобина (Hb) менее 110 г/л у взрослых и детей старше 2 лет и менее 100 г/л у детей младше 2 лет при наличии доказанной ХБП (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²) [10].

Анемия у детей препубертатного возраста констатируется при снижении уровня гемоглобина ниже 110 г/л, в пубертатном возрасте — ниже 120 г/л. Как правило, у взрослых развитие ренальной анемии происходит при снижении (СКФ) ниже 35 мл/мин/1,73 м², что соответствует убыли функционирующей почечной паренхимы на 50% и более. Достаточно часто у детей анемия развивается гораздо раньше, уже на уровне СКФ 50-70 мл/мин/1,73 м², то есть в додиализном периоде. Это связано как с характером заболевания и его патогенетическими особенностями (мембранопротрофирующий гломерулонефрит, люпус-нефрит, нефронофтиз, сочетание с множественными пороками развития, цитотоксическая терапия и др.), так и с большей подверженностью детей (особенно в раннем возрасте) белково-энергетической недостаточности, дефициту железа, витаминов и минералов, с генетической предрасположенностью и с кровопотерями.

Немаловажное значение имеет и снижение продолжительности жизни эритроцитов, достигающей лишь примерно 1/3 от нормальной, что чаще всего связано с уремической интоксикацией, приводящей к снижению устойчивости эритроцитов к оксидативному и осмотическому стрессу. Развитию анемии способствуют потери крови при гемодиализе, достигающие 8 мл/м² за сеанс и скрытые желудочно-кишечные кровопотери, составляющие у больных в додиализном периоде и на перитонеальном диализе 6 мл/м², а при гемодиализе 11 мл/м² в день [2,8,11,12].

Также развитию анемии способствуют гемолиз, уремическая интоксикация, воспаление, инфекция, коморбидные состояния, лекарственные препараты, белково-энергетическая недостаточность и др. [13].

Однако основной, а иногда и единственной причиной формирования ренальной анемии у детей, как и у взрослых, является дефицит образования эритропоэтина (ЭПО). ЭПО, представляющий собой гликопротеин, является единственным фактором гемопоэза, способным стимулировать его в зависимости от уровня потребности тканей в кислороде. ЭПО способствует созреванию стволовых гемопоэтических клеток до клеток эритроидного ростка, стимулирует включение железа в гем и подавляет апоптоз клеток прогениторного ряда. Основными клетками, продуцирующими до 90% ЭПО, являются фибробласты I типа, располагающиеся в перитубулярном интерстиции коркового и наружного мозгового слоя почек. Гипоксия приводит к активации экспрессии гена ЭПО и усилению его транскрипции. При ХПН этот механизм нарушается в силу того, что часть фибробластов, ответственных за синтез ЭПО, разрушается, а часть трансформируется в миофибробласты. Это ведет к нарушению стимуляции синтеза ЭПО, опосредованному отсутствием адекватной реакции на

гипоксию при анемии ренального и другого характера при ХПН [3,5,14,15].

При ХПН эритроидные клетки в большей степени разрушаются в костном мозге или выходят в кровоток, не достигнув полного созревания, что было охарактеризовано как неэффективный эритропоэз. Также определенное влияние оказывает тромбоцитарная дисфункция, обуславливающая кровоточивость, действие уремических токсинов на эритроциты, снижение уровня железа из-за неадекватного всасывания в кишечнике и гемодиализных кровопотерь и удаление при гемодиализе фолиевой кислоты [2]. В норме секреция эритропоэтина и эритропоэз находятся в сбалансированном состоянии, поддерживающем равенство между продукцией и гибелью эритроцитов. Анемия при ХПН в большинстве случаев нормоцитарная и нормохромная, а при развитии недостаточности железа — гипохромная. При патологии почек обратная линейная зависимость между уровнем плазменного эритропоэтина и концентрацией гемоглобина отсутствует, в результате чего синтез эритропоэтина не увеличивается пропорционально тяжести анемии. Это приводит к развитию неэффективного эритропоэза, сопровождающегося внутрикостномозговым гемолизом и сокращением средней продолжительности жизни эритроцитов [3,9]. Эритропоэтиндефицитная анемия свойственна больным с ХПН, находящимся на диализе, при этом после аллотрансплантации почки анемия встречается редко [8,16].

В последние годы определена функция фактора врожденного иммунитета гепсидина как универсального отрицательного регулятора обмена железа [10], также продемонстрирована его роль в прогрессировании сердечно-сосудистых осложнений [17] и ХБП [13]. Изучается клиническое значение исследования уровня растворимых рецепторов трансферрина как маркера ответа на эритропоэз-стимулирующую терапию. Детализируются данные о роли ферритина и трансферрина как возможных показателей резистентности анемии [15]. Таким образом, профилактика, своевременная диагностика и коррекция анемии при ХБП в целом и нарушений феррокинетики в частности, направлены на рено-, кардио- и вазопротекцию, улучшение качества жизни, снижение частоты госпитализаций и смертности [16,18,19,20].

Дефициту образования эритропоэтина принадлежит ведущая роль в развитии анемии при ХБП. Эритропоэтин — это гликопротеин с молекулярной массой 30400 Да, состоящий из 165 аминокислот и 4 углеводных цепей. Он относится к группе поздно действующих линейной специфических ростовых факторов, способствует пролиферации и дифференцировке в костном мозге клеток эритроидного ряда и синтезу в них гемоглобина [21]. При этом основной точкой приложения действия эритропоэтина являются бурст-иколониеобразующие единицы гранулоцитарно-моноцитарно-мегакариоцитарно-эритроцитарные, на которых имеются специфические рецепторы. Помимо гемопоэтической эритропоэтин обладает рядом других функций: нейропротективная, гемостазиологическая и антиоксидантная [16].

У взрослого человека продукция эритропоэтина в основном осуществляется почками, на долю неренального эритропоэтина, синтезируемого клетками печени, легких, мозга, селезенки и яичек, приходится только 10 % [12]. Вопрос идентификации эритропоэтин-продуцирующих клеток почек активно изучается многочисленными исследовательскими группами. Считается, что эти клетки располагаются в интерстиции коркового вещества почки, в области пониженного парциального давления кислорода. Различные авторы к эритропоэтин-продуцирующим клеткам относят интерстициальные фибробластоподобные [1], капиллярные эндотелиальные и тубулярные клетки. Причем отмечено, что при ХБП происходит трансформация эритропоэтинпродуцирующих клеток в фибробластоподобные, что выступает в качестве причины развития фиброза почек [22].

Уровень эритропоэтина в крови зависит от парциального давления кислорода: при его снижении концентрация

гормона возрастает в сотни и тысячи раз [19]. Данный механизм реализуется при участии hypoxia-inducible factor1 (HIF-1) (гипоксией индуцируемый фактор 1), являющегося универсальным регулятором гомеостаза кислорода. HIF-1 относится к транскрипционным факторам, состоит из двух субъединиц: одной альфа- (HIF α) и одной бета-субъединицы (HIF β). HIF α существует в виде множественных изоформ (HIF1 α , HIF2 α и HIF3 α) с различными биологическими свойствами. В условиях нормального парциального давления кислорода происходит быстрая деградация α -субъединицы благодаря гидроксигированию. При развитии гипоксии ингибируется разрушение HIF α , усиливается ее димеризация с HIF β , в результате комплекс HIF-1 длительно активирует транскрипцию гена эритропоэтина, как следствие, повышается концентрация последнего [7].

Фиброз интерстиция, возникающий и прогрессирующий при ХБП, приводит к уменьшению числа эритропоэтин-продуцирующих клеток почек. Кроме того, наблюдаемое при ХБП высокое содержание активных форм кислорода [11], контролю, что может быть связано с взаимодействием с диализной мембраной [23]. Также продемонстрирована различная способность Интерлейкин 3 (ИЛ-3) стимулировать клетки-предшественницы в зависимости от типа используемой диализной мембраны invitro. ИЛ-6, который с одной стороны усиливает пролиферацию дремлющих примитивных предшественников, в том числе путем усиления ИЛ-3-зависимой пролиферации стволовой кроветворной клетки, с другой — является провоспалительным цитокином, обеспечивающим, в том числе, стимуляцию синтеза отрицательного регулятора обмена железа — гепсидина, что, в свою очередь, является одной из причин резистентности к терапии препаратами эритропоэтина [17].

Уремические токсины обладают антипролиферативным действием на эритроциты, сокращают продолжительность жизни эритроцитов (период жизни эритроцита укорочен до 1/3-2/3 от нормальной величины), а также ускоряют деградацию HIF1 α , что приводит к снижению продукции эритропоэтина [6,11,24].

Вторичный гиперпаратиреоз, частота встречаемости которого варьирует по данным различных авторов от 24 до 56 % в зависимости от стадии ХБП [20], выступает в качестве причины развития вторичного миелофиброза [6], что обуславливает плохой ответ на терапию эритропоэз-стимулирующими препаратами [19]. Паратиреоидный гормон (ПТГ) рассматривается также как возможный ингибитор эритропоэза на уровне клеток-предшественниц. Ряд авторов считает, что ПТГ повышает осмотическую ломкость эритроцитов, что способствует их гемолизу [18].

Кроме того, ХБП рассматривается как состояние хронического воспаления в связи с повышенной продукцией воспалительных маркеров, что является одной из причин резистентности к терапии эритропоэтинами, а также определяет более высокую смертность пациентов. Цитокиновый каскад запускается вследствие хронической иммунной активации из-за контакта лейкоцитов пациента с диализной мембраной, рецидивирующих инфекций на фоне приобретенного иммунодефицита, наличия коморбидных состояний [4,21,25]. За счет оксидативного стресса происходит окисление фосфолипидов мембраны эритроцитов, что способствует сокращению продолжительности их жизни [25]. Известно, что процедура ГД также способствует развитию анемии. Гемолиз может возникать в результате механического повреждения эритроцитов при прохождении через контур, при перегреве диализата, при использовании гипосолеяльного диализа, вследствие присутствия водных контаминант (медь, цинк, нитраты и др.) при неудовлетворительной работе системы обратного осмоса [18].

Имеются данные о том, что на фоне ГД уменьшается содержание 2,3-дифосфоглицериновой кислоты в эритроцитах, что приводит к увеличению сродства гемоглобина к кислороду, то есть оказывает отрицательное влияние на кислородно-транспортную функцию крови, увеличивая клинические проявления тканевой гипоксии [13].

Алюминиевая интоксикация у больных на ГД возникает как из-за избыточного содержания металла в диализирующем растворе, так и при применении алюминий-содержащих лекарственных препаратов. При этом алюминий блокирует рецепторы трансферрина, что приводит к нарушению обмена железа [25].

По данным ряда авторов, недостаточность питания встречается у половины больных, получающих терапию хроническим ГД, что также способствует прогрессированию анемии. Основными причинами неудовлетворительного нутритивного статуса выступают: снижение потребления основных нутриентов (белок, витамины и др.), увеличение их потерь, метаболические нарушения, интеркуррентные заболевания, особенно патология желудочно-кишечного тракта, влияние факторов, связанных с самой процедурой ГД [13].

Помимо недостаточности питания к дефициту фолатов приводит также ингибирование уремическими токсинами их мембранного транспорта, потеря фолиевой кислоты как легко диализируемого субстрата [6].

Особый интерес представляет влияние ряда лекарственных препаратов на развитие анемии. Так, широкое применение блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), сартаны), приводит к накоплению эндогенного ингибитора эритропоэза – тетрапептида AcSDKP (N-ацетил-серил-аспартиллизил-пролила) [10].

Продемонстрировано стимулирующее влияние ангиотензина II на пролиферацию предшественников эритропоэза, его участие в регуляции метаболизма железа (увеличение экспрессии мРНК рецепторов трансферрина, ферропортина и гепсидина в почках крыс), а также нивелирование этого эффекта под действием лозартана [26].

Показано также влияние β -адренорецепторов на эритроциты. В исследовании COMET (Carvedilol Or Metoprolol European Trial) прием карведилола приводил к незначительному, но достоверному снижению уровня гемоглобина по сравнению с метопрололатаргратом, что может быть связано с блокадой β_2 -адренорецепторов клеток юкстагломерулярного аппарата с последующим снижением продукции эритропоэтина и блокадой β_2 -адренорецепторов клеток эритроидного ряда [23].

Для пролиферации и дифференцировки клеток эритроидного ряда под действием эритропоэтина необходим кальций, поступление которого в клетку из экстрацеллюлярного пространства прекращается под действием блокаторов кальциевых каналов. Подобный эффект в виде достоверного снижения уровня гемоглобина у пациентов с ХБП на додиализной стадии, получавших блокаторы кальциевых каналов был продемонстрирован в исследовании M.A. Cikrikcioglu соавт. (2013) [27].

Использование цитостатиков (циклофосфан, азатиоприн, метотрексат и др.) подавляет эритропоэз. Ряд лекарственных препаратов индуцирует развитие гемолитической анемии (антибиотики, моноклональные антитела и др.). Глюкокортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты за счет ulcerогенного действия на слизистую желудочно-кишечного тракта способствуют развитию железодефицита. Последствиями ренальной анемии у детей с ХБП являются отчасти многие симптомы уремического периода, перечисленные ниже. Снижение выраженности этих симптомов по мере коррекции анемии подтверждает данную взаимосвязь, способствует замедлению прогрессирования ХБП и снижению смертности больных от сердечно-сосудистых осложнений [6, 17, 28].

Несмотря на многочисленные доказательства позитивного влияния коррекции анемии у детей с ХБП на замедление ее прогрессирования и профилактику осложнений, часто проблеме не уделяется должного внимания ни в плане диагностики, ни в плане лечения. По данным американских регистров, большинство детей с ХБП к моменту начала диализа имеют уровень гематокрита ниже 30%, а среди всех детей с тХБП целевого уровня гематокрита не достигают 40-60%, что нередко и после 6 месяцев диализа. Проблема

анемии сохраняется для многих детей и после трансплантации почки [3, 14, 29].

Большинство исследований подтверждают вывод о необходимости раннего начального лечения ренальной анемии. При этом считается, что целевые уровни гематокрита должны составлять 33-36%, а гемоглобина >110 г/л. Вместе с тем, многие считают показателем гемоглобина выше 120 г/л нежелательным из-за развития гемоконцентрации, снижающей эффективность диализа и способствующей тромботическим осложнениям [2, 8, 13, 20, 30].

Клинические и лабораторные исследования, рекомендованные для оценки анемии у детей с хроническим заболеванием почек (ХЗП).

Гематокрит менее надежен в клинических условиях, и на этот показатель влияют температура тела, вода в организме, гипергликемия и время хранения до анализа. Для измерений гемоглобина важно также время измерения. Например, у пациентов с ГД, хотя обычно используются уровни гемоглобина в додиализе, неясно, является ли образец для предварительного диализа подходящим, когда у пациентов имеется относительный избыток воды. Пробы после диализа обычно демонстрируют более высокие значения гемоглобина, которые могут быть преувеличены, если неадекватный временной интервал был выделен для уравнивания жидкостных отделений после диализа.

Оценка запасов железа важна для оценки анемии. Для оценки абсолютного и функционального дефицита железа, включая сывороточное железо, ферритин и трансферрин, используется ряд лабораторных мер. Рекомендации NKF-KDOQI для оценки анемии у детей с ХЗП рекомендуют измерения сывороточного ферритина и насыщения трансферрина сывороткой (TSAT) [7].

Идеальные меры для измерения железа гарантируют, что лечение обеспечит стабильный уровень гемоглобина, избегая чрезмерных доз железа. Сывороточное железо используется как мера количества связанного с трансферрином железа в циркуляции [10]. Сывороточный трансферрин, белковый рецептор для циркулирующего железа, является показателем общей связывающей способности железа, но суточные колебания уровня его влияют на статус питания. Сывороточный ферритин показывает уровень сохраненного железа; Однако ферритин является реактором острой фазы и его уровень менее надежен у пациентов с ХЗП. Таким образом, ни одна из мер точно не измеряет дефицит железа [9, 17, 28].

Изучили 47 взрослых пациентов с исходным уровнем ферритина сыворотки менее 600 нг / мл, которые получали внутривенный (IV) декстран железа. Пациенты, у которых гематокрит увеличился на 5% или у которых было снижение дозы их ЕРО на 10% в течение 2 месяцев, классифицировались как имеющие дефицит железа. Эти исследователи обнаружили, что уровни ферритина в сыворотке менее 150 нг / мл имели чувствительность и специфичность 71 и 69%, соответственно, и что насыщения трансферрина менее 21% имели чувствительность и специфичность 81 и 63%, соответственно.

Наиболее приемлемым методом определения статуса железа в педиатрических больных является TSAT, который рассчитывается путем деления сывороточного железа на общую связывающую способность железа и умножения на 100. Общая способность связывания железа является косвенной мерой концентрации трансферрина и получена путем умножения значения трансферрина сыворотки на 1,4. Педиатрическое исследование 160 пациентов на ГД позволило предположить, что TSAT менее 20% является значимым предиктором дефицита железа [31].

Препараты эритропоэтина – это высокоочищенные гликопротеиды с молекулярной массой около 30 кДа, состоят из полипептидных цепей и карбогидратной части, на концах которой расположены сиаловые группы, предотвращающие инактивацию гормона. В зависимости от типов продуцентов и генов выделяют эпоэтины α , β , ω , δ : – ЕРО α и β синтезируются в культурах клеток яичников китайского хомячка (CHO). Если в технологии получения используется природный экспрессируемый ген, то синтезируется эпоэтин α , если копийный ген – эпоэтин β . В

Казахстане зарегистрированы следующие препараты: Эпрекс; Рекормон;

– EPO ω синтезируется в культуре клеток почки детеныша хомячка (ВНК). Имеют более высокий уровень гликозилирования;

– EPO δ синтезирован в культурах клеток человеческой фибросаркомы (линия RT-1080). Он называется генно-активированным EPO, т.к. экспрессия человеческого гена EPO активирована цитомегаловирусом. В отличие от EPO альфа и бета он не содержит N-гликолипидной аминокислоту (Neu5Cс).

Эти препараты разносторонне стимулируют пролиферацию эритроидных клеток, их созревание, скорость синтеза гемоглобина, порфиринов, а также влияют на утилизацию железа, скорость выхода ретикулоцитов из костного мозга в кровь и превращение их в зрелые эритроциты [7,18, 24, 31]. Эффективная доза эпоэтина альфа, назначаемого подкожно, на 22% меньше дозы, необходимой для внутривенного введения. При подкожном способе введения эпоэтин альфа имеет меньшую биодоступность и наибольший период полувыведения по сравнению с внутривенным путем введения [5].

Лечение анемии с использованием препаратов эпоэтина должно состоять из двух этапов: начального, заключающегося в коррекции имеющейся анемии, и этапа поддерживающей терапии. В большинстве случаев эпоэтин альфа назначают 2–3 раза в неделю, учитывая продолжительность периода полувыведения этого препарата [30]. По результатам проведенного мета-анализа рандомизированных исследований существенной разницы между введением эпоэтина у пациентов на гемодиализе с одно-, двух- и трехкратным интервалом в неделю выявлено не было [14]. Подкожное введение эпоэтина рекомендовано как пациентам с додиализными стадиями ХПН и больным на программном гемодиализе, так и пациентам, перенесшим трансплантацию почки [3, 5, 29]. Также не стоит забывать о необходимости коррекции недостатка железа при анемии у больных с ХПН. Железосодержащие препараты и препараты эпоэтина взаимодействуют как синергисты. Препараты эпоэтина стимулируют синтез примерно 2 млн новых эритроцитов в секунду [14], при недостатке доступного железа из костного мозга в кровь поступают ретикулоциты с пониженным содержанием гемоглобина [12]. В свою очередь, наличие адекватного количества доступного железа стимулирует эритропоэз и сокращает потребность в эпоэтине [5, 27].

Помимо использования препарата эпоэтина для лечения анемии при ХПН его применение показано для профилактики и лечения анемий у больных с солидными опухолями; с анемией и вирусом иммунодефицита человека, вызванных применением зидовудина, при уровне эндогенного эпоэтина менее 500 МЕ/мл; для профилактики и лечения анемий у больных с миеломной болезнью, неходжкинскими лимфомами низкой степени злокачественности, хроническим лимфолейкозом, ревматоидным артритом; для лечения анемии у недоношенных детей, родившихся с низкой массой тела (до 1,5 кг); в качестве подготовительной программы перед

обширным хирургическим вмешательством у больных с уровнем гематокрита, равным 33–39% [15]. Во время лечения рекомбинантными человеческими эпоэтинами необходимо контролировать уровень АД и количество тромбоцитов, уровень гематокрита и ферритина. У больных с контролируемой артериальной гипертензией или тромботическими осложнениями в анамнезе может потребоваться повышение дозы гипотензивных препаратов и/или антикоагулянтов. При наличии факторов риска систолической артериальной гипертензии дозу эпоэтина следует повышать не чаще 1 раза в месяц и не более чем на 20 ЕД/кг массы тела, чтобы ежемесячный прирост гемоглобина был ниже 1 г/дл (соответственно прирост гематокрита – не более 0,5%).

При назначении пациентам с печеночной недостаточностью возможны замедление метаболизма эпоэтина альфа и выраженное усиление эритропоэза. Перед проведением планового хирургического вмешательства пациенты, находящиеся на терапии эпоэтином альфа, должны получать адекватную профилактическую антитромбоцитарную терапию. В очень редких случаях при длительном применении эпоэтина для терапии анемических состояний может наблюдаться образование нейтрализующих антител к эпоэтину [19]. Таким образом, препарат эпоэтина, применяемый для патогенетической терапии анемии у больных с ХПН, увеличивает выживаемость и повышает качество жизни больных, обладая при этом необходимой безопасностью и эффективностью [4,24].

Побочные эффекты рЭПО: артериальная гипертензия, образование тромбов в гемодиализном контуре, тромбоз артериовенозной фистулы, развитие дефицита железа, гиперкальциемия, тромбоцитоз, гиперфосфатемия, головная боль, боль в местах подкожного введения, гриппоподобный синдром.

В ряде случаев констатируется резистентность к терапии рЭПО. Ее критерием является отсутствие достижения целевого уровня гемоглобина на дозе более 300 МЕ/кг в неделю. Отчасти это может быть обусловлено такими сопутствующими нарушениями, как гемолиз, нарушение нутритивного статуса, железодефицит, инфекции и воспалительный процесс, выраженный гиперпаратиреозом с фиброзом костного мозга, дефицит фолата, витаминов В12 и С, неадекватный диализ, алюминиевая токсичность, ингибиторы АПФ. Устранение этих факторов может способствовать повышению терапевтической эффективности [31].

Таким образом, этиология и лечение анемии являются сложными у пациентов с ХЗП, с текущим управлением и терапевтическими решениями, основанными на результатах как взрослых, так и педиатрических исследований. EPO и IV терапия железа революционизировали лечение анемии у больных с ХБП. Нефрологам рекомендуется использовать современные клинические руководящие принципы и лучшие доказательства в сочетании с их клиническим опытом, чтобы оптимально управлять пациентами с анемией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Emad E. Ghobrial, Khaled M. The effect of anemia management on chronic renal failure progression // Egyptian Pediatric Association Gazette. — 2013. - №6. - P. 37–41.
- 2 Земченков А.Ю., Герасимчук Р.П., Костылева Т.Г. Жизнь с хронической болезнью почек: Беседы с пациентом. - СПб.: 2013. - 186 с.
- 3 Лапина Е.С. Особенности феррокинетики и течения анемии у пациентов с хронической болезнью почек, получающих гемодиализ: Дис. ... канд.мед.наук - Ростов-на-Дону, 2016. - 68 с.
- 4 Habibur Rahman, Salma Jahan, Afroza Begum, Golam Muinuddin, MM Hossain. Use of Recombinant Human Erythropoietin in Renal Anemia in Children // Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Journal. — 2009. - №2(1). - P. 50-53.
- 5 Блиндарь В.Н., Зубрихина Г.Н. Диагностическая значимость определения уровня эпоэтина в клинической практике // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2007. - №18(1). - С. 10-15.
- 6 Del Vecchio L, Locatelli F. New treatment approaches in chronic kidney disease-associated anaemia // Expert Opinion on Biological Therapy. — 2014. - №14(5). - P. 687-696.
- 7 Agents for anaemia in predialysis patients (Protocols). Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – Issue. 5. – 61 p.
- 8 Игнатова М.С. Детская нефрология: Руководство для врачей. 3-е изд. - М.: МИА, 2011. – 588 с.

- 9 Климова Е.А. Методы коррекции анемии у больных с хронической почечной недостаточностью // Русский медицинский журнал. — 2011. - №29. - С. 1808-1816.
- 10 ЛойманнЭ, Цыгин А.Н., Саркисян А.А. Детская нефрология. Практическое руководство. – М.: Литерра, 2010. – 318 с.
- 11 Лоскутова С.А., Понькина Е.А., Пантелеева Е.Ю. Хроническая почечная недостаточность у детей Новосибирской области // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2010. - №2. - С. 10-14.
- 12 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group // *KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease*. – 2012. -Suppl. 2. – P. 58-64.
- 13 Koshy S.M., Geary D.F. Anemia in children with chronic kidney disease // *Pediatric Nephrology*. — 2008. - №23(2). - P. 209-219.
- 14 Мазур Л.И., Маковецкая Г.А., Балашова Е.А. Особенности формирования ренальной анемии при хронической болезни почек (ХБП) у детей // *Практическая медицина*. - 2008. - №30. - С. 75-76.
- 15 Маковецкая Г.А., Мазур Л.И., Балашова Е.А. Особенности формирования анемии при хронической болезни почек у детей // *Педиатрия*. — 2009. - №87(3). - С. 6-12
- 16 Раздолькина Т.И. Особенности хронической почечной недостаточности у детей // *Трудный пациент*. — 2013. - №2. - С. 16-20.
- 17 Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анемии при хронической почечной недостаточности у детей. – М.: 2015. – 114 с.
- 18 Чугунова О.Л., Макулова А.И., Лифшиц В.И. Диагностика и лечение почечной недостаточности у новорожденных и детей первых месяцев жизни // *Педиатрия*. — 2007. - №86(6). - С. 40-45.
- 19 Эрман М.В. Нефрология детского возраста. Руководство для врачей. - М.: Спецлит, 2010. - 683 с.
- 20 Agnes V. Fogo. Mechanisms of progression of chronic kidney disease // *Pediatric Nephrology*. — 2007. - № 22(12). - P. 2011-2022.
- 21 Albaramkij, HodsonEM, CraigJ.C. Parenteral versus oral iron therapy for adults and children with chronic kidney disease // *Cochrane Database of Systematic*. - 2012. - №1. - P. 88-96.
- 22 WühlE., Schaefer F. Therapeutic strategies to slow chronic kidney disease progression // *Pediatric Nephrology*. — 2008. - №23 (5). - P. 705-716.
- 23 Мартынович Н.Н., Прокопьева О.В. Хроническая болезнь почек и хроническая почечная недостаточность у детей // *Сибирский медицинский журнал*. — 2008. - №1. - С. 106-108.
- 24 MilovanovLuS, MilovanovaLlu. Long-acting erythropoietin efficacy in the treatment of nephrogenic anemia in patients with chronic kidney disease during predialysis stage // *TerapevticheskiArkiv*. - 2012. - №84(6). - P. 48-52.
- 25 Puretić Z. Characteristics of anaemia treatment in children with chronic kidney disease // *ActaMedicaCroatica*. — 2009. - №63(1). - P. 27-32.
- 26 Мухин Н.А. Нефрология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 590 с.
- 27 Ribeiro S., Costa E., Belo L. rEPO for the Treatment of Erythropoietin Resistant Anemia in Hemodialysis Patients – Risks and Benefits // *Hemodialysis*. - 2013. - №16. - С. 291-314.
- 28 Панкратенко Т.Е., Абасеева Т.Ю., Маргиева Т.В. Анемия у детей с хронической болезнью почек // *Педиатрическая фармакология*. — 2011. - №8(3). - С. 80-84.
- 29 Папиш Т.Г., Ротаренко И.В., Ушакова Е.С. Хроническая почечная недостаточность и современные методы ее лечения // VI Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум». – 2014. – P. 12-16.
- 30 The National Kidney Foundation KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendation
- 31 <http://www/kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines.cfm>,
- 32 http://www/kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_rus/ doqiforeign.html (перевод на русский)
- 33 Tsubakihara Y., Nishi S., Akiba T. 2008 Japanese Society for Dialysis Therapy: Guidelines for Renal Anemia in Chronic Kidney Disease // *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. — 2010. - №14(3). - P. 240-275.

Е.А.Перистая, О.А. Васильчук, М.А. Жусупбекова, И.А. Мочалкин, А.К.Ержанов

БҮЙРЕКТИҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ БАРАСЫНДАҒЫ АНЕМИЯ ДИАГНОЗЫНДАҒЫ ЭРИТРОПОЭТИН

Түйін: анемия бүйрек ауруларымен ауыратын науқастарда өте жеі кездесетін бенгілердің бірі. Анемия генезісі өте күрделі. Созалмалы бүйрек ауруымен ауыратын науқастың өмір саласын жақсарту үшін, рекомбинанты эритропоэтинді дәрі-дәрмектермен дұрыс терапия жүргізу қажет. Бүйректің созылмау ауру барасындағы анемиялық белгінің терапиясы, науқастың өмірінің саласы мен жағдайын жақсартады.

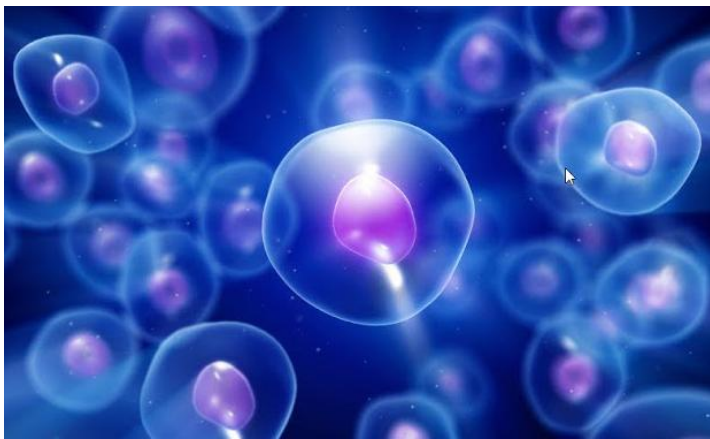
Түйінді сөздер: анемия бүйрек ауруларымен ауыратын, эритропоэтин, анемия.

E.A.Peristaya, O.A. Vasilchuk, M.A. Zhussupbekova, I.A. Mochalkin, A.K.Erzhano

ERYTHROPOIETIN IN DIAGNOSIS OF ANEMIA IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

Resume: anemia is a fairly common symptom in chronic kidney disease. The genesis of anemia, however, is quite complex. To improve the quality of life of patients with chronic kidney disease, it is necessary to carry out competent therapy with replacement drugs of recombinant erythropoietin. Adequate therapy of anemic syndrome in chronic kidney disease improves the quality of life and the prognosis of patients.

Keywords: chronic kidney disease, erythropoietin, anemia.



ОНКОЛОГИЯ

ONCOLOGY

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В КАЗАХСТАНЕ

²Р.А. Керимов, ¹Б.Д. Сексенбаев, ¹Б.К. Нурмашев, ²М.Е. Жантеев

¹Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,

²Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави

Во всем мире наблюдается рост заболеваемости раком толстой и прямой кишки. За 2016 год в мире было зарегистрировано более 1,5 млн случаев колоректального рака. Однако качество своевременной диагностики данного заболевания неоднородно и сильно зависит от развитости системы здравоохранения. В связи с этим клиническая картина впервые выявленных случаев различается в разных регионах мира, так как зависит от стадии заболевания, на которой оно было установлено. Целью данного исследования являлось выявление клинико-лабораторных диагностических критериев колоректального рака, наиболее значимых для населения Казахстана. В рамках настоящей работы был проведен ретроспективный анализ 1570 случаев, зарегистрированных в онкологических центрах 4 областей республики. Для анализа был использован метод построения ROC-кривых. В результате была дана количественная оценка чувствительности, специфичности и прогностической ценности диагностических тестов для выявления изучаемого заболевания в пределах анализируемого населения. Результаты исследования показали, что гемоглобин и СОЭ обладают хорошей прогностической ценностью в диагностике изучаемого заболевания (чувствительность 67,2% и 79,7% соответственно, показатель AUC >0,8 в обоих случаях).

Ключевые слова: рак толстой и прямой кишки, диагностические критерии, Казахстан

УДК 616.351-006.6-07 (574)

Введение.

Согласно данным ВОЗ, в 2016 году колоректальный рак являлся вторым по распространённости злокачественным новообразованием среди женщин (614 тысяч новых случаев) и занимал третье место среди мужчин (746 тысяч случаев за тот же период) [1]. Наивысший уровень заболеваемости отмечался в Австралии и Новой Зеландии, наименьший – в Западной Африке [1]. Уровень заболеваемости колоректальным раком значительно варьировал в разных странах. Однако Казахстан находится в числе стран, где данный показатель растёт из года в год: в 2010 году колоректальный рак находился на 5-м месте в структуре общей онкозаболеваемости [1], в 2014 он переместился на третье место [2]. Данный рост заболеваемости был спрогнозирован ещё Международным агентством по изучению рака в 2003 году [3]. В этой связи особо важной становится своевременная диагностика данной нозологии среди населения. Диагностические критерии, которые могли бы облегчить данную задачу, в отношении рака толстой и прямой кишки известны в мировой литературе (результаты колоноскопии, ирригоскопии, пробы на скрытую кровь, лабораторные показатели крови и др.). Однако следует учитывать, что клиническая картина данного заболевания зависит от качества ранней диагностики заболевания. Ведь согласно статистическим данным, около половины впервые выявленных случаев колоректального рака в Казахстане оказывается на поздних стадиях (в то время как в странах

запада этот показатель составлял лишь 1/5 часть всех случаев) [4, 5]. В связи с этим клиническая картина впервые выявленных случаев колоректального рака будет значительно варьировать в разных странах, что приведёт к неоднозначным усреднённым показателям клинико-лабораторных показателей. Данное обстоятельство требует количественного измерения характеристик диагностических критериев рака толстой и прямой кишки для нашего населения, что в свою очередь позволит дать оценку тем или иным лабораторным показателям для диагностики данного заболевания в настоящих условиях.

Цель исследования: Выявить клинико-лабораторные диагностические критерии колоректального рака, наиболее значимые для населения Казахстана.

Материалы и методы.

В рамках ретроспективного исследования анализировались истории болезней пациентов с изучаемым заболеванием, зарегистрированных в Онкологических центрах Южно-казахстанской, Восточно-казахстанской, Мангистауской и Карагандинской областей (г. Шымкент, г. Усть-Каменогорск, г. Актау и г. Караганда соответственно). В обзор включался каждый 3-й случай заболевания за 2011-2016 годы. Всего было отобрано 1570 историй, содержащих сведения об изучаемом заболевании: 256 из Южно-Казахстанской, 516 из Восточно-казахстанской, 115 из Мангистауской, 683 из Карагандинской областей.

Для сравнения была сформирована контрольная группа, включавшая пациентов, чьи диагнозы злокачественного

новообразования не подтвердились. Одними из важных критериями отбора для контрольной группы являлись возраст и пол: важно было сформировать сравниваемые группы так, чтобы их половозрастные характеристики в известной мере были однородными.

Истории болезни обеих групп анализировались по таким клинико-лабораторным показателям, как гемоглобин, СОЭ, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, цветовой показатель, холестерин, общий билирубин, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, АлаТ, АсаТ. За нормы данных показателей брались величины, принятые в Республике Казахстан.

Для каждого из указанных диагностических критериев проводился расчёт чувствительности и специфичности (Se и Sp соответственно); на основании показателей чувствительности и специфичности вычислялись отношения правдоподобия для положительного и отрицательного результата теста (LR+ и LR- соответственно). Для каждого клинического показателя строилась ROC-кривая, которая демонстрировала прогностическую ценность диагностического теста с учётом его чувствительности и специфичности. Особое внимание в данном графике уделялось показателю AUC (area under ROC curve) – площадь, ограниченная ROC-кривой и диагональной линией отсутствия эффекта (где чувствительность и специфичность сформированы совпадениями). Значение

AUC даёт количественную интерпретацию графика, показывает качество прогностичности рассматриваемого диагностического критерия. Чем больше площадь под кривой, тем выше прогностичность изучаемого диагностического теста. Значение AUC рассчитывалось по умолчанию программой SPSS при построении ROC-кривой. Интерпретация значения AUC проводилась следующим образом:

0,6 и ниже – диагностический тест бесполезен для использования;

0,6-0,7 – тест с плохой прогностичностью;

0,7-0,8 – тест с удовлетворительной прогностичностью;

0,8-0,9 – тест с хорошей прогностичностью;

0,9-1 – тест с отличной прогностичностью.

Важно отметить то, в какую сторону изучалось отклонение показателя – в сторону повышения или уменьшения по сравнению с нормой. В сторону повышения анализировались СОЭ, тромбоциты, лейкоциты, холестерин, общий билирубин, мочевины, креатинин, глюкоза, АлаТ, АсаТ; в сторону уменьшения: гемоглобин, эритроциты, цветовой показатель, общий белок.

Результаты.

Всего было проанализировано по 1570 историй болезней пациентов из основной и контрольной групп. В таблице 1 представлена общая характеристика сравниваемых групп.

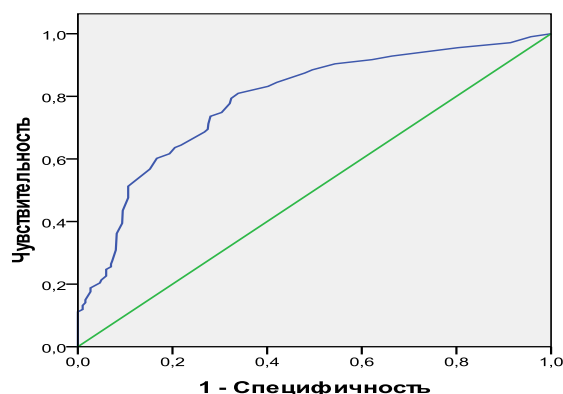
Таблица 1 – Общая характеристика пациентов основной и контрольной групп

	Основная группа	Контрольная
Возраст		
Средний возраст	62,9	58,3
Медиана возраста	64	57
Пол		
Женщины	897 (57,1%)	891 (56,8%)
Мужчины	673 (42,9%)	679 (43,2%)
Этничность		
Казахи	545 (34,7%)	895 (57%)
Русские	865 (55,1%)	502 (32%)
Другие	160 (10,2%)	173 (11%)
Всего	1570 (100%)	
Регионы		
ЮКО	256 (16,3%)	256 (16,3%)
ВКО	516 (32,9%)	516 (32,9%)
Мангистауская область	115 (7,3%)	115 (7,3%)
Карагандинская область	683 (43,5%)	683 (43,5%)
Всего	1570 (100%)	

Построение ROC кривых показали (см. рисунок 1), что хорошей прогностической ценностью в диагностике колоректального рака обладают гемоглобин, СОЭ (показатели AUC равны 0,817 и 0,82 соответственно). Анализ форменных элементов крови продемонстрировал удовлетворительные показатели для диагностики

изучаемого заболевания. Критериями с плохой прогностичностью в отношении данной нозологии явились такие показатели, как общий билирубин, мочевины, холестерин (AUC равен 0,26, 0,55, 0,41 соответственно) (см. рисунок 2).

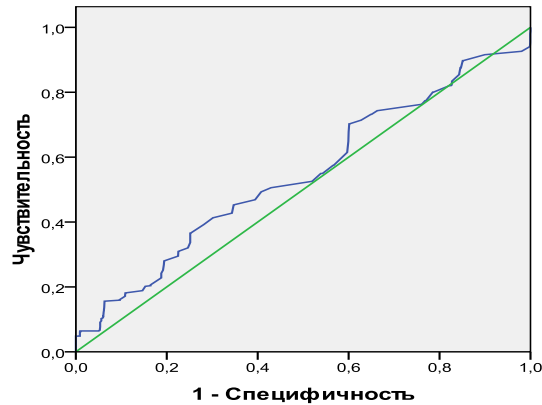
Кривые ROC



Диагональные сегменты формируются совпадениями.

Рисунок 1 - ROC-кривая для гемоглобина (AUC=0,82)

Кривые ROC



Диагональные сегменты формируются совпадениями.

Рисунок 2 - ROC-кривая для мочевины (AUC=0,55)

Чувствительность для гемоглобина и СОЭ оказалась наивысшей среди сравниваемых лабораторных показателей (67,2% и 79,7% соответственно).

Величины чувствительности, специфичности, отношений правдоподобий и AUC для рассматриваемых лабораторных показателей представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Сводная таблица для изученных диагностических критериев

Критерий (ед. измерения)	Среднее (осн./контр.)*, значение p.	Чувств-ть, %	Специф-ть, %	LR (+)	LR (-)	AUC (95% ДИ), значение p
Гемоглобин (г/л)	113,3/138,5 p<0,001	67,2	83,8	4,2	0,39	0,817 (0,802-0,832), p<0,001
СОЭ (мм/ч)	26,4/12,7 p<0,001	79,7	64,4	2,2	0,31	0,82 (0,771-0,803), p<0,001
Тромбоциты (*10 ⁹ /л)	328/247,4 p<0,001	43,4	91,5	5,13	0,62	0,712 (0,694-0,730), p<0,001
Эритроциты (*10 ¹² /л)	4,18/4,74 p<0,001	31,8	99,5	62,4	0,68	0,749 (0,732-0,766), p<0,001
Лейкоциты (*10 ⁹ /л)	7,9/5,8 p<0,001	26,7	96,7	8,1	0,76	0,727 (0,709-0,747), p<0,001
Цветовой показатель	0,82/0,9 p<0,001	48,9	79,3	2,36	0,64	0,7 (0,670-0,706), p<0,001
Холестерин (ммоль/л)	4,8/5,1 p<0,001	34,6	61,4	0,89	1,07	0,412 (0,392-0,432), p<0,001
Общий билирубин (мкмоль/л)	12,9/16,7 p<0,001	6,7	96,2	1,78	0,97	0,261 (0,243-0,279), p<0,001
Общий белок (г/л)	66,7/70,6 p<0,001	39,6	75,6	1,62	0,8	0,631 (0,611-0,650), p<0,001
Мочевина (ммоль/л)	5,54/5,08 p<0,001	8,5	94,6	1,58	0,97	0,546 (0,525-0,566), p<0,001
Креатинин (мкмоль/л)	90,5/75,7 p<0,001	13,4	99,7	42	0,87	0,651 (0,632-0,670), p<0,001
Глюкоза (ммоль/л)	5,59/5,22 p<0,001	21	87,8	1,7	0,9	0,672 (0,653-0,691), p<0,001
АлаТ (Ед/л)	19,7/32,1 p<0,001	5,7	93,7	0,91	1	0,157 (0,142-0,172), p<0,001
АсаТ (Ед/л)	23,3/25,9 p<0,01	7,1	95,4	1,53	0,97	0,328 (0,309-0,347), p<0,001

* основная и контрольная группы

Обсуждение и заключение.

Результаты настоящего исследования показали, что такие лабораторные показатели, как гемоглобин и СОЭ обладают хорошей прогностичностью в диагностике рака толстой и прямой кишки; уровень эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, а также цветовой показатель продемонстрировали удовлетворительные результаты; остальные (АлаТ, АсаТ, глюкоза, креатинин, мочевина, общий белок крови, общий билирубин, холестерин) обладают либо плохой прогностичностью, либо являются бесполезными в диагностике колоректального рака. Каждый диагностический критерий был изучен при помощи расчёта чувствительности и специфичности. Дополнительно полезность каждого теста была проверена при помощи построения ROC-кривой с предоставлением таких показателей, как площадь под кривой (показатель AUC) и

значение p. Комбинированная интерпретация указанных методик даёт довольно достоверные результаты.

Результаты настоящего исследования могут свидетельствовать в пользу того, что пациенты обращаются за медицинской помощью после длительных кровопотерь (статистически значимо более низкие средние показатели гемоглобина, эритроцитов, цветového показателя), с присоединением воспалительного компонента к патологическому процессу (статистически значимо повышенный средний уровень СОЭ).

Выводы.

1. Показатели гемоглобина, СОЭ обладают хорошей прогностической ценностью в диагностике колоректального рака;
2. Показатели форменных элементов крови (эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, цветového показателя) –

удовлетворительно прогностичны для диагностики данного заболевания;

3. Биохимические показатели (холестерин, общий билирубин, общий белок, мочеви́на, креатинин, глюкоза,

АлаТ, АсаТ) оказались слабо информативными в выявлении данной нозологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Colorectal Cancer: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. Available at http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Accessed: March 1, 2017.
- 2 Ромазанов А. К стандартам мировой медицины // Казахстанская правда. – 2012, 9 нояб. – С. 5.
- 3 Камхен В.Б., Турбекова М.Н. Преобладающие локализации в структуре заболеваний злокачественными новообразованиями в Казахстане // Медицина. – 2015. – №6(156). – С. 25-27.
- 4 World Health Organization. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>.
- 5 Аксель Е.М., Ушакова Т.И. Статистика заболеваемости и смертности от рака ободочной и прямой кишки // Новое в терапии колоректального рака. – М.: 2001. – С. 6-9.
- 6 Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году. – М.: Антиф, 2010. – 208 с.

²Р.А. Керимов, ¹Б.Д. Сексенбаев, ¹Б.К. Нурмашев, ²М.Е. Жантеев
¹Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы
²Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

ҚАЗАҚСТАНДА КОЛОРЕКТАЛДЫ ҚАТЕРЛІ ІСІКТІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ КРИТЕРИЙЛЕРІ

Түйін: Бүкіл әлемде тоқ ішек пен тік ішектің қатерлі ісігінің аурушандығының өсуі байқалады. 2016 жылға әлемде 1,5 млн колоректалды ісік тіркелген. Алайда, аталған аурудың уақытылы диагностикасының сапасы бір текті емес және денсаулық сақтау жүйесінің дамығандығына өте қатты тәуелді. Осыған байланысты алғаш рет анықталған жағдайлардың клиникалық көрінісінде әлемнің түрлі аймақтарында айырмашылық болады, өйткені ол қойылған аурудың сатысына байланысты. Осы зерттеудің мақсаты, Қазақстанның маңызды аймақтарында колоректалды қатерлі ісіктің клиникалық-зертханалық диагностикалық критерийлерін анықтау. Ол үшін республиканың 4 облыстарының онкологиялық орталықтарында 1570 оқиғасына ретроспективті талдау жүргізілді. Талдау үшін ROC-қисық құру әдісі қолданылған. Нәтижесінде талданатын тұрғындарға зерттелініп жатқан аурудың диагностикалық тестілердің сезімталдық, арнайылық және болжамдық құндылықтардың сандық бағалауы берілді. Зерттеу нәтижесінде, зерттелініп жатқан аурудың диагностикасына гемоглобин және ЭТЖ (сезімталдығы 67,2% және 79,7% - ға, көрсеткіш AUC >0,8 екі жағдайда да) жақсы болжамдық құндылыққа ие екенін көрсетті.

Түйінді сөздер: ішек пен тік ішектің қатерлі ісігінің, диагностикалық критерийлер, Қазақстан

²R.A. Kerimov, ¹B.D. Seksenbayev, ¹B.K. Nurmashev, ²M.E. Zhanteyev
¹South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy
²Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University

DIAGNOSTIC CRITERIA OF COLORECTAL CANCER IN KAZAKHSTAN

Resume: Morbidity rate of colon and rectum cancer increases worldwide. In 2016, there were more than 1.5 millions of new colorectal cancer cases. However, quality of timely diagnostics of the disease is unequal and strongly depends on the development of a healthcare system. In this connection, clinical picture of the cases newly revealed varies in different regions of the World, since it depends on the stage at which the disease was recognized. The goal of the study was to reveal clinical and laboratory criteria which are the most valuable for population of the Kazakhstan. For this purpose, a retrospective analysis of 1570 cases registered at oncology centers of 4 regions of Kazakhstan was performed. For the analysis, method of construction of ROC-curve was applied. As a result, qualitative assessment of sensitivity, specificity and prognostic value of diagnostic tests for revealing the studied disease was performed within analyzed population. The study results shows that hemoglobin and ESR possess good prognostic value for diagnostics of the concerned diseases (sensitivity 67.2% and 79.7% accordingly, AUC > 0.8 for both cases).

Keywords: cancer of colon and rectum, diagnostic criteria, Kazakhstan



ПЕДИАТРИЯ

PEDIATRICS

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА НА ПРИМЕРЕ Г. ШЫМКЕНТ

Г.К. Жайназарова, Г.О. Шойбекова

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави

На основе этой работы было проведено ретроспективное исследование 15 детей с перинатальным ударом 2014 года для лечения в отделении неонатальной патологии ОДБ Шымкент.

Ключевые слова: перинатальный инсульт, parenхиматозное кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние, внутрижелудочковое кровоизлияние

УДК 616.053.2-0.53.31(574.5)

Актуальность темы. Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), проявляющееся внезапным (в течение нескольких минут или часов) развитием очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 ч или приводит к смерти больного в более короткий срок [1]. Актуальность изучения инсультов у детей связана с тем, что в отличие от взрослого ребенка, перенесший инсульт, вынужден развиваться на фоне сформировавшихся неврологических осложнений, а обеспечение потребностей такого ребенка (как медицинских, так и образовательных) весьма дорогостоящее. В некоторых странах отмечается тенденция к росту заболеваемости инсультом у детей. В настоящее время заболеваемость составляет 2—3 случая на 100 000 детей в год (у взрослых — от 1 до 5 случаев на 1000 населения в год) [2]. В США заболеваемость инсультом у детей до 1 года составляет 7,8 случая на 100 000, от 1 года до 18 лет — 2—3 случая на 100 000 [3]. Распространенность Г.И. составляет 2,9 на 100 000 детей в год, ИИ — 7,8 на 100 000 детей в год; 40% всех инсультов развивается у детей в возрасте до 1 года [4]. Общая смертность от детских инсультов в среднем составляет 12%; средний риск повторного инсульта — около 20% [5]. Установление причин острых нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте вызывает значительные затруднения, поэтому инсульты у детей в 20-30% случаев проходят под разнообразными ошибочными диагнозами, а в случае установленного диагноза не всегда удается выявить причину возникновения инсульта, что негативно отражается на тяжести течения, прогнозе и искажает эпидемиологические показатели [3,6]. Эпидемиологические исследования, проведенные во многих странах за последние 10 лет, показали значительный разброс в распространенности и заболеваемости инсультом среди детского населения. В Казахстане были опубликованы результаты научного исследования Лепесовой М.М., Ибатовой С.С. (2006-2008), показавшие, что частота инсультов у детей в структуре перинатальной патологии составила 12,7%, общее число детских инсультов по

г.Алматы за период с 2000 по 2006 гг. - 188 случаев. В то же время, ретроспективное исследование, проведенное в Сингапуре (1999 - 2006) выявило всего 26 случаев инсультов у детей. По данным разных авторов летальность при геморрагических и ишемических инсультах у детей составляет от 7 до 28%, общая смертность - 0,6 случаев на 100 тыс. детей в год [3,6,7]. Исходами инсультов, перенесенных в раннем детском возрасте, являются задержки психомоторного и речевое развитие, грубые двигательные дефекты, симптоматическая эпилепсия [2,4,5,8]. Тяжесть исходов детских инсультов обусловлена реализацией заболевания в важнейший, с точки зрения онтогенеза, период развития ребенка. Результаты научных исследований, проведенных в рамках Научно-технической программы по снижению детской неврологической инвалидности (2006-2008), демонстрируют наибольшую заболеваемость инсультом у детей первого месяца жизни (перинатальный инсульт), в среднем, составившем 26,7%.

Цель исследования: изучение клинических особенностей перинатального инсульта на примере ОДБ г Шымкент.

Материалы и методы исследования: На основе настоящей работы положен ретроспективное изучение 15 детей с перинатальным инсультом находившихся 2014 году на лечение в отделении патологии новорожденных ОДБ г Шымкент.

Нозологические формы перинатального инсульта представлены следующим образом: parenхиматозные (66,6%), субарахноидальные(6,6%) и смешанные(13,3%) и внутрижелудочковые (13,3%). По гендерным признакам мальчики 73,3% и девочки 26,7%.

Исследование проведена методом ретроспективного анализа анамнестических данных с определением возраста развития инсульта, особенности клинических проявления и трапии в острый период. Изучены особенности клинического течения и методы лечения в острый период. Неврологический осмотр детей в остром периоде проведен по классической методике[10]. Анализ компьютерного томографического снимок включал оценку состояние белого, серого вещества,

ликворной системы головного мозга по качественным характеристикам.

Результаты исследования: анализ анамнестических данных пациентов выявил возраст развития перинатального инсульта в группе: ранний неонатальный период и поздний неонатальный период.

При развитии клинических симптомов отмечено: судороги (13%), рвота 40%, отказ от груди 53,3%, выбухающий большой родничок 20% и синдром угнетения сознания 53,3%, апноэ 6,6%, беспокойствие 6,6%. Во всех случаях отмечается госпитализация с первых дней заболевания. Данный контингент детей в остром периоде заболевания получили консервативное лечение. Из них 3 новорожденных с летальным исходом (20%). Наши исследования выявили такие факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения у новорожденных в пре- и перинатальном периоде, как угроза прерывания беременности 3 (20%), нарушение фетоплацентарного кровообращения 2 (13,3%), хроническая внутриутробная гипоксия плода 5 (33,3%),

преждевременные роды 2 (13,3%), раннее излитие околоплодных вод 3 (20%). Полученные данные подтвердили что перинатальный инсульт между 28 недели гестационного периода и первого месяца жизни ребенка.

Выводы: структуре перинатального инсульта у данных детей преобладает признаки общей опасности (по интегрированному ведению болезней детского возраста), а также большой процент летального исхода (20%) что указывает на высокую социальную значимость перинатального инсульта. Несмотря на большое количество исследований данной патологии перинатальный инсульт является, инвалидизирующим заболеванием, что требует дальнейшего улучшения в сфере диагностики и лечения, и комплексной реабилитации. Ретроспективное исследование клинических особенностей перинатального инсульта на примере г. Шымкент иной раз доказывает его значимость в перинатальном смертности.

Ключевые слова: перинатальный инсульт, parenхиматозное кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние, внутрижелудочковое кровоизлияние

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Диагностика и лечение инсульта у детей: учебное пособие. – М.: 2008. – 61 с.
- 2 Евтушенко С.К. Инсульты у детей (клиника, диагностика, лечение). Метод. рекомендации, утвержденные МЗ Украины. – Киев: 2000. – 35 с.
- 3 Зыков В.П., Черкесов В.Г., Степанищев И.Л., Комаров И.Б., Семенова О.И. Популяционное исследование церебрального инсульта у детей в Москве // Альманах клинической медицины. – М.: 2005. – Т.8., Ч.3. – С. 5-9.
- 4 Ибатова С.С. Клинико-функциональные особенности инсультов у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук – Алматы, 2008. – 28 с.
- 5 Чучин М.Ю. Ишемический инсульт в детском возрасте // Инсульт. – 2004. - №11. - С. 27-37.
- 6 Lynch J.K., Deborah G.H., de Veber G. Report of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke Workshop on Perinatal and Childhood // Stroke. Pediatrics. – 2002. - №109. – P. 116-123.
- 7 Fugate S., Roos K.L., Stroke associated with infections including immunizations // Semin Cerebrovasc Dis Stroke. – 2001. - №1. – P. 240-248.
- 8 Fullerton H.J., Chetkovich D.M., Wu Y.W. et al. Deaths from stroke in US children, 1979 to 1998 // Neurology. – 2002. – Vol. 59. – P. 34-39.
- 9 Keidan I., Shahar E., Barzilay Z. et al. Predictors of outcome of stroke in infants and children based on clinical data and radiologic correlates // Acta Paediatr. – 1994. – Vol. 83. – P. 762-765.
- 10 Golomb M.R., MacGregor D.L., Domi T. et al. Presumed pre- or perinatal arterial ischemic stroke risk factors and outcomes // Ann Neurol. – 2001. - №50. – P. 45-59.

Г.К. Жайназарова, Г.О. Шойбекова

Х.А. Ясауи Халықаралық қазақ-түрік университеті

ПЕРИНАТАЛЬДІ ИНСУЛЬТТИҢ ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ НЕГІЗІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Осы жұмыстың негізінде Шымкент қаласындағы Облыстық балалар клиникалық ауруханасының жаңа туылған нәрестелер патологиясы бөлімшесінде 2014 жылы перинатальды инсультпен ем алған 15 баланы ретроспективті зерттеу жүргізілді.

Түйінді сөздер: перинатальді инсульт, субарахноидальді қанқұйылу, parenхиматозды қанқұйылу, қарыншаішілік қанқұйылу

G.K. Jainazarova, G.O. Shoibekova

Kh.A. Yasavi International Kazakh-Turkish University

CLINICAL PECULIARITIES OF PERINATAL INSULT FOR EXAMPLE SHYMKENT C.

Resume: On the basis of this work, a retrospective study of 15 children with a perinatal stroke of 2014 for treatment in the department of neonatal pathology of ODB Shymkent was made.

Keywords: perinatal stroke, parenchymal hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, intraventricular hemorrhage

К ВОПРОСУ О ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ш.К. Батырханов¹, Г.М. Абдуллаева¹, Р.К. Мусабекова¹, Л.Ж. Умбетова¹,
К.Р. Жуманбаева¹, А.Ж. Ахенбекова², А.М. Тажимбетова²

¹Кафедра Пропедевтики детских болезней

Казахского национально-медицинского университета
им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы, Республика Казахстан

²Городская детская клиническая больница №2 г. Алматы, Республика Казахстан

В данной статье представлен анализ особенностей клинических проявлений пневмонии с типичным и нетипичным течением. При назначении антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор и тяжесть состояния.

Ключевые слова: дети раннего возраста, внебольничная пневмония антибактериальная терапия.

УДК 616.24 – 616/057

Актуальность. В настоящее время наиболее серьезную проблему в патологии детей раннего возраста составляют инфекции нижних дыхательных путей, особенно пневмонии. Согласно программе и современной классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний (2009), под внебольничной пневмонией понимают острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48-72 часа госпитализации [1, 2, 3]. Высокая заболеваемость пневмонией приходится на ранний возраст, что обусловлено иммунологической, функциональной и анатомической незрелостью организма ребенка. Эксперты Европейского респираторного общества отмечают, что даже в экономически развитых странах пневмония остается одной из частых причин смертности, особенно в раннем возрасте. Заболеваемость пневмониями

составляет в год около 15-20 на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5-6 случаев на 1000 детей старше 3 лет. Несмотря на снижение летальности от пневмонии за последние 50 лет США и Европе она встречается с частотой от 34 до 40 случаев на 1000 детей [1, 4]. Следует отметить, что основная часть смертности от ОРЗ связана с пневмониями у детей первых лет жизни – ежегодно в мире от них умирает 1,8 млн. детей в возрасте до 5 лет. Смертность от пневмонии среди детей, согласно данным Государственной статистики МЗ РФ, в 2001 году составила 116±3 на 100 000 [4, 5, 6].

В Республике Казахстан отмечается положительная динамика в снижении показателей детской смертности от заболеваний органов дыхания, в том числе пневмоний (рисунок 1).



Рисунок 1 – Доля болезней органов дыхания в структуре младенческой смертности 2005-2013гг по Республике Казахстан (medinfo.kz, 2014)

Подавляющее большинство внебольничных («домашних», «уличных») пневмоний – это результат активации эндогенной бактериальной флоры носоглотки, хотя возможно и экзогенное инфицирование. Многочисленные исследования показали, что клинически здоровые дети в 10-20% случаев при обследовании оказываются транзитными носителями пневмококков, в 3-7% гемофильной палочки или микоплазмы, хламидии пневмонии, в 20-45% различных стафилококков [7]. При лечении пневмонии препаратами выбора в педиатрической практике являются пенициллины широкого спектра-В-лактамы (амоксоциллин, амоксициллин\клавулат, а в качестве альтернативы цефалоспорины II-III поколений и макролиды).

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности антибактериальной терапии при острой внебольничной пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Исследования проводились с 2014 по 2016 годы на базе многопрофильной детской клинической больницы г. Алматы. Ретроспективно проанализировано 125 историй болезни детей первых трех лет жизни с диагнозом внебольничная пневмония, находившиеся на лечении в пульмонологическом отделении за период с 2014 по 2016 годы.

Результаты и обсуждение: этиология пневмонии с типичным течением у наблюдаемых нами больных в возрасте первых шести месяцев жизни была представлена – E.coli, S.aureus, S.epidermidis и Kl.pneumonia. Перечисленные возбудители обуславливали наиболее тяжелые формы течения заболевания. Другая группа пневмонии в этом возрасте была вызвана атипичными возбудителями, в основном Chlamydia trachomatis. С 6 месячного возраста и до 6-7 лет до 60 % всех случаев пневмонии приходилось Streptococcus pneumoniae, в 7-10% случаев Haemophilus influenzae тип b. Микоплазменную чаще диагностировали на 2-3 годах жизни. По особенностям клинических проявлений нами выделены пневмонии с типичным (67 детей – 53,6%) и нетипичным (58 детей – 46,4%) течением. Типичные пневмонии характеризовались четкой очаговой клинической симптоматикой и соответствующей рентгенологической картиной. Для пневмонии с нетипичным течением не было очаговой симптоматики. У детей первых 6 месяцев при типичных пневмониях препаратами выбора были ингибитор-защитный амоксициллин (амоксициллин+клавулановая кислота) или цефалоспорины II поколения (цефуроксим или цефазолин). У части больных нам не удалось определить характер возбудителя. В этой ситуации мы имели в виду, что по клинической картине и рентгенологическим данным

определить этиологию пневмонии не представляется возможным, так как все методы этиологической диагностики имели ретроспективный характер. И при назначении терапии мы руководствовались клиническими показаниями и эпидемиологической ситуацией. Госпитализации подлежали больные с тяжелыми и осложненными формами пневмонии, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, дети с социально-неблагополучными условиями и пациенты раннего возраста (как правило, первого полугодия жизни) при невозможности организации и их лечения в домашних условиях, а также при отсутствии улучшения в динамике терапии.

При среднетяжелых формах пневмонии мы отдавали предпочтение монотерапии пероральным лекарственным препаратом. Правильность выбора антибиотика подтверждалась быстрой положительной динамикой клинического состояния. При отсутствии положительной динамики в течение двух суток решали вопрос о смене антибиотика или использовали комбинацию препаратов для расширения антибактериального спектра.

При атипичной пневмонии, как и при отсутствии положительного эффекта от лечения В-лактамами терапию проводили препаратами макролидного ряда. Основанием для назначения этих препаратов было их антимикробная активность в отношении большинства респираторных патогенов, в том числе атипичных (хламидии, микоплазмы, легионеллы). Новые макролиды лишены недостатков, присущих эритромицину, они обладают удовлетворительными вкусовыми качествами особенно детские формы (суспензии и саше). Реже вызывают побочные реакции, имеют лучшие фармакокинетические параметры, что позволяет принимать их 1-2 раза в сутки коротким курсом.

Низкая токсичность макролидов позволяет использовать их в педиатрии для лечения детей всех возрастных групп. Для всех макролидов характерно наличие постантибиотического эффекта, выражающегося в продолжении в подавления роста бактерии после

прекращения приема антибиотика, что имеет важное клиническое значение. Они эффективны в 80-90% больных с внебольничными пневмониями, что явилось основанием нашим Западным коллегам рекомендовать их в качестве монотерапии для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии без серьезной сопутствующей патологии. В некоторых случаях (достаточно тяжелое состояние ребенка) нами применялся ступенчатый метод проведения терапии, когда в первые 2-3 суток лечение проводили парентерально, а затем при улучшении или стабилизации больного тот же антибиотик назначали внутрь. Длительность курса при внебольничной пневмонии составляло 6-10 суток и продолжалось 2 суток после получения стойкого эффекта. Больные с осложненной и тяжелой пневмонией находились на 2-3 недельном курсе антибиотикотерапии.

Беспокойство международного сообщества врачей вызвано постепенным ростом антибиотикорезистентности возбудителей. С этих позиций внимание практических врачей привлекает препарат джозамицин, являющийся природным 16-членным антибиотиком в отличие от 14 и 15 членных антибиотиков. Различия химической структуры имеет важное значение, так как к джозамицину не развивается устойчивость, характерная для других макролидов.

Успешное применение джозамицина при внебольничной пневмонии обусловлено высокой активностью в отношении *S. Pneumoniae*, в том числе ряда штаммов, устойчивых к 14-15 членным макролидам, и внутриклеточных возбудителей. Другие положительными свойствами джозамицина это стабильная биодоступность при пероральном приеме независимо от приема пищи, создание высоких концентраций в бронхолегочной ткани, низкая частота лекарственных взаимодействий, и минимальное число побочных эффектов.

Заключение. Таким образом, при назначении антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор, особенности клинического течения (типичные и атипичные формы) и тяжесть состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.А. Баранов Российский национальный педиатрический формуляр. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 912 с.
- 2 www.medinfo.kz «Медико-демографические показатели в разрезе областей Республики Казахстан»
- 3 Радциг Е.Ю. Кашель и противокашлевые лекарственные средства // Эффективная фармакотерапия. - 2010. - № 4. - С. 18-20.
- 4 Таточенко В.К. Дифференциальная диагностика и лечение кашля у детей // Детский врач. - 2007. - №1. - С. 4-7.
- 5 Мизерницкий Ю.Л. Пульмонология детского возраста: достижения, задачи и перспективы // Росс. Вестник перинатологии и педиатрии. - 2014. - №1, Т. 59. - С. 18-26.
- 6 Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. - Смоленск: Русич, 1998. - 149 с.
- 7 Сорокина Е.В., Мизерницкий Ю.Л. Современные представления о механизмах действия макролидов // Вестн. Педиатр. фармакологии и нутрициологии. - 2006. - №3(5). - С. 9-12.

**Ш.К. Батырханов¹, Г.М. Абдуллаева¹, Р.К. Мусабекова¹, Л.Ж. Умбетова¹,
К.Р. Жуманбаева¹, А.Ж. Ахенбекова², А.М. Тажимбетова²**

¹С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің атындағы балалар аурулары
Пропедевтика кафедрасы. Алматы қаласы, Қазақстан

²Қалалық балалар клиникалық ауруханасы №2 Алматы қаласы, Қазақстан

ҚАУЫМДАСТЫҚ АЛЫНҒАН ПНЕВМОНИЯ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕГЕ НӘРЕСТЕЛЕР

Түйін: Бұл мақалада типтік және атиптік курсымен пневмонияның клиникалық көріністері талдауын ұсынады. Қауымдастық-сатып алынған пневмония бар балалардың антибактериалды терапия тағайындау жылы жағдайының этиологиялық факторы және ауырлығы қарастырылуы тиіс.

Түйінді сөздер: сәбилер, қоғамдастық-сатып алынған пневмония, антибиотик терапиясы.

Sh.K. Batyrkhanov¹, G.M. Abdullayeva¹, R.K. Musabekova¹, L.Zh. Umbetova¹, K.R. Zhumanbaeva¹,
A.Zh. Ahenbekova², A.M. Tazhimbetova²

¹Department of Propaedeutic of Children's Diseases of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Almaty, Republic of Kazakhstan

²City Children's Clinical Hospital №2, Almaty, Republic of Kazakhstan

TO THE QUESTION OF PULMONARY PNEUMONIA CHILDREN OF EARLY AGE

Resume: This article presents an analysis of the features of clinical manifestations of pneumonia with a typical and atypical course. When prescribing antibiotic therapy in children with community-acquired pneumonia, it is necessary to take into account the etiologic factor and severity of the condition.

Keywords: infants, children of early age, community-acquired pneumonia, antibacterial therapy.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Д.Л. Алпысбаева, В.Ш. Атарбаева

Казахский медицинский университет «ВШОЗ»

В данной статье представлены материалы по изучению эффективности организации реабилитационных мероприятий у детей после кардиохирургических операций.

Ключевые слова: кардиохирургия, реабилитация, дети, возраст, рост

УДК 616.1:338.14

Актуальность: Актуальность изучения вопросов реабилитации детей после хирургической коррекции врожденных пороков сердца определяется развитием кардиохирургической службы в Казахстане, с каждым годом растет число детей прооперированных детей по врожденному пороку сердца. Развитие кардиохирургии получила, когда приняли Программу развития и совершенствования кардиологической и кардиохирургической службы в РК на 2007–2009 гг. и начали создавать кардиохирургические центры по всему Казахстану. На сегодняшний день пороки сердца являются одним из главных факторов риска развития, осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди детей и лиц молодого возраста. По данным статистики, врожденные пороки сердца регистрируются у 6-8 на 1000 новорожденных. Известно, что при отсутствии кардиохирургической помощи около 50% детей с пороками сердца умирает в течение первого года жизни. Следовательно, растет и потребность в реабилитационных мероприятиях, так как с экономической точки зрения не выгодно увеличение числа детей с осложнениями и их инвалидизация.

Цель исследования: Целью данной работы является анализ отечественной и зарубежной литературы в области реабилитационных мероприятий рооперированных детей.

Задачи исследования:

1. Изучить программу медицинской реабилитационной у детей после кардиохирургических операций в других странах.
2. Провести анализ данных по организации медицинской реабилитации детей после кардиохирургических операций в г. Алматы.

Методы и материалы исследования: В зарубежной литературе количество специальных публикаций, посвященных физическому аспекту реабилитации, невелико. К положительным результатам программ реабилитации различные авторы относят повышение аэробной способности, мышечной массы, улучшение уровня психосоциального функционирования. Целями детской программы кардиологической реабилитации считаются увеличение функциональных возможностей ребенка, повышение качества жизни, увеличение общей физической активности, воспитание ребенка и его семьи в духе здорового образа жизни для снижения риска

прогрессирования существующих и возникновения новых сердечнососудистых заболеваний [2]. Прогресс в медицинской диагностике и новые хирургические методы предполагают, что большинство детей со сложными ВПС (80%) теперь вступают во взрослую жизнь успешно. Исследования показали, что аномальные гемодинамики плода во время беременности и гипоксия в период внутриутробного развития, могут играть важную роль в риск отдаленных неблагоприятных неврологических исходов у детей с критическими ВПС [3,4]. В особенности неврологические и поведенческие нарушения были замечены на протяжении многих лет; это характеризуется задержкой моторного развития, когнитивных и других нарушений физического роста. Многие дети школьного возраста, прооперированные по поводу ВПС, имели трудные адаптационные моменты к школьной жизни из-за низкого уровня физической активности и низкой успеваемости, а такие проблемы могут сохраниться и в юношеском возрасте, что приводит к низкому качеству жизни для этих детей и их семей. Задержки физической активности часто встречается у детей с ВПС из-за различных причин. Исследования показали, что сердечные проблемы-это не единственная причина, ответственных за развитие задержки [3]; гиперопека родителей или основных опекунов также является фактором. Родители- это самые заинтересованные воспитатели для своих детей, и гиперопека детей с ВПС наблюдается с большинством родителей и учителей. Эти отношения и беспокойство родителей чрезмерная опека может привести к ограничению физической активности своих детей и уменьшить воздействие своих детей с их сверстниками, а это, в свою очередь, может влиять на социальную компетентность и моторного развития этих детей. В результате у детей может развиваться малоподвижный образ жизни, и это может привести к увеличению рисков дополнительных сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. Матери детей с ВПС больше заботятся и беспокоятся о поведении детей, чем родители детей без подобных проблем со здоровьем [4]. Они часто преувеличивают риск неблагоприятных событий или медицинский прогноз ВПС, и они могут недооценивать приспособляемость своих детей. Следствием такого гиперопека может быть уменьшения физических, эмоциональных, психологических или когнитивных функций у детей.

Несколько исследований были разработаны мероприятия по улучшению роста развития у детей с ВПС, но по-прежнему не хватает доказательств в литературе, чтобы поддержать потенциальные преимущества реабилитации для таких детей. Исследование показало, что домашняя программа обучения может улучшить двигательные способности и повысить темп развития ребенка [5]. Но эти исследования были ориентированы на тяжелые пороки сердца.

В постсоветской территории вопросы кардиореабилитации изучены в РФ в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, создан единый реестр пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС).

Были изучены вопросы информированности родителей детей, прошедших хирургическое лечение врожденных пороков сердца (ВПС) о возможностях реабилитационной помощи после перенесенной операции в РФ. По данным исследования, менее трети родителей (39; 31,7%) считают, что располагают полной информацией о реабилитационных возможностях для их детей. Из 84 семей (69,3%), нуждающихся в информации о реабилитации, 54 (64,3%) интересуются вопросами медицинской реабилитации; 34 семьи (40,5%) – психологической поддержкой; 20 семей (23,8%) – вопросами трудовой адаптации детей в будущем; 15 семей (17,9%) – сроками инвалидности; 12 семей (14,3%) – возможностями занятий детей физкультурой и спортом. Медицинскую реабилитацию после хирургического лечения ВПС проходили всего 17 пациентов (13,8%). При этом, реабилитационную помощь после выписки из кардиохирургического стационара не получили пациенты после гемодинамической коррекции ВПС, после радикальной коррекции транспозиции магистральных сосудов, пациенты, перенесшие три операции [6]. В нашей стране такие исследования не проводились.

При исследовательском центре с января 2010 года также функционирует школа для родителей детей с врожденными пороками сердца. Имеются первые исследования эффективности такой практики. Результаты трехлетнего опыта работы школы для родителей пациентов после хирургического лечения ВПС, демонстрируют ее эффективность на раннем этапе реабилитации таких больных. Информационная поддержка семей в школе, перед выпиской из кардиохирургического стационара позволяет ориентировать родителей на последующие реабилитационные мероприятия, связанные с посещениями медицинских специалистов, адекватными физическими нагрузками, ведением здорового образа жизни. [7].

Устойчивый прогресс детской кардиохирургии привела к более высокой выживаемости до взрослой жизни большинства пациентов с ВПС. Кроме того, физическая активность детей, прооперированных по поводу ВПС зарубежом высокая. Так как, в послеоперационном периоде упражнения поощряются и регулярно проводятся у этих пациентов. Учитывая, что участие в физическом упражнении безопасно и улучшает общее самочувствие детей, прооперированных по поводу ВПС. Хотя есть некоторые скромные риски с упражнениями, их следует рассматривать в перспективе, а пожизненное преимущества регулярных упражнений на общее здоровье, настроение и благосостояние должно быть подчеркнуто [8]. У этих пациентов даже депрессивные симптомы, низкая самооценка, и качество жизни, которые часто связаны с первоначальной сниженной физической нагрузкой и физической активностью, могут быть улучшены путем физической подготовки.

Результаты исследования и их обсуждения

По данным многочисленных исследований программа реабилитации кроме известных уже принципов должна включать участие в этом процессе родителей, педагогов. От их понимания важности реабилитации в значительной мере зависит ее эффективность. Медицинский аспект реабилитации. Принципиально здесь следует выделить две основные группы пациентов: больные после хирургической коррекции врожденных пороков «бледного» типа (открытый артериальный проток, дефект межпредсердной или межжелудочковой перегородки и др.), не осложненных легочной гипертензией, и больные с врожденными пороками «синего» типа, сложными врожденными пороками и пороками, осложненными выраженной легочной гипертензией. У больных первой группы нет существенных изменений в миокарде, и хирургическая коррекция приводит к полной нормализации гемодинамики. Такие пациенты не нуждаются в специальном восстановительном лечении. У больных второй группы с различной степенью изменений миокарда и сосудов малого круга имеет место недостаточность кровообращения, требующая лечения, а в последующем поддерживающей терапии и соответствующего режима. У больных после радикальной коррекции тетрады Фалло, при отсутствии выраженной клинической симптоматики анализ данных ВЭП выявляет существенное снижение функции сердца в условиях нагрузки: недостаточный сердечный выброс, сниженный миокардиальный резерв, истощение инотропной функции, повышенное общепериферическое сопротивление. [9].

Физический аспект реабилитации. Для детей этот аспект приобретает особое значение, так как речь идет о формирующемся организме. Ошибки, недостатки в проведении и физической реабилитации у оперированных детей, зависящие нередко от родителей и педагогов, могут привести к формированию физически неразвитого, ослабленного человека, ограниченного в своих жизненных, трудовых возможностях.

В первой группе больных лечебная гимнастика позволяет достаточно быстро активизировать детей, затем дополнить ее активными детскими физическими играми. При учете индивидуальных особенностей (степень детренированности и физического развития) дети приступают к занятиям физкультурой в школе (без участия в соревнованиях) в срок от 3 до 6 мес после операции. В последующем дети достигают 100% физической работоспособности относительно уровня здоровых детей того же возраста и пола и в последующей жизни не имеют каких-либо ограничений (занятия спортом, беременность и роды, особые профессии и т. п.).

Существенно сложнее обстоит вопрос с физической реабилитацией пациентов второй группы. В основу здесь должен быть положен индивидуальный подход, т.к. особенности патологии и метод хирургической коррекции дают большой разброс результатов [9,10]. Однако эти наблюдения, несомненно, необходимо продолжить, накапливая опыт для обоснования специальных программ физической реабилитации.

Таким образом, внедрение новых технологий по совершенствованию кардиореабилитации детей после хирургических операций в Казахстане улучшить не только качество жизни маленьких пациентов, но и повысить социально-экономическое положение молодого поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стратегия развития АО «ННКЦ» программа 2012-2020гг. – Астана: 2012. – 48 с.
- 2 Неведрова М.Н. Проблемы кардиореабилитации детей после хирургической коррекции врожденных пороков сердца // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. – М.: 2014. - №3. – С. 28-39.
- 3 Qing Du Xuan Zhou. Passive movement and active exercise for very young infants with congenital heart disease: a study protocol for a randomized controlled trial // Journal Bio Med Central. – 2015. - №16. – P. 288-295.
- 4 Джонатан Родс, Трэйси Дж. Каррен. Устойчивый эффект сердечных реабилитации детей с серьезными врожденными пороками сердца // Педиатрия. – 2006. - №3. – С. 88-97.
- 5 Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Семенов В.Ю. Единый реестр пациентов с врожденными пороками сердца в Московской области // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. – М.: 2015. - №16. – С. 264-268.
- 6 Милюевская Е.Б. Проблемы доступности для родителей информации о реабилитации и будущей трудовой адаптации детей и подростков после хирургического лечения врожденных пороков сердца // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. – М.: 2013. - №1. – С. 12-16.
- 7 Крупяно С.М, Бокерия Л.А. Школа для родителей как компонент комплексной реабилитации после хирургического лечения детей с врожденными пороками сердца // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. – М.: 2013. - №3. – С. 127-131.
- 8 Крупяно С.М, Милюевская Е.Б. Органомодели реабилитационной помощи детям с ВПС в РФ // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. – М.: 2014. - №15. – С. 258-262.
- 9 Кассирский Г. И., Подзолков В. П., Зотова Л. М. и др. Функциональная оценка состояния больных после операции Фонтена // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1990. - № 8. - С. 44-46.

Д.Л. Алпысбаева, В.Ш. Атарбаева
«ҚДСЖМ» Қазақ медицина университеті

**КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ ОТА ЖАСАЛҒАННАН КЕЙІНГІ БАЛАЛАРҒА ОҢАЛТУ ШАЛАЛАРЫН
ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ
(ӘДЕБИ ШОЛУ)**

Түйін: Операциядан кейінгі кезеңде толыққанды өмір сүрудегі базалық шарттары болып анатомиялық-функционалдық жүрек ақауы түзету және операциялық араласулардан кейін орын алған асқынулар дәрежесі, сондай-ақ жеке пациент бағдарының барынша тиімді әлеуметтік бейімделуі болып табылады. Жүрек ақауларын түзетуден соң өмір сапасының төмендеуіндегі негізгі фактор бастапқы патология, қалдық құбылыстар мен асқынулар.

Түйінді сөздер: кардиохирургия, оңалту, балалар, жасы, бойы.

D. Alpysbaeva, V. Atarbaeva

**THE EFFECTIVENESS OF ORGANIZING REHABILITATION ACTIVITIES IN CHILDREN AFTER CARDIAC SURGERY
(LITERATURE REVIEW)**

Resume: The basic conditions for the usefulness of life in the postoperative period are the degree of anatomical and functional correction of the defect and the complications that have occurred after surgery, as well as the patient's own orientation to the most effective social adaptation. The main factors that reduce the quality of life after correction of heart defects are the initial concomitant pathology, significant, caused by the defect, residual phenomena and complications.

Keywords: cardiosurgery, rehabilitation, children, growth, growth.

ПРОБЛЕМЫ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Д.Р. Арупова
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

В данной работе проведен анализ врожденных пороков развития у детей и с хромосомными нарушениями в Казахстане в разрезе областей, представлена динамика показателей заболеваемости в период 2003-2013 гг. и младенческой смертности, мнений пациентов о факторах риска, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка.

Ключевые слова: врожденность, наследственность, патология, дети

УДК 618.2 079

Актуальность исследования. За последнее десятилетие проблема врожденной и наследственной патологии у детей приобрела серьезнейшую медицинскую и социальную значимость, так как в структуре перинатальной и неонатальной заболеваемости врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии, остаются ведущими причинами младенческой смертности и детской инвалидности (Царегородцев А.А. и соавт., 2011; Бабаян В.В., Корнюшо Е.М. 2012; Гостева Е.О., 2013; Dai L., et al, 2010; VanderZanden L.F. et al., 2013).

По данным ВОЗ, около 25,0 % всех врожденных пороков развития плода, проявляются нарушениями центральной нервной системы (ЦНС), и это обуславливает выраженную психоневрологическую симптоматику болезни, более длительную реабилитацию новорожденных детей и увеличение свозрастом групп детей-инвалидов по психическим расстройствам (Воскресенская С.В. и соавт., 2002; Царегородцев А.Д., 2010; Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., 2010; Пономарева Н.Ю., 2013; Bhide P. et al., 2013).

По данным мониторинга заболеваемости новорожденных за последние годы рост врожденной и наследственной патологии у детей вырос с 18,8% до 29,0%. Так же необходимо отметить, что распространенность ВПР различна среди населения разных городов и колеблется от 11,5 до 32 случаев на 1000.

Цель исследования. Изучение врожденной и наследственной патологии у детей Казахстана.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования явились данные областных и республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, отчеты о деятельности медико-генетических консультаций республики.

В работе применялись следующие методы исследования: контент-анализ, аналитический, статистический, социологический.

Результаты и обсуждение.

Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет на фоне растущего уровня общей

заболеваемости за 10 лет (темпы прироста +12,6) обнаружен большой темп прироста класса заболеваний врожденные аномалии (пороки развития), деформации их хромосомные нарушения (темпы прироста +29,7), что определяет актуальность проблемы.

На протяжении последних 10 лет на всей территории Республики наблюдается тенденция роста врожденной и наследственной патологии в структуре заболеваний детей от 0 до 14 лет на 29,7%, что актуализирует медицинскую и социальную значимость данной патологии. Отмечается дисбаланс в параметрах первичной заболеваемости врожденными пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями у детского населения, что требует дальнейшего глубокого анализа обеспеченности регионов медико-генетическими консультациями и врачами-генетиками.

По нашим данным, что на протяжении всего исследуемого периода

величина первичной заболеваемости врожденными пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями у детей от 0-14 лет более

часто повышался в Семипалатинском регионе (в 1,5 раз), в Уральском (в 1,4 раза), в Акмолинском регионе (в 1,3 раза). В Павлодарском показатель повысился в 1,2 раза, в Ак-Тюбинском регионе в 1,1 раза и в Восточно-Казахстанском регионе в 1,0 раз. Более низкие параметры, в среднем в 1,3 раза ниже, чем в Казахстане, отмечались в Центральном и Южно-Казахстанском регионах.

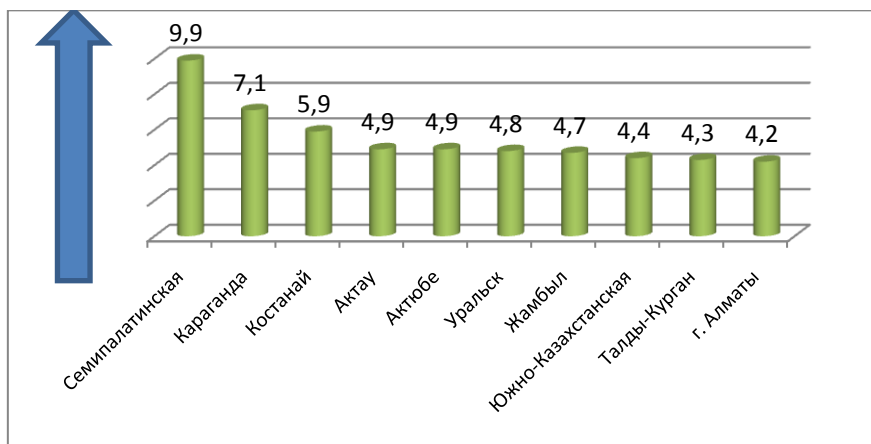


Рисунок 1 – Регионы с более высокой заболеваемостью ВПР и хромосомными нарушениями на 1000 населения (по данным НСК, 2013)

В Казахстане на фоне прироста общей заболеваемости детского населения (+12,6%, 2014), в сравнении с 2004 годом, сохраняется высокий рост заболеваний от

врожденных аномалий (пороков развития), деформаций их хромосомных нарушений (+29,7%) . Сложившаяся ситуация указывает не только распространенность

врожденной и наследственной патологии в популяции, но и влияние факторов обеспеченности, доступности медико-генетической помощи для населения страны (НСК, 2014г.). Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет на фоне растущего уровня общей

заболеваемости за 10 лет (темп прироста + 12,6) обнаружен большой темп прироста класса заболеваний врожденные anomalies (пороки развития), деформации их хромосомные нарушения (темп прироста +29,7).

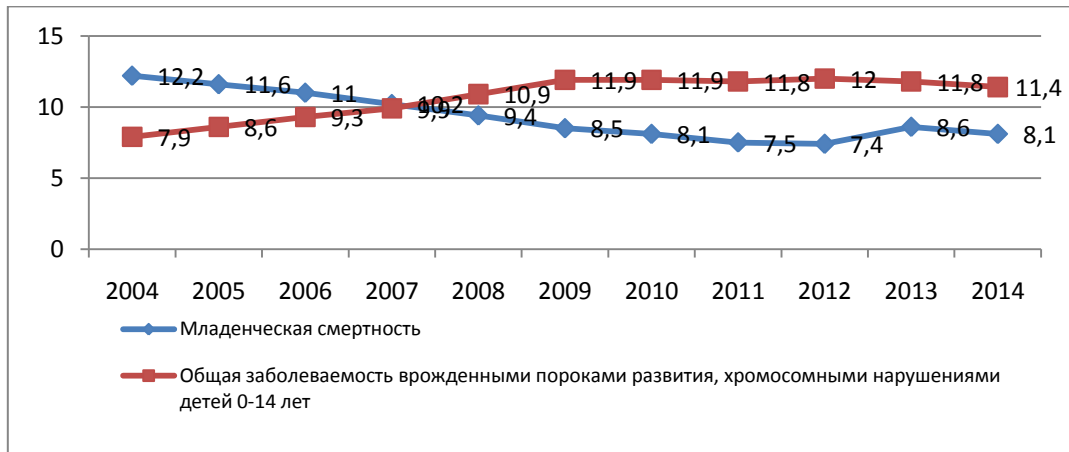


Рисунок 2 - Динамика показателей заболеваемости врожденными пороками развития хромосомными нарушениями в период 2003-2013 гг. и младенческой смертности (по данным НСК, на 1000 населения)

По результатам исследования (рисунок 2) показатели общей заболеваемости врожденным пороком развития и хромосомными нарушениями у детей от 0-14 лет за последние 10 лет значительно выросли (в 2004 г - 8,1 %, в 2014г - 11,4%), при этом выявлено значительное уменьшение показателей младенческой смертности (12,2% в 2004 г. до 7,9 % в 2014г.).

На показатели младенческой смертности и общей заболеваемости влияет фактор развития высоких технологий при оказании медицинской помощи беременным и детям от 0 до 14 лет. Выживаемость детей с ВПР и хромосомными нарушениями увеличилась, но за счет этого показатель общей заболеваемости имеет рост среди детей от 0 до 14 лет.

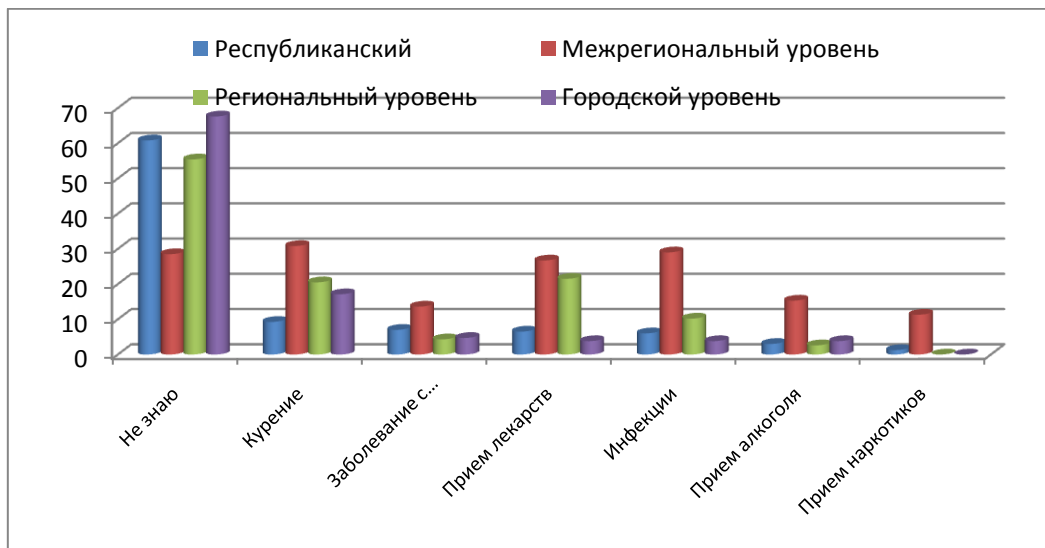


Рисунок 3 - Мнение пациентов о факторах риска, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка (на 100 опрошенных)

Изучение информированности пациентов о факторах риска врожденной и наследственной патологии показало, что во всех изучаемых группах, респонденты считают основным фактором, влияющим на здоровье их будущего ребенка, экологию места проживания (на республиканском уровне - 81±2,0 %, на межрегиональном уровне - 63,0±2,4%, на региональном уровне - 54,0 ±2,5%, на городском уровне - 75,2±3,0%). Следующим фактором респонденты отметили употребление продуктов и воды, содержащих химические добавки, что показывает распределение ответов респондентов: на

республиканском уровне - 57,3±2,7%, на межрегиональном - 70,1± 2,5%, на региональном - 37,5±2,7% и на городском уровне - 60,0±3,3%. Около трети респондентов всех уровней отметили вредным фактором для здоровья их будущих детей работу на вредном производстве (на республиканском уровне - 29,5± 2,3%, на анализ информированности пациентов медико-генетических консультаций по модифицируемым факторам риска врожденной и наследственной патологии установил, что большинство респондентов не знают об их влиянии на здоровье их будущих детей.

Таблица 1 - Информированность пациентов о влиянии факторов риска врожденной и наследственной патологии (на 100 % опрошенных)

Информированность пациентов	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Р	м	Р	м	Р	м	Р	м
Не знают	60,8	2,4	28,5	2,5	55,4	2,8	67,6	3,2
Курение	9,25	1,4	30,8	2,5	20,5	2,3	17,1	2,6
Заболевание с наследственной предрасположенностью	7	1,3	13,6	1,9	4,3	1,1	4,7	1,4
Прием лекарственных средств	6,5	1,2	26,7	2,4	21,5	2,3	3,8	1,3
Инфекции	6	1,2	29,0	2,5	10,2	1,6	3,8	1,3
Употребление алкоголя	3	0,8	15,3	1,9	2,6	0,9	3,8	1,3
Прием наркотиков	1,25	0,6	2,3	1,7	0		0	

На республиканском уровне не знают о факторах риска 60,8%±2,4%, на межрегиональном 28,5±2,5%, на региональном - 55,4±2,8%, на городском 67,6±3,2%. Курение, как фактор риска, отметили только 9,25 ±1,4% опрошенных респондентов на республиканском уровне, значительно больше респондентов на межрегиональном уровне отметили этот фактор (30,8±2,5%), на региональном уровне эта частота сохранилась достаточно высокой (20,5±2,3%) и на городском уровне также имела высокое значение 17,1±2,6%. Употребление алкоголя, как фактор риска отметили лишь у 3±0,8% респондентов республиканского уровня, у 2,6±0,9% респондентов регионального уровня, у 3,8±1,3% респондентов городского уровня и значительно выше частота этого фактора у респондентов межрегионального уровня 15,3±1,9%. Прием наркотиков отметили лишь 1,25±0,6% респонденты республиканского уровня, в отличие от респондентов

межрегионального уровня, где этот фактор отметили 11,3±1,7%, у респондентов регионального и городского уровня этот фактор не выявлен. Лекарственные средства как фактор риска был отмечен у 6,5±1,2% респондентов республиканского уровня, существенное увеличение этого фактора было выявлено у респондентов межрегионального уровня 26,7±2,4% и респондентов регионального уровня 21,5±2,3% и только у 3,8±1,3% респондентов городского уровня (табл.1). Выявленный низкий уровень информированности пациентов всех уровней медико-генетических консультаций о модифицируемых факторах риска врожденной и наследственной патологии для будущих детей является основанием для разработки и внедрения в деятельность медико-генетических консультаций и женских консультаций памятки для женщин репродуктивного возраста, планирующих деторождение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бабаян В.В., Корнюшо Е.М. Рождаемость и заболеваемость детей с хромосомной патологией // Медицинский альманах. – 2012. - №2. - С.179-182.
- 2 Барашнев Ю. И. Эмбриофетопатии. Диагностика и профилактика аномалий центральной нервной системы и скелета // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2010. - №6. – С. 121-128.
- 3 Воскресенская С.В., Удалова О.В., Войцехович И.Л., Староверова Е.Г. Пренатальная диагностика хромосомной патологии плода в группе беременных старше 35 лет // Акушерство и гинекология. – 2002. - №5. - С. 46-54.
- 4 Гостева Е.О. Акушерские аспекты младенческой смертности от врожденных пороков развития в Пермском крае: автореф. дис. ... канд. мед.наук - Пермь, 2013. - 24 с.
- 5 Пономарева Н.Ю. Мониторинг беременных и детей с высоким риском заболеваний ЦНС как основа профилактики детской инвалидности: автореф. дис. ... канд. мед.наук - М., 2013. - 24 с.
- 6 Царегородцев А. А. Экологическая педиатрия. – М.: 2011. - 328 с.
- 7 Bhide P., Sagoo G.S., Moorthi S., Burton H., Kar A. Systematic review of birth prevalence of neural tube defects in India // Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol. - 2013. - V. 97, №7. - P. 437-443.
- 8 Dai L., Zhu J., Mao M. et al. Time trends in oral clefts in Chinese newborns: data from the Chinese National Birth Defects Monitoring Network // Birth Defects Res A Clin. Mol. Teratol. - 2010. - V. 88. - P. 41-47.
- 9 Van der Zanden L.F., Brouwers M.M. et al. Risk factors for different phenotypes of hypospadias: results from a Dutch case-control study // BJU Int. - 2013. - V. 112, №1. - P. 121-128.

Д.Р. Арупова

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

БАЛАЛАРДАҒЫ ТУА БІТКЕН ЖӘНЕ ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН ПАТОЛОГИЯНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Бұл жұмыста талдау бар балалар мен хромосомными бұзушылықтарға ұсынылған және младенческой смертности, пациенттердің пікірлерін факторлар ықпал етуі мүмкін тәуекел наздоровье болашақ баланың.

Қазақстандағы облыстар бойынша балалардағы хромосомалық бұзушылық және туа біткен кемістіктің дамуына талдау жүргізілді. Сондай-ақ, 2003-2013 жж. кезеңіндегі сырқаттанушылық пен бала өлімі бойынша көрсеткіштер динамикасы, болашақта баланың денсаулығына әсер ететін факторлардың қауіп-қатер туралы науқастардың пікірі көрсетілген.

Түйінді сөздер: туа біткендік, жүре пайда болғандық, балалар

D.R. Arupova

Asfendiyarov Kazakh National medical university

PROBLEMS OF CONGENITAL AND DIRECT PATHOLOGY IN CHILDREN

Resume: In this paper, the analysis of congenital malformations in children and with chromosomal abnormalities in Kazakhstan in the context of regions was performed, the dynamics of morbidity rates in the period 2003-2013 were presented. and infant mortality, the views of patients about the risk factors that may affect the health of the unborn child.

Keywords: innate, inheritance, pathology, children

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

Д.Р. Арупова

Казхский Нацноанльный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В данной статье представлена характеристика возрастных групп пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию, анализ социального статуса, определена важность социально-экономического статуса в формировании, стабильности и влиянии на здоровье различных членов семьи, характеристика состава семьи.

Ключевые слова: медико-социальная характеристика, пациент, консультация

УДК 616-006.6-07

Актуальность исследования. Детские болезни, связанные с врожденными пороками развития ихромосомными аномалиями несут для семьи не только моральную ответственность, но и значительные экономические затраты. Дети с врожденными пороками развития, как правило, остаются инвалидами, а это требуют значительных экономических затрат для их последующего лечения иреабилитации (Parker S.E., MaiC.T., Canfield M.A., 2006). При этом, экономический ущерб наносится не только семье, но и государству, которое несет значительные экономические потери.

Важной проблемой в педиатрии остаются врожденные пороки сердца

(ВПС) вследствие их высокой распространенности, значительными нарушениями здоровья и жизнедеятельности детей, а так же необходимостью ранней хирургической коррекции (Бокерия Л.А., 2008; Крупяно С. М., 2010; Гадаева А.С., 2011). Такие заболевания значительно снижают качество жизни детей, формирует группы высокого риска по возникновению инвалидности инарушению нервно – психического развития (Agergaard P. et al., 2011).

По данным ВОЗ, в 93,9 % врожденные и хромосомные заболевания возникают в семьях с недостаточными материальными ресурсами, со средним и меньшим уровнем дохода, где высока вероятность того, что питание матерей не включает в себя достаточного количества макро- и микроэлементов и где они могут подвергаться влиянию какого-либо фактора, который провоцирует или усиливает изменения от нормы в пренатальном развитии, особенно это касается инфекций и алкоголя.

Многими исследователями как отечественных, так и зарубежных доказано воздействие на организм беременных женщин экзогенных и эндогенных факторов (продуктов бытовой и промышленной химии, различных видов излучения, медикаментов, алкоголя, никотина, наркотиков, инфекции и ее токсинов) на развитие врожденных пороков плода. Определена огромная роль сбалансированного питания во время беременности и в период ее планирования, так как дефицит некоторых нутриентов может привести к фетальным нарушениям развития плода. Также известно, что признан значимым фактором определенный возраст женщины (возраст от 19 до 30 лет

считается благоприятным репродуктивным возрастом), влияющий на благополучное течение беременности и формирование здоровья плода и новорожденного (Антонова И.В., 2010).

Цель исследования. Изучение медико-социальной характеристики больных, обратившихся в медико-генетическую консультацию.

Материалы и методы исследования.

Для определения и оценки медико-социальных характеристик пациентов медико-генетических консультаций и их уровня информированности о факторах риска нами был проведен социологический опрос методом заочного анкетирования по специально разработанным анкетам – «Анкета пациентов, планирующих деторождение», «Анкета беременной». Для оценки медико-социальных характеристик пациентов в анкету были введены блоки вопросов о социальном положении, имеющихся вредных факторах, информированности пациентов о профилактике наследственной и врожденной патологии, а также вопросы, касающиеся организации и качества медицинской помощи.

В анкетировании приняли участие 400 респондентов отделения медицинской генетики (Республиканский уровень), из которых 347 (86,2±1,7%) составили беременные женщины и 53 пациента (12,4±1,6%); 330 респондентов (межрегиональный уровень) из которых беременные женщины составили 218 (65,3±2,5%) и 112 пациента (33,9±2,4%), 317 региональных респондентов медико-генетической консультации (Региональный уровень), из которых беременные женщины составили 212 (66,8±2,5%) и 105 (32,8±2,6%) пациента и 210 респондентов отделения медицинской генетики Центра планирования семьи и репродукции г. Алматы (Городской уровень), из которых беременные женщины составили 136 (61,3±3,1%) и 84 (37,1±3,2%) пациента.

Главной характеристикой для пациентов, нуждающихся в медико-генетическом консультировании, является возраст женщины. Материнство в более зрелом возрасте увеличивает риск некоторых хромосомных отклонений от нормы, включая синдром Дауна (Morris, Mutton, Alberman, 2002). Для изучения данной характеристики респонденты были распределены на возрастные группы (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристика возрастных групп пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию

Возрастная группа	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
До 18 лет	4	1	7	2,1	13	4	7	3
19-25 лет	79	19,7	68	21	82	26	27	12
26-35 лет	250	62,5	176	53	159	50	145	66
36-45 лет	67	16,8	77	23,3	60	19	39	18
46 и более лет	0	0	2	0,6	3	1	2	1
Всего	400	100	330	100	317	100	220	100

Возрастные группы изучаемых пациентов, обращающихся в медико-генетические консультации разных уровней представлена в таблице 1, из которой видно, что наибольшую долю составляют пациенты в активном репродуктивном возрасте (26-35 лет) на республиканском уровне 62,5%, на межрегиональном уровне - 53%, на региональном уровне - 50%, а на городском уровне - 66%. В раннем репродуктивном возрасте (19-25 лет) пациенты обращались на республиканском уровне 19,7%, на межрегиональном - 21%, на региональном - 26% и на городском 12%. В позднем репродуктивном возрасте (36-45 лет) было соответственно - 16,8%, 23,3%, 19%, на городском - 18%.

Результаты и обсуждение.

Как показал анализ ответов респондентов, преобладающей возрастной группой пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию, на республиканском уровне является возраст от 26-35 лет (62,5%), следующими в

возрасте от 19-25 лет доля обращающихся пациентов составляет 19,8%, в возрасте от 36-45 лет доля составляет 16,75%, в возрасте до 18 лет доля обращающихся составила лишь 1%. Среди опрошенных респондентов межрегионального уровня преобладали пациенты в возрасте 26-35 лет (53%), около четверти составили пациенты в возрасте 36-45 лет (23,3%) и 19-25 лет (21%), незначительную часть составили пациенты до 18 лет (2,1%) и старше 46 лет (0,6%). Основная часть (50%) респондентов регионального уровня имела возраст 26-35 лет, четвертая часть (26%) имела возраст 19-25 лет, 19% составил возраст 36-45 лет, незначительные доли составил возраст до 18 лет (4%) и старше 46 лет (1%). Наибольшая доля респондентов (66%) городского уровня имеет возраст 26-35 лет, следующей преобладающей возрастной группой (18%) являются респонденты 36-45 лет, 12% составили респонденты в возрасте 19-25 лет и в незначительных долях в возрасте до 18 лет (3%) и старше 46 (1%).

Таблица 2 - Анализ социального статуса пациентов медико-генетических консультаций (на 100 опрошенных)

Социальный статус респондентов	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Р	м	Р	м	Р	м	Р	м
Учащийся (студент)	7,8	1,3	9,7	1,6	12	1,9	5	1,5
Работающий	70,2	2,3	73	2,4	51	2,9	66	3,2
Домохозяйка	3,5	0,9	8,8	1,5	30	2,6	28	3,0
Временно не работающий	16,8	1,9	6,6	1,3	6	1,3	1	0,7
Безработный	1,7	0,6	1,3	0,6	1	0,5	0	0

Таким образом, анализ характеристики возрастных групп пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию на разных уровнях, показал, что в основном пациенты обращаются в активном репродуктивном возрасте.

Второй важной характеристикой состава пациентов медико-генетической консультации является социальный статус.

Анализируя социальный статус пациентов медико-генетических консультаций, мы выявили преобладание работающих во всех изучаемых группах. Обращает внимание частота временно не работающих, домохозяек и безработных, которая составляет третью часть пациентов на республиканском уровне, четвертую часть на межрегиональном уровне, больше пациентов на региональном уровне и пациентов городского уровня (таблица 2).

Социально-экономический статус играет важную роль в формировании, стабильности и влиянии на здоровье различных членов семьи, так как условия жизни напрямую связаны с материальным положением семьи и примерно 94% тяжелых пороков развития наблюдаются в странах со средним и низким уровнем дохода. В изучаемых группах имеются региональные различия по уровню материального положения. Наибольшая часть пациентов республиканского уровня (62,3%) и городского уровня (60%) имеет материальное положение свыше 60000 тенге, при этом лишь 7% пациентов на межрегиональном и 8,5% на региональном уровне имеет такое же материальное положение. Наибольшая часть пациентов межрегионального уровня (72,3%) и около половины (45%) пациентов регионального уровня имеет материальное положение менее 40000 тенге, что обусловлено особенностями регионов (рисунок 1).

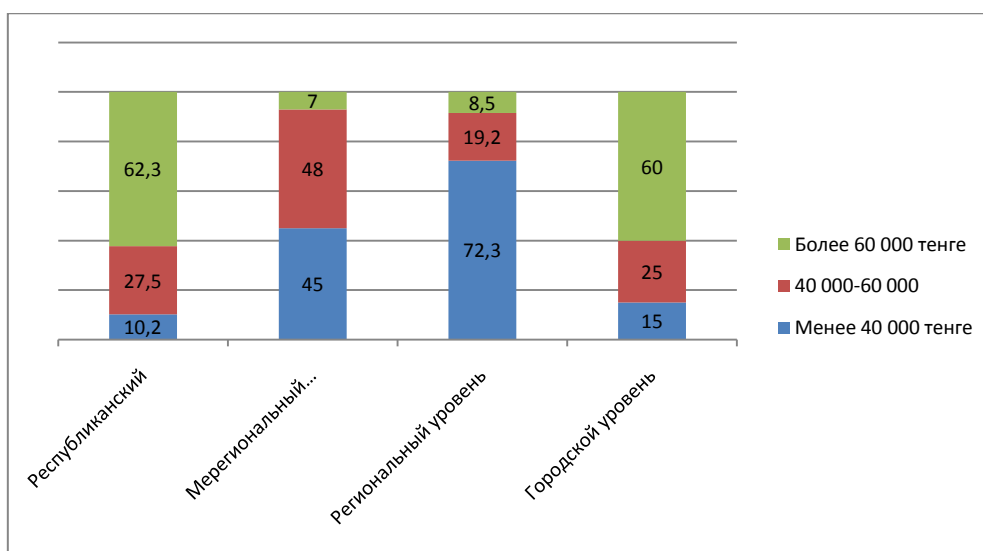


Рисунок 2 - Социально-экономический статус пациентов медико-генетических консультаций (на 100 опрошенных)

Так как, основной задачей медико-генетического консультирования является прогноз здоровья будущего потомства семьи, то в анкету были включены вопросы о составе семьи. Анализ ответов респондентов выявил, что большинство обращающихся пациентов состоят в зарегистрированном браке - на республиканском уровне (72,7±2,2%), на межрегиональном уровне - 70,6 ±2,5%, на региональном уровне - 73,3±2,5% и на городском уровне - 63,8±3,3%. Около четверти обращающихся пациентов состоят в незарегистрированном(гражданском) браке на республиканском уровне - 22±2,1%, на межрегиональном - 20,3±2,2%, на региональном - 17,0±2,1%, на городском 25,7±3,0%. Имеют неполные семьи на республиканском

уровне 3±0,8%, на межрегиональном 10,6±1,7%, на региональном 5,1±1,3% и городском уровне - 5,7±1,6%. При анализе наличия детей в семьях выявлены различия между пациентами разных уровней. На республиканском, городском уровнях преобладают пациенты, не имеющие детей, что составляет 60,7 ± 2,4% и 64,8 ± 3,3% соответственно, а на межрегиональном и региональном уровнях большинство пациентов имеет одного ребенка 48,5 ± 2,8% и 40,0 ± 2,8% соответственно. Небольшая часть пациентов всех изучаемых групп имеет двух детей, что составляет на республиканском 6±1,2%, на межрегиональном уровне 7,9 ±1,5, на региональном уровне 11,1±1,8% и на городском - 6,7±1,7% (таблица 3).

Таблица 3 - Характеристика состава семьи (на 100 опрошенных)

Состав семьи	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Р	м	Р	м	Р	м	Р	м
Зарегистрированный брак	72,7	2,2	70,6	2,5	73,3	2,5	63,8	3,3
Незарегистрированный(гражданский) брак	22	2,1	20,3	2,2	17,0	2,1	25,7	3,0
Не состоят в браке	3	0,8	10,6	1,7	5,1	1,3	5,7	1,6
Разведена	0,5	0,3	0	0	2,6	0,8	0	0
Не имеют детей	60,7	2,4	46,3	2,7	24,7	2,4	64,8	3,3
Один ребенок	32,0	2,3	48,5	2,8	40,0	2,8	26,7	3,0
Два ребенка	6,0	1,2	7,9	1,5	11,1	1,8	6,7	1,7
Три ребенка	1,3	0,5	0	0	6,0	1,3	0	0

Формирование семьи во многом зависит от обеспеченности семьи жильем, которое создает необходимые условия для реализации важной функции семьи, связанной с рождением и воспитанием ребенка. Как показал анализ ответов респондентов, что данные имеют статистические различия, связанные региональными особенностями места проживания (таблица 3). Значительная часть (81±1,9%) пациентов, обращающихся на республиканском уровне, это жители мегаполиса, имеющие в 63,5 ±2,4% отдельное жилье и в 69±2,3% удовлетворенные жилищными условиями. На межрегиональном уровне более половины респондентов (57 ±2,7%) проживают в городе, большая часть респондентов (72±2,5%) имеют отдельное жилье и в большинстве (74±2,4%) удовлетворены жилищными условиями. На

региональном уровне большинство пациентов (72±2,6%) это жители области, из которых более половины (57,1±2,8%) имеют отдельное жилье и в большинстве (73,3±2,5 %) удовлетворены условиями проживания. На городском уровне практически все пациенты (92,0±1,9%) это жители мегаполиса, которые в большинстве (63,8±3,3%) имеют отдельное жилье и в 57,8±3,4% удовлетворены условиями проживания. При этом, в каждой изучаемой группе пациентов около трети пациентов на республиканском, межрегиональном, региональном уровнях и более трети на городском уровне пациентов не удовлетворены своими жилищными условиями, что может негативно влиять на рождение вторых и третьих детей в этих семьях.

Таблица 4 - Характеристики места проживания (на 100 опрошенных)

Место проживания	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Р	м	Р	м	Р	м	Р	м
Город	81	1,9	57	2,7	26	2,5	92	1,9
Область	17	1,9	33	2,6	72	2,6	6	1,6
Другое	2	0,7	10	1,5	2	0,7	2	0,9
Имеют отдельное жилье	63,5	2,4	72	2,5	57,1	2,8	63,8	3,3
Снимают жилье	36,5	2,4	28	2,5	42,9	2,8	36,2	3,3
Удовлетворен	69,0	2,3	74	2,4	73,3	2,5	57,8	3,4
Не удовлетворен	31,0	3,3	26	2,4	26,7	2,5	42,2	3,4

Таким образом, сравнительный анализ медико-социальных характеристик пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию на разных уровнях позволил выявить следующие характеристики:

- за медицинскими услугами обращаются в основном женщины в активном репродуктивном возрасте 26-35 лет;
- среди обращающихся пациентов преобладают работающие пациенты;
- пациенты имеют региональные различия по уровню материального положения;

- большинство обращающихся пациентов состоят в зарегистрированном браке;
- состав семей по наличию детей имеет различия между пациентами разных уровней;
- в каждой изучаемой группе пациентов около трети пациентов на республиканском, межрегиональном, региональном уровнях и более трети на городском уровне пациентов не удовлетворены своими жилищными условиями, что может негативно влиять на рождение вторых и третьих детей в этих семьях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Антонова И.В. Частота и структура пороков развития органов мочевой и половой системы у новорожденных детей г. Омска // Педиатрия. - 2010. - №3. - С. 135-137.
- 2 Бокерия Л.А., Беспалова Е.Д., Питиримова О.А. Влияние пренатальной диагностики врожденных пороков сердца на акушерскую тактику и постнатальный прогноз // Вопросы практической медицины. - 2008. - №3. - С.71-77.
- 3 Гадаева А.С., И.Н. Ступаков И.Н., Касимовская Н.А. Медико-социальная реабилитация детей с врожденными пороками сердца // Пермский КЦПК работников здравоохранения. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. - Пермь: 2010. - С.208-210.
- 4 Круляк С. М. Инновационные технологии как фактор повышения качества лечения детей с врожденными пороками сердца: Дис. ... д-р.мед.наук - М., 2010. - 299 с.
- 5 Agergaard P., Hebert A., Bjerre J. et al. Children diagnosed with congenital cardiac malformations at the national university departments of pediatric 248 cardiology: positive predictive values of data in the Danish National Patient Registry // Clin. Epidemiol. - 2011. - V.3. - P. 61-66.
- 6 Morris J.K., Mutton D.E., Alberman E. Revised estimates of the maternal age specific live birth prevalence of Down's syndrome // J Med Screen. - 2002. - V.9. - P. 2-6.
- 7 Parker S.E., Mai C.T., Canfield M.A. et al. Updated National Birth Prevalence estimates for selected birth defects in the United States, - 2004—2006 // Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol. - 2006. - V.12. - P. 25-29.

Д.Р. Арупова

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

МЕДИЦИНАЛЫҚ – ГЕНЕТИКАЛЫҚ КЕҢЕСКЕ ЖҮГІНГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ
МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ

Түйін: Аталмыш мақалада медициналық генетикалық кеңеске жүгінген пациенттердің жас аралықтары, әлеуметтік статусы көрсетілген. Сондай-ақ, олардың қалыптасуларында әлеуметтік-экономикалық статусының қажеттілігі анықталған.

Түйінді сөздер: медико-әлеуметтік сипаттама, науқас, кеңес

D.R. Arupova

Asfendiyarov KazNMU

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WHO APPLY TO THE
MEDICAL-GENETIC CONSULTATION

Resume. This article presents the characteristics of age groups of patients seeking medical and genetic counseling, analysis of social status, the importance of socioeconomic status in the formation, stability and impact on health of various family members, and the characteristics of the family composition.

Keywords: medical and social characteristics, patient, consultation

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

В рамках исследовательской работы определено актуальность нутритивной реабилитации у детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, с детским церебральным параличом. На основании анализа и работы изучены причины алиментарного нарушения, произведена оценка и коррекция нутритивного статуса, показана эффективность проведенных мероприятий. Коррекция питания, проводимая диетологом, совмещалась с такими нехирургическими вмешательствами, как позиционирование, решение о переходе на назогастральный зонд и работа с мамой. Для введения прикорма выбраны продукты «Фрутоняня», т.к. данная продукция обладает низкой иммуногенностью, не вызывает аллергических реакций и может быть использована как в питании детей из групп высокого риска, так и в составе лечебных диет пациентов с различными заболеваниями.

Ключевые слова: дети, питание, качества жизни, коррекция, диетология.

УДК 616.62-008.223-053.2

Актуальность: По данным Национального института здоровья США 35% детей с нарушениями развития имеют те или иные проблемы с кормлением и снижением веса [1,2]. Спектр патологических состояний, при которых встречаются проблемы кормления, включает гастроинтестинальные проблемы, недоношенность и/или низкий вес при рождении, заболевания сердца, синдром заячьей губы и незаращение верхнего неба, аутизм, орофарингеальные дисфагии, аномалии головы и шеи, мышечную слабость лица и шеи, респираторные проблемы, препараты, которые могут изменять сознание и нарушения аппетита [3]. Кормление детей с церебральным параличом требует значительного времени, что способствует формированию стресса и усталости у ухаживающих лиц. Это создает определенные трудности для реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями. Данный фактор был наиболее часто выделен родителями наших пациентов и хорошо обозначен в литературе [4]. В 2009 году P.V.Sullivan опубликовал данные собственного исследования детей с неврологическими нарушениями, в частности с ДЦП, где указал, что 89% детей с ДЦП нуждаются в помощи при кормлении. Из данного количества пациентов более 1/3 пациентов никогда не обследовались по поводу питания [5].

Церебральный паралич – группа непрогрессирующих синдромов, которые характеризуются нарушением моторного развития и постурального тонуса, в результате чего наблюдаются ограничения произвольных движений, что является следствием повреждения незрелого мозга. Большинство пациентов показывают и другие нарушения развития, включая интеллектуальные, зрительные, слуховые, речевые, а также поведенческие нарушения и эпилепсию. Качество жизни и исход заболевания детей с ДЦП зависит как от спектра синдромов, так и от тяжести функциональных расстройств и сопутствующих коморбидных состояний. [6,7,8]. Пациенты с ЦП часто имеют нарушения кормления и проблемы с проглатыванием пищи, что может привести к изменению массы тела, замедлению роста, хронической аспирации, эзофагитам, и респираторным инфекциям. В зависимости от синдромов ЦП, причинами неадекватного нутритивного статуса с одной стороны могут быть неадекватный прием пищи, оральная и оро-фарингеальная дисфагия, гастроэзофагальный рефлюкс и хроническая аспирация, а с другой стороны характерные поведенческие нарушения. Эпидемиологическое исследование, проведенное в Оксфорде, показало значительные корреляции между тяжестью моторных нарушений и неадекватным приемом пищи, включая поперхивания, изменения веса, длительное время кормления, рвоту, и необходимость гастростомии [9]. На сегодняшний день существует довольно большое количество интервенционных стратегий для оро-моторных нарушений, направленное на трудности с жеванием, глотанием, поперхиванием. Данные стратегии включают проведение сенсорно-моторного менеджмента,

позиционирование, оральные техники, изменение консистенции пищи, работа со специализированными формулами и нервно-мышечную стимуляцию. Хирургические вмешательства с установкой гастростомии или юностомии в сочетании с антирефлюксными процедурами часто помогают улучшить нутритивный статус ребенка и редуцировать риск хронической аспирации [10]. К сожалению, на сегодняшний день нет единого решения о необходимости перехода от орального кормления к энтеральному, но в 2008 году был принят общий консенсус, на основании которого медицинский представитель может рекомендовать энтеральный путь кормления [11,12,13]. С тех пор, как питание стало одной из актуальных проблем в менеджменте детей с церебральным параличом, для специалистов данного профиля необходимо понять роль питания в улучшении качества жизни пациентов. Доказательства, документирующие влияние плохого роста и недоедания на здоровье детей с ДЦП, ограничены, хотя множество исследований проведено на здоровых взрослых и детях и, к сожалению, могут быть применимы только к этой популяции. В связи с вышеизложенным, нами был проведен исследовательский проект «Оптимизация лечения неврологических заболеваний у детей с помощью алиментарной коррекции», совместно с фирмой ОАО «ПРОГРЕСС» под торговой маркой «ФрутоНяня».

Цель исследования: изучение эффективности алиментарной коррекции для улучшения качества жизни как ребенка с церебральным параличом, так и его родителей.

Задачи исследования:

1. Изучение причин нарушений питания у детей с ДЦП
2. Оценка нарушений питания у детей с ДЦП с помощью антропометрических данных (вес, рост, функциональный статус).
3. Коррекция питания с помощью коррекции нутритивного статуса (консистенция пищи, кратность кормления, потребности и калораж).
4. Оценка эффективности нутритивной реабилитации (краткосрочный и долгосрочный исход)

Материалы и методы исследования:

Мы включили 30 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, поступивших в отделение неврологии раннего возраста с диагнозом: детский церебральный паралич в период с июля – по сентябрь 2015 года.

Критерии включения: все дети имели диагноз детский церебральный паралич и нарушения функционального статуса, требующие консультации диетолога.

Методы диагностики – работа с неврологом: При поступлении пациента лечащим врачом были изучены жалобы, клинические симптомы, постановка диагноза, определение тяжести, на основе GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций [14]. Оценка функционального статуса (вес, рост, эмоциональный статус) проводилась лечащим

врачом и медицинской сестрой, согласно принятой формы нашего учреждения, на основании которого определялась работа с диетологом. Согласно клинического протокола отделения, назначались лабораторные исследования, которые включали общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, АЛТ, АСТ, тимоловая, креатинин, КФК, глюкоза, СРБ).

Методы поведенческой коррекции – совместная работа с реабилитологом, лечащим врачом. Во время проведения проекта коррекция питания, проводимая диетологом, совмещалась с такими поведенческими методиками, как позиционирование, улучшение координации, oro-моторная стимуляция, тренинг с ухаживающими лицами. Если существовали такие факторы, как аспирация, выраженная белково-энергетическая недостаточность 2-3 степени, принималось совместное решение о необходимости установки назогастрального зонда, с последующим решением о переводе на гастростому.

Методы нутритивной коррекции – работа с диетологом: В коррекцию нутритивного статуса входило изменение консистенции пищи в сторону сгущения, высчитывание калорий по формулам, изучение лабораторных показателей

и получение пищи, соответственно возрасту. Коррекция качества и количества пищи, требуемой консистенции проводилась с помощью продуктов детского питания фирмы ОАО «ПРОГРЕСС» под торговой маркой «ФрутоНяня». Спектр продуктов «ФрутоНяня», использовавшиеся для коррекции нутритивного статуса, включали жидкие молочные каши с инулином, безмолочные сухие каши, детскую воду, овощные пюре, фруктовые пюре с творогом и сливками, а также мясные пюре. Клиническое исследование продуктов детского питания «ФрутоНяня» ОАО «ПРОГРЕСС» с целью оценки усвояемости и иммуногенности монокомпонентных и многокомпонентных продуктов прикорма «ФрутоНяня» на плодоовощной, зерновой и мясной основах у детей первого года жизни проведено в НЦЗД в 2011г и 2013г. Вся продукция имела подходящую консистенцию и вкус, согласно анкетирования родителей и динамики функционального статуса.

Этапы исследования:

1 этап – оценка неврологического статуса, лабораторных показателей поступающего ребенка с диагнозом ДЦП, функционального статуса по весо-ростовым показателям (таблица 1)

Таблица 1 - Оценка функционального статуса у детей

Вопрос	Ответ в баллах	баллы
Нарушения физического развития: Для детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет – масса тела и /или рост ниже 5 % или выше 95 % по центильным таблицам	0-нормальные показатели массы тела и роста (между 5% и 95 %) 5-масса тела и/или рост ниже 5% или выше 95%	
Для детей в возрасте от 15 до 18 лет по индексу массы тела		
Была ли у пациента непроизвольная потеря массы тела за последние 3 месяца?	0-нет 1-до 11-20 % от массы тела 2- до 21-30% от массы тела 3-выше 30% от массы тела	
Снижался ли объем принимаемой пищи за последний месяц (например, не было аппетита)?	0-нет 2-да	
Стрессовый фактор/тяжесть заболевания	1. Нет 2. 1- умеренная неосложненная операция, рахит, воспаление, хроническая болезнь, пролежни, инсульт, воспалительные заболевания кишечника, цирроз печени, хроническая обструктивная легочная болезнь, диабет, почечная недостаточность) 3. 2- тяжелая (сепсис, пищевая аллергия, обширная операция, осложнения, трудности в глотании/приеме пищи.	
Общее количество баллов:		

0-2 балла: никаких действий

3-4 балла: контроль питания лечащим врачом

5 и выше : нужна консультация диетолога

2 этап – консультация диетолога, оценка нутритивного статуса, определение этиологии нарушений кормления

совместно с лечащим врачом, и назначение коррекции в виде набора продуктов «ФрутоНяня»

3 этап – проведение поведенческой и нутритивной коррекции с мониторингом эмоционального статуса согласно форме (таблица 2).

Таблица 2 - Шкала оценки эмоционального статуса ребенка с поражением нервной системы

1	Преобладающее состояние	При поступлении	На 3 день	При выписке
	Сонный и вялый	1	1	1
	Больше вялый, моменты активного поведения	2	2	2
	Половину времени вялый, половину времени бодрый	3	3	3
	Больше активный с моментами вялости	4	4	4
	Бодрый, активный	5	5	5
2	Лабильность бодрствования			
	Непрерывные перепады активности от возбуждения до полусна	1	1	1
	Частые смены активности от возбуждения до полусна	2	2	2
	Несколько смены активности от возбуждения до полусна	3	3	3
	Одна или две смены активности от	4	4	4

	возбуждения до полусна			
	Уровень активности постоянно высокий или постоянно низкий	5	5	5
3	Позитивный аффект			
	Никаких положительных эмоций	1	1	1
	Одно или два кратких проявления положительных эмоций	2	2	2
	Три и более кратких эпизодов положительных эмоций	3	3	3
	Один или два эпизода ярких или продолжительных положительных эмоций.	4	4	4
	Три и более ярких или продолжительных эпизода положительных эмоций.	5	5	5
4	Негативный аффект			
	Три и более ярких или продолжительных эпизода отрицательных эмоций	1	1	1
	Один или два эпизода ярких или продолжительных отрицательных эмоций	2	2	2
	Три и более кратких эпизодов отрицательных эмоций	3	3	3
	Одно или два кратких проявления отрицательных эмоций.	4	4	4
	Никаких отрицательных эмоций	5	5	5

4 этап – оценка эффективности терапии, согласно антропометрическим данным (за время пребывания в стационаре) в виде использования весовых показателей, беседа с мамой при выписке о дальнейшей нутритивной поддержке в течение длительного времени. В рамках данного краткосрочного проекта предполагался исход, который включал изменения весовых показателей, расход энергии, продвижение в решении орофарингеальных проблем, принятие решения о зондовом кормлении и рекомендаций о коррекции нутритивного статуса после

госпитализации. Мониторинг стресса ухаживающих лиц осуществлялся на основе анкетирования родителей до и после госпитализации, анализ которого проводился совместно с психотерапевтом.

Результаты проекта: При обследовании детей с различными формами ДЦП, нарушения функционального статуса наблюдались в 100% случаев (критерий включения в Проект). Распределение нарушений функционального статуса, в зависимости от форм ДЦП, показано в таблице 3.

Таблица 3 - Оценка функционального статуса у детей с различными формами ДЦП

формы ДЦП	функциональный статус	количество	%
Спастические формы	6-7 баллов	19	63
Дискинетическая	7-8 баллов	7	23
Атактическая	5-6 баллов	4	14

Примечание: 0-5 баллов – диетолог не требуется, 5-6 баллов – дефицит массы тела, гипотрофия 1-2 степени, 6-7 баллов – дефицит массы тела, гипотрофия 3 степени, БЭН, 7-10 баллов – БЭН 2-3 степени

При совместном первичном осмотре невролога, диетолога, а также на основе проведенной оценки анамнеза, нами выявлено, что 96% детей с ДЦП нуждаются в помощи при кормлении, 65% детей страдает дисфагией, у 85% пациентов, время кормления занимает более 3 часов, у 34% детей наблюдается частая рвота и 87% детей страдает

запорами. В 100% случаев родители никогда не обращались к диетологу.

Дальнейшее изучение причин нарушений питания у детей с ДЦП в возрасте от 6 месяцев до 5 лет показал наличие следующих этиологических факторов (таблица 4):

Таблица 4 - Этиологическая характеристика нарушений питания у детей с ДЦП

№	Этиология проблем питания	%
1.	Пациенты никогда не обращались к диетологу	97
2.	Аномальные энерготраты и неадекватное потребление пищи (недоедание, БЭН)	93
3.	Оромоторная дисфункция (слабое закрывание рта, частые срыгивания, рвота)	89
4.	Нарушение координации и недостаточность скорости движения (плохая координация рука-рот, проливание)	15
5.	Невозможность выразить чувство голода и насыщения	65
6.	Неадекватная помощь при кормлении	43
7.	Прием медикаментозных препаратов, влияющих на сознание и аппетит	38
8.	Кормление через назогастральный зонд	14

Анализ проблем нарушения кормления выявил, что основное количество родителей или ухаживающих лиц не понимали и не знали, что существующие симптомы нарушения веса необходимо решать с диетологом. Особую группу детей с аномальными энерготратами и неадекватным потреблением пищи составила группа с дискинетическим синдромом (7 пациентов), которая наиболее сильно зависела от нутритивной поддержки и

качества принимаемой пищи. Все пациенты с дискинетической формой были переведены на более частое кормление (каждые 2 часа), изменение консистенции пищи в сторону ее сгущения и калорийности, а также поведенческую коррекцию, которая включала позиционирование и работу с мамой. В результате проведенной терапии все пациенты показали положительный исход, в виде изменения массы тела, в

сторону увеличения, а также уменьшение орофарингеальных проблем. В 65% случаев мы наблюдали нарушения кормления вследствие отсутствия контроля принимаемой пищи у детей с выраженной задержкой психо-речевого развития. Данные контингент детей отличался тем, что пациенты не могли выразить чувство голода и насыщения. При анкетировании родителей или ухаживающих лиц, мы выявили постоянно присутствующий стресс, вследствие отсутствия признаков насыщения ребенка. Такой этиологический фактор, как неадекватная помощь при кормлении (43%) выделен для обозначения таких ятрогенных причин, как длительно стоящий назогастральный зонд, отсутствие гастротомии, позднее введение прикорма, а также отсутствие диетологической поддержки при наблюдении.

Исход проекта: В результате проведенной нутритивной коррекции в стационаре, с помощью увеличения или уменьшения объема пищи, частоты приема и ее калорийности, правильного введения прикорма

- мы зарегистрировали увеличение массы тела детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, в среднем на 305 граммов, в течение 7-10 дневного пребывания в стационаре при среднем ДМТ (дефиците массы тела) 28%

- оценка эмоционального статуса пациентов и ухаживающих лиц показала улучшение показателей анкеты на 2-3 балла по 5 бальной шкале оценки, разработанной в нашем отделении

- в результате комбинированной поведенческой и нутритивной коррекции нами выявлено продвижение в жевании (28%), глотании (35%), улучшения эмоционального тонуса (75%), снижения эпизодов рефлюкса (19%), и как вследствие этого, уменьшения стресса ухаживающих лиц (86%).

Заключение: На сегодняшний день актуальность исследований, посвященных изучению питания и нутриционной коррекции для пациентов с церебральным параличом высокая. Например, на данный момент времени, вопрос изучения сенсорно-моторных вмешательств остается открытым, т.к. пока нет убедительных данных об их эффективности. Изучение позиционирования также оправдано, и изучение этих вопросов поможет нам понять, какая комбинация интервенционных методик наиболее

эффективно работает для пациентов. Для детей с церебральным параличом необходимость больших рандомизированных исследований в данной области поможет улучшить качество их жизни и положительно повлиять на исход заболевания. Одной из мало изученных проблем является значение нутритивной коррекции с подходящей структурой (энергетический состав) используемых продуктов. Проспективное исследование в указанном направлении могло бы точно определить какой подходящий тип нутритивной поддержки может повлиять на исход сопутствующих синдромов ДЦП.

Результаты нашего Проекта в виде увеличения веса, продвижения в жевании, глотании, улучшения эмоционального тонуса, снижения эпизодов рефлюкса, и как вследствие этого, уменьшения стресса родителей или ухаживающих лиц указывает на положительный результат, и дают основу для дальнейшего изучения данной проблемы.

Выводы:

- 1) Данный проект является первым проектом, который помог нам понять актуальность нутритивной поддержки детям с неврологическими нарушениями.
- 2) На сегодняшний день пока нет четко работающей системы преемственного наблюдения детей с инвалидирующими заболеваниями нервной системы в вопросе нутритивной поддержки и нет однозначного отношения специалистов различного профиля к ним.
- 3) Похожие Проекты способны содействовать улучшению здоровья детей с нарушениями развития, профилактировать вторичные состояния и улучшить качество жизни детей с инвалидирующими состояниями.
- 4) Продукция Фрутоняня показала возможность ее использования при нутритивной коррекции детей раннего возраста с неврологическими нарушениями, в частности с детским церебральным параличом. Все рекомендуемые продукты хорошо подходили, как для изменения консистенции продуктов, так и для коррекции калоража на основе применения специфических формул. Благодаря калорийности и качеству продукции сроки введения прикорма проходили в те же сроки, что и у здоровых детей, но выбор того или иного компонента проходил совместно с диетологом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 American Speech-Language-Hearing Association URL: <http://www.asha.org/public/speech/swallowing/feeding-and-swallowing-disorders-in-children/>
- 2 NCBI URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851259/>
- 3 BIG URL: <http://www.birthinjuryguide.org/>
- 4 Greer A.J., Gulotta C.S., Masler E.A. et al. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2008. – 33(6). – P. 612-620. PMID: 18056140
- 5 Sullivan P.B. Feeding and nutrition in children with neurodevelopmental disabilities // London Mac Keith Press. – London: 2009. – №1. – P. 55-67.
- 6 Pakula A.T., Van Naarden Braun K, Yeargin-Allsopp M. Cerebral palsy: classification and epidemiology // *Phys Med Rehabil Clin N Am*. – 2009. – №20(3). – P. 425-452. PMID: 19643346.
- 7 Murphy C.C., Yeargin-Allsopp M., Decoufle P., et al. Prevalence of cerebral palsy among ten-year-old children in metropolitan Atlanta, 1985 through 1987 // *J Pediatr*. – 1993. – №123(5). – P. 13-20. PMID: 8229472.
- 8 Odding E., Roebroek M.E., Stam H.J. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors // *Disabil Rehabil*. – 2008. – №3. – P. 18-26.
- 9 Sullivan P.B., Lambert B, Rose M, et al. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study // *Dev Med Child Neurol*. – 2000. – №42(10). – P. 674-680. PMID: 11085295.
- 10 Majnemer A, Darsaklis V. Feeding Interventions for Children With Cerebral Palsy: A Review of the Evidence // *Phys Occup Ther Pediatr*. – 2011. – №31(1). – P. 58-77.
- 11 Vandenplas Y, Rudolph C.D., Di Lorenzo C, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. – 2009. – №49(4). – P. 498-547. PMID: 19745761.
- 12 Samuel M, Holmes K. Quantitative and qualitative analysis of gastroesophageal reflux after percutaneous endoscopic gastrostomy // *J Pediatr Surg*. – 2002. – №37(2). – P. 256-261. PMID: 11819210.
- 13 Samson-Fang L, Butler C, O'Donnell M. Effects of gastrostomy feeding in children with cerebral palsy: an AACPD evidence report // *Dev Med Child Neurol*. – 2003. – №45(6). – P. 415-426. PMID: 12785443.
- 14 www.canchild.com.

Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

БАЛАЛАРДАҒЫ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕР

Түйін: 3 пен 5 ай аралығындағы 30 науқаспен жұмыс істеп анализдеу барысында, нутритивті статустың және тамақтандырудың бұзылыстары зерттелген. Диетолог маманмен тамақтану статусын коррекциялауда позиционерлік өзгерістері, оро-моторлы стимуляцияның әсерін қарастырған. Тамақтың коррекция жасау үшін «Фрутоняня» тағамы алынған. Проекттің көрсеткіштері: 1) алғашқы 7-10 күн ішінде массалық үлестің 305 граммға көбейгені айқындалды; 2) сауалнама жүргізу барысында жалпы 5 баллдық көрсеткіштен, 2-3 орташа көрсеткіші есептелген.

Түйінді сөздер: балалар, неврология, балалардың церебральді параличі, нутритивті коррекция.

L. Tekebaeva, E. Uteyliiev
Kazakhstan's Medical University "KSPH"

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISEASES IN CHILDREN

Resume: Based on the analysis and work with 30 patients aged 3 months to 5 years, studied the causes of eating disorders, evaluated and correction of nutritional status, shows the effectiveness of the measures. During the correction of the power project undertaken nutritionist, it was combined with behavioral techniques such as positioning, improve coordination, oro- motor stimulation, training with caring individuals. During the nutritional support for the introduction of complementary foods to choose a product "Frutonyanya". The results of our projects: 1) we registered an increase in body weight by an average of 305 grams, for a 7-10 day hospital stay with an average deficit of 28% of body weight 2) The evaluation of the emotional status of patients and caregivers showed improvement in the questionnaire 2-3 points on 5-point rating scale.

Keywords: to study the effectiveness of nutritional correction to improve the quality of life as a child with cerebral palsy, and his parents.

БАЛАЛАР ИНСУЛЬТЫ: ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ, ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Г.К. Жайназарова, М.М. Лепесова, Г.Б. Абасова, Г.О. Шойбекова
Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Бас-ми қантамырлары аурулары (әсіресе, инсульт) мәселелерінің өзектілігі тек ересектер арасында ғана емес, балалар арасында ерекше орын алуда. Инсульт егде жастағы адамдарда ғана кездесетін сырқат болып табылмайды. Қолжетімді шетел медициналық әдебиеттер мен медициналық статистика мәліметтеріне сүйенсек, өмірінің бірінші айындағы балалардың инсультпен сырқаттанушылығы 55 жастағы ересектердің инсультпен сырқаттанушылығымен тең

Түйінді сөздер: балалардың инсульты, ишемиялық инсульт, балалар инсультының этиологиясы, балалардың инсультқа шалдығуы

УДК 616.053.2-0.53.31

Балалар инсульті деп өмірінің 1 айлығы мен 18жасқа дейін дамыған инсультті айтады[2]. Балалардағы бас-ми қантамыр патологиясы ерекше өзекті мәселе, себебі инсульт салдары ауру бала үшін де, оның ата-анасы үшін де өте ауыр [3]. Ересектермен салыстырғанда балалар инсультін зерттеудің өзектілігі инсультті басынан өткергенде ағзасында қалыптасқан ауыр неврологиялық асқынулар фондында науқас бала әрі қарай дамиды, ал осындай баланың мұқтаждығын (медициналық және білім) қамтамасыз ету өте қымбатқа түседі. 2003-2009 жылдар аралығында АҚШ-та 1667 балада біріншілік инсульт анықталған, оның 703-геморрагиялық инсультпен болса, ишемиялық инсульт -964 балада болды. Инсультпен ауырған 1 баланың реанимациялық шараларға кеткен шығындарын қоса есептегенде еміне, зерттеуге, реабилитациясына орташа есеппен алғанда 19 548 доллар қажет (10 764 доллардан 40 721 долларға шейін). Геморрагиялық инсультпен (емнің орташа құны — 24 843 долл.) науқасты емдеу ишемиялық инсультпен (16 954 долл.) ауырған науқасты емдегенге қарағанда қымбатырақ болады [4]. Қазіргі таңда балалар инсультінің мәселелері пәнаралық мәселе болып табылады және де ең алдымен неврология, кардиология, ангиология және қан ұю жүйесінің патологиясы сияқты пәндердің бірлесуімен қалыптасады. Цереброваскулярлы патологияның көбейіп жатқандығы

сөзсіз. Оның көбеюіне репродуктивті функцияны стимуляциялау мақсатында «500гр-өмір сүруге қабілетті ұрық» программасының, сонымен қатар жаңа туған нәресте күтіміне жаңа технологиялардың енуі және қарқынды емдеу әдістерін қолдануға байланысты. Әлбетте, шала туылған, экстремальды дене салмағымен туылған нәрестелердің өлім-жітімінің азаюы балалардағы ауыр мүгедектік көрсеткіштерінің ұлғаюына, сонымен қатар балалар жүйке жүйесі сырқаттарының ұлғаюына ол өз кезегінде кейін ересектерде де жүйке жүйесі сырқаттарының көбеюіне алып келеді. Ангионеврология мәселелері де жасқа тәуелді болады. Ересектер инсультінің көбеюінің этиологиялық себептерін талдаған кезде, олар үшін плацдарм балалық немесе жасөспірім кезде дайындалып қойылғаны белгілі болды [5,6]. Кейбір елдерде балалардың инсультпен сырқаттанушылығының өсуі байқалады. Қазіргі уақытта сырқаттанушылық жылына 10000 балаға шаққанда 2-3 жағдай кездеседі (ересектерде 1000 түрғынға 1-5 жағдай) [7]. АҚШ-та 1 жасқа дейінгі балалардың инсультпен сырқаттанушылығы 10000 балаға 7,8 жағдай, 1 жасан 18 жасқа дейін 2-3 жағдайды құрайды [8-10]. Геморрагиялық инсульттің таралуы жылына 100 мың балаға 2,9, ишемиялық инсульттікі 7,8; барлық инсульттардың 40% -ы 1 жасқа дейінгі балаларда дамиды [11].

Соңғы статистикалық мәліметтерге сүйенсек, инсульт балалар өлім-жітімінің, әсіресе 1 жасқа дейінгі балалар өлім-жітімінің ең көп таралған 10 себептерінің бірі болып табылады. [12,13,14].

Инсульттен болатын балалардың өлім-жітімі 7% -дан 28%-ға дейін құрайды, жалпы өлім-жітім жылына 100000 балаға 0,6 жағдай [15-18]. Ишемиялық инсульт кезінде болатын летальды жағдай геморрагиялық инсульт кезінде болатын летальды жағдайға қарағанда төмен, геморрагиялық инсульт кезіндегі өлім-жітім 29-41%-ға дейін кездеседі. Церабральды ишемиямен сырқаттанғандардың 5%-16%-ы қайтыс болады [2,19-23]

Инсультпен ауырған балалардың 20-30% инсультпен екінші рет қайталанып сырқаттанып қалады. Инсультті басынан өткерген балалардың 70%-да тұрақты неврологиялық дефицит сақталады. АҚШ-ты және Еуропа елдерінде ишемиялық инсульттің 20%-ға жуығы, геморрагиялық инсульттің 10-15% - себебі белгісіз болса, Ресей және Қазақстанда себебі белгісіз инсульт 60% жағдайда кездеседі [24, 25].

Ми тамырларының атеросклерозы, гипертониялық ауру (48%), мойын остеохондрозы (12%), жедел респираторлы вирусты инфекциялар (6%), экстракраниальды тамырлар патологиясы (4%), васкулиттер (2,5%), психикалық жарақаттар (1,3%), жарақаттан кейінгі тамырлардың майлы эмболиясы (0,1%) ересектер инсультінің негізгі себептері болып саналады. Балалар инсультінің этиологиялық факторлары ересектердікінен ерекшеленеді [26-35].

Балалардағы ми қанайналымы бұзылысының негізгі этиологиялық факторлары (В.П.Зыков и соавт. Диагностика и лечение инсульта у детей. учебное пособие. -М., 2006. -64с)

1. Жүрек сырқаттары.

Туа пайда болған сырқаттар:

Қарыншааралық перде дефектісі

Жүрекшеаралық перде дефектісі

Боталов түтікшесінің бітіспеуі

Қолқа сағасының стенозы

Митральды стеноз

Қолқа коарктациясы

Жүрек рабдомиомасы

Туа пайда болған күрделі жүрек ақауы

Жүре пайда болған сырқаттар:

Ревматизм

Протезирленген жүрек қақпашалары

Либмана-Сакс эндокардиті

Бактериальды эндокардит

Кардиомиопатия

Миокардит

Жүрекше миксомасы

Жүрек ритмінің бұзылуы

Жүрек сырқаттары инсульт туындаудағы маңызды қауіп факторлардың бірі болып табылады және балалардағы ишемиялық инсульттің туындау себептерінің 20%-ға жуығын құрайды.

2. Қан жүйесінің сырқаттары.

Ишемиялық инсульттің қауіп факторлары:

Гемоглобинопатия

Тромбоцитоз

Полицитемия

Лейкемия

Шашыраңқы тамыршілік қануы

Қатерлі ісіктердегі протромботикалық жағдай

Антифосфолипидный синдром

Коагуляцияның туа пайда болған бұзылыстары

Көрсетілген сырқаттар кезінде ишемиялық инсульт дамуының жалпы механизмі болып гиперкоагуляция және тамыршілік тромбының түзілуі болып табылады. Кездесуі жиілігі бойынша коагуляцияның туа пайда болған бұзылыстары маңызды этиологиялық фактор болып табылады. Соңғы он жылдағы зерттеу мәліметтеріне сүйенсек, балалардағы ишемиялық инсульттің мүмкін болатын себептерінің 10%-дан 50%-н құрайды. Осы топтағы басқа этиологиялық факторлардың ішінде орақ пішіндес анемияны атап өту керек, себебі ол негроид нәсілділер арасында 38% жуық ишемиялық инсульттің дамуына әкеледі.

Геморрагиялық инсульттің қауіп факторлары:

Аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура

Гемофилия

Туа пайда болған афибриогенемия

К дәруменінің жетіспеушілігі

Шашыраңқы тамыршілік қануы

Осы сырқаттар кезінде геморрагиялық инсульт дамуының жалпы механизмі –гипокоагуляция. Қан жүйесінің сырқаттары 10% жағдайда геморрагиялық инсульт дамуының қауіп факторы болып табылады.

3. Бас ми тамырларының құрылымдық аномалиялары.

Артериальды фибромаскуляры дисплазия

Ішкі ұйқы немесе омыртқа артерияларының агенезиясы немесе дұрыс жетілмеуі

Артериовенозды мальфармация

Штурге-Вебер синдромы

Интракраниальды аневризма

Туа пайда болған геморрагиялық телеангиоэктазия

Бұл топ сырқаттары негізінен геморрагиялық инсульт үшін қауіп факторлар болып есептеледі. Көптеген зерттеулер мәліметтері бойынша құрылымдық аномалиялар 60-70 % жағдайда басшілік қанқұйылулардың себебі болып табылады.

4. Васкулопатиялар.

Элерс-Данлос синдромы

Гомоцистинурия

Моя-моя синдромы

Фабри ауруы

Спонтанды артериальды диссекция

Радиация әсерінен кейінгі васкулопатия

Аталған сырқаттар ишемиялық инсульт туындауының қауіп факторлары болып табылады. Негізгі патогенетикалық механизм - тамырлардың стенозы, дәнекер тіннің жетіспеушілігінен тамыр қабырғаларының ажырауы және тромб түзілуге бейім болуы. Ерекше көңіл аударуды артериальды диссекцияға қажет етеді. Бұрын ол балалық шақта сирек кездесетін патология болатын. Соңғы жылдардағы зерттеу мәліметтері бұл көзқарасты жоққа шығаруда.

5. Васкулиттер.

Менингит

Энцефалит

Желшешектен кейінгі васкулит

Жүйелік инфекциялар

Жүйелік қызыл жегі

Грануломатозды ангиит

Такаясу ауруы

Дерматомиозит

Гемолитико-уремический синдром

Наркомания (кокаинді, амфетаминді)

Байқалып отырғандай, васкулиттер инфекциялық және инфекциялық емес болуы мүмкін. Екі жағдайда да тамыр қабырғасының (қабынуы, зақымдалуы немесе эндотелий қызметінің бұзылуы) процеске кірісінде, ол өз кезегінде ишемиялық инсульт дамуы механизмдерінің бірі болып табылатын тромб түзілуге әкеледі. Кейде айқын тамыр қабырғасының зақымдалуынан ишемиялық инсульттің геморрагиялыққа трансформациялануы орын алуы мүмкін.

6. Басқа да себептер.

Артериальды гипертензия

Гиповолемия және артериальды гипотензия

Гипернатриемия

Диабет

MELAS-синдром

Вазоспазмдық жағдай

-мигрень;

-субарахноидальды қанқұйылу кезіндегі вазоспазм

Жарақат

-жарақаттан кейінгі артериальды диссекция («қарындаштық» жарақат)

Мойын жарақаты кезінде тамыр зақымдалуы

Ми ісіктері

Көрсетілген балалар инсульттің қауіп факторлар тізімі толық көрсетілмеген. 20%-ға жуық ишемиялық және 10-15% геморрагиялық инсульт этиологиялық себептері мұқият диагностикалық тексерістен кейін де белгісіз болып қалады [36].

Қорыта келгенде, ғалымдар балалар арасындағы инсультті полиэтиологиялық екендігіне келіп отыр. Инсульт негізіне гипокси-ишемиялық фактордан бөлек туа біткен аплазиялар мен артерио-венозды мальформациялар, қантамырлар стенозының рөлі анықталады. Сонымен қатар, қантамырлардың инфекциялық агентпен зақымдалуы, қанның коагуляциялық және антикоагуляциялық қасиеттерінің бұзылуынан да болады. Бірақ, сонда да бас-ми

қанайналымының бұзылысына әкелетін себептерінің басым бөлігі белгісіз болып қалуда. Инсульт себептерін білмеу, дер кезінде диагностика мен мамандандырылған көмек көрсетпеу тұрақты мүгедектіктің қалыптасуына әкеледі. Балалар инсульті этиопатогенезі және клиникалық ағымы бойынша гетерогенді болғандықтан, балалар инсульті саласында білімін жетілдіру сапалы емдік-профилактикалық көмек көрсету үшін қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Шнайдер Н.А., Петрова М.М. Детский инсульт в практике семейного врача. Актуальные вопросы заболеваний сердечно-сосудистой системы // Материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Тыва: Кызыл, 2005. - С. 115-123.
- 2 Евтушенко С.К. Инсульты у детей (клиника, диагнос- тика, лечение). Метод. рекомендации, утвержденные МЗ Украины.- Киев: 2000. - 35 с.
- 3 Yock-Corrales A, Mackay M, Mosley I. Acute childhood arterial ischemic and hemorrhagic stroke in the emergency department // Ann Emerg Med. - 2011. - №58. - P. 156-163.
- 4 Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. 4-е издание. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. — 368 с.
- 5 Морозова Е.А. Клиническая эволюция перинатальной пато- логии мозга: автореф. дис. ... д-р.мед.наук - Казань, 2012. — 59 с.
- 6 Turney C, Wang W, Seiber E, Lo W. Acute pediatric stroke: contributors to institutional cost // Stroke. - 2011. - №42. - P. 3219-3225.
- 7 Go A. AHA Statistical Update, Heart Disease and Stroke Statistics // A Report from the American Heart Association. - 2012. - №2. - P. 58-64.
- 8 Fullerton H, Wu Y, Zhao S, Johnston S. Risk of stroke in children: ethnic and gender disparities // Neurology. - 2003. - №61. - P. 189-194.
- 9 Morgenstern L, Hemphill J III, Anderson C. American Heart Association Stroke Council and Council on Cardiovascular Nursing. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association // American Stroke Association. Stroke. - 2010. - №41. - P. 2108-2129.
- 10 Kirkham F, Hogan A. Risk factors for arterial ischemic stroke in childhood // CNS Spectr. - 2004. - №9. - P. 454-464.
- 11 Ратнер А.Ю. Нарушения мозгового кровообращения у детей. - Казань: Издательство Казанского Университета, 1983. - 283 с.
- 12 Lanthier S., Carmant L., David M. et al. Stroke in children. The coexistence of multiple risk factors predicts poor outcome // Neurology. - 2000. - Vol. 40. - P. 254-371.
- 13 Lynch J.K., Hirtz D., G., De Veber G., Nelson K.B. Report of the National Institute of Neurological Disorders and stroke workshop on perinatal childhood stroke // Pediatrics. - 2002. - Vol. 109, №1. - P.1107-1117.
- 14 Покровский А.В., Шубин А.А. Расслоение артерий (обзор ли- тературы и клинические наблюдения) // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2005. — Т. 12, № 4. — С. 27-38.
- 15 Школьниковая М.А., Абдулатипова И.В. Основные тенденции заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний детей и подростков в Российской Федерации // Российский вест- ник перинатологии и педиатрии. — 2008. — № 4. — С. 4-10.
- 16 Чучин М.Ю. Ишемический инсульт в детском возрасте // Ин- сульт. — 2004. — № 11. — С. 27-37.
- 17 Roach E.S. Etiologi of stroke in children / E.S. Roach // Semin Rdial Neurol. — 2000. — Vol. 7. — P. 244-260.
- 18 Ganesan V., Chong W.K., Cox T.C. et al. Posterior circulation stroke in childhood: risk factors and recurrence // Neurology. — 2002. — Vol. 9. — P. 1552-1556.
- 19 Roach E.S., Biller J. Treatment of ischemic stroke in children // Stroke. — 2001. — Vol. 1. — P. 264-270.
- 20 De Schryver E.L. et al. Prognosis of haemorrhagic stroke in childhood: a long-term follow-up study // Dev Med Child Neurol. — 2003. - Vol. 45 (4). - P. 233-239.
- 21 Евтушенко С.К. Гетерогенный ишемический инсульт у детей // Новости медицины и фармации. — 2011. — №370. — С. 56-61.
- 22 Chabrier S., Husson B., Lasjaunias P. [et al.]. Stroke in childhood: Outcome and recurrence risk by mechanism in 59 patients // J. Child Neurol. — 2000. — № 15. — P. 290-294.
- 23 Scott R, Smith E. Moyamoya Disease and Moyamoya Syndrome // N Engl J Med. - 2009. - №360. - P. 1226-1233.
- 24 Okeda R, Arima K, Kawai M. Arterial changes in cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) in relation to pathogenesis of diffuse myelin loss of cerebral white matter: examination of cerebral medullary arteries by reconstruction of serial sections of an autopsy case // Stroke. - 2002. - №33. - P. 2565-2569.
- 25 Брагина Л.К. Особенности интра-экстракраниального кровообращения при окклюзирующих поражений артерий, питающих мозг (ангиографическое изучение): Автореф. дис. ... д-р. Мед. Наук - М., 1974. - 29с
- 26 Yun Joo Lee, Kandall S.R., Ghali V.S. Intracerebral Arterial Aneurysm in a Newborn //Arch. Neurology (Chic.). - 1978. - Vol. 35. - P. 171-172.
- 27 Sinha S., Davies J., Sims D. Relation between periventricular haemorrhage and ischemic brain lesions diagnosed by ultrasound in very preterm infants // Lancet. - 1985. - P. 56-59.
- 28 Ахо К.П., Хармсен П., Хатано С. Цереброваскулярные болезни среди населения: результаты совместного исследования ВОЗ // Бюллетень. - 2005. - С.1-12.
- 29 Верещагин Н.В. Патология вертебро-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. - М.: Медицина, 1980. - 195 с.
- 30 Верещагин Н.В., Гулевская Т.С., Миловидов Ю.К. Приоритетные направления научных исследований по проблеме ишемических нарушений мозгового кровообращения // Ж-л невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1990.- №1. - С. 3-8.
- 31 Жулев Н.М., Кандыба Д.В., Яковлев Н.А. Шейный остеохондроз. Синдром позвоночной артерии. Вертебрально-базилярная недостаточность. - СПб.: 2002. - 575 с.
- 32 Евтушенко С.К., Яновская Н.В., Евтушенко О.С. Цераксон как эффективный нейропротектор в лечении и реабилитации детей первого года жизни с органическими поражениями ЦНС // Международный неврологический журнал. - 2007. - №3. - С. 141- 145.
- 33 Ким А.В., Чететкин А.О., Лагода О.В., Кротенкова М.В. и др. Ишемический инсульт у больных с патологией сердечных клапанов и протезированными сердечными клапанами // Невропатологии и психиатрии им Корсакова. - 2003. - №9. - С. 132-138.
- 34 Кузнецов А.Н. Кардиогенная и артерио-артериальная церебральная эмболия, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика: Автореф. Дисс. ... д-р.мед.наук - СПб., 2001.- 32 с.
- 35 Могош Г. Тромбозы и эмболии при сердечно-сосудистых заболеваниях. - Бухарест: 1979. - 576 с.
- 36 В.П.Зыков и соавт. Диагностика и лечение инсульта у детей. учебное пособие. - М.: 2006. - 64 с.

Г.К. Жайназарова, М.М. Лепесова, Г.Б.Абасова, Г.О.Шойбекова
Международный Казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави

**ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА
(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

Резюме: Авторами проведен аналитический обзор литературных источников, посвященных актуальности проблем инсульта у детей (особенно у детей до 1 года), возможных этиологических факторов риска, которые вызывают инсульт у детей. Систематизированы наиболее часто встречаемые этиологические факторы риска, которые приводят к инсульту у детей.

Ключевые слова: инсульт у детей, геморрагический инсульт, ишемический инсульт, этиология инсульта у детей, заболеваемость инсульта у детей, смертность инсульта у детей

G.K. Zhainazarova, M.M. Lepesova, G.B. Abasova, G.O. Shoibekova
International Kazakh-Turkish University named after Kh.A. Yasavi

**STROKE IN CHILDREN: CURRENT ASPECTS, ETIOLOGICAL RISK FACTORS
(LICENSOR)**

Resume: The authors conducted an analytical review of the literature on the relevance of the problems of stroke in children (especially in children under 1 year old), the possible etiologic risk factors that cause a stroke in children. The most common etiologic risk factors that lead to stroke in children are systematized.

Keywords: stroke in children, hemorrhagic stroke, ischemic stroke, etiology of stroke in children, the incidence of stroke in children, and mortality of stroke in children



ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

PSYCHIATRY AND NEUROLOGY

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

С.В. Витт¹, И.А. Кадырова²

¹Городской Центр первичной медико-санитарной помощи, г. Караганда

²Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра физиологии, г. Караганда

Ишемический инсульт является важнейшей глобальной медицинской и социальной проблемой, т.к. его последствия обуславливают высокий уровень смертности и инвалидизации. Наряду с вопросами лечения и реабилитации больных, актуальным является вопрос профилактики заболевания, которая подразумевает под собой отбор группы лиц, имеющих высокий риск возникновения ишемического инсульта. Особую группу риска составляют пациенты с метаболическим синдромом, поскольку они сочетают в себе многие предрасполагающие факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью этой обзорной статьи является анализ факторов риска и этиопатогенетических причин развития острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: метаболический синдром, ишемический инсульт, факторы риска, артериальная гипертензия.

УДК 616.831

Введение. В современном мире одно из ведущих мест среди причин смертности и инвалидизации населения принадлежит инсультам. Метаболический синдром (МС) рассматривается как предиктор развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и ишемического инсульта (ИИ). Пациенты с метаболическим синдромом имеют множество факторов риска: повышенное артериальное давление (АД), инсулинорезистентность или повышенный уровень глюкозы крови, абдоминальное ожирение, дислипидемии. Все эти факторы запускают и поддерживают формирование атеросклероза - одну из основных причин ишемического инсульта [1].

Результаты и обсуждение. Совместное влияние метаболических нарушений в настоящее время известных как метаболический синдром был впервые описан Kylin в 1920 как сочетание гипертонии, гипергликемии и подагры [2]. Vague отмечал, что ожирение по мужскому типу наиболее часто ассоциируется с диабетом и ССЗ [3]. В 1988 Reaven отметил клиническую важность МС и использовал термин «синдром X» [4].

В 1989 году Каплан назвал это сочетание «смертельный квартет», а также был применен термин «синдром инсулинорезистентности» [5]. В настоящее время используется термин «метаболический синдром», который сочетает в себе многие предрасполагающие факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний, такие как: повышенное АД, инсулинорезистентность и/или повышенный уровень глюкозы крови, абдоминальное ожирение, дислипидемии. Зачастую у пациентов с МС повышен уровень мочевой кислоты, СРБ, изменен

гормональный профиль. Все эти факторы запускают и поддерживают формирование атеросклероза - одной из основных причин сердечно - сосудистых заболеваний.

Экспертные группы пытались разработать единое определение МС. Наиболее широкие исследования были произведены Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), The European Group for the Study of Insulin Resistance и the National Cholesterol Education Program—Third Adult Treatment Panel (ATP III) [6,7,8].

Все группы признавали основные компоненты МС: ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемия и артериальная гипертензия. Тем не менее, они описывали различные клинические критерии для определения установления МС. Например, в отличие от двух других определений, определение ATP III не требовало наличия нарушенной регуляции глюкозы или резистентности к инсулину в качестве основного компонента. В 2005 и (повторно в 2009) году организация IDF было разработала единый диагностический инструмент для определения МС. Было решено использовать определение ATP III 2001 года в качестве отправной точки. Несмотря на то, что резистентность к инсулину является важным компонентом МС, его измерение не является необходимым для нового определения, ввиду трудоемкости регулярного измерения в клинической практике, в то время как измерение абдоминального ожирения является доступным. В результате были разработаны критерии установления МС (Таблица 1). Для установления наличия МС пациент должен обладать абдоминальным ожирением и любыми двумя признаками из таблицы [8].

Таблица 1 - Критерии установления МС

Параметр	Значение
Центральное ожирение	Обхват талии: этническая специфика муж > 94 см; жен > 80 см.
Повышенные триглицериды	> 150 мг/дл (1,7 ммоль/л) (или специфическое лечение этой липидной аномалии)
Сниженный холестерин липопротеидов высокой плотности	< 40 мг/дл (1.03 ммоль/л) у мужчин < 50 мг/дл (1.29 ммоль/л) у женщин (или специфическое лечение этой липидной аномалии)
Повышенное артериальное давление	Систолическое: > 130мм рт.ст. Диастолическое: > 85мм рт.ст. (лечение ранее диагностированной гипертензии)
Повышенный уровень глюкозы плазмы натощак	Глюкоза плазмы натощак >100мг/дл (5,6 ммоль/л) или (ранее диагностированный 2 тип диабета)

В дополнение к определению в МС, участники семинара IDF подчеркнули ряд других параметров, которые могут оказаться связаны с МС: эндотелиальная дисфункция, изменение концентраций биомаркеров жировой ткани лептина и адипонектина, инсулинорезистентность, протромботические состояния и т.д.

При МС происходят ряд метаболических изменений, которые описаны ниже.

Абдоминальное ожирение. Абдоминальное ожирение (АО) считается одним из важнейших факторов риска ССЗ, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ОНМК. АО используется клиницистами как своеобразный маркер прогноза возникновения ССЗ.

Адиipoциты (жировые клетки) действует как эндокринный орган, и играют существенную роль в патогенезе абдоминального ожирения [9]. Адиipoциты синтезируют гормоноподобное вещество лептин, который контролирует потребление пищи и энергетический обмен. В случае ожирения синтез лептина изменяется, что приводит к неконтролируемому пищевому поведению. Систематическое воспаление у пациентов с АО приводит к повышенной концентрации СРБ. Как указано в работах P.J. Eppig, СРБ может играть роль в развитии резистентности к лептину, результатом чего является снижение энергетического обмена и неконтролируемый аппетит [10]. Увеличение концентрации СРБ и лептина были связаны с повышенным риском ССЗ. Лептин оказался независимым предиктором ССЗ, в то время как СРБ таким не являлся. По данным С.J. Lavie, увеличение маркеров воспаления связано с резистентностью к инсулину и ССЗ [11,12].

Помимо лептина адиipoциты синтезируют фактор некроза опухоли-альфа, ингибитор активатора плазминогена-1, интерлейкин-6, ангиотензиноген, инсулиноподобного фактора роста-1. Некоторые из этих факторов, воздействуя на инсулинорецепторы, приводят к развитию инсулинорезистентности, в то время как другие запускают процесс повышения АД. В ответ на ИР на первом этапе развивается гиперинсулинемия [13].

Инсулин, помимо своих основных функций оказывает следующие эффекты [13]:

- приводит к гипертонии путем повышенной реабсорбции натрия в проксимальных канальцах почек;
- повышает активность симпатoadренальной системы, вызывая вазоконстрикцию и повышение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС);
- стимулирует пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов.

АО оказывает ряд побочных эффектов на гемодинамику, структуру и функции сердечно-сосудистой системы [13]. АО увеличивает общий объем крови, сердечный выброс и сердечную нагрузку. Пациенты с АО имеют высокий сердечный выброс, но низкий уровень общего периферического сопротивления при любых показателях артериального давления. Это увеличение сердечного выброса вызвано повышенной активностью симпатической нервной системы, что приводит к увеличению частоты сердечных сокращений. Гиперактивация симпатической нервной системы указывает на нейрогенный характер АГ при АО. При АО в следствии инсулинорезистентности происходит активация симпатoadренальной системы, что

приводит к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). ИР и активация РААС суммарно приводят к артериальной гипертензии, которая характеризуется отсутствием ночного снижения АД [13].

У людей с АО часто развивается дилатация левого желудочка из-за увеличения его наполнения и повышенного объема крови [14]. Не зависимо от артериального давления и возраста, ожирение увеличивает риск гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), а также других структурных аномалий, включая концентрическое ремоделирование и концентрическую гипертрофию левого желудочка [15]. АО приводит к дилатации левого предсердия, из-за увеличением объема циркулирующей крови и аномального заполнения во время диастолы. Кроме того у пациентов с АО имеется склонность к частым и сложным желудочковым аритмиям. Эти нарушения многократно увеличивают риск ССЗ, в том числе ишемического инсульта [16].

Многочисленные исследования выявили связь между ИМТ и инсультом. Показано, что увеличение ИМТ на 1 единицу, повышает риск развития ишемического инсульта на 4% и на 6% геморрагического инсульта. Такой рост риска может быть связан с высокой распространенностью артериальной гипертензии при АО и провоспалительного состояния, которые сопровождают избыточное накопление жировой ткани [17].

Гипергликемия. К обратимым метаболическим изменениям относят активацию полиолового пути обмена глюкозы, истощение запасов миоинозитола в клетках, активацию протеинкиназы С (повышенная активность этого фермента в условиях гипергликемии сопровождается активацией процессов перекисного окисления липидов, обладающих цитотоксическими эффектами), повышенное образование ранних продуктов гликозилирования и связанные с ними свободных радикалов. Необратимые метаболические изменения — это образование конечных необратимых продуктов гликозилирования и их связывание с компонентами внеклеточного матрикса и нуклеиновыми кислотами ядер клеток, изменение третичной структуры белков базальной мембраны, нарушение связывающей способности белков матрикса, повышение частоты генетических мутаций [18].

В условиях гипергликемии происходит неферментативное гликозилирование белков, которые в зависимости от периода их полужизни подразделяют на два класса: обратимые, обладающие наибольшим повреждающим действием, изменяющие структуру и метаболизм основных белков организма (коллагена, миеллина, кристаллина, ДНК), взаимодействуют с атерогенными фракциями липидов (тем самым снижая их клиренс из кровотока и повышая атерогенность сыворотки крови), активируют процессы перекисного окисления липидов [18].

По данным Мак Дермотт М.Т. [19] конечные продукты гликозилирования (КПГ) самостоятельно способствуют развитию и поддержанию высокого артериального давления у больных сахарным диабетом, нарушая нормальную чувствительность стенок сосудов к действию сосудорасширяющих веществ. Необратимость молекул КПГ объясняет продолжающееся прогрессирование микро- и макрососудистых осложнений даже при очень хорошей компенсации инсулинорезистентности.

Ю. К. Ширяева в своих работах описала, что конечные продукты гликозилирования, циркулирующие в кровеносном русле связываются с базальной мембраной, эндотелием сосудов и рыхлой соединительной тканью, что приводит к формированию эндотелиальной дисфункции [20]. Большинство современных исследователей утверждают, что эндотелий играет центральную роль во многих патофизиологических процессах, приводящих к развитию микрососудистых осложнений и атеросклеротических изменений крупных сосудов. Уникальное положение эндотелиальных клеток на границе между циркулирующей кровью и тканями делает их основной мишенью в развитии ангиопатий [20].

Из всех многочисленных факторов, синтезируемых эндотелием, роль "модератора" всех функций эндотелия принадлежит эндотелиальному фактору релаксации, или оксиду азота (NO). Именно этот фактор регулирует активность и последовательность "запуска" всех остальных биологически активных веществ, продуцируемых эндотелием [20].

Нарушение NO-продуцирующей функции эндотелия в первую очередь связано с развитием ангиопатий и атерогенезом. Недостаточная продукция NO приводит не только к сниженной релаксации сосудов и их спазму, но и к повышенной проницаемости сосудов для белков и липопротеинов, к ускоренной пролиферации гладкомышечных клеток, к беспрепятственной экспрессии адгезивных молекул на поверхности эндотелиальных клеток, к повышенному тромбообразованию. Все эти процессы приводят к дисбалансу между сосудорасширяющими и сосудосуживающими, антитромботическими и протромботическими, противовоспалительными и провоспалительными, антисклеротическими, пролиферативными факторами в сторону преобладания последних [21].

Как указано в работе [21] измененный эндотелий экспрессирует молекулы адгезии, в частности ICAM-1, облегчающие проникновение моноцитов, переполненных липидами, в субэндотелий. Эти нарушения способствуют аккумуляции липидов в сосудистой стенке, пролиферации и миграции в интиму артерий гладкомышечных клеток и усилению продукции ими коллагена и эластина, развитию микроагрегатов тромбоцитов. Последние формируют условия для микроэмболий vasovasorum крупных артериальных сосудов с локальными изменениями сосудистой стенки, что в конечном итоге и приводит к развитию атеросклероза и тромбозу.

Роль дислипидемий. Согласно мировой статистике у пациентов с МС наблюдается гипертриглицеридемия в сочетании с пониженным уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП). Концентрации

других классов липопротеидов, как правило, повышены: липопротеидов очень низкой плотности (ЛОНП), липопротеидов промежуточной плотности (ЛПП) и хиломикрон. Что касается липопротеидов низкой плотности (ЛНП), то нередко их концентрация остается в пределах нормы, однако по своему фенотипу - это липопротеиды типа В, т.е. они имеют меньшие размеры и несколько большую плотность, чем ЛНП у здоровых лиц [22].

ЛНП В типа длительное время циркулируют в кровотоке, окисляются и захватываются макрофагами в сосудистой стенке. Хроническая гипергликемия способствует повышенной проницаемости окисленных ЛНП в сосудистую стенку, поскольку приводит к эндотелиальной дисфункции и как следствие к повышенной проницаемости сосудов. Эти процессы активируют высвобождение цитокинов (IL-1, TNF α), которые в свою очередь активируют процесс воспаления в стенке артерии [23]. Воспалительные реакции в стенке артерий являются еще одним патологическим звеном для образования ангиопатий и атеросклероза.

Роль гиперинсулинемии. По данным А.Ю. Рунихина [24] гиперинсулинемия напрямую стимулирует синтез триглицеридов из фруктозы в печени и снижает синтез фосфолипидов, что приводит к дефициту липопротеидов высокой плотности и образованию перечисленных выше патологических типов липопротеидов низкой плотности. Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия являются также непосредственной причиной АГ. Инсулинорезистентность приводит к повышению АД за счет стимуляции активности симпатической нервной системы, снижения синтеза оксида азота в эндотелии, активности Na, К-АТФазы в гладкомышечных клетках сосудов, что вызывает усиление поступления ионов кальция в эти клетки и их сокращение. Гиперинсулинемия также способствует возникновению АГ за счет усиления реабсорбции натрия и воды в почках, стимуляции неренинового пути синтеза ангиотензина II в тканях и за счет гипертрофии мышечной оболочки (медии) резистивных артерий. Не вызывает сомнения участие инсулинорезистентности (ИР) в формировании протромботического состояния. В большом количестве клинических исследований обнаружены четкие взаимоотношения между синдромом инсулинорезистентности и уровнем PAI-1, как у больных с МС так и у больных с изолированной инсулинорезистентности [25].

Артериальная гипертензия. Суммируя все вышеперечисленные факторы, становится понятен факт АГ у пациентов с МС. В следующей схеме изображены компоненты МС, которые приводят к развитию АГ. Патогенез артериальной гипертензии в результате абдоминального ожирения представлен на рисунке- 1.1.

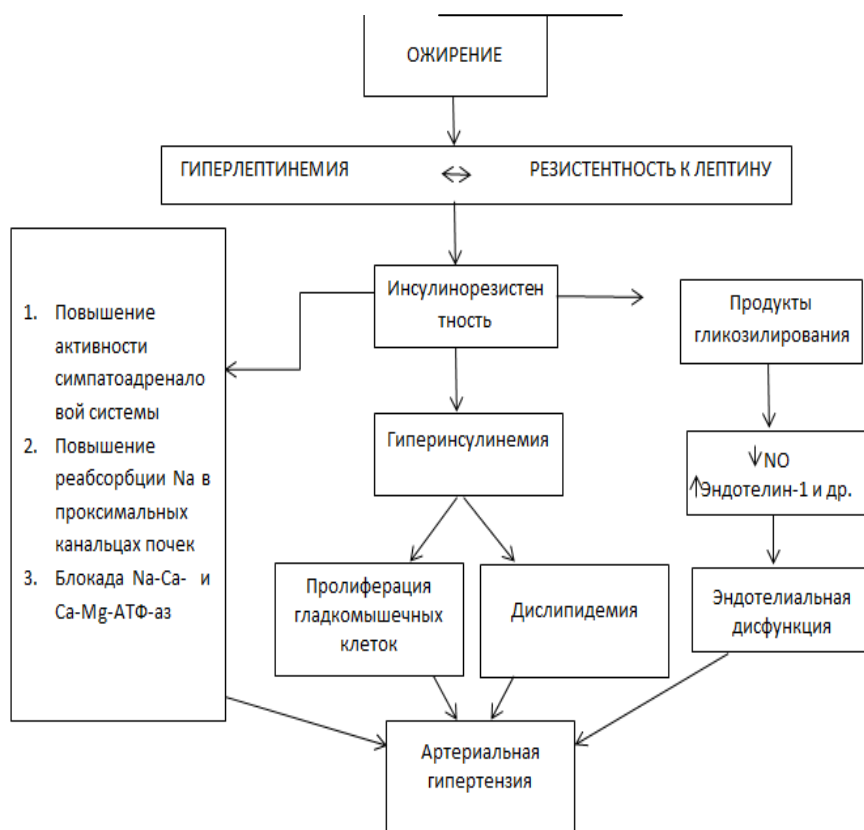


Рисунок 1- Патогенез артериальной гипертензии в результате абдоминального ожирения

На рисунке 1 изображены основные компоненты, приводящие к АГ при МС. Однако вещества, продуцируемые адипоцитами, также влияют на развитие АГ при МС.

Оценка роли и функции жировой ткани как эндокринного органа очень важна в понимании патофизиологической взаимосвязи между ожирением и гипертензией. Почти все системные артерии окружены слоем периваскулярной жировой ткани (ПВЖТ). В большинстве миографических исследований, ПВЖТ удаляют, чтобы предотвратить диффузию вазоактивных веществ. Из-за этого, о роли и функции ПВЖТ мало известно сосудистой биологии. ПВЖТ имеет модулирующее действие на сосудистую сократительную функцию. Это было описано в исследовании Soltis и Кассис, опубликованном в 1991 году [26]. Эти исследователи описали уменьшение чувствительности сосуда к норадреналину, когда аортальные сегменты остаются с ПВЖТ. Авторы демонстрируют, что это происходит из-за поглощения и элиминации катехоламинов жировой тканью. Но они не предположили, что ПВЖТ синтезирует какие-либо факторы [26].

Позднее в работах M. Löhn, было описано множество биоактивных веществ синтезируемых ПВЖТ [27,28,29,30,31,32]. Ниже будут описаны те, которые обладают определенными вазоактивными действиями, а именно, лептин, адипонектин, TNF- α , простагландины, ангиотензин II и эндотелин-1.

Лептин. Были обнаружены рецепторы к лептину в эндотелии сосудов. Это позволило найти взаимосвязь между ожирением и эндотелиальной дисфункцией [33]. Лептин является NO-зависимым вазодилатором при воздействии на эндотелиальные рецепторы, в то время как при воздействии на рецепторы расположенные в ЦНС он увеличивает периферическое сосудистое сопротивление и активность симпатической нервной [34]. Концентрация лептина в плазме коррелирует с ожирением, и гиперлептинемия считается независимой фактором риска ССЗ [35]. Выдвинуто 2 теории относительно вазорегуляции. Одно из них предполагает, что лептин участвует в регуляции сосудистого тонуса, одновременно вызывая нейрогенное прессорное действие и противоположный депрессорный эффект, опосредованный NO [36]. Согласно

второй теории предполагается, что, лептин вызывает NO-зависимую вазодилатацию и, в то же время, его избыточное присутствие снижает эндотелий-зависимую релаксацию и приводит к эндотелиальной дисфункции. Нюансом второй теории заключается в том, что лептин-индуцированная релаксация происходит при концентрациях значительно выше тех, найденных у очень тучных субъектов [37]. Физиологические или патофизиологические концентрации лептина имеют лишь косвенное влияние на сосудистый тонус.

Адипонектин. Адипонектин - это секреторный белок, продуцируемый в больших количествах адипоцитами, который стабильно присутствует в плазме. У здоровых людей, адипонектин, предотвращает развитие сосудистых изменений, связанных с нарушениями липидного обмена, метаболизма глюкозы и резистентности к инсулину [38,39,40].

Концентрации адипонектина плазмы отрицательно коррелирует с индексом массы тела [41]. Было высказано предположение, что снижение концентрации адипонектина в плазме способствует развитию ИР и гиперинсулинемии. Метаболических осложнений, связанных с ожирением. Таким образом, низкая концентрация адипонектина может быть предиктором метаболических нарушений и сосудистых изменений и, возможна, в фоновом режиме при АГ. Некоторые исследования показывают, что пациенты с АГ имеют более низкие концентрации адипонектина в плазме [42,43].

Фактор некроза опухоли- α (TNF- α). Исследователи команды Uysal K. показали, что гипертрофированные адипоциты синтезируют TNF- α . TNF- α - это один из многих факторов, вызывающих резистентность к инсулину. Поскольку ИР - это ключевой момент в развитии АГ у пациентов с МС, нельзя исключить роль TNF- α в ее патогенезе [44].

Простагландины, синтезированные адипоцитами. Простагландины являются наиболее вазоактивными веществами, генерируемые адипоцитами. Адипоциты синтезируют простагландины в ответ на симпатическую стимуляцию через β -адренорецепторы. Этот стимул вызывает липолиз, высвобождение жирных кислот и простагландинов, особенно PGE2 и PGI₂. Адипоциты

предоставляют арахидоновую кислоту для синтеза простагландинов, а необходимую циклооксигеназу они получают из соседних эндотелиальных клеток, т.к. циклооксигеназа в адипоцитах представлена меньшими количествами, такими как простагландин (PGI₂) [45,46]. На том основании, что инсулин снижает производство этих мощных вазодилаторов, Паркер и его коллеги предположили, что АГ, связанная с ИР будет отчасти вызвана отсутствием надлежащего синтеза PGI₂ [45]. Таким образом ИР провоцирует снижение синтеза PGI₂ и еще больше провоцирует развитие АГ.

Эндотелин-1, синтезируемый адипоцитами. Эндотелин-1 является сосудосуживающим белком, который синтезируется эндотелиальными клетками [47]. Существует также эндотелин-1 синтезируемый адипоцитами. В исследованиях Т. Паркисе показано, что уровень эндотелина-1 увеличивается у пациентов с ожирением и диабетом 2 типа [48,49]. Hargreaves и др. обнаружили, что пациенты с ожирением высвобождают из жировой ткани в 2,5 раза больше эндотелина-1, чем худые люди. Кроме того, эндотелин-1 участвует в развитии ИР [50].

Эти факты свидетельствуют в пользу положительной взаимосвязи ИР, МС и АГ.

Ангиотензин II, синтезируемый адипоцитами. Ангиотензин II - это самый сильный вазоконстриктор. Было предположение, что у тучных пациентов гиперактивирована РААС система, что приводит к высокой активности ренина плазмы и запускается производство ангиотензина II [51]. Но помимо этого есть еще 3 объяснения повышенных концентраций ангиотензина II:

- ожирение увеличивает секрецию ренина увеличением реабсорбции натрия в петле Генле [52];
- ожирение стимулирует секрецию ренина активацией симпатической нервной системы [53];
- наличие высокой активности ренина в гипертрофированных адипоцитах вызывает повышенный синтез ангиотензина II [54].

Известно, что адипоциты синтезируют ангиотензин II [55]. Важно отметить, что экспрессия гена ангиотензиногена выше у внутрибрюшного жира, чем в других жировых депо или неадипозных тканях [56].

С метаболизмом ангиотензина II тесно связана концентрация альдостерона. Концентрации альдостерона повышены у некоторых тучных гипертоников, особенно у больных с висцеральным ожирением. Кроме того адипоциты самостоятельно синтезируют альдостерона в ответ на ангиотензин II [57,58].

Таким образом, МС со всеми своими основными компонентами и косвенными аспектами является независимым фактором риска развития ССЗ, в том числе и ишемического инсульта. Более того существуют исследования демонстрирующие МС как фактор бессимптомного поражения ГМ.

В 2008 году японские исследователи Hirokazu Bokura и соавторы опубликовали прорывную работу «Metabolic Syndrome Is Associated With Silent Ischemic Brain Lesions», в которой исследовали ассоциацию МС и 3 типа субклинического ишемического повреждения головного мозга (ГМ): бессимптомный инфаркт ГМ,

перивентрикулярная гиперинтенсивность (ПГИ), и подкорковое повреждение белого вещества (ППБВ) [59]. Hirokazu Bokura и соавторы обследовали 1151 здоровых японцев с МС при помощи МРТ и обнаружили три типа бессимптомных поражений. МС был диагностирован с использованием критериев АТР III [59].

После коррекции результата на возраст и другие факторы, МС оказался связан бессимптомным инфарктом ГМ, перивентрикулярной гиперинтенсивностью (ПГИ), и подкорковым повреждением белого вещества (ППБВ) с уровнем значимости 0,0001 [59].

Компоненты МС, такие как повышенное АД коррелировало со всеми видами поражений, а дислипидемии и повышенный уровень глюкозы натощак были ассоциированы с подкорковыми повреждениями белого вещества и перивентрикулярной гиперинтенсивностью, соответственно. Наличие и распространенность бессимптомных поражений ГМ зависело от количества компонентов МС. В заключение авторы заявили, что компоненты МС и бессимптомные повреждения могут быть использованы в качестве диагностических инструментов для прогнозирования и предотвращения развития будущего инсульта [59].

До Hirokazu Bokura было опубликовано всего 2 работы посвященные изучению взаимосвязи между МС и бессимптомным поражением головного мозга.

В 2014 году Michiel Sala и соавторы в работе «Microstructural Brain Tissue Damage in Metabolic Syndrome» исследовали связь между компонентами метаболического синдрома и целостностью ткани ГМ с помощью магнитно-резонансной томографии. Обследованию подверглись участники Leiden Longevity Study. Было включено 130 субъектов. Метаболический синдром оценивался критериями АТР III. Был проведен линейный и логистический регрессионный анализ, чтобы оценить связь между МС и макроструктурой ГМ (объем мозга, поражение белого вещества, лакунарные инфаркты, мозговые микрокровоизлияния) и микроструктура (средний коэффициент передачи намагничивания, гистограмма высот пика, дробная анизотропия, и средняя диффузия). Также применили линейный и порядковый регрессионный анализ, чтобы определить индивидуальный вклад одного компонента МС в развитии четырех других параметров. Модели были скорректированы по возрасту и полу. Макроструктура мозга не была связана с МС. Но компоненты МС холестерина ЛПВП, триглицериды, ИМТ и диастолическое артериальное давление были независимыми факторами изменений в мозговой микроструктуре. Авторы пришли к выводу, что МС, является независимым фактором риска целостности тканей мозга. А при раннем развитии МС может быть обнаружена утрата мозговой ткани [60].

Заключение. Таким образом, знание этиопатогенетических принципов развития ишемического инсульта является важным аспектом для врача любого профиля в связи с широким распространением факторов риска среди населения. Пациентам с метаболическим синдромом необходимо проводить лечение, направленное на снижение веса, АД, нормализацию уровня глюкозы и холестерина с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кадырова И.А. Разработка математической модели вероятности развития острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов с метаболическим синдромом: дис. ... д-ра мед.наук - Караганда, 2016. - 72 с.
- 2 Kylin E. Zur Frage der Adrenalinreaktion. Zeitschrift für Die Gesamte // Experimentelle Medizin. - 1925. - №44(1). - P. 227-239.
- 3 Vague J. Presse Medl. - 1947. - 340 p.
- 4 Reaven G. Role of Insulin Resistance in Human Disease // Diabetes. - 1988. - №37(12). - P.1595-1607.
- 5 Kaplan N. The Deadly Quartet // Arch Intern Med. - 1989. - №149(7). - P.1514-1518.
- 6 World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. - 1999. - 88 p.
- 7 Balkau B. Diabetes epidemiology: present and future // Diabetic Medicine. - 1999. - №16(6). - P.446-447.
- 8 Carlos Lorenzo, Ken Williams, Kelly J. Hunt. Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III) // JAMA. - 2001. - № 285. - P. 2486-2497.
- 9 P. Poirier, T.D. Giles, G.A. Bray, et al. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association scientific statement on obesity and heart disease from the obesity committee of the council on nutrition, physical activity, and metabolism // Circulation. - 2006. - № 113. - P. 898-918.
- 10 P.J. Enriori, A.E. Evans, P. Sinnayah, M.A. Crowley Leptin resistance and obesity // Obesity. - 2006. - № 14. - P. 254-258.
- 11 A. Romero-Corral, J. Sierra-Johnson, F. Lopez-Jimenez, et al. Relationships between leptin and C-reactive protein with cardiovascular disease in the adult general population // Nat Clin Pract Cardiovasc Med. - 2008. - №5. - P. 418-425.
- 12 C.J. Lavie, R.V. Milani, H.O. Ventura. Untangling the heavy cardiovascular burden of obesity // Nat Clin Pract Cardiovasc Med. - 2008. - № 5. - P. 428-429.
- 13 Alpert M.A. Obesity cardiomyopathy: pathophysiology and evolution of the clinical syndrome // Am. J. Med. Sci. - 2001. - № 321. - P. 225-236.
- 14 Messerli F.H., B.D. Nunez B.D., Ventura H.O. Overweight and sudden death: increased ventricular ectopy in cardiomyopathy of obesity // Arch Intern Med. - 1987. - № 147. - P. 1725-1728.
- 15 C.J. Lavie, R.V. Milani, H.O. Ventura, G.A. Cardenas, M.R. Mehra, F.H. Messerli. Disparate effects of left ventricular geometry and obesity on mortality in patients with preserved left ventricular ejection fraction // Am J Cardiol. - 2007. - № 100. - P. 1460-1464.
- 16 Lavie C, Milani R, Ventura H, Cardenas G, Mehra M, Messerli F. Disparate Effects of Left Ventricular Geometry and Obesity on Mortality in Patients With Preserved Left Ventricular Ejection Fraction // The American Journal of Cardiology. - 2007. - №100(9). - P.1460-1464.
- 17 T. Kurth T., Gaziano J.M., Berger K., et al. Body mass index and the risk of stroke in men // Arch Intern Med. - 2002. - №162. - P. 2557-2562.
- 18 Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. - М.: Универсум Паблишинг, 2003. - 222 с.
- 19 МакДермотт М.Т. Секреты эндокринологии. - М.: Бином, 2001. - 39 с.
- 20 Титов В.Н., Хохлова Н.В., Ширяева Ю.К., Глюкоза, гликотоксины и продукты гликирования протеинов: роль в патогенезе // Клиническая медицина. - 2013. - № 3. - С.15-24.
- 21 Мкртумян А.М., Полукаров М., Стрюк Р.И., Давыдов А.Л. Диабетическая макроангиопатия. Возможность доклинической диагностики // Болезни сердца и сосудов. - 2008. - №2. - С. 16-20.
- 22 Evans M., Anderson RA., Graham J et al. Ciprofibrate therapy improves endothelial function and reduces postprandial lipemia and oxidative stress in type 2 diabetes mellitus // Circulation. - 2000. - №101(15). - P.1773-9.
- 23 Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскул. тер.и профилак. - 2002. - № 3. - С. 4-8.
- 24 Рунихин А.Ю. Синдром гипергликемии в практике кардиолога // Кардиология. - 2005. - № 10. - С.85-90.
- 25 Северина А. С., Шестакова М. В. Нарушение системы гемостаза у больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. - 2004. - №1. - С.62-67.
- 26 Soltis E. E., Cassis L. A., Influence of perivascular adipose tissue on rat aortic smooth muscle responsiveness // Clinical and Experimental Hypertension. - 1991. - Vol. 13, № 2. - P. 277-296.
- 27 Löhn M., Dubrovskaja G., Lauterbach B., Luft F. C. Periadventitial fat releases a vascular relaxing factor // The FASEB Journal. - 2002. - Vol. 16, № 9. - P. 1057-1063.
- 28 Verloren S., Dubrovskaja G., Tsang S. Y. et al. Visceral periadventitial adipose tissue regulates arterial tone of mesenteric arteries // Hypertension. - 2004. - Vol. 44, № 3. - P. 271-276.
- 29 Maenhaut N., J. Van deVoorde. Regulation of vascular tone by adipocytes // BMC Medicine. - 2011. - №9. - P. 25-31.
- 30 Gao Y. J., Lu C., Su L. Y. Modulation of vascular function by perivascular adipose tissue: the role of endothelium and hydrogen peroxide // British Journal of Pharmacology. - 2007. - №3. - P. 323-331.
- 31 Gao Y. J., Zeng Z. H., Teoh K. et al. Perivascular adipose tissue modulates vascular function in the human internal thoracic artery // Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. - 2005. - № 4. - P. 1130-1136.
- 32 Schleifenbaum J., Köhn, N. Voblova et al. Systemic peripheral artery relaxation by KCNQ channel openers and hydrogen sulfide // Journal of Hypertension. - 2010. - № 9. - P. 1875-1882.
- 33 Winters B., Mo Z., Brooks E. Reduction of obesity, as induced by leptin, reverses endothelial dysfunction in obese (Lep(ob)) mice // Journal of Applied Physiology. - 2000. - №6. - P. 2382-2390.
- 34 Shirasaka T., Takasaki M., Kannan H. Cardiovascular effects of leptin and orexins // American Journal of Physiology. - 2003. - № 3. - P. 639-651.
- 35 Considine R. V., Sinha M. K., Heiman M. L. et al. Serum immunoreactive-leptin concentrations in normal-weight and obese humans // The New England Journal of Medicine. - 1996. - № 5. - P. 292-295.
- 36 Frühbeck G. Pivotal role of nitric oxide in the control of blood pressure after leptin administration // Diabetes. - 1999. - № 4. - P. 903-908.
- 37 Knudson J. D., Dincer U. D., Zhang C. et al. Leptin receptors are expressed in coronary arteries, and hyperleptinemia causes significant coronary endothelial dysfunction // American Journal of Physiology. - 2005. - № 1. - P. 48-56.
- 38 Yamauchi T., Kamon J., Waki H. et al. The fat-derived hormone adiponectin reverses insulin resistance associated with both lipodystrophy and obesity // Nature Medicine. - 2001. - № 8. - P. 941-946.
- 39 Yamauchi T., Kamon J., Minokoshi Y. et al. Adiponectin stimulates glucose utilization and fatty-acid oxidation by activating AMP-activated protein kinase // Nature Medicine. - 2002. - № 11. - P. 1288-1295.
- 40 Kondo H., Shimomura L., Matsukawa Y. et al. Association of adiponectin mutation with type 2 diabetes: a candidate gene for the insulin resistance syndrome // Diabetes. - 2002. - № 7. - P. 2325-2328.
- 41 Takahashi M., Funahashi T., Shimomura I. Plasma leptin levels and body fat distribution // Hormone and Metabolic Research. - 1996. - № 12. - P. 751-752.
- 42 Asayama K., Hayashibe H., Dobashi K. et al. Decrease in serum adiponectin level due to obesity and visceral fat accumulation in children // Obesity Research. - 2003. - № 9. - P. 1072-1079.
- 43 Mallamaci F., Zoccali C., Cuzzola F. et al. Adiponectin in essential hypertension // Journal of Nephrology. - 2002. - № 5. - P. 507-511.
- 44 Uysal K. T., Wiesbrock S. M., Marino M. W. Protection from obesity-induced insulin resistance in mice lacking TNF- α function // Nature. - 1997. - № 6651. - P. 610-614.

- 45 Parker J., Lane J., Axelrod L. Cooperation of adipocytes and endothelial cells required for catecholamine stimulation of PGI₂ production by rat adipose tissue // *Diabetes*.- 1989.- № 9.- P. 1123–1132.
- 46 Richelsen B., Borglum J. D., Sorensen S. S. Biosynthetic capacity and regulatory aspects of prostaglandin E₂ formation in adipocytes // *Molecular and Cellular Endocrinology*.- 1992.- № 1-2.- P. 73–81.
- 47 Fain J. N., Tague B. M., Cheema P. Release of 12 adipokines by adipose tissue, nonfat cells, and fat cells from obese women // *Obesity*.- 2010.- № 5.- P. 890–896.
- 48 Morise T., Takeuchi Y., Kawano M. Increased plasma levels of immunoreactive endothelin and von Willebrand factor in NIDDM patients // *Diabetes Care*.- 1995.- № 1.- P. 87–89.
- 49 Da Silva A., Kuo J. J., Tallam L. S., Hall J. E. Role of endothelin-1 in blood pressure regulation in a rat model of visceral obesity and hypertension // *Hypertension*.- 2004.- № 2.- P. 383–387.
- 50 Van Harmelen V., Eriksson A., Åström G. et al. Vascular peptide endothelin-1 links fat accumulation with alterations of visceral adipocyte lipolysis // *Diabetes*.- 2008.- № 2.- P. 378–386.
- 51 Tuck M. L., Sowers J., Dornfeld L. The effect of weight reduction on blood pressure, plasma renin activity, and plasma aldosterone levels in obese patients // *The New England Journal of Medicine*.- 1981.- № 16.- P. 930–933.
- 52 Hall J. E. Mechanisms of abnormal renal sodium handling in obesity hypertension // *American Journal of Hypertension*.- 1997.- № 5.- P. 49–55.
- 53 Hall J., Brands M., Hildebrandt D., Mizelle H. Obesity-associated hypertension. Hyperinsulinemia and renal mechanisms // *Hypertension*.- 1992.- № 19.- P. 145–152.
- 54 Engeli S., Schling P., Gorzelniak K. et al., The adipose-tissue renin-angiotensin-aldosterone system: role in the metabolic syndrome? // *International Journal of Biochemistry and Cell Biology*.- 2003.- № 6.- P. 807–825.
- 55 Gálvez-Prieto J. M., Bolbrinker J., Stucchi P. et al. Comparative expression analysis of the renin—angiotensin system components between white and brown perivascular adipose tissue // *Journal of Endocrinology*.- 2008.- № 1.- P. 55–64.
- 56 Rahmouni K., Mark A. L., Haynes W. G., Sigmund C. Adipose depot-specific modulation of angiotensinogen gene expression in diet-induced obesity // *American Journal of Physiology*.- 2004.- № 6.- P. 891–895.
- 57 Goodfriend T. L., Calhoun D. A. Resistant hypertension, obesity, sleep apnea, and aldosterone: theory and therapy // *Hypertension*.- 2004.- № 3.- P. 518–524.
- 58 Briones A. M., Nguyen Dinh Cat A., Callera G. E., et al. Adipocytes produce aldosterone through calcineurin-dependent signaling pathways // *Hypertension*.- 2012.- № 5.- P. 1069–1078.
- 59 Bokura H., Yamaguchi S., Iijima K., Nagai A., Oguro H. Metabolic Syndrome Is Associated With Silent Ischemic Brain Lesions // *Stroke*.- 2008.- № 39(5).- P. 1607–1609.
- 60 Sala M., de Roos A., van den Berg A et al. Microstructural Brain Tissue Damage in Metabolic Syndrome // *Diabetes Care*. – 2013. - № 37(2). - P. 493–500.

С.В. Витт¹, И.А. Қадырова²

¹Қалалық денсаулық сақтау орталығының, Қарағанды қаласы

²Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті, физиология кафедрa, Қарағанды қ.

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТІҢ ТӘУЕКЕЛ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМ

Түйін: Ишемиялық инсульт жахандық медициналық және әлеуметтік өзекті мәселе болып табылады, өйткені оның салдарынан өлім мен мүгедектік жоғарылап отыр. Науқастардың емделуі және реабилитациясы мен қатар аурудың алдын алу маңызды мәселелердің бірі болып табылады, ишемиялық инсульт дамуы қауіп жоғары адам топтарын жинау. Ерекше қауіпті топты метаболиттік синдромы бар пациенттер құрайды, себебі оларда жүрек – қан тамырлары аурулары дамуына алып келетін көптеген факторлар тіркесі кездеседі. Материалдық метаболиттік синдромы бар науқастарда ишемиялық инсульттің этиопатогенетик себептерін түсіндіре осы шолу мақалада. Осы шолу мақалада мақсаты метаболиттік синдромы бар науқастарда жедел инсульттің тәуекел факторларын және этиопатогенетик себептерін талдау болып табылады.

Түйінді сөздер: метаболиттік синдром, ишемиялық инсульт, қауіп-қатер riskі, артериальды гипертензия

S.V. Vitt¹, I.A. Kadyrova²

¹ City Center for Primary Health Care, Karaganda

² Karaganda State Medical University, Karaganda

METABOLIC SYNDROME AS A RISK FACTOR OF ISCHEMIC STROKE

Resume: Ischemic stroke is the most important global medical and social problem, because its effects result in a high level of mortality and disability. Along with the treatment and rehabilitation of patients, disease prevention is a relevant issue, which implies a selection of a group of patients who have a high risk of ischemic stroke. A special risk group consists of patients with metabolic syndrome because they combine many predisposing factors for cardiovascular diseases. This review presents a material explaining the etiopathogenetic causes of ischemic stroke in patients with metabolic syndrome.

The aim of this review is to analyze risk factors and etiopathogenetic causes of acute cerebrovascular accident in patients with metabolic syndrome.

Keywords: metabolic syndrome, ischemic stroke, risk factors, arterial hypertension

ҚАРТ НАУҚАСТАРҒА СОҢҒЫ ЖӘНЕ РЕЗИДУАЛЬДІ ҚАЛЫПҚА КЕЛУ КЕЗЕҢІНЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ ЖОЛ

Г.К. Әширбеков, Г.Н. Тасқынова, М.Н. Кулниязова, Н.К. Ходжаев, Д.А. Дильбарханова
Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қаласы

Нейрореабилитацияда денсаулықпен байланысты өмірдің сапасы деген түсінік бар. Көптеген авторлар науқастарда реабилитацияның әсерін бағалағанда осы көрсеткіштерді басты назарға алу керек деп есептейді.

Егер көптеген жағдайда реабилитация аяқталған патологиялық процес (инсульт, травма, инфекция) кезінде жеткілікті әсер етсе, ал ОЖЖ ауруларының өршуі кезінде оның әсері аурудың сипатымен қоса реабилитациялық іс-шаралардың ұдайылығына байланысты, бірақ аурудың өршуіне, сатысына, ағымына және патогенетикалық дәрі-дәрмектік емнің мүмкіншілігіне баса мән беріледі. Сондықтан негізгі қалыпқа келтіру шаралары науқастың бұзылған қызметтерін қалыпқа келтіруге және өмір сүру үрдісін жақсартуға бағытталуы керек. Неврологиялық науқастар үшін жүруді үйретумен өз-өзіне қызмет етуді үйрету өзекті болып табылады.

Түйінді сөздер: Нейрореабилитация, тамырлық бұзылыстар, денсаулық, физикалық белсенділік, қарттық.

УДК 616-092. 613.98; 612.67/68

Бас миының тамырлық зақымдалуы динамикалық және органикалық болып екіге бөлінетіні белгілі. Ми қан айналымының динамикалық бұзылысы өтпелі (транзиторлық, уақытша, қайтымды), желгілікті ми қан айналымының бұзылысы ("жүйке орталығының қайталамалы ақауы"-Джерин және Грассе) және гипертониялық аурулар кезіндегі бас ми кризінде, қарттардың бас ми ішілік қысымы, балалардың бас ми ішілік қысымы болып бөлінеді.

Ми қан айналымының органикалық бұзылысы бас миына қан құйылумен инсульт (ишемиялық, геморрагиялық), ми қабықтарына қан құйылу, ісіктер, су жиналу, бас миының жұмсарып кетуі (тромбоз және ми қан тамырларының эмболиясы), бас ми тамырларының атеросклерозы, веналық қан айналымының бұзылысы (қатты ми қабығының қойнауы мен веналарының тромбозы) түрінде көрініс береді.

Зерттеу мақсаты: неврологиялық ақауы бар науқас адамдардың денсаулық жағдайын зерттеу және ары қарайғы нейрореабилитацияның мүмкіндіктерін зерттеу болып табылады.

Зерттеу материалы: Түркістан қ-да аудандық ауруханада тексеруден өткен және емделген егде жастағы адамдар.

Зерттеу нәтижелері: Науқас Д 1935 ж туылған, Түркістан қ-ның тұрғыны, зейнеткер. Ауруханаға 2017ж ақпан айында мынадай шағымдармен түскен: екінші қабатқа көтерілгендегі енгіту, кеуде тұсының ұстамалы қысып ауырсынуы, ауырсынудың сол иыққа, сол қолға таралуы, ауырсынудың физикалық күш түскенде күшеюі, бас айналу, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, тез шаршау, белінің сыздап ауырсынуы.

Зерттеу нәтижелерінде ЖҚТ: эр.- $4,0 \times 10^{12}/л$, Нб - 127 г/л, т/к. - 0,9, лейкоц. - $4,2 \times 10^9/л$, сег/ядер. - 64%, лим. - 26%, мон. - 4%, ЭТЖ - 11 мм/ч, микрореакция - теріс.

В ЖЗТ - көлемі - 190,0, түсі - с/с, реакция - қышқыл, салыс/тығыздығы - 1010, түссіз, белок және қант - abs, жалпақ эп - 2-3 в п/з, өтпелі эп. - 2-3 в к/а, лейкоц. - 4-5 в к/а, эритр. - 0-1 в к/а. Нечипоренко әдісі: лейкоциттер - 1250, эритроциттер - 250, цилиндрлер - 0.

Биохимиялық талдау: АлАТ - 10,6 б/л, АсАТ - 13,0 б/л, мочевино - 4,9 ммоль/л, билирубин - 12,5 мкмоль/л, глюкоза - 5,3 ммоль/л, креатинин - 75,2 мкмоль/л, холестерин - 5,9 ммоль/л. Коагулограмма: протромбин уақыты - 16,2", протромбин индексі - 98,7%, жалпы фибриноген - 2,42 г/л, β-нафтоловый тест - теріс, этанол тест - теріс. Қандағы электролиттер: Na^+ - 141,9 ммоль/л, K^+ - 3,93 ммоль/л, Ca^{++} - 1,19 ммоль/л.

ЭКГ: ырғағы дұрыс, ЖСС 63 рет/мин, ЖЭО қалыпты орналасқан, қарыншалардың бұлшықетінің диффузды өзгерісі.

ЭхоЭг: ауытқулар жоқ

ЭЭГ: L-θ - дизритмия, ми қан айналымының өзгерісі.

Іш қуысы мүшелерінің УДЗ : бауыр паренхимасының диффузды өзгерісі, созылмалы панкреатит, ӨТА, созылмалы калькулезді холецистит.

Бел омыртқаның КТ: Бел омыртқасының остеохондрозы, II кезең.

Емдеуден кейінгі диагноз: Негізгі диагноз: ЖИА, Күштемелі стенокардия ФК II. Артериялық гипертензия 2 саты. ҚТ 4 НІ. Қосымша диагноз: Дисциркуляторлық энцефалопатия II с.қан-тамырлық себепті. Созылмалы гастрит, толық емес ремиссия. ӨТА. Созылмалы калькулезді холецистит. Реактивті панкреатит, толық емес ремиссия. Омыртқаның бел-құйымшақ бөлігінің остеохондрозы. Нейро-бұлшықеттік синдром.

Науқас Д. 1931жт Кентау қаласының тұрғыны, зейнеткер. Ауруханаға 2017ж сәуір айында төмендегідей шағымдармен түскен: бас ауру, АҚҚ 230/80 мм.с.б.б жоғарылауы, жүрек қағуы, жүктемеден кейінгі енгіту, жиі зәрге отыру, бел аймағының мезгіл-мезгіл сыздап ауырсынуы, сол аяғының әлсіздігі, сол жақ тізе-табан буынының қозғалысының шектелуі, жалпы әлсіздік.

Зерттеу нәтижелері: ЖҚТ: эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб - 143 г/л, т.к. - 0,9, лейкоц. - $4,0 \times 10^9/л$, пал. - 1%, сег/ядер. - 59%, лим. - 25%, мон. - 10%, эоз. - 5%, ЭТЖ - 7 мм/ч, микрореакция - теріс.

ЖЗТ - көлемі-90,0, түсі - с/с, реакция - қышқыл, салыс/тығыз - 1025, түссіз, белок - abs, қант - жоққа тән, жалпақ эп. - бірлік. к/а, лейкоц. - 1-2 к/а, гиалин цилиндрлер - бірлік. к/а, слизь*.

Биохимиялық талдау: АлАТ - 22,6 б/л, АсАТ - 30,4 б/л, мочевино - 7,3 ммоль/л, билирубин - 17,6 мкмоль/л, жалпы кальций - 2,1 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 130,0 ед/л, глюкоза - 6,33 ммоль/л, креатинин - 72,4 мкмоль/л, общий белок - 65,3 г/л, триглицериды - 1,55 ммоль/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, тимол сынама - 7,76. Коагулограмма: протромбин уақыты - 17,2", протромбин индексі - 93,0%, жалпы фибриноген - 3,8 г/л, β-нафтол тесті - теріс, этанол тесті - теріс. Қандағы электролиттер: Na^+ - 146,6 ммоль/л, K^+ - 4,42 ммоль/л, Ca^{++} - 1,18 ммоль/л. Гликемиялық профиль: 6,4 - 4,9 - 6,4 ммоль/л.

ЭКГ: ырғақты аритмия с ЖСС 60 рет/мин, ЖЭО горизонтальды орналасқан, Гис будасының оң аяқшасының толық емес блокадасы, қарынша миокардының реполяризация үдерісінің төмендеуі.

ЭхоКГ: аорта қақпақшасының жеткіліксіздігі I-II дәр, митральді қақпақшасының жеткіліксіздігі I дәр, сол қарыншаның диастолалық қызметінің 1 типі бұзылысы, гипертрофия, ҚАП гипокинезиясы, миокардтың жиырылуының төмендеуі, шығару фракциясының төмендеуі, жүрек ырғағының бұзылысы (экстрасистолия).

Іш қуысы мүшелерінің УДЗ: бауырдың, ұйқы безінің паренхимасының диффузды өзгерісі, майлы гепатоз. ӨТА, созылмалы калькулезді холецистит. Екі бүйректің ТАЖ деформациясы. ЗТД. Сол жақ бүйректің кистасы. (2,2×2,3см); екі жақты созылмалы пиелонефрит белгілері. Зәр қышқылды диатез.

УЗИ ОМС: қуық асты безінің аденомасы, қалдық зәр – 87,8 мл.

Емдеуден кейінгі диагноз: Негізгі диагноз: Артериялық гипертензия 3 дәр қ.т IV. ЖИА, ырғақтың политопты экстрасистолия типті бұзылысы, СЖЖІ ФКІ. Қосымша диагноз: Метаболикалық синдром. 2 типті қант диабеті, орташа ауырлық дәрежесі. ӨТА. Созылмалы калькулезді холецистит. ДГЖП II-III ст. Созылмалы зәр ұстау. Сол жақ бүйректің кистасы, екіншілік созылмалы пиелонефрит, ремиссия фазасы. Дисциркуляторлық энцефалопатия II дәр. Қан тамырлық себепті. Сол жақ кіші жіліншік жүйкесінің ишемиялық нейропатиясы. Остеохондроз, омыртқаның бел бөлігінің спондилоартрозы, L5-S1 грыжасы, радикулоишемиялық синдром. L5-S1 сол жақ түбірлік. Бұл науқас жоғарыда аталған аруларымен қоса қозғалыс белсенділігінің төмендеуі дисциркуляторлық энцефалопатия II дәр. қан тамырлық себепті диагнозымен түскен. Физикалық жүктемеге төзімділіктің жоғарлауын қажет ету, өмір сүру қабілетін арттыру сол сияқты денсаулықты тұрақтандыру үшін патологиялық процестің өршуін төмендету үшін нейрореабилитация өте қажет.

Бірақ аурудың қайсы бір нозологиялық түріне тәуелсіз, жалпы реабилитацияны қажет ететін науқастарда нейрореабилитация негізгі тәртіпке сай қолданып жатыр. Осылай бұл науқастар қартайған жаста тұрғылықты мекен-жай бойынша реабилитацияны қажет етеді, ол үшін жеңіл физикалық жүктеме, емдік қайта қалпына келтіру жаттығулары және жылы ванна, суық уақытта тұзды ванна, Шарко сусепкісі бұзылған қызметін толық және жылдам қалыпқа келтіру үшін керек. Жүйелі реабилитация тек реабилитацияны дәрежесіне сай ұйымдастырылғанда болады. Кешенді өткізу (барлық қол жетімді және қажет реабилитациялық шараларды қолдану), жан-жақты (реабилитациялық іс-шараларға әр түрлі мамандарды қосып), адекватты (дара реабилитациялық бағдарламалар), әлеуметтік бағытталу, сол науқастың реабилитациялық процесске белсенді қатысуы, сол науқастың туған-туыс жақындарының реабилитацияның әсерін және жүктемені бақылау әдістерін қолдануы.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Мошков В.Н. Лечебная физическая культура на курортах и в санаториях. – М.: Медицина, 1968. – 205 с.
- 2 Polloch-Michael L., Donalad. H. Schmidt. Заболевания сердца и реабилитация. – Киев: 2000. – 172 с.
- 3 Аманасенко З.К., Волков В.В. ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. - Киев: Здоровья, 1987. – 332 с.
- 4 Амосов Н.М. Физическая активность. - Киев: Здоровья, 1984. – 224 с.
- 5 Гасилин В.С., Сидоренко Б.А., Стенокардия. - М.: Медицина, 1987. – 156 с.

Г.К. Аширбеков, Г.Н. Таскынова, М.Н. Кулниязова, Н.К. Ходжаев, Д.А. Дильбарханова
Международный Казахско-Турецкий университет имени К.А. Ясауи, г. Туркестан

ПОДХОДЫ К НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПОЗДНЕМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ

Резюме: В нейрореабилитологии имеется понятие «качество жизни», связанное со здоровьем. Некоторые авторы считают, что именно на этот показатель надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных.

Если реабилитация больных с уже закончившимся патологическим процессом (инсульт, травма, инфекция) в большинстве случаев оказывается достаточно эффективной, то при прогрессирующих заболеваниях ЦНС её эффективность зависит не только от характера и интенсивности реабилитационных мероприятий, но в значительной мере от степени и темпа прогрессирования болезни и от возможностей патогенетической медикаментозной терапии. Поэтому основные восстановительные мероприятия должны быть направлены на восстановление нарушенных функций и приспособление больного к жизнедеятельности в новых условиях. Для неврологических больных особенно актуальным является обучение ходьбе и навыкам самообслуживания.

Ключевые слова: нейрореабилитация, сосудистые расстройства, здоровье, физическая активность, старческий возраст

G.K. Ashirbekov, G.N. Taskynova, M.N. Kynliazova, N.K. Chodgaev, D.A. Dilbarchanova
International Kazakh-Turkish university of K.A. Yasau, Turkestan

APPROACHES TO NEUROAFTERTREATMENT OF PATIENTS OF SENILE AGE IN THE LATE AND RESIDUAL RECOVERY PERIODS

Resume: In neurorehabilitology "quality of life" bound to health is known. Some authors consider that it is necessary to be guided by this indicator at assessment of efficiency of aftertreatment of patients.

If aftertreatment of patients with already ended pathological process (a stroke, a trauma, an infection) in most cases is rather effective, then at the progressing CNS diseases its efficiency depends not only on character and intensity of rehabilitational actions, but considerably on degree and the rate of advance of illness and on opportunities of pathogenetic medicamentous therapy. Therefore the main recovery actions have to be referred on restoration of the broken functions and the patient's adaptation to vital activity in new conditions. For neurologic patients training in walking and skills of self-service is especially relevant.

Keywords: neuroaftertreatment, vascular disorders, health, physical activity, senile age

ТИПОЛОГИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКУ И ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ ПМСП

Н.И. Распопова¹, М.Ш. Джамантаева², А.А. Сулейменова³

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

¹кафедра психиатрии и наркологии №1,

²кафедра психиатрии и наркологии №2

³Республиканский научно-практический центр психического здоровья

В статье представлены результаты анализа коморбидности основных клинических вариантов депрессивных расстройств с соматической патологией. Изучение влияния депрессивных расстройств на клинику и течение соматической патологии у пациентов ПМСП показало, что наиболее часто депрессии оказывали патопластическое (43,9%) и декомпенсирующее влияние (26%) влияние на клинику и динамику соматического заболевания. Выявлена некоторая предпочтительность клинических форм депрессий при отдельных сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, клинические варианты депрессий, коморбидность, сердечно-сосудистые заболевания

УДК 616.895.8-06:616.89

Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Печальное, угнетенное настроение в норме может рассматриваться как нормальная человеческая эмоциональная реакция на стрессовые события, разочарования или утраты в жизни. Однако, угнетение настроения, печаль может проявляться и в структуре тяжелого душевного заболевания. Последние эпидемиологические исследования показывают, что депрессия причиняет сильнее психологические, эмоциональные и физические страдания, которые существенно снижают качество жизни больного, уровень его семейной, социальной и трудовой адаптации, а нередко приводят к инвалидизации. Депрессия часто сопутствует соматическим заболеваниям и всегда осложняет их прогноз. Но самым страшным последствием депрессии является суицид, который совершают около 15% больных [1].

Несмотря на то, что депрессия является психическим расстройством, две трети случаев не попадают в поле зрения врача психиатра и наблюдаются врачами общей медицинской практики. Депрессия может провоцировать соматические заболевания (особенно это относится к реактивным депрессиям), нередко способствующим развитию сердечно-сосудистых заболеваний и других патологических изменений внутренних органов, быть реакцией на них, а также не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия усугубляет течение телесного недуга и усложняет его лечение. Крупнейшие международные исследования, проведенные в 14 медицинских учреждениях общего профиля в 12 странах, показали, что распространенность депрессий у больных, обращающихся к врачу общей практики, составляет более 10%, а у больных, страдающих соматическими заболеваниями, еще выше — 22—33%. В частности, депрессия выявлялась у 47% больных, перенесших инсульт, у 45% — инфаркт миокарда, а также часто наблюдалась при эндокринных, метаболических, гастроэнтерологических заболеваниях и хронической боли. Актуальность проблемы депрессий, наблюдающихся в общей медицинской практике, определяется не только их распространённостью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств является условием успешной медицинской помощи [2,3].

Неблагоприятное влияние депрессии на течение и прогноз многих соматических заболеваний, а также большой положительный опыт по лечению депрессий врачами общей практики во многих странах мира, являются важными доказательствами к необходимости выведения ее из

«диагностических невидимок» на арену общемедицинской практики. Современные научные данные и общая тенденция в оказании помощи пациентам, обращающимся в различные звенья здравоохранения по поводу тех или иных страданий, предполагают диагностику и лечение депрессивных расстройств, начиная с первичной медицинской сети [4].

К наиболее часто встречающимся в клинике депрессии расстройствам относятся нарушения сна, которые входят в число как основных, так и дополнительных её диагностических критериев.

С позиции современных взглядов на типологию депрессий [5] выделяются их основные клинические варианты.

Тоскливо-заторможенные депрессии являются классическим вариантом витальной депрессии. В клинической картине депрессивный аффект характеризуется значительной глубиной с ощущением тяжести, жжения, боли в области груди, затрудняющей дыхание. Из речи больных: «ощущение, что на мою грудь положили каменную плиту, я не могу вдохнуть полной грудью», «я чувствую постоянную боль в груди, она нестерпима, особенно с утра». Идеаторная и моторная заторможенность сопровождаются угнетением сексуального влечения и аппетита. Пациенты сообщают об утрате способности испытывать радость, отсутствии удовольствия от приема пищи, общения с близкими и родными людьми. К эмоциональным нарушениям относятся также психическая анестезия – «чувство утраты чувств». Часто встречающаяся жалоба - отсутствие чувства сна и отсутствие ощущения отдыха при пробуждении, также отражающая наличие анестезии витальных эмоций. Типичным нарушением сна при тоскливо-заторможенных депрессиях является сокращение длительности сна и беспричинно раннее утреннее пробуждение (в 4- 5 часов утра, без возможности уснуть в последующем) с углублением подавленного настроения в утренние часы и переживаниями «первичного чувства вины», лишённого каких-либо объяснений. Некоторые больные отмечают усиление подавленности и тоски после дневного сна. Самооценка значительно снижена, присутствуют идеи малоценности, самообвинения, осуждения.

Тревожно-ажитированные депрессии характеризуются сочетанием депрессивного аффекта с ощущением внутреннего напряжения и беспокойства. Из речи пациентов: «у меня внутри все клокочет», «я чувствую себя натянутой струной», «я чувствую внутренний тремор, не могу расслабиться, не нахожу себе места». В отличие от меланхолических депрессий, для тревожно-ажитированных депрессий характерна гиперестезия, проявляемая обострением восприятия неприятных ощущений: запахов,

красок, звуков, прикосновений, которые, являясь раздражающим фактором, еще более усугубляют состояние пациента. Обостряется восприимчивость к минимальным психотравмирующим ситуациям с фиксацией внимания на отрицательных переживаниях. Больных преследует ожидание неминуемой беды, катастрофы с переживанием собственной предполагаемой вины в какой-либо трагедии, пациент делится своими тревожными ожиданиями: «Я очень тревожусь по поводу будущей свадьбы сына. Мне кажется, что я не смогу справиться с ответственностью, все испорчу, нас будут осуждать родственники и друзья. Меня сын не простит. Сейчас сын не собирается жениться, но я все равно переживаю». Наличие тревоги и напряжения носит постоянный характер. Но возможно смещение наибольшей выраженности к определенному времени суток, не только к утренним, но и к вечерним часам. Диссомнические расстройства характеризуются трудностями засыпания, наплывами негативных мыслей и страхов в период засыпания, «сбивающими» сон, поверхностностью сна и сновидениями неприятного, устрашающего содержания. Тревога способствует формированию ограничительного поведения. Часто больные предъявляют жалобы на «страх ночи», «страх умереть во сне», «страх, что остановится сердце или дыхание», «страх сна», что формирует стойкую инсомнию [6]. Негативная ассоциация, связанная со страхом не уснуть, усиливает мозговую активность. Стойкая бессонница приводит к нарастанию физического истощения и способствует ухудшению соматического состояния больных.

Для тоскливо-апатических депрессий свойственно сочетание сниженного настроения и отсутствие стремлений к деятельности. В процессе развития депрессии нарастает замкнутость, резко ограничивается круг интересов и общения. Может увеличиваться продолжительность ночного сна, но чувство бодрости после сна отсутствует, сонливость и заторможенность сохраняются в течение всего дня. У части больных формируется псевдоинсомния, и пациенты предъявляют жалобы на отсутствие сна в течение многих дней, т.к. у них отсутствует чувство сна. Вследствие депрессии у больных нарушается восприятие собственного сна, утрачивается возможность ощущать время сна («агнозия сна»). Данный феномен можно рассматривать как проявление расстройства сенсорного синтеза в структуре депрессии. Следует отметить, что при объективном исследовании (полисомнография) сон не только фиксируется, но его продолжительность превышает 8 часов. У больных значительно нарушается трудоспособность как за счет выраженного снижения мотивации к любой деятельности, так и за счет стойких нарушений сна. При затяжных формах депрессий гиперсомния со временем сменяется стойкой инсомнией.

Ипохондрическая депрессия характеризуется сочетанием сниженного настроения с тревожными опасениями за собственное здоровье, ипохондрическими фобиями, выраженными соматовегетативными расстройствами. Воображаемая или реальная соматическая патология воспринимается гипертрофированно и пессимистично. Минимальный соматический дискомфорт интерпретируется больным как сигнал прогрессирующего неизлечимого соматического заболевания. Пациенты контролируют физиологические функции с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, получая «доказательства» тяжелого недуга, что приводит к еще большему нарастанию убежденности в неблагоприятном исходе и бесперспективности лечения. Наиболее типичными страхами являются: страх возникновения или обострения злокачественного опухолевого процесса; страх смерти от внезапного сердечного приступа, страх «остановки сердца» или «инфаркта» часто сопровождается паническими атаками; страх оказаться в одиночестве или ситуации, исключающей возможность медицинской помощи; страх остановки дыхания и возможности умереть во сне от удушья. Больные с ипохондрическими депрессиями легкой и умеренно-выраженной степени тяжести часто обращаются за помощью к врачам-интернистам и настаивают на проведении многочисленных обследований. Полученные в

результате обследования заключения могут ставиться под сомнения и многократно перепроверяться.

Маскированные (соматизированные) депрессии характеризуются преобладанием в клинической картине сомато-вегетативных расстройств, имитирующих соматическую патологию. Основные жалобы больных касаются соматического неблагополучия, именно по этой причине пациенты попадают в поле зрения врачей-интернистов. Достаточно часто пациенты настаивают на дополнительных функциональных обследованиях. Одной из ведущих жалоб пациентов являются боли. Болевой синдром носит различную локализацию и может затрагивать сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, костно-суставную и другие системы организма. У этих пациентов часто отмечается нестабильность артериального давления, снижение аппетита, склонность к задержке стула, колебание массы тела, расстройство сна. При многочисленных соматических жалобах пациенты могут отрицать наличие тоски или тревоги, однако, при более детальном расспросе обнаруживаются явления ангедонии, стремление к уединению, чувство безнадежности и пессимизм, уныние и безразличие. Следует отметить, что маскированные депрессии, нередко развиваются у людей с алекситимией-неспособностью и неумением распознавать и выражать собственные чувства. При невозможности описать свое психологическое состояние плохое самочувствие приписывается «соматическому неблагополучию». Одним из важных признаков маскированной депрессии является несоответствие между обилием и интенсивностью жалоб больного и скудностью объективных данных о соматическом неблагополучии.

Больные с соматизированными депрессиями длительно и безрезультатно лечатся у врачей-интернистов; дополнительные методы исследования не выявляют конкретного соматического заболевания; несмотря на безрезультатность лечения, больные продолжают посещать врачей соматического профиля. Следует отметить, что возможно и одновременное существование (коморбидность) депрессивного и соматического расстройства.

Анализ коморбидности депрессивных расстройств с соматической патологией проводился сотрудниками Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК по заболеваниям, наиболее часто встречающимся среди контингентов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и традиционно относящихся к психосоматическим, включая сердечно-сосудистую патологию: артериальную гипертензию (АГ) и ишемическую болезнь сердца (ИБС) [7]. Наиболее часто у пациентов ПМСП депрессивные расстройства выявлялись у больных с артериальной гипертензией (66,7%) и ишемической болезнью сердца (54,5%), нередко, в их сочетании. Результаты исследования показали, что «сосуществование» психических и соматических расстройств никогда не бывает «независимым». Анализ анамнестических сведений обследованных пациентов ПМСП позволил установить, что влияние депрессивных расстройств на клинику и течение соматических заболеваний возможно в следующих вариантах:

- этиологический, когда депрессивное расстройство предшествовало соматической патологии, которая развивалась вторично по патогенетическому механизму психосоматического расстройства (14 больных – 11,4%);
- сенсibiliзирующий, при котором депрессия являлась эмоциональным фоном, ослабляющим защитные механизмы организма, что предрасполагало к развитию соматической патологии (часто генетически обусловленной) (12 больных – 9,8%);
- декомпенсирующий, когда соматическая патология предшествовала депрессии, возникновение которой вызывало обострение хронического соматического заболевания (32 больных – 26%);
- патопластический эффект проявлялся в искажении типичной картины соматического заболевания, что прослеживалось в нехарактерных для данного соматического расстройства жалобах больного, в

полиморфности и изменчивости симптоматики, существенно затрудняющих диагностику соматического заболевания (54 больных – 43,9%); -патокинетический эффект заключался в ухудшении динамики соматического заболевания, резистентности к проводимой терапии, что приводило к быстрому истощению

компенсаторных возможностей отдельных органов и систем организма больного, неблагоприятному прогнозу соматического заболевания со стойкой утратой трудоспособности (11 больных – 8,9%), что показано на рисунке 1.

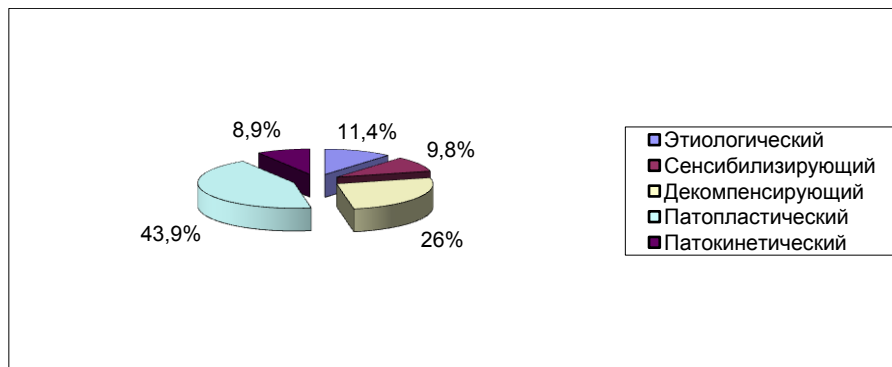


Рисунок 1 - Механизмы влияния депрессивных расстройств на клинику и течение соматической патологии (%)

Изучение влияния депрессивных расстройств на клинику и течение соматической патологии у пациентов ПМСП показало, что наиболее часто (43,9%) депрессивные расстройства влияли на клиническую картину соматической патологии путем усугубления тяжести предъявляемых больными жалоб, что не соответствовало объективным показателям соматического состояния пациентов, т.е. депрессии оказывали **патопластическое влияние** на клинику соматического заболевания. Психогенные депрессии чаще оказывали **декомпенсирующее влияние**

(26%), проявляясь клинически в объективном ухудшении (декомпенсации) соматического состояния пациентов в условиях психотравмирующих ситуаций. Анализ клинических наблюдений сочетания депрессивных расстройств с соматической патологией позволил выявить некоторую предпочтительность (но не абсолютную избирательность) клинических форм депрессий при отдельных сердечно-сосудистых заболеваниях или их сочетаниях.

Таблица 1 - Клиническая структура депрессивных расстройств при различных формах сердечно-сосудистой патологии

Соматические расстройства	Депрессивные расстройства						Итого:	
	F06.32		F32-F34		F41-F45			
	А.ч.	%	А.ч.	%	А.ч.	%	А.ч.	%
Артериальная гипертензия (АГ)	5	27,8	2	12,5	23	45,1	30	35,3
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	2	11,1	4	25	11	21,7	17	20
АГ + ИБС	11	61,1	10	62,5	17	33,2	38	44,7
Итого:	18	100	16	100	51	100	85	100

Структура депрессивных расстройств у больных **артериальной гипертензией** характеризовалась явным преобладанием депрессий, относящихся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F41-F45) – 76,7%. Депрессии, относящиеся к

органическим психическим расстройствам (F06.32), составили 16,6%, депрессии, которые можно было квалифицировать как аффективные расстройства настроения (F32-34) – 6,7% (рисунок 2).

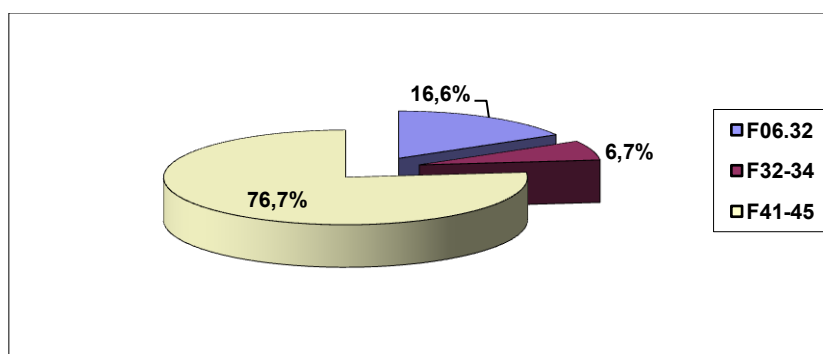


Рисунок 2 - Клиническая структура депрессивных расстройств у больных с монодиагнозом - артериальная гипертензия

У больных с ишемической болезнью сердца также преобладали депрессии, относящиеся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F41-F45) – 64,7%. На втором

месте по частоте в данной группе стоят депрессии, относящиеся к аффективным расстройствам настроения (F32-34) – 23,5%, а депрессии органической природы (F06.32) составили 11,8% (рисунок 3).

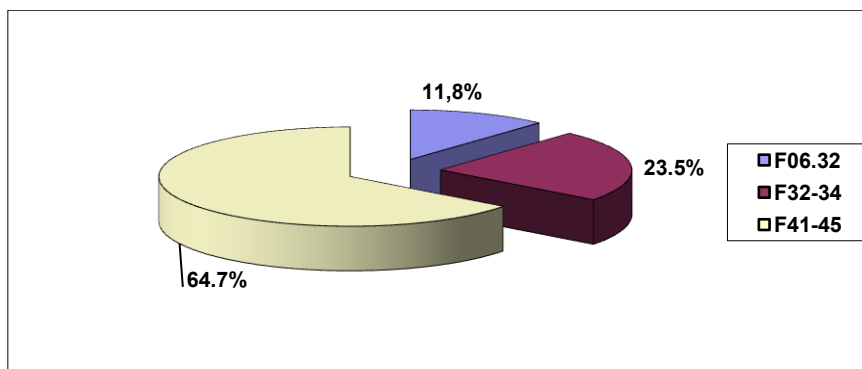


Рисунок 3 - Клиническая структура депрессивных расстройств у больных с монодиагнозом – ишемическая болезнь сердца

Несколько иной представляется клиническая структура депрессивных расстройств у больных с сочетанной соматической патологией, где доля депрессивных расстройств органической природы (F06.32) составляет 61,1%, что существенно превышает данную форму депрессивных расстройств у пациентов с монодиагнозом АГ (27,8%) и ИБС (11,1).

Статистические данные позволяют сделать вывод о том, что сочетание двух и более соматических заболеваний является фактором, предрасполагающим к развитию органического поражения головного мозга (преимущественно сосудистого генеза), проявляющегося депрессивными расстройствами органической природы.

Депрессивные эпизоды, выявлявшиеся у пациентов ПМСР, по клиническим проявлениям имели некоторые особенности:

- маскированный (соматизированный) характер депрессивных расстройств;
- анозогнозия депрессивного расстройства, проявлявшаяся в том, что больные, даже отмечая подавленное настроение, не расценивали это как психическое расстройство, а связывали

свое состояние с обострением соматического заболевания или социальными проблемами;

- гипергнозия соматической патологии, проявляющаяся в высокой субъективной значимости переживаний, связанных с соматическим (телесным) неблагополучием;

- депрессивный фон настроения не имел выраженных суточных колебаний, но был тесно связан с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами;

- полиморфизм проявлений, сочетание подавленного настроения с тревогой, астенией, сверхценными идеями ипохондрического содержания, социофобиями.

Таким образом, общим выводом из современных исследований является следующее положение: депрессия должна быть оценена врачом как серьезное осложнение соматического заболевания или независимо существующее от него патологическое состояние, которое надо лечить, чтобы облегчить страдание больного [8]. Важной предпосылкой эффективной терапии депрессивных расстройств у пациентов общей медицинской практики является их раннее выявление и правильная клиническая оценка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб.: 1995. - 564 с.
- 2 Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. - М.: 2001. - 252с.
- 3 Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Вейн А.М., Дробижев М.Ю., Шальнова С.А., Погосова С.А., Щуров Д.В. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. - 2004. - №1. - С. 48-54.
- 4 Негай Н.А., Распопова Н.И. Нарушения циркадианного ритма в этиопатогенезе депрессий и инновационные подходы к их эффективной терапии. - Алматы: 2012. - 44 с.
- 5 Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. - М.: 2011. - 431с.
- 6 Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - № 1. - С. 118-124.
- 7 Алтынбеков С.А., Распопова Н.И., Дуплякин Е.Б. Депрессивные расстройства у пациентов общей медицинской практики и новые возможности их эффективной терапии. Методические рекомендации. - Алматы: 2010. - 36 с.
- 8 Montano В.С. Recognition and Treatment of Depression in a Primary Care Setting. // J. Clin. Psychiatry. - 1994. - Vol. 55, Suppl. 12. - P. 18-34.

Н.И. Распопова¹, М.Ш. Джамантаева², А.А. Сулейменова³

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

¹ психиатрия және наркология кафедрасы №1,

² психиатрия және наркология кафедрасы №2

³ Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы

ДЕПРЕССИЯҒА ШАЛДЫҒУТИПОЛОГИЯСЫ ОНЫҢ МСАК ПАЦИЕНТТЕРІНДЕГІ СОМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ КЛИНИКАСЫНА ЖӘНЕ АҒЫМЫНА ӘСЕРІ

Түйін: Мақалада депрессиялық бұзылулардың негізгі клиникалық нұсқаларының соматикалық патологиясы бар комбикормды талдау нәтижелері келтірілген. Депрессиялық бұзылулардың клиникадағы және соматикалық патологиядағы науқастардағы әсерін зерттеу МСАК пациенттерде жиі кездесетін депрессияның патологиялық (43,9%) және декомпенсациялық (26%) клиникаға және физикалық аурудың динамикасына әсері екенін көрсетті. Кейбір жүрек-тамыр ауруларында депрессияның клиникалық түрлерінің кейбір артықшылықтары анықталды.

Түйінді сөздер: депрессия, ұйқысыздық, антидепрессанттар, транквилизаторлар.

N.I. Raspopova¹, M.Sh. Jamantaeva², A.A. Suleimenova³

Asfendiyarov Kazakh National Medical University,

¹Department of Psychiatry and Narcology No. 1,

²Department of Psychiatry and Narcology No. 2

³Republican Scientific and Practical Center for Mental Health

TYPOLOGY OF DEPRESSIVE DISORDERS, THEIR IMPACT ON THE CLINIC AND THE COURSE OF SOMATIC DISEASES IN PRIMARY CARE PATIENTS

Resume: The article presents the results of the analysis of comorbidity of the main clinical variants of depressive disorders with somatic pathology. The study of the influence of depressive disorders on the clinic and the course of somatic pathology in primary care patients showed that the most common depression had pathoplastic and decompensatory impact on the clinic and dynamics of the somatic disease. Some preferences of clinical forms of depression in certain cardiovascular diseases have been revealed.

Keywords: depressive disorders, clinical variants of depression, comorbidity, cardiovascular diseases

ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева, Л.А. Текебаева,
А.О. Мырзагулова, А. Асен, А.И. Аменов
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

В настоящем обзоре проведен анализ клинических исследований для изучения лучших практик профилактики и лечения инсульта, а также возможных путей развития данного направления.

Ключевые слова: стент, стеноз, каротидная эндартерэктомия, реваскуляризация.

УДК 616.831-005.1-085.27

Актуальность: Одна из самых опасных болезней, когда-либо угрожавших человечеству, и это не преувеличение. Сердечно-сосудистая система человека испытывает постоянные стрессовые нагрузки, поэтому риск возникновения ишемического инсульта – судороги или тромбоза сосудов головного мозга, возрастает с каждым годом. Поэтому профилактика ишемического инсульта занимает важное место в списке вопросов медицины.

Данные опроса, в котором участвовало 1000 светил медицины из Европы, засвидетельствовали тот факт, что 75% из них считают самым эффективным методом снижения смертности от фибрилляции предсердий (как причины инфаркта миокарда) профилактику повторного ишемического инсульта. Ишемический инсульт представляет собой патологический симптомокомплекс, который развивается в результате критического снижения кровоснабжения мозга. Это приводит к тому, что резко нарушаются метаболические процессы в нервной ткани. Энергетический голод нейронов и является основой их гибели со всеми вытекающими последствиями. Эта болезнь имеет именно такую подоплеку.

Распространенность инсульта составляет от 1 до 4 случаев на 1000 человек. Данный вид инсульта развивается чаще и составляет примерно 70-80% среди всех случаев острого нарушения мозгового кровообращения со стойкой очаговой симптоматикой. Чаще всего инсульты встречаются у пожилых людей. Особенно опасен повторный ишемический инсульт.

Стеноз, в общем, относится к любому состоянию, при котором кровеносный сосуд, такой как артерия или другой трубчатый орган, становится ненормально узким. В контексте инсульта «стеноз» обычно вызван атеросклерозом, состоянием, при котором кровеносный сосуд, снабжающий кровь мозгу, сужается из-за жировых отложений, известных как бляшки, на внутренней стенке сосуда. Факторы риска для этого типа стеноза включают высокое кровяное давление и высокий уровень холестерина.

Цель исследования: провезти литературный обзор по профилактике ишемического инсульта.

Задача исследования: оценить профилактические меры на эффективность при ишемическом инсульте.

NINDS поддерживает многие испытания для изучения лучших практик профилактики и лечения инсульта.

Лекарства и изменения образа жизни могут использоваться для управления стенозом. В некоторых случаях рекомендуется хирургическое вмешательство. Хирургические процедуры включают:

Каротидная эндартерэктомия (хирургическое удаление зубного налета из сонных артерий). Размещение стента (медицинского устройства, которое расширяет суженные сонные артерии).

Каротидная эндартерэктомия является вариантом лечения, когда стеноз возникает в одной или обеих сонных артериях, крупных артериях в области шеи, которые подают кровь в мозг.

Результаты и их обсуждение: В двух крупных клинических исследованиях оценивалась эффективность каротидной эндартерэктомии: североамериканская симптоматическая каротидная эндартерэктомия (NASCET) и исследование атеросклероза сонной артерии (BCPS). NASCET оценил риски и преимущества каротидной эндартерэктомии для людей, которые испытали инсульт или другие симптомы из-за стеноза, такого как мини-инсульт или транзиторная ишемическая атака (TIA). При выполнении квалифицированным и опытным хирургом, каротидная эндартерэктомия - очень эффективная профилактическая терапия для пациентов с симптомами сонного стеноза и более чем 70-процентным стенозом в сонных артериях. BCPS оценивали индивидуумы с бессимптомным стенозом, когда у пациента не было симптомов, но артериальная блокада была идентифицирована при медицинском обследовании. Эти люди имеют низкий годовой риск инсульта, от 2 до 3 процентов в год, а каротидная эндартерэктомия снижает этот риск вдвое. В последующих исследованиях здоровых людей в течение пяти лет после операции сниженный годовой риск инсульта перевешивал риски каротидной эндартерэктомии.

Другой хирургической процедурой, используемой для лечения стеноза в сонных артериях, является стентирование. Стент - это устройство, обычно сделанное из сетчатого материала, которое помещается в кровеносный сосуд шеи или мозга с использованием длинной тонкой трубки катетера, прорезанной через другую часть тела, например, на ноге. Стенты поддерживают суженный кровеносный сосуд и удерживают его открытым, чтобы обеспечить кровоток в мозг.

Каротидная реваскуляризация Эндартерэктомия против стентирования (CREST) сравнила эффективность каротидной эндартерэктомии с стентированием сонной артерии и обнаружила, что эти две хирургические процедуры эффективны для предотвращения будущих ударов. Для получения дополнительной информации об этом испытании посетите Информационный бюллетень CREST.

В другом исследовании, поддерживаемом NINDS, было рассмотрено использование стентов для лечения стеноза в артериях внутри мозга. Исследователи исследовали пациентов, которые подвергались высокому риску для

второго инсульта, и оценили, оказало ли размещение внутричерепного стента дополнительное преимущество агрессивному медицинскому режиму, который включал прореживающие кровь лекарства и модификации образа жизни.

Выводы: Исследование Stenting vs. Aggressive Medical Management для предотвращения повторного инсульта во внутричерепном стенозе (SAMMPRIS) показало, что у этих пациентов с высоким риском группа, которая принимала участие только в медицинском режиме, имела лучшие результаты, чем те, которые получали стенты головного мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Shalnova S.A., Deyev A.D. Mortality tendencies in Russia in the XXI-st century beginning (according to the official statistics) // Cardiovascular Therapy and Prophylaxis. – 2011. - №10(6). – P. 5-10.
- 2 Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. – 2011. - №10(6). – С. 5-10.
- 3 К.С. Ланге, А.Г. Наве, Т.Г. Лиман, У. Гриттнер, М. Эндрес, М. Эбингер Center for Stroke Research Berlin (CSB), Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie, Department of Biostatistics and Clinical Epidemiology, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Germany; DZHK (German Center for Cardiovascular Research), Partner Site, Berlin, Germany; DZNE (German Center for Neurodegenerative Diseases), Partner Site, Berlin, Germany; Berlin Institute of Health (BIH), Germany. Прогноз при бессимптомной окклюзии сонной артерией. Систематический обзор и мета-анализ.
- 4 Ali LK, Saver JL. The ischemic stroke patient who worsens: new assessment and management approaches // Reviews of Neurological Diseases. - 2007. - Vol. 4, №2. — P. 85-91.

Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев, А. О. Мырзагулова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Түйін: Ишемиялық инсульт ми қан айналу жүйесінің бұзылуларының ең көп кездесетін түрлері, олардың барлығы өлім шығынына әкелуі мүмкін. Осыған орай өлім-жітім санын азайту үшін, уақытылы алдын алу шараларын жүргізген өлім-жітім санын азайтады. Алдын алу шараларын жүргізген, экономикалық тұрғыда әсер арзан және науқастың өмір сапасының жоғарлауына әсер етеді.

Түйінді сөздер: стент, стеноз, каротидті эндартерэктомия, реваскуляризациялау.

L. Tekebaeva, E. Uteyliyev, A. Myrzagulova
Kazakhstan Medical University "KSPH"

PREVENTION OF ISCHEMIC STROKE

Resume: In conclusion, it should be noted that ischemic stroke as the most common form of persistent acute disorders of cerebral circulation can lead to various negative consequences. They can include the onset of death. In this regard, it is very timely to provide timely medical assistance to such patients. Do not lose a single minute, as this will reduce the area of damage to the brain tissue.

Keywords: stent, stenosis, carotid endarterectomy, revascularization.

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Г.К. Каусова, А.С. Баяшова, А.М. Әбілдаева

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

В статье рассматриваются реабилитационные мероприятия больных перенесших инсульт, которые включают изменение образа жизни, терапевтическую коррекцию сосудистых факторов риска и в некоторых случаях хирургическое вмешательство. Подчеркивается необходимость как можно более раннего начала реабилитационных мероприятий. В зависимости от вида и тяжести имеющихся неврологических нарушений отмечается целесообразность индивидуального подбора различных реабилитационных программ.

Ключевые слова: ишемический инсульт, качество жизни, реабилитация, ранний период восстановления, Республика Казахстан, Всемирная организация здравоохранения

УДК 616.831-005.1-089.86(083.131)

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одним из самых распространенных неврологических заболеваний, приобретающий все большую медико-социальную и экономическую значимость [1]. В большинстве случаев у перенесших инсульт больных в определенной степени восстанавливаются нарушенные функции. ОНМК сопровождаются высокими показателями смертности и летальности и большим удельным весом инвалидизации среди выживших больных (80%). В Республике Казахстан (РК) инвалидизация вследствие инсульта занимает одно из первых мест среди патологии, являющейся причиной инвалидности [2].

По данным национального регистра инсульта, 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, 20% не могут самостоятельно ходить. Лишь 8% выживших больных могут вернуться к прежней работе [3]. У значительной части больных после перенесенного ишемического инсульта остается неврологический дефицит в двигательной, чувствительной эмоционально-психической сферах нервной системы, что отражается в качестве жизни этих пациентов [4].

Все результаты и последствия инсульта можно разделить на пять уровней [5]:

1 уровень – патология, т.е. патофизиологические механизмы, лежащие в основе инсульта, в пределах этого уровня показано специфическое медикаментозное и/или хирургическое лечение.

2 уровень – неврологические нарушения, т.е. потеря нормального функционирования специфических анатомо-физиологических структур, для устранения патологических проявлений этого уровня применяют, прежде всего, физические методы восстановительного лечения.

3 уровень – инвалидизация – ограничение или отсутствие возможности выполнять активные действия в рамках обычного для данного пациента существования, для снижения инвалидизации применяют также физические методы реабилитации.

4 уровень – ущерб в жизни конкретного человека, обусловленный неврологическими нарушениями и инвалидизацией, который лимитирует выполнение его социальной роли, для уменьшения жизненного ущерба необходимо использовать весь арсенал методов восстановительной терапии, особенно трудотерапию, а также социальную реабилитацию.

5 уровень – качество жизни, которое отражает и степень восстановления функций, и уровень повседневной жизненной активности, и выраженность бытовой и социальной адаптации человека. Наиболее очевидными последствиями инсульта являются физические, однако в некоторых случаях не менее важными становятся психологические, когнитивные, социальные и финансовые проблемы.

Реабилитация подобной категории больных, целью которой является максимальное повышение качества их жизни, должна иметь комплексный медико-социальный подход [6]. На современном этапе развития медицины все более актуальной становится проблема не просто «выживания»

больного, но и повышения качества его жизни как субъективной удовлетворенности уровнем своего функционирования в условиях болезни. Вполне оправданным является то, что понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности ее лечения. По определению ВОЗ, качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [7]. Таким образом, при оценке эффективности реабилитации придается особое значение мнению самого больного, которое может не совпадать с точкой зрения врача и родственников [8]. Особенно остро стоит проблема восстановления утраченных функций при заболеваниях, которые имеют четко выраженную социальную значимость.

Результаты клинико-эпидемиологических исследований показывают, что около 55 % перенесших мозговой инсульт больных не удовлетворены качеством своей жизни [9]. В связи с этим особую клиническую значимость приобретает задача разработки мероприятий, прицельно направленных на улучшение качества жизни больных.

В процессе восстановительного лечения больных после инсульта выделяют три уровня реабилитации [10]. Первый уровень заключается в восстановлении нарушенных функций, которые возвращаются или, по крайней мере, приближаются к исходному уровню. Второй уровень – это компенсация, которая основана на функциональном преобразовании сохранных систем мозга и предупреждает развитие патологических состояний, препятствующих обратному развитию дефекта. И, наконец, третий уровень – реадaptация, т.е. приспособление к дефекту. Реедaptация в рамках восстановительного лечения необходима в случаях выраженного структурного поражения мозга, при необратимости анатомического и функционального дефекта. Первые два уровня восстановительного лечения рассматриваются в рамках медицинской реабилитации, а последний – в рамках социальной [11].

В мировой практике имеется хорошо разработанная система оказания помощи больным с инсультом, в которой большое место отводится реабилитации, в том числе и ранней [12]. В настоящее время в РК созданы и доказали свою эффективность службы ранней реабилитации в рамках сосудистых неврологических отделений [13]. Основная цель ранней реабилитации – это профилактика образования устойчивых патологических систем или уменьшение степени выраженности их за счёт активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных и немедикаментозных методов воздействия [14].

Существует система этапной реабилитации постинсультных больных на основе интеграции стационарного, поликлинического и санаторно-курортного этапов, соответствующая трём уровням реабилитации (восстановление, компенсация и реадaptация) [15].

Организация реабилитационной работы осуществляется выбором методов восстановительной терапии. Восстановительная терапия должна быть простой, доступной как медицинскому персоналу, так и ухаживающим за пациентом лицам [16]. Реабилитационные мероприятия в большей степени направлены на двигательную сферу, это определяется тем, что: 1) двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85% больных инсультом; 2) двигательные расстройства в большей степени мешают самообслуживанию; 3) двигательная функция является наиболее подвижной, она быстро нарушается при снижении мозгового кровотока и также может быстро восстанавливаться; 4) неравномерное восстановление отдельных мышц приводит к развитию патологических двигательных паттернов, что определяет необходимость контроля над процессом восстановления движений; 5) на моторику можно воздействовать с периферии через интернейроны спинного мозга как методами кинезотерапии, так и сенсорными стимулами; 6) воздействие на двигательную сферу будет способствовать нормализации и других функций [17].

Восстановление двигательных функций происходит в первые 6 месяцев после инсульта, и в этот период наиболее эффективно проведение интенсивной двигательной реабилитации. Восстановительное лечение больных с афазией должно быть более длительным и проводиться в течение первых 2-3 лет после инсульта [18].

Качество жизни больных, перенесших ОНМК, напрямую зависит от проблем, с которыми они сталкиваются после инсульта. Оптимизацию жизни больных возможно осуществить с помощью эрготерапии. Эрготерапия – это воздействие на физические и психические нарушения путем специальных активизирующих упражнений [19]. Основной целью эрготерапии, которая объединяет знания медицины, специальной педагогики, психологии, социологии, биомеханики, эргономики и других специальностей, является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой

деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества проблем Основными проблемами пациентов после инсульта: двигательные функции, восприятие и ощущения, когнитивные функции, психоэмоциональное состояние, коммуникативность, самообслуживание и досуг [20].

Одним из важнейших компонентов комплексного восстановительного лечения больных, перенесших инсульт, является психотерапевтическая реабилитация. Психоэмоциональные нарушения наблюдаются у пациентов, перенесших инсульт, достаточно часто [21]. Основными из них являются депрессивные состояния, повышенная эмоциональность и состояние скуки [22].

Таким образом, основными направлениями реабилитации больных, перенесших инсульт, являются: активизирующий уход, лечение положением, онтогенетическая кинезотерапия, медикаментозное обеспечение процессов гомеостаза.

Заключение. В процессе восстановительного лечения у больных, перенесших ишемический инсульт выделяют три уровня реабилитации. Первый уровень заключается в восстановлении нарушенных функций, которые возвращаются или приближаются к исходному уровню. Второй уровень – это компенсация, которая основана на функциональном преобразовании сохранных систем мозга и предупреждает развитие патологических состояний, препятствующих обратному развитию дефекта. И третий уровень – реадaptация, т.е. приспособление к дефекту. Реедaptация в рамках восстановительного лечения необходима в случаях выраженного структурного поражения мозга, при необратимости анатомического и функционального дефекта. Первые два уровня восстановительного лечения рассматриваются в рамках медицинской реабилитации, а третий – в рамках социальной реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. - М.: 2000. - 149 с.
- 2 Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. - М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004. - 69 с.
- 3 Erila T., Ilmavirta M. Does an intensive care stroke unit reduce the early case-fatality rate of ischaemic stroke // Stroke. - 1990. - №21, Suppl. 1. - P. 153-161.
- 4 Бельская, Г.Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание // Неврологический журнал. - 2009. - №3. - С. 33-36.
- 5 Вознесенская, Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2009. - №2. - С. 9-12.
- 6 Маркин, С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Consilium Medicum. - 2010. - № 1. - С. 88-96.
- 7 Масютина, С.М. Качество жизни и психологический статус больных, перенесших инсульт в молодом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук - Саратов, 2007. - 23 с.
- 8 Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. - С. 182-183.
- 9 Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Т.Е. Виноградова и соавт. Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования // Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования. - М.: 2000. - С. 50-56.
- 10 Стулин, И.Д. Инсульт с точки зрения доказательной медицины // Качественная клиническая практика. - 2009. - №6. - С. 30-33.
- 11 Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга // Эпидемиология. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - С. 149-158.
- 12 Убайдуллаев, А.М. Роль социальных факторов в формировании параметров качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2003. - №4. - С. 100-102.
- 13 А.Н. Белова, О.Н. Щепетова Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. - М.: Антидор, 2002. - 434 с.
- 14 Abubakar, S.A. Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit // Int J Biomed Sci. - 2012. - №8(3). - P. 183-187.
- 15 Factors Related to Performance-Based Mobility and Self-reported Physical Activity in Individuals 1-3 Years after Stroke: A Cross-sectional Cohort Study / B. Vahlberg, T. Cederholm, B. Lindmark et al // Stroke Cerebrovasc Dis. - 2013. - №13. - P. 1052-1057.
- 16 L. Caeiro, J.M. Ferro, E. Pinho et al. Post-Stroke Apathy: An Exploratory Longitudinal Study // Cerebrovasc. Dis. - 2013. - №35(6). - P. 507-513.
- 17 Vincent-Onabajo, G.O. Sensitivity and responsiveness of the health-related quality of life in stroke patients-40 (HRQLISP-40) scale // Disabil Rehabil. - 2013. - №12. - P. 58-69.
- 18 Неврология. Национальное руководство. - М.: 2009. - 593 с.
- 19 Маркин С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Consilium Medicum. - 2010. - С. 14-19.
- 20 Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. - М.: 2003. - 239 с.

Г.К. Каусова, А.С. Баяшова, А.М. Әбілдаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ БОЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ САУАЛЫНА САУЫҚТЫРУ ШАРАСЫ

Түйін: Қазақстан Республикасында тамырлы неврологиялық бөлімшелерде ерте кезеңде оңалту қызметтері орнатылып, тиімділігі дәлелденді. Ерте кезеңде оңалтудың негізгі мақсаты тұрақты патологиялық жүйелердің пайда болуын алдын алу немесе саногенетикалық механизмдерді жандандыру арқылы ауырлық деңгейін төмендету, сондай-ақ дәрілік және дәрілік емес әдістерді қолдану арқылы патологиялық жүйелердің бұзылуын болдырмау.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, өмір сапасы, сауықтыру, мерзімінен бұрын қалпына келтіру, Қазақстан Республикасы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы.

G.K. Kausova, A.S. Bayashova, A.M. Abildaeva
Kazakhstan Medical University "The highest school of public health", Almaty

THE QUESTION OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Resume: In the Republic of Kazakhstan created and proven the effectiveness of early rehabilitation in the framework of the vascular neurology departments. The main aim of early rehabilitation is to prevent formation of stable pathological system or reduction of the severity of their account activation sanogenetic mechanisms and destruction of pathological systems, involving both pharmacological and non-pharmacological methods of influence.

Keywords: ischemic stroke, quality of life, rehabilitation, early recovery period, Republic of Kazakhstan, the World Health Organization.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Э.Е. Нурашева, А.О. Мырзагулова, Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Риск развития ишемического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) составляет 15% в год, причем риск повышается даже при асимптомной ФП. Процент инсультов, связанных с аритмией, в общей когорте причин инсультов от 7 до 37%, и он заметно повышается в пожилом возрасте.

Ключевые слова: инсульт, ишемический инсульт, фибрилляция предсердий, антикоагулянты, транзиторная ишемическая атака, тромбозмболические осложнения.

УДК 616.125-008

Актуальность: Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной аритмией в клинической практике, составляя примерно треть госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца [1,2]. Частота встречаемости её в общей популяции составляет 1-2%; и этот показатель, вероятно, увеличится в ближайшие 50 лет [3,4].

ФП ассоциируется с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбозмболических осложнений (ТЭО), ухудшением качества жизни, снижением переносимости физической нагрузки и дисфункцией левого желудочка (ЛЖ). Смертность у больных с ФП увеличивается вдвое независимо от других известных предикторов смерти [1,5,6,7].

Риск развития ишемического инсульта у пациентов с ФП составляет 15% в год, причем риск повышается даже при асимптомной ФП. [1,5,8,9]. Процент инсультов, связанных с аритмией, в общей когорте причин инсультов от 7 до 37%, и он заметно повышается в пожилом возрасте. Известно, что у каждого четвертого пациента с мерцательной аритмией выявляются признаки перенесенного ОНМК при МРТ. Соответственно существует и «обратная» связь между данными заболеваниями. Так, встречаемость фибрилляции предсердий у больных с криптогенным инсультом от 8 до 12%. В связи с этим, всем пациентам с ОНМК рекомендуется суточное мониторирование ЭКГ.

Причиной тромбозмболических осложнений при ФП без поражения клапанного аппарата сердца в большинстве

случаев является тромбоз левого предсердия, а чаще его ушка [10-12].

Стратификация риска ТЭО, безусловно, может помочь облегчить бремя ФП, связанное с тромбозмболиями [13]. Идентификация клинических факторов, ассоциированных с риском инсульта, привела к разработке различных шкал по оценке вероятности его развития. Наиболее простой и адаптированной к реальной жизни представляется шкала CHADS2 [13], в основе которой лежит балльная оценка факторов риска у больных с неклапанной ФП. Эту шкалу рекомендуется использовать для первоначальной оценки риска инсульта у больного с неклапанной ФП [5]. В 2010 году шкала CHADS2 подверглась модификации, в неё добавился ряд новых факторов риска возникновения инсульта. Новая шкала оценки риска возникновения инсульта получила название CHA2DS2VASc [1]. CHA2DS2VASc представляет собой англоязычную аббревиатуру факторов риска развития инсульта: инсульт/транзиторная ишемическая атака (ТИА) /системные тромбозмболии в анамнезе, сердечная недостаточность, артериальная гипертония, возраст ≥ 75 лет, сахарный диабет, инсульт, сосудистое заболевание, возраст 65-74 лет и женский пол. Согласно этой шкале, в 2 балла оцениваются: перенесенный инсульт/ТИА и возраст ≥ 75 лет. Остальные факторы риска – возраст 65-74 года, артериальная гипертония, сахарный диабет, сердечная недостаточность, наличие сосудистого заболевания (перенесенный инфаркт миокарда, наличие атеросклеротических бляшек в аорте, заболевание периферических артерий, включая

реваскуляризацию, ампутацию или ангиографические признаки стенозирования артерий), женский пол – оцениваются в один балл каждый.

Шкалу CHA2DS2VASc рекомендуется использовать с целью углублённого поиска факторов риска у пациентов с величиной индекса CHADS2, составляющей от 0 до 1 балла [1,5].

Цель исследования: изучить возможности современной антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий и ишемическим инсультом.

Задачи исследования: провести литературный обзор по материалу и установить ранние диагностические критерии и внести алгоритмы диагностики по значимости диагностических предвестников.

Материалы и методы: Многочисленные клинические исследования (AFASAK; SPAF I; CAFA; EAFT; BAATAF и другие) убедительно подтвердили эффективность антитромботической терапии у больных с ФП [4-5]. Среди антитромботических препаратов для профилактики ТЭО за годы наблюдений применялись антиагреганты и антикоагулянты. Среди антиагрегантов наиболее изучено применение ацетилсалициловой кислоты в различных дозировках от 50 до 1300 мг/сутки в виде монотерапии [2]. В 8 рандомизированных исследованиях с общим количеством пациентов 4876 оценивали профилактический эффект антитромбоцитарной терапии, главным образом АСК по сравнению с плацебо, по предупреждению тромбозов у больных с ФП [10]. Наиболее благоприятный результат зарегистрирован в исследовании SPAF-I, согласно которому риск инсульта на фоне лечения АСК в дозе 325 мг/сут снижался по сравнению с плацебо на 42% [9]. Степень снижения риска в разных клинических группах существенно отличалась (94% среди пациентов, подходящих для терапии варфарином, и всего лишь 9% среди больных, для которых лечение варфарином было неприемлемо). Кроме того, АСК оказалась менее эффективной у лиц старше 75 лет и не предупреждала тяжелые или рецидивирующие инсульты [5].

Среди антикоагулянтов непрямого действия для профилактики ТЭО использовались: монокумарины (варфарин, синкумар), дикумарины (дикумарин, неодикумарин), индандионы (фенилин). В клинической практике до настоящего времени применяются варфарин и фенилин. Препараты из группы дикумаринов и циклокумаринов практически не используются.

Результаты и их обсуждение: В течение последних 10-15 лет зарегистрировано довольно много новых антитромботических средств: антиагреганты (клопидогрел, прасугрел, тикагрелор, блокаторы гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa), ингибиторы Ха-фактора (фондапаринукс, идропаринукс, ривароксабан, апиксабан), прямые (селективные) ингибиторы тромбина (бивалирудин, дабигатран, аргатробан). Ряд молекул находится на стадиях клинических исследований (отамиксабан, дротрекотин альфа, тифакодин, эндоксабан, ТТР889, LY517717, YM150, DU-176b, PRT-054021).

Активное применение антикоагулянтов непрямого действия для профилактики ТЭО у пациентов с ФП закономерно создаёт ещё одну проблему – геморрагические осложнения! При их назначении должен быть очень четко соблюден принцип безопасности лечения для пациента: необходим жесткий клинический и в ряде случаев лабораторный контроль.

Перед началом антикоагулянтной терапии также необходимо оценить риск кровотечений. Европейские эксперты предлагают использовать индекс HAS-BLED [5], который включает оценку следующих показателей – артериальная гипертензия, нарушение структуры печени и почек, инсульт, кровотечение в анамнезе, лабильное МНО, возраст старше 65 лет, прием некоторых лекарственных препаратов и алкоголя. Значение индекса ≥ 3 указывает на высокий риск кровотечения и требует особой осторожности и внимания при назначении любого антитромботического препарата.

Немаловажным остается вопрос о сроках начала проведения антикоагулянтной терапии при ОНМК для предотвращения рецидивирования ишемического инсульта.

Индивидуальные характеристики пациента, такие как, показания к антикоагуляции, объем ишемического инсульта, возраст, проведение реперфузионного лечения, характеристики антикоагулянта, могут влиять на решение о том, когда начинать антикоагулянтную терапию [11]. Исходя из этого, подразумевается, что начинать этот вид лечения можно даже в первые дни после ОНМК.

Интерес к новым препаратам, влияющим на систему гемостаза, возрастает, а динамика регистрации новых показаний диктует регулярный пересмотр рекомендаций, касающихся различных аспектов антитромботической терапии.

Анализ эффективности и безопасности основных лекарственных средств, применявшихся ранее и появившихся относительно недавно с целью профилактики инсульта при неклапанной фибрилляции предсердий.

Варфарин – пероральный антикоагулянт непрямого действия, подавляет витамин К-зависимый синтез биологически активных форм кальция-зависимых факторов свёртывания крови II, VII, IX и X, а также белки C, S и Z в печени. В терапевтических дозах варфарин уменьшает скорость синтеза факторов свертывания на 30-50% и снижает их биологическую активность. Препарат принимают однократно после еды, желателно в одно и то же время (17-19 час). Доза варфарина подбирается под контролем МНО. Оптимальные пределы МНО, которые должны быть достигнуты в ходе лечения непрямыми антикоагулянтами при неклапанной ФП составляет 2,0-3,0. Среди антитромботической терапии для профилактики ТЭО варфарин является наиболее часто назначаемым препаратом. Количество его назначений за последние 6 лет увеличилось на 45%. Такое несомненное лидерство варфарина связано с доказанной высокой эффективностью его у пациентов с ФП при высоком риске инсульта [23].

Преимуществом варфарина по сравнению с АСК несомненно, заключается в большем снижении под его влиянием риска возникновения инсульта и общей смертности у пациентов с ФП – соответственно на 62 и 26 % [12].

Успешные результаты исследований по применению варфарина стали поводом к изучению эффективности комбинированной терапии варфарином и АСК в профилактике тромбозов у больных с ФП с высоким и низким риском (SPAF III, AFASAK II). Результаты этих исследований свидетельствуют, что комбинация варфарина и АСК позволяет снизить риск возникновения инсульта на 36 %, но при этом значительно возрастает риск внечерепных кровотечений [13].

Попытка назначения в качестве альтернативы варфарину комбинации АСК и клопидогрела успехом не увенчалась, и исследование ACTIVE-W было остановлено досрочно из-за явного преимущества варфарина. Эти преимущества были достигнуты в отношении инсульта, эмболий и сердечно-сосудистой смерти. Интересно, что не наблюдалось значительной разницы в частоте геморрагических осложнений. Однако при невозможности назначения антагонистов витамина К у пациентов с низким риском кровотечений Европейским обществом кардиологов в ноябре 2010 года рекомендовано применение двойной антитромбоцитарной терапии (ацетилсалициловая кислота и клопидогрел) в качестве альтернативы варфарину при ФП. Необходимость поддержания оптимальной гипокоагуляции в течение всего периода применения варфарина определяет крайнюю важность лабораторного контроля. Случай невозможности обеспечения лабораторного контроля становится непреодолимой преградой для использования антикоагулянта. Все сделанные попытки облегчить, улучшить качество и эффективность контроля за антикоагулянтной терапией в настоящее время сведены к кратному определению уровня МНО, что в свою очередь привязывает пациента, как правило, к конкретной лаборатории, не смотря на имеющиеся стандарты в определении МНО и применение международного индекса чувствительности. Критике экспертов было подвергнуто низкое время нахождения в терапевтическом диапазоне (ВТД) пациентов, принимавших варфарин в исследовании ROCKET AF, которое составило

57,8% (то есть терапия варфарином оказалась плохо мониторируемой). Очевидно, это стало следствием двойного слепого плацебо контролируемого дизайна. В связи с этим возникает вопрос: каковы были бы результаты при хорошем наблюдении за стандартной терапией в исследовании ROCKET AF? Есть и еще один вопрос: достигим ли хороший контроль за стандартной терапией у значительного большинства больных?

Выводы: Таким образом, необходимо отметить, что ривароксабан не превосходил варфарин по способности

предупреждать тромботические осложнения, а был лишь сопоставим с ним в этом отношении. Новые пероральные антикоагулянты, к которым относятся дабигатран, ривароксабан и апиксабан характеризуются быстрым началом действия и имеют вполне предсказуемую фармакокинетику, благодаря чему могут назначаться в фиксированной дозе и не требуют рутинного контроля коагуляции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Lip G.Y., Nieuwlaet R., Pisters R., Lane D.A., Crijns H.J. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation // *Chest*. – 2010. - №137. – P. 263–272.
- 2 Stewart S., Murphy N., Walker A. et al. Cost of an emerging epidemic. an economic analysis of atrial fibrillation in the UK // *Heart*. - 2004. - №90. – P. 286–292.
- 3 Patel MR for ROCKET AF Executive Steering Committee. Stroke prevention using the oral direct factor Xa inhibitor rivaroxaban compared with warfarin in patients with nonvalvular atrial fibrillation (ROCKET AF) // *Circulation*. – 2010. - №122, Suppl.21. – P. 2217–2224.
- 4 Wadelius M., Chen L.Y., Downes K. et al. Common VKORC1 and GGX polymorphisms associated with warfarin dose // *Pharmacogenomics J*. – 2005. -№5(4). – P. 262–270.
- 5 ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation // *Eur Heart J*. - 2010. - №31. – P. 2369–2429.
- 6 Feinberg W.M., Cornell E.S., Nightingale S.D. et al. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators Relationship between prothrombin activation fragment F1.2 and international normalized ratio in patients with atrial fibrillation // *Stroke*. – 1997. - №28. – P. 1101–1106.
- 7 Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) // *Eur Heart J*. - 2007. - №28. – P. 2803–2817.
- 8 Friberg J., Buch P., Scharling H., Gadsbphiol N. et al. Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation // *Epidemiology*. – 2003. - №14. – P. 666–672.
- 9 Levy S., Maarek M., Coumel P. et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study // *The College of French Cardiologists Circulation*. – 1999. - №99. – P. 3028–3035.
- 10 Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulations and Risk factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study // *JAMA*. – 2001. - №285(18). – P. 2370–2375.
- 11 Lloyd-Jones D.M., Wang T.J., Leip E.P. et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation. the Framingham Heart Study // *Circulation*. – 2004. - №110. – P. 1042–1046.
- 12 Watson T, Shantsila E, Lip GY. Mechanisms of thrombogenesis in atrial fibrillation: Virchow's triad revisited // *Lancet*. - 2009. - №373. – P.155–166.
- 13 Gage B.F., Waterman A.D., Shannon W. et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation // *JAMA*. – 2001. - №285. – P. 2864–2870.

Э.Е. Нурашева, А.О. Мырзагулова, Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ЖҮРЕКШЕЛЕР ФИБРИЛЛЯЦИЯСЫ МЕН ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРҒА ЗАМАНАУИ АНТИКОАГУЛЯНТТИ ТЕРАПИЯНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Жүрекшелер фибрилляциясы дигнозы бар науқастарда ишемиялық инсульттің даму қауіп-қатері жылына 15% құрайды. Сондай-ақ, қауіп-қатер асимптомды жүрекшелер фибрилляциясы кезінде де одан әрі жоғарылайды. Ырғатсыздыққа байнанысты болған инсульттардың пайызы 7-ден 37% дейін құрайды және ол егде жаста едәуір ұлғаяды.

Түйінді сөздер: инсульт, ишемиялық, жүрекшелер фибрилляциясы, антикоагулянттар, транзиторлы ишемиялық шабуылдар, тромбоземболиялық асқынулар.

E.E. Nurashva, A.O. Myrzagulova, L.A. Tekebayeva, E.S. Uteuliyev

POSSIBILITIES OF MODERN ANTICOAGULANT THERAPY IN PATIENTS WITH FIBRILLATION PRECURITY AND ISCHEMIC STROKE

Resume: The risk of developing ischemic stroke in patients with atrial fibrillation (AF) is 15% per year, with the risk increasing even with asymptomatic AF. The percentage of strokes associated with arrhythmia in the general cohort of causes of strokes is from 7 to 37%, and it rises noticeably in the elderly.

Keywords: stroke, ischemic stroke, atrial fibrillation, anticoagulants, transient ischemic attack, thromboembolic complications.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИНСУЛЬТА

Е.С. Утеулиев, К.К. Коньсабаева, Л.А. Текебаева,
А.О. Мырзагулова, Н. Альменов, А. Асен
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

В данной статье представлены материалы за последние годы крупных метаанализов, включающих десятки исследовательских работ, позволяет более достоверно составить представление о генетических факторах риска инсульта.

Ключевые слова: инсульт, мутации, маркеры генетической предрасположенности.

УДК 575: 616.831-005.1-056:616.12

Актуальность: Атеротромботический инсульт. Метааналитическое исследование последних лет – METASTROKE (2012) [1] – продемонстрировало наиболее сильные ассоциации с развитием атеротромботического инсульта полиморфных аллелей гена HDAC9 – гистоновой деацетилазы, фермента, ответственного за изменение организации хроматина и транскрипцию генов. В данном исследовании показана взаимосвязь аллельных вариантов в структуре хромосомы 9p21 с риском атеротромботического инсульта; отношение шансов 1,39 и 1,15, соответственно. Необходимо отметить, что для обоих локусов уже доказана связь с повышенным риском развития ишемической болезни сердца [2,3]. При этом до конца не выяснено, какие гены затрагивает изменение структуры 9p21, что ставит новые задачи для патофизиологического поиска. Описан целый ряд менее распространенных, но достоверно повышающих риск атеротромботического инсульта полиморфных вариантов. К ним относятся: тромбофилические факторы риска – тромбоцитарный гликопротеин GpIIIa, фактор свертывания крови FXIII, метилентетрагидрофолатредуктаза MTHFR (C677T), мутации, затрагивающие гены сигнальной системы клеток – PDE4D и PON, фосфодиэстеразный механизм [4]; изменения структуры гена аполипопротеина E APOE, ответственного за утилизацию холестерина из системного кровотока [4,5]. Также для европеоидной популяции выявлены ассоциации наличия SNP rs505922 в гене ABO, детерминирующем группу крови, с атеротромботическим инсультом. В ходе оценки кандидатных полиморфных вариантов по результатам полногеномных исследований выявлен повышенный риск атеротромботического инсульта у носителей аллельного варианта гена регулятора 1 фосфатазы и актина PNACTR1 [6]. Кардиоэмболический инсульт. METASTROKE (2012) [1] демонстрирует значительный риск развития кардиоэмболического инсульта для носителей мутации в генах транскрипционных факторов PITX2 и ZFNХ3, отношение шансов составило 1,36 и 1,25 соответственно. Аналогичные результаты получены в независимом исследовании в Великобритании [6]. Оба локуса имеют ассоциации с риском развития фибрилляции предсердий [7,8], наличие которой является ведущим фактором риска кардиоэмболического инсульта. SNP rs505922 в гене ABO, детерминирующем группу крови, также повышает риск возникновения кардиоэмболического инсульта. В исследовании, проведенном в США, показан высокий риск развития кардиоэмболического инсульта при носительстве варианта 9p21 rs1333040 в европеоидной популяции с отношением шансов 1,55 [2]. В России при изучении славянской популяции выявлен повышенный риск развития кардиоэмболического инсульта у носителей варианта SNP rs1842993 на 7 хромосоме [9].

Цель исследования: проведение обзора литературы по выявлению особенностей проявления инсульта по генетическому фактору.

Задачи исследования:

- изучить особенности проявления инсульта по генетическому фактору

- изучить зарубежные материалы по инсульту

Материалы и методы. Лакунарный инсульт. Согласно данным европейских исследователей, лакунарный инсульт имеет наименьшие ассоциации с маркерами генетической предрасположенности – всего 16 % случаев обусловлены наследственными причинами, тогда как для остальных подтипов ишемических инсультов эти показатели разнятся от 37,9 до 32,6 % [6]. Исследования, проведенные в европейских популяциях, указывают на весьма ограниченный список маркеров лакунарного инсульта. К ним относятся полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента ACE I/D и провоспалительного цитокина – интерлейкина IL6 [4].

Результаты и обсуждения: Несмотря на значительные патофизиологические отличия, удается выявить маркеры генетической предрасположенности в равной степени ко всем подтипам ишемических инсультов. В исследовании METASTROKE (2012) таким маркером оказалась мутация в гене NIN2 – белка, адгезируемого шванновскими клетками для восстановления нервных окончаний после повреждения. Результаты исследователей из США демонстрируют ассоциации аллельного варианта PSMA6 rs1048990 с развитием всех подтипов ишемического инсульта, отношение шансов 0,80 [2]. В популяции Китая выявлена генетическая предрасположенность к возникновению ишемического инсульта у носителей полиморфных вариантов генов системы биосинтеза лейкотриенов ALOX5AP rs4073259, эндотелиальной NO-синтазы 4b/a, T-786C и G894T, ангиотензинпревращающего фермента ACE I/D [10], причем для последнего имеется указание на больший риск в случае лакунарного инсульта. При изменении структуры гена параоксоназы PON – компонента фосфодиэстеразы и фермента перекисного окисления – обнаружен протективный эффект мутантного аллеля в отношении развития ишемического инсульта и атеросклеротического поражения сосудов [11]. В исследованиях, проведенных в Китае и Японии, обнаружен повышенный риск развития инсульта для аллельных вариантов гена протеин киназы C PRKCH [12].

Выводы: Подробный анализ генетических факторов риска в Южной Азии (Индия, Пакистан, Малайзия) выявил повышенную вероятность возникновения ишемического инсульта при носительстве аллельных вариантов генов MTHFR C677T, FV Лейден, PDE4D SNP 83, ACE I/D, IL10 G1082A.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Markus H.S. Stroke genetics: prospects for personalized medicine // BMC Med. – 2012. – № 10. – P. 113-118.
- 2 Dichgans M. Genetics of ischaemic stroke // Lancet Neurol. – 2007. – Vol. 6, № 2. – P. 149-161.
- 3 Khan T.A., Shah T., Prieto D., Zhang W., Price J. Apolipoprotein E genotype, cardiovascular biomarkers and risk of stroke: Systematic review and meta-analysis of 14 015 stroke cases and pooled analysis of primary biomarker data from up to 60 883 individuals // Int J Epidemiol. – 2013. – Vol. 42, № 2. – P. 475-492.
- 4 Jones HR Jr, Millikan CH, Sandok BA. Temporal profile (clinical course) of acute vertebrobasilar system cerebral infarction // Stroke. 1980. — Vol. 11, №2. -P. 173-177.
- 5 Gretarsdottir S, Thorleifsson G, Manolescu A. Risk variants for atrial fibrillation on chromosome 4q25 associate with ischemic stroke // Ann Neurol. – 2008. – № 64. – P. 402-409.
- 6 Ali LK, Saver JL. The ischemic stroke patient who worsens: new assessment and management approaches // Reviews of Neurological Diseases. 2007. Vol. 4, №2. — P. 85-91.
- 7 Avdonina M.A., Nasedkina T.V., Ikonnikova A.I., Bondarenko E.V., Slominskiĭ P.A., Shamalov N.A., Shetova I.M., Limborskaia S.A., Zasedatelev A.S., Skvortsova V.I. Association study of polymorphic markers of F12, PON1, PON2, NOS2, PDE4D, HIF1a, GPIIb, CYP11B2 genes with ischemic stroke in Russian patients // Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. – 2012. – Vol. 112, № 2. – P. 51-54.
- 8 Bevan S., Traylor M., Adib-Samii P., Malik R., Paul N.L., Jackson C., Farrall M., Rothwell P.M., Sudlow C., Dichgans M., Markus H.S. Genetic heritability of ischemic stroke and the contribution of previously reported candidate gene and genomewide associations // Stroke. – 2012. – Vol. 43, № 12. – P. 3161-3167.
- 9 Liu M.E., Liao Y.C., Lin R.T., Wang Y.S., Hsi E., Lin H.F., Chen K.C., Juo S.H. A functional polymorphism of PON1 interferes with microRNA binding to increase the risk of ischemic stroke and carotid atherosclerosis // Atherosclerosis. – 2013. – Vol. 228, № 1. – P. 161-167.
- 10 Zhang Z., Xu G., Liu D., Fan X., Zhu W., Liu X. Angiotensin-converting enzyme insertion/deletion polymorphism contributes to ischemic stroke risk: a meta-analysis of 50 case-control studies // PLoS One. – 2012. – Vol. 7, № 10. – P. e46495.
- 11 Hassan A., Markus H.S. Genetics and ischaemic stroke // Brain. – 2000. – Vol. 123, № 9. – P. 1784-1812.
- 12 Gudbjartsson D.F., Holm H., Gretarsdottir S.. A sequence variant in ZFX3 on 16q22 associates with atrial fibrillation and ischemic stroke // Nat Genet. – 2009. – № 41. – P. 876-878.

Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева, Л.А. Текебаева, А.О. Мырзагулова, Н. Альменов, А. Асен
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ИНСУЛЬТТЫҢ ГЕНЕТИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Емдеу барасындағы медициналық технологиялардың дамуы және алдын алудағы жұмыстардың көптігіне қарамастан қазіргі таңда инсульттың үлестік пайызы жоғары. Дамыған елдерде инсульт өлім-жітім бойынша 3 орынды алады. Сондықтан инсультке әкелетін факторларды зерттеу және олардың пайда болу себептерін анықтау қазіргі кезде өзекті мәселелердің бірі.

Түйінді сөздер: инсульт, мутация, генетикалық маркерлердің негізделуі.

E. Uteuliev, K. Konysbayeva, L. Tekebaeva, A. Myrzagulova, N. Almenov, A. Asen
Kazakhstan's medical university "KSPH"

GENETIC FACTORS OF THE INSULT

Resume: Despite significant progress in prevention and treatment, stroke remains a highly relevant disease that causes disability in most cases, causing cognitive impairment and dementia and is the third leading cause of death in developed countries. Therefore, the identification and recognition of both traditional and less common risk factors and the causes of stroke are of great importance.

Keywords: stroke, mutations, markers of genetic predisposition.

РОЛЬ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ
ПЕРЕД ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев, А.О. Мырзагулова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Приводимые ниже данные основаны на фрагменте анализа «Клинико-генетические предикторы ишемического инсульта», проводимого исследования Клиническая и морфологическая характеристика ишемического инфаркта мозга «Сосудистые заболевания», осуществляющегося на базе КМУ «ВШОЗ» кафедрой неврологии и нейрохирургии.

Ключевые слова: инсульт, ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака, ишемическое прекондиционирование.

УДК 650.45.78.89-1-4.32

Актуальность: В патогенезе развития ишемического повреждения мозга в последние годы выделяют механизмы активной защиты тканей от повреждения, т.е. механизмы эндогенной нейропротекции. Эндогенная нейропротекция -

система кратковременных и долговременных реакций организма на внешние и внутренние стимулы, приводящая к повышению устойчивости нервной ткани к повреждению различной природы. Система направлена, в первую очередь,

на сохранение функционирующей массы нервных и глиальных клеток, а также их пространственного расположения при повреждении мозга. Наиболее известными феноменами эндогенной нейропротекции являются ишемическое пре- и посткондиционирование. Ишемическое прекодиционирование - это повышение устойчивости ткани к ишемическому и реперфузионному повреждению, возникающее после умеренных повреждающих воздействий (например, коротких эпизодов ишемии и реперфузии) [1].

Цель исследования: Изучить роль транзиторной ишемической атаки (ТИА) перед ишемическим инсультом.

Материал исследования:

1. Ретроспективное исследование включает истории амбулаторных карт и историй болезни пациентов, поступивших на базу исследования в период 2011-2016 г.г. по схеме преемственного наблюдения поликлиника - стационар.
2. Истории болезней, данные патолого-анатомических вскрытий умерших пациентов, с диагнозом «ишемический инсульт».

Методы исследования:

1. Клинические, инструментальные, морфологические.
2. Статистический метод - Для расчета общих оценок эффекта использовались как модели с фиксированным, так

и случайным эффектом. Регрессионный анализ с использованием модели Кокса продемонстрировал статистическую зависимость между исходным уровнем систолического АД и шансами на повторный ишемический инсульт ($p=0,05$). Регрессионный анализ с использованием модели Кокса, вычисление отношения шансов (ОШ) и категориальную переменную.

Результаты и их обсуждение: После работы, продемонстрировавшей защитный эффект ишемического прекодиционирования при ишемии мозга в 1990 году, возникла гипотеза о том, что транзиторная ишемическая атака (ТИА) может быть клиническим эквивалентом ишемического прекодиционирования. Согласно данным литературы было показано, что ТИА может выступать в качестве прекодиционирующего стимула перед ишемическим инсультом. Однако эти сведения противоречивы, и ряд исследователей не подтверждают защитный эффект ТИА. ТИА является предиктором инсульта. Наличие в анамнезе ТИА повышает риск инсульта. Риск инсульта после ТИА увеличивается в зависимости от времени после ТИА и составляет 9.9% через 2 дня, 13.4% через 30 дней и 17.3% через 90 дней [2]. Проведен анализ, в котором изучалась роль транзиторной ишемической атаки (ТИА) перед ишемическим инсультом.

Таблица 1 - Роль ТИА перед ишемическим инсультом (по данным исследований)

Без ТИА (n)	OR (исходы, улучшение)	С предшествующим ТИА (n)	OR (исходы, улучшение)
3164	0.46	281	0.65

В группу инсульты без ТИА было включено 3164 пациентов, а в группу инсульты с предшествующими ТИА - 281 пациента. Выявлено, что наличие ТИА перед инсультом приводило к

достоверному ($p=0,0002$) увеличению положительных исходов по сравнению с группой без ТИА (таблица 1) OR 0.5 [0.46, 0.65].

Таблица 2 - Роль ТИА перед ишемическим инсультом (по данным исследований)

Без ТИА (n)	OR (исходы, летальность)	С предшествующим ТИА (n)	OR (исходы, летальность)
3164	0.52	281	0.16

По результатам анализа выявлено, (таблица 2), что наличие ТИА перед инсультом не приводило к достоверному ($p=0.12$) снижению летальности после инсульта по сравнению с группой без ТИА OR 0.29 [0.16, 0.52].

Выводы:

1. ТИА способствует развитию менее тяжелых форм цереброваскулярных событий и лучшему восстановлению пациентов после инсульта.
2. ТИА может рассматриваться как клинический эквивалент ишемического прекодиционирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вербицкая Е.В., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Мета-анализ литературы: транзиторная ишемическая атака перед инсультом - клинический эквивалент ишемического прекодиционирования // Вестник восстановительной медицины. - 2014. - №1. - С. 44-49.
2. Furie K, Kasner SE, Adams RJ et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with stroke or transient Ischemic attack .A Guideline for Healthcare professionals from the American Heart Association //American Stroke association. Stroke. - 2011. - №42. - P. 227-276.

Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев, А.О. Мырзагулова
"ҚДСЖМ" Қазақстандық медицина университеті

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ АЛДЫНДАҒЫ ТРАНЗИТАРЛЫҚ ИШЕМИЯЛЫҚ АТАКАНЫҢ РӨЛІ

Түйін: Мидың ишемиялық зақымдану патогенезінде соңғы жылдары активті түрде эндогенді нейропротекция байқалады. Эндогенді нейропротекция – жүйенің қысқа және ұзақ мерзімдегі ағзаның жауабын қайтаруға бағытталған.

Түйін сөздер: инсульт, ишемиялық инсульт, транзиторлы ишемиялық атака, ишемиялық кондиционерлеу алды.

L. Tekebaeva, E. Uteuliev, A. Myrzagulova
Kazakhstan Medical University "KSPH"

THE ROLE OF TRANSITORIAL ISCHEMIC ATTACKS BEFORE ISCHEMIC STROKE

Resume: In the pathogenesis of the development of ischemic brain damage in recent years, mechanisms of active tissue protection from damage have been identified. Mechanisms of endogenous neuroprotection. Endogenous neuroprotection is a system of short-term and long-term reactions of the body to external and internal stimuli, leading to an increase in the resistance of nervous tissue to damage of various nature.

Keywords: stroke, ischemic stroke, transient ischemic attack, ischemic preconditioning.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева, Д.Р. Жангалиева, Т.Х. Хабиева
Казахстанский Медицинский университет «ВШОЗ»

В данной статье авторы проводят обширный обзор зарубежных и отечественных источников за последние 12 лет по проблемам эпидемиологии и профилактики ишемического инсульта. Авторами статьи рассмотрены значение первичной профилактики инсульта в снижении смертности и инвалидизации в связи с эффективным воздействием в этом отношении оптимизации системы помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), введение лечебных и диагностических стандартов для этих больных, включая реабилитационные мероприятия, а также профилактику повторных инсультов. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 мес. после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов. Разработка и внедрение единых принципов ведения больных с ОНМК должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания. Дальнейшее совершенствование методологий в организации и управлении инсультом является инструментом в снижении общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: эпидемиология, острое нарушение мозгового кровообращения, причины смерти, влияние общественного здоровья и здравоохранения, санитарная грамотность населения, совершенствование методов профилактики.

УДК 616.831-005.4-036.12:613

Актуальность: Одной из основных причин смерти и инвалидизации населения является острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Важным показателем, характеризующим структуру сосудистых заболеваний головного мозга, является соотношение между геморрагическими и ишемическими инсультами. За последние десятилетия структура сосудистых заболеваний мозга меняется за счет нарастания ишемических форм.

Ишемический инсульт – это клинический синдром, представленный очаговыми и/или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие прекращения кровоснабжения определенной его отдела в результате окклюзии артерий головы/шеи с гибелью ткани головного мозга [1]. Инсульт является важнейшей проблемой здравоохранения во многих странах мира. Ежегодно заболевает инсультом 0,2% населения (2 000 на 1 млн. населения). Из них треть умирает в течение последующего года (4,4 млн. смертей), треть утрачивает работоспособность и лишь треть больных полностью восстанавливается. Всё это сказывается как в социально-экономическом, так и в политическом состоянии страны.

Рассмотрим в экономическом плане: по данным ВОЗ, за период с 2005 по 2015 г. потери ВВП Российской Федерации из-за преждевременных смертей от сосудистых причин составляют 8,2 трлн. руб. Значительную долю в структуре сердечно-сосудистых заболеваний составляют инсульты. Стоимость лечения одного больного с инсультом в России, включая стационарное лечение, реабилитацию и вторичную профилактику, составляет 127000 руб. в год. Общий объем только прямых расходов государства на лечение больных с инсультом из расчета 450000 новых случаев в год составляет 57,2 млрд руб. в год [2].

В связи с этим весьма актуальной является объективная оценка эпидемиологических показателей инсульта в стране, выявление тенденций и причинно-следственных связей изменения уровней заболеваемости и смертности для снижения социально-экономического ущерба от последствий инсульта.

Инсульт - вторая по частоте причина смерти в мире (Касте М., 2003; Muggau C.J.L.). По данным авторов (Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А., 2002; Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., с соавт., 2003; Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская J.I.B., 2007; Суслина З.А., 2008): высокие показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации населения вследствие мозговых инсультов, ставят профилактику и лечение данного заболевания в один ряд с

самыми актуальными проблемами современности. По данным этих же авторов, - согласно данным регистров инсульта в России, ежегодно происходит более 400 тысяч инсультов, летальность при которых достигает 35-45%. Как отмечают в своих трудах авторы (Верещагин Н.В., Суслина З.А., 2002), в структуре инсультов 75-80% занимают *ишемические инсульты*. Говоря о причинах очаговой ишемии головного мозга, авторы (Покровский А.В., 2003; Чернявский А.М., 2003; Rothwell P.M., Gutnikov S.A., Warlow C.P., 2003; Goldstein L.B., 2002) отмечают как наиболее частую причину: тромбоз или эмболия экстра-или интракраниальных артерий, а также гипоперфузию мозга на фоне гемодинамически значимых стенозов артерий головного мозга.

По мнению зарубежных авторов (Sarti C., Rastenytė D., Cepaitis Z., et al., 2000; Howard G., Howard VJ., Katholi C., et al., 2001; National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005: With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, 2005; Claire L. Allen, 2008; Shinichiro Uchiyama, Noriaki Nakaya, Kyoichi Mizuno, 2009; Benamer H.T.S., Grosset D., 2009), - инсульт является глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. По данным ВОЗ, влияние здравоохранения на уровень состояния общественного здоровья, включая заболеваемость, составляет 10%, тогда как вклад медицины в снижение смертности достигает 40% (академик РАМН О.Щепин).

Проблема мозгового инсульта (МИ) в России приобретает все большую медико-социальную значимость в связи с ростом распространенности общей сердечно-сосудистой патологии [3, 4, 5, 6], увеличением среди населения численности лиц пожилого и старческого возраста [6, 7], высоким уровнем инвалидизации лиц, перенесших инсульт. Артериальная гипертензия (АГ) и атеросклероз являются основными причинами развития острых нарушений мозгового кровообращения. Если атеросклероз рассматривается как нерегулируемый фактор риска, то реализация популяционных программ борьбы с АГ оказывает существенное влияние на снижение заболеваемости инсультом.

В Казахстане ОНМК является второй по частоте после сердечно-сосудистой патологии причиной смертности и занимает первое место среди причин инвалидизации. Важным мероприятием является своевременная диагностика и оказание квалифицированной медицинской помощи. Необходимо добиться того, чтобы пациент получил

помощь, как можно раньше, не позже 6 часов с момента мозговой катастрофы т.е. в "терапевтическое окно". Здесь очень многое зависит от работы медицинской службы на догоспитальном этапе. Она предусматривает высокий уровень подготовки врачей "скорой помощи", участковых терапевтов и невропатологов по диагностике, объему неотложных медицинских мероприятий, врачебной тактике при ОНМК. В системе этапного оказания медицинской помощи больным ОНМК до- госпитальному этапу отводится важная роль. Его задачами являются: оказание врачебной помощи, ранняя диагностика, быстрая и безопасная транспортировка больного в специализированное отделение больницы.

Наиболее значимыми факторами риска развития инсульта являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, дислипидемия, атеросклероз, вызывавшие ежегодно высокую заболеваемость (2,5-3,2‰), смертность (0,23-0,37‰) и летальность (9,2-13,6%).

Цель - получить достоверные, сравнительные и сопоставимые данные по эпидемиологии ишемического инсульта. Выявить изменения и тенденции в структуре эпидемиологических показателей инсульта.

Задача исследования: Разработать эффективные рекомендации по профилактике инсульта.

Эпидемиология: По данным автора (Feigin V.L., 2014.) ежегодно около 17 миллионов человек страдают от инсульта, 70% из которых живут в странах с низким или средним уровнем доходов.

Цереброваскулярная патология, особенно острые нарушения мозгового кровообращения, являются одной из сложнейших проблем медицины. За один год в США происходит около 780 тыс. инсультов, в Северной Америке в целом (США и Канада) – 1,2 млн., в странах Европейского Союза – до 1 млн., в остальном мире – около 10 млн. инсультов. В среднем, распространенность инсультов приблизительно оценивается как 200 случаев на 100 тыс. населения ежегодно [3], хотя она различна в разных регионах, зависит от расовой принадлежности и многих других факторов.

Данные литературы свидетельствуют о значительных различиях в распространенности АГ среди населения различных климатических зон [4,7]. В связи с этим можно ожидать различий в заболеваемости МИ. Это определяет актуальность эпидемиологического изучения АГ наряду с другими факторами риска цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в конкретных климатических регионах.

По данным российских авторов (Верещагин Н.В., 2004; Сидоренко Б.А. и др., 2007; Парфенов В.А., 2009; Feigin V.L. et al., 1995; Rosamond W. et al., 2008; Lloyd-Jones D. et al., 2009) среди зарегистрированных инсультов чаще встречаются ишемические, составляя 70-85% в общей структуре заболеваемости ОНМК. В возрастном аспекте в популяции 50-55 лет частота ишемических инсультов увеличивается в 1,8-2,0 раза в каждом последующем десятилетии жизни Румянцев С.А. и др. 2017г). Если учесть демографическое старение населения и отсутствие контроля над факторами риска, последует дальнейший рост пациентов с ОНМК (Скворцова В.И. и др., 2009; Lewsey J.D.2009).

В настоящее время церебральный инсульт является наиболее частым жизнеугрожающим неврологическим заболеванием и одной из важнейших причин инвалидизации не только в Казахстане, но и во всем мире. Ежегодно инсульт дебютирует у 5,6-6 млн. человек. При отсутствии активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией прогнозируется рост смертности от инсульта до 6,7 млн. в 2015 г. и 7,8 млн в 2030 г. [7,8].

По смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди стран Содружества Независимых Государств Республика Казахстан находится на втором месте после Молдовы. В Казахстане зарегистрировано 2 млн. человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляет 12% экономически активного населения страны [8,9].

Заболеваемость мозговым инсультом в различных регионах Казахстана составляет 2,5-3,7 случаев на 1000 человек в год, смертность – 1,0-1,8 случаев на 1000 человек в год [8,9].

По мнению ряда ученых, официальные данные статистики не в полной мере отражают состояние проблемы

церебрального инсульта в Казахстане вследствие отсутствия репрезентативных популяционных эпидемиологических исследований.

Изучение заболеваемости инсультом проведено российскими авторами (Страховская Л.В., Ключихина О.А., Богатырева М.Д., Коваленко, 2013г) с использованием информационной системы эпидемиологического мониторинга АРМ «Регистр инсультных больных», что способствовало более полному и достоверному учёту больных, своевременному принятию организационных решений и проведения мероприятий по профилактике вторичных инсультов. Унифицированное исследование «Территориально-популяционный регистр инсульта» основано на демографических показателях, территориальном принципе и использовании персонализированных данных. С целью получения качественной информации по проблемам инсульта, основными положениями являются наличие полной информации, персонализированных данных, собранной авторами статьи и достоверность диагностики.

Важность «Территориально-популяционного регистра инсульта» позволяет оценить не только медицинские и социально-экономические последствия инсультов, но и определить состояние системы оказания больным в регионах, также рассчитать потребность в лечебных и реабилитационных мерах, ключевым моментом которого является выявление ведущих факторов риска в разных регионах, что необходимо для первичной профилактики ишемического инсульта.

Регистр инсульта был организован в 2011 г. в Южно-Казахстанской области, как густонаселенных регионов страны, с численностью населения 2,46 млн человек [9].

По материалам 3-го съезда врачей и провизоров РК в 2011 г. в Южно-Казахстанской области было зарегистрировано 4439 случаев церебрального инсульта. В 2387 (53%) случаях острое нарушение мозгового кровообращения было диагностировано у мужчин, в 2052 (47%) случаях – у женщин. Возраст дебюта инсульта у мужчин: до 50 лет – 18%, 50-59 лет – 35%, 60-69 лет – 21%, 70-79 лет – 17%; старше 80 лет – 9%; у женщин: до 50 лет – 22%, 50-59 лет – 21%, 60 – 69 лет – 22%; 70-79 лет – 23%; старше 80 лет – 12%. Таким образом, в трудоспособном возрасте (до 60 лет) дебют инсульта произошел у 53% мужчин и 43% женщин, что отражает тенденцию к "омоложению" инсульта. Такое распределение церебрального инсульта по частоте согласуется с результатами большинства аналогичных популяционных исследований и совпадает с общероссийскими и региональными показателями [7,8,10].

По данным Регистра инсульта в Южно-Казахстанской области в 2011 г. среди факторов риска мозгового инсульта преобладала артериальная гипертензия, которая отмечалась у абсолютного большинства (4425; 99,7%) пациентов. Вторым по значимости фактором риска стала кардиальная патология (1344 пациентов; 30,2%), на третьем месте – сахарный диабет II типа (224 пациента; 5%).

Прогнозируется, что смертность от инсульта к 2030 году достигнет 7,8 млн, если не будут приняты единые общемировые меры по борьбе с МИ [Strong K. 2007]. В Республике Казахстан (РК) МИ по распространенности занимает третье место, незначительно уступая инфаркту миокарда и злокачественным новообразованиям.

По прогнозам, к 2010г. около 23,6млн. человек умрёт от сердечно-сосудистых заболеваний, где большую долю занимает инсульт (ВОЗ, 2009). Большое число выживших после инсульта остаются инвалидами (Скоромец А.А. и др., 2005; Скороходов А.П. и др., 2007; Хасанова Д.Р., 2010; Desmond D.W. et al., 1993; Hankey G.J. et al., 2007; Förster A. et al., 2009; Cramer S.C., 2010), постинсультная инвалидность занимает первое место среди всех причин инвалидизации (Евзельман М.А., 2007; Semplicini A. et al., 2003; Hankey G.J., 2007). Прямые и косвенные затраты на инсульт на 2010 год только в США составили 73,7 млрд долларов (Lloyd-Jones D. et al., 2010), в Западной Европе на лечение и реабилитацию каждого постинсультного больного расходуются в среднем 33 тыс. евро в год (Meurers P.M. et al., 2009). В равной степени на проявление обоих типов инсульта оказывают влияние такие факторы, как питание, текущее курение, алкоголизм,

пероральные контрацептивы, стресс, малоподвижный образ жизни. Доминирующим фактором риска развития обоих типов инсультов оказалась артериальная гипертензия.

Оптимизация первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в Южно-Казахстанской области во многом зависит от региональных особенностей – комплекса природно-климатических, социально-бытовых и этнических факторов (Абseitова С.Р.2007, и др.; Жусупова А.С. и др.).

Среди природно-климатических факторов главенствующую роль играют метеорологические – резко континентальный климат характеризуется сухостью и обилием тепла, температурные контрасты дня и ночи, зимы и лета. Во все сезоны года характерны быстрые и значительные перепады температуры воздуха, барометрического давления и направления движения воздушных масс. Продолжительность теплого периода со средней суточной температурой воздуха выше 0°C колеблется от 250 дней в северной части области до 320 дней в южной части. Лето повсеместно в области жаркое, длинное и исключительно сухое.

С целью оценки влияния метеорологических факторов на частоту развития церебрального инсульта в Южно-Казахстанской области был проведен статистический анализ ежесезонного количества церебральных инсультов и показателей шестнадцати метеорологических факторов за 2011г. Проведенный корреляционный анализ количества церебральных инсультов выявил средней силы корреляционные связи с показателями температуры воздуха – средней месячной температурой (-0,66, $p=0,02$), средней максимальной температурой (-0,67, $p=0,018$), средней минимальной температурой (-0,67; $p=0,017$) – и относительной влажности (0,62; $p=0,032$), а также сильную обратную корреляционную связь с абсолютной максимальной температурой (-0,73; $p=0,007$) и сильную прямую корреляционную связь с количеством дней с влажностью более 80% (0,72; $p<0,001$).

Результаты и их обсуждение: В 2014г. с учетом мирового опыта в Казахстане разработан проект по организации «региональных инсультных центров», который получил одобрение министра МЗРК [С.З.Каирбековой]. Высокие показатели заболеваемости и смертности от инсульта, очевидно, обусловлены недостаточным уровнем первичной и вторичной профилактики основных факторов риска инсульта: стенозирующего атеросклероза

экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий и артериальной гипертензии (Аронов Д.М., 2002; Hobson R.W., Weiss D.G., Fields W.S., 1993, 2001). В последние годы идёт огромная работа по созданию новых лечебных стратегий в отношении инсульта с целью повысить их эффективность. Одним из примеров может служить система профилактики и оказания медицинской помощи, созданная ВОЗ совместно с Европейским обществом инсульта в Хельсинборге в 1995 г. (Pan European Consensus Meeting on Stroke.

Глобальная концепция профилактики ишемического инсульта дискутируется специалистами разного профиля на протяжении нескольких десятилетий (Шмидт Е.В., 1985; Покровский А.В., 1977, 2001, 2005; Верещагин Н.В., Суслина З.А., Варакин Ю.Я., 1988, 2003; Казанчан П.О., 2001, 2004; DeBaakey M.E., 1975; Barnett H.J., Warlow C.P., 1993; Sundt T.M. Jr., Whisnant J.P., 1990; 1996; Nicolaidis A. et al., 2003).

Однако проблема по инсульту в Казахстане до сих пор полностью не решена. Много неясных вопросов существует в отношении первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта на современном этапе развития каротидной хирургии и ангионеврологии. Не получено точных сведений о заболеваемости и смертности от инсульта в некоторых регионах Казахстана. Поэтому, для коллектива авторов КМУ «ВШОЗ» представленные в ряде статей по эпидемиологии, клинике и профилактике «ВШОЗ», полученные данные в ряде статей,

являются первыми результатами крупномасштабного проекта эпидемиологического исследования инсульта методом территориально-популяционного регистра.

В связи с очевидной актуальностью указанной проблемы, недостаточным объемом знаний не только специалистов общественного здравоохранения и здоровья, но и узкопрофильных: невропатологов, психиатров, терапевтов, кардиологов, сосудистых хирургов, в этой области медицины; отсутствием научно обоснованной региональной стратегии в борьбе с инсультом, очевидна острая необходимость определить истинные показатели заболеваемости и смертности от инсульта в регионах Казахстана, определить долю ишемических инсультов, оценить уровень хирургической и медикаментозной профилактики ишемического инсульта среди жителей регионов, проанализировать собственные результаты хирургического лечения стенозирующего атеросклероза БЦА. Разработка и реализация комплекса мероприятий по предупреждению сосудистых заболеваний и снижению смертности и инвалидности от инсультов и инфарктов миокарда в Республике Казахстан позволит снизить показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации вследствие сосудистой патологии мозга и сердца, улучшить качество жизни больных и существенно уменьшить экономические потери общества.

Выводы: Научной основой для оценки эпидемиологической ситуации в регионах и эффективности работы по профилактике и лечению ОНМК является регистр инсульта, основанный на демографических показателях и территориальном принципе, позволяющий также оценить медицинские и социально-экономические последствия инсультов, определить состояние системы оказания помощи больным в данном регионе, рассчитать потребность в реабилитационных мероприятиях, выявить ведущие факторы риска в различных регионах и разработать пути их коррекции.

С целью ранней первичной профилактики продолжить изучение заболеваемости, смертности, летальности от ишемического инсульта, факторов риска и частоту профилактики стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий среди мужчин и женщин 25-74 лет в открытых популяциях крупных городов и регионов РК. Пересмотреть клинико-диагностические протоколы ведения пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов дуги аорты. Доработать структуру алгоритма основанной на современных методах малоинвазивной диагностики патологии сердечнососудистой, нервной систем, системы гемостаза. Учитывая эпидемиологию, создать алгоритм дифференцированного подхода к оценке ишемического инсульта и первичной профилактики на основе всестороннего неврологического и клинико-инструментального обследования сердечно-сосудистой системы пациента и определения приоритетности сосудистого бассейна.

Выработать практические рекомендации по профилактике ишемического атеротромботического инсульта для неврологов, кардиологов, сосудистых хирургов. Разработать программу первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта с учётом региональных особенностей эпидемиологических показателей по Республике Казахстан. Реализовать разработанный комплекс мероприятий по предупреждению сосудистых заболеваний и снижению смертности и инвалидности от инсультов и инфарктов миокарда в Республике Казахстан, что позволит снизить показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации вследствие сосудистой патологии мозга и сердца. Совместно со специалистами не только в области здравоохранения, но и в социальной, экономической и других сферах, разработать первичные и вторичные меры профилактики, по улучшению качества жизни больных с ишемическим инсультом, что существенно уменьшит человеческие и экономические потери общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Протокол № 18, - Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ и СР Республики Казахстан от «27» декабря 2016 года.
- 2 Страховская Л.В., Ключихина О.А., Богатырева М.Д., Коваленко В.В. Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. - №5. – С.4-10.
- 3 Путилина М.В. Особенности комбинированной нейропротекторной терапии острых нарушений мозгового кровообращения // Русский медицинский журнал. Независимое издание для практикующих врачей. – М.: 2007. – №5, Т.15. – 4 с.
- 4 Гусев Е.И., Скворцова Л.В., Стаховская Л.В., Киликковский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России // Consilium medicum неврология. – М.: 2003. - №3. - С. 5-7.
- 5 Карпин В. А., Гудков А. Б., Катюхин В. Н. Мониторинг заболеваемости коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа // Экология человека. - 2003. - №3. – С. 3-8.
- 6 Nikitin Yu. P, Khasnulin V.I., Gudkov A. B. Contemporary problems of Northern medicine and researchers' efforts to solve them // Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Seriya: Mediko-biologicheskie nauki [Vestnik of Northern (Arctic) Federal University. Series: Medical and biological sciences]. – 2014. - №3. – P. 63-72.
- 7 Khasnulin V. I., Artamonova O. G., Khasnulina A. V., Pavlov A. N. Adaptive types of mobilization of organism adaptive reserves and resistance to hypertension in the North // Ekologiya cheloveka [Human Ecology]. – 2014. - №7. – P. 24-29.
- 8 Богданов А. Н., Зарайская Н. Г. Эпидемиология инвалидности в ХМАО - Югре и значение сердечно-сосудистых заболеваний // Наука в современном мире : Матер. VII Международ. науч.-практ. конф.-ции. – М.: 2011. - С. 37-39.
- 9 Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области // Материалы 111 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23.
- 10 Виленский Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом. – СПб.: Фолиант, 2005. – 282 с.
- 11 Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3, №3. – С. 6-9.

Е.С. Утеулиев, К.К. Коньсбаева, Д.Р. Жангалиева, Т.Х. Хабиева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

**ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ
 (ДЕРЕКТІ МАҚАЛА)**

Түйін: Жоғарыдағы көрсетілген мақалада инсульттың бірінші реттік профилактикасы барысында инсульттық өлімдердің санын төмендету және мүгедектікке әкелетін себептерді төмендету, олардың алдын алу барысында тиімді жұмыс істеу әдістері жазылған. Еуропа елдерінде инсультпен ауыратын науқастарға дер кезіндегі көмек өлім-жітімнің 20 пайызын төмендетеді және ауру басталғаннан кейінгі көмектің уақытылы болуы 70 пайызын төмендетеді.

Түйінді сөздер: эпидемиология, ми қантамырларының жіті бұзылуы, өлім себептері, денсаулық сақтаудың және денсаулық сақтау жүйесінің әсері, халықтың санитарлық біліктілігі, алдын алудың заманауи технологиялары.

E. Uteyliyev, K. Konysbaeva, D. Zhangalieva, T. Khabieva
Kazakhstan Medical University "KSPH"

**EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF ISCHEMIC STROKE
 (REVIEW ARTICLE)**

Resume: The authors of the article considered the importance of primary prevention of stroke in reducing mortality and disability due to the effective impact in this regard of optimizing the system of care for patients with acute disorders of cerebral circulation

The European Regional Office that the creation of a modern system of care for patients with stroke will reduce the lethality during the first month of the disease to 20% and ensure independence in everyday life after 3 months. after the onset of the disease, at least 70% of surviving patients.

Keywords: epidemiology, acute impairment of cerebral circulation, causes of death, the impact of public health and public health, sanitary literacy of the population, improvement of prevention methods.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С НАРУШЕНИЯМИ СНА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н.И. Распопова¹, М.Ш. Джамантаева², Н.Н. Логачева³, С.А. Акназаров³
 Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

¹кафедра психиатрии и наркологии №1,

²кафедра психиатрии и наркологии №2

³Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Депрессия, сочетающаяся с хронической инсомнией, является одним из наиболее часто встречающихся психических расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, а их терапии представляет определенные трудности. На примере из клинической практики показано успешное применение современных антидепрессантов, оказывающих не только собственно тимоаналептическое и регулирующее сон действие, но и дающих возможность преодоления зависимости от транквилизаторов, которые часто бесконтрольно принимают эти больные для уменьшения симптомов тревоги и коррекции нарушений сна.

Ключевые слова: депрессия, инсомния, антидепрессанты, транквилизаторы.

УДК 616.895.8-06:616.89-008

Депрессия часто сопутствует соматическим заболеваниям у пациентов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), осложняя течение и прогноз основного заболевания. Депрессия может провоцировать соматические болезни, нередко способствуя развитию сердечно-сосудистых заболеваний и других патологических изменений внутренних органов.

К наиболее часто встречающимся в клинике депрессии расстройствам относятся нарушения сна, которые входят в число как основных, так и дополнительных её диагностических критериев. Сон – это функциональное состояние мозга и всего организма человека, имеющее отличные от бодрствования специфические качественные особенности деятельности центральной нервной системы и соматической сферы, характеризующееся торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением сознательной психической деятельности. Эпидемиологические исследования показывают, что периодически страдают бессонницей около 35% населения. Любые расстройства сна негативно отражаются на здоровье человека, так как сон – это важнейший регулятор циркадных (околосуточных) биологических ритмов организма, значение которых заключается в регуляции функций органов и систем, взаимоотношениях с внешней средой.

Бессонница (инсомния) – это расстройство сна с нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением. В DSM-IV инсомния определяется как дефицит качества и количества ночного сна, необходимого для нормальной дневной деятельности. К диагностическим критериям нарушений сна относятся: присутствие постоянно (более месяца) или периодически (более трех месяцев) трех или более из следующих 7 признаков: требуется более 30 минут, чтобы заснуть; всю ночь в голову «лезут мысли»; страх перед невозможностью заснуть; частые пробуждения в течение ночи; ранние пробуждения и невозможность повторного засыпания; сниженный фон настроения и депрессия; немотивированная тревога, страх.

Для лечения депрессивных расстройств в настоящее время широко применяются психотропные препараты с преимущественным воздействием на патологически сниженное настроение, так называемые тимоаналептики или антидепрессанты.

Термин «тимоаналептическое действие» впервые применил в 1957г. R.Kuhn, который, изучая фармакотерапевтические свойства имипрамина, применявшегося в качестве антигистаминного средства в дерматологии, обнаружил его антидепрессивное действие. Исторически сложилось так, что первые антидепрессанты делились на две группы: ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) и трициклические антидепрессанты (ТЦА). Такое разделение было связано с

различным механизмом действия этих препаратов: если ИМАО блокировали моноаминоксидазу и повышали количество моноаминных медиаторов в синаптической щели, то ТЦА блокировали обратный захват нейромедиатора пресинаптической мембраны, что повышало концентрацию нейромедиатора и усиливало его действие на рецепторы постсинаптической мембраны.

Теоретические предпосылки разработки данных препаратов основывались на норадреналиновой гипотезе, согласно которой депрессия связана с недостатком норадреналина в синаптической щели. Но в 60-е годы прошлого века научными исследованиями было доказано значение другого нейромедиатора – серотонина, в связи с чем, появилась новая группа антидепрессантов – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Многочисленными исследованиями был доказан хороший терапевтический эффект СИОЗС при лечении различных форм депрессивных расстройств, в то же время при их использовании в клинической практике был выявлен ряд нежелательных побочных эффектов. По данным Комитета по контролю безопасности лекарственных средств наиболее распространенной неблагоприятной реакцией на все СИОЗС является тошнота. Отмечены и другие эффекты побочного действия этих препаратов: при лечении циталопрамом – головная боль, тремор, головокружение и потливость; флуоксетином – головная боль, крапивница, сыпь (неуточненная) и возбуждение; флувоксамином – рвота, понос, тремор и головокружение; пароксетином – реакция отмены, головокружение, тремор и головная боль; сертралином – понос, головная боль, головокружение и тремор [1,2].

В последние годы ученые также стали возвращаться к незаслуженно отодвинутой на задний план норадреналиновой теории депрессивных расстройств, доказывая одновременное участие как серотонинергических и так норадреналинергических нейромедиаторных систем в патогенезе депрессивных расстройств, что позволило создать более совершенные антидепрессанты, фармакологическое действие которых основано на ингибировании обратного захвата и серотонина и норадреналина (ИОЗСН).

Терапия депрессивных расстройств, сочетающихся с хронической инсомнией, представляет определенные трудности. В подобных случаях для достижения быстрого терапевтического эффекта до настоящего времени считается оправданным назначение антидепрессантов в сочетании с анксиолитиками, снотворными препаратами бензодиазепинового ряда и Z-препаратами. Это позволяет добиться улучшения сна уже в самом начале лечения, не дожидаясь развития эффекта антидепрессанта. Лекарственная терапия при инсомнии направлена на снижение уровня церебральной гиперактивности и

восстановление работы системы «деактивации» [3]. Несмотря на частое назначение пациентам с инсомнией бензодиазепиновых и небензодиазепиновых агонистов ГАМКА-рецепторов или антагонистов гистаминовых рецепторов, они не являются препаратами выбора, так как при их длительном приеме повышается риск развития привыкания и злоупотребления [4].

В качестве лекарственного средства при лечении инсомнии чаще всего назначают бензодиазепины, усиливающие тормозные влияния в головном мозге, в частности, увеличивающие сродство гамма-аминомасляной кислоты к ГАМКА-рецепторному хлоридному комплексу. Это обуславливает такие побочные эффекты, как нарушения координации, дневную сонливость, и может приводить к увеличению риска дорожно-транспортных происшествий и падений, особенно среди пожилых людей [5]. Таким же эффектом обладают и более современные гипнотики: зопиклон, золпидем, залеплон. Механизм действия этой группы препаратов связан с селективным связыванием с альфа-1-субъединицей ГАМКА-рецепторного комплекса, что позволяет достичь снотворного эффекта при дозировках, не вызывающих миорелаксации, угнетения дыхательного центра, когнитивных симптомов, однако, длительное их использование приводит к толерантности, злоупотреблению, зависимости от препарата и развитию синдрома отмены при попытке ее преодоления [6]. Эти осложнения представляют особую опасность для пожилых пациентов, которые не могут самостоятельно справиться с такими симптомами отмены, как колебания артериального давления, тахикардия, аритмии, нарушения дыхания. Учитывая вышеописанные побочные эффекты и осложнения, наблюдаемые при применении снотворных препаратов у пациентов с депрессивными расстройствами, наиболее оправданным в подобных случаях следует считать использование антидепрессантов, обладающих не только тимоаналептическим, но и снотворным клиническим эффектами. Представителем группы антидепрессантов с выраженным седативным и снотворным действием является препарат тразодон.

Тразодон — антидепрессант, который принадлежит к группе антагонистов и ингибиторов обратного захвата серотонина (5-НТ), мультифункциональный психофармакологический препарат с уникальным рецепторным профилем. Это антагонист 5НТ2А-, 5НТ2В-, 5НТ2С-серотониновых рецепторов и частичный агонист 5НТ1А-рецепторов со свойствами ингибитора обратного захвата серотонина. Гипнотические свойства препарата связывают с воздействием на 5НТ2А- и на α 1-адренорецепторы. В отличие от других серотонинергических антидепрессантов, тразодон не оказывает негативного влияния на половую функцию и массу тела. В Казахстане тразодон представлен лекарственным препаратом Триттико. Препарат показан к применению при депрессии с тревогой и нарушениями сна, в исследованиях продемонстрировал высокую эффективность при терапии пациентов с депрессией на фоне алкоголизма, бензодиазепиновой зависимости, эректильной дисфункции.

Тразодон (Триттико) имеет доказанную эффективность в лечении депрессии. В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, проведенном D.V. Sheehan и соавторами (2009), данный препарат показал большую эффективность, чем плацебо. Среднее уменьшение количества баллов по HAM-D-17 в группе пациентов, которые принимали тразодон, составило 11,4 (стандартное отклонение = 8,2), а в группе, которая получала плацебо, — 9,3 (стандартное отклонение = 7,9). Соответствующее процентное изменение по HAM-D-17 в экспериментальной группе находилось на уровне 49 %, а в контроле — 41 %. Указанное различие в показателях наблюдалось начиная с 1-й недели терапии и сохранялось до конца исследования (6 недель). На протяжении всего экспериментального периода не было обнаружено ни одного серьезного побочного эффекта, связанного с этим препаратом. Также не наблюдалось значимых изменений в лабораторных параметрах и ЭКГ [7]. В систематическом обзоре, проведенном G. Gartlehner и соавторами (2011), было

выявлено, что эффективность тразодона была сопоставима с таковой у других антидепрессантов второго поколения. При этом изучаемые препараты различались лишь спектром побочных эффектов. Так, при использовании венлафаксина отмечалось частое возникновение тошноты и рвоты, сертралина диареи, мirtазапина — увеличение веса. При приеме бупропиона и тразодона сексуальная дисфункция возникала значительно реже в сравнении с другими антидепрессантами [8].

На сегодняшний день существует обширная доказательная база в отношении использования тразодона в качестве гипнотика. В частности, в работе A.A. Nierenberg и соавторов (1994) указывается, что прием тразодона достоверно увеличивает продолжительность сна и величину PSQI в сравнении с плацебо [9]. Ключевую роль в отношении редукции инсомнии, как и снижения интенсивности тревоги, играет способность тразодона блокировать 5-НТ2-рецепторы. Это находит свое подтверждение в клинических исследованиях, в которых блокирование данных рецепторов увеличивало продолжительность сна и нормализовало его архитектуру [10].

Благодаря хорошей переносимости тразодон (Триттико) широко используется при лечении больных пожилого возраста с органическими заболеваниями центральной нервной системы, а также в комплексном лечении пациентов с соматическими расстройствами. В отличие от других антидепрессантов тразодон (Триттико) не вызывает побочных эффектов, связанных с влиянием на вегетативную нервную систему, таких как тахикардия, запоры, задержка мочеиспускания, потливость. Побочные явления, возникающие на фоне терапии тразодоном (Триттико), — сонливость, головокружение, снижение артериального давления встречаются редко и проходят при уменьшении дозы. При использовании малых терапевтических доз эти эффекты не наблюдаются [11–13].

В качестве клинического примера применения тразодона (Триттико) для лечения тревожной депрессии с нарушениями сна у пациентки с сердечно-сосудистой патологией приводится следующее наблюдение.

Больная Т., 53 года.

Из анамнеза: Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отца не помнит, мать развелась с ним, когда больной было 5 лет, знает, что он был офицером, злоупотреблял алкоголем. Мать по характеру терпеливая, общительная, веселая. Наша пациентка родилась старшей из двух детей, заботилась о младшем брате, росла послушной, требовательной, помогала по дому. Росла здоровой, общительной. В школе начала обучаться своевременно, училась средне, мечтала стать медиком. В школьные годы была достаточно активной, посещала кружок хора, увлекалась конным спортом. После окончания школы поступила на работу в НИИ онкологии, работала санитаркой в операционной. Быстро выполняла свою работу, любила наблюдать за ходом операций, затем работала в лаборатории «гипотермии», работа нравилась, поступила на курсы Красного Креста, где получила диплом среднего медицинского работника. В возрасте 23 лет перенесла стресс, связанный с конфликтом на работе: заведующая обвинила ее в неопорядочности, и она уволилась по собственному желанию. Тогда впервые поднялось АД до 150/90 мм.рт.ст. Устроилась на работу в другую больницу, где первое время работала в отделе кадров, а через год перешла на должность медицинской сестры. В этом же году вышла замуж, в браке родила двух детей. С мужем отношения складывались «не ладно», муж не работал, злоупотреблял алкоголем, часто скандалил, на 14-м году совместной жизни мужа убили. Тяжело переживала утрату, но «смогла самостоятельно справиться с горем». В возрасте 46 лет по собственному желанию уволилась с работы и в дальнейшем не трудоустроивалась, сын стал работать и «на жизнь хватало». Вскоре умерла мать, тяжело переживала утрату, стали отмечаться частые подъемы АД. Позже у дочери больной было выявлено онкологическое заболевание, и через год она умерла. Когда сын уехал на постоянное место жительства в Германию, «остро почувствовала одиночество», стали отмечаться внезапные резкие подъемы АД до высоких цифр, шум в ушах. Была

госпитализирована в кардиологический стационар, где находилась с диагнозом: «Артериальная гипертензия II степени, риск 3, дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, протрузия дисков Z4-Z5, Z5-S1». В период пребывания в этой больнице появился страх быть парализованной, стала часто вспоминать смерть дочери, нарушился сон, появились стойкие тревожно-депрессивные расстройства. Была консультирована врачом-психиатром, рекомендована госпитализация в психотерапевтическое отделение после выписки из кардиологического стационара.

В Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦ ППН) находилась на стационарном лечении в течение месяца с диагнозом: «Пролонгированная депрессивная реакция» (F43.21). При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, неудовлетворенность сном, «дискомфорт в голове», «шум в ушах», ноющие боли в пояснице и по задней наружной поверхности правой ноги с «чувством онемения», колебания АД в сторону повышения.

Психическое состояние: выглядит грустной, периодически на глазах появляются слезы, речь прерывает, начинает плакать. На переднем плане переживания, связанные с потерей дочери. Не дает себе «разрешения на веселье, смех, отдых... ушла в домашнюю работу». Эмоциональный фон снижен, суточных колебаний нет. Отмечает трудности засыпания и поверхностный тревожный сон, снижение концентрации внимания, забывчивость. Озабочена соматическим неблагополучием, фиксируется на неприятных ощущениях в различных частях тела. В личностной сфере отмечаются тревожно-мнительные черты характера. Психическое состояние квалифицировалось как астено-депрессивный синдром на фоне соматического неблагополучия и дисциркуляторной энцефалопатии смешанного генеза.

В стационаре проведены обследования: ЭКГ - ритм синусовый, неспецифические нарушения внутрисердечной проводимости, признаки гипертрофии VS. ЭЭГ - незначительные диффузные изменения, признаки дисфункции неспецифических срединных структур. РЭГ - тонус магистральных сосудов каротидного бассейна справа изменен по вазодилатационному типу. Пульсовое кровенаполнение повышено. При поворотах головы наблюдается вертеброгенное влияние на церебральную гемодинамику. Консультация терапевта - диагноз: «Артериальная гипертензия 2 ст. Ожирение 2-3 ст.» Консультация невропатолога - диагноз: «Остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника». Лабораторные данные: ОАК и ОАМ - варианты нормы, сахар крови 4,4 ммоль/л, биохимический анализ крови - вариант нормы. Экспериментально-психологическое обследование: в мышлении выявляется склонность к рассуждательству, лабильность, формальность, непоследовательность отдельных суждений, эмоциональная малая окрашенность, неадекватность ассоциативных образов и своеобразие объяснений, их схематичность, символичность. Также снижены адаптивные возможности у личности с преобладанием своеобразия модуса восприятия.

Получала лечение: реланиум до 10мг/сут, флуоксетин до 40мг/сут, нозепам до 40мг/сут, финлепсин до 200мг/сутки, препараты, улучшающие мозговое кровообращение, симптоматическое, общеукрепляющее лечение, физиотерапию, психотерапию (когнитивно-бихевиоральная, миорелаксация по Джекобсону, рациональная). С улучшением была выписана из отделения под наблюдение участкового врача-психотерапевта, невропатолога по месту жительства.

После выписки поддерживающего лечения психотропными препаратами не принимала, около месяца «чувствовала себя неплохо», затем вновь появилась тревога, колебания АД, нарушился сон, появился страх за свое здоровье. Часто посещала участкового врача-терапевта, принимала гипотензивные препараты, но стойкого улучшения состояния не отмечалось. Невропатологом был рекомендован прием транквилизаторов. В целях коррекции сна принимала феназепам, дозу которого в течение месяца самостоятельно увеличила до 2мг. на ночь. Чувствуя

успокаивающее и расслабляющее действие этого препарата, стала самостоятельно прибегать к его приему и днем. Со слов больной «испугалась, что стала зависимой от лекарств», по своей инициативе обратилась за помощью к врачу-психиатру.

При первичном осмотре: предъявляла жалобы на стойкие нарушения сна, головную боль в затылочной области, тянущего характера, головокружение, частые перебои в сердце и ощущение сердцебиения, колебания АД, раздражительность, тревожность, пониженное настроение, плаксивость, звон в ушах. В контакт вступала охотно. Фон настроения объективно представлялся подавленным, со слезами на глазах рассказывала об одиночестве, смерти дочери и других трагедиях в её жизни. Свои опасения и постоянную тревогу связывала с тем, что у неё часто повышается артериальное давление, и она боится оказаться беспомощной при ухудшении соматического здоровья. Отмечала, что в жизни её ничто не радует, будущее представляется «мрачным, серым». Мышление больной характеризовалось некоторой замедленностью ассоциативных процессов, торпидностью, малой продуктивностью, но было достаточно последовательным и логичным. Больная отмечала, что в последнее время «стала рассеянной», появилась «забывчивость», что свидетельствовало о некотором снижении когнитивных функций. В эмоциональной сфере выявлялись признаки раздражительной слабости и лабильности. Состояние больной было расценено как «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2». В качестве тимоаналептической терапии был рекомендован прием тразодона (Триттико) в дозе 50мг. на ночь.

Положительная динамика в психическом состоянии пациентки стала прослеживаться с **первой недели терапии**. При посещении врача отметила, что нормализовался сон. Рассказала, что «не ожидала», что сможет заснуть без «привычного» для нее феназепама. Подчеркнула, что сон был крепким, утром проснулась достаточно бодрой, удивилась, что сразу же могла встать с постели: «После приема феназепама я утром была как ватная и, проснувшись, ещё долго лежала в постели, постепенно приходила в себя, чувствовала слабость, вялость, разбитость». Отметила, что «стало заметно спокойнее на душе», но в течение дня, особенно к вечеру «тревога ещё возвращается». По-прежнему несколько раз в день контролирует АД и при увеличении показателей даже на 5-7 единиц тревога резко усиливается, что влечет за собой дальнейшее повышение АД. В беседе оставалась фиксированной на психотравмирующей ситуации одиночества, не видела перспектив выхода из этой ситуации. Жаловалась на сохраняющееся чувство внутреннего напряжения, неуверенности в своих силах и общей подавленности. Доза тразодона (Триттико) была увеличена до 100мг. на ночь.

К концу второй недели лечения стала отмечать улучшение общего самочувствие, что связывала с нормализовавшимся сном: «наконец-то стала высыпаться, уменьшились головные боли, нет беспокойства, перестала плакать». Рассказала о посещении врача терапевта, с удовлетворением отметила, что врач оценила её состояние как удовлетворительное и рекомендовала снизить дозу гипотензивных препаратов. По-прежнему отмечала, что часто в голову приходят тяжелые воспоминания о смерти дочери, в такие моменты особенно остро чувствует свое одиночество, появляется тоска с беспокойством о своем будущем. В то же время заявила, что долгое время сама сторонилась контактов с друзьями и знакомыми, «никого не хотелось видеть», в последнее время, почувствовав потребность в общении, сама позвонила старой подруге и сходила к ней в гости. Доза тразодона (Триттико) была увеличена до 150мг. в сутки.

К концу третьей недели терапии настроение больной существенно улучшилось, исчезла тревога, стабилизировалось АД. В беседах с врачом говорила, что «пришла в себя», теперь намерена прислушаться к советам сына о возможном переезде на постоянное место жительства в Германию и проживать с его семьей: «Мне казалось, что я такая больная никому не нужна, буду в

тягость сыну и его семье, поэтому всегда отказывалась от его приглашений, а сейчас появились силы съездить, хотя бы погостить, ведь я ещё не видела своих внуков». Терапия тразодоном (Триттико) в дозировке 150 мг. на ночь продолжена.

Через 4 недели терапии тразодоном (Триттико) больная с удовлетворением отметила, что улучшилось общее состояние: исчезли головные боли, ощущения перебоев в сердце и сердцебиения, стабилизировалось АД, что сама больная частично связывала с проводившимся кардиологом лечением. В то же время, отмечала, что перестала многократно в течение дня измерять АД, контролировала только рекомендованные врачом утренние и вечерние показатели, перестала «прислушиваться к работе сердца», «исчезло ощущение постоянного внутреннего напряжения», «на душе стало спокойнее», «появилась уверенность в своих силах и планы на будущее». Каких-либо побочных эффектов за весь период терапии тразодоном (Триттико) не наблюдалось. Рекомендовано продолжить прием тразодона (Триттико) в течение 3-х месяцев в прежней дозировке под наблюдением врача психиатра, психотерапевта.

Анализ наблюдения. С детских лет больная без акцентуаций характера. После окончания средней школы легко освоила трудовые навыки среднего медицинского работника, стремилась к повышению квалификации. С 23-летнего возраста в условиях стрессовых ситуаций стали проследиваться признаки вегетативной дисфункции – эпизодические подъемы АД. В дальнейшем в условиях реальных психотравмирующих ситуаций: алкоголизация мужа, утраты, развивались психогенно обусловленные депрессии, оказывавшие существенное влияние на возникновение и течение последующей сосудистой патологии в форме артериальной гипертензии. Депрессивные расстройства у больной проявлялись в форме астенических и тревожных депрессий: большую беспокоила общая слабость, неудовлетворенность сном, тревожность, «дискомфорт в голове», «шум в ушах», отсутствие работоспособности, слезливость, снижение концентрации внимания, забывчивость. В такие периоды усиливалась озабоченность соматическим неблагополучием, больная фиксировалась на неприятных ощущениях в области сердца, колебаниях АД. В содержании депрессивных переживаний

преобладали мысли о смерти дочери, одиночестве. Все перечисленные расстройства укладывались в картину «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство»-F41.2 относящееся к рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» по МКБ-10. Анализ проводившейся больной психофармакотерапии показывает, что назначенное ей в период госпитализации в психиатрический стационар лечение антидепрессантом из группы СИОЗС (флуоксетин) в сочетании с транквилизаторами (реланиум, нозепам) и тимостабилизатором (финлепсин) было достаточно адекватным и оказало положительный эффект. Больная была выписана с улучшением, но в дальнейшем поддерживающей тимоаналептической терапии не принимала, а бесконтрольный прием транквилизатора (феназепам) не только не оказывал положительного влияния на динамику депрессивного расстройства и сопутствующей сосудистой патологии, но привел к формированию лекарственной зависимости. Основным показанием для назначения тразодона (Триттико) больной явилось наличие у неё клинических признаков смешанного тревожного и депрессивного расстройства, сопровождавшегося стойкой инсомнией. Приведенное клиническое наблюдение наглядно показывает динамику положительного эффекта при приеме пациенткой тразодона (Триттико) в течение 4-х недель. С первых приемов препарата нормализовался сон с полным отказом от транквилизатора, к которому сформировалась зависимость. Со 2-й недели терапии прослеживалось заметное уменьшение тревожности; с 3-й недели терапии наметилась редукция симптомов ангедонии с возвращением интереса к жизни и формированием планов на будущее; к 4-й неделе лечения стабилизировался фон настроения, улучшилось общее соматическое состояние. Таким образом, приведенные литературные данные и клиническая практика показывают успешность терапии тразодоном (Триттико) депрессивных расстройств с нарушениями сна у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и указывают на возможность преодоления зависимости от транквилизаторов, которые часто бесконтрольно принимают эти больные для уменьшения симптомов тревоги и коррекции нарушений сна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ian M. Anderson and J. Guy Edwards. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 2001. - Vol. 7. - P. 170-180.
- 2 Anseau M, Demyttenaere K, Heyrman J, Migeotte A, Leyman S, Mignon // *A. Eur Neuro psycho pharmacol*. - 2009. - №19. - P. 169-176.
- 3 Bastien C. H. *Insomnia: Neurophysiological and Neuropsychological Approaches* // *Neuropsychol. Rev.* - 2011. - №21. - P. 22-40.
- 4 Pagel J. F., Parnes B. L. Medications for the treatment of sleep disorders: an overview // *Journal of clinical psychiatry*. - 2001. - №3. - P. 118-125.
- 5 Ensrud K. E., Blackwell T. L., Mangione C. M., Bowman P. J., Whooley M. A., Bauer D. C., Schwartz A. V., Hanlon J. T., Nevitt M. C. Central nervous system-active medications and risk for falls in older women // *Journal of American Geriatric Society*. - 2002. - №50. - P. 1629-1637.
- 6 Vinkers C. H., Olivier B. Mechanisms Underlying Tolerance after Long-Term Benzodiazepine Use: A Future for Subtype-Selective GABA-A Receptor modulators? // *Advances in Pharmacological Sciences*. - 2012. - №20. - P. 11-19.
- 7 Sheehan D.V., Croft H.A., Gossen R. et al. Extended-release Trazodone in Major Depressive Disorder: A Randomized, Doubleblind, Placebo-controlled Study // *Psychiatry (Edgmount)*. - 2009. - V. 6. - P. 20-33.
- 8 Gartlehner G., Hansen R.A., Morgan L.C. et al. Second-Generation antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression: An Update of the 2007 Comparative Effectiveness Review. — AHRQ Publication № 12-EHC012-EF. - Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. — 954 p.
- 9 Nierenberg A.A., Adler L.A., Peselow E. et al. Trazodone for antidepressant-associated insomnia // *Am. J. Psychiatry*. — 1994. — V. 151(7). — P. 1069-1072.
- 10 Thase M.E. Antidepressant treatment of the depressed patient with insomnia // *J. Clin. Psychiatry*. — 1999. — V. 17. — P. 28-31.
- 11 Катцунг Б.Г. Базисная и клиническая фармакология. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. - СПб.: Бинум – Невский Диалект, 1998. – 278 с.
- 12 Кукес В.Г. Клиническая фармакология. - М.: МЭОТА МЕДИЦИНА, 1999. – 146 с.
- 13 Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Новая волна, 2012. – 188 с.

Н.И. Распопова¹, М.Ш. Джамантаева², Н.Н. Логачева³, С.А. Акназаров³

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

¹*психиатрия және наркология кафедрасы №1,*

²*психиатрия және наркология кафедрасы №2*

³*Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы*

**ЖҮРЕК ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫМЕН НАУҚАСТАНҒАН ҰЙҚЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫМЕН ДЕПРЕССИЯҒА
ШАЛДЫҒУ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ТИІМДІ ӘДІСТЕРІ**

Түйін: Созылмалы ұйқысыздықпен ұштасқан депрессия, жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастардағы ең таралған психикалық бұзылыстардың бірі болып табылады және олардың терапиясы белгілі бір қиындықтарды тудырады. Клиникалық тәжірибедегі мысал қазіргі заманғы тимоаналептикалық және ұйқының бақылауымен ғана емес, сонымен қатар, осы науқастарды бақылап тұрмайтын, тыныштық белгілерін төмендету және дұрыс ұйқының бұзылуына әкелетін транквилизаторларға тәуелділікті жеңуге мүмкіндік беретін заманауи антидепрессанттарды табысты қолдануды көрсетеді.

Түйінді сөздер: депрессиялық бұзылыстар, депрессияның клиникалық нұсқалары, жүрек-қан тамырлары аурулары

N.I. Raspopova¹, M.S. Jamantaeva², N.N. Logacheva³, S.A. Aknazarov³

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

¹*Department of Psychiatry and Narcology No. 1,*

²*Department of Psychiatry and Narcology No. 2*

³*Republican Scientific and Practical Center for Mental Health*

**EFFECTIVE THERAPIES OF DEPRESSIVE DISORDERS WITH SLEEP DISORDERS IN PATIENTS
WITH CARDIOVASCULAR DISEASES**

Resume: Depression, combined with chronic insomnia, is one of the most common mental disorders in patients with cardiovascular diseases, and their treatment presents certain difficulties. An example from clinical practice shows a successful application of modern antidepressants provide not only thymoanaleptic and sleep regulation effect, but also giving an opportunity to overcome dependence on tranquilizers, which are often uncontrollably taken by these patients to reduce symptoms of anxiety and correcting sleep disorders.

Keywords: depression, insomnia, antidepressants, tranquilizers.



СТОМАТОЛОГИЯ

STOMATOLOGY

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА - СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Г.К. Каусова, Н.А. Камиева

Казахстанский медицинский университет
«Высшая Школа Общественного Здравоохранения»

Согласно данным ВОЗ, доля лиц пожилого и старческого возраста во всем мире постоянно растет. Сейчас она составляет в ряде стран около 40—45 % от общей численности населения. Заболевания у пожилых людей выражаются в неспецифическом проявлении болезней, множественности соматической патологии, непредсказуемости течения заболеваний и быстрой ухудшения состояния, высокой частоте осложнений и необходимости последующей реабилитации. Стоматологические заболевания у пожилых и старых людей имеют такие же особенности. Это аргументирует целесообразность выделения в дисциплине «стоматология» специального раздела «геронтостоматология», что позволит разработать и обосновать новую, соответствующую времени стратегию стоматологического обслуживания и социальную реабилитацию пожилой части населения страны.

Ключевые слова: *пожилой и старческий возраст, ортопедическая стоматология, стратегия стоматологического обслуживания, геронтостоматология.*

УДК 616.31-053.9

Актуальность. В соответствии с изменениями в мире демографическими процессами отмечается резкое постарение населения. Если в 50-х годах прошлого столетия доля лиц пожилого и старческого возраста составляла в Республике Казахстан (РК) не многим более 15%, то в настоящее время она возросла до 25-30% [1]. Если этот процесс будет прогрессировать, то к середине текущего столетия доля пожилых людей, по предположениям, превысит в Республике Казахстан (РК) 50%. Данный феномен, не может не сказываться на уровне рождаемости, смертности, заболеваемости хроническими болезнями, на изменении состава больных в медицинских организациях (в том числе стоматологического профиля) по возрасту. Актуальность вопроса заключается в сохранении здоровья, и в том числе стоматологического, значительной части населения страны. Одним из главных критерий стоматологического здоровья является показатель ортопедического стоматологического статуса пожилых людей, сохранение жизнеспособности и функциональности имеющихся зубов или возмещение уже имеющихся дефектов качественными зубными протезами и конструкциями.

К вопросу старения организма. На настоящее время существует около 200 теорий, которые объясняют феномен старения организма: нарушение обменных процессов, отравление организма продуктами жизнедеятельности кишечных бактерий, которые в свою очередь выделяют яд, состояние щитовидной железы, гипофиза, нервной системы, замедление биохимических и биофизических реакций и многое другое. Однако все эти факторы указывают лишь на разнообразные явления, которые возникают в стареющем

организме, но не саму причину этого процесса [2]. Предполагают, что жизнь человека разделяется на фазы с пиком в 45 лет, с которого начинается процесс старения, переходящий затем после 65 лет в старость. Так, по данным [3], различают следующие периоды старения в жизни человека: начало старения и старение - 45-59 лет; пожилой возраст - 60-74 года; старческий возраст - 75-89 лет и очень преклонный возраст (долгожители) - с 90 лет.

По демографическим показателям многих европейских стран можно заметить устойчивые тенденции старения населения Европы. В Германии пожилые люди старше 65 лет в 1997 г. составляли 15%, к 2020 г. этот показатель возрос до 22%, в Великобритании - соответственно 16 и 21%, во Франции - 15 и 19%. Соответствующие результаты можно ожидать и в западно- и восточноевропейских странах. Один из самых высоких показателей в Европе, отмечается в Швеции в 1997 г. составлял 18 % старше 65 лет, к 2020 г. он увеличится до 21. Ускоренные темпы старения населения в последние 50 лет наблюдаются в Азиатско-Тихоокеанском регионе, где населения пожилых лиц составляет более половины людей мира. Доля пожилого населения возросла с 7% в 1950 г. до 9,4% в 2000 г., и эта цифра, согласно прогнозам специалистов, составит 15,4% в 2025 г. и 23,5% в 2050 г. На сегодняшний день по данным, медианный возраст мира - 26 лет. Самое молодое население - в Йемене, где этот показатель составляет 15 лет, и самое старое - в Японии, где медианный возраст равен 41 году. По предположениям специалистов, к 2050 медианный возраст по миру в целом должен увеличиться на 10 лет и составит 36 лет. Поэтому вопросы изучения возрастных изменений, приобретает большую актуальность и требуют введения

изменений, в том числе и стоматологических. Заболевания полости рта характеризуются широким распространением, чрезвычайно большими клиническими проявлениями, а также частым сочетаются с другими заболеваниями организма. Многочисленные исследования среди стоматологов свидетельствуют о наличии определенной взаимосвязи между патологией внутренних органов и систем организма с поражением органов полости рта. Высокий уровень заболеваемости пожилого населения, характеризующийся множественностью и хронизацией патологии, а также высокой частотой осложнений усугубляет эти процессы [4,5,6,7,8]. Поэтому своевременное выявление показателей преждевременного старения челюстно-лицевой области и недопущения органических изменений преждевременного старения, который изменяет биологический фон организма и приводит к ухудшению качества жизни и сокращению жизни человека, имеет большое значение для клиники [8].

Медико-социальная реабилитация лиц пожилого и старческого возраста. В современных условиях, геронтология является приоритетным направлением науки, целью которой является вопрос продления жизни человека, но эта цель напрямую связана с повышением качества жизни и здоровья пожилых людей. Основными проблемами медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста являются правовая и социальная незащищенность пожилых и снижение качества их жизни. К числу важных показателей качества жизни пожилых относится физическое здоровье, которое оценивается по показателям заболеваемости, инвалидности, продолжительности жизни и смертности [9].

В Казахстане создаются базы данных о количестве больных лишь по социально значимым заболеваниям. По результатам анализа [10] выявили высокий уровень заболеваемости пожилого населения (превышение среднего республиканского показателя в 1,7 раза). Отмечается, что высокие показатели заболеваемости среди пожилого населения связаны относительно низким уровнем доступности к получению высококвалифицированной медицинской помощи.

Исходя из изученных данных и исследований за последние 10 лет, можно сделать вывод, что и уровень стоматологического здоровья продолжает неуклонно ухудшаться.

Понятие «геронтостоматология» стало шире применяться после проведенной «Международной ассоциации по геронтологии» (AIG) в 1983 г., смысл которого заключается в том, что наука о зубопротезировании людей, имеющих значительный возраст, рассматривается как комплексная проблема: в первую очередь как дисциплина стоматологии, а также как специальная часть геронтологии [11]. Многочисленные исследования в зарубежных странах выявили неудовлетворительное состояние полости рта у лиц старших возрастных групп, с высоким показателем стоматологической помощи. Первое место среди стоматологических изменений занимает, утрата зубов с последующими функциональными нарушениями [12,13,14,15]. По данным исследований известно, что от 21,4 до 64,2% обследованных имели полную потерю зубов, от 33 до 50% обследованных имели проблемы с пережевыванием пищи, от 15 до 30,8% — испытывали неудобства и не были удовлетворены состоянием полости рта [16].

Необходимость в оказании ортопедической стоматологической помощи составляет 96,9% пожилых людей (2008год). Проблема протезирования больных пожилого и старческого возраста, полностью утративших зубы, является одной из сложных проблем в ортопедической стоматологии. В связи с тем, что деструктивные процессы, происходящие в полости рта, в основном приводят к неблагоприятным клиническим условиям, при которых реабилитация традиционными методами протезирования не всегда возможны [17]. Кроме

того, биологические изменения организма с возрастом сопровождаются с психологическими проблемами, связанные с полной потерей зубов и ожиданием положительного исхода предстоящего протезирования. Нередко пациенты такой категории раздражительны, преувеличивают свои беды и жалобы, выдвигают повышенные требования к лечению и требуют особого внимания.

Оказание стоматологической помощи лицам пожилого возраста, состоит из ряда особенностей, на которые следует обратить внимание:

- распространенность и высокий уровень сложности патологии зубочелюстной системы;
- имеющиеся другие соматические заболевания;
- снижение адаптационных резервов организма;
- особенности психологии и состояния;
- финансовые возможности.

Все это приводит к целесообразности введения в дисциплине «стоматология» специального раздела «геронтостоматология», что позволит разработать и внедрить новую, соответствующую времени алгоритм стоматологического обслуживания пожилой части населения страны. [18-26].

К сожалению, геронтостоматология пока не заняла особого положения даже в развитых странах, где геронтология развивается достаточно активно. До сих пор нет соответствующих нормативных документов, специалистов, нормативов нагрузки и показатели оценки их деятельности. В такой ситуации в большей степени имеют значение социальные факторы. Исходя из данных [27], только 8% врачей-стоматологов выразили желание работать только с пожилыми пациентами. Такая низкая активность врачей-стоматологов связана тем, что они не имеют представлений об особенностях работы с пожилыми пациентами. Среди которых психологические, клинические (запущенность заболеваний полости рта, сопутствующие заболевания, обязательная потребность в ортопедическом лечении, социальные (озабоченностью стоимостью лечения, выбор лечебного учреждения по территориальному, а не профессиональному признаку).

Можно отметить опыт социальной работы с людьми «третьего возраста» в Алматинском филиале Санкт-Петербургского гуманитарного университета профсоюзов. Кафедрой по социальной работе разработан инновационный проект «Социально-психологическое сопровождение пожилых людей, проживающих в Доме ветеранов. Проект внедрялся при поддержке программы добровольцев ООН и при организационном содействии Волонтерского дома «Сорос-Казахстан». В целом, это касается здравоохранения - создания специализированной геронтологической и медико-социальной служб. К сожалению, в этой важной работе, недостаточное внимание уделено вопросам геронтостоматологии [28]. В целом, можно отметить, что в странах СНГ практически отсутствует геронтологическая служба в целом, в частности геронтостоматология, В Казахстане нет официальных данных о заболеваемости и обращаемости в медицинские организации лиц пожилого возраста при наличии высокого уровня заболеваемости и инвалидности, в том числе стоматологической. Следовательно, вопроса об улучшении геронтостоматологии в республике является своевременной и весьма актуальной.

Заключение. Геронтостоматология представляет собой систему, которая требует особого внимания и разработку лечебных мероприятий лицам пожилого возраста. Геронтостоматология - это специализированный раздел стоматологии, который характеризуется междисциплинарным подходом курации стоматологической патологии у лиц пожилого и старческого возраста и требуется высокая активность врачей стоматологов в ортопедическом лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. – СПб.: Наука, 2008. - 481 с.
- 2 Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикул В.Ф. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста 98 ИЗВЕСТИЯ ВУЗОВ, № 5, 2011 Москвы и Подмосквья // Стоматология. - 2004. - № 1. - С.55-57.
- 3 Алимский А.В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы // Стоматология для всех. - 1999. - №1. - С. 29-31.
- 4 Чебатареv Д.Ф. Проблемы геронтологии // Вестник АМН ССР. - 1980. - №3. - С. 3-7.
- 5 Хавинсон В.Х., Анисимов С.В., Малинин В.В., Анисимов В.Н. Пептидная регуляция генома и старение. -М.: РАМН, 2005.-208 с.
- 6 Виллерсхаузен-Ценхен Б., Гляйснер С. Изменения тканей ротовой полости в пожилом возрасте // Клиническая стоматология. - 2000. - № 3. - С. 58-63.
- 7 Мишунин Ю.В., Назаров Н.А., Решедько О.А. и др. Общее состояние больных перед лечением у стоматолога // Стоматология. - 2001. - №5. - С. 60-62.
- 8 Davenport S., Chen Sow-Yen, Miller A. Klinisch-pathologische Übersicht Uber 33 Falle mit Manifestation in der Mundhohle // Int. J. Parodont. Restaur. Zahnheilk. - 2001. - №21. - P. 85-90.
- 9 Сельпиев Т. Т., Коомбаев К.К., Мурзалиев А.Д. Медицинские и социальные аспекты оздоровления населения в разные возрастные периоды // Известия вузов. - 2011. - №5. - С. 95-96.
- 10 Мусин М.Н., Мусина Л.В. Геронтологические аспекты косметических ортопедических конструкций // Геронтология и гериатрия. Реферативный сборник ВИНТИ. - 2004. - Вып. 2. - С. 23-24.
- 11 Font J. Gerostomatologia // Med. Span. - 1964. - №32. — P. 45-51.
- 12 Cassado I. et al. An epidemiological study of dental health in a population of pensioners // Aten. Primaria. — 1990. — № 15. — P. 178—181.
- 13 Kuc I.M., Hargreaves J.A., Thompson G.W. et al. Dental health status and treatment needs of elderly residents of Edmonton, Alberta // J. Can. Dent. Assoc. — 1990. — Vol. 81. — № 2. — P. 109—124.
- 14 Phipps K. R., Reifel N., Botwell E. The oral health status, treatment needs, and dental utilization patterns of Native American elders // J. Public Health Dent. — 1991. — Vol. 51. — № 4. — P. 228—233.
- 15 Wysokinska-Miszczuk J. Health of the stomatognathic system in old people // Wiad. Lek. — 1989. — Vol. 42. — № 10. — P. 636—640.
- 16 Leake J. L., Locker D., Price S. et al. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario // Can. J. Public. Health. 1990. — Vol. 81. — № 2. — P. 120—124.
- 17 Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults // Community Dent. Health. — 1992. — Vol. 9. — № 2. — P. 109—124.
- 18 Данилина Т.Ф., Наумова В.Н., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н. Качество жизни пациентов с гальванозом полости рта // Здоровье и образование в XXI веке. - 2012. - Т. 14, № 2. - С. 134-136.
- 19 Жидовинов А.В., Головченко С.Г., Денисенко Л.Н., Матвеев С.В., Арутюнов Г.Р. Проблема выбора метода очистки провизорных конструкций на этапах ортопедического лечения // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 3. - С. 58-63.
- 20 Михальченко Д.В., Гумилевский Б.Ю., Наумова В.Н., Вирабян В.А., Жидовинов А.В., Головченко С.Г. Динамика иммунологических показателей в процессе адаптации к несъемным ортопедическим конструкциям // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №4. - С. 381-388.
- 21 Михальченко Д.В., Засядкина Е.В. Этические риски во взаимоотношениях врача стоматолога и пациента // Биоэтика. - 2011. - Т. 2, № 8. - С. 42-43.
- 22 Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Модифицированная методика оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям // Фундаментальные исследования. - 2013. - №3, Ч.2. - С. 342-345.
- 23 Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Роль симуляционного обучения в системе подготовки врача-стоматолога на примере фантомного центра волгоградского медицинского университета // Фундаментальные исследования. - 2013. - №3. - С. 126-128.
- 24 Михальченко Д.В., Порошин А.В., Шемонаев В.И., Величко А.С., Жидовинов А.В. Эффективность применения боров фирмы «Рус-атлант» при препарировании зубов под металлокерамические коронки // Волгоградский научно-медицинский журнал. Ежеквартальный научно-практический журнал. - 2013. - №1. - С. 45-46.
- 25 Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ//Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2013. - №1(45). - С. 3-6.
- 26 Mikhhalchenko D.V., Zhidovinov A.V., Mikhhalchenko A.V., Danilina T.F. The local immunity of dental patients with oral galvanosis // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. - 2014. - Vol. 5, №5. - P. 712-717.
- 27 Ольховская Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии // Стоматология для всех. - 2003. - №1. - С. 14-19.
- 28 Сельпиев Т. Т., Коомбаев К.К., Мурзалиев А.Д. Медицинские и социальные аспекты оздоровления населения в разные возрастные периоды // Известия вузов. - 2011. - №5. - С. 98-102.

Г.К. Каусова, Н.А. Камиева

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ САУЫҚТЫРУ-ӘЛЕУМЕТТІК САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫНЫҢ ҚҰРАМДЫҚ БӨЛІГІ

Түйін: Геронтостоматология - бұл кешенді стоматологиялық көмек көрсету егде және қарт адамдарға. Ол геронтологияның ажырамас бөлігі болып табылады. Бұл қызмет етудің жаңа стратегиясын, мемлекет халқының қарт адамдар бөлігін әлеуметтік сауықтыруға мүмкіндік беретін «стоматология» дисциплинасының «геронтостоматология» деп аталатын арнайы бөлігінің құрылуын негіздейді.

Түйінді сөздер: егде жастағы және қарт адамдар, ортопедиялық стоматология, стоматологиялық қызмет етудің стратегиясы, геронтостоматология.

G.K. Kausova, N.A. Kamieva
Kazakhstan's medical university «KSPH»

DENTAL REHABILITATION OF THE ELDERLY - AN INTEGRAL PART OF SOCIAL REHABILITATION

Resume: Gerontechnology is providing comprehensive dental care to people of elderly and senile age, and is an integral part of gerontology. The introduction of the term "gerontechnology" provides for the development of a strategy for dental services and social rehabilitation of the elderly part of the population.

Keywords: elderly and senile age, orthopedic dentistry, dental care service strategy, gerontotechnology

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО БЕЛКА-1 (MCP-1) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ РИНОСИНУИТЕ

А.И. Онищенко, О.А. Наконечная, А.С. Ткаченко

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра биохимии,
г. Харьков, Украина

Установлено, что хронический гнойный риносинусит в стадии обострения сопровождается повышением содержания моноцитарного хемоаттрактантного белка-1 (MCP-1) в сыворотке крови. Проведенный ROC-анализ показал, что концентрация сывороточного MCP-1 свыше 62,8 нг/мл может рассматриваться в качестве дополнительного диагностического критерия обострения гнойной формы хронического риносинусита.

Ключевые слова: хронический гнойный риносинусит, хемокины, сыворотка крови, моноцитарный хемоаттрактантный белок-1 (MCP-1)

УДК 616.211/.216 – 002.2/3 – 078:57.083.3

Введение. Хемокины представляют собой семейство небольших цитокинов, чья молекулярная масса варьируется от 7 до 15 кДа. Характерной чертой хемокинов является их способность контролировать миграцию и локализацию всех иммунных клеток организма. Некоторые хемокины считаются провоспалительными и их высвобождение из клеток-продуцентов может быть индуцировано во время иммунного ответа в зоне поражения. В то же время другие представили данного семейства цитокинов рассматриваются в качестве гомеостатических факторов и принимают участие в контроле миграции клеток при дифференцировке и развитии тканей [1]. Воспаление является одним из ключевых биологических процессов, регулируемых хемокинами путем активации и рекрутирования новых иммунокомпетентных клеток [2]. Таким образом, системные уровни различных хемокинов могут отражать активность локальных воспалительных процессов, а определение содержания хемокинов в крови пациентов может использоваться для диагностики и мониторинга эффективности лечения.

В наших прошлых работах продемонстрировано повышение содержания одного из хемокинов – хемоаттрактанта для нейтрофилов ИЛ-8 в сыворотке крови больных как гнойным, так и полипозным риносинуситом [3], что согласуется с результатами многочисленных исследований, посвященных изучению особенностей хемокинового состава крови у больных с различными формами хронических риносинуситов [4, 5]. Нами также продемонстрировано повышение содержания хемокина фракталкина при обострении гнойного хронического риносинусита и цитокина ИЛ-12 в сыворотке крови при полипозной форме заболевания [6, 7].

Одним из хемокинов, который потенциально может выступать в роли диагностического маркера хронического риносинусита, является моноцитарный хемоаттрактантный белок-1 (MCP-1 или CCL2) – член семейства хемокинов CC и мощный хемотаксический фактор для моноцитов [8]. Несмотря на наличие данных о повышении сывороточного содержания различных цитокинов при риносинуситах, концентрация хемокина CCL2 при гнойной форме

заболевания в сыворотке крови, а также диагностическое значение ее определения остается неизученным.

Таким образом, **целью** исследования явилось изучение уровня MCP-1 в сыворотке крови больных хроническим гнойным риносинуситом в стадии обострения, а также изучение информативности определения сывороточной концентрации MCP-1 в качестве дополнительного диагностического критерия заболевания.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 больных хроническим гнойным риносинуситом в стадии обострения, находившиеся на стационарном лечении в оториноларингологическом отделении КУОЗ «ЦЕНТР ЭМП и МК» г. Харькова (Украина). Диагноз гнойного риносинусита у пациентов подтверждали с помощью комплекса клинико-инструментальных методов исследования. Критериями исключения являлись острые или хронические сопутствующие соматические заболеваний, эндокринная патология. Работа выполнялась в соответствии с положениями Конвенции Совета Европы «О защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине (ETS № 164)» от 04.04.1997 г. и Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2008 г.). Перед началом исследования пациенты подписывали информированное согласие.

Двадцать соматически здоровых индивидуумов сформировали контрольную группу. Их возраст соответствовал возрасту пациентов.

Концентрацию MCP-1 у здоровых людей и больных хроническим гнойным риносинуситом в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора реактивов фирмы «Orgenium» (Финляндия) в соответствии с прилагаемыми к тест-системам инструкциями. Оптическую плотность полученных растворов определяли на стриповом иммуноферментном анализаторе StatFax 303+ («Awareness Technology Inc», США).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы «Graph Pad Prism 5»

для операционной системы Windows XP Professional. Критерий Манна-Уитни принимался для сравнения двух независимых совокупностей. Данные представлены в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (25; 75). Различие между выборками считалось статистически достоверным при значении $p < 0,05$.

Для изучения информативности определения сывороточной концентрации МСР-1 при диагностике обострения хронического гнойного риносинюита использовали метод ROC-кривых с расчетом площади под ними (AUC – Area Under Curve). Данный показатель служил в качестве критерия оценки диагностической значимости МСР-1. В соответствии с современными представлениями, значения AUC,

превышающие 0,8, указывают на высокую диагностическую ценность показателя [9].

Результаты и обсуждение. Определение концентрации МСР-1 в сыворотке крови больных с обострением гнойной формы хронического риносинюита показало, что данное заболевание сопровождается статистически достоверными ($p < 0,001$) повышением изучаемого хемокина. У пациентов с обострением хронического гнойного риносинюита данный показатель составлял 497,20 (75,13; 624,2) нг/мл против 51,50 (49,26; 61,28) нг/мл у контрольной группы (рисунок 1), что указывает на вовлечение данного цитокина в патогенез обострения хронического гнойного риносинюита.

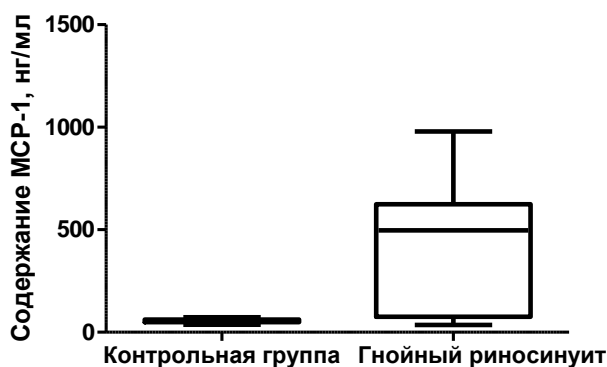


Рисунок 1 - Содержание МСР-1 в сыворотке крови больных с обострением хронического гнойного риносинюита

С целью изучения диагностической ценности определения содержания МСР-1 в сыворотке

крови при гнойной форме хронического риносинюита нами был проведен ROC-анализ.

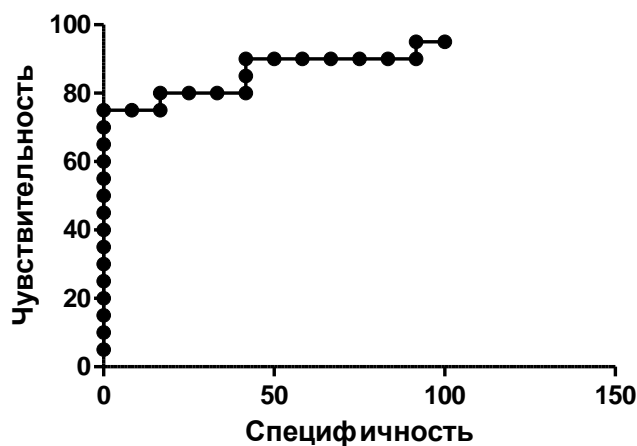


Рисунок 2 - Чувствительность и специфичность определения содержания МСР-1 в сыворотке крови для диагностики обострения хронического гнойного риносинюита

При проведении ROC-анализа нами установлено, что достоверной ($p < 0,001$) диагностически значимой концентрацией МСР-1 в сыворотке крови при обострении хронического гнойного риносинюита является концентрация, превышающая 62,8 нг/мл (рис. 2). При этом метод определения изучаемого хемокина является довольно чувствительным (80%) и специфичным (83,33%). Установлено, что значение AUC равнялось $0,85 \pm 0,07$, что свидетельствует о высокой диагностической ценности CCL2 при обострении гнойной формы хронического риносинюита.

Выводы.

1. Хронический гнойный риносинюит в стадии обострения характеризуется десятикратным повышением содержания хемокина МСР-1 в сыворотке крови.
2. Основываясь на данных ROC-анализа, мы можем сделать вывод о допустимости использования МСР-1 в качестве нового диагностического маркера обострения хронического гнойного риносинюита.
3. Уровень МСР-1 у больных свыше 62,8 нг/мл является диагностически значимым при хроническом гнойном риносинюите в стадии обострения. Чувствительность метода равна 80,00%, а специфичность – 83,33%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Palomino D.C., Marti L.C. Chemokines and immunity // *Einstein* (Sao Paulo). – 2015. – No13 (3). – P. 469 - 473.
- 2 Reikvam H., Fredly H., Kittang A.O. et al. The possible diagnostic and prognostic use of systemic chemokine profiles in clinical medicine — the experience in acute myeloid leukemia from disease development and diagnosis via conventional chemotherapy to allogeneic stem cell transplantation // *Toxins* (Basel). - 2013. – No5(2). – P. 336 - 362.
- 3 Наконечная О.А., Онищенко А.И. Содержание интерлейкина-8 и матричной металлопротеиназы-9 в крови больных с обострением хронического гнойного и полипозного риносинюита // Актуальные проблемы медицины: Республиканская научно-практическая конференция с международным участием, Гомель, 3–4 ноября 2016 г. – Гомель : ГомГМУ, 2016. – С. 101–106.
- 4 Kato A. Immunopathology of chronic rhinosinusitis // *Allergol Int.* – 2015. – No64 (2). – P. 121 - 130. doi: 10.1016/j.alit.2014.12.006.
- 5 Hulse K.E., Stevens W.W., Tan B.K. et al. Pathogenesis of nasal polyposis // *Clin Exp Allergy* – 2015. – No45 (2). – P. 328 - 346. doi: 10.1111/cea.12472.
- 6 Онищенко А.И. Изменения содержания мелатонина и ИЛ-12 в сыворотке крови больных хроническим полипозным риносинюитом / А.И. Онищенко, О.А. Наконечная, А.С. Ткаченко // *Бук. мед. вісник*. – 2017. – Т. 21, № 2 (82). – С. 75-77. DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.2.2017.63
- 7 Наконечная О.А. Содержание некоторых хемокинов в сыворотке крови пациентов с обострением хронического гнойного риносинюита / О.А. Наконечная, А.И. Онищенко, Т.В. Горбач [и др.] // *Проблемы здоровья и экологии*. – 2017. - № 2 (52). – С. 30-33
- 8 Deshmane S.L., Kremlev S., Amini S. et al. Monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1): an overview // *J Interferon Cytokine Res.* – 2009. – No29 (6). – P. 313 - 326. doi: 10.1089/jir.2008.0027.
- 9 Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Голубчиков М.В. *Биостатистика*. – К.: Книга плюс, 2009.– 184 с.

A.I. Onishenko, O.A. Nakonechna, A.S. Tkachenko

Kharkiv National Medical University, Biochemistry Department Kharkiv, Ukraine

INFORMATIVITY OF DETERMINATION OF THE CONTENT OF SERUM MONOCYTE CHEMOATTRACTANT PROTEIN-1 (MCP-1) IN CHRONIC PURULENT RHINOSINUSITIS

Resume: It was established that chronic purulent rhinosinusitis during exacerbation is accompanied by an increase in monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1) serum levels. ROC analysis showed that the concentration of serum MCP-1 above 62.8 ng/ml could be considered as an additional diagnostic criterion for exacerbation of the purulent form of chronic rhinosinusitis.

Keywords: chronic purulent rhinosinusitis, chemokines, blood serum, monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1).

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И ИНДИКАТОРОВ РИСКА У ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА, БЕЛАРУСИ И РОССИИ

¹Г.Т. Ермуханова, ¹Н.М. Онайбекова, ²П.А. Леус, ³Л.П. Кисельникова

¹Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

²Белорусский государственный медицинский университет

³Московский государственный медико-стоматологический университет

В ранее проведенных нами исследованиях с использованием европейских индикаторов стоматологического здоровья, были выявлены ряд факторов риска возникновения кариозной болезни среди детей и подростков. Целью настоящей работы является изучение возможных взаимосвязей трех доказанных кариесогенных факторов на интенсивность кариеса у подростков, проживающих в странах с примерно одинаковым уровнем индустриализации и развития здравоохранения. Методы: Проведен анализ данных аналитической эпидемиологии кариеса постоянных зубов у детей двух ключевых возрастных групп 12 и 15 лет в Беларуси, Казахстане и России, полученных в ходе реализации межгосударственного научного проекта по системе EGOHID-2005. В исследуемых группах детей было 100 и более человек в каждой местности, где проводились стоматологический осмотр и анкетирование. Результаты: Интенсивность кариеса постоянных зубов по индексу КПУ у 12-летних детей за последние 35-45 лет в Беларуси уменьшилась с 3.5 до 2.4, в Казахстане – увеличилась с 2.4 до 3.3, в России – стабилизировалась на уровне 3.2. Разнонаправленные тенденции КПУ в странах, совпадают с различиями в распространенности индикаторов риска возникновения кариеса зубов. Наиболее значимым фактором защиты зубов от кариеса является использование детьми фторсодержащих зубных паст; очевидным фактором риска является частое употребление сладких напитков; 2-х-разовая чистка зубов не показывает четких взаимосвязей с уровнем интенсивности кариеса. Заключение: В Беларуси, Казахстане и России наблюдаются разные тенденции в интенсивности кариозной болезни среди детей школьного возраста, что совпадает с различиями в распространенности индикаторов риска. Выявление факторов и индикаторов риска возникновения кариеса зубов имеет принципиально важное значение для эффективной реализации программ профилактики.

Ключевые слова: аналитическая эпидемиология кариеса, индикаторы и факторы риска, дети школьного возраста, эффективность программ профилактики.

УДК 616.314 – 002 – 053.5 (574) (470+57)

Уникальность кариеса зубов состоит в том, что при неизвестной этиологии болезни возможно предотвратить ее возникновение у детей и молодых людей, а также существенно уменьшить распространенность на коммунальном уровне. Это факты доказательной стоматологии. Если они известны и есть методы профилактики кариеса, то возникает закономерный вопрос: «Почему в одних странах распространенность кариеса сведена к минимуму, в других - «процветает»?». Даже при беглом ознакомлении с научной литературой по данной проблеме, можно обратить внимание на наиболее частые ссылки на закрытие школьных стоматологических кабинетов, большую занятость стоматологов лечебной работой, неблагоприятную экологию и, конечно, недостаточное финансирование профилактики.

В 2013-2017 гг. авторы настоящей работы приняли участие в межгосударственном пилотном научном проекте «Европейские индикаторы стоматологического здоровья», используя методы исследования EGONID-2005 [8]. Исследования были проведены под руководством ведущих ученых детских стоматологов в двадцати больших городах 8 стран СНГ. Результаты были опубликованы в многочисленных статьях в национальных стоматологических изданиях и представлены в виде докладов на международных конференциях [3, 4, 7, 8]. Влияние на стоматологический статус детей школьного возраста таких факторов как режим чистки зубов, использование фторсодержащих зубных паст и частое употребление сладких пищевых продуктов и напитков было подтверждено в большинстве исследований в рамках данного проекта. Это позволяет отнести полученные данные в категорию доказательной стоматологии, чтобы критически оценивать все еще встречающиеся противоположные мнения. С другой стороны, и в наших исследованиях, влияние каких-либо факторов риска было неоднозначным в разных местностях, что, возможно, связано с особенностями питания, наличием фторидов в питьевой воде, уровнем охраны здоровья, особенно профилактики и др. Все это обосновывает необходимость проведения такого рода исследований в максимально равных условиях.

Целью настоящей работы было изучение возможных взаимосвязей трех доказанных кариесогенных факторов (несоблюдение рекомендованного режима чистки зубов, отсутствие фторпрофилактики и частое употребление сладкой пищи и напитков) на интенсивность кариеса у подростков, проживающих в странах с примерно одинаковым уровнем индустриализации и развития здравоохранения.

Методы исследования. Проведен анализ данных аналитической эпидемиологии кариеса постоянных зубов у детей школьного возраста в Казахстане, Беларуси и России, полученных в ходе реализации межгосударственного научного проекта по системе EGONID-2005 [13] в 2013-2017 годах. Для исследования были избраны две «ключевые» возрастные группы детей, 12 и 15 лет, по 100 и более человек в каждой группе. Выбор школ, а также соблюдение административных и этических правил осуществлялись на местном уровне. Карты для регистрации стоматологического статуса и вопросники были одинаковыми. Стоматологический статус школьников определяли по следующим критериям: распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов, индекс гигиены рта по Грину-Вермилyonu, распространенность кровоточивости десен, нуждаемость в профилактике и стоматологическом лечении. Модифицированный анонимный вопросник ВОЗ для 15-летних школьников содержал 11 вопросов, включая соблюдение режима чистки зубов, использования фторсодержащих зубных паст и частоту употребления сладкой пищи и напитков. Значимость полученных данных в оценке возможных взаимосвязей факторов риска и интенсивности кариеса зубов мы определяли по тенденциям составляющих, не перегружая работу статистической обработкой, при которой «достоверные» цифры не всегда укладываются в рамки профессиональной медицинской логики. При этом очень важно, чтобы в каждой возрастной группе и в каждой точке исследования было 100 и более человек [14]. Для оценки тенденций кариозной болезни среди 12-летних детей использовали опубликованные данные описательной эпидемиологии в 1960-х – 1980-х годах [9].

Результаты и обсуждение. Сравнение результатов описательной эпидемиологии кариеса зубов ключевой возрастной группы детей 12 лет, полученных в ходе настоящего исследования в 2013-2017 гг., с ретроспективными данными «Мониторинга эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний» проведенным кафедрой профилактики стоматологических заболеваний Московского медицинского стоматологического института в 1984-1986 гг. [9] позволило определить тенденции интенсивности кариеса за последние 35-45 лет. В **Беларуси** ретроспективные данные КПУ 12-летних детей были в 5 из 6 областных городов: Бресте, Витебске, Гомеле, Гродно и Минске. Во всех городах, кроме Гродно, в 1968-1986 г.г. средний КПУ данной возрастной группы школьников был на 0.9-2.8 ед. больше, чем в 2016-2017 гг. (рисунок 1). Ссылки на соответствующие исследования приведены в подписи под рисунком. За указанный период наблюдений, средний КПУ в 5 городах.

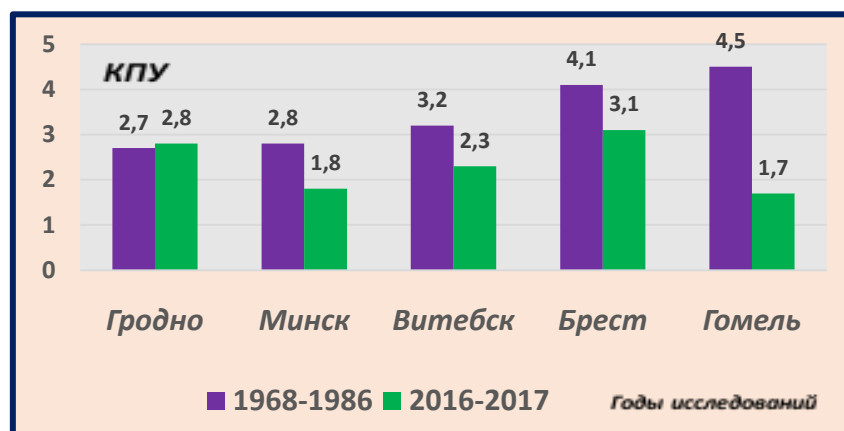


Рисунок 1 - Данные многолетнего мониторинга интенсивности кариеса зубов 12-летних детей в областных городах Республики Беларусь. Ссылки: 1968-1986 гг., Гродно – Горизонтов В.В., 1971; Витебск и Брест – СЦ ВОЗ, 1986; Минск – Горизонтов В.В., 1971; Базиян Г.В., 1973; СЦ ВОЗ, 1986; Гомель – Ванега Б.З., 1986; 2016, Гродно, Витебск, Брест, Гомель – Терехова Т.Н. и соавт., 2016; Минск – Гунько С.И. и соавт., 2017.

Беларуси уменьшился с 3.48 до 2.34, или на 33%. Отсутствие тенденции снижения кариеса у детей г. Гродно можно объяснить двумя возможными причинами: 1) Эффективность программы профилактики зависит от исходного уровня интенсивности кариеса (чем выше КПУ, тем более заметно его снижение); 2) Возможно, что дети не были достаточно мотивированы к использованию фторсодержащих зубных паст, так как исследования в 2016 г. показали, что только 38% подростков г. Гродно чистят зубы пастами, содержащими фториды [12], тогда как в г.

Минске данный показатель был 75%. В целом, установленная тенденция снижения интенсивности кариеса постоянных зубов у детей школьного возраста Беларуси является достаточно объективной, и она наблюдается благодаря государственной программе профилактики, реализация которой была начата в 1998 году [6].

По имеющимся публикациям об интенсивности кариеса зубов у детей 12 лет в **Казахстане**, можно предполагать *увеличение уровня КПУ* за последние 30-40 лет (рисунок 2). Так, согласно исследованиям Ордабаевой Ж. О. в 2012 г.

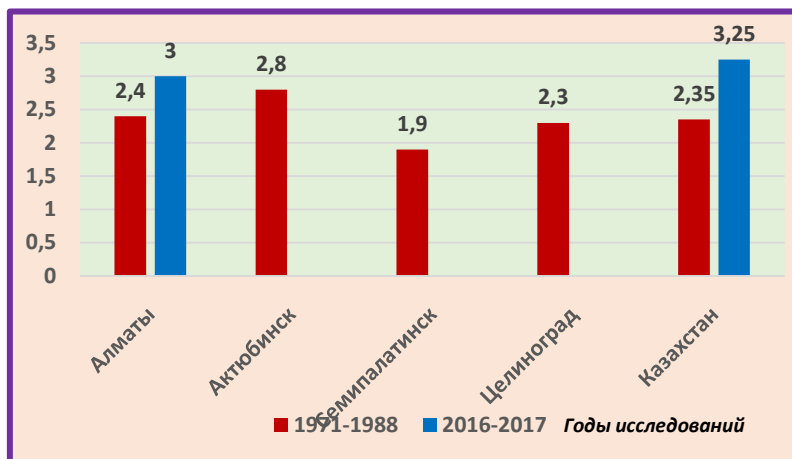


Рисунок 2 - Данные многолетнего мониторинга интенсивности кариеса зубов (по индексу КПУ) 12-летних детей в городах Республики Казахстан. Ссылки: 1971-1988 гг., Алматы – Негаметзянов Г.М., 1976; Кабулбеков А.А., 1988; Актюбинск – Минздрав Казахской ССР, 1985; Семейпалатинск – Леус П.А., Харченко О.И., 1988; Целиноград – Ананьев Н.И., 1973; Минздрав Казахской ССР, 1985; 2016-2017 гг., Алматы – Ермуханова Г.Т. и др. 2017; Казахстан – Ордабаева Ж.О., 2012; Ермуханова Г.Т., Негаметзянов Н.Г. и соавт., 2016

Средний КПУ зубов 12-летних детей Казахстана был 3.8 [10]. В наших исследованиях в 2016 г. в ряде местностей Казахстана, уровень КПУ варьировал от 2.3 до 3.1, в среднем – 2.7 [1]. Очевидно, что за прошедшие 4 года между этими исследованиями, значительных изменений интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей (на 1 ед.) не могло быть, однако возможны различия КПУ в разных местностях. Если усреднить приведенные выше данные, получим КПУ на уровне 3.25, что и может быть ориентиром для определения тенденции кариеса в Казахстане при сравнении с ретроспективными данными описательной эпидемиологии 1971-1988 гг. – расчетное КПУ по данным 6 публикаций было 2.35, или на 27% меньше. Эти предположения согласуются с данными КПУ 12-летних детей в г. Алматы: 2.6 в 1976 г. (Негаметзянов Г.М., 1976), 2.1 в 1988г. (Кабулбеков А.А., 1988), расчетное среднее – 2.4, что на 20% меньше, чем в наших исследованиях в 2017 г. Таким образом, в г. Алматы небольшое увеличение интенсивности кариеса у детей школьного возраста – очевидно, и такую же тенденцию можно предположить в целом в Казахстане, что необходимо более точно определить в дальнейших исследованиях во всех местностях страны.

В **Российской Федерации** руководители масштабных эпидемиологических исследований кариеса зубов в 1960-70-х годах [11] не считали возможным определить среднее значение КПУ для конкретных возрастных групп детского населения, в целом, в стране. Первая попытка была сделана

кафедрой профилактики ММСИ в 1986 г. на основе использования рекомендаций ВОЗ по эпидемиологии («разведочный» метод и «ключевые» возрастные группы). Средний уровень КПУ 12-летних детей в России был определен на уровне 3.0 – 3.5 [9]. Более точные данные были получены в 1998 г. по результатам 1-го национального эпидемиологического исследования стоматологического статуса населения Российской Федерации под руководством проф. Кузьминой Э.М. Средний КПУ зубов 12-летних детей был 2.9. Через 10 лет Э.М.Кузьмина документировала снижение КПУ до 2.5, или на 14% [5]. Вскоре ожидается, очередное, 3-е национальное эпидемиологическое исследование. Однако, в научной стоматологической литературе последних лет имеются многочисленные данные об интенсивности кариеса у детей в большинстве регионов России. Для определения среднего КПУ 12-летних детей в РФ в текущий период времени и тенденции болезни, мы выбрали 18 местностей, в которых проведены повторные исследования: в 1964-1984 гг. и 2012-2017 гг. Средний КПУ определен 3.16 и 3.22 соответственно указанным периодам времени, что указывает на *стабильный уровень интенсивности кариеса* постоянных зубов у детей школьного возраста. Обобщенные данные об интенсивности кариеса постоянных зубов у 12-летних детей Беларуси, Казахстана и России за многолетний период мониторинга представлены на рисунке 3.

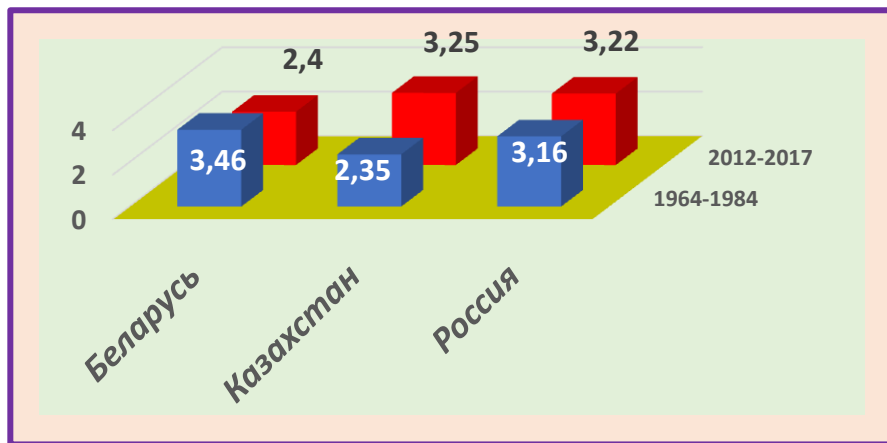


Рисунок 3 - Данные многолетнего мониторинга КПУ 12-летних детей в Беларуси, Казахстане и России (Ссылки на источники см. в Таблице 1 и в Рисунке 1,2)

Для определения возможных причин различных тенденций кариозной болезни у детей в странах с примерно одинаковыми уровнями индустриализации и охраны здоровья необходимо было сравнить распространенность среди детей наиболее существенных и очевидных факторов риска возникновения кариеса, указанных в цели исследования.

Однако, мы не считали возможным использовать данные о распространенности факторов риска в отдельных местностях на страны в целом. В Беларуси, Казахстане и России была проведена оценка возможного влияния фторов

риска на интенсивность кариеса зубов только в городах Алматы, Минске и Москве, где такие исследования проведены нами в 2016-2017 гг.

В таблице 1 представлены данные КПУ зубов двух возрастных групп 12 и 15 лет, которые будут использованы для анализа взаимосвязей с индикаторами риска. Также указаны сведения о разработках и реализации программ профилактики, которые несомненно влияют как на распространенность факторов риска, так и на интенсивность кариеса зубов.

Таблица 1 - Интенсивность кариеса зубов 12- и 15-летних школьников в Алматы, Минске и Москве, 2016-2017 гг.

Местность	Средний КПУ		Программа профилактики
	12 лет	15 лет	
Алматы, Казахстан	2.99	4.6	Разрабатывается
Минск, Беларусь	1.8	2.9	Минздрав с 1998 г. Мингорисполком с 2016 г.
Москва, Россия	4.5 (Средпо данным 3-х источников)	6.9	Инициативная в отдельных районах

Соблюдение рекомендованного режима чистки зубов считается одним из важнейших методов профилактики болезней пародонта, поэтому он является неотъемлемой составляющей программ индивидуальной и коммунальной профилактики. Для предотвращения кариеса также важна механическая чистка зубов, способствующая удалению большей части микробного зубного налета. Однако, существуют разные мнения в отношении частоты чистки зубов для профилактики кариеса (1 или 2 раза в день). По результатам межгосударственного проекта EGONID, мы также получили неоднозначный ответ является ли рекомендованный 2-х-разовый режим чистки зубов защитой от кариеса [8]. На рисунке 4 представлены сравнительные данные о проценте 15-летних подростков, практикующих 2-разовый режим чистки зубов в Минске, Алматы и Москве и средний КПУ зубов у этих школьников.

Сравнительно низкий уровень интенсивности кариеса в Минске (КПУ 2.9), согласуется с несколько большим процентом (68%) школьников, соблюдающих рекомендации стоматологов по режиму чистки зубов. Однако, при существенных различиях КПУ в исследованных местностях, различия процента подростков, чистящих зубы 2 раза в день небольшие, или вовсе их нет: в Алматы и Москве 60% и 61% соответственно. Таким образом, фактор режима (частоты) чистки зубов, на примерах данных, полученных в исследованных местностях, не определяет уровень интенсивности кариеса. Как известно, для профилактики кариеса важно максимально удалить зубной налет, критическая масса которого не образуется ранее, чем через 24 часа. Это достигается не только частотой, но в большей мере, тщательностью очищения зубов.



Рисунок 4 - Процент 15 летних школьников, соблюдающих 2-разовый режим чистки зубов и средний КПУ зубов, отложенный в возрастающем порядке, в гг. Минске, Алматы и Москве

Использование фторсодержащих зубных паст. Важнейшее значение фторидов в профилактике кариеса зубов общеизвестно. Наиболее практичным и не затратным (для государства) методом «доставки фтора к зубам» является индивидуальное использование для чистки зубов паст содержащих рекомендованную концентрацию активного фтор-иона (1000 – 1500 ppm). В настоящем исследовании методом анкетирования 15-летних школьников определены большие различия пропорций подростков, знающих пользу фтора и использующих фторсодержащие зубные пасты для

ежедневной регулярной чистки зубов. Данный показатель был 75%, 50% и 17% в Минске, Алматы и Москве соответственно. На рисунке 5 этот индикатор сопоставлен с данными КПУ зубов, значения которого отложены в возрастающем порядке от 2.9 до 6.9. Полагаем, что в данном фрагменте аналитической эпидемиологии прослеживается четкая *прямая взаимосвязь между интенсивностью кариеса и использованием для гигиены рта зубных паст, содержащих фториды.*



Рисунок 5 - Процент 15 летних школьников, использующих фторсодержащие зубные пасты для чистки зубов и средний КПУ зубов, отложенный в возрастающем порядке, в гг. Минске, Алматы и Москве

Частое употребление сладких пищевых продуктов и напитков. Роль углеводов в патогенезе кариеса зубов как питательной среды для кариесогенных микроорганизмов зубного налета хорошо доказана. Особенно «опасны» простые сахара, содержащиеся в сладких пищевых продуктах и напитках. Ограничение частоты приема такой пищи является задачей №1 в массовых программах стоматологического просвещения населения и обучения детей школьного возраста. На рисунке 6 обобщены данные настоящего исследования этой проблемы. Оказалось, что среди подростков 15 лет, больше всего любителей частого (ежедневно и по несколько раз в день) сладких напитков в г. Алматы (44%); значительно меньше (10%) – в г. Минске; в г. Москве – 28%. Если сопоставить эти данные с

интенсивностью кариеса у тех же школьников, то можно предположить, что *чем больше детей, часто употребляющих сладкие напитки, тем больше значения КПУ зубов.* Такая формула не соответствует ситуации среди подростков Алматы и Москвы: так, в Алматы большая пропорция детей, часто употребляющих сладкие напитки, но КПУ зубов меньше, чем в Москве. Объяснение следует «искать» в других индикаторах риска. На рисунке 5 приведены данные о значительно большем проценте детей Алматы, использующих фторсодержащие зубные пасты, в сравнении с Москвой. Отсюда, и проблемы в интерпретации *взаимосвязей факторов риска и кариеса, которые необходимо рассматривать комплексно.*

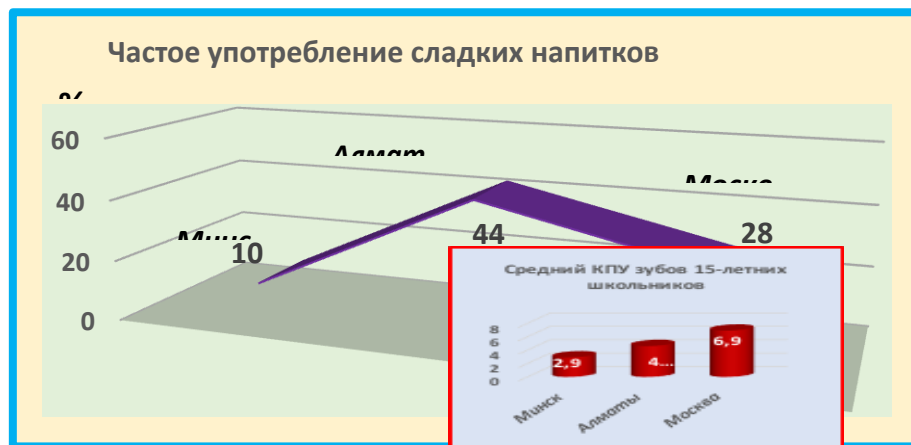


Рисунок 6 - Процент 15 летних школьников, ежедневно употребляющих сладкие напитки и средний КПУ зубов, отложенный в возрастающем порядке, в гг. Минск, Алматы и Москве

Выводы:

1. В странах с примерно одинаковыми уровнями индустриализации и охраны здоровья, наблюдаются разные тенденции интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ у детей школьного возраста: снижение в Беларуси, увеличение в Казахстане и стабилизация в России.
2. Указанные тенденции совпадают с распространенностью известных индикаторов и поведенческих факторов риска возникновения кариеса зубов среди подростков 15 лет на примерах данных исследований в городах Алматы, Минске и Москве.
3. Наиболее значимый индикатор защиты зубов от кариеса – регулярное использование фторсодержащих зубных паст;

достаточно информативный фактор риска возникновения кариеса – ежедневное употребление сладких напитков; соблюдение школьниками рекомендованного режима чистки зубов 2 раза в день не может рассматриваться как фактор защиты от кариеса в отрыве от оценок влияния других индикаторов стоматологического здоровья.

4. Регулярна оценка возможного влияния поведенческих факторов риска возникновения кариеса зубов у детей школьного возраста должна быть обязательной составляющей мониторинга медицинской эффективности программ профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермуханова Г.Т., Негаметзянов Н.Г., Рысбаева Ж.И. О состоянии стоматологического здоровья детей Республики Казахстан // Материалы международной научно-практической конференции, Омский государственный медицинский университет. – Омск: 2016. – С. 71-79.
- 2 Ермуханова Г.Т., Каркимбаева Г.А. и соавт. Предварительная оценка стоматологического здоровья детей школьного возраста г. Алматы с применением европейских индикаторов (EGOHID) // Педиатрия и детская хирургия. – 2017. - №1 (87). – С. 67-75.
- 3 Кисельникова Л.П., Бояркина Е.С., Зуева Т.Е., Мирошкина М.В., Федотов К.И. Динамика поражаемости кариесом временных и постоянных зубов у детей в возрасте 3-13 лет г. Москвы // Детская стоматология и профилактика. -2015. – Т. XIV, №3(54). – С. 3-8.
- 4 Кисельникова Л.П. Леус П.А. Ретроспективный анализ динамики интенсивности кариеса зубов и выявление детерминантов кариозной болезни у детей г. Москвы // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2016. – Т. XV, № 2 (57). – С 57-63.
- 5 Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. СЦ ВОЗ. – М.: МГМСУ, 1999. – 236 с.
- 6 Леус П.А. Реализация национальной программы профилактики // Стоматологический журнал. – 2000. - №1. – С. 44-47.
- 7 Леус П.А., Кисельникова Л.П., Терехова Т.Н. Выявление факторов риска кариеса зубов на основе сравнения индикаторов стоматологического здоровья у детей школьного возраста в Минске и Москве // Стоматология. – 2017. – Т. 96, № 4. – С. 52-57.
- 8 Леус П.А., Денга О.В., Калбаев А.А., Кисельникова Л.П., Манрикиян М.Е., Нарыкова А.А., Омельченко А.В., Смоляр Н.И., Спинея А.Ф., Хамадеева А.М. Европейские индикаторы стоматологического здоровья детей школьного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – Т.10, №4(47). – С. 3-9.
- 9 Мониторинг эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний. – Московский медицинский стоматологический институт, СЦ ВОЗ. - М.: 1987. - 18 с.
- 10 Ордабаева Ж.О. Стоматологический статус детей и микроэлементы // Проблемы стоматологии. – 2012. - №1(55). – С. 31-32.
- 11 Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний. - М.: 1973. - 318 с.
- 12 Терехова Т.Н., Леус П.А., Мельникова Е.И. Информативность субъективных индикаторов в выявлении факторов риска кариеса зубов среди старших школьников Беларуси // Стоматологический журнал (РБ). – 2015. – Т. XVI, № 3. – С. 170-176.
- 13 EGOHID. Health Surveillance in Europe (2005). A Selection of Essential Oral Health Indicators. www.egohid.eu
- 14 World Health Organization. Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Ed. - WHO Geneva. - 2013. – 125 p.

Г.Т. Ермуханова, ¹Н.М. Онайбекова, ²П.А. Леус, ³Л.П. Кисельникова
¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті
²Беларусь Мемлекеттік Медициналық Университеті
³Мәскеу Мемлекеттік медико-стоматологиялық Университеті

ҚАЗАҚСТАН, БЕЛАРУСЬ ЖӘНЕ РЕСЕЙ ЕЛДЕРІНДЕГІ ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ТІСЖЕГІГЕ КОРРЕЛЯЦИЯЛЫҚ ТӘУЕЛДІЛІКТІ ЖӘНЕ ҚАУІП ҚАТЕР КӨРСЕТКІШІН АНЫҚТАУ

Түйін: Ертеректе еуропалық көрсеткіштермен (индикаторлар) жүргізілген зерттеулер бойынша стоматологиялық денсаулықта тісжегілік ауруларының балалар мен жасөспірімдер арасында кездесетін қауіп-қатер факторы анықталды. Индустриялық дамуы бірдей елдердегі жасөспірімдер арасындағы тісжегіні тудыратын факторлар, тісжегі қарқындылығына әсер ететін үш бірдей дәлелді зерттеу қазіргі кездегі жұмыстың басты мақсаты болып табылады. Әдістері: Беларусь, Қазақстан және Ресейде мемлекетаралық EGOHID-2005 ғылыми жоба жүйесі бойынша 12-15 жас топтар арасында тұрақты тістегі тісжегінің аналитикалық эпидемиологиясын анықтау жүргізілді. Зерттелген топтар арасында 100 денаса әр аймақтан келген балалар арасында стоматологиялық қарау және сауалнама жүргізілді. Нәтижесінде: КПУ индексі бойынша 12 жастағы балаларда соңғы 35-40 жылда Беларусьта 3.5-2.4 дейін азайды, Қазақстанда 2.4-3.3 дейін ұлғайды, Ресейде 3.2 деңгейінде тұрақтанды. Елдердегі әр бағыттағы КПУ және тісжегіге қауіп қатер фактор көрсеткіштерімен сәйкес келді. Балалардың фторқұрамдас тіс пастасын қолдануы неғұрлым тістерді тісжегілік фактордан қорғайды; тәтті сусындарды жиі қолдану негізгі қауіп қатер факторы ретінде қаралды; тісжегі қарқындылығының көрсеткіші мен тісті екі реттік жуудың анық байланысы жоқ. Қорытынды: Беларусьта, Қазақстанда және Ресейде мектеп жасындағы тісжегілік аурулар көрсеткішін (индикаторын) анықтау әр түрлі бағытта бақыланды. Алдын алу бағдарламаларын әсерлі жүзеге асыру үшін тістегі тісжегілік қауіп қатер факторларын анықтау маңызды роль атқаратыны мәлім болды.

Түйінді сөздер: тісжегінің аналитикалық эпидемиологиясы, қауіп қатер факторы және көрсеткіштері, мектеп жасындағы балалар, алдын алу бағдарламасының әсер етуі.

G. Yermukhanova, N. Onaibekova, P. Leous, L. Kiselnikova

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF POSSIBLE ASSOCIATION THE RISK INDICATORS AND DENTAL CARIES IN ADOLESCENTS OF KAZAKHSTAN, BELARUS AND RUSSIA

Resume: To assess the possible correlation of three known cariogenic factors with the prevalence of dental caries in adolescents living in countries with a similar industry and health care levels. Methods: Meta-analysis of the analytical dental epidemiology data among 12 – 15 – year-old children of Belarus, Kazakhstan and Russia. The EGOHID-2005 system was used in the intercountry research project with the authors participation. Every study group comprises of 100 and more subjects in all sites of the project, were oral health assessment and quiz were performed. The dental caries trends among 12-year-old children in countries studied were estimated from the epidemiological data published in 1960th-1980th. Results: During the last 35-45 years, the prevalence of dental caries in 12-year-old children has decreased from 3.5 to 2.4 DMFT in Belarus; has increased from 2.4 to 3.3 DMFT in Kazakhstan; has stabilized at level of 3.2 DMFT in Russia. The different trends of dental caries have coincided with different prevalence of behavioral risk factors. The most important factor reducing caries were fluoridated toothpastes; the most cariogenic factor were sweet drinks; the frequency of toothbrushing was not correlating with dental caries intensity. Conclusion: This study has proved the different trends of dental caries in children of Belarus, Kazakhstan and Russia which appears depend on different prevalence of behavioral risk factors among school children and operating community preventing programs.

Keywords: analytical dental epidemiology, risk factors, EGOHID data, school children, community prevention programs.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ДЕТЕЙ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.А. Каркимбаева, Ж.И. Рысбаева, Г.Т. Ермуханова, Д.Б. Асанова
Кафедра стоматологии детского возраста КазНМУ

В данной статье отображены клинико-лабораторные исследования детей в возрасте от 6 до 14 лет с заболеваниями пародонта. У всех детей был взят микробиологический анализ из десневой жидкости и пародонтального кармана, с последующей идентификацией микроорганизмов. Результаты полученных исследований показывают высокую обсемененность анаэробной инфекцией, особенно детей младшего возраста, что в свою очередь свидетельствует о формировании хронических очагов, и развитие тяжелых форм воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, нехарактерного для детского периода.

Ключевые слова: пародонт, гингивит, микрофлора полости рта, грамположительные бактерии, грамотрицательные бактерии, аэробная инфекция

УДК 616.314.18-002.4-053.2(574-54)

Актуальность проблемы. Распространенность заболеваний пародонта по данным ВОЗ составляет 9-10 % у детей младшего возраста и достигает 81- 90 % у подростков (3,4).

Первые признаки заболеваний пародонта встречаются в молочном прикусе, и с возрастом частота и тяжесть заболевания увеличивается (5,6). Чаще всего встречаются легкие формы пародонтопатий, которые без соответствующей диагностики и лечения перерастают в

более тяжелые формы пародонтита. По тяжести течения заболеваний пародонта является быстропрогрессирующий характер течения воспалительных заболеваний пародонта т.е. агрессивные формы пародонтита, что приводит к потере постоянных зубов (7,9).

Немаловажное значение имеет экология окружающей среды, оказывающий на организм ребенка тератогенное действие, увеличением частоты патологии беременных, генетической предрасположенностью к заболеванию, низкой мотивацией населения к предупреждению и лечению ранних стадий патологий (1,2,8). Общеизвестно, что Кызылординская область характеризуется сложившейся критической экологической обстановкой: с одной стороны регрессией Аральского моря и с другой - открытием рудника подземного выщелачивания «Ирколь» с производственной мощностью 750 тонн урана в год. Как показывают исследования, проведенные в Казахстане, наиболее часто встречающейся патологией полости рта у детей 6-14 лет является заболевания пародонта, в структуре которого преобладает хроническая формы. При этом с возрастом происходит достоверное увеличение распространенности данной патологии.

Исследование микрофлоры пародонта позволяет определить этиологическую значимость микроорганизмов, присутствующих при данном заболевании и специфичность микробного спектра в данном регионе. Новизна исследования заключается в том, что исследования микрофлоры пародонта при гингивите у детей Кызылординской области не проводились, поэтому является чрезвычайно актуальным для понимания механизмов развития воспалительных процессов в тканях пародонта у детей, оптимизация этиотропной и патогенетической терапии гингивитов и профилактических мероприятий.

Целью исследования явилось лабораторное исследование выделенных микроорганизмов из десневой жидкости и пародонтального кармана, от детей с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материал и методы исследования. Нашей исследовательской группой, в рамках научного проекта в средних общеобразовательных школах Кызылординской области, взят анализ у 80 детей в первичный и вторичный детский периоды.

Стоматологическое обследование детей проводили по общепринятой методике, заполняя на каждого ребенка амбулаторную карту стоматологического больного (ф.№0/43).

При лабораторном микробиологическом исследовании анализ брали через 3-4 часа после приема пищи, с десневой жидкости у больных с хроническим катаральным и гипертрофическим гингивитом, и с пародонтального кармана у детей и подростков с локализованным пародонтитом и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени. Посев культуры проводили на кровяной питательной среде, чашку с посевом помещали в анаэробстат системы GasPak 100 с газогенерирующим пакетом типа GasPak и выдерживали в термостате при температуре $37 \pm 0,5^\circ\text{C}$ 6 суток. Идентификация микроорганизмов и определение чувствительности к антимикробным препаратам проводилась с помощью современного микробиологического анализатора Vitek 2 Compact 30 (BioMerieux, Франция), определяющего вид микроорганизма в среднем за 3-6 ч.

Результаты исследования и их обсуждение. Из обследованных детей в возрасте от 6 до 14 лет в 100% случаев выявлены заболевания пародонта. Хронический катаральный гингивит был поставлен у 56,2% детей (из них хронический катаральный гингивит в стадии обострения составил 40%), хронический гипертрофический гингивит был у 11,2%, хронический локализованный пародонтит легкой степени тяжести составил 25% (из них у 20% в стадии обострения), хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести зарегистрирован у 7,5% детей (из них у 16,7% в стадии обострения) (рисунок 1).

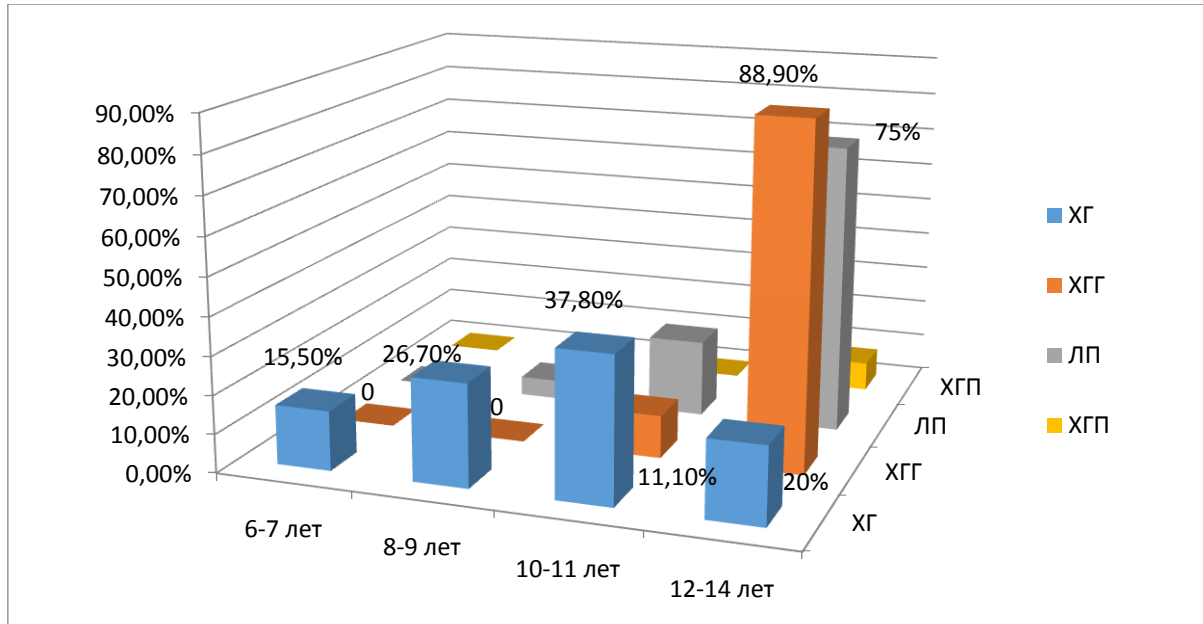


Рисунок 1 - Распространенность заболеваний пародонта у обследованных детей

Примечание к рисунку 1,2:

ХГ - Хронический катаральный гингивит

ХГГ - Хронический гипертрофический гингивит

ЛП - Локализованный пародонтит

ХГП - Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

Среди грамотрицательных бактерий, выделенных от больных детей и подростков с заболеваниями пародонта, доминирующим были *Prevotella disiens* 14 штаммов (58,3±0,04%) $p < 0,05$. На втором месте по частоте встречаемости были *Klebsiella pneumoniae*, выделенные от 5

детей (20,8±0,1%), затем следовали *Escherichia coli* (12,5±0,3%), а также *Serratia fanticola* и *Acinetobacter baumannii* составили (4,2±0,005% и 4,2±0,03%) соответственно.

В результате микробиологического исследования было выделено 62 (77,5%) штамма микроорганизмов, из которых 24 (38,7%) составили грамотрицательные бактерии (рис.2), 34 (54,8%) грамположительные бактерии (рис.3) и 4 (6,5%) дрожжевые грибы.

Как показывают результаты исследования, среди 34 (54,8%) грамположительных бактерий, выделенных от больных детей и подростков с заболеваниями пародонта, установлено наличие 15 видов бактерий (рисунок 3).

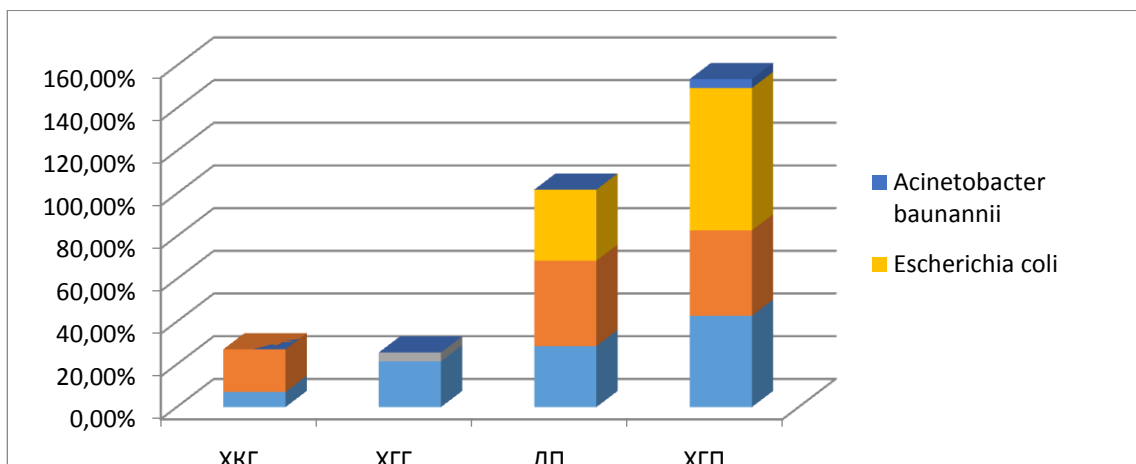


Рисунок 2 - Видовая принадлежность грамотрицательных бактерий, выделенных от детей и подростков с заболеваниями пародонта

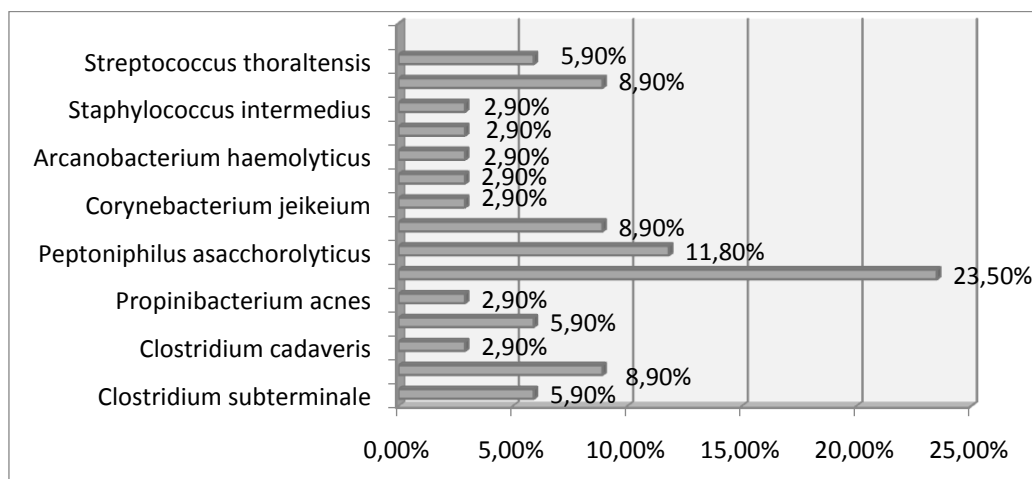


Рисунок 3 - Удельный вес грамположительных бактерий, выделенных от больных детей с заболеваниями пародонта

При этом среди всех грамположительных бактерий преобладали *Parvimonas micra* 23,5%, процент выделения которых был самым высоким у больных с локализованным пародонтитом 11,8%. Вторым видом по частоте встречаемости, были *Peptoniphilus asacchorolyticus* 11,8%, который варьировал у больных с гипертрофическим гингивитом 5,9%, у детей и подростков с хроническим катаральным гингивитом и локализованным пародонтитом составил 2,9% соответственно. Третьим по частоте встречаемости оказались *Clostridium bifementans*, *Corynebacterium diphtheriae*, процентное соотношение которых колебалось в пределах 8,8%, с преобладанием у больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести. Далее следовали *Clostridium subterminale* 5,9%, который выселялся у больных с локализованным пародонтитом; *Actinomyces meyeri* 5,9% - у больных с хроническим катаральным гингивитом; последнюю графу процентных колебаний в пределах 2,9% составили: *Propionibacterium acnes*, *Corynebacterium jeikeium*, *Corynebacterium minutissimum*, *Arcanobacterium haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus intermedius*.

Наибольший процент выделения грамположительных бактерий был у штаммов, выделенных от больных с локализованным пародонтитом 44,1%, самый низкий показатель был у штаммов, выделенных от детей с хроническим катаральным гингивитом 14,7%.

Таким образом, проведенные исследования показали высокий процент выделения аэробов от больных детей с хроническим катаральным гингивитом с преобладанием в возрасте 6-7 лет, что способствует формированию хронических очагов заболевания в раннем возрасте и носительству, а также развитию хронического течения заболевания и развитию атипичных форм пародонтита, нехарактерного для данной возрастной категории.

Заключение. На основании проведенного исследования можно выделить этиологическую значимость трех групп выделенных микроорганизмов. У 62 (77,5%) детей и подростков с заболеваниями пародонта были выделены штаммы микроорганизмов, с преобладанием грамположительных бактерий - 34 (54,8%), грамотрицательные бактерии составили 24 (38,7%) и 4 (6,5%) дрожжевые грибы.

Следует учесть, что изменения в организме у детей, страдающих заболеваниями пародонта, свидетельствуют об ослаблении естественных защитных механизмов. Поэтому лечение должно направлено не только на ликвидацию воспалительного процесса, но и на повышение иммунитета. Для комплексной реализации и внедрения профилактики пародонта для данной категории детского населения необходимы специальные национальные и научные программы и стандарты, которые позволят разработать новые подходы к лечению и профилактике гингивита у детей школьного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Стоматолог. - 2006. - № 6. - С. 37-48.
- 2 Гриценко Е. А., Суетенков Д.Е., Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. - Vol. 7, Issue 1. - P. 234-239.
- 3 American Academy of Periodontology. Guidelines for the management of patients with periodontal diseases // J. Periodontol. – 2006. - №77. – P. 1607–1611.
- 4 Канкян А.П., Леонтьев В.К. Болезни пародонта: Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении. – Ер.: ТигранМец, 1998. – 360 с.
- 5 Поворознюк В.В., Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта. – К.: 2003. – 444 с.
- 6 Michael S. Reddy Osteoporosis and Periodontitis: Discussion, Conclusions, and Recommendations // Annals of Periodontology. – 2001. - Vol. 6, №1. - P. 214–217.
- 7 Li J., Helmerhorst E.J., Leone C.W., Troxler R.F., Yaskell T., Haffajee A.D., Socransky S.S., Oppenheim F.G. Identification of early microbial colonizers in human dental biofilm // J. Appl. Microbiol. – 2004. - №97. – P. 1311–1318.
- 8 Белоключкая Г.Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной патогенетической фармакотерапии генерализованного пародонтита: Автореф. дис. ... д-р.мед. наук – К., 1996. – 32 с.
- 9 Мюллер Х.П. Пародонтология. - Львов: ГалДент, 2004. – 256 с.

Г.А. Каркимбаева, Ж.И. Рысбаева, Г.Т. Ермуханова, Д.Б. Асанова
ҚазҰМУ балалар стоматология кафедрасы

**КЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫНЫҢ ПАРОДОНТ ТІНДЕРІНІҢ АУРУЫНЫҢ
КЛИНИКО ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ СИПАТАМАСЫ**

Түйін: Бұл мақалада пародонт аурулары бар 6 дан 14 жасқа дейінгі балалардың клиникалық және зертханалық зерттеулер көрсетіледі. Барлық балалар микроорганизмдер кейіннен анықтаумен, қызылиек сұйықтықтың және пародонт қалтасынан микробиологиялық талдау алынған болатын. Алынған нәтижелер өз кезегінде созылмалы зақымдануын және балалар мерзімге белгіленетін қабыну және деструктивті пародонт аурулары ауыр нысандарын, дамыту қалыптастыруды көрсетеді анаэробты инфекциялардың жоғары ластануы зерттеулер, әсіресе жас балалар, көрсетеді.

Түйінді сөздер: пародонт, гингивит, ауыз қуысының микрофлорасы, оң грамдық инфекция, теріс грамдық инфекция, аэробтық инфекция.

G.A. Karkimbaeva, Zh.I. Rysbaeva, G.T. Yermukhanova, D.B. Asanova
Department of Children's Dentistry of KazNMU

**CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN
CHILDREN OF KYZYLORDA OBLAST**

Resume: This article presents clinical and laboratory studies of children aged 6 to 14 years with periodontal disease. All children were taken microbiological analysis of the gingival fluid and periodontal pocket, followed by identification of microorganisms. The results of these studies show high contamination with anaerobic infection, especially in young children, which in turn testifies to the formation of chronic foci, and the development of severe forms of inflammatory-destructive periodontal diseases, uncharacteristic for the childhood period.

Keywords: parodontium, gingivitis, oral microflora, gram-positive bacteria, gram-negative bacteria, aerobic infection

РАЗРАБОТКА СПОСОБА НЕИНВАЗИВНОЙ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

Р.И. Юй, У.Р. Мирзакулова, Д.С. Тяп

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Кафедра гистологии

Кафедра хирургической стоматологии

Способ диагностики и мониторинга лечения хронического паренхиматозного сиалоаденита в период обострения включает микроскопическое исследование секрета околоушной железы, вычисление индексов дифференцировки эпителиоцитов (ИДиф) и левого сдвига (ИЛС), а также воспалительно-деструктивного индекса (ВДИ). При значениях ИДиф – менее 450,0, ИЛС – более 1,15, ВДИ – более 6,7 диагностируют обострение хронического паренхиматозного сиалоаденита. При значениях ИДиф до 350,3±4,8 выявляют начальную стадию этого заболевания. При значении ИДиф до 260,9±9,7 диагностируют клинически выраженную и позднюю стадии обострения хронического паренхиматозного сиалоаденита. Разработанный способ характеризуется как достоверный, позволяет повысить точность диагностики данного заболевания путем определения стадий – начальная стадия заболевания, клинически выраженная и поздняя стадия.

Ключевые слова: цитограмма, «индекс дифференцировки эпителиоцитов», «индекс левого сдвига», «воспалительно-деструктивный индекс», хронический паренхиматозный сиалоаденит.

УДК 616.316-08:615.849.19

Актуальность. Диагностика и мониторинг хронического паренхиматозного сиалоаденита в период обострения является одной из проблем хирургической стоматологии. Имеющиеся лабораторные методы недостаточно надежны и точны, либо очень дорогие, травматичные и не могут быть использованы для краткосрочного контроля за состоянием железы у больных.

Так, известен способ диагностики хронического паренхиматозного сиалоаденита – сиалография, при этом контрастное вещество вводится через стенозов проток в железу, после чего проводится рентгенография. Данный способ позволяет судить о структуре железы, наличии сиалэктазий, их размерах и расширении протоков [7].

Недостатком этого способа диагностики является то, что его невозможно проводить в период обострения воспалительного процесса и нельзя использовать при непереносимости препаратов, содержащих йод. Данный метод травматичный, поскольку контрастное вещество вводится в проток железы до чувства распирающего и болезненности в железе, что вызывает у пациентов неприятные ощущения. Болезненность процедуры становится психологическим барьером для больных детей хроническим паренхиматозным сиалоаденитом. Данный способ не используется в хирургической стоматологии для мониторинга в период обострения, так как введение контрастного вещества в железу очень болезненно, и воспалительный процесс может распространиться в интактные (невоспаленные) доли железы вместе с током контраста [4].

Известен способ диагностики и мониторинга хронического паренхиматозного сиалоаденита в период обострения: магнитно-резонансная томография. Этот способ является неинвазивным, не несет лучевой нагрузки, может использоваться при обострении хронического воспалительного процесса [6].

Недостатком данного способа диагностики является его высокая себестоимость, требует специального оборудования (магнитно-резонансных томографов), помещения и подготовленного квалифицированного персонала. Но главный недостаток метода магнитно-резонансной томографии заключается в том, что полученные результаты, свидетельствующие о состоянии паренхимы железы, не могут быть использованы для краткосрочного контроля за состоянием железы у больных после изменения видов лечения [8].

Известен способ диагностики и контроля над эффективностью лечебных мероприятий у больных хроническим паренхиматозным сиалоаденитом в период

обострения: микроскопическое исследование секрета околоушной железы. Анализ клеточного состава секрета околоушной железы позволяет легко подсчитать изменение количества сегментоядерных нейтрофилов, мононуклеаров и лимфоцитов. Способ является неинвазивным, безопасным для больного, экономичным и быстрым [5].

Недостатком этого способа диагностики является то, что микроскопический анализ секрета, используемый в данном способе, недостаточно углубленный и расширенный, поэтому невозможно точно определить стадию заболевания, не проведена идентификация эпителиоцитов общего выводного протока, междольковых и внутридольковых протоков, не рассчитываются индексы цитограммы, которые характеризуют состояние эпителиальной выстилки железы.

Цель изобретения: разработка способа цитологической диагностики и мониторинга хронического паренхиматозного сиалоаденита в период обострения, учитывающего количественное соотношение эпителиоцитов различных стадий дифференцировки и степень воспалительно-деструктивных процессов по данным изучения мазков секрета околоушной железы, позволяющих оценить состояние эпителиальной выстилки протоков железы в зависимости от стадии заболевания и в динамике лечения, менее трудоемкого и не требующего значительных экономических затрат.

Анализ опубликованной патентной и медицинской информации, изучение выявленных аналогов свидетельствует о том, что в известных аналогах не выявлено признаков, характерных заявленному способу.

Материал и методы исследования. Способ осуществляется следующим образом. Объектами цитологического исследования служат мазки секрета околоушных желез из области устья стеноза протока. После высушивания и фиксации в спирт-ацетоне мазки окрашивают по методике Романовского-Гимза и по Май-Грюнвальду. На мазках из расчета на 1000 клеток определяют эпителиальные клетки внутридольковых протоков, а также эпителиоциты различных стадий дифференцировки междольковых выводных протоков и главного протока железы. Кроме того, выявляют мононуклеары с цитоплазмой, голоядерные мононуклеары, сегментоядерные нейтрофилы, лимфоциты и фибробластоподобные клетки. По данным подсчета цитограммы вычисляют ряд индексов: индекс дифференцировки эпителиоцитов (ИДиф) [1], индекс левого сдвига (ИЛ) [3], воспалительно-деструктивный индекс (ВДИ) [2].

Индекс дифференцировки эпителиоцитов (**ИДиф**) – сумма клеток соответствующих стадий дифференцировки (в процентах) с учетом их цифровых обозначений. $A = 1a+2b+3c+4d+5e+6f$, где A – индекс дифференцировки клеток (ИДиф) эпителия протоков слюнных желез в отпечатках; 1,2,3,4,5,6 – цифровые обозначения описанных выше стадий дифференцировки клеток; a,b,c,d,e – процент клеток соответствующей стадии дифференцировки. ИДиф – интегральный показатель соотношения процессов пролиферации и дифференцировки эпителия протоков. Индекс левого сдвига (**ИЛС**) – сумма базальных и парабазальных (молодых плоскоэпителиальных клеток глубоких отделов шиповатого слоя) к общему числу эпителиальных клеток в процентах.

$$ИЛС = \frac{\sum(I + II)}{n} \cdot 100, \quad \text{где } \sum(I + II) - \text{сумма}$$

клеток 1-й и 2-й стадий дифференцировки; n – общее число эпителиальных клеток. Увеличение индекса ИЛ отражает общее «омоложение» эпителия, чаще всего связанное с усиленной их пролиферацией.

Воспалительно-деструктивный индекс (**ВДИ**). Это отношение суммы количества лейкоцитов, голаядерных моноцитов и фибробластоподобных (эпителиоподобных) клеток к количеству неизменных моноцитов с цитоплазмой.

$$ВДИ = \frac{\sum(L + \Gamma + \Phi)}{M}, \quad \text{где } L - \text{количество}$$

лейкоцитов; Γ – количество голаядерных моноцитов; Φ –

количество фибробластов (эпителиоподобных клеток); M – количество неизменных моноцитов. Непосредственно связан с воспалением и рассчитывается на основе количества соединительнотканых клеток, которые входят в состав воспалительного инфильтрата при развитии воспаления.

Анализ полученных данных и оценку достоверности различий средних проводят с использованием критерия Стьюдента с помощью профессионального пакета статистических программ StatSoft “Statistica – 6”. Изменения показателей считают достоверными при $P < 0,05$.

Лечение осуществляют путем проведения комплексной терапии: антибактериальное, противогрибковое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее, физиолечение, блокады с 0,5% раствором новокаина в области слюнной железы.

Забор материала (мазков секрета околоушных желез) в норме и при хроническом паренхиматозном паротите (сиалоадените) в период обострения проводят в 8.00-8.30 утра натощак.

Результаты исследований. По данным изучения цитограммы эпителиоцитов секрета околоушной железы в норме у здоровых лиц выявлено, что его ИДиф эпителиоцитов составляет $507,4 \pm 15,7$. При хроническом паренхиматозном сиалоадените в период обострения ИДиф эпителиоцитов секрета околоушных желез снижается в начальной стадии до $350,3 \pm 4,8$, в клинически выраженной и поздней стадиях – до $260,9 \pm 9,7$.

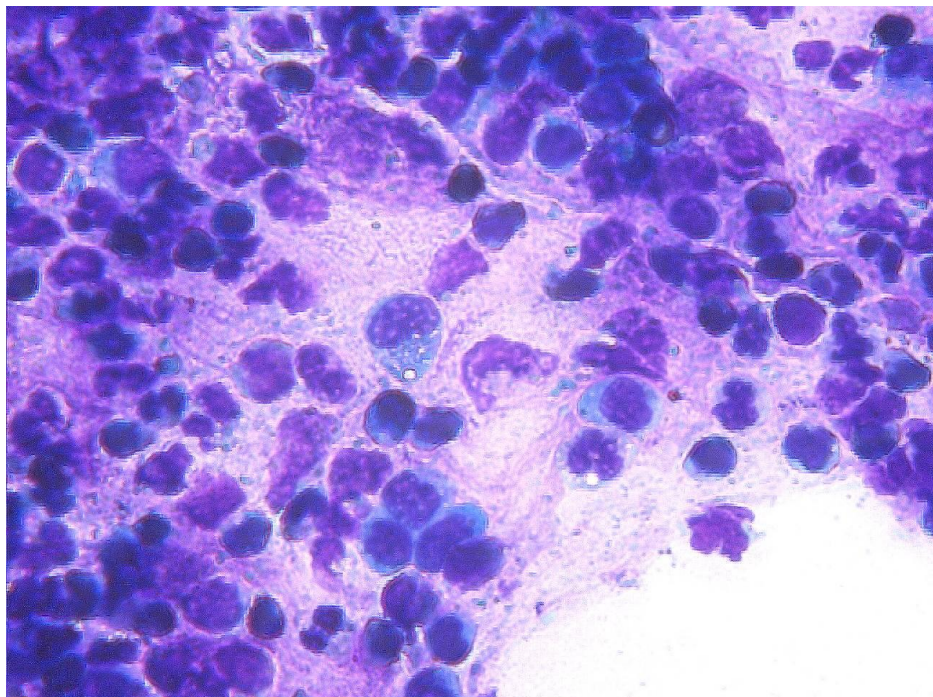


Рисунок 1 - Хронический паренхиматозный паротит в стадии обострения. Группа сравнения, до лечения. Высокая клеточность. Большое количество сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и мононуклеаров. Окраска по Май-Грюнвальду и Романовскому-Гимза. x 400.

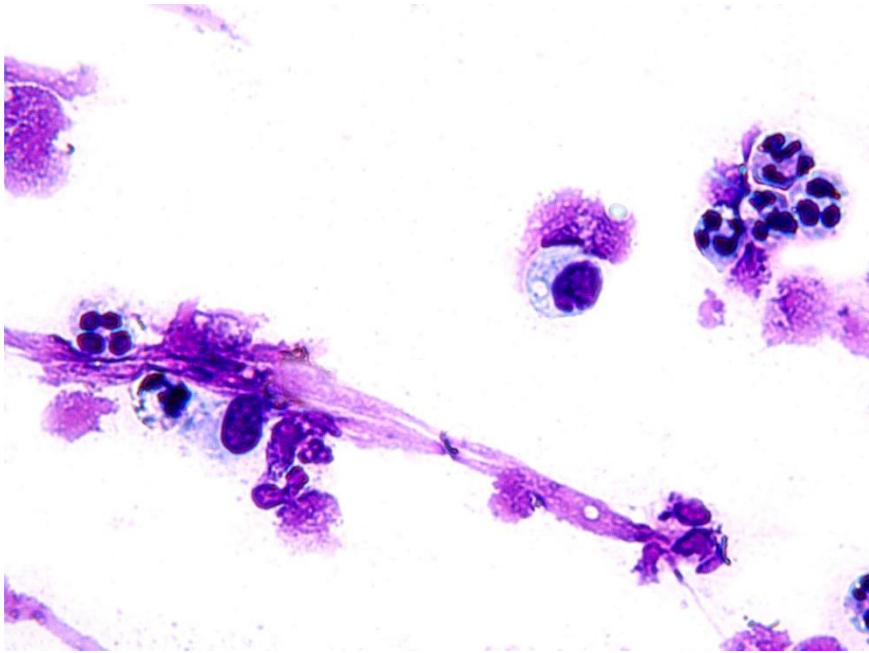


Рисунок 2 - Хронический паренхиматозный паротит в стадии обострения. Группа сравнения, до лечения. Мононуклеары, сегментоядерные лейкоциты, сгустки слизи. Окраска по Май-Грюнвальду и Романовскому-Гимза. x 630

“Индекс левого сдвига” до лечения у пациентов с хроническим паренхиматозным паротитом (обострение) составил в начальной стадии $17,60 \pm 1,33$, $P < 0,001$; а в клинически выраженной и поздней стадиях – $19,5 \pm 1,41$, $P < 0,001$. Этот индекс отражает общее «омоложение» эпителия, то есть появление более глубоких эпителиоцитов 1 и 2 стадий дифференцировки. Достоверное увеличение ИЛС в балансе эпителиальных клеток отражало увеличение числа базальных и молодых клеток, что характерно для воспаления.

Значительное увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов и мононуклеаров в цитограммах секрета

околоушной железы указывало на развитие в ней воспалительно-деструктивных реакций, об этом свидетельствовали и высокие показатели ВДИ по сравнению с данными цитограммы секрета практически здоровых лиц. ВДИ (воспалительно-деструктивный индекс) был значительно повышен у больных, он отражал интенсивность воспалительного процесса, так, в начальной стадии в период обострения он составил $10,9 \pm 1,23$ ($P < 0,001$), в клинически выраженной и поздней стадиях – $22,5 \pm 2,15$ ($P < 0,001$).

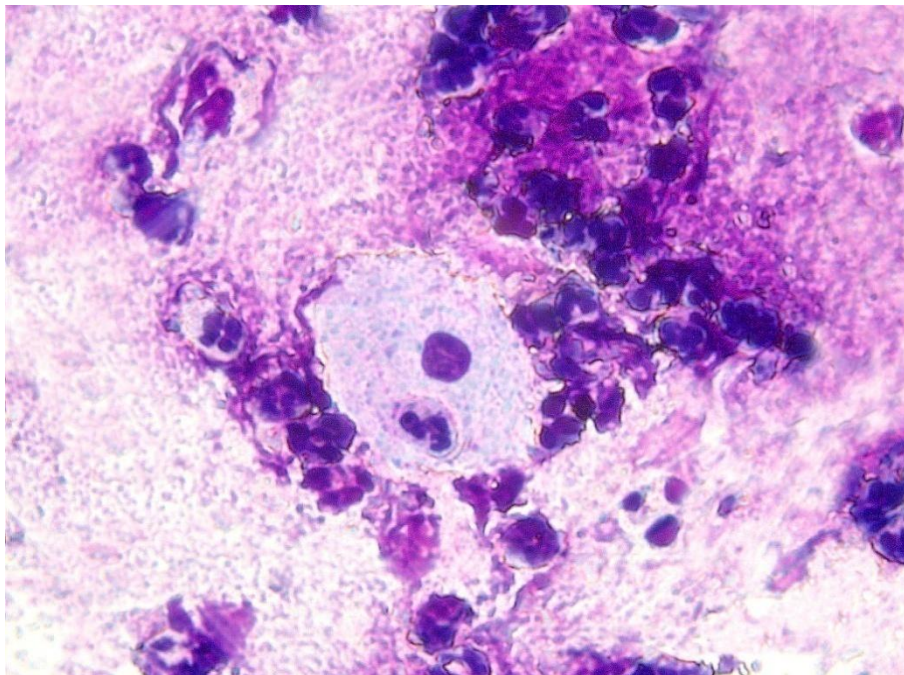


Рисунок 3 - Хронический паренхиматозный паротит в стадии обострения. Группа сравнения, до лечения. Фагирующий эпителиоцит 4 стадии дифференцировки. Окраска по Май-Грюнвальду и Романовскому-Гимза. x 630

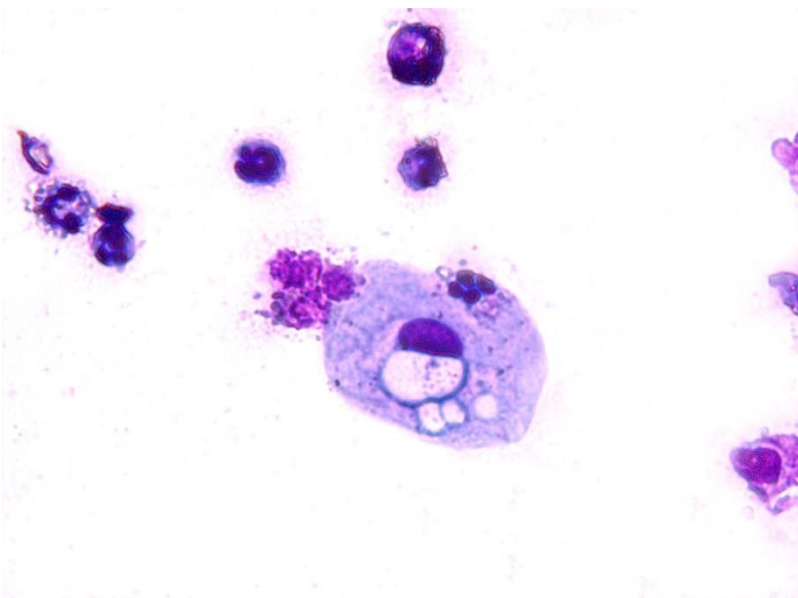


Рисунок 4 - Хронический паренхиматозный паротит в стадии обострения. Основная группа, до лечения. Дистрофически измененный эпителиоцит 4 стадии дифференцировки. Окраска по Май-Грюнвальду и Романовскому-Гимза. x 630

Значительное увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов и мононуклеаров, появление дистрофически измененных и фагирующих эпителиоцитов в цитogramмах секрета околоушной железы (Рис. 1,2,3,4) указывало на развитие в ней воспалительно-деструктивных реакций, об этом свидетельствовали и высокие показатели ВДИ по сравнению с данными цитogramмы секрета практически здоровых лиц. ВДИ (воспалительно-деструктивный индекс) был значительно повышен у больных, он отражал интенсивность воспалительного процесса, так, в начальной стадии в период обострения он составил $10,9 \pm 1,23$ ($P < 0,001$), в клинически выраженной и поздней стадиях – $22,5 \pm 2,15$ ($P < 0,001$).

Примеры выполнения способа.

Пример 1. Больная З., 22 года. Обследована в челюстно-лицевом отделении №1 5 городской клинической больницы (г. Алматы). Диагноз: хронический паренхиматозный сиаладенит, начальная стадия, обострение. В отделении проводилось комплексное лечение согласно протоколу (стандарту) МЗ РК. При цитологическом анализе секрета околоушной железы было отмечено, что ИДиф резко снизился до величины 260,9 ($P < 0,001$). Это свидетельствовало о выраженном воспалительном процессе в паренхиме и выводных протоках околоушной железы, о преобладании эпителиоцитов 1 и 2 стадий дифференцировки ИЛС до лечения составил 17,6, ВДИ – 22,6 ($P < 0,001$). На 7-ой день лечения начиналось восстановление показателей всех индексов, однако они не достигали уровня нормы: величина ИДиф составила 458,6 ($P < 0,05$), ИЛС – 1,16 ($P < 0,001$), ВДИ – 16,7 ($P < 0,001$). На 10-ый день лечения показатели величин всех цитологических индексов достигала величин, характерных для нормы. Так, величина ИДиф соответствовала 507,5, ИЛС – 0; ВДИ – 0.

Предложенный способ оценивается как эффективный и достоверный для диагностики и мониторинга обострения хронического паренхиматозного сиаладенита, что подтверждается параллельными клиническими наблюдениями и результатами биохимического анализа. При поступлении в клинику до лечения у больных имелось выраженное увеличение околоушной слюнной железы, гиперемия кожи, при пальпации железа была болезненной и плотной, при массировании железы из стенонова протока выделялась мутная густая слюна с гноем; биохимические показатели секрета из железы свидетельствовали о выраженном воспалительном процессе: так, содержание лактоферрина было повышено до $1750,0$ нг/мл ($P < 0,001$). На 7 сутки лечения – отмечено уменьшение размеров железы почти до нормальных величин, при пальпации она безболезненная, из протока выделялась визуально неизменная слюна, однако уровень лактоферрина по

сравнению с нормальными величинами был еще повышен – 1285 нг/мл ($P < 0,001$), на 10 сутки – околоушная слюнная железа не пальпировалась, из стенонова протока выделялась чистая слюна, содержание лактоферрина соответствовало нормальным величинам – 1010 нг/мл ($P > 0,05$).

Пример 2. Больная У.К., 66 лет. Обследована в челюстно-лицевом отделении №1 5 городской клинической больницы (г. Алматы). Диагноз: хронический паренхиматозный сиаладенит, клинически выраженная стадия, обострение. В отделении проводилось комплексное лечение согласно протоколу (стандарту) МЗ РК. При анализе цитogramмы эпителиоцитов секрета околоушной железы до лечения были отмечены низкие величины ИДиф (260,9; $P < 0,001$), свидетельствующие о явлениях воспаления в околоушной железе. Соответственно изменялись и другие индексы: при поступлении в клинику до лечения ИЛС составил 17,60 ($P < 0,001$), ВДИ – 22,5 ($P < 0,001$).

На 7-ой день терапии возростала величина ИДиф (354,8; $P < 0,001$), однако она не достигала уровня нормы. Значения остальных индексов также улучшались, но данные отличались от значений, характерных для нормы: ИЛС -1,18 ($P < 0,001$), ВДИ – 16,6 ($P < 0,001$).

На 14-ый день лечения ИДиф достигал контроля – 507,4 ($P > 0,05$), нормализовались величины и других индексов цитogramмы: ИЛС составил 0,26 ($P > 0,05$), ВДИ – 2,3 ($P > 0,05$).

Предложенный способ оценивается как эффективный и достоверный для диагностики и мониторинга обострения хронического сиаладенита в период обострения, что подтверждается параллельными клиническими наблюдениями и результатами биохимического анализа: содержание лактоферрина в секрете околоушной слюнной железы до лечения было повышено – 2000 нг/мл ($P < 0,001$), далее в динамике лечения отмечено снижение значений лактоферрина, что свидетельствовало о снижении интенсивности воспалительного процесса: на 7 сутки – 1450 нг/мл ($P < 0,001$), на 14 сутки имело место нормализация значений лактоферрина – 1010 нг/мл ($P > 0,05$).

Пример 3. Больной К., 61 год. Обследован в челюстно-лицевом отделении №1 5 городской клинической больницы (г. Алматы). Диагноз: хронический паренхиматозный сиаладенит, клинически выраженная стадия, обострение. В отделении проводилось комплексное лечение согласно протоколу (стандарту) МЗ РК. При анализе цитogramмы секрета околоушной железы до лечения были отмечены низкие величины ИДиф (255,8; $P < 0,001$), свидетельствующие о выраженном воспалительном процессе в паренхиме и выводных протоках железы. Соответственно изменялись и другие индексы: при

поступлений в клинику до лечения ИЛС составил 17,3 ($P < 0,001$), ВДИ – 22,0 ($P < 0,001$).

На 7-ой день терапии постепенно возрастала величина ИДиф (334,5; $P < 0,001$), однако, выявленная величина индекса не достигали уровня нормы. Значения остальных индексов также улучшались, но данные отличались от значений, характерных для нормы: ИЛС -1,46 ($P < 0,001$), ВДИ – 15,9 ($P < 0,001$).

На 14-ый день лечения ИДиф достигал контроля – 500,2 ($P > 0,05$), нормализовались величины и других индексов цитограммы: ИЛС составил 0,27 ($P > 0,05$), ВДИ – 3,2 ($P > 0,05$).

Предложенный способ оценивается как достоверный и весьма эффективный для диагностики и мониторинга обострения хронического паротита, об этом свидетельствуют и данные клинических наблюдений и биохимического анализа: содержание лактоферрина в секрете околоушной слюнной железы до лечения было повышено – 2005 нг/мл ($P < 0,001$), далее в динамике лечения отмечено снижение значений лактоферрина, что свидетельствовало о снижении интенсивности воспалительного процесса: на 7 сутки – 1500 нг/мл ($P < 0,001$), на 14 сутки имело место нормализация значений лактоферрина – 1010 нг/мл ($P > 0,05$).

Пример 4. Больная Ш., 63 года. Обследована в челюстно-лицевом отделении №1 5 городской клинической больницы (г. Алматы). Диагноз: хронический паренхиматозный сиаладенит, поздняя стадия, обострение. В отделении проводилось комплексное лечение согласно протоколу (стандарту) МЗ РК. При анализе цитограммы секрета околоушной железы до лечения были отмечены низкие величины ИДиф (250,8; $P < 0,001$), свидетельствующие о выраженном воспалительном процессе в паренхиме и выводных протоках железы. Соответственно изменялись и другие индексы: при поступлении в клинику до лечения ИЛС составил 18,5 ($P < 0,001$), ВДИ – 23,7 ($P < 0,001$).

На 7-ой день терапии постепенно возрастала величина ИДиф (344,9; $P < 0,001$). Тем не менее, выявленная величина ИДиф не достигала уровня нормы. Значения остальных индексов также улучшались, но данные отличались от значений, характерных для нормы: ИЛС -1,58 ($P < 0,001$), ВДИ – 17,8 ($P < 0,001$).

На 14-ый день лечения ИДиф достигал контроля – 500,2 ($P > 0,05$), нормализовались величины и других индексов цитограммы: ИЛС составил 0,27 ($P > 0,05$), ВДИ – 3,2 ($P > 0,05$).

Предложенный способ оценивается как достоверный для диагностики и мониторинга обострения хронического паротита, что подтверждается параллельными клиническими наблюдениями и биохимическим анализом:

содержание лактоферрина в секрете околоушной слюнной железы до лечения было повышено – 2010 нг/мл ($P < 0,001$), далее в динамике лечения отмечено снижение значений лактоферрина, что свидетельствовало о снижении интенсивности воспалительного процесса: на 7 сутки – 1550 нг/мл ($P < 0,001$), на 14 сутки имело место нормализация значений лактоферрина – 1015 нг/мл ($P > 0,05$).

Таким образом, предложенный способ характеризуется как достоверный, отличается простотой мониторинга и удобством практического применения.

Заключение. Способ цитологической диагностики и мониторинга обострения хронического паротита, отличающийся тем, что перед лечением осуществляют взятие мазков секрета околоушной железы, проводят изучение цитограмм мазков и вычисляют следующие индексы: дифференцировки эпителиоцитов (ИДиф), левого сдвига (ИЛС) и воспалительно-деструктивный индекс (ВДИ) после чего осуществляют комплексное лечение (антибактериальное, дезинтоксикационное, противовоспалительное и др.), на 1, 7, 10 и 14 сутки проводят взятие мазков секрета околоушной железы: при значениях индекса дифференцировки эпителиоцитов секрета околоушной железы меньше 450,0; ИЛС – выше 1,15; ВДИ – выше 6,7 диагностируют обострение хронического паротита и проводят мониторинг эффективности лечения обострения хронического паротита.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, и может быть использовано для диагностики и мониторинга обострения хронического паротита.

Предлагаемый способ диагностики и мониторинга обострения хронического паротита легко выполним в любой патоморфологической лаборатории, не требует дорогих реактивов и оборудования.

Новый способ цитологической диагностики и мониторинга хронического паренхиматозного паротита в период обострения отличается от уже известных способов тем, что он неинвазивный, безболезненный, не требует много времени и материальных затрат, определяются цитологические показатели, наиболее полно дающие представление об изменениях эпителиальной выстилки протоков слюнной железы при ее воспалительных процессах.

Предлагаемый неинвазивный метод может быть использован для краткосрочного контроля за состоянием эпителиальной выстилки протоков околоушной слюнной железы при использовании различных видов лечения у больных хроническом паренхиматозном сиаладенитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Быкова И.А., Агаджанян А.А., Банченко Г.В. Цитологическая характеристика отпечатков слизистой оболочки полости рта с применением индекса дифференцировки клеток // Лаб. Дело. – 1987. - № 1. – С. 33 – 35.
- 2 Григорьян А.С., Грудянов А.И., Антипова З.П., Титов М.Н., Фролова О.А., Ерохин А.И. Новый диагностический метод оценки состояния пародонта по данным цитофотометрии отпечатков с десны // Стоматология. - 2000. - №5. – С. 4-9.
- 3 Ергазина М.Ж., Юй Р.И. Предпатент РК на изобретение, № 14227, № госрегистрации 2002/1184.1 от 25.09.2002.
- 4 Москаленко Г.Н. Хронический паренхиматозный паротит у детей // Заболевания и повреждения слюнных желез // Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию д.м.н., профессора В.В.Афанасьева. – М.: 2006. – С. 52-54.
- 5 Ордашев Х.А. Цитограмма пунктата и секрета слюнных желез при паренхиматозном паротите // Материалы международной конференции «Прикладные и фундаментальные вопросы анатомии, морфологии и сердечно-сосудистой системы». – Махачкала: 1997. – С. 67-68.
- 6 Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Бельшева Е.С., Манвелян А.С. Диагностика заболеваний слюнных желез с применением магнитно-резонансной томографии // Стоматология: сб. тезисов «Стоматология на пороге третьего тысячелетия». – М.: 2001. – С. 443-444.
- 7 Щипский А.В., Афанасьев В.В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желез с помощью дифференциально-диагностического алгоритма // Практическое руководство. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – С. 160-168.
- 8 Юдин Л.А., Кондрашин С.А. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез. – М.: Видар, 1995. – С. 120-128.

Р.И. Юй, У.Р. Мирзакулова, Д.С. Тяп
С.Ж.Асфендияроватындағы ҚазҰМУ, Гистология кафедрасы
Хирургиялық стоматология кафедрасы

**ҚАБЫНУ КЕЗІНДЕГІ СОЗЫЛМАЛЫ ПАРЕНХИМАТОЗДЫ СИАЛОДЕНИТТІҢ МОНИТОРИНГІ МЕН ИНВАЗИВТІ
 ЕМЕС ЦИТОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫН ӨНДЕУ ТӘСІЛДЕРІ**

Түйін: Қалқанша маңы без секретін микроскопиялық зерттеудің қабыну кезеңінде созылмалы паренхиматозды сиалоаденитті емдеу мониторингі мен диагностика тәсілдері, эпителиоциттердің дифференцировкау индексін және солға жылжуы сонымен қатар деструктивті қабыну индексін анықтау тәсілі. Индекс дифференцировкасы 450,0 аз, солға жылжуы 1,15 көп, деструктивті қабыну индексі 6,7 ден көп болса паренхиматозды сиалоадениттің қабынуымен сипатталады. Индекс дифференцировкасы 350,3±4,8 дейін бұл сырқаттың алғашқы бастамасын көрсетеді. Индекс дифференцировкасы 260,9- 9,7 созылмалы паренхиматозды сиалоадениттің соңғы кезеңін сипаттайды. Өңделген тәсіл нақты, сырқаттың клиникалық алғашқы немесе соңғы кезеңін сипаттап, анықтауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: цитограмма, эпителиоциттер дифференцировкасының индексі, солға жылжу индексі, деструктивті қабыну индексі, созылмалы паренхиматозды сиалоаденит

R.I. Yuy, Y.R. Mirzakulova, D.C. Tyan
Asfendiarov Kazakh National Medical University, Department of Histology
Department of Surgical Stomatology

**METHOD OF NONINVASIVE CYTOLOGICAL DIAGNOSTICS AND MONITORING OF CHRONIC PARENCHYMATOUS
 SIALOADENITIS IN THE PERIOD OF EXACERBATION**

Resume: Method of diagnostics and monitoring of treatment of chronic parenchymatous sialoadenitis in the period of exacerbation includes microscopic examination of the parotid secretion, calculation of indices of epitheliocyte differentiation and of the left shift, and of inflammation-destruction index. In case of chronic parenchymatous sialoadenitis "the index of epitheliocyte differentiation" makes up less than 450,0, "index of the left shift" makes up 1,15, "inflammation-destruction index" makes up more than 6,7. "Index of epitheliocyte differentiation" about 350,3±4,8 and less indicates the initial stages of the disease. "Index of epitheliocyte differentiation" about 260,9±9,7 indicates late stage of the disease. Above mentioned method is characterized by high trustworthiness. It is able to promote to diagnostic accuracy of different stages of the disease.

Keywords: cytogram, "index of differentiation", "index of the left shift", "inflammation-destruction index", chronic parenchymatous sialoadenitis.



ТЕРАПИЯ

THERAPY

ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е.С. Утеулиев, А.С. Мырзагулова, В.Ш. Атарбаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

В данной статье представлены материалы по влиянию бета-адреноблокатора на морфофункциональные показатели при артериальной гипертензии.

Ключевые слова: влияние, артериальная гипертензия, гемодинамика, систола, объем.

УДК 616.1:615.1.7-15

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Опасность АГ в том, что она способствует осложненному течению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), с которыми связано около половины всех случаев смерти в развитых странах мира [1,2]. Многочисленными исследованиями отмечено, что при АГ уже на ранних стадиях ее развития поражаются органы-мишени – сердце, мозг, почки, сетчатка глаза. С нарушением кровоснабжения этих органов, их структурно-функциональным ремоделированием, связано появление таких фатальных осложнений как: инсульт головного мозга, инфаркты миокарда различной локализации, нефроангиосклероз, сердечная недостаточность [3-5].

На сегодняшний день бета – адреноблокаторы (БАБ) являются одними из наиболее изученных препаратов с позиций доказательной медицины. В многочисленных исследованиях выявлено положительное влияние препаратов этой группы на «конечные точки» у сердечно – сосудистых больных [6,7]. Механизм действия БАБ связан с обратимым блокированием бета-адренергических рецепторов. Селективность позволяет расширить возможность использования БАБ, применять при наличии ряда сопутствующих заболеваний, а также снижать риск появления побочных эффектов [8-10].

Целью исследования явилось изучение эффективности и переносимости препарата «Метокард» в лечении больных АГ.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 26 больных АГ 2 степени, риск 3, в том числе 14 мужчин и 12 женщин, средний возраст $48,1 \pm 2,3$ лет). Диагноз артериальной гипертензии устанавливался согласно классификации ВОЗ, МОАГ (2007г.). Метопролол (Метокард, фарм.компания «Santo») назначали в дозе 100 мг в сутки. У всех исследуемых оценивались следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС) по электрокардиограмме (ЭКГ), САД, ДАД и показатели внутрисердечной гемодинамики. Изучение внутрисердечной гемодинамики проводили с помощью эхокардиографии на аппарате «Aloka – 1700» (производство Япония). Сроки исследования: исход и 3 месяца от начала терапии. Расчеты проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excell 2007 Professional.

Результаты и обсуждение: При изучении влияния метокарда на уровень АД было выявлено, что через 12 недель терапии САД снизился до $136,2 \pm 3,1$ мм рт. ст. (на 20%); ДАД – $78,7 \pm 2,9$ мм рт. ст. (16%), среднее АД - на 16% ($p < 0,05$). (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели периферической гемодинамики у пациентов АГ, принимавших препарат «Метокард»

Показатели	Исход (n=26) (M±m)	3 месяца (n=26) (M±m)
САД, мм рт. ст.	$176,8 \pm 5,6$	$136,2 \pm 3,1$
ДАД, мм рт. ст.	$105,6 \pm 4,5$	$78,7 \pm 2,9$

Число сердечных сокращений (ЧСС) через 3 месяца терапии уменьшилось на 16% от исходного значения ($p < 0,05$), (рисунок 1).

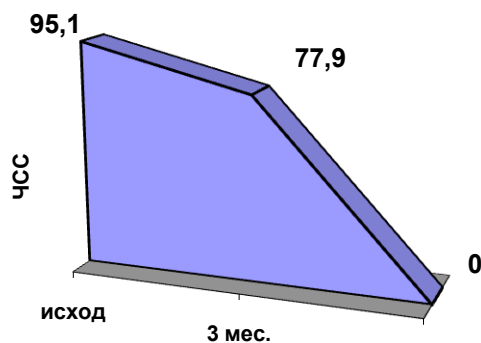


Рисунок 1 – Динамика ЧСС у больных артериальной гипертонией

Размеры левого желудочка в систолу и диастолу исходно были увеличены в 1,6 раза по сравнению с показателями здоровой группы ($p < 0,05$). Показатели, характеризующие сократительную и насосную функцию миокарда: фракция выброса и степень укорочения передне-заднего размера левого желудочка ($\Delta\%S$) были снижены в 1,3 раза ($p < 0,05$).

К концу периода наблюдения уровень конечно-диастолического объема (КДО) с $159,2 \pm 2,8$ мл снизился до $140,5 \pm 2,5$ мл (на 4,1%). Конечно-систолический объем (КСО) к концу наблюдения снизился на 8,3% и составил $65,8 \pm 2,1$ мл ($p < 0,05$), (рисунок 2).

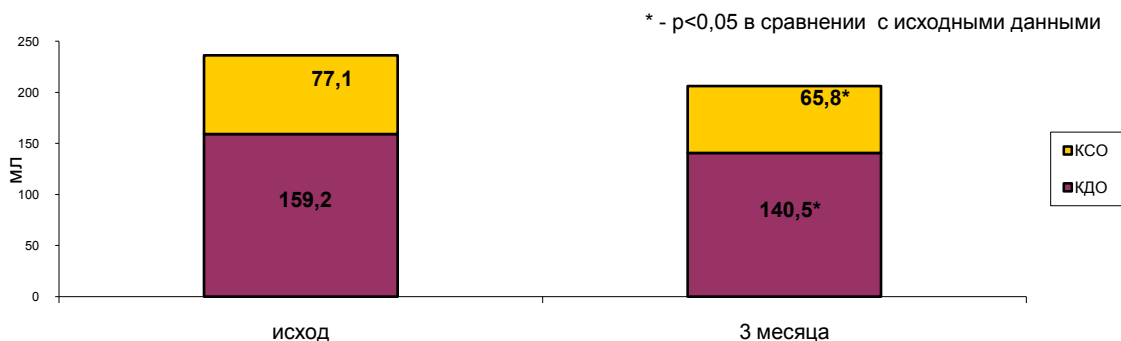


Рисунок 1 - Динамика конечно-систолического и конечно-диастолического объемов левого желудочка у больных АГ

Показатели конечно-систолического и конечно-диастолического размеров левого желудочка через 3 месяца

уменьшились на 8%. Так, КДР снизился с $6,4 \pm 2,9$ мл до $5,5 \pm 2,4$ мл, КСР с $4,9 \pm 1,7$ мл до $4,5 \pm 1,5$ мл (рисунок 3).

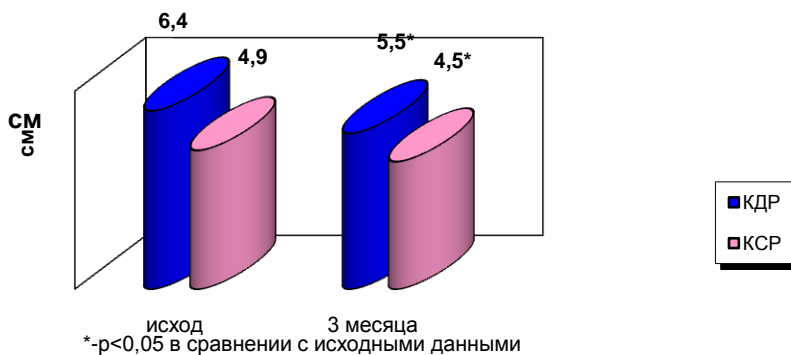


Рисунок 3 – Влияние Метокарда на конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого желудочка

Фракция выброса левого желудочка возросла к концу периода наблюдения на 9,5% (с $45,6 \pm 1,8\%$ до $53,2 \pm 1,9\%$).

Передне-задний размер левого желудочка увеличился на 8,7% (с $23,4 \pm 1,3\%$ до $27,4 \pm 1,5\%$) (рисунок 4).

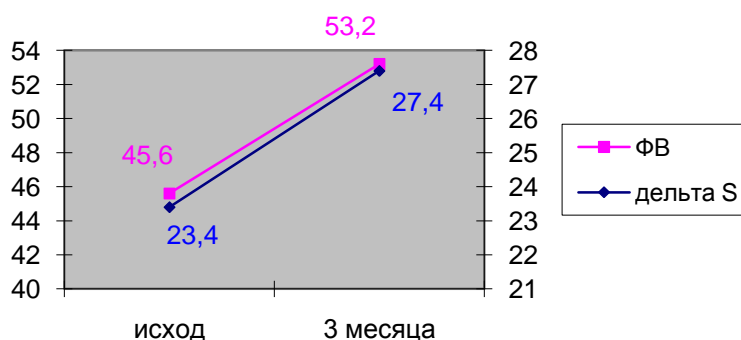


Рисунок 4 –Изменение показателей насосной и сократительной функции

Изучая, морфофункциональные показатели массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), морфофункциональный коэффициент КДО/ММЛЖ в процессе применения

препарата «Метокард» нами выявлено уменьшение ММЛЖ - на 2,1%; ИММЛЖ - на 4,3%. Коэффициент КДО/ММЛЖ достоверно снизился - на 4,3% в сравнении с исходными данными (таблица 2).

Таблица 2 - Морфофункциональные показатели до и после лечения

Показатели	Исход (n=30)	3 месяца (n=30)
ММЛЖ, г	340,8±23,5	333,4±21,3*
ИММЛЖ, г/м ²	177,8±19,8	170,1±17,7*
КДО/ММЛЖ, мл/г	0,46±0,08	0,44±0,06**
Примечание: * p < 0,05 достоверность различия с исходными данными		

Необходимо также отметить, что средний уровень общего холестерина после лечения препаратом «Метокард» практически не изменился, а уровень триглицеридов - на 3,1% даже снизился. Уровень липопротеидов высокой плотности повысился - на 0,8%. Кроме того, по нашим

данным, средний уровень сахара крови и трансаминаз после лечения рассматриваемым препаратом несколько снизился в сравнении с исходным, но разница оказалась статистически незначимой.

Таблица 3 - Некоторые биохимические показатели при лечении препаратом «Метокард»

Показатель	Величина показателя в группе сравнения	
	до лечения	после лечения
Общий холестерин, ммоль/л	5,46±0,87	5,29±0,85
Триглицериды, ммоль/л	2,03±0,99	1,99±0,97
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,21±0,30	1,22±0,32
Глюкоза плазмы, ммоль/л	5,3±0,80	5,1±0,78
АЛТ, МЕ	7,1±0,75	6,9±0,73
АСТ, МЕ	6,7±0,70	6,6±0,71

На фоне терапии улучшилось субъективное состояние больных, уменьшились головные боли, головокружения, одышка при физической нагрузке, отеки на нижних конечностях, колющие боли в области сердца, нормализовалось АД. В большинстве случаев переносимость препарата была хорошей. Только у одного пациента, получавшего препарат «Метокард» в дозе 100 мг/сутки, отмечались общая слабость, головокружение. После снижения дозы препарата до поддерживающей (50 мг/сутки) эти явления исчезли.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Метокард – эффективный антигипертензивный препарат в лечении больных с артериальной гипертонией.

2. Метокард оказывает положительное влияние на процесс ремоделирования миокарда левого желудочка, уменьшает конечно-диастолический и конечно-систолический объемы и размеры левого желудочка, повышает фракцию выброса и передне-задний размер левого желудочка, снижает функциональный класс сердечной недостаточности и улучшает качество жизни пациентов.

3. Применение препарата «Метокарда» не оказывает отрицательного влияния на углеводный и липидный обмен.

4. Метокард является эффективным и безопасным лекарственным препаратом в лечении больных артериальной гипертонией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Под ред. Питера Либби, Роберта О.Бонноу, Дугласа Л.Манна, Дугласа П.Зайпса. Болезни сердца по Браунвальду // Руководство по сердечно-сосудистой медицине. - М.:РидЭлсивер, 2010. - Т.4. - С. 45-52.
- 2 Ю.Н.Беленков, Р.Г.Оганов. Кардиология. Национальное руководство (Серия «Национальные руководства», разработано и рекомендовано Всероссийским научным обществом кардиологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству. Рекомендуются Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей). - М.: Геотар-Медиа, 2008. - 1232 с.
- 3 Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Артериальная гипертензия. - 2001. - №7, приложение: 1-16. - С. 25-31.
- 4 Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Бета-адреноблокаторы // Практическая кардиология. - М.: 1996. - С. 4-12.
- 5 Белоусов Ю.Б., Тхостова Э.Б. Классы гипотензивных препаратов: стратегия и тактика выбора первого препарата // Сердце. - 2002. - №5. - С. 220-226.
- 6 Марцевич С.Ю. Лечение В – адреноблокаторами: позиции доказательной медицины и реальная клиническая практика // Кардиология. - 2003. - №7. - С. 98-101.
- 7 Ж.Д.Кобалава, Ю.В.Котовская Артериальная гипертензия: новое в диагностике и лечении. - М.: 2006. - 136 с.
- 8 Кардиоваскулярная профилактика, национальные рекомендации (ВНОК).- М.: 2011. - 64 с.
- 9 Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Комбинированная терапия артериальной гипертензии. - М.: 2007. - 183 с.
- 10 Р.Г. Оганов Болезни сердца. Руководство для врачей. - М.: 2006. - 48 с.

Е.С. Утеулиев, А.С. Мырзагулова, В.Ш. Атарбаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

**АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕГІ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЛАРДЫҢ МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫҚ
 КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӘСЕРІ**

Түйін: Метокардтың ремоделирленген миокардқа 26 науқаста артериалдық гипертензия 2 және 3 реттік белгі көрінеді. Биохимиялық, электрокардиографиялық, эхокардиографиялық зерттеу әдістерінің материалдары қолданылды. Метокард тәулігіне 100 мг көлемінде қолданылды. 12 аптадан кейін артериялық қан қысымының төмендеуі және сол жүрекшенің ремоделирленгенін байқауға болады.

Түйінді сөздер: әсер ету, артериалдық гипертензия, гемодинамика, систола, көлем.

E. Uteyliiev, A. Myrzagulova, V. Atarbaeva

INFLUENCE OF BETA-ADRENOBLOCKER ON MORPHOFUNCTIONAL INDICES IN ARTERIAL HYPERTENSION

Resume: The influence of Metocard on myocardial remodeling and the state of hemodynamics was studied in 26 patients with arterial hypertension of the 2nd degree, risk 3. Biochemical, echocardiographic and electrocardiographic methods of investigation were used. Methocard was used at a dose of 100 mg / day. At the end of the treatment course, the decrease in systolic and diastolic blood pressure was 20% and 16%, respectively. After 12 weeks of therapy, there was a stabilization of blood pressure and a tendency to reverse myocardial remodeling of the left ventricle. The influence of Metocard on myocardial remodeling and the state of hemodynamics was studied in 26 patients with arterial hypertension of the 2nd degree, risk 3. Biochemical, echocardiographic and electrocardiographic methods of investigation were used. Methocard was used at a dose of 100 mg / day. At the end of the treatment course, the decrease in systolic and diastolic blood pressure was 20% and 16%, respectively. After 12 weeks of therapy, there was a stabilization of blood pressure and a tendency to reverse myocardial remodeling of the left ventricle.

Keywords: influence, arterial hypertension, hemodynamics, systole, volume.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ИСТОРИЯ, ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

К.С. Жакипбеков, У.М. Датхаев, О.М. Юн, С.К. Тулемисов

Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

В данной статье нами был проведен ретроспективный анализ заболеваемости органов пищеварения по областям и в целом по Казахстану. Сегодня, согласно статистическим данным Республики Казахстан заболевания органов пищеварения по распространенности находятся на третьем месте после болезней кровообращения и системы органов дыхания. Одной из самых распространенных болезней органов пищеварения является гастрит. Ежегодно показатели уровня заболеваемости гастритом растут и охватывают все более молодые слои населения. В ходе проведенного нами литературного обзора, были рассмотрены история и сравнительный анализ заболеваемости желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: острый гастрит, хронический гастрит, ретроспективный анализ, *Helicobacter pylori*, гастроэнтерология, органы пищеварения.

УДК 616.33.1/2.34-002-085

Актуальность.

Впервые о гастрите упоминается в «Collegiumpracticum» немецким врачом и химиком Георгом Эрнстом Шталем (1728), который утверждал о связи лихорадочных заболеваний с поверхностным раздражением желудка и склонности к язвообразованию.

Несколько позднее Гоффман (1730) сообщил о «defebrestomachicainilammatoria», Морганьи (Morgagni) в «De sedibus et causis morborum» (1761) писал, что наблюдаемые им покраснения, экхимозы, множественные эрозии и участки атрофии внутренней оболочки желудка есть признаки его воспаления.

Французский врач Бруссэ в своей работе «История хронических флегмозит или воспалений» (1803) дал старт истории учения о гастрите. Любые структурные изменения в желудке тел умерших Бруссэ рассматривал как воспаления слизистой.

1868 год характеризуется применением желудочного зонда в изучении нервной диспепсии и секреторной активности желез желудка, предложенным Куссмаулем.

Следующим шагом в изучении гастрита стал метод защиты слизистой желудка посредством введения формалина, предложенным Фебером в начале XX в., что позволило идентифицировать гастрит.

В 1922 г. Шиндлер при большой поддержке Н. С. Смирнова, предложил метод эндоскопического изучения желудка посредством гастроскопа. По результатам его исследований, была составлена классификация гастрита, также были разграничены острый и хронический гастриты. В свою очередь хронический гастрит был разделен на поверхностный, атрофический, гипертрофический и смешанный.

Ю. М. Лозовский (1947) в экспериментальных исследованиях эпителиальных структур слизистой желудка, внес серьезный вклад в учение о гастрите, используя методы гастроскопии и гистологического изучения.

Глубокие изучения И. П. Павлова механизмов нервной и гормональной деятельности желудка, позволило рассматривать гастрит как общее заболевание с вовлечением в патологический процесс ряда органов и систем целостного организма.^[1]

Таким образом, гастрит начали изучать еще в начале XVIII века, когда Шталь впервые упомянул о гастрите в своих трудах. За этот период было сделано множество открытий и предложено большое количество теорий. Шиндлер предложил гастроскоп для эндоскопического изучения желудка. В 50-х годах впервые начали проводить гистологические исследования слизистой желудка у живых пациентов. Значительный вклад в изучении гастрита внес И.П. Павлов, рассмотрев гастрит не как местное поражение желудка, а как заболевание, связанное с рядом патологических процессов органов и организма в целом.

Однако, на сегодняшний день остается еще много вопросов, которые требуют обсуждений и детального изучения.

Методы и материалы исследования: методы структурного, статистического анализа, ретроспективного анализа. информационно-аналитические, графические методы анализа. Материалом исследования стали: научные издания, диссертации, научная литература, данные комитета по статистике РК.

Результаты

Гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное *H. Pylori*-инфекцией или другими повреждающими факторами и проявляющееся клеточной инфильтрацией, нарушением регенерации, развитием атрофии железистого эпителия, кишечной метаплазии, а также расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.^[2]

В ходе проведенного исследования нами было выяснено, что ученые выделяли следующие формы течения гастрита:

- Острые
- Хронические

Острый гастрит – острое воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ), вызванное непродолжительным действием относительно сильных раздражителей, например, употребление недоброкачественной пищи, приём некоторых лекарств и т.д.^[3] В зависимости от особенностей клинической картины различают:

- Катаральный гастрит (простой гастрит, банальный гастрит)
- Фибринозный гастрит (дифтеритический гастрит)
- Коррозивный гастрит (некротический гастрит, токсико-химический гастрит).
- Флегмонозный гастрит.

Хронический гастрит (ХГ) – длительно текущее рецидивирующее воспалительное поражение СОЖ, протекающее с её структурной перестройкой и нарушением секреторной (кислото- и пепсинообразующей), моторной и инкреторной (синтез гастроинтестинальных гормонов) функций желудка.^[3]

На данный момент единой классификации гастрита не существует. Согласно решению Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года (Протокол № 24) общепринятой клинической классификацией является Хьюстенская модификация гастритов, 1996 г (Таблица 1).^[4]

На ряду с этим широко используется система С.М. Рысса и Сиднейская система классификации гастритов (Таблица 2).^[5] Согласно которой решающее значение отдается этиологии, морфологическим изменениям слизистой и локализации структурных изменений слизистой.

Таблица 1 - Хьюстонская классификация хронического гастрита

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы
Неатрофический	H. Pylori и др. факторы	Поверхностный, диффузный антральный, хронический антральный, интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный тип В
Атрофический 1) аутоиммунный 2) мультифокальный	Аутоиммунный, H. Pylori Особенности питания факторы среды	Тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией
Особые формы		
Химический	Химические раздражители, желчь, НПВС	Реактивный рефлюкс-гастрит, тип С
Радиационный	Лучевые поражения	-
Лимфоцитарный	Идиоматический, иммунные механизмы, глютен, H. pylori	Вариолоформный, Ассоциированный с целиакией
Неинфекционный гранулематозный	Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический	Изолированный гранулематоз
Эозинофильный	Пищевая аллергия, другие аллергены	Аллергический
Другие инфекционные	Бактерии (кроме H. pylori), вирусы, грибы, паразиты	-

Таблица 2 - Сиднейская система классификации гастритов

Тип гастрита	Локализация поражения	Морфологические изменения	Этиологические факторы
Острый	- Антральный отдел - Тело желудка - Пангастрит (гастрит антрума и тела желудка)	Степень воспаления - Активность воспаления - Атрофия желудочных желез - Метаплазия - Обсеменение слизистой H. pylori	Инфекционные (H. pylori) Неинфекционные: - аутоиммунные; - алкогольный; - постгастрорезекционный; - обусловленный приемом НПВС; - обусловленный химическими агентами
Хронический			
"Особые" формы - реактивный - лимфоцитарный - эозинофильный - гипертрофический - гранулематозный - другие			

На сегодняшний день самой используемой в практике классификацией гастрита является «Классификация хронического гастрита С. М. Рысса» [4]. Выбор специалистов основывается на простоте и удобстве в использовании данной системы.

I. По этиологическому признаку:

1. Эндогенный гастрит.
2. Экзогенный гастрит.

II. По морфологическому признаку:

1. Поверхностный гастрит.
2. Гастрит с поражением желез без атрофии.
3. Атрофический гастрит:
 - умеренный;
 - выраженный;
 - атрофически-гиперпластический;
 - редкие формы атрофического гастрита (с явлениями жировой дегенерации, с образованием кист, без подслизистого слоя).
4. Гипертрофический гастрит.
5. Антральный гастрит.
6. Эрозивный гастрит.

III. По функциональному признаку:

1. Гастрит с нормальной секреторной функцией.
2. Гастрит с умеренно выраженной секреторной недостаточностью.
3. Гастрит с резко выраженной секреторной недостаточностью.

IV. По клиническому течению:

1. Компенсированный гастрит (фаза ремиссии).
2. Декомпенсированный гастрит (фаза обострения).

V. Специальные формы хронических гастритов:

1. Ригидный гастрит.
2. Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие).
3. Полипозный гастрит.

VI. Хронический гастрит, сопутствующий другим заболеваниям:

1. Хронический гастрит при В12-дефицитной анемии.
2. Хронический гастрит при язве желудка.
3. Хронический гастрит при раке желудка

Кроме вышеперечисленных классификаций, имеет опыт применения за рубежом Классификация Strickland и Maskay

Данная классификация является этиологической, на основе которой были выделены три основные формы гастрита:

- Тип А или аутоиммунный;
- Тип В, бактериальнообусловленный;
- Тип С, Химико-токсический.

Однако в 1989 году была предложена «Новая классификация гастрита», согласно которой гастрит подразделяется на 6 видов: аутоиммунный, хеликобактерный, смешанный, химико-токсически индуцированный, лимфоцитарный и особые формы.

На протяжении многих лет предполагалось, что заболевание является полиэтиологическим и требуется длительное время для его развития. Насегодняшний день вопрос этиологии гастрита детально изучен, однако существует ряд пробелов, которые представляют научный интерес.

Существует ряд факторов, повышающие риск развития гастрита:

- **Инфекция H. pylori.** H. pylori может привести к структурным изменениям в слизистой оболочке желудка. Однако большинство зараженных не страдают от осложнений инфекции;
- **Регулярное употребление болеутоляющих** приводит к снижению ключевой субстанции, которая предохраняет защитный слой желудка;
- **Преклонный возраст.** С течением времени толщина слизистой оболочки становится меньше, что увеличивает риск развития гастрита;
- **Злоупотребление алкоголем;**
- **Стресс;**
- **Билиарный рефлюкс;**
- **Аутоиммунный гастрит;**
- **Другие болезни и состояния.** (ВИД/СПИД, болезнь Крона и паразитические инфекции).

Патогенез гастрита дифференцируется в зависимости от этиологии заболевания.

Экзогенный гастрит. Вначале происходит нарушение защитного слизистого барьера и покровного эпителия, приводящие к нарушению целостности слизистой оболочки, что сопровождается воспалительным процессом. Далее развиваются дисрегенераторные и дегенеративные нарушения, а в последствии атрофия железистого аппарата.

Эндогенный гастрит. Нарушения начинаются с железистого аппарата желудка, проявляющиеся в торможении клеточного обновления, что приводит к неспособности вырабатывать соляную кислоту, пепсин и внутренний фактор Кастла. Дальнейшее развитие патологических процессов приводит к нарушению секреторной функции, а в последствии к атрофии слизистой желудка.

Кроме того, в ходе литературного обзора нами были изучены клинические признаки, возникающие при гастрите.

Клинические признаки острого гастрита:

- Общая слабость
- Тошнота
- Рвота
- Изжога
- Спастические боли
- Дискомфорт в верхних отделах живота
- Лихорадки
- Головокружение

В случае хронического гастрита, определенной четкой симптоматики нет.

Для Диагностики гастрита включает несколько методов:

Врачебный осмотр

Лабораторные методы диагностики

- общий анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь и наличие хеликобактерий;
- анализ мочи;
- биохимический анализ крови.

Инструментальная диагностика

- ФГДС
- Биопсия тканей
- Определение кислотности
- Определение компонентов желудочного сока
- Рентген

Терапия гастритов в большинстве случаев проходит в амбулаторных условиях. В случаях серьезного обострения болезни показана госпитализация.

Группы препаратов, традиционно используемые в терапии гастрита представлены в таблице 3.[3]

Таблица 3 - Группы лекарственных препаратов, применяемых при лечении гастрита.

№	Лекарственные группы	Лекарственные препараты
1	Ингибиторы протонной помпы	Омепразол, Лансопразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол
2	Блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов	Фамотидин, Ранитидин
3	Витамины	Цианокобаламин (витамин В12)
4	Противомикробные препараты при хроническом гастрите, ассоциированном с <i>H. pylori</i>	Амоксициллин, Кларитромицин, Метронидазол, Левофлоксацин, Тетрациклин, Висмута трикалиядигидрат
5	Селективные М-холинолитики	Пирензепин
6	Антациды	Гастрогель, Алмагель, Гелюсил, Фосфалюгель, Маалокс
7	Прокинетики	Домперидон

В настоящее время предлагается много вариантов схем тройной терапии.

Если кислотность желудочного сока устанавливается в пределах нормальных цифр или снижена, то рекомендуют использовать тройную терапию, включающую антибиотик, метронидазол и препарат висмута. Если кислотность повышена, то целесообразно применять схему, в которую входят H₂-блокатор рецепторов гистамина, антибиотик, препарат висмута. Возможна комбинация антибиотиков и блокаторов H₂-рецепторов гистамина у больных хроническим гастритом, гастроудоденитом.[6]

Таким образом, в ходе исследования нами было установлено, что на сегодняшний день существуют комплексные терапии лечения гастритов. При этом в зависимости от этиологии и патогенеза применяются множество различных лекарственных групп. Данные о заболеваемости ежегодно регистрируются и направляются в комитет по статистике Республики Казахстан, где ежегодно издаются статистические данные по различным

критериям, одним из которых является заболеваемость органов пищеварения.

Нами были проанализированы статистические данные заболеваемости органов пищеварения в период с 2007-2015 гг., вследствие чего выявлено, что в Акмолинской, Западно-Казахстанской, Актюбинской, Атырауской областях уровень заболеваемости остается практически на том же уровне (Рисунок 1), в то время как в Северо-Казахстанской, Костанайской, Мангыстауской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской, Кызылординской областях наблюдается спад (Рисунок 2), а в Павлодарской, Алматинской, Жамбылской, Южно-Казахстанской областях отмечается рост заболеваемости (Рисунок 3), как и в Астане (Рисунок 4). По данным за 2016 год уровень заболеваемости по г. Алматы резко снизился (около 10 000 случаев заболеваний), также наблюдался небольшой спад в столице Казахстана, но показатели остаются на достаточно высоком уровне. Данные по всей Республике Казахстан за период с 2007-2016 гг. (Рисунок 5) показали стабильный рост заболеваемости среди населения.

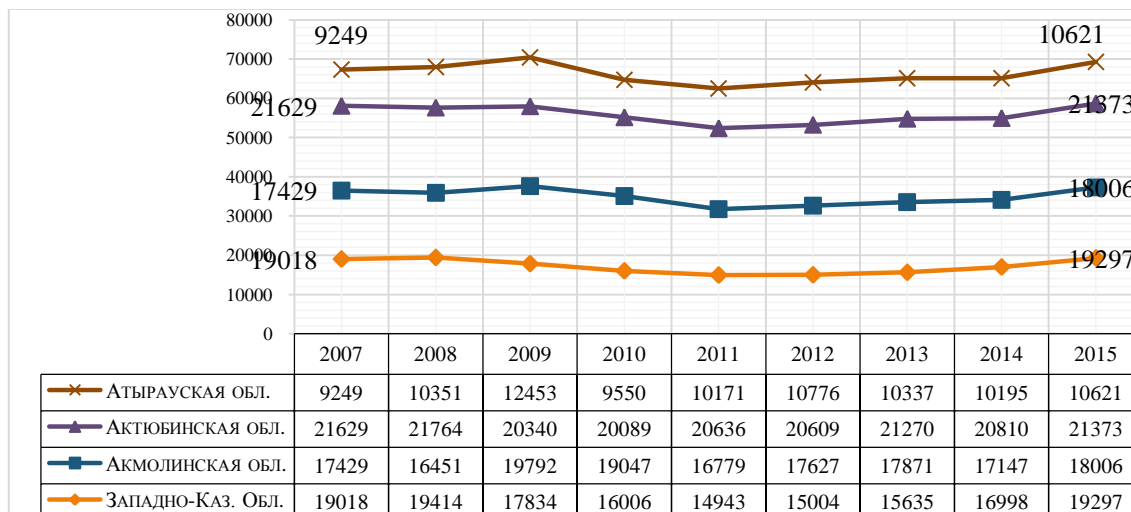


Рисунок 1-Области РК со стабильными показателями уровня заболеваемости органов пищеварения

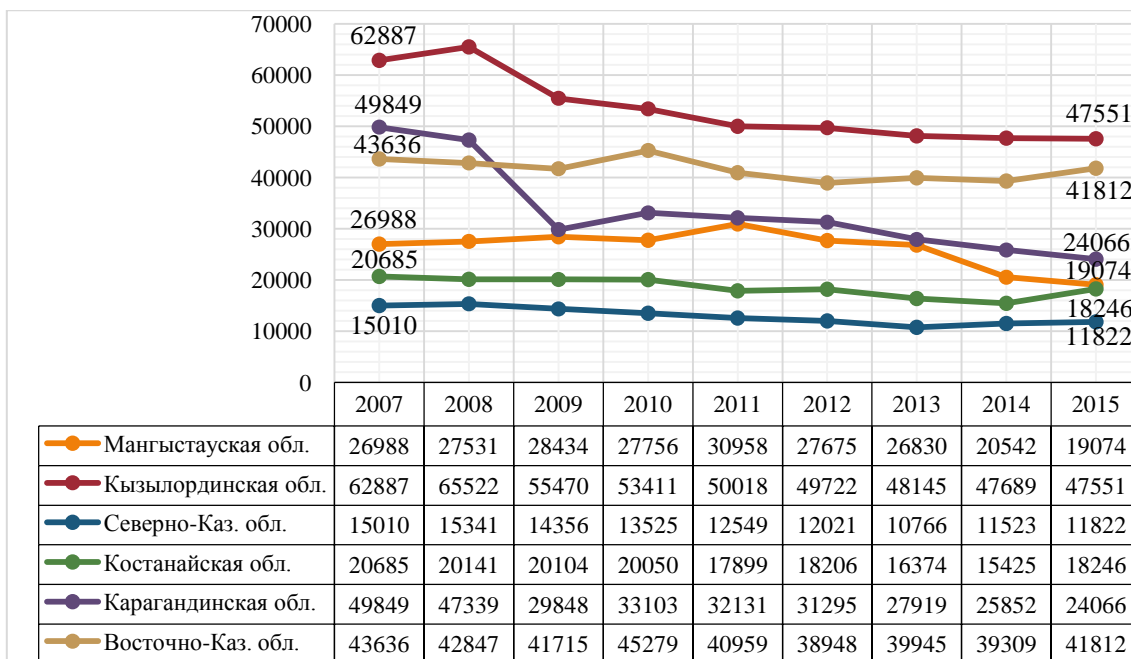


Рисунок 2–Показатели снижения уровня заболеваемости органов пищеварения в РК

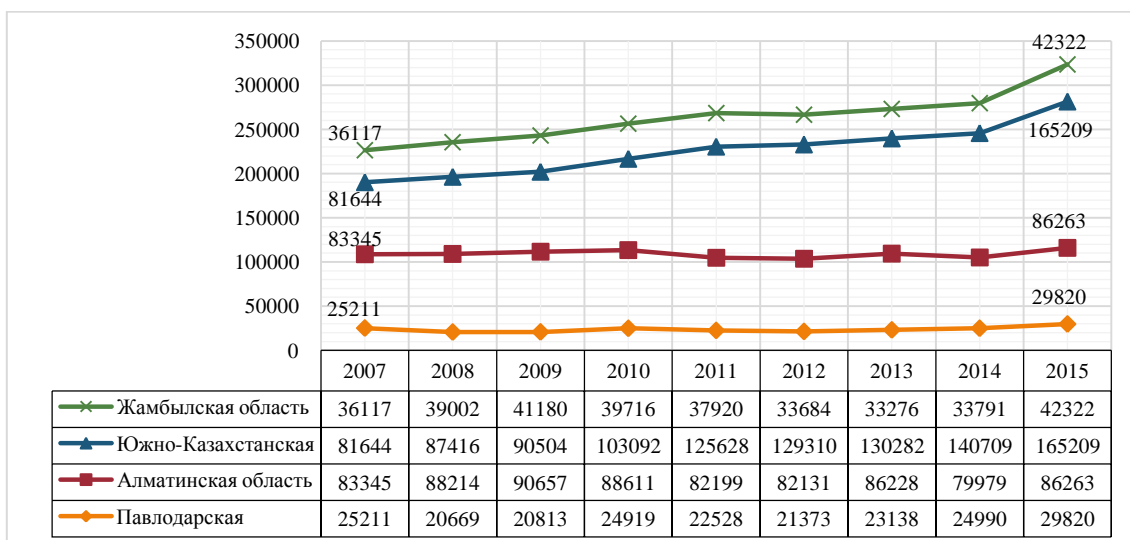


Рисунок 3 –Показатели заболеваемости органов пищеварения по уровню роста в РК.

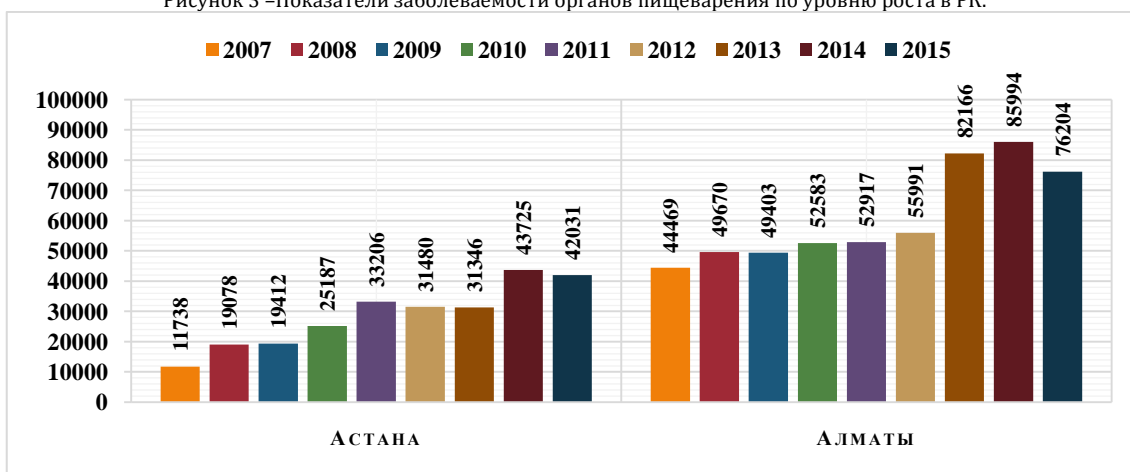


Рисунок 4–Показатели уровня заболеваемости органов пищеварения в городах республиканского значения (Астана, Алматы)

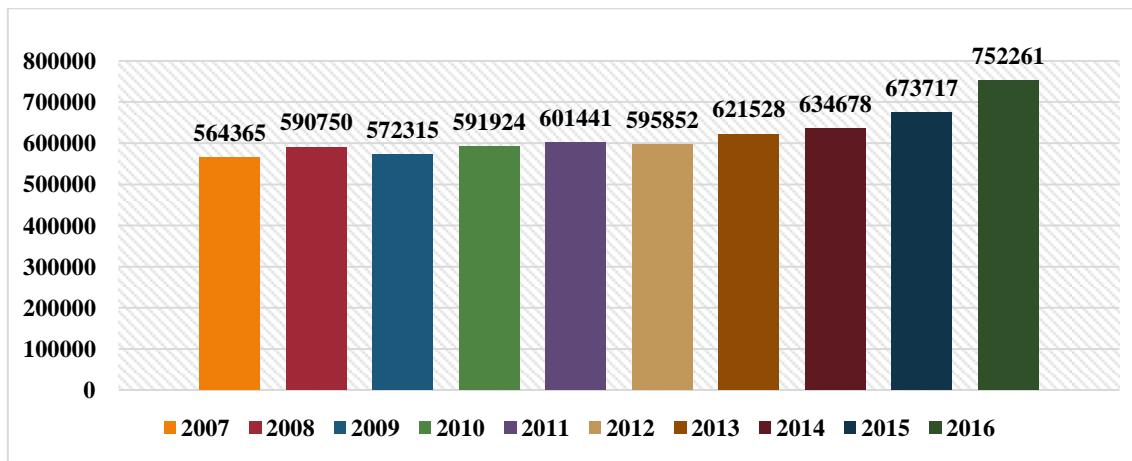


Рисунок 5–Показатели уровня заболеваемости органов пищеварения поРеспублике Казахстан

Выводы.

Таким образом, в ходе исследования нами было установлено, что в Казахстане нет единой классификации гастрита используемой в практике. Согласно решению, Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года (Протокол № 24) [5] общепринятой клинической классификацией является Хьюстенская модификация гастритов, система классификации хронического гастрита С.М. Рысса и Сиднейская система классификации гастритов. Самой широко применяемой является система С.М. Рысса. Наряду с этим были изучены этиология, факторы риска развития заболевания, патогенез,

клинические проявления, диагностика и терапия гастрита. На сегодняшний день заболеваемость гастритом охватывает все более молодое население Казахстана, а также в результате ретроспективного анализа нами было установлено что в некоторых регионах Казахстана наблюдается рост заболеваемости, в ряде других наоборот наблюдается спад, но также есть области, где динамика осталась практически на том же уровне. Однако, проанализировав данные заболеваемости по всей Республике нами было установлено, что наблюдается стабильный ежегодный рост заболеваемости органов пищеварения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гастриты, исторический очерк//Медицина для всех [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vip-doctors.ru/stomak/gastrit_history.php
- 2 Протоколы диагностики и лечения заболеваний (Для стационаров терапевтического профиля)// Научный Центр медицинских и экономических проблем здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.zdrav.kz/attachments/protocols/terapiya.pdf>
- 3 С.И. Рапопорт. Гастриты. Пособие для врачей//Исток-система гастроскан[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/3414>
- 4 Хронический гастрит// Все о терапии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://med-therapia.ru/diseases/stomach/chron_gastrit/8/
- 5 Хронический гастрит. РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)//Профессиональная медицинская платформа в "облаках" MedElement [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://diseases.medelement.com/disease/хронический-гастрит/15044>
- 6 Хронический гастрит// MedKurs.ru информационный портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medkurs.ru/gastroenterology/section113/section2398/12588.html>
- 7 Хронический гастрит//Медицинский справочник MedPuls [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpuls.net/guide/gastroenterology/hronicheskiy-gastrit>
- 8 Статистические сборники//Министерство национальной экономики Республики Казахстан. Комитет по статистике http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?lang=ru&_afLoop=11059436541857517#%40%3F_afLoop%3D11059436541857517%26lang%3Dru%26_adf.ctrl-state%3Dyk61srjvc_116
- 9 DR. SAKOVICH. Хронический гастрит. Этиология и патогенез [Электронный ресурс]. Гастроэнтерология. – Режим доступа: http://optimusmedicus.com/terapiia/gastroenterologiya/etiologiya-i-patogenez-xronicheskogo-gastrita/#_-3
- 10 Лечение гастритов. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gastroweb.ru/Zheludok/Lechenie_gastritov.html

К.С. Жакипбеков, У.М. Датхаев, О.М. Юн, С.К. Тулемисов
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

АСҚАЗАН ЖӘНЕ ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫ: ТАРИХЫ, ДӘРІЛІК ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Бұл мақалада біз облыс бойынша және жалпы Қазақстан бойынша асқорыту ағзаларына ретроспективті талдама жасадық. Бүгінде, Қазақстан Республикасының статистикалық мәліметінше таралымы жағынан асқорыту ағзаларының ауруы қанайналымы мен демалу ағзаларының жүйесінен кейін 3ші орында тұр. Асқорыту ағзаларының ауруларының кең таралған түрінің бірі гастрит. Жыл сайын гастрит ауруының көрсеткіш деңгейі өсуде, және тұрғындардың жастау бөлігін жаулауда. Емделу барысында көбнесе дәрілік емдеуге жүгінеді. Біз өткізген әдеби ізденім барысында, оқиғалар, және асқазан мен ішек жолдарының ауруларының салыстырмалы талдауы қаралды.

Түйінді сөздер: жіті гастрит, созымалы гастрит, ретроспективалық талдау, *Helicobacter pylori*, гастроэнтерология, асқорыту мүшелері.

K.S. Zhakipbekov, U.M. Datkhaev, O.M. Yun, S.K. Tulemisov
Asfendijarov Kazakh national medical university

INCIDENCE OF GASTRO-INTESTINAL TRACT: HISTORY, MEDICINAL THERAPY, CURRENT STATUS

Resume: In this article, we carrying out a retrospective analysis of the incidence of digestive organs by region and as a whole the Kazakhstan. Today, according to statistical data of the Republic of Kazakhstan, diseases of the digestive system are in the third place in terms of prevalence after circulatory diseases and respiratory system. One of the most common diseases of the digestive system is gastritis. Over the years, active promotion of a healthy lifestyle was been conducted, but the incidence does not stop growing and most resort to medical treatment already. We studied the literature, history, etiology, pathogenesis and treatment of gastritis of various etiologies.

Keywords: acute gastritis, chronic gastritis, retrospective analysis, *Helicobacter pylori*, gastroenterology, digestive organs.



ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

С.А. Амраев, У.М. Абуджазар, У.А. Абдуразаков, С.С. Альходжаев,
М.Г. Аубакиров, К.Г. Латко

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра травматологии и ортопедии,
ГКБ №4 г. Алматы

В данном клиническом исследовании проанализированы отдаленные результаты лечения пациентов, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы с повреждениями проксимального отдела бедренной кости.

Ключевые слова: перелом проксимального отдела бедренной кости, смертность, качество жизни

УДК 616.718.4-001.5-08

Введение.

Переломы проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) являются наиболее тяжелым осложнением остеопороза, несмотря на частоту данной проблемы, существует широкая изменчивость методов лечения. У пациентов с переломами ПОБК наблюдается высокая частота поражения сопутствующими заболеваниями, снижается качество жизни и высокая смертность от 14% до 58% [1-5]. Таким образом, клинические рекомендации, основанные на научных исследованиях, являются инструментом, который поможет уменьшить риск осложнений. Было найдено несколько рандомизированных исследований, в которых сравнивались консервативные и оперативные методы лечения переломов ПОБК [5]. В одном контролируемом рандомизированном исследовании сравнивали результаты консервативных и оперативных методов лечения пациентов с экстракапсулярными переломами через 6 месяцев [5].

Пациенты, которых лечили консервативно, госпитализировали для лечения методом скелетного вытяжения. Авторы пришли к выводу, что оперативное лечение дало лучшие анатомические результаты и более короткое пребывание в стационаре. Пациенты, пролеченные методом скелетного вытяжения, показали значительно более низкий уровень качества жизни через 6 месяцев после травмы, тогда как показатель смертности значительно не отличался между группами. В нашем исследовании 25% популяции пациентов с переломами ПОБК были выписаны из травматологического отделения, с предоставлением и рекомендаций по лечению.

Цель данной работы - оценить отдаленные результаты лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости и обосновать результативность оперативного лечения.

Материалы и методы.

В исследование вошли 398 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, включены в регистр переломов ПОБК [6]. После установки диагноза перелом проксимального отдела бедренной кости, осмотра анестезиолога, с пациентами проводилась беседа на предмет обсуждения дальнейшей тактики лечения. 99

пациентов составили контрольную группу, пролеченных консервативно (категорически отказались от оперативного лечения) и 299 пациентов составили основную группу пациентов, пролеченных различными современными оперативными методами.

Критерии включения:

1. Пациенты старше 50 лет, поступившие в Городскую клиническую больницу № 4 с переломами проксимального отдела бедренной кости.
2. Давность травмы не более 2 месяцев.

Критерии исключения:

1. Пациенты в возрасте младше 50 лет.
2. Пациенты с изолированными переломами головки бедренной кости.
3. Пациенты с перенесенными оперативными вмешательствами по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости.
4. Пациенты, которые отказались от участия в исследовании.

Проведен анализ травматизма и оценка общего состояния пациентов согласно шкале Американского сообщества анестезиологов (ASA) [7]. Проспективно опрошены пациенты с переломами ПОБК через 1 год исследования с заполнением формы №2 [10]. Дополнительно пациентам было предложено заполнить анкету для оценки качества жизни. Использована международная анкета оценки качества жизни euroQol-5D (EQ-5D) [8].

Исследование разрешено локальным этическим комитетом (разрешение №291) и проводилось в соответствии с этическими стандартами, принятыми Декларацией в Хельсинки в 1964 году и последующими поправками данной декларации.

Результаты

398 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости поступило в экстренном порядке в приемный покой травматологии и были включены в исследование.

Пациенты, входящие в контрольную группу, значительно старше, средний возраст составил 76 лет против 70 лет в основной группе. Также пациенты из контрольной группы имели более тяжелое состояние согласно шкале ASA

($p < 0.001$). Гендерная принадлежность и типы переломов в обеих группах не имеют существенной разницы (таблица 1).

Таблица 1 - Первичные данные пациентов при поступлении.

Данные	Контрольная группа (n-99)	Основная группа (n-299)	p-показатель
Возраст	76±12 (50-94)	70±11 (50-97)	<0.001
Гендерная принадлежность: женщины /мужчины	62/37	187/112	0.894
Доставлен из: - Дома - Больницы сестринского ухода - Другого стационара - Другие	<ul style="list-style-type: none"> • 95 (96%) • 1 (1%) • 0 • 3 (3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 253 (84.6%) • 1 (0.4%) • 12 (4%) • 33 (11%) 	0.021
ASA шкала: • 2 • 3 • 4 • 5	<ul style="list-style-type: none"> • 10 (10%) • 52 (53%) • 37 (37%) • 0 	<ul style="list-style-type: none"> • 54 (18%) • 182 (61%) • 48 (16%) • 15 (5%) 	<0.001
Типы переломов: - перелом шейки бедренной кости без смещения - перелом шейки бедренной кости со смещением - базальный перелом шейки бедренной кости - Чрезвертельный перелом с образованием 2х отломков. - Чрезвертельный перелом с образованием 3х и более отломков. - Подвертельный перелом бедренной кости	<ul style="list-style-type: none"> - 2 (3%) - 36 (36%) - 5 (5%) - 32 (32%) - 20 (20%) - 4 (4%) 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 (2%) - 144 (48%) - 30 (10%) - 65 (22%) - 39 (13%) - 15 (5%) 	0.129

Из 299 пациентов основной группы произведено: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава 126 пациентам, биполярное эндопротезирование 33 пациентам, остеосинтез проксимальным бедренным стержнем 56 пациентам, DHSпластиной - 63, остеосинтез 3 винтами - 15 и 2 винтами 6 пациентам.

В течение одного года исследования умерло 54 пациента (65%) из 99 пациентов, пролеченных консервативно, в сравнении с 56 умершими пациентами (21%) из 299 пациентов, пролеченных оперативными методами.

В результате однолетнего исследования получены следующие результаты: пациенты, которые пролечены

оперативными методами имели лучшую мобильность, реже использовали вспомогательных средств для ходьбы и имели значительно ниже уровень болевого синдрома по сравнению с пациентами, пролеченных консервативно (таблица 2). По аналогии, опрос по анкете качества жизни (EQ-5D) показал, что пациенты в контрольной группе имели значительно ($p < 0,001$) худший результат (т. е. мобильность, обычная деятельность, уход за собой, боль/дискомфорт, беспокойство/депрессия) по сравнению с оперированной группой в течение одного года исследования (Схема 2).

Таблица 2 – Сравнение результатов лечения

Результаты лечения через 1 год после травмы	Контрольная группа (n-45)	Основная группа (n-243)	p-показатель
Объем движений - Ходит самостоятельно на улицу - Ходит на улицу с помощью - Ходит самостоятельно в помещении - Ходит в помещении с помощью - Не ходит	<ul style="list-style-type: none"> - 10 (22%) - 2 (4%) - 17 (38%) - 13 (29%) - 3 (7%) 	<ul style="list-style-type: none"> - 166 (68%) - 52 (21%) - 15 (6%) - 6 (3%) - 4 (2%) 	<0.001
Средства опоры: - не использует - 1 трость - 2 костыля - ходунки - коляска	<ul style="list-style-type: none"> - 4 (9%) - 8 (18%) - 13 (29%) - 13 (29%) - 7 (15%) 	<ul style="list-style-type: none"> - 87 (36%) - 107 (44%) - 14 (6%) - 31 (13%) - 4 (1%) 	<0.001
Боли в тазобедренном суставе: - острая боль в покое - острая боль при движении - боль (терпимая) - боль при ходьбе и быстро проходит в покое - незначительная боль при первых шагах - нет боли - не могу ответить	<ul style="list-style-type: none"> - 5 (11%) - 13 (29%) - 14 (31%) - 3 (7%) - 6 (13%) - 4 (9%) 0 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 (2%) - 5 (2%) - 30 (12%) - 50 (21%) - 92 (38%) - 62 (25%) 0 	<0.001

Обсуждение и заключение.

Наши данные о большей смертности и низком уровне качества жизни в контрольной группе пациентов не

вызывает удивления и соответствует текущим данным в литературе [9]. Данное исследование подтверждает соответствие оперативных техник и металлоконструкций

международным стандартам, как следствие отличных результатов лечения оперативными методами в Казахстане. Регистр пациентов с переломами ПОВБ позволил оценить результативность оперативных методов лечения, в сравнении с консервативными методами лечения. Широко применяя оперативные методы лечения, мы получаем не только хорошие клинические результаты, низкий уровень сопутствующих заболеваний и низкую смертность, мы также можем улучшить социально-экономический уровень

нашей страны. Данная проблема является актуальной для многих стран постсоветского пространства. При использовании оперативных методов лечения снижается пребывание пациента в стационаре, повышается годовой оборот койки, снижается инвалидизация и как следствие отсутствие необходимости в постороннем уходе для данной категории пациентов. Учитывая вышеизложенное необходимо увеличить оперативную активность для пациентов с переломами ПОВБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Schnell S, Friedman SM, Mendelson DA, Bingham KW, Kates SL. The 1-year mortality of patients treated in a hip fracture program for elders // *GeriatrOrthopSurgRehabil.* – 2010. - №1(1). – P. 6-14.
- 2 Haleem S, Lutchman L, Mayahi R, Grice JE, Parker MJ. Mortality following hip fracture: trends and geographical variations over the last 40 years // *Injury.* – 2008. - №39(10). – P. 1157-1163.
- 3 Poenaru DV, Prejbeanu R, Iulian P, et al. Epidemiology of osteoporotic hip fractures in Western Romania // *IntOrthop.* -2014. - №38(11). – P. 2329-2334.
- 4 Handoll NH, Parker MJ. Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008. - №3. – P. 88-96.
- 5 Bong SC, Lau HK, Leong JC, Fang D, Lau MT. The treatment of unstable intertrochanteric fractures of the hip: a prospective trial of 150 cases // *Injury.* – 1981. - №13(2). – P. 139-146.
- 6 Hornby R, Evans JG, Vardon V. Operative or conservative treatment for trochanteric fractures of the femur. A randomised epidemiological trial in elderly patients // *J Bone Joint Surg Br.* – 1989. - №71(4). – P. 619-623.
- 7 С.А. Амраев и соавт., Лечение пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости. Предварительный анализ // *Вестник КазНМУ.* – 2016. - №3. – С. 305-114.
- 8 Saklad M, Grading of patients for surgical procedures // *Anesthesiology.* - 1941. - №2. – P. 281-284.
- 9 Brooks R., EuroQol: the current state of play // *Health Policy.* – 1996. - №37(1). – P. 53-72.
- 10 Scottish Hip Fracture Audit Report 2008. www.shfa.scot.nhs.uk/_docs/SHFA_Report_2008.pdf. Accessed

С.А. Амраев, У.М. Абуджазар, У.А. Абдуразаков, С.С. Альходжаев, М.Г. Аубакиров, К.Г. Латко
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Травматология және ортопедия кафедрасы
№4 ҚҚА, Алматы қаласы

САНСҮЙЕКТИҢ ПРОКСИМАЛДІ СЫНЫҚТАРЫМЕН ЖӘБІРЛЕНГЕН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ

Түйін: Аталған клиникалық зерттеу жұмысында сынақтардың жиілігі мен құрылымының талдауы жасалған, және Алматы қаласының №4 ҚҚА-ға проксимальді сан сүйектің сынақтарымен түскен науқастарды емдеу әсерінің алдын ала талдауы жасалған. Проксимальді жамбас зақымданған клиникалық аурухананың №4 Алматы жіберілген науқастарды емдеу нәтижелерін жиілігін, құрылымы зиян және алдын ала талдау бағалады.

Түйінді сөздер: проксимальді сан сүйектің сынағы, шұғыл емдеу, өмірсапасы

S.A. Amrayev, U.M. Abujazar, U.A. Abdurazakov, S.S. Alhodzhaev, M.G. Aubakirov, K.G. Latko
Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
department of orthopaedics and traumatology
CCH №4, Almaty city

TREATMENT OF PROXIMAL FEMUR FRACTURES. PRELIMINARY ANALYSIS

Resume: In this clinical study we analysed one year follow-up results treatment patients and evaluated their quality of life, admitted to Almatinian clinical hospital #4 with proximal femur fracture.

Keywords: proximal femur fracture, operative treatment, quality of life

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

М.М. Мурадов¹, Е.С. Утеулиев², К.Б. Мухамедкерим¹, А.А. Байгузова¹,
Қ.Е.Қазантаев³, Д.Ж. Кошкарбаев¹, А.М. Есембекова¹

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова¹

Казахстанский медицинский университет "ВШОЗ"²

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова³

Статья описывает методику эндопротезирования первого плюсне-фалангового сустава, проведена оценка эффективности лечения деформирующего, посттравматического остеоартроза первого плюснефалангового сустава путем применения высокотехнологичных методов лечения – эндопротезирования сустава. Представлены особенности хирургической техники, проведен анализ лечения 10 больных по шкале AOFAS. Контроль результатов проведен в сроки до 12 месяцев. Вышеуказанная методика является относительно простым, высокоэффективным методом хирургического лечения, которая позволяет обеспечить полное восстановление функции сустава.

Ключевые слова: первый плюснефаланговый сустав, артроз, эндопротезирование.

УДК 616-001

Введение.

Остеоартроз первого плюснефалангового сустава стопы встречается в 2.5% пациентах старше 50 лет. Впервые описан в 1887 году Дэвисом Колли, позже был переименован на Hallux rigidus (HR) по Д.М. Коттерил [1].

Этиология часто связано с осложнениями воспалительных процессов, травм, также длительно действующими на сустав перегрузками. Большое количество неблагоприятных результатов как консервативного, так и оперативного лечения, болевой синдром, потеря функции первого плюснефалангового сустава на поздних стадиях при утрате суставного хряща привело к разработке в течении последних 40 лет методик и конструкции для его протезирования [2]. Артродез, рассматривается как стандарт лечения тяжелых артрозов большого пальца, однако частота осложнений в исследованиях зарубежных авторов колеблется от 1% до 8,9% [3]. В связи с чем, данная патология остается одной из актуальных проблем современной медицины.

Цель исследования.

Исследование эффективности лечения деформирующего, посттравматического остеоартроза первого плюснефалангового сустава путем применения

высокотехнологичных методов лечения – эндопротезирования сустава.

Материалы и методы.

На базе ННЦХ А.Н Сызганова, в отделении реконструктивно-пластической микрохирургии с 2016- 2017 гг. были прооперированы 10 больных в возрасте от 45 до 65 лет, с различной степенью артроза первого плюсне - фалангового сустава. Показаниями для оперативного вмешательства являлись: деформирующий или посттравматический остеоартроз первого плюснефалангового сустава. Клинический у всех больных имел место болевой синдром. Амплитуда движений в суставах по шкале AOFAS - объем менее 30°, боль – 20 баллов [4].

При рентгенологическом исследовании выявляли краевые костно-хрящевые разрастания в области латерального отдела проксимальной суставной поверхности основной фаланги первого пальца, кистовидную перестройку субхондрального слоя костной ткани дистального отдела первой плюсневой кости, значительное неравномерное сужение суставной щели [5].

Этим пациентам, после предварительного подбора протезов было выполнено тотальное эндопротезирование первого плюснефалангового сустава (рисунок. 1, 2,3).



1.

2.

3.

Рисунок 1, 2,3

1. Остеоартроз 1 плюсне-фалангового сустава правой стопы.
2. Состояние после эндопротезирования 1 плюсне-фалангового сустава правой стопы.
3. Интраоперационно: керамический эндопротез 1 плюсне-фалангового сустава.

Данная методика выполнялась под спинномозговой, проводниковой анестезией. Обработка соответствующей нижней конечности раствором повидона 4-ды. По тыльной поверхности плюснефалангового сустава I пальца Z-образным разрезом вскрывалась кожа, подлежащие ткани. После препаровки капсулы сустава устанавливался спицами Киршнера направляющая пилы, и с его помощью выполнялась резекция головки основной фаланги первого пальца под углом 102° длиной примерно 4мм; резекцию в дистальном направлении следует делать под углом 90° и также примерно на 4мм. Подвижность пальца должна составлять 90°. С помощью пробного протеза подбирался правильный размер имплантата так, чтобы его края не выступали за края кости. Используя центрирующий инструмент, под контролем электронного-оптического преобразователя (ЭОП), устанавливали в канал основной фаланги первого пальца спицу Киршнера. С помощью канюлированного сверла нужного диаметра рассверливали канал для последующей установки в него ножки имплантата. Сверло вводилось по спице Киршнера до отметки, обозначенной на сверле. При помощи компактора уплотняли сформированный дистальный канал под соответствующий размер ножки имплантата, далее вышеперечисленной техникой сформировали канал в первой плюсневой кости. Установив дистальный компонент в сформированное ложе в нужном положении, с помощью выпуклого импактора выполняли окончательную ее установку. Далее, проверив размер резекции и подвижность сустава, проводилась ступенчатое уплотнение проксимального канала при помощи компактора. Установили проксимальный компонент в сформированное ложе в нужном положении: скошенный срез указывает на подошвенную поверхность. С помощью вогнутого импактора окончательно устанавливали имплантат. Вправление сустава, проверка подвижности, пластика

капсулы сустава. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Движения в плюсне-фаланговом суставе I пальца стопы возможны. Необходима ранняя функция сустава, с первых дней, в раннем послеоперационном периоде, нагрузка на сустав умеренная. Результат лечения оценивали по шкале AOFAS. Ранняя

функция сустава, с первых дней, в раннем послеоперационном периоде, нагрузка на сустав умеренная, носится разгрузочная обувь Барокко, так же выполнялись ежедневные перевязки, в динамике болевой синдром купирован, раны зажили первичным натяжением, выписка через 7 суток на амбулаторное наблюдение, снятие швов на 11 сутки.

Через 2 недели после операции использовали шину для пальцев стопы, позволяющую осуществлять безболезненные движения в диапазоне от исходной точки до 30° включительно в плантарном направлении и до 55° при дорсальной флексии. Альтернативная физиотерапия под наблюдением. Через четыре недели разрешалась осторожная ходьба в твердой широкой обуви стандартной обуви. Через шесть недель увеличивали нагрузку (следует избегать пиковых нагрузок. Через двадцать недель разрешались полные нагрузки.

В отдаленном периоде (5 месяцев) отмечено положительная динамика в функции сустава. Больные выполняли несложные движения пальцем (сгибание, разгибание). Чрез 6-12 месяцев ограничений сгибаний и разгибаний пальца не отмечено. Все пациенты вернулись к своей прежней работе. Оценка сустава на 12 месяц составила 85 балла по шкале AOFAS (до операции – 31 балл).

Выводы. Тотальное эндопротезирование первого плюснефалангового сустава позволяет купировать болевой синдром и сохранить функцию сустава у больных с деформирующим остеоартрозом, а также с наличием в анамнезе травм стопы. Данная методика является относительно простым, высокоэффективным методом хирургического лечения, которая позволяет обеспечить полное восстановление функции сустава.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Coughlin MJ, Shurnas PS: Hallux rigidus. Grading and long-term results of operative treatment // J Bone Joint Surg Am. – 2003. - №85. – P. 2072-2088.
- 2 Broughton N., Doran A., Megitt B. Silastic ball spacer in the first metatarsophalangeal joint // J. Bone Jt Surg. – 1987. - Vol. 69, №2. - P. 678-679.
- 3 Yee G, Lau J Current concepts review: hallux rigidus // Foot Ankle Int. – 2008. – P. 637-646.
- 4 Пахомов И.А., Прохоренко В.М., Садовой М.А., Ефименко М.В. Первичный опыт лечения деформирующего остеоартроза голеностопного сустава путем тотального эндопротезирования // «Эндопротезирование в России»: Всерос. монографич. сб. науч. ст. С.Пб. – Казань: 2009. - С. 125-133.
- 5 Кородюк И.П., Линденбратен Л.Д. "Лучевая диагностика. Издание третье переработанное и дополненное." - М.: БИНОМ, 2013. - С. 333-335.

**М.М. Мурадов¹, Е.С. Утеулиев², К.Б. Мухамедкерим¹, А.А. Байгузева¹, Қ.Е. Қазантаев³,
Д.Ж. Кошкарбаев¹, А.М. Есембекова¹**

А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы¹

"ҚДСЖМ" Қазақстандық медицина университеті²

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ³

БІРІНШІ ТАБАН СҮЙЕК-БАҚАЙ БУЫНЫН КЕРАМИКАЛЫҚ ЭНДОПРОТЕЗДЕУІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ МЕХАНИЗМДЕРІН ЖЕТІЛДІРУ ТӘЖІРБИЕСІ

Түйін: Мақалада бірінші табан сүйек-бақай буынының деформациялық жарақаттан кейінгі остеоартроз кезіндегі жоарғы технологиялық әдісінің хирургиялық ерекшеліктері сипатталған. 10 науқастың емдеу шараларының талдауы және олардың AOFAS шкаласы бойынша 12 айға дейінгі уақытаралықтағы бақылау нәтижелері ұсынылған.

Берілген хирургиялық ем-шарасы буынды қайта қалпына келтіру жолындағы қолдануға қолайлы және тиімді әдістердің бірі.

Түйінді сөздер: бірінші табан сүйек-бақай буынының, артроз, эндопротездеу.

M.M. Muradov¹, E.S. Uteuliev², K.B. Mukhamedkerim¹, A.A. Bayguzeva¹, K.Y. Kazantayev³,
D.Zh. Koshkarbaev¹, A.M. Esembekova¹
National Scientific Center of Surgery named A.N. Syzganov¹
Kazakhstan's medical university "KSPH"²
Asfendiyarov KazNMU³

WAYS TO IMPROVE THE MECHANISMS FOR PROVIDING MEDICAL ASSISTANCE IN THE ARTHROPLASTY OF THE FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT WITH USING CERAMIC PROSTHESES

Resume: The article describes the method of endoprosthesis replacement of the first metatarsophalangeal joint. The effectiveness of treatment of deforming, posttraumatic osteoarthritis of the first metatarsophalangeal joint was assessed by applying high-tech methods of treatment - arthroplasty. The peculiarities of surgical technique was presented, the analysis of treatment of 10 patients on the scale AOFAS was carried out. The results have been monitored for up to 12 months. The above mentioned procedure is a relatively simple, highly effective surgical treatment, which allows full restitution of joint function.

Keywords: first metatarsus-phalangeal joint, osteoarthritis, arthroplasty.

ТІРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІНЕ СКАНДИНАВИЯЛЫҚ (СОЛТҮСТІК) ЖҮРУ ӘДІСІНІҢ ӘСЕРІ

Г.К. Есимова, Ж.Ч. Каташева

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университеті
Гистология кафедрасы

Болашақ дәрігерлерге тірек- қимыл жүйесін қалыптастыратын ет тіндерінің сүйек жүйесімен байланысын және жалпы буын құрылысының құрылым элементтерін білу аса маңызды, соңғы уақыттарда тірек- қимыл жүйесінің құрамындағы буындық шеміршектердің жұқарып, тозуына байланысты буын алмастыру әдістерінен кейінгі қалпына келтіру кезеңіндегі скандинавиялық жүру тәсілі табылмайтын көмекші құрал.

Түйінді сөздер: тірек-қимыл жүйесі, аутоотрансплантация, скандинавиялық таяқшалар, буын, шеміршек тіндері.

УДК 611.71/.73-08-039.7:796.421

Тірек-қимыл жүйесі – ағза негізін құрайтын қаңқа сүйектері мен -бұлшық ет тіні, күрделі және қарапайым буындар, буындардың құрылым элементтері және байламдар мен сіңірлер. Жалпы организмде 200-ден аса ұсақ сүйектер бар. Адам ағзасын түзуші сүйек тіндері қабыршақты және өрескел талшықты болып бөлінеді, ал бұлшық ет тіні көлденең жолақты, тік, бойлық орналасқан және тегіс салалы немесе бірыңғай салалы ет тіндерінен қалыптасады, ересек адамның салмағының 40 тек дайын ет тіндерінен тұрады. Көптеген сырқаттарда, сүйек, шеміршек тіндерінің ультрамикроскопиялық құрылысы мен гистохимиялық ерекшеліктерін білу дәрігерлер үшін аса маңызды.

Тірек-қимыл жүйесіне шеміршек тіндерінің ішінде көк, гиалинді шеміршек кіреді. Сүйек тіндері сынық кезінде механикалық қызмет атқарады, өсіп келе жатқан сүйек қалқаларына бағыттаушы элемент ретінде жаңа сүйек тінінің дамуын күшейтіп, стимульдеуші рөлін атқарады. Ал ет тіндерінің гистофизиологиясы ет тіндерінің құрылысын арттырумен қатар гистохимиялық ерекшеліктерді терең түсінуге мүмкіндік береді.

Елімізде кейінгі кезеңдерде сүйек тінінің бүтіндігін қалпына келтіретін табысты жаңа бағыт кең етек алып келеді, - ол остеогенез индукциясы, осы үрдіске синдесмоздар, синхондроздар, синостоздық байланыстар кіреді.

Сонымен қатар бұл жүйенің маңызды құрылым бірлігі - ол буын және оның құрылым элементтерін білу, буындардың құрылысын жетік меңгеру қажет.

Буын мен сүйек байланысы бір-бірімен тығыз байланысқан құрылымдар. Бала дүниеге келгенде организмдегі түтікті сүйектердің буындық беткейлері шеміршек тіндеріне тікелей емес қалыптасу үрдісі бойынша жүреді. Алғашқы 3 жылда интенсивті түрде дамып, 9-14 жасқа келгенде ғана гиалинді шеміршек толық қалыптасады. Буын алмастырушы хирургтар мен травматологтар буындық шеміршекте регенерациялық үрдіс жоқ деп санайды, бұндай шеміршектің регенерациясы бар, тіпті сүйек тіні де

жарақаттан кейін қалпына келеді. Бірақ бұл үрдіс жоғары төзімділікті және ұзақ уақытты, үздіксіз кешенді емді талап етеді. Буындағы гиалинді шеміршек буындағы сүйекпен тығыз байланысады. Ересек адамда гиалинді шеміршек түтікті сүйектердің жілік басында орналасады. Түсі көгілдір, шыны тәрізді мөлдір, сыртынан шеміршек қабымен қапталған. Перихондрий екі қабаттан: құрамында қан тамырлары бар сыртқы талшықты дәнекер тінді (осы қабатта орналасқан жіп тәрізді, перихондрийге параллель орналасқан хондробласттар нағыз регенерациялық жасушалар) және ішкі жасушалы қабаттардан түзілген, шеміршек жасушалары хондробласттар, шеміршектің негізгі затына жақындау аймақта ол жіп тәрізді, ал тереңірек қабатта ол сопақша не дөңгелек болып орналасады. Мұндай жасушалар бір біріне жақын орналасып шеміршек жасушаларының изогенді топтарын құрайды. Шеміршек қабы буындағы сүйекке қараған бетінде ғана болады, ал буын қуысына қараған бетінде перихондрий болмайды, ағзаға тағам құрамымен жеткіліксіз келген микроэлементтер мен минералдар шеміршек тінінің тозып, жұқаруына әкеледі, міне осы үрдісті дәрігерлер остеопороз деп атайды. Буын шеміршегінің үш түрлі аймағын ажыратады: үстіңгі аймағы аз маманданған майда, пішіндері жіп тәрізді хондроциттер, көбінесе ауыспалы болып келеді, келесі аралық аймақ, ол шеміршек тінінің ең қалың аймағы, мұнда хондроциттер баған түзеп орналасады, изогенді топтарды қалыптастыратын коллаген талшықтары шеңбер түзеді. Соңғы базальды аймақта жасушалар көбейіп, жасуша аралық затты өндіреді. Дәрігерлердің бір назарына сақтайтыны ол түтікті сүйектердің жілік басы яғни эпифиз өсуін тоқтатқанда шеміршек тіні де дамуын тоқтатады.

Буын қабының ішкі синовиальді қабықшасында эпителий тінінен түзілген қатпарлар мен бүрлер бар, олар нерв өсінділерімен, қан тамырларымен жабдықталады, 3 пен 8 жас аралығында буын қапшығы мен буынға берік қасиет беретін байламдарда коллаген синтезі жүреді. Жасөспірім

кезеңінде буын қабы жуандайды, 15-16 жаста буын ішілік элементтер толық шеміршек тініне ауысады. Түтікті сүйектер, буынның құрылым элементтері 22-25 жаста толығымен дамып қалыптасады.

Соңғы 10 жыл көлемінде біздің халқымыз тірек-қимыл жүйесінің ауруларымен өте жиі ауыратын болып жүр. Ревматизмдік үрдістерге тимегенде, буындардың ісінуі, инфекциялық зақымдалуы (туберкулез, бруцеллез), буындық шеміршектің жұқаруы (остеопороз) бедеу алуға, осылайша мәселелі дерттер қатарлас үдемелі түрде дамуда. Буындық шеміршектің жұқаруына қатысты буын алмастыру жиі жасалатын және қарапайым ота ретінде жасалып жүр.

Осы мәселені шешу немесе отадан кейінгі реабилитациялық кезеңде дәрігерлердің көмегінен басқа, Солтүстік жүрістің пайдасы да өз үлесін қосуда. Солтүстік жүріс немесе Скандинавиялық жүріс, ол (ағылшын тілінен аударғанда Nordic Walking or Finland Walking) физикалық белсенділікті қалыптастыруға арналған таяқшаларды пайдаланатын арнайы әдістер мен тәсілдер. Бұл әдіс жаңа әдіс емес, біздің елде буын алмастыру отасы кең жасалынбай тұрғанда ешкім есіне алмаған еді, бірақ қазір отадан кейінгі қалпына келу кезеңінде солтүстік таяқшалардың көмегі тиіп жүр. Бұл әдістің тиімділігі-дененің барлық бөліктеріндегі бұлшық еттердің тонусын біркелкі ұстап тұрады, түсетін үстеме көлемін азайтады, жәй кәдуілгі жүріске қарағанда өте көп калорияны жағады (әсіресе артық салмақтан зардап шегетін адамдарда таптырмайтын құрал).

Ең бастысы таяқшалардың көмегімен жүргенде омыртқалар мен буындарға түсетін үстемелер азаяды. Адам қаңқасын дұрыс формада ұстап, мойын және иық буынын қалыпта ұстап тұрады. Тепе-теңдік пен координацияны жақсартады. Организмде төзімділікті қалыптастырады, тірек-қимыл жүйесінің қызметін жүйелі түрде ретке келтіруге көмектеседі. Солтүстік жүрістің бір ерекшелігі, ол таяқшаларға сүйену,буынға үстеме түсірмейді, әсіресе буын алмастырғаннан кейінгі қалпына келу кезеңінде таяқшаларға сүйене отырып ұзағырақ жүруге мүмкіндік алады, бұл таяқшалар артық салмақтан келетін үстемелерді азайтады. Тіпті бұл таяқшаларды қаңқа формасын дұрыс қалыптастыру үшін балалар да қолдануды ұсынады, яғни Скандинавиялық жүріс тепе-теңдікті сақтау барысындағы теңестірілген жүріс деп қарастырылады, спорттық медицинада типтік аэробика деп те саналады. Тек қана жүрген кезде ғана емес, отырып тұруға, еңкеюге, сонымен қатар жоғарыдан төмен түскенде де таптырмайтын көмекші құрал.

Қорытынды: Тірек қимыл жүйесінде туындаған мәселелерге бұл скандинавиялық таяқшалар пациенттің бойына, жасына, салмағына және буындағы өзгерістеріне байланысты таңдалынып алынады, бұл таяқшалардың көмегімен жүру әдістерін арнайы жаттықтырушылар үйретеді. Буын алмастырғаннан кейін қалпына келу кезеңінде теңдесі жоқ көмекші құрал.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Р.И. Юй, С.Калинина, Ж.О.Аяпова, С.А.Семченкова, Т.Ф.Кругликовская, Т.А.Батурина, Л.И.Наумова. «Гистология-2» курсы бойынша оқу-әдістемелік құрал. – Алматы: Эверо, 2010. - 192 б.
- 2 Заворзин А.А. Сравнительная гистология. – СПб.: 2008. - 520 б.
- 3 Г.Н.Докучаева. Здоровье опорно-двигательной системы. – Алматы: НЦ-Энос, 2007. – 242 с.
- 4 Цветной Атлас по цито-диагностики японское агентство международного сотрудничества. – М.: 2005. – 56 с.
- 5 Шубникова Е.А. Мышечные ткани. – М.: 2001. - 240 с.
- 6 Ю.А.Чальшева, Н.В. Байчук Гистология: Атлас для практических занятий. Учебное пособие. - М.: 2008. – 160 с.
- 7 Алмазов И.В., Сутолов Л.С Атлас по гистологии и эмбриологии. – М.: Медицина, 1978. – 550 с.
- 8 Токешева А.М., Узбекова С.Е. Вопросы общей гистологии для самостоятельного изучения студентов. Учебно-методическое пособие. – Семипалатинск: 2007. - 57с.
- 9 Э.Г.Улумбекова, Ю.А.Чальшева. Гистология. Цитология. Эмбриология. – М.: 2007. - 3 издание. – 480 с.
- 10 MalinSvensson. Nordic Walking // Human Kinetics. - 2009. - P. 6-7.
- 11 Walter. Nordic Walking: The Complete Guide to Health, Fitness, and Fun. — London: Hatherleigh Press, 2009. — 208 p.
- 12 Пуликов А.С. Возрастная гистология: учебное пособие. - Ростов на дону: Феникс, 2006. – 63 с.
- 13 О.Д.Мяделец Основы общей гистологии: учебное пособие. - Н. Новгород: МГМА, 2002. – 71 с.

Г.К. Есимова, Ж.Ч. Каташева

ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА СТРОЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Резюме: Для будущих врачей важно знать связь между мышечной и костной тканью, которая восстанавливает костно-мышечную систему и элементы общей структуры суставов. Недавно связанные хрящевые суставы истощаются, после замены суставов в течение периода восстановления палки для скандинавской ходьбы.

Ключевые слова: опорно-двигательная система, аутотрансплантация, скандинавская ходьба, сустав, хрящевой ткань.

G.K. Esimova, Zh.Ch. Katasheva

THE INFLUENCE OF SCANDINAVIAN WALKING ON THE STRUCTURE OF THE MUSCULOSKELETAL-SYSTEM

Resume: For future doctors it is important to know the connection between the muscular and bone tissue which restores the musculoskeletal system and the elements of general structure of joints. Recently related cartilage joints are depleted, after joint replacements during the recovery period, sticks for Scandinavian walking.

Keywords: musculoskeletal system, autotransplantation, scandinavian walking, joint, cartilaginous tissue.



УРОЛОГИЯ

UROLOGY

ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.А. Хамзин, Р.А. Фролов

Казахстанско-Российский Медицинский Университет

Стремительно растет распространение симптомов нижних мочевых путей среди женщин всех возрастов, причем достаточно большой вклад, как причинный фактор, вносит лейкоплакия мочевого пузыря. В данной статье приводится обзор литературных данных, посвященных распространению лейкоплакии мочевого пузыря, методам консервативного и оперативного лечения, а также опубликованы данные собственного исследования, отражающие оценку эффективности применения лазерной абляции измененной слизистой оболочки мочевого пузыря.

Ключевые слова: лазерная абляция, лейкоплакия мочевого пузыря, хронический рецидивирующий цистит

УДК 616.69—008.1

Актуальность. Одной из серьезных проблем урологии остается дизурический синдром у женщин, причем не должен оставаться без внимания тот факт, что каждая вторая женщина за свою жизнь хотя бы один раз перенесла острый цистит, у каждой третьей женщины возникает рецидив через несколько месяцев после первого эпизода цистита, а каждую пятую женщину рецидивирующий цистит сопровождает на протяжении всей жизни [1]. По данным исследования SONAR, проведенного в 2005–2006 гг., целью которого было выявление распространенности неосложненных инфекций мочевыводящих путей в России и странах СНГ, получены результаты, свидетельствующие от том, что к 18–20 годам по крайней мере один эпизод цистита развивается у 20% женщин; причем к гинекологам обращаются 17% больных с рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей, к урологам – 15%, к терапевтам – 11,4%, к провизорам – 4,3%, к врачам других специальностей – 12,3% пациенток, а около 40% женщин за медицинской помощью не обращаются и занимаются самолечением [2, 3]. Учитывая эти данные, становится очевидным, что большинство из этих пациенток не проходит полного обследования, соответственно не получают адекватного лечения, и, как следствие, у 48% больных возникает рецидив [3]. Наличие двух эпизодов

цистита в течение полугода или трех эпизодов и более в год позволяет выставить диагноз «рецидивирующий цистит» [4], хроническим традиционно считается воспалительный процесс, существующий на протяжении не менее 2 месяцев [5].

Таким образом, пациентка приходит на прием к урологу спустя длительное время от возникновения первого эпизода цистита, уже неоднократно принимавшая неэффективные либо с временным положительным эффектом курсы антибиотикотерапии и препаратов различных групп. При анализе жалоб выявляется типичная клиническая картина: наличие у пациентки стойкой дизурии, urgentных позывов к мочеиспусканию в сочетании с его учащением (поллакиурия), а также хронической уретральной (возможно совместно с тазовой) боли различной степени интенсивности [6]. Проведя тщательный сбор анамнеза с выявлением факторов риска (раннее начало половой жизни, промискуитет, наличие инвазивных манипуляций в прошлом, в частности катетеризации мочевого пузыря, наличие сопутствующих хронических гинекологических заболеваний либо дисбиоза влагалища), врач-уролог переходит к следующим шагам «Алгоритма обследования пациенток со стойкой дизурией» [3] (Таблица 1).

Таблица 1 - Алгоритм обследования пациенток со стойкой дизурией

1	Анализ жалоб пациентки
2	Тщательный сбор анамнеза с выявлением факторов риска
3	Заполнение дневника мочеиспускания
4	Осмотр гинекологом на гинекологическом кресле (влагалищный осмотр)
5	Общий анализ мочи
6	Посев мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам
7	УЗИ почек, мочевого пузыря с определением остаточной мочи, матки, придатков, доплерография сосудов малого таза
8	Цистоскопия с биопсией
9	Лабораторные исследования: мазок (уретра, влагалище, цервикальный канал)
10	Обследование на наличие ИППП
11	Посев отделяемого из влагалища на флору с определением чувствительности к антибиотикам, а также количественным определением лактобактерий
12	Урофлоуметрия

По данным авторов, занимающихся изучением данной проблемы, при уретроцистоскопии у 65-100% больных со стойкой дизурией и болевой симптомом, локализованным в малом тазу, обнаруживают измененную слизистую оболочку мочевого пузыря, которая представляет собой плоскоклеточную метаплазию эпителия с различной степенью ороговения (лейкоплакия мочевого пузыря) [7, 8, 9]. Пусковым моментом в развитии данной патологии является длительная персистенция инфекционных агентов в мочевых путях, вызывающих повреждение слизистой оболочки мочевого пузыря (уротелия) с развитием метаплазии. При хроническом течении воспалительного процесса преобладают пролиферативные изменения (фиброз) над сосудисто-экссудативными и альтеративными, которые присущи острому течению.

Таким образом, метаплазированный уротелий теряет свои «специфические» возможности изменять свою форму при физиологическом растяжении мочевого пузыря, в результате чего повышается его проницаемость, соответственно агрессивные компоненты мочи свободно диффундируют в подслизистый слой, вызывая дизурические расстройства и болевой синдром различной степени интенсивности. При этом в общем анализе мочи зачастую отсутствуют характерные для данной симптоматики изменения (лейкоцитурия), а при посеве мочи на флору инфекционный агент отсутствует. Происходящие изменения в подслизистом слое усугубляют альтерацию уротелия за счет нарушения диффузии кислорода и питательных веществ из капилляров подлежащей соединительной ткани к уротелиоцитам. Сопутствующий венозный застой в малом тазу способствует усугублению тканевой гипоксии и, как следствие, приводит к дополнительному повреждению уротелия, возникновению геморрагий и даже микроинфарктов [6].

Применение консервативных методов лечения хронического рецидивирующего цистита, таких, как антибиотикотерапия, симптоматическое лечение, инстилляции лекарственных препаратов в полость мочевого пузыря, физиотерапевтические процедуры, временно приносят улучшение состояния пациентки, но на измененную по типу лейкоплакии слизистую оболочку зачастую не влияет. Не так давно, в 1991 году авторы, занимающиеся данной проблемой описывали лейкоплакию мочевого пузыря, как заболевание, встречающееся крайне редко, а оптимальным методом лечения считали цистэктомия (из-за высокого риска малигнизации измененной слизистой оболочки) [10]. Однако подтверждений высокого риска малигнизации в публикациях последних лет не описано [6].

Современные методы оперативного лечения хронического рецидивирующего цистита с лейкоплакией мочевого пузыря (трансуретральная резекция (ТУР), электрокоагуляция, вапоризация) отлично справляются с задачей удаления измененного слоя слизистой, однако имеют ряд негативных моментов, в частности, длительный период её восстановления, что клинически проявляется в виде дизурии, а также возможен рецидив заболевания [11]. Наиболее оптимальными методами лечения являются аргоноплазменная коагуляция и лазерная абляция

лейкоплакии мочевого пузыря, оценка эффективности последней и явилось целью данного исследования.

Цель исследования. Оценить эффективность применения лазерной абляции слизистой мочевого пузыря при диагностированной лейкоплакии.

Материалы и методы исследования. В период с апреля 2015 по сентябрь 2017 гг. на базе Алматинской Многопрофильной Клинической Больницы и Городской Клинической Больницы №4 (г. Алматы) мы наблюдали 28 женщин, страдающих хроническим рецидивирующим циститом и лейкоплакией мочевого пузыря, подтвержденной при проведении цистоскопии. Средний возраст больных составил $39,5 \pm 6,7$ лет. Продолжительность заболевания составила от 9 месяцев до 5 лет и 2 месяцев.

Все женщины прошли обследование согласно алгоритму обследования пациенток со стойкой дизурией, при выявлении инфекционного агента с учетом чувствительности их к антибактериальным препаратам назначено специфическое лечение. Каждая пациентка заполняла дневник мочеиспускания, а методом оценки интенсивности симптоматики являлось заполнение опросника «Шкаласимптомов тазовой боли, императивного учащенного мочеиспускания».

Применение лазерной абляции (на аппарате Litho компании QuantaSystem в режиме «ABLATION») измененной слизистой мочевого пузыря позволяло удалить функционально неполноценный метаплазированный слой уротелия малоинвазивным способом. После оперативного лечения пациенткам проведен курс инстилляций в полость мочевого пузыря препаратов, содержащих в составе гликозамингликаны, а также препаратов, улучшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию. Все участницы подписали добровольное информированное согласие на обследование и лечение.

Результаты исследования. При оценке размеров лейкоплакических бляшек оказалось, поражения до 0,5 см в диаметре встречались у 11 пациенток; 0,6-1,0 см – у 14 пациенток; 1,1-1,5 см – у 2; и более 1,5 см – у 1 пациентки. У 85,7% из них (24 из 28) участки лейкоплакии располагались в области мочепузырного треугольника, у 2 (7,1%) пациенток бляшки располагались в области обоих устьев мочеточников и треугольника Льево, у 1 (3,6%) – только в области устья мочеточников, у одной - только в области левого устья.

Положительным моментов являлось отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде: ни у одной пациентки не встречалось макрогематурии в первые сутки после операции. Уретральный катетер был установлен на одни сутки всем прооперированным женщинам, на вторые сутки после удаления катетера 89,3% пациенток отметили уменьшение дизурических симптомов, у 26 (92,9%) снизилось количество мочеиспусканий с $12,4 \pm 2,2$ до $7,9 \pm 1,8$ раз в сутки. Среднее количество койко-дней $-3,9 \pm 1,8$ дней.

Спустя 10 дней после оперативного вмешательства 22 женщины (78,6%) жалоб не отмечали, а спустя 30 дней после лазерной абляции жалобы отсутствовали у 23 пациенток (82,1%), при этом количество мочеиспусканий уменьшилось до $7,2 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). В течение первых 6 месяцев после проведенного оперативного лечения (лазерной абляции) и

завершения комплексного лечения у 23 из 28 наблюдаемых нами пациенток, страдающих хроническим рецидивирующим циститом и лейкоплакией мочевого пузыря, было отмечено исчезновение болевого синдрома (по «Шкале симптомов тазовой боли, императивного и учащенного мочеиспускания»: до лечения среднее – 16,4 баллов; после лечения – 8,3 баллов), отсутствие характерной для лейкоплакии мочевого пузыря цистоскопической картины (у 2 пациенток с лейкоплакической бляшкой до лечения более 1,1 см через 6 месяцев после лечения выявлена бляшка размерами 0,15 см).

Выводы. Несмотря на наличие небольшой группы пациенток, мы можем сделать выводы о клинической значимости данной методики. Методика лазерной абляции является более предпочтительной при лечении больных хроническим циститом и лейкоплакией мочевого пузыря, технически простой и малоинвазивной для пациента.

Основными преимуществами лазерной абляции измененной слизистой мочевого пузыря по типу лейкоплакии являются ее способность воздействовать на участки метаплазии в пределах слизистой оболочки, не повреждая подлежащие слои стенки мочевого пузыря, адекватный гемостаз, отсутствие интра- и ранних послеоперационных осложнений, коагуляционный некроз от воздействия лазера в отличие от некроза при электрокоагуляции занимает меньшую площадь, а рубец после заживления не такой грубый, сокращение сроков госпитализации и послеоперационной реабилитации.

Применение лазерной абляции в комплексе с консервативной терапией характеризуется более эффективным и быстрым купированием основных симптомов хронического рецидивирующего цистита и лейкоплакии мочевого пузыря (у 82,1% пациенток), уменьшением частоты осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs // *Am. J. Med.* – 2002. – Vol.113, Suppl 1A. – P. 5–13.
2. Рафальский В.В. Острый неосложненный цистит: новые тенденции в антимикробной терапии // *Consilium Medicum.* – 2012. – Т. 14, №7. – С. 28-33.
3. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. Рецидивирующие инфекции мочевых путей. Алгоритм диагностики и лечения. - М.: МИА, 2008. – 29 с.
4. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H. et al. Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs // *Ann Epidemiol.* – 2000. – Vol 10. – P. 509–515.
5. Слесаревская М.Н., Кузьмин И.В., Жарких А.В., Шабудина Н.О. Оценка состояния микроциркуляции в стенке мочевого пузыря у женщин с хроническим рецидивирующим циститом // *Урологические ведомости.* – 2012. – Т.2. – №2. – С. 26-32.
6. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н., Игнашов Ю.А. Особенности нарушений микроциркуляции в стенке мочевого пузыря у женщин с лейкоплакией мочевого пузыря // *Урологические ведомости.* – 2016. – Т. 6, №3. – С. 11-18.
7. Жарких А.В. Применение лазерной абляции при лечении женщин с хроническим рецидивирующим циститом и лейкоплакией мочевого пузыря: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук – М., 2015. – 20 с.
8. Burkhard F.C., Buck N., Studer HE. Urinary urgency, and chronic urethral and/or pelvic pain in females. Candoxycycline help? // *J Urology.* – 2004. – №172(1). – P. 232-235.
9. Хамзин А.А., Фролов Р.А. К вопросу об эффективности лазерной абляции измененной слизистой оболочки мочевого пузыря // *Материалы V Российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям.* – 2016. – С. 71-72.
10. Højgaard A.D., Jessen A.L. Bladder leukoplakia // *UgeskrLaeger.* – 1991. – №153(35). – P. 2408-2409.
11. Астапов А.И. Трансуретральная электровапоризация в комплексном лечении женщин, страдающих хроническим циститом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2003. – 21 с.

А.А. Хамзин, Р.А. Фролов

Қазақ-Ресей медицина университеті

ЛАЗЕРЛІК АБЛЯЦИЯ ҚУЫҚ ЛЕЙКОПЛАКИЯСЫН ЕМДЕУДЕГІ ТИІМДІ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Түйін: Барлық жастағы әйелдер арасында төменгі зәр шығару жолдарының симптомдарының таралуы қарқынды өсуде. Айта кететіні, оның басты себеп факторы болып отырғаны қуық лейкоплакиясы.

Аталмыш мақалада қуық лейкоплакиясының таралуы, оны консервативті және оперативті емдеуге арналған мәліметтерге әбеби шолу жүргізілген. Сондай-ақ, мақалада қуықтың өзгертілген шырышты қабатына лазерлік абляцияны қолдану тиімділігін бағалауға мүмкіндік беретін өзіндік зерттеу мәліметтері көрсетілген.

Түйінді сөздер: лазерлік абляция, қуық лейкоплакиясы, созылмалы рецидивті цистит.

A.A. Khamzin, R.A. Frolov

Kazakh-Russian Medical University

LASER ABLATION AS AN EFFECTIVE METHOD OF TREATMENT OF THE BLADDER LEUKOPLAKIA

Resume: The spread of lower urinary tract symptoms among women of all ages is rapidly increasing, and a significant contribution, as a causative factor, is made by leukoplakia of the bladder. This article provides an overview of literature data on the prevalence of bladder leukoplakia, conservative and surgical methods, and own research published data reflecting the evaluation of the effectiveness of laser ablation of the altered mucosa of the bladder.

Keywords: laser ablation, leukoplakia of the bladder, lower urinary tract symptoms.



ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

PHTHISIATRY AND PULMONOLOGY

СОВРЕМЕННАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Б.Б. Акимниязова, Г.К. Каусова

КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения»

Целью Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы является укрепление здоровья населения для планомерного достижения показателей здоровья уровня 30 наиболее развитых стран мира путем модернизации национального здравоохранения и увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстан до 73 лет к 2021 году [1]. По результатам исследований и наблюдений, проведенных в разных странах, обнаружено, что современная тенденция в сфере хирургии направлена на разработку, внедрение и увеличение количества минимально инвазивных технологий [2,3]. Одним из примеров является эндоскопическая, а точнее видеоторакоскопическая, техника оперативных вмешательств.

Ключевые слова: минимально инвазивная хирургия, видеоторакоскопия, новообразование легкого.

УДК 616.98:578.28-071:577.21

Актуальность: Эндоскопические технологии насчитывают более чем 200 летнюю историю. Создателем первого эндоскопа считается Р.Bozzini, который в 1806г. сконструировал прибор "Lichtleiter" [4]. Впервые в клинической практике был использован эндоскоп французского хирурга А.J.Desormeaux. Первую торакаскопию в 1910 году выполнил профессор Каролинского университета Н.Jacobeus [5]. При помощи урологического цистоскопа, он произвел визуальную ревизию плевральной полости у больного туберкулезом. Эту операцию принято считать точкой отсчета истории торакаскопической хирургии. В 1925г. профессор П.А. Герцен выполнил первую в Советском Союзе торакаскопию по поводу эмпиемы плевры.

Стандартные операции лапароскопическим доступом. В 1986г. появилась техническая возможность передачи видеосигнала с телескопа, введенного в грудную или брюшную полость на экран монитора. С этого момента стало возможным выполнение стандартных операций лапароскопическим доступом: первая лапароскопическая аппендэктомия - К. Semm, 1982 [6], холецистэктомия - Ph. Mouret, 1987 [7]. Несколько позже последовало внедрение видеоассистированных операций в абдоминальную онкологию и онкоурологию: лапароскопическая нефрэктомия - С. Clayman, 1991 [8], дистальная резекция желудка по поводу рака - Р. Goh, 1992 [9], панкреатодуоденальная резекция - М. Gagner, 1994. [10]. В России первые онкологические операции лапаро - или торакаскопическим доступом выполнены в начале 90-х годов: дистальная резекция желудка и нефрэктомия - О.Э.

Луцевич, 1993, 1998; гастрэктомия - В.П. Сажин, 1994; торакаскопическая резекция пищевода - А.А. Гуляев 1996. Первую торакаскопическую лобэктомию выполнил R. Roviago в 1992 году [11], в России опыт первой торакаскопической лобэктомии принадлежит профессору Е.И. Сигалу, 1994 [12].

Торакаскопический доступ. В течение длительного времени торакаскопический доступ использовался в диагностических целях. Выполнялись небольшие операции, такие как диагностическая торакаскопия, биопсии лимфатических узлов, краевые резекции легкого, а также различные варианты дренирования у пациентов с нагноительными заболеваниями легких и плевры. С появлением надежных линейных степлеров для пересечения крупных сосудистых структур и бронхов, систем коагуляции и гемостаза появилась возможность выполнения операций большого объема. Сегодня накоплен значительный опыт выполнения торакаскопических анатомических резекций легких по поводу различных заболеваний. Рекомендациями ведущих профессиональных сообществ торакаскопическая лобэктомия признана "золотым стандартом" в хирургическом лечении ранних форм периферического рака легкого без метастазов в регионарные лимфатические узлы. Техника видеоассистированных вмешательств детально отработана и описана в различных научно-практических руководствах и атласах [13-15]. Кроме анатомических резекций легких торакаскопический доступ широко используется в хирургии пищевода и средостения. Выполняются резекции пищевода по поводу рака, удаление опухолей и кист средостения

различной локализации, резекции грудной стенки [16-18]. Некоторые авторы имеют собственный опыт выполнения более 1000 торакоскопических операций [19-24]. По мере накопления опыта были показаны значительные преимущества торакоскопических операций по сравнению с открытыми вмешательствами, выполненными торакотомным доступом. Это, прежде всего, уменьшение хирургической травмы и кровопотери, значительное сокращение сроков госпитализации, снижение количества наркотических анальгетиков или отсутствие необходимости в их назначении, снижение частоты развития послеоперационных осложнений в виде пневмоний и нарушений ритма сердца [25]. Уменьшение болевого синдрома и короткая госпитализация легли в основу быстрой медицинской и социальной реабилитации, а также высокого качества жизни оперированных больных. Кроме того, сокращаются сроки начала адъювантной химиотерапии, которая у определенной категории больных показала высокую эффективность [26].

Робот-ассистированные операции. Если конец XX века считается периодом расцвета эндовидеохирургических технологий, то начало XXI ознаменовано бурным увлечением робототехникой. Стали появляться многочисленные сообщения о возможности выполнения робот-ассистированных операций в полости торако-абдоминальной онкохирургии при помощи системы DaVinci. Спектр вмешательств стремительно расширяется и включает выполнение основных типов онкологических операций, таких как лобэктомия с медиастинальной лимфодиссекцией, резекция пищевода при раке, гастрэктомию и панкреатодуоденальная резекция [27,28]. Робот-ассистированная хирургия имеет ряд преимуществ: трехмерная визуализация операционного поля, большее количество степеней свободы инструментов, комфортная позиция хирурга за консолью робота, возможность дистанционного выполнения операции. Из недостатков следует отметить необходимость специально оборудованной операционной с наличием громоздкого дорогостоящего оборудования, отсутствие тактильной обратной связи, длительная подготовка оборудования перед началом операции, высокая стоимость расходных материалов и обслуживания робота. Кроме этого, в случае массивного кровотечения требуется больше времени для осуществления конверсии в торакотомию [29,30]. Тем не менее, во многих клиниках западной Европы и США существуют эффективно работающие программы роботизированной хирургии и сегодня в литературе имеются сообщения о сотнях робот-ассистированных операций. [29,31-34].

Совершенствование технологий эндохирургии. На протяжении последних 25 лет технологии эндохирургии непрерывно совершенствуются: улучшаются средства визуализации (разрешение видеосистем изменилось с VGA на Full HD, диаметр телескопов уменьшился с 10мм до 5мм, на смену 30 градусной оптике пришли гибкие LTF эндоскопы, появилась технология 3D визуализации), созданы эргономичные инструменты (с новым типом ручек, изгибающейся и поворотной рабочей частью), 5мм линейные степлеры, сверхтонкие 2-3мм инструменты не требующие установки дополнительного порта, различные эндоректаторы.

Методики выполнения торакоскопических вмешательств. Существует несколько методик выполнения торакоскопических вмешательств. Условно их можно разделить на несколько групп: видеоассистированные операции с минидоступом (video-assistedthoracoscopy - VATS), операции через один разрез или порт (singleincision/portvideo-assistedthoracoscopy - SiVATS), полностью торакоскопические вмешательства (totallyendoscopicthoracoscopy) и робот-ассистированные операции (RATS - roboticassistedthoracoscopy). Видеоассистированные операции предполагают обязательное выполнение минидоступа от 5 до 7см, без использования ранорасширителя, при этом устанавливаются 2-3 дополнительных порта от 5 до 10 мм. [35,36]. Это наиболее популярный доступ для выполнения

торакоскопических резекций легких различного объема. Он характеризуется незначительной кривой обучения, позволяет использовать многие привычные инструменты, предназначенные для открытой хирургии, при этом сохраняется значительная свобода действий, возможность визуального контроля через рану, удобство манипулирования инструментами, и, при необходимости, быстрая конверсия в торакотомию.

Совершенствование инструментов и появление гибких эндоскопов, а также талант и энтузиазм отдельных хирургов позволил отказаться от минидоступа и выполнять все этапы операции, используя только специальные эндоскопические инструменты. При этом визуальный контроль осуществляется только через монитор, а количество рабочих портов колеблется от 3 до 5, при этом максимальная длина разреза составляет 25мм. Удалить резецированную часть легкого или опухоль средостения можно расширив этот разрез до 3-3.5см и поместив удаленную долю в специальный герметичный контейнер.

Методика оперирования через один порт или единый доступ. Стремление максимально уменьшить хирургическую травму привело к уменьшению количества используемых портов до одного. Появилась методика оперирования через один порт или единый доступ, размером до 5см [37]. При таких операциях через единственный порт вводятся специальные длинные изогнутые артикуляционные инструменты, что позволяет использовать до 3-4 инструментов одновременно [38-39]. Следует отметить, что выполнение лобэктомии через один порт представляет значительные сложности, а по травматичности такие операции не существенно отличаются от полностью закрытых, поскольку вся разница заключается в отсутствии нескольких дополнительных портов диаметром, от 3 до 5мм. Оси рабочих инструментов практически параллельны оси камеры, что также затрудняет работу.

Показания и противопоказания. По мере развития торакоскопической хирургии, постоянно менялись показания и противопоказания к различным видам вмешательств. Так, в начале 90х, абсолютными противопоказаниями к мининвазивным операциям на органах грудной клетки считались: предшествующая операция, спаечный процесс, опухолевое поражение долевого бронха и даже предоперационная химиотерапия. С накоплением опыта, особенно в клиниках с большим объемом малоинвазивной хирургии эти противопоказания были пересмотрены. В недавних исследованиях показано, что при центральной форме рака легкого и предшествующей химиотерапии видеоассистированные лобэктомии могут быть выполнены безопасно и не сопровождаются увеличением количества осложнений [40,41]. Более того, существуют серии публикаций о выполнении бронхоангиопластических операций торакоскопическим доступом [42].

Противопоказания к торакоскопическим операциям. В настоящее время абсолютными противопоказаниями к торакоскопическим операциям могут считаться: непереносимость односторонней вентиляции и размер опухоли, который не позволяет извлечь ее через небольшой разрез. При раке легкого абсолютными противопоказаниями являются: наличие метастазов в корне легкого (уровень №1) и размер опухоли в легком более 6 см. Плевральные сращения в настоящее время являются относительным противопоказанием. По мнению опытных хирургов, внутривидеальный спаечный процесс, создающий конверсию встречается редко, поскольку после создания небольшого пространства для введения камеры и нескольких инструментов эндоскопический адгезиолизис может производиться быстро и безопасно. Также относительными противопоказаниями для торакоскопической лобэктомии являются центральные опухоли (расположенные ближе 2см от устья бронха) и лимфаденопатия в корне легкого затрудняющая выделение сосудов (хроническое воспаление или калицинаты) [43,44]. Частота конверсий различна и имеет стойкую тенденцию к уменьшению по мере накопления опыта. Эта же закономерность касается и времени операции. Если первые

торакоскопическиелобэктомии характеризуются значительным увеличением времени до 5-6 часов и более, то с накоплением опыта и отработкой основных приемов, при условии достаточного технического обеспечения, среднее время операции сокращается в 1,5-2 раза и становится сопоставимым с традиционными операциями.

Заключение: Бурное развитие торакоскопической хирургии приближается к моменту, когда возможности метода будут ограничены лишь наличием высокотехнологичного оборудования и техническими навыками хирурга. Сегодня, неоспоримые преимущества эндоскопического доступа привлекают все большее число торакальных хирургов. Следует отметить, что переход от традиционной открытой техники к торакоскопическому доступу должен осуществляться постепенно и под обязательным контролем более опытного хирурга. Недопустимы и чрезвычайно

опасны попытки выполнения торакоскопических операций только на основании видеоматериалов, которые сегодня широко доступны на различных интернет ресурсах. Необходимо последовательное обучение с тщательным анализом ошибок и осложнений. Отработка базовых навыков на симуляторах, многочисленные ассистенции более опытным коллегам и работу в wet лаборатории.

Несомненно, торакоскопические операции должны присутствовать в арсенале современной хирургической клиники. Однако, следует подчеркнуть, несмотря на быстрое развитие хирургической службы в целом, инновационные внедрения в клиническую практику торакальных хирургов совместно с работой онкологической службы в РК, организационный процесс, а также вопросы оценки и эффективности деятельности изучены недостаточно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.
- 2 Juan J. Mafé, Beatriz Planelles, Santos Asensio, Jorge Cerezal, María-del-Mar Inda, Javier Lacueva, Maria-Dolores Esteban, Luis Hernández, Concepción Martín, Benno Baschwitz, and Ana M. Peiró. Cost and effectiveness of lung lobectomy by video-assisted thoracic surgery for lung cancer // *J Thorac Dis.* - 2017. - №9(8). - P. 2534-2543.
- 3 Кононец П.В., Григорчук А.Ю. Современные возможности торакоскопической хирургии в онкопульмонологии // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* - 2013. - №4. - С. 44-49.
- 4 Bozzini P. Lichtleiter, eine Erfindung zur Anschauung innerer Teile und Krankheiten, nebst der Abbildung. *Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst* // *Journal of Practical Medicine and Surgery.* - 1806. - №24. - P. 107-124.
- 5 Jacobaeus H.C. The Cauterization of Adhesions in Artificial Pneumothorax Treatment of Pulmonary Tuberculosis under Thoracoscopic Control // *Proc R Soc Med.* - 1923. - №16. - P. 45-62.
- 6 Semm K. [The endoscopic intra-abdominal suture (author's transl)] // *Geburtshilfe Frauenheilkd.* - 1982. - №42(1). - P. 56-57.
- 7 Litynski G.S. Endoscopic surgery: the history, the pioneers // *World J Surg.* - 1999. - №23(8). - P. 745-753.
- 8 Clayman R.V., Kavoussi L.R., Soper N.J., et al. Laparoscopic nephrectomy // *N Engl J Med.* - 1991. - №324(19). - P. 1370-1371.
- 9 Goh P., Tekant Y., Isaac J., et al. The technique of laparoscopic Billroth II gastrectomy // *Surg Laparosc Endosc.* - 1992. - №2(3). - P. 258-260.
- 10 Gagner M., Pomp A. Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy // *Surg Endosc.* - 1994. - №8(5). - P. 408-410.
- 11 Roviato G., Rebuffat C., Varoli F., et al. Videoendoscopic pulmonary lobectomy for cancer // *Surg Laparosc Endosc.* - 1992. - №2(3). - P. 244-247.
- 12 Сигал Е.И. Первый опыт торакоскопических операций // *Казанский медицинский журнал.* - 1994. - №6. - С. 74-81.
- 13 Gossot D. Atlas of endoscopic major pulmonary resections. - 2010. - 263 p.
- 14 Demmy T.L. Video-atlas of thoracoscopic formal lung resections emulating traditional open techniques. - 2012. - 142 p.
- 15 Сигал Е.И., Жестков К.Г., Бурмистров М.В. и др. Торакоскопическая хирургия. - М.: Издательство "Дом книги", 2012. - 128 с.
- 16 Оскретков В.И., Ганков В.А., Гурьянов А.А. и др. Видеоторакоскопическая экстирпация пищевода с одномоментной видеолaparоскопической изофагогастропластикой у больного с изолированным туберкулезом пищевода, осложненным его стенозом // *Эндоскопическая хирургия.* - 2011. - Т. 17, №5. - С. 29-31.
- 17 Зинченко Е.И., Пищик В.Г., Атюков М.А. и др. Торакоскопические анатомические резекции - современный и эффективный метод лечения заболеваний легких // *Клиническая больница.* - 2013. - №1. - С. 71-72.
- 18 Яблонский П.К., Пищик В.Г., Нуралиев С.М. и др. Торакоскопические операции при новообразованиях средостения // *Вестник Санкт-Петербургского университета.* - 2008. - №2. - С. 119-127.
- 19 Luketich J.D., Pennathur A., Awais O., et al. Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients // *Ann Surg.* - 2012. - №256(1). - P. 95-103.
- 20 McKenna R.J., Jr., Houck W., Fuller C.B. Video-assisted thoracic surgery lobectomy: experience with 1,100 cases // *Ann Thorac Surg.* - 2006. - №81(2). - P. 421-425.
- 21 Гиллер Д.Б. Миниинвазивные доступы с использованием видеоэндоскопической техники в торакальной хирургии // *Хирургия.* - 2009. - №8. - С. 21-28.
- 22 Гиллер Д.Б., Садовникова С.С., Папков А.В. и др. Эффективность выполнения видеоассистированных анатомических резекций легких // *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.* - 2014. - №1. - С. 126-131.
- 23 Жестков К.Г. Возможности видеоассистированных мини-инвазивных операций в реконструктивной хирургии бронхов и сосудов корня легкого // *Эндоскопическая хирургия.* - 2006. - Т. 12, №2. - С. 50-51.
- 24 Жестков К.Г., Гринь А.А., Ветрилэ С.Т. и др. Первый опыт торакоскопических операций при патологии позвоночника // *Эндоскопическая хирургия.* - 2006. - Т. 12, №2. - С. 51-56.
- 25 Villamizar N.R., Darrabie M.D., Burfeind W.R., et al. Thoracoscopic lobectomy is associated with lower morbidity compared with thoracotomy // *J Thorac Cardiovasc Surg.* - 2009. - №138(2). - P. 419-425.
- 26 Petersen R.P., Pham D., Burfeind W.R., et al. Thoracoscopic lobectomy facilitates the delivery of chemotherapy after resection for lung cancer // *Ann Thorac Surg.* - 2007. - №83(4). - P. 1245-1249.
- 27 Melfi F.M., Fanucchi O., Davini F., et al. Robotic lobectomy for lung cancer: evolution in technique and technology // *Eur J Cardiothorac Surg.* - 2014. - №2. - P. 88-96.
- 28 Toker A. Robotic thoracic surgery: from the perspectives of European chest surgeons // *J Thorac Dis.* - 2014. - №6, Suppl. 2. - P. 211-216.
- 29 Cerfolio R.J. Total port approach for robotic lobectomy // *Thorac Surg Clin.* - 2014. - №24(2). - P. 151-156.
- 30 Nakamura H. Systematic Review of Published Studies on Safety and Efficacy of Thoracoscopic and Robot-Assisted Lobectomy for Lung Cancer // *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* - 2014. - №20(2). - P. 93-98.
- 31 Melfi F.M., Menconi G.F., Mariani A.M., et al. Early experience with robotic technology for thoracoscopic surgery // *Eur J Cardiothorac Surg.* - 2002. - №21(5). - P. 864-868.

- 32 Gharagozloo F., Margolis M., Tempesta B., et al. Robot-assisted lobectomy for early-stage lung cancer: report of 100 consecutive cases // *AnnThoracSurg.* - 2009. - №88(2). - P. 380-384.
- 33 Dylewski M.R., OhaetoA.C.,Pereira J.F. Pulmonary resection using a total endoscopic robotic video-assisted approach // *SeminThoracCardiovascSurg.* - 2011. - №23(1). - P. 36-42.
- 34 Cerfolio R.J., Bryant A.S., Skylizard L., et al. Initial consecutive experience of completely portal robotic pulmonary resection with 4 arms // *J ThoracCardiovascSurg.* - 2011. - №142(4). - P. 740-746.
- 35 McKenna R.J., Jr. Lobectomy by video-assisted thoracic surgery with mediastinal node sampling for lung cancer // *J ThoracCardiovascSurg.* - 1994. - №107(3). - P. 879-881.
- 36 D'Amico T.A. Thoracoscopicsegmentectomy: technical considerations and outcomes // *AnnThoracSurg.* - 2008. - №85(2). - P. 716-718.
- 37 Gonzalez-Rivas D., Fieira E., Delgado M., et al. Is uniportalthoracoscopic surgery a feasible approach for advanced stages of non-small cell lung cancer? // *J ThoracDis.* - 2014. - №6(6). - P. 641-648.
- 38 Gonzalez-Rivas D. Single incision video-assisted thoracoscopic anatomic segmentectomy // *AnnCardiothoracSurg.* - 2014. - №3(2). - P. 204-207.
- 39 Liu C.Y., Lin C.S., Shih C.H., et al. Single-port video-assisted thoracoscopic surgery for lung cancer // *J ThoracDis.* - 2014. - №6(1). - P. 14-21.
- 40 Petersen R.P., Pham D., Toloza E.M., et al. Thoracoscopic lobectomy: a safe and effective strategy for patients receiving induction therapy for non-small cell lung cancer // *AnnThoracSurg.* - 2006. - №82(1). - P. 214-218.
- 41 Balsara K.R., BaldersonS.S.,D'Amico T.A. Surgical techniques to avoid parenchymal injury during lung resection (fissureless lobectomy) // *ThoracSurgClin.* - 2010. - №20(3). - P. 365-369.
- 42 Mahtabifard A., Fuller C.B.,McKenna R.J., Jr. Video-assisted thoracic surgery sleeve lobectomy: a case series // *AnnThoracSurg.* - 2008. - №85(2). - P. 729-732.
- 43 Hanna J.M., Berry M.F.,D'Amico T.A. Contraindications of video-assisted thoracoscopic surgical lobectomy and determinants of conversion to open // *J ThoracDis.* - 2013. - №5, Suppl 3. - P. 182-189.
- 44 Reed M.F., Lucia M.W., Starnes S.L., et al.Thoracoscopic lobectomy: introduction of a new technique into a thoracic surgery training program // *J ThoracCardiovascSurg.* - 2008. - №136(2). - P. 376-381.

Б.Б. Акимниязова, Г.К. Каусова

**ӨКПЕ ІСІГІ БАР НАУҚАСТАРҒА АРНАЛҒАН ЗАМАНАУИ ЖОҒАРЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК
(ШОЛУ)**

Түйін: 2016-2020 жылдарға арналған Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың «Денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасының мақсаты - 2021 жылға қарай Қазақстан халқының денсаулығын және халықтың өмір сүру ұзақтығын 73 жасқа дейін жетілдіру арқылы әлемнің ең дамыған 30 елінің деңгейінің денсаулық көрсеткіштеріне жүйелі түрде қол жеткізу үшін халықтың денсаулығын нығайту.

Түрлі елдерде өткізілген зерттеулер мен бақылаулардың нәтижелеріне сүйене отырып, хирургиядағы қазіргі үрдіс аз инвазивті технологияларды дамытуға, енгізуге және көбейтуге бағытталған. Бір мысал - хирургиялық араласудың видеотаскесоскопиялық әдісі.

Өкпенің бір, екі жақты және көп порциялы видеотаскесоскопиялық рецептурасы үшін көрсеткіштерді әзірлеу қатерлі зақымданудың, радикалды резекцияның және ерте операциядан кейінгі химия-артериотерапияның емделуін ерте анықтауға мүмкіндік береді, бұл өз кезегінде пациенттердің осы санатын емдеу нәтижелерін жақсартуға, сапасын жақсартуға және олардың өмірін ұзартуға мүмкіндік береді.

Жалпы хирургиялық қызметтің қарқынды дамуына қарамастан, Қазақстанда онкологиялық қызметтің жұмысымен қатар, кеуде хирургиясының клиникалық практикасын инновациялық енгізу, ұйымдастыру процесі, сондай-ақ бағалау және жұмыс істеу мәселелері жеткілікті зерттелмеген.

Түйінді сөздер: Минимальды инвазивті хирургия, видеотаскесоскопия, өкпенің ісігі

B.B. Akimniyazova, G.K. Kausova

**MODERN HIGH-TECH MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH LUNG NEOPLASMS
(REVIEW)**

Resume: The goal of the State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan "Densauly" for 2016-2020 is to strengthen the health of the population for the systematic achievement of health indicators of the level of the 30 most developed countries of the world through the modernization of national health and the life expectancy of the population of the Republic of Kazakhstan to 73 years by 2021.

Based on the results of studies and observations conducted in different countries, it was found that the current trend in surgery is aimed at developing, introducing and increasing the number of minimally invasive technologies. One example is videotoracoscopic technique of surgical interventions.

Development of indications for single-, double-port and multi-port videothoracoscopic resection of the lung allows early diagnosis of malignant lesion, radical resection and the earliest postoperative chemoradiotherapy treatment, which in turn allows improving the results of treatment of this category of patients, improving quality and prolonging their life.

Despite the rapid development of the surgical service as a whole, the innovative introduction of the clinical practice of thoracic surgeons together with the work of the oncological service in the RK, the organizational process, as well as the issues of evaluation and performance, have not been adequately studied.

Keywords: Minimally invasive surgery, videotoracoscopic, lung neoplasm.

ИНИЦИАЦИЯ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ АЛЛОГЕННЫМИ ЭРИТРОЦИТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНЫМ И ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Б. Муздубаева, Ж. Шолахов, Н. Абдухалилов, А. Ганиев, Б. Агманов
 Казахский Национальный медицинский университет непрерывного образования
 Кафедра анестезиологии и реаниматологии (взрослая)

В статье освещаются вопросы коррекции анемии у пациентов с легочным и экстрапульмональными формами туберкулеза, показания к гемотрансфузии, а также рассматриваются вопросы инициации трансфузионной терапии с учетом показателей гемоглобина, влияние объема трансфузии аллогенных эритроцитов на длительность пребывания в отделении интенсивной терапии (ОИТ) и в стационаре.

Ключевые слова: туберкулез легких, внелегочный туберкулез, трансфузионная терапия, гемоглобин, трансфузия аллогенных эритроцитов.

УДК 614.2:615.38

Введение. В комплексе мероприятий, направленных на устранение или существенное уменьшение расстройств кислородного статуса при анемии, своевременная коррекция объема и состава циркулирующей крови занимают ключевое место. Состав инфузионно-трансфузионной терапии как правило включает введение кристаллоидов (физиологического раствора) и коллоидов, минимально влияющих на гемостаз, а также введение аллогенных эритроцитов только при достижении определенных показателей гемоглобина. Такой подход предполагает использование гемодилюции для улучшения доставки кислорода оставшимися в циркуляции эритроцитами [1,2]. Согласно некоторым исследованиям, если при кровопотере уровень гемоглобина составляет не ниже 80 г/л, переливать эритроцитсодержащие компоненты донорской крови нецелесообразно, поскольку такая степень гемодилюции не оказывает существенного влияния на кислородное обеспечение организма [2]. Такой подход находит отражение в нормативно правовых актах о проведении трансфузионной терапии в Республике Казахстан (РК), а именно в Приказе № 417 (666, 501) от 29.05.2015 г. «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов» показанием к проведению трансфузии эритроцитов является острая анемия вследствие массивной кровопотери - $Hb < 80$ г/л; хроническая некомпенсированная анемия $Hb < 70$ г/л; повышенная экстракция кислорода у пациентов с уровнем гемоглобина $Hb \leq 110$ г/л при нормальном парциальном напряжении кислорода в артериальной крови (P_{aO_2}) и снижении парциальном напряжении кислорода в венозной крови (P_{vO_2}) менее 35 мм.рт.ст. Столь сдержанный подход к гемотрансфузиям может быть оправдан у пациентов туберкулезом, со скомпрометированной иммунной системой, поскольку именно иммунная система является первой "мишенью" для всех переливаемых трансфузионных сред [3]. Однако в настоящее время нет однозначных ответов на вопрос об уровне гемоглобина при котором необходимо вводить донорские эритроциты [4]. До введения Приказа № 417 (666, 501) проведение трансфузионной терапии при острой кровопотере основывалось на объеме кровопотери, показателе гематокрита, что являлось достаточно либеральным подходом в коррекции анемии, поскольку объем кровопотери во время операции определяется, что называется на «глаз», путем взвешивания операционного материала (салфеток), количества геморрагического раствора в банке аспиратора и т.д. Показатель гематокрита во многом зависит от степени гемодилюции, адекватности анальгезии, температуры тела пациента во время анестезии, которая нередко снижается из-за центральных терморегуляторных эффектов многих анестетиков. При неадекватном обезболивании и снижении температуры тела во время анестезии происходит секвестрация части

эритроцитов в спазмированных периферических сосудах, что, несомненно, отражается на их количестве в общем кровотоке. Это может привести к занижению показателей гематокрита и необоснованному увеличению трансфузий донорских эритроцитов.

Цель исследования: Провести анализ инициации трансфузионной терапии при определенных уровнях гемоглобина и количества перелитых эритроцитных масс на сроки пребывания в отделении интенсивной терапии у пациентов с внелегочным и легочным туберкулезом.

Материалы и методы:

Был проведен анализ трансфузионной терапии у 244 пациентов, находившихся на лечении в Национальном научном центре фтизиопульмонологии Республики Казахстан с 2006-2016 годы.

Основную группу составили 121 пациент, с легочным и внелегочным туберкулезом, находившихся на лечении в Национальном научном центре фтизиопульмонологии (ННЦФ) РК с 2009-2016 гг. Пациентам данной группы инициация трансфузионной терапии проводилась при строго регламентированных Приказом № 417 (666,501) показателях гемоглобина крови (менее 80 г/л).

Контрольную группу составили 123 пациента, которые находились на стационарном лечении в ННЦФ РК с 2006-2009 гг. Пациентам данной группы инициация трансфузионной терапии проводилась исходя из предполагаемой операционной кровопотери, «на глаз».

Средний возраст пациентов в обеих группах составил $45 \pm 7,56$ лет ($p \leq 0,05$). Средний уровень гемоглобина до операции у пациентов основной группы составил $99,2 \pm 24,32$ г/л ($p \leq 0,05$). Во время оперативного вмешательства средний уровень гемоглобина составил $71,2 \pm 3,05$ г/л ($p \leq 0,01$), что явилось показанием к трансфузии донорских эритроцитов. Разница между исходным и инициативным уровнем гемоглобина составила ≈ 28 г/л, что в среднем соответствует кровопотере более 1000 мл. Во время операции для коррекции острой анемии было перелито в среднем $346,5 \pm 53$ мл ($p \leq 0,05$) донорских эритроцитов.

В контрольной группе средний уровень гемоглобина до операции составил $111 \pm 3,9$ г/л ($p \leq 0,01$), до трансфузии во время операции $96,63 \pm 12,1$ ($p \leq 0,05$). По разнице между исходным и инициативным уровнем гемоглобина в ≈ 15 г/л на момент начала трансфузии кровопотеря составила в среднем примерно 500-750 мл. Во время операции было перелито в среднем $284,67 \pm 19,7$ мл ($p \leq 0,01$) донорских эритроцитов.

Таким образом, количество перелитых донорских эритроцитов, в среднем перелитых пациентам в основной группе составило в среднем на 61,98 мл больше при инициации трансфузионной терапии на основании лабораторно подтвержденных показателей гемоглобина.

Результаты. Пациенты основной группы находились в послеоперационном периоде в ОИТ в среднем $7,8 \pm 2,18$ ($p \leq 0,05$) дней. а в стационаре $132,5 \pm 3,05$ ($p \leq 0,05$) койко-

дней. Пациенты контрольной группы, которым проводился меньший объем трансфузии находились в среднем $4,38 \pm 0,5$ ($p \leq 0,05$), что составило на 3,42 койко-дней меньше чем у пациентов основной группы. В стационаре пациенты контрольной группы провели $117,35 \pm 9,5$ койко-дней, что составило на 15 койко-дней меньше, чем в основной группе.

Выводы и заключение.

Полученные статистические данные свидетельствуют о том, что пациенты с туберкулезом и исходной предоперационной анемией имеют больший риск по развитию осложнений в послеоперационном периоде и более высокий уровень летальности. В конечном итоге пациенты основной группы, имевшие худшие показатели гемоглобина до операции, находились в ОИТ и в стационаре дольше, чем пациенты контрольной группы, которым проводился меньший объем трансфузий. Эти данные аналогичны статистике при других заболеваниях и подтверждают, что анемия и необходимые при этом гемотрансфузии являются значимыми факторами риска, ухудшающие прогноз при лечении.

В связи с этим, необходимо оптимизировать предоперационную подготовку: 1) еще до операции устанавливать наличие неадекватной доставки кислорода по его повышенной экстракции для проведения предоперационной гемотрансфузии или 2) применять альтернативные методы коррекции анемии, такие как

стимуляция эритропоэза до уровня гемоглобина, приемлемого для обеспечения адекватной доставки кислорода.

Также необходимо оптимизировать и методику инициации трансфузионной терапии во время операции. У пациентов в основной группе трансфузии инициировались при достижении лабораторно подтвержденных показателей гемоглобина 80 г/л и менее. С учетом наличия установленных показаний в Приказе МЗ РК №666, возможно, что клиницистам необходимо определять не только уровень гемоглобина, но и адекватность доставки кислорода, которая определяется на основании артериовенозной разницы по кислороду. Ориентир только на гемоглобин может привести к задержке инициации трансфузионной терапии или наоборот – к проведению ненужных трансфузий, что в последующем приводит к большему количеству осложнений в послеоперационном периоде, к увеличению койко-дней в ОИТ и в стационаре в целом, а также повышает летальность.

При определении экстракции кислорода по артериовенозной разнице необходимо решить вопрос о возможности сочетания анемической и циркуляторной гипоксии с повышением уровня лактата. В последнем случае трансфузия эритроцитов должна проводиться после коррекции циркуляторной недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чурсин В.В. Клиническая физиология кровообращения. Метод. рекомендации. – Алматы: 2011. - 44 с.
- 2 Чурсин В.В. Трансфузионная терапия при острой массивной кровопотере. Метод. рекомендации. – Алматы: 2012. - 47 с.
- 3 Приказ МЗ РК № 417 29.05. «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов». – Астана: 2015.
- 4 Кемминг Г. Анемия в интенсивной терапии: лечить или выждать? // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. – Архангельск: 2007. — С. 170-175.

Б. Муздубаева, Ж. Шолахов, Н. Абдухалилов, А. Ганиев, Б. Агманов

*Қазақ ұлттық медициналық үздіксіз білім беру университеті
Анестезиология және реаниматология кафедрасы (ересектерге)*

ӨКПЕ ЖӘНЕ ӨКПЕДЕН ТЫС ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРАҒА АЛЛОГЕНДІК ЭРИТРОЦИТТЕРМЕН ТРАНСФУЗИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯҒА БАСТАМАЛАУ

Түйін: Мақалада өкпе және экстрапульмональді формадағы туберкулезбен ауыратын науқастарда анемияны түзету, гемотрансфузия көрсеткіштері тұрғыдағы сұрақтар қарастырылған.

Сондай-ақ, гемоглобин көрсеткіші бойынша трансфузиялық терапияға бастамалау, трансфузиядағы аллогендік эритроциттер көлемінің қарқынды терапия бөлімшесінде және стационарда болу ұзақтығына әсер етуі тұрғысындағы сұрақтар қарастырылады.

Түйінді сөздер: өкпе туберкулезі, өкпеден тыс туберкулез, трансфузиялық терапия, гемоглобин, аллогендік эритроциттердің трансфузиясы.

B. Muzdubayeva, J. Cholakhov, N. Abduhalilov, A. Ganiev, B. Agmanov

*Kazakh medical university of continuous education
Department of anaesthesiology and resuscitation science (adult)*

INITIATION OF TRANSFUSION THERAPY WITH ALLOGENIC ERYTHROCYTES IN PATIENTS WITH PULMONARY AND ANCIENT TUBERCULOSIS

Resume: The article submits the issues of the correction of anemia in patients with lung and extrapulmonary forms of tuberculosis, the indications for transfusion, and discusses issues of initiation of transfusion therapy taking into account indicators of hemoglobin, the effect of the volume of allogeneic transfusion arbitration on the duration of stay in the intensive care unit (ICU) and hospital.

Keywords: pulmonary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, transfusion therapy, hemoglobin, transfusion of allogeneic erythrocytes



ХИРУРГИЯ

SURGERY

КОМБИНИРОВАННЫЙ СЕТОЧНО-МЕМБРАННЫЙ МЕТОД ГЕМОСТАЗА И ХОЛЕСТАЗА ПРИ ГЛУБОКИХ И ПОВЕРХНОСТНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ы.А. Аннаоразов, А.З. Сатханбаев

Международный казахско - турецкий университет имени Х.А. Яссави

По данным зарубежных авторов ежегодно 8 млн. человек получают травмы. Из этих 8 млн. 20% имеют травму живота в военное время, 7-8% в мирное время. Летальность при закрытой травме -20%, при открытой – 5%. В связи с этим, до сих пор имеет место высокий процент (до 99 %) спленэктомии. При этом наиболее серьезным осложнением спленэктомии является сепсис и другие инфекционные процессы.

Ключевые слова: мембрана, холестаза, гемостаза, сеточная мембрана.

УДК 617-089

Актуальность: Несмотря на развитие современных технологий и видов малоинвазивных методов лечения разных повреждений органов брюшной полости кровотечение паренхиматозных органов не имеет тенденции к снижению. Травматологические и другие виды повреждения крупных паренхиматозных органов человеческого организма часто являются к сожалению причинами летального исхода.

По данным зарубежных авторов ежегодно 8 млн. человек получают травмы. Из этих 8 млн. 20% имеют травму живота в военное время, 7-8% в мирное время. Летальность при закрытой травме -20%, при открытой – 5%.

Существующие методы гемостаза в настоящее время не являются высокоэффективными. Многие существующие методы несмотря на современность и инновационность не оказывают надлежащую остановку кровотечения паренхиматозных органов. Таким образом в большинстве случаев возникает высокое количество рецидивов кровотечения, усложняет как интраоперационный так и послеоперационный периоды. В связи с этим, до сих пор имеет место высокий процент (до 99 %) спленэктомии. При этом наиболее серьезным осложнением спленэктомии является сепсис и другие инфекционные процессы.

Цель работы: Совершенствование используемых и разработка новых, способов гемостаза и холестаза при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости и доклад результатов экспериментального применения комбинированного сеточно-мембранного метода, экспериментированного на лабораторных кроликах.

Задачи: Изучить существующие методы гемостаза и холестаза при глубоких и поверхностных кровотечениях паренхиматозных органов брюшной полости, найти новый метод гемостаза, тем самым снизить количество удаляемых поврежденных паренхиматозных органов брюшной полости. Улучшить послеоперационную профилактику вторичных кровотечений, снизить количество послеоперационных вторичных обращений, тем самым экономить государственные затраты в дважды на одного больного.

Материал и методы исследования: Для достижения поставленной цели и задач нами был разработан новый, комбинированный сеточно-мембранный метод остановки кровотечения паренхиматозных органов. При создании

данного метода мы учли недостатки существующих методов, доработали наш метод.

Для достижения поставленной цели и задач нами был разработан новый, комбинированный сеточно-мембранный метод остановки кровотечения паренхиматозных органов. При создании данного метода мы учли недостатки существующих методов, доработали наш метод.

Существуют сотни методов гемостаза поврежденных органов. В большинстве методов используется зашивание поврежденного участка органа. Но не смотря на начальную эффективность методов, в конечном итоге почти все приводят к повторным кровотечениям органа или деструктивным изменениям органа который в конечном итоге заканчивается с удалением части или же всего органа. Так же профессором Г.Н. Цыбуляком была разработана сеточная компрессия органов для достижения гемостаза и в 2006 году была модернизирована к.м.н, Сабириным. **Недостатками** этих методов является прорезывания нитей в паренхиму органа. Также долгое компрессия нитей вызывают деструктивные изменения.

Исходя из выше указанных данных мы предлагаем комбинировать вышеуказанную сетку с 3Д мембраной которая состоит из ретенированного коллагена что более улучшает компрессию, позволяет избежать травматического действия сетки на органа и предотвращает деструктивных изменений паренхимы органа. Так же известно что коллаген способствует более быстрой регенерации тканей органов.

Нами были проведены 26 экспериментов на лабораторных кроликах в которых мы повреждали печень и селезенка животных.

Все кролики были тщательно подобраны нами. Эксперименты проводились учебной базе Южно Казахстанского медицинского колледжа и были зафиксированы в журнале операций. Для оценки эффективности наших экспериментов мы все данные фиксировали в истории болезни для каждого кролика.

Из 26 экспериментов лишь 8 закончилось летальным исходом. При аутопсии этих кроликов выявлено повторное кровотечение и гемоперитонеум. Состояния остальных кроликов были удовлетворительными. Кролики были активными и питались хорошо

При релапаротомии у 4 кроликов были выявлены частичные деструктивные изменения паренхимы органов. У

остальных кроликов паренхима органа была чистой, наблюдались лишь небольшие рубцы. Рецидивов кровотечения не наблюдались

Также нами были проведены 18 экспериментальные работы на собаках. Из них 10 самцы и 8 самок. Оперативным доступом была срединная линия живота.

16 собакам было сделано поверхностное повреждение селезенки с помощью скальпеля размером 0,5 см. а 8 тупым путем. После чего на участок повреждения была поставлена мембрана и сверху окутана кетгутной сеткой.

У 6 собак эксперимент закончился летальным исходом. У 3 собак при диагностической релапаротомии были выявлены частичные деструктивные изменения в паренхиме селезенки. У 9 при оценочной релапаротомии кроме небольшого рубца никаких изменений не наблюдалось

Выводы.

На данный момент не существует определенного стандартного метода гемостаза паренхиматозных органов брюшной полости. В связи с этим многие пациенты становятся не трудоспособными, психически неуравновешанными.

Практически все существующие методы приводят к ущемлению и дальнейшей травматизации больного органа, тем самым ухудшается состояние больного. Исходя из острой актуальности данной тематики нами разработан новый метод. После использования нового метода ожидается снижение трудоемких, сложных, жизнеугрожающих операционных удалений органов, снижение рецидивов кровотечения, снижение травматизации в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лебедев, Н. В. Лечебно-диагностическая тактика при повреждениях живота у пострадавших сочетанной травмой. - М.: 2003. - 40 с.
- 2 Mooney, D. P. Multiple trauma: liver and spleen injury // Curr. Opin. Pediatr. - 2002. - Vol. 14, N 4. - P. 482-485.
- 3 Багдасарова, Е. А. Тактика лечения повреждений живота при сочетанной травме. - М.: ГОУ ВПО Москов. мед. акад. им. И.М. Сеченова, 2008. - 292 с.
- 4 А. Н. Алимов. Выбор метода хирургического лечения разрыва селезенки при сочетанной и изолированной травме живота с позиции эндохирургии // Хирургия. - 2006. - №3. - С. 43-49.

Ы.А. Аннаоразов, А.З. Сатханбаев

ҚА. Яссауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

ІШ ҚҰЫСЫНЫҢ ПАРЕНХИМАТОЗДЫҢ ОРГАНДАРЫНАН ҚАН АҒУ КЕЗІНДЕГІ ТОРЛЫҚ МЕМБРАНА МЕН ГЕМОСТАЗ ЖАСАУ

Түйін: Шет елдік авторлардың зерттеулерінде 8 млн адамның жарақат алатындығы көрсетілген. Оның ішінде 20% соғыс кезіндегі іштің жарақаттары және 7-8% тыныштық кезіндегі іш жарақаттары болып табылады. Іштің жабық жарақатының 20% және ашық түрінің 5% өлім мен аяқталады. Осы көрсеткіштерге қарай әлі күнге дейін спленэктомия жоғары (до 99 %) көрсеткіштен төмендемейді. Бұның асқынулары болса сепсис және соған ұқсаған іріңді аурулар болып табылады.

Түйінді сөздер: мембрана, холестаза, гемостаз, торлық мембрана.

Y.A. Annaorazov, A.S. Satkhanbaev

International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasawi

COMBINED GRID-MEMBRANE METHOD OF HEMOSTASIS AND CHOLESTASIS WITH DEEP AND SUPERFICIAL BLEEDING OF THE PARENCHYMAL ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

Resume: According to foreign authors, 8 million people are injured annually. Of these 8 million, 20% have abdominal trauma in wartime, 7-8% in peacetime. Mortality with closed trauma -20%, with open -5%.

In this regard, until now there is a high percentage (up to 99%) of splenectomy. The most serious complication of splenectomy is sepsis and other infectious processes.

Keywords: membrane, cholestasis, hemostasis, mesh membrane.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И РОЛЬ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЕЕ СНИЖЕНИИ

²М.А. Булешов, ¹Г.К. Каусова, ¹Б.О. Аширов, ¹А.К. Илимова

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан;

²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

В статье описаны данные об уровне летальности от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и её основных причинах. В группе болезней органов брюшной полости выделяют группу острых хирургических заболеваний, объединённых под названием «острый живот». Она включает острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, непроходимость кишечника, ущемлённые грыжи, перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечные кровотечения. Заболевания отличаются как по клинической картине, так и по этиопатогенезу. Объединяет их одно — все они несут непосредственную угрозу для жизни в случае несвоевременного лечения.

Ключевые слова: острые хирургические заболевания, эндовидеохирургические технологии, лечебные организации, острый аппендицит, ущемлённая грыжа, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва, острый панкреатит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстная кишка, Республика Казахстан.

УДК 617-089

Актуальность исследования. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости сохраняют свое лидирующее положение в структуре госпитальной летальности, в ряде регионов положительной динамики не наблюдается [1-5]. Анализ причин летальности и определение путей ее снижения на основе внедрения новых методологических подходов и хирургических технологий в хирургических стационарах являются актуальной задачей на современном этапе в различных областях Республики Казахстан (РК).

Цель исследования - анализ структуры острых хирургических заболеваний органов брюшной полости за последние 15 лет в г. Шымкент и в районах Южно-Казахстанской области, а также определение эффективности результатов лечения с применением новых хирургических технологий.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 5125 больных, которые госпитализировались с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости в сроки с 2002 по 2016 г. в лечебные организации г. Шымкент (областная клиническая больница, Туркестанская центральная

районная больница, городская клиническая больница скорой медицинской помощи) Южно-Казахстанской области.

В основную группу включены пациенты, которым проводилась диагностическая или лечебная лапароскопия - 3126 (61 %), контрольную группу составили 1999 (39 %) больных, которых лечили по традиционной методологии. Кроме того, произведена ретроспективная оценка результатов диагностики и лечения 4128 больных начиная с 1996 г.; больных также разделили на две группы (основная группа - 1660, контрольная группа - 2468) по критерию применения эндовидеохирургической (ЭВХ) технологии. Распределение больных по нозологическим формам представлено в таблице 1. Среди них было 2448 (47,8%) мужчин и 2677 (52,2%) женщин в возрасте от 16 до 92 лет, средний возраст 45±12 лет. Ретроспективно изучены исходные различия групп пациентов с вариантами течения болезни и результатами медикаментозного и хирургического лечения с помощью как открытых, так и эндовидеохирургических технологий, проспективно прослежена судьба разных групп больных, в том числе и по качеству жизни (SP-36).

Таблица 1 - Распределение по нозологическим формам больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, включенных в исследование (абсолютных цифрах и %)

Нозологическая форма	Город Шымкент		Туркестан, Южно-Казахстанская область		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Острый панкреатит	704	28,5	802	30,1	1506	29,3
Острый аппендицит	404	16,3	436	16,4	840	16,4
Острый холецистит	628	25,5	631	27,5	1259	24,5
Острая кишечная непроходимость	175	7,09	188	7,07	363	7,08
Желудочно-кишечное кровотечение	213	8,6	236	8,8	449	8,8
Перфоративная язва	140	5,7	156	5,8	296	5,8
Ущемлённая грыжа	201	8,2	211	7,9	412	8,0
Итого	2465	100,0	2660	100,0	5125	100

Каждый год лечение проходили в среднем 5680±123 человека. Сопутствующие заболевания имелись у 68,4 % больных, в ряде случаев они служили основанием для отказа от ЭВХ методологии оперативного вмешательства. Проведен анализ эффективности лечебной тактики с учетом внедрения диагностической и лечебной ЭВХ технологии. На этапе анализа использована стратифицированная рандомизация с формированием контрольных групп, сравнимых по важнейшим характеристикам. Программа обследования больных включала обследование перед операцией и в раннем послеоперационном периоде, в

ближайшие сроки после операции (от 2 до 4 месяцев) и в отдаленные сроки после операции (от 1 года до 6 лет). В целом диагностические и лечебные протоколы соответствовали требованиям нормативных документов [6]. Состояние больных до и после операции оценивали по шкале APACHE II, A8A. Для обработки результатов исследования использованы процедуры медико-биологической математической статистики, реализованные в прикладных программах Excel 97. Помимо элементов дискретивной статистики использованы анализ выживаемости актуарным методом, корреляционный

анализ. Арбитражный уровень ошибки первого рода был принят 0,05 единиц.

Результаты и их обсуждение. С момента начала ведения статистического учета основных нозологических форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в г. Шымкенте и вплоть до 1999 г. первое место как по абсолютному числу больных, так и по удельному весу занимал острый аппендицит. Начиная с 2000 г. и до настоящего времени отмечается преобладание острого

панкреатита, который занял ведущую позицию, оттеснив острый аппендицит на второе место. Третью позицию на протяжении всего периода времени занимают больные с острым холециститом. С начала 1990-х г. отмечено увеличение более чем в 2 раза абсолютного и относительного числа больных (до 6,2 %) с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (таблица 2).

Таблица 2 - Соотношение отдельных форм острой хирургической патологии в Шымкенте и Туркестане, % от общего числа больных

Нозологическая форма острого живота	Шымкент		Туркестан к 2016 г.
	1999 г.	2016 г.	
Острый панкреатит	20,10	41,70*	24,00
Острый аппендицит	59,00	20,50*	28,00
Острый холецистит	29,46	19,75*	19,00
Ущемленная грыжа	4,4	6,53	6,00
Желудочно-кишечное кровотечение	4,69	5,30	11,00*
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,10	3,24	4,00
Острая кишечная непроходимость	2,4	2,99	8,00*
Всего	100,0	100,0	100,0

$p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Отмечено увеличение абсолютного числа больных с ущемленными грыжами, на фоне которого с 1999 г. отмечается некоторое уменьшение летальности при данной патологии [7]. При анализе зависимости послеоперационной летальности от сроков госпитализации пациентов выявлена

картина, характерная практически для всех нозологий: с увеличением времени, прошедшего с момента заболевания до поступления больного в стационар, резко возрастает уровень послеоперационной летальности (таблица 3).

Таблица 3 - Послеоперационная летальность в Шымкенте при острых хирургических заболеваниях в зависимости от сроков госпитализации пациентов (1999-2016 гг.), %

Нозологическая форма острого живота	Послеоперационная летальность при сроках госпитализации от начала болезни		
	до 6 ч	6-24 ч	позже 24 ч
Острый аппендицит	0,06	0,1	0,5*
Ущемленная грыжа	2,8	4,7*	15,2*
Острая кишечная непроходимость	5,8	8,0	14,8*
Острый холецистит	2,7	2,9	6,7*
Острый панкреатит	18,8	26,9	33,6*
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,2	5,2*	21,6*
Желудочно-кишечное кровотечение	15,5	7,9	17,5

* $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Обращает на себя внимание значительное (практически в 2 раза) увеличение поздней госпитализации больных острыми хирургическими заболеваниями органов

брюшной полости за последние годы в Шымкенте по сравнению с 1999 г. (таблица 4).

Таблица 4 - Госпитализация больных позже 24 ч от начала заболевания в Шымкенте, %

Нозологическая форма острого живота	1999 г.	2014 г.*	2015 г.*	2016 г.*
Острая кишечная непроходимость	26,3	52,11	54,18	54,65
Острый аппендицит	20,8	41,59	44,19	45,04
Перфоративная язва желудка и ДПК	11,2	29,21	29,06	29,89
Желудочно-кишечное кровотечение	36,0	56,43	62,43	64,82
Ущемленная грыжа	21,2	38,3	40,79	38,11
Острый холецистит	39,3	60,21	58,74	61,29
Острый панкреатит	32,0	56,80	57,09	61,29

* $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Такая же тенденция, но менее выраженная, наблюдается и в Туркестане и Южно-Казахстанской области. За последние годы частота госпитализации больных позже 24 ч. от начала заболевания не имеет тенденции к снижению, в ряде нозологий остается неприемлемо высокой. Во всех

нозологиях, кроме ущемленной грыжи, поздняя госпитализация увеличилась в 2 и более раз.

Практически среди всех нозологий выражена тенденция многократного возрастания послеоперационной летальности у больных пожилого и старческого возраста (таблица 5).

Таблица 5 - Зависимость уровня послеоперационной летальности от возраста пациентов в Шымкенте, 2012-2016 гг. (в целом по группам)

Нозологическая форма острого живота	Послеоперационная летальность (%) при возрасте больного (лет)						Средний уровень
	до 40	41-50	51-60	61-70	71-80	старше 80	
Острый аппендицит	0,05	0,1	0,1	4,0*	40,0*	78,6*	0,29*
Острый холецистит	1,0	1,0	4,0	12,4*	30,1*	94,1*	3,7*
Острая кишечная непроходимость	1,0	7,0	8,0	10,1*	18,2*	78,9*	9,7*
Ущемленная грыжа	0,8	1,0	3,5	13,9*	23,0	94,9*	8,8*
Острый панкреатит	20,0	21,0	23,0	23,0	31,0*	53,6*	32,5*
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,6	4,7	5,2	10,0*	26,6*	83,1*	8,1*
Желудочно-кишечное кровотечение	6,8	9,8	10,8	32,0*	30,1*	69,0*	10,0*

* $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни) (сравнение с лицами до 60 лет).

Наиболее показательны в этом отношении острый аппендицит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость и перфоративная язва. Исключение составляет острый панкреатит, где высокая летальность имеется во всех возрастных группах и увеличение ее в старческом возрасте не столь значительное, как при других нозологических формах. Здесь следует отметить, что Шымкент является одним из самых «молодых» городов РК,

число жителей пенсионного возраста в нем не превышает 10 %.

При рассмотрении медианы возраста больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в разные периоды наблюдения в разных регионах обращает на себя внимание смещение ее на 15-23 года (в среднем на $19 \pm 3,3$ года), что влияет на послеоперационную летальность (таблица 6).

Таблица 6 - Медиана возраста больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в различных регионах, лет

Нозологическая форма острого живота	Шымкент		Туркестан и Южно-Казахстанская область		Всего	
	1995-2006	2007-2016	1995-2006	2007-2016	1995-2006	2007-2016
Острый аппендицит	28,2 \pm 5,4	39,3 \pm 4,2	29 \pm 4	41 \pm 6*	28,6 \pm 4,3	41 \pm 5
Острый холецистит	41 \pm 3,5	58 \pm 5,4*	39 \pm 6,3	49 \pm 7,2*	40 \pm 4,2	53,5 \pm 6,0
Острый панкреатит	42 \pm 6,2	58 \pm 4,2*	38 \pm 3,2	56 \pm 6,2*	41 \pm 5,2	56,2 \pm 4,4
Желудочно-кишечное кровотечение	36 \pm 6,1	59 \pm 4,0*	39 \pm 4,1	57 \pm 5,5*	37,5 \pm 5,5	58,3 \pm 4,8
Перфоративная язва желудка и ДПК	34 \pm 7,2	58 \pm 5,3*	29 \pm 6,7	51 \pm 1,2*	31 \pm 6,8	56 \pm 3,2
Острая кишечная непроходимость	39 \pm 4,7	53 \pm 8,2*	37 \pm 3,2	54 \pm 7,6*	37 \pm 4,1	53,5 \pm 8,2
Ущемленная грыжа	56 \pm 6,2	67 \pm 5,3*	58 \pm 4,4	68 \pm 4,1*	57 \pm 6,2	67,5 \pm 5,2
Итого	39 \pm 7,0	56 \pm 6,5*	38, \pm 5,2	53,2 \pm 3,2*	38,3 \pm 6,1	55,6 \pm 2,2

* $p < 0,05$ (критерий Стьюдента).

На 42 \pm 6,7 % в Шымкенте и 32,2 \pm 4,3 % в Туркестане и Южно-казахстанской области возросло число соматически отягощенных больных с высоким операционным риском.

Следующий фактор летальности - адекватность хирургической тактики, и прежде всего - своевременность оперативного вмешательства (таблица 7).

Таблица 7 - Сроки операций после госпитализации при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Шымкенте

Нозологическая форма острого живота	Сроки операции	Оперировано, %			
		2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
Острый аппендицит	До 6 ч	70,36	70,39	71,17	69,56
	Позже 24 ч	5,69	6,67	6,56	5,95
Острая кишечная непроходимость	До 6 ч	41,01	39,43	40,16	42,13
	Позже 24 ч	23,17	21,29	21,41	21,14
<i>Окончание</i>					
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
Ущемленная грыжа	До 6 ч	64,53	61,60	75,17	74,01
	Позже 24 ч	21,47	24,76	13,68	14,98
Перфоративная язва желудка и ДПК	До 6 ч	78,39	77,38	79,12	82,75
	Позже 24 ч	12,80	11,87	10,90	6,68
Желудочно-кишечное кровотечение	До 6 ч	40,91	36,19	43,33	47,44
	Позже 24 ч	37,08	40,59	36,36	32,35
Острый холецистит	До 6 ч	15,43	14,40	11,52	11,40
	Позже 24 ч	56,82	56,25	62,42	60,26
Острый панкреатит	До 6 ч	27,91	22,03	26,92	25,48
	Позже 24 ч	44,33	53,36	45,19	49,81
Всего	До 6 ч	51,46	50,76	51,99	51,63
	Позже 24 ч	25,32	25,55	25,86	25,04

Среди основных факторов, приводящих к летальному исходу у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, большой вес занимают диа-

гностические и тактические ошибки хирургов стационаров (32-52 %) (таблица 8).

Таблица 8 - Факторы, влияющие на причины летальных исходов при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, % от общего числа больных

Фактор летальности	Шымкент	Южно-Казахстанская область	Туркестан	
1	2	3	4	
Поздняя госпитализация, в т. ч.	72,4	69,3	63	
а) позднее обращение за медицинской помощью				
б) отказ от госпитализации	65,9	55,4	53,3	2,1
в) поздний перевод из нехирургических стационаров	1,7	4,2	3,2	
г) ошибки врачей догоспитального этапа				
(тактические)	1,0	2,1	4,4	
	3,8	4,3		
Ошибки врачей стационаров, приведшие к поздним операциям	20,4	25,6	26,1	
Отказ больного от операции	1,5	1,7	2,3	
Тактические и технические ошибки хирургов	11,8	12,1	18	
Дефекты анестезиологического пособия	0,8	0,9	0,6	
Тяжесть послеоперационных осложнений	23,2	33,9	27	
1	2	3	4	
Тяжесть основной и сопутствующей патологии	38,9	36,5	39	
Неполноценное лечение	3,3	4,3	3	
Ятрогенные осложнения	1,7	1,9	1,6	

Изменение тактических подходов в лечении ряда нозологий и внедрение новых технологий (диагностической и лечебной эндоскопии и ЭВХ) при росте негативных тенденций позволило сдержать ожидаемый рост летальности. Это касается как острого холецистита и аппендицита, так и панкреатита и кровоточащей язвы.

Заключение. Изменения в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на современном этапе представлены значительным увеличением больных пожилого и старческого возраста и соматически отягощенных больных (на $42 \pm 6,7$ %), трехкратным увеличением социально-обусловленной патологии, прежде всего деструктивных панкреатитов и желудочных кровотечений, требующих значительно больших материальных затрат для лечения. В 2 раза возросла поздняя госпитализация пациентов, связанная как с поздней обращаемостью, так и с достаточно высоким уровнем тактических и диагностических ошибок.

Основным фактором снижения летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости является широкое внедрение в ургентную хирургию, как в многопрофильном стационаре мегаполиса, так и в условиях периферии, принципов и технологии лечебной и диагностической эндоскопии и ЭВХ. Это позволит снизить инвазивность диагностики и тяжесть оперативного вмешательства, особенно в ситуации высокого операционного риска, обеспечить раннюю диагностику заболевания, исключить неоправданные лапаротомии, выбрать адекватную лечебную тактику.

При соблюдении единых принципов выбора диагностической и лечебной тактики на основе широкого использования ургентной лечебной и диагностической эндоскопии и эндовидеохирургической технологии результаты лечения существенно улучшаются и мало различаются в мегаполисе и на периферии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белов И. Н. К вопросу организации хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 1998. - №2. - С. 78-82.
- 2 Дятченко О. Т., Мерабишвили В. М., Бахтияров Р. Ш. и др. Динамика основных социально-демографических показателей здоровья населения Санкт-Петербурга, 1999-2001 гг. // Вопр. онкол. - 2003. - Т. 49, № 3. - С. 299-311.
- 3 Здравоохранение Санкт-Петербурга: Концепция развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997-2003 гг. - СПб.: 2000. - 96 с.
- 4 Слепых Н. И. Причины осложнений и летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости // Вестн. хирург.им. И.И. Грекова. - 2000. - №2. - С. 39-43.
- 5 Ширяева А. С. Медико-социальные проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед.наук - М., 1996. - 26 с.
- 6 Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости: Приказ Комитета по здравоохранению Администрации. - СПб. - 2001. - №26. - 32 с.
- 7 Багненко С. Ф., Озеров В. Ф., Хареев К. А., Негрей В. А. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2005 год. - СПб.: 2006. - 16 с.

²М.А. Булешов, ¹Г.К. Каусова, ¹Б.О. Аширов, ¹А.К. Илимova

¹ЖҚДМ

²ОМФА

ІШ ҚҰЫСЫНЫҢ МҮШЕЛЕРІНІҢ ӨТКІР ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫНДАҒЫ ӨЛІМ ҚҰРЫЛЫМЫ ЖӘНЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫҢ ОНЫ ТӨМЕНДЕТУДЕГІ РӨЛІ

Түйін: Ғылыми мақалада іш қуысы органдарының өткір хирургиялық ауруларынан туындайтын өлімнің деңгейі мен оның себептері келтірілген. Осы аурулардың негізгі нозологиялары ретінде өткір панкреатит, өткір аппендицит және өткір холецистит аурулары қарастырылған. Осы аурулардың арасында әлеуметтік жағдаймен байланысы бар құрылымы өзгерген панкреатиттер мен асқазаннан қан кету оқиғалары жылдам өсуде. Ургентті хирургия саласына емдеу мен эндовидеохирургия шарттары мен технологияларын ендіру арқасында аурулардың диагностикасы жақсарды, оперативтік емдеу барысы жеңілдеп, негізсіз лапаротомия жасау тоқталды.

Түйінді сөздер: өткір хирургиялық аурулар, эндовидеохирургиялық технологиялар, медициналық ұйымдар, жедел аппендицит, созылмалы қуық безі, өткір ішек өтімі, перфорациялық жара, өткір панкреатит, асқазан жарасы

²M.A. Bulesov, ¹G.K. Kausova, ¹B.O. Ashirov, ¹A.K. Ilimova

¹Higher school of public health

²South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

THE STRUCTURE OF MORTALITY IN ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY AND THE ROLE OF ENDOVIDEOSURGICAL TECHNOLOGY IN ITS DECLINE

Resume: This article elucidates levels of mortality with acute diseases of surgery organs of abdominal cavity and their main etiology structures. Study structure of these diseases showed that bulk large position takes acute pancreatitis, acute appendicitis and acute cholecystitis. Among them there is rapidly increase socially conditioned pathology, including destructive form of pancreatitis and gastric bleeding. The introduction of the principles treatment technologies and diagnostic endoscopy and endovideosurgery into urgent surgery made it possible to reduce the invasiveness of diagnosis and severity of operational intervention to exclude an unjustified laparotomy.

Keywords: acute surgical diseases, endovideosurgical technologies, medical organizations, acute appendicitis, strangulated hernia, acute intestinal obstruction, perforated ulcer, acute pancreatitis, gastric ulcer, duodenum, Republic of Kazakhstan.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО ГЕЛЯ ПЕЧАТУЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ ИННОВАЦИОННОГО 3Д ПРИНТЕРА (ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ)

А.З. Сатханбаев, Ы.А. Аннаоразов

Международный казахско-турецкий университет имени А.Ясауи

Послеоперационные спайки являются причиной болей в животе у 30-33% пациентов. Со спайками брюшины связано от 40 до 75% всей кишечной непроходимости, а летальность при данном осложнении по-прежнему остается на высоком уровне (5-10%) и не имеет тенденции к снижению.

Ключевые слова: 3д принтер, мембрана, спаечная болезнь.

УДК 616-037.58

Цель работы: Совершенствование используемых и разработка новых, способов профилактики и лечения спаечной болезни.

Проведение лабораторно-экспериментальных исследований для выявления эффективности противоспаечной мембраны печатаемый 3Д принтером (3Д ПСМ).

Задачи эксперимента:

1. Определения встречаемости спаечного процесса брюшной полости среди больных.
2. Моделирование спаечного процесса в брюшной полости у лабораторных кроликов.
3. Оценка спаечного процесса брюшной полости кроликов.
4. Дооперационные и послеоперационные методы оценки состояния лабораторных животных.
5. Проведение профилактики и лечения спаечной болезни брюшной полости.

Научная новизна: Впервые углубленному исследованию подвергается метод профилактики спаечной болезни используя интраоперационную противоспаечную мембрану распечатываемую 3Д принтером и 3Д сканером для моделирование объекта.

Научно-практическое значение работы: Снижение осложнений спаечной болезни брюшной полости и органов малого таза.

Материал и методы исследования: Для достижения поставленной нами цели и задачи нами проводилась проспективная научная работа для определения встречаемости СП. Работа была основана на исследовании статистических данных 755 больных из разных ЛПУ ЮКО. В результате данной работы мы определили 82% встречаемости СП от общего числа больных.

После определения актуальности и встречаемости болезни нами было разработано новая инновационная противоспаечная 3Д мембрана в состав которого входит отечественный ретунированный коллаген и одноразовый рабочий прототип самого 3Д принтера. Для создания 3Д модели был разработан 3Д сканер.

Далее для определения эффективности 3Д мембраны нами проводилась лабораторно-экспериментальная работа на кроликах начиная с 19.08.16 до 19.02.17.

По сей день нами были проведены 156 лапаротомий.

Лапаротомия для моделирования СП	54
Лечебная релапаротомия	50
Оценочная релапаротомия	42
Аутопсия	8

Во всех операциях оперативным доступом была срединная линия живота у кроликов. Прооперировано 50 кроликов. Из них были 25 самок и 25 самцов. Для начало было проведено 50 срединных лапаротомий под в.м наркозом. С целью моделирования спаечного процесса были оставлены ватные шарики диаметром 1см в левой подвздошной области 4 кроликов, травмирование брыжеек кишечника механическим путем (сжатие прямым зубчатым зажимом Кохера) у 15 кроликов, искусственная верхняя тонкокишечная непроходимость (перевязка тонкого

кишечника кетгутом) у 8 кроликов и у 23 кроликов травмирование париетальной частично и на большом протяжении висцеральной брюшины (остроконечным трехзубчатым ранорасширителем). У 19 кроликов, после 4 дней проведенной манипуляции наблюдалось ухудшение состояния, гиподинамия, вялость, отказ от пищи. У 8 кроликов наблюдалась рвота, вздутие живота. В начале усиление перистальтики. После 12 часов отсутствие перистальтики. У всех кроликов наблюдалась гипертермия 39,6- 40,6.

Симптомы Перитонита	19 кроликов (15 самок)
Симптомы ОКН	8 кроликов
Гиподинамия	23 кроликов

После достижения моделирования спаечного процесса было проведено 50 релапаротомий. У кроликов страдающих разлитым серозным перитонитом была проведена резекция и перевязка некротизированного участка брыжейки кишечника, ревизия и санация брюшной полости, создание 3Д модели и покрытие гелевой мембраной оперированного участка брыжейки.

У кроликов страдающих ОКН была проведена релапаротомия, резекция некротизированного участка кишечника, наложение анастомоза «конец в конец», санация и ревизия органов брюшной полости, создание 3Д модели и покрытие гелевой мембраной оперированного участка (на анастомоз).

Оставшимся 42 кроликам после проведенной операции по окончании 15 дней была проведена оценочная релапаротомия. Во время операции не были выявлены множественные спаечные процессы брюшной полости. Были единичные спаечные тяжи вне операционного поля.

Результаты: в результате исследования достигнут а цель данной исследовательской работы по применению

противоспаечного геля печатаемый с помощью 3д принтера на лабораторных кроликах. Были выявлены результаты и эффективность геля при лечении спаечной болезни брюшной полости. В ходе эксперимента была выявлена локальная классификация спаечной болезни по тяжести спаечного процесса.

Выводы: Для предупреждения развития брюшинного фиброза у больных, необходима ранняя ликвидация воспалительного процесса. С этой целью в объем лечебных мероприятий должен быть включен метод использования сверхтонкой противоспаечной мембраны. У 60% прооперированных кроликах выявлено полное выздоровление. Исходя из этого можно сказать использование 3Д ПСМ снижает количество спайкообразования и проводит хорошую профилактику. Но основании ожидаемых результатов сделан вывод о необходимости дальнейших исследований изучения процесса спайкообразования и создания средств, разграничивающих раневые поверхности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ковальчук В.И., Энтеротомия при острой кишечной непроходимости //Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. – СПб.: 1992. – С. 29-33.
- 2 Деркачева Л.В. Гнойно-септические осложнения у больных спаечной кишечной непроходимостью и пути снижения летальности при них // Городская научно-практическая конференция (Актуальные вопросы гнойно-септических инфекций): Тезисы докладов. – СПб.: 1994. – С. 27-28.
- 3 Ковальчук В.И., Сазонов К.Н., Послеоперационные осложнения у больных острой кишечной непроходимостью и методы их профилактики // Вестн. хир. – 1995. – №4(6). - С. 88-96.
- 4 Орешко Л.С., Спаечная кишечная непроходимость как хирургическая проблема // Городская научная конференция (Актуальные вопросы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний): Тезисы докладов. – СПб.: 1997. – С. 187-188.
- 5 Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Борсак И.И. Высокочастотная инфуляция лекарственных аэрозолей в комплексном лечении острого перитонита // Городская научная конференция (Резервы здоровья человека и эффективность лечения): Тезисы докладов. – СПб.: 1998. – С. 145-150.

А.З. Сатханбаев, Ы.А. Аннаоразов
Қ.А. Яссауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

**ИННОВАЦИЯЛЫҚ 3Д ПРИНТЕР МЕН БАСЫЛАТЫН МЕМБРАНАНЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІК НӘТІЖЕЛЕРІ
 (ТЕОРИЯДАН ТӘЖІРИБЕГЕ)**

Түйін: Отадан кейінгі жабысқақтар іш ауруының 30-33% құрайды. Іштің жабысқақ аурулары 40 -75% іш өтімсіздігінің этиологиялық факторы болып табылады. Ал бұл аурумен өлім көрсеткіші (5-10%) әлі күнге едін жоғары және бұл көрсеткіштің төмендеуі байқалмайды.

Түйінді сөздер: 3д принтер, мембрана, жабысқақ ауруы.

A.Z. Sathanbayev, Y.A. Anaorazov
International Kazakh-Turkish University named after A. Yasavi

**THE EXPERIMENTAL RESULTS OF THE USE OF AN ANTI-ADHESIVE GEL PRINTED USING AN INNOVATIVE 3D PRINTER
 (FROM THEORY TO PRACTICE)**

Resume: Postoperative adhesions are the cause of abdominal pain in 30-33% of patients. With spikes of the peritoneum, 40 to 75% of the total intestinal obstruction is associated, and the lethality with this complication remains at a high level (5-10%) and does not tend to decrease.

Objective: To improve the use and development of new methods for the prevention and treatment of adhesions.

Carrying out of laboratory-experimental researches for revealing efficiency of an antiseptic membrane printed by 3D printer (3D PSM).

Objectives of the experiment:

1. Definitions of the occurrence of the adhesive process of the abdominal cavity among patients.
2. Modeling of the adhesive process in the abdominal cavity in laboratory rabbits.
3. Evaluation of the adhesion process of the abdominal cavity of rabbits.
4. Preoperative and postoperative methods for assessing the condition of laboratory animals.
5. Carrying out of preventive maintenance and treatment of an adhesive disease of an abdominal cavity.

Scientific novelty: For the first time in-depth study, the method of preventing adhesive disease is used using an intraoperative antiseptic membrane printed out by a 3D printer and a 3D scanner for object modeling.

Scientific and practical significance of the work: Reduction of complications of adhesive disease of the abdominal cavity and pelvic organs.

Material and methods of research: To achieve our goal and objectives, we conducted a prospective scientific work to determine the occurrence of SP. The work was based on the study of statistical data of 755 patients from different health facilities of the SKO.

Keywords: 3d printer, membrane, adhesive disease.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА МЕСТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

**Н.Х. Мусабаев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли,
 Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева**

*Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
 Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии*

В настоящее время лечение ожоговых стриктур пищевода является одним из самых сложных разделов хирургии и представляет значительный практический интерес. Наиболее распространенным способом восстановления проходимости пищевода является бужирование и баллонная гидродилатация, которые поданным Левина С.И. и др. (1994), Черноусова А.Ф., Богопольского П.М. (1998), Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., 2000, Reiss М. (1998) в 60-65% случаев приводят к хорошим и удовлетворительным результатам. Вместе с тем, изучение отдаленных результатов убедительно доказывает, что проведение консервативных мероприятий далеко не всегда позволяет добиться стойкого и длительного восстановления проходимости пищевода. Даже применение методов форсированного бужирования, использование вибробужей и дилататоров различных модификаций не всегда позволяет добиться стойкого длительного расширения просвета пищевода при короткой стриктуре пищевода (особенно шейной локализации). При безуспешности консервативного лечения и раннем рецидиве стриктуры 15-40% больных нуждаются в эзофагопластике (Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 1989; Скворцов М.Б., 1991; Логинова Т.А., 1993; Yarabai O., Osmanodlu H., 1997). Целью данной работы является рассмотрение современного оперативного вмешательства – местной эзофагопластики при короткой стриктуре шейного отдела пищевода, при выполнении которого были получены наилучшие непосредственные результаты.

Ключевые слова: Стриктура, шейная локализация, местная эзофагопластика.

УДК 616-089

Актуальность. В настоящее время лечение ожоговых стриктур пищевода является одним из самых сложных разделов хирургии и представляет значительный практический интерес. Это связано с тем, что число

пострадавших от приема агрессивных жидкостей с каждым годом не уменьшается, а результаты лечения во многом оставляют желать лучшего. Химические ожоги пищевода по частоте занимают второе место среди заболеваний этого

органа у взрослых (Авилава О.М., Багиров М.М., 1983, Салихов И.А., Красильников Д.М., 1987) и первое место у детей (Брюсов П.Г., Войновский Е.А., 1991). Химические повреждения пищевода возникают при случайном или преднамеренном (с суицидальной целью) приеме агрессивных жидкостей внутрь и, как правило, наблюдаются у людей молодого и наиболее трудоспособного возраста (Крылов А.А., Земляной А. Г., 1988). В дальнейшем у 37% больных, получивших ожог пищевода, в месте повреждения формируются рубцовые стриктуры (Ванцян Э.Н., Тошакоев Р.А., 1971; Авиллова О.М., Багиров М.М., 1983). Наиболее распространенным способом восстановления проходимости пищевода является бужирование и баллонная гидродилатация, которые по данным Левина С.И. и др. (1994), Черноусова А.Ф., Богопольского П.М. (1998), Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., 2000, Reiss M. (1998) в 60-65% случаев приводят к хорошим и удовлетворительным результатам. Вместе с тем, изучение отдаленных результатов убедительно доказывает, что проведение консервативных мероприятий далеко не всегда позволяет добиться стойкого и длительного восстановления проходимости пищевода. Даже применение методов форсированного бужирования, использование вибробужей и дилататоров различных модификаций не всегда позволяет добиться стойкого длительного расширения просвета пищевода при короткой стриктуре пищевода (особенно шейной локализации). Как правило, при безуспешности консервативного лечения и раннем рецидиве стриктуры 15-40% больных нуждаются в эзофагопластике (Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 1989; Скворцов М.Б., 1991; Логинова Т.А., 1993; Yarbai O., Osmanodlu N., 1997). В настоящее время применяются различные виды эзофагопластики, детально разработанные видными отечественными и зарубежными хирургами - П.А. Герценом, С.С. Юдиным, А.Г. Савиных, В.И. Казанским, П.И. Андреевым, Б.А. Петровым. Огромный вклад в развитие хирургии пищевода внес Б.В. Петровский, основатель крупнейшей в России хирургической школы и его ученики - Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов, В. А. Андрианов. Применение таких операций позволяет отказаться от многолетнего и мучительного для больных бужирования пищевода, значительно улучшить качество жизни пациентов, избавить их от длительной и тяжелой психической травмы, связанной с многоэтапными оперативными вмешательствами. Недостаточно изучены ближайшие, отдаленные и функциональные результаты после местной эзофагопластики у больных с ожоговыми стриктурами пищевода.

Целью данной работы является рассмотрение современного оперативного вмешательства - местной эзофагопластики при короткой стриктуре шейного отдела пищевода, при выполнении которого были получены наилучшие непосредственные результаты.

Местная эзофагопластика.

Показания: короткая рубцовая стриктура шейного отдела пищевода протяженностью до 2—2,5 см при отсутствии эффекта или при невозможности консервативного лечения (бужирование и эндоскопическая баллонная гидродилатация).

Специальная подготовка. При вскрытии просвета любых полых органов желудочно-кишечного тракта существует реальная опасность обсеменения операционного поля (аэробная, анаэробная флора), что грозит развитием гнойно-септических послеоперационных осложнений. Поэтому в схему специальной подготовки к операции включают антибактериальную профилактику: это прежде всего антибиотики — макролиды (ампициллин) и цефалоспорины (цефамезин), а также производное ДИ-Н-ОК-сихинолина — диоксидин. Инъекции антибиотиков начинают одновременно с премедикацией, чтобы достигнуть оптимальной концентрации в тканях к основному моменту операции по следующей схеме:

— в начале операции (после интубации трахеи): внутривенно капельно 60 мл 0,5 % раствора диоксидина, растворенного в 90 мл изотонического раствора хлорида натрия, со скоростью 60—80 капель в 1 мин.

— в течение последующих 72 ч после операции: диоксидин (в тех же дозах внутривенно) каждые 8 ч; ампициллин 1 г каждые 6 ч внутримышечно; цефамезин 1 г каждые 8 ч внутримышечно.

В остальном предоперационная подготовка каких-либо особенностей не имеет.

Анестезия: эндотрахеальный наркоз.

Техника операции.

При стриктуре шейного отдела пищевода протяженностью менее 1,5 см мобилизуют верхний и нижний концы пищевода, стриктуру резецируют и накладывают однорядный эзофагоэзофагоанастомоз по типу «конец в конец» узловыми атравматическими швами (викрил 3/0—4/0, дексон 3/0—4/0 и т.п.). При стриктуре протяженностью менее 1 см делают продольный разрез стенки пищевода в области стриктуры через все слои, растягивают его края стороны и ушивают в поперечном направлении однорядными узловыми швами (рисунок 1, а, б).

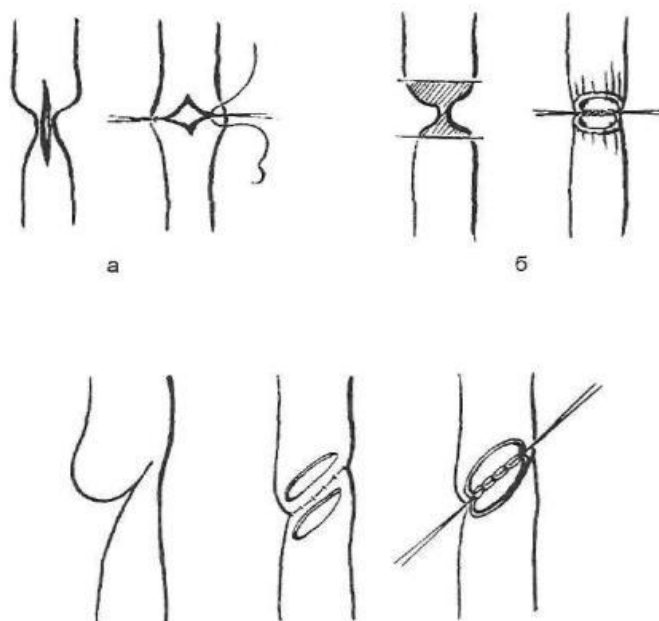


Рисунок 1, 2 - Местная эзофагопластика

а — продольное рассечение стриктуры с поперечным ушиванием

б — резекция стриктуры с анастомозом «конец в конец»

Местная эзофагопластика при нависании мешковидного верхнего отрезка пищевода над короткой стриктурой. Может встретиться наиболее вероятный вариант, когда верхний отрезок пищевода нависает над короткой стриктурой в виде мешка. В таком случае формируют косопоперечный двухрядный анастомоз в обход стриктуры (рисунок 2).

Если стриктура распространяется только на слизистый и подслизистый слои пищевода, то делают поперечный разрез мышечной оболочки, затем иссекают переднюю и часть боковых стенок стриктуры, формируют заднебоковые стенки слизисто-подслизистого слоя узловыми швами, а

затем ушивают переднюю стенку раны пищевода через все слои односторонними узловыми швами (рисунок 3).

При всех вариантах местной эзофагопластики необходимы внутриспросветная декомпрессия с помощью тонкого зонда на протяжении трех первых послеоперационных суток и адекватное дренирование области операции. На 5-е сутки проводят рентгеновское исследование (контроль) с водорастворимым контрастом. При отсутствии признаков несостоятельности швов разрешают пить и постепенно расширяют диету. В сомнительных случаях повторяют рентгеноконтрастное исследование после первых приемов пищи.

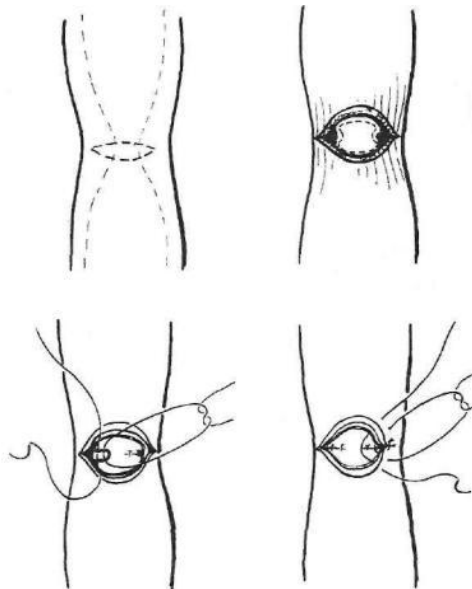


Рисунок 3 - Иссечение стриктуры слизисто-подслизистого слоя пищевода

При выявлении хотя бы частичной несостоятельности швов пищевода запрещают глотание (даже слюны). Зонд для питания вводят в желудок, а еще лучше — в двенадцатиперстную кишку из-за опасности возникновения желудочно-пищеводного рефлюкса, препятствующего заживлению раны пищевода; далее проводят консервативное лечение.

В отдаленном периоде в области местной пластики пищевода могут возникать рубцовые стриктуры, требующие бужирования или эндоскопической баллонной гидродилатации.

Таким образом, местная эзофагопластика при короткой стриктуре шейного отдела пищевода при неэффективности консервативной терапии дает больным наилучшие непосредственные результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Авилова О.М., Багиров М.М. Лечение рубцовых стенозов пищевода // Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тезисы докл. Всесоюзной, конф. по хирургии пищевода. - М.: 1983. - С.47-48.
- 2 В.И., Колесников А.К., Юрченко А.Г., Элозо В.П., Семиниченко А.В. // Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тез. Всесоюз. конф. по хирургии. - М.: 1983. - С.72-74.
- 3 Белоусов Е.В., Байтингер Б.Ф. Причины несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов на шее // Хирургия. - 1984. - №10. - С.76-79.
- 4 Березов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 1965. - 364 с.
- 5 Богомолова Н.С., Андрианов В.А., Сташинкас А.В. Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений при эзофагопластике // В кн.: Хирургия легких и пищевода. - Витебск: 1988. - С. 22- 23.
- 6 Ванцян Э.Н., Тошаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. - М.: Медицина, 1971. - 260 с.
- 7 Вахидов В.В., Хачиев Л.Г., Янгиев А.Х. Хирургическое лечение рубцовых сужений пищевода // Хирургия пищевода и легких: Тез. докл. пленума про-блемн. комиссии посвящен, памяти М.А. Подгорбунского. - Кемерово: 1987. - С. 19-20.
- 8 Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.Ю. Выбор метода пластики пищевода при рубцовых стенозах // В кн.: Хирургия пищевода и легких - М.:2006. - С. 18-21.
- 9 Мумладзе Р.Б. Рубцовое сужение глотки и пищевода после химических ожогов // Вестн. Хирургии. - 1989. - №3. - С. 106-108.
- 10 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - 349 с.

Н.Х. Мусабаев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли,
Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева

ЖЕРГІЛІКТІ ЭЗОФАГОПЛАСТИКАНЫҢ ЕМДІК ТАКТИКАСЫ

Түйін: Қазіргі уақытта өзек құйығының стриктурасы хирургияның ең күрделі тарауларына жатады және манызды тәжірбие мүдесі болып ұсынады. Левин С.И.(1994), Черноусов А.Ф., Богопольский П.М.(1998), Галлингер Ю.И., Гаджелло Э.А.(2000), Reiss M.(1998) деректері бойынша өзектің өтуін қалпына келтіруінің ең таралған тәсілдері- бужирование және баллонная гидротация 60-65% жағдайда жақсы және жаратымды нәтижелерге келтіреді. Сонымен бірге оғаш нәтижелердің байқауы бойынша консервативтік іс шаралар өзектің өтуінің қалпына келтіруі ылғи берік және ұзақ болмайтының нанымды дәлелдеді. Тіпті форсированный бужированияның тәсілдері, вибробуждарды және әр түрлі дилататордың модификацияларын қолданған ылғи, өзектің қысқа стриктурасы кезінде, өзектің бос аралығының берік және ұзақ аумақтауына келтірмейді. Консервативтік емнің сітсіздігі және стриктура ауруының ерте қайталануы 15-40-да эзофагопластикаға мұқтаж болады (Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 1989; Скворцов М.Б., 1991; Логинова Т.А., 1993; Yarbai O., Osmanodlu H., 1997). Бұл жұмыстың мақсаты қазіргі уақыттағы шұғыл отауларды қарау- өзектің мойын бөлімінің қысқа стриктурасы кезінде жергілікті эзофагопластиканы орындау ең жақсы нәтижелерге әкеледі.

Түйінді сөздер: Стриктура, мойынның локализациясы, жергілікті эзофагопластика.

N.H. Musabaev, G.M. Imantaeva, E.N. Aldabergenov, A.N. Asanova, A.N. Kani, V.V. Li,
B.A. Parmahanov, A.M. Sovetaeva, G.T. Sultanbaeva

THERAPEUTIC MANAGEMENT OF LOCAL ESOPHAGOPLASTY

Resume: At present, a treatment of burn esophageal strictures is considered as one of the most difficult sections of surgery which generated a considerable amount of practical interest. According to Levin S.I. and et al. (1994), Chernousov A.F, Bogopolsky P.M. (1998), Gallinger Y.I., Goggello E.A. (2000), Reiss M. (1998) a necessity and expediency of bougienage of esophageal burn stricture and use of endoscopic balloon hydrodilatation in restoring patency of the esophagus leads to good and satisfactory results in 60-65% of cases. At the same time, investigation of long-term results convincingly proves that a conservative treatment does not necessarily lead to a persistent and long-lasting recovery of the esophageal patency. Furthermore, even the use of forcing bougienage as well as of vibrating mills and variously modified dilators does not always allow obtaining durable and long-term expansion of the esophagus lumen with a short esophageal stricture (especially cervical localization). As argued by Chernousov A.F, Bogopolsky PM (1989), Skvortsov M.B (1991), Loginova T.A (1993), and Yarbai O., Osmanodlu H. (1997), 15-40% of patients need esophagoplasty with an unsuccessful conservative treatment and early recurrence of stricture. The purpose of this work is to consider using local esophagoplasty in a condition of a short stricture of the cervical esophagus since having this particular surgery leads to the best immediate results.

Keywords: stricture, cervical localization, local esophagoplasty.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЛЕРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ТОЛСТОЙ КИШКОЙ

Н.Х. Мусабаев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли,
Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева

Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии

Большим достижением восстановительной хирургии пищевода является разработка методов внутриплевральной толстокишечной эзофагопластики. Разработанные преимущественно для лечения рубцовых сужений пищевода эти операции иногда применяются и при лечении рака пищевода. В 1951 г. Orsoni и Lemaire предложили использовать для внутриплевральной пластики пищевода трансплантат из поперечной ободочной кишки. В клинике впервые успешную внутригрудную пластику пищевода толстой кишкой выполнил Lortat-Jacob (1951), использовав с этой целью часть правой и правую половину поперечной ободочной кишки. Внутриплевральную пластику пищевода при раке грудного отдела пищевода впервые успешно применили Nevill и Gloves (1958) правой половиной толстой кишки. Целью исследования является освещение показаний и техники внутриплевральной пластики пищевода толстой кишкой на современном уровне.

Ключевые слова: толстокишечная эзофагопластика, стеноз, рак

УДК 616-089

Актуальность. Большим достижением восстановительной хирургии пищевода является разработка методов внутриплевральной толстокишечной эзофагопластики. Разработанные преимущественно для лечения рубцовых сужений пищевода эти операции иногда применяются и при лечении рака пищевода. В 1951 г. Orsoni и Lemaire предложили использовать для внутриплевральной пластики пищевода трансплантат из поперечной ободочной кишки. В клинике впервые успешную внутригрудную

пластику пищевода толстой кишкой выполнил Lortat-Jacob (1951), использовав с этой целью часть правой и правую половину поперечной ободочной кишки с питающей восходящей ветвью левой ободочной артерии. Проксимальная часть трансплантата была соединена с пищеводом, а дистальная — с тощей кишкой. Внутриплевральную пластику пищевода при раке грудного отдела пищевода впервые успешно применили Nevill и Gloves (1958). Техника операций, примененных Невиль и

Глоувз, следующая. При раке пищевода, располагающемся в средней трети и выше дуги аорты, применяются правосторонняя торакотомия и лапаротомия. Операция выполняется одновременно двумя бригадами хирургов. Одна бригада мобилизует и удаляет пораженный участок пищевода. В это время другая бригада хирургов мобилизует правую половину толстой кишки, включая слепую кишку, аналогично методике Ройт, или сохраняя слепую кишку по методике А. А. Шалимова (рис. 265). При плохих анастомозах между средней и левой ободочной артериями вполне допустима мобилизация кишки по методике Лафарга (рис. 266). Через отверстие в диафрагме кишку проводят в правую плевральную полость, где первая бригада формирует пищеводно-кишечный анастомоз конец в конец. Вторая бригада в это время накладывает желудочно-толстокишечный анастомоз.

В США наиболее популярна пластика пищевода правой половиной толстой кишки. В Англии чаще для этих целей используется ее левая половина. Толстая кишка может быть перемещена как в антиперистальтическом направлении, так и изоперистальтически. Некоторые хирурги предпочитают проведение трансплантата из поперечного отдела или левой половины толстой кишки внутриторакально позади корня легкого, не придавая особого значения при этом перистальтической ориентации трансплантата. При сравнительном изучении опыта операций пластики пищевода толстой кишкой отмечено, что в 70% случаев трансплантат был проведен позади корня легкого изоперистальтически и в 30% — ретростернально. В основном это были пациенты с атрезией пищевода и культей его дистального сегмента.

Целью исследования является освещение показаний и техники внутриплевральной пластики пищевода толстой кишкой на современном уровне.

Показания: 1) доброкачественные стриктуры пищевода, обычно локализующиеся в средне- и нижнегрудном отделах; 2) большие доброкачественные опухоли нижней трети пищевода при ситуациях, когда вылушивание невозможно; 3) рак нижней трети пищевода и рак кардии с переходом на пищевод;

Все перечисленные показания относятся к случаям, когда для замещения пищевода нельзя использовать желудок.

Противопоказания: тяжелые сердечно-легочные заболевания, при которых проводить торакотомию опасно.

Специальная подготовка: как при суб- и тотальной шунтирующей пластике пищевода толстой кишкой.

Позиция больного: вначале лежа на спине, затем на левом боку с валиком под грудной клеткой (стол поворачивают вместе с больным налево).

Анестезия: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: широкая верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева, затем переднебоковая торакотомия справа в IV—V межреберье.

Основные этапы операции:

- лапаротомия, ревизия брюшной полости
- формирование трансплантата и анастомозирование его с желудком, восстановление проходимости толстой кишки
- диафрагмокруротомия
- выведение трансплантата в плевральную полость; дренирование и ушивание брюшной полости
- торакотомия, ревизия пищевода
- резекция пищевода или (при доброкачественных рубцовых стриктурах) соединение трансплантата с пищеводом по типу шунтирующей пластики
- проведение зонда в трансплантат для декомпрессии, дренирование и ушивание плевральной полости

При рубцовых стриктурах пищевода применяют два основных вида шунтирующей пластики толстой кишкой. Первый — по типу «чемоданной ручки», когда оба анастомоза с пищеводом накладываются в плевральной полости выше и ниже стриктуры. Верхний анастомоз формируется по типу «бок в бок», нижний — «конец в бок». Преимуществом подобного вида пластики является сохранение кардиального сфинктера, основными недостатками — сложность и длительность операции, опасные осложнения. При втором виде внутриплевральной толстокишечной шунтирующей пластики один анастомоз накладывается в плевральной полости выше стриктуры, другой — с желудком — в брюшной полости (рисунок 1).

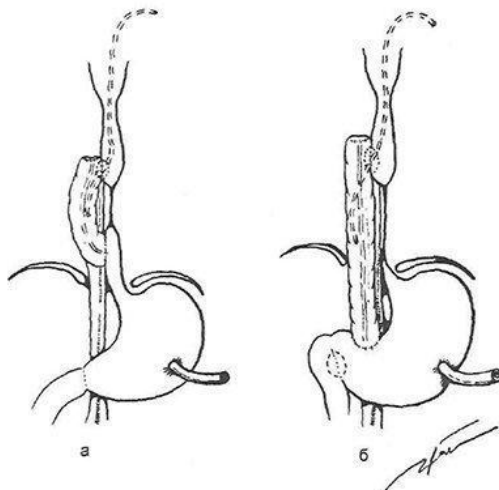


Рисунок 1 - Варианты внутриплевральной пластики пищевода толстой кишкой. а — по типу «чемоданной ручки»; б — наиболее распространенный вариант — нижний анастомоз с желудком

При более редких вариантах протяженных рубцовых стриктур шейного и верхнегрудного отделов пищевода анастомоз трансплантата с пищеводом в правой

плевральной полости накладывают по типу «конец в бок», а на шею — с правым грушевидным синусом глотки — «бок в бок» (рисунок 2).

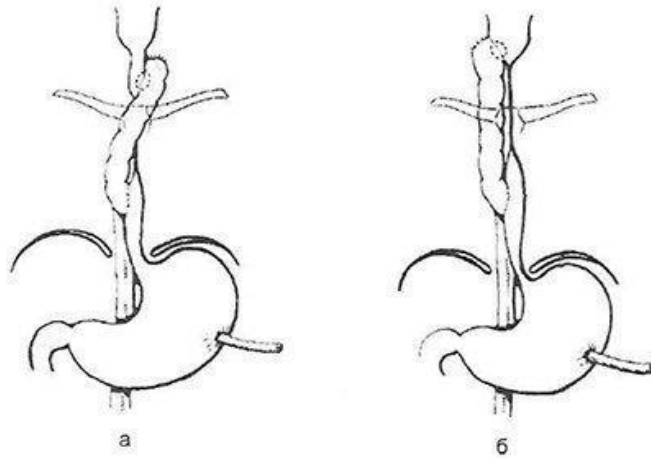


Рисунок 2 - Редкие варианты внутриплевральной пластики сегментом толстой кишки на длинной сосудистой ножке.
а — верхний анастомоз с пищеводом «конец в бок»; б — с глоткой «бок в бок» на шее

Для подобных вариантов эзофагопластики необходимо формирование изо- или антиперистальтического

толстокишечного трансплантата на длинной сосудистой ножке, обычно включающей Риоланову дугу (рисунок 3-4).

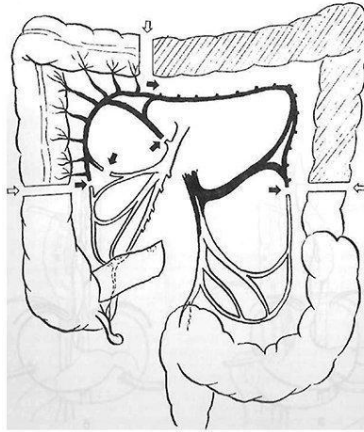


Рисунок 3 - Выкраивание изоперистальтического толстокишечного трансплантата на сосудистой ножке

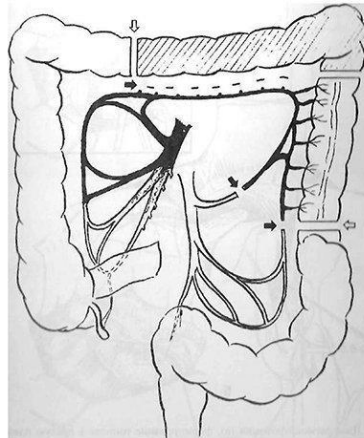


Рисунок 4 - Выкраивание антиперистальтического толстокишечного трансплантата на сосудистой ножке

Далее мобилизуют левую долю печени рассечением треугольной связки и отводят ее вправо крючком Савиных. Мобилизуют абдоминальный отдел пищевода. Правую

медиальную ножку диафрагмы рассекают ножницами, пальцами раздвигают ткани, создавая канал, идущий в правую плевральную полость (рисунок 5).

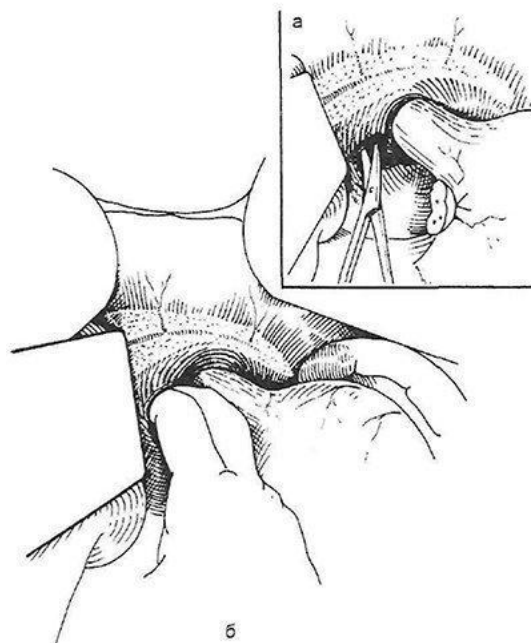


Рисунок 5 - Диафрагмокруротомия (а), формирование тоннеля в правую плевральную полость с помощью пальцев (б)

При пластике по типу «чемоданной ручки» трансплантат проводят в правую плевральную полость вместе с сосудистой ножкой позади желудка. После правосторонней торакотомии при необходимости пересекают и перевязывают дугу непарной вены и накладывают верхний

колоэзофагоанастомоз по типу «бок в бок», а нижний — по типу «конец в бок» двумя рядами узловых атравматических швов (викрил 000). В трансплантат вводят зонд для декомпрессии, плевральную и брюшную полости дренируют (рисунок 6).

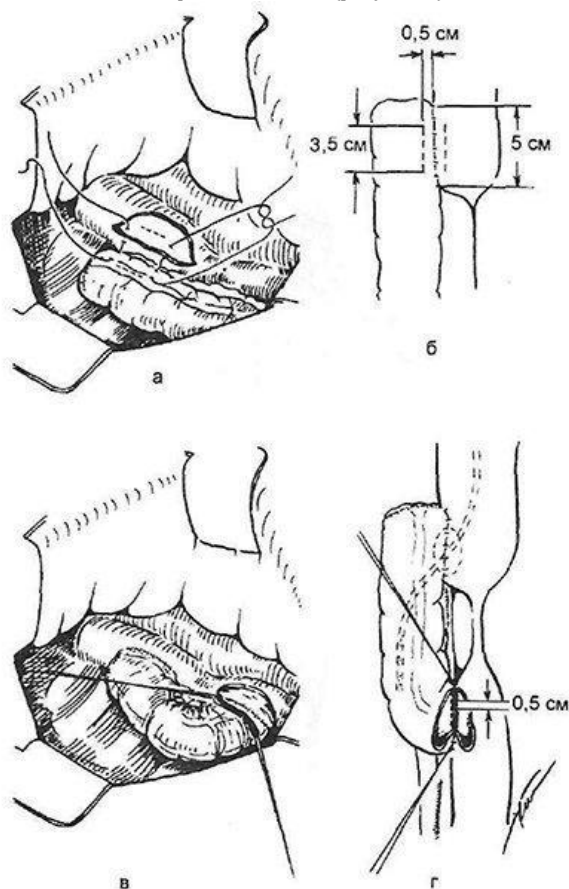


Рисунок 6 - Формирование анастомозов в плевральной полости при пластике пищевода толстой кишкой по типу «чемоданной ручки» (а—г)

В типичных случаях сформированный для пластики средней и нижней третей пищевода трансплантат располагают за желудком и анастомозируют с антральным отделом в поперечном направлении. При необходимости к круротомии

добавляют ограниченную (до нижней диафрагмальной вены) сагиттальную диафрагмотомию, чтобы избежать сдавления трансплантата (рисунок 7, а—в).

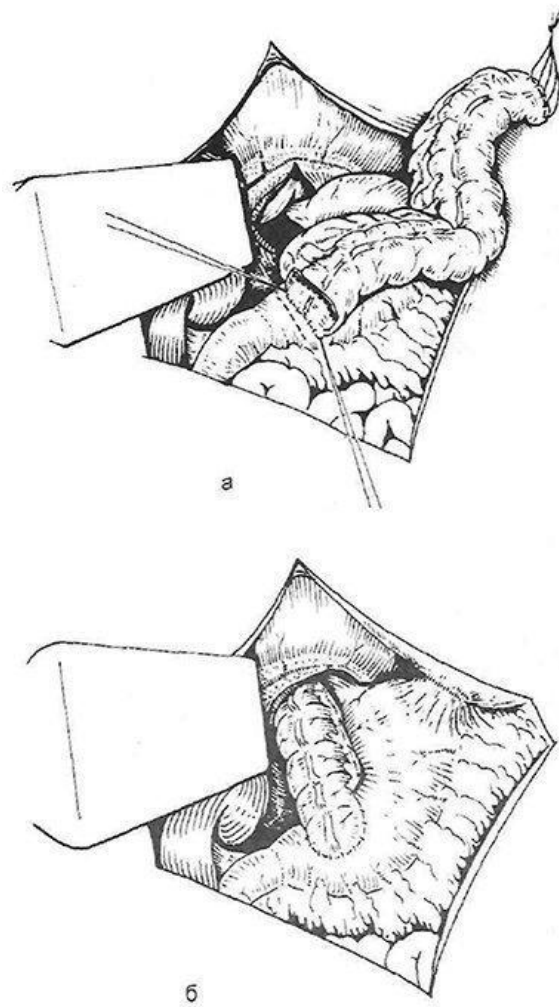


Рисунок 7 - Частичная сагиттальная диафрагмотомия в дополнение к круротомии, наложение кологастроанастомоза. а — трансплантат и его сосудистая ножка проведены за желудком; б — толстокишечный трансплантат анастомозирован с желудком и проведен в правую плевральную полость

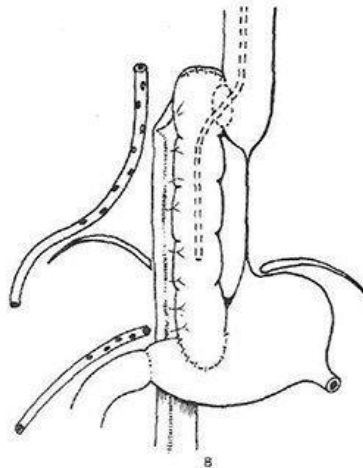


Рисунок 8 - Продолжение. в — схема завершения операции внутривлепальной шунтирующей пластики пищевода толстой кишкой

Проводят трансплантат в правую плевральную полость. Выполняют правостороннюю торакотомию, формируют колоэзофагоанастомоз по типу «бок в бок» таким же образом, как было описано выше. Для того чтобы избежать образования «слепого мешка» собственного пищевода, проксимальный анастомоз формируют как можно ближе к стриктуре. Так же проводят зонд в трансплантат для декомпрессии, плевральную и брюшную полость дренируют. Если есть гастростома, ее открывают на 2— 3

послеоперационных дня для декомпрессии желудка. В других случаях в желудок можно провести зонд через трансплантат.

Таким образом, все вышесказанное определяет актуальность и своевременность изучения внутривлепальной пластики пищевода толстой кишкой, основной целью которой — осветить на современном уровне проблемы показаний и техники внутривлепальной пластики пищевода толстой кишкой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода // Клинические аспекты хирургии. - М.: Медицина, 1978. - С.128-164.
- 2 Матяшин М.М. Тотальная пластика пищевода толстой кишкой. — Киев: Здоровья, 1971. - 192 с.
- 3 Черноусов А.Ф., Сильвестров В.С., Курбанов Ф.С. Пластика пищевода при раке и доброкачественных стриктурах. - М.: Медицина, 1990. - 142 с.
- 4 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Богопольский П.М., Воронов М.Е. Выбор метода пластики пищевода // Вестн. РАМН. - 1997. - № 9. - С. 21-25.
- 5 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А., Богопольский П.М. Опыт 1100 пласт тик пищевода // Хирургия. — 1998. — № 6. — С. 21 —25.
- 6 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - 349 с.
- 7 Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода. — М.: Медицина, 1975. - 368 с.
- 8 Cheng B., Lu S.Q., Gao S.Z., Tu Z.F., Lin DM, Wang T.S. Colon replacement of the esophagus. Clinical experience from 240 cases// Clin. Med. J. — 1994. — Vol. 107, №3. - P. 216-218.
- 9 Cseke L., Horvath O. Indications, new surgical technique and results of colon interposition or bypass in esophageal surgery // Acta chir. Hung. — 1997. — Vol. 36, №1. - P.49-50.

**Н.Х. Мусабаев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани,
В.В. Ли, Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева**

ӨКПЕҚАП ІШЛІК ӨНЕШТІҢ ТОҚ ІШЕКПЕН ПЛАСТИКА ЖАСАУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Қалпына келтіру хирургиясының үлкен жетістіктерінің бірі болып өкпеқап ішілік өнештің тоқ ішекпен эзофагопластика әдісін ойлап табуы болып келеді. Өнештің тыртықтық тартылуына арналып жасалған ота әдістері өнештің қатерлі ісігін емдеуге де қолданылады. 1951 жылы Orsoni және Lemaige өкпеқап ішілік өнеш пластикасын көлденең жиек ішек трансплантатын қолдануға ұсынды. Ең алғашқы рет клиникада кеуде ішілік өнешті тоқ ішекпен пластика тәсілін сәтті қолданған Lortat-Jacob (1951), сол мақсатпен көлденең жиек ішектің оң жағын қолданған. Өнештің кеуде бөліміндегі қатерлі ісігінде тоқ ішектің оң жартысымен өкпеқап ішілік пластикасын алғаш рет қолданған Nevilli және Gloves (1958). Зерттеудің мақсаты өнештің тоқ ішекпен өкпеқап ішілік пластикасын көрсеткіштерімен қолдану тәсілдердің Заманауи деңгейде көрсету болып табылады.

Түйіндер сөздер: тоқ ішекпен эзофагопластика, стеноз, рак.

**N.H. Musabaev, G.M. Imantaeva, E.N. Aldabergenov, A.N. Asanova, A.N. Kani, V.V. Li,
B.A. Parmahanov, A.M. Sovetaeva, G.T. Sultanbaeva**

FEATURES OF INTRAPLEURAL PLASTIC OF ESOPHAGUS BY THE COLON

Resume: The development of methods of intrapleural colonic esophagoplasty is a great achievement in reconstructive surgery of the esophagus. These operations are designed mainly to treat cicatricial narrowing of the esophagus, but are sometimes used for treat cancer. In 1951 Orsoni and Lemari proposed using a transplant from the transverse colon for intrapleural plasty. For the first time, a successful intrathoracic plasty of the esophagus with the use of the large intestine was performed by Lortat-Jacob in 1951, he used the right half of the transverse colon for this purpose. Intrapleural plasty of the esophagus for cancer of the thoracic esophagus was successfully applied by Neville and Gloves in 1958, they used the right half of the large intestine. The aim of the scientific research is to illuminate at the current level indications and techniques of intrapleural plasty of the esophagus with the use of the large intestine.

Keywords: colonic esophagoplasty, stenosis, cancer.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Е.С. Утеулиев¹, Е.Ш. Калиаскаров², М.Е. Рамазанов¹, Е.Е. Курмашов¹

¹Казахстанский Медицинский Университет "ВШОЗ"

²КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Рассмотрены взгляды относительно осложнений после хирургических операций на органах брюшной полости у больных. Проведено анализ публикаций различных авторов о причинах осложнений после хирургических операций. Высказано мнение, что наиболее важной причиной после операционных осложнений является гипокинезия больных в послеоперационном периоде. Показано, что гипокинезия является фактором, который начинает патофизиологические изменения в организме больного, заканчивающиеся послеоперационными осложнениями. Предложено включить лечебную физкультуру, массаж и физиотерапевтические процедуры в лечебные комплексы в качестве средств физической реабилитации для профилактики послеоперационных осложнений у больных после хирургических операций.

Ключевые слова: хирургические операции, осложнения гипокинезия, физическая реабилитация.

УДК 617-089

Введение.

Хирургическая операция, с патофизиологической точки зрения, представляет собой многокомпонентный стресс, вызывающий нарушение функций жизненно важных органов и систем больного [1, 2, 5, 9, 10].

Оперативное вмешательство, выполняемые по поводу хирургических заболеваний органов брюшной, существенно изменяют деятельность дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, выделительной и других систем организма больного [1, 2, 5].

Это обусловлено тем, что сильные болевые импульсы, в чрезмерном количестве исходящие из операционной раны и наркотические вещества, циркулирующие в кровеносном русле больного, нарушают регулируемую деятельность центральной нервной системы, угнетают и извращают компенсаторно-приспособительные реакции организма больного [1, 3, 5].

В послеоперационном периоде больной находится на постельном режиме, в состоянии резко сниженной двигательной активности - в состоянии гипокинезии.

Гипокинезия у больного после операции обусловлена действием на него болевого фактора, в результате которого ограничиваются дыхательные экскурсии грудной клетки и диафрагмы, а также угнетающим действием наркотических веществ, циркулирующих в течении минимум 24 часов в кровеносном русле оперированного больного, он также ослаблен в результате потери крови и вынужденного голодания. Наркотические вещества блокируют гладкую мускулатуру внутренних органов, в том числе блокируют глотательный рефлекс, поэтому больной вынужден голодать, а также угнетают перистальтику кишечника [2, 5, 6, 10].

При гипокинезии ослабляется гемодинамика и уменьшается скорость кровотока, что сопровождается застойными явлениями во внутренних органах, в малом тазу и в нижних конечностях [2, 5, 6].

Таким образом, болевой фактор и наркотические вещества нарушают деятельность дыхательной системы: дыхание становится поверхностным, частым и нерегулярным, что приводит к гипоксемии и гипоксии.

Ослабление гемодинамики в результате гипокинезии больного, гипоксия и гипоксемия, как следствие нарушений в дыхательной системе, сопровождаются нарушением сократительной функции сердца.

Снижение перистальтики кишечника, особенно в первые 24 часа после операций на органах брюшной полости, приводит к накоплению газов в кишечнике и метеоризму. Метеоризм приводит к поднятию уровня стояния диафрагмы, уменьшает ее экскурсии, вызывает застой в нижних отделах легких, и затрудняет сократительную деятельность сердца [5, 6, 11].

Нарушения деятельности дыхательной и сердечнососудистой систем, снижение перистальтики

кишечника считаются послеоперационными осложнениями, которые требуют соответствующей коррекции, потому что при их прогрессировании, даже технически правильно выполненная операция, нередко заканчивается смертельными исходом [1, 10].

Поэтому в современной хирургии принят метод активного ведения больных после операций, с использованием различных двигательных режимов и таких средств физической реабилитации как лечебная физическая культура, массаж и физиотерапия [1, 2, 5, 6, 10, 11].

Цель работы - обосновать необходимость использования средств физической реабилитации при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости, определить последовательность и методику применения этих средств.

Методы исследования - анализ научно-методической литературы по теме исследования.

Результаты исследований.

Оперативные вмешательства, выполняемые при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, сопровождаются различными осложнениями, которые, без соответствующей коррекции, прогрессируют и нередко заканчиваются смертельными исходами [1, 5, 10].

Причины осложнений чаще всего связаны с тяжестью основного заболевания, объемом оперативного вмешательства, с большой кровопотерей, наличием интоксикации у больных.

Часть осложнений обусловлена функциональными нарушениями деятельности нарушениями деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной систем. Третья группа осложнений являются следствием обострений имеющихся у больных сопутствующих заболеваний - гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический нефрит и других заболеваний [1, 5, 10].

Еще одна часть осложнений развивается в результате нагноения раны, недостаточности швов анастомозов и возникновения перитонита. Однако эти осложнения являются прерогативой и заботой хирургов, поэтому на этой части осложнений мы не будем акцентировать внимание. Учитывая, что статья адресована, в основном, специалистам-реабилитологам, мы попытаемся дать объяснения тем действиям реабилитолога, которыми он будет пользоваться в хирургическом отделении у постели больных в послеоперационном периоде.

Безусловно, что, в определенной степени, при объяснении некоторых излагаемых положений будет использован опыт, основанный на более чем 600 операций на органах брюшной полости, приобретенный нами во время заграничной командировки.

Прежде всего следует сказать, что проблема ведения больных после хирургических операций на органах брюшной полости существует более 100 лет и изучению причин послеоперационных осложнений и смертности больных после абдоминальных операций посвящено

большое количество публикаций - статей, монографий, учебных пособий и учебников [1, 2, 6, 8, 10].

Впервые в 1903 г. П.И.Дьяконов выдвинул предположение о том, что раннее вставание больных после хирургических операций, способствует улучшению нервно-психического статуса больных и благоприятствует их выздоровлению [10]. Прошло 80 лет и этот же автор отмечает, что в настоящее время ранний активный режим, рекомендованный П.И.Дьяконовым, широко внедрен в практику всех хирургических отделений [10]. Далее автор пишет, что «многие хирурги разрешают больным подниматься с постели и даже ходить по палате на 2-й день после аппендэктомии и грыжесечения» [10].

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что, несмотря на активную тактику ведения больных после хирургических операций на органах брюшной полости, тем не менее, у больных и сегодня имеют место такие осложнения как воспаление легких, тромбофлебит глубоких вен голени, тромбоэмболия легочной артерии, спаечный процесс в брюшной полости, нарушение перистальтики кишечника и другие осложнения [1, 4, 5, 8, 9, 10].

Поэтому сегодня лечение больных с хирургическими заболеваниями проводят комплексно. Медицинская реабилитация больных включает операцию, медикаменты и средства физической реабилитации - лечебную физкультуру, массаж и физиотерапию, которую используют в больничном периоде реабилитации [3, 5, 6, 9, 10, 11].

Последовательность использования и методика применения лечебной физкультуры у больных после операции должна начинаться с восстановления физиологии дыхательной системы, так как эта функция нарушается практически у всех больных, оперированных под интубационным наркозом - дыхание у этих больных становится поверхностным, частым и нерегулярным [5, 6].

Учитывая, что человек может волевыми усилиями регулировать ритм и глубину дыхательных движений, больной, по команде реабилитолога, начинает выполнять вначале статические дыхательные упражнения - до 4-5 раз, а потом, под контролем реабилитолога, выполняет динамические дыхательные упражнения - до 5-6 раз.

Затем реабилитолог акцентирует внимание больного на том, что он должен, каждые 1,5-2 часа, самостоятельно выполнять динамические дыхательные упражнения и объясняет больному, что физические упражнения ускоряют восстановление физиологии дыхательной системы [5, 6, 11]. Сознательное выполнение больным физических упражнений, как средства лечебной физкультуры, является главным преимуществом лечебной физкультуры перед остальными средствами физической реабилитации.

Усиление легочной вентиляции с помощью дыхательных, а в последующем и других физических упражнений, активизирует кровообращение и газообмен в легочной системе, уменьшает застойные явления в ней, ускоряет выведение наркотических веществ, циркулирующих в кровеносной системе больных.

Следует согласиться с мнением авторов, которые считают, что «наверное нет лучшего метода предупреждения легочных осложнений и улучшения деятельности легких после операций и травм, как дыхательная гимнастика». Речь идет о таких осложнениях как гипостатическая пневмония, ателектазы и бронхиты [5, 6, 9, 11].

Улучшение газообмена в легких способствует насыщению крови кислородом, уменьшению гипоксии тканей и органов и усилению окислительно-восстановительных процессов в организме больного.

Изложенное выше дает основание другим авторам утверждать, что «восстановление полноценного механизма дыхания и усиления функции дыхания благоприятно отражается на течении послеоперационного периода после различных операций на органах брюшной полости, а, тем более, после торакальных операций» [1, 2].

После восстановления физиологии дыхательной системы, следующим действием реабилитолога является профилактика у больных тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии [4, 8, 10].

С этой целью реабилитолог использует комплекс, который состоит из 3-х упражнений, выполняемых больным.

Первое упражнение - вращательные движения в голеностопных суставах обеих ног, сначала в одну сторону на счет 1-2-3-4, а затем - в другую; повторять движения - до 4-х раз в обе стороны.

Второе упражнение на нижних конечностях состоит в следующем - по команде реабилитолога больной напрягает мышцы голени и бедра обеих ног на 2-3 сек.; дольше - не нужно, т.к. это движение несколько утомительно для больных и необоснованно в плане гемодинамики. Мышцы нижних конечностей должны напрягаться и расслабляться, выполняя функцию «мышечного насоса», способствуя ускорению движения крови в сосудах нижних конечностей.

Третье упражнение состоит в следующем - больной делает максимальный вдох, в зависимости от болевых ощущений в ране, а затем - удлинненный выдох через стиснутые губы, на счет 1-2-3-4-5-6 или дольше. Принцип действия указанного упражнения состоит в следующем - при вдохе расширяется грудная клетка и уплощаясь, опускается диафрагма. В результате в грудной полости создается отрицательное движение, что способствует облегчению тока крови от нижних конечностей - к грудной полости. В литературе эти три упражнения называют «экстракардиальными факторами», которые облегчают работу сердца больного по поддержанию гемодинамики в послеоперационном периоде [5, 6, 11].

Последующие действия реабилитолога в методике проведения реабилитации после операций на органах брюшной полости состоят в профилактике спаечного процесса в брюшной полости. Для этого, уже на следующий день после операции, реабилитолог поворачивает больного на сторону операционной раны, а еще через день - на второй бок. Такие действия способствуют перемещению органов брюшной полости и предотвращают образование в животе больного спаечного процесса [5, 6].

Мы находили в брюшной полости у больных фибриновые нити, которые формируют в последующем спайки, при проведении релапаротомии на 3-й день после операции, т.е. уже через 48 часов.

Становится очевидным, что больной не должен, находиться в состоянии гипокинезии больше 24-часов после операции.

Повороты больного на бок дают возможность реабилитологу использовать лечебный массаж. Массаж используют для усиления кровообращения, что предотвращает застойные явления в легких, улучшает легочную вентиляцию, дренажную функцию бронхиального дерева, способствует отхождению мокроты.

Массаж используют и как средство улучшения перистальтики кишечника, массируя живот и обходя область операционной раны [5, 6].

Физиотерапевтические процедуры используют у больных в послеоперационном периоде достаточно широко, так как они обладают обезболивающим, рассасывающим и иммуностимулирующим действием путем усиления кровообращения и усиления окислительно-восстановительных процессов в области операционной раны.

Используют также ингаляции с отхаркивающими веществами, электрофорез с медикаментами, магнитотерапию, ультрафиолетовое облучение операционной раны, электросон и другие средства [5, 6, 11].

Выводы.

У больных после хирургических операций на органах брюшной полости, возникают такие осложнения как застойная пневмония, ателектаз легких, тромбофлебит глубоких вен голени и бедра, тромбоэмболия легочной артерии, спаечный процесс в брюшной полости. Ведущей причиной указанных осложнений является гипокинезия больного в послеоперационном периоде. Согласно литературным данным использование средств физической реабилитации у больных после операции позволяет уменьшить у них количество послеоперационных осложнений.

Перспективы дальнейших исследований будут состоять в разработке новых методик использования средств физической реабилитации у больных после хирургических

операций, с целью уменьшения количества послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ковалев А.И. Общая хирургия. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. - 648 с.
- 2 Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. - М.: Здоровья, 1995. - 312 с.
- 3 Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. Навчальний посібник. - Київ: Олімпійська література, 2006. - 196 с.
- 4 Маят В.С. Сердечно-сосудистые и легочные осложнения после абдоминальных операций у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 1974. - №6. - С. 134-138.
- 5 Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. - К.: Науковий світ, 2008. - 246 с.
- 6 Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Олімпійська література, 2005. - 472 с.
- 7 Носков С.М. Реабилитация при заболеваниях сердца и суставов. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. - 640 с.
- 8 Павловский Д.П. Профилактика послеоперационных тромбоэмболических осложнений // Хирургия. - 1977. - №5. - С. 124-130.
- 9 Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости : Олимпийская литература. - 2003. - 224 с.
- 10 Сидоренко А.С. Профилактика послеоперационных осложнений. Библ. практ. врача, хирургия. - М.: Здоровье, 1983. - 104 с.
- 11 Попов С.Н.. Физическая реабилитация. Учебник для студентов высших учебных заведений. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 608 с.

Е.С. Утеулиев¹, Е.Ш. Калиаскаров², М.Е. Рамазанов¹, Е.Е. Курмашов¹

¹"ҚДСЖМ" Қазақстандық Медицина университеті

²С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

АБДОМИНАЛЬДЫ ХИРУРГИЯДЫ КЕЗЕҢДІ ОҢАЛТУ МОДЕЛІН ҚҰРАСТЫРУ НЕГІЗДЕРІ

Түйін: Бұл мақалада құрсақ қуысында жасалған оталардан кейінгі асқыну мәселесі тақыланған. Отадан кейінгі ақынулар жайлы түрлі авторлардың мақалаларына талдау жасалған. Жаңа пікірлер бойынша, оталардан кейінгі кезеңде асқынулардың басты себептердің бірі науқастардың гипокинезиясы. Әдебиеттер талдауында гипокинезия ағзадағы патофизиологиялық өзгерістермен бастап отадан кейінгі қасқынулармен аяқталатын факторлардың бірі болып саналады. Бұл асқынулардың алдын алу шаралары ретінде емдік дене шынықтыру, физиотерапия, массаж және емдік комплекстер ұсынылған.

Түйінді сөздер: хирургиялық оталар, гипокинезия асқынулары, физическалық реабилитация.

E.S. Uteuliev, E.Sh. Kaliaskarov, M.E. Ramazanov, E.E. Kurmashov

DEVELOPMENT OF A MODEL OF STAGE REHABILITATION IN ABDOMINAL SURGERY

Resume: Clinical physiological basis for application of means of physical rehabilitation in surgical diseases. Opinions concerning complications after surgical operations of abdominal viscera of patients are considered. The analysis of publication of various authors about the reasons of complications after surgical operations is carried out. The opinion that the most important reason of postoperative complication is a hypokinesia of patients in the postoperative period is advanced. It is shown that the hypokinesia is the factor which begins pathophysiological changes in an organism of the patient coming to an end with postoperative complications. It is offered to include physiotherapy exercises, massage and physiotherapeutic procedures in medical complexes as means of physical rehabilitation for preventive maintenance of postoperative complications as patients after surgical operation.

Keywords: surgical of operations, complication, hypokinesia, physical rehabilitation.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

А.Т. Джумабеков, Д.Б. Амиров, Е.Л. Исмаилов, Д.А. Оспанова
Казахский медицинский университет непрерывного образования
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом скорой неотложной помощи

В статье показана необходимость создания службы эфферентной терапии в многопрофильном лечебном учреждении для решения проблемы устранения хирургического эндотоксикоза, что обеспечит эффективное оказание специализированной медицинской помощи больным.

Ключевые слова: эндотоксикоз, эфферентная терапия, экстракорпоральная детоксикация

УДК 616-053.2

Актуальность.

В последние годы методы хирургической гемокоррекции стали необходимым компонентом в комплексном лечении целого ряда острых и хронических заболеваний у больных терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля [1,2,3,4,5].

А проблема устранения хирургического эндотоксикоза является одной из наиболее значимых в современной медицине, особенно при оказании неотложной хирургической помощи. Тяжелая острая абдоминальная хирургическая патология в значительном проценте случаев сопровождается развитием эндотоксикоза [6,7,8,9]. В зависимости от степени тяжести эндотоксикозной агрессии в послеоперационном периоде развиваются нарушения функций различных органов и систем. Как правило, первыми на пути эндотоксикоза в структуре органических нарушений оказываются печень и почки, являющиеся органами детоксикационно-метаболической системы организма. Угнетение их функции наблюдается у 16-50 % пациентов, что утяжеляет течение послеоперационного периода и ухудшает прогноз [9, 10,11]. При этом развитие синдрома кишечной недостаточности существенно увеличивает вклад в прогрессирование хирургического эндотоксикоза и печеночно-почечной недостаточности [12, 13,14,15]. Разработка оптимальных схем лечения хирургического эндотоксикоза и профилактики прогрессирования органической недостаточности (печеночно-почечной недостаточности) в послеоперационном периоде является приоритетным направлением в современной неотложной абдоминальной хирургии.

К сожалению, во многих клиниках для коррекции эндотоксикоза до сих пор применяется только инфузионная

терапия с форсированным диурезом. Это связано не только с дороговизной методов экстракорпоральной детоксикации, с доступностью этих методик, но и не знанием всей важности эндотоксикозной агрессии в утяжелении состояния больного.

Эфферентная медицина (effero -- устранять, выносить, вывозить) объединяет группу аппаратных методов удаления ксенобиотиков, ауто-, экзо- и эндогенных токсинов из организма, насчитывающих несколько десятков наименований; ни один из них не является универсальным, поскольку подлежащие выведению вещества существенно различаются по физико-химическим свойствам.

Наибольшее распространение получили фильтрационные, гравитационные, сорбционные и квантовые методы воздействия на кровь [16,17,18,19,20,21]. Учитывая широкий спектр заболеваний, при которых используются методы эфферентной терапии, постоянно расширяющийся арсенал используемых методов, требующих специальной подготовки и единого методологического подхода, для повышения качества и своевременности оказания специализированной медицинской помощи появилась необходимость выделения эфферентной терапии в отдельную службу.

Цель работы: Организация отделения эфферентной терапии в многопрофильном лечебном учреждении

Материалы исследования:

ЦГКБ - многопрофильный клинический центр города Алматы, со стационаром на 400 коек, из них 110 коек расположились в 5 отделениях хирургического профиля. Кроме того, в больнице имеется отделение общей реанимации на 12 коек.

Таблица 1 - Количество больных поступивших с острой абдоминальной хирургической патологией за 2014-2016 гг.

№	Нозология	Количество поступивших больных в 2014 - 2016г								
		2014г			2015г			2016г		
		Первые 6-24ч	После 24ч	Лет-ть	Первые 6-24ч	После 24ч	Лет-ть	Первые 6-24ч	После 24ч	Лет-ть
1	Острая кишечная непроходимость	46	34	5	49	16	3	56	15	-
2	Острый аппендицит	702	170	-	742	68	-	653	80	-
3	Прободная язва желудка и 12-перстной кишки	49	12	4	48	11	4	44	4	-
4	Ущемленная грыжа	5	-	-	19	1	-	6	1	-
5	Острый холецистит	159	83	1	208	35	-	233	39	-
6	Острый панкреатит	112	60	7	154	39	5	231	52	5
	Итого	1073	359	17	1220	170	12	609	805	5
		74,9%	25,1%	(1,18%)	87,7%	12,3%	(0,86%)	43,1%	56,9%	(0,35%)

Как видно, из таблицы №1, количество поступивших больных с острой абдоминальной хирургической патологией с каждым годом увеличивается. Большое количество пациентов поступило в первые 24 часа от начала

заболевания. Летальность в основном была в группе больных поступивших после 24 часов от начала заболевания.

Таблица 2 - Количество септических осложнения за 2014-2016 г

№	По годам	Количество септические осложнения	летальность
1	2014г	3	2
2	2015г	3	3
3	2016г	5	5
	Итого	11	10 (90%)

Высокая летальность была отмечена среди больных с септическими осложнениями (90%), что было связано с некорригированным тяжелым хирургическим эндотоксикозом (Таблица №2).

Результаты исследования:

Методы хирургической гемокоррекции с помощью эфферентных методов терапии в ЦГКБ проводятся в условиях отделения хронического гемодиализа, без четкой системы организации этой службы. А если учесть, что медицинская помощь больным с острой почечной недостаточностью оказывается в условиях отделения хронического гемодиализа, то это в значительной степени затрудняет плановую работу этого отделения.

При организации службы хирургической гемокоррекции необходимо изучить потребности всех отделений больницы в проведении методов хирургической гемокоррекции с учетом специфики заболеваний и их осложнений. Провести инвентаризацию уже имеющегося оборудования.

Комплексно решить следующие наиболее важные задачи:

- 1) подготовка перечня необходимого оборудования;
- 2) обеспечение условий размещения и перечень помещений;
- 3) формирование штатного расписания;
- 4) проведение методов хирургической гемокоррекции у больных как терапевтического и хирургического, так и реанимационного профиля;
- 6) организация круглосуточной работы;
- 7) проведение интенсивной терапии и динамического наблюдения;
- 8) обеспечение консультативной и лечебной помощи больным города Алматы;
- 9) лабораторное обеспечение;
- 10) подготовка врачебных и медсестринских кадров.

На наш взгляд, выполнение перечисленных задач возможно при организации самостоятельного научно-практического отделения с коечным фондом на базе реанимационного отделения.

Дополнительно две палаты на три реанимационные койки, операционная на одно место, помещение для хранения расходного материала, помещение для установки системы водоподготовки, ординаторская для врачей, кабинет руководителя отделения. Помещение для ремонта и наладки аппаратов. Помещение для приготовления диализных концентратов. Наличие двух реанимационных палат, которое позволит разделить больных на «чистых» и «грязных», проводить дезинфекцию помещений.

Проведение операций хирургической гемокоррекции требует оснащения специальными приборами, аппаратами и материалами, выбор которых зависит от медицинских задач, стоящих перед организуемой службой.

Наиболее важные задачи, стоящие перед отделением, - обеспечение заместительной почечной терапии у больных с острой почечной недостаточностью, лечение больных с полиорганной недостаточностью, сепсисом, с эндогенной интоксикацией, печеночной недостаточностью, острым отравлением. В связи с этим, помимо стандартного реанимационного оборудования, отделение должно быть оснащено аппаратами «искусственная почка» для проведения бикарбонатного гемодиализа, гемодиализа, гемодиализации, гемодиализации и ультрафильтрации (установить по 3 аппарата в каждую реанимационную палату); системой водоподготовки, рассчитанной на 6 аппаратов «искусственная почка». На этом оборудовании проводится лечение как больных, находящихся в отделении хирургической гемокоррекции, так и тех больных, которые

доставляются из профильных отделений больницы и по тяжести состояния не нуждаются в пребывании в реанимационном отделении. Количество аппаратов «искусственная почка» должно превышать потребности лечебного учреждения в связи с неравномерным поступлением экстренных больных. Кроме того, на каждые 5 аппаратов должен быть 1 резервный аппарат.

Для лечения больных в других отделениях, а также для проведения выездной детоксикации у нетранспортабельных больных в больницах города Алматы, отделение должно быть оснащено 3 аппаратами для проведения продленной малопоточной гемофильтрации, гемодиализа, гемодиализации и фильтрационного плазмафереза, которые не нуждаются в системе водоподготовки, но расходный материал для проведения операций значительно дороже, чем для «стационарных» аппаратов для гемодиализа.

Для проведения плазмафереза отделение должно быть оснащено аппаратами для проведения фильтрационного обменного плазмафереза и гемосорбции. Широкий перечень оборудования для проведения плазмафереза необходимо иметь, чтобы была возможность выбора метода в зависимости от объема плазмафереза, наличия сосудистого доступа, исходной тяжести состояния больного. Хорошая техническая оснащенность позволит обеспечить полное удовлетворение потребностей отделений больницы в проведении плазмафереза и при большом количестве больных осуществлять применение аппаратных и безаппаратных методик. Кроме того, это позволяет применить плазмаферез при выездной детоксикации и проводить обучение медицинского персонала города в соответствии с технической оснащенностью клиник.

Для проведения «протезирования» детоксикационной функции печени необходимо оснастить отделение аппаратами альбуминового диализа.

Для проведения квантовой терапии обеспечить аппаратами для ультрафиолетового облучения крови и лазерного облучения крови. Таким образом, отделение обеспечить всем перечнем современных методов хирургической гемокоррекции.

Для обеспечения лечебно-диагностического процесса и проведения операций хирургической гемокоррекции сформировать штатное расписание. В основу штатного расписания отделения положено штатное расписание реанимационного отделения на 6 коек. Для обеспечения круглосуточной работы операционной и выездной бригады по проведению экстренных операций дополнительно ввести 4,5 врачебных и 4,5 медсестринских ставок. Всех врачей отделения, включая анестезиологов-реаниматологов, обучить по тематическому усовершенствованию на курсе «Клинической нефрологии и хирургической гемокоррекции», чтобы могли применять методы хирургической гемокоррекции. Для технического контроля за аппаратами и оборудованием в отделении ввести ставку инженера.

На основании имеющегося практического опыта лечения больных, нуждающихся в применении методов хирургической гемокоррекции, для обеспечения квалифицированной, качественной и своевременной медицинской помощи разработать организацию потока больных.

Все больные клинических подразделений больницы консультируются сотрудниками отделения. При возникновении показаний к проведению методов

хирургической гемокоррекции в зависимости от тяжести состояния, необходимости проведения хирургических вмешательств больные поступают в соответствующие отделения больницы. Так, реанимационные больные, не нуждающиеся в хирургическом лечении, поступают в отделение хирургической гемокоррекции. Реанимационные больные, нуждающиеся в хирургическом лечении, госпитализируются в отделение общей реанимации, и хирургическая гемокоррекция проводится в условиях общей реанимации. Не реанимационные больные поступают в профильные терапевтические и хирургические отделения, а для применения методов хирургической гемокоррекции доставляются в операционную отделения хирургической гемокоррекции.

Заключение:

1. Организованное отделение хирургической гемокоррекции и детоксикации обеспечивает эффективное оказание специализированной медицинской помощи больным многопрофильных клиник с применением современных методов экстракорпоральной и интракорпоральной эфферентной терапии при рациональном использовании имеющихся ресурсов.

2. Использование методов эфферентной медицины является не данью моде, а жестокой необходимостью, диктуемой условиями экстремальных ситуаций в лечении нередко бесперспективных больных, ни один из методов не может претендовать на исключительность, выбор того или другого из них определяется природой интоксикации и техническим оснащением, доступным лечащему врачу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ватазин А.В. Фильтрационные и комбинированные методы экстракорпоральной детоксикации при перитоните. - М.: 1998. - 248 с.
- 2 Исмаилов Е.Л., Ералина С.Н., Абдрасулов Р.Б., Текесбаев Б.Б. Методы экстракорпоральной детоксикации в лечении деструктивного панкреатита // Общая реаниматология. - М.: 2015. - Т.11, №3. - С. 65-74.
- 3 Исмаилов Е.Л., Ералина С.Н. Роль эфферентной терапии в лечении хирургического сепсиса // Вестник МКТУ. - 2016. - №4(102). - С. 457-459.
- 4 Хорошилов С.Е., Никулин А.В. Эфферентное лечение критических состояний // Общая реаниматология. - 2012. - №8(4). - С. 30-41.
- 5 Мороз В.В., Лукач В.Н., Шифман Е.М., Долгих В.Т., Яковлева И.И. Сепсис. Клинико-патологические аспекты интенсивной терапии. Рук. для врачей. - Петрозаводск: Интел Тек, 2004. - 106 с.
- 6 Хорошилов С.Е., Никулин А.В., Марухов А.В. Предупреждение развития синдрома полиорганной недостаточности в ферментативной фазе тяжелого острого панкреатита // Вестник НМЦХ им. Н.И.Пирогова. - 2014. - №9(1). - С. 58-62.
- 7 Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З., Подачин П.В., Гельфанд Е.Б., Гиткович В.Е. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нарастающую проблему // Вестник интенсивной терапии. - 1997. - №1(2). - С. 73-79.
- 8 Рожков А.Г., Карандин В.И., Цорев М.И., Нагаев Р.М., Макшанцев А. Ю. Депонирование жидкости и токсинов при тяжелых хирургических эндотоксикозах // Общая реаниматология. - 2010. - №1. - С. 33-37.
- 9 Дибиров М.Д., Костюченко М.В., Елинсон В.М., Лямин А.Н. Энтеросорбционная и экстракорпоральная коррекция гомеостатических нарушений в лечении острой абдоминальной хирургической патологии, осложненной эндотоксикозом // Фундаментальные исследования. - 2012. - №1. - С. 39-42.
- 10 Османов А.О., Н.С.-М. Омаров., Загидов М.З., Рабаданов Ш.Х., Загидова А.М. Диагностика и лечение аппендикулярного перитонита у беременных // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2013. - №4(9). - С. 8-13.
- 11 Плеханов А.Н. Острая печеночная недостаточность – проблемы и перспективы их решения // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №5(87), Ч.2. - С. 150-158.
- 12 Андрущенко Л. В., Куновский В. В., Андрущенко В. П. Клинические и патоморфологические проявления синдрома недостаточности кишечника в течение острого некротического панкреатита // Харьковська хірургічна школа. - 2010. - №3(41). - С. 5-7.
- 13 Ермолов А. С., Попова Т. С., Пахомова Г. В. и др. Синдром кишечной недостаточности в неотложной абдоминальной хирургии (от теории к практике). - М.: 2005. - 460 с.
- 14 Тропская Н. С. Механизмы послеоперационных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки и их фармакологическая коррекция: автореф. дисс. ... д-р. биол. наук - М., 2009. - 48 с.
- 15 Кравец В.П., Кравец В.В. Диагностика и лечение больных с парезом кишечника в раннем послеоперационном периоде // Вісник СумДУ. Серія Медицина. - 2007. - №2. - С. 172-175.
- 16 Васильев Н.В., Тарасенко Т.И., Черных Т.А. Влияние УФ-когерентного излучения на систему иммунитета // Тез. докл. всесоюз. конф. по примен. лазеров в медицине. - Красноярск: 1983. - С. 93-98.
- 17 Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. - М.: 2002. - 118 с.
- 18 Гейниц А.В., Москвин С.В., Ачилов А.А. Внутривенное лазерное облучение крови. - Тверь: Триада, 2008. - 144 с.
- 19 Гукасян Э.А., Муромский Ю.А. Использование низкоинтенсивного ультрафиолетового и инфракрасного лазерного излучения в гнойной хирургии легких // Матер.межд. конф. «Лазеры и медицина». Ч. 1. - Ташкент: 1989. - С. 63-64.
- 20 Мороз В.В., Хорошилов С.Е., Яковлева И.И. и др. Коррекция водно-секторальных нарушений при сепсисе с острой почечной недостаточностью методами заместительной почечной терапии. //Матер.межд.конф. «Актуальные аспекты экстракорпорального очищения крови в интенсивной терапии». - М.: 2006. - С. 115-117.

А.Т. Джумабеков, Д.Б. Амиров, Е.Л. Исмаилов, Д.А. Оспанова
Қазақ медицина үздіксіз білім беру университеті
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің
анестезиология және реаниматология, жедел жәрдем курсы кафедрасы

КӨП ФУНКЦИЯЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕҢІ ШҰҒЫЛ ХИРУРГИЯСЫНДА ЭФФЕРЕНТТІ ТЕРАПИЯ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Мақалада науқастарға мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз ететін және хирургиялық эндотоксикозды жою проблемасын шешу үшін көп профильді медициналық мекемеде эфферентті терапия қызметін құру қажеттілігі көрсетілген.

Түйінді сөздер: эндотоксикоз, эфферентті терапия, экстракорпоралдық детоксикация

A.T. Dzhumabekov, D.B. Amirov, E.L. Ismailov, D.A. Ospanova
Kazakh Medical University of Continuing Education
Asfendiyarov Kazakh National medical university
department of anesthesiology and intensive care

ORGANIZATION OF AN EFFERENT THERAPY SERVICE IN URGENT SURGERY OF A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL INSTITUTION

Resume: The article shows the need to create an efferent therapy service in a multidisciplinary medical institution to solve the problem of eliminating surgical endotoxemia, which will ensure effective provision of specialized medical care to patients.

Keywords: endotoxemia, efferent therapy, extracorporeal detoxification

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.Т. Джумабеков, Е.Л. Исмаилов, Д.Б. Амиров, Д.А. Оспанова
Казахский медицинский университет непрерывного образования
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом скорой неотложной помощи

В статье показана эффективность раннего применения комплексной детоксикации, у больных с острой абдоминальной хирургической патологией, которая позволяет эффективно устранять эндотоксическую агрессию и уменьшать развитие гепаторенальной дисфункции.

Ключевые слова: экстракорпоральная детоксикация, эндотоксикоз, гемодиализация

УДК 616.37-002

Введение.

Проблема устранения хирургического эндотоксикоза является одной из наиболее значимых в современной медицине, особенно при оказании неотложной хирургической помощи. Тяжелая острая абдоминальная хирургическая патология в значительном проценте случаев сопровождается развитием эндотоксикоза. В зависимости от степени тяжести эндотоксической агрессии в послеоперационном периоде развиваются нарушения функций различных органов и систем [1,2]. Как правило, первыми на пути эндотоксикоза в структуре органных нарушений оказываются печень и почки, являющиеся органами детоксикационно-метаболической системы организма. При этом развитие синдрома кишечной недостаточности существенно увеличивает вклад в прогрессирование хирургического эндотоксикоза и печеночно-почечной недостаточности [3,4]. Отношение к применению экстракорпоральных методов детоксикации организма в комплексном лечении хирургического эндотоксикоза до настоящего времени остается неоднозначным. Большая часть исследователей считают эти методы достаточно эффективными и рекомендует их к широкому использованию в лечении тяжелых эндотоксикозов [5,6].

Другие авторы выражают более сдержанное отношение к активному применению этих методов и считают оправданным их использование лишь при очень тяжелых формах эндотоксикозов, либо в стадии декомпенсации заболевания в целях протезирования утраченных организмом функций выведения и детоксикации эндотоксинов [7,8].

Разработка оптимальных схем лечения хирургического эндотоксикоза и профилактики прогрессирования органной (печеночно-почечной недостаточности) в послеоперационном периоде является приоритетным направлением в современной неотложной абдоминальной хирургии.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургических вмешательств у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости путем оптимизации комплексной схемы лечения эндотоксикоза в послеоперационном периоде на основе применения экстракорпоральных методов детоксикации.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 54 пациентов с острой хирургической патологией брюшной полости, сопровождавшейся эндотоксикозом средней и тяжелой степени, потребовавшей экстренного оперативного пособия.

Наблюдавшиеся нозологические формы острой хирургической патологии и спектр выполненных операций представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Нозологические формы и спектр выполненных операций

Нозология	Спектр операций	Количество больных
Перфоративные язвы желудка и 12-перстной кишки	Стволовая ваготомия и пилоропластика	17
	Ушивание перфоративной язвы	10
Перфорация тонкой кишки (при острых язвах, инородным телом)	Ушивание острых язв	5
	Резекция участка тонкой кишки	7
Некроз участка тонкой кишки	Резекция участка тонкой кишки	5
Острый гангренозный аппендицит	Аппендэктомия	6
Острый гангренозный холецистит	Холецистэктомия	4

У всех больных помимо стандартных методов обследования проводили оценку тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II. При этом в случае наличия перитонита его тяжесть и прогноз, а также необходимость санационных релапаротомий определяли по Мангеймскому индексу. Оперативное пособие у таких больных дополнялось не только санацией, но и назоинтестинальной интубацией. Для динамического контроля и раннего выявления органной дисфункции использовали посиндромный диагностический алгоритм, включавший мониторинг эндотоксикоза (лейкоцитоз, ЛИИ, нейтрофильный индекс), мониторинг функционального состояния печени (общий белок, альбумин, фибриноген, АЛТ, АСТ, билирубин, щелочную фосфатазу, мочевины) и почек (креатинин, объем мочеотделения, уровень клубочковой фильтрации, калий, натрий), мониторинг синдрома кишечной недостаточности (моторно-эвакуаторная и всасывательная активность). Все больные были распределены на две группы, идентичные по полу, возрасту и патологии: группа 1 - пациенты, которым обеспечивали применение с первых суток послеоперационного периода комплекса ранней (при АРАСНЕ менее 15) экстракорпоральной детоксикации (гемодиализ, плазмаферез) в составе интенсивной

терапии (n = 34), группа 2 (контрольная группа) - пациенты (n = 20), которым в послеоперационном периоде применяли стандартную тактику ведения (полный комплекс лечения, но с использованием методов экстракорпоральной детоксикации в более поздние сроки, при АРАСНЕ около 20 и выше). Во всех группах экстракорпоральная детоксикация проводилась на аппаратах Haemonetics Prismaflex (Gambro). Статистическая обработка производилась с помощью программ MS Excel 2003, BioStat 8.

Результаты исследования и их обсуждение.

В основной группе (группа 1) разрешение эндотоксикоза и профилактика нарушений функций печени и почек проводились с первых суток послеоперационного периода с помощью комплекса мероприятий, включавшего: детоксикацию, профилактику синдрома интраабдоминальной гипертензии, протекцию слизистых оболочек, гепато- и нефропротекцию. Это позволило ускорить ликвидацию эндотоксикоза, сократить сроки нормализации гомеостатических параметров организма и функционирования органов детоксикационно-метаболической системы, в том числе печени и почек в группе 1, по сравнению со 2 группой (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика характеристик хирургического эндотоксикоза и состояния органов детоксикационно-метаболической системы (M ± m)

Параметры	Группа 1		Группа 2	
	1 сут	3 сут	1 сут	3 сут
Общий белок	57,32 ± 3,2	62,53 ± 4,8	60,01 ± 5,1	60,25 ± 5,1
Альбумин	31,8 ± 2,4	35,4 ± 3,2	33,05 ± 1,3	32,14 ± 2,5
Лейкоциты	14,2 ± 2,1	8,6 ± 2,8	11,6 ± 3,5	19,8 ± 3,2
АЛТ	63,2 ± 4,8	42,5 ± 5,3	62,51 ± 5,86	48,5 ± 4,54
АСТ	58,3 ± 3,6	40,1 ± 3,5	51,43 ± 4,32	48,43 ± 5,22
Мочевина	12,2 ± 3,8	6,8 ± 2,0	12,8 ± 1,4	8,8 ± 1,5
Креатинин	79,3 ± 6,7	65,4 ± 2,7	80,3 ± 6,7	78,3 ± 4,5

Применение ранней экстракорпоральной детоксикации позволило в послеоперационном периоде у больных с острой абдоминальной хирургической патологией снизить процент гепаторенальных дисфункций и полиорганной недостаточности, ускорила нормализацию моторно-

эвакуаторной и всасывательной активности кишечника: длительность его пареза у больных группы 1 составила 1,6 ± 0,8 суток по сравнению со 2-й группой 2,8 ± 1,2 суток (таблица 3).

Таблица 3 - Эффективность комплексного подхода к устранению хирургического эндотоксикоза

Показатели	Группа 1	Группа 2
Длительность пареза кишечника, сутки	1,6 ± 0,8	2,8 ± 1,2
Длительность пребывания пациента в ОРИТ, сутки	1,5 ± 0,3	2,6 ± 0,5
Длительность проведения экстракорпоральной детоксикации, ч	5,4 ± 1,2	12,2 ± 4,8
Развитие гепаторенальной дисфункции, %	4,5	17,8
Развитие полиорганной недостаточности, %	7,4	26,4

Выводы.

1. Применение тактики ранней комплексной детоксикации, включающей методы экстракорпоральной детоксикации, у больных с острой абдоминальной хирургической патологией позволяет эффективно устранять эндотоксическую агрессию и уменьшать развитие гепаторенальной дисфункции.

2. Ранняя комплексная детоксикация с применением методов, воздействующих на основные звенья патогенеза эндотоксической агрессии, активная экстракорпоральная поддержка функции печени и почек до развития декомпенсации и стойкой утраты их работоспособности, позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с неотложной патологией органов брюшной полости

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гологорский В. А., Гельфанд Б.Р., Богдатов В.Е. и др. Полиорганная недостаточность при перитоните // Тез. 31-го Всес. съезда хирургов. — Ташкент: 1986. — С. 34 - 35.
- 2 Ерюхин И. А., Шашков Б. В. Эндотоксикоз в хирургической клинике. - СПб.: Логос, 1995. — 304 с.
- 3 Ерюхин И. А., Петров В. П., Ханевич М. Д. Кишечная непроходимость. Руководство для врачей. — СПб.: Питер, 1999. — 448 с.
- 4 Мороз В.В., Лукач В.Н., Шифман Е.М., Долгих В.Т., Яковлева И.И. Сепсис. Клинико – патофизиологические аспекты интенсивной терапии. - Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 201 с.
- 5 Исмаилов Е.Л., Ералина С.Н., Текесбаев К.Ж. Экстракорпоральные методы детоксикации при печеночной недостаточности // Медицина. – Алматы: 2016. - №11(173). - С. 97-102.
- 6 Исмаилов Е.Л. Применение методов экстракорпоральной детоксикации и гемокоррекции в комплексном лечении абдоминального сепсиса // Медицина. - Алматы. 2017. - №4(178). - С. 266-272.
- 7 Хорошилов С.Е., Павлов Р.Е., Смирнова С.Г. и др. Высокообъемная гемодифльтрация в лечении сепсиса и септического шока // Альманах анестезиологии и реаниматологии. — 2007. — № 3. — С. 631-639.
- 8 Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Цыденжапов Е.Ц. Системная воспалительная реакция и сепсис при панкреонекрозе // Анестезиология и реаниматология. - 1999. - № 6. - С. 28-33.
- 9 Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. Программируемый перитонеальный лаваж в лечении распространенного перитонита // Анналы хирургии. - 1996. - №2. - С. 25-29.

А.Т. Жумабеков, Е.Л. Исмаилов, Д.Б. Амиров, Д.А. Оспанова

Қазақ медицина үздіксіз білім беру университеті

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің анестезиология және реаниматология, жедел жәрдем курсы кафедрасы

ЖЕДЕЛ ХИРУРГИЯЛЫҚ ШТІҢ БҰЗЫЛУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬДІ ДЕТОКСИКАЦИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Түйін: Мақалада жедел абдоминалдық хирургиялық патологиясы бар науқастарда эндотоксин агрессиясын тиімді жоюға және гепаторенальді дисфункцияның дамуын төмендетуге мүмкіндік беретін детоксикация емдік тәсілдерін ерте қолдану тиімділігі көрсетілген.

Түйінді сөздер: экстракорпоральді детоксикация, эндотоксикоз, гемодифльтрация

A.T. Dzhumabekov, E.L. Ismailov, D.B. Amirov, D.A. Ospanova

Kazakh Medical University of Continuing Education

Asfendiyarov Kazakh National medical university, department of anesthesiology and intensive care

THE USE OF EXTRACORPOREAL DETOXIFICATION IN PATIENTS WITH ACUTE SURGICAL ABDOMINAL ABNORMALITIES

Resume: The article shows the effectiveness of early use of complex detoxification in patients with acute abdominal surgical pathology, which allows effectively eliminating endotoxin aggression and reducing the development of hepatorenal dysfunction.

Keywords: extracorporeal detoxification, endotoxiosis, hemodiafiltration

СУБТОТАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ТОНКОЙ КИШКОЙ

Н.Х. Мусабаев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли, Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева

Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии

Субтотальная пластика пищевода тонкой кишкой является перспективным направлением восстановительной хирургии пищевода. Работы выдающихся хирургов: П.А. Герцена, А.Г. Савиных, С.С. Юдина, А.А. Русанова, П.И. Андросова, В.И. Казанского, Б. В. Петровский, В.И. Филина, М.И. Давыдова, А.Ф. Черноусова, А.И. Пирогова, А.С. Мамонтова, В.И.Столярова, Б.И. Мирошникова и многих других исследователей позволили расширить показания к операциям и значительно повысить эффективность эзофагопластики при хирургическом лечении больных по поводу рака и других забодеваний пищевода. Данная операция имеет ряд преимуществ: Во-первых, при выборе материала для замещения пищевода многие авторы изначально отдавали предпочтение тонкой кишке, т. к. по своим пластическим качествам и соответственно тканям пищевода она во многом превосходит не только толстую кишку, но и желудок. Во-вторых, этот метод является наименее травматичным и наиболее физиологичным из всех существующих способов, т. к. сегментарная тонкокишечная вставка в дефект пищевода позволяет максимально сохранить его анатомичность и систему антирефлюксных жомов. Кроме того, даже в условиях повторной реконструктивной операции и жесткого дефицита пластического материала практически всегда можно резецировать сегмент тонкой кишки без существенного ущерба для функции пищеварения. К основным достоинствам тонкокишечной эзофагопластики относятся: относительно малая травматичность операции, близость диаметров пищевода и тонкой кишки, хорошие функциональные качества трансплантата благодаря сохранению его перистальтической активности, возможность повторной реконструкции после неудавшейся или незавершенной

эзофагоэнопластики (Юдин С.С., 1954; Русанов А.А., 1974; Масюкова Е.М., Тун В.Г., 1985; Астрожников Ю.В. и соавт., 1986; Белоусов Е.В. и соавт., 1991; Столяров В.И. и соавт., 1996; Хитреев В.Е., 2003; Higashino M. et al., 1991, Hirabayashi S. et al., 1993;

Stein H.L., 2001; Stier A. et al., 2003, и др.). Необходимость решения этих проблем на пути к более широкому и успешному внедрению метода пластики пищевода свободным сегментом тонкой кишки и определяет актуальность представленной работы.

Ключевые слова: Субтотальная пластика пищевода тонкой кишкой, эзофагопластика, трансплантат.

УДК 616.329 (616-089)

Актуальность проблемы. Субтотальная эзофагопластика тонкой кишкой на сосудистой ножке сейчас применяется в исключительных случаях, в основном из-за общепризнанных неблагоприятных особенностей её ангиоархитектоники, особенности которой, не позволяющей обеспечить гарантированное кровоснабжение трансплантата на всём его протяжении. Помимо этого, хирурги часто имеют дело с проблемой несоответствия длины кишки длине брыжейки и её сосудов, которые значительно меньше. Выраженная извилистость петель тонкой кишки приводит к перегибу или провисанию трансплантата, что в последующем отрицательно сказывается на моторно-эвакуаторной функции искусственного пищевода (Шалимов А.А., Саенко В.Ф., 1987; Бакиров А.А., 2001).

Перспективным направлением восстановительной хирургии пищевода, особенно в условиях повторной реконструктивной операции, можно было бы считать метод пластики пищевода свободным сегментом тонкой кишки на микрососудистых анастомозах. Этому способствуют две причины. Во-первых, при выборе материала для реконструктивных операций на пищеводе многие авторы изначально отдавали предпочтение тонкой кишке, т.к. по своим пластическим качествам она превосходит не только толстую кишку, но и желудок; по целому ряду причин: а) является готовой физиологичной трубкой с диаметром, соответствующим пищеводу; б) отсутствует продольный ряд швов, который неизбежен на желудочном трансплантате; в) ткани тонкой кишки в наибольшей степени подобны тканям пищевода; г) стенка тонкой кишки гораздо тоньше и эластичнее желудочной; д) содержимое тонкой кишки обладает менее выраженным септическим эффектом по сравнению с толстой кишкой; е) практически нет недостатка в донорской ткани. Во-вторых метод пластики пищевода свободным сегментом тонкой кишки

обладает неоспоримыми достоинствами: 1) операция наименее травматична из всех существующих на сегодняшний день способов, т.к. выкраивание до 50 см тонкого кишечника с последующим наложением анастомоза «конец в конец» никак не сказывается на функции пищеварения; 2) сегментарная тонкокишечная вставка в пищевод позволяет максимально сохранить его анатомичность и систему антирефлюксных жомов; 3) имеется возможность выполнения операции в один этап; 4) метод позволяет соблюдать общепринятые принципы онкологических операций; 5) операция обеспечивает не только хороший функциональный результат, но и удовлетворяет требования эстетики даже при подкожном проведении трансплантата.

Необходимость решения проблем на пути к более широкому и успешному внедрению метода пластики пищевода свободным сегментом тонкой кишки и определяет актуальность представленной работы.

Целью исследования — является метод пластики пищевода свободным реваскуляризируемым сегментом тонкой кишки, который сохраняет свое практическое значение в ряду современных методов реконструктивных операций на пищеводе за счет уникальной возможности применения его в условиях жесткого дефицита пластического материала.

Субтотальная пластика пищевода тонкой кишкой.

Показания: все доброкачественные (не поддающиеся лечению блокированием) и злокачественные стриктуры пищевода (если для его шунтирования или замещения нельзя использовать толстую кишку или желудок).

Противопоказания: состояние после резекции кишки, резекции желудка по Бильрот-П, особенно на длинной петле с брауновским соустьем, когда тонкую кишку для формирования трансплантата использовать невозможно.

Специальная подготовка: антибактериальная профилактика по описанной выше схеме. Специальный инструментарий: ложки (копья) С.С.Юдина.

Позиция больного: на спине с валиком под поясницей.

Анестезия: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: широкая верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева

Основные этапы и техника операции.

Если у больного имеется гастростома, трубку удаляют, свищ закрывают плотно свернутым марлевым тампоном. После лапаротомии и рассечения спаек выводят в рану поперечную ободочную кишку. Ее растягивают и запрокидывают вверх, обнажая нижнюю поверхность брыжейки. Вывают в рану начальный отдел тощей кишки и натягивают ее книзу. После этого хорошо визуализируется трейтцева связка. Здесь рассекают сращения тощей кишки с брыжейкой поперечной ободочной кишки, освобождают начальный отдел тощей кишки до ее забрюшинной части. Впереди от тощей кишки и справа от трейтцевой связки находят верхние брыжеечные сосуды, после этого поперечную ободочную кишку погружают в брюшную полость. Осматривают тощую кишку и ее сосуды в проходящем свете; перебирая петлю за петлей, выявляют

анастомозы между радиальными сосудами и вторичными аркадами. С.С.Юдин не рекомендовал использовать для формирования тощекишечного трансплантата 1-й радиальный сосуд, так как, по его данным, он весьма короток и сразу делится на мелкие ветки в виде «кисточки», которая препятствует распрямлению конца будущего трансплантата. Однако, по данным А.А.Русанова (1974), между 1-м и 2-м еональными сосудами в 90 % случаев имеется достаточно мощный анастомоз. Если же он отсутствует, тогда действительно необходимо начинать мобилизацию со 2-го еонального (радиального) сосуда.

Таким образом, на начальном этапе необходима ревизия сосудистой сети брыжейки: а) анастомозов между аркадами 1-й и 2-й тощекишечных артерий; б) основных стволов 2-й тонкокишечной артерии; в) анастомозов между ее ветвями; г) анастомозов между ветвями 2-й и 3-й тощекишечных артерий; д) анастомозов между ветвями 3-й артерии; е) анастомозов между 3-й и 4-й артериями. По А.А.Русанову, наиболее часто встречаются 2 варианта ветвления 1-го аорального сосуда, благоприятствующие формированию трансплантата, а также 2 варианта ветвления 2-го сосуда (рисунок 1, а—г).

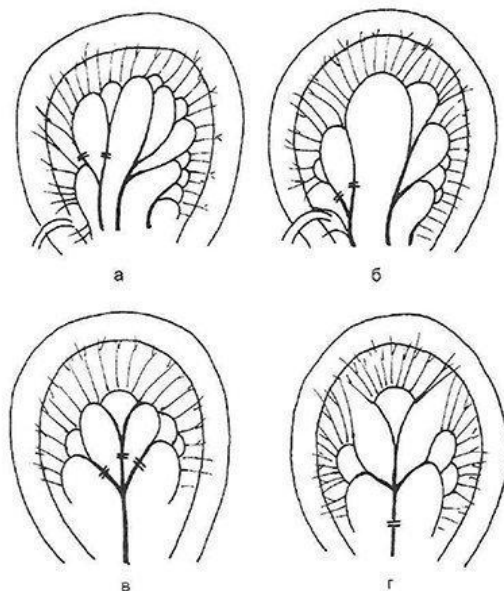


Рисунок 1 - Наиболее часто встречающиеся варианты ветвления первой (а, б) и второй (в, г) радиальных тонкокишечных артерий

Если обнаружен достаточно мощный анастомоз между 1-й и 2-й артериями, как это указано на рис. 63, приступают к их обнажению. Рассекают оба брюшинных листка над сосудами, тщательно предохраняя их от травмы (особенно вены, которые тонки и непрочны), рассекают и час тично иссекают клетчатку. При этом встретившиеся лимфатические узлы аккуратно удаляют, перевязывая

питающие их мелкие сосуды во избежание неприятного кровотечения, затрудняющего дальнейшие этапы операции. Перед перевязкой радиальных сосудов и их ветвей всегда выполняют пробное пережатие с помощью мягких сосудистых зажимов, как можно дальше от развилки (рисунок 2).

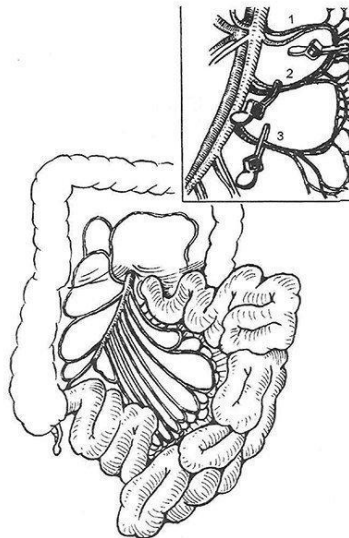


Рисунок 2 - Кровоснабжение тонкой кишки. Пробное пережатие 2—3-го радиальных сосудов и аркады между 1-м и 2-м радиальными сосудами при формировании тонкокишечного трансплантата

В области проксимального конца планируемого трансплантата мягкий сосудистый зажим кладут на аркаду в поперечном направлении по отношению к длиннику кишки. Оценивают адекватность кровоснабжения будущего проксимального конца трансплантата. Если видимая пульсация во всех ветвях 1-й артерии исчезает, кишка начинает синеть и теряет тонус, приходится отказываться от включения этого участка кишки в трансплантат.

При обследовании 2-го радиального сосуда необходимо выяснить, надо ли перевязывать его основной ствол или можно ограничиться перевязкой ветвей, что предпочтительнее для формирования трансплантата наибольшей длины. При 1-м варианте ветвления 2-го еюнального сосуда (рисунок 1, в, г) перевязка его ветвей и обеспечение кровотока по вторичным аркадам вполне возможны. Если есть необходимость, так же перевязывают более дистальные сосуды или их ветви. Таким образом, в зависимости от длины выкраиваемого изоперистальтического трансплантата, количества и ширины аркад основным питающим сосудом чаще оказываются 3-я и 4-я, реже — 5-я радиальные кишечные артерии.

Необходимую длину трансплантата (при субтотальной эзофагопластике — от устья основного питающего сосуда в корне брыжейки до угла нижней челюсти) измеряют, укладывая нить или тесьму вдоль сосудистых аркад. Для упрощения этой процедуры предварительно рассекают брюшинные листки вдоль аркад или в виде трилистников, отступая от сосудов примерно на 1,5 см.

При удовлетворительном кровоснабжении проксимального конца будущего трансплантата артерии и вены брыжейки, освобожденные от брюшины и клетчатки, пересекают между зажимами отдельно друг от друга и как можно дальше от развилки между аркадами, чтобы не нарушить кровотока по ним. В то же время необходимо иметь в виду, что радиальные сосуды могут ветвиться очень близко к

основным стволам верхней брыжечной артерии и вены, которые необходимо также тщательно оберегать от травмы. Поэтому большое значение имеет использование специального, очень точного и надежного инструментария (зажимы, пинцеты, ножницы), позволяющего исключить соскальзывание лигатур или зажимов и любую травму питающих кишку сосудов. Затем пересекают кишку в проксимальной ее части в намеченном месте (при использовании 1-й тощекишечной артерии проксимальный конец кишки может быть весьма коротким — всего несколько сантиметров). Аборальный конец кишки ушивают. У основания трансплантата накладывают Y-образный анастомоз по типу «конец в бок».

После этого формируют загрудинно-предфасциальный (или подкожный) канал от мечевидного отростка до яремной вырезки грудины с помощью ложек С.С.Юдина. Не следует пытаться формировать загрудинный тоннель рукой: это часто приводит к повреждению медиастанальных плевральных листков. При использовании ложек С.С.Юдина такое осложнение встречается очень редко.

В других случаях (после предварительного трансхиатального удаления пищевода) тонкокишечный трансплантат обычно планируют провести на шею через заднее средостение. Наконец, не исключен вариант и внутри-плевральной сегментарной пластики пищевода. Перед проведением трансплантата на шею его сосудистую ножку (брыжейку) фиксируют 1—2 швами к апоневрозу в области правого края лапаротомной раны, чтобы предотвратить перекрут.

Разрезом параллельно и впереди от левой кивательной мышцы обнажают пищевод на шее. Выводят в рану трансплантат и формируют эзофагоеюноанастомоз по одной из подходящих методик: «бок в бок» при отсутствии «слепого мешка» пищевода, «конец в конец» или «конец в бок» с пересечением пищевода и ушиванием его аборального конца, если имеется опасность образования «слепого мешка» собственного пищевода.

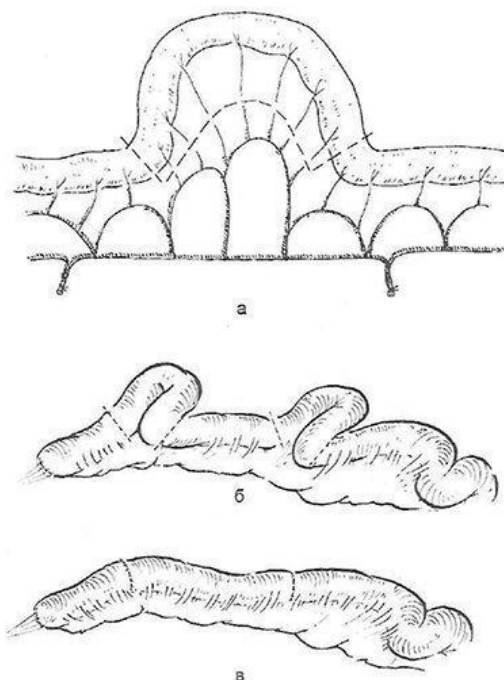


Рисунок 3 - Выпрямление тонкокишечного трансплантата (а—в)

При большом количестве избыточных кишечных петель, препятствующих проведению трансплантата на шею, их резецируют, пересекая только короткие сосуды, тщательно предохраняя от травмы сосудистые аркады. Таким образом, трансплантат «выпрямляется», что значительно улучшает пассаж пищи и в определенной степени кровоснабжение верхнего конца трансплантата, так как уменьшается масса

ткани кишки и сохраняется сосудистое русло (рисунок 3, а—в).

При недостаточной для наложения анастомоза на шее длине тонкокишечного трансплантата его укладывают под кожу груди, выводя проксимальный конец как можно выше в виде концевой анастомы для того, чтобы в последующем (через 3—4 мес) выполнить ремобилизацию трансплантата (рисунок 4).

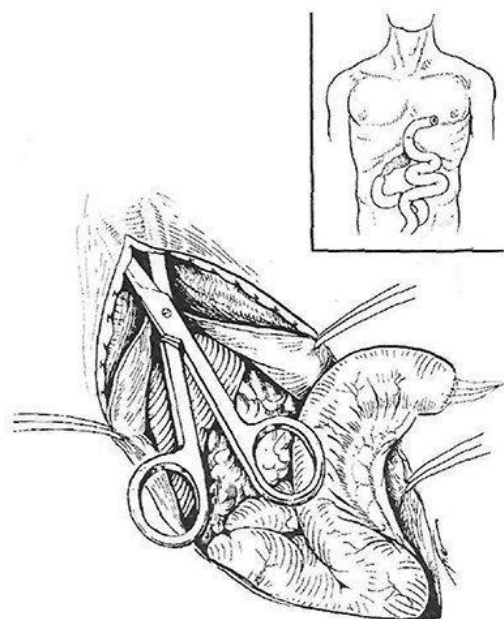


Рисунок 4 - Формирование концевой еюностомы по Ру на передней стенке грудной клетки для последующей ремобилизации тонкокишечного трансплантата

В зависимости от того, до какого уровня под кожей груди удалось довести тонкокишечный трансплантат, а также от протяженности ожоговой стриктуры ремобилизация и завершение 2-го этапа эзофагопластики могут быть выполнены различно.

Так, если трансплантат доведен до грудиноключичного сочленения, а пищевод обожжен почти весь или полностью, делают один большой разрез от уровня перстневидного

хряща трахеи книзу, сначала параллельно и спереди от левой кивательной мышцы, затем по средней линии груди и живота с обходом пупка слева (первый вариант). Выделяют трансплантат из сращений острым путем, стараясь не повредить питающих со судов. Обязательно необходимо выделить трансплантат из спаек в брюшной полости (рисунок 5).

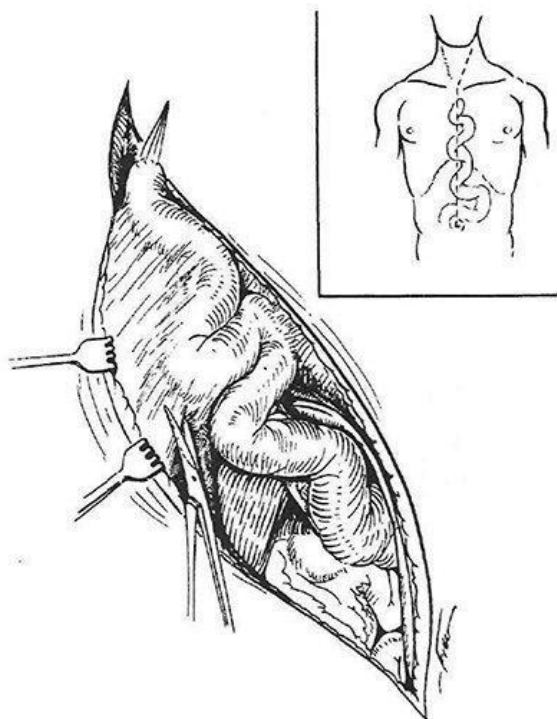


Рисунок 5 - Ремобилизация тонкокишечного трансплантата в брюшной полости и в подкожном канале (справа сверху схема операционного доступа)

Этот прием позволяет, как правило, удлинить его настолько, чтобы можно было завершить пластику. Если длина трансплантата после предпринятых мер остается недостаточной для наложения анастомоза на шею (со временем выкроенная кишка и ее брыжейка, как известно,

всегда удлиняются), то, проведя пробное пережатие, убедившись в адекватности кровоснабжения трансплантата, пересекают и перевязывают еще один радиальный сосуд в брыжейке тощей кишки (рисунок 6).

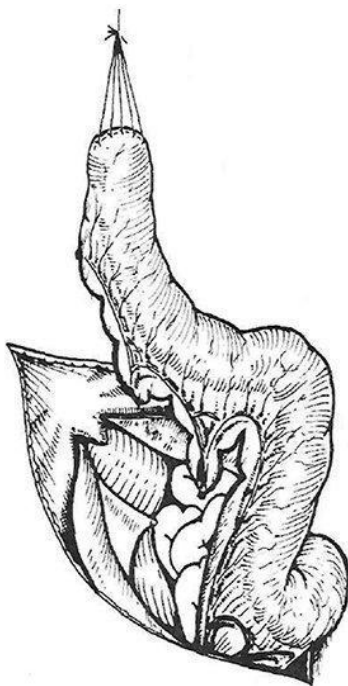


Рисунок 6 - Ремобилизованный тонкокишечный трансплантат подготовлен для пересечения еще одного радиального сосуда

Подтягиванию трансплантата на шею может помешать слишком высоко сформированный Y-образный еюноеюноанастомоз. В таких случаях анастомоз резецируют, проходимость тощей кишки восстанавливают анастомозом «конец в конец» и накладывают новый Y-образный еюноеюноанастомоз (рисунок 7, а, б).

В других случаях, когда трансплантат доведен при предыдущей операции только до середины тела грудины,

разрез снизу начинают с этого уровня, а на шее делают отдельный разрез для доступа к пищеводу. Трансплантат ремобилизуют, как было указано выше. Между двумя разрезами кожи и подкожной жировой клетчатки формируют тоннель и соединяют трансплантат с шейным отделом пищевода (рисунок 7, в, г).

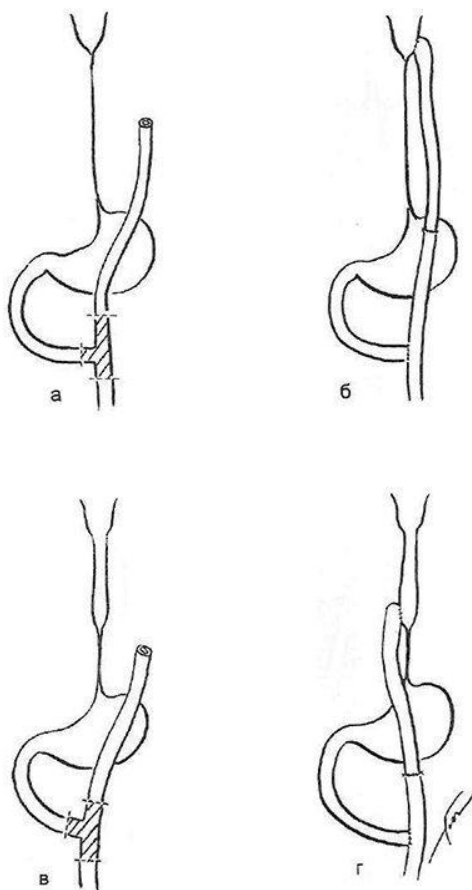


Рисунок 7 - «Удлинение» тонкокишечного трансплантата перенесением Y-образного анастомоза в дистальном направлении. I вариант (а, б), II вариант (в, г)

Таким образом, метод пластики пищевода свободным реваскуляризируемым сегментом тонкой кишки сохраняет свое практическое значение в ряду современных методов

реконструктивных операций на пищеводе за счет уникальной возможности применения его в условиях жесткого дефицита пластического материала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бакиров А.А. Тонкокишечная пластика пищевода // Грудная и сердеч.-сосудистая хирургия. - 2000. - №6. - С. 65-66.
- 2 Бакиров А.А. Хирургическое лечение ожоговых стриктур пищевода // Грудная и сердеч.-сосудистая хирургия. - 2000. - №4. - С. 45-49.
- 3 Горбунов Г.Н., Мариничев В.Л., Волков О.Н. Модифицированный способ пластики пищевода тонкокишечным ауто трансплантатом // Вестник хирургии. - 1990. - Т.145, №10. - С. 109-111.
- 4 Кобак М.Э. Методы изучения жизнеспособности трансплантатов для пластики пищевода // Вестн. хирургии. - 1993. - Т.150, № 1 -2. - С. 142-145.
- 5 Мариничев В.Л. Эзофагоэюнопластика с использованием микрохирургической техники у больных раком грудного отдела пищевода: Автореф. дис. ... канд.мед.наук – СПб., 1996. - 21 с.
- 6 Мумладзе Р.Б., Бакиров А.А. М.И. Эзофагогастропластика при стриктурах пищевода // Анналы хирургии. - 2000. - №6. - С. 31-34.
- 7 Мустафин Д. Г., Злыгостев П. Н., Воробьев А. И. и др. Выбор и результаты эзофагопластики при раке пищевода // Грудная и сердеч.-сосудистая хирургия. -1995. - №1. - С. 63-65.
- 8 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А., Богопольский П.М. Опыт 1100 пластик пищевода // Хирургия. - 1998. - №6. - С. 4-6.
- 9 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: « Медицина», 2000. – 349 с.
- 10 Fisher S, Cameron R, Hoyt D. Free jejunal interposition graft for reconstruction of the esophagus // Head. Neck. - 1990. - Vol.12, № 2. - P.1 26-130.
- 11 Germain M.A., Demers G., Launois B. et al. Salvage esophagoplasty using free jejunal transplant after repeated failure of other esophagoplasties. 25 cases // Chi-rurgie. - 1994. - Vol. 119, № 10. - P. 672-680.

**Н.Х. Мусабиев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани,
В.В. Ли, Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева**

ЖІҢІШКЕ ІШЕКТІҢ СУБТОТАЛДЫҚ ӨҢЕШ ПЛАСТИКАСЫ

Түйін: Жіңішке ішектің субтоталдық өңеш пластикасы өңешті қалпына келтіру хирургиясының перспективалық бағыты болып табылады. П.А. Герцен, А.Г. Савиных, С.С. Юдин, А.А. Русанов, П.И. Андросов, В.И. Казанский, Б.В. Петровский, В.И. Филин, М.И. Давыдов, А.Ф. Черноусов, А.И. Пирогов, А.С. Мамонтов, В.И. Столяров, Б.И. Мирошников сияқты белгілі хирургтар мен көптеген басқа да зерттеушілердің еңбектері оперциялардың көрсеткіштерін кеңейтуге мүмкіндік берді және қатерлі ісік пен басқа да өңеш ауруларына қатысты хирургиялық емдеулер барысында эзофагопластиканы тиімді қолдана білу жолын арттырады. Бұл операцияның өз мүмкіншіліктері де бар: біріншіден, жіңішке ішек өзінің пластикалық қасиетіне және өңештің тіндеріне байланысты барлық жағынан жуан ішек пен асқазаннан артықшылығы көп болғандықтан көптеген авторлар өңешті алмастыруға арналған материалды таңдау кезінде жіңішке ішекке аса мән берген. Екіншіден, бұл әдіс барлық басқа тәсілдерге қарағанда жарақаты аз және физиологиялық тәсіл болып табылады, себебі сегменттік жіңішке ішек кірістірмесі өңеш ақауына оның антирефлексстік сығынды жүйесін және анатомиялығын сақтауға барынша мүмкіндік береді. Сонымен қатар, пластикалық материалдың жетіспеушілігінде және қайталанған реконструктивтік операциялар жағдайында да әрқашан ас қорыту қызметіне айтарлықтай зияны тимейтін жіңішке ішек сегментін алмастыруға болады. Жіңішке ішектің эзофагопластикасының негізгі жетістігіне операцияда жарақаттың аз болуы, өңеш пен жіңішке ішек диаметрінің жақын болуы, перистальдік белсенділігіне байланысты транспланттың жақсы функционалдық сапасының сақталуы, сәтсіз немесе аяқталмаған эзофагоюнопластикадан кейін қайтадан реконструкциялау мүмкіндігі. (Юдин С.С., 1954; Русанов А.А., 1974; Масюкова Е.М., Тун В.Г., 1985; Астрожников Ю.В. и соавт., 1986; Белоусов Е.В. и соавт., 1991; Столяров В.И. и соавт., 1996; Хитреев В.Е., 2003; Higashino M. et al., 1991, Hirabayashi S. et al., 1993; Stein H.L., 2001; Stier A. et al., 2003, и др.). Осы мәселені шешудің қажеттілігі жіңішке ішек сегментін өңеш пластикасын сәтті енгізу әдісі берілген жұмыстың өзектілігін анықтайды.

Түйінді сөздер: Жіңішке ішектің субтоталдық өңеш пластикасы, эзофагопластика, трансплантат.

**N.H. Musabaev, G.M. Imantaeva, E.N. Aldabergenov, A.N. Asanova, A.N. Kani, V.V. Li,
B.A. Parmahanov, A.M. Sovetaeva, G.T. Sultanbaeva**

SUBTOTAL PLASTIC OF THE ESOPHAGUS WITH SMALL INTESTINE

Resume: Subtotal plastic of the esophagus with small intestine is a perspective direction in reconstructive surgery of the esophagus. The works of great surgeons: Herzen P.A., Savinyh A.G., Yudin S.S., Rusanov A.A., Androsov P.I., Kazansky V.I., Petrovsky B.V., Filin V.I., Davydov M.I., Chernousov A.F., Pirogov A.I., Mamontov A.S., Stolyarov V.I., Miroschnikov B.I. and many other researchers, which are allowed to expand the indications for operations and significantly improve the effectiveness of esophagoplasty in surgical treatment of patients with cancer and other esophagus diseases. This operation has some advantages: Firstly, when to choose a material for replacement of the esophagus, many authors initially were preferred the small intestine, because of its plastic qualities and matching to the tissues of the esophagus it largely surpasses not only the large intestine but also the stomach. Secondly, this method is the least traumatic and the most physiological out of existed methods, because of segmental enteric insertion into the esophagus defect it allows maximally save its anatomical and anti-reflux sphincters system. In addition, even in conditions of repeated reconstructive surgery and severe shortage of plastic material, it is almost always possible to resect the segment of the small intestine without significant damage to the digestive function. The main advantages of small intestinal esophagoplasty include: a relatively small traumatism of operation, proximity of the diameters of the esophagus and small intestine, a good functional qualities of the graft due to the preservation of its peristaltic activity, the possibility of re-reconstruction after failed or uncompleted esophagoplasty (Yudin S.S., Rusanov A.A., Masyukov Y.M., Tun V.G., 1985; Astrozhnikov Yu.V., and co-authors, 1986; Belousov Y.V. and co-authors, 1991; Stolyarov V.I. and co-authors, 1996; Hitreev B.Y., 2003; Higoshino M. et al., 1991; hirabayashi S. et al., 1993; Stein H.L., 2001; Stier A. et al., 2003, etc.). The necessity of solving these problems in a way to a wider and successful introduction of esophagoplasty methods by the free segment of the small intestine and determine the relevance of the presented problem.

Keywords: subtotal plastic of esophagus with small intestine, esophagoplasty, graft.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

К.У. Сабиров, С.Д. Джамбырбаев

Кафедра онкологии КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Прослежены результаты лечения 16 пациентов со спонтанным пневмотораксом. Проведен анализ результатов различных видов лечения при данной патологии. Торакоскопические операции являются методом выбора лечения спонтанного пневмоторакса.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, видеоторакоскопия, торакотомия, дренирование плевральной полости.

УДК 616.25-003

Введение. На сегодняшний день тактика хирургического лечения спонтанного пневмоторакса определяется не только данными исследования пациентов, но и зачастую мерами, к которому относится плевральная пункция. Плевральная пункция на стороне поражения применяется для оказания экстренной помощи. По литературным данным дренирование плевральной полости не является достаточно радикальным, так как рецидивы встречаются более 30% [1,2,3]. Классическая торакотомия с устранением причины пневмоторакса относится к радикальному лечению, но имеет свои недостатки: большой послеоперационный период, травматичность и большая встречаемость послеоперационных осложнений [4]. Преимущества открытого вида операции и дренирования плевральной полости нашли отражение в торакоскопических вмешательствах [5].

Материал и методы. За 2013 год проведен анализ лечения 16 больных спонтанным пневмотораксом. Мужчин было 15 (94%) и одна женщина (6%). Все пациенты трудоспособного возраста. Всем пациентам проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки. В связи со степенью коллабирования легкого определялись следующие виды: малый пневмоторакс (верхушечный) 3 (19%), средний 6 (38%), большой 5 (31%) и тотальный 2 (12%). У 13 (81%) пациентов патологический процесс отмечался в левом гемитораксе, у 3 (19%) в правом гемитораксе. Причинами явились у 7(44%) пациентов буллезная эмфизема, у 6 (38%) хроническая обструктивная болезнь легких и у 3(18%) пневмоторакс развився по невыясненным обстоятельствам. У двух пациентов с ХОБЛ была проведена МРТ. Все пациенты были обследованы в приемном отделении по принятому протоколу в клинике. Протокол обследования включал следующие виды диагностики: клинические, лабораторные, биохимические, рентгенологические, эндоскопические.

Результаты и обсуждение. Плевральная пункция выполнялась 3 пациентам с верхушечным пневмотораксом. Объективно эти пациенты жаловались только на

незначительную одышку и противопоказания к применению данного метода лечения не имелось. Во всех случаях отмечался стойкий эффект. Остальным всем пациентам (13) производились дренирование плевральной полости по Бюлау. Стойкий положительный эффект получен у 3(19%) пациентов. В последующем проводились контрольная рентгенография грудной клетки. У 10 (63%) пациентов дренирование плевральной полости были не эффективными, так как на контрольной рентгенографии через 24 часа коллапс легкого сохранялся. Всем больным этой группы (10 пациентам) выполнялась традиционная торакоскопия. У 2 пациентов патологии выявлено не было. В изолированном виде спайки и шварты выявлены у 3 пациентов. При этом в одном случае из них обнаружен отрыв сращения от поверхности легкого с образованием дефекта диаметром до 1,0 см. Небольшие субплевральные буллы диаметром менее 2-х см обнаружены у 5 пациентов. Во время торакоскопии плевральные сращения рассекали или коагулировали. Буллы и дефекты легочной ткани подвергали диатермокоагуляции и ушиванию. Добиться выздоровления после торакоскопии с помощью дренирования плевральной полости с активной аспирацией удалось у 2 пациентов. Следует подчеркнуть, что в течение первой недели выздоровление было достигнуто у 4 больных (25%), у остальных четырех пациентов легкое расправилось на 9-10 суток.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 10 из 16 пациентов, которым выполнялась торакоскопия. Рецидивов заболевания не отмечено.

Заключение.

Анализ исследуемого материала показал, что применение торакоскопии в комплексе мероприятий при спонтанном пневмотораксе в экстренной хирургии позволили, не прибегая к торакотомии добиться выздоровления пациентов в послеоперационном периоде. Полное расправление легкого и герметизация дефекта легочной ткани были достигнуты в более ранние сроки, рецидивов заболевания не отмечалось.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бисенков Л.Н., Гладышев Д.В., Лищенко В.В., Чуприна А.П. Оценка эффективности видеоторакоscопии в лечении спонтанного пневмоторакса // Клиническая патофизиология. - 2003. - №2 - С.20-25.
- 2 Шнитко С.Н. Диагностические и лечебные возможности видеоторакоscопии в грудной хирургии: Автореф. дис. ... д-р. мед. наук - Минск, 2002. - 46 с.
- 3 Савельев В.П. Рациональная хирургическая тактика лечения спонтанного пневмоторакса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук - Саратов, 2002. - 25 с.
- 4 Письменный А.К. Спонтанный пневмоторакс: хирургическая тактика в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук - Самара, 2001. - 19 с.
- 5 Медведев А.П., Павлушин А.В., Горшков В.Ю. и др. Опыт видеоторакоscопических вмешательств при заболеваниях легких, плевры и средостения // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2001. - №1. - С.40-46.

К.У. Сабилов, С.Д. Жамбырбаев

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ онкология кафедрасы, Алматы қаласы

СПОНТАНДЫ ПНЕВМОТОРАКСТЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Түйін: Спонтанды пневмоторакспен 16 науқас ем қабылдады. Қолданылған әртүрлі емнің қорытындысы көрсетілді. Спонтандық пневмоторакста қолданылған торакоscопиялық операциялар жақсы нәтиже корсетті.

Түйінді сөздер: спонтанды пневмоторакс, видеоторакоscопия, торакотомия, плевра қуысың дренаждау.

K.U. Sabirov, S.Zh. Zhambirbayev

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Resume: Results of treatment of 16 patients with spontaneous pneumothorax were traced. Analysis of different methods of treatment in that pathology is done. Videothoracoscopy intervention is the best method of treatment spontaneous pneumothorax.

To date, the tactics of the surgical treatment of spontaneous pneumothorax is determined not only by patient research data, but also often by measures to which the pleural puncture relates. Pleural puncture on the side of the lesion is used to provide emergency assistance. According to the literature, drainage of the pleural cavity is not sufficiently radical, since relapses occur more than 30% [1,2,3]. Classical thoracotomy with the elimination of the cause of pneumothorax refers to radical treatment, but has its drawbacks: a large postoperative period, traumatism and a high incidence of postoperative complications [4]. Advantages of an open type of operation and drainage of the pleural cavity are reflected in thoracoscopic interventions [5].

In 2013, the analysis of treatment of 16 patients with spontaneous pneumothorax was carried out. The men were 15 (94%) and one woman (6%). All patients are of working age. All patients underwent X-ray radiography of the chest. In connection with the degree of lung collapsing, the following types were identified: small pneumothorax (apical) 3 (19%), medium 6 (38%), large 5 (31%) and total 2 (12%). In 13 (81%) patients, the pathological process was noted in left hemithorax, in 3 (19%) in the right hemithorax. The causes were bullous emphysema in 7 (44%) patients, 6 (38%) chronic obstructive pulmonary disease and 3 (18%) pneumothorax developed due to unclear circumstances. In two patients with COPD, an MRI was performed. All patients were examined at the admission department according to the protocol adopted at the clinic. The protocol included the following types of diagnostics: clinical, laboratory, biochemical, radiological, endoscopic.

Analysis of the study material showed that the use of thoracoscopy in a complex of measures for spontaneous pneumothorax in emergency surgery allowed, without resorting to thoracotomy, to achieve recovery of patients in the postoperative period. Complete lung expansion and sealing of the defect of lung tissue were achieved at earlier times, no recurrences of the disease were noted.

Keywords: spontaneous pneumothorax, videothoracoscopy, thoracotomy, drainage of the pleural cavity.



НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

NERVOUS DISEASES

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ

Д.Р. Арупова, Е.У. Куандыков

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

Наследственные болезни нервной системы (НБНС) составляют одну из наиболее многочисленных групп моногенных болезней человека. Тяжелое прогрессирующее течение многих НБНС, частая инвалидизация больных, отсутствие эффективных методов лечения, высокий риск появления повторных случаев заболевания делают наиболее актуальным проведение профилактических мероприятий вотягощенных семьях. Основу планирования характера и объема регионально ориентированных профилактических мероприятий должны составлять данные популяционно-эпидемиологических исследований, позволяющие получить представление о распространенности, спектре, генетическом разнообразии и особенностях фенотипических проявлений отдельных НБНС. Эти данные являются основой для создания специализированных профилактических регистров по НБНС, позволяющих осуществлять активную диспансеризациюотягощённых семей, а также планировать объем и характер медико-генетического консультирования в отдельных регионах. Материалом для исследования послужили образцы ДНК пациентов. Было обследовано 26 больных мужского пола от 5 до 16 лет. Впервые в популяции города Алматы и Алматинской области была проведена молекулярно-генетическая диагностика миодистрофии Дюшенна у детей. На сегодняшний день данный метод является единственным профилактическим мероприятием, что тем самым дает возможность для проведения пренатальной диагностики в семьях высокого риска.

Принимая во внимание тот факт, что для основной части заболеваний из данной группы характерно неуклонно прогрессирующее течение и отсутствие эффективных методов лечения, нервно-мышечные болезни следует признать одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Профилактика повторных случаев нервно-мышечных болезней в семьях «высокого риска» является на сегодняшний день единственным эффективным средством борьбы с этими тяжелыми и нередко фатальными недугами, при том центральное место в системе профилактических мероприятий занимает ДНК-диагностика.

Ключевые слова: прогрессирующие мышечные дистрофии, миодистрофия Дюшенна, молекулярно-генетическая диагностика, наследственные болезни нервной системы

УДК 616.74-007.17:577.21]-07(476)

Введение. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением периферических нервов и мышц составляют значительную долю наследственной патологии человека.

Термином «мышечные дистрофии» обозначают группу клинически полиморфных генетически детерминированных заболеваний, в основе которых лежат первичные прогрессирующие дегенеративные изменения в мышечных волокнах. Различные формы миодистрофий отличаются друг от друга своей генетической природой, типом наследования, сроком дебюта, топографическим своеобразием распределения мышечных атрофий.

Актуальность. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД) представляют собой клинически и генетически гетерогенную группу наследственных заболеваний, характеризующихся первичным поражением скелетной мускулатуры невоспалительного характера. Распространенность данных заболеваний весьма высока — около 200 случаев на 1 млн. населения (Етегу А., 1993). Общей характеристикой ПМД является развитие нарастающих мышечных атрофий и парезов вследствие

прогрессирующей дегенерации миоцитов, обусловленной поражением структурных белков сарколеммы или ключевых ферментов скелетных мышц. По данным Всемирной организации здравоохранения 4—5% всего населения страдают тяжелыми наследственными заболеваниями и аномалиями развития, среди которых наследственные дефекты с поражением нервной системы составляют третью часть и занимают одно из ведущих мест. На долю всех наследственных болезней приходится почти 30% случаев госпитализации в детские больницы, кроме того, они являются причиной почти половины случаев смерти в развитых странах. Наследственные болезни нервной системы характеризуются неуклонно прогрессирующим течением, вызывая тяжелую инвалидность уже с детского возраста, и поэтому проблема их изучения является не только одной из наиболее актуальных медицинских, но и социально значимых проблем современной медицины. Данные исследований наследственных заболеваний, а именно прогрессирующих мышечных дистрофий, полученных в одних регионах, малопримемлемы для других ввиду наличия существенных

различий в структуре наследственных болезней в разных популяциях из-за неоднородности этнических, географических и социальных факторов. В связи с малой изученностью наследственных заболеваний нервной системы в Казахстане становится очевидной актуальность такого рода исследований, что позволит правильно организовать специализированную медицинскую помощь, провести их раннюю диагностику и профилактику.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили образцы ДНК пациентов. Было обследовано 26 больных мужского пола от 5 до 16 лет. Выделение ДНК из периферической крови обследуемых проводилось солевым методом с последующей хлорформ-фенольной очисткой и тестированием на 3% агарозном геле с различными концентрациями фага А.

Для регистрации фрагментов 19 различных экзонов и промоторной области гена дистрофина использовали диагностический набор праймеров DMD-del производства ООО «Центр молекулярной генетики», г. Москва. Реакция проведена в 23 мкл общего объема смеси, содержащей ПЦР-буфер 5.8 мкл, dNTP 2.5 мкл, по 10,0 мкл специфического праймера и 0,3 мкл активной Taq-полимеразы, ПЦР проводили по схеме:

начальная денатурация (95°C, 2 мин.); 32 цикла амплификации со следующими параметрами: 1) денатурация — 94°C, 45 секунд; 2) отжиг — 60°C, 45 секунд; 3) синтез — 72°C, 45 секунд; после чего проводили инкубацию при 72°C в течение 7 минут.

Проводили мультиплексную (мультипраймерную) ПЦР, основанную на одновременной амплификации в одной реакции нескольких экзонов исследуемого гена. Набор предназначен для регистрации фрагментов 19 различных экзонов и промоторной области гена дистрофина. Наиболее частой причиной возникновения миодистрофии Дюшенна/Беккера являются протяженные делеции в гене дистрофина. Локализация гена на X-хромосоме позволяет регистрировать фрагменты 19 экзонов и промоторной области гена дистрофина в гемизиготном состоянии у лиц мужского пола, и таким образом, делеция, затрагивающая один или несколько фрагментов, будет проявляться отсутствием соответствующих полос на геле. Система мультиплексной амплификации (МПА) позволяет в одной пробирке проводить одновременную регистрацию 10 фрагментов, что значительно убыстряет анализ по сравнению с обычной ПЦР.

Фрагменты анализировали в 7% акриламидном геле (сток — раствор АА/БА 2911). Электрофоретическое разделение фрагментов проводят при напряженности поля 17В/см в течение 1,5 — 2 часов (к моменту окончания разделения фрагментов лидирующий краситель ксилол-цианол должен пройти расстояние в 2/3 длины геля). В таблице 1 представлены длины регистрируемых фрагментов.

Результаты и обсуждение.

Прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна и Беккера относятся к самым частым формам мышечных дистрофий (1 на 3500 и 1 на 20000 рожденных мальчиков) и наследуются по X-сцепленному рецессивному типу (Emery A., 1991). Миодистрофии Дюшенна и Беккера являются аллельными вариантами, наследуются по рецессивному сцепленному с X-хромосомой типу и обусловлены либо полным отсутствием синтеза, либо синтезом дефектного высокомолекулярного цитоскелетного белка-дистрофина. Из-за отсутствия дистрофина миофибриллы утрачивают устойчивость к циклическим актам сокращения-расслабления и разрываются. Саркоплазматические мембраны становятся нестабильными, нарушается работа ионных каналов, в результате повышается концентрация свободного внутриклеточного ионизированного кальция, который оказывает некротизирующее влияние на мышечные волокна, вызывая их лизис. Миодистрофия Дюшенна начинается в возрасте 3 — 6 лет со слабости мышц тазового пояса

и проксимальных отделов ног, нередко сопровождающейся псевдогипертрофиями икроножных, ягодичных, дельтовидных и других мышц, а также кардиомиопатией. К характерному клиническому маркеру миодистрофий относится «утиная» походка, связанная со слабостью

ягодичных мышц, которые фиксируют таз относительно бедренной кости. В результате во время ходьбы возникает наклон таза в сторону неопорной ноги (феномен Тренделенбурга) и компенсаторный наклон туловища в противоположную сторону (феномен Дюшенна). Кроме того, у больных можно наблюдать ходьбу на пальцах, частые падения, медленное двигательное развитие и специфические ограничения при поднимании рук вверх, подъеме по лестнице, вставании с пола.

В дальнейшем характерна быстрая генерализация парезов и атрофий, нарастающая обездвиженность, развитие контрактур и дыхательных нарушений; гибель больных наступает обычно на 2-3 м десятилетия жизни (Темин П.А. и др., 1997; Emery A., 1993; Specht L., Kunkel L., 1993).

Форма Беккера традиционно рассматривается как «мягкий» клинический вариант ПМД Дюшенна с более поздним началом болезни (в 12-15 лет), относительно доброкачественным течением и сохранностью способности к самостоятельной ходьбе на протяжении 15 – 20 лет от момента появления первых симптомов (Темин П.А. и соавторы, 1997). Женщины, являющиеся гетерозиготными носительницами мутантного гена, как правило, остаются клинически здоровыми, однако иногда у них могут наблюдаться отдельные субклинические проявления носительства мутации – умеренно выраженная мышечная слабость, увеличение объема икроножных мышц, высокий уровень в крови мышечного фермента креатинфосфокиназы (Emery A., 1993; Specht L., Kunkel L., 1993).

ПМД Дюшенна и Беккера являются аллельными заболеваниями и обусловлены мутациями одного гена в хромосомном локусе Xp 21 (Goodfellow P. et al., 1985; Monaco A. et al., 1986; Koenig M. et al., 1987). Данный ген является самым большим из известных на сегодня генов человека и имеет весьма сложную молекулярную организацию: он содержит, как минимум, 5 промоторов, свыше 80 экзонов, состоит из 24 000 кб и кодирует белок с молекулярной массой 427 килодальтон, получивший название «дистрофин» (Koenig M. et al., 1987; Hoffman E. et al., 1992).

В норме в мышечном волокне дистрофин локализуется на цитоплазматической поверхности сарколеммы, являясь важной составной частью цитоскелета и обеспечивая связь между актиновыми филаментами (т.е. сократительным аппаратом мышечного волокна) и сарколеммой (Ahn A., Kunkel L., 1989). Известна также изоформа дистрофина, экспрессирующаяся в центральной нервной системе, с отсутствием данной изоформы белка в мозге может быть связана умственная отсталость, имеющая место у 1/3 больных ПМД Дюшенна. Прогресс в изучении данной группы заболеваний связан с раскрытием в последние годы структурных и молекулярных основ, регулирующих функционирование мышечного волокна (Иллариошкин С.Н., Иванова – Смоленская И.А., 1998; Campbeel K., 1995; Worton R., Emery A., 1998).

Молекулярно-генетическая диагностика миодистрофии Дюшенна была проведена у 26 человек больных мужского пола от 5 до 16 лет. Из них у 10 (38,5%) человек были выявлены делеции в гене дистрофина. У 20,0% больных выявлены делеции в гене дистрофина с 44 по 51 экзон, у 20,0% - делеции в гене дистрофина с 47 по 50 экзон. У остальных пациентов (6 человек) выявлены делеции в различных экзонах.

Наиболее тяжелые клинические случаи наблюдаются у двух пациентов с миодистрофией Дюшенна.

Приводим наблюдения. Пациент М.А., 9 лет.

Молекулярно-генетическое исследование ДНК пациента показало наличие делеции в праймере МПА1 большой протяженностью с 32 - 47 экзон и 50 экзона, что сказалось на клиническом проявлении болезни (рисунок 1).

У данного ребенка наблюдается семейный характер течения болезни. В семье старший сын умер в возрасте 17 лет от прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. Заболевание стало проявляться в возрасте 6 лет, быстро прогрессировало, и на момент взятия крови на молекулярное исследование ребенок полностью утратил двигательную активность. Клинически наблюдались: слабость мышц тазового пояса и проксимальных отделов

ног, псевдогипертрофия икроножных мышц, дельтовидных. Снижение сухожильных рефлексов, мышечного тонуса, мышечная сила в руках 2 балла. Имеются контрактуры в коленных, голеностопных суставах. Необходимо отметить, что чем раньше дебютирует заболевание, тем злокачественнее оно протекает.

Пациент - Д. В., 6 лет.

У данного пациента были выявлены делеции в двух праймерах в МПА1 52, 53 экзонов и в МПА2 делеция 50 экзона, что сказалось на клинических проявлениях данного заболевания (рисунок 2).

Заболевание протекает злокачественно, очень быстро прогрессирует. На момент осмотра ребенок уже практически утратил двигательную активность, наблюдалась слабость мышц проксимальных отделов ног, псевдогипертрофия икроножных мышц. Снижение сухожильных рефлексов, снижение мышечного тонуса, мышечная сила в руках 2 балла. Имеются контрактуры в коленных, голеностопных суставах. Со стороны сердечно-сосудистой системы кардиомиопатия.

Приблизительно 55-65% всех случаев ПМД Дюшенна/Беккера обусловлены делециями гена дистрофина различной протяженности, 5 - 10% случаев - дубликациями части гена, у остальных больных имеют место точковые мутации.

Делеции в гене дистрофина распределяются отнюдь неравномерно по его длине, а преимущественно группируются вокруг двух областей гена, образуя так называемые "горячие точки" делеций - в 5-й области гена (экзоны 2 - 20) и в его дистальной части в области экзонов 44 - 53.

Интересно отметить, что проксимальные делеции гена чаще выявляются при семейных формах болезни, тогда как дистальные делеции обычно ассоциированы со спорадическими случаями (т.е. возникшими как результат новой мутации); при выявлении проксимальной делеции

гена повторный риск заболевания в семье почти на порядок выше, чем при дистальной (соответственно, 30% и 4%).

Серьезной проблемой при проведении ДНК-диагностики в семьях с ПМД Дюшенна/Беккера является чрезвычайно высокая частота спонтанных мутаций, что частично может объясняться их гигантским размером.

Предполагается, что около трети всех случаев ПМД Дюшенна/Беккера обусловлены мутациями de novo.

Заключение. Таким образом, исследования в области молекулярной генетики представляют особую актуальность в связи с высоким удельным весом нейрогенетических заболеваний в общей структуре неврологической патологии, глубокой инвалидизацией больных с прогрессирующей психической и физической дезадаптацией, а также фатальным течением этих в большинстве случаев неизлечимых страданий.

Впервые в популяции города Алмазы и Алматинской области была проведена молекулярно-генетическая диагностика миодистрофии Дюшенна у детей. На сегодняшний день данный метод является единственным профилактическим мероприятием, что тем самым дает возможность для проведения пренатальной диагностики в семьях высокого риска.

Принимая во внимание тот факт, что для основной части заболеваний из данной группы характерно неуклонно прогрессирующее течение и отсутствие эффективных методов лечения, нервно-мышечные болезни следует признать одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Профилактика повторных случаев нервно-мышечных болезней в семьях "высокого риска" является на сегодняшний день единственным эффективным средством борьбы с этими тяжелыми и нередко фатальными недугами, при том центральное место в системе профилактических мероприятий занимает ДНК-диагностика.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д. ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии. – М.: МИА, 2002. – 259 с.
- 2 Вельтищев Ю.А., Темин П.А. Наследственные болезни нервной системы: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1998. – 436 с.
- 3 Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А. Молекулярные основы прогрессирующих мышечных дистрофий (обзор литературы) // Журн. неврол. психиатр. - 1998. - №10. - С.55-62.
- 4 Balci B., Aurino S., Haliloglu G., Talim B., Erdem S., Akcoren Z., Tan E., Caglar M., Richard I., Nigro V., Topaloglu H., and Dincer P. Calpain-3 mutations in Turkey // Eur J Pediatr. – 2006. - №165. – P. 293-298.
- 5 Beedle A. M., Nienaber P. M., and Campbell K. P. Fukutin-related protein associates with the sarcolemmal dystrophin-glycoprotein complex // J Biol Chem. – 2007. - №282. – P. 16713-16717.
- 6 Bengtsson B. O. a. G. T. (1981). Measuring the strength of associations between HLA antigens and diseases // Tissue Antigens. – 1981. - №18. - P. 356-363.
- 7 Bourteel H., Stojkovic T., Cuisset J. M., Maurage C. A., Laforet P., Richard P., and Vermersch P. Phenotypic aspects of FKRP-linked muscular dystrophy type 21 in a series of eleven patients // Rev Neurol. – Paris: 2007. - №163. – P. 189-196.
- 8 Bourteel H., Vermersch P., Cuisset J. M., Maurage C. A., Laforet P., Richard P., and Stojkovic T. Clinical and mutational spectrum of limb-girdle muscular dystrophy type 21 in 11 French patients // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2009. - №80. – P. 1405-1408.
- 9 Bushby K. M. Diagnostic criteria for the limb-girdle muscular dystrophies: report of the ENMC Consortium on Limb-Girdle Dystrophies // Neuromuscul Disord. – 1995. - №5. – P. 71-74.
- 10 Colombo R. Age estimate of the N370S mutation causing Gaucher disease in Ashkenazi Jews and European populations: A reappraisal of haplotype data // Am J Hum Genet. – 2000. - №66. – P. 692-697.
- 11 Davies K. E., and Nowak K. J. Molecular mechanisms of muscular dystrophies: old and new players // Nat Rev Mol Cell Biol. – 2007. - №7. – P. 762-773.
- 12 De Wazieres B., and Dupond J. L. Mitochondrial and metabolic myopathies // Rev Prat. – 2001. - №51. – P. 256-261.
- 13 Todorova A., Kress W., and Mueller C. Novel mutations in the calpain 3 gene in Germany // Clin Genet. – 2005. - №67. – P. 356-358.
- 14 Vainzof M., Ayub-Guerrieri D., Onofre P. C., Martins P. C., Lopes V. F., Zilberzajn D., Maia L. S., Sell K., and Yamamoto L. U. Animal models for genetic neuromuscular diseases // J Mol Neurosci. – 2008. - №34. – P. 241-248.

Д.Р. Арупова, Е.У. Куандыков*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті***ҮДЕМЕЛІ БҰЛШЫҚЕТ ДИСТРОФИЯЛАРЫНЫҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ**

Түйін: Жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын аурулары (ЖЖТҚА) адамның моногенді аурулар топтарының бірін құрайды. ЖЖТҚА-ның көптеген ауыр прогрессивті ағымдары ол – науқастардың жиі мүгедектенуі, емдеудің тиімді тәсілдерінің болмауы, сондай-ақ аурудың қайталану қауіпі жоғары болуынан ауыртпалық көрген отбасыларға профилактикалық шараларын қолданудың өзекті болуы.

Жергілікті бағытталған профилактикалық шаралардың көлемі мен сипатын жоспарлаудағы негіз болып популяциялы-эпидемиологиялық зерттеудің мәліметтері болуы тиіс. Өйткені, зерттеу мәліметтері таралудың негізін, спектрін, генетикалық түрлілігін, ЖЖТҚА-ның жеке фенотипиялық көріністерінің ерекшеліктерін алуға септік етеді. Бұл мәліметтер ЖЖТҚА бойынша мамандырылған профилактикалық регистрлердің құрылуына негізі болып табылады. Зерттеудің материалдары ретінде науқастардың ДНҚ үлгілері алынды. 5-тен 16-ға дейінгі жас аралықтағы ер жынысты 26 науқасқа зерттеу жүргізілді. Алғаш рет Алматы мен Алматы облысы бойынша балалардағы Дюшенна миодистрофиясына молекулярлық-генетикалық диагностикасы жүргізілді. Бүгінгі таңда аталмыш тәсіл профилактикалық шаралар бойынша жалғыз ғана, осыған орай бұл қауіпі жоғары отбасыларға пренатальді диагностика жасауға мүмкіндік береді.

Бұл топтаға аурулардың жиіленуі мен негізгі бөлігі - тиімді емдеу тәсілдерінің жоқтығы мен ауру ағымының өршуі болып табылатынын ескере келе, жүйке-бұлшықеттік аурулардың клиникалық неврологиядағы ең өзекті мәселе екенін мойындау керек. Жоғары қауіптегі отбасыларда жүйке-бұлшықеттік аурулардың қайталануын алдын алу бүгінгі күнде бұл аурумен жүресуде жалғыз тиімді тәсілі болып табылады. Сондай-ақ, профилактикалық шаралар жүйесінің ортақ орны - ДНҚ диагностикасы.

Түйінді сөздер: үдемелі бұлшықет дистрофиясы, Дюшенна миодистрофиясы, молекулярлық-генетикалық диагностика, жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын аурулары

D.R. Arupova, E.U. Kuandykov*Asfendiyarov Kazakh National Medical University***MOLECULAR-GENETIC DIAGNOSIS PROGRESSIVE MUSCLE DYSTROPHIES**

Resume: Hereditary diseases of the nervous system (NBNS) are one of the most numerous groups of monogenic human diseases. The severe progressive course of many NBNS, the frequent disability of patients, the lack of effective methods of treatment, the high risk of occurrence of repeated cases make the most urgent the implementation of preventive measures in burdened families. The basis for planning the nature and extent of the regionally oriented preventive measures should be data from population-epidemiological studies that provide an idea of the prevalence, spectrum, genetic diversity and specific features of the phenotypic manifestations of individual NBNS. These data form the basis for the establishment of specialized prevention registers for the NBNS, which allow for active prophylactic medical examination of burdened families, and also to plan the volume and nature of medical genetic counseling in certain regions. The material for the study was the DNA samples of the patients. 26 male patients from 5 to 16 years of age were examined. For the first time in the population of the city of Almaty and Alma-Ata region, molecular genetic diagnosis of Duchenne's myodystrophy in children was carried out. To date, this method is the only preventive measure, thereby enabling prenatal diagnosis in high-risk families.

Taking into account the fact that for the main part of the diseases from this group is characterized by a steadily progressing course and the lack of effective methods of treatment, neuromuscular diseases should be recognized as one of the most urgent problems of clinical neuroscience. Prevention of repeated cases of neuromuscular diseases in "high-risk" families is currently the only effective way to combat these severe and often fatal ailments, while the central place in the system of preventive measures is taken by DNA diagnostics.

Keywords: progressive muscular dystrophy, Duchenne's myodystrophy, molecular genetic diagnosis, hereditary diseases of the nervous system

РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ CHAPTER 2. THEORETICAL DISCIPLINE



ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ПОЛИГОНА «АЗГЫР»

Д.У. Кенесары, М.К. Амрин, Р.А. Баялиева, А.Е.Бухарбаева, М.Н. Сарсенбеков

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Кафедра общей гигиены и экологии

Лаборатория по оценке рисков здоровью населения

В статье дана гигиеническая оценка качеству объектов окружающей среды и основным показателям здоровья населения в регионе ядерного полигона «Азгыр». Риски для здоровья населения по органолептическим и токсикологическим показателям воды превышают приемлемые уровни и требуют принятия мер по регулированию качества питьевой воды

Медико-демографическая ситуация в регионе ядерного полигона «Азгыр» характеризуется как неблагоприятная. Отмечается снижение естественного прироста населения, в основном за счет снижения показателей рождаемости.

По данным медицинских осмотров выявлено, что истинная заболеваемость по отдельным классам у взрослых и детей в регионе выше, чем контроле, району, области и республике.

Ключевые слова: *ядерный полигон, окружающая среда, медико-демографическая ситуация, заболеваемость.*

УДК 614.2: 613.6:[622.324+66.013](574.1)

Казахстан от СССР унаследовал 4 крупных испытательных полигона и 1 летно-испытательный центр. Одним из таких полигонов являются полигоны «Капустин Яр» и «Азгыр», составляющие единый комплекс - объект «Галит», который не имел аналогов в мировой практике. От последствий его влияния больше пострадали 5 районов Западно-Казахстанской области и Курмангазинский район Атырауской области.

Ядерный полигон «Азгыр» размещен в аридной зоне на соляном куполе «Большой Азгыр» вблизи поселка Азгыр Курмангазинского района Атырауской области. Здесь с 1966 по 1979 гг. было проведено 17 подземных ядерных взрывов с целью образования подземных полостей [1, 2].

В регионе полигона «Азгыр» расположены населенные пункты сельского типа. Численность населения составляет около 7 тысяч человек. Наиболее крупные села имеют численность жителей от 200 до 2500 человек. Застройка сел разреженная, жилые дома одноэтажные, деревянные или глинобитные. Населенные пункты, животноводческие фермы, кошары, зимовья удалены друг от друга на

значительном расстоянии от 20-40 до 90 км и до 190 км – от райцентра Ганюшкино. В регионе отсутствуют дороги с твердым покрытием.

Помимо ядерных взрывов на полигоне «Азгыр», активно с 1949 г. по 90-е годы проводились испытания военной техники, не имеющие аналогов в мировой практике, здесь усовершенствовалась система ПВО, в том числе со стрельбой по ракетами, осуществлялись первые запуски баллистических ракет, проходили испытания все самолеты военного назначения. На территории полигонов в образовавшихся после взрывов соляных полостях проводилось захоронение технического металлолома и радиоактивных отходов.

Цель исследований: Дать оценку качества объектов окружающей среды и здоровью населения региона полигона «Азгыр».

Материалы и методы исследования. Исследованы объекты окружающей среды и основные показатели здоровья населения в регионе полигона «Азгыр».

Были применены гигиенические методы, статистический сплошной метод, метод оценки рисков здоровью населения от химического загрязнения объектов окружающей среды.

Результаты исследований:

По данным ранее проведенных исследований загрязнение грунта цезием-137 на всех изученных атомных площадках было неравномерным, носило локальный характер и превышало допустимое расчетное содержание исходя из уровня среднего глобального загрязнения от 5,5 до 101,6 раза [3].

Содержание в почве атомных площадок стронция-90 колебалось от 31,1 Бк/кг (площадка А-10) до 785,2 Бк/кг (площадка А-1) и превысило уровень глобального загрязнения до 29,7 раз.

Выявлено, что в поверхностном слое почвы на глубине до 5 см в поселках региона был обнаружен техногенный радионуклид цезий-137, а также радиоактивные элементы природного происхождения (К-40, Th-232 и Ra-226).

В почвах региона полигона, цинка по сравнению с ПДК содержится более 2-х раз, меди в 13 раз, кадмия в 3 раза и кобальта более 6 раз.

Как известно, основной источник загрязнения ксенобиотиками животных продуктов питания - это сельхозкорма. Было обнаружено, что в разнотравье региона полигонов содержание большинства приоритетных тяжелых металлов было выше МДУ более 4 раз [4]. А загрязнение антропогенными радионуклидами преобладало на территориях вблизи атомных площадок, по сравнению с населенными местами. Определенное время отсутствовал должный надзор за территорией полигонов, что привело к использованию местным населением этих земель для выпаса скота. Установлено, что в мясе, печени, легком и сердце сельскохозяйственных концентрация свинца была выше допустимого уровня около 2 раз. По кадмию превышение ДУ было только в мясе. 413 Техногенные цезий-137 и стронций-90 были обнаружены, хотя и в пределах ДУ, только в пробах коровьего молока, мяса сельскохозяйственных региона полигонов [5].

Регионе водоснабжение сел, животноводческих ферм обеспечивается из шахтных колодцев и привозной питьевой водой. Большинство колодцев глубиной 3-9 м имеют минерализованную воду.

Многочисленные подземные ядерные взрывы на полигоне «Азгыр» привели к ухудшению качества вод, увеличению минерализации, концентрации тяжелых металлов, радионуклидов воды водоисточников. Однако, до настоящего времени в регионе не оценены риски здоровью, связанные с водным фактором.

Подземные ядерные взрывы оказали влияние на качественный состав и увеличение минерализации ранее пресных вод. В пп. Азгыр, Балкудук, Батырбек, Конарттерек и Суяндук отмечено увеличение жесткости до 6,3 раза, хлоридов - до 5,5 ПДК, нитритов - до 25,0 раз, железа - до 2,8 ПДК, свинца - до 6,3 ПДК и кадмия - до 6,8 ПДК.

В почвах населенных пунктов Батырбек, Конарттерек и Суяндук установлено повышенное содержание металлов в почве в западном, юго-западном и северо-западном направлениях от полигона в концентрациях, превышающих ПДК от 6,3 до 30,0 раз.

По комплексному суммарному показателю (Ксум) загрязнение воды водоемов в сельских населенных пунктах степень опасности характеризуется от высокой до очень высокой; питьевой воды - высокой.

Таким образом, ретроспективные данные определили необходимость дальнейших исследований по оценке качества окружающей среды и состояния здоровья в регионе ядерного полигона «Азгыр».

Суммарная оценка органолептического риска (рефлекторно-ольфакторных реакций) от использования данной питьевой воды составил 0,16, что превышает приемлемое значение риска развития рефлекторно-ольфакторных неблагоприятных эффектов (0,1). Неприемлемый уровень риска наблюдается за счет содержания кальция, как приоритетного фактора, в питьевой воде шахтных колодцев региона ядерного полигона «Азгыр».

Канцерогенный риск для ситуации загрязнения питьевой воды шахтных колодцев региона ядерного полигона

«Азгыр» свинцом и кадмием в обнаруживаемых концентрациях при ее употреблении в ежедневном количестве 3 л на протяжении периода ожидаемой продолжительности жизни 70 лет и среднем весе человека в популяции 70 кг, оценивается на приемлемом уровне. Суммарный неканцерогенный риск превышает приемлемый уровень более два раза (2,6), а канцерогенный риск на уровне допустимого.

В целом интегральный показатель опасности питьевой воды шахтных колодцев региона ядерного полигона «Азгыр» составляет 5,2, что превышает нормативный показатель (ИП≤1,0) пять раз.

Это говорит о том, что риски по анализируемым показателям - органолептическим и санитарно-токсикологическим, превышают приемлемые уровни, и требуют принятия дополнительных мер по регулированию качества питьевой воды шахтных колодцев региона «Азгыр».

Медико-демографическая ситуация в регионе ядерного полигона «Азгыр» характеризуется как неблагоприятная. В 2015 г. отмечалось снижение удельного веса детского населения и женщин репродуктивного возраста, по сравнению с 2006 г. Процент данных категорий населения стал ниже, чем по республике, области, району и контролю, хотя в 2006 г. наблюдалась несколько иная картина. Отмечается снижение естественного прироста населения за период с 2006 по 2015 гг., в основном за счет снижения показателей рождаемости. Общий уровень естественного прироста населения значительно ниже, чем по республике, области, району и контрольному сельскому округу. В сельских населенных пунктах, в непосредственной близости от полигона в отдельные годы регистрировалась высокая младенческая смертность.

По данным медицинских осмотров в регионе полигона «Азгыр» ведущими классами являются болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, болезни глаз и его придатков, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания. Выявлены довольно высокие уровни эндокринных болезней, расстройств питания и обмена веществ, болезней крови и кроветворных органов, новообразований, врожденных пороков развития и деформаций.

Уровень заболеваемости взрослого населения региона полигона «Азгыр» был выше показателей контрольного региона по поводу болезней системы кровообращения - в 1,6, болезней мочеполовой системы - в 1,8, болезней органов пищеварения - в 2,7, болезней эндокринной системы - 3,4, новообразований - в 5,0, болезней глаз и его придаточного аппарата - в 2,1, психических расстройств - в 1,5, болезней нервной системы - в 1,6 раза. Показатели заболеваемости болезнями системы кровообращения выше районных, областных и республиканских значений в 1,6 раза. Заболеваемость новообразованиями выше в регионе, чем по району и области в 2,3-2,4 раза.

Среди детского населения уровень заболеваемости детей в регионе полигона болезнями глаза и его придаточного аппарата выше контрольных значений в 3,1 раза, болезнями нервной системы - в 3,6 раза (среди них детский церебральный паралич занимает 27,6% данной патологии), болезнями мочеполовой системы - в 6,7 раза, врожденными аномалиями - 10,5 раз, психическим расстройствам - 2,2 раза.

Заключение.

Таким образом, в почвах региона полигона «Азгыр» концентрации тяжелых металлов превышали ПДК от 6,3 до 30,0 раз. Наблюдается высокая минерализация воды шахтных колодцев. Вода не отвечает нормативам по жесткости, сухому остатку, сульфатам и хлоридам. Отмечается недостаток фтора.

Риски для здоровья населения по органолептическим и токсикологическим показателям воды превышают приемлемые уровни и требуют принятия мер по регулированию качества питьевой воды.

Медико-демографическая ситуация в регионе ядерного полигона «Азгыр» характеризуется как неблагоприятная. Отмечается снижение естественного прироста населения, в основном за счет снижения показателей рождаемости.

Уровень первичной и общей заболеваемости населения ниже РК, областных и районных показателей, что говорит о низкой обращаемости населения в связи с недостаточным количеством медицинских кадров и дальним расстоянием до районного центра при отсутствии дорог с твердым покрытием.

Тогда как по данным профилактического осмотра выявлено, что истинная заболеваемость по отдельным классам у взрослых и детей в регионе выше, чем контроле, району, области и республике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Частников И.Я., Поляков А.И., Гайтинов А.Ш. и др. Радиоэкологические исследования в зоне действия ракетно-ядерного полигона Капустин Яр и ядерного полигона Азгыр. //Материалы Первого Межд. Конгресса «Экологическая методология возрождения человека и Планеты Земля». – Алматы: 1997. - С. 47-59.
- 2 Курмангалиев Р.М. Изучение влияния полигона Капустин Яр на экологию и здоровье населения Южных районов Западно-Казахстанской области. - Уральск: 1996. - 25 с.
- 3 Кенесариев У.И., Кожаметов Н.Б., Бекмагамбетова Ж.Д., Ибраимова А.А. Загрязнение почвы Западного Казахстана в результате ракетно-ядерных испытаний // V Международная научно-практическая конференция «Экология. Радиация. Здоровье», посвященная 20-летию прекращения ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне 29 августа 2009 г. – Семей: 2009. – С.30-31.
- 4 Кенесариев У.И., Бекмагамбетова Ж.Д., Султаналиев Е.Т., Адилова М.Т. Сельскохозяйственные продукты питания как фактор риска для здоровья населения региона военных испытательных полигонов // V Международная научно-практическая конференция «Экология. Радиация. Здоровье», посвященная 20-летию прекращения ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне 29 августа 2009 г. – Семей: 2009. – С.112-113.
- 5 Usen Kenesariyev, Niyazaly Zhakashov, Ivan Snytin, Meiram Amrin, Yerzhan Sultanaliyev Impact of Pollution on Animal Products // © Springer+Business Media B.V. - 2008. - P.163-168.
- 6 V.Faye and Y.Sinyavskiy (eds.) Assesing the extent of pollutant accumulation in the animal foods and blood of individuals inhabiting the test Azgyr base area. – 2001. – 34 p.

Д.У. Кенесары, М.К. Амрин, Р.А. Баялиева, А.Е.Бухарбаева, М.Н. Сарсенбеков

«АЗГЫР» ПОЛИГОНЫ АЙМАҒЫНДАҒЫ ҚОРШАҒАН ОРТА САПАСЫ МЕН ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Түйін: Мақалада «Азгыр» ядролық полигон аймағындағы тұрғындар денсаулығының көрсеткіштері бойынша қоршаған орта объектілерінің сапасына гигиеналық бағалау берілген. Тұрғындар денсаулығына қауіп-қатер судың органолептикалық және токсикологиялық көрсеткіштері бойынша қабылдарлық деңгейден жоғары, ауыз су сапасын реттеу бойынша шаралар қабылдауды талап етеді.

Түйінді сөздер: ядролық полигон, қоршаған орта, медициналық-демографиялық жағдай, аурушаңдық.

D. Kenesary, M. Amrin, R. Bayaliyeva, A. Bukharbayeva, M. Sarsenbekov

ASSESSMENT OF QUALITY OF OBJECTS OF HABITAT OF ISOSTOYANIYA OF HEALTH OF THE POPULATION OF THE REGION OF AZGYR NUCLEAR TEST SITE

Resume: The article gives a hygienic assessment of the quality of environmental objects and the main health indicators of the population in the region of the Azgyr nuclear test site. Risks to public health on organoleptic and toxicological indicators of water exceed acceptable levels and require measures to regulate the quality of drinking water.

Keywords: nuclear test site, environment, medical and demographic situation, morbidity.

ИЗЛУЧЕНИЕ И ПОГЛОЩЕНИЕ ЭНЕРГИИ АТОМАМИ И МОЛЕКУЛАМИ ВЕЩЕСТВА

Б.М. Адипбаев, Н.М. Алмабаева, Г.Е. Байдуллаева, А.О. Бопанова
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

В статье представлены законы поглощения света и их графики. Определены зависимости коэффициента пропускания от толщины и концентрации окрашенных растворов, а также спектры поглощения некоторых веществ.

Ключевые слова: поглощение света, монохроматический свет, оптическая плотность, коэффициент пропускания

УДК 577.34: 612.014.44

Актуальность статьи:

Огромное количество явлений происходит с изменением энергии атомов и молекул и эффективное их использование

для практики оказывается возможным только с неперенным учетом его молекулярной (атомной) природы. Интенсивность света, распространяющегося в

среде, может уменьшаться из-за поглощения и рассеяния его молекулами (атомами) вещества. Световая волна, проходя через вещество, возбуждает вынужденные колебания электронов в атомах, на поддержания которых затрачивается энергия волны, волна постепенно затухает. Данный процесс называется ослаблением света. Определенная часть энергии волны при этом переходит в другие виды, свойственные процессам, который сопровождают колебательное движение электронов. Это

повышение интенсивности теплового движения атомов и молекул, а также процессы ионизации возбуждения атомов, фотохимические реакции и др.

Основная часть:

Таким образом, переход энергии световой волны в другие виды внутренней энергии вещества называется поглощением света. Закон поглощения в однородной среде для параллельного пучка монохроматического света был установлен П.Бугером.

$$I_d = I_0 e^{-kd} \quad (1)$$

График изменения интенсивности в зависимости от толщины слоя среды, который проходит свет имеет экспоненциальный вид (рисунок 1):

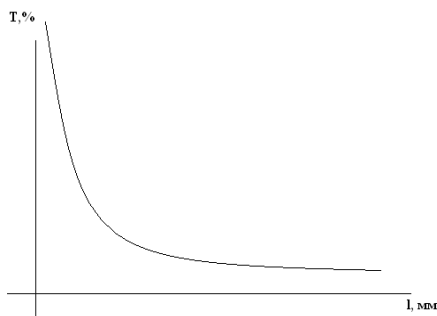


Рисунок 1 - Зависимость коэффициента пропускания от толщины

Коэффициент пропорциональности k называется показателем поглощения и характеризует поглощательную способность вещества и зависит от химической природы и состояния, а также от длины волны света. У металлов показатель поглощения весьма высок (порядка 10^3 - 10^4 см⁻¹). Объясняется наличием в металлах свободных электронов, вынужденные колебания которых легко возбуждаются и имеет значительную амплитуду. Что вызывает быстрое расходование энергии световой волны, значительная часть которой передается отраженной волне, и падающая волна затухает при самой малой глубине проникания света.

У диэлектриков показатель поглощения невелик (порядка 10^{-3} - 10^{-5} см⁻¹), однако у них наблюдается селективное поглощение света в определенных интервалах длин волны, в которых показатель поглощения резко возрастает. Это связано с тем, что в диэлектриках нет свободных электронов и значительное поглощение света происходит только в резонансных колебаниях, то есть при частотах световой волны, близких к собственным частотам (или

кратным им) колебаний электронов в атомах или атомов в молекулах диэлектрика. Данное явление объясняет, например, линейчатые спектры газов в атомарном состоянии.

Закон Бугера выполняется:

- 1) используется монохроматический свет;
 - 2) молекулы растворенного вещества в растворе распределены равномерно;
 - 3) при изменении концентрации характер взаимодействия между растворенными молекулами не меняется;
 - 4) в процессе измерения не происходят химические превращения молекул под действием света;
 - 5) интенсивность падающего света должна быть достаточно низка чтобы концентрация невозбужденных молекул практически не уменьшалась в ходе измерения.
- Исследуя поглощение монохроматического света растворами окрашенных веществ, А.Бер показал, что показатель поглощения k прямо пропорционален концентрации C вещества в растворе:

$$k = \chi C, \quad (2)$$

Где: χ - показатель поглощения для раствора единичной концентрации [1].

Фотоэлектродориметр используется для:

1. Определения зависимости коэффициента пропускания от толщины слоя вещества подчиняющийся закону Бугера: в каждом последующем слое одинаковой толщины поглощается одинаковая часть потока энергии падающей на

него световой волны независимо от его абсолютной величины;

2. Определения зависимости коэффициента пропускания от концентрации окрашенного раствора по закону Бера (для разбавленных растворов).

В итоге получаем экспоненциальную кривую (рисунок 2).

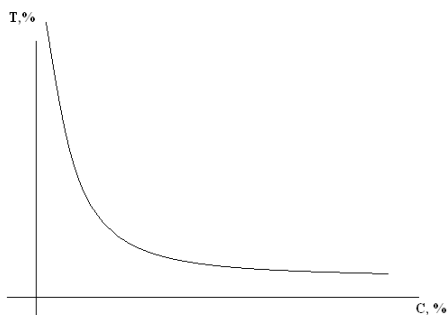


Рисунок 2 - Зависимость коэффициента пропускания от концентрации окрашенного раствора

Формула закона Бугера – Ламберта -Бера:

$$I_d = I_0 e^{-\chi C d} \quad (3)$$

Оптическая плотность раствора:

$$D = \chi C d \quad (4)$$

Закон Бугера - Ламберта – Бера используют для фотометрического определения концентрации окрашенных веществ. Для этого непосредственно измеряют потоки падающего и прошедшего через раствор монохроматического света (концентрационная

колориметрия), в количественном анализе обычно определяют оптическую плотность раствора, представляющую десятичный логарифм величины, обратной коэффициенту пропускания,

$$D = \lg \frac{I_0}{I} = \lg \frac{I_0}{I} \quad (5)$$

Тем самым оптическая плотность показывает поглощательную способность вещества. Поглощение тем больше, чем больше отношение I_0 / I , то есть чем больше оптическая плотность. Для оценки количество поглощенной световой энергии удобнее воспользоваться другим

выражением закона поглощения света, в которое входит величина пропускания (Т). Пропускание непосредственно измеряется фотометром и отражает относительную интенсивность света, прошедшего через систему без поглощения:

$$T = \frac{I}{I_0} \quad (6)$$

Где: I_0 - интенсивность падающего света, а I - интенсивность света, пропущенного объектом.

Пропускание легко определяется, исходя из измерений отношения интенсивность света, падающего на фотоэлемент или фотоумножитель без объекта (I_0) и с объектом (I). Измерения пропускания проводятся на спектрофотометре (прибор с монохроматором) или фотометре (с использованием светофильтров). Измерив пропускание, можно определить долю поглощенного системой света $\frac{I-I_0}{I_0} = (1 - T)$. Эта величина может изменяться от 0- поглощение отсутствует ($T=1$) до единицы

(полное поглощение всего падающего света ($T=0$). Поглощение также может быть выражено в процентах – от 0 до 100% соответственно.

Зная интенсивность падающего света и долю поглощения, можно вычислить количество света, поглощаемого системой за единицу времени ($I_{\text{погл}} = I_0 - I$).

$$I_{\text{погл}} = I_0(1 - T) \quad (7)$$

Для выяснения количество поглощаемой в единицу времени энергии связанной с концентрацией веществ, его поглощающей способностью и длиной оптического пути

необходимо найти связь пропускания и поглощения с оптической плотностью объекта (D):

$$D = \lg \frac{I_0}{I} = -\lg T; T = 10^{-D} \quad (8)$$

поскольку $D = \varepsilon \cdot c \cdot l$, то $T = 10^{-\varepsilon \cdot c \cdot l}$

Графическая зависимость пропускания от концентрации изображается кривой на рис.2. из графика видно, что пропускание уменьшается не прямо пропорционально концентрации, а более резко (по экспоненциальному закону). Так, при увеличении оптической плотности образца

от 1 до 2 (то есть при измерении концентрации в два раза) пропускание уменьшается в 10 раз, при изменении D от 1 до 3 пропускание уменьшается в 100 раз и т.д.

Исходя из соотношении (8), можно также найти зависимость поглощения (1-T) от концентрации и длины оптического пути:

$$(1 - T) = 1 - 10^{-D} = 1 - 10^{-\varepsilon c l} \quad (9)$$

Графически эта зависимость изображена кривой на рис.2. из графика видно, что в отличие от оптической плотности доля поглощенного света лишь в самом начальном участке (при $D \leq 0,1 - 0,2$) линейно увеличивается с увеличением концентрации, то есть пропорциональна концентрации.

Вещества неодинаково поглощает свет различной длины волны. Кривая зависимости оптической плотности вещества от длины волны поглощаемого света называется спектром поглощения. Обычно спектры поглощения молекул имеют непрерывный характер, но обнаруживают максимумы на той длине волны света, где имеется максимальное поглощение квантов света.

Спектры поглощения некоторых биологически важных соединений, ответственных за поглощение в видимой и

ультрафиолетовой областях. Кривые спектров поглощения имеют иногда довольно сложный вид, характерный для данного вещества. Существуют также области, где вещество не поглощает света (например, белки в видимой части спектра -400-800 нм). Селективный, избирательный характер поглощения связан с тем что, за поглощение в ультрафиолетовой и видимой областях ответственны определенные группы, входящие в состав сложных молекул и называемые хромофорными группами. Свойство поглощать свет определенной длины волны связано с особенностями строения этих групп, которые, как правило, представляют собой системы с сопряженными двойными связями (часто циклические, ароматические системы). Селективность поглощения хромофоров сложных молекул по своей природе аналогична селективности поглощения

отдельных атомов вещества. Как известно, это свойство атомов поглощать излучение строго определенной длины волны связано с существованием строго определенных энергетических уровней, на которых могут находиться электроны в атоме. Переход между уровнями совершается при поглощении только таких дискретных порций (квантов) излучения, величина которых соответствует расстоянию между электронными уровнями (по шкале энергии). Поэтому спектр поглощения атомов состоит из ряда линий, положение которых в спектре (длины волны или частота) соответствует энергии поглощаемого кванта, то есть расстоянию между электронными уровнями в атоме [2, 3].

Кроме этого, по положению максимумов на шкале длин волн можно определить длину волны света, преимущественно поглощаемого этим веществом. Знание длины волны поглощаемого света позволяет определить энергию поглощаемых квантов. А по величине энергии поглощаемых квантов можно рассчитывать расположение электронных и колебательных энергетических уровней молекулы, а также переходы молекул из одного энергетического состояния в

другое. Кроме того величина оптической плотности дает сведения о концентрации вещества в исследуемой пробе. По величине максимумов поглощения на основании оптической плотности можно делать заключения о концентрации вещества в исследуемом объекте. Фотометрический анализ спектров поглощения основан на измерения интенсивности полос поглощения, которая определяется числом переходов в единицу времени молекул поглощающего вещества из основного энергетического состояния в данное возбужденное. Измерение интенсивности сводится к определению доли энергии падающего излучения, поглощенной веществом, то есть спектрофотометрический анализ проводится на основе закона Бугера - Ламберта - Бера.

Заключение:

Изучение спектров поглощения какого-либо фотобиологического процесса позволяет выяснить, какое вещество ответственно в данном процессе за поглощение света. Это достигается в результате сравнения спектров исследуемого процесса и спектров известных веществ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ливенцев Н.М. Курс физики. - М.: 1974. - 394 с.
- 2 Б.Н.Треусов, В.Ф.Антонов и др. Биофизика. - М.: 1968. - 323 с.
- 3 А.Н.Ремизов, А.Г.Максина, А.Я.Потапенко. Медицинская и биологическая физика. - М.: 2012. - 564 с.

В.М. Адипбаев, Н.М. Алмабаева, Г.Е. Байдуллаева, А.О. Бопанова
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

ЗАТТАРДЫҢ АТОМДАРЫ МЕН МОЛЕКУЛАЛАРЫНЫҢ СӘУЛЕ ШЫҒАРУ ЖӘНЕ ЖҰТЫЛУ ЭНЕРГИЯЛАРЫ

Түйін: Бұл мақалада жарықтың жұтылу заңдары және олардың сызбалары көрсетілген. Өткізгіштік коэффициентінің заттың қалыңдығы мен боялған ерітінділердің концентрациясына тәуелділігі, кейбір заттардың жұтылу спектрлері анықталған.

Түйінді сөздер: жарықтың жұтылуы, монохроматты жарық, оптикалық тығыздық, өткізгіштік коэффициенті

В.М. Adibaev, N.M. Almabayeva, G.E. Baidullaeva, A.O. Bopanova
Asfendiyarov KazNMU

RADIATION AND ABSORPTION OF ENERGY BY ATOMS AND MOLECULES OF MATTER

Resume: In the article are presented the laws of light absorption and their graphs. Were determined dependences of transmittance, concentration of stained solutions and also absorption spectra of some substances.

Keywords: light absorption, monochromatic light, optical density, transmittance

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАКТОГЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХ ГРИППОЗНЫХ ВАКЦИН - «ГРИППОЛ®ПЛЮС» И «ИНФЛЮВАК» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С. Амиреев

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

Статья посвящена сравнительному эпидемиологическому исследованию по изучению клинического применения реактогенности и заболеваемости гриппом у взрослых лиц, привитых в один эпидемический сезон двумя вакцинами разных производителей – «Гриппол®плюс» (Россия) и «Инфлювак» (Нидерланды). В составе указанных вакцин содержались антигены три актуальных эпидемических штаммов вирусов гриппа типов А(Н1N1), А(Н3N2) и В. Эти препараты являются инактивированными субъединичными. Вакцина «Гриппол®плюс» имеет в составе инновационный иммуноадъювант «Полиоксидоний», способный дополнительно выступить как иммуномодулятор, обеспечивающий не только более эффективную защиту от гриппа, но и от других ОРВИ. Показано отсутствие статистически значимых различий реактогенности сравниваемых вакцин по общим и местным реакциям, за исключением более частого развития болезненности в месте инъекции на 2 и 3 дни после прививки вакцинами «Инфлювак» по сравнению с «Гриппол®плюс». Заболеваемость по истечении 6 месяцев после прививки в сравниваемых группах также были статистически не значимыми. Вакцину «Гриппол®плюс» можно рекомендовать как препарат выбора в рутинной практике иммунизации в Республике Казахстан, поскольку включенный в состав Полиоксидоний обладает антиинфекционной, противоопухолевой и детоксицирующей активностью. Аналогов такого адъюванта в мире не существует.

Ключевые слова: реактогенность, заболеваемость, прививки, иммуноадъювант полиоксидоний, субъединичные полимер-субъединичные вакцины.

УДК [616.921.5:615.371]-071-036.22-053.8:001.36

Грипп – чрезвычайно заразное массовое и наиболее динамичное острое вирусное заболевание. По данным ВОЗ в мире ежегодно заражаются приблизительно 1,2 млрд человек с риском серьезного течения инфекционного процесса, в том числе 350 млн пожилых людей старше 65 лет, 140 млн младенцев и 700 млн детей и взрослых с хроническими проблемами со здоровьем, а также 24 млн работников системы здравоохранения, имеющие тесный контакт заболевшими гриппом или ОРВИ пациентами во время сезонных эпидемий [1].

Необходимость борьбы с гриппом с помощью вакцинации обусловлена серьезной медицинской значимостью, прежде всего, для предупреждения тяжелых форм осложнений в виде поражения органов дыхания, проявляющихся ярко выраженным нейротоксикозом с гипертермическим и менингоэнцефалитическим синдромами, некротическим геморрагическим диатезом, вплоть до возникновения геморрагического отека легких, приводящих к летальному исходу [2, 4].

Также следует отменить и существующую социальную и экономическую значимость этой инфекции. По данным экспертов ВОЗ при ежегодных сезонных эпидемиях гриппа заболевают 5-10% взрослых и 20-30% детей (чаще младенческого возраста), ежегодная смертность от его осложненной формы составляет от 250 тысячи до 500 тысячи человек и приносит огромный экономический ущерб, составляющий 1-6 млн долларов США на 100 тысяч населения. Так, в США ущерб от ежегодных эпидемий гриппа составляет 10-15 млрд долларов; по расчетам ВОЗ в России даже при минимальных затратах (1 млн долларов США на 100 тысяч населения) ежегодный ущерб составляет около 1,5 млрд долларов США. Указанные выше медицинские проблемы и социальные и экономические потери этой инфекции могут многократно возрастать при переходе сезонных эпидемий в пандемию (обычно несколько раз в столетие), которая присуща только вирусу гриппа серотипа А [4].

Необходимо напомнить, что причины ежегодных эпидемий гриппа – быстрые и частые изменения антигенной специфичности гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N) и появление новых антигенных вариантов, «ускользающих» от антител, образовавшихся к предыдущему штамму вируса (дрейф). В то же время механизм возникновения вирусов,

вызывающих пандемии происходит иначе. Они возникают в результате реассортации сегментов генов двух различных подтипов вирусов серотипа А гриппа, в результате чего появляются совершенно новый реассортант, содержащий сегменты генов, кодирующих гемагглютинина и нейраминидазы другого подтипа вируса. Зарождение нового подтипа вируса гриппа с новыми наружными белками (Н и N) одновременно и/или только гемагглютинина, легко распространяется и вызывает заболевание у огромного числа людей и, как следствие, высокую смертность, так как у заразившихся новым штаммом людей не успевает формироваться иммунитет, а производители также своевременно не могут создавать профилактические вакцины [4]. Еще один важный момент – невозможность прогнозировать появления пандемических штаммов, в отличие от эпидемических штаммов. Последних можно ежегодно отслеживать в базовых референтных вирусологических центрах, созданных ВОЗ и расположенных во всех континентах. Вакцинные препараты на эпидемические штаммы создаются от актуальных в данный момент эпидемических штаммов гриппа.

Вышеприведенные данные о причинах возникновения эпидемических особенно пандемических штаммов гриппа, несвоевременности и опаздывания по созданию профилактических вакцин от пандемических вирусов для защиты людей – это самые часто задаваемые вопросы со стороны большинства населения. Суть этих вопросов звучит примерно так: «Я прививалась от гриппа, но почему тогда заболел гриппом» или «Вакцина против гриппа не эффективна, поэтому люди часто повторно заболевают гриппом» и т.д. [3,4]. К сожалению, не все практические врачи ПМСП могут ответить на подобные и другие вопросы простых обывателей. Отметим, что в возникновении таких ситуаций играют роль самые разнообразные причины, в частности, идентичность клинических проявлений гриппа и ОРВИ, поэтому люди зачастую путают обычный ОРВИ с гриппом; несвоевременность ежегодной вакцинации против сезонного гриппа, так как вирусу гриппа свойственна частые изменения антигенной структуры и сроки начала защитного иммунитета формируется только через 7-14 дней с момента заражения циркулирующим в данный момент возбудителем; состоянием коллективного иммунитета; уровнем высокой заболеваемости детей и именно они

считаются основными распространителями гриппозной инфекции [3].

В Казахстане ежегодно вакцинируются более 400 тысяч человек за счет средств работодателей и личных средств населения. Вакцинация проводится в прививочных кабинетах поликлиник по месту жительства и в частных центрах вакцинации, имеющих соответствующие сертификаты для проведения подобной процедуры и прошедшие специальные курсы обучения по вакцинации, включая оказания квалифицированной медицинской помощи при возникновении нежелательных проявлений после прививки.

В данной статье рассматривается сравнительная оценка двух инактивированных гриппозных вакцин, из 5-ти зарегистрированных и разрешенных применению в Казахстане для ежегодной плановой вакцинации против гриппа – инактивированной субъединичной (Инфлювак) вакциной и полимер-субъединичной вакциной («Гриппол®плюс») при проведении рутинной иммунизации взрослого населения в одном эпидемическом сезоне (2015-2016 гг.).

Цель исследования: оценить опыт клинического применения вакцины «Гриппол®плюс» в сравнении с «Инфлювак» в течение одного эпидемического сезона в рамках ежегодной вакцинации широко контингента лиц от гриппа в Республике Казахстана.

Задачи исследования:

- оценка местных и системных реакций после прививки инактивированными противогриппозными вакцинами «Гриппол®плюс» и «Инфлювак»;
 - сравнительная оценка заболеваемости в течение 5-6 месяцев после вакцинации «Гриппол®плюс» и «Инфлювак».
- Исследование проведено в трех клинических базах Казахстана, осуществляющих рутинную вакцинацию взрослых лиц (медицинский центр «САНА» и два клинические центры вакцинации ТОО «Фермаком»), с соблюдением всех необходимых требований, включая этических принципов Хельсинской декларации и Кодекса Республики Казахстан, «О здоровье народа и здравоохранения» от 18.09.2009 г. Вакцинация была проведена после письменного информированного согласия прививаемых, учтены противопоказания по применению изучаемых вакцин; в указанных выше клинических центрах имелись набор противошоковых средств и инструкций по их применению.

Всего в данном исследовательском проекте участвовали 1000 человек от 18 до 87 лет, которым в эпидемический сезон гриппа 2015/2016 гг были однократно введены испытуемые вакцины по 500 пациентов в каждой группе. Для оценки обычных и местных реакций на введение указанных гриппозных вакцин, заведена

идентификационная регистрационная карта (ИРК) с закодированным номером в целях защиты личности пациента, который и использовался в документах исследования и проверялись на полноту и приемлемости в последующих анализах результатов.

Статистический анализ данных проводился следующими методами: параметрические и непараметрические тесты, дисперсионный анализ, средние значения, стандартное отклонение, медиана, минимальные и максимальные значения, анализ различий с помощью t критерия Стьюдента или критерия Уилкоксона при параметрическом распределении данных, демографические данные с использованием таблиц частот, точного теста Фишера, критерия χ^2 Пирсона, для описания категориальных данных – проценты или доли. Статистический анализ был выполнен с помощью специализированного программного обеспечения IBM SPSS Statistics (IBM Corporation, Armonk, New York, USA).

Оценка реактогенности прививаемых вакцин изучалась в течение 5 дней после введения на основании измерения температуры тела и оценки общих и местных проявлений на вакцину на протяжении всего периода наблюдения. Среди общих симптомов наиболее часто встречались недомогание (7,2% и 5,4%) и насморк (3,6% и 3,2%) в группах «Гриппол®плюс» и «Инфлювак». Реже всего у участников исследования выявлены миалгии/артралгии (0,4% и 1,0%) соответственно. Отметим, что статистических различий между группами обнаружено не было. Среди местных реакций боль в месте инъекции наблюдались чаще всего и была выявлена у 2,8% участков в группе «Гриппол®плюс» и у 6,6% в группе «Инфлювак». Покраснение встречалась у 1,0% участков в обеих группах, зуд наблюдался у 0,4% и 0,2% участков соответственно в сравниваемых группах. Необходимо подчеркнуть, что увеличение регионарных лимфатических узлов не было зарегистрировано ни у одного из обследуемого в обеих группах. Припухлости/инфильтрата не обнаружено ни у одного из участников в группе «Гриппол®плюс», тогда как в группе «Инфлювак» данная реакция была выявлена у 0,8% участников исследования. Однако в сравниваемых группах участников статистически значимых различий выявлено не было.

Средние значения температуры тела вакцинируемых оставались в пределах 36,5-36,6°C на протяжении 5 дней, максимальные значения достигли 37,8°C в группе «Гриппол®плюс» в день введения вакцины и 38,0°C в группе «Инфлювак» во второй день. Различия статистически значимы при $p < 0,05$. Динамика изменения температуры тела относительно исходного уровня была статистически значимой, кроме точки оценка «день 5» в группе «Инфлювак».

Таблица 1 - Температура тела: анализ различий в каждой точке исследования по сравнению с исходным значением (Критерии Уилкоксона)

Группа		1 день - 0 день	2 день - 0 день	3 день - 0 день	4 день - 0 день	5 день - 0 день
Гриппол плюс	Z*	-8,236	-3,217	-5,144	-3,240	-2,414
	Значение p**	< 0,001	0,001	< 0,001	0,001	0,016
Инфлювак	Z*	-9,197	-3,175	-3,199	-3,102	-1,297
	Значение p**	< 0,001	0,001	0,001	0,002	0,195

*Z - стандартизованное значение критерия Уилкоксона

**p - оценка значимости критерия Уилкоксона

Наиболее часто недомогание развивалось в 1, 2 и 3 дни после вакцинации. В день 1 частота развития недомогания составила 3,4% в группе «Гриппол®плюс» и 2,2 в группе «Инфлювак», в день 2 – 4,0% и 3,2% соответственно, в день

3 – 3,6% и 2,6%, соответственно (см. рисунок 1). Доля участников исследования с недомоганием статистически значима не различались между группами во все оцениваемые дни.

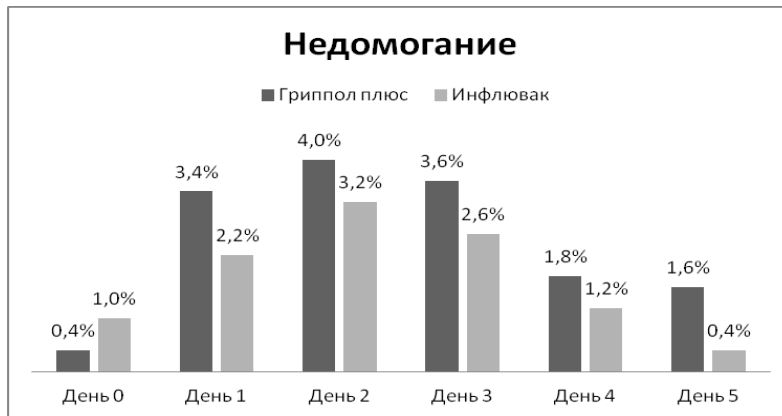


Рисунок 1 - Частота развития недомогания в течение 5 дней после вакцинации

Головная боль наиболее часто развивалась на 2 день (0,8% в обеих группах) и на 3 день после вакцинации (1,2% в группе «Гриппол®плюс» и 0,4 в группе «Инфлювак»

(рисунок 2). Однако статистически значимо не различались между группами во все оцениваемые дни.

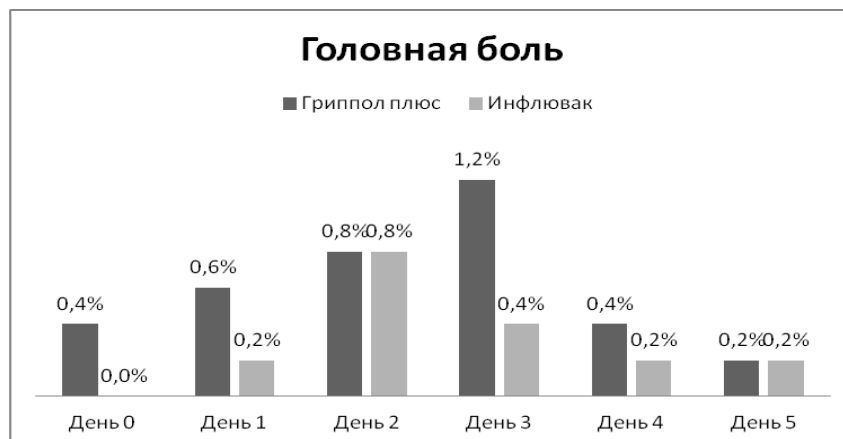


Рисунок 2 - Частота развития головной боли в течение 5 дней после вакцинации

Насморк наиболее часто развивался на 2, 3 и 4 дни после вакцинации. В день 2 насморк отмечался у 0,6 % участников в группе «Гриппол®плюс» и 1,8 участников в группе и «Инфлювак», в день 3 у 2,0% участников в обеих группах, в

день - 4- у 1,4 в группе «Гриппол®плюс» и 1,0 в группе «Инфлювак» (рисунок 3). Статистически анализ показал отсутствие значимых различий между сравниваемыми группами во все оцениваемые дни.

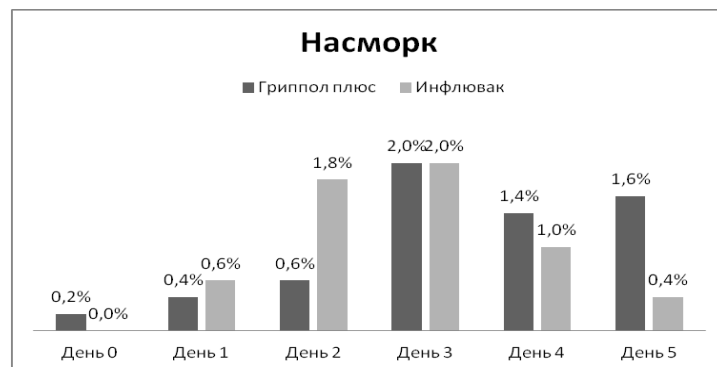


Рисунок 3 - Частота развития насморка в течение 5 дней после вакцинации

Кашель развивался чаще всего на 2,3,4 и 5 день после вакцинации. На 2 день после вакцинации данный симптом отмечался у 0,2% участников в группе «Гриппол®плюс» и у 1,2% участников в группе «Инфлювак», на 3 день - у 0,4% и

1,2% участников соответственно, на 4 день - у 1,0% участников в обеих группах, на 5 день - у 1,0% участников в группе «Гриппол®плюс» и группе «Инфлювак» у 0,2% (рисунок 4).

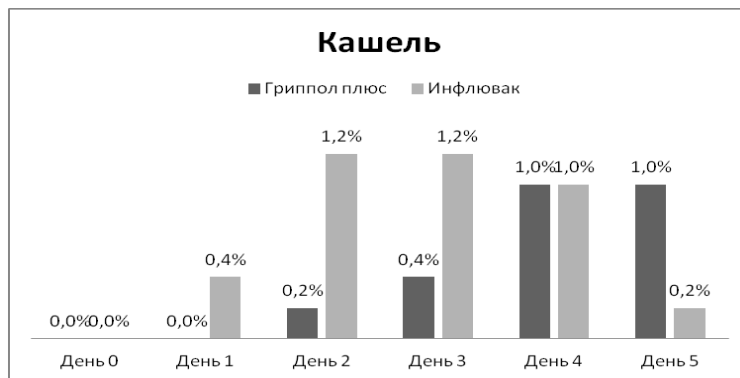


Рисунок 4 - Частота развития кашля в течение 5 дней после вакцинации

В 1 день отмечена у 0,2% и 0,4% в группе участников «Гриппол®плюс» и «Инфлювак» соответственно. Однако этот симптом наиболее часто наблюдалась на 2 день (0,6% участников в обеих группах) и на 3 день после вакцинации 0,4 и 0,6 соответственно в сравниваемых группах (рисунок

5). На 4 и 5 дни данный симптом выявлялся с одинаковой частотой (0,4% и 0,2%) соответственно в указанные сроки наблюдения. Они статистически значимо не различались между группами во все оцениваемые дни.

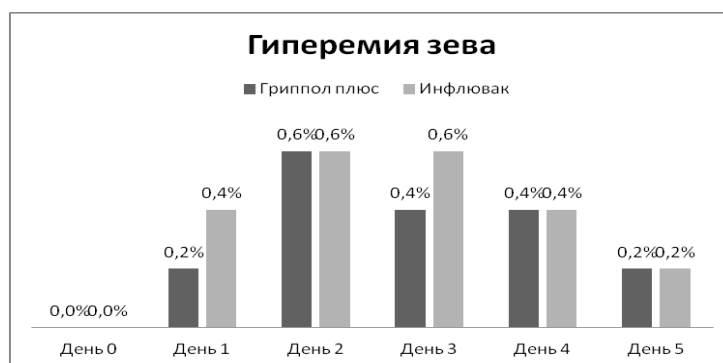


Рисунок 5 - Частота развития гиперемии зева в течение 5 дней после вакцинации

Миалгия и/или артралгия отмечалась не часто (от 1 до 3 участников) и также статистически значимо

не различалась между группами во все оцениваемые дни (рисунок 6).

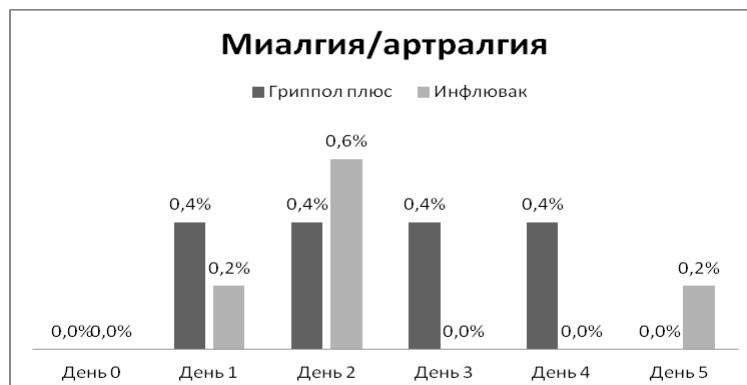


Рисунок 6 - Частота развития миалгии и/или артралгии в течение 5 дней после вакцинации

Боль в месте инъекции наиболее часто наблюдалась в 1, 2 и 3 день после вакцинации. В день 1 отмечалась у 2,6% и 3,4%, в день 2 – у 2,6% и 6,0%, ($p=0,008$) в день 3 – у 0,8% и 2,8% ($p=0,08$) участников в группах «Гриппол®плюс» и

«Инфлювак», соответственно (рисунок 7). Эти данные статистически значимо ниже в группе «Гриппол®плюс», чем в группе «Инфлювак».

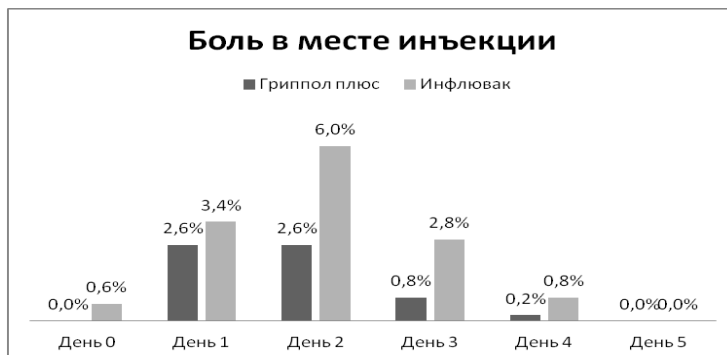


Рисунок 7 - Частота развития боли в месте инъекции в течение 5 дней после вакцинации

Покраснение в месте инъекции наиболее часто развивалось в первые три дня после прививки в пределах от 0,2% и 0,4% в день вакцинации, а в последующие два дня - 1,0-0,8%

в сравниваемых группах, соответственно (Рисунок 8). Эти данные статистически значимо не различались между группами во все оцениваемые дни.

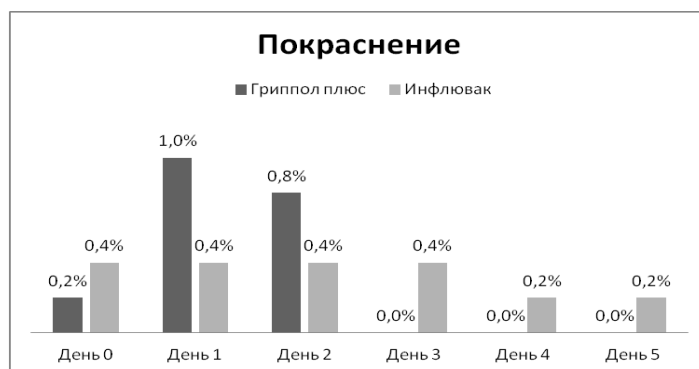


Рисунок 8 - Частота развития покраснения в месте инъекции в течение 5 дней после вакцинации

Припухлость/инфильтрат в группе «Гриппол®плюс» не наблюдалось в месте инъекции, а группе «Инфлювак» такие проявления отмечались у 2 участников (0,4%) в день вакцинации (день 0) и день 1- у 3 участников (0,6%), в день

3 - и у 1 участника (0,2%) в дни 3 и 4 (рисунок 9). Доля участников исследования в сравниваемых группах во все дни статистически значимо не различалась.

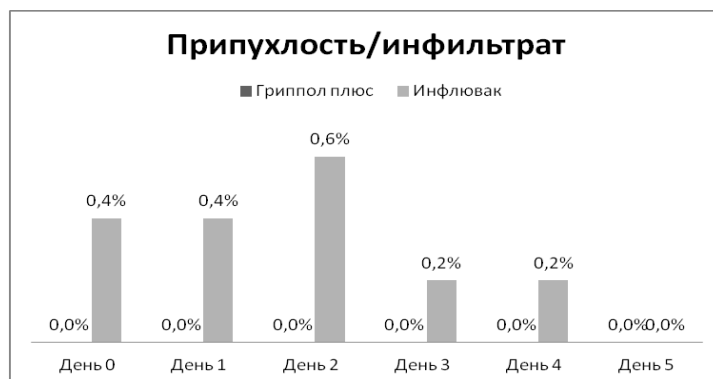


Рисунок 9 - Частота развития припухлости/инфильтрата в месте инъекции в течение 5 дней после вакцинации

Зуд в месте инъекции отмечался в группе «Гриппол®плюс» у 1 участника (0,2%) в день 1 и день 2 и у 2 участников (0,4%) в день 3. В группе «Инфлювак» данный симптом отмечался у

1 человека (0,2%) в день 5 (рисунок 10). Эти данные между группами статистически значимо не различались между группами во все оцениваемые дни (рисунок 10).

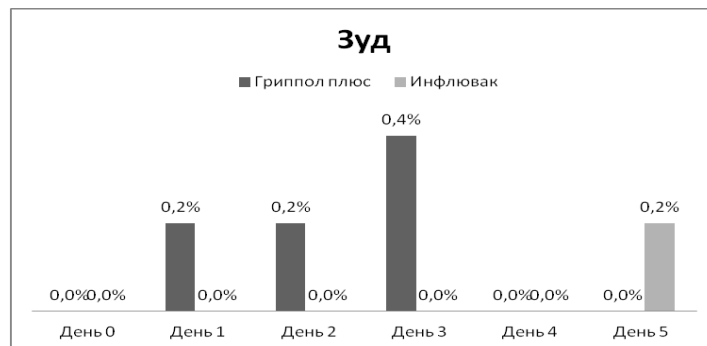


Рисунок 10 - Частота развития зуда в месте инъекции в течение 5 дней после вакцинации

Увеличение регионарных лимфоузлов ни у кого из участников исследования не наблюдалось в течение 5 дней после прививки.

Общее заключение.

Оценка инфекционной заболеваемости за 6-месячный период после вакцинации показала, что ОРВИ или другие инфекций дыхательных путей развивались у 18,8% (94) участников, получивших вакцину «Гриппол®плюс», и у 17,2% (86) участников, получивших вакцину «Инфлювак» (различия не были статистически значимыми, $p = 0,520$).

При оценке реактогенности сравниваемых двух вакцин за время исследования среди общих симптомов у участников исследования наиболее часто встречалось недомогание (7,2% и 5,4% группах «Гриппол®плюс» и «Инфлювак») соответственно. Реже всего были выявлены миалгии/артралгии у 0,4% и 1,0% в сравниваемых группах соответственно. Статистических различий между группами ни по одной из общих реакции выявлено не было.

Среди системных реакций на вакцину наиболее часто наблюдалось недомогание, в первые три дня после прививки (4,0% и 3,2% в группах соответственно). Другие системные реакции включали головную боль с частотой в группах сравнения 1,2% и 0,8% соответственно, насморк (до 2,0% в обеих группах), кашель (от 1,0% до 1,2% в группе сравнения, соответственно), а также отдельные случаи гиперемии зева и миалгии/артралгии. Частота развития системных реакций между группами не различалась ($p > 0,05$).

Что касается исследования с местными проявлениями – наличие боли в месте инъекций значимо различалось между группами ($p=0,004$). Этот симптом встречался с частотой у 2,8% и у 6,6% участников в группах «Гриппол®плюс» и «Инфлювак» соответственно. Среди всех местных проявлений боль в месте инъекций являлась наиболее частой. Стоит отметить отсутствие увеличения регионарных лимфатических узлов ни у одного из участников исследования. Припухлость/инфильтрат не были зафиксированы в группе «Гриппол®плюс», хотя в группе «Инфлювак» данная реакция выявлена у 0,8% участников (эти данные статистически не были значимы).

Наиболее часто местные реакции на вакцину наиболее часто проявлялись в виде болезненности в месте инъекции, которая преимущественно отмечалась в первые три дня после вакцинации. При этом в день 2 ($p = 0,008$) и день 3 ($p = 0,018$) различия между группами были статистически значимыми. Другие местные реакции включали в себя

покраснение, припухлость/инфильтрат и зуд. Такие проявления между сравниваемыми группами статистически значимыми не были. Увеличения регионарных лимфоузлов не наблюдалось в обеих группах.

Результаты данного эпидемиологического исследования перекликаются с данными по безопасности, полученными в клинических исследованиях.

Выводы.

1. Реактогенность изученных вакцин проявлялась в виде системных (недомогание, головная боль, повышенная температура тела) и местных реакций. Последние представляли собой боль и покраснение в месте инъекции, реже – припухлость/инфильтрат и зуд. Наиболее часто встречающимися общими реакциями были недомогание и насморк.
2. Среди местных проявлений боль в месте инъекции была зафиксирована наиболее часто. Стоит отметить, что частота развития болезненности в месте инъекции на 2 и 3 дни после вакцинации у лиц, получивших «Гриппол®плюс», была статистически значимо ниже, чем у лиц, получивших «Инфлювак». По остальным, как общим, так и местным реакциям статистических различий выявлено не было.
3. Инфекционная заболеваемость в течение 6 месяцев после вакцинации статистически значимо не различалась между группами и составила 18,8% среди участников, получивших вакцину «Гриппол®плюс», и 17,2% среди участников, получивших вакцину «Инфлювак».
4. Результаты проведенного исследования позволили оценить опыт клинического применения вакцин «Гриппол®плюс» и «Инфлювак» у широкого контингента взрослого населения в рамках вакцинации от гриппа в эпидсезон 2015/2016 в Республике Казахстан.
5. Учитывая равноценность сравниваемых вакцин по всем изучаемым параметрам реактогенности и заболеваемости в целом для рутинной практики иммунизации необходимо применять вакцину «Гриппол®плюс» с инновационным иммуноадьювантом «Полюксидоний» – как препарата выбора из числа зарегистрированных и рекомендованных в Республике Казахстан. Полюксидоний имеет сходство с биополимером (белком), имеет широкий спектр действий – стимулирует как клеточный, так и гуморальный иммунный ответ, обладает противоопухолевыми, антиинфекционными, антиоксидантными свойствами и не имеет в мире аналогов как по структуре, так и разноплановым полезным действиям на организм прививаемого человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ю.В. Лобзин Вакцинопрофилактика. Лекции для практических врачей. – СПб.: 2012. – 285 с.
- 2 Шамшева О.В., Учайкин В.Ф., Медуницын В.М. Клиническая вакцинология. – М.: ГЭТАР-Медиа, 2016. – 576 с.
- 3 Амиреев С., Жаикбаев Н.Ж., Мунинов Т.А. Қолданыстағы иммунизация. Ұлттық нұсқаулық. - Алматы: 2017. – 637 б.
- 4 Гендон Ю.З. Гриппозные вакцины. Вакцины и вакцинация: национальное руководство. – М.: ГЭТАР-Медиа, 2011. – 880 с.
- 5 Ильина С.В., Намазова-Баранова Л.С. Баранов Вакцинация для всех: простые ответы на непростые вопросы. Руководство для врачей. – М.: 2016. – 204 с.
- 6 Beutler V.A. TLRs and innate immunity // Blood. — 2009. — Vol. 113. — P. 1399–1407.
- 7 Rou X.E., Yersin A. Contribution à l'étude de la diphtérie // Ann. Inst. Pasteur. – Paris: 1888. — Vol. 2. — P. 629–661.

С. Әміреев

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ГРИПКЕ ҚАРСЫ «ГРИППОЛ®ПЛУС» ЖӘНЕ «ИНФЛЮВАК» ВАКЦИНАЛАРДЫ ЕРЕСЕКТЕРГЕ ҚОЛДАНҒАННАН КЕЙІНГІ РЕАКТОГЕНДІЛІГІ МЕН ГРИППЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫ САЛЫСТЫРМАЛЫ РЕТРОСПЕКТИВТІК ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Түйін: Мақалада «Гриппол®плюс» (Ресей), «Инфлювак» (Нидерланды) вакциналарды бір эпидемиялық маусымда ересектерге қолданғаннан кейінгі препараттардың реактогенділігі мен грипппен сырқаттанушылықтың салыстырмалы сипаттамасы баяндалған. Реактогенділік және сырқаттанушылық қасиеттері бойынша салыстырылған вакциналардың қасиеттерінде айырмашылық тек вакцина енгізген жерден аурушаңдықтың 2,3 күндері «Инфлювакты» қабылдағандарда көбірек болғаны статистикалық дәлелденген.

Түйінді сөздер: реактогендік, аурушаңдық, адъювант, вакцина.

S. Amireyev

RESULTS OF COMPARATIVE RETROSPECTIVE EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL STUDIES OF REACTOGENICITY AND MORBIDITY AMONG ADULTS AFTER USE OF TWO VACCINES AGAINST FLU - "GRIPPOL® PLUS" AND "INFLUVAK" IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: The article is devoted of comparative epidemiological study on the clinical research of reactogenicity and the incidence of influenza among adults vaccinated in one epidemic season with two vaccines of different manufacturers – “Grippol®plus” (Russia) and “Influvac” (Netherlands). According to the study parameters of reactogenicity and incidence of compared vaccines, the statistical difference was revealed only one, pain on the injection site (for 2-3 days local pain was more in a group who vaccinated with vaccine Influvac).

Keywords: reactogenicity, incidence, adjuvant, vaccine.

ІРІ ҚАЛАЛАРДАҒЫ КӨЛІКТІК ШУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

Ү.И. Кенесариев, М.К. Амрин, Р.А. Баялиева, А.Н. Нұрлан, М.Н. Сарсенбеков

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

Жалпы гигиена және экология кафедрасы,

Халық денсаулығына қауіп-қатерді бағалау лабораториясы

Талданған әдебиеттер бойынша қазіргі таңда қалалардағы шу деңгейі бекітілген нормалардан едәуір жоғары. Ірі қалаларда шудың әсерінен тек соматикалық ғана емес, сондай-ақ жүйке жүйесінде өзгерістер тудырады. Бәрімізге жоғары шу деңгейінің адамның ұйқысын бұзып, есту мүшесінің қызметін төмендетіп, адамның ақыл-ой жұмысын төмендетіп, орталық және вегетативті жүйке жүйесінде шығармашылық қабілетін төмендетіп отырып өзгерістер шақыратыны белгілі.

Түйінді сөздер: көліктік шу, тұрғындар денсаулығы, жүрек-қантамыр аурулары

УДК 614.715-032N¹+616N¹¹(574.51)

Соңғы онжылдықта заманауи қалалардың тұрғындарына өспелі антропогенді жүктеме түсуде. Тұрғындарға түсетін жүктеменің өсуі урбанизация процесінің таралуы мен көлік құралдары санының өсуімен қатар, қоршаған орта нысандарының ластануымен байланыстырылады.

Техникалық қамтылудың өсуі, қала аумақтарын қолданудың қарқындауы, көлік кешені жүйесінің дамуы, адам үшін қажетсіз дыбыстардың, яғни шудың пайда болуына әкеліп соқтырады.

Шу урбанизациялық ортаның тұрақты компоненті болғандықтан, оны техногенді факторлардың ішіндегі ең агрессивтісі деп табады. Өйткені, оның шығарынды ортасы кең, әсер ету уақыты ұзақ, экрандалуға қиындықпен көнеді. Бұл мәселенің өзектілігі жылдан-жылға артуда (қалалардағы шудың интенсивтілігі әрбір 25-30 жылда 10 еселеп артуда, яғни 10 Дб-ге артуда). Сондықтан, шудың пайда болу шарттарын зерттеу және де онымен күресу өзектілігі жылдар сайын өсуде. Қалалардағы шудың негізгі

қайнар көзі- тұрғын аймақтарға басты жүктеме түсіретін автокөлік құралы [1, 2].

Әсіресе, шуды техногенді жүктемесі кей кездері қауіп төндіретін Алматы тәрізді алып шаһардарда зерттеудің маңызы, сірә, белгілі болар. Автокөліктік шудың негативті әсерінің өзектілігі жыл сайын автокөлік санының артуымен, әсіресе, жеңіл автокөлік санының артуымен байланыстырылады.

Ал, егер жол-көлік жүйесінің Алматы қаласында кең таралғанын ескерсек, онда қаланың барлық тұрғындары акустикалық дискомфорт жағдайында өмір сүретін болып шығады. Тиісінше, шу бойынша денсаулықтарына қауіп-қатер бар.

Шудың стандарттар мен нормативтерді сақтағанның өзінде денсаулыққа зиянды әсері бірқатар зерттеулермен дәлелденген. Тұрғындардың созылмалы акустикалық дискомфорт жағдайында өмір сүруі, қалыптасатын акустикалық экспозиция деңгейін саналы бағалауды, шу

әсерінен денсаулыққа келетін қауіп-қатердің артуын зерттеуді қажет етеді.

Мұндай өспелі экологиялық қолайсыздық тұрғындар денсаулығына теріс әсер етеді. Зиянды әсер етуші фактор мен тұрғындар денсаулығы аралығындағы сандық байланысты анықтау қиын. Бірақ, бұл жағдайдың айқындылығы ешкім үшін күмән тудырмайды.

Зерттеу жұмысын бастамас бұрын, қалалардағы шудың әсері жайындағы шет ел мен отандық ғалымдардың жұмысы қарастырылды. Осылайша, Леон Намуче Хосе Карлос өзінің «Перу Республикасының Чиклайо қаласы мысалында қала тұрғындарының экологиялық-функционалдық жағдайына акустикалық автокөлік жүктемесінің әсері» жұмысында жүргін жолдар маңындағы селителі территориядағы автокөліктік акустикалық жүктемені төмендетудің экологиялық-гигиеналық аспектілері толық зерттелмеген, оның тұрғындардың денсаулығы мен тұрғын үй жағдайына әсер ету тәуелділігі анықталмаған, соғылған және соғылып жатқан аудандардағы акустикалық режимді болжау, әсіресе, жобалық құжаттарды дайындауда [3]. Стресс-факторлардың ішіндегі ең агрессивті болғандықтан шу тұрғындар денсаулығына қолайсыздау әсер етеді.

Техногенді жүктеменің интенсивті өсуінің тұрақты динамикасы оны төмендетуге және жоюға бағытталған әдістерді іздеудің қажеттілігі анықталады.

Алайда, осы мәселені шешу тәсілдері әр елде (әсіресе Перуде) әртүрлі және елдің саясаты, экономикасы мен мәдениетіне көбірек байланысты.

Перудің үлкен және алып шаһарларындағы 55% тұрғындар шудың нормадан тыс аудандарында (акустикалық дискомфорт зонасы) өмір сүреді және шуды олар шыдатпайтын, денсаулықтың түрлі бұзылыстарына әкелетін, тұрғын үйдің акустикалық сапасын нашарлатағын деп сипаттайды. Осылайша, Чиклайо қаласының 13,5 % түрлі шу көздерінен шығатын акустикалық дискомфорт аймағында өмір сүреді (денсаулық сақтау министрлігі мәліметі).

Қазірдің өзінде Чиклайо қаласының негізгі магистральдарындағы шу 80 дБА жетіп, жыл сайын 0,5 дБА арту тенденциясына ие. Бұл жанданған көлік магистральдары аумағындағы қоршаған орта үшін ең өрескел қауіптілік. Дәрігерлердің зерттеуі бойынша шудың жоғары деңгейлері жүйке-психикалық аурулар мен гипертониялық ауруға алып келеді. Қаланың орталық аудандарындағы шуға қарсы күрес құрылыстың тығыздығына байланысты шуға қарсы экрандардың құрылысының мүмкін еместігімен қиындатылады.

Соңғы жылдардағы зерттеулер денсаулық көрсеткіштерінің төмендеуі мен ҚО-ның техногенді ластануы арасында байланыс тапты. Қазіргі заманғы ҚО ластанушыларының негізгі көзі-автокөлік, ол экологиялық-гигиеналық та, әлеуметтік те аспектіден қаралуы мүмкін.

Еңбегінде халықтың тіршілік ету ортасының бұзылуы адамның тіршілік әрекеттері нәтижесінде қанағаттанарсыз жағдайға түскен қоршаған ортадан қалыптасады. Бұл процесті басқару өтіп жатқан процестер мен тұрғындар денсаулығына әсер ететін сандық көрсеткіштермен тығыз байланысты болуы керек. Алып өндірістік қаланың тұрғындарына негативті әсер қауіпті химиялық, физикалық, биологиялық және өзге фактор көздері біріктірілген күрделі жүйе. Алып шаһар үшін шу факторын зерттеу өзекті екені күмәнсіз. «2013 жылы Ресей Федерациясындағы халықтың санитарлық-эпидемиологиялық жағдайы туралы» баяндамасына сәйкес адамның өмір сүру ортасына әсер ететін маңыздырақ физикалық фактор-акустикалық шу [4, 5]. Оның адамға әсері тұрғылықты жерлердің тығыз құрылысына байланысты артуда. Ресей Федерациясында шекті рұқсат етілген шу деңгейінің әсеріне 3,5 млн. аса адам ұшырайды. Тұрғын аймақтағы шудың маңызды көзі болып әлі де көлік табылады. Әсіресе, Көлік шуы мәселері үлкен қалалар: Мәскеу, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Красноярск, Дондағы Ростов және т.б. қалаларда өзекті. Автокөліктің негативті шу әсерінің өзектілігі жыл сайын автокөлік, әсіресе, жеңіл автокөлік санының өсуімен анықталады.

Осыған қарамастан Ресей Федерациясының бірқатар субъектілерінде (Свердлов, Ростов, Новосібір облыстарында) авиациялық шудың деңгейі төмендеген. Ол ескі шулы тікұшақ паркінің ауыстырылуы, маршруттар мен ұшу регламенттерінің өзгеруімен түсіндіріледі.

«2013 жылы Пермь қаласындағы халықтың санитарлық-эпидемиологиялық жағдайы туралы» Мемлекеттік баяндамасына сәйкес тұрғындардың шағымын қарастырудан кейін қаладағы қолданыстағы тұрғын ғимараттардағы гигиеналық өлшемдерге сәйкес келмейтін шу өлшемінің үлесі төмендеп, 2013 жылы 30,8 % құрады.

Шудың ең маңызды көздерінің бірі болып әлі күнге дейін көлік табылады. Шиеленісті акустикалық жағдай тұрғын үй құрылысы аудандарында, Пермь, Краснокамск, Березники, Чайковский, Соликамск, Чусовой қалаларының автокөлік, теміржол магистралі, қала электротранспорты желілері әсері зонасындағы тұрғын үйлерде жалғастырылуда. Және осы ахуал автомобиль көлігінің федералды трассасы өтетін елді мекендерде қайталануда.

2013 жылы қалалық және елді мекендердегі автомагистральдар мен қозғалысы интенсивті көшелерде шу деңгейінің өлшемі тұрғындардан ше шағым болмағандықтан өлшенбеді. 2011-2012 жж. қалалар мен елді мекендердегі өлшенген гигиеналық нормаларға сай емес шу үкшелерінің үлесі шу әсерінің шағымданудың жалпы үлесінен сәйкесінше 41,6 % және 5,4 % құрады.

Автокөлік құралдары паркінің жалпы өсуі, қолданыстағы тұрғын құрылысқа жақын автомобиль жолдары жүйесін дамыту, транспорттық қолжетімділігі бар жаңа территорияларды дамыту туралы айтылады. Осының барлығы шулы территориялардың жалпы аумағының кеңеюіне әкеп соқтырады [4, 5]. Авиациялық көлік жүйесі де ұқсас тенденцияға ие. Өйткені, ол тасымалдаудың көлемінің артуына байланысты. Аэропорттың әсері бар аймақтардағы шудың деңгейі 75-100 дБ жетеді.

Алып қалалардағы шудың жоғары деңгейі туралы халықаралық деңгейде де талқыланады. Атап айтқанда, 2013 ж. Ақпанда Азаматтық авиацияның Халықаралық ұйымының (ИКАО) (Канада, Монреаль) авиация әсерінен қоршаған ортаны қорғау Комитетінің (САЕР/9) 9-шы отырысында шу бойынша жаңа стандартын пайдалану туралы сұрақ қозғалды. Кейін мәселе бойынша келісімге жетті.

Қолданыстағы ИКАО стандартынан 7 EPN дБ төмен келісілген шу бойынша жаңа стандарт 2017 жылы қолданысқа алынатын жаңа конфигурациялы әуе кемелеріне және 2020 жылдан бастап салмағы азырақ әуе кемелеріне қолданылатын болады. Осыған байланысты, ИКАО бас хатшысы Раймон Бенджамен «берілген шу бойынша жаңа стандарт авиация үшін дүниежүзіндегі аэропорт маңында орналасқан елді мекендерде шу бойынша жағдайды жақсартатындықтан маңызды. Нәтижелер авиациялық қауымдастықтың консенсус негізінде дайындалатын сезілетін жақсартуларға жетудегі мызғымас шешімділігін дәлелдейді» деп қадап айтты.

Ғылыми жұмыстарда қазіргі уақытта РФ-ның көптеген қалаларында шу проблемасының бар екенін жазылады. Алып шаһарлардың әрі қарайғы дамуы шумен ластануды тұрақты мониторингтеу мен реттеусіз мүмкін көрінбейді. Мониторингтеу мен реттеу жүйесін құрудағы бастапқы нүкте болып территорияның шу картасы болып табылады [4, 5].

Адам түрлі дыбыстар мен шудың арасында өмір сүреді. Олардың бір бөлігі қарым-қатынас жасауға, қоршаған ортада дұрыс бағдарлануға, еңбек процесінде қатысуға және т.б. мүмкіндік беретін тиімді сигналдар. Қалғандары-бөгет жасайды, тітіркендіреді және тіпті сіздің денсаулығына зиян келтіруі мүмкін.

Қоршаған ортаның шуының (жапырақ, жаңбыр, өзен және т.б.) адам ағзасына оңтайлы әсері ертеден белгілі. Статистика орман, өзен, мұхит жанында жұмыс істейтін адамдарда қалаларда тұратын адамдарға қарағанда жүйке мен жүрек-қантамыр жүйесінің сирегірек кездесетінін көрсетеді.

Үлкен ми қыртысына түсетін сигналдардың көбісі мазасыздық, үрей, тез шаршауды шақырады. Ол өз кезегінде денсаулыққа тиімсіз әсер етуі ықтимал. Шудың адамға әсер

диапазоны кең: субъективті сезімдерден есту, орталық жүйке, жүрек-қантармыр, эндокринді, асқорыту жүйесі және т.б. объективті патологиялық өзгерістер тудыруы мүмкін. Яғни, шу өмірлік маңызы бар мүшелер және жүйелерге әсер етеді.

Шуға, әсіресе, балалар мен ауру адамдар ең сезімтал. Қарт адамдардың шағымының көбісі жастағы ерекшелікке және осы жас тобындағы орталық жүйке жүйесінің ерекшеліктеріне байланысты болуы мүмкін.

Шуға Ауру адамдарда жүйке мен жүрек-қаниаымыр жүйесі функциясы бұзылысы, айығу мерзімі кешігіп, стационарда болу уақыты ұзарады [6, 7].

Деректік ізденіс кезінде шудың жоғары деңгейі мен адам денсаулығы дефектісі арасындағы байланысты растайтын шет елдік ғалымдардың жұмыстары талданған болатын.

Stephen Stansfeld және Charlotte Clark балалардың шуға ерекше тітіркенгіш жауап қайтаратындығын атап өткен. Балаларда адреналин мен норадреналин деңгейінің көтерілуі байқалған. Баларда шу психикалық аса ауыр өзгерістер шақырмағанымен, гиперактивтілік және мазасыздың белгілерінің жоғарылауы байқалған. Зерттеушілер шудың балалардың жүрек қантамыр жүйесінде өзгерістер шақыруы мүмкін деген болжамдары болған және оның бала туылған кезде аз салмақпен туылса мүмкін екендігі келтіріледі. Сондай ақ шудың балалардың оқу мен есте сақтау сынды танымдық қызметтеріне әсерінің бар екендігінің дәлелдері келтірілген [6].

Белгілі ғалым Babisch W. транспорттық шу жүктемесі және жүрек қантамыр ауруы қауіпті анықтауға бағытталған эпидемиологиялық зерттеулер шолуын жасаған. Транспорттық шу және жүрек қантамыр ауруы арасындағы байланыс дәлелдері автордың 2000 жылы басып шыққан шолуында келтірілген көрсеткіштерден артқан [7].

Үлкен қалалардағы шу адамның өмір сүру жасын қысқартады. Австриялық зерттеушілер мәліметтері бойынша өмір сүру жасының қысқаруы 8-12 жас аралығында. Шектен тыс шу жүйке тозуы, жүйкелік қажу, вегетативті невроз, жаралық ауру, эндокринді және жүрек-қантaмыр жүйесінің бұзылыстары себебі болуы мүмкін. Шу адамға дем алу мен жұмыс істеуге бөгет жасап, еңбек өнімділігіне жағымсыз әсер етеді.

Адамдардың қарым-қатынасында сөздік сигнализация-сөйлеумен байланысты екінші сигнал жүйесінің маңызы керемет. Магистраль бойында орналасқан қаладағы тұрғын үйдегі тұрғындар сөздерді нашар қабылдайтындығына шағым жасайды. Ол сөздің кей жекелеген дыбыстарын автокөліктің шумен маскалауымен түсіндірілгендей болады. Шудың, әсіресе, ол 70 дБа жоғары болғанда сөздің сауаттылығын бұзатыны анықталған. Бұл кезде адам сөздердің 20 дан 50 пайызға дейін түсіне алмайды [8].

Басқа бір жұмыс түріктің Эргузум қаласында жүргізілген. Жұмыс авторы Mahir Gökdağ « Эргузумдағы көліктік шуды зерттеу» атты еңбегінде жол қозғалысы шуы көптеген адамдарды, әсіресе, қалалық аудандардағы адамдарды мазалап, шағым жасаудағы негізгі себептердің бірі болып табылатындығын айтқан. Автордың жұмысы түріктің Эргузум қаласындағы көшелердегі көлікті шуды зерттеуге бағытталған болатын. Жұмыс нәтижесінде шудың

орта және жоғары деңгейі мен орта жастағы гипертония арасында байланысты анықтаған [9].

Сауд арабия елінде де қалалық көліктік шуды зерттеу бойынша. Эр-Рияд қаласындағы тұрғындардың әлеуметтік экономикалық ерекшеліктері мен шудың тұрғындардың әлеуеттілігі мен денсаулығына әсері анықталған. Тұрғындардың басым көпшілігі олардың күнделікті өміріне шудың әсері бар екендігі туралы хабардар болған, тек кейбіреуі ғана шудың есту мүшесіне әсері бар екендігін көрсеткен. Жауап берушілердің табысы мен білімі жоғары болған сайын көліктік шудың әсерінің бар екендігін сезіну деңгейі жоғары болған. Көліктік ші әсерінен болған тітіркенгіштік қалалық шоссенің функционалдық классификациясына байланысты өзгеріп отырған. Алып магистральдық жолдар мен автострад бойында өмір сүретін адамдар көлік қозғалысы қарқындылығы азырақ көшелер бойында тұратын адамдарға қарағанда жиірек тітіркенетін болған [10].

Харламов А.П. Липецк қаласы территориясындағы гигиеналық жағдайға кешенді талдау жасаған. Балалар аурушылдығының көрсеткіштерін қалыптастырушы жеке факторлардың үлесі анықталған: 18,7% - автокөлік шуы; 39,3 - 55,7% - атмосфералық ауа жағдайы; 22,8 - 38,2% - ауыз су сапасы көрсеткіштері. Автокөліктік шудың балалар аурушылдығын қалыптастырудағы ең жоғарғы үлесі (13,4 - 18,7%) қаланың орталық бөлігінде байқалған [11].

Шудың әсерінен адамның түрлі мүшелері мен жүйелерінің қызметінде басқа да күрделі өзгерістер байқалуы мүмкін. Атап айтқанда: жүрек жиырылуы ритмінің баяулауы, сілкей және асқорту бездерінің секрециясының төмендеуі, қалқанша безінің және бүйрек үсті безінің қыртысының қызметі бұзылыстары, мидың электрикалық белсенділігінің өзгерістері [11].

Тұрғындарға сауалнама жүргізудің нәтижелері шудың әсері жоғары территорияларды тұрғындардың көпшілігі балаларда акустикалық дискомфорт (39,8%), нерв жүйесі тарапынан функционалдық ауытқулар - тез шаршау (13,1%), гобас ауруы (11,0%), жиі және тұрақты қобалжу (4,5%), тежелгіштік (3,3%), есту өткірлігінің төмендеуі (3,3%), бас айналуын (1,5%) байқалғандығын атап өтеді. Тәжірибелік (75%), не бақылау (57%) тобының болсын респонденттерінің басым көпшілігінің пікірі бойынша шумен ластанудың басты көзі деп автокөлікті көрсеткен. Тәжірибелік топтың әрбір үшінші жауап алынушысы автокөліктік шудың олардың ұйқысына бөгет болатынын атап көрсеткен. Қаланың негізгі магистраль көшелері маңында тұратын үйлер тұрғындары шудың негативті әсеріне күндіз де, түнде де ұшырайды.

Қортынды.

Сондай-ақ, қазіргі таңда қалалардағы шу деңгейі бекітілген нормалардан едәуір жоғары. Шудың әсерінен тек соматикалық ғана емес, сондай-ақ жүйке жүйесінде өзгерістер тудырады. Бәрімізге жоғары шу деңгейінің адамның ұйқысын бұзып, есту мүшесінің қызметін төмендетіп, адамның ақыл-ой жұмысын төмендетіп, орталық және вегетативті жүйке жүйесінде шығармашылық қабілетін төмендете отырып өзгерістер шақыратыны белгілі.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Лучанинова, В.Н. Комплексная оценка состояния здоровья детей на фоне техногенной нагрузки // Российский педиатрический журнал. - 2004. - №1. - С. 29-33.
- 2 Самодурова Н.Ю. Фактор риска развития болезней детского населения г.Воронежа в условиях акустического дискомфорта // Вестник ВГУ. Серия. Химия. Фармация. Биология. - 2012. - №1. - С. 140-142.
- 3 Леон Намуче Хосе Карлос «Влияние акустической автотранспортной нагрузки на эколого-функциональное состояние популяции городских жителей: на примере г. Чиклайо республики Перу. - М.: 2006. - 57 с.
- 4 Май И.В., Клейн С.В., Вековшина С.А., Балашов С.Ю., Кошурников Д.Н., Чигвинцев В.М. Опыт сопряжения расчетных и инструментальных данных оценки шумового загрязнения для задач эколого-гигиенического зонирования территории ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» // Гигиена и санитария. - 2015. - №3 - С. 26-29.
- 5 Д.Н. Кошурников «Алгоритм формирования шумовой карты города на примере города Перми» // Гигиена и санитария. - 2015. - №3. - С. 313-315.
- 6 Stephen Stansfeld & Charlotte Clark: Health Effects of Noise Exposure in Children // Curr Envir Health Rpt. - 2015. - №2. - P. 171-178. DOI 10.1007/s40572-015-0044-1. Published online: 26 March 2015
- 7 Babisch W, Neuhauser H, Tham M, Seiwert M: Blood pressure of 8-14 year old children in relation to traffic noise at home-results of the German Environmental Survey for Children (GerES IV) // Sci Total Environ. - 2009. - №407. - P. 5839-5843.
- 8 Hygge S, Boman E, Enmarker I: The effects of road traffic noise and meaningful irrelevant speech on different memory systems // Scand J Psychol. - 2003. - №44. - P. 13-21.
- 9 Mahir Gökdag, Study of the road traffic noise in Erzurum-Turkey // Iranian Journal of Environmental Health Sciences & Engineering. - 2012. - №9. - P. 22-28.
- 10 Urban Traffic Noise in Riyadh, Saudi Arabia: Perceptions and Attitudes, Parviz A. Koushki, M.ASCE, (Assoc. Prof., Dept. of Civ. Engrg., Kuwait Univ., P.O. Box 5969, Safat, Kuwait 13060), Louise F. Cohn, M.ASCE, (Prof. and Chmn., Dept. of Civ. Engrg., Univ. of Louisville, Louisville, KY 40292), and Abdurrahman A. Felimban // Journal of Transportation Engineering. - 1993. - Vol. 119, No. 5. - P. 751-762.
- 11 Харламов А.П. Роль транспортного шума в многофакторном воздействии окружающей городской среды и формировании здоровья детского населения : автореф. ... канд. мед. наук - М., 2012. - 40 с.
- 12 Леон Намуче Х.К. Оценка влияния автотранспортного шума на здоровье человека методом компьютерной стабиографии // Вестник РУДН. - М.: 2006. - №1(13). - С. 93-97.
- 13 Eberhardt JL. The influence of road traffic noise on sleep // J Sound Vibration. - 2001. - №2. - P. 28-34.
- 14 Öhrström E, Hadzibajramovic E, Holmes M, Svensson H. Effects of road traffic noise on sleep: studies on children and adults // J Environ Psychol. - 2006. - №26. - P. 116-126.
- 15 Jakovljevic B, Belojević G, Paunović K, Stojanov V: Road traffic noise and sleep disturbances in an urban population: cross-sectional study // Croat Med J. - 2006. - №47. - P. 125-133.
- 16 Leon Bluhm G, Berglind N, Nordling E, Rosenlund M. Road traffic noise and hypertension // Occup Env Med. - 2007. - №64. - P. 122-126.
- 17 Babisch W. Road traffic noise and cardiovascular risk // Noise Health. - 2008. - №10. - P. 27-33.
- 18 Pirrera S, De Valck E, Cluydts R Nocturnal road traffic noise: a review on its assessment and consequences on sleep and health // Environ Int. - 2010. - №36(5). - P. 492-498.
- 19 Beelen R, Hoek G, Houthuijs D, Van Den Brandt PA, Goldbohm RA, Fischer P, Schouten LJ, Armstrong B, Brunekreef B The joint association of air pollution and noise from road traffic with cardiovascular mortality in a cohort study // Occup Environ Med. - 2010. - №66(4). - P. 243-250.
- 20 Babisch W. Transportation noise and cardiovascular risk: updated review and synthesis of epidemiological studies indicate that the evidence has increased // Noise Health. - 2006. - №8(30). - P. 11-29.

**У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, Р.А.Баялиева,
А.Н. Нұрлан, М.Н. Сарсенбеков**

ТРАНСПОРТНЫЙ ШУМ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ

Резюме: По данным проанализированной литературы уровень шума в современных городах значительно превышает установленные нормативы в крупных городах. Шум вызывает не только соматические изменения, но и нарушения нервной системы. Высокий уровень шума действует на человека неблагоприятно, вызывая нарушение сна, снижая работу органов слуха и умственную работоспособность. Он нарушает работу центральной и вегетативной нервной систем.

Ключевые слова: транспортный шум, здоровье населения, сердечно-сосудистые заболевания.

U. Kenesariyev, M. Amrin, R. Bayaliyeva, A. Nurlan, M. Sarsenbekov

TRANSPORT NOISE IN THE LARGE CITIES AND HIS INFLUENCE ON HEALTH

Resume: According to the analysed literature noise level in the modern cities considerably exceeds the established standards in the large cities. Hum causes not only somatic changes, but also disturbances of a nervous system. High noise level affects the person adversely. Hum causes a sleep disorder, reduces work of organs of hearing and mental working capacity. It breaks work central and vegetative nervous systems.

Keywords: transport hum, health of the population, cardiovascular diseases.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ӨНІМДІЛІГІН ТАЛДАУДАҒЫ ӘДІСТЕМЕЛІК АСПЕКТІЛЕР

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев, А.К. Сактапов, У.Ш. Аманжолова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

Еңбек өнімділігі көрсеткіштерін негіздеудің теориялық ережелері мен әдістемелік тәсілдері қарастырылды. Денсаулық сақтаудағы еңбек өнімділігі көрсеткіштерінің жүйесі әзірленді. Денсаулық сақтаудағы еңбек өнімділігі талдау әдістемесі ұсынылды.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау құқығы, еңбек өнімділігі, көрсеткіштері, әдістемелік тәсілдер, еңбек сыйымдылығы, негізгі және қосымша көрсеткіштер, табиғи және құндық көрсеткіштер.

УДК 338.46: 331.28

Өзектілігі. Еңбек өнімділігі - әлеуметтік саладағы мекемелердің негізгі өсу факторы және экономиканың дамуы ретінде көптеген жылдар бойы шешілмеген және шешімін таппай отырған мәселе болып отыр. Нәтижесінде, денсаулық сақтау саласында бюджеттік мекемелердегі басқарудың барлық деңгейінде еңбек өнімділігінің динамикасын бақылау толығымен жоғалған. Себебі, оны өлшеу және факторларды талдау әдіснамасы нарықтағы жағдайларға бейімделмеген. Сонымен бірге, еңбек өнімділігінің өсуі өндіріс және оның айналымы кезінде шығындарды азайтуға (яғни, еңбек өнімділігінің өсу қарқыны 1 қызметкердің орта жалақысының өсу қарқынынан жоғары болған жағдайда), басқа да тең жағдайларда қызмет көрсету көлемін, демек, оң қаржы нәтижелерін арттыруға; ынталандыру қорын бөлу және жұмыс нәтижелері мен оның құнын байланыстыруға мүмкіндік беретін қорлар арқылы қызметкерлердің орташа жалақы көлемін арттыру бойынша саясатты жүргізуге; мекемелердің, әсіресе, олардың кәсіпкерлік қызмет кірістері есебінен қаржыландырылатын бөлігінің негізгі құралдарын қайта өндіруді кеңейтуді оңтайлы жүзеге асыруға; істің қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету қызметтерін көрсететін мекемелердің бәсекеге қабілеттілігін арттыруға айтарлықтай мүмкіндік береді [1].

Еңбек өнімділігін арттыру іс-шараларын үш бағытқа топтауға болады: жұмыс уақыты қорын барынша көп пайдалану (бұл қор жұмыскерлердің еңбек және демалыс тәртібімен шектелген); жұмыс орнын ұтымды ұйымдастыру, жетілдіру, еңбекті ұйымдастыру нысандарын жетілдіру, еңбек бөлінісі мен кооперациясы, кадрларды басқару және олардың кәсіптерді қоса атқаруы, ұжымның әлеуметтік дамуын жоспарлау, медициналық көмек сапасы мен көлемі есебінен медициналық қызметкерлер еңбегіне оңтайлы ынталандыру үшін және т.б.; пайдаланатын жұмыс күші сапасын және озық тәжірибені, ғылыми жетістіктерді арттыру (кадрлардың біліктілігін арттыру, еңбек үрдістерін автоматтандыру және т.б.) [2, 3].

Зерттеу мақсаты: медицина қызметкерлерінің еңбек өнімділігін талдау әдістемелігін негіздеу.

Зерттеу міндеттері:

- Еңбек өнімділігін талдауда отандық және шетелдік әдебиеттерден сілтеме жасау.
 - Еңбек өнімділігіне әсер ететін факторларды анықтау.
- Жұмыс күшін пайдаланудың тиімділігін анықтау үшін екі негізгі көрсеткіш пайдаланылады: өнімділік және еңбек сыйымдылығы (1-сурет).
Өнімділік (еңбек өнімділігінің тікелей көрсеткіші) жұмыс уақыты бірлігінде немесе бір қызметкердің орташа тізімдік санына тура келетін уақыт бірлігінде көрсетілетін қызметсанымен өлшенеді. Бұл еңбек өнімділігінің айтарлықтай кең тараған және әмбебап көрсеткіші. Еңбек өнімділігін бағалау мен бағалау мәселесін дамытуға елеулі шетелдік авторлар Дж. Грейсон, П. Друкер, Г. Дэвис, Д. У. Кендрик, К. Куросава, Р. М. Лерер, А. Лоулор, П. Мейли, У. Моррис, және т.б. өз улестерін қосты [4-8].
Өнімділікті анықтауды үш әдіске бөліп қарастыруға болады: табиғи, құндық (ақшалай) және еңбек [9-10].

Өлшеудің құндық әдісі кезінде еңбек өнімділігі ақшалай есептеледі. Бұл көрсеткіш әмбебап болып табылады, өйткені әртүрлі біліктіліктегі (мамандандыру) қызметкерлердің еңбек өнімділігін салыстыруға мүмкіндік береді және оны қолдануға оңай. Бұл әдістің кемшілігі өнім көлемінің көрсеткішіне баға факторларының әсерін болдырмау қажеттілігі болып табылады.

Өнімділікті өлшеудің табиғи әдісі біртекті өнімдер шығару немесе біртекті қызмет көрсету кезінде қолданылады. Осы ретте, жұмыс көлемі ретінде заттай көрсеткіштер ескеріледі. Бұл өлшеу әдісі неғұрлым шынайы болып табылады және қарапайымдылығы мен есеп айырысу көрнекілігімен ерекшеленеді. Алайда, оны кең мамандандырылған кәсіпорындарда, бөлімшелер мен қызметкерде пайдалануға болмайды.

Табиғи әдісінің әралуандығы ретінде шартты-табиғи әдіс қолданылуы мүмкін, мұнда жұмыс көлемі шартты бірліктермен ескеріледі, олар бойынша әртүрлі өнім атаулары еңбек сыйымдылығын ескере отырып, шартты өлшеуіштер арнайы коэффициенттер бойынша қайта есептеледі (мысалы, стоматологиядағы еңбек сыйымдылығының шартты бірлігінде пайдаланылатын көрсеткіштер, физиотерапиялық бөлімшедегі шартты бірлік).

Еңбек сыйымдылығы (еңбек өнімділігі кері көрсеткіші) бұл – өнім бірлігін (жұмыстар, қызметтер) өндіруге жұмсалатын жұмыс уақытының шығындары. Оған енгізілетін құрамына байланысты еңбек шығындарын технологиялық еңбек сыйымдылығы, өндірісте қызмет көрсетудегі еңбек сыйымдылығы, өндірістік еңбек сыйымдылығы және өндірісті басқару еңбек сыйымдылығы деп ажыратады.

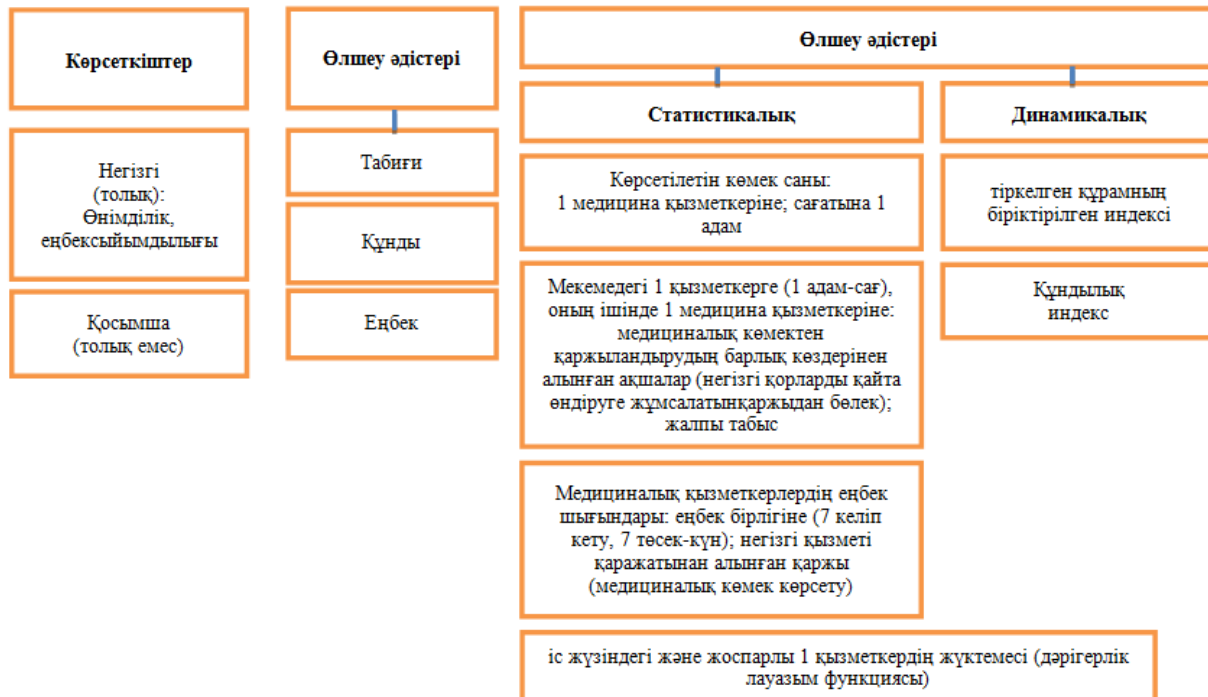
Еңбек сыйымдылығын талдау медициналық мекеме бойынша тұтастай, сондай-ақ оның құрылымдық бөлімшелерінің (бөлімшелердің, кабинеттердің және т. б.) жеке динамикасы ретінде, ал жолға қойылған есепке алу жүзесінде еңбек нәтижелерін - жекелеген қызметкерлер мен орындаушылар бөлінісінде жүзеге асыру керек. Емхана дәрігерлерінің еңбек шығындарын талдаған жағдайда олардың мамандықтар бөлінісінде дәрігерлік лауазымдық қызметтерін орындау/асыра орындау пайызын анықтау керек.

Г. В. Савицкая ұсынған [9] және денсаулық сақтау мекемелерінің ерекшеліктеріне біздің тарапымыздан бейімдендірілген денсаулық сақтау мекемесінде жұмыс істейтін бір қызметкердің еңбек өнімділігін талдаудың төрт факторлы мультипликативті талдау моделін қарастырайық. Бұл ретте нәтижесінде әкімшілік-шаруашылық бөлім қызметкерлерінің санының өзгерісіне әкелген мекеменің ұйымдық құрылымындағы қандай да бір елеулі түзетулерді ескеру керек (мысалы, көмекші немесе қызмет көрсететін бөлімшелер бөлігін аутсорсингке аудару (ас блогы, кір жуатын бөлме және т.б.)), олардың ұлғаюы немесе, керісінше, төмендеуі кезінде өнімділік шамасы мәнді түрде өзгеруі мүмкін, дегенмен мекеменің кірістері бұрынғы деңгейінде қалуы мүмкін, бұл көрсетілген медициналық қызмет сынына және олардың құнына байланысты. Осылайша, еңбек өнімділігін талдауды мекеменің негізгі қызметтен алынатын кірістерді талдай отырып, бірлігін ұштастыру керек, яғни көрсетілген қызметтерден алынған

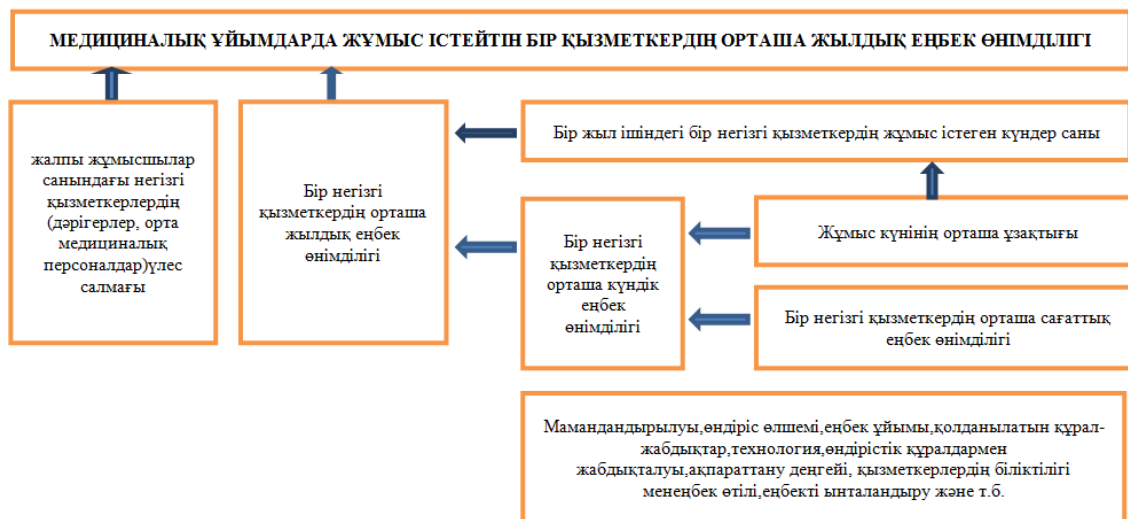
кірістер санына, олардың құрылымына және құнына ықпалын бағалай отырып жүргізу қажет (2-сурет). Осылайша, қызметкерлердің еңбек өнімділігінің негізгі көрсеткіштері еңбек өнімділігі және еңбек сыйымдылығы болып табылады. Жұмыс күшін пайдаланудың экономикалық тиімділігін анықтаудың әрбір әдістерінің (табиғи, құндық, еңбек) динамикада пайдалану кезінде, әртүрлі мамандандыру бойынша қызметкерлердің еңбек өнімділігін салыстырғанда және қолдану саласында өзіндік артықшылықтары мен кемшіліктері бар. Факторлардың еңбек өнімділігіне әсерін бағалауды

детерминациялық талдау тәсілдерімен жүзеге асыруға болады, бұл еңбек өнімділігін кадрлармен қамтамасыз ету және медициналық қызмет көрсетуден түскен табыстарды қосымша талдауды қажет ететін талдау болып табылады. Аурухананың мысалында қызметкерлердің еңбек өнімділігіне факторлардың ықпалын бағалау жүргіздік, осы зерттеліп отырған кезеңде жұмыс істелген күндердің жағымсыз әсеріне және 1 жұмыс күнінің орташа ұзақтығына қарамастан, негізгі персоналдың орташа сағаттық өндірімі есебінен айтарлықтай өсті.

Қосымша-1



Қосымша-2



ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Гаджиев Р.С. Экономика здравоохранения: учебное пособие. — М.: Медицина, 2013. — 464 с.
- 2 Кадыров Ф.Н. Анализ трудовых показателей и производительности труда работников здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. — 2010. — №1. — С. 28–35.
- 3 Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. — 496 с.
- 4 Таненкова В.В. Анализ и диагностика финансово-хозяйственной деятельности. — Барнаул: Изд-во ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», 2010. — 60 с.
- 5 Druker P. F. Innovation and Entrepreneurship. Practice and Principles. - L.: Pan Books, 1986. - 357 p.
- 6 Hanna A. S. Construction Labor Productivity Management and Methods Improvement. - N.Y.: 2010. - 306 p
- 7 McGregor D. Human Side of Enterprise. - N.Y.: McGraw, 1986. - 297 p.
- 8 Mwine C. H. Human Capital and Development: a Dynamical Evolution view of Labor Productivity. - Publisher: Scholars' Press, 2013. - 349 p.
- 9 Савицкая Г.В. Экономический анализ: учебник. — М.: Новое знание, 2005. — 651 с.

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев, А.К. Сактапов,
У.Ш. Аманжолова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАЛИЗА ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Резюме: Рассмотрены теоретические положения и методологические подходы к обоснованию показателей производительности труда. Разработана система показателей производительности труда в здравоохранении. Предложена методика анализа производительности труда в здравоохранении.

Ключевые слова: экономика здравоохранения, производительность труда, показатели, методические подходы, трудоемкость, основные и дополнительные показатели, натуральные и стоимостные показатели

K.K. Konysbayeva, Y.S. Uteulyev, A.K. Saktapov,
A.Sh. Amanzholova

Kazakhstan's Medical University "KSPH"

METHODICAL ASPECTS OF THE ANALYSIS OF MEDICAL WORKERS' LABOR PRODUCTIVITY

Resume: The theoretical ideas and methodological approaches to substantiation labor productivity indicators have been reviewed, developing the system of labor productivity indicators in public health services. The technique of the analysis of labor productivity in public health services is offered.

Keywords: Public health services economy, labor productivity, indicators, methodical approaches, labor intensity, main and additional indicators, natural and value indicators.

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ, ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Е.С. Утеулиев, В.Г. Миронова

В данной статье рассматриваются половое воспитание, его значение и влияние на сексуальное здоровье населения. При низком уровне сексуальной образованности в современных условиях жизни сложно рассчитывать на построение супружества, благополучного в сексуальном и психологическом отношениях. Проведен анализ уровня полового воспитания студентов 1 курса возраста 15-16 лет Казахстанско-Российского медицинского колледжа города Алматы (КРМК).

Ключевые слова: половое воспитание, сексуальное здоровье, сексуальная образованность

УДК 613.88

Актуальность: Сексуальная жизнь является неотъемлемой частью жизни человека. Сексуальное здоровье играет важную роль в осуществлении сексуальных и детородных функций, сексуальных взаимоотношений полов, влияет на психологическое состояние человека. В 1977 году Всемирная Организация Здравоохранения сформулировала понятие сексуального здоровья как комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих его личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви. Включает в себя три основных элемента:

- способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики;
- свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения;
- отсутствие органических расстройств, заболеваний и недостаточностей, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций. [1]

ВОЗ проводит различные стратегические программы по улучшению состояния как сексуального, так и репродуктивного здоровья. [1] В Казахстане большое внимание уделяется укреплению репродуктивного здоровья. Государственная программа «Денсаулык 2016-2020», одной из целей которой является уменьшение младенческой и материнской смертности, направлена на улучшение репродуктивного здоровья. [3] В сексуальном здоровье в первую очередь рассматривается формирование полового поведения с целью профилактики ИППП и сохранения детородных функций. Улучшение сексуального

здоровья способствует как улучшению репродуктивной функции, так и улучшению психологического, социального благополучия. [4] Приобретение знаний о сексуальных отношениях способствует формированию необходимого сексуального поведения, бережному отношению к сексуальному здоровью, профилактике сексуальных дисфункций. [5] Во многих работах известных российских и зарубежных сексологов убедительно доказывается необходимость введения сексуального образования в школьное обучение. [8] Как утверждают специалисты, сексуальное образование и воспитание, как и любое другое, должно осуществляться постепенно, на протяжении всего периода развития и взросления ребенка и подростка, начиная с раннего детства [6,7].

Цель нашего исследования: изучение уровня сексуального воспитания среди студентов КРМК 1 курса как аспекта формирования сексуального здоровья.

Задачи исследования.

1. Провести анализ уровня сексуального воспитания среди студентов КРМК 1 курса.
2. Определить источники полученных знаний.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе КРМК города Алматы, были анонимно проанкетированы 60 студентов первого курса на базе 9 классов, возраст 15-16 лет, по вопросам сексуального воспитания.

Обсуждение результатов. По данным анкетирования: Из 60 студентов:

- 1) Интересовались ли Вы вопросами сексуальных отношений. Если да, то где Вы брали информацию? Из 60 студентов 47 студентов интересовались (Рисунок 1), из которых 41 студент получил информацию из интернета, 1 - из книг, 4 - родители по книгам, 2 - родители рассказывали (Рисунок 2).

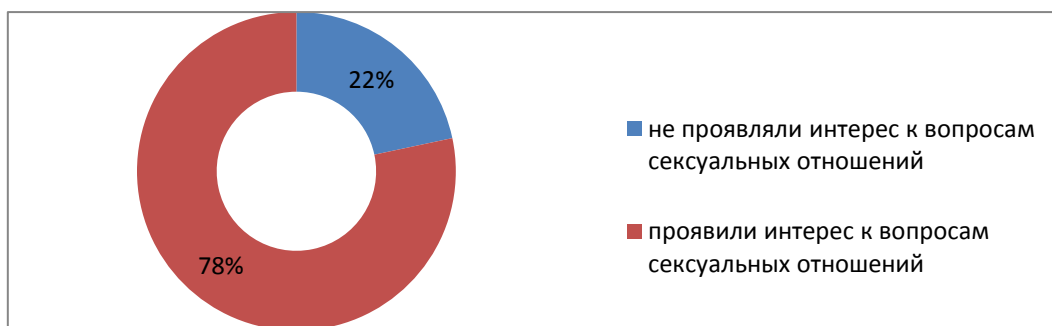


Рисунок 1 - Показатели заинтересованности студентов сексуальными отношениями

Из данных данной диаграммы видно, что большинство студентов (78%) интересовались вопросами сексуальных отношений.



Рисунок 2 - Источники информации для учащихся о сексуальных отношениях

По данным данной диаграммы, из числа студентов, проявивших интерес к вопросам сексуальных отношений, большинство (86%) получали информацию по вопросу из интернета, 14% получали информацию от родителей и из литературных источников. Анализируя, эти данные можно сказать, что подростки стесняются обращаться к родителям с подобными вопросами и многие родители не затрагивают вопросы сексуальных отношений при воспитании ребенка, интересующие ответы на свои вопросы подростки получают из интернета. Как многие знают, чаще всего написав в

запросе интернета данный вопрос, появляются сайты и статьи, которые не несут психолого-педагогическую направленность по теме сексуальных отношений, некоторые сайты имеют развращающую направленность (порнография), просмотр которых может негативно сказаться на психике детей и подростков, повлияв в дальнейшем на их сексуальное поведение.

2) Имеются ли у Вас дома сексуальные энциклопедии для детей и подростков? У 7 студентов из 60 книги дома имелись (Рисунок 3)

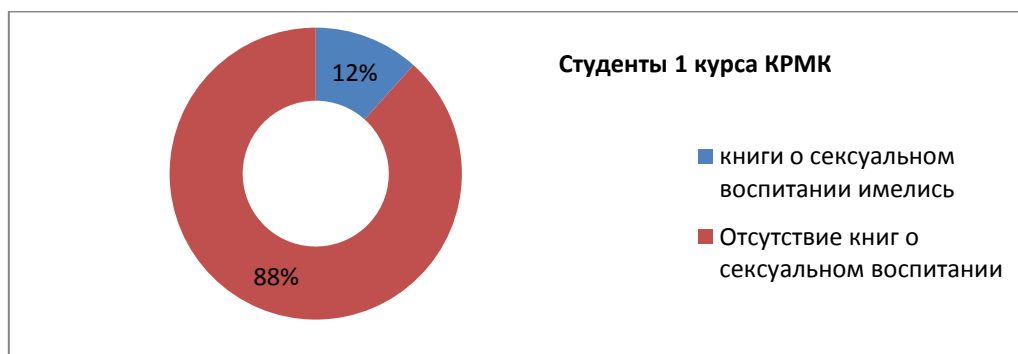


Рисунок 3 - Наличие сексуальных энциклопедий у студентов

По данным диаграммы можно судить о том, что большая часть родителей всячески избегает вопросы сексуального воспитания своих детей (88%), не покупает сексуальные энциклопедии для детей и подростков.

3) Руководствовались ли ими Ваши родители в ходе Вашего воспитания? 4 студента ответили, что использовали. (Рисунок 4)

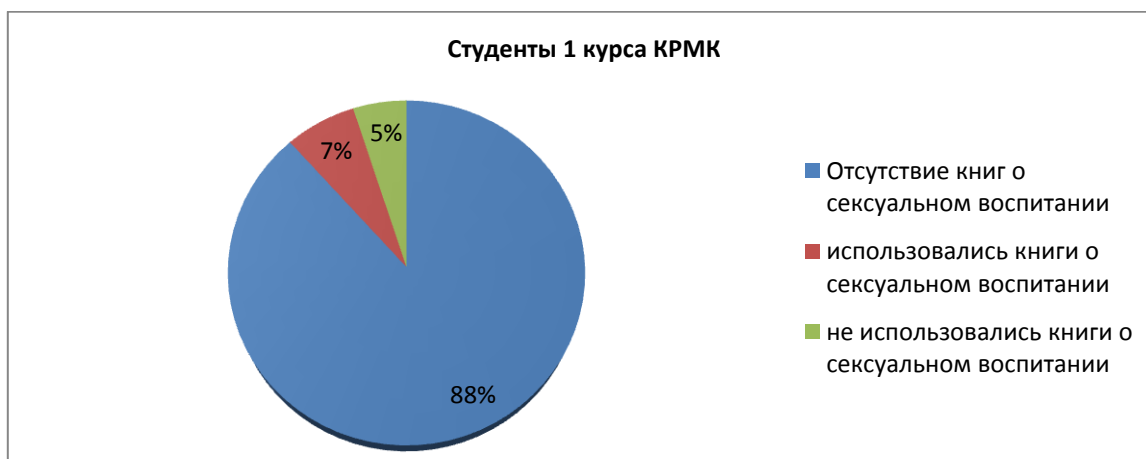


Рисунок 4 - Использование родителями имеющиеся сексуальные энциклопедии в ходе воспитания

По данным данной диаграммы, из 12% студентов, родители которых покупали сексуальные энциклопедии для детей и подростков, 5% их даже никогда не использовали и не применяли в половом воспитании.

4) Будете ли Вы руководствоваться такими изданиями в процессе воспитания и просвещения своих детей? 17 студентов из 60 ответили, что будут. (Диаграмма 5)



Рисунок 5 - Мнение студентов о необходимости использования сексуальных энциклопедий в воспитании детей

Исходя из данных, можно сказать, что преобладающее число студентов не осознают важность полового воспитания и в дальнейшем не готовы применять его в воспитании своих детей.

Выводы.

В результате проведенной работы можно сделать вывод о низкой сексуальной образованности среди школьников, окончивших 9 классов. Ни один из студентов не сказал, что

определенные знания получил в школе, что говорит о том, что в учебных учреждениях не занимаются вопросами полового воспитания, хотя исходя из данных многих источников в возрасте средний возраст начала половой жизни на Земле, по ряду данных, среди мальчиков составляет 16,1, среди девочек – 15,0 лет, и с каждым годом этот возраст снижается [9].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Устав Всемирной организации здравоохранения.
- 2 Стратегический подход ВОЗ к усилению мер политики и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья, ВОЗ, 2008 г.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 г.
- 4 Вестгеймер Р.К. Энциклопедия сексуальности человека. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 152 с.
- 5 Володин В.С. Основы медицинской сексологии (курс лекций): Учебное пособие. – М.: Логос, 2003. – 240 с.
- 6 Кон И.С. Сексология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2004. – 201 с.
- 7 Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: Феникс+, 2001. – 58 с.
- 8 Кон И.С. Сексуальное образование – глобальная задача XXI века // Социология: теория, методы, маркетинг. - 2009. - №1. – С. 94–114.
- 9 Баклаенко Н. Г., Гаврилова Л. В. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков // Здравоохранение: Журн. для руководства. – 2000. - №7. – С. 88-96.

Е.С. Утеулиев, В.Г. Миронова

Қазақстандық медицина университеті «ҚДСЖМ»

ЖЫНЫСТЫҚ ТӘРБИЕ, ОНЫҢ СЕКСУАЛДЫ ДЕНСАУЛЫҚҚА ӘСЕРІ

Түйін: Бұл мақалада жыныстық тәрбие, оның мәні және халықтың сексуалды денсаулыққа әсері қарастырылады. Сексуалды өмір адам өмірінің ажырамас бөлігі болып табылады. Сексуалды денсаулық сексуалды және ұрпақ әкелу қызметтерін, жыныстардың сексуалды қарым-қатынастарын жүзеге асыруда маңызды орынға ие және адамның психологиялық жағдайына әсер етеді. Заманауи өмір жағдайында төмен деңгейдегі сексуалды сауаттылық сәтті сексуалды және психологиялық ерлі-зайыптылық қарым-қатынастарды құрастыруды көздеу қиын. Алматы қаласындағы Қазақстан-Ресей медициналық колледжінің (КРМК) 15-16 жастағы 1 курс студенттерінің жыныстық тәрбие деңгейін талдау жүргізілді.

Түйінді сөздер: жыныстық тәрбие, сексуалды денсаулық, сексуалды білімділік.

E. Uteuliev, V. Mironova

Kazakhstan medical university «KSPH»

SEX EDUCATION, ITS INFLUENCE ON SEXUAL HEALTH

Resume: This article focuses on sex education, its importance and impact on the sexual health of the population. Sexual life is an integral part of human life. Sexual health plays an important role in the implementation of sexual and reproductive functions, sexual relations between the sexes, affects the psychological state of man. At a low level of sexual education in modern conditions of life is difficult to rely on the construction of marriage, successful sexually and psychologically. The analysis of the level of sexual education of students of 1st year of age 15-16 years of Kazakh-Russian Medical College Almaty (KRMK).

Keywords: sex education, sexual health, sexual education.

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТУРКЕСТАН

¹Л.К. Назарова, ¹У. Шайхаттарова, ²Р.А. Баялиева,
³Ж.Р. Абзалиев, ³Н. Калиева

¹Международный казахско-турецкий университет имени Ходжа Ахмеда Ясави
Кафедра профилактической медицины, г.Туркестан

²Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
Кафедра общей гигиены и экологии, г.Алматы

³«ВШОЗ» Казахстанский медицинский университет, г.Алматы

В статье отражены изменения и структуры инфекционных заболеваний жителей Туркестана. Сравнительный анализ с республиканскими данными и источники загрязнения. Значения экологических показателей города Туркестан демонстрируют повышенное содержание экотоксикантов в средах проживания населения, в процентном соотношении, подтверждает нашу теорию о влиянии экологических факторов на здоровье человека и его продолжительность жизни соответственно.

Ключевые слова: загрязняющие вещества, экотоксиканты, инфекционные болезни.

УДК 614.2:312.2

Южно-Казахстанская область является одним из шести экологически неблагоприятных регионов Казахстана и согласно определению «Национального отчета по сохранению и сбалансированному использованию биологического разнообразия», входит во вторую группу регионов Казахстана по экологическому риску. С учетом влияния Аральского фронта воздействия и местных особенностей ожидается еще большее истощение и загрязнение водных ресурсов, увеличение воздействия на атмосферу, расширение границ заболоченных, засоленных земель, деградация растительного и животного мира.

По экологическому состоянию территория области условно делится на три зоны. Зона экологического кризиса: города Туркестан, Отырар, Арыс, Шардара, Созак; Зона экологического риска: города Шымкент, Кентау; Зона экологической нормы: города Сарыагаш, Ленгер, Жетысай.

Основными загрязнителями поверхностных и подземных вод в ЮКО являются предприятия цветной металлургии, нефтехимической, химической, легкой и пищевой промышленности. Основными загрязняющими веществами являются тяжелые металлы, сульфаты, нефтепродукты, неорганические формы азота, фосфаты и т.д.

Повышенное содержание загрязняющих веществ в почве города Туркестан является следствием географически производственно-магистрального положения, как стратегического объекта экономического развития региона. Значения экологических показателей города Туркестан демонстрируют повышенное содержание экотоксикантов в средах проживания населения, в процентном соотношении, подтверждает нашу теорию о влиянии экологических факторов на здоровье человека и его продолжительность жизни соответственно.

Таблица 1 - Химический состав подземных вод г. Туркестан

Название	Количество	ПДК
Олеиновая кислота	0,04–0,05 мг/дм ³	0
Цианиды	0,001–0,002 мг/дм ³	0
Органический углерод	12–25 мг/дм ³	5 мг/дм ³
Битумы кислые	0,8–17,9 мг/дм ³	0
Спиртрастворимые вещества	2–3,6 мг/дм ³	0
Общие фосфаты	0,15–14,2 мг/дм ³	0
Кремниевая кислота	6,9–14,2 мг/дм ³	1–2 мг/дм ³
Мнерализация	1160–1655 мг/дм ³	1000 мг/дм ³
Общая жесткость	16,2–23,32 мг-экв/дм ³	1,5–7 мг-экв/дм ³

С каждым годом экологическая ситуация в целом по стране, а также регионе остаётся неблагоприятным. Период переходной экономики в нашей стране характеризовался спадом производства и, как следствие, определенным снижением уровней загрязнения окружающей среды. Однако экологическая ситуация продолжает оставаться весьма напряженной, что связано с последствиями экстенсивной экономической деятельности прошлых десятилетий с применением устаревших технологий. Загрязняющие вещества в значительных концентрациях накапливаются в объектах окружающей среды, особенно в атмосферном воздухе, почве, донных отложениях и воде водоемов и водотоков. По трофическим цепям они попадают в продукты питания и питьевую воду.

Среда обитания является сложным фактором, способствующим возникновению разнообразных патологических процессов и заболеваний у человека. При этом комплекс факторов окружающей среды чрезвычайно разнообразен, имеет территориальные особенности, определяется наличием активных и потенциально опасных агентов, которые могут либо самостоятельно, либо в сложном взаимодействии с другими факторами стать

причиной дисэмбриогенеза и в конечном итоге способствовать росту показателей общей и специфических частот заболеваемости.

Ежегодно в атмосферу выбрасывается огромное количество загрязняющих веществ, в том числе от стационарных источников.

Исследования в большинстве случаев одномоментные (например, анализ следствия массового выброса установленного токсического вещества в атмосферу и связанных с этим биологических эффектов), или вообще не могут быть корректны, поскольку неблагоприятная экологическая ситуация может быть связана с присутствием в окружающей среде массы других токсических веществ и их соединений. Каждое из них может стать причиной порока развития, действуя в критические периоды развития эмбриона и плода, но выявить главную причинную роль и значение одного из тысяч факторов не представляется возможным. С другой стороны, спектр этих веществ может быть относительно постоянным; связанным чаще всего с выбросами загрязняющих веществ в атмосферу основными производственными предприятиями, расположенными в первую очередь в областных центрах. И эти вещества

длительное время являются наиболее существенными в качественном и количественном отношении загрязнителями атмосферного воздуха, воды и почвы.

В 2015 году Республике Казахстан отмечено улучшение ситуации по заболеваемости населения большинством инфекционных заболеваний.

Заболеваемость сальмонеллезными инфекциями в целом по республике снизилась на 21,2% и показатель на 100 тыс. населения составил 3,02 против 3,83. Снижение заболеваемости отмечено практически во всех регионах.

Заболеваемость бактериальной дизентерией в целом по республике снизилась на 8,5%, среди детей до 14 лет – на 18,3%.

Диагноз дизентерии на сегодня в 92,6% случаев устанавливается на основании лабораторных данных (239 случаев шигеллеза бактериально подтвержденного из 258 зарегистрированных случаев бактериальной дизентерии).

Группа острых кишечных инфекций (ОКИ) снизилась на 15,7%, в том числе другие кишечные инфекции уточненные – на 16,6% и неуточненные – на 14,08%.

Улучшается ситуация по заболеваемости населения бруцеллезом, уровень которого снизился на 11,9%.

В 2015 году зарегистрировано по 6 случаев клещевого вирусного энцефалита и геморрагических лихорадок. В числе геморрагических лихорадок 2 случая ККГЛ (Южно-Казахстанская область – 1, Кызылординская – 1) и 4 завозных случая лихорадки Денге – в г.Алматы. В Кызылординской области заболевание ККГЛ закончилось летальным исходом.

По состоянию 2015 год с укусами клещей за медицинской помощью обратилось 3893 человек (в Южно-Казахстанской области – 2843, Кызылординской – 734 и Жамбылской – 316), их них госпитализировано – 160. Остальные находились под медицинским наблюдением в домашних условиях.

Заболеваемость острыми вирусными гепатитами за анализируемый период снизилась на 34,2%, в том числе гепатитом А на 39,8%, гепатитом В на 15,6%.

Эпидемиологическая ситуация по острым кишечным инфекциям за 2015 год в городе Туркестан

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости населения острыми кишечными инфекциями (далее –ОКИ) стабильная, зарегистрировано снижение заболеваемости населения группой ОКИ на 14,25%.

Всего зарегистрировано 949 случаев острой кишечной инфекций с показателем 32,97 на 100 тысяч населения против 1077 случаев (38,45) в прошлом году.

В возрастной структуре заболеваемости ОКИ на детей до 14 лет приходится 74,9% (711 случаев). Среди детей до 14 лет основную долю заболевших составляют дети в возрасте от 0 до 2-х лет, удельный вес которых составил 89,8% (639 из 711). По социально-профессиональному составу подвержены заболеваемости ОКИ неорганизованные дети, на которых приходится 70,9%.

Эпид. ситуация по вирусному гепатиту в городе Туркестан В 2015 году зарегистрировано 20 случаев вирусного гепатита А, показатель на 100 тыс.населения составило 1,95, т.е. отмечается рост 6,06 раза.

Основной удельный вес составили неорганизованные дети 26,7% (15сл.), и неработающее население 26,7% (15сл.), по остальным группам школьники 17,8% (10сл.), студенты 10,7% (6сл.) и рабочие, служащие 8,9% (5сл.).

Из общего количества случаев среди детей до 14 лет зарегистрировано 29 случаев. Анализ причин заболеваемости среди детей до 14 лет (58,6%) показал что, 17 детей заболели из - за непривитости, в том числе в 7 случаях из за отсутствия постоянного места жительства, в 7 случаях дети не достигли прививочного (2-х летнего) возраста, в 4-х случаях привиты только однократно.

Среди двукратно привитых заболевших 11 детей (37%) отмечается не соблюдение сроков и интервалов между прививками.

С 2006 по 2015 годы показатель заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями в городе Туркестан, по сравнению с республиканскими показателями, был значительно ниже. Так, в 2006 г. в 2,2 раза; в 2007 г. – в 2,7; в 2008 г. – 1,7; в 2009 г. – в 1,7; в 2010 г. – в 1,4; в 2011 г. – в 1,6 раза, в 2012 г. – в 2,8 раза; в 2013 – в 5,3 раза; в 2014 - в 5,9 раз; в 2015 – в 4,5 раз.

Таблица 2 – Тенденция изменения инфекционной заболеваемости по городу Туркестан в сравнении с Республикой Казахстан

Регион	Инфекционные и паразитарные болезни, показатели на 100 тысяч человек									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Республика Казахстан	2196,5	2115,2	1893	1843,4	1735,7	1733,3	1715,9	1640,2	1540,2	1428,1
г. Туркестан	996,6	772,5	1093,1	1068,6	1191,8	1130,2	554,3	308,6	261,2	316,0

К 2015 г. районный показатель был ниже по сравнению с республиканским и областным показателями.

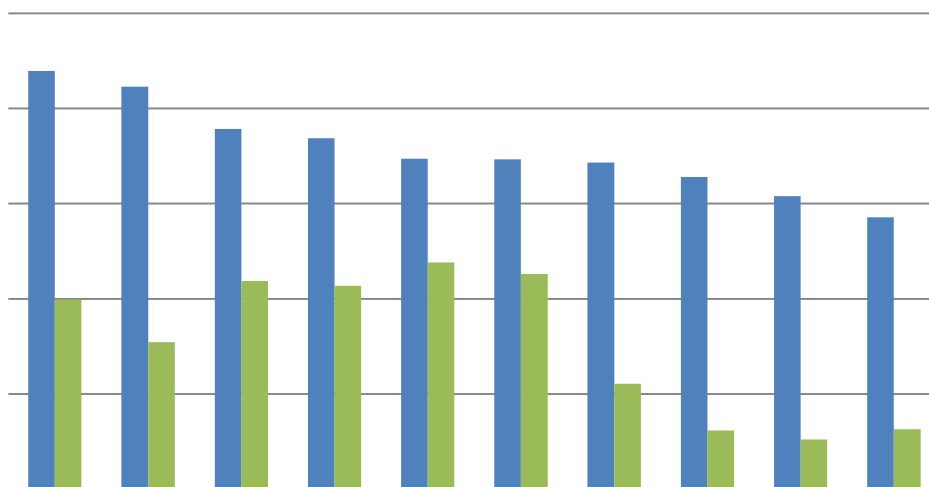


Рисунок 1 – Тенденции изменения инфекционной и паразитарной заболеваемости по городу Туркестан в сравнении с Республикой Казахстан

В целом, городу Туркестан за период с 2006 г. по 2015 г. уровень заболеваемости населения инфекционными и паразитарными болезнями снизился. Так, по сравнению с 2006 г., данный показатель снизился к 2015 г. в 3,2 раза. Согласно отчету по противоэпидемическим мероприятиям в городе Туркестан в структуре инфекционной

заболеваемости наиболее часто встречались острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (67,9% всех инфекций), острые кишечные инфекции (10,6%), туберкулез органов дыхания (7,7%). Среди паразитарных болезней чаще встречались энтеробиоз, дерматомикозы и эхинококкоз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алшымбаев К.С. Анализ медико-демографических показателей в динамике в г.Туркестане // Материалы научно-практической конференции, посвященной 10-летию Стратегии «Казахстан-2030» и 10-летию юбилею Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни. – Алматы: 2007. - С.162-163.
- 2 Джусупалиева Г.Б., Серманизев С.С., Дарибаев Ж. Проблема качества питьевой воды Туркестанского региона // Материалы II Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экологии». – Караганда: 2003. – Ч.1. - С.77-80.
- 3 Zhylsbayeva A.N., Baeshov A.B., Kopurbayev A.E. The new direction in solving of wastewater treatment problems // Материалы Международной экологической конференции «Экологические проблемы Туркестанского региона». – Туркестан: 2002. – С. 21-24.
- 4 Нурдиллава Р.Н., Баешов А.Б., Жылысбаева А.Н. Очистка сточных вод и отработанных растворов от ионов тяжелых металлов // Материалы II Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экологии». – Караганда: 2003. – Ч.1. - С.167-169.
- 5 Казгидромет, бюллетень за 2015 год. – Алматы: 2015. – 324 с.
- 6 Сейдинов Ш.М., Ашурметов Р.И., Тогайбеков А.А., Раманова С.Т., Турманбаева А.А., Сейдинов Ш.М., Ашурметов Р.И., Раманова С.Т., Турманбаева А.А. ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РАЙОНЕ КАК ФАКТОРА РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12-19. – С. 1621-1624.

Л.К. Назарова, У. Шайхаттарова, Р.А. Баялиева, Ж.Р. Абзалиев, Н. Калиева

ТҮРКІСТАН ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ЖҰҚПАЛЫ АУРУМЕН АУРУШАҢДЫҚ ДЕҢГЕЙІ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ӨЗГЕРУ ТЕНДЕНЦИЯСЫ

Түйін: мақалада Түркістан қаласы тұрғындарының жұқпалы аурулармен аурушандық деңгейінің өзгеруі мен құрылымы көрсетілген. Салыстырмалы республикалық көрсеткіштермен талдау мен ластаушы көздер туралы мәлімет берілген. Түркістан қаласындағы экологиялық көрсеткіштер тұрғындарға қоршаған ортада экотоксикандардың жоғары құрамын көрсетеді, бұл көрсеткіш қоршаған орта факторларының адам денсаулығына және оның өмір сүруіне әсер ету теориясын дәлелдейді.

Түйінді сөздер: лаस्ताушы заттар, экотоксиканттар, жұқпалы аурулар.

U. Shaykhattarova, L. Nazarova, R. Bayalyieva, Z. Abzaliev, N. Kaliyeva

TRENDS OF CHANGE OF LEVEL AND STRUCTURE OF INFECTIOUS DISEASES OF POPULATION TURKESTAN

Resume: The article reflects the changes and structures of infectious diseases of the inhabitants of Turkestan. Comparative analysis with republican data and sources of pollution. The values of ecological indicators of the city of Turkestan demonstrate the high content of ecotoxins in the living environment of the population, as a percentage, confirms our theory of the effect of environmental factors on human health and its life span, respectively.

Keywords: pollutants, ecotoxins, infectious diseases.

ХРИЗОТИЛ-АСБЕСТ ӨНДІРІСІНДЕ ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ

¹У. Шайхаттарова, ¹Л.К. Назарова, ²Р.А. Баялиева,
³Ж.Р. Абзалиев, ³Н. Калиева, ³А.Н. Искакова

¹Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Профилактикалық медицина кафедрасы, Түркістан қаласы

²С.Ж.Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медициналық университеті
Жалпы гигиена және экология кафедрасы, Алматы қаласы

³«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қаласы

Мақалада хризотол асбест өндірісі саласындағы жұмысшылардың жұмыс жағдайы мен денсаулығына гигиеналық баға берілген. Жұмысшыларға өндірістік шаңның жоғары деңгейі жағымсыз әсер етеді. Жұмысшылар денсаулығына тәжірибе көрсеткендей тыныс ұлпаларына жұмыс өтілі ұлғайған сайын артуда.

Түйінді сөздер: хризотол-асбест, жұмыс жағдайы, тыныс алу мүшелерінің аурулары.

УДК 613.6:692.66

Тыныс алу мүшелері атмосфералық ауамен тығыз қатынаста болуы әсерінен өкпеге әр түрлі зиянды заттардың түсуіне ықпал етіп отыр. Олар газ, тұман, түтін, шаң және басқа да аэрозольдар болуы мүмкін. Қазіргі таңда өндірісте осы факторлардың ішінде ең негізгісі шаң болып табылады.

Асбестті өндіру және өңдеу процесінде, сонымен қатар өндірісте асбест құрамды өнімді пайдаланғанда асбест шаңы адам ағзасына қауіпті болып саналады.

Асбест – амфибол (актинолит, амозит, антофиллит, крокидолит және т.б.) және серпентин (хризотил-асбест) тобындағы талшықты минералдардың жинақталған атауы. Асбесттің 2 түрі бар: хризотил және амфибол. Хризотил – асбест талшығы қышқылды ортада тез ериді, ал амфиболды асбест керісінше қышқылға төзімді, ол өкпеге түсіп көп жылдар аралығында жинақталуы мүмкін, олар дем алу ағзасының терең бөліктерінде ерімейді. Мысалы, өкпеден шаңның шығу ұзақтығы амфиболды талшық – амозит орташа 466 күн, ал хризотилді асбест 14 күнді құрайды. Зерттеу хризотил – асбестің өкпеден тез шығып кететінін, амфиболды асбесттің биологиялық ортада тұрақтылығын көрсетіп отыр.

Хризотил асбестті өндіру және пайдалануды жалғастыру немесе шектеу қоюдың дұрыстығы жайлы шешім қабылдау үшін хризотил – асбест өндірісінде жұмыс жасап қайтыс болғандарды және хризотил – асбест өндірісі орналасқан аймақ тұрғындарын морфологиялық зерттеу маңызды болып отыр. Бұл сияқты зерттеулер жүргізу ең алдымен хризотил – асбест талшықтарының қоршаған ортаға қауіптілігін және адамдарға қауіптілігін анықтап, сол қауіпті төмендетуге мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты - «Қостанай минералдары» хризотол асбест өндірісіндегі жұмысшылар денсаулығы мен еңбек ортасына гигиеналық баға беру.

Зерттеу міндеттері:

1. Өндірістегі жұмысшылардың еңбек жағдайының шаңдану деңгейіне баға беру.

2. Өкпе тінінен алынған аутопсиялық материалының морфологиялық көрсеткішін талдау.

Зерттеу нәтижелері.

Қоршаған орта және өндіріс факторларының денсаулыққа әсерін бағалау, сырқаттанушылықтың әр түрлі қауіп факторларымен байланысын анықтау қазіргі таңда еңбек гигиенасында маңызды болып отыр. Еңбектің зиянды жағдайлары тек қана жұмысшылардың денсаулық жағдайының төмендеуіне емес, сонымен қатар еңбекке қабілетті адамдардың жалпы сырқаттанушылық көрсеткішінің, мүгедектік көрсеткішінің және өлім көрсеткіштерінің деңгейін жоғарылауын тудырады.

Тау кен өндірісі, соның ішінде асбест өндірісінде кәсіби аурулардың пайда болуында жиі кездесетін кәсіби

зияндылық фактор - өндірістік шаңмен күрес ерекше маңызға ие.

Хризотилді өндіру мен өңдеу кезінде жағымсыз өндірістік фактор шаң болып саналады. Бүгінгі күні көпшілікке мәлім талшықты бөлшектердің биологиялық әсерінің айтарлықтай көрінісі алдыңғы кезекте олардың өкпеге жинақталу қасиетіне байланысты.

Асбесттің адам ағзасына әсер ету сұрақтары қазіргі уақытта көптеген дауларды және пікірталастарды тудырады.

Қоршаған ортаның асбест немесе асбест талшығымен ластануы сол

Хризотил амфиболмен салыстырғанда аз канцерогенді әсер ететіндігі дәлелденген. Егер амфиболдар өкпеге және мезотелияда ісік ауруларын шақыратын болса, хризотил талшығы тек өкпеге ғана зиян келтіреді, ол мезотелияда өзгерістер тудыра алмайды. Бұл хризотил талшығының өкпеден плевра қуысына өтуіне қиыншылық тудыратын оның физикалық формасымен түсіндіріледі.

Асбест қатерлі ісікті зерттеудің халықаралық агенттігінің жіктелуінде канцерогенді заттардың бірінші тобына жатқызылды.

Асбесттің ерекше қасиеттеріне байланысты ол алдыңғы қатарлы өндіріс салаларында кеңінен қолданылады. Жылына асбестті әлемде 2 миллион тонна өндірісе, оның ішінде 96% хризотил асбесттің үлесіне тиеді.

Асбест бағалы өндірістік материал болып табылады, ол 3 мыңнан астам өнімнің құрамына кіреді. Жиі кездесетін асбест құрамды материалдар – формалық бұйымдар, жұмсақ борпылдақ жапқыштар, асбестті картондар, тежегіш негіздері, ажырату дисктері, шифлер. Сонымен қатар, асфальт өндірісінде және т.б. қолданылады.

Елімізде қазіргі уақытта хризотил – асбест кен орнын жұмысын жүргізіп отырған жалғыз мекеме Жітіқара қаласындағы «Қостанай минералдары» АҚ. Өндіріс орны ашық әдіспен жұмыс жасайды және қор көлемі бойынша Жітіқараның хризотил асбест кен орны дүние жүзінде 5 орында. Қазіргі уақыттағы мекеменің өнімділік күші жылына 200 мың тоннаны құрап отыр.

Хризотил – асбест кенін өндіру мен өңдеуде барлық атқарылатын жұмыстар шаңның пайда болуымен және шаңды бөлуден жүреді.

Өндірістік шаңды гигиеналық нормалауда бронх – өкпе жүйесін морфологиялық зерттеу әдісі оның патогенді қасиетін бағалаудың негізгі критеріі болып саналады.

Тыныс алу мүшелерінің шаңмен зақымдануының жалпы патоморфологиясы бірнеше компоненттен құралады. Өзгерістердің бірінші тобы – бұл шаңмен қатынаста болмаған адамдарда дамиды экзогенді пигментациялар, интерстициальді склероз, бронхит және жергілікті эмфизема. Екінші топ – минералды шаңмен қатынаста болатын адамдарда дамиды пневмокониоздар (ПН). Үшінші топ – асқынған пневмокониоздар (туберкулез).

Жұмыс өтілімі жоғары жұмысшылар тобында хризотил – асбест шаңы әсерінен бронх – өкпе жүйесіндегі патология алды өзгерістердің дамуында бос радикалды қышқылданудың белсенділігімен, гипоксемия факторының ерте қосылуымен және жүректің құрылымдық – функционалдық өзгеруімен байқалады.

Созылмалы шаңды бронхит әр түрлі өндірісте аэрозоль әсеріне диффузды екі жақты дистрофиялық және склероздық үрдістердің дамуымен бронхоспастикалық немесе дискинетикалық түрі бойынша бронх моторикасының бұзылуымен жүретін бронхтардың спецификалық созылмалы қабынуының ерекше түрі.

Кейбір авторлардың зерттеуі бойынша, СШБ – тің нозологиялық алды дамуы сатысында дистальды бронхтарда бронхиальды өткізгіштің төмендеуі байқалады. Бронхтардың шырышты қабатында пневмосклероздық және дистрофиялық процестерінің дамуы токсико – шаңды бронхит түзілуінің алғашқы жылдарында латенттік ағымын тудыруы мүмкін нерв аяқшаларының санының азаюына алып келеді. Сырқат алғашқы сатысында жағымды болады және бірнеше жылдар бойында клиникалық көріністері жасырын өтеді, бірақ симптомсыз кезеңінде бронхиальды ағаштың диффуздық зақымдалуы және бронхообструктивті бұзылыстардың қалыптасуы жүреді.

Шаңды бронхит кезінде бронх қабырғасының барлық құрылымында гистологиялық өзгерістер байқалады. Эпителиальды қабаттың жұқаруы себебінен атрофиялық өзгеріс, көп қабатты жалпақ кірпікшелі эпителийдің метаплазиясы, базальды мембрананың қалыңдауы, бронхтың шырышты қабатының безді элементтері мен бұлшықеттерінің гиперплазия және гипертрофиясымен сипатталады.

Қазақстан бойынша өндірістік орындарындағы жұмысшылар арасында пневмокониоздар таралуы жағынан кәсіби аурулардың ішінде алдыңғы орынға ие.

Пневмокониоз – өндірістік шаңды ұзақ уақыт жұтқанда шақырылатын, өкпенің созылмалы диффузды асептикалық қабынуымен, пневмофиброздың дамуымен жүретін кәсіби ауру.

Жұмысшыларда тыныс алу мүшелеріне хризотил – асбест шаңы әсерінен приетальды және висцеральды плевраның зақымдануымен жүретін асбесттік фиброз – асбестоз дамиды. Хризотил – асбест әсерінен дамидын асбестоздар рентгенологиялық 3 түрлі формада көрінеді: 1 - плевраның зақымдалуынсыз диффузды – интерстициальды фиброз; 2 - плевраның зақымдалуымен жүретін диффузды – интерстициальды фиброз; 3 - плевраның айрықша өзіндік асбестті фиброзы.

Пневмокониоздардың барлық түрлері патогистологиялық көріністері бойынша 2 морфологиялық формаға жіктеледі: интерстициальды және интерстициальды – гранулематозды.

Өзінің дамуында ПН екі формасы келесі кезеңдерден өтеді: 1 – қабыну – дистрофиялық бұзылыстар, 2 – өнімді – склеротикалық өзгерістер.

Бірінші кезең рентгенологиялық анықталмайды. Бұл кезеңге өкпе жүйесінде сурфактанттың дистрофиялық өзгерістері және қабынуының әр түрлі морфологиялық формадағы патогистологиялық симптоматикасы тән. Екінші кезең рентгенологиялық анықталады және жаңа рентгенологиялық белгілерді көрсете алады.

Өндірістік шаңның ұзақ уақыт әсерінен пневмокониоздарда өкпедегі тіндік өзгерістер морфогенездің 4 сатысынан өтеді: I сатысы - альвеолярлы липопротеиноз;

II сатысы - катаральды эндобронхитпен дамидын шырышты – десквамативті альвеолит;

III сатысы – гранулематозды сипатты қабыну реакциясының қалыптасуымен мүмкін болатын кониотикалық лимфангит;

IV сатысы – кониотикалық пневмосклероз.

Асбестоз кезінде альвеолаарлық кеңістікте, бронх және қан тамырлары айналасындағы дәнекер тінінің көбеюі әсерінен өкпе тінінің тығыздалуы сияқты морфологиялық өзгерістер дамиды. Дәнекер тініндегі шаңдардың жинақталуымен, ашық немесе қоңыр – сары түсті асбест денешігінің бар болуымен сипатталады.

Қазіргі таңдағы тыныс алу мүшелерінің созылмалы ауруларын зерттеу нәтижелері өкпе тінінің ремоделиризациясын көрсетті: дәнекер тіні қалыпты паренхиманың орнын басады. Зақымдалған 1 типті альвеолциттер белсенді секреторлық клеткалар және гипертрофия мен гиперплазия белгілері болып саналатын 2 типті альвеолциттерге ауысады.

Асбестті өндіру мен байыту комбинаттары жұмысшыларының 483 рентгенограммасына талдау жасағанда өкпе паренхимасының «s», «st» и «t» типтегі диффузды өзгеруі айқындалса (13,0 және 7,5 жағдай 100 зерттеушіге есептелгенде); профузиямен 100 адамға 1/0, 1/1 және 2/1 8,1-де. 10,8 және 1,6 деңгейде белгілі болды. Осының ішінде анықталған өкпе паренхимасының «s», «st» және «t» типтегі диффузды өзгеруі және профузияның 1/0, 1/1 және 2/1 өкпе айқын интерстициальды фиброзының әр түрлі деңгейін сипаттайды. Олардың жиілігі мен деңгейі жұмысшылардың еңбек өтіліміне тікелей байланысты. Өтіл топтарында өкпе паренхимасы өзгеруін зерттегенде, барлық топтарда жұмыс өтілімі 10 жыл асқан адамдарда олардың жиілігі мен деңгейі сенімді ($p > 0,05$) түрде өзгерді.

Бүгінгі күнде асбестозды тыныс жолдарын клинико – функционалдық зерттеу, өкпе рентгенографиясы және жоғары қабілетті компьютерлік томография арқылы комплексті зерттеуі бойынша диагностикалайды. Асбестпен жанасу жұмыс жасағанда құжатпен айқындалған 706 зейнеткерлерге байқау жүргізгеннен кейін өкпе фиброзы 51 адамда (7,2 %) диагностика жасалынса, асбестоз критериясының СТО-С халықаралық жіктеуіне сәйкес рентгенограмма мәліметтері бойынша жұмысшылардың 5% - да фиброз анықталды. Кумулятивті – экспозициялы индексі жылына 25/мл/талшықтан төмен 2% адамдарда асбестоз жоғары қабілетті компьютерлік томография арқылы анықталынды.

Басқа авторлардың мәліметтері бойынша, асбестпен жанасқан 590 жұмысшының 190 жұмысшысында плевраның зақымдалуы, 68 жұмысшыда өкпе фиброзы, 148 жұмысшыда эмфизема, 74 жұмысшыда фиброздың эмфиземамен бірігуі анықталса, 110 жұмысшыда айқын дәнекерлену анықталып, жоғары қабілетті компьютерлік томография мәліметтерімен өкпе қызметінің бұзылуы арасында байланыстың барлығы айқындалды.

Морфологиялық зерттеулер үшін материал «Қостанай минералы» АҚ байыту кешенінде жұмыс жасап қайтыс болған жұмысшылары мен Жітіқара қаласының қайтыс болған тұрғындарынан алынды. Зерттеу топтары бойынша негізгі және бақылау топтары құрылды. 1 кестеден байқағанымыздай зерттеудегі негізгі топ – «Қостанай минералы» АҚ өндірістік ортасында жұмыс жасап қайтыс болғандарда - 26 (32,9%) оқиға тіркелген болса, бақылау тобы – Жітіқара қаласының қайтыс болған тұрғындары - 53 (67,1%) жағдайды құрады. Зерттеуге алынған адамдардың жалпы саны – 79.

Жұмысшы топтан алынған аутопсиялық материалды жұмыс жасау ұзақтығы бойынша келесідей 3 топқа бөлдік: 5 жылға дейін жұмыс жасағандар; 5 – 10 жыл аралығында жұмыс жасағандар; 10 жылдан көп жұмыс жасағандар (2 кесте). Бірінші топ - 11 жағдай (42,3%), екінші топ - 7 жағдай (26,9%) және үшінші топ – 8 (30,8%) жағдайды құрады. Жалпы жұмысшылар саны 26 болды.

Қазіргі таңда Қазақстан Республикасында қор көлемі бойынша дүние жүзінде 5 орын алып, бүгінгі күнде қуаттылығының деңгейі хризотил-асбестті өндіруде жылына 200 мың тоннаны құрап отырған хризотил – асбест кен орнын жүргізіп отырған жалғыз мекеме «Қостанай минералдары» АҚ Қостанай облысы Жітіқара қаласында орналасқан. Бұл өндіріс орнында кенді ашық әдіспен өңдейді, ашық әдіспен өндегенде барлық негізгі технологиялық үрдістер шаң бөлінумен жүреді.

Кен орындарын ашық әдіспен алу кезінде карьер алаңы беткейін дайындау, кен орнын кептіру мен беткейлі сулардан қоршау, негізгі тау жұмыстары, аршу және алу сияқты жұмыс түрлері орындалады.

Қазақстан Республикасының нормативтік құжаттарына байланысты шаңның максималды бір реттік ШРЕК - 4 мг/м³ деңгейіне сәйкес келеді.

Жылжымалы барлық механизмдер мен машиналардағы шаңның максималды бір реттік деңгейі рұқсат етілген деңгейден жоғары болды. Ауыр жүк көлігі мен жүк тиегіш машинада шаңның төменгі деңгейі 4,8 мг/м³ деңгейінде тіркеліп, рұқсат етілген деңгейден 1,2 есе жоғары болды. Шаңның максималды бір реттік концентрациясының (МБРК) жоғары деңгейі бұрғылау машинасының кабинасында 7,9 - 8,6 мг/м³ деңгейінде тіркеліп, ШРЕК – дан 2,1 есе жоғары болды. Барлық өздігінен жүретін жылжымалы механизмдер мен машиналардағы шаңның максималды бір реттік деңгейінің рұқсат етілген деңгейінен жоғары болуы, кенді өндіру тізбегінде технологиялық үрдістің ерекшелімен, карьердегі жолдардан шығатын шаңдар, механизмдер мен көліктердің техникалық жағдайымен және де басқа себептермен байланыстыруға болады.

Қалған жұмыс орындарындағы шаңның максималды бір реттік деңгейі рұқсат етілген деңгейінен жоғары. Кенді қабылдау бункерінде, К – 1 кенді тасымалдау аймақарында шаңдану көлемі 7,4 - 7,6 мг/м³ деңгейінде тіркеліп, рұқсат етілген деңгейден 1,8 – 1,9 есеге жоғарылады. Електе шаңның максималды бір реттік деңгейі рұқсат етілген деңгейінен 1,4 есе жоғарылап, шаңның нақты деңгейі 5,8 мг/м³ деңгейінде тіркелді. Конусты үлкен және орташа уатқышта максималды бір реттік көлемі 5,6 – 4,8 мг/м³ деңгейінде тіркеліп, сәйкесінше санитарлық норма деңгейінен 1,4–1,2 есеге жоғарылады. Кенді дайындау цехындағы шаңның деңгейінің жоғары болуы себебі, цехтағы карьерден келіп түсетін кенді ұсақтайтын конусты үлкен және орташа уатқыш жұмыстарымен, кенді конвейерлермен тасымалдау кезінде ауаға түсетін шаң көлемімен түсіндіруге болады және хризотилді шаңнан тазартатын алғашқы технологиялық тізбектер осы цехта орналасқан.

Шаңдану деңгейіне жүргізілген зерттеулер барысында шаңның максималды бір реттік концентрациясының неғұрлым жоғары деңгейі байыту цехында анықталды. Байыту цехында қаптау, тігу, тасу және басқару орны жұмыс аймақтарында шаңның максималды бір реттік концентрациясы санитарлық норма деңгейінде екендігі анықталды.

«Қостанай минералдары» АҚ өндірісіндегі кен дайындау және байыту цехының жұмыс аумағындағы шаңдану деңгейін зерттеу нәтижесінде екі цехта да шаңның максималды бір реттік деңгейі рұқсат етілген деңгейден жоғары екендігі анықталды.

Кен дайындау цехының шаңдану деңгейі 1,9 есе жоғары болса, байыту цехы бойынша шаңдану деңгейі 4,4 есе жоғары екенін көрсетті, яғни неғұрлым жоғары көрсеткіш байыту цехында тіркелді.

Байыту цехындағы шаңның МБРК – ның жоғары болуын осы цехтың ауқымдылығымен, сонымен қатар, цехта орналасқан технологиялық жабдықтар мен қондырғылардың көп шоғырлануымен, технологиялық үрдіс бойынша кенді бірнеше рет қайтара ұнтау, тазарту, тасымалдау жұмыстарымен түсіндіруге болады.

Қорытынды

1. Кен дайындау цехы бойынша тек басқару орнында шаңның максималды бірреттік көлемі рұқсат етілген деңгейге сәйкес келеді. Қалған жұмыс орындарында шаңның көлемі санитарлық нормадан жоғары болды, шаңның максималды бірреттік концентрациясының жоғары деңгейі К – 1 кенді тасымалдау аймақарында рұқсат етілген деңгейден 1,9 есеге жоғарылады, яғни шаңдану 7,6 мг/м³ деңгейінде тіркелді.

2. Өндіріс ортасының цехтар бойынша шаңдану деңгейін зерттегенде шаңның неғұрлым максималды бірреттік концентрациясы байыту цехында тіркелді, атап айтсақ, +20 деңгейде шаңның максималды бірреттік концентрациясы байыту цехы бойынша жоғары деңгейге ие болды. Аталған жұмыс орынында шаңның нақты деңгейі 17,2 – 17,8 мг/м³ көлемінде тіркеліп, рұқсат етілген деңгейден 4,3 – 4,4 есеге ауытқыды.

3. Зерттеу нәтижесінде тұрғындар тобына қарағанда өндірісте жұмыс жасап қайтыс болған адамдардан алынған аутопсиялық өкпе материалында пайда болған өзгерістердің үлесі жоғары.

4. Еңбек өтілімі бойынша, жұмыс жасау ұзақтығы артқан сайын жұмысшылардың өкпе тініндегі өзгерістердің де пайда болу көрсеткіштерінің жоғарылағаны байқалды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Мишлишников В.В., Еловская Л.Т., Бурмистрова Т.Б., Ковалевский Е.В. Предварительные и периодические медицинские осмотры работников асбестовых производств // Медицина труда и промышленная экология. – 2000. - №11. – С. 4-9.
- 2 Ибраев С.А., Полтарецкая Г.С. Вопросы безопасного и контролируемого использования хризотил – асбеста в Казахстане // Гигиена труда и медицинская экология. – 2006. - №4(13). – С. 3-9.
- 3 Malignant mesothelioma :advenses in pathogenesis, diagnosis and translational therapies // Springer. – New-York: 2005.- P. 854-861.
- 4 Izmerov N.Chryzotile asbestos and health // Trade unions and chrysotile. International conference. - М.: 2007. – P. 7–15.
- 5 Ибраев С.А., Отаров Е.Ж. Хризотил-асбест өндірісіндегі жұмысшылардың еңбек жағдайы бойынша класы мен рұқсат етілген жұмыс өтілін анықтау. – Қарағанды: 2011. - 221 б.
- 6 Куркин А.В., Даулеткалиева Ж.А., Рыбалкина Д.Х. Цитологическое исследование буккального эпителия при разном стаже работы в хризотил-асбестовом производстве // Медицина труда и промышленная экология. - 2015. - №3. – С. 16-18.
- 7 Peseta R combo P Marconi a Mesotelioma associated with environmental exposures // Medicine del Lahore. - 2005. - Vol.96. – P. 330-337.
- 8 Иванов В.В. Замена термина «асбест» на термин «хризотил» // Региональный международный семинар. – Ташкент: 2004. – С. 31-35.
- 9 Плюхин А.Е., Бурмистрова Т.Б., Постникова Л.В. Совершенствование принципов системы профилактики и реабилитации асбестообусловленных заболеваний бронхолегочной системы работников // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. - №5. – С. 37-40.

У. Шайхаттарова, Л.К. Назарова, Р.А. Баялиева,
Ж.Р. Абзалиев, Н. Калиева, А.Н. Искакова

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА ХРИЗОТОЛ АСБЕСТА

Резюме: В статье дана гигиеническая оценка здоровья рабочих и условия труда производства хризотол асбеста. Высокий уровень производственной пыли действует на рабочих неблагоприятно. Как показывает опыт работы, по мере увеличения продолжительности работы наблюдается увеличение числа изменений в легочной ткани рабочих.

Ключевые слова: хризотол-асбест, условия труда, болезни органов дыхания.

U. Shaykhattarova, L. Nazarova, R. Bayalyieva,
Z. Abzaliev, N. Kaliyeva, A. Iskakova

HYGIENIC ASSESSMENT OF WORKING CONDITIONS AND HEALTH OF WORKERS PRODUCING CHRYSOTILE ASBESTOS

Resume: The article gives a hygienic assessment of workers' health and working conditions of production of asbestos chrysotile. A high level of industrial dust affects the workers unfavorably. Experience shows that as the duration of work increases, there is an increase in the number of changes in the lung tissue of workers.

Keywords: chrysotile-asbestos, working conditions, diseases of the respiratory system.



НУТРИЦИОЛОГИЯ

NUTRITION

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ РАЦИОНАЛДЫ ТАМАҚТАНУ ТӘРТІБІНЕ БЕЙІМДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ ТӘСІЛДЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

А.С. Толеуова, Е.С. Утеулиев, Т.В. Попова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

Төменде көрсетілген мақалада авторлар жалпы тәжірибедегі дәрігерлердің рационалды тамақтану тәртібіне бейімділігін зерттеу тәсілдері жазылған.

Түйінді сөздер: рационалды тамақтану, диета, өмір сүру тәртібі, халық

ӘЖ 647.3.15.63-9.6

Өзектілігі: Дұрыс тамақтану денсаулық кепілі, ал медицина қызметкерлерінің дұрыс тиімді тамақтануы халықтың денсаулығын қалыпты жағдайда ұстап тұруға ықпалын тигізеді. Тамақтану - ағзаның қуат шығынының орнын толтыруға, тіндер құрылуына және жаңартылуына және қызметтерін реттеп отыруға қажетті, ағзаға түсетін заттардың қорытылуы, сіңу және сіңірілу үрдістері. Ағзаның өмір сүруге, денсаулықты және жұмысқа қабілеттілікті сақтауға қажет нәрлі заттарды (ақуыз, май, көміртегі, дәрумендер, минералды тұздар) бойға сіңіру процесі.

Тамақтану режимі мыналарды қамтиды: тамақты қабылдау мерзімділігі, тамақ қабылдау аралығындағы үзіліс, тәуліктік рационға кіретін калорияны бөлу. Төрт мезгіл тамақтану анағұрлым тиімді болып табылады, өйткені асқазанға күш біркелкі түсіп, тамақ шырындарының тағамды толық өңдеп шығуын қамтамасыз етеді. Тамақты күн сайын белгілі бір мезгілде қабылдау асқазан сөлін неғұрлым шұғыл бөлу рефлексі қалыптастырады. Төрт мезгіл тамақтану кезінде тәуліктік рационды бөлу күн тәртібіне және әдеттенуіне байланысты істеледі. Рационды мынадай тәртіппен бөлу анағұрлым тиімді болатын сияқты: таңертеңгі асқа 25%, түстікке 15%, кешкі тамаққа 25%. Ақырғы тамақ қабылдау ұйқыға дейін 2 сағат бұрын болуы тиіс. Түнгі сменада жұмыс істеген кезде кешкі ас күндік рационның 30% болуы тиіс, сонымен қатар тамақты түнгі сменаның екінші жартысына қабылдау көзделеді. Сондай-ақ тамақты бірқалыпты қорыту үшін тамақтық температуралық режимінің маңызы зор. Ыстық тамақтық температура 50—60 С аспауы тиіс, ал суық тамақтық температурасы, әдетте, 10 С төмен болмауы керек.

Зерттеу мақсаты: Алматы қаласындағы жалпы тәжірибедегі дәрігерлердің рационалды тамақтану тәртібіне бейімділігін зерттеу

Зерттеу міндеттері: шетелдік және отандық материалдардан әдеби шолу жасау және оның рационалды тамақтанудағы тиімді әдістерін анықтау.

Зерттеу тәсілдері мен көлемі: зерттеу тәсілдері ретінде әдеби шолуды алдық. Әдеби шолу барысында материалдың толық қанды зерттелгенін анықтауға болады. Зат алмасуының бұзылуының (семіру, қант диабеті және т.б.)

салдарынан пайда болатын аурулар жиі кездеседі. Осыған байланысты, қазіргі таңда, дұрыс тамақтану энергетикалық шығындарға және организмнің физиологиялық қажеттіліктеріне сәйкес келу үшін тамақтану мәдениетін жоғарылату мәселесі өзекті бола бастады [1].

Әрбір адамның азық-түлік заттарын дұрыс пайдалануы, артық жеуі және жалықтыруы денсаулықты көп нығайтуға көмектеседі. Дұрыс тамақтану денсаулықтың және ұзақ өмір сүрудің басты факторы болып табылады. Адамның физикалық жағдайы, оның қалай және қандай көлемде тамақ жейтініне байланысты [2]. Ғылыми-техникалық прогреске байланысты, ой еңбегімен айналысатын, энергияны аз қажет ететін адамдардың (10.25 МДж көп емес (2450 ккал) ер адамдар үшін және 8,4 МДж (2000 ккал) әйел адамдар үшін) саны қатты көбеюде. Аз энергия кезінде көбінесе азық-түліктің аз минорлы құрамды бөліктері (витаминдер, микроэлементтер) қолданылады. Мұндай жағдайларда, теңбе-тең энергиямен қамтамасыз етілуге қарамастан, гиповитаминді және гипомикроэлементтік күйлердің белгілері пайда болуы мүмкін. Тазартылған тағамдар – азық-түлік заттарын жеткіліксіз тұтынудың тағы бір себебі, ең алдымен, ой еңбегінің адамдарында. Эволюция барысында адам қоршаған ортаға бейімделуді үйренді, ол үшін шынайырақ азық тазартылмаған азық-түліктер болып табылады, себебі дәл осылардың көмегімен витаминдер мен минералды заттардың қолайлы келіп түсуі жетіледі. Қарқынды эмоциялық-жүйке жүктемесі кезінде дұрыс тамақтану принциптері, қарапайым ой еңбегі кезіндегімен салыстырғанда басқаша екенін байқаған дұрыс. Мұнда организмді қолайлы белок, аскорбин қышқылының, ретинолдың, В тобының витаминдерінің көлемімен қамтамасыз ету маңызды. Егер жұмыс ауысымды болса, онда тамақтану режимі де ауысады.

Энергия мен азық-түлік заттарының қажеттілігі белсенді физикалық белсенділікке байланысты дифференциалданады. Қарқынды дене еңбегі қосымша энергия көлемінің келуін талап етеді. Сонымен, ер адамдардың ауыр еңбек кезіндегі тәуліктік энергия шығыны 40 % артық ұлғаяды, сондай-ақ, ақ (30 %), май

(63,5 %) және басқа да қоспалардың қажеттілігі көбейеді. Әйел адамдардың тамақ қажеттілігі ер адамдарға қарағанда аз, бұл олардың организмдеріндегі алмасу процестерінің төмен қарқындылығымен байланысты. Тіршілік әрекетінің төтенше жағдайлары (Шеткі Солтүстік, биік тау және т.б.) адамдардың энергия мен азық-түлік заттарының қажеттілігін өзгертеді, бұл олардың тамақтануына үлкен өзгерістер енгізеді [3, 40-45 б.].

Қорытынды: Адам организмі термодинамика заңдарына бағынады. Соларға сәйкес, дұрыс тамақтану принципі қалыптасты: оның энергиялық құндылығы организмнің энергия шығындарына сәйкес келуі керек. Өкінішке орай, тәжірибеде бұл принцип жиі бұзылады. Энергия сыйымды азық-түліктерді (нан, картоп, мал майы, қант және т.б.) шығындық тұтынумен байланысты тәуліктік рациондардың энергетикалық құндылығы энергиялық шығындары жиі артады. Жас өскен сайын, дененің шығындық массасы жиналады және семіру басталады, ол көптеген созылмалы дегенеративтік аурулардың пайда болуына себеп болады.

Азық-түлік заттарының химиялық құрамының организмнің физиологиялық қажеттіліктеріне сәйкес келуі – дұрыс тамақтанудың екінші принципі. Күн сайын, белгілі бір көлемде және ара қатынаста организмге 70-ке жуық қоспа түсіу керек, олардың басым бөлігі организмде синтезделмейді және өмірлік қажетті болып табылады. Организмді осы азық-түлік заттарымен қолайлы жабдықтау түрлі тамақтану кезінде ғана мүмкін. Тамақтанудың тым әр түрлі болуы дұрыс тамақтанудың үшінші принципін анықтайды.

Ақырында, тамақтанудың қолайлы режимін сақтауды дұрыс тамақтанудың төртінші принципі анықтайды. Тамақтану режимі дегеніміз тамақ ішудің жиілігі, еселілігі және алмасуы. Тамақтану режимі азық-түлік заттарына және энергияны қажет ету сияқты жасқа, өндіріс ерекшеліктеріне байланысты түрін өзгертеді. Дұрыс тамақтанудың көрсетілген негізгі принциптерін сақтау оны құнды етеді.

Тамақтанудың белгілі бір ережелері бар:

- 1) ұстамды жеу керек;
 - 2) тамақ құнды болуы керек: онда жеткілікті көлемде белоктар, майлар, көмірсулар, минералды заттар, витаминдер бар болуы керек;
 - 3) тамақтану режимін сақтау қажет.
- Тамақтану режимінде төрт негізгі принципті ажыратқан дұрыс:
1. Жиілік, яғни, тамақты үнемі бір тәулік уақытында қабылдау.
 2. Тәулік барысында тамақтанудың бөлшектілігі. Сау адамға үш немесе төрт фазалық тамақтану ұсынылады, атап айтсақ: таңғы ас, түскі ас, кешкі ас және ұйқы алдында бір стакан айран.
 3. Әрбір тамақтанған кезде дұрыс тамақтануды барынша сақтау қажет. Бұл, тамақты әрбір қабылдаған кезде азық-түліктер жинағы организмге белоктарды, майларды, көмірсуларды, сонымен қатар витаминдер мен минералды заттарды қолайлы ара қатынаста жеткізу тұрғысынан ойланып істелінуі керек.
 4. Бір күнде тамақ ішу бойынша физиологиялық негізделіп бөлінуі. Төрт мезгіл тамақтану едәуір жағымды: жұмысқа дейін тоқ тамақ (күндіз дұрыс тамақтанудың жалпы калориялылығының 25-30 %), жұмыс арасындағы үзілісте жеңіл екінші таңғы ас (жалпы калориялылықтың 10-15 %), құнарлы түскі ас (калориялылықтың 35-40 %), салыстырмалы жеңіл кешкі ас (жалпы калориялылықтың 15-20 %) [1, 100-104 б.].

Таңғы ас, түскі ас және кешкі ас үшін тәуліктік уақыт еңбек және демалыс режиміне байланысты жеткілікті кең шеңберде өзгеруі мүмкін. Алайда, тамақ ішу арасындағы аралық 4-5 сағат болуы маңызды. Жүргізілген зерттеулер негізінде, кешкі ас пен ұйқының алдындағы аралықта 2-3 сағат өтуі керек.

Тамақтану режимімен қатар, кейбір психологиялық ережелерді сақтау артық болмайды.

1. Үстелге шаршаған күйде отырмаңыз. Қалай аш болсаңыз да, ең болмағанда 10 минут демала тұрыңыз.
2. Ашулы, шошынған күйде, қайғылы сезімдерге берілгенде тамақ ішпеңіз.
3. Өзіңізге қатты ұнамайтын адаммен бірге үстел басына бірге отырмаңыз.
4. Егер сізге қандай да бір тағам ұнамаған болса, пайдалы болса да оны татып көруге болмайды. Сізге ол бәрібір пайдасын тигізбейді.
5. Қарныңыз ашқанша үстелге отырмаңыз.

Азық-түлік заттарының 80 % термиялық өңдеуден кейін тұтынылады, бұл олардың жұмсаруына және сіңімділігінің жоғарылауына әсер етеді. Сонымен қатар, температуралық өңдеу зиянды микроорганизмдердің өлуіне және токсиндердің, әсіресе ең алдымен жануарларда бұзылуына әкеледі. Жылумен өңдеу өнімдердің микробтарға төзімділігін жоғарылатады және сонымен оларды сақтау мерзімдерін ұзартады. Жылумен өңдеу кезінде улы заттардың қатары бұзылады, мысалы, тамақ қорыту ферменттерінің ингибиторлары. Сонымен қатар, жылумен өңдеу көптеген өнімдердің дәмін түрлендіруге мүмкіндік беретіндігі маңызды [4].

Позитивті әсер етумен қатар, өңдеу азық-түлік заттарына жағымсыз да әсер етеді. Жылумен өңдеу кезінде витаминдер және кейбір ас қоспалары (белок, майлар, минералды заттар) бұзылады да зиянды заттар (майларды полимерлендіру өнімдері, меланоидиндер және т.б.) пайда болуы мүмкін, бұны дұрыс тамақтануды ұйымдастыру кезінде ескеру қажет. Азық-түлік заттарын жоғалту деңгейі өңдеу түріне тәуелді. Алғашқы өңдеу жеуге болмайтын бөліктері мен ластанулардан шикізатты босатуды, азық-түліктерден құндылығы төмен бөліктердің бөлінуін, сонымен қатар, қатырылған азық-түліктердің дефростациясын алдын ала қарастырады. Азық-түлік шикізатын жеуге келмейтін бөліктерден босату, тағамдық заттардың жоғалуына әкелетін болса да, өнімдердің биологиялық құндылығын жоғарылатады.

Өнімдер мен шикізаттың биологиялық құндылығына жылумен кулинарлық өңдеу ерекше әсер етеді. Өнімдерді жылумен өңдеудің бірнеше амалдарын ажыратады: суға және буға пісіру, булау (қысқа мерзімді (5—7 мин) өнімді суда немесе буда қыздыру), стерильдендіру және қуыру. Қыздыру кезінде ерігіш белоктар жоғалады және күлге немесе гельге айналады. Сонымен, жұмыртқаның ағы жұмыртқаның ішінде 80° С температураға жеткен кезде гелдерді жасай отырып, біріктіріледі (коагуляция). Оралу нәтижесінде ақ гелі буын тіндердің ішінде ондағы судың маңызды бөлігін шығарумен тығыздалады.

Азық-түлік заттарының көп түрлілігі және олардың әр түрлі комбинациялары кулинарлық өңдеу ерекшеліктерін ескерумен сау және ауру адамның тамақтануының, олардың теңгерілуін, емделу бағытын ескерумен ұйымдастыруға мүмкіндік береді.

Осылайша дұрыс тамақтану бойынша ұсынымдарды сақтау организмнің әр түрлі қоршаған орта агенттеріне төзімділігін жоғарылатудың және халықтың ішінде бірқатар жұқпалы емес созылмалы ауруларды азайтудың негізгі көзі болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Төрегелді Шарманов. – Алматы: Қайнар, 1996. – 95 б.
- 2 А. Алдашев Тағам және денсаулық. - Алматы: 1994. – 147 б.
- 3 И. М. Скурихин, В. А. Шатерников. – Алматы: Қайнар, 121 б.
- 4 З. Жөкебайқызы, С. Сейсенбекқызы. – Алматы: Рауан, 1993. – 56 б.
- 5 С. А. Досмұхамедов, Т. М. Сыздықов. – Алматы: Нұр-кітап, 2008. - 110 б.

А.С. Толеуова, Е.С. Утеулиев, Т.В. Попова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

**ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ ГОРОДА АЛМАТЫ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Резюме: Для многих людей здоровый образ жизни ассоциируется со спортивными упражнениями, незнакомыми диетами и бросанием вредных привычек. Но это не весь перечень, который должен входить в жизнь человека, начинающего вести здоровый образ жизни. В первую очередь, это здоровое и рациональное питание, а для врачей которые работают во благо населения это очень важно.

Ключевые слова: рациональное питание, образ жизни, диета, население.

A. Toleuova, E. Uteyliyev, T. Popova
Kazakhstan Medical University "KSPH"

**FEATURES OF ADHERENCE TO RATIONAL NUTRITION OF GENERAL
PRACTITIONERS IN ALMATY
(LITERATURE REVIEW)**

Resume: For many people, a healthy lifestyle is associated with sports exercises, unfamiliar diets and throwing bad habits. But this is not the whole list, which must enter into the life of a person who starts to lead a healthy lifestyle. First of all, this is a healthy and rational diet, and for doctors who work for the benefit of the population it is very important.

Keywords: rational nutrition, lifestyle, diet, population.



ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

PHARMACY AND PHARMACOLOGY

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF EXTRACTS OF WORMWOOD ARTEMISIA GMELINII

¹A.S. Mamatova, ¹Z.B. Sakipova, ²Anna Malm, ¹G.S. Ibadullayeva

¹Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

²Department of Microbiology, Medical University of Lublin, Poland

The article presents the data of microbiological study of the herb of *Artemisia Gmelinii*. The estimation of antimicrobial activity of *Artemisia gmelinii* Weber ex Stechm extracts against test microorganisms is described. To study the antimicrobial activity of the biologically active components *Artemisia gmelinii* Weber ex Stechm, extracts obtained by different solvents were used: alcohol, chloroform and carbon dioxide.

Keywords: *Artemisia Gmelinii*, MIC and MBC, extracts.

УДК 615.741:615.451.16:615.281

Introduction.

Of special interest in search of antimicrobial substances are essential-oil plants, which are an inexhaustible source of biologically active substances (BAS). BAS of medicinal plants can be an effective adjunct in the complex treatment of infectious diseases [1]. Biological activity of different types of *Artemisia* Asteraceae family is described as producers metabolites with antimicrobial and antioxidative activity [2]. Essential oils Asteraceae spp. have been widely used for various medical purposes such as antimalarial, antibacterial, antiviral, nematocidal and fungicidal ones for many years [3]. The prospect of search of antimicrobials producers among Asteraceae spp., growing in Kazakhstan is undeniable, as there is a sufficient resource base. One species of wormwood is *Artemisia gmelinii* Weber ex Stechm. Determination of the potential antimicrobial and antifungal activity of extracts of *Artemisia* is a priority for the development of natural antimicrobial agents.

Goal Evaluation of the antimicrobial activity of extracts of *Artemesiagmelinii* against the test microorganisms.

Material and Methods.

To study the antimicrobial activity of bioactive components of *Artemesiagmelinii* extracts, obtained by processing a carbon dioxide, alcohol and chloroform, were used. The wormwood was collected in July and August 2015 at the foothills of the Trans-Ili Alatau of the Republic of Kazakhstan. Raw material drying was carried out by air-shadow method, in the well-ventilated accommodations, out of direct sunlight. The crushed leaves were extracted with chloroform, ethanol and CO₂ using a Soxhlet apparatus. The resulting solutions were poured through a filter paper and stored at 4°C for further study of antimicrobial and anti-fungal activity using the micro-dilution method in accordance with the requirements of the European Committee for testing antimicrobial activity (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing- EUCAST) 2003) and the guidelines of the Institute of clinical and laboratory standards [12].

To investigate the antibacterial and anti-fungal activity of *Artemisia gmelinii* reference strains obtained from the American Type Culture Collection have been used:

- gram-positive bacteria (*Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus aureus* ATCC 43300, *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 12228, *Bacillus subtilis* ATCC 6633, *Bacillus cereus* ATCC 10876, *Micrococcus luteus* ATCC 10240, *Streptococcus pyogenes* ATCC19615, *Streptococcus pneumoniae* ATCC49619, *Streptococcus mutans* ATCC25175);

- gram-negative bacteria (*Escherichia coli* ATCC 25922, *Proteus mirabilis* ATCC 12453, *Klebsiella pneumoniae* ATCC 13883, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027);

- yeast-like fungi (*Candida albicans* ATCC 2091, *Candida albicans* ATCC 10231, *Candida parapsilosis* ATCC 22019).

All test strains were subcultured on meat-peptone agar and Sabouraud medium at 35°C for 18 - 24 hours or 30°C for 24 - 48 hours for bacteria and fungi, respectively.

Samples containing test compounds of *Artemisia* were dissolved in dimethylsulfoxide (DMSO) to 50 mg/ml. Microbial suspensions were prepared in sterile saline (0,85% NaCl) with an optical density of 0,5 McFarland of the standard scale. The test bacterial suspensions were placed on Petri dishes with solid nutrient medium of Mueller-Hinton agar, containing 1 mg/ml of the test compounds, and then incubated at 37°C for 24 hours. Inhibition of microbial growth was assessed in comparison with a control culture sown on nutrient medium without the test substances. The minimum inhibitory concentration (MIC) of the test compounds was determined by two-fold micro dilutions in Mueller Hinton broth (for bacteria) and RPMI 1640 broth with MOPS (for fungi) in 96-well polystyrene plates. The final concentration of compounds ranged from 1000 to 7.81 µg/ml. The microbial suspensions were prepared by the above given scheme.

Then 1 mcl of bacterial or fungal suspension were added to each well, containing 100 mcl of broth and various concentrations of the test compounds. After incubation, MIC was evaluated by spectrophotometrical determining of the lowest compound concentrations, causing complete inhibition of growth of fungal or bacterial test strain. Medium without the test substances served as a control

The minimum bactericidal concentration (MBC) or minimum fungicidal concentration (MFC) was determined as the lowest

concentration of compounds which is required for death of certain types of bacteria or fungi. MBC/MFC was determined by inoculating of 5ml of cultures from each well in the absence of growth while determining the MIC, followed by sowing on the

appropriate agar medium. The result was evaluated after incubation in the thermostat at $35\pm 2^\circ\text{C}$ for 24 hours. The lowest concentration of the compounds without visible growth was evaluated as bactericidal/fungicidal concentration.

Table 1

Plant extracts	Thechloroformextract			alcoholicextract			CO ₂ extract		
	MIC (mg/ml)	MBC (mg/ml)	MBC/MIC ratio	MIC (mg/ml)	MBC (mg/ml)	MBC/MIC ratio	MIC (mg/ml)	MBC (mg/ml)	MBC/MIC ratio
Gram-positive bacteria									
<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC25923	5	20	4	2,5	2,5	1	5	5	1
<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC6538	5	20	4	5	5	1	2,5	10	4
<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC43300	1,25	5	4	1,25	5	4	2,5	5	2
<i>Staphylococcus epidermidis</i> ATCC12228	5	>20	nd	2,5	2,5	1	2,5	10	4
<i>Micrococcus luteus</i> ATCC10240	5	>20	nd	5	10	2	1,25	10	8
<i>Bacillus subtilis</i> ATCC6633	5	10	2	5	20	4	2,5	2,5	1
<i>Bacillus cereus</i> ATCC10876	5	>20	nd	5	>20	nd	5	>20	nd
<i>Streptococcus pyogenes</i> ATCC19615	5	5	1	10	5	2	2,5	1,25	0,5
<i>Streptococcus pneumoniae</i> ATCC49619	2,5	0,62	0,248	10	5	2	2,5	0,62	0,248
<i>Streptococcus mutans</i> ATCC25175	10	10	1	10	10	1	1,25	2,5	2
Gram-negative bacteria									
<i>Escherichia coli</i> ATCC25922	>20	>20	nd	20	20	1	>20	>20	nd
<i>Proteus mirabilis</i> ATCC12453	>20	>20	nd	10	10	1	20	20	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i> ATCC13883	20	20	1	5	5	1	20	>20	nd
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC9027	>20	>20	nd	20	20	1	20	20	1
Yeasts									
<i>Candida albicans</i> ATCC102231	2,5	5	2	5	10	2	2,5	2,5	1
<i>Candida albicans</i> ATCC2091	5	5	1	5	10	2	2,5	2,5	1
<i>Candida parapsilosis</i> ATCC22019	5	10	2	2,5	10	4	2,5	5	2

Results.

Action of chloroform-extract.

As seen from Table 1, the chloroform extract exerts an inhibitory activity against all the tested gram-positive bacteria: MIC ranged from 1,25 mg/ml to 10 mg/ml. The extract showed the greatest activity to *Staphylococcus aureus* ATCC 43300 - 1,25 mg/ml and *Streptococcus pneumoniae* ATCC49619- 2,5 mg/ml. MIC 5 mg/ml was revealed against pathogenic strains of *Staphylococcus* (*Staphylococcus aureus* ATCC 25923; *Staphylococcus aureus* ATCC 6538) as well as *Staphylococcus epidermidis* (*Staphylococcus epidermidis* ATCC 12228) and *Micrococcus luteus* ATCC 10240, *Bacillus subtilis* ATCC 6633, *Bacillus cereus* ATCC 10876. Most MIC value was observed relative to *Streptococcus mutans* (MIC of 10 mg/ml).

Satisfactory results have been achieved with *Escherichia coli* ATCC 25922, *Proteus mirabilis* ATCC 12453, *Klebsiella pneumoniae* ATCC 13883, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027. They were sensitive at higher extract concentrations (MIC ≥ 20 mg/ml). The test compound showed quite high inhibitory activity to a yeast-like fungi genus *Candida* (*Candida albicans* ATCC 2091, *Candida albicans* ATCC 10231, *Candida parapsilosis* ATCC 22019), MIC was 2.5 - 5 mg/ml.

MBC ranged widely within 0,62-20 mg/ml. MIC 20 mg/ml was needed for destruction of 99,9% *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 12228, *Bacillus cereus* ATCC 10876 and all tested gram-negative bacteria. The extract showed enough high fungicidal activity against the yeasts - MIC 5 mg/ml. Chloroform extract in low concentration showed bactericidal activity against *Staphylococcus aureus* ATCC 43300, *Streptococcus pyogenes* ATCC19615, fungicidal- to yeasts. In determining the MIC/MBC

ratio this indicator for all microorganisms tested was within ≤ 4 , which allows making a conclusion about a sufficiently high antimicrobial and fungicidal activity of chloroform extract.

Action of ethanol-extract.

Sufficiently high inhibitory activity ethanol extract exhibited to 15 test microorganisms; MIC ranged from 1,25 mg/ml to 10 mg/ml, with exception of *Escherichia coli* ATCC 25922 and *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027 (MIC 20 mg/ml). MBC ranged from 2,5 mg/ml to 20 mg/ml. The highest concentration was needed to exhibit bactericidal activity for microorganisms of the genus *Bacillus*, *Escherichia*, and *Pseudomonas* (MBC 20 mg/ml). The ratio of the MIC / MBC for all microorganisms tested ranged within ≤ 4 , which indicates antibacterial and antifungal activity of the extract.

When compared with the results of the chlorophyll-extract one can see that the ethanol extract possesses pronounced antibacterial and antifungal activity (MIC/MBC was mostly in range 1).

Action of CO₂-extract.

CO₂ extract antibacterial activity was expressed with regard to all the tested gram-positive bacteria (MIC of 1.25 mg/ml to 5 mg/ml). For all the tested gram-negative bacteria MIC was ≥ 20 mg/ml. The best results compared to others were those of CO₂-extract: it showed high fungistatic activity, for yeasts MIC was 2.5 - 5 mg/ml.

MBC of CO₂-extract had a fairly wide range from 0.62 mg/ml to 20 mg/ml. The minimum concentration required for bactericidal action was against *Streptococcus pneumoniae* ATCC49619 (MBC 0.62 mg/ml), *Streptococcus pyogenes* ATCC19615 (MBC 1.25 mg/ml), *Streptococcus mutans* ATCC2517 (2,5 mg/ml). MIC/MBC ranged from 0.248 to 8, which indicates various effects of CO₂

extract. Fungistatic and fungicidal activities were high enough (2.5-5 mg/ml), MIC/MBC \leq 2.

Analyzing the results one can state as follows:

- in spite of their different chemical profiles all kinds of extracts of *Artemisia gmelinii* exhibit antimicrobial and antifungal activity;
- *S.aureus*, *S.epidermidis* showed the highest sensitivity to the extract components; their sensitivity was exhibited to fairly low concentrations of the extracts (from 1.25 to 5 mg/ml);
- extracts showed expressed activity against the yeast fungi of the genus *Candida*; on the contrary inhibition of bacteria of the genus

Pseudomonas and *Proteus* is observed at high concentrations of the extracts;

- extracts have high activity, more pronounced in the CO₂-extract against *Streptococcus mutans*, which contributes significantly to the development of caries.

Thus, extracts of wormwood *Artemisia gmelinii* have shown a wide spectrum of antibacterial and antifungal activity. Determining of the most potential compounds of *Artemisia gmelinii* can be used to develop effective antibacterial and antifungal agents.

REFERENCES

- 1 Bhakuni R. S., Jain D. C., Sharma R. R, Kumar S. Secondary metabolites of *Artemisia annua* and their biological activity // *Current Science*. - 2001. - vol. 80, №1. - P. 35-48.
- 2 Cavar S., Maksimovic M., Vidic D., Parid A. Chemical composition and antioxidant and antimicrobial activity of essential oil of *Artemisia annua* L. from Bosnia // *Industrial Crops and Products*. - 2012. - vol. 37, №1. - P. 479-485.
- 3 Cox SD, Mann CM, Markham JL, Bell HC, Gustafson JE, Warmington JR, Wyllie SG The mode of antimicrobial action of the essential oil of *Melaleuca alternifolia* (tea tree oil) // *J Appl Microbiol*. - 2000. - Vol.88. - P. 170-175.
- 4 Duarte M. C. T., Leme E. E., Delarmelina C., Soares A. A., Figueira G. M., Sartoratto A. Activity of essential oils from Brazilian medicinal plants on *Escherichia coli* // *Journal of Ethnopharmacology*. - 2007. - vol. 3, №2. - P. 197-201.
- 5 Gupta P., Dutta B., Pant D., Joshi P., Lohar D. In vitro antibacterial activity of *Artemisia annualinn*. Growing in India // *International Journal of Green Pharmacy*. - 2009. - vol. 3, №3. - P. 255-258.
- 6 Jose Abad M, Bedoya LM, Apaza L, Bermejo P The *Artemisia* L. Genus: A Review of Bioactive Essential Oils // *Molecules*. - 2012. - Vol.17. - P. 2542-2566.
- 7 Lopes-Lutz D, Alviano DS, Alviano CS, Kolodziejczyk PP Screening of chemical composition, antimicrobial and antioxidant activities of *Artemisia* essential oils // *Phytochemistry*. - 2008. - Vol.69. - P. 1732-1738.
- 8 Zouari N Essential oils: A less known side // *Med Aromat Plants*. - 2013. - №1, - P. 145-151.
- 9 Clinical and Laboratory Standards Institute. Reference method for broth dilution anti-fungal susceptibility testing of yeasts // *Clinical and Laboratory Standards Institute*. - PA: 2012. - P. 27-34.

¹А.С. Маматова, ^{1,3}Б. Сакипова, ²Анна Малм, ¹Ф.С. Ибадуллаева
¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
²Люблин медициналық университеті

ARTEMISIA GMELINII ЖУСАНЫ ЭКСТРАКТЫН МИКРОБҚА ҚАРСЫ БЕЛСЕНДІЛІГІ

Түйін: Мақалада *Artemisia Gmelinii* жусаны шөбінің микробиологиялық зерттеу деректері келтірілген. *Artemisia gmelinii* Weber ex Stechm микроорганизмдеріне экстракттардың микробқа қарсы белсенділігін бағалау қарастырылған. *Artemisia gmelinii* Weber ex Stechm биологиялық белсенді компоненттердің микробқа қарсы белсенділігін зерттеу үшін әр түрлі еріткіштермен алынған экстракттар: алкоголь, хлороформ және көміртегі диоксиді қолданылды.

Түйінді сөздер: Артемизия Гмелини, МІС және МВС, экстракттар.

¹А.С. Маматова, ^{1,3}Б. Сакипова, ²Анна Малм, ¹Ф.С. Ибадуллаева
¹Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы, Республика Казахстан
²Люблинский медицинский университет (Польша)

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ ПОЛЫНИ ARTEMISIA GMELINII

Резюме: В статье приведены данные микробиологического исследования травы полыни Гмелина. Описана оценка антимикробной активности экстрактов *Artemisiagmelinii* Weber ex Stechm против тест - микроорганизмов. Для изучения антимикробной активности биологически активных компонентов *Artemisiagmelinii* Weber ex Stechm были использованы экстракты, полученные разными растворителями: спиртом, хлороформом и диоксидом углерода.

Ключевые слова: Артемизия Гмелини, МІС и МВС, экстракты

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРГЕ БАҒАНЫ МЕМЛЕКЕТТІК РЕТТЕУДІҢ НЕГІЗГІ АЛҒЫ ШАРТТАРЫ

У.М. Датхаев, К.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, Ж.Е. Бабаханова, С.К. Тулемисов
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қаласы

Дәрілік заттарға баға қалыптастыру экономикалық жағынан маңызды категориялардың бірі болып табылады. Дәрілік заттарға бағаны қалыптастыру әртүрлі факторларға тәуелді болады. Атап айтар болсақ: сұраныс, ұсыныс және экономикалық жағдай. Бұл мақалада біз дәрілік заттардың импорт көлемін анықтап, бағаны қалай белгілеу мәселелерін талдадық.

Түйінді сөздер: баға белгілеу, импорт, фармацевтикалық нарық, баға саясаты, сұраныс, ұсыныс

УДК 615.7:339.133:338.53

Өзектілік. Дәрілік заттарға баға қалыптастыру экономикалық жағынан маңызды категориялардың бірі болып табылады. Дәрілік заттарға бағаны қалыптастыру әртүрлі факторларға тәуелді, яғни сұраныс, ұсыныс және экономикалық жағдай. Қазіргі таңда Қазақстан Республикасында дәрі-дәрмектерге деген баға құбылмалы болып тұруда. Әсіресе, шет мемлекеттерден әкелінетін фармацевтикалық өнімдердің құны шарықтауда. Тек былтырғы жылдың өзінде мемлекетте импорт көлемі экспорт көлемінен 43 ретке өсті [1]. Қазақстанның фармацевтикалық бағыты шет ел импортына өте тәуелді болып келеді. Алайда, осы импорттық фармацевтикалық өнімдердің барлығы дерлік Қазақстанда ресми тіркелген.

Бұл жағдай қарапайым халықтың қалтасына салмақ түсіретіні сөзсіз. Алайда алдағы уақытта елімізде дәрі-дәрмектің баға саясатын бақылауға аса мән берілмек. Елбасының жолдауында: «Заңнамалық тұрғыдан барлық дәрі-дәрмектің бағасын реттеуді енгізу қажет», - деп аталып көрсетілген [2]. Бүгінде бұл жолдауда жүктеген міндеттерді жүзеге асыруға бағытталған жұмыстар жүйелі түрде жүзеге асырылуда.

Зерттеу нәтижесі. Қазіргі таңда медикаменттердің жиынтық нарығы шамамен 8000 атауды қамтиды. Оның ішінде, рецептурамен босататын дәрілер 72%-ды, ал рецептсіз босататын дәрілер 28%-ды құрайды. Осы ретте отандық өндірушілер, халықты дәрілік заттармен тек 30 пайызға ғана қамтиды. Себебі, Қазақстан Республикасында дәрі-дәрмек өндірісі баяу дамуда. Соңғы 15 жыл ішінде отандық өндірушілердің дәрілік нарық көлеміндегі ақшалай көріністегі үлесі үш пайыздан он пайызға ғана ұлғайған. Яғни, отандық өндірушілер тұтынылатын дәрі-дәрмектер көлемін он пайыздан аспайтын өнімін шығарады. Қазақстан Республикасында фармацевтика мен медицина өнімін өндірушілерінің жалпы 89 кәсіпорыны бар [3]. Ірі зауыттар үлесіне Қазақстанда шығарылатын барлық дәрі-дәрмектердің ақшалай көріністе тоқсан пайыздан астамы ғана тиесілі. Бұл ретте келесі, отандық кәсіпорындарды атап өтуге болады: «Химфарм» АҚ, «Глобал Фарм БК» ЖШС, «Нобел АФФ» АҚ, «Қарағанды фармацевтика кешені» АҚ. Отандық фармацевтикалық өнеркәсіптің баяу дамуына негізгі проблемасы - арзан және ауқымсыз отандық ассортименті болып табылады. Бұл ретте отандық өндірушілердің өнім портфелінің негізгі бөлігін рентабелділігі төмен дженерикті препараттар (олардың жалпы нарық көлеміндегі үлесі 85%) құрайды, ал ерекше препараттар нарығы 15 %-ды құрайды. Бұл дәрі-дәрмек өндірушілеріне өз пайдасын жаңа ерекше дәрілік препараттарды зерттеу мен әзірлеуге бөлуге мүмкіндік бермейді. Қазақстан Республикасының отандық фармацевтикалық өндірісі шетел компанияларымен

салыстырғанда жалпы дәрілік заттың саны бойынша артта қалып келеді. Бұл шетел компанияларының барлық дәрі-дәрмектері Қазақстанда тіркелген.

Қазіргі таңда Қазақстан Республикасының фармацевтикалық өнімдерінің импорт үлесі 70 пайызға жетіп отыр. Бұл мәселені, яғни шетелден жеткізілетін фармацевтикалық өнімдерді уақытылы, толық қамтамасыз етуді, шешу мақсатында мемлекет тарапынан біріңғай дистрибьютор «СК-Фармация» АҚ құрылған болатын. Бұл ұйымның негізгі міндеті медикаменттерді барынша тез жеткізу маңызды рөлде болып тұр. Шетелден келетін фармацевтика өнімдердің басты жабдықтаушылары ТМД мен АҚШ компаниялары болып отыр. Бұл өнімдердің көбісі дистрибьютерлік компаниялары «Медсервис плюс» ЖШС, «Стофарм» ЖШС, «Аманат» ЖШС, арқылы келеді. Өндірушілердің баға белгілеу стратегиясы қарастыру мақсатында, біз прайс-парақтарына сүйенсе отырып, олардың өз бағаларын АҚШ долларында бекітетінін анықтадық. Біздің елімізде валюта бір қалыпты жағдайда тұрмағанына байланысты, шетелден келетін дәрі-дәрмектерде әр түрлі баға болады. Сондықтан, әр елден келеін бір дәрі-дәрмекке баға әртүрлі болып бекітілінеді. Елімізге келетін дәрі-дәрмектердің көбі шетелден жеткізілетін болғандықтан, оны тасымалдау жұмысымен әзірге жеке меншік фирмалар ғана айналасады. Сондықтан олар дәрі-дәрмектердің бағасына жол шығынын, салықты және өздерінің үстеме пайыздарын қосады. Бірақ ол фирмалардың үстем ақысының қандай мөлшерде болу керектігін ешкім бақылауға алмайды. Өйткені барлық шетел мемлекеттерімен келісім-шарт жасалып қойылған. Мысалы, мемлекет МККК негізінде осы жылы бір ампула димедролдың бағасын 6,99 теңгеге бекіткен. Ал дәріханаларда ол 22 теңгеге дейін жеткен. Яғни оған бөлшек саудада бағаны 3 есеге көтерген.

Бүгінгі таңда мемлекет нарықтағы дәрі-дәрмектердің тек 54% пайызын ғана бақылайды, ал қалған 44% бақылаусыз болып қалуда. Көптеген сарапшылар еліміздің фармацевтикалық нарығын зерттеп, біздің өзіміз бүкіл дәрі-дәрмектерді жасай алатын шамада екенімізді айтып өтеді. Фармацевтикалық нарықтың заманауи жағдайы көбінесе шет елдік валютаның теңге бағамына тәуелді болып келеді. Мысалы, айта кетсек, 2015 жылы болған девальвациядан кейін, көтерме дистрибьюторлардың орташа баға өсімі 30,2 пайызды құрады, ал бөлшек сауданың орташа баға өсімі 44 пайызды құраған. Бұл деректер 7 дәрілік заттарға талдау жасау арқылы, Алматы қалаларында орналасқан ЖШС «ТурСад» дистрибьюторлық компаниясынан және ЖК «Садирмекова» дәріханасынан алынған (кесте 1). Фармацевтикалық нарықтың заманауи жағдайы көбінесе шет елдік валютаның теңге бағамына тәуелді.

Кесте 1 - Дәрілік заттардың 2014-2015 жылдардағы орташа баға өсімінің көрсеткіштері

№	Дәрілік зат	Көтерме орташа баға		Өсуі (%)	Бөлшек орташа баға		Өсуі (%)
		2014ж	2015ж		2014ж	2015ж	
1	Амбробене 30 мг №20 таблетка	565	811	30,6%	678	975	30,1%
2	Парацетамол 0,5 мг №10 таблетка	18	30	40%	25	40	38,7%
3	Вольтарен эмульгель 1% 20 гр гель	650	840	22,7%	780	1020	23,6%
4	Галазолин 0,1% 10 мл капли	190	355	46,4%	230	430	46,6%
5	Дексаметазон 0,004 мл 1 мл №25	1160	1445	20%	1392	1735	19,8%
6	Демотон- Б12 5 мл №5 ампула	1440	1820	20,2%	1750	2200	21,5%
7	Анаферон №20 таблетка	750	1100	32,3%	900	1320	32,1%

Біз талдау нәтижесінде, аталған дәрілік затқа баға беру жүйесі көтерме саудада және дәріханаларда бекітілген көрсеткіштер шегінде екені анықтадық. Көтерме дистрибьюторлары -15 пайызға дейін, ал дәріханалар -23-25 пайызға дейін үстеме бекітетіндігін айқындадық. Қазіргі таңда Елбасы Н. Назарбаевтың тапсырмасын орындау мақсатында, «Денсаулық» мемлекеттік бағдарлама аясында денсаулық сақтау ұйымдарынан топтастырылған республикалық сараптама тобы құрылып, мемлекет тарапынан дәрі-дәрмектерге баға белгілеу мәселесі бойынша іске кірісуде. Аталған жұмыс тобының негізгі міндеті болып фармацевтикалық өнімді шығарушылардан бастап, дәріхана ұйымдарына дейін бағаларды бекіту бойынша ұсыныстарды қарастырып, баға құрудың әдістемесін әзірлеу болып табылады. Егер, дәрі-дәрмек тасымалдаумен айналысатын кейбір компаниялармен мемлекет арасында меморандумдар жасалғанын ескерсек, онда бағаны үнемі бақылауда ұстау қиынға соғатындығын атап өткен жөн, дәрі-дәрмекке деген баға күн сайын құбылууда.

2017 жылдың басында кейбір дәрілік препараттарға, соның ішінде ыстықты түсіретін, жөтелді басатын және тұмау, аллергия, басқа да жұқпалы ауруларға қарсы препараттардың бағасына мониторинг жүргізілу нәтижесінде, бірқатар дәріханада кейбір препараттардың бағасы 5-15%-ға дейін көтерілгені анықталды. Үкіметтің дерегі бойынша мемлекет қаржысына сатып алатын дәрі-дәрмектердің шамамен 30 пайызы ғана отандық өндірушілерді екені анықталды. Ал қалған пайыздың орнын шетелдік қымбат дәрілер толтыратыны анықталды. **Қорытынды.** Қорыта келгенде, жоғарыда атап өткен мәселені ескере отырып, біз дәрі-дәрмек бағасын мемлекеттік реттеу жүйесін жасау қажеттілігін анықтадық. Сонымен қатар, отандық дәрі-дәрмектің үлесін арттырып, фармацевтикалық зауыттарды көбейту қажеттілігін атап көрсеттік. 2014 жыл және 2015 жыл аралығындағы валютаның теңгеге қатынасы салдарынан дәрі-дәрмек бағасы біркелкі емес өскенін анықтадық.

ӘДИБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 марта 2016 года № 143 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы». – Астана 2016.
- 2 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик». – Астана 2015.
- 3 Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
- 4 Государственный стандарт Республики Казахстан «Надлежащая аптечная практика». СТ РК 1615-2006. – [портал <http://adilet.zan.kz>].
- 5 Фармацевтический обзор Казахстана [История, основные направления развития и текущее состояние] [ElectronicResource];-<http://pharm.reviews/images/novosty/aquitas.pdf>- М: Алматы, РК 2016 г.

У.М. Датхаев, К.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, Ж.Е. Бабаханова, С.К. Тулемисов
Казанский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

ОСНОВНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Резюме: Цены на лекарства - одна из наиболее экономически важных категорий. Установление цен на лекарства зависит от различных факторов. В частности, спрос, предложение и экономические условия. В этой статье мы проанализировали объем импорта лекарств и рассмотрели вопрос установления цен на лекарственные средства.

Ключевые слова: ценообразование, импорт, фармацевтический рынок, ценовая политика, предложение, спрос.

U.M. Datkhayev, K.S. Zhakipbekov, E.A. Serikbayeva, Z.Y. Babakhanova, S.K. Tulemissov
Asfendiyarov Kazakh National Medical, Almaty

THE MAIN PRECONDITIONS FOR STATE REGULATION OF PRICES FOR MEDICINES IN
THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: Prices for medicines are one of the most economically important categories. The setting of prices for medicines depends on various factors. Namely: demand, supply and economic conditions. In this article, we analyzed the volume of drug imports and analyzed how to set prices.

Keywords: determining prices, import, pharmaceutical market, the evaluation policy, medicinal drugs, monitoring, pricing.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ
КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**А. Кайрбеков, К. Кунанбай, Е.Ш. Кудабаяев, Н.Б. Байжигитова,
М.И. Ордаханова, Б.Х. Киекова**

*Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра клинической фармакологии*

Приведен анализ применения Лозап плюс и Кардионата у больных АГ с метаболическим синдромом на примере 20 больных в сравнении с контрольной группой (20 больных) получавшей стандартные лечения.

Отмечался положительный клинический эффект в основной группе с уменьшением клинических проявлений АГ с метаболическим синдромом по сравнению с больными, получавшими стандартную терапию без включения Лозап плюс и Кардионата.

Ключевые слова: АГ, метаболические синдромы, качества жизни, гемодинамики.

УДК 616.12-008. 1-036. 12-053. 89-085:615.225

Лечение артериальной гипертонии (АГ) как в мире, так и в Казахстане остается недостаточно эффективным. Результаты крупного эпидемиологического исследования EVRIKA свидетельствуют, что в Европе на фоне проводимой терапии целевой уровень артериального давления (АД) регистрируется лишь у 50% больных с АГ (1).

В Казахстане эффективную антигипертензивную терапию (АГТ) получают 48,5% пациентов, а достигают целевого уровня АД около 25% (2). Отсутствие должного контроля АД ассоциировано с множеством причин, особенно с сочетанием метаболическим синдромом (МС).

Нельзя не отметить, что сочетание АГ и МС способствует взаимному отягощению течения каждого из этих состояний, быстрому развитию и прогрессированию поражения органов – мишеней, а также существенно затрудняет проведение эффективной и безопасной АГТ (3).

Комбинированная антигипертензивная терапия имеет ряд неоспоримых преимуществ. Прежде всего, учитывая гетерогенность патогенеза АГ, у одного пациента могут быть задействованы различные механизмы повышения АД, и степень участия каждого из них может меняться. При использовании рациональных комбинаций АГП происходит не механическое сложение эффективности назначаемых совместно препаратов, а потенцирование их действия, обусловленное тем, что гемодинамические, нейрогуморальные, метаболические механизмы двух типов лекарственных препаратов помогают достигнуть синергизма реакций, дополнив действие друг друга.

Проблемы повышения эффективности лечения АГ является одной из центральных в современной кардиологии и имеет большое медико- социальное значение.

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении АГ, крупные исследования не смогли продемонстрировать улучшение прогноза при этом заболевании и популяции в целом. Рост числа больных АГ диктует необходимость поиска новых лекарственных препаратов, или удачно сочетание известных препаратов, не влияющих на доставку кислорода к миокарду, и не обладающих отрицательным

хронотропным и инотропным эффектом. Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является применение препаратов, непосредственно влияющих на метаболизм ишемизированного миокарда, поскольку в основе его повреждения всегда лежат метаболические нарушения (4). К таким препаратам можно отнести миокардиальные цитопротекторы позволяющие оптимизировать метаболизм миокарда, переключая его с использования жирных кислот на утилизацию глюкозы (5). Основная цель лечения больных АГ с метаболическим синдромом состоит в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них. В связи с этим наиболее приемлемой признака терапевтической стратегия, предусматривающая применение препаратов с различным механизмом действия. В соответствии с современными рекомендациями ингибитора рецепторов ангиотензина II, наряду с цитопротекторами являются препаратами первого ряда лечения больных с АГ с метаболическим синдромом. Такая комбинированная терапия АГ предотвращает поражение органов- мишеней и уменьшает частоту сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования оценка клинической эффективности и безопасности препаратов Лозап плюс и Кардионата в лечении артериальной гипертонии у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находились 40 больных АГ в сочетании с МС в возрасте от 45-65 лет (средний возраст 55,0±0,5 лет), мужчин 25, женщин 15.

Критериями включения являлись АГ 1-3-й степени, абдоминальное ожирение в сочетании с любыми двумя дополнительными признаками МС.

Длительность заболевания колебалась от 10 до 20 лет и составили в среднем около 14,5±1,7 лет. До включения в исследование 29 человека (73,9%) получали различную антигипертензивную терапию, как в виде монотерапии, так в виде комбинированной терапии, при этом у всех пациентов на момент

отбора АД было выше «целевого уровня» и следовательно эффект проводимой ранее терапии был расценен как неадекватный, остальные больные регулярного лечения не получали. Все пациенты с первичным МГ получали кардионат и на момент включения в исследование находились в стадии медикаментозной компенсации. В исследование не включались пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующие комплексной терапии, симптоматической АГ, сердечной недостаточностью II- III стадией перенесшей инсульт, пороками сердца, сахарным диабетом, дыхательной и почечной недостаточностью, а также больные с психическими заболеваниями или злоупотребляющие алкоголем. За 7 дней до обследования были отменены ранее применяющие препараты.

Методы исследования: общеклинические функциональные, определения сахара в крови и общего холестерина.

Всем больным проводилась эхокардиография (ЭхоКГ), рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ); ТМЖП- толщина межжелудочковой перегородки, КДР-конечный диастолический размер, ТЭСЛЖ- толщина задней стенки левого желудочка в диастолу индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛС). Анализировали ЧСС, циркадный индекс ЧСС, наличие нарушений ритма и проводимости, диспозиций сегмента ST.

Пациенты были разделены на 2 группы. Больным I основной группы (n=20) в комплексное лечение включали Лозап плюс 50 мг. и Кардионат в дозе 250 мг. в сутки в течение 12 недель. Больные группы контроля (2-я группа 20 чел.) получали только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и применяемым дозам стандартной терапии. От всех пациентов было получено информационное согласие на участие в исследовании, включая проведение биохимических анализов крови.

Эффективность проводимой терапии оценивалось по динамике клинических симптомов проявление одышки, отеков в конечностях, уменьшение слабости, измерение суточного диуреза, а также по динамике объективных данных: основных показателей гемодинамики (пульса,

частоты сердечных сокращений, артериального давления), ЭКГ, ЭХО кардиографии, ударный объем (УО), минутный объем (МО), фракции выброса (ФВ).

До начала и после 12 недельного исследования у всех пациентов была проведена оценка качества жизни (КЖ) с использованием «Миннесотского» опросника качества жизни у всех больных.

Статическая обработка результатов исследования проводилась методами параметрической и не параметрической статистики. Использовались стандартные методы описательной статистики (вычисления средних, стандартных отклонений, стандартных ошибок рангового статистик и т.д., а также известные критерии значимости t-критерий Стьюдента и т.д.).

Результаты исследования и их обсуждение.

На фоне проводимой терапии положительную динамику наблюдали в обеих группах. У больных первой группы применение Лозап плюс и Кардионата приводило к значительному уменьшению клинических проявления АГ с МС: уменьшились головные боли, головокружения, прошли кардиологии, дискомфортные состояния, периферические отеки, боли в области сердца.

У пациентов 2-ой группы также отмечено уменьшение головные боли, головокружение, кардиалгии. Надо отметить, что более выраженные позитивные изменения клинических показателей были обнаружены у больных 1-ой группе.

Данная динамика симптомов регистрировалась уже на 5-7-ой день терапии и стабильно сохранялась к концу 12 недели, особенно первой группе.

При лечении больных АГ с МС в течение 12 недель отмечалось статически достоверная нормализация и стабилизации АД в первой группе, чем второй. В результате проведенного нами исследования было выявлено, что в первой группе наблюдалось снижение САД с 178,5 ± 2,5 мм.рт.ст до 128,2 ± 1,8 мм.рт.ст, ДАД с 95,7 ± 3,2 мм.рт.ст до 77,4 ± 2,4 мм.рт.ст, тогда во второй группе снижение САД с 174,4 ± 2,1 мм.рт.ст. до 139,8 ± 5,1 мм.рт.ст; ДАД с 94,5 ± 2,8 мм.рт.ст. до 88,4 ± 4,2 мм.рт.ст. (таблица 1).

Таблица 1 - Уровень АД в процессе лечения.

АД мм.рт.ст.	Первая группа		Вторая группа			
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	p1	p2
САД	178,5±2,5	128,2±1,8	174,4±2,1	139,8±5,1	0,02	0,2
ДАД	95,7±3,2	77,4±2,4	94,5±2,8	88,4±4,2	0,1	0,4

P1-для различия между показателями в 1-ой группе до и после лечения, p2-для различия между показателями в 2-ой группе до и после лечения.

На фоне проводимого лечения достигших целевого уровня артериального давления у больных первой группе- 88,7% и

не достигших целевого уровня АД -11,3%, во второй группе достигших целевого уровня АД -51% и не достигших целевого уровня АД -49% (рисунок 1).

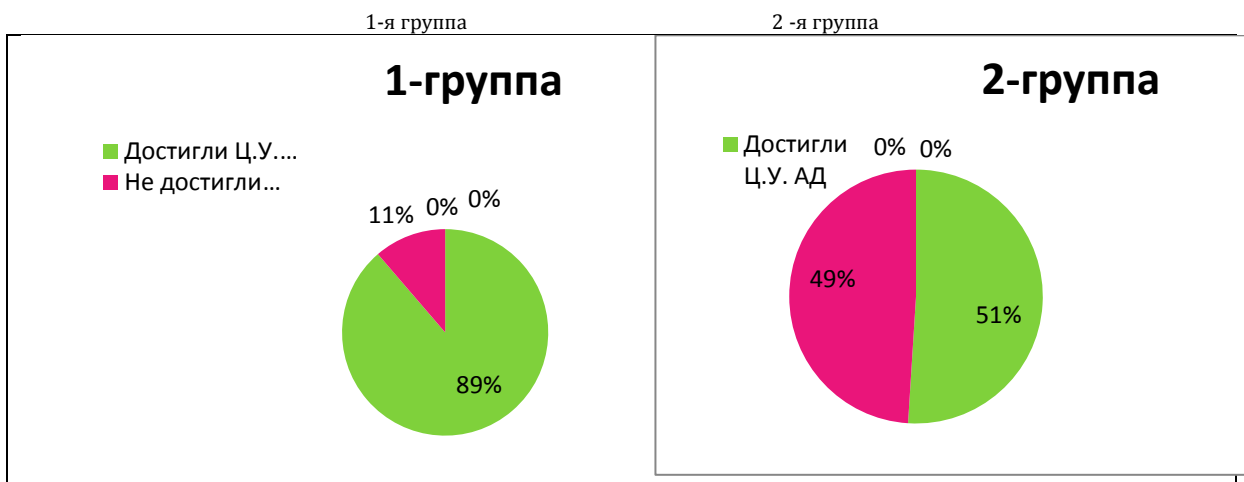


Рисунок 1 - Число пациентов АГ с МС, достигших и не достигших целевого уровня (Ц.У) АД на фоне терапии с применением комбинации Лозап плюс и Кардионат

На фоне терапии Лозап плюс и Кардионата у больных АГ с МС по данным ЭКГ отмечалось достоверное снижение частоты наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС) за сутки и

ЧСС ($p < 0,05$), недостоверно уменьшалось количество желудочковых экстрасистол (ЖЭС) в сутки (таблица 2).

Таблица 2 - Влияние терапии Лозап плюс и Кардионат на динамику нарушения ритма у больных АГ с МС

параметр	Первая группа		Вторая группа			
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	p1	p2
НЖЭС	630,4±2,8	15,1±1,8	588,1±4,9	28,7±2,8	0,01	0,2
ЖЭС	48,7±4,2	22,4±4,2	47,5±4,1	19,4±3,7	0,02	0,3
ЧСС, уд/мм	98,5±4,1	68,1±1,1	95,2±2,2	72,1±2,2	0,01	0,03

Количество НЖЭС на фоне терапии в 1-ой группе уменьшилось на 88,2%, а во 2-ой группе на 82,1%, изменения были достоверными в обеих группах при сопоставлении с исходными данными. Отмечено достоверное снижение средней суточной ЧСС на 20,1±0,5% в 1-ой группе и на 15,4±0,4% во 2-ой группе по сравнению с исходными показателями. В результате 12-недельной терапии в 1-ой группе наблюдалась положительная динамика показателей левых отделов сердца: достоверное уменьшение размера левого предсердия (ЛП)

($p < 0,01$), ИММ/ЛЖ ($p < 0,02$), ТМЖП ($p < 0,003$), ТЗС/ЛЖ ($p < 0,02$), так и показателей диастолической функции ЛЖ ($p < 0,01$), а также было выявлено достоверное снижение систолического давления в легочной артерии СДЛА мм.рт.ст. (табл. 3).

Аналогичные результаты были получены во 2-ой группе, также наблюдалось достоверное снижение размера ЛП ($p < 0,01$), ТЗ/ЛЖ ($p < 0,02$), ТМЖП (0,001), ИММ/ЛЖ ($p < 0,01$), что соответствует данным литературы и обусловлено системным вазодилатирующим эффектом препаратов.

Таблица 3 - Динамика показателей ЭхоКГ в результате лечения Лозап плюс и Кардионата у больных АГ с МС

Показатель	Первая группа		Вторая группа			
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	p1	p2
ЛП, см	4,0±0,2	3,1±0,01	4,3±0,3	3,5±0,1	0,01	0,03
КДР, см	5,4±0,04	5,1±0,02	5,7±0,2	5,3±0,1	0,001	0,02
ТМЖП, см	1,17±0,2	1,01±0,2	1,21±0,5	1,01±0,2	0,1	0,02
ТЗС/ЛЖ, см	1,25±0,05	1,02±0,1	1,22±0,2	1,05±0,05	0,01	0,03
ИММ, г/м ²	126,2±	114,1±2,2	132,1±1,8	117,2±1,7	0,03	0,04
СДЛА, мм.рт.ст	27,5±0,2	21,7±1,1	25,4±2,4	20,1±4,1	0,4	0,2
ФВЛЖ%	59,9±2,1	64,4±1,1	57,8±2,1	62,4±3,1	0,2	0,4

ЛП- левое предсердие,

КДР- конечный диастолический размер;

ТМЖП- толщина межжелудочковой перегородки;

ТЗС/ЛЖ- толщина задней стенки ЛЖ;

ИММ – индекс массы миокарда;

СДЛА- систолическое давление в легочной артерии;

ФВЛЖ- фракция выброса левого желудочка.

Таким образом, в результате Лозап плюс и Кардионатом отмечается снижение процентных показателей по наиболее частым причинам, ведущих к ухудшению «качества жизни», а также рост суммарного показателя «качества жизни» по правильным шкалам с тенденцией к нормализации психосоциального статуса, что свидетельствует о положительном влиянии препаратов на качества жизни (КЖ), в частности, повышается такой показатель как необходимость к лечению у больных с сочетанной АГ с метаболическим синдромом. Сравнительная оценка показателей качества жизни в двух группах свидетельствует о благоприятном влиянии добавления Лозап плюс и Кардионата к стандартной терапии у больных АГ с МС.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о необходимости современного начала лечения пожилых больных АГ с МС комбинированными препаратами, содержащим средние дозы Лозап плюс и Кардионата, так как своевременно начатое терапия обеспечивает не только непосредственные эффекты, но и сохранение эффектов в отдаленные сроки наблюдения преимуществами Лозап плюс и Кардионата в лечении АГ с МС являются

фармакологические характеристики, продолжительность антигипертензивного действия, органопротективные эффекты, высокая безопасность и хорошая переносимость. Доказательства эффективности Лозап плюс и Кардионата в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений у пожилых больных АГ с МС существенно расширяют возможности применения препаратов в повседневной клинической практике.

Выводы:

- 1) У больных АГ с метаболическим синдромом, отмечался положительный клинический эффект, что проявилось значительным уменьшением клинических проявлений АГ с МС по сравнению с больными, получавшими стандартную терапию без включения Лозап плюс и Кардионата.
- 2) Лечение Лозап плюс и Кардионатом способствовало улучшению внутрисердечной гемодинамики (ФВЛЖ, ТЗС/ЛЖ, ТМЖП).
- 3) Комбинация препаратов Лозап плюс и Кардионата не вызывает побочных эффектов и является эффективной и безопасной и может быть использован в лечении больных АГ с метаболическим синдромом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Borghi C., Tubach F., De Backer G. et al. Lack of control of hypertension in primary cardiovascular disease prevention in Europe Results from the EURICA study // Int J Cardiol. – 2016. - №218. – P. 83-88. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.05.044.
- 2 Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль // По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. - №14(4). – P. 4-14.
- 3 Ивашкин В.Т., Кузнецов Б.Н. Современные принципы антигипертензивной терапии // Тер.архив. – 2011. - №1. – С. 26-29.
- 4 Ионин В.А., Листопад О.В., Нифонтов С.Е., и др. Галектин 3 у пациентов метаболическим синдромом и фибрилляцией предсердий // Кардиология. – 2016. - №5. - С. 41-45.
- 5 Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. – 2010. - №1. – С. 56-58.

А. Кайрбеков, К. Кунанбай, Е.Ш. Кудабаяев, Н.Б. Байжигитова,

М.И. Ордаханова, Б.Х. Киекова

*С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
Клиникалық фармакология кафедрасы*

**МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВТІ ТЕРАПИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ
ЭФФЕКТИВТІЛІГІ ЖӘНЕ ҚАУІПСІЗДІГІ**

Түйін: АГ бар метаболикалық синдроммен 20 науқасқа Лозап плюс және Кардионат препаратының стандартты ем алған бақылау тобымен салыстырмалы анализ жүргізілді.

АГ бар метаболикалық синдроммен негізгі топта стандартты терапия алған Лозап плюс пен Кардионат жоқ топпен салыстырғанда клиникалық көріністер азайып, оң клиникалық эффект байқалды.

Түйінді сөздер: АГ, метаболикалық синдром, гемодинамика, өмір сүру сапасы.

**A. Kairbekov, K. Kunanbai, E.Sh. Kudabaev,
N.B. Baijigitova, M.I. Ordahanova, B.H. Kiekova**
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Clinical Pharmacology*

**CLINICAL EFFICACY AND SAFETY OF COMBINED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS
WITH METABOLIC SYNDROME**

Resume: The analysis of the use of Lozap plus and Cardionata in patients with AH with metabolic syndrome is given in the example of 20 patients in comparison with the control group (20 patients) who received standard treatment.

There was a positive clinical effect in the main group with a decrease in the clinical manifestation of AH with metabolic syndrome compared to patients receiving standard therapy without including Lozap plus and Cardionata.

Keywords: HD, elderly patients, qualities of life, hemodynamics.

РОЛЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ: НА ПУТИ К ПРЕОДОЛЕНИЮ БОЛИ

А.Р. Шопабаева, Э.А. Серикбаева, Э.Х. Латаева

Кафедра организации, управления и экономики фармации и клинической фармации

В статье отражены важность и значимость ненаркотических анальгетиков и НПВС при борьбе с различными неприятными ощущениями, в частности, сопровождающимися чувством боли. Представлены наблюдения авторов о распространенности и востребованности на фармацевтическом рынке лекарственных препаратов, которые используются в медицине в качестве обезболивающих средств.

Ключевые слова: боль, анальгетики, НПВС, безрецептурные ЛП, фармацевтический рынок.

УДК 615.211:616-009.7-380.13

Введение. В настоящее время востребованный и обширный класс лекарственных препаратов, которые используются в современной медицине, представляют обезболивающие средства, так как боль принадлежит к числу самых распространенных жалоб у пациентов. Маркетинговый анализ обезболивающих средств на сегодняшний день занимает одно из ведущих мест в медицине и проходит период тщательного изучения. Данные, полученные в ходе маркетинговых исследований, могут оказать существенную помощь при определении размеров фармацевтического рынка, в перспективах его развития, выяснить пригодно ли данное лекарственное средство и его потенциал.

Исходя из этого, возрастает необходимость в получении знаний об анальгетиках, так как их рынок достаточно разнообразен. Эти сведения в дальнейшем также способны помочь при планировании и расширении фармацевтического бизнеса компаний.

Цель исследования. Проанализировать литературные источники и различные данные по обезболивающим средствам. Отобразить важность и широкий круг применения лекарственных препаратов группы ненаркотических анальгетиков и НПВС.

Методы и материалы. В ходе литературного обзора, использовались исторические, сравнительные, логические и другие методы научного поиска и анализа, а также данные различных литературных источников.

Результаты исследования. Фармацевтический рынок имеет большое значение для повышения уровня благосостояния современного общества. Это отлаженный механизм распределения лекарственных препаратов от производителя к потребителю [1]. Самым крупным сегментом рынка является производство фармацевтических средств, которое занимает 72,1 % от общего валового оборота мировой промышленности данного сектора. Рынок фармацевтических препаратов оценивается более чем в 280 млрд. долларов в год [2]. Фармацевтические компании вне зависимости от размеров своего производства, уделяют внимание разработке и выпуску анальгетических препаратов, ввиду того, что боль в наши дни занимает огромные масштабы, касающиеся всего человечества.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение: боль - это неприятное сенсорное или эмоциональное ощущение, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей, которое можно описать в момент наступления этого повреждения [3]. По данным, которые предоставляет ВОЗ, одним из самых распространенных поводов при обращении за помощью к врачам в медицинских организациях являются болевые симптомы (11 - 40 %). Несмотря на развитие медицины и фармации, высокая распространенность боли не снизилась за последние несколько лет, а даже наоборот, можно заметить тенденции ее значительного роста, в особенности это можно отнести к боли, носящий хронический характер.

В структуре хронических болевых синдромов преобладают головные боли (до 90%) и боли скелетно-мышечного происхождения. Исходя из статистических данных, до 75% пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами, предпочитают не обращаться к врачу [4]. Обезболивающий эффект оказывают лекарственные

препараты (ЛП) разных фармакологических групп (собственно анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, спазмолитики, холиноблокаторы, местные анестетики) [5]. Имеющееся разнообразие лекарств на рынке фармацевтических препаратов, которые используются для уменьшения или предотвращения болевых симптомов, огромно и весьма значительно, что, в свою очередь, дает возможность больным выбирать среди препаратов наиболее подходящее ЛС и переходить от одного средства на другое.

Обезболивающие препараты или анальгетики (от греч. algos - боль и an- без) - это лекарственные средства, обладающие специфической способностью ослаблять или устранять чувство боли [5]. Именно обезболивающие средства представляют собой достаточно обширный и желаемый класс ЛС на рынке, который охватывает всю фармацевтическую продукцию.

Ненаркотические анальгетики - синтетические вещества, характеризующиеся обезболивающими свойствами, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Противовоспалительный эффект является у некоторых препаратов преобладающим, приближающимся по силе действия к стероидным гормональным соединениям, они не имеют стероидной структуры, их стали называть нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП/НПВС). НПВП можно разделить на две группы: препараты, которые используются в основном как собственно противовоспалительные средства, и которые применяются как обезболивающие и жаропонижающие (анальгетики-антипиретики). К анальгетикам-антипиретикам относятся производные анилина, салицилаты, часть производных пиразолона и производные антралиновой кислоты [1]. Лидирующее место по продажам занимают средства безрецептурного отпуска (ОТС-препараты, ОТС-АА): ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, метамизол, парацетамол. Эти анальгетики применяются для симптоматического лечения головной, зубной боли, дисменореи, снижения температуры и т. д. Как терапевтический, так и побочные эффекты анальгетиков-антипиретиков связаны с ингибированием ключевого фермента метаболизма арахидоновой кислоты, циклооксигеназы (ЦОГ) [6].

В настоящее время НПВП занимают лидирующие позиции по объемам потребления населением. Так, по некоторым данным, во всем мире более 30 миллионов человек вынуждены принимать их постоянно, 300 миллионов принимают их хотя бы кратковременно (из них до 200 миллионов покупают препараты без рецепта врача) [7]. Ежегодно выписывается около 500 миллионов рецептов на НПВП, а без рецепта реализуют примерно 26 миллиардов таблеток в год. По результатам исследования, проведенного в 2011 году, в мире лидерами продаж среди НПВС являлись диклофенак, ибупрофен и напроксен [8]. Препараты данной группы широко используются для купирования послеоперационной боли, боли в нижней части спины, головной боли, в том числе мигрени. В качестве жаропонижающих средств нестероидные противовоспалительные препараты используются для лечения температуры, на фоне различных болезней у детей

и взрослых [9]. Первостепенную роль, в ходе которой пациент отдает свое предпочтение тому или иному препарату, играет возможность самостоятельного подбора определенного болеутоляющего препарата, то есть самолечение. Потому, основываясь на результатах эпидемиологических исследований, многие пациенты с самыми распространенными формами болевых симптомов остаются вне поля зрения специалистов. Только 10% больных с болями в спине обращается за помощью к специалистам. Аналогичное положение прослеживается и при головной боли [10]. НПВС являются одними из наиболее часто используемых ЛП для самолечения, самостоятельный прием НПВС в 7 раз превышает рекомендуемый врачом. По итогам 2013 года на аптечном рынке безрецептурных ЛП по объему продаж группа N02 «Анальгетики» занимала второе место, а M01 «Противовоспалительные и противоревматические препараты» – десятое, препараты ибупрофена занимали 5 место среди МНН ЛП безрецептурного отпуска [11]. Монокомпонентные и комбинированные средства, содержащие НПВП, такие как «Анальгин», «Темпалгин», «Цитрамон» остаются востребованными потребителями безрецептурных ЛП уже более 20 лет, несмотря на изменяющиеся потребности населения [12]. НПВС являются ведущими симптоматическими ЛС на сегодняшний день.

Уникальная комбинация фармакологических свойств НПВС (противовоспалительных, анальгетических, жаропонижающих), помимо ревматологии, позволяет применять их почти во всех областях медицины. Немаловажен и тот факт, что «ненаркотические

анальгетики не угнетают дыхания, не вызывают эйфории и лекарственной зависимости, не обладают снотворным эффектом, не влияют на кашлевой центр. У данной группы ЛП отчетливо проявляются противовоспалительный и жаропонижающий эффекты, которых нет у наркотических анальгетиков» [13]. По прогнозам количество людей в мире, которые подвергаются НПВС-терапии, будет увеличиваться по мере старения популяции и природного умножения распространенности поражений опорно-двигательного аппарата и других патологических состояний, которые требуют лечения НПВС [14]. Следует несомненно выделить ведущее значение этиотропных и патогенетических аспектов при терапии болезней, которые подкреплены болевыми симптомами. Тем не менее, больший эффект от лечения возникает, когда вместе с основным патогенетическим способом излечения заболеваний используется рациональная анальгезия.

Вывод. Таким образом, данные, полученные в ходе проведенного анализа и изучения многочисленных авторских трудов, подтверждают, что лекарственные средства с анальгетическими эффектами, занимают лидирующие позиции на фармацевтическом рынке. Во многом это связано с тем, что боль оказывает пагубное влияние на каждого человека и сказывается практически на всех процессах его жизнедеятельности. Сведения отраженные в статье могут быть полезны каждому для обогащения своих знаний и лучшего понимания группы лекарственных средств, применяемых для устранения боли. Тем не менее, следует помнить, что выбор ЛС необходимо делать исключительно исходя из консультации с врачом, индивидуальных особенностей и болевых симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дугин И.К. 2015 г. Объем мирового дженерикового рынка достигнет 137,6 млрд долл. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.thepharmaletter.com>.
- 2 Merskey, H., Bogduk, N., eds. Classification of Chronic Pain, Second Edition. – Seattle, WA: IASP Press, 1994. – 214 p.
- 3 Ayzenberg, I., Katsarava, Z., Sborowski, A. et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey // Cephalalgia. 2012. - Vol. 32, №5. - P. 373-381.
- 4 Бурбелло, А.Т. Современные лекарственные средства. - СПб.: Издательский Дом «Нева», 2008. - 864 с.
- 5 Lipsky L. P., Abramson S. B., Crofford L. et al. The classification of cyclooxygenase inhibitors // J Rheumatol. – 1998. - №25. – P. 2298–2303.
- 6 Fendric A.M. OTC analgesics and drug interactions: clinical implications [Electronic resource] // Osteopath Med Prim Care. – 2008. – Vol. 7, № 2. – P. 17-26.
- 7 Якоб О.В. Есть ли возможность снизить риск развития НПВП-гастропатии? // Фарматека. – 2013. – № 19. – С. 16–21.
- 8 Ю.Д. Игнатов, В.Г. Кулес, В.И. Мазуров Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.
- 9 Табеева Г. Р. Ибупрофен в лечении нейрогенных болевых синдромов // Consilium Medicum. 2006; 8 (2): 28–32.
- 10 AIPM-Remedium Market Bulletin. – 2013. – №2. – 106 p.
- 11 Лоскутова Е.Е. Трансформация потребительских предпочтений на рынке ОТС-препаратов // Ремедиум. – 2012. – № 4.– С. 48–50.
- 12 Справочник лекарств [Электронный ресурс] <http://www.piluli.kharkov.ua/drugs/drug/ketorol/#sthash.WsajGmk7.dpuf>.
- 13 Римар, Е. Л. Целебрекс — доказанная эффективность и безопасность (новые данные) // Терапевт.архив. – 2011. – № 5. – С. 57 – 61.

А.Р. Шобабаева, Э.А. Серикбаева, Э.Х. Латаева

Фармацияны ұйымдастыру және басқару және экономикасы және клиникалық фармация кафедрасы

АНАЛЬГЕТИКАЛЫҚ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ РӨЛІ: АУЫРСЫНУ СЕЗІМІН БАСАТЫН ЖОЛЫ

Түйін: Мақалада наркотикалық емес анальгетиктердің және ҚҚСЕР ауырсынумен қатар жүретін түрлі жағымсыз сезімдерді басудағы рөлі және маңызы көрсетілген. Авторлардың медицинадағы ауырсыну сезімін басуға қолданылатын, яғни фармацевтикалық нарықтағы дәрілік препараттардың қажеттілігі және таралуы туралы байқаулары ұсынылған.

Түйінді сөздер: ауырсыну сезімі, анальгетиктер, ҚҚСЕР, рецептісіз ДЗ, фармацевтикалық нарық.

A.R. Shopabayeva, E.A. Serikbaeva, E. Latayeva

Department of organization and management and economics of pharmacy and clinical pharmacy

THE ROLE OF PAINKILLERS: ON THE WAY TO OVERCOME THE PAIN

Resume: The article reflects the importance and significance of non-narcotic analgesics and NSAIDs in the fight against various unpleasant sensations, in particular, accompanied by a feeling of pain. The authors' observations on the prevalence and relevance of medicines on the pharmaceutical market, which are used in medicine as an anesthetic, are presented.

Keywords: pain, analgesics, NSAIDs, OTC-drugs, pharmaceutical market.

АНАЛИЗ СТРАТЕГИЙ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

В.В. Малый, Муса Истанис Марвек Медхат, Е. В. Шуванова
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
Кафедра фармацевтического маркетинга и менеджмента

Проведен анализ существующих методических подходов к позиционированию ЛС на фармацевтическом рынке с учетом специфики ЛС и целевых аудиторий. Выделены ключевые факторы позиционирования, проанализированы различные подходы к позиционированию ЛС в зависимости от уникальности продукта, его важности для потребителя, степени дифференциации продукта, особенностей потребительского выбора, основных и дополнительных атрибутов ЛС.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, позиционирование, лекарственные средства, инструменты позиционирования

УДК 615.1: 339.138

В условиях жесткой конкуренции, существующей на фармацевтическом рынке, производители для сохранения и улучшения своих позиций вынуждены использовать весь арсенал маркетинговых инструментов. Одним из таких инструментов является позиционирование лекарственных средств (ЛС). Именно позиционирование позволяет ЛС занять четко обособленное от других препаратов место на рынке и в сознании целевой группы потребителей.

Целью исследования является анализ существующих методических подходов к позиционированию ЛС на фармацевтическом рынке с учетом специфики ЛС и целевых аудиторий.

Позиционирование является заключительным этапом целевого маркетинга или STP-стратегии (от англ. segmentation, targeting, positioning – сегментирование, выделение целевой аудитории, позиционирование).

Правильное позиционирование препарата даже в условиях острой конкуренции обеспечивает установления более высокой цены в сравнении с непозиционированными препаратами, и уменьшение восприимчивости к изменению цен конкурирующими фирмами [1].

Фармацевтические производители используют различные стратегии позиционирования своей продукции, выбор которых обусловлен особенностями как ЛС, так и целевых аудиторий. Целевыми аудиториями позиционирования являются конечные потребители, врачи, фармацевтические работники, государственные органы, организаторы здравоохранения, лечебно-профилактические учреждения, страховые компании, оплачивающие назначения врачей [2, 3].

Учитывая, что любое лекарственное средство потребитель воспринимает как набор определенных его характеристик, устанавливают возможные преимущества характеристик исследуемого препарата для целевого потребителя [4].

Позиционирование в зависимости от нужд потребителя может быть основано на следующих характеристиках ЛС:

- на основании специфических свойств (терапевтический эффект, сила действия, побочные эффекты, противопоказания, и т. п.);
- на основании способа применения (для перорального, парентерального, местного применения);
- по отношению к конечному потребителю или больному (по возрасту, по характеру заболевания (острое или

хроническое) по тяжести заболевания (легкие, средней тяжести, тяжелые);

- по отношению к лекарственному препарату-конкуренту (по свойствам, цене, форме выпуска, дозировке и др.);
 - по отношению к терапевтическому классу ЛС (представитель нового терапевтического класса или новый в существующем терапевтическом классе);
 - по отношению к элементам маркетингового комплекса (например, дизайн упаковки, размер упаковки и т. п.) [2, 4, 6].
- Шабельский В. С. предложил разделить ЛС на несколько групп: сезонные (лекарства против гриппа и простуды); специализированные (кардиологические ЛС, антибиотики, гормоны); общие (ненаркотические анальгетики, витамины, антисептики и др.); уникальные (оригинальные ЛС, не имеющие аналогов).

Конкуренция в группе «общие лекарственные препараты» достаточно высока, так как существует много генериков, уступающих по качеству оригинальным ЛС, но при этом их цена может быть в несколько раз ниже. Товары из более высокой ценовой категории вынуждены тратить гораздо больше средств на рекламу, чтобы название запомнилось потенциальному потребителю. Главное при этом — доказать, что свойства препарата одной торговой марки превосходят свойства и качество другого. В этой группе ЛС в основном происходит борьба между генериками.

Специализированные ЛС имеют преимущество, связанное с возможностью их закупки для нужд лечебных учреждений за бюджетные средства. Ценовое позиционирование здесь тоже играет определенную роль, но менее значительную, чем в предыдущем случае. Решающее слово в выборе препарата принадлежит специалистам.

К сезонным препаратам можно отнести лекарства от простуды и гриппа. Здесь важно не только ценовое позиционирование, но и рекламная активность производителя.

Уникальные ЛС, т. е. оригинальные, не имеющие аналогов, не нуждаются в ценовом позиционировании т. к. они являются единственными в своем роде и не имеют альтернативы, то есть генериков с более низкой ценой. Они позиционируются на фармацевтическом рынке именно как уникальные. [7]

Позиционирование ЛС с точки зрения уникальности характеристик лекарственного препарата и их важности для потребителя представлено на таблице 1.

Таблица 1 - Матрица позиционирования ЛС в зависимости от уникальности его характеристик и важности их для потребителя [1, 4].

Уникальность характеристик ЛС	высокая	Проблема «существенности»	Отличные перспективы
	низкая	Потенциальный провал	Проблемы восприятия
		низкая	
Важность характеристик ЛС			

Если лекарственное средство обладает уникальными характеристиками, важными для потребителей, продукт

может стать успешным. Задача производителя состоит в поддержании его позиции в конкретном сегменте. В случае

наличия у ЛС уникальных характеристик, и отсутствия восприятия его потребителями как важного, необходимого маркетинговые усилия для изменения отношения потребителей к товару. Если лекарственное средство имеет свойства, важные для решения существенной для потребителей проблемы, но не воспринимается как уникальный препарат, необходимо создание имиджа препарата, чтобы выделить его среди аналогов [1, 4, 7].

Для многих ЛС (традиционные препараты, небрендированные генерики) существует проблема «metoo» («и я тоже»). Она состоит в необходимости выработки собственного «лица» для препарата, повторяющего свойства известного лекарства. В противном случае для них возможна только ценовая конкуренция, так как для потребителя препараты ничем не отличаются друг от друга, поэтому покупатели проявляют безразличие ко всему кроме цены. Такую же позицию по отношению к ЛС занимают аптеки, и оптовики. В такой конкуренции побеждает фирма, предложившая самые низкие цены [1].

Используя классификацию препаратов с учетом специфики потребительского поведения все ЛС можно разделить на 4 группы: препараты традиционного спроса (ТС), мало дифференцированные препараты предварительного выбора (МДПВ), дифференцированные препараты предварительного выбора (ДПВ) и препараты особого спроса (ОС), М. А. Гетьманустановил, как влияет позиционирование на индекс цены и индекс продаж ЛС.

Любой лекарственный препарат выходит на рынок как препарат предварительного выбора. Дальнейшие события зависят от выбранной стратегии позиционирования. Если продукт является симилатом (similar – похожий, англ.), то он либо остается в группе МДПВ, либо со временем перемещается в группу ТС не вследствие активных действий компании, а в результате изменения потребительской ценности действующего вещества. В каждой из этих групп препарат может иметь достаточно высокий объем продаж при низкой цене. Повышение цены не представляется возможным. Если препарат дифференцирован, то он предварительно позиционируется в группе ДПВ и в зависимости от собственных свойств и эффективности целевых мероприятий, может перейти в группу ОС. Препараты групп ДПВ и ОС имеют уникальные возможности по увеличению прибыли от операций как за счет повышения цен, так и за счет увеличения объемов продаж [8].

Несмотря на то, что целевым потребителем любой фармацевтической компании является пациент, врач, стоящий между потребителем и лекарством играет решающую роль в его выборе, особенно в случае необходимости применения рецептурных ЛС. Относительно аудитории врачей внимание акцентируется, прежде всего, на рациональных характеристиках ЛС (терапевтической эффективности, безопасности, соотношении цена/качество) со ссылкой на официальные источники информации. Терапевтическая эффективность, положенная в основу позиционирования, может рассматриваться как интегральная характеристика, состоящая из набора свойств (скорость наступления эффекта, длительность действия, побочные эффекты, выраженность токсических реакций, терапевтическая широта действия и т. д.) [2, 8, 9].

Позиционирование с использованием подхода «цена/качество» является привлекательным, но его трудно реализовать для большинства групп ЛС в связи со сложностью самостоятельной оценки качества лекарств потребителем. Особенности восприятия цены врачами и конечными потребителями состоят в том, что высокая цена ЛС чаще всего воспринимается как подтверждение его качества. В то же время, существует определенный лимит восприятия возможного уровня цены ЛС, и цены, выходящие за его пределы, требуют дополнительного обоснования для потребителя [10].

Часто при позиционировании ЛС используются результаты фармакоэкономических исследований. Так, фармакоэпидемиологические исследования производителей инновационных ЛС и анализ «стоимости заболевания» способствуют актуализации медицинской проблемы, привлечению внимания профессионального

сообщества и общества в целом к нозологии, формированию имиджа компании-производителя как социально ответственной. Подкрепляют данный имидж спонсорство компаний в проведении образовательных программ для врачей, провизоров, конечных потребителей по раннему выявлению и лечению определенных заболеваний. Анализ «затраты-эффективность» является основанием для внесения ЛС в различные перечни (основных ЛС; ЛС, которые могут закупаться за бюджетные средства; формуляров, медицинских стандартов и клинических протоколов), что расширяет возможности для продвижения на госпитальном сегменте рынка. По результатам анализа «влияния на бюджет» может осуществляться включение ЛС в государственные программы, определяться реальная стоимость дополнительных расходов или экономии бюджета при применении ЛС. Оценка реального потребления дает возможность определения распространенности определенной нозологии, оценки влияния применения новых ЛС на показатели здоровья населения, формирования рекомендаций по включению ЛС в регуляторные перечни. Оценка стандартов оказания медицинской помощи является основой для обоснования дополнительного финансирования определенных нозологий на основании общепринятых мировых стандартов. Сравнительная оценка клинической эффективности и фармакоэкономический анализ оригинальных и генерических ЛС дают возможность их дифференциации и обоснование выбора между ними в зависимости от качества и цены. С помощью фармакоэкономических методов производители могут оценить потенциальный вклад новых ЛС в лечебный процесс и на основании определения рыночной стоимости устанавливать конкурентоспособные с фармакоэкономической точки зрения цены. Информация, полученная по результатам фармакоэкономических исследований может использоваться для воздействия на целевые аудитории в виде «ключевых сообщений» перед выходом ЛС на рынок, используя доступные для компании каналы (менеджеров по работе с государственными структурами, менеджеров по работе с клиентами, региональных менеджеров, медицинских представителей и др.) [2, 3, 5, 6].

Позиционирование ЛС производится таким образом, чтобы узнаваемость препарата среди врачей была наивысшей. Формируемый образ препарата должен побуждать врача к его назначению, а пациента – к применению. То есть, образ должен быть активным. Решение об использовании принимается на основании значения показателей «относительная необходимость» и его «относительная доступность».

Относительная необходимость в ЛС определяется как сравнение совокупности его основных и дополнительных атрибутов с основными и дополнительными атрибутами альтернативного продукта. Относительная необходимость дифференцированного ЛС всегда положительна, так как она имеет характеристики, положительно отличающие его от аналогов. Относительная доступность ЛС определяется целевым потребителем как сравнение своих собственных возможностей купить данное ЛС или альтернативное ему. Другим фактором, характеризующим относительную доступность лекарства, является его рецептурный статус. ЛС, отпускаемое по рецепту, имеет более низкий показатель относительной доступности, чем безрецептурный препарат [8].

Позиционирование ЛС как лидеров продаж на соответствующих сегментах рынка, обоснование роста спроса на них и рекомендации по формированию товарных запасов в аптеках являются инструментами влияния на руководителей и провизоров аптек [2, 5].

Основные атрибуты ЛС — медико-биологические. Дополнительные атрибуты — коммерческие, формирующие основу для повышения прибыльности товара. Среди основных и среди дополнительных атрибутов можно выделить дифференцирующие признаки, то есть такие свойства, которые формируют в сознании потребителей образы, отличающие данный препарат от другого аналогичного [8].

В фармации из-за трудностей достоверной оценки качества ЛС явные признаки приобретают устойчивое и самостоятельное значение в позиционировании товара на рынке. В этом контексте такие второстепенные параметры как хорошая упаковка, удобная лекарственная форма – играют особую роль для лекарств [1].

В последнее время возросла роль упаковки как инструмента позиционирования ЛС. Упаковка используется для подчеркивания фармакологической направленности ЛС (путем нанесения схематических изображений органов и систем органов); натуральности состава (растительное происхождение, продукты пчеловодства); вкусовых вариаций ЛС; возрастной группы потребителей; обеспечивает дополнительные удобства применения (легкое дозирование), защиту от фальсификации и т. п. Переход на новую упаковку позволяет позиционировать ЛС как высококачественные и проникать в более дорогой ценовой сегмент [2, 3].

Позиционирование является способом ухода в свободную рыночную нишу. Препарат перестает сравниваться с другими ЛС по цене, поскольку воспринимается потребителями как качественно иной. Порой позиционирование превращается средством ухода от всякой конкуренции вообще, настолько уникальная позиция оказывается у препарата. В более общем случае позиционирование позволяет перейти от ценовой конкуренции к значительно более мягкой конкуренции неценовой. Производители перестают гнаться за минимальными ценами, а делают продукт более разнообразным и отвечающим запросам потребителя. В итоге они улучшают свое положение и расширяют фармацевтический рынок в целом [1].

При неудачном позиционировании ЛС может применяться репозиционирование, то есть проведение повторного позиционирования на основе углубленного клинического

исследования препарата и получения данных, которые опровергнут сложившуюся среди потребителей мнение о лекарственном средстве. Кроме того, может быть проведено совершенствование самого лекарственного средства или выбор другого сегмента рынка, для которого характеристики лекарственного средства оказываются важными. [4].

Выводы:

1. Позиционирование позволяет ЛС занять четко обособленное от других препаратов место на рынке и в сознании целевой группы потребителей.
2. Целевыми аудиториями позиционирования являются конечные потребители, врачи, фармацевтические работники, государственные органы, организаторы здравоохранения, лечебно-профилактические учреждения, страховые компании, оплачивающие назначения врачей.
3. При позиционировании для потребителей используются такие аргументы, как эффективность, удобство применения, скорость действия, возможность выбора вкуса, однократный прием в течение суток, возможность применения лекарств при управлении транспортным средством, престиж страны-производителя и др. Кроме того, позиционирование ЛС может проводиться с точки зрения уникальности характеристик лекарственного препарата и их важности для потребителя, с точки зрения специфики потребительского поведения.
4. При позиционировании относительно аудитории врачей внимание акцентируется, прежде всего, на рациональных характеристиках ЛС (терапевтической эффективности, безопасности, соотношении цена/качество).
5. Позиционирование ЛС как лидеров продаж на соответствующих сегментах рынка, обоснование роста спроса на них и рекомендации по формированию товарных запасов в аптеках являются инструментами влияния на руководителей и провизоров аптек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Юданов А. Ю. Позиционирование и конкуренция // Экономический вестник фармации. - 2002. - №10. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.yudanov.ru/pharma/85/>
- 2 Малый, В. В. Использование контент-анализа специализированных фармацевтических изданий (на примере изучения позиционирования гепатопротекторов). – Х.: НФаУ, 2017. – 28 с.
- 3 Жадько С. В. Сучасні аспекти позиціонування лікарських препаратів на фармацевтичному ринку // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. — 2013. — Т.8., №1. — С. 52-56.
- 4 Усенко В. А. Фармацевтический маркетинг // Провизор. — 1999. — №17. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.provisor.com.ua/archive/1999/N17/phmarket.php>
- 5 Пашутин С. Б. Позиционирование торговых марок на фармрынке // Лаборатория рекламы и маркетинга. — 2006. — № 4. [Электронный ресурс] — <http://www.advlab.ru/articles/article516.htm>
- 6 Слободянюк Н. Н. Стратегии позиционирования товарного ассортимента украинских фармацевтических предприятий // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. — Пятигорск: 2008. — Вып. 63. — С. 685-687.
- 7 Шабельский В. С. Позиционирование лекарственных средств и его специфика на фармацевтическом рынке Российской Федерации [Текст] // Экономическая наука и практика: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2016 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2016. — С. 49-52.
- 8 Гетьман М. А. Большая Фарма. — М.: Литтерра, 2008. — 512 с.
- 9 Панкова Н. И. Исследование особенностей позиционирования лекарственных средств на российском фармацевтическом рынке (на примере средств от мигрени): автореф. дис. ... канд. фарм. Наук - М., 2008. — 18 с.
- 10 Епифанова Л.В., Мальчиков Е.Н. Особенности позиционирования фармпродуктов на российском фармацевтическом рынке // Российское предпринимательство. - 2011. - Т.12., №12. - С. 106-110.

V.V. Malyi, Moussa Istanis Marvek Medhat, E.V. Shuvanova
National University of Pharmacy, Ukraine

ANALYSIS OF STRATEGIES FOR POSITIONING MEDICINAL DRUGS ON PHARMACEUTICAL MARKET

Resume: the analysis of existing methodical approaches to the drug positioning in the pharmaceutical market taking into account the specificity of drugs and target audiences is carried out. Key positioning factors are identified, different approaches to drug positioning are analyzed depending on the product uniqueness, its importance for the consumer, the degree of product differentiation, consumer choice features, basic and additional attributes of medicines.

Keywords: pharmaceutical market, positioning, medicines, positioning instruments

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А. Кайрбеков, Ш.С. Садыкова, Б.А. Ералиева, М.М. Калиева,
Г.Б. Еркинбекова, А.У. Балтаева

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова,
Кафедра клинической фармакологии

В статье приведены результаты исследования препарата «Амлотоп» и «Арваз» их действие на уровень АГ с дислипидемией у пожилых больных. «Амлотоп» и «Арваз» значимо снижает уровня АД и гиперлипидемия улучшает гемодинамику у пожилых больных с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: АГ, АД, пожилые больные, гемодинамики, качества жизни, гиперлипидемии.

УДК 616.12-005, 4-053. 89-08:615.2

Артериальная гипертензия (АГ) на сегодняшний день является одним из самых распространенных хронических заболеваний, плохо поддающихся контролю и лечению. По данным эпидемиологических исследований, артериальной гипертензией страдает более треть взрослого населения Казахстана, распространенность АГ составляет 20-25%, а у лиц старше 65 лет она превышает 50% (1).

АГ- в подавляющем большинстве случаев многофакторное заболевание. При этом одной из самых частых находок у лиц с повышенным АД являются нарушения липидного обмена. Дислипидемия и АГ – важнейшие факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых осложнений, основой которых является прогрессирование атеросклероза (2). По данным 3-го американского регистра NHANES, около 15% населения США страдают одновременно АГ и нарушениями липидного обмена (3). В Казахстане распространенность сосуществования указанных ФР также весьма высока.

Согласно опубликованным данным, АГ выявляется у 21,5% пациентов с дислипидемией (4).

Известно, что приверженность пациентов предписанной постоянной гипотензивной и гиполипидемической терапии, в повседневной практике невысока и редко превышает 30-35% через 12 мес. от начала лечения.

Для сравнительной оценки приверженности пациентов с АГ и дислипидемии предписанному комплексному лечению обычными препаратами и фиксированными комбинациями антагонистов кальция с статином в условиях повседневной клинической практики были проведены научные исследования.

В течение 2000 г.-2013 г. в мире накоплен существенный опыт совместного применения антагонистов кальция и статинов при лечении АГ на фоне дислипидемии. Убедительно доказана хорошая переносимость такого лечения и снижение факторов риска сердечно-сосудистых осложнениях. Для назначения при АГ на фоне дислипидемии стала доступна фиксированная комбинация амлодипина с аторвастатином в различном сочетании доз (амлодипин н 5-10мг, аторвастатин 10-20-40-80мг).(5)

В настоящее время, несмотря на появления новых классов антигипертензивных препаратов, антагонисты кальция пролонгированного действия и статины сохраняют свое лидирующее положение и остаются одной из групп для лечения артериальной гипертензии при сопутствующей дислипидемии и были доказаны не только высокая гипотензивная и гиполипидемическая эффективность фиксированной комбинации, но и высокая приверженность пациентов предписанному фиксированному лечению в условиях реальной клинической практики.(6)

Среди антагонистов кальция пролонгированного действия амлотоп (амлодипин) самый популярный и наиболее изученный с позиции доказательной медицины.

В отличие от других АК амлотоп имеет большую продолжительность действия и селективность в отношении коронарных и периферических сосудов.

В настоящее время на фармацевтическом рынке появились статины- генерики, которые имеют гораздо более низкую стоимость в сравнении с оригинальными препаратами.

Одним из таких препаратов, является Арваз- синтетический статин, который в настоящее время хорошо изучен во многих международных исследованиях и доказал свою эффективность.

Все последние кардиологические рекомендации по лечению АГ и дислипидемии подчеркивают необходимость уже на первых этапах лечения назначать комбинированную терапию, поскольку они существенно более эффективна, чем монотерапии (7,8). В этой связи особое внимание клиницистов привлекает использование сочетания антагониста кальция амлотоп и ингибитором ГМК-КоА-редуктазы арваз в лечении АГ при сопутствующей дислипидемии.

Цель исследования - оценки эффективности и безопасности препаратов амлотоп и арваза в лечении артериальной гипертензии при сопутствующих дислипидемии у пожилых больных.

Материал и методы исследования.

Нами проведены обследование 44 больных артериальной гипертензии 3 степени, риск 3 в сочетании с дислипидемией в возрасте 57-77 лет (средний возраст 67,7±1,5 лет), мужчины 30, женщины 14. Длительность заболевания от 5 до 20 лет. Диагноз артериальной гипертензии устанавливался согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999г.). Критериями включения в исследования было наличие дислипидемии с уровнем ХСЛПНП выше 3 ммоль/л.

Всем больным проводилась общеклинические, функциональные (ЭКГ и ЭхоКГ), определение сахара в крови и общего холестерина. Общая длительность активной терапии составила 12 недель. У всех исследуемых до начала лечения оценивались следующие показатели: исходная частота сердечных сокращении (ЧСС) по электрокардиограмме (ЭКГ), исходное систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) и показатели внутрисердечной гемодинамики, содержание общего холестерина и сахара крови.

Эффективность препарата оценивалась через 2-4 и 14-16 дни после начала терапии путем определения клинического АД аускультативным методом в соответствии с рекомендациями ВОЗ/МОАГ (1999г.). Для оценки эффективности использовали измерения АД в положении большого сидя после 5 мин. отдыха. Эффект считался хорошим при снижении ДАД до 90 мм рт.ст. и ниже, удовлетворительным при снижении ДАД на 10 мм рт.ст. и более, но не до 90 мм рт.ст., неудовлетворительным – при отсутствии снижения АД или при его повышении.

До начала и после 12 недельного исследования приверженности к лечению у всех пациентов была проведена оценка качества жизни (КЖ) с использованием Миннесотского опросника качества жизни у пожилых больных.

Пациенты были разделены на 2 группы. Больным I основной группы (n22) в комплексное лечение включали Амлотоп в дозе 5 мг/сут и Арваз в дозе 10 мг/сут в течение 12 недель. Больные группы контроля (№20) получали только базисную терапию.

В исследование не включались пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующие комплексной терапии, симптоматической АГ, ИБС, страдающие нарушениями сердечного ритма и проводимости, сердечной недостаточностью II-III стадий, перенесшей инсульт, пороками сердца, сахарным диабетом, дыхательной и почечной недостаточностью, а также больные с уровнем ОХС выше 10 ммоль/л и триглицеридов выше 4 ммоль/л, вторичной дислипидемией, заболеваниями печени в активной стадии или повышением активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) более чем в 3 раза выше нормы невыясненной этиологии, острыми инфекционными заболеваниями, пациенты, злоупотребляющие алкоголем. Всеми пациентами оформлено письменное согласие на прием препарата. Определение общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) выполнялись энзиматическим методом на автоанализаторе Vitalab Selectra (Австрия).

Определение триглицеридов (ТГ) проводилось на фотометре КФК-3.

Уровень липидов крови выражали в моль/л. Коэффициент атерогенности рассчитывали по формуле Климова А.Н. (1980): $КА = (\text{общий ХС} - \text{ХС ЛПВП}) / \text{ХС ЛПВП}$. Выражали его в относительных единицах.

Активность трансаминаз (АЛТ, АСТ) определяли методом Райтман-Френкеля. Щелочную фосфатазу- кинетическим методом с реактивом KONE.

Статистическая обработка материала проведена с использованием методов вариационной статистики с определением критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного нами исследования было выявлено, что на фоне проводимой терапии положительную клиническую динамику наблюдали в обеих группах. У больных I группы применение Амлоптопа и Арваза приводило к значительному уменьшению клинических проявлений АГ с существующей дислипидемии, существенному снижению систолического и диастолического АД у пожилых больных,

Таблица 1 - Клиническая характеристика АГ с сопутствующей дислипидемии

Показатели	1-я группа №22		2-я группа		P
	до лечения	через 12 недель	до лечения	через 8 недель	
САД мм.рт.ст	179,7±3,8	135,4±3,2	175,1±3,1	139,2±2,1	0,05
ДАД мм.рт.ст	108,2±2,3	88,1±1,2	104,1±1,8	89,1±1,2	0,05
ЧЧС в минуту	88,2±2,1	79,1±1,5	86,7±2,1	82,1±1,8	0,05

Примечание: САД- систолическое артериальное давление;
ДАД- диастолическое артериальное давление;
ЧСС- частота сердечных сокращений;

При выполнении теста с 6 минутной ходьбой было выявлено достоверное возрастание объема выполненной нагрузки в 1 группе наблюдения. Расстояние, преодолеваемое больными за 6 минут, в 1 группе увеличилось с 226±4,1 до 395±4,2 м, в группе контроля с 227±0,05 до 278±4,2 м соответственно (таблица 1). При

оценке показателей ВАШ кашля пациентов 1 группы отмечалось достоверное уменьшение числа баллов в сравнении группой контроля.

ЧСС на фоне длительного лечения, также достоверно снизилось в 1 группе с 88,2±2,1 до 72,1±1,5 $p < 0,05$.

Таблица 2 - Влияние терапии на функциональное состояние пациентов и морфофункциональные параметры сердца

Показатели	1-я группа базисная			2-я группа, контроля		
	Исходно	ч/з 12 недель	P	Исходно	ч/з 12 недель	P
ФК	3±0,1	1,9±0,11	0,03	2,9±0,04	1,86±0,02	0,04
Дистанция 6 мин ходьба, м	226±4,1	395±4,2	0,04	227±0,05	278±4,2	0,03
ФВ%	51,5±1,2	59,1±1,4	0,02	52,1±1,4	53,9±2,2	0,05
УО мл	50,8±1,5	56,2±2,0	0,02	51,1±1,5	52,3±1,9	0,02
СВ л/мин	2,9±0,1	3,5±0,11	0,01	3,1±0,2	3,21±0,2	0,03
СИ л/мин	1,61±0,05	1,88±0,06	0,02	1,66±0,05	1,67±0,04	0,04

Примечание: p-достоверность различий между исходными и конечными параметрами.

При проведении эхокардиографии изучались объемы и размеры левого желудочка в систолу и диастолу фракции выброса (ФВ), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ) и показатели ударного объема. У больных пожилого возраста достоверны изменены: диаметр аорты (Да), размеры левого предсердия (ЛП), толщина задней стенки

левого желудочка (Тзслж). Изучение влияния кардионата на показатели внутрисердечной гемодинамики показало достоверное увеличение фракции выброса (ФВ) с 51,05% до 59,10% в основной группе, а с 52,1% до 53,9% в контрольной группе через 12 недель терапии. (Рисунок 1).

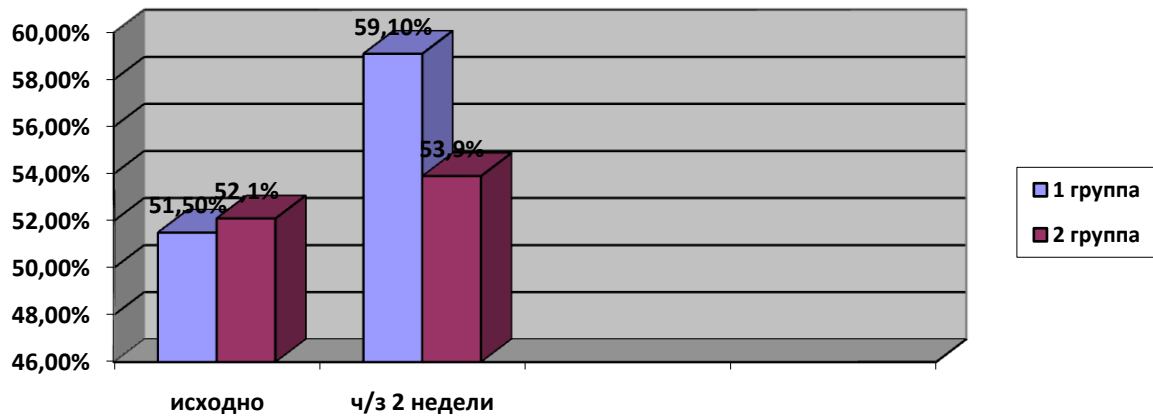


Рисунок 1 - Динамика повышения ФВ у больных 1-й базисной группы в сравнении со 2-й группой контроля

Все пациенты группы наблюдения (1-я группа) и группа контроля соблюдали режим приема Арваза в течение 12 недель и придерживались гипохолестеринемической диеты. Выбывших из исследования, не закончивших 12 недельный курс липидоснижающей терапии Арвазом не было. Из рисунка 2, видно, что через 12 недель лечения Арвазом у лиц 1 группы отмечается достижение нормальных

показателей общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, причем динамика является достоверной по сравнению с исходными данными, тогда как в контрольной группе больных ОХС и ХСЛПНП оставались, в основном, на исходном уровне (рисунок 3).

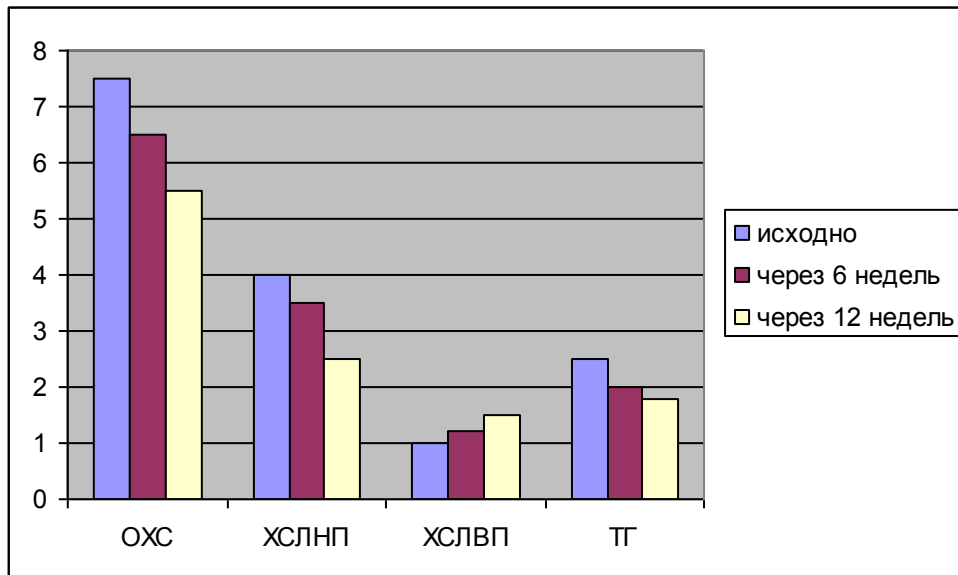


Рисунок 2 - Динамика уровня липидов плазмы крови у больных основной группы (1-я группа)

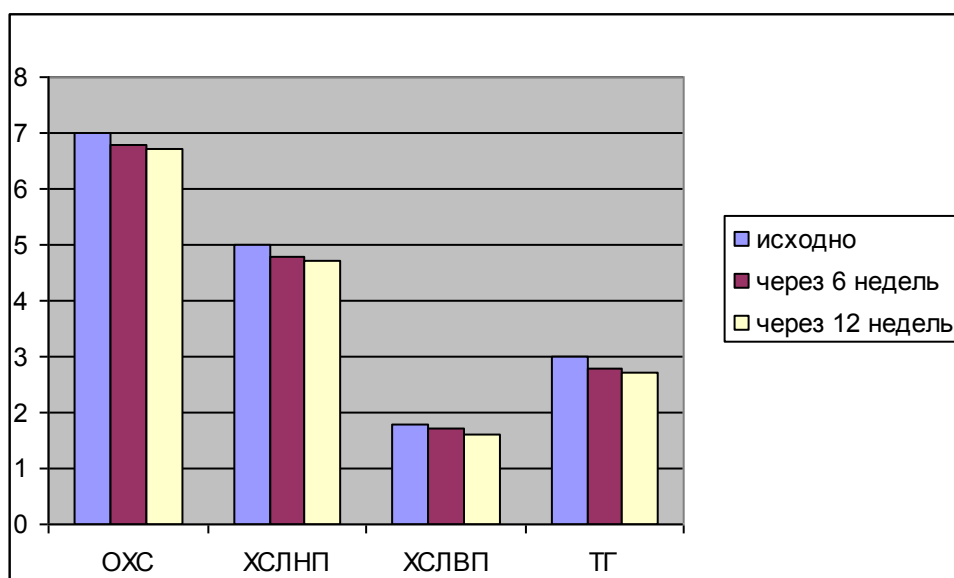


Рисунок 3 - Динамика уровня липидов плазмы крови у больных контрольной группы

К настоящему времени можно считать совершенно оправданным назначение комбинации «Амлотоп» и «Арваз» пациентам с АГ и сопутствующей гиперхолестеринемией. Эти комбинации хорошо переносятся больными при длительном лечении, оказывает выраженное и устойчивое гипотензивное и гиплипидемическое действие, низкий риск развития побочных эффектов, обеспечивают высокую приверженность пациентов к лечению. Назначение Амлотоп и Арваза с АГ сопутствующей гиперхолестеринемией позволит и врачу, и больному в полной мере воспользоваться доказанными удобствами и преимуществами современного подхода к лечению данных, часто сопутствующих друг другу заболеваний.

Выводы:

1. Терапия препаратами Амлотоп 5 мг и Арваз 10 мг привели к достижению целевых уровня АД и гиперлипидемией.
2. Применение препаратов Амлотоп и Арваза в течение 3 месяца способствуют улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики у пожилых больных АГ с дислипидемией.
3. Амлотоп и Арваз обладают выраженным антигипертензивным кардиопротективным и гиполлипидемическим эффектами, хорошо переносятся больными, имеют удобный однократный режим приема, что определяет хорошую приверженность больных к лечению этими препаратами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии в России: портрет больного // Артериальная гипертензия. - 2008. - №2(2). - С. 45-51.
- 2 Добровольский А.В. Фиксированная комбинация амлодипина и аторвастатина в терапии пациентов с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний: достижения и перспективы // РМЖ. - 2013. - №9. - С. 438-444.
- 3 Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации. 5-й пересмотр. - М.: 2012. - С. 18-26.
- 4 Национальные рекомендации по кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011г // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2011. - №10(6), Прил.2. - С. 138-146.
- 5 Н.М.Ахмеджанов. Гиполипидемическая терапия у больных ИБС // Лечащий врач. - 2016. - №7. - С. 16-19.
- 6 Ю.В.Зимин. Липидснижающая терапия при ишемической болезни сердца // Кардиология. - 2015. - №4. - С.74-79.
- 7 Ивашкин В.Т., Кузнецов Б.Н. Современные принципы антигипертензивной терапии // Тер. архив. - 2012. - №2. - С. 69-75.
- 8 Blank B., LaSall J., Reeves M. et al. Single pill therapy in the treatment of concomitant hypertension and dyslipidemia (The Atorvastatin/Amlodipin Gemini Study) // J.Clin.Hypertens. - 2015. - Vol.7. - P.264-273.

**А. Кайрбеков, Ш.С. Садыкова, Б.А. Ералиева, М.М. Калиева,
Г.Б. Еркинбекова, А.У. Балтаева**
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
Клиникалық фармакология кафедрасы

ДИСЛИПИДЕМИЯ ЖӘНЕ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕГІ ҰСТАНЫМЫ

Түйін: Бұл мақалада дислипидемиясы бар АГ-мен ауыратын егде жастағы науқастарға Амлотоп және Арваз препаратының зерттеу әсері мен қорытындысы көрсетілген. Амлотоп және Арваз препараттары артериалды гипертензиясы бар егде жастағы науқастардың АҚҚ мен гиперлипидемия деңгейін айтарлықтай түсіреді және гемодинамиканы жақсартады.

Түйінді сөздер: АГ, АҚҚ, егде жастағы науқастар, гемодинамика, өмір сүру сапасы.

A. Kairbekov, Sh.S. Sadikova, B.A. Eralieva, M.M. Kalieva,
G.B. Erkinbekova, A.Y. Baltaeva
Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Clinical Pharmacology

ADHERENCE TO THE INTEGRATED TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA AND HYPERTENSION

Resume: The article presents the results of the study of the drug Amlotop and Arvaz on their effect on the level of hypertension with dyslipidemia in elderly patients. "Amlotop" and "Arvaz" significantly reduces the level of blood pressure and hyperlipidemia improves hemodynamics in elderly patients with arterial hypertension.

Keywords: AH, AP, elderly patients, hemodynamics, qualities of life.

ФАРМАЦИЯДАҒЫ АДАМ РЕСУРСТАРЫН БАСҚАРУ

¹Ә.А. Серикбаева, ¹А.А. Егизбаева, ²Н.Ж. Максаламова, ²А.М. Мукажанова,
²К.А. Амрина, ²А.Г. Абдихан

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

¹Фармацияның ұйымдастырылуы, басқарылуы және

экономикасы және клиникалық фармациясы

²ФА 17-004-01

Соңғы кездегі отандық фармацевтикалық фирмалар мен кәсіпорындар үшін кадрлық менеджменттің мамандармен жұмыс жасауымен адами ресурстарды басқаруға дейін дамуы фармацевтикалық мамандардың менеджментінің ғылым ретінде дамуына ықпал етті. Сондықтан фармациядағы кадрлық менеджмент мәселесін зерттеу кезінде фармацевтика саласындағы экономикалық және әлеуметтік ерекшеліктерді қарастыру қажет. Осы ретте бұл мақалада фармация саласындағы мамандар менеджментінің бағыттары мен міндеттері қарастырылған.

Түйінді сөздер: адам ресурстарын басқару, фармация, персонал менеджменті

УДК 615.1:615.15/19:65.9(5каз)21

Өздеріңіз білетіндей, персоналды басқару менеджмент жүйесінде соңғы жылдарда бірнеше рет өзгеріске ұшырады. Кадрлық менеджмент жүйесінде жұмыс жасайтын ғалымдар мен практиктерге көзқарас, олардың теориялық дәрежесі әлеуметтік даму процесінде қайта қаралды. Өндірістік, ақпараттық және басқару технологияларының жетілуі, жеке және жалпы адамзаттық құндылықтар қайта қаралып, адам мен ұйым арасындағы тең қарым-қатынас үйлестірілді[1].

Жалпыға ортақ кадрлық менеджменттің методологиялық жақындасу және теориялық позициялары, тәсілдері, технологиялар және фармациядағы қызметкерлерді басқару рәсімдерін үш бағытқа біріктіруге болады:

1) дәрілік заттармен жұмыс істейтін кадрлық субъектілер құрамын қалыптастырудың әдістері

2) фармацевтикалық қызметкерлердің жұмыс істеуін қолдау әдістері

3) кадрлық потенциалдың және оның қайта ұйымдастыруын оңтайландыру әдістері

Фармацевтикалық қызметкерлерді басқаруды шартты түрде екіге бөлуге болады:

1. фармацевтикалық ұйым қызметкерлеріне жазылым бойынша ережелерді бекіту - олар қалай іс-әрекет істеуі қажет;

2. практика жүзінде фармацевтикалық ұйым қызметтер ережесі бойынша орындалуы;

Фармациядағы кадрлық менеджмент ғылым ретінде дамуда, оған себеп болған адам ресурстарын басқару менеджментті салыстырмалы түрде дамып, қазіргі отандық фармацевтикалық өндірістерде және компанияларда соңғы кездерде өз орнын табуда. Фармациядағы кадрлық менеджментті зерттеу барысында міндетті түрде фармацевтикалық саланы экономикалық және әлеуметтік аспектілер тұрғыда ескеру қажет. Кадрлық менеджмент анализі, авторлардың айтуы бойынша үлкен тәуекел,

күрделі міндеттемелер жоғарғы экономикалық және ғылыми бағыттағы білікті сала мамандарының бақылануын және назарын талап етеді[2].

Замануи шарттар бойынша фармацевтикалық қызметкерлерді басқаруды тәжірибелік және теориялық түрде үш міндетті бағытын қарастыруға болады:

- экономикалық
- органикалық
- гуманистік

Экономикалық бағыт фармация саласындағы еңбек ресурстарын пайдалану тұжырымдамасымен байланысты болады және осы бағытта келесі ережелер бекітіледі:

- фармацевтикалық қызметкерлерді басқару бірлігін қамтамасыз ету (қызметкерлер тек бір ғана басшы ережелеріне құлақ салуы);

- басқарудың тек тік жүргізілуін қатаң сақтау (басқарушының қызметкерлерінің орнына байланысты үстінен астына қарай жүргізілуі және шешім қабылдау және қарым-қатынас орнату үшін қолданылады);

- басқаруды жеткілікті дәрежеде қадағалауды орнату;
- фармацевтикалық ұйымның басшысының жауапкершілігі мен басқару арасындағы тең балансты орнату;

- орнатылған міндеттемелер (фармацевтикалық ұйымда бекітілген дәстүрлер, міндеттер, сырттай байқалатын сыйластықтың белгілері, бағынулардың орындалуының бекітілген ережелеріне сәйкес жүргізілуі);

- жеке қызуғышылық арқылы ортақ мәселеде жетістікке жету.

Органикалық бағытта фармацевтикалық қызметкерлерді басқару концепциясы және адам ресурстарын басқару концепциялары ұштастырылады. Кадрлық функцияға қызметкерлерді таңдау, ұйымға қажетті маманданған қызметті мансап бойынша орналастыру, қызметкерлер

жұмысын бағалау, квалификацияларын жоғарлату жатады[3].

Қарастырылған отырған бағыттың тартымдылығы сол басқарушылық шешім ешқашан толығымен рациональды бола алмайды, себебі алдына түскен жағдайларды жұмысшылар әртүрлі қабылдайды:

- толық емес ақпаратты қолданады;
- зерттеу барысында әр жағдайға шектеулі варианттарды қарастыруы мүмкін;
- таңдалған басқарушылық шешімнің нәтижесін дұрыс бағалай алмауы.

Органикалық бағыттың келесі ережелерін көрсетуге болады:

- фармацевтикалық ұйымның сыртқы ортадағы айналымына назар салып функцияналдық қызметіне бағытталуы;

- фармацевтикалық қызмет ұйымын өзара бағытталған ішкі жүйе ретінде көрсету қажет, тепе-теңдікті сақтау және дисфункцияны болдырмауды алдын алу.

Гуманистік бағытта фармацевтикалық қызметкерлерді басқаруда фармацевтикалық ұйымды мәдени түрде көрсету. Бұл жағдайда, фармацевтика ұйымына қатысты сыртқы білім, идеология, құндылықтар, күнделікті күзету, жүйесінде көрініс ретінде, стандарттарды әзірлеу мәдениетін қарастыру қажет. Қазіргі таңда фармацевтикалық кадрларды басқару сферасында экономикалық бағыт басым орында, органикалық бағыттың қызметі шектеулі, ал гуманистік бағыт ешқандай айтарлықтай позициясын таба қойған жоқ [4].

Фармацевтикалық кәсіпкерлік саласындағы басқарма құрылысында басшылыққа алынатын кадрлық менеджментті этикалық принциптер және нормалар ретінде қарастыруға болады (басқару иерархиясының нешінші орында отырғанына қарамастан).

Бұл жиынтық түрлі ауқымдағы ережелерді қамтиды: фармацевтикалық субъекттің толығымен сыртқы және ішкі этикасы, ұжымдағы психологиялық климат, қызметтік этикет ережелері.

Осының негізінде фармациядағы кадрлық менеджменттің бірнеше реттегіштерін атап кетуге болады:

- фармацевтикалық нарықта сыртқы ортадан үстем болатын этикалық принциптер;
- фармацевтикалық құрылымдағы қызметкерлердің мінез-құлығын реттейтін нормативтік актілер;
- фармацевтикалық ұйым, фирма қызметкерлерінің ұжымы;
- фармацевтикалық ұйым, фирма қызметкерлерінің жеке ынталандырулары.

Бәсекелестік нарықта өз позициясын нығайтуда кез келген компания үшін бастық артықшылығы жоғарғы, білікті, профессиональды кадрлар болып табылады. Осыдан дәрілік заттар саласындағы ұйымдар мен кәсіпорындардың қызметкерлері бәсекеге қабілетті екенін байқауға болады [5].

Фармациядағы кадрлық менеджмент басты екі стратегиялық міндеттерін шешуге бағытталған:

- кәсіби орындаушыларды тарту және ұстап қалу жолымен фармацевтикалық ұйымдарда, фирмаларда жауапкершілік деңгейін жоғарлату және артықшылықты құру. Олардың еңбегінің жемісі фармацевтикалық ұйымдарға жоғары абырой және жаңа тұтынушыларды тартады. Жұмыскерлер мен тұтынушы арасында кері байланыс міндетті түрде болу керек. Фармацевтикалық фирмаға маркетингтік қызметті

тарту бастамаларын арттыруға өз үлесін қосады және кәсіби өзін бағалау деңгейін жоғарлатады.

- Фармацевтикалық ұйымдарда және фирмаларда адамдық капиталды өсіру жолымен бәсекелестік артықшылықты қамтамасыз етеді және жұмыскерлердің кәсіби құзыреттілігі үздіксіз өседі.

Адам капиталы - әр қызметкердің білім, дағды және ынталандыру қоры. Адами капитал инвестициясы білім, кәсіби тәжірибені жинақтау, денсаулық сақтау, кадрлардың географиялық мобильділігі болып табылады.

Осыған байланысты соңғы жылдары кадрлық менеджмент бойынша өткізілетін зерттеулердің адам капиталы концепциясы орталық орын болып табылады. Сәйкесінше фармацевтикалық фирмалардың жұмысының тиімділігі қаражат үлесінің шешім дәрежесіне байланысты болады. Фармацевтикалық фирмалар жұмыскерлердің өмір сапасына және кәсіби қабілеттілігін арттыру мақсатында қаражат бөледі.

Кадрлық құрамды қалыптастыру үшін фирма жұмыскерлеріне сипаттама, қызметкерлердің назарын аудару және бейімделу жүргізіледі.

Фармацевтикалық ұйымдардағы адам ресурстарын басқару қызметі келесі функциялармен тығыз байланысты:

- фармацевтикалық кадрларды таңдау;
- фармацевтикалық кадрларды орналастыру және бейімдеу;
- фармацевтикалық қызметкерлердің біліктілігін арттыру және сертификаттау;
- қауіпсіз жұмыс ортасын жасау.

Осылайша, қазіргі жағдайда персоналды басқару мынадай маңызды ерекшеліктерін анықтауға болады:

- басшылыққа стратегиялық және тактикалық мақсаттарының жетістіктеріне жетуіне көмектесу
- жұмыскерлердің еңбек әлеуеттілігін тиімді пайдалану
- фирмаға жоғары мамандандырылған және қызығушылық танытқан жұмыскерлермен қамтамасыз ету
- ккерек деңгейде жұмыскерлердің өмір сапасын дамыту және қолдау

- қызметкерлерді басқару кеңсесінің барлық жұмыскерлермен өзара әсерлесуі

- жұмыскерлер арасында жақсы моральды-психологиялық климатты сақтау және қамтамасыз ету

Нарықтық бәсекелесте фармацевтикалық ұйымның персоналы басты факторы болып табылады. Фармацевтикалық қызметкерлер дәрілік заттар айналымы бойынша ұйымның және кәсіпорының жоспарлауының бір бөлігі болып табылады.

Кадрлық жоспарлауды ұйымдастыруды жүргізу кезінде келесі міндеттерді шешеді:

- қанша қызметкер, шеберлігі, қашан және қайда қажеттілігі
- қабілеттілігіне, іскерлігіне, дағдыларға сай қызметкерлерді қалай қолдану керек
- қызметкерлердің дамуын қалай жақсарту керек
- іс-шараларды жоспарлауға шығын мөлшері

Нарықтық шарттарға байланысты кадрлық саясат қызметкерлермен жұмыс істеудегі мотивациялық процесстердің кең түрде есептелуі үлкен өзгерістерге ұшырады. Соған орай қазіргі жағдайдағы фармацевтикалық қызметкерлердің сапа менеджмент стандарттарының негізгі бағыты мен міндеті қарастырылды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Говорова Н. Актуальные проблемы кадровой политики. - М.: 2010. – 111 с.
- 2 Воронков А.Н., Реймаров Г.А., Кононов А.И. Система оценки и аттестации кадров. - М.: Элит, 2009. – 259 с.
- 3 Дмитренко Г.А. Мотивация и оценка персонала. - М.: ИПК ГС, 2011. – 194 с.
- 4 Вертакова Ю.В. Управленческие решения. - М.: 2002. – 223 с.
- 5 Виханский О.С. Стратегическое управление. -М.: 2002. – 120 с.

¹Э.А. Серикбаева, ¹А.А. Егизбаева, ²Н.Ж. Максаламова, ²А.М. Мукажанова, ²К.А. Амрина, ²А.Г. Абдикхан
 Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
¹Кафедра организации, управление и экономика фармации и клиническая фармация
²ФА 17-004-01

УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В ФАРМАЦИИ

Резюме: Кадровый менеджмент от обычной работы с кадрами до управления человеческими ресурсами, своеобразная в последнее время и для отечественных фармацевтических фирм и организации, означает развитие менеджмента фармацевтического персонала как науки и так в исследовании кадрового менеджмента в фармации необходима принимать во внимание особенность направления, пути и задачи кадрового менеджмента в фармации.

Ключевые слова: управление человеческими ресурсами, фармация, менеджмент персонала.

¹E.A.Serikbayeva, ¹A.A.Yegizbayeva, ²N.Zh. Maksalamova, ²A.M. Mukazhanova, ²K.A. Amrina, ²A.G. Abdikhan
 Asfendiyarov Kazakh National Medical University
¹Chair of the organization, management and economics of pharmacy and clinical pharmacy
²FA 17-004-01

MANAGEMENT OF HUMAN RESOURCES IN PHARMACY

Resume: Evolution of personnel management from normal operations personnel to human resource management, which is characteristic of late and for domestic pharmaceutical companies and enterprises, means the development of the pharmaceutical personnel management as a science. Therefore, the study of personnel management in pharmacy must be considered especially in the pharmaceutical sphere of economic and social aspects. In clause the directions, approaches and tasks of personnel management in pharmacy are considered.

Keywords: management by human capitals, pharmacy, personnel management

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ GPP

У.М. Датхаев¹, К.С. Жакипбеков¹, Э.А. Серикбаева¹, М.М. Омралиева¹, С.К. Тулемисов²
¹Казахский Национальный Медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы
² Казахстанский университет дружбы народов, г. Шымкент

В соответствии с действующим законодательством, соответствие стандарту Надлежащей аптечной практики (GPP) станет обязательным с начала 2018 года. Поэтому в настоящее время многие аптеки приступили к его внедрению. Стандарт надлежащей аптечной практики (GPP) разработан с целью обеспечения надлежащего качества фармацевтических услуг, оказываемых фармацевтическими работниками населению Республики Казахстан, устанавливает требования к надлежащей аптечной практике и организации системы управления качеством.

Ключевые слова: *надлежащая аптечная практика, аптечные организации, оптимизация, фармацевтические услуги, система качества.*

УДК 615.12:614.27

Введение. На сегодняшний день внедрение стандартов надлежащей аптечной практики (GPP) является одним из главных вопросов. С начала 2018 года все аптечные организации должны соответствовать стандартам GPP. На сегодняшний день этот стандарт внедрили очень малая часть аптечных организаций.

Актуальность. На сегодняшний день в Республике Казахстан осуществляет деятельность 12368 объектов фармацевтической сферы, из них надлежащую аптечную практику внедрили всего 22 [4].

Стандарт надлежащей аптечной практики направлен на обеспечение населения качественными, безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, предоставление достоверной информации о лекарственном средстве, пропаганду здорового образа жизни, обеспечение рационального применения рецептурных лекарственных препаратов и оказание помощи при самолечении. Основные требования надлежащей аптечной практики [1]:

- наличие квалифицированного персонала, владеющего основами фармакологии, фармакотерапии и деонтологии;
- содействие рациональному назначению и надлежащему использованию лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- ориентирование каждого элемента фармацевтической услуги на отдельную личность;
- соблюдение профессиональной этики и конфиденциальности;
- оказание качественных фармацевтических услуг;
- повышение уровня знаний персонала;
- взаимодействие аптечной и медицинской организации, подразумевающее взаимное доверие и конфиденциальность во всех вопросах, относящихся к фармакотерапии, укреплению здоровья, профилактики заболеваний населения и фармаконадзора;
- наличие надлежащей документации;
- обеспечение мероприятий по системе закупок лекарственных средств, изделий медицинского назначения и товаров аптечного ассортимента и не относящихся к

лекарственным средством изделий медицинского назначения в соответствии с перечнем, утвержденным уполномоченным органом;

– обнаружение и предотвращение распространения фальсифицированной фармацевтической продукции;

– наличие соответствующего оборудования, помещений и других необходимых условий, обеспечивающих надлежащее продвижение лекарственных средств и изделий медицинского назначения до потребителя, включая хранение, учет и реализацию;

– наличие соответствующих помещений, оборудования и специальной литературы для оказания консультативной и информационной помощи населению и проведения диагностического тестирования [1].

Аптека розничной реализации подразделяется на аптеку с правом изготовления лекарственных средств и аптеку готовых лекарственных препаратов. Аптека с правом изготовления имеет отделы [1]:

– рецептурно-производственный; реализации

лекарственных препаратов, отпускаемых по рецептам врача;

– реализации безрецептурных лекарственных препаратов;

– реализации изделий медицинского назначения и товаров аптечного ассортимента, разрешенных к отпуску из аптеки [1].

В составе аптеки готовых лекарственных препаратов имеются [1]:

– отделы реализации лекарственных препаратов, отпускаемых по рецептам врача;

– реализации безрецептурных лекарственных препаратов;

– реализации изделий медицинского назначения и товаров аптечного ассортимента, разрешенных к отпуску из аптеки [1].

Чтобы внедрить GPP стандарт, аптека должна полностью соответствовать этим требованиям.

Ключевым моментом внедрения стандартов является разработка Руководства по качеству и стандартных операционных процедур (СОП), то есть документирование отдельных процессов, определение взаимосвязей между ними в виде стандартных операционных процедур (СОП). Порядок выполнения процедур, описанный в СОПах, должен соответствовать фактическому исполнению. При внедрении системы качества в аптеке необходимо учитывать одну очень важную особенность, которая заключается в том, что, если процедура не описана в документации, значит, она не выполняется. Поэтому необходимо прописать все процедуры [2].

Цель. Рассмотреть современное состояние аптечных организаций в условиях внедрения GPP.

Методы исследования. При проведении исследования мы использовали системный и ретроспективный методы анализа. Информационными материалами, используемыми в исследовании, являются данные, опубликованные в печати, а также материалы специализированных периодических изданий.

Материалы исследования. В нашей стране Национальный стандарт «Надлежащая аптечная практика. Основные положения» впервые был утвержден в 2006 году. Однако длительное время он носил добровольный характер, вследствие чего лишь некоторые аптеки приняли решение внедрить данный стандарт. В мае 2015 года стандарт был актуализирован и утвержден приказом Министра здравоохранения и социальной защиты РК. При этом в законодательстве был впервые установлен срок (1 января 2018 года), к которому казахстанские аптеки должны были в обязательном порядке перейти в соответствии с GPP [1].

Правила GPP тесно связаны с относительно новым понятием Pharmaceutical Care, которое переводится на русский язык как «фармацевтическая помощь». Это понятие делает акцент на интересы пациента и общества в целом, подразумевает приоритет профессионального подхода над экономическим. Главное – это принятие фармацевтами доли

ответственности, наряду с другими работниками здравоохранения и больными, за исход лечения [1].

В Республике Казахстан работа по внедрению GPP началась в 2006 году с разработки стандарта СТ РК 1615-2006. Прошло более чем 10 лет со времени разработки и выпуска национальных правил GPP, и в настоящее время уже появились первые аптеки, получившие сертификат GPP. До апреля 2015 года государственный Стандарт Республики Казахстан «Надлежащая аптечная практика» носил рекомендательный характер и был внедрен только в тех аптечных организациях, которые участвовали в предоставлении фармацевтических услуг в рамках ГОБМП. Поэтому до сегодняшнего дня в Республике было довольно мало аптек, которые получили сертификаты GPP [2].

Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан так же был разработан План поэтапного внедрения стандартов надлежащих фармацевтических практик, который реализуется как отечественными производителями, так и другими субъектами фармацевтического рынка, затрагивающий весь этап жизненного цикла лекарственных средств – от производителя до пациента [2].

На сегодняшний день в Республике Казахстан требования к надлежащей аптечной практике утверждены приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик». Стандарт надлежащей аптечной практики (Good Pharmacy Practice, GPP) представляет собой свод правил, разработанный с целью обеспечения качества лекарственных средств на этапе их реализации пациентам и надлежащего оказания фармацевтических услуг аптечными работниками [2].

Главный принцип GPP таков: все, что делается в аптеке, должно быть идеально задокументировано. Поэтому должны быть разработаны стандарты на каждую операционную процедуру, в которых четко указывается, что это за процедура, на основании каких нормативных документов она осуществляется, где именно, каким сотрудником и в течение какого времени. Это подробный алгоритм, где отражены все обстоятельства действия. Соответствующие изменения должны быть внесены и в должностные инструкции работников аптек [3].

Одно из самых важных требований надлежащей аптечной практики — необходимость информирования покупателей о линейке лекарственных препаратов, начиная с самого дешёвого сегмента [3].

В данное время по городу Алматы стандарт GPP получили всего 22 фармацевтических предприятия, из них 3 – фармацевтические производства, 10 – фармацевтических дистрибьюторских компаний и 5 – розничных фармацевтических организаций [4].

Переход на международные стандарты решит главный вопрос - качество лекарств и безопасность их для населения. Данная задача является актуальным. Например, в России в декабре прошлого года произошло массовое отравление настойкой боярышника, в которой, как выяснили эксперты, вместо этилового спирта оказался концентрированный метиловый. Умерли больше тридцати человек [5].

Вывод. Сегодня наша страна находится в процессе перехода аптечных и фармацевтических организаций на Национальный стандарт Надлежащей аптечной практики (GPP). Данный процесс является необходимым условием для обеспечения населения качественными и безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Выполнения требований GPP будет способствовать повышению качества фармацевтических услуг, путем полного информирования о лекарственном препарате пациента фармацевтическими работниками.

Таким образом, к 2018 году все аптечные организации должны соответствовать требованиям стандарта Надлежащей аптечной практики (GPP).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Фармацевтическое обозрение Казахстана [Электронный ресурс]/ Султанбаева Б.К., Надлежащая аптечная практика: все для блага пациента; --элект.дан.- Алматы:2016 г.- Режим доступа: <https://www.pharm.reviews/stati/master-klassy/item/1487-nadlezhashchaya-artechnaya-praktika-vse-dlya-bлага-patsienta>
- 2 Казахстанский фармацевтический вестник [Электронный ресурс]/ М.И. Дурманова: К вопросу о переходе казахстанских аптек на GPP; --элект.дан.- Алматы: 2016г.- Режим доступа: http://pharmnews.kz/ru/article/mi-durmanova-k-voprosu-o-perehode-kazahstanskiih-aptek-na-gpp_10489
- 3 [Электронный ресурс]/ Надлежащая аптечная практика. Сколько времени займёт внедрение правил? ; --элект.дан.- Алматы: 2016г.- Режим доступа: https://i-news.kz/news/2017/05/03/8488343-nadlezhaschaya_artechnaya_praktika_skolk.html
- 4 Казахстанский фармацевтический вестник [Электронный ресурс]/ Еще раз к вопросу о внедрении GPP в Казахстане; --элект.дан.- М: Алматы, РК 2016г.- Режим доступа: http://pharmnews.kz/ru/article/esche-raz-k-voprosu-o-vnedrenii-gpp-v-kazahstane_11709
- 5 Костанайские новости [Электронный ресурс]/ Аптеки: новый формат работы; --элект.дан.- Костанай: 2017г.- Режим доступа: <http://kstnews.kz/newspaper/430?node=34995>

У.М. Датхаев¹, К.С. Жакипбеков¹, Э.А. Серикбаева¹, М.М. Омралиева¹, С.К. Тулемисов²

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қаласы

² Қазақстан халықтар Достығы университеті, Шымкент қ.

ТИІСТІ ДӘРІХАНАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ (GPP) СТАНДАРТЫН ЕНГІЗУ АЯСЫНДА ДӘРІХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ АҒЫМДАҒЫ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Қазіргі уақыттағы заңдарға сәйкес Тиісті дәріханалық тәжірибе (GPP) стандартын енгізу 2018 жылдың басынан бастап міндетті болады. Сондықтан қазіргі таңда көптеген дәріханалар оны енгізуге қадамдар жасай бастады. Тиісті дәріханалық тәжірибе (GPP) стандарты Қазақстан Республикасының тұрғындарына фармацевтикалық қызметкерлер көрсететін тиісті сапалы фармацевтикалық қызметті қамтамасыздандыру мақсатымен құрылды, ол тиісті дәріханалық тәжірибе талаптарын құрып және сапаны басқару жүйесін ұйымдастырады.

Түйінді сөздер: тиісті дәріханалық тәжірибе, дәріханалық ұйымдар, оңтайландыру, фармацевтикалық қызмет, сапа жүйесі.

U.M. Datkhayev¹, K.S. Zhakipbekov¹, E.A. Serikbayeva¹, M.M. Omraliyeva¹, S.K. Tulemisov²

¹ Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

² Kazakhstan University of peoples friendship, Shymkent

MODERN STATUS OF PHARMACY ORGANIZATIONS UNDER THE GPP IMPLEMENTATION CONDITION

Resume: In accordance with the current legislation, compliance with the standard of Good Pharmacy Practice (GPP) will become mandatory from the beginning of 2018. Therefore, at present many pharmacies have started to implement it. The standard of good pharmacy practice (GPP) is designed to ensure the proper quality of pharmaceutical services provided by pharmaceutical workers to the population of the Republic of Kazakhstan, establishes requirements for proper pharmacy practice and the organization of a quality management system.

Keywords: proper pharmacy practice, pharmacy organizations, optimization, pharmaceutical services, quality system.

THE MAIN ASPECTS OF STAFFING PHARMACEUTICAL SPHERE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

U.M. Datkhayev, K.S. Zhakipbekov, E.A. Serikbayeva,
S.Zh. Makazhanova, G.M. Datkayeva

*Department of organization and management and economics
of pharmacy and clinical pharmacy*

The rational distribution and use of personnel is one of the priorities for any institution or state. In the medical sphere in general, and in particular in the pharmaceutical industry, there is also a need for relevant personnel. The review of literature sources was used in the study. In the course of the analysis, we found out that in the cities and settlements of the Republic of Kazakhstan the staffing of medical and pharmaceutical workers is not uniform, that is, differences are established at the demographic and geographical level. When solving these problems, we took into account the advisability of using human resources to optimize human resources in the sphere of drug circulation. Thus, taking into account the above, we have justified the relevance of this topic and the need for further research.

Keywords: Staffing, demography, Republic of Kazakhstan, personnel management, pharmaceutical branch.

УДК 615.19:65.9(5 Каз)

Introduction. To date, the provision of personnel with scarce areas in the Republic of Kazakhstan is one of the main issues in personnel management. Despite the continuous release of bachelors, undergraduates in the medical field throughout the country, the shortage of cadres is visible not with an armed eye. In order to provide the population of the Republic of Kazakhstan with the appropriate level of medical and pharmaceutical services, it is necessary to optimize the introduction of personnel in the workplace in terms of geographical location and demography.

Similarly, the use of foreign experience of countries in Europe, the United States of America and the countries of Asia can make the necessary balance in the pharmaceutical sector to provide workers.

Relevance. The main goal of modern personnel management is underlined in the "Concept of Human Resources Development of the Healthcare of the Republic of Kazakhstan for 2012-2020" - development of the human resources management system of the industry, which guarantees high-quality medical services to the population of the Republic of Kazakhstan. The fundamental tasks of this Concept are "optimization of personnel planning, improvement of the regulatory framework of personnel policy and continuous professional development of personnel". Existing problems related to staff shortages, uneven geographic and territorial distribution, as well as structural staff imbalances, are also burdened by insufficient qualification of available personnel, often determining the low quality of medical services [1].

For the territory of Kazakhstan is characterized by extremely high uneven distribution of medical personnel: from 20 to 45.7 per 10 thousand population. In the current situation, personnel management is called upon to become the main factor in the development and development of the pharmaceutical market, an indicator of the expression of social responsibility of the state and pharmaceutical entrepreneurship in matters of protecting the health of the population of the Republic of Kazakhstan.

The need to search for new approaches to the management of pharmaceutical personnel and expand the field of study of pharmaceutical personnel is due to the fact that traditional approaches to the management of pharmaceutical personnel become ineffective, for this it is necessary to revise the management system of pharmaceutical personnel on the basis of theoretical and methodological approaches to optimizing personnel management in the pharmacy of the Republic of Kazakhstan.

Purpose. Rational provision of the pharmaceutical sphere of the Republic of Kazakhstan with appropriate personnel using foreign experience and personnel management.

Research methods. During the research, we used a comprehensive method of researching the staffing of the pharmaceutical sector in the Republic of Kazakhstan. The study used statistical, computational, analytical, comparative, systemic and other methods of analysis. Information materials used in the

study are data published in the press, as well as materials from specialized periodicals.

Research materials. In the personnel management of European countries, the emphasis is on the level of staff training in connection with the presence of competition. Heads of pharmaceutical companies in England believe that their employees must constantly improve their skills. The activity of the organization and the mechanism of its functioning, as a system or devices that determine the order of certain types of activities in order to ensure the required order, implies an impact on the managed system (organization) through a set of procedures for making managerial decisions. The latter is characterized by the term "organizational management", which has three meanings. Administrators engaged in management activities must know three basic principles in personnel management: - management method (based on the processes and properties of the organization); - management of company processes (for example, development); - management of the entire corporate organizational system. Russian followers proposed the following lists of management functions: planning, organization, motivation and coordination, forecasting, decision-making, accounting and control [2].

In Kazakhstan, the situation with the staff members of scarce industries, in our case pharmaceutical, is different. At the moment, the Higher Educational Institutions of the Republic of Kazakhstan are training specialists in the Bologna education system. This includes professionals with undergraduate education, a master's degree, and a Ph.D. In order to provide the population of the Republic with a qualitative medical spectrum of services, it is necessary to take drastic measures.

One of the important aspects of the problems with staffing is the geographical location of cities (regions). It should be noted that young professionals prefer to stay in large cities, rather than go to rural areas. The state has been implementing the employment program "With a diploma in the village" for several years, which will allow the young specialist to return to his native cities, villages and work [3]. Since in rural areas the shortage of specialists of such caliber as medical and pharmaceutical workers is very clear. The state provides assistance to a young specialist, helping with housing and finding work. Another State Program "Youth Practice" is working in the same direction, which provides assistance to specialists who have just graduated from the Higher Educational Institution. Specialists in the fields of education, social security, health, veterinary medicine, culture and sport, agro-industrial complex [4].

It is also important that in the southern regions of the country the population of local residents is much larger than in the northern parts of our country. Accordingly, the staffing of the southern and northern regions is completely different. And this concerns not only the medical sphere, but also other specialties like teachers, technologists, IT specialists and others.

In this regard, the State has taken the necessary measures. A set of measures for the resettlement of residents of the southern

parts of the Republic of Kazakhstan in the northern regions of the country is being implemented. The complex is part of the implementation of the State Program "Employment Road Map-2020". A large number of families have moved on their own initiative. In accordance with the program, the State provides a place of work, a living space for families who have moved. All this proves that the staffing is directly influenced by geographical and demographic data [5].

Personnel management is one of the necessary tools in balancing the staffing of medical personnel. A review of the scientific literature has shown that foreign researchers use different terms like "management of labor and human resources", among them the notion of "cadre management" is closer to "personnel management". A wide use of this term was observed in the USA at the end of the 20th century. This was due to changes in the traditional approaches to work with staff and the rational use of the human potential of the organization in a market economy.

Based on the foregoing, it can be argued that "personnel management" is one of the main lines of management, formed as a result of evolutionary work with personnel. It can be argued that the personnel management reveals the novelty of personnel work, based on the recognition of the human factor, the continuity of the evolutionary development of previously existing approaches to personnel work [6].

Conclusion. Summing up, I would like to note that the state needs medical workers in all spheres, including pharmaceuticals. Staffing is the foundation of any successful organization, as well as one of the criteria for providing quality and timely medical services to the population of the Republic of Kazakhstan. In the article, we examined the problems of shortage of personnel in geographical locations and demographic, and solutions for balancing the recruitment of health care structures are the State programs that are implemented every year.

REFERENCES

- 1 Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012-2020 годы. Астана. – 2010. – 48 с.
- 2 Левкова И.Н., Царахова Л.Н. Концептуальные подходы к управлению фармацевтическим персоналом с учетом опыта развитых стран и особенностей фармацевтического рынка России на современном этапе // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. – Пятигорск: 2012. – №67. – С. 450-452.
- 3 Государственная программа трудоустройства РК «С дипломом в село». – Астана: 2008. – 16 с.
- 4 Государственная программа РК «Молодежная практика». – Астана: 2009. – 22 с.
- 5 Государственная программа РК «Дорожная карта занятости – 2020». – Астана: 2016. – 29 с.
- 6 Hulton W. The world were In. - London: Little, 2000. – 257 p.

У.М. Датхаев, Қ.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, С.Ж. Мақажанова, Г.М. Даткаева
Фармацияны ұйымдастыру және басқару және экономикасы және клиникалық фармация кафедрасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ЖҮЙЕСІН КАДРМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Қызметкерлерді ұтымды пайдалану және орналастыру кез келген мекеме немесе мемлекеттің ұйымдардың негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Жалпы алғанда, медициналық жүйе, оның ішінде фармацевтика бөлімі, өз қатарында қызметкерлердің жетіспеушілігінен зардап шегеді. Зерттеу жүргізгенде әдебиет көздеріне талдау жасалды.

Талдау барысында біз Қазақстан Республикасының әртүрлі қалаларында және аудандарында медициналық қызметкерлермен кадрлық қамтылуы біркелкі таратылмағанын, яғни демографиялық және географиялық деңгейде айырмашылықтар анықталғанын білдік. Осы мәселелерді шешу кезінде біз фармацевтикалық жүйенің кадрлық құрылымдарын оңтайландыру үшін персоналды тиімді басқаруды пайдалануды ескердік. Жоғарыда қарастырылған мәселелерге байланысты, бұл тақырыптың өзекті екендігі анықталып, болашақта зерттеу жүргізуге қажетті екендігіне көз жеткіздік.

Түйінді сөздер: кадрмен қамтамасыз ету, Қазақстан Республикасы, кадрлық менеджмент, фармацевтикалық жүйе.

У.М. Датхаев, Қ.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, С.Ж. Мақажанова, Г.М. Даткаева
Кафедра организации, управления и экономики фармации и клинической фармации

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАДРАМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ СФЕРУ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Резюме: Рациональное распределение и использование кадров является одной из приоритетных задач для любого учреждения или государства. В медицинской сфере в целом, и в частности в фармацевтической отрасли, так же зафиксировано потребность в соответствующих кадрах. При проведении исследования был использован обзорный анализ литературных источников. В ходе анализа мы выяснили, что в городах и населенных пунктах Республики Казахстан кадровое обеспечение медицинскими и фармацевтическими работниками является не равномерным, то есть установлены различия на демографическом и географическом уровне. При решении данных проблем нами было отмечено целесообразность использования кадрового обеспечения для оптимизации человеческих ресурсов в сфере обращения лекарственных средств. Таким образом, учитывая вышеизложенное, нами обоснована актуальность данной темы и необходимость проведения дальнейших исследований.

Ключевые слова: Кадровое обеспечение, демография, Республика Казахстан, кадровый менеджмент, фармацевтическая отрасль

ҚАЗАҚСТАН ЖЕРІНДЕ ӨСЕТІН MACLURA AURANTIACA ЖЕМІСТЕРІНЕН БӨЛІНІП АЛЫНҒАН ОРОБОЛ ҚОСЫЛЫСЫНЫҢ АНТИБАКТЕРИЯЛЫҚ ҚАСИЕТІ

С.Е. Момбеков^{1,2}, У.М. Датхаев² Е.К. Оразбеков^{1,2}

¹Табиғи өнімдерді зерттеу Ұлттық ғылыми орталығы, Миссиссиппи Университеті, MS 38677, АҚШ
²С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

Қазақстан жерінде өсетін *Maclura aurantiaca* (L.) өсімдігі жемістерінен алынған түрлі сығындылардың белсенділіктері зерттеліп, биологиялық белсенділігін арттыру мақсатында сығынды фракцияларға бөлінді. Метанолды сығындының этилацетатты фракциясы вакуум-сұйықтықты хроматография әдісі арқылы бірнеше субфракцияларға бөлініп, бағаналы хроматография арқылы индивидуалды түрде антибактериялық қасиетке ие негізгі әсер етуші қосылыстардың бірі Оробол қосылысы бөлініп алынды. Бөлініп алынған Оробол қосылысы фармакологиялық зерттеліп, екіншілік зерттеуде IC_{50} мәні 4,68 мкг/мл антибактериалдық қасиет көрсетті.
Түйінді сөздер: Оробол, *Maclura aurantiaca*, ВЭЖХ, ЯМР

УДК 615.281:633.8

Кіріспе. *Maclura aurantiaca* флавоноид қосылыстарына бай дәрілік өсімдік шикізаты. Оробол қосылысы бұрын соңды өзге туысқа жататын шет елдік өсімдіктердің құрамынан бөлініп келген. Алайда, Қазақстандық Маклюр құрамынан алғаш рет бөлініп, химиялық құрылысы ЯМР спектроскопиясы арқылы анықталып, биологиялық белсенділігі фармакологиялық зерттелді [1]. Анықталған химиялық құрылысы әдебиеттерге шолу жүргізу арқылы зерттеліп, бұрын соңды *Erythrina senegalensis*, *Tephrosia calorphylla*, *Erythrina variegata* өсімдіктерінің құрамынан бөлініп алынғандығы көрсетіп, Оробол деп аталып өткен [2-5]. Алайда бұл қосылыс Қазақстандық Маклюр жемісінің құрамынан бұрын соңды бөлінбеген. Бұл зерттеуде алғаш рет Қазақстандық Маклюр жемісінен бөлініп алынған Оробол қосылысының химиялық құрылысын анықтауда жасалынған ЯМР спектрлері мен фармакологиясына тоқталамыз.

Эксперименттік бөлім.

Зерттеу нысаны: Оңтүстік Қазақстан облысы Махтаарал ауданы Сұлбулақ елді мекені жерінен жиналған күрең Маклюра *Maclura aurantiaca* жемістері.

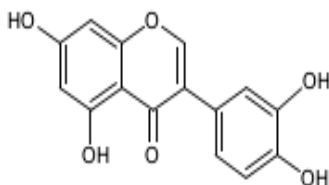
Құрал жабдықтар.

ЯМР спектроскопиялау арқылы жұмыс жиілігі 400 МГц болатын Varian Mercury спектрометрінде химиялық құрылысы анықталды. 1H сутегі спектрлері 400 МГц, ал ^{13}C спектрлері 100 МГц жиілікте алынды. Қосылыстың

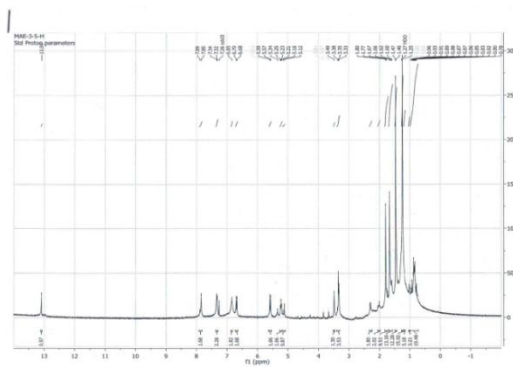
индивидуалдылығы Waters 2695 тиімділігі жоғары сұйықтықты хроматографиялау (ВЭЖХ) құрылысы көмегімен Phenomenex C₁₈ колонкасын қолдану арқылы анықталды.

Сығындылау, бөліп алу, құрылысын анықтау.

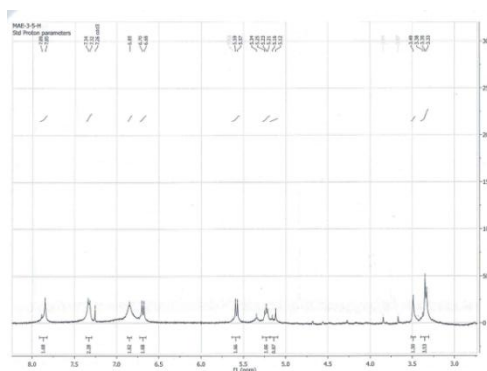
Маклюр жемістері метанолмен сығындыланып, түрлі фракциялар мен субфракцияларға бөлінді. Этилацетат субфракциясы жұқа қабатты хроматография әдісі арқылы зерттеліп, құрамына бірнеше заттың бөлінгендігін көрсетті. Оларды жеке-дара бөліп алу - бағаналы хроматография әдісімен жүргізіліп, жылжымайтын фаза ретінде силикагель 40 (0.04-0.063 мм) және сефадекс LH-20 (0.25-0.1 мм, Merck) сорбенттері қолданылды. Бөлініп алынған фракциялар мен субфракциялар жұқа қабатты хроматографиялық зерттеулер арқылы пластинада жалғыз дақ қалғанша жүргізілді. Қосылысты бөліп алу және химиялық құрылысын анықтау АҚШ жерінде NCPNPR-Табиғи өнімдерді зерттеу Ұлттық ғылыми орталығында (АҚШ) та жүргізілді. Оробол қосылысының химиялық құрылысы ЯМР 1H және ^{13}C спектроскопиялау әдістері арқылы дәлелденді (сурет 1-3). Бөлініп алынған Оробол қосылысының индивидуалдылығына көз жеткізу мақсатында Тиімділігі жоғары сұйықтықты хроматографиялау (ВЭЖХ) әдісін қолдандық. Зерттеу жүргізу барысында жалғыз төмпешіктің кескіні байқалды, ол Оробол таза, ешқандай қоспасыз бөліп алынғандығының дәлелі болып табылады (сурет 4).



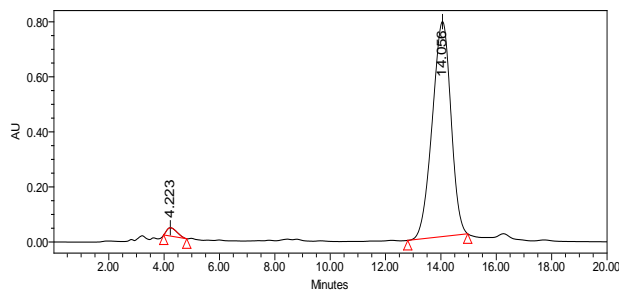
Сурет 1 – Оробол қосылысының құрылымдық формуласы



Сурет 2 – Оробол қосылысының ЯМР ¹H спектры



Сурет 3 –Оробол қосылысының ЯМР ¹³C спектры



Сурет 4 – Тиімділігі жоғары сұйықтықты хроматографиялау (ВЭЖХ) кескіні

Фармакологиялық қасиетін анықтау.

Кесте 1 – Маклюр сығындыларының in vitro антибактериялық қасиеті, екіншілік зерттеу, IC₅₀ (мкг/мл).

Штамм атаулары	Оробол IC ₅₀ мкг/мл
Staphy-lococcus aureus	>20
Methicillin-resistant S. aureus	4.68
Escheri-chia coli	>20
Pseudomo-nas aeruginosa	>20
Mycobacte-rium intracellulare	>20

Қорытынды:

Қорытындылай келе Қазақстандық Маклюр жемістерінен бөлініп алынған оробол қосылысына антибактериялық зерттеу жүргіздік. Зерттеу,- Staphylococcus aureus, Methicillin resistant S. Aureus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa,

Mycobacterium intracellulare штамдарына қарсы зерттелінді.

Зерттеу нәтижелері 1- ші кестеде келтірілген. 50 мкг/мл мөлшерінде Methicillin resistant S.aureus штамына қарсы IC₅₀ мәні 4,68 мкг/мл төмен жойқын қасиет көрсетіп, басқа штамдарға белсенділік көрсеткен жоқ. Зерттеу,- NCNPR-

Табиғи өнімдерді зерттеу Ұлттық ғылыми орталығы, АҚШ

та биологиялық зертхана базасында жүргізілді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Orazbekov Y. K. et al. Potent Anti MRSA and E. Coli Secondary Metabolites from Maclura Aurantiaca Fruits Growing in Kazakhstan // Int.J.Pharmacognosy and phytochemistry. – 2014. - Vol. 1. – P. 88-96.
- 2 Ganapaty S. et al. Rare prenylatedisoflavones from Tephrosiacalophylla // Natural product communications. – 2014. – V. 9., №7. – С. 937-940.
- 3 Tanaka H. et al. Three New Constituents from the Roots of Erythrinavariegata and Their Antibacterial Activity against Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus // Chemistry & biodiversity. – 2011. – V. 8., №3. – P. 476-482.
- 4 Krishnaveni M. Medicinal Plants–A Boon for HIV/AIDS // Journal of Pharmacy Research. – 2012. - Vol.3., №5. – P. 58-69.

С.Е. Момбеков^{1,2}, У.М. Датхаев² Е.К. Оразбеков^{1,2}¹Национальный центр по исследованию натуральных продуктов, Университет Миссисиппи, Оксфорд, США²Казахский национальный медицинский университет С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА КОМПОНЕНТА ОРОБОЛЫДЕЛЕННЫЙ ИЗ ПЛОДОВ MACLURAAURANTIACA ПРОИЗРАСТАЮЩИЙ В КАЗАХСТАНЕ

Резюме: Были изучены биологические активности экстрактов полученные из плодов Maclura aurantiaca (L.) произрастающий в Казахстане, с целью повышения биологической активности экстракт был разделен на фракции. Этилацетатная фракция метанольного экстракта методом вакуумно-жидкостной хроматографии разделили на несколько субфракции, через колончатую хроматографию выделили один из основных действующих компонентов Оробол с антибактериальным эффектом. Выделенный нами Оробол был изучен фармакологический, на вторичном эксперименте значение антибактериального эффекта показало Cl_{50} значением 4,68 мкг/мл.

Ключевые слова: Оробол, Maclura aurantiaca, ВЭЖХ, ЯМР

S.E. Mombekov^{1,2}, U.M. Datkhayev², Y.K. Orazbekov^{1,2}¹National Center for Natural Products Research, School of Pharmacy, The University of Mississippi, University, MS 38677, USA²Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

ANTIBACTERIAL PROPERTIES OF THE COMPONENT OROBALL ISOLATED FROM THE FRUITS OF MACLURAAURANTIACA GROWING IN KAZAKHSTAN

Resume: Biological activity of extracts obtained from Macluraaurantiaca (L.) fruits grown in Kazakhstan was studied, with the purpose of increasing biological activity, the extract was divided into fractions. The ethyl acetate fraction of the methanol extract was separated by several sub-fractions using a liquid-liquid chromatography method, one of the main active ingredients Orobol with antibacterial effect was isolated through column chromatography. The Orobol isolated by us was studied pharmacologically, in a secondary experiment the value of antibacterial effect showed Cl_{50} to be 4.68 $\mu\text{g} / \text{ml}$.

Keywords: Orobol, Macluraaurantiaca, HPLC, NMR

THE MAIN APPROACHES TO IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL TRACK AND TRACE SYSTEM OF MEDICAL PRODUCTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

U.M. Datkhayev, K.S. Zhakipbekov, E.A. Serikbayeva, D.B. Dadanbekova, M.A. Berdibekov
Department of organization and management and economics of pharmacy and clinical pharmacy

In recent years one of the main problems of the global pharmaceutical market is the falsification of medicines. The variety of assortment of medicinal preparations and implementation of the pharmaceutical via the Internet pharmacies are kind of the beginning of this problem. The best way to combat counterfeiting of falsification is a pharmaceutical track and trace system. In this article, we reviewed the main approaches to implementation of pharmaceutical track and trace system of medical products in the Republic of Kazakhstan, its advantages and relevance. During the study we used review of literature. Moreover, we have identified the relevance of the subject for further research. Taking everything into account, we realized that the pharmaceutical track and trace system aimed at protecting the health of the people of the Republic of Kazakhstan from counterfeit medicines, moreover we will be able to provide the population with safe, quality and original products.

Keywords: pharmaceutical track and trace system, counterfeiting and original products, Republic of Kazakhstan, the state program, european medicines verification system.

УДК 615.15:614.23/.014.47(574)

Introduction. According to experts, nowadays falsification of the pharmaceutical production takes 12% of the general pharmaceutical drug population. Just so you know, falsification is going to be dangerous not only for life and health, also for financial situation of people. All counterfeiting pharmaceutical products which will go to the pharmacy, hospital and other medical institutions are able to harm public health. Due to this reason, we need a special system which would track medical products from the manufacturer to the consumer in pharmacy. Many countries are thinking about a system that would not only monitor the logistics supply chain of products, but also the originality, the safety of the drug for use. In addition, this type of system for track-and-trace medical products is one of the best ways of struggle against the shadow market, which is already full with counterfeiting drugs [1].

The relevance of the study. Currently, one of the main problems of the pharmaceutical world is the falsification. Now we are able to find counterfeiting medicines not only at shadow market, also we could find out them at ordinary pharmaceutical market. The most important outcome of this problem is its damage for patient's life, moreover it can be the main cause of death. Start from this problem, many world associations of medical products start to offer a special medical system of pharmaceutical market. First steps or initiatives we are about to see in policy of World Health Organization's program, which is called "Health -2020". The first country which is implemented the system was our neighborhood country Turkey. In addition, the United States of America and Europe are going to enter this pharmaceutical track and trace system in 2023 and 2019 [2].

The best way to start the tracking of medical products is by serialization. With the help of serialization of pharmaceuticals, we can provide the population of Kazakhstan with qualitative and safe medical products. It is also worth mentioning that the system not only certifies the originality of the drug, but it wouldn't affect its price. As a result, in the Republic of Kazakhstan domestic and foreign products market will be protected from falsification, and will be delivered to the final consumer in its original form. Therefore, after the introduction of this system in the Republic of Kazakhstan, we will provide the population with affordable, safe, quality medical products.

Currently, in our country this system is one of the measures for the implementation of the state program of the Ministry of health for 2016 – 2019 years "Densaulyk"[3]. The system for tracking medical products is not only pharmaceutical control which keeps watch over the health of people, but also a complex of measures to combat the smuggling of drugs, illegal selling of drugs, to

prevent fraud with a bar code, and help for rational using of medicines.

All participants of the pharmaceutical market will get benefit from the implementation of the system. In this case, the state will receive the latest information about using drugs, and they will use this information to prepare the budget plan in years to come. Moreover, the received information about side effects and information about the monitoring of drug safety will be further used for the monitoring of prices of medical products. Besides, with the new system people are able to get full information the expiry date of the medication, side effects, information about the manufacturer (in which factory, in which country was released this drug), if a series of the drug had some problems on what basis this drug were admitted to the pharmacy or to the clinic. Hence, domestic producers can increase the volume of their productions, and health organizations can plan their necessary needs. As a result, the population will have high-quality, safe, authentic products.

The aim of the study. To study the main approaches to implementation of pharmaceutical track and trace system of medical products in the Republic of Kazakhstan.

Research methods. During the study were used systematic, comparative and other methods of analysis. Informational materials which is used in the study is data published in print, as well as the materials specialized periodicals.

The study materials. The first country which successfully implemented the system in full is our neighboring country Turkey. In the period 2010-2012, the system was fully implemented in the country. At the moment, Europe is planning to organize a system on two levels. The first level is a National database that will have every country in Europe. The second one is going to consist of the information that will be send from the National database to European and all of them will create an European database. So it's going to be National Verification Medicines System and European Verification Medicines System. In Europe, pharmaceutical track and trace system of medical products will be implemented fully in 2019. In the United States of America the part connected with legalization of the system is much heavier than in Europe. In America there are 50 different States, the laws of each one can be different from another one and different in general. That is what is legal in one State is not legal in another State. American pharmaceutical community in the process of implementing pharmaceutical track and trace system of medical products in the period 2013-2023. The first who introduced the law about the system was the former President of the United States Barack Obama [4,5]. (Figure 1).

System Landscape I

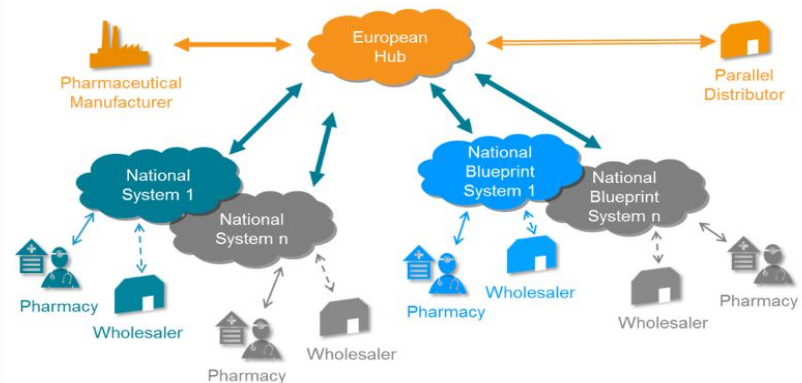


Figure 1 - European medicines verification system (EMVS)

The main principle of the system is encoded in the barcode. The name of marking is Data Matrix, it contains a special unique, randomized serial number. The code contains information about the shelf life, side effects and data about the manufacturer. Every

drug is required to be serialized. The main advantage is if there will be problems with the series, it will be accompanied with information on the basis of which the preparation of this series were admitted to the pharmacy or medical facility. (Figure 2).

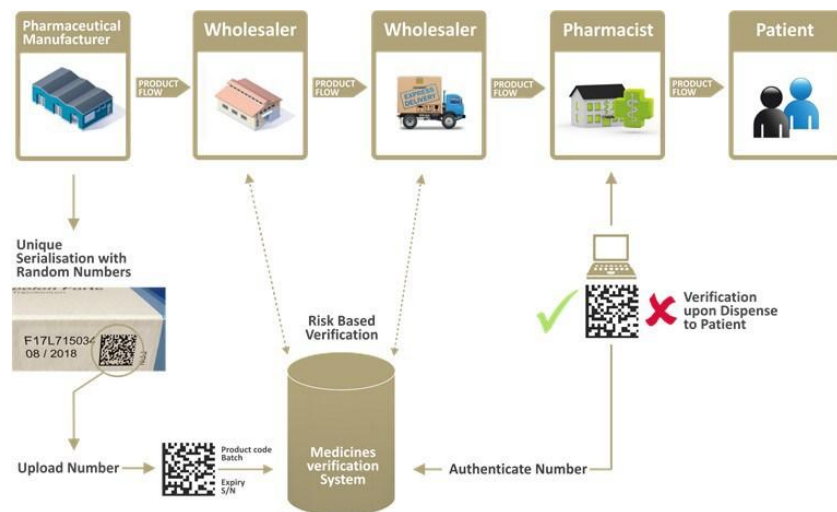


Figure 2 - Life cycle of pharmaceutical track-and-trace system

Just so you know, in our country this system is one of the measures for the implementation of the state program of the Ministry of health for 2016 – 2019 years "Densaulyk". The government is going to introduce the program in several stages. The first phase was prepared the concept of the system and the information side of system. In a second step, in 2017 in the framework of the purchase of medicines Single Distributor will track and trace medical products. In 2018 GVFMC (the guaranteed volume of free medical care) included in the controlled drugs and medical products on the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan. On the conclusion step in 2019, everything will be tracked and traced in pharmaceutical market of the RK.

System in the Republic of Kazakhstan is being implemented by the organization of LLP (Limited Liability Partnership) "SK-pharmacy". A Memorandum about the system has been signed between LLP "SK-pharmacy" and the Agency of medicines and medical products of Turkey. According to international experts pharmaceutical track-and-trace system of Turkey which is known as ITS is the best one [7].

Additionally, the system isn't capable of protecting the health of the population and their finances, but it will help keeps the brand name of pharmaceutical companies. As the company whose

products were implicated in the falsification, can lose its credibility of consumers. Now the use of drugs for the pharmaceutical company, as it is for drug the public about fake slippery. There are two pharmaceutical companies involved in the pilot project of introduction track and trace system of medical products in the Republic of Kazakhstan. They are: JSC "Nobel Almaty pharmaceutical factory" and "Abdi Ibrahim global farm" [8].

Currently, these famous companies like Siemens and Bosch are producing special equipment for pharmaceutical companies that can apply a Data Matrix barcode on medicines.

Conclusion. Taking everything into account, implement pharmaceutical track and trace system of medical products in the Republic of Kazakhstan will bring several advantages. First of all, we will develop together with the global pharmaceutical market, keeping up with the study and implementation of new technologies. Secondly, all products of domestic and foreign manufacturer in the pharmaceutical market of our country are about to be original. Thirdly, we will ensure the people of Kazakhstan with safe, high quality, original products that will not require additional financial costs. Last but not least, is the fact that the system will help in the fight against fraud counterfeiting of medical products.

REFERENCES

- 1 Ассоциация международных фармацевтических производителей в Республике Казахстан [электронный ресурс]/ В Казахстане будет внедрена система отслеживания лекарственных средств; -элект.дан.- М: Алматы, РК 2016 г.- Режим доступа: <https://airpm.kz/index.php/ru/novosti-i-sobytiya/418-v-kazakhstan-budet-vnedrena-sistema-otslezhivaniya-lekarstvennykh-sredstv> , свободный. – Загл.с экрана
- 2 Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро [электронный ресурс]/О политике «Здоровье-2020»; -элект.дан.- М: Дания, Копенгаген 2012 г. - Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>, свободный. – Загл.с экрана
- 3 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы. Астана. – 2015
- 4 in -Pharma Technologist [электронный ресурс]/ Happy Thanksgiving – US track and trace plans signed into law; -элект.дан.- М: Англия, 2013 г.- Режим доступа: https://www.in-pharmatechnologist.com/Article/2013/11/28/US-track-and-trace-plans-signed-into-law?utm_source=copyright&utm_medium=OnSite&utm_campaign=copyright, свободный. – Загл.с экрана
- 5 American Pharmaceutical Review [электронный ресурс]/ Many regulations for track-and-trace serialization are still being finalized. What advice can you give a pharma company that wants to be prepared ?; -элект.дан.- М: США, 2016 г.-Режим доступа: <http://www.americanpharmaceuticalreview.com/Featured-Articles/185971-Track-and-Trace>, свободный. – Загл.с экрана
- 6 European Medicines Verification Organisation [электронный ресурс]/Medicine Authenticity will be guaranteed by an end-to-end Verification System; -элект.дан.- М: Бельгия, 2017 г. - Режим доступа: <https://emvo-medicines.eu/home/mission/emvs>, свободный. – Загл.с экрана

- 7 Фармацевтическое обозрение Казахстана [электронный ресурс]/ ТОО «СК-Фармация» и Агентство по лекарствам и медизделиям Турции подписали меморандум; -элект.дан.- М: Алматы, РК 2016 г. - Режим доступа: <https://pharm.reviews/stati/sobytiya/item/1563-mezhdu-sk-farmatsiya-i-agentstvom-po-lekarstvam-i-medizdeliyam-turtsii-podpisan-memorandum>, свободный. – Загл.с экрана
- 8 Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники [электронный ресурс]/ Об обсуждении проекта Концепции по внедрению системы отслеживания медицинской продукции; --элект.дан.- М: Алматы, РК 2017 г.- Режим доступа: http://dari.kz/pages/ob-obsuzhdenii-proekta-kontseptsii-po-vnedreniyu-sistemy-otslezhivaniya-meditsinskoi-produktsii_1504181657, свободный. – Загл.с экрана

У.М. Датхаев, Қ.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, Д.Б. Даданбекова, М.А. Бердібеков
Фармацияны ұйымдастыру және басқару және экономикасы және клиникалық фармация кафедрасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ӨНІМДЕРДІ ҚАДАҒАЛАУ ЖҮЙЕСІН ЕНГІЗУДІҢ НЕГІЗГІ ТӘСІЛДЕМЕЛЕРІ

Түйін: Дүниежүзілік фармацевтикалық нарықтағы соңғы жылдардағы негізгі мәселелердің бірі бұл дәрілік заттардың фальсификациясы болып табылады. Фармацевтикалық өнімдердің ассортиментінің кең болуы, ғаламтор желісіндегі дәріханалар арқылы дәрілік заттардың босатылуы, осы мәселенің бастамасына алып келеді. Фальсификациямен күресу амалдарының бірі болып медициналық өнімдерді қадағалау жүйесі болды. Осы мақалада Қазақстан Республикасында медициналық өнімдерді қадағалау жүйесін енгізудің негізгі тәсілдемелері, оның артықшылықтары мен өзектілігі көрсетілген. Зерттеу барысында әдебиет көздеріне шолулық талдау жасалынды. Тақырыптың өзектілігін анықтап, келекеште зерттеуге тура келетініне көз жеткіздік. Нәтижесінде медициналық өнімдерді қадағалау жүйесінің Қазақстан Республикасының азаматтарының денсаулықтарын жалған дәрілік өнімдерден қорғауға бағытталғанына көзімізді жеткіздік, яғни жүйенің арқасында қауіпсіз, сапалы, түпнұсқалы медициналық өнімдермен халықты қамтамасыз ете аламыз.

Түйінді сөздер: Медициналық өнімдерді қадағалау жүйесі, фальсификация, түпнұсқалы препараттар, Қазақстан Республикасы, мемлекеттік бағдарлама, еуропалық тексеру жүйесі.

У.М. Датхаев, Қ.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, Д.Б. Даданбекова, М.А. Бердібеков
Кафедра организации, управления и экономики фармации и клинической фармации

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Резюме: В последние годы в мировом фармацевтическом рынке одной из главных проблем является фальсификация лекарственных средств. Многообразие ассортимента лекарственных препаратов, а так же реализация лекарственных средств через интернет аптеки являются своего рода началом фальсификации. Одним из методов борьбы с фальсификацией лекарственных средств является система отслеживания медицинской продукции. В данной статье нами рассмотрены основные подходы к внедрению системы отслеживания медицинской продукции в Республике Казахстан, ее преимущества и актуальность. При проведении исследования нами использован обзорный анализ литературных источников. Так же нами была выявлена актуальность данной темы для дальнейшего исследования. В итоге мы пришли к заключению, что система отслеживания медицинской продукции направлена на защиту здоровья народа Республики Казахстан от фальсифицированных лекарственных средств, то есть что с помощью системы мы сможем обеспечить население безопасной, качественней и оригинальной продукцией.

Ключевые слова: Система отслеживания медицинской продукции, фальсификация, оригинальные препараты, Республика Казахстан, государственная программа, европейская система проверки.

ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ АУРУЛАР КЕЗІНДЕГІ (ЖРА) ФИТОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ФИТОПРОФИЛАКТИКАСЫ

Қ. Құнанбай, А.Қ. Қаирбеков, Е.Ш. Құдабаев, А.Б. Ералиева
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Клиникалық фармакология және фармакотерапия кафедрасы

ДДҰ жіктемесі бойынша жедел респираторлы ауруларға жедел ринит, фарингит, ларингит, трахеит, синусит, тонзилит, ортаңғы отит, іріңді бронхит, тамақ ауру, эпиглотит, пневмония және бронхиолит жатады. Фитотерапия арқасында дененің иммунитетін көтереді, жоғарғы дәрежеде аурудың жиілігін, аурудың ауырлығын, емдеудің тиімділігін, болжамын қалпына келтіру, алдын алу және емдеу мақсатында дененің функционалдық жағдайын емдеу жолдары мен тәсілдерін жеңілдетеді.

Түйінді сөздер: фитотерапия, фитопрофилактика, ЖРА

ӘӨЖ 615.322:582.736:615.03

Бұл мақала жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы туралы мәлімделген. Жедел риниттің, тонзилиттің, трахеиттің фитотерапия және фитопрофилактикасы туралы мәселелер қарастырылады. Бұл аурулар жиі асқынулармен жүретініне қарамастан, созылмалы инфекцияның асқынуын өршітеді немесе басқа ауыр ағымдағы ауруларды дамытады, мысалы, ревматизм, ревматоидты артрит, жедел гломерулонефрит, пневмония, тіпті қатерлі ісіктерді, бұларға көп жағдайда дәрігерлер ортасыда, тұрмыстық ортада жеңіл ойлы қарым-қатынаста. Қазіргі кезде науқастардың өзін-өзі емдеуі кең етек жайған, әрине науқастар аурудың ағымын ауырлататын жиі қателіктер жібереді. [1]

Қазақстан Республикасы аумағында 6000 астам өсімдік түрлері кездеседі. Осы уақытқа дейін 130 түрі ғана дәрілер өндіру үшін шикізат ретінде пайдаланылады. Дәрігер мен науқастың алдында тұрған басты мәселе-ауруды асқынусыз және салдарсыз жеңу. Бұл тек ұтымды терапияны жүргізу арқылы ғана мүмкін, яғни аурудың симптомдарын жоюға бағытталмауы керек, аурудың патогенезіне негізделген болуы қажет және де ағзаның қорғаныштық жүйесіне сақтықпен қарау болып табылады.

Бәрінен бұрын бұл қызудың көтерілу реакциясына қатысты. Қызудың көтерілуі ағзаның қорғаныштық реакциясы екенін ұмытпауымыз керек, бұл кезде вирустарды бейтараптандыратын өзіндік интерферондар түзіледі. Өз уақытындағы көрнекті вирусолог проф. Н.Кителадзе: Өте қажеттілік болмаған жағдайда тұмау кезінде қызу түсіретін заттарды қолданбауды кеңес берген. Көп жылдық тәжірибеге сүйене отырып вирусты инфекция кезінде қызудың көтерілуі қолайлы әсер ететіні туралы қорытынды жасауға болады. Көп жағдайда балаларда, үлкен жастағыларда гипертермияны жақсы көтереді. Дене қызуының 39 градустан жоғарлауы кезінде ауру симптомдарының жеңілденуі: бас аурудың, трахеядағы ауру сезімінің төмендеуі, жазылу үрдісінің жылдамдауы бақыланады.

Көп жағдайда ЖРА жеңіл формада өтеді. Вирусемиямен жүретін дене қызуының көтерілуі 5-6 күннен артық созылмайды. Сырқаттанған адам жергілікті және жалпы әсер ететін қарапайым заттарды үй жағдайында қолданып емделе алады. Егерде жоғарғы тыныс жолында қабыну үрдісі өршісе, ол жағдайда дәрігердің алдында аурудың таралуына жол бермеу мәселесі тұрады, яғни синусит, отит, бронхит, пневмонияның дамуына жол бермеу. Бұл мәселенің барлығын қазіргі таңда заманауи медицина химиялық вирусқа қарсы ДЗ көмегімен шешеді: ремантадин және оның аналогтары, арбидол, оксалин және т.с.с. Дегенмен, ДДҰ фитотерапия қолдануды және зерттеуді ұсынады, олар ғасырлар бойы сынақтан өткен заттар және жанама әсер шақырмайды. Дәл осы жоғарғы тыныс жолдарының жедел қабынуы кезінде фитотерапия баламалы әдіс болып табылуы мүмкін. [2]

Олар келесі мәселелерді шешеді:

- Қабынуды тоқтату;
- Интоксикациямен және вирусемиямен күресу;

- Қолайсыз қантамырлық реакциялардың алдын-алу (артериальды қан қысымының төмендеуі);
- Ағзаның өзіндік қорғаныш күшін ынталандыру;
- Шырышты қабақтың қалыпты функциясын және құрылымын қалпына келтіру.

Осы мәселелерге сәйкес фитотерапевтикалық заттарлы жергілікті және жалпы әсер жергілікті бөлуге болады. Жергілікті қабыну үрдісіне әсер еткенде, мұндай патологиялық жағдайда жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабатының функциясының және құрылымының бұзылысы және де қозғалмалы кірпікшелі эпителийдің санының азаюы оның белсенділігінің төмендеуі болатынын есте сақтау керек. Жоғарғы ДЗ мөлшері дистрофияны және жасушалардың жойылуын шақыратынын ғалымдар дәлелдеген. [4] Бұл жағдай жергілікті тамыр тарылтқыш заттарды (галазолин, нафтизин т.б) жиі және ұзақ қолданғанда түзіледі Шырышты қабатқа бумен ингаляция тиімді әсер көрсетеді. Бір жағынан, температурасы 42 градустан жоғары бу вирустарды жояды, екіншіден, жылы бу қозғалмалы эпителийдің функциясының қалпына келуіне жағдай жасайды. Ингаляция жасау үшін қарапайым су немесе физиологиялық ерітіндіден басқа арнайы фитотерапевтикалық заттарды қолдануға болады:

- Ингаляция үшін №1 және № 2 қоспалар (түймедақ сәлбенмен және түймедақ эвкалиптпен)
- Элекасол
- Қарағайдың немесе шыршаның бүршіктері
- Эвкалипт жапырақтары
- Қазанақ өркені
- Тасшөп
- Жебір шөбі
- Шалфей дәрілік жапырағы
- Майдаланған сарымсақ немесе пияз
- Ингаляция үшін қоспа, құрамына эвкалипттің эфир майы, ментол және спирт кіреді.
- Эвкалимин (бұл ДЗ эвкалипт өркенінен және жапырағынан алады, терпеноид қосылыстар)
- «Кармолис» тамшылары (спиртте ерітілген 12 эфир майларының қоспасы)
- Майқарағайдың таза эфирлі майы, эвкалипт, лаванда, лимон, жебір, дәмқабықжәне т.б. микробқа қарсы қасиеті бар эфир майлары.

Кептірілген өсімдіктен ингаляция жасау әдісі келесідей. №1 немесе 2 ингаляция үшін брикет қоспа алады, жоғарыда аталған өсімдіктерден бір ас қасық алып болат ыдысқа немесе жабық эмальды ыдысқа салып, 1-2 стақан су құйып отқа қояды. Дәрілік өсімдіктерді сумен қайнаған дейін жеткізбеу керек, себебі эфир майының бір бөлігі суда ериді. Ингаляцияны бу пайда болғанан ыдысты оттан алып бастауға болады. Емшараның ұзақтығы 20 минутты құрайды. Күніне 3-4 рет немесе одан жоғары. Аурудың бірінші белгілері пайда болғанда ингаляцияны әр 2-3 сағат сайын жүргізсе симптомдардың регрессиясына қол жеткізуге болады, яғни аурудан тез айығады. Қалған тұнбаны мұрын-жұтқыншақ жолын және ауызды шайқауға

немесе дәрі тамшылатқышпен тамшылатуға болады. Ингаляция үшін сұйық спиртті қоспаны 300 мл ыстық суға 10 тамшыдан есептеп қолданады. Эфир майлы бұмен 5-20 минут уақыт аралығында демалу керек. Қалған қоспаны қайта ингаляция жасауға, тамақты шаюда немесе мұрын-жұтқыншақты ылғалдандыруда қолдануға болады. Таза эфир майын ыстық суға 2-3 тамшы қосады, көп мөлшерде қолдану тітіркендіргіш жөтелді шақыруы мүмкін. Сарымсақты немесе пиязды ыстық суға ұсақталған түрде қосады. Кішкентай балдар ұйықтап қалғаннан кейін жастық астына пияздың бір бөлігін салуға, ал сарымсақтың бір бөлігін жіпке өткізіп мойнына тағып қоюға болады. Халық медицинасында ЖРА емінде және алдын-алуда түйінді пиязды сүтпен қолдану әдісі бар. Орташа көлемді бір бас пиязды алып ұсақтап турап, эмальды күрішкеге сүтпен бірге қосып қайнатады, кейін оттан алып буымен демалады, сосын сүтті-пиязды ботқаны жеп қояды. Осындай емшараны күніне 2-3 рет қайталайды. Ағза фитонцидтермен қаныққаннан кейін аурудың басында және айқын симптомдар кезеңінде де вирусты инфекциямен тез күреседі. Бұдан басқа дәрілік өсімдіктердің құрамындағы эфир майлары және фитонцидтерге вирусты инфекция кезінде белсенетін, микроорганизмдерге резистенттік дамымайды.

Жоғарыда аталған жергілікті әсер ететін заттарды бөлек қолдануға немесе бір-бірімен кешенді ретінде қолдануға болады. Оларды емдік мақсатта сондай-ақ алдын алуда қолданады. Емнің ұзақтығы клиникалық тиімділікпен анықталады. Мұрын-жұтқыншақ жолындағы жедел қабыну көріністері (мұрынмен тыныс алудың қалпына келуі, тұмаудың және тамақтың жыбырлауының тоқтауы) басылғаннан кейін, репаративті әсер ететін дәрілік өсімдіктерде өтуге болады. Олардың арасынан жиі қолжетімді дәрілік өсімдіктер қолданады: қырмызыгүл, гүлдер; қалақай, жапырақтары; шайқурай шөбі; сонымен қатар өсімдікті ДЗ: шырғанақ майы, каротоллин, итмұрын майы, қызыл шетен, шайқурай майы және т.б. Сулы шығарылымдар аэрозольді ингаляцияда немесе мұрын-жұтқыншақты ылғалдандыруда қолданады, ал майлы шығарылымды аз мөлшерде (2-3 тамшы) мұрынға тамызады, кірпікшелі қозғалмалы эпителийдің қозғалысын бұзбау үшін, шырышты қабаттың беткейіне біркелкі ақырын таралуы қажет. Бұл ДЗ қолдану ұзақтығы 7-14 күнді құрауы мүмкін. [3]

ЖРА емдеуде және алдын алуда жергілікті әсер ететін фитофармацевтикалық заттар міндетті түрде жалпы әсер ететін заттармен үйлесуі қажет. Оларға өсімдік текті вирусқа қарсы ДЗ жатады:

- Гиорамин
- Аллисат және алликор
- Дәрумендер және иммуномодульдеуші заттар:
- Итмұрын, ұрығы
- Қызыл шетен, ұрығы
- Қырмызыгүл гүлі
- Түймедақ гүлі
- Жолжелкен, шөбі
- Қалақай шөбі
- Жөке гүлі
- Тобылғы, гүлденген өркені
- Дала қырықбуыны шөбі
- Хауанатамыр (хауанатамыр тұнбасы, қытай лимонының тұнбасы, манчжур аралии тұнбасы, сапарал, элеутерококк экстрактысы және т.б.) топ өсімдіктерінен алынған, адаптогенді және иммуномодульдеуші қасиеті бар ДЗ қолданылады.

Гипорамин әртүрлі штамм вирустарына жоғарғы вирусқа қарсы белсенділігі бар. Олар дамудың ерте кезеңінде вирустардың өндірілуін тоқтатады және қан жасушаларында интерферондардың жоғарлауын ынталандырады. Оны аурудың ерте мерзімінде ересектерге күніне 1-2 таблеткадан 3 рет және сәйкесінше одан төмен мөлшерде балаларға тағайындайды. Егерде айқын вирусты фарингит немесе тонзилит болса, таблетканы жұтады немесе сорады. Ринит кезінде гипораминді ересектер 4-6 тамшы, ал балалар 2-4 тамшыдан мұрынға тамызады. Гипорамин балауызын көп жағдайда балалардағы жоғарғы гипертермияда, вирусты пневмония және бронхитте

қолданады. Өкінішке орай гипораминнің тиімділігі аурудың клиникасы асқынған жағдайда бастапқы кезеңдегідей әсері айқын болмайды. Аллисат және алликор- сарымсақтан алынған ДЗ, атеросклероздың алдын-алуда қолданады, вирусты инфекция кезінде де тиімді. Осы ДЗ қолданған дәріхана жұмысшылары немесе науқастарда басқалармен салыстырғанда вирусты аурулармен сирек ауыратыны анықталған. Аурудың алдын-алуда қарапайым сарымсақты қолдануға болады, қолайсыз эпидемиологиялық жағдайда күніне сарымсақтың 3-4 бөлігін тамақпен бірге ретті түрде қолдану керек. Науқас жатқан бөлмені және басқа бөлмелерді майқарағай (самырсын) майымен хош иістендіргіш жүргізуге, хош иіс шығаратын шамдарды қолдануға немесе төсек орынның бас жағына қағазға иісті майды тамызып іліп қоюға болады. Хош иіс шығаратын шамдарға антисептикалық қасиеті бар және жағымды иісі бар майқарағай майының 6-8 тамшысы жеткілікті. Төсек орынның бас жағына қоятын қағазға 2-3 тамшы тамызса жеткілікті.

Интоксикациямен күресу кезінде қара аю бадам гүлінің жылы тұнбасын ішу, жөке гүлдерін немесе қарапайым түймедақты қолдану ұсынылады. Аталған тұнбаларды ыстық күйінде қолдану тер бөлінуін ынталандырады, ағзадан токсиндерді шығарады және дене қызуын төмендетеді. Қазіргі уақытта аю бадамның гүлдері тек дәрумені ғана емес, иммуномодульдеуші қасиеті анықталған, жөке гүлінде эфир майы болғандықтан, жөке гүлінің тұнбасын ауыз қуысын шаюда, вирусты және вирусты емес фарингитте, тонзилитте қолдануға болады.

Көрнекті фитотерапия облысындағы неміс маманы Р.Ф.Вайсс түймедақтан және аю бадамнан жасалған ыстық шәйдә жеткілікті емдік әсері бар деп есептейді. Жоғарғы тыныс жолдарының жедел қабыну ауруларында, интоксикациямен күресу кезінде және ағзаның қорғаныс күшін жоғарылату үшін мақсатты түрде өсімдік текті дәруменді сусындарды қолдану. Кезкелген инфекция кезінде дәрумендерге деген қажеттілік жоғарылайды. Ағзаның дәрумендермен жеткілікті түрде қамтылуы тезірек жазылуға әкеледі. Ауру кезеңінде энергияның көп жұмсалыуына байланысты, компенсация ретінде К дәруменді сусынға бал, фруктоза, глюкоза немесе қарапайым қант қосады. Итмұрыннан, қызыл шетеннен, таңқурай жапырағынан және ұрығынан жасалған емдік шайлардан басқа шырғанақ жапырақтарымен, жұпаргүл, өгей шөп, әсіресе жыбырлатушы жөтелде жолжелкен мен бірге қолдануға болады.

Мысал ретінде бірнеше рецепттері келтіруге болады:

1. Кәдімгі таңқурай, 20,0

Кәдімгі жұпаргүл, 10,0

Дәрілік түймедақ, 20,0

Екі ас қасық жинақты 400 мл қайнаған суға салады, 15 минут тұндырады, 45 минут уақыт аралығында суытады, сүзгіден өткізеді, бастапқы көлемге дейін қайнаған су құяды және тамақтанудан алдын күніне 3 рет 2 ас қасықтан қабылдайды.

2. Итмұрын, 50,0 ұрығы

Қызыл шетен ұрығы 30,0

Шырғанақ жапырағы 10,0

Бір ас қасық жинақты 400 мл қайнаған суға салады, термоста 3 сағат тұндырады, сүзгіден өткізеді, күніне бірнеше рет қабылдайды.

3. Итмұрын, 30,0 ұрығы

Қара қарақат, 50,0 ұрығы

Қойбүлдірген, 20,0 жапырақ

Қара аю бадам жапырақтары 10,0

Жинақты үккіштен немесе кофе ұнтақтатқыштан өткізіп ұсақтау керек. Бір ас қасық жинақты 400 мл қайнаған суға салады, термоста 3 сағат тұндырады, сүзгіден өткізеді, жылы күйінде күніне 3-4 рет 1/4 стаканнан қабылдайды. Трахеиттің пайда болуында келесілерлі ұсынуға болады:

• Өгей шөп, 20,0 жапырақтары

• Кәдімгі жұпаргүл, 10,0 шөбі

• Дәрілік түймедақ, 20,0 гүлдері

• Шілтер жапырақты шайқурай, 10,0 шөбі

• Үлкен жолжелкен, 20,0 жапырағы

• Қоңыр итмұрын, 40,0 ұрығы

Тұнбаны 200 г қайнаған суға 2 ас қасық қосып дайындайды. Тамақтанудан алдын күніне 3 рет 2 ас қасықтан қабылдайды.

Үй жағдайында жеміс сусындарын дайындауға болады, ол үшін қантпен консервіленген шырғанақ, қызыл және қара қарақат, бүрген (калина) шырындарын қолданылады. Құрамында салицин және эфир майы бар тобылғы өркенінің гүлі өте жақсы қабынуға қарсы әсер көрсетеді. Интоксикация көрінісін төмендету мақсатында, дренаждық зат ретінде дала қырықбуынның қолданады.

ЖРА ауыр ағымында өтетін науқастар, сонымен қатар гипотониямен, нейроциркуляторлы дистония, гипотрофиясы бар науқастар адаптогендерді жалпы қолданатын мөлшерде қабылдаған жөн. Әсіресе адаптогендерді тәтті дәруменді шәйлармен немесе морстармен бірге қолданса тиімділігі жоғарлайды.

Соңғы жылдарда бүкіл әлемде емдік-профилактикалық мақсатта қызылкүрең итмұрын қолданады. Эксперимент жүргізгенде және клиникада лейкоциттердің фагоцитарлық белсенділігі 25% жоғарлағаны дәлелденген. Қызылкүрең итмұрын ДЗ жылына 2-3 рет профилактикалық емшара ретінде қабылдаса салқын тигеннен болатын аурулармен аурушаңдық төмендейді. Бұл өсімдіктің антисептикалық қасиеті бар екенін ғалымдар дәлелдеген. Кеуде қуысының терісін эфир майлы микробка қарсы жақпа майлармен сылау керек екенін ескерген жөн. Үнемі дәріханаларда болатын «Доктор Мом», «Гайсс» жақпа майларын айтуға болады. Үй жағдайында дайындауға болатын жақсы емдік қасиеті бар сарымсақ майын ескеру қажет. Ұсақталған сарымсақты өсімдік майына қосады, бірнеше сағатқа қойып қояды, ыдысты бірнеше рет шайқайды, сосын кеуде аумағын, мойынның алдыңғы бетін, жауырын аралықты дайын жақпа майды жағып шығады. Сарымсақ-бұл әмбебап табиғи антисептик, сондықтанда тез әсер етеді және сенімді. Әсіресе бұл заттар трахеитте жақсы. Булы ингаляциямен қоса жоғарыда көрсетілген жақпамайларды трахея аумағына және жауырын аралығына жақса трахеитке төне үрме тәрізді жөтел тезірек жойылады, қақырықтың шығуын жеңілдетеді және қабыну үрдісі басылады. [5]

Жедел ринит пен фарингит үнемі бірге жүреді. Тез дамиды ауру синдромында, тамақтың қатты жыбырлауы кезінде белсенді түрде тамақты шаю керек. Өсімдік текті ДЗ ішінен әсіресе түймедақ гүлдері, жөке гүлдері, шалфей шөбі, қырмызыгүл, эвкалипт тұнбалары тағайындалады және айқын микробка қарсы әсері бар дайын спиртті тұнбалар: ротокан, эвкалимин, шайқурай тұнбалары т.б. Тамақты шаятын ерітінділер қолданар алдында дайындайды, 1/2 стақан суға 1 шәй қасық дәрілік зат қосады. Шаюға арналған ерітінді жылы болуы керек. Емшараны әр 2-3 сағат сайын қайталайды. Қоздырғышы жиі стрептококк болып табылатын жедел тозилиттің емдеу әдісі басқа. Бұл жағдайда сәйкес келетін антибиотиктерді қолдану керек екенін ұсынған,

фитотерапия аумағындағы фрацуз мамандарымен толықтай келісуге болады. Фитотерапия бұл жағдайда көмекші әдіс болып қалмақ, алайда өте маңызды әдіс, антибиотиктердің әсерін жоғарылатады, дисбактериоздың алдын алады. Бадамшалардың қабынуында, шырыш асты қабатында немесе лакунасында ірің болса, лимон шырынымен, сарымсақ және шайқурай майын жағу керек. Одан басқа науқасқа микробка қарсы әсері бар өсімдік текті ДЗ тұнбасымен тамақты шаюды ұсыну қажет (түймедақ, шалфей, жебіршөп, жөке, эвкалипт, қырмызыгүл, емен қабығы). Тамақтың тез дамыған ауру сезімінде бұл емшараны орындау қиындау, сондықтан бадамшаларды микробка қарсы әсері бар затты қолдану немесе ингаляциямен ингаляция жүргізу қажет. Сарымсақ майымен және басқада микробка қарсы әсері бар майларды мойынның алдыңғы бет терісіне жағып, сосын жылы шарфпен орау керек. Ауру сезімі төмендегеннен кейін көп ретті тамақты шаю, ол лакунаның және бадамша тіндерін тазалайды.

Интоксикациямен күресу кезінде итмұрын шәйін, бүрген шырынын, шырғанақ, лимон шәйін пайдалану. Әлсізденген және гипотрофты науқастарға қызылкүрең итмұрыннан жасалған ДЗ және адаптогендерді (хауанатамыр тұнбасы, қытай лимоны, манчжур аралии, эвкалипт экстракты және т.б.) бірге пайдаланған жөн. Қолдану ұзақтығы 2-3 апта. Баспаны (ангина) осылай кешенді емдеу кезінде тезірек жазылатыны және асқынусыз өтетіні тәжірибе жүзінде дәлелденген. [6]

Қорытынды:

Сонымен, заманауи дәрігердің алдында жеткілікті түрде жоғарғы тыныс жолдарының жедел қабыну ауруларында емдік-профилактикалық мақсатта қолданатын табиғи қауіпсіз ғасырлар бойы дәлелденген өсімдік текті ДЗ бар, соларға назар аудару және қолдана білу қажет. ЖРА кезіндегі кешенді терапия жүргізгенде физикалық емдеу әдісін ұмытпау керек. Аурудың ағымы кезінде науқастардың жылынуға қажеттілігі туындайды. Сондықтанда оларды ыстық шәймен, қол және аяққа жылы ванналар жасау, жылы төсек орнына жатқызу керек. Бұның бәрі жылу энергиясын сақтауға көмектеседі.

Жоғарғы тыныс жолдарының жедел қабыну көрінісі басылғаннан кейін, 5-7 күнге дейін шырышты қабаттың құрылымы мен функциясы қалпына келіп үлгермейді. Сол себепті қайта қалпына келтіру үшін бір апта күту қажет. Өкінішке орай науқастар күтінбей асығыс жұмысқа, сабаққа кетіп қалады. Сондықтан 2 апта бойы кешкісін жоғарыда көрсетілген фитотерапевтикалық заттармен булы ингаляция жасау, ал астенияны жеңу үшін дәруменді шәйларды адаптогендермен бірге қолдану керек.

Жоғарғы тыныс жолдарының қабыну аурулары кезінде фитотерапия баламалы және тиімділігі жоғары емдеу әдісі, бұл заманауи медицинадан тыс қалмауы керек, керісінше толықтыруы қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Вирусные респираторные заболевания. Доклад Научной группы ВОЗ // Серия технических докладов 642./Всемирная организация здравоохранения. – Женева: 2014. – С. 12-16.
- 2 Наумов Г.П. Применение аэрозолей при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. - М.: Медицина, 2015. – 152 с.
- 3 Пискунов С.В. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. - Воронеж: Издательство Воронежского университета, 2014. – 104 с.
- 4 Кукес В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии. - М.: Медицина, 2015. – 56 с.
- 5 Weiss R.F. Fintelmann V- Lehrbuch der Phytotherapie // Hippokrates Verlag. – Stuttgart: 2013. – P. 48-56.

Қ. Құнанбай, А.Қ. Қайрбеков, Е.Ш. Құдабаев, А.Б. Ералиева
Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова
Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии

ФИТОТЕРАПИЯ И ФИТОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОРЗ

Резюме: Согласно классификации ВОЗ, острые респираторные заболевания включают острый ринит, фарингит, ларингит, трахеит, синусит, тонзиллит, средний отит, гнойный бронхит, круп, надгортник, пневмонию и бронхиолит. Благодаря фитотерапии повышается резистентность организма, что во многом определяет заболеваемость, тяжесть течения болезни, эффективность лечения, прогноз и др., т. е. разработаны пути и способы управления функциональным состоянием организма с целью оздоровления, профилактики и лечения.

Ключевые слова: фитотерапия, фитопрофилактика, орз

K. Kunanbai, A.K. Kairbekov, E.Sh.Kudabaeb, A.B. Yeralieva
Asfendijarov Kazakh national medical university
Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy

PHYTOTHERAPY AND PHYTOPROPHYLAXY ARI

Resume: According to the WHO classification in the group of acute respiratory diseases including acute rhinitis, pharyngitis, laryngitis, tracheitis, sinusitis, tonsillitis, otitis media, purulent bronchitis, croup, epiglottitis, pneumonia and bronchiolitis. Thanks to phytoterapy, the resistance of the body increases, which largely determines the incidence, severity of the disease, the effectiveness of treatment, prognosis, etc., ie, ways and ways to manage the functional state of the body for the purpose of recovery, prevention and treatment.

Keywords: Phytoterapy, phytoprophylaxis, ARI



ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА

LABORATORY MEDICINE

ПРОТИВОСПАЕЧНЫЕ СРЕДСТВА

**Ы.А. Алмабаев, И. Р. Фахрадиев, Р.Ф. Ризаев, А.И. Абдрахманова,
Б.Д. Бариев, В.В. Белобородов, Н.А. Дауренов, Т.А. Сайын**

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Лаборатория экспериментальной медицины (НИИ ФПМ им. Б. Атчабарова), Казахстан*

Статья посвящена противоспаечным барьерным средствам. Использование барьеров отличается от других методов тем, что они сами по себе не влияют на процесс заживления, а потенциально разделяют противоположные поверхности во время заживления. Несмотря на то, что во всем мире над проблемой борьбы с образованием спаек работают многие специалисты, вопрос остается открытым, актуальным и требующим дальнейшего изучения.

Ключевые слова: спаечная болезнь, барьерные противоспаечные средства, профилактика спайкообразования.

УДК 611.038

Не существует идеального материала для предотвращения спаечного процесса [13].

Спаечный процесс брюшной полости (СПБП) может служить причиной кишечной непроходимости, хронической абдоминальной боли, женского бесплодия, а также симулировать клинические проявления других патологических процессов в брюшной полости, таких как холецистит, аппендицит, панкреатит и т.д. Так как сформировавшиеся спайки без хирургического вмешательства ликвидировать невозможно, то основное внимание исследователей направлено на профилактику и снижение частоты послеоперационного спайкообразования [10].

Измененная анатомия оперированного живота при повторных операциях может приводить к повреждениям органов, утяжелению операционной травмы, значительному увеличению времени оперативного вмешательства, и, соответственно, операционно-анестезиологического риска [6, 16]. Повреждение брюшины может происходить различными путями: денудация (высушивание), сдавление тканей, длительность и травматичность операции, чрезмерная коагуляция тканей; использование агрессивных хирургических энергий, попадание инородных тел в рану, наложение швов (кетгутовых, хромированных), натяжение брюшины, сгустки крови, использование грубых инструментов [20].

Однако сама лапароскопия и минимальные манипуляции уже являются фактором, способным вызвать внутрибрюшную адгезию. Активное использование малоинвазивных доступов и лапароскопических методов не избавляет от возможности образования спаек [1, 27].

В связи с этим разработка и внедрение в практику дополнительных мер и средств, направленных на борьбу со спайкообразованием, является актуальной задачей. Несмотря на множество работ, посвященных

патогенетическим аспектам спайкообразования, разработке мер его профилактики, проблема внутрибрюшной адгезии остается нерешенной [18].

Эффективность использования большинства из традиционных методов профилактики спайкообразования является спорной, так как многие из них не выдержали строгую клиническую экспертизу или имеют ограничения из-за высокой частоты побочных эффектов и осложнений [19].

Теоретически инертные физические материалы, которые способны предотвращать механический контакт между серозными поверхностями в течение более 3 дней, противостоят спайкообразованию. За счёт этого происходит независимое мезотелиальное заживление каждой травмированной перитонеальной поверхности. Тогда как лекарственная терапия, проводимая внутривенно или внутривентриально, представляется менее важной из-за трудности доставки препарата в ишемизированную зону, изолированную наложениями фибрина [5,16,1].

Имеющиеся «барьеры» являются твердыми, полутвердыми или жидкими средствами. Многие «барьеры» разжижаются в организме через какое-то время. Биосовместимые, абсорбируемые гелевые барьеры безопасны и эффективны. Их легко применять и быстро приспособить к поврежденным тканям без фиксации. Использование барьеров отличается от других методов тем, что они сами по себе не влияют на процесс заживления, а потенциально разделяют противоположные поверхности во время заживления. Барьерные средства помещаются интраперитонеально во время или в конце операции.

В настоящее время в обращении имеются множество барьерных средств. Все их можно условно подразделить на группы: механические барьерные препараты, полутвердые барьерные препараты, гелеобразные барьерные препараты, жидкие барьерные препараты, препараты, предварительно

покрывающие перитонеальные поверхности, сурфактантно-подобные вещества. [7]

По агрегатному состоянию противоспаечные барьеры можно классифицировать следующим образом:

- 1) газы (воздух, кислород, гелий и т.д.);
- 2) аэрозоли (лекарственные взвеси);
- 3) жидкости (декстраны, гемодез, физ. раствор и т.д.);
- 4) гели (гиалуроновая кислота, карбоксиметилцеллюлоза, фосфотидилхолин, фибриновый клей, и т.д.);
- 5) твердые вещества – пленки («Septrafilm», «Interseed», «Sergacoat»), мембраны (Гора – тефлон), устройства [14].

С давних пор предпринимались попытки создать физический барьер между соседними поверхностями.

Разработан метод «фартучной защиты», предложенный В.В. Плечевым (1989), при котором полиэтиленовую пленку, обработанную ультразвуком, устанавливают между передней брюшной стенкой и внутренними органами [15].

Но перечисленные методы требуют повторных вмешательств для извлечения средств защиты. Поэтому большое значение придается разработке новых биосовместимых, инертных, биодеградируемых препаратов. Активно создаются пленки, гели на основе коллагена, эфиров целлюлозы, поливинилпирролидона, других биополимеров. Многие авторы отмечают эффективность поверхностно-активных веществ (фосфатидил, карбоксиметилцеллюлоза), которые создают пленку на брюшине и за счет гидрофобных свойств препятствуют склеиванию поверхностей [12].

Ряд авторов полагают, что будущее в профилактике спаек в применении хирургической мембраны Гора (не абсорбируемая ареактивная мембрана) и интерсида (оксигенированная регенерирующая целлюлоза) [19,23].

Существенное ограничение в использовании мембраны Гора (Preclude) связано с необходимостью фиксации материала нитями и его неспособностью к биодеградации. Жидкие профилактические средства быстро элиминируются из брюшной полости, оказывая непродолжительный барьерный эффект. Твердые же устройства вместе их имплантации вызывают закономерную реакцию организма, типа реакции на инородное тело [9].

Применение средств, ограничивающих раневую поверхность от окружающих тканей, позволяющее получить высокий профилактический результат. Достаточно эффективным считается применение растворов декстранов, состоящих из эфиров целлюлозы (метилцеллюлоза, натрий-карбоксиметилцеллюлоза), обладающих высокой биологической инертностью. В дополнение к механическому разделению перитонеальных поверхностей кристаллоидные растворы разбавляют фибрин и фибриновый экссудат. Однако растворы быстро элиминируются из брюшной полости со скоростью 35 мл/ч, что требует их повторного введения. Поэтому в первые 6 дней после операции требуется около 5 литров раствора декстрана [10].

Абсорбируемый барьер Interseed (окисленная целлюлоза) представляет собой мембрану, которая полностью рассасывается в течение 28 дней [27].

Interseed был исследован в экспериментах на мышах, было выявлено уменьшение спаек у животных с использованием барьерного препарата. В исследовании на людях при открытых операциях доказано значительное уменьшение после оперативных тазовых спаек. Также отмечено потенцирование противоспаечного эффекта данного препарата в сочетании с гепарином. При нанесении на поврежденную брюшину он превращается в гель в течение 8 ч [25].

Политетрофлуорэтилен – мембрана Goretex, Preclude – особенностью данной мембраны является то, что ее необходимо фиксировать хирургически, подшивать. Goretex превосходит Interseed в профилактике образования спаек, но его польза ограничена необходимостью наложения швов и его удалением во время повторного оперативного вмешательства. Не было доказательств эффективности использования Septrafilm (гиалуроновая кислота с карбоксиметилцеллюлозой) и Fibrin (фибрина) для профилактики образования спаек. Кроме того, применение

пленочных барьеров имеет определенные ограничения. При их применении не должно быть даже небольшого количества крови на травмированной поверхности [14].

Карбоксиметилцеллюлоза и оксид полиэтилена – мембрана Oxiplex (FzioMed, Inc., SanLuisObispo, CA).

Препарат снижает послеоперационное спайкообразование в эксперименте на кроликах, а также в условиях перитонита у крыс.

Septrafilm™ (Gemzyncorporation) – это модифицированная гиалуроновая кислота и карбоксиметилцеллюлоза, которая представляет собой биорезорбируемый, прозрачный, гибкий мембранный барьер и применяется к потенциально адгезиогеничной ткани во время операции перед закрытием брюшной полости. Он хорошо прилегает к влажным тканям, поэтому полный гемостаз необязателен.

Septrafilm превращается в гель приблизительно за 24-48 часов после размещения, рассасывается в пределах 28 дней и не требует повторной операции для удаления. В. Hellebrekersetal. [24],

вязкость и время пребывания в брюшной полости гиалуроновой кислоты резко увеличиваются при соединении ее с трехвалентным железом. Этот препарат получил название Intergel Adhesion Prevention Solution (Lifecore Biomedical Inc., Chaska, MN, USA), проведенные экспериментальные и клинические исследования показали его эффективность [20].

Полиэтиленгликоль – Spray Gel (Confluent Surgical, Waltham, MA, USA) противоспаечный препарат, состоящий из двух компонентов, смешиваемых вместе –бесцветный и окрашенный метиленовым синим, чтобы легче было видеть место, где он нанесен. При одновременном распылении эти два раствора взаимодействуют друг с другом на ткани, образуя форму гидрогелевой пленки, создающей физический барьер. По истечению недели разлагается на водорастворимые молекулы полиэтиленгликоля, и выводится почками. В различных исследованиях доказано, что SprayGel достоверно уменьшает частоту образования, тяжесть и распространенность послеоперационных спаек при повторной лапароскопии. Однако, препарат сложен в применении и дорог [26].

Отечественный препарат карбоксиметилцеллюлозы – «Мезогель» – гель противоспаечный рассасывающийся. По внешнему виду противоспаечный гель представляет собой вязкую прозрачную массу, бесцветную или желтоватого цвета, имеющую однородную структуру, без комков и посторонних включений. При попадании в организм гель всасывается в ткани и полностью выводится из организма [7].

Фибриновый клей – комбинация высококонцентрированного фибриногена, тромбина, кальция и фактора VIII. Благодаря уплотняющему эффекту фибриновый клей отделяет обнаженные поверхности. Однако использование человеческой крови для производства клея ограничивает его применение как хирургического лечебного средства [10].

Ряд исследователей, используя новейшие достижения биотехнологии, предложили профилактику перитонеальных спаек посредством фотоиндуцированных материалов, в состав которых входят ГК, хондроитинсульфат, фотореактивныйциннамон и тиамин. Применение фотоиндуцированного гидрогеля позволило полностью блокировать спаечный процесс у подопытных животных [4].

Имеющиеся «барьеры» не являются панацеей, поиск новых средств продолжается. К.Н. Treutneretal. [23] предлагают направлять научные усилия на поиск жидких субстанций для однократного интраперитонеального применения, которые значительно уменьшат частоту послеоперационных спаек при разумной их стоимости без неблагоприятных эффектов на свертывающую систему крови и процессы заживления раны.

Следовательно, образование спаек – это сложный процесс, который целиком зависит от противостояния, взаимодействия своих специфических и неспецифических компонентов, моделирующего действия клеточных и

гуморальных факторов и от состояния макроорганизма в целом.

Необходимо изучать, разрабатывать, внедрять в практику меры профилактики образования спаек, изучать новые точки понимания этого осложнения и искать новые ключи для разностороннего решения этой проблемы [7].

Поиски более эффективных компонентов и средств на уровне молекулярной биологии клеток продолжают [22]. Несмотря на то, что во всем мире над проблемой борьбы с образованием спаек работают многие специалисты, вопрос остается открытым, актуальным и требующим дальнейшего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бебуришвили, А.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной болезни // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2007. - № 6. - С. 27-28.
- 2 Беженарь, В.Ф. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования при операциях на органах малого таза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - №2. - С. 90-101.
- 3 Вербицкий, Д. А. Применение геля карбоксиметилцеллюлозы для профилактики спайкообразования в брюшной полости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - СПб., 2004. - 32 с.
- 4 Воробьев, А. А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. - Волгоград : Издатель, 2001. - 240 с.
- 5 Дубровина, С.О. Патогенез, значение и профилактика перитонеальных спаек в оперативной гинекологии // Гинекология. - 2012. - Т. 14, №3. - С. 704-708.
- 6 Кира, Е.Ф. Эволюция репродуктивной хирургии в гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. - С. 59-62.
- 7 Кондратович, Л. М. Основы понимания формирования спаечного процесса в брюшной полости // Вестник новых медицинских технологий. - 2014. - Т. 21, № 3. - С. 169-177.
- 8 Лавриненкова, И. З. Эффективность амбулаторной реабилитации репродуктивного здоровья после хирургического лечения гинекологических заболеваний: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - М., 2005. - 20 с.
- 9 Лазаренко, В. А. Экспериментальное исследование противоспаечной эффективности d-пенициллина в сочетании с мезогелем при различных способах введения // Человек и его здоровье. - 2011. - № 4. - С. 45-51.
- 10 Мазитова, М. И. Место противоспаечных барьеров в оперативной гинекологии // Казанский медицинский журнал. - 2008. - № 5. - С. 184-188.
- 11 Матвеев, Н.Л. Внутрибрюшные спайки, недооцениваемая проблема // Эндоскопическая хирургия. - 2007. - №5. - С. 18-25.
- 12 Минаев, С.В. Полиферментная терапия в профилактике спаечного процесса в брюшной полости у детей // Вестн. хир. - 2006. - Т.165., №1. - С.49-54.
- 13 Насонова, М. В. Тканевая реакция на имплантацию различных биodeградируемых мембран в эксперименте // Сибирский медицинский журнал. - 2013. - №4. - С. 63-67.
- 14 Суфияров, И. Ф. Противоспаечные барьеры в абдоминальной хирургии // Казанский медицинский журнал. - 2008. - Т.89, № 5. - С. 88-96.
- 15 Плечев, В. В. Спаечная болезнь брюшины. - Уфа : Изд-во «Башкортостан», 1999. - 350 с.
- 16 Попов, А. А. Профилактика спаечного процесса после гинекологических операций // Российский вестник акушера гинеколога. - 2012. - №3. - С. 697-700.
- 17 Хасанов, А. Г. Способ хирургического лечения и профилактики перитонеальных спаек // Хирургия. Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2008. - №3. - С. 43-45.
- 18 Чекмазов, Н. А. Спаечная болезнь брюшины. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2008. - 160 с.
- 19 DiZerega, G. S. A modern biomaterial for adhesion prevention // J. Biomed Mater Res. B Appl Biomater. - 2007. - Vol. 81(1). - P. 239-250.
- 20 Fletcher, N. M. Hypoxiagenerated superoxide induces the development of the adhesion phenotype // Free Radic. Biol. Med. - 2008. - Vol. 45. - P. 530-536.
- 21 Gornall, V. Microsurgery for tubal infertility // J. Reprod. Med. - 2006. - Vol. 51. - P. 149-159.

**Ы.А. Алмабаев, И. Р. Фахрадиев, Р.Ф. Ризаев, А.И. Абдрахманова, Б.Д. Бариев,
В.В. Белобородов, Н.А. Дауренов, Т.А. Сайын**
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
Эксперименттік медицина лабораториясы (Б.А.Атчабаров атындағы ІҚМ ҒЗИ), Қазақстан*

ЖАБЫСПАҒА ҚАРСЫ ҚҰРАЛДАР

Түйін: Мақала жабыспаға қарсы кедергі құралдарына арналған. Кедергі ететін құралдарды басқа әдістерді қолданудағы Жабысудың пайда болуы бойынша әлемде бұл мәселемен шұғылданып жүрген мамандар көп болса да, бұл сұрақ өзекті болып табылады.

Түйінді сөздер: жабыспа ауруы, жабыспаға қарсы кедергі құралдары, жабыспаның пайда болуының алдын алу.

**Y.A. Almabaev, I.R. Fakhradiev, R.F. Rizaev, A.I. Abdrakhmanova, B.D. Bariyev,
V.V. Beloborodov, N.A. Daurenov, T.A. Saiyn**
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Laboratory of Experimental Medicine (B. Atchabarov Research Institute of MFB), Kazakhstan*

MISCELLANEOUS MEANS

Resume: The article is devoted to anti-collapsible barrier means. The use of barriers differs from other methods in that they do not in themselves affect the healing process, but potentially divide the opposite surfaces during healing. Despite the fact that many specialists work on the problem of combating the formation of adhesions all over the world, the question remains open, relevant and requires further study.

Keywords: adhesive disease, barrier protivospechnye means, prevention of adhesion.

РАЗДЕЛ 3. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ CHAPTER 3. INNOVATIVE TEACHING METHODS

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОДОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ИНТЕРНОВ 6 КУРСА С ОЦЕНКОЙ ПО КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ

Д.Х. Дощанов, С.Н. Мизонова, А.Р. Купеев, Н.Ш. Угланова
Центр коммуникативных навыков им. Д. Драпер

Введение: Экзаменация интернов 6 курса проходила, согласно приказа №325 от 9.06.2017 «О проведении второго этапа Годовой (промежуточной) аттестации с оценкой коммуникативных навыков интернов 6 курса специальности «Общей медицина». Для экзаменации были привлечены 31 экзаменатор, из числа обучившихся в КазМУНО (согласно Дорожной карте МЗ РК) и КазНМУ (согласно Модели компетенции преподавателя «Эффективный коммуникатор»). Экзаменация проходила в рамках летней сессии 1.06.2017, 21-23.06.2017 года.

Актуальность: Согласно Учёного Совета от 24.11.2009 принята модель профессиональной компетенции выпускника: знания, практические навыки, коммуникативная компетентность, правовая компетентность, саморазвитие.

А также Дорожной карте «Модернизация медицинского образования», Проект МЗ «Разработка и реализация медицинской этики и коммуникативных навыков» (с 2016 г.), ежегодно возникает необходимая потребность в мониторинге и внедрении оценки коммуникативных навыков выпускника в процесс экзаменации. Данная экзаменация проходила с привлечением подготовленных стандартизированных пациентов и являлась пилотным проектом.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, экзаменация, оценка, чек-лист, стандартизированный пациент, Годовая Аттестация.

УДК 378:614

Цель исследования: Проведение экзаменации с оценкой коммуникативных навыков - оценить уровень коммуникативной компетентности интернов 6 курса.

Материал и методы исследования: Интерны 6 курса, прошедший 1 этап экзамена Годовой Аттестации -

тестирование. Всего - 903 интерна прошли экзаменацию с оценкой по коммуникативным навыкам из 924 направленных.

Таблица 1 - Универсальный чек-лист, состоящий из 15 коммуникативных навыков

НАВЫК	РЕЗУЛЬТАТ		КОММЕНТАРИИ
	ДА	НЕТ	
1. Навык приветствия.	0,5	0	
2. Навык самопрезентации.	0,5	0	
3. Навык установления оптимальной дистанции.	0,5	0	
4. Навык установления зрительного контакта.	0,5	0	
5. Навык снятия эмоционального напряжения	0,5	0	
6. Навык активного слушания (сигналы активного слушания)	0,5	0	
7. Навык задавания открытых и закрытых вопросов	0,5	0	
8. Навык эмпатии	0,5	0	
9. Навык комментирования своих действий во время физикального осмотра.	1	0	
10. Навык получения согласия на проведение осмотра/манипуляций	0,5	0	
11. Навык суммирования	1	0	
12. Навык информирования	1	0	
13. Навык резюмирования	1	0	
14. Навык планирования – принятия совместного решения	1	0	
15. Навык завершения интервью	0,5	0	
ИТОГО			
МАХ	10		

Дизайн исследования:

Часть 1-я. Подготовительный этап:

- Разработка документации и утверждение чек листа;
- Апробация утверждённого «универсального» чек листа среди ППС клинических кафедр по утвержденному чек листу.
- Участие в разработке клинического сценария, используемого в процессе обучения и оценки практических знаний и навыков с учётом коммуникативной проблемы.
- Подготовка СП (стандартизированных пациентов).

- Информационная поддержка. Проведение брифинга с экзаменаторами, с интернами 6 курса факультета ОМ, со стандартизированными пациентами.

Часть 2-я. Участие в организации и проведении 2 Этапа Годовой (промежуточной) аттестации с оценкой по коммуникативным навыкам интернов 6 курса факультета ОМ.

Часть 3-я. Анализ результатов.

Для Экзаменации были привлечены 31 экзаменатора, из числа обучившихся в КазМУНО (согласно Дорожной карте МЗ РК) и КазНМУ (согласно Модели компетенции преподавателя «Эффективный коммуникатор»), из них 28

преподаватели клинических кафедр и 3 эксперта по коммуникативным навыкам Центра коммуникативным навыкам им Д.Драпер.

По полученным результатам сделан анализ и выведен средний показатель, определяющий уровень коммуникативной компетентности интернов 6 курса, данные отражены на рисунке №2.

Прослеживается выраженность среднего показателя уровня коммуникативной компетентности интернов 6 курса ОМ (Приложение: чек-лист по коммуникативным навыкам): 8 навык «Эмпатия» (Qcp.0,23714); 5 навык «Снятие эмоционального напряжения» (Qcp.0,26); 9 навык «Комментирование своих действий во время физикального осмотра»(Qcp.0,28342).

По среднему показателю определяется «хороший» результат и выпадает на 1, 2 и 4 коммуникативные навыки:

1 навык «Приветствия» (Qcp.0,2493); 2 навык «Самопрезентация» (Qcp.0,479); 4 навык «Установление зрительного контакта» (Qcp.0,479);.

Для более детального рассмотрения уровня коммуникативной компетентности принято решение отследить показатели по 5 специальностям.

По результатам оценки определена Доля компетентности по каждому навыку, предложенному в «универсальном чек листе Таблица №2

По результатам экзаменации определяется уровень коммуникативной компетентности интернов 6 курса: низкие баллы: 8 навык «Эмпатия» (Qcp.0,23714); 5 навык «Снятие эмоционального напряжения» (Qcp.0,26); 9 навык «Комментирование своих действий во время физикального осмотра»(Qcp.0,28342); Высокие результаты определились последующим навыкам №1, № 2, №4:

Навык - Приветствия (Qcp.0,2493); навык - Самопрезентация (Qcp.0,479); навык - Установление зрительного контакта (Qcp.0,479);.

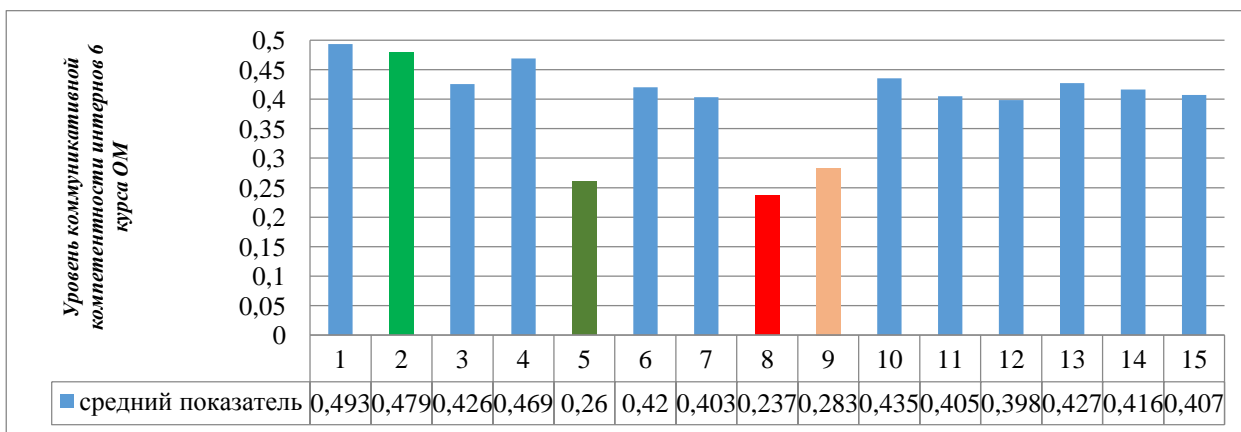


Рисунок 2 - Сравнительный анализ коммуникативной компетентности интернов 6 курса, согласно чек-листу

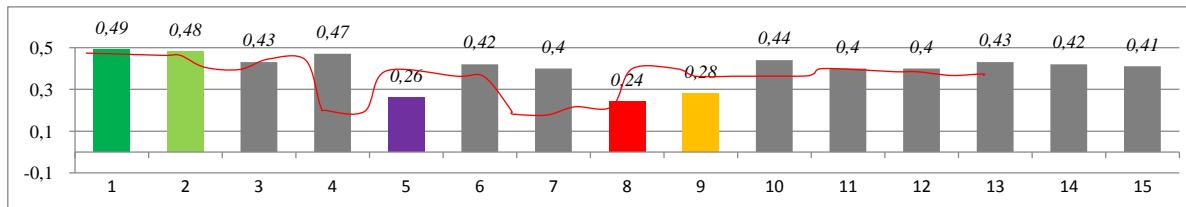


Рисунок 3 - Уровень коммуникативной компетентности (средний показатель округлен)

Таблица 2 - Доля компетентности по каждому навыку

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий - бал	Средняя оценка
1	хирургия	0,4943	0,4943	0,417	0,4253	0,259	0,411	0,382	0,2644	0,3463	0,414	0,381	0,394	0,427	0,401	0,367816	5,878416	0,3918944
2	акушерство	0,494	0,46875	0,4375	0,48125	0,169	0,394	0,3125	0,30625	0,269	0,3563	0,419	0,391	0,3845	0,4375	0,425	4,94205	380158
3	ВОП	0,495	0,484	0,422	0,478	0,282	0,435	0,435	0,23	0,272	0,45	0,481	0,413	0,437	0,433	0,4324	6,1794	41196
4	педиатрия	0,444	0,403	0,4306	0,458	0,264	0,375	0,361	0,194	0,25	0,486	0,382	0,3611	0,445	0,445	0,389	5,6877	37918
5	внутренние болезни	0,5	0,473	0,446	0,496	0,234	0,405	0,383	0,19	0,254	0,451	0,383	0,36	0,403	0,347	0,356	5,681	378733

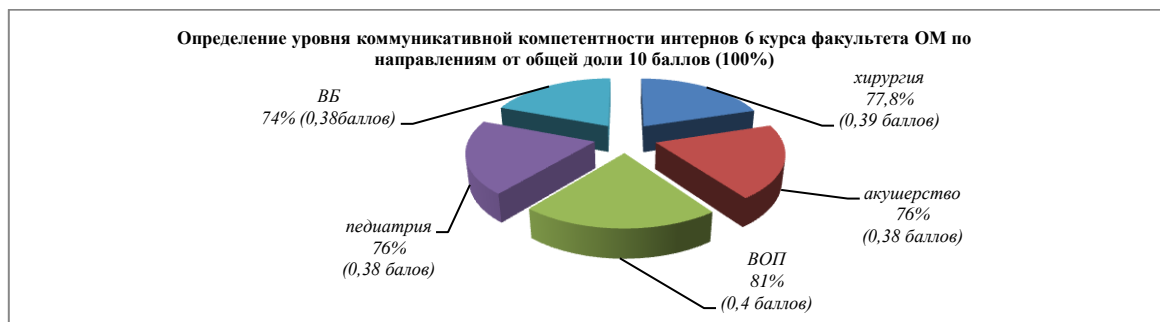


Рисунок 4 - «Анализ результатов уровня коммуникативной компетентности интернов 6 курса ОМ по 5 направлениям, согласно проведенной экзаменации с оценкой коммуникативных навыков» (Дата проведения 1.06.17-30.06.17гг)

Таблица 3 - Данные по направлению «Хирургия»

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий бал	Q ср
1	Сравнение	0,49	0,494 3	0,417	0,425 3	0,2586	0,411	0,382	0,264	0,35	0,414	0,38	0,39	0,43	0,4	0,368		
2	Средняя оценка	0,49	0,494 3	0,417	0,425 3	0,2586	0,411	0,382	0,264	0,6925	0,414	0,761 5	0,787	0,853 4	0,802	0,368	7,78161	7,825
3	Сравнение (округл.)	0,5	0,49	0,42	0,43	0,26	0,41	0,38	0,26	0,35	0,41	0,38	0,39	0,43	0,4	0,37	7,78	7,83

Таблица 4 - Данные по направлению «Общая врачебная практика»

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий бал	Q ср
1	Сравнение	0,495	0,48309	0,4218	0,4778	0,282241015	0,4345	0,4345	0,2294	0,2716 7	0,449 3	0,41808	0,4133	0,43869	0,432 9	0,4323		
2	Средняя оценка	0,495	0,48309	0,4218	0,4778	0,282241015	0,4345	0,4345	0,2294	0,5433 4	0,449 3	0,8362	0,8266	0,8773	0,865 8	0,4323	8,07945	8,088 795
3	Сравнение(округл.)	0,49	0,48	0,42	0,48	0,28	0,43	0,43	0,23	0,27	0,45	0,42	0,41	0,44	0,43	0,43	8,08	8,09

Таблица 5 - Данные по направлению «Внутренние болезни»

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий бал	Средняя оценка
1	Сравнение	0,5	0,472 97	0,44 59	0,49 55	0,2342342 34	0,40 54	0,38 29	0,18 92	0,2545 05	0,450 45	0,382 88	0,35 81	0,403 15	0,34 68	0,35 59		
2	Средняя оценка	0,5	0,472 97	0,44 59	0,49 55	0,2342342 34	0,40 54	0,38 29	0,18 92	0,5090 09	0,450 45	0,765 77	0,71 62	0,806 31	0,69 37	0,35 59	7,4234234 23	7,423 42342 3
3	Сравнение(округление)	0,5	0,47	0,45	0,5	0,23	0,41	0,38	0,19	0,25	0,45	0,38	0,36	0,4	0,35	0,36	7,42	7,42

Таблица 6 - Данные по направлению «Педиатрия»

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий бал	Q ср
1	Сравнение	0,4444	0,4027 8	0,4306	0,458 33	0,26388 89	0,37 5	0,361 1	0,194 4	0,2 5	0,486 1	0,381 9	0,361	0,444 4	0,444	0,389		
2	Средняя оценка	0,4444	0,4027 8	0,4306	0,458 33	0,26388 9	0,37 5	0,361 1	0,194 4	0,5 11	0,486 11	0,763 89	0,722 2	0,888 89	0,888 9	0,388 9	7,61111 1	7,56944 4
3	Сравнение (округл.)	0,44	0,4	0,43	0,46	0,26	0,38	0,36	0,19	0,2 5	0,49	0,38	0,36	0,44	0,44	0,39	7,61	7,57

Таблица 7 - Данные по направлению «Акушерство и гинекология»

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий бал	Q ср
1	Сравнение	0,493 8	0,4687 5	0,4375	0,4812 5	0,1687 5	0,393 8	0,312 5	0,306 3	0,2687 5	0,3562 5	0,4187 5	0,390 6	0,3843 8	0,437 5	0,42 5		
2	Средняя оценка	0,493 8	0,4687 5	0,4375	0,4812 5	0,1687 5	0,393 8	0,312 5	0,306 3	0,5375 5	0,3562 5	0,8375 5	0,781 3	0,7687 5	0,875 5	0,42 5	7,65	7,6437 5
3	Сравнение (округл.)	0,49	0,47	0,44	0,48	0,17	0,39	0,31	0,31	0,27	0,36	0,42	0,39	0,38	0,44	0,43	7,65	7,64

Таблица 8 - Сравнительный анализ результатов

№	Навыки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	общий бал	средняя оценка
1	Сравнение	0,5	0,47	0,36	0,48	0,051724	0,38	0,43	0,17	0,25	0,36	0,18	0,41	0,28	0,26	0,28		
2	Средняя оценка	0,5	0,47	0,36	0,48	0,051724	0,38	0,43	0,17	0,5	0,36	0,36	0,81	0,57	0,52	0,28	6,32759	6,241379
3	Сравнение (округление)	0,5	0,47	0,36	0,48	0,05	0,38	0,43	0,17	0,25	0,36	0,18	0,41	0,28	0,26	0,28	6,33	6,24

Таблица 9

№	Направление	Хирургия	ОВП	ВБ	Педиатрия	Акушерство и гинекология
1	средний коэффициент	7,83	8,09	7,42	7,57	7,64

Результаты экзаменации определены в сводной таблице №9. При балльно-буквенном расчёте составляет: 76,4 (В)

Вывод и рекомендации:

1. По результатам экзаменации уровень коммуникативной компетентности интернов 6 курса по направлениям составляет:
Хирургия - 7,83; ОВП - 8,09; ВБ - 7,42; Педиатрия - 7,57; Акушерство и гинекология - 7,64.

2. В экзаменации в качестве эксперта по коммуникативным навыкам участвовали: из числа ППС (профессорско-преподавательского состава) и специалисты ЦКН КазНМУ – 31 чел., а также 18 СП (стандартизированных пациентов).
3. При обучении интернов 6 курса, факультета ОМ обратить внимание на коммуникативные навыки, по которым интерны получили минимальный балл.
4. Проведение экзаменации по коммуникативным навыкам считать успешной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Peggy Wallace Coaching Standardized Patients: For Use in the Assessment of Clinical Competence. – Cambridge: 2006. – 374 p.
- 2 М.А. Асимов, Д. Драпер, С.Х. Мадалиева [и др.]. Мониторинг формирования коммуникативной компетентности в медицинских вузах: учебное пособие. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2012. – 96 с.
- 3 Доцанов Д.Х. Стандартизированный пациент в системе медицинского образования: учебное пособие. – Алматы: 2015. - 100 с.

Д.Х. Доцанов, С.Н. Мизонова, А.Р. Купеев, Н.Ш. Угланова

КОММУНИКАТИВТІК ДАҒДЫЛАРДЫ БАҒАЛАУМЕН 6 КУРС ИНТЕРНДЕРДІҢ ЖЫЛДЫҚ
АТТЕСТАЦИЯ НӘТИЖЕСІНІҢ ТАЛДАУЫ

Түйін: 6 курс интерндердің коммуникативтік құзіреттілігі деңгейінің емтиханның бағыттары нәтижелері бойынша құрайды: Хирургия - 7,83; Жалпы дәрігер тәжірибесі - 8,09; Ішкі аурулар - 7,42; Бала емдеу - 7,57; Акушерлік және гинекология - 7,64. Коммуникативтік дағдылар бойынша емтиханның өтілуі ойдағыдай деп саналсын.

Түйінді сөздер: коммуникативтік дағдылар, емтихан, бағалау парағы, стандартталған науқас, жылдық аттестаттау

D.H. Dochshanov, S.N. Mizonova, A.R. Kupeev, N.S.Uglanova

THE ANALYSIS OF RESULTS OF ANNUAL CERTIFICATION OF INTERNS 6 YAEER COURSES WITH
ASSESSMENT OF COMMUNICATIVE SKILLS

Resume: By results of an examination the level of communicative competence of interns of the 6th course in the directions is: Surgery - 7,83; GP's - 8,09; The Internal Diseases - 7,42; Pediatrics - 7,57; Obstetrics and gynecology - 7,64. To consider and carrying out an examination on communicative skills successful.

Keywords: communicative skills, examination, assessment, the check list standardized patient, Annual Certification.

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УСПЕВАЕМОСТЬ
СТУДЕНТОВ ВУЗА

Л.С. Сагидуллина, Г.К. Ксетаева, К.К. Орынбасарова,
Т.А. Аманжолов, Н.Б. Новрузова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра детских болезней, курс №2

Статья представлены результаты исследования факторов, влияющих на учебный процесс студентов Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы. Показано, что в структуре мотивации можно выделить способствующие профессиональному становлению будущих врачей компоненты, состав и выраженность которых зависят от многих причин. Выявлены разные факторы, оказывающие значительное влияние на структуру учебной мотивации студентов медицинского вуза.

Ключевые слова: структура учебной мотивации, мотивация достижения, половые различия, студент, «преподаватель-студент»

УДК 61:378.144/146 – 058.875

Введение. Проблема повышения успеваемости студентов высших учебных заведений на сегодняшний день очень актуальна. Хорошая успеваемость – свидетельство надлежащего усвоения содержания образовательной программы по конкретной специальности и залог получения высококлассного специалиста, востребованного обществом. Огромная роль в этом принадлежит преподавателям, именно от их взаимодействия зависит каким студент выйдет из стен университета и какой клад знаний будет у него в голове.

Формирование учебной мотивации является одной из основных задач современного образования. Заинтересованность учебным процессом у студентов формируется с первых дней обучения в вузе. Изучение факторов, влияющих на учебную мотивацию студентов, имеет большое значение для повышения эффективности высшего образования.

Повышение успеваемости студентов высших учебных заведений на сегодняшний день остается самым злободневным вопросом. Хорошая успеваемость – свидетельство надлежащего усвоения содержания образовательной программы по конкретной специальности и залог получения высококлассного специалиста, востребованного обществом. Установлено, что учение студентов протекает нормально только тогда, когда обучение связано с практикой жизни, когда студент

понимает жизненное значение того, что он изучает. Если этого нет, то возможны срывы всевозможные увлечения тем, что мешает учебе. Следовательно, на наш взгляд, причинами неуспеваемости студентов являются: личностные способности обучающихся, отсутствие интереса к предмету; разочарование в выбранной специальности; отсутствие интереса к учению из-за личности преподавателя, его методики обучения.

Цель исследования: выявление факторов отрицательно влияющих на учебный процесс студентов Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы.

Нами проводилось на добровольной основе анкетирование 150 студентов 4 курса факультета Общая медицина КазНМУ им. Асфендиярова С.Д. г. Алматы.

В анкетировании участвовали 60% -90 женщин и 40% -60 мужчин в возрасте от 20 до 22 лет .

Предмет исследования: факторы, влияющие на успеваемость (заинтересованность) студентов.

Учебная мотивация определяется рядом факторов: самой образовательной системой, образовательным учреждением; организацией образовательного процесса; индивидуально-личностными особенностями педагога, и прежде всего системы его отношений к ученику, своей работе; спецификой учебного предмета.

В ходе исследования было установлено, что для студентов (респондентов) большое значение имеют профессиональные, коммуникативные и социальные мотивы 93,3%- 140. Кроме того, были выявлены различия в структуре учебной мотивации студентов в двух группах сравнения: у 54% - 81 женщины значимыми оказались коммуникативные и профессиональные мотивы, а у 33,3% - 50 мужчин - социальные и профессиональные мотивы. В группе женщин более значимыми являются мотивы престижа (быть в числе лучших студентов, добиться одобрения родителей и окружающих, и др.) и коммуникативные мотивы (заводить знакомства и общаться с интересными людьми и др.). Это объясняется тем, что представительницам женского пола вообще свойственна большая потребность в социальных контактах, чем представителям мужского пола.

Для мужчин наиболее значимыми являются: мотивы творческой самореализации (узнавать новое, заниматься творческой деятельностью), учебно-познавательные мотивы (приобрести глубокие и прочные знания, от успехов в учебе зависит уровень материальной обеспеченности в будущем и др.). Полученные результаты отражают особенность мужской психологии - мужчины направляют свою активность на конкретную творческую деятельность, они предпочитают «делать, а не говорить». Занятие творческой деятельностью, получение новых знаний для мужчин имеет большее значение, чем получение отличных оценок.

Анкетирование позволило выявить интерес и мотивы, побуждающие студентов к учебной деятельности; характер успеваемости и степень удовлетворенности выбранной профессией и учебным заведением (рисунок 1).

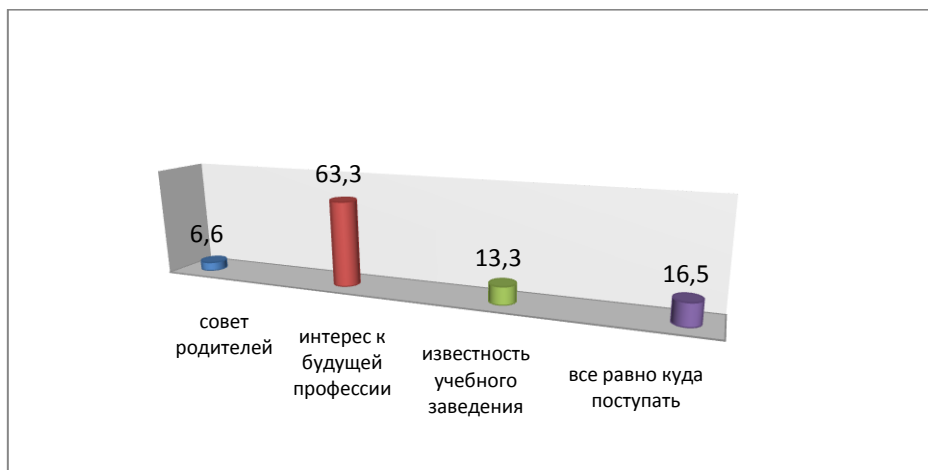


Рисунок 1-Причины, побудившие поступить в данное учебное заведение

Анализ ответов респондентов показал, что основными причинами, побудившими поступить в данное учебное заведение, студенты называют: совет родителей - 6,6 %, интерес к будущей профессии - 63,3 %; известность учебного заведения - 13,3 %. Отсюда можно сделать вывод, что большая роль в профессиональном определении абитуриента отводится желанию работать в сфере медицины. В тоже время, 16,5 % опрошенных заявили, что им было все безразлично.

Однако, важно отметить, что достаточно большой процент респондентов (80 %) вполне удовлетворены своей специальностью и определенно заявляют, что поступили бы вновь сюда же. Затрудняются ответить на поставленный вопрос - 10 %, в основном это учащиеся, которые еще не вполне осознают - туда ли они поступили, интересна ли им выбранная специальность. Если бы студентам пришлось заново выбирать специальность, то вот основные причины, которые повлияли бы на их выбор (рисунок 2):

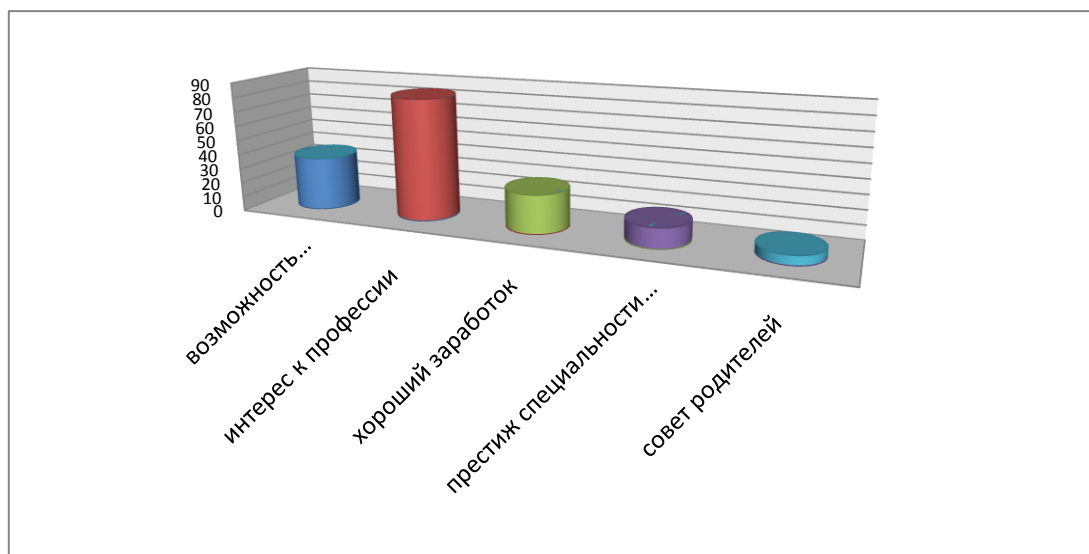


Рисунок 2 - Причины, которые повлияли бы на их выбор

- возможность дальнейшего трудоустройства - 36,6 %,
- интерес к профессии - 83,3 %,
- хороший заработок - 26,6 %, престиж специальности (учебного заведения) - 14 %,
- совет родителей - 6,6 %.

Таким образом, учащийся, прежде всего, стремится выбрать такую профессию, чтобы быть востребованным и ценным для общества, но и, конечно же, оценивает свои личные приоритеты и интересы, свои индивидуальные возможности.

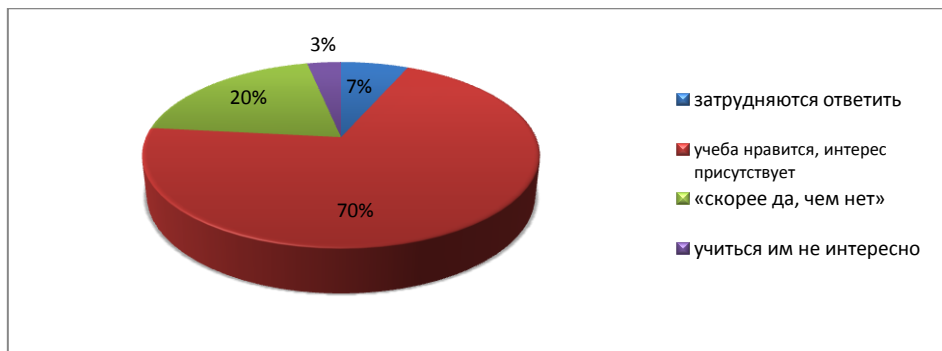


Рисунок 3 - Интересно ли Вам учиться

Сравнительную характеристику успеваемости студентов на разных курсах мы не проводили, но сами студенты отмечают, что к 4-му курсу успеваемость значительно повышается (рисунок 3). Возможно, это связано с тем, что на последних

курсах, преподаются в основном специальные дисциплины и учиться становится легче и интереснее, даже тем студентам, которые испытывали трудности в начале обучения общеобразовательных предметов.

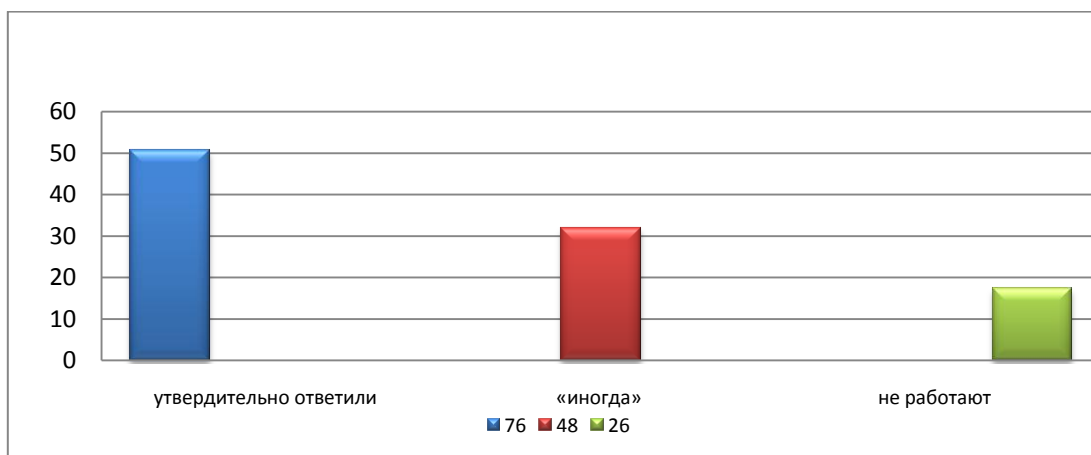


Рисунок 4 - Приходится ли Вам совмещать работу с учебой?

На вопрос «Приходится ли Вам совмещать работу с учебой?» утвердительно ответили 50,6% - 76 студентов, «иногда» - ответили 32%-48 студентов, не работают - 17,3% - 26 респондентов (рисунок 4).

Во всем мире растет численность студентов, совмещающих учебу и работу. Увеличивается и количество времени, которое они уделяют работе. Причины этого явления носят комплексный характер. С одной стороны, все большее развитие получают нетрадиционные виды занятости, например, частичная, удаленная работа, работа с гибким графиком. Это удобно как для студентов - работу на таких условиях можно совмещать с учебой, так и для работодателей (работа по контракту, экономия заработной платы). С другой стороны, снижается качество высшего образования, которое из элитарного превратилось в массовое. Это привело к уменьшению значимости диплома как сигнала студенту высокой производительности работников. В этих условиях наличие у студента опыта работы становится сигналом для работодателей о его способностях, производительности и амбициях. Именно такая ситуация характерна для современного Казахстана. Из 82,6% - 124 студентов, совмещающих учебу с работой - 46,7% - 58 работают в области медицины, частично связано с будущей профессией - 25,8% - 32 и работающие совершенно в другой области - 27,4% - 34. Следует отметить, что среди работающих студентов большинство - 75% - были заняты на постоянной работе, 20% работали временно по договору или контракту, 9,5% имели разовые нерегулярные заработки. Желание получить опыт работы является более значимым мотивом совмещения учебы и работы, чем финансовые факторы, свидетельствуют результаты анкетирования. Так, 74% работающих отметили, что работа дает возможность удачно трудоустроиться после окончания ВУЗа, поскольку работодатели ценят опыт и 25,8%

работающих студентов поставили во главу угла заработок. Совмещения учебы и работы важны для 12% респондентов, которые считают, что работая параллельно с учебой «можно завязать нужные контакты».

Установлено, что эффективность учебного процесса студентов непосредственно связана с социально-психологическим климатом коллектива. Климат коллектива определяется многими факторами, важнейшими из которых являются два:

1. Рабочая ситуация в вузе в целом и в конкретных коллективах, включающая комплекс организационных, технических и санитарно-гигиенических элементов, обеспеченность литературой и др.

2. Морально-психологический фактор, т. е. процессы, происходящие в группах, отделах, лабораториях, на кафедрах и факультете.

В нашем университете социально-психологический или морально-нравственный климат позитивно оценивают 33,3% студентов, нейтральную позицию заняли 53,3% и 10% студентов отмечают - негативную. Весьма положительно влияет на гармоничные межличностные отношения проведение в вузах научно-практических конференций по различным направлениям. Цель конференции — показать, как молодой человек познает и воспринимает сложный мир социальных отношений, других людей, самого себя, как формируется его представление о профессиональной деятельности, выявить соответствующие социальные и профессиональные качества, установки, потребности к активному творческому труду, достижению высшего уровня профессионализма. Наиболее активными участниками студенческих научных конференций оказалось 70%-105 респондентов и 30%-45 респондентов никогда не

участвовали. В спортивной жизни университета принимали участие 60%(90 студентов)

Таблица 1 - студенческая жизнь - это не только учеба (приходилось ли Вам участвовать?)

Участие в мероприятиях	Да	Нет
В студенческих научных конференциях	70%-105чел.	30%-45чел.
В организации праздников, вечеров	70%-105чел.	20%-30чел.
В политических акциях, митингах	20%-30чел.	66,6%-100ч.
В спортивных соревнованиях	60%-90чел.	23,3%-35чел.
В заседаниях студенческого совета	46,6%-70чел.	40%-60чел.
В субботниках	66,6%-100чел.	23,3%-35чел.

В приведенной таблице видно, что максимальное количество студентов участвовали в общественной жизни университета и в студенческих научных конференциях.

Своеобразие современной профессиональной деятельности преподавателя университета заключается в том, что возвращается истинный смысл назначения деятельности педагога: ведение, поддержка, сопровождение обучающегося. Помочь каждому студенту осознать его собственные возможности, войти в мир культуры выбранной профессии, найти свой жизненный путь – таковы приоритеты современного преподавателя университета

1. Доброжелательные и деловые взаимоотношения в учебном процессе оценили - 100%- 150 студентов;

2. Доброжелательные и деловые взаимоотношения вне учебного процесса оценили - 90%-135 студентов;

3. Около 20%-30% респондентов негативно оценили свои взаимоотношения с преподавателем, отмечая безразличие со стороны преподавателя, недооценку своих способностей и старания, пренебрежительное отношение.

Доброжелательные и деловые взаимоотношения между преподавателем и студентом являются залогом не только качественного образования, но и воспитания студента. Личный пример преподавателя – очень важный показатель в социализации студента и эффективной деятельности

преподавателя. Но, одной из задач, которую решает преподаватель в процессе обучения, – это развитие интереса у студента к изучаемому предмету. Если взаимоотношения между преподавателем и студентами выстраиваются на основе интереса, достигается максимальная эффективность обучения.

Нам удалось зафиксировать у студентов систему интересов к занятиям по изучаемым предметам. Среди этих интересов доминируют следующие:

1. 73,3%-110 студентов отмечают интерес к самому предмету «Общая хирургия» и преподавателя к своему предмету;

2. 70%-105 студентов отмечают «Детские болезни», умение преподавателя показать связь предмета с будущей профессией;

3. 68%-102 студентов выделяют «Детские инфекционные заболевания». Почти все указанные студенты отмечают личные качества преподавателей (уровень культуры, образованность, интеллигентность, вежливость, корректность, нравственные принципы);

4. от 30 до 15 студентов особое внимание обращают на методическое мастерство преподавателя: умелое объяснение своего предмета, манеру общения со студентами, учет особенностей студента, стимулирование его мышления (рисунок 5).

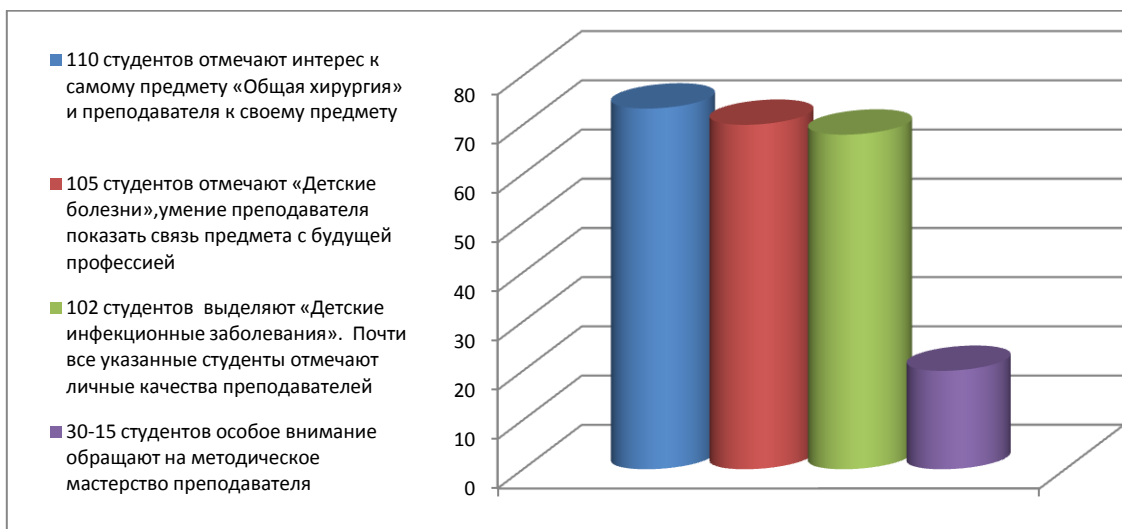


Рисунок 5 - Система интересов студентов по изучаемым предметам

Умение преподавателя объяснить всем студентам в группе свой предмет так, чтобы каждый его понял, – это качество преподавателя студенты ценят очень высоко. От этого во многом зависит социальное взаимодействие между ними. Обучающиеся отмечают не только удовлетворенность работой преподавателя, но и удовлетворенность проводимыми им занятиями по конкретному предмету.

Выводы:

1. В целом для студентов медицинского вуза большое значение имеют профессиональные, коммуникативные и социальные мотивы.

2. Выявлены половые различия в структуре учебной мотивации студентов – будущих врачей: у женщин более значимыми оказались коммуникативные и профессиональные мотивы, а у мужчин – социальные и профессиональные мотивы

3. Учебная деятельность студента в высшем учебном заведении - это управляемый процесс усвоения знаний, умений и навыков, развития и становления личности студента.

4. Огромную роль на него оказывают преподаватели, именно от их взаимодействия зависит каким студент выйдет из стен университета и какой клад знаний будет у него в голове.

5. Но и сами студенты оказывают влияние на процесс обучения. От них зависит, какой будет подход педагога к обучаемой группе в целом и к каждому из студентов по отдельности.

6. Грамотное управление мотивацией может существенно повысить эффективность обучения, усилить положительные эмоции от познания нового.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Козлова Н.В., Берестнева О.Г., Шелехов И.Л. Особенности личностного и профессионального становления студентов университета // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. - 2009. - №9(87). - С. 103-107.
- 2 D'Mello M. Gendered Selves and Identities of Information Technology Professionals in Global Software Organizations in India. // Information Technology for Development. - 2006. - №12(2). - P. 131-158.
- 3 Черешнева А.Ю., Сидорова С.Н. Факторы успешного обучения студентов в ВУЗе // Успехи современного естествознания. - 2013. - № 10. - С. 157-157.
- 4 Штарке К. Студенты. Становление личности. Перевод с немецкого. - М.: Прогресс, 2010. - 136 с.
- 5 Сырова Н. В., Серова О. В. Проблемы формирования культуры взаимоотношений педагогов и студентов в вузе // Молодой ученый. — 2015. — №11. — С. 1486-1490.
- 6 Молокова О. А. К вопросу об оценке студентами взаимоотношений с преподавателями // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. - 2013. - №1(129). - С. 38-41.
- 7 Пучков А.А. 2013. Социальное взаимодействие преподавателей и студентов в условиях модернизации системы высшего образования Российской Федерации: автореф. дисс. ... канд.соц.наук – Нижний-Новгород, 2013. - 32 с.
- 8 Стегний В.Н., Пучков А.А. Информационные процессы в вузе как фактор эффективности взаимодействия «преподаватель – студент» // Власть. -2013. - №5. - С. 115- 123.
- 9 Сергушичева, А. П., Жаров, Д. В. Анализ факторов, влияющих на качество обучения. - М.: 2008. - 286 с.
- 10 Апокин А. Ю., Юдкевич М. М. Анализ студенческой занятости в контексте российского рынка труда // Вопросы экономики. - 2008. - Т.6. - С. 98-110.
- 11 Янбарисова Д. М. Работа во время учебы в вузах Татарстана: влияет ли она на успеваемость? // Вопросы образования. - 2014. - №1. - С. 213-237.

**Л.С. Сагидуллина, Г.К. Ксетаева, К.К. Орынбасарова,
Т.А. Аманжолов, Н.Б. Новрузова**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Балалар аурулары кафедрасы, курс №2*

ЖОО ОҚИТЫН СТУДЕНТТЕРДІҢ ҮЛГЕРІМІНЕ СЫРТҚЫ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕР ЕТУІ

Түйін: Мақалада Алматы қаласында Қазақ Ұлттық медицина университетінде оқитын студенттердің оқу үрдісіне әсер ететін сыртқы факторлардың нәтижелері берілген. Болашақ дәрігерлердің кәсіби тұрғыда ынталандыру құрылымы әртүрлі себептерге байланысты болады. Медициналық оқу орнында оқитын студенттерді оқуға ынталандыратын бірнеше әртүрлі факторлар анықталған.

Түйінді сөздер: оқуға ынталандыру құрылымы, жетістікке ынталандыру, жыныстық айырмашылығы, студент, «оқытушы-студент».

L. Sagidullina, G. Xetayeva, K. Orynbasarova, T. Amanzholov, N. Novryzova
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

EXTERNAL FACTORS AFFECTING THE SUCCESSION OF STUDENTS

Resume: The article presents the results of the study (respondents) factors influencing educational motivation of students of the Kazakh National Medical University in Almaty. It is shown that in the structure of motivation, you can allocate promoting the professional development of future doctors components, the composition and the severity of which depends on many factors. Different factors have been identified that have significant influence on the structure of the learning motivation of students of Medical University.

Keywords: structure of learning motivation, achievement motivation, sex differences, student, "teacher-student"

РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ CHAPTER 4. PUBLIC HEALTH

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Г.К. Каусова, Г.С. Уразиманова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Здоровье населения и его охрана выступает важной государственной, социально-экономической и политической задачей государства. Сегодня в Республике Казахстан (РК) сложилась непростая ситуация, когда студенческая молодежь, которая должна быть наиболее здоровой частью общества, не является таковой по причине недостаточного внимания общества к здоровью, это сокращение количества профилактических осмотров, отсутствие цельной системы диспансерного наблюдения, возрастающий удельный вес функциональных отклонений и хронических заболеваний, ухудшение показателей физического воспитания.

Ключевые слова: здоровье общества, здоровье студентов, студенческая молодежь, здоровый образ жизни, Республика Казахстан.

УДК 614.39/378.17

Актуальность: Здоровье общества является одной из наиболее значимых социальных ценностей и его охрана выступает важной государственной, социально-экономической и политической задачей, эффективное решение которой во многом предопределяет будущее Республики Казахстан (РК) [1,2,3]. Сегодня обеспечить необходимый уровень здоровья нации крайне сложно, поскольку последствия критических периодов осуществления радикальных мер экономической реформы в РК продолжает затрагивать практически все стороны жизни, при этом одним из наиболее социально-уязвимых контингентов остается молодое поколение.

Здоровье учащихся образовательных организаций в настоящее время является социально-значимым показателем медико-демографической характеристики населения, так как частая заболеваемость приводит к уменьшению эффективности учебной, а впоследствии, и профессиональной деятельности [4,5,6].

Состояние здоровья студентов, насчитывающей около 1 миллиона человек является актуальной проблемой современного общества. Не случайно 2017 год объявлен в Алматы Годом молодежи. Успешная подготовка высококвалифицированных кадров, обеспечивающих устойчивость экономического развития государства, тесно связана с сохранением и укреплением здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи [6].

В настоящее время студенчество можно отнести к группе повышенного риска, так как условия современной жизни ведут к тому, что студенты в период обучения испытывают воздействие целого комплекса средовых факторов, негативно влияющих на состояние их физического, психического и репродуктивного здоровья. Возрастающие требования к уровню подготовки специалистов-медиков высшего и среднего звена, обусловленные увеличением потока научной информации, внедрением инновационных образовательных технологий, приводят к перегрузке студентов. Повышается их психоэмоциональная напряженность, истощаются адаптационные резервы нервной, эндокринной и иммунной систем, возрастает вероятность заболеваний. Кроме того, экономические трудности, переживаемые страной, повсеместное ухудшение экологической обстановки, крушение многих социальных устоев не могут не отразиться на образе жизни и состоянии здоровья студенчества. Снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической, способствует распространению саморазрушительных видов поведения,

таких, как курение, потребление алкоголя, наркотических и психоактивных веществ [7,8].

Здоровье студентов, наряду с их социальной зрелостью, является необходимым условием обучения, и высокой профессиональной пригодности. Студенты составляют особую социальную группу, объединенную определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни, со своими ценностями, установками, эталонами поведения. Условия современной жизни ведут к тому, что студенты вынуждены адаптироваться к комплексу новых факторов, среди которых не последнюю роль играют постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, информационный стресс, частые нарушения режима труда, отдыха и питания.

Первые попытки оценки состояния здоровья студентов были проведены еще в 20-е годы XX века. Тогда наиболее распространены были такие заболевания, как туберкулез легких (до 18%), ревматические заболевания сердца (30%), малокровие (10-65%), неврастения (10-28%), малярия [8]. У 30% студентов отмечались значительные отклонения в физическом развитии. У современных студентов наибольший удельный вес по распространенности занимают функциональные заболевания нервной системы, кариес зубов, хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, миопия, артериальная гипертензия, заболевания органов пищеварения [9].

По результатам исследований многих авторов, для образа жизни современного студенчества характерна высокая частота и распространенность факторов риска хронических заболеваний. Кроме того, по данным различных исследователей, круг факторов, отрицательно влияющих на здоровье учащейся молодежи, в наше время расширяется (закрытие студенческих санаториев-профилакториев, несбалансированность питания, нерациональный режим дня, недостаточное материальное обеспечение, отсутствие надлежащих условий для эффективных форм физического воспитания и др.) [10,11,12].

В современных условиях изменились организационные формы медицинского обслуживания, расширились требования к специалистам, изменились программы и методы обучения. Нерешенные социально-экономические проблемы вызывают ответные реакции студенческой молодежи.

Наибольшее число студентов колледжах относится к возрастной группе 15-22 лет. Этот социальный слой населения можно отнести к группе повышенного риска, так как на непростые возрастные проблемы современных

студентов накладывается негативное влияние кризиса практически всех основных сфер общества и государства. Многие студенты живут в общежитии в отрыве от семьи, что заставляет их перестраивать стереотип жизни. Еще большие усилия требуются от сельской молодежи, которая не только изменяет режим, но и все условия деятельности и обстановку жизни. Студенту необходимо адаптироваться к новым условиям обучения и успешно выполнять весь объем учебной, научной и общественной работы. Адаптация к новым условиям проходит в три этапа: I этап – 1, 2 курсы. Он наиболее трудный, так как студенты только недавно сдали выпускные экзамены, не имели полноценного отдыха. Поступив в колледж, они попали в новую систему образования, встретились с новыми требованиями. На II этапе происходит полная адаптация к новым условиям [13]. На старших курсах нагрузка возрастает в связи с присоединением новых факторов – создание семьи, необходимость совмещать учебу с работой, участие в студенческих научных кружках, большая общественная работа и т. д.

Безусловно, что состояние здоровья студенческой молодежи во многом определяется «школьной патологией». Однако в период обучения в колледжах уровень физического здоровья студентов еще более снижается, а число хронических болезней из года в год возрастает. При получении профессионального образования отмечается значительно более высокая распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний на старших курсах по сравнению с первыми курсами; при этом выявлен более быстрый рост распространенности хронических болезней по сравнению с функциональными отклонениями на одного студента в среднем приходится 1,5-3 диагноза [14-17].

Одной из задач молодежной политики РК является проведение исследований по актуальным проблемам молодежи и создание необходимых условий для ее профессионального, духовного и физического развития. Все это требует глубокого анализа жизни, быта студентов-медиков в экономических условиях, медико-социальных и медико-организационных факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья студентов-медиков.

В послании Президента страны «Казахстан-2030» определена стратегия органов образования и здравоохранения по профилактике болезней и укреплению здоровья путем подготовки наших граждан к ведению здорового образа жизни, соблюдению правильной гигиены и санитарии, рационального питания [18].

В ежегодном послании Президента РК, указал, что «здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно

стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения» [18,19]. В современных условиях в связи с изменившейся экономической ситуацией проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи требует нового подхода к ее решению, в том числе ставит перед отечественным здравоохранением задачу гарантированного обеспечения студенческой молодежи качественной медицинской помощью, поиска новых форм ее организации, разработки особой модели управления здоровьем студентов.

Здоровье студентов имеет существенное медико-социальное значение, которое определяется выраженными тенденциями к росту заболеваемости этого контингента практически по всем классам болезней, в том числе хронических заболеваний, а также величине экономических потерь. По нашей точки зрения, концепция оптимизации профилактической и реабилитационной помощи студентам должна включать совершенствование нормативно-правовой базы, ресурсного, кадрового и методического обеспечения медицинского обслуживания студентов; обеспечение качества и доступности оздоровления и лечебно-реабилитационной помощи; внедрение в практику работы со студентами скрининговых технологий по активному выявлению наиболее значимых факторов и групп риска наиболее распространенной патологии среди студентов и проведение мер по уменьшению воздействия управляемых факторов; установление оптимального графика и порядка учебных занятий с достаточным временем для отдыха, физической культуры и рационального питания; консультирование студентов психологом и психотерапевтом по обращаемости; организация занятий физической культурой в тренировочном режиме, и выделение времени в учебном плане кафедры физического воспитания для проведения занятий на свежем воздухе;

Заключение. Анализ проблемы состояния здоровья молодежи в новых экономических условиях указывает на ее актуальность по причине возрастных особенностей периода, где протекает интенсивный рост и формирование личности, развиваются морфологические и психологические процессы, происходит становление жизненно важных систем организма, вследствие чего он уязвим к происходящим вокруг катаклизмам, восприимчив к воздействию благоприятным и негативным факторам окружающей среды. Успех оздоровления и восстановительного лечения студентов во многом зависит от организационных форм работы, методов оздоровления и медицинской реабилитации, уровня и качества подготовки кадров, занимающихся лечебно-профилактической деятельностью в молодежной среде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Каусова Г.К. Современные аспекты управления здоровьем населения Республики Казахстан. Монография. – Алматы: 2004. – 253 с.
- 2 Каусова Г.К. К проблеме здоровья населения Республики Казахстан // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы: 2004. - №31. - С. 57-60.
- 3 Каусова Г.К. К определению категории «Здоровье населения» // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы: 2006. - №38(1). - С.78-80.
- 4 Медик В.А. Современные подходы к изучению заболеваемости населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М.: Медицина, 2004. - №1. - С. 6-9.
- 5 Попов А.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского вуза: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2008. – 48 с.
- 6 Саидюсупова И.С. Медико-социальная оценка состояния здоровья студентов медицинского ВУЗа и пути совершенствования организации медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 54 с.
- 7 <http://stat.gov.kz/>
- 8 <http://today.kz/news/zhizn/2017-02-20/736614-j-obyavlen-v-almaty-i-godom-molodezhi/>
- 9 Л.М. Сухарева, Е.И. Шубочкина, С.С. Молчанова, А.В. Куликова Гигиенические проблемы формирования здорового трудового потенциала в современных условиях // Вестник РАМН. – 2009. – № 8. – С. 23-27.
- 10 И.А. Камаев, Т.В. Поздеева, А.В. Дмитроченков, С.А. Ананьин Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи: состояние, проблемы, пути решения. – Н. Новгород: 2005. – 108 с.
- 11 Раппопорт, И.К. Системный подход к проведению врачебных профессиональных консультаций подростков и молодежи // Гигиена и санитария. – 2010. – № 1. – С. 55-62.
- 12 Байер К. Здоровый образ жизни. – М.: Мир, 1997. – 368 с.

- 13 Агаджанян Н. А. Проблема адаптации и здоровья студентов // «Научные основы охраны здоровья студентов»: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во УДН, 1987. – С. 3-13.
- 14 Баранов А. А. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления подростков). – М.: 2010. – 108 с.
- 15 Кожевникова Н. Г. Роль факторов риска образа жизни в формировании заболеваемости студентов // Земский врач. – 2011. – №6. – С. 13-17.
- 16 И. А. Камаев, Т. В. Поздеева, Д. В. Непряхин и др. Инновационные технологии формирования здоровьесберегающего поведения: Метод. Рекоменд. – Н. Новгород: Пламя, 2005. – 52 с.
- 17 Атрощенко, Г.Н. Влияние занятий по физической культуре на сердечно-сосудистую систему и дыхательную систему студентов // Гигиена и санитария. – 2005. – № 1. – С. 41-42.
- 18 Стратегическая программа Развития «Казахстан-2030».
- 19 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 29 января 2010 г. Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» Астана 2010г.

Г.К. Каусова, Г.С. Уразиманова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

СТУДЕНТТЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК БАҒАЛАУ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Түйін: Қазіргі жағдайда өзгерген экономикалық жағдайға байланысты студент жастардың денсаулығын сақтау және нығайту мәселесі оны шешудің жаңа тәсілін, оның ішінде ҚР денсаулық сақтау саласындағы міндеттерді сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету, оны ұйымдастырудың жаңа нысандарын табуды қамтамасыз ету, денсаулық сақтаудың ерекше моделін жасауды талап етеді.

Түйінді сөздер: қоғам денсаулығы, студенттердің денсаулығы, студент жастар, салауатты өмір салты, Қазақстан Республикасы.

G.K.Kausova, G.S. Urazimanova
Kazakhstan's medical university «KSPH»

MEDICO-SOCIAL ASSESSMENT OF HEALTH STATUS AND OPTIMIZATION OF MEDICAL CARE FOR STUDENTS

Resume: In modern conditions, in connection with the changed economic situation, the problem of preserving and strengthening the health of student youth requires a new approach to solving it, including the task of the health care of the RK to ensure the provision of student youth with quality medical care, to find new forms of its organization, to develop a special model of health management students.

Keywords: public health, student health, student youth, healthy lifestyle, Republic of Kazakhstan.

ХРАНЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ МЕДИЦИНЫ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В МОДЕРНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ

У.М. Датхаев, А.С. Саятова, Г.М. Аликеева
Казахский Национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова

В статье рассмотрены основные направления модернизации общественного сознания, изложенные в программной статье Н.А. Назарбаева, и задачи медицинского вуза в ходе реализации данной Программы. Указано на особую роль хранения исторического наследия в области медицины и его значение в формировании понятия национальной идентичности.

Ключевые слова: программа, общественное сознание, модернизация, национальная идентичность, традиции, музей, историческое наследие.

УДК 316.422

В апреле 2017 года опубликована программная статья Президента страны Н.А. Назарбаева «Взгляд в будущее: модернизация общественного сознания», где изложены задачи масштабных преобразований государства и весомо представлены доводы о необходимости опережающей модернизации национального сознания.

В программе предельно ясно выделены шесть направлений модернизации национального сознания: конкурентоспособность, прагматизм, сохранение национальной идентичности, культ знания, эволюционное развитие Казахстана, открытость сознания [1].

Указанные направления четко разъясняются в тексте, что дает каждому подразделению нашего вуза возможность

грамотно составить план последовательной реализации Программы.

Следуя задачам Программы, уже сегодня кафедры медицинского университета, в первую очередь клинические, обязаны приложить немало усилий, чтобы не просто выпустить врача, а подготовить высококвалифицированного специалиста XXI века, воспитанного на культе знаний и открытости, «адаптированного к глобальной конкурентности в сфере знаний». Наши молодые выпускники должны быть интеллектуалами, способными выигрышно по качеству предложить медицинские услуги на региональном и

международном уровнях, готовыми легко осваивать передовой опыт зарубежной медицины.

В Программе даны пояснения и другим направлениям модернизации национального сознания. Например, сохранение национальной идентичности - это «наши национальные традиции и обычаи, язык и музыка, литература и свадебные обряды,- одним словом национальный дух, должны вечно оставаться с нами». В Программе подчеркивается, что «особое отношение к родной земле, ее культуре, обычаям, традициям - это важнейшая черта патриотизма. Это основа того культурно-генетического кода, который любую нацию делает нацией, а не собранием индивидов».

В связи с этим становятся понятны задачи сегодняшнего дня для нашего Музея истории университета- сбор, хранение и пропаганда исторического наследия народа, и не только в области культуры, но и всех сфер профессиональной деятельности медицинских работников. Сохранение наследия медицины дает возможность дополнить фрагменты истории нации новыми фактами и шире представить историю казахского народа.

Музей истории КазНМУ им. С. Асфендиярова с момента основания, т.е. с 1981 года, активно занимается сбором и формированием фонда архивных документов и экспонатов в области истории медицины и здравоохранения, принимает участие в образовательном процессе вуза, в социализации молодежи, формировании сознания ценности истории страны и вуза, формировании ответственности будущих врачей перед народом Казахстана.

С течением десятилетий многое в медицине и профессии врача меняется, но наша студенческая молодежь должна черпать знания о прошлом, исследовать все лучшее в этике и деонтологии врачебной профессии, уметь гордиться историческими традициями гуманизма, милосердия, добросердечия, открытости и толерантности в профессии, как части культуры нашего народа.

Знание исторического опыта и традиций не только в области медицины, но и в деятельности всего народа являются важным условием модернизации общественного сознания самых различных контингентов населения, в т.ч. студентов-медиков и коллектива преподавателей университета. В этом направлении успешно была реализована задача восстановления деятельности музея истории КазНМУ, ликвидированного ранее под предлогом необходимости складских помещений, когда были разрушены и вынесены все стенды с экспозицией истории университета. Два больших зала Музея на долгие 10 лет стали хозяйственно-строительным складом.

Только в конце 2000 года вернулись к вопросу восстановления Музея. В первую очередь была проведена ревизия всех документов и экспонатов, уцелевших после ликвидации музея. Затем было обращение к кафедрам и деканатам с просьбой о помощи в сборе исторических материалов, свидетельствующих о деятельности преподавателей с 1930 года. В работе участвовал весь коллектив вуза, но штатных ставок для Музея не было выделено, сбор документов, восстановление стендов выполнялись на общественных началах. Понятно, что первоначально документы, фотографии прошлых лет и экспонаты поступали бессистемно, без «легенды», т.е. без описания событий, места фотосъемок и даже без указания фамилий.

Лишь в 2003 году Музей стал самостоятельным подразделением университета, подчиненным непосредственно ректору вуза. Была выделена штатная ставка руководителя Музея (А.С. Саятова). Началась трудоемкая работа по анализу архивных документов, целенаправленный сбор исторических материалов. В 2007 году для Музея было дополнительно выделено 2 ставки сотрудников: хранителя и реставратора. За прошедшие годы Музей истории КазНМУ им. С. Асфендиярова три раза проводил полную реорганизацию экспозиционных залов, четыре раза участвовал в смотре-конкурсах музеев образовательных учреждений и неизменно занимал призовое место (2005, 2012, 2015, 2017); все смотре-

конкурсы проводились по шести номинациям: 1) уникальность и подлинность экспонатов, 2) участие музея в учебно-образовательном и воспитательном процессах вуза, воспитание патриотизма, 3) дизайн экспозиционных залов, 4) связь с ветеранами, 5) научная работа, публикация научных работ, 6) ведение документации музея.

В 2015 году наш Музей завоевал 1 место и получил Кубок Фонда Президента РК в конкурсе, где участвовало 37 музеев вузов, колледжей и школ г. Алматы.

В настоящее время в основном фонде Музея истории КазНМУ около 57 000 единиц хранения, в том числе более 2 000 экспонатов, что позволяет проводить экскурсии по отдельным темам истории Казахстана и медицины в рамках реализации Программы модернизации общественного сознания. Эффективно демонстрируется коллекция документальных и художественных фильмов по истории Казахстана: 1) Асфендияров С. - гений казахского народа, 2) Казахскому ханству 550 лет, 3) Это наша история (История КазНМУ), 4) История Семиречья. Алматы-1000 лет, 5) «Дорога к матери», 6) Назарбаев Н.А. - президент РК. Эти фильмы могут успешно использоваться в работе кураторов по пропаганде национальной идентичности и культа знаний среди молодежи. Приобщение к исконной казахской культуре и самобытности выполняется при просмотрах фильмов: 1) Казахская юрта - традиционное жилище казахов, 2) Мавзолей Бекет-ата, святыня и место поклонения населения Казахстана 3) Мавзолей Джучи-хана (сын Чингиз-хана), 4) Куляш Байсейтова - дочь казахского народа, 5) Амре Кашаубаев - народный певец, лауреат этнографического конкурса (Серебряная медаль, Париж).

Сразу отметим, что эти фильмы, характеризующие национальную идентичность казахстанцев, дополняются хорошей экспозицией с подлинными предметами быта казахского населения. Это коллекция деревянной посуды XIX века (гигиена питания), национальная взрослая и детская одежда (личная гигиена и гигиена детей). В экспозиции представлена богато украшенная казахская юрта с подлинными предметами национального жилища, характеризующие представление населения о гигиене жилища. С концептуальной точки зрения это, безусловно, междисциплинарный подход, который эффективно позволяет студентам обогащать знание истории республики.

Долгие годы в стране умалчивалась история 20-30-х годов о голоде, борьбе казахской интеллигенции за суверенность Казахстана и трагедии репрессий. Об этом Н.А. Назарбаев в разделе Программы «Эволюционное, а не революционное развитие Казахстана» пишет: «Уроки XX века для нашего народа во многом трагические. Впервые, был сломан естественный путь национального развития и навязаны чуждые формы общественного устройства. Во-вторых, нанесен страшный демографический удар по нации. Удар, который сказался на протяжении целого столетия...».

О подлинном драматизме тех лет сохранилось немало материалов в Центральном государственном архиве Республики Казахстан. Отдельные очень ценные документы были скопированы и находятся в экспозиции Музея.

Сегодня в нашем Музее есть не только отдельный стенд о репрессиях с совершенно уникальными документами, но и документальные фильмы о выдающихся деятелях Казахстана, репрессированных в 30-е годы: 1) Трагедия казахского народа, 2) Письмо, написанное кровью, 3) Алаш, 4) А. Букейханов - основатель партии, 5) Досмухамедов Халел, 6) Жургенев Т. - нарком образования и Дамеш Ермакова.

Особое внимание в Программе Президента РК уделено воспитанию патриотизма. Эта задача - очень тонкая грань в работе кураторов; здесь нельзя огромной аудитории стандартно перечислять современной молодежи догмы, характеризующие патриотизм. Совершенно необходимо предлагать студентам конкретный и иллюстративный материал, позволяющий вызывать сочувствие,

сопереживание и гордость. В этих целях ранее в Музее мы проводили встречи с ветеранами ВОВ, но их осталось мало и здоровье зачастую не позволяет покидать дом. Опыт работы Музея показал, что в этой задаче действительно работают не только беседы, но и внимательный подбор документальных фильмов о героях войны. Любопытно, что наиболее востребованным фильмом стала документальная лента «Жизнь-легенда» о нашей студентке - Герое Советского Союза Маншук Маметовой. Этот фильм был снят самими студентами-медиками, что дало большую достоверность всей теме экскурсии в Музее. Кроме того, есть и другие фильмы: 1) Храброе сердце, 2) Алия Молдагулова, 3) Снайпер – Алия Молдагулова.

Настоящим потрясением для студентов-медиков стали фильмы о солдатах из Казахстана, которые действительно первыми водрузили знамя над рейхстагом – это казах Рахимжан Кошкарбаев и крещеный татарин Георгий Булатов, а не Егоров и Кантария, о которых упорно писала советская пропаганда (см. фильмы «Знамя победы на рейхстаге» и «Они были первыми»). Кроме просмотра документальных фильмов, в Музее демонстрируются исторические экспонаты, свидетельствующие о событиях прежних лет: документы, личные вещи репрессированных врачей и ветеранов Великой Отечественной войны (в т.ч. Маншук Маметовой), выдающихся ученых-основоположников медицинских школ в Казахстане и многое другое.

В данной статье мы подробно излагаем сведения о кинофонде Музея и экспозиции, т.к. полагаем, что это позволит преподавателям кафедр заранее определить тематику кураторского часа, подготовить беседу, доклад и заказать просмотр конкретных фильмов в рамках реализации Программы «Модернизация общественного сознания». В своей работе кураторы студенческих групп университета должны обязательно обратиться и к современной истории. Только тесная взаимосвязь прошлого и настоящего в кураторской работе, бесспорно, станет платформой модернизации сознания молодежной когорты республики. Она сохранит историко-профессиональные ценности медицины, которые станут гордостью казахстанской нации.

В заключительной части Программы наш Президент предлагает «направить внимание общества на современность, на историю наших современников... Это должны быть конкретные истории конкретных людей, это облик современного Казахстана. Рядом с нами столько выдающихся современников, которых породила эпоха Независимости. Их рассказ о жизни убедительнее любой статистики... Мы должны сделать их образцом для подражания, для трезвого и объективного взгляда на жизнь».

Такая работа активно выполняется на базе Музея. Уже в течение нескольких лет кафедры казахского языка, русского языка, гуманитарных наук, военной подготовки и ряд кафедр фармацевтического профиля в экспозиционном зале Музея проводят открытые занятия и встречи с современными литераторами, выдающимися спортсменами, воинами-интернационалистами, семьями репрессированных и др. [2].

При подготовке таких открытых занятий студенты празднично оформляют зал Музея, надевают национальные казахские костюмы, исполняют музыкальные произведения на домбре и кобызе, читают доклады и собственные стихи.

На отдельных занятиях демонстрируются фильмы о корифеях медицинской науки – проф. Х.К. Сатпаевой, акад. Н.А. Сызганове, о наших современниках старшего поколения – академиках: Т.Ш. Шарманове, К.С. Ормантаеве, А.Р. Рахисеве, проф. А.Л. Котовой.

Но годы стремительно проходят и выросло, возмужало новое молодое поколение ученых-медиков и ярких, одаренных специалистов-врачей, занятых в практическом секторе здравоохранения г. Алматы. Пока кураторы КазНМУ очень редко организуют встречи студентов с этой важной когортой суверенного Казахстана. Однако эта тема очень актуальна на современном этапе. В Программе Н.А. Назарбаева подчеркивается: «Мы строим меритократическое общество, где каждый должен оцениваться по личному вкладу и по личным профессиональным качествам». Поясним это понятие по интернет-энциклопедии (Википедия): «Меритократическое общество – это справедливое общество равных возможностей и достойной жизни для всех. Меритократия - принцип управления, согласно которому руководящие посты должны занимать наиболее способные люди, независимо от их социального происхождения и финансового достатка».

Современные студенты-медики весьма амбициозны и это позитивная мотивация к знаниям, к росту карьеры. А потому кураторы должны чаще знакомить будущих врачей с современным поколением успешных специалистов из самых разных областей медицины: организовывать встречи с нашими талантливыми выпускниками прошлых лет, где студенты могут лично услышать советы и напутствия в предстоящей работе.

Итак, перед педагогическим коллективом медицинского университета стоит серьезная задача: участие в модернизации общественного сознания. В стенах вуза мы обязаны воспитать конкурентоспособное поколение врачей XXI века с осознанным культом знаний, способное перенимать передовой опыт медицины зарубежных стран, ценить национальную идентичность, гордиться своим народом, историей республики и историей отечественной медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Назарбаев Н.А. «Болашаққа бағдар: рухани жанғыру. Взгляд в будущее: модернизация общественного сознания», газета «Егемен Қазақстан». - 12 апреля 2017. - С. 1-2.
- 2 Архив Музея КазНМУ. «Отчет о деятельности Музея истории Казахского национального университета им. С. Асфендиярова», 2015, 2016, 2017 г.г.

У.М. Датхаев, А.С. Саятова, Г.М. Аликеева
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

МЕДИЦИНАДАҒЫ ТАРИХИ МҰРАНЫ САҚТАУ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ САНАНЫҢ ЖАҢҒЫРТУ МАҢЫЗДЫЛЫҚТАРЫ

Түйін: Медициналық университетінің педагогикалық ұжымына қоғамдық сананың озық жаңғыртуын жүзеге асыру мәселелесі, күрделі мәселелердің бірі. Университет қабырғасында, шет елдерде медицина тәжірибесін озық үйренуге, бәсекеге қабілетті, XXI ғасырдың дәрігерлердің білім және саналы табынушылық қасиеттері бар жастарды тәрбиелеу, біздің міндетіміз.

Біздің жастар ұлттық бірегейлікті түсіну және бағалай білетін болуы тиіс, өз халқының және республиканың тарихын мақтан тұтып, отан сүйгіш болуы қажет.

Түйінді сөздер: бағдарлама, қоғамдық ес, модернизация, ұлттық бірдейлік, жөн-жоралғылар, мұражай, тарихи мұра.

U.M. Datkhayev, A.S. Sayatova, G.M. Alikeeva
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

PRESERVATION OF THE HISTORICAL HERITAGE OF MEDICINE AND ITS IMPORTANCE
IN MODERNIZING OF PUBLIC CONSCIOUSNESS

Resume: The pedagogical staff of the medical university will have to fulfill the serious task of anticipating modernization of the public consciousness. Within the walls of the university we are obliged to raise a competitive generation of doctors of the XXI century with a conscious cult of knowledge, able to learn from the advanced experience of foreign countries, medicine. Our youth must understand and appreciate the national identity, be patriotic, proud of their people and history of the republic.

Keywords: program, public consciousness, modernisation, national identity, traditions, museum, historical heritage.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

¹Г.К. Каусова, ²М.А. Булешов, ¹Е.С. Утеулиев, ¹А.А. Жақсылық

¹Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан

²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

В настоящее время среди населения Республики Казахстан (РК), в частности среди детей и подростков, заболевания органов пищеварения имеют один из первых мест в составе соматической патологии. В современных условиях хронические заболевания гастродуоденальной области и билиарной системы, выявляются с раннего периода, начиная с детского (дошкольного) возраста, и далее становятся непрерывно-рецидивирующими, тем самым понижая качество жизни всего населения страны. Между заболеваниями органов пищеварения одно из главных мест занимает гастродуоденальная патология, а также функциональные расстройства и воспалительные заболевания желчно-выводящих путей.

Ключевые слова: Заболевания органов пищеварения, желудочно-кишечный тракт, Всемирная организация здравоохранения, гастродуоденальная патология, желудочно-кишечные болезни.

УДК 616.3-517

Актуальность: По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к середине XXI века заболевания органов пищеварения будут занимать одно из ведущих мест, что обусловлено образом жизни современного человека (стрессы, нерациональное питание, гиподинамия, вредные привычки), загрязнением окружающей среды, увеличением в рационе питания доли некачественных и генно-модифицированных продуктов питания.

Анализ заболеваемости органов пищеварения. Нами с 2009 по 2014 годы был проанализирован уровень заболеваемости органов пищеварения среди населения в Казахстан и отмечен рост динамики заболевания органов пищеварения среди населения. Кроме того, нами по состоянию за 2009 по 2014 г. были рассчитаны и проанализированы показатели, описывающие заболеваемость (по обращаемости населения) основных возрастных контингентов населения (дети, подростки, взрослые) в РК болезнями органов пищеварения. [1]. За последние 5 лет колебание показателей по болезни органов пищеварения у детей и подростков увеличилось в 3 раза [1-5]. Проведенное нами исследование показало, что структура болезней органов пищеварения в значительной степени видоизменилась, среди которых четков выделяется хронический гастродуоденит [6-8]. Данное заболевание, по нашим данным (с 2009 по 2014 гг.), имеет высокий уровень и составляет 50-65 %, что доказывает о неблагоприятности профилактики данного заболевания и его лечения [1-11].

Эпидемиологические исследования и клинические наблюдения доказывают о том, что среди данного заболевания самое высокое распространение имеют нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [12]. Одним из наиболее частых являются дисфункциональные расстройства билиарной системы [13]. Причинами этого являются: высокий показатель дисфункций желчного пузыря в структуре болезней органов пищеварения. Нами выявлено, что по колебанию они имеют второе место и уступают только хроническим гастродуоденитам; различие имеющейся классификации настоящим международным принципам дисфункциональных расстройств билиарного тракта; трудность дифференциального диагноза, состоит в разнообразии причин, обуславливающих нарушения билиарной системы; полиморфизм симптоматики функциональных расстройств желчного пузыря, осложняющий выявление данной патологии: часто больным ставятся диагнозы хронического холецистита, панкреатита; отсутствие стандартов профилактики данного заболевания. Несмотря на профилактику заболеваний ЖКТ все вышеуказанные причины, являются одним из главных причин роста данного заболевания [14-18]. По результатам исследования можно сделать выводы, в каких годах есть прирост данного заболевания. Мы в рисунке 1 показали уровень заболеваемости среди населения, которое указывает на снижение данного заболевания по годам.



Рисунок 1 - Динамика заболеваемости среди населения РК с 2009 по 2014 годы

В рисунке 1 показано снижение уровня заболеваемости в 2009 году по сравнению с остальными годами. Значительный прирост заболевания органов пищеварения отмечается в 2010 году. В 2014 году идет снижение уровня заболеваемости на 5-10 %, чем в 2011 году. Также для сравнения были взяты возрастные группы в рисунке 2: взрослые (свыше 18 лет), подростки (15-17 лет), дети (0-14 лет). В ходе исследования отмечено повышение уровня заболеваемости среди подростков в 2013-2014 годах. У детей частота заболеваемости несколько ниже, чем у подростков на 10-15% во всех годах. Также отмечено значительное снижение уровня заболеваемости среди взрослых в последние годы. У взрослых в основном

встречаются: желудочно-кишечные болезни (ЖКБ) -20%, холангит-3%, холецистит-25%, заболевания поджелудочной железы- 22%, язвы желудка и 12- перстной кишки-30%. У детей и подростков: колит и другие заболевания кишечника-45%, ЖКБ-15%, гастрит и дуоденит- 20%, болезни поджелудочной железы- 5%, язвы желудка и 12-перстной кишки-15%. Причем при значительном уменьшении первичной и общей заболеваемости болезнями органов пищеварения доля их по годам возрастала. Анализ показал, что уровень этих нозологических форм заболеваний также возрос. Следует отметить, что у детей больше заболеваемости именно по кишечным заболеваниям, чем у взрослых.

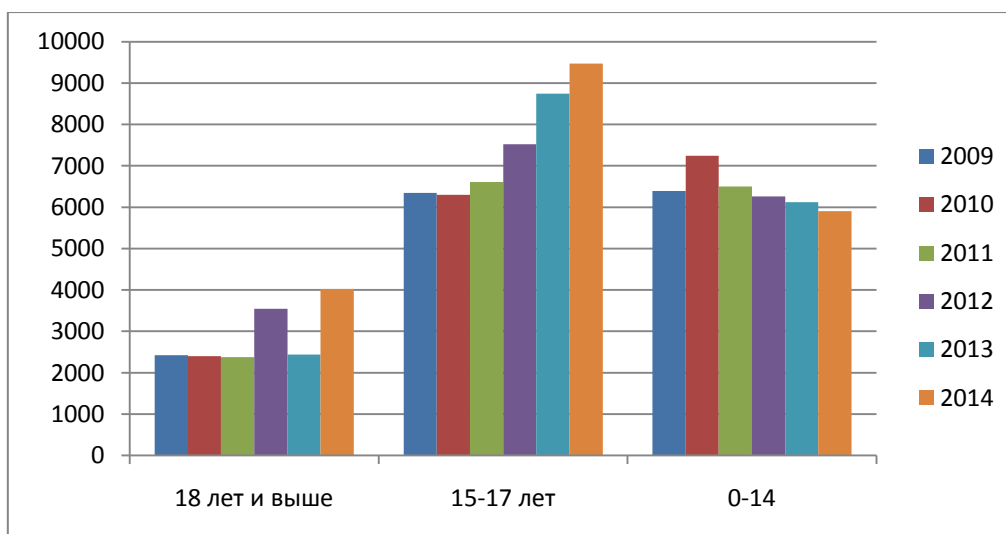


Рисунок 2 - Динамика роста заболеваемости разных возрастных групп

Заключение: Сделанные нами результаты исследования позволили выявить, что среди подростков и детей идет повышение данного уровня заболеваемости, чем у взрослых. В настоящее время в РК, эпидемиологическая картина по классу и видам болезней органов пищеварения остается неутешительным. За период 2009 – 2014 гг. был

зафиксирован рост уровней общей и первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения, у подростков – выявлен рост заболеваемости за последние 3 года, что требует разработки мероприятий по их профилактике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2014 год //Статистический сборник [Электронный ресурс].Режимдоступа: <https://www.ezdgrav.kz/index.php/ru/forusers/statisticheskie-sborniki.html>
- 2 Баранов А.А., Щербаков П.Л. Актуальные вопросы гастроэнтерологии // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - Т.1, №1. - С.12-18.
- 3 Р.Ф. Гатиятуллин, И.А. Алексеева, Т.И. Пишняк, З.Х. Гапшмова Хронические заболевания органов пищеварения у детей дошкольноговозраста // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее. - М.: 2002. - С. 60-62.
- 4 Цветкова Л.Н. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детейвзгляд с позиции 30-летнего изучения проблемы // Вопросы детскойдиетологии. - М.: 2004. - Т.2, №2. - С. 34-36.
- 5 Омарова М.Н., Орақбай Л.Ж., Черепанова Л.Ю., Глубоковских Л.К. Актуальные проблемы и тенденции состояния здоровья населения города Алматы // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 6. -С. 45-51.
- 6 Лебедев, Н.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. - М.: Бином, 2010. - 175 с.
- 7 Омарова М.Н., Орақбай Л.Ж., Черепанова Л.Ю., Глубоковских Л.К. Современные аспекты смертности жителей малых городов и сельских поселений Восточного Казахстана // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №4. - С. 118-126.
- 8 Орақбай Л.Ж., Омарова М.Н., Черепанова Л.Ю., Байдалина Г.Т., Сайпилова Г.А. Сравнительная оценка заболеваемости городского населения по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 12(3). - С. 491-497.
- 9 Кузгибекова А.Б., Ким Н.Б., Кашкимбаева М.Ж. Физическое развитие детей с заболеваниями органов пищеварения // Материалы II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана: 2002. - С. 97-99.
- 10 Bayserkina F. Main tendencies of infant mortality in Kazakhstan // J Clin Med Kaz. - 2014. - №2(32). - P. 54-59.
- 11 Лазарева Л.А., Гордеева Е.В. Анализ заболеваемости детей и подростков болезнями органов пищеварения // Международный научно-исследовательский журнал. - 2017. - №1(55) - С. 133-135.
- 12 В.И. Оноприев Оценка гидродинамических характеристик гастроэнтероанастомозаконцево-петлевой конструкции в эксперименте // Экспериментальнаяи клиническая гастроэнтерология. - 2004. - № 4. - С. 62-66.
- 13 Куделькина Н.А., Елисеенко А.В. Распространенность патологии билиарного тракта среди железнодорожников Западной Сибири (популяционное исследование) // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологиии колопроктологии. - М.: 2004. -№5. - С. 102-103.
- 14 Волков А.И., Усанова Е.П. Динамика эпидемиологических показателей заболеваемости органов пищеварения // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее. - М.: 2002. - С. 54-55.
- 15 Мазурин А.В., Цветкова Л.Н., Филин В.А. Актуальные вопросыгастроэнтерологии // Педиатрия. - 2000. - № 5. - С. 19-22.
- 16 Мальцев СВ., Л.А. Ишкина, Р.А. Файзуллина. Факторы хронизациигастродуоденальной патологии у детей // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т. 11, №3(175). - С. 120-121.
- 17 Пигалов А.П., Тухватуллин А.М., Нарыков Р.Х. Распространённость патологии органов пищеварения у детей крупного культурно-промышленного центра // Детское здравоохранение России: стратегияразвития. - М.: 2001. - С. 454-458.
- 18 Г.В. Жуйкова, М.Б. Колесникова, О.С. Поздеева, М.М. Торопова,М.М. Килина, Е.С. Наймушина Гастроэнтерологическая заболеваемость у детей младшей возрастнойгруппы // Материалы VII научно-практическойконференции «Детская гастроэнтерология». - М.: 2000. - С. 34-35.

¹Г.К. Каусова, ²М.А. Булешов, ¹Е.С. Утеулиев, ¹А.А. Жақсылық
¹«ҚДСЖМ» Қазақстан медицина университеті, Алматы, Қазақстан
²Әулеттік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАР АРАСЫНДАҒЫ АС ҚОРЫТУ АҒЗАЛАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫН ТАЛДАУ

Түйін: Жүргізілген зерттеулерге бойынша, ҚР-да ас қорыту ағзалары ауруларының түрлері айтарлықтай өзгерген, атап айтқанда созылмалы гастродуоденит нақты көрінеді. Жоғарыда көрсетілген ауру 2009-2014 жж. өте жоғары деңгейде 50-60 пайызды құрайды, жасөспірімдерде соңғы 3 жылда өсу деңгейіне байланысты, профилактикалық шараларды жасауды талап етеді.

Түйінді сөздер: Ас қорыту ағзалары аурулары, асқазан-ішек жолдары, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, гастродуоденальді патология, асқазан-ішек аурулары.

¹G.K. Kausova, ²M.A. Buleshov, ¹E.S. Uteuliev, ¹A.A. Zhaksylyk
¹«KSPH» Kazakhstan's medical university, Almaty, Kazakhstan
²South Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent, Kazakhstan

ANALYSIS OF THE DIGESTIVE SYSTEM INCIDENCE AMONG THE POPULATION IN KAZAKHSTAN

Resume: The conducted study showed that the structure of the digestive system diseases largely evolved in Kazakhstan, among which chronic gastroduodenitis stands out. The disease, according to the 2009 – 2014, has a high level and amounts to 50-65 %, in adolescents – the increase was detected in the incidence over the last 3 years that requires the development of measures for their prevention.

Keywords: Diseases of the digestive system, gastrointestinal tract, World Health Organization, gastroduodenal pathology, gastro-intestinal diseases.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Т. Тoley, Г.К. Каусова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

На современном этапе в мире не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в странах, от которой общество несет значительные людские потери и экономический ущерб. Поскольку с возрастом риск ССЗ повышается. По данным ВОЗ, ССЗ составляют 49% причин всех смертей населения Европейского региона.

Ключевые слова: *неинфекционные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, Европейский Союз, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения*

УДК 614.2: 616.1 - 084

Введение. На современном этапе неинфекционные заболевания (НИЗ) в течение десятилетий занимают ведущее место среди проблем, стоящих перед национальными системами здравоохранения. Согласно данным, относящимся к 80-м годам XX столетия они служили причиной смерти 70-75% жителей стран Западной Европы и Северной Америки [1, 2], но и спустя тридцать лет ситуация почти не изменилась. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2010 г. в мире от НИЗ умерло более 36 млн. человек, при этом 9 млн. – в возрасте до 60 лет [3], соответственно, в структуре смертности неинфекционный компонент составляет 73% [4]. Это оказывает серьезное влияние не только на социальную сферу, но и на экономику многих стран. Как отмечают эксперты Всемирного экономического форума, цена бездействия при решении проблемы НИЗ к 2030 г. может составить 47 трлн. долларов США, что сопоставимо с 75% глобального валового продукта в 2010 году [5, 6]. Основными формами НИЗ являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования, хронические болезни легких и сахарный диабет, среди которых наибольшее социальное значение принадлежит ССЗ. В 80-х годах прошлого столетия их доля в структуре общей смертности населения ФРГ составляла 50,4%, США – 49,9%, Великобритании – 48,9%, Франции – 36,5%, а к основным видам патологии относились ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сосудистые поражения мозга. Результаты эпидемиологических исследований, выполненных в США в конце XX века показали, что потери от смертности вследствие ССЗ составляли более 2 млн. человеко-лет, а ущерб от временной нетрудоспособности превышал 40 млрд. долларов [7]. В эти же годы в СССР ССЗ служили причиной смерти населения в 50,3% случаев [8], а их доля среди причин инвалидности по данным разных авторов достигала 52,4% [9]. Показатель временной нетрудоспособности при них в Советском Союзе составлял 5 случаев и 90 дней на 100 работающих [8, 10]. Значительный вклад ССЗ в сокращение ожидаемой продолжительности жизни способствовал усилению борьбы с ними [11], результатом стала реализация во многих странах национальных программ по их профилактике и совершенствованию лечебно-диагностических технологий [12, 13]. Эти действия привели к тому, что в государствах Западной Европы, а также в США начала формироваться тенденция к снижению смертности от ССЗ [11, 14]. Тем не менее, и в настоящее время в Европейском Союзе (ЕС) ССЗ считаются «убийцей №1», поскольку на их долю приходится более половины всех смертей и треть бремени болезней, оцененного с помощью показателя DALY [15]. В течение нескольких десятилетий одной из наиболее острых медико-социальных проблем в мире, в том числе и в Российской Федерации (РФ) остаются ССЗ, доля которых в структуре смертности населения страны составляла в последние годы 55-57%. В 2010 г. уровень смертности от ССЗ был равен 806 случаев на 100 тысяч человек, тогда как в странах Западной Европы — 214, в странах Восточной Европы — 493, в США — 315 [16, 17]. Кроме того, если в

последние 20 лет в странах Западной Европы и Северной Америки сформировалась устойчивая тенденция к снижению смертности от болезней сердечно-сосудистой системы, то в России до 2008 г. сохранялся ее рост, и лишь в самые последние годы началось снижение [18, 19, 20, 21]. Несмотря на острую эпидемиологическую ситуацию по ССЗ исследований, позволяющих составить полное представление о характере их распространения и динамике изменений в разных регионах страны, немного [18, 22, 23, 24, 25, 26]. Вместе с тем, потребность в них высока, поскольку между субъектами РФ существуют значительные различия, достигающие по уровню смертности от ССЗ 9 раз, а по уровню первичной заболеваемости ими — 6,5 раз [27]. Также практически отсутствуют исследования по оценке факторов, влияющих на формирование этого феномена. По предварительным данным Комитета по статистике, в 2016 году смертность от ССЗ составила 179,8 на 100 тыс. населения против 193,8 в 2015 году. При этом, показатель смертности от ССЗ выше среднереспубликанского отмечается в Карагандинской (330,7), Акмолинской (269,3), Северо-Казахстанской (250,4), Западно-Казахстанской (217,6), Павлодарской (216,8) и Восточно-Казахстанской (199,5) областях. Таким образом, в целях снижения смертности от ведущей причины - ССЗ, в рамках внедрения интегрированной модели оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда (ИМ) и инсульте, разработаны дорожные карты и индикаторы качества оказания медицинской помощи, утвержден Координационный совет. Проведен анализ состояния медицинских организаций, оценка потребности медицинских организаций в оборудовании и медицинских кадрах по уровням оказания медицинской помощи в разрезе регионов. Разработаны Планы покрытия дефицита кадров и оснащения, а также графики обучения специалистов. Усилены роль и ответственность профильных медицинских организаций (инфаркт миокарда – НИИ кардиологии и внутренних болезней, инсульт – Республиканский координационный центр по проблемам инсульта при АО «Национальный центр нейрохирургии») в части мониторинга, обеспечения эффективности и качества оказания медицинской помощи на всех уровнях. Реализация Дорожных карт по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ) и инсульте позволила улучшить основные показатели. По предварительным итогам 2016 года смертность от ССЗ снизилась на 7%, в том числе от ОИМ - на 10%, от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – на 9,4%. Частота госпитализации (госпитализированная заболеваемость) от ОНМК за 2016 год по РК увеличилась на 3% и составила 226,6 случаев на 100 тыс. населения против 220,2 в 2015 году. Показатель летальности в стационаре по пролеченным случаям с ОНМК за 2016 год снизился на 3% в сравнении с показателями 2015 года (с 13 до 12,6 в сравнении с 2015 годом).

Количество проведенного тромболизиса при ишемическом инсульте (ИИ) увеличилось на 3% (на 123) (с 4336 в 2015 г. до 4459 в 2016 г.). Нейрохирургическая активность также увеличилась на 16,6% (с 2,4% в 2015 г. до 2,8% в 2016 г.).

Следует отметить снижение дефицита кадров и оснащения. Так, дефицит специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи при ОИМ (кардиологи, врачи функциональной диагностики, реаниматологи-анестезиологи, врачи скорой медицинской помощи, врачи общей практики), снизился на 37%, при ОИ – на 3%. Дефицит оснащения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при ОИМ снизился на 21%.

В рамках реализации Дорожных карт отмечается положительная динамика в обучении и повышении квалификации специалистов. Только по ОНМК с привлечением международных экспертов (Израиль, Россия, Япония) прошли повышение квалификации более 300 специалистов. С целью улучшения качества оказания медицинской помощи инсультным больным, снижения смертности и предупреждения инвалидизации от ОНМК с августа 2016 года на базе АО «Национальный центр нейрохирургии» (НЦН) функционирует Республиканский координационный центр по проблемам инсульта».

По итогам 2016 года в регионах открыто дополнительно 3 инсультных центра, Центр чрескожного коронарного вмешательства, где проводятся оперативные вмешательства при ИМ. На базе АО «НЦН» создан тренинговый центр для отработки навыков оказания экстренной нейрохирургической помощи при остром инсульте на II и III уровнях.

Ежегодно, по республике на 10% увеличивается количество кардиохирургических операций, так по итогам 2016 года составив 36027 (2015г. – 32604), в том числе

11862 операции на открытом сердце (АКШ) и 24165 интервенционных оперативных вмешательств (2015г. – 11193 АКШ и 21411 интервенционных операций). Следует отметить, что

на 13% увеличивается число выполненных интервенционных исследований, которые по итогам 2016 года составили 49225 против 43648 в 2015 году. [28].

Заключение. Значительный вклад ССЗ в сокращение ожидаемой продолжительности жизни способствовал усилению борьбы с ними, результатом стала реализация во многих странах национальных программ по их профилактике и совершенствованию лечебно-диагностических технологий. В РК в целях снижения смертности от ССЗ, в рамках внедрения интегрированной модели оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда и инсульте, разработаны дорожные карты и индикаторы качества оказания медицинской помощи, утвержден Координационный совет. Проведен анализ состояния медицинских организаций, оценка потребности медицинских организаций в оборудовании и медицинских кадрах по уровням оказания медицинской помощи в разрезе регионов.

Следует отметить снижение дефицита кадров и оснащения. Так, дефицит специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи при ОИМ снизился на 37%, при ОИ – на 3%. Дефицит оснащения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при ОИМ снизился на 21%. В рамках реализации Дорожных карт отмечается положительная динамика в обучении и повышении квалификации специалистов. Только по ОНМК с привлечением международных экспертов (Израиль, Россия, Япония) прошли повышение квалификации более 300 специалистов. Ежегодно, по РК на 10% увеличивается количество кардиохирургических операций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бреслоу Л. Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними // Всемирн. форум здравоохран. - 1983. - Т.3, № 4. - С. 76-78.
- 2 Ежегодник мировой санитарной статистики. – Женева: 1986. – 103 с.
- 3 Всемирная организация здравоохранения. «Глобальный отчет по неинфекционным заболеваниям». – Женева: 2010. – 52 с.
- 4 Всемирная организация здравоохранения. «Всемирный атлас по профилактике и контролю сердечно-сосудистых заболеваний». – Женева: 2011. – 41 с.
- 5 Всемирный банк «Нарастающая угроза неинфекционных заболеваний». – Женева: 2011. – 36 с.
- 6 Всемирный экономический форум «Глобальное экономическое бремя неинфекционных заболеваний: доклад Всемирного экономического форума и Гарвардской школы общественного здравоохранения». – Женева: 2011. – 45 с.
- 7 Н.В. Виноградов, А.Н. Климов, А.И. Киморин и др. Превентивная кардиология: руководство. – М.: Медицина, 1987. – 512 с.
- 8 Ростокин Ю.А. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых болезней // Экспресс-информ. ВНИИМИ. -М.: 1982. - №4. - С. 61-64.
- 9 Кром Л.И. К вопросу о формировании контингента инвалидов // Здравоохран. Рос.Федерации. - 1973. - №2. - С.24-28.
- 10 Янушкевичус З.И. Научно-технический прогресс и современные вопросы кардиологии // Современные проблемы ишемической болезни сердца. - Каунас: Швиеса, 1971. - 114 с.
- 11 Бойцов С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира // Профилактическая медицина. - 2013. - № 5. - С. 9-19.
- 12 Бокерия Л.А. Географическая доступность кардиологической помощи пациентам после хирургического лечения врожденных пороков сердца // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. - Т.38, №4. - С.3-10.
- 13 Камалиев М.А. Теоретические и организационные проблемы первичной профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в СССР и за рубежом: науч. обзор. - М.: ВНИИМИ, 1988. - 66 с.
- 14 Здравоохранение в России. 2005: стат. сб. / Росстат. - М., 2005 – 357 с.
- 15 Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями / WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen, Denmark, 2006. - 60 с.
- 16 Здравоохранение в России. - М.: 2005. - 357 с.
- 17 Каусова Г.К. Организация и эффективность реабилитации в медицинских учреждениях // Пробл.соц.гиг., здравоохран. и истории медицины. - 2002. - №6. - С.32-33.
- 18 Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия 2003. Болезни врожденные аномалии системы кровообращения. - М.: изд-во НЦССХ им А.Н.Бакулева, 2004. - 110 с.
- 19 Гусев Е.И. Современные представления о лечении острогеморрагического инсульта // Consilium Medicum. - 2000.-Vol.2, №2. - Р. 18-21.
- 20 Корчагин В.П. Социально-экономические проблемы реформирования здравоохранения в России. - М.: 1998. - 112 с.
- 21 Степин А.В. Особенности оценки качества медицинской помощи в кардиохирургии // Вопросы управления региональным здравоохранением и качеством медицинской помощи. – Екатеринбург: 2000. - С.152-156.
- 22 Глазунов И.С., Stashenko S. Укрепление Здоровья и Профилактика. – 2008. – 56 с.
- 23 Л.И.Кром Здравоохран. Рос.Федерации. - 1973. – 106 с.
- 24 С.А.Никифоров, И.Н.Денисов, Е.В.Ползик Федерации: проблемы и перспективы развития. – Екатеринбург: УрО РАН, 2007. - 139 с.
- 25 Е.М.Хурс, Ф.А.Бляхман Уральское медицинское обозрение. - 1999. - №2(26). - С.20-21.
- 26 Социальное положение и уровень жизни населения России. - М.: 2004. - 509 с.

- 27 Панков П.М. Научное обоснование организации амбулаторной помощи больным с заболеваниями системы кровообращения в современных условиях: автореф. дисс. ... канд. мед. наук - СПб., 2007. - 17 с.
- 28 Аналитический материал расширенной коллегии МЗ РК 3.03.2017г. Астана.

Е.Т. Толеу, Г.К. Каусова

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН БАСҚАРУ

Түйін: Қазіргі уақытта бүкіл әлем бойынша, соның ішінде Қазақстан Республикасы да жүрек-қан тамырлар аурулары (ЖҚА) салдарынан өлім-жітім және мүгедектікке негізгі себебі болып келеді.

Жүрек-қан тамыр ауруларына жасы ұлғайған сайын қауіп артады, сол себептен оларды төмендету шарасы ретінде уақытында ЖҚА ұйымдастыру технологиясы басқаруды қабылдау керек. Өмір сүру ұзақтығының қысқаруына ЖҚА елеулі үлес қосады. Әлем елдерінде өмір сүру ұзақтығының қысқаруына байланысты олармен күресу шаралары күшейтілген, оның нәтижесі емдік - диагностикалық технологиялар мен алдын-алу шарасы бойынша ұлттық бағдарламалар іске асырылуда.

Түйінді сөдер: жұқпалы емес аурулар, жүрек-қан тамырлары аурулары, жүректің ишемиялық ауруы, Еуропалық Одақ, жедел миокард инфарктісі, ми қан айналымының жіті бұзылуы.

E.T. Toleu, G.K. Kausova

Kazakhstan Medical University "The highest school of public health", Almaty

ORGANIZATIONAL TECHNOLOGIES IN THE MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Resume: Currently, cardiovascular diseases are the leading cause of death and disability worldwide, including in Kazakhstan. As with age, the risk of cardiovascular disease increases, it is necessary to make timely organizational technologies in the management of cardiovascular disease and measures for its reduction. The significant contribution of cardiovascular diseases to the reduction of life expectancy. In connection with the reduction of life expectancy in many countries has intensified the fight against them, the result was the implementation of national programmes on prevention and improving diagnostic and treatment technologies.

Keywords: non-communicable diseases, cardiovascular disease, coronary heart disease, the European Union, acute myocardial infarction, acute violation of cerebral circulation.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.Ш. Шаяхметов

Государственный медицинский университет г. Семей

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы - дать характеристику социально-экономическим и медико-демографическим аспектам качества жизни и здоровья сельского населения Республики Казахстан.

Материалы и методы исследования. Проведено кросс-секционное анкетирование 4660 жителей сельской местности Алматинской области. Анкета состояла из 5 разделов: демографический, социально-экономический, социально-психологический, качества жизни, и субъективного здоровья. В статье приведены результаты анализа первых двух разделов анкеты. Определяли частоту, процентное соотношение, среднее значение и стандартное отклонение, множественную логистическую регрессию с расчетом отношения шансов и определения связи между изучаемыми параметрами.

Результаты исследования. Проведен анализ основных факторов, влияющих на субъективную оценку собственной жизни, среди которых наибольшее влияние имели жилищные условия, заработная плата, возраст, удовлетворенность работой, удовлетворенность жилищными условиями. Установлена взаимосвязь удовлетворенности работой некоторыми трудовыми факторами.

Заключение. Выявлены основные причины неудовлетворенности трудом и социально-экономические и демографические факторы, влияющие на качество жизни населения сельской местности, на устранение которых необходимы социально-ориентированные меры по улучшению условий труда, быта и, в конечном итоге, их здоровья.

Ключевые слова: *сельское население, качество жизни, социально-экономические условия.*

УДК 614.2(470.344)

Введение. Качество жизни и всестороннее развитие человека – данные категории составляют содержательную

характеристику современных подходов к проблемам экономического роста и развития общества [1]. Казахстану

удалось добиться значительных успехов в борьбе с бедностью и нищетой [2-4]. Вместе с тем у Казахстана имеется множество проблем, решение которых позволит повысить качественные показатели существования населения [5-8].

До настоящего времени качество жизни и здоровье сельского населения Республики Казахстан не являлись предметом специальных комплексных исследований, хотя в сельской местности проживает более 40% всего населения страны.

Цель данных исследований – дать характеристику социально-экономическим и медико-демографическим аспектам качества жизни и здоровья сельского населения Республики Казахстан.

Материалы и методы исследования.

Объект исследования: 4660 жителей исследуемых сельских территорий Алматинской области Республики Казахстан от 20 до 59 лет. Из них: 75,3% - мужчины и 24,7% - женщины.

Дизайн и методы исследования: Проведено кросс-секционное анкетирование населения. Анкета состояла из 5 разделов: демографический, социально-экономический, социально-психологический, качества жизни, и субъективного здоровья. В статье приведены результаты анализа первых двух разделов анкеты.

Анкета заполнялась самими респондентами при непосредственном наблюдении и консультации обученных исследователей-волонтеров.

Статистический анализ: применялся метод описательной статистики с определением частоты, процентного соотношения, среднего значения и стандартного отклонения. Выполнена множественная логистическая регрессия с расчетом отношения шансов и определения связи между изучаемыми параметрами. Уровень статистической значимости – $p < 0.05$.

Этические решения: У всех анкетированных было взято информированное согласие на опрос. Анкета и методика опроса были одобрены Этическим комитетом Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова.

Результаты исследования и их обсуждение.

Исследуемый контингент по возрастным группам в основном представлен следующими группами: 20-29 лет – 24%; 30-39 лет – 26,3%; 40-49 лет – 23,7%; 50-59 лет – 14,4%.

В зависимости от профессионального стажа основную часть респондентов представили группы: со стажем до 5 лет – 25%; 5-9 лет – 19,9%; 10-19 лет – 24,7%; 20-29 лет – 16,3%; 30 лет и старше – 14,1%.

При исследовании брачно-семейных отношений установлено, что большая часть респондентов состоит в браке 62,5%; 21,1% – не состоит в браке; 8,6% – в разводе; 5,1% – не состоит в браке, но живут вместе и 2,7% – состоят в браке, но живут раздельно (таблица 1).

Таблица 1 - Процентное распределение респондентов сельских районов Алматинской области по семейному статусу и количеству детей

Семейный статус	Количество детей				Всего
	1 ребенок	2 ребенка	3 ребенка	4 и более	
Состою в браке	30,8	49,2	14,1	5,9	100
Не состою в браке	63,6	18,2	9,1	9,1	100
Состою в браке, но живем раздельно	8,3	33,3	41,7	16,7	100
Не состою в браке, но живем вместе	50	25	16,7	8,3	100
В разводе	29,2	41,7	16,6	12,5	100

В зависимости от количества членов семьи ситуация выглядит следующим образом: одинокие – 2,6% всех респондентов; два – 12,2%; три – 27,9%; четыре – 35,2%; пять – 14,1%; шесть – 6,1% и семь и более членов семьи 1,9%.

Выявлено, что 25% респондентов имеют одного ребенка; 32% – два ребенка; 11,5% – три ребенка; 4,8% – четыре и 1,3% пять и более ребенка; 25,4% не имеют детей.

Самый высокий показатель по количеству детей (4 и более ребенка) оказался у респондентов, состоящих в браке, но живущих раздельно – 16,7%, затем следуют респонденты, находящиеся в разводе (12,5%), и которые состоят в браке – 9,1%.

В зависимости от уровня образования самую большую группу составили респонденты, имеющие средне-специальное образование (35,9%) и среднее образование (33,3%), высшее образование (23,4%) и незаконченное высшее (7,4%).

Социально-экономические условия жизни сельского населения выше в районных центрах и сельских населенных пунктах, расположенных в 1-й условно выбранной зоне (до 50 км от районного центра). По таким показателям, как обеспеченность сельского населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками, жилищно-бытовым условиям, обеспечению доброкачественной питьевой водой и другим, уровень жизни ухудшается в сельских населенных пунктах, расположенных во 2-й и 3-й зонах (50-100 км и более 100 км от районного центра соответственно).

Как видно из таблицы 2, большая часть респондентов (34,9%) довольны местом жительства, но при этом не считает его лучшим местом проживания. Примерно столько же анкетированных в жилищном вопросе довольны полностью (33,7%). Недовольные условиями проживания составили меньшую часть – 12,5%. Около половины женщин (42,9%) удовлетворены жилищными условиями полностью.

Таблица 2 - Удовлетворенность респондентов сельских районов Алматинской области местом их проживания в зависимости от зон проживания (%)

Основные параметры	1 зона	2 зона	3 зона
Да, доволен полностью	30,7	42,9	33,7
Доволен, но не считаю лучшим местом проживания	38,7	23,4	34,9
Доволен, но при возможности уехал бы без сожаления	17,8	22,1	18,9
Не доволен, хотел бы переехать в ближайшее время	12,8	11,6	12,5
Итого	100,0	100,0	100,0

Анализ субъективной оценки режима труда, условия труда, уровня и степени воздействия различных факторов выявил, что у 37,8% респондентов работа занимает одно из основных мест в жизни, а 24,8% – работают по необходимости. При этом 44% работают в одну, а остальные в три смены.

Только 19,5% респондентов довольны своей работой в полной мере; в основном довольны – 57,7%; не довольны –

22,8%. График работы устраивает 42,3% анкетированных специалистов, 41,7% – в основном устраивает, только 16% не довольны графиком работы.

Среди основных трудностей в работе (таблица 3), респонденты выделили большой объем работы (55,1% респондентов), отсутствие надлежащих условий для работы (49%) и отсутствие помощи со стороны администрации (21,1%).

Таблица 3 - Основные трудности в работе респондентов сельских районов Алматинской области, (%)

Основные параметры	1 зона	2 зона	3 зона
Большой объем работы	55,6	53,5	55,1
Отсутствие контроля со стороны администрации	4,1	1,4	3,5
Отсутствие условий для работы	54,4	31,0	49,0
Несвоевременное обеспечение стандартными формами	15,8	12,7	15,1
Проблемы со здоровьем	14,1	5,6	12,2
Отсутствие времени из-за необходимости подрабатывать	12,7	7,0	11,5
Давление со стороны начальства	11,6	16,9	12,8
Отсутствие помощи со стороны администрации	22,0	18,3	21,1
Семейно-бытовые проблемы	12,0	9,9	11,5
Значительная удаленность от места жительства	9,9	16,8	11,5
Незнание государственного языка	3,7	7,1	4,5
Прочее	0,8	4,2	1,6

С помощью многофакторного анализа выявлены факторы, в той или иной степени вероятности, влияющие на удовлетворенность работой.

Как видно из таблицы 4, большинство респондентов к негативным факторам на работе отнесли загрязненность

воздуха (63,1%), возможность возникновения профессиональных заболеваний (43,9%) и интенсивность шума (36,5%).

Таблица 4 - Влияние факторов на удовлетворенность работой респондентов сельских районов Алматинской области

Фактор	степень вероятности			χ^2	n ¹
	p<0,05 (5%)	p<0,01 (1%)	p<0,002 (0,2%)		
График работы	-	-	0,000	68,291	4
Санитарно-гигиенические условия рабочего места	0,18	-	-	18,444	8
Удовлетворенность заработной платой	-	-	0,000	31,264	4
Удовлетворенность взаимоотношениями в коллективе	-	-	0,000	31,192	4
Материальная обеспеченность	-	-	0,000	29,377	6

При оценке физической нагрузки, связанной с производственной деятельностью, около половины респондентов (47,1%) охарактеризовали ее как нормальную, а 36,8% респондентов ощущали значительную перегрузку. Половина респондентов (48,7%) оценила санитарно-гигиенические условия рабочей зоны удовлетворительными, 34,3% - неудовлетворительными, и лишь 17% - как хорошие и очень хорошие.

Удовлетворительный психологический климат в коллективе отметили 51,2% респондентов. Менее половины

(42,6%) оценили отношения в коллективе как хорошие и дружные, только 6,2% - как напряженные и конфликтные.

С большей степенью достоверности (p<0,002) установлена взаимосвязь удовлетворенности работой со следующими факторами: график работы, удовлетворенность заработной платой и взаимоотношениями в коллективе, материальная обеспеченность.

Проведен анализ основных факторов, влияющих на субъективную оценку собственной жизни, среди которых наибольшее влияние имели удовлетворенность состоянием здоровья, возраст, удовлетворенность работой, удовлетворенность жилищными условиями (таблица 5).

Таблица 5 - Формирование удовлетворенности собственной жизнью респондентов сельских районов Алматинской области

Фактор	Степень вероятности			χ^2	n ¹
	p<0,05 (5%)	p<0,01 (1%)	p<0,002 (0,2%)		
Удовлетворенность работой	-	-	0,000	46,710	8
Удовлетворенность жилищными условиями	0,022	-	-	44,991	28
Удовлетворенность заработной платой	-	0,002	-	24,595	8
Удовлетворенность местом жительства	-	0,002	-	31,517	12
Возраст	-	-	0,000	65,164	20
Удовлетворенность кв.м. на 1 члена семьи	-	0,006	-	21,626	8
Удовлетворенность благоустройством жилья	-	-	0,000	29,891	8
Удовлетворенность материальным положением	-	0,002	-	31,601	12
Удовлетворенность состоянием здоровья	-	-	0,000	82,390	16
Удовлетворенность отношениями в семье	-	-	0,000	34,837	12
Семейное положение	0,117	-	-	22,863	16

Детализированное изучение условий проживания респондентов выявило, что 49,1% опрошенных имеют отдельную квартиру, 10,3% - собственные дома; 4,8% проживают в коммунальных квартирах, в общежитии - 5,4%; проживают у родственников - 15,1% и снимают жилую площадь - 15,3%.

Как видно из рисунка 1, среди имеющих собственный дом преобладают женщины (14,2% против 9,4%), а среди собственников отдельной квартиры, наоборот, число мужчин на 3,1% превышало число женщин.

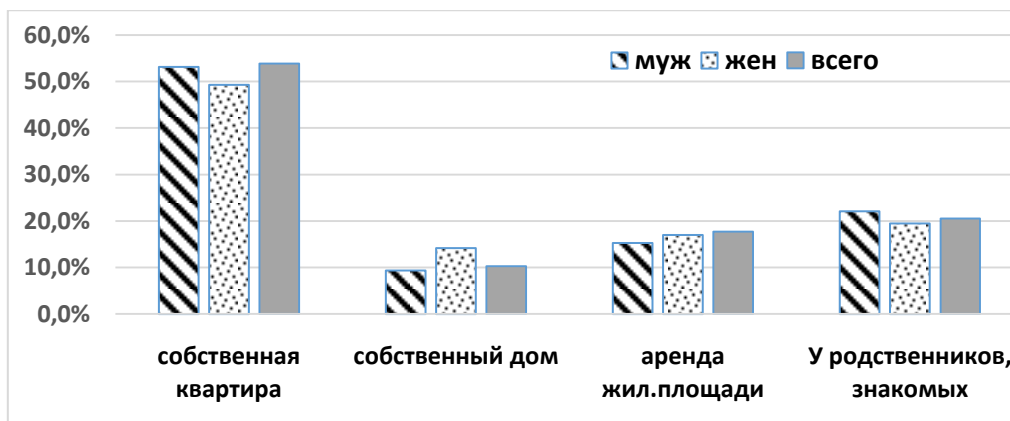


Рисунок 1 - Жилищные условия респондентов сельских районов Алматинской области, %

Более половины респондентов (56,1%) оценили свое жилье как благоустроенное, треть (30,4%) – как частично

благоустроенное, тогда как 1/7 часть (13,5%) проживают в жилье без коммунальных удобств (рисунок 2).

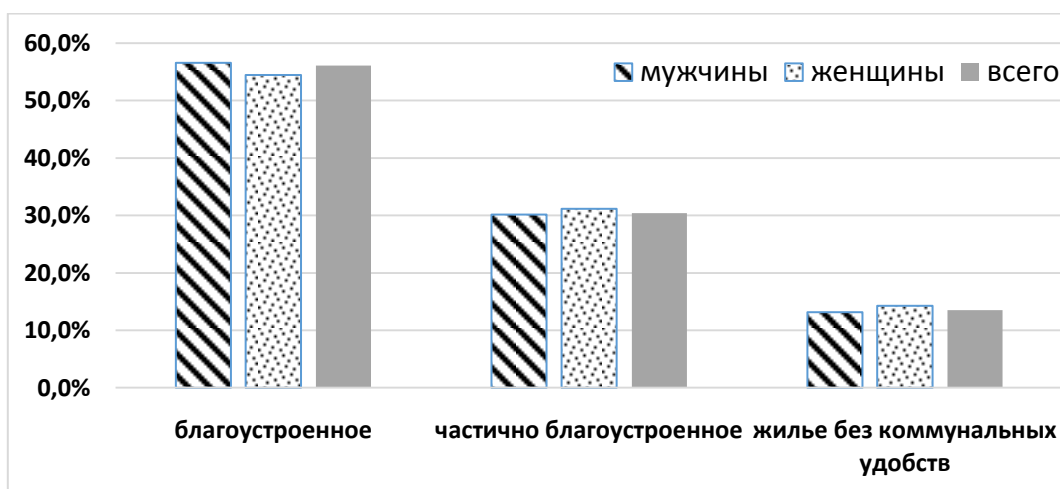


Рисунок 2 - Благоустроенность жилья респондентов сельских районов Алматинской области, %

Важным вопросом при анализе жилищных условий является достаточность общей площади. 39,1% респондентов имели до 6 м² на члена семьи, 32,7% - 6-9 м², и 28,2% респондентов - от 9 и более м². Обращает на себя внимание достаточно высокий удельный вес респондентов (39,1%), имеющих сравнительно малый объем (до 6 м²) жилой площади в расчете на одного члена семьи. По сравнению с женщинами, удельный вес мужчин в этой категории преобладает (41,7% против 33,7%).

Средняя заработная плата респондентов находится в пределах от 14,6 до 100 тыс. тенге в зависимости от квалификации, стажа и специализации. При этом 4,2% респондентов получают заработную плату меньше 20000 тенге, 57,4% - 20-40 тыс. тенге, 31,7% - 40-60 тыс. тенге, 6,7% респондентов - больше 60 тыс. тенге в месяц. Почти все респонденты (94,9%) неудовлетворены размером заработной платы.

При изучении благосостояния семьи установлено, что среднемесячный доход на одного человека составляет: до 10 тыс. тенге - 9,3%; 10-15 тыс. тенге - 37,8%; 16-20 тыс. тенге - 30,1%; 21-25 тыс. тенге - 7,7%; 26-30 тыс. - 7,4%; 31 тыс. тенге и выше - 7,7%. При этом, 76,9% опрошенных не удовлетворены размерами заработной платы, считая ее заниженной.

При оценке семейного бюджета 46,5% респондентов отметили постоянную нехватку денег. Более трети респондентов (38,1%) ответили, что денег «хватает только

на необходимое», около 14,7% - «денег хватает, но лишних нет» и лишь 0,7% респондентов ответили «денег хватает, остаются». Таким образом, лишь небольшой процент респондентов удовлетворен своим семейным бюджетом.

Приблизительная структура среднемесячных расходов семьи опрошенных в процентном отношении выглядит следующим образом: 38,5% расходуется на продукты питания; 20,7% - на одежду, обувь, предметы домашнего обихода; 19% - на квартиру и коммунальные услуги; 4,7% - на табачные изделия; 9,1% - на отдых, досуг и хобби, 8% - на другие нужды.

Заключение. Анализ социально-экономических и демографических аспектов жизни респондентов сельской местности Алматинской области позволил выявить основные причины их неудовлетворенности трудом и бытом, качеством жизни. Проведен анализ основных факторов, влияющих на субъективную оценку собственной жизни, среди которых наибольшее влияние имели жилищные условия, заработная плата, возраст, удовлетворенность работой, удовлетворенность жилищными условиями. Установлена взаимосвязь удовлетворенности работой некоторыми трудовыми факторами.

Социально-ориентированные мероприятия по их устранению позволят повысить их качество жизни и, в конечном итоге, здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Беляева Л.А. Уровень и качество жизни // Социологические исследования. – 2009. - № 1. – С.33-42.
- 2 Аймакова Г., Айтмагамбетов О. Борьба с бедностью – важное условие социально-экономического роста страны в посткризисный период // Экономика и статистика. - 2011.- №1 –С. 20-26.
- 3 Сексенова Л.Ш. Показатели качества жизни и методы их оценки // Наука и ее роль в современном мире: мат. межд. науч.-практ. конф. – Караганда: 2011. – С.30-32.
- 4 Исследование уровня жизни населения Казахстана // Молодежный научный форум: Общественные и экономические науки: электр. сб. ст. по материалам VIII студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. — М.: «МЦНО». — 2014 —№ 1(8) / [Электронный ресурс] —URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_social/1\(8\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_social/1(8).pdf)
- 5 Жаркинов Е.Ж., Красников В.Н., Тотанов Ж.С., Ташметов К.К., Черепанова Л.Ю. Современные проблемы гигиены села и задачи научных исследований // Медицина и экология. - 2002. - №2(22). - С. 27-29.
- 6 Шапов А.Е., Кулқыбаев Г.А., Омирбаева С.М., Белоног А.А. Гигиена воды и водоснабжения населенных мест: Руководство для врачей. – Караганда: 2005. – 230 с.
- 7 Карагаева И.Т., Шайсултанов К.Ш., Исмаилова А.А. Актуальные проблемы оценки обеспечения населения качественным питьевым водоснабжением // Гигиена, эпидемиология и иммунология. - 2007. - №1.- С.18-23.
- 8 Шапов А.Е., Омирбаева С.М. Гигиенические принципы прогнозирования качества воды поверхностных водоемов аридных зон под влиянием рассеянных источников загрязнения сельскохозяйственных районов // Achievementofhighschool. - София: «Бял ГРАД-БГ» ООД, 2011. – Т.25. – С.38-40.

С.Ш. Шаяхметов

*Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті**С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті*

АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ӨМІР СҰРУ САПАСЫ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Жұмыс мақсаты – ауыл тұрғындарының әлеуметтік-экономикалық және медико-демографиялық өмір сүру сапасы аспектілеріне сипаттама беру.

Материалдар және зерттеу әдістері. Алматы облысының 4660 ауылдық тұрғындары арасында кросс-секциялық сауалнама жүргізілді. Сауалнама 5 бөлімнен тұрады: демографиялық, әлеуметтік-экономикалық, әлеуметтік-психологиялық, өмір сүру сапасы және денсаулықты субъективті бағалау. Мақалада сауалнаманың алғашқы екі бөлімінің талдау нәтижелері келтірілген. Зерттеліп жатқан параметрлері арасындағы қарым-қатынас мүмкіндігі және байланысты анықтауда пайыздық ара қатынас, орташа мәні және стандартты ауытқу, көптеген логистикалық регрессия және жиілік анықтау жұмыстары жүргізілді.

Зерттеу нәтижесі. Өз өміріне субъективті бағалауға әсер ететін негізгі факторларына талдау жүргізілді. Олардың арасында ең көп әсері болған: тұрғын үй жағдайы, жалақысы, жасы, жұмысына қанағаттануы, тұрғын үй жағдайына қанағаттануы. Бірқатар еңбек факторларына қанағаттанудағы өзара байланыс орнатылды.

Қорытынды. Ауыл тұрғындарының өмір сүру сапасына әсер ететін еңбек пен әлеуметтік-экономикалық және демографиялық факторларына қанағаттанбауындағы негізгі себептер анықталды. Оларды жоюға еңбек жағдайларын, тұрмыс және олардың денсаулығын жақсартуда әлеуметтік-бағдарланған шаралар қажет.

Түйінді сөздер: ауыл тұрғындары, өмір сүру сапасы, әлеуметтік-экономикалық жағдай.

S. Shayakhmetov

*Semey State Medical University, Kazakhstan**Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Kazakhstan*

SOCIO-ECONOMIC AND MEDICAL-DEMOGRAPHIC ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF THE RURAL POPULATION OF THE ALMATY REGION

Resume: The aim of the study is to characterize the socioeconomic and medico-demographic aspects of the quality of life and health of the rural population of the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods of the study. Cross-sectional survey of 4660 rural inhabitants of Almaty region was carried out. The questionnaire consisted of 5 sections: demographic, socio-economic, socio-psychological, quality of life, and subjective health. The article presents the results of the analysis of the first two sections of the questionnaire. The frequency, percentage, mean and standard deviation, multiple logistic regression were calculated with the calculation of the odds ratio and the determination of the relationship between the studied parameters.

Results of the study. Main factors of the self-assessment of one's own life were analysed, among which housing conditions, wages, age, job satisfaction, and satisfaction with housing conditions had the greatest impact. The relationship between job satisfaction and some labor factors has been established.

Conclusion. The main causes of dissatisfaction with work and socio-economic and demographic factors affecting the quality of life of the rural population have been identified. Socially-oriented measures to improve working and living conditions and, ultimately, their health, are needed to eliminate them.

Keywords: rural population, quality of life, socio-economic conditions of life

МНОГОКРИТЕРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ (MCDA) В ОБЛАСТИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

А.В. Авдеев^{1,2}, А.Б. Табаров¹, А.К. Каптагаева³, Л.Г. Макалкина²

¹ Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан,

² Медицинский университет Астана,

³ Министерство здравоохранения Республики Казахстан

В данной статье предложена собственная модель принятия управленческих решений о целесообразности внедрения новых медицинских технологий в практику медицинской организации с включением стандартизированных критериев оценки.

Использование данной модели позволит проводить прямое сравнение внедряемых медицинских технологий между собой, определять приоритетность внедрения оцениваемых медицинских технологий, снизить степень влияния субъективных факторов на принятие управленческих решений в медицинской организации.

Ключевые слова: многокритериальный анализ принятия решений, госпитальная оценка медицинских технологий

УДК 614.2

Введение. Медицинские организации в большинстве случаев являются основной точкой применения новых (инновационных) технологий в здравоохранении. Внедрение новых технологий в практику, как правило, приводит к замене или модернизации уже используемых, что создает потребность в наличии достоверной и обоснованной информации о ценности и преимуществах новых технологий в сравнении с существующей стандартной практикой.

Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан (далее – Больница МЦ УДП РК) является первой медицинской организацией Республики Казахстан, осуществившей внедрение системы госпитальной оценки медицинских технологий. Медицинские технологии включают в себя медицинское оборудование и приборы, лекарственные средства и биологически активные соединения, клинические процедуры, а также организационные и связанные с электронной медициной технологии.

Одним из основных инструментов госпитальной оценки медицинских технологий (далее – ОМТ) является подготовка мини-отчета ОМТ [1, 2]. Мини-отчет ОМТ представляет собой короткую и структурированную оценку необходимых условий и последствий использования конкретной медицинской технологии в практике медицинской организации для определенной группы пациентов. Результаты данного отчета часто представляются в виде типового списка (чек-листа), содержащего ряд ключевых вопросов, включающих результаты оценки клинической эффективности, безопасности, экономической эффективности и организационные аспекты рассматриваемой медицинской технологии. Результаты данного отчета являются основой для принятия управленческих решений о целесообразности внедрения в практику медицинской организации новой технологии. Как правило, мини-отчет ОМТ является ретроспективным и основывается на данных обзора соответствующей литературы и мнения экспертов [3]. Мини-отчет ОМТ также включает элементы экономического анализа, в большинстве случаев моделирование и анализ влияния на бюджет, для возможности оценки экономических последствий от внедрения новой технологии.

В Больнице МЦ УДП РК с момента создания отдела инновационного менеджмента (март 2015 года) было разработано Руководство по внедрению новых (инновационных) технологий (далее – Руководство), что явилось методологической основой для регулирования отношений, связанных с внедрением и использованием медицинских технологий в практике, включая этапы подачи и рассмотрения заявки на применение новых технологий, проведения клинико-экономической оценки

целесообразности внедрения технологий посредством создания мини-отчетов ОМТ и принятия управленческих решений на основе результатов мини-отчетов ОМТ.

Несмотря на высокую ценность результатов мини-отчета ОМТ для лиц, принимающих управленческие решения в медицинской организации, классический мини-отчет ОМТ не позволяет провести прямое сравнение нескольких медицинских технологий между собой. В связи с этим интеграция принципов Многокритериального анализа принятия решений (англ. - Multiple Criteria Decision Analysis, MCDA) в структуру мини-отчета ОМТ даст возможность проведения сравнительной оценки внедряемых медицинских технологий на основе стандартизированных критериев и позволит избежать влияния субъективных факторов на принятие управленческих решений. В исследованиях ряда авторов подтверждается практическая значимость использования принципов MCDA при оценке медицинских технологий и предполагается их дальнейшее развитие [4-8].

MCDA позволяет находить оптимальное решение в условиях избыточного количества неупорядоченных аргументов для принятия решений; обеспечивает последовательный и воспроизводимый процесс принятия решений путем использования единого подхода; обеспечивает более прозрачный процесс принятия решений, т.к. на любом из уровней принятия решения внешним наблюдателям доступен набор используемых критериев и их значений [9, 10].

Целью настоящего исследования явилось создание собственной модели принятия управленческих решений о целесообразности внедрения новых медицинских технологий в практику медицинской организации с использованием принципов Многокритериального анализа принятия решений (MCDA).

Материалы и методы исследования. Для возможности анализа эффективности использования принципов Многокритериального анализа принятия решений (MCDA) в рамках госпитальной оценки медицинских технологий был проведен систематический поиск литературы в международных базах данных опубликованных исследований MEDLINE (PubMed), Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment Database, Tripdatabase.

На основе проведенного поиска и анализа международного опыта использования принципов MCDA нами была создана собственная модель принятия управленческих решений с включением 5-ти стандартизированных критериев:

- 1) Новизна/инновационность;
- 2) Сравнительная клиническая эффективность и безопасность;
- 3) Востребованность;
- 4) Экономическая эффективность;

5) Срок окупаемости инвестиций.

Ценность (вес) каждого критерия была определена как средняя арифметическая величина, полученная в результате опроса лиц, принимающих управленческие решения, и экспертов в области оценки медицинских технологий Больницы МЦ УДП РК в общем количестве 10 респондентов.

Во избежание разночтений ниже представлено описание стандартизированных критериев, которые были использованы в данной модели принятия решений.

Критерий 1: Новизна/инновационность. Данный критерий характеризует насколько оцениваемая медицинская технология является новой (инновационной) для медицинской организации и имеются ли прямые или опосредованные аналоги или альтернативные методы, которые уже применяются в практике. Выбор критериев оценки эффективности медицинской технологии всегда определяется индивидуально и зависит от вида оцениваемой технологии.

Критерий 2: Сравнительная клиническая эффективность и безопасность. Оценка клинической эффективности и безопасности предлагаемой к внедрению медицинской технологии должна проводиться только в сравнении с уже используемыми в практике медицинской организации технологиями. Клиническая эффективность должна иметь количественную оценку, характеризующую конечными точками (например, частота неблагоприятных событий, частота послеоперационных осложнений или смертности, количество полученных лет качественно прожитой жизни (QALY) – для лечебных технологий; чувствительность и специфичность для диагностических технологий и т.п.). Если клинические эффекты выражены промежуточными конечными точками (например, изменение систолического или диастолического кровяного давления), необходимо определить как они связаны с конечными результатами.

Критерий 3: Востребованность. Определяет насколько оцениваемая медицинская технология будет востребована в

медицинской организации. Рекомендуется наиболее точно определить количество пациентов, которым будет проведена технология в первый и последующие годы использования.

Критерий 4: Экономическая эффективность. Рассчитывается на основе учета всех предполагаемых затрат медицинской организации на проведение технологии (оплата труда причастному персоналу, стоимость проведенных койко-дней, в т.ч. стоимость пребывания в ОАРИТ, затраты на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, затраты на диагностические и лечебные услуги и процедуры, амортизация используемого медицинского оборудования, и т.д.) и стоимости возмещения за 1 пролеченный случай в рамках государственного заказа Министерства здравоохранения или как платной услуги.

Критерий 5: Срок окупаемости инвестиций. Рассчитывается исходя из чистого дохода медицинской организации от 1 пролеченного случая и общей суммы расходов на внедрение технологии (например, обучение персонала, закуп медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, дорогостоящих лекарственных средств, проведение работ по перепланировке, расширение штата и т.п.).

Результаты. До разработки и внедрения модели принятия управленческих решений на основе стандартизированных критериев указанные критерии при подготовке мини-отчетов ОМТ рассматривались по отдельности и не включали инструмента их количественного измерения, что создавало сложности в интерпретации полученных результатов и расстановки приоритетов во внедрении новых технологий в практику.

С целью стандартизации, открытости (прозрачности) и непредвзятости процесса принятия управленческих решений в структуру мини-отчета ОМТ было включено 5 стандартизированных критериев, которые отражают основные результаты проведенной клинико-экономической оценки (таблица 1).

Таблица 1 – Перечень стандартизированных критериев для принятия управленческих решений о целесообразности внедрения новой медицинской технологии

№	Наименование критерия	Характеристика критерия	Баллы критерия
1.	Новизна/инновационность	1. Технология является новой для медицинской организации и не имеет аналогов и альтернативных методов	100
		2. Существующие аналоги и альтернативные методы не достаточно эффективны	75
		3. Технология является одной из альтернатив существующей практике	50
		4. Существующие технологии достаточны	0
2.	Сравнительная клиническая эффективность и безопасность	1. Технология обладает несколькими преимуществами по сравнению с существующей практикой или технология является общепринятым золотым стандартом	100
		2. Технология обладает одним преимуществом по сравнению с существующей практикой	75
		3. Технология обладает сопоставимой клинической эффективностью и безопасностью или доказательства преимуществ малоубедительны	50
		4. Клиническая эффективность и безопасность технологии ниже в сравнении с аналогами	0
3.	Востребованность	1. Технология будет использована более чем у 100 пациентов в год	100
		2. Технология будет использована у 50-100 пациентов в год	75
		3. Технология будет использована у менее чем 50 пациентов в год	50
		4. Технология будет использоваться в единичных случаях	0
4.	Экономическая эффективность	1. Использование технологии позволит существенно сократить затраты медицинской организации или будет являться новым источником дохода	100
		2. Использование технологии позволит сократить некоторые затраты медицинской организации	75
		3. Использование технологии не повлияет на величину затрат медицинской организации	50
		4. Использование технологии увеличит затраты медицинской организации	0
5.	Срок окупаемости инвестиций	1. Менее 3-х лет или для внедрения технологий не требуется дополнительных инвестиций	100
		2. 3-5 лет	75
		3. 5-10 лет	50
		4. Более 10 лет	0

Каждый критерий имеет 4 варианта ответа и может быть оценен в промежутке от 0 до 100 баллов. После определения

балла для каждого критерия (оценка критерия), данный балл умножается на весовое значение критерия для

получения итогового балла (результат оценки критерия).
Общий результат считается как сумма итоговых баллов по

каждому критерию и имеет максимальное значение в 100 баллов (таблица 2).

Таблица 2 – Методика расчета согласно стандартизированным критериям

№	Наименование критерия	Оценка критерия в баллах (S)	Вес критерия (W)	Результат (S*W)
1.	Новизна/ инновационность	0-100	0,2 (CO 0,06)	0-20
2.	Сравнительная клиническая эффективность и безопасность	0-100	0,3 (CO 0,10)	0-30
3.	Востребованность	0-100	0,2 (CO 0,06)	0-20
4.	Экономическая эффективность	0-100	0,2 (CO 0,06)	0-20
5.	Срок окупаемости инвестиций	0-100	0,1 (CO 0,06)	0-10
ОБЩИЙ РЕЗУЛЬТАТ		0-500	1	0-100

CO – стандартное отклонение, n=10 респондентов

На основании полученных данных было проведено моделирование различных вариантов оценки медицинских технологий согласно стандартизированным критериям, что

позволило определить пороговые значения оцениваемых медицинских технологий, соответствующие их приоритету к внедрению (таблица 3).

Таблица 3 – Приоритизация медицинских технологий согласно стандартизированным критериям

№	Приоритет внедряемой медицинской технологии	Общий балл согласно критериям	Рекомендации
1.	Высокий приоритет	75 баллов и выше	МТ рекомендуются к внедрению в практику
2.	Средний приоритет	60-73 баллов	МТ могут быть рекомендованы к внедрению только при наличии достаточных финансовых возможностей медицинской организации
3.	Низкий приоритет	40-58 баллов	МТ могут быть рекомендованы к внедрению только при наличии веских обоснований их необходимости

МТ – медицинские технологии

Медицинские технологии, набравшие 35 баллов и менее (критерии №№ 1, 2, 4 по 50 баллов; критерии №№ 3, 5 по 0 баллов) не рекомендуются к внедрению и использованию в практике.

Медицинские технологии, попадающие в промежуток от 40 до 58 баллов (критерий № 2 - 75 баллов; критерии №№ 1, 3, 4, 5 по 50 баллов) являются низкоприоритетными и могут быть рекомендованы к использованию только при наличии веских обоснований их необходимости.

Медицинские технологии, попадающие в промежуток от 60 до 73 баллов (критерий №№ 1, 2, 3, 4 по 75 баллов; критерий № 5 - 50 баллов), являются технологиями среднего приоритета и могут быть рекомендованы к внедрению только при наличии достаточных финансовых возможностей медицинской организации и зависят, в первую очередь, от суммы необходимых инвестиций, требующихся для внедрения технологии (необходимость закупа дополнительного медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, обучения специалистов, увеличение штата медицинской организации и т.д.).

Технологии, набравшие 75 баллов и выше, являются приоритетными и рекомендуются к внедрению в практику. Следует отметить, что даже после определения приоритетных медицинских технологий, имеют место риски, связанные с ограниченностью бюджета медицинской организации. В данном случае вопрос о целесообразности внедрения медицинских технологий рассматривается отдельно для каждой технологии и зависит, в первую очередь, от основных стратегических направлений развития медицинской организации на момент принятия решения.

Обсуждение. Согласно международному руководству по использованию принципов Многокритериального анализа принятия решений (MCDA) в здравоохранении, представленном Международным обществом исследований в области фармакоэкономики и клинических исходов (англ. - International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, ISPOR), внедрение принципов MCDA как помощника в принятии обоснованных управленческих решений в медицинской организации можно представить следующими основными этапами [11, 12]:

1. Анализ основных проблем и слабых сторон в процессе принятия управленческих решений в медицинской организации;
2. Определение значимых критериев для возможности принятия обоснованных управленческих решений о

целесообразности внедрения и использования различных медицинских технологий в практике;

3. Оценка качества (эффективности) критериев MCDA лицами, принимающими решения и экспертной группой медицинской организации;

4. Определение веса (значимости) каждого критерия MCDA в совокупности, проверка их согласованности и преемственности для всех участников процесса использования медицинской технологии в практике;

5. Представление результатов MCDA всем заинтересованным сторонам и включение критериев MCDA в процесс принятия решений в медицинской организации.

Следует отметить, что каждая медицинская организация должна сама проводить отбор значимых критериев с учетом влияния внешних и внутренних факторов, её возможностей, миссии, видения и направления стратегического развития.

Медицинские организации могут воспользоваться предложенной моделью без внесения каких-либо изменений или адаптировать в соответствии со своими нуждами (добавить или исключить какие-либо критерии, внести коррективы в характеристики критериев, изменить баллы критериев и т.п.).

Крайне важно отметить, что весовое значение критериев должно быть определено для каждой медицинской организации отдельно. При определении весового значения критериев необходимо задействовать только тех лиц в медицинской организации, кто непосредственно участвует в принятии управленческих решений (в большинстве случаев это главный врач медицинской организации и его заместители).

Весовые значения критериев могут быть определены путем проведения анкетирования, где респонденты должны указать вес каждого критерия в долях (например, 0,1, 0,15, 0,2, 0,35 и т.п.). Весовые значения критериев могут быть различны и зависят от того, какой из предложенных критериев является более значимым для респондента при принятии управленческих решений. Итоговая сумма весов всех критериев должна составлять ровно 1,0 (единица).

Интересен тот факт, что при проведении анкетирования была выявлена взаимосвязь между вариантами оценки весовых значений критериев и спецификой занимаемой должности в медицинской организации. Респонденты, курирующие финансово-экономические вопросы, отдавали предпочтение экономическим аспектам оценки технологии, востребованности и сроку окупаемости инвестиций, в то

время как респонденты, отвечающие за вопросы научной и клинической деятельности, отдавали предпочтение клинической эффективности и безопасности технологии и её новизне (инновационности).

Выводы и рекомендации. Использование принципов Многокритериального анализа принятия решений (MCDA) в медицинской организации и включение в структуру мини-отчета по оценке медицинских технологий (ОМТ) стандартизированных критериев даст возможность 1) проводить сравнительную оценку внедряемых новых медицинских технологий; 2) определять приоритетность внедрения оцениваемых медицинских технологий;

3) обеспечить последовательный и воспроизводимый процесс принятия решений; 4) избежать влияния субъективных факторов на принятие управленческих решений.

Следует отметить, что данный инструмент оценки целесообразности внедрения и использования в практике различных медицинских технологий, помимо социального эффекта, связанного с повышением качества оказания медицинской помощи, имеет значимый экономический эффект, позволяющий создать основу для финансовой стабильности медицинской организации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Kidholm K, Ehlers L, Korsbek L, Kjaerby R, Beck M. Assessment of the quality of mini-HTA // Int. J. Technol. Assess. Health Care. – 2009. – №25(1). – P. 42–48.
- 2 Sampietro-Colom L, Morilla-Bachs I, Gutierrez-Moreno S, Gallo P. Development and test of a decision support tool for hospital health technology assessment // Int. J. Technol. Assess. Health Care. – 2012. – №28(4). – P. 460–465
- 3 Sampietro-Colom L, Lach K, Cicchetti A, Kidholm K, Pasternack I, Fure B, Rosenmöller M., Wild C., Kahveci R., Wasserfallen J.B., Kiiwet R.A., et al. The AdHopHTA handbook: a handbook of hospital based Health Technology Assessment (HB-HTA); Public deliverable // The AdHopHTA Project. – 2015. –P. 88-96.
- 4 Thokala P., Duenas A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment // Value Health. – 2012. – №15(8). – P. 1172–1181.
- 5 Goetghebeur M.M., Wagner M., Khoury H., Rindress D., Grégoire J.-P., Deal C. Combining multicriteria decision analysis, ethics and health technology assessment: applying the EVIDEM decisionmaking framework to growth hormone for Turner syndrome patients // Cost Eff. Resour. Alloc. – 2010. – №8(1). – P. 267-275.
- 6 Gurtner S. Making the right decisions about new technologies: a perspective on criteria and preferences in hospitals // Health Care Manage. Rev. – 2014. – №39(3). – P. 245–254.
- 7 Diaby V., Goeree R. How to use multi-criteria decision analysis methods for reimbursement decision-making in healthcare: a step-by-step guide // Exp. Rev. Pharmacoeconom. Outcomes Res. – 2014. – №14(1). – P. 81–99.
- 8 Ivlev I., Kneppo P., Bartak M. Multicriteria decision analysis: a multifaceted approach to medical equipment management // Technol. Econ. Develop. Econ. – 2014. – №20(3). – P. 576–589.
- 9 Федяева В.К., Омеляновский В.В., Реброва О.Ю. Многокритериальный анализ как инструмент поддержки принятия решений: обзор методов и возможностей их применения в оценке технологий здравоохранения // Медицинские технологии: оценка и выбор. – 2014. – №2. – С. 88-96.
- 10 Sussex J., Rollet P., Garau M., Schmitt C., Kent A., Hutchings A. A pilot study of multicriteria decision analysis for valuing orphan medicines. // Value Health. – 2013. – №16(8). – P. 1163–1169.
- 11 Thokala P., Devlin N., Marsh K., Baltussen R., Boysen M., Kalo Z., Longrenn T., Mussen F., Peacock S., Watkins J., Ijzerman M. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making--An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force // Value Health. – 2016. – №19(1). – P. 1-13.
- 12 Marsh K., Ijzerman M., Thokala P., Baltussen R., Boysen M., Kaló Z., Lönngren T., Mussen F., Peacock S., Watkins J., Devlin N.; ISPOR Task Force. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making--Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force // Value Health. – 2016. – №19(2). – P. 125-137.

А.В. Авдеев^{1,2}, Э.Б. Табаров¹, А.Қ. Қаптағәева³, Л.Г. Макалкина²

¹Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы,

²Астана медицина университеті,

³Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі

МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ГОСПИТАЛЬДЫҚ БАҒАЛАУ САЛАСЫНДА ШЕШІМ ҚАБЫЛДАУДЫ КӨП КРИТЕРИЙЛІК ТАЛДАУ (MCDA)

Түйін: Осы мақалада стандартталған критерийлерді қосу арқылы медициналық ұйымның практикасына жаңа медициналық технологияларды енгізудің мақсаттылығы туралы басқарушылық шешімдерді қабылдаудың жеке моделі ұсынылды. Осы модельді қолдану енгізілген медициналық технологияларды өзара салыстыруға, бағаланатын медициналық технологияларды енгізу басымдығын анықтауға, медициналық ұйымда басқарушылық шешімдерді қабылдауға субъективті факторлардың әсер ету дәрежесін төмендетуге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: шешім қабылдауды көп критерийлік талдау, медициналық технологияларды госпитальдық бағалау

A.V. Avdeyev^{1,2}, A.B. Tabarov¹, A.K. Kaptagayeva³, L.G. Makalkina²¹ Hospital of the Medical Center of the President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan,² Astana Medical University,³ Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan

MULTIPLE CRITERIA DECISION ANALYSIS (MCDA) IN THE FIELD OF HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Resume: in this article we proposed our own managerial decision-making model about the viability of implementing new health technologies in hospital practice which includes standardized multiple criteria.

Using this model allows to make direct comparison between implementing new health technologies, determine the priority for implementation of new evaluated health technologies, and avoid the influence of subjective factors on the managerial decision-making in hospital.

Keywords: multiple criteria decision analysis, hospital-based health technology assessment, MCDA, HTA

СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

А.Р. Шопабаева, Э.А. Серикбаева, Ф.М. Азнабакиева

Кафедра организации, управления и экономики фармации и клинической фармации

В статье представлен обзор литературных источников по лекарственному обеспечению в системе обязательного медицинского страхования зарубежных стран. На основании анализа научной литературы были выявлены механизмы оплаты и доплаты пациентами лекарственных средств в рамках обязательного медицинского страхования зарубежных стран, которые могут быть предложены для дальнейшего исследования и внедрения в систему обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, лекарственное обеспечение, индикаторы, лекарственные препараты

УДК 615.7 : 614.225.5 (1 - 87)

Введение. Внедрение системы обязательного социального медицинского страхования в РК определено в Послании Президента Республики Казахстан от 31 января 2017 года. «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность»: С 1 июля текущего года начнет внедряться система обязательного социального медицинского страхования, основанная на солидарной ответственности государства, работодателей и граждан. Эффективность этой системы доказана мировой практикой». Совершенствование лекарственного обеспечения является одним из приоритетных направлений обязательного социального медицинского страхования РК, поскольку лекарственное обеспечение населения является важнейшей составной частью политики государства и одним из показателей состояния здравоохранения в стране. Сегодня многие развитые страны мира используют обязательное медицинское страхование для решения проблем в системе здравоохранения.

Цель исследования. Изучение лекарственного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования зарубежных стран. Определение механизмов оплаты лекарственных средств пациентами в рамках обязательного медицинского страхования для внедрения в систему РК.

Методы и материалы. В ходе литературного обзора, использовались исторические, сравнительные методы научного поиска и анализа, а также данные различных литературных источников.

Результаты исследования. Внедрение обязательного медицинского страхования в зарубежных странах, совершенствование системы лекарственного обеспечения, действующего в его рамках, механизмы его финансирования представляют для Казахстана большой интерес. Ведь изучение положительного международного опыта, а также основных проблем, препятствующих внедрению медицинского страхования, поиск эффективных решений, дает возможность успешно завершению

процесса внедрения обязательного социального медицинского страхования в РК.

Изучение лекарственного обеспечения необходимо начать с понятия «лекарственная помощь», так как в первую очередь система лекарственного обеспечения осуществляет поддержку здоровья населения страны, снабжая их качественными, безопасными и доступными лекарственными средствами. В развитых странах мира лекарственная помощь – это в основном бесплатное или льготное предоставление пациенту прописанных лечащим врачом лечебных, диагностических или профилактических лекарственных препаратов. Это все обозначается термином «фармацевтическая помощь» [1]. Стоимость медикаментозного лечения в стационаре включается в счет за больничные услуги и оплачивается из тех же источников, что и стационарная помощь. Расходы амбулаторных пациентов на лекарственные средства обычно не входят в стоимость посещения врача. В ряде зарубежных стран фармацевтическая помощь включена в программы обязательного медицинского страхования [2].

У застрахованного пациента, в зависимости от категории страхового полиса, может быть специальная карточка лекарственной помощи. Она дает право на бесплатное получение лекарственного препарата определенной группы или обеспечивает скидку с цены на лекарственный препарат. Карточку страховой лекарственной помощи застрахованный гражданин должен всегда иметь при себе. Врач, частный или участковый, может бесплатно выдавать некоторые лекарственные средства, в чем и заинтересованы фармацевтические фирмы [3].

Многие страны Европейского союза на амбулаторном этапе фармацевтической помощи покрывают расходы на лекарственные препараты всему населению согласно рецептам, выписанным лечащими врачами [1]. В странах Европы цены на медикаменты регулируются Правительством. Но подходы к проблеме сдерживания расходов различны. Одним из способов решения этой

проблемы является совместная оплата пациентом и общественными организациями лекарственных препаратов. Такая форма взаимодействия государства с гражданами выгодна как населению, так и государству [4]. Ведь в таком случае для пациентов становятся доступными высокоэффективные лекарственные средства, а у государства при этом уменьшаются затраты на льготное лекарственное обеспечение и появляется экономическая возможность обеспечить доступ каждого пациента независимо от уровня его дохода к лекарственным препаратам [5].

Среди получателей лекарственных препаратов в рамках обязательного медицинского страхования в странах Западной Европы, США и Азии выделяют несколько групп людей в зависимости от социального статуса:

- социальные льготников, застрахованных на случай болезни;
- малообеспеченные граждане и инвалиды;
- лица старше 66 лет;
- лица, страдающие определенными заболеваниями.

В качестве источников финансирования выступают как государство, так и страховые компании [6]. Контролирование расходования финансов на оплату лекарственных средств осуществляется как путем установления фиксированной цены на лекарственные средства, так и методом формирования перечня лекарственных препаратов, получившие положительный отзыв от пациентов, то есть конкретный список лекарственных средств, оплачиваемый за счет государства, так и отрицательные – то есть перечни лекарственных препаратов, так называемый «черный список», приобретаемых пациентами за свой собственный счет (например, во Франции – поливитаминные препараты) [7]. Изучение опыта организации системы лекарственного обеспечения в рамках обязательного медицинского

страхования зарубежных стран необходимо начать с Германии, и тому есть две основные причины.

Во-первых, модель обязательного социального медицинского страхования РК формировалась на опыте классической Германской модели, успешно внедренной во многих зарубежных странах мира.

Во-вторых, в Германии на протяжении уже более ста лет действует и постоянно совершенствуется система обязательного медицинского страхования. Изучение как положительного, так и отрицательного опыта Германии представляет несомненный интерес для современного Казахстана, вступившего сегодня на путь реформ [2].

Интересен опыт ценообразования на лекарственные препараты, в частности, для застрахованных граждан. Постановление о ценах на лекарственные препараты от 1980 г. регулирует разрыв в ценах на лекарственные средства в оптовой торговле фармацевтической продукцией и в аптечных организациях [8]. Отпускная цена готовых лекарственных препаратов образуется следующим образом:

- отпускная цена изготовителя в сумме с оптовой наценкой образует покупную цену аптеки;
- покупная цена аптеки в сумме с аптечной наценкой и налогом на добавленную стоимость образует отпускную цену аптеки.

Оптовая наценка дифференцирована по 8 основным категориям. Здесь имеется в виду разрыв в ценах, который начинается с 17,4% и при отпускной цене промышленности более чем 108,71 ДМ составляет уже только 10,7% [9].

Аптечная наценка на готовые лекарственные средства дифференцирована по 7 основным категориям. Разрыв в аптечных ценах составляет, от 40,5% при самых низких покупных ценах аптеки до 23,1%, начиная с покупной цены свыше 70,30 ДМ [10].

Германия, наравне с другими странами, такими как Дания и Нидерланды принадлежит к странам с высоким уровнем цен. Существующая разница в ценах объясняется следующими причинами, представленными в Таблице 1.

Таблица 1

Разные надбавки в оптовой и аптечной сфере	От 22 до 40%
Разные ставки налога на добавленную стоимость	От 0 до 22%

Также существует возможность для производителей лекарственных препаратов, работающих на международном уровне, компенсировать потери выручки в странах с установленными ценами за счет стран, в которых цены не регулируются [11]. Под фиксированными ценами на лекарственные средства понимаются наивысшие цены,

которые выплачиваются обязательным медицинским страхованием за определенные лекарственные препараты [12].

Застрахованные граждане, достигшие 18 лет, должны получать следующую доплату за каждое лекарственный препарат:

Таблица 2

До 30 ДМ	3 марки, но не больше чем стоимость лекарства
От 30 до 50 ДМ	5 марок
Свыше 50 ДМ	7 марок

Начиная с 1990 г. доплата в зарубежных странах ориентируется на величину упаковки. В Таблице 3

представлены суммы доплаты в зависимости от величины упаковки:

Таблица 3

Доплата составляет		
Для небольших упаковок	Например, 20 таблеток	3 марки, но не больше стоимости лекарства
Для упаковок среднего размера	Например, 50 таблеток	5 марок
Для больших упаковок	Например, 100 таблеток	7 марок

Также почти во всех странах используется доплата пациентам при приобретении лекарственных средств. Возможно использование трех основных эффективных подходов:

- взимание фиксированной суммы в том или ином виде за каждое выписанное средство (например, Нидерланды, ФРГ, Израиль, Австралия и др.);
- оплата определенного процента стоимости (например, Франция, Бельгия, Испания, Аргентина и др.);

- оплата специфических медикаментов, если стоимость выписанных медикаментов превышает установленную сумму (в частности Финляндия) [13].

Необходимо учитывать не только механизмы финансирования лекарственной помощи в системе обязательного медицинского страхования, также важно, чтобы лекарственное обеспечение создавалось как всеобъемлющая система. При всем этом, она должна быть сбалансированной, и бюджет системы должен соответствовать предоставляемым в системе лекарственным средствам [14]. Недостаточное

финансирование лекарственных программ составляет самую большую проблему систем здравоохранения во всем мире[15].

Внедрение и совершенствование системы обязательного медицинского страхования в зарубежных странах, лекарственного обеспечения, действующего в его рамках, механизмы его финансирования представляют для Казахстана большой интерес. Ведь изучение, как положительного международного опыта, так и основных проблем, с которыми столкнулись разные страны мира на пути внедрения медицинского страхования, их эффективные решения, позволит

Вывод. На основании анализа научной литературы можно заключить, что система лекарственного обеспечения в зарубежных странах представляет собой важнейшую социальную гарантию, которую государство предоставляет населению. В большинстве стран мира именно государство берет на себя ответственность за организацию и финансирование медицинской и фармацевтической помощи, при этом создавая систему социального медицинского страхования. Данные, представленные в статье могут быть использованы для дальнейшего исследования и совершенствования механизмов лекарственного обеспечения в рамках обязательного социального медицинского страхования РК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вассерман Б.А. Сравнительная характеристика механизмов со-оплаты лекарственных средств в странах западной Европы // Экономика здравоохранения. – 2002. - №5. - С.59-61.
- 2 История развития обязательного медицинского страхования. Электронный ресурс: <http://www.leadingbank.ru/lbs-215-1.html>
- 3 В.З. Кучеренко Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. Учебное пособие. - М.: Федеральный фонд ОМС, 2008. - 144 с.
- 4 Чернов И.П., Пономарева Г.А., Артемьева Г.Б. Успенская И.В. Проблемы и перспективы оплаты стационарной медицинской помощи в регионе // Здравоохранение. – 2012. - №7. - С. 33-40.
- 5 Бахматов С.А. Современные теоретические подходы к исследованию проблем обязательного медицинского страхования // Развитие страхового рынка в России в современных условиях: сборник научных трудов. - Иркутск: БГУЭП, 2010. - С. 20-24.
- 6 Шамшурина Н.Г., Саитгареева А.А. Экономические критерии эффективности управления деятельностью субъектов ОМС и необходимость межсекторного социального партнерства // Здравоохранение. – 2004. - №7. - С. 43-49.
- 7 Таранов А.М. Система ОМС: история и перспективы // Здравоохранение. – 2004. - №6. - С. 65-76.
- 8 А.А. Старченко Управление лекарственным обеспечением в стационаре в системе обязательного медицинского страхования // Росздравнадзор. - 2008. - №6. - С. 39-50.
- 9 И.В. Дятлова Методы возмещения затрат на услуги по лекарственному обеспечению застрахованного населения // Аудит и финансовый анализ. - М.: ДСМ Пресс, 2013. - № 1. – С. 344-349.
- 10 Tseng, YT (Tseng, Yu-Ting) Preliminary physician and pharmacist survey of the National Health Insurance // Pharma Cloud system in Taiwan. – 2017. - №149. - P. 69-77.
- 11 Mitra, S (Mitra, Sophie) Health Insurance and Children in Low- and Middle-income // Countries. - 2017. - №302. - P. 484-500.
- 12 Social Insurance and Allied Services. Report by Sir William Beveridge. November 2000. <http://www.weasel.cwc.net1>. Монографии, брошюры.
- 13 Comite Europeen des Assurances // Annual report. - 2003. - №4. - P. 45-46.
- 14 Н.К. Specke. Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. DatenFakten - Akteure. Verlag Hans Hubert // Bern-Goettingen-toronto. – Seattle: 2005. - №6. - P. 15-18
- 15 Н.К. Specke. Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. DatenFakten - Akteure. Verlag Hans Hubert // Bern-Goettingen-toronto. – Seattle: 2005. - №14. - P. 20-26.

А.Р. Шопабоева, Э.А. Серикбаева, Ф.М. Азнабакиева
*Фармацияны ұйымдастыру және басқару және экономикасы
 және клиникалық фармация кафедрасы*

ШЕТЕЛДІК МЕМЛЕКЕТТЕРДІҢ МІНДЕТТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ НЕГІЗІНДЕ ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖҮЙЕСІ

Түйін: Мақалада шетелдік мемлекеттердің міндетті медициналық сақтандыру негізінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі аясында әдеби көздері бойынша шолу көрсетілген. Ғылыми әдебиеттер талдау барысында шетелдік мемлекеттердің міндетті медициналық сақтандыру жүйесі негізінде ақы төлеу механизмдері және пациенттердің қосымша ақы еңгізу жолдары анықталған. Бұл анықтаулар одан әрі зерттеуге және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіне еңгізілуге ұсынылуы мүмкін.

Түйінді сөздер: міндетті медициналық сақтандыру, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, индикаторлар, дәрілік препараттар

A.R. Shopabaeva, E.A. Serikbaeva, F.M. Aznabakiyeva
*Department of organization, management, and economics of
 pharmacy and clinical pharmacy*

DRUG SUPPLY SYSTEM WITHIN THE FRAMEWORK OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE OF FOREIGN COUNTRIES

Resume: The article provides an overview of the literature on medicines provided under the compulsory medical insurance of foreign countries. Based on the analysis of the scientific literature, mechanisms of payment and payment of medicines by patients in the system of compulsory medical insurance of foreign countries, which can be proposed for further research and introduction into the system of compulsory social health insurance of the Republic of Kazakhstan, have been revealed.

Keywords: compulsory medical insurance, medicines, indicators, medications

РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹Н.Б. Есимов, ¹Г.Ж. Токмурзиева, ²Н.Т. Измаилова

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

²АО «Центральная клиническая больница»

В работе представлено понятие о первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), как о важнейшем из звеньев системы здравоохранения. Приведены исторические аспекты этого вопроса, начиная с Алма-Атинской Декларации 1978 г. Подчеркнута важность ПМСП, как зоны первого контакта пациента с системой здравоохранения. Освещены проблемы и перспективы развития ПМСП в Казахстане. Целью исследования является изучение роли ПМСП в развитии здравоохранения.

Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь, система здравоохранения, Алма-Атинская Декларация, Всемирная организация здравоохранения*

УДК 61:614.2-083.7

Актуальность.

ПМСП – важнейшее звено системы здравоохранения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медико-социальных проблем [1].

В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» дано определение ПМСП: «Первичная медико-санитарная помощь — доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества» [2].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (1978 г.), «первичная медико-санитарная помощь составляет существенную часть медико-санитарного обслуживания, которая основана на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, ставших повсеместно доступными как отдельным лицам, так и семьям на местах, благодаря их полному участию в этой работе при затратах, оправданных как для общества, так и страны в целом на каждом этапе развития, для обеспечения их самоопределения и самостоятельности в решении этих вопросов. Она составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, ядром которого она является, и одновременно выступает как главный компонент общего социального и экономического развития общества. Она есть первая ступень в контакте между отдельными людьми, семьей, общиной и национальной системой здравоохранения, максимально приближающая медицинскую помощь к месту жительства и работы и образующая первый элемент непрерывного процесса охраны здоровья». ПМСП – это система медицинских, санитарно-гигиенических и медико-социальных служб и технологий, обеспечивающая первичный контакт индивидуумов, семей и коллективов с медицинскими работниками [3].

Цель исследования – изучить роль ПМСП в развитии здравоохранения.

Роль ПМСП в развитии здравоохранения.

После Международной конференции ВОЗ по ПМСП в г. Алма-Ате 12 сентября 1978 года, развитие ПМСП стало одним из наиболее важных путей развития систем здравоохранения всех стран и ПМСП была определена как «зона первого контакта» (или уровень участковой службы) населения с медико-санитарными службами и как первый этап охраны здоровья населения. Сегодня уже общепризнано, что сильная система ПМСП дает лучшие показатели здоровья населения при меньших затратах и более высокой общественной удовлетворенности медицинской помощью. Многие из проблем здравоохранения могут быть решены при создании устойчивой системы ПМСП. Поэтому во всем мире продолжается процесс совершенствования и укрепления этой службы, главным направлением которого

является ориентация на нужды населения в целом и каждой семьи по отдельности [4].

ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, т.к. она выполняет главную функцию системы здравоохранения. Она оказывается в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) участковыми врачами (терапевтами, педиатрами), врачами общей практики (семейными врачами), а также сестринским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах. Более 70 % населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне АПУ, в которых решается большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения [5].

Анализ международного опыта показывает, что при общей схожести организации ПМСП населению, каждая страна решает через ПМСП специфические проблемы охраны здоровья населения в зависимости от демографических, географических, климатических и культурных особенностей региона [4].

При этом объектом повышенного внимания ПМСП является не больной человек или пациент во время заболевания, а семья с ее социальными, бытовыми, психологическими и экономическими проблемами. Поэтому работа врача общей практики и его команды нацелена на профилактику возникновения заболеваний, путем изучения возможности их возникновения в каждой обслуживаемой семье [4].

Следует подчеркнуть, что ПМСП подразумевает территориальную, финансовую и функциональную доступность. Наибольшую нагрузку по оказанию ПМСП выполняют АПУ, центральным звеном в которых является участковая служба [6].

ПМСП – это не только первая линия обороны, но эффективный шлюз, который облегчает общение с различными компонентами системы здравоохранения. Если система ПМСП в стране сильна, госпитализация, как правило, снижается на 40%, а расходы на здравоохранение – на 30%. Предыдущие исследования показали, что около 70-80% эпизодов, связанных со здоровьем, в жизни человека могут быть идентифицированы врачами общей практики на уровне ПМСП, вне больниц [7].

Доктора ПМСП не являются «суперзвездами», но их роль имеет решающее значение. Это те, кто призван защитить потребителей здравоохранения от заболеваний и помочь им ориентироваться в океане медицинских знаний и учреждений здравоохранения. Их задача – организовать полный спектр медицинских услуг: от профилактики безболезней до лечения и реабилитации [8].

Во многих странах мира доктора первичной помощи считаются «золушками» здравоохранения. Они не разделяют славы изощренных медицинских технологий, их зарплаты составляют маленькую часть, что получают хирурги, и их роль не признается. Нам нужно наделять их

знаниями и технологиями, мотивируя и должным образом компенсируя их тяжелый труд [8].

Важность первичной помощи хорошо известна и исследована. В своём обзоре литературы [9] авторы обнаружили, что районы с наибольшим количеством поставщиков первичной помощи, имеют наилучшие результаты в отношении здоровья; люди, которые постоянно получают медицинскую помощь от поставщика первичной помощи, имеют лучшие результаты в отношении здоровья, в сравнении с теми, кто этого не делает. Кроме того, было установлено, что первичная помощь связана с уменьшением неравенств в отношении здоровья, как в Соединенных Штатах, так и среди групп населения других стран [9].

В качестве аспектов целесообразности создания и развития ПМСП, можно выделить следующие:

- общеэкономический, который связан со снижением заболеваемости, инвалидности и смертности;
 - снижение доли затрат на дорогое стационарное лечение;
 - увеличение доли внебюджетного финансирования за счет развития платных услуг и договоров с предприятиями [10].
- Важным условием успешной реализации целевых установок ПМСП является взаимодействие здравоохранения с другими социальными и экономическими секторами, деятельность которых направлена на решение основных социальных проблем в обществе, создание условий для охраны и улучшения общественного здоровья [10].

Сегодня есть более веские доводы в поддержку здравоохранения, чем в прошлом. Страны должны продемонстрировать способность изменять свои системы здравоохранения с учетом растущих ожиданий населения. Поэтому мы нуждаемся в мобилизации всех сил и средств в поддержку ПМСП [11].

В целом, первичная помощь в настоящее время сталкивается с нехваткой кадров. Соотношение работников первичной помощи остаётся относительно небольшой частью общей рабочей силы по сравнению с другими областями здравоохранения [12; 13; 14]. В течение последнего десятилетия доля поставщиков ПМСП сократилась с почти одной трети до менее четверти от выпуска выпускников системы медицинского образования [15; 16; 17]. Это снижение касается не только врачей, но и практикующих медсестёр и фельдшеров [18; 19]. Первичная помощь также сталкивается с хронической проблемой относительного дефицита из-за неравномерного распределения кадров [20].

Помимо нехватки рабочей силы, рост хронических заболеваний создает проблемы для первичной помощи и служит стимулом для ее трансформации. Хронические заболевания связаны со многими нездоровыми видами поведения, такими как недостаток физической активности, плохое питание и употребление табака, однако первичная помощь часто пытается адекватно справиться с ними. В знак признания трудностей, связанных с лечением хронических заболеваний, была внедрена Модель постоянной помощи (МПП) [21]. Эта инициатива подчеркнула систематические и более эффективные средства совершенствования управления длительного лечения для отдельных пациентов [22]. В самом полном виде, МПП содержала шесть важнейших элементов - ресурсы и политику сообщества, организацию здравоохранения, поддержку самоконтроля, разработку системы предоставления услуг, поддержку принятия решений и клинические информационные системы [23].

В первой половине XX века работа поликлиники была организована по участковому принципу оказания медицинской помощи, а участковый врач должен был стать основным действующим лицом, обеспечивавшим эту помощь. Первый министр здравоохранения СССР Семашко Н.А., вводя должность участкового терапевта, предполагал, что участковый принцип даст возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней [24].

Во втором десятилетии XXI века приоритет профилактической направленности сохраняет актуальность практически во всех странах мира. В подтверждение можно привести слова генерального директора ВОЗ Маргарет Чен, которая определила ПМСП как «революционно новый путь организации и управления здравоохранения от специализированной высокозатратной помощи привилегированным слоям населения к всесторонней, полной, общедоступной и приемлемой медицинской помощи каждому» [25].

Барбара Старфилд, профессор Университета Джона Хопкинса США, известный в мире специалист ПМСП, в своих работах доказывает, что «ориентация системы здравоохранения какой-либо страны на ПМСП, позволяет добиться более низкой себестоимости лечения, большей удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, более высоких показателей эффективности медицинской помощи и более низкого объема потребления лекарственных средств» [26; 27].

Первичная помощь является основой системы здравоохранения США. В Соединенных Штатах больше людей получают уход в организациях ПМСП, чем в любой другой системе формального здравоохранения. В среднем, на ПМСП приходится 11% всего населения в месяц, по сравнению с 1,3% в отделениях скорой помощи и 0,07% в больницах академического медицинского центра [28]. Интересно, что эти пропорции не претерпели существенных изменений с 1950-х и 1960-х годов, несмотря на ошеломляющий прогресс медицинских знаний, новых технологий и расширение медицинских услуг [29].

Одним из ключевых путей для объединения нескольких дисциплин, профессий и подходов к здравоохранению является работа по развитию персонализированной медицины, ориентированной на пациента. Это может быть достигнуто посредством практики ПМСП, основанной на использовании технологий и учета пожеланий и ценностей пациентов. Седьмой принцип Алма-Атинской декларации гласит: «Люди имеют право и обязаны участвовать индивидуально и коллективно в планировании и осуществлении своего медицинского обслуживания» [30].

ПМСП поощряет создание устойчивых решений, создающихся сообществами [31]. Командный подход имеет важное значение для удовлетворения потребностей человека и общества в медицинской помощи [32]. Ключевой вопрос - как задействовать всех игроков - потребителей медицинских услуг, врачей и медсестер первичной помощи - не только врачей-специалистов и больницы.

Современные технологии обеспечивают возможностями переосмыслить ПМСП на совершенно новой платформе. Интернет и социальные сети, также как портативные ЭКГ и ультразвуковые аппараты, медицинские приложения и различные устройства демократизируют знания по совершенствованию медицины и технологий, доступных для врачей и потребителей [33]. Эрик Тополь описал эту тенденцию как, «Творческое разрушение медицины» [34].

Технология создает новое окружение ПМСП. В среднем каждый день мы проводим 5 часов в интернете. 77% пользователей полагаются на эту технологию для поиска медицинской информации. В 2013, Google зарегистрировал 30 миллиардов поисковых запросов. При анализе различных запросов, связанных с гриппом в разных странах, было установлено, что оценки, основанные на поисковых запросах Google о гриппе очень близки к традиционным показателям активности гриппа [35].

Обширная инфраструктура больниц и пренебрежение к ПМСП является одним из наследий советской системы здравоохранения. Несмотря на то, что за последние 20 лет Казахстан провел много реформ, связанных со здоровьем, унаследованные ОЗ и медицинская инфраструктура по-прежнему определяют условия оказания медицинской помощи [8].

Текущие государственные ассигнования на стационарные услуги в Казахстане удвоились за последние 5 лет. Согласно докладу Oxford Policy Management (OPM), большое количество больниц в Казахстане по-прежнему лечат пациентов на стационарной основе, несмотря на то, что многие из них можно эффективно лечить в амбулаторных

условиях. Несколько лет назад такие случаи в совокупности составляли около 15% от общего объема выписки из больницы. Следовательно, значительная часть ресурсов здравоохранения была потрачена на стационарные услуги, вместо финансирования ПМСП. В целом, менее 5% национальных расходов на здравоохранение выделяется на поддержку ПМСП и профилактику заболеваний [36]. Это особенно справедливо в городе Астане, столице Казахстана, где за последние 10 лет было построено десяток новых стационарных больниц [8].

Мало того, что строятся слишком много больниц, они также становятся гораздо более дорогими в строительстве, оснащении и обслуживании. Если в древнем мире мрамор использовался для строительства храмов и пирамид, а в средние века – замков и церквей, то в 20 веке он использовался для оснащения банков и офисов. Куда уходит мрамор сейчас? ... строить больницы [8].

Оснащение учреждений третичного ухода влечет за собой дополнительные расходы, которые ложатся на систему здравоохранения Казахстана. Хотя большинство потребительских технологий, таких как смартфоны и планшетные ПК, становятся все более сложными, но более дешевыми и удобными в использовании, медицинские технологии движутся в обратном направлении. Они стали более дорогими, сложными и часто очень пугающими для пациентов [8].

Историческая Алма-Атинская декларация ВОЗ 1978 года способствовала центральному принципу ПМСП в эффективном, действенном и справедливом медицинском обслуживании [30]. Хотя многие страны приняли Декларацию, ПМСП игнорировалась и по-прежнему недофинансируется во многих странах мира, включая Казахстан. Значительная часть национальных ресурсов здравоохранения направляется на стационарные услуги вместо финансирования ПМСП и смещения баланса в пользу последнего [37].

Неизбежным результатом такой политики является увеличение использования медицинских услуг, увеличение бремени ухода за хроническими заболеваниями, а затем и расходов. Старение населения, экологические проблемы, а

вы вспышки заболеваний приводят к большим расходам на здравоохранение. Фокусировка на ПМСП и профилактику заболеваний, является одной из ключевых стратегий, которая может быть эффективно реализована с целью удержания увеличения расходов на здравоохранение [8].

По данным исследования 2012 года, более 30% жителей г. Алматы, в возрасте 25-44 лет, предпочитают пользоваться услугами частных медицинских организаций. Более 40% среди них уверены, что будет оказан вред их здоровью во время лечения в государственных учреждениях [38]. Исследование, проведенное несколькими годами ранее HarvardMedicalInternational установило, что ежегодно 200-250 миллионов долларов США утекают в другие страны из Казахстана на покрытие медицинских нужд [39]. Для улучшения этих показателей нам требуется дальнейшее совершенствование системы здравоохранения, во главе с ПМСП.

Для достижения лучших результатов по укреплению здоровья граждан, были обозначены 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ. 80 шаг в нём гласит, что «первичная помощь станет центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями» [40].

Выводы.

ПМСП, являясь центральным звеном здравоохранения, должна осуществлять главную функцию — улучшение здоровья населения. Амбулаторно-поликлиническая помощь — наиболее востребованный вид медицинской помощи, оказываемой населению врачами специалистами первичного звена здравоохранения в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения. На протяжении ряда лет признается роль ПМСП в обеспечении экономически эффективной службы охраны здоровья. Однако, до сих пор не были подвергнуты систематическому анализу преимущества и недостатки систем здравоохранения, делающих упор на специализированную медицинскую помощь, в сравнении с системами, в большей степени опирающимися на врачей общего профиля и на ПМСП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.А. Калининская Модель реформирования первичной медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6-10.
- 2 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». – 2016. – Статья 45.
- 3 Смирнова Е.Н., Радаева А.Б., Мальковец М.В., Межуева Т.И., Плахотя Л.П. Организация первичной медико-санитарной помощи населению. – Минск: 2007. – 65 с.
- 4 Концепция модернизации первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан до 2030 года. – Астана: 2014. – С. 3-4.
- 5 Бюерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. - Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 2001. – 182 с.
- 6 Сареєв С.С. Актуальные аспекты ПМСП. – 2012. – 48 с.
- 7 Knowledge @ Warton. Family physicians make a comeback in India. 2013. <http://knowledge.wharton.upenn.edu/india/article.cfm?articleid=4719>. Accessed August 7, 2014.
- 8 A. Sharman A New Paradigm of Primary Health Care in Kazakhstan: Personalized, Community-based, Standardized, and Technology-driven // Central Asian Journal of Global Health. - 2014. - Vol. 3, №1. – P. 3-8.
- 9 Starfield B., L. Shi, J. Macinko. Contribution of primary care to health systems and health // Milbank Quarterly. – 2005. -№83(3). – P. 457-502.
- 10 Смирнова Е.Н., Радаева А.Б., Мальковец М.В., Межуева Т.И., Плахотя Л.П. Организация первичной медико-санитарной помощи населению. – Минск: 2007. – 88 с.
- 11 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Всемирная организация здравоохранения. – 2008. – 124 с.
- 12 Bodenheimer T., K. Grumbach, R. Berenson. Health care 2009: A lifeline for primary care // The New England Journal of Medicine. – 2009. - №36(26). – P. 2693-2696.
- 13 Canadian Labour and Business Centre // Physician workforce in Canada: Literature review and gap analysis. - Ottawa, ON: A Physician Human Resource Strategy for Canada, 2003. – P. 18-24.
- 14 The health care workforce in Europe learning from experience // Trowbridge,Wilts: European Observatory on Health Systems and Policies. – 2006. – P. 12-16.
- 15 COGME (1. Council on Graduate Medical Education) // Council on Graduate Medical Education 20th report: Advancing primary care. - Hyattsville, MD: COGME, 2010. – P. 48-51.
- 16 Phillips R. L., S. C. Petterson, A. W. Bazemore. Primary care physician workforce and outcomes // Journal of the American Medical Association. – 2011. - №306(11). – P. 1201-1202.
- 17 Salsberg E., P. H. Rockey, K. L. Rivers, S. E. Brotherton, G. R. Jackson. US residency training before and after the 1997 balanced budget act // Journal of the American Medical Association. – 2008. - №300(10). – P. 1174-1180.

- 18 HRSA (Health Resources and Services Administration). The registered nurse population // Findings from the 2008 national sample survey of registered nurses. - Hyattsville, MD: HHS, 2010. – P. 169-175.
- 19 Jones P. E. Physician assistant education in the United States // Academic Medicine. – 2007. - №82(9). – P. 882-887.
- 20 Zhang X., R. L. Phillips Jr, A. W. Bazemore, M. S. Dadoo, S. M. Petterson, I. Xierali, L. A. Green. Physician distribution and access: Workforce priorities // American Family Physician. – 2008. - №15(77). – P. 1378-1386.
- 21 Wagner E., B. Austin, C. Davis, M. Hindmarsh, J. Schaefer, A. Bonomi. Improving chronic illness care: Translating evidence into action // Health Affairs. – 2001. - №20(6). – P. 64-78.
- 22 Coleman K., B. T. Austin, C. Brach, E. H. Wagner. Evidence on the chronic care model in the new millennium // Health Affairs. – 2009. - №28(1). – P. 75-85.
- 23 Bodenheimer T., E. H. Wagner, K. Grumbach. Improving primary care for patients with chronic illness // Journal of the American Medical Association. – 2002. - №288(14). – P. 1775-1779.
- 24 М.А. Стелчук Т.М. Пинкус Д.П. Боженко. Этапы развития первичной медико-санитарной помощи в России.– 2009. – 61 с.
- 25 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь – Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Послание Генерального директора. Всемирная организация здравоохранения. – 2008. – 33 с.
- 26 Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York. - NY: Oxford University Press, 1992. – 104 p.
- 27 Starfield B. Primary care: is it essential? // Lancet. – 1994. - №344. – P. 1129-1133.
- 28 Green L. A., G. E. Fryer, B. P. Yawn, D. Lanier, S. M. Dovey. The ecology of medical care revisited // New England Journal of Medicine. – 2001. - №344(26). – P. 2021-2025.
- 29 White K. L., T. F. Williams, B. G. Greenberg. Ecology of medical care // New England Journal of Medicine. – 1961. - №265(18). – P. 885-892.
- 30 WHO (World Health Organization). Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care. Alma-Ata. USSR. 6-12 September 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- 31 Chan M. Return to Alma-Ata // Lancet. – 2008. - №372(9642). – P. 865-866.
- 32 Lubell J. Economists outline strategy to counter primary care shortage. – 2013. <http://www.ama-assn.org/amednews/2013/01/14/gvdsd0118.htm>. Accessed August 7, 2014.
- 33 Sharman A. Modernization and growth in Kazakhstan. CAJGH. – 2012. 1(1).
- 34 Topol E. The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care // Basic Books.– 2012. – P. 45-58.
- 35 Google.org. Explore flu trends - United States. – 2011. <http://www.google.org/flutrends/us/#US>.
- 36 Oxford Policy Management. Report on current funds flow and current pattern of health care expenditure by economic and functional categories in public and private sectors and on the impact of the new budget re-allocation model in Kazakhstan. – 2011. – 56 p.
- 37 Sharmanov T, McAlister A, Sharman A. Health care in Kazakhstan // World Health Forum. – 1996. - №17(2). – P. 197-199.
- 38 Academy of Preventive Medicine of Kazakhstan. Final report on 2012 // National Household Health Survey. –Almaty: 2013. – P. 52-57.
- 39 Harvard Medical International. The Chartist Group. Bringing world-class healthcare to Almaty. – Almaty: 2007. – 41 p.
- 40 РГПИ на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан. 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ. – Астана: 2015.

¹Н.Б. Есимов, ¹Г.Ж. Токмурзиева, ²Н.Т. Измаилова

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

²«Орталық клиникалық аурухана» АҚ

АЛҒАШ МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ДАМУЫНДАҒЫ РӨЛІ

Түйін: Жұмыста алғаш медико-санитарлық көмек (АМСК), денсаулық сақтау жүйесінің ең басты түйініретінде түсінік берілген. Бұл сұрақтың, 1978 ж. Алма-Ата Декларациясынан бастап, тарихи аспектілері суреттелген. АМСК денсаулық сақтау жүйесі мен науқастың алғаш контакт зонасы ретінде маңыздылығы көрсетілген. Қазақстандағы АМСК мәселелері мен даму перспективалары баяндалған. Зерттеудің мақсаты – АМСК денсаулық сақтаудың дамуындағы рөлін оқу.

Түйінді сөздер: алғаш медико-санитарлық көмек, денсаулық сақтау жүйесі, Алма-Аты Декларациясы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы.

¹N. Yessimov, ¹G. Tokmurziyeva, ²N. Izmailova

¹Kazakhstan's Medical University «KSPH»

²Joint-stock company «Central Clinical Hospital»

THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE SYSTEM

Resume: The paper presents the concept of primary health care (PHC), as the most important part of healthcare system. Historical aspects of this issue are given, beginning with the 1978 Alma-Ata Declaration. The importance of PHC is emphasized as a zone of the patient's first contact with the health care system. The problems and perspectives of the development of PHC in Kazakhstan are highlighted. The aim of the study is to investigate the role of PHC in the development of healthcare.

Keywords: primary health care, health care system, Alma-Ata Declaration, World Health Organization.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЗКОПРОФИЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

Авторы статьи проводят анализ современного развития отечественного здравоохранения, где определяющая роль в решении всех клинических и профилактических вопросов на уровне первичного звена отведена терапевту, педиатру и врачу общей практики (ВОП), т.е. семейному врачу. В связи с перестройкой самой структуры системы организации медицинской помощи на уровне ПМСП, многие функции, входящие в круг профессиональных обязанностей участкового терапевта, который был центральной фигурой, были переданы другим узкопрофильным специалистам.

В Республике Казахстан направление амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигает в некоторых случаях до 30–40 %. Сравнительно с зарубежной медициной: у них, не более 10–12 %. В своих исследованиях авторы статьи проводят сравнительную характеристику в финансовом плане: стоимость посещения у специалистов выше, нежели к ВОП, поэтому с числом увеличения обращаемости к узким специалистам приводит к необоснованному удорожанию всей амбулаторно-поликлинической помощи. Далее делают вывод, что узкопрофильные специалисты, работающие в организациях ПМСП составляют более половины врачебного персонала, значит и затраты со стороны государства увеличиваются. Однако, развитие узкоспециализированных служб в РК происходит без адекватных изменений в первичном звене здравоохранения что влечёт за к увеличению нагрузок у узкопрофильных специалистов и повышению стоимости медицинской помощи, следовательно, к необоснованному перерасходу бюджетных средств. Поэтому регулированием направлений к консультации узкопрофильных специалистов занимается семейный врач (ВОП) во избежание нарушения правил преемственности между врачами и динамики непрерывного наблюдения за больным в течении жизни для эффективной деятельности узкопрофильных специалистов в организациях ПМСП. В настоящее время к узкопрофильным специалистам запись ведется только по направлению ВОП, по показаниям и после обследования. В результате, уменьшилась нагрузка у узкопрофильных специалистов и появились возможность эффективной деятельности и самосовершенствования.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, перестройка структуры, новые узкопрофильные специальности, увеличению нагрузок, снижение нагрузок, стоимости посещения, бюджетные средства, эффективная деятельность узкопрофильных специалистов, самосовершенствование.

УДК 614.88.64.53.15-8

Актуальность проблемы: В течение всего XX в. доминирующим процессом в системе разделения труда в зарубежном здравоохранении была растущая специализация врачей. Интенсивное приращение медицинских знаний, бурное развитие новых медицинских технологий, заинтересованность врачей в освоении узких медицинских «ниш», обеспечивающих более высокий личный доход, – все это способствовало появлению новых врачебных специальностей. Этот процесс длительное время казался объективным и необратимым. Однако в последние 2–3 десятилетия он приобрел новые измерения под влиянием старения населения и связанного с этим распространения хронических и сопутствующих заболеваний. Изменение структуры заболеваний существенно повысило требования к комплексности и непрерывности медицинской помощи. Эти ее свойства далеко не всегда обеспечиваются узкими специалистами – в силу эпизодичности их контакта с больными. Растет потребность во врачах с широким клиническим мышлением, способных оценивать состояние организма в целом (а не отдельных его органов), постоянно вести пациентов со сложной и комбинированной патологией, а иногда и объединять усилия отдельных узких специалистов [1,2]. В последние годы в западной литературе в связи с развитием и ростом медицинской науки, появилось большое число узких медицинских специальностей. Не вызывает сомнения тот факт, что, чем чаще конкретный врач лечит конкретную болезнь, тем лучше результаты, ибо больше опыта, больше знаний, выработаны соответствующие навыки, хорошо известны лекарства и т.д. Появились новые виды узких медицинских специальностей: вертеброневролог (специалист по позвоночнику), мануальный терапевт, андролог, трихолог (специалист по волосам), сомнолог (специалист по сну и храпу), флеболог (по тромбофлебиту), нарколог (специ по наркомании и алкоголизму).

В настоящее время первичный прием к врачам узких специальностей возможен только через врача общей практики (ВОП), т.е. семейного врача, который помимо распределения и направления к узкопрофильным специалистам, организует посещения пациентов на дому.

Целью исследования является анализ и выяснение факторов эффективности узкопрофильных специалистов в организациях первичной медицинской помощи, на примере городских поликлиник г. Алматы.

Материалы и методы исследования: Материалами исследования авторами статьи явился обзор зарубежных и отечественных научных литературных источников о деятельности узких специалистов. Анализ факторов, способствующих эффективности и усовершенствованию их деятельности, согласно реформированию и дальнейшему совершенствованию работы организаций с внедрением современных технологий на уровне ПМСП.

Результаты и их обсуждение: При обзоре зарубежных и отечественных научных литературных источников выяснилось, что в зарубежном здравоохранении врач является вершиной кадровой пирамиды, в основании которой находится большое число работников, освобождающих врача от рутинных функций и его клиническую деятельность. При этом четко обозначились две группы факторов, существенно изменившие систему разделения труда между отдельными группами работников отрасли. Первая – повышение значения сервисной составляющей медицинской помощи. Растущее число больных с хроническими и множественными заболеваниями по мере старения населения увеличивает потребность в постоянном наблюдении за их состоянием. Повышается значение комплекса мероприятий по управлению хроническими заболеваниями, направленного на снижение частоты их обострений и, соответственно, на снижение потребности в дорогостоящей стационарной помощи. В особую сферу деятельности превращается помощь

неизлечимым больным. Результатом этих процессов является рост потребности в среднем медицинском персонале. Главная нагрузка ложится на медицинских сестер, способных совместить клиническую и сервисную составляющие медицинской помощи. Появляются новые виды услуг, расширяется функционал медицинского персонала. Труд медсестер в этом случае дополняет труд врача. В российском здравоохранении существует 92 специальности и субспециальности. В число врачебных специальностей включены такие категории, которые в других странах не относятся к врачебным: лабораторная генетика, медико-социальная генетика, физиотерапия, санитария и т.д. Выпускники медицинских вузов в ходе обучения в интернатуре и ординатуре стараются освоить прежде всего узкие специальности. В этом они не отличаются от своих западных коллег. Но путь к узкой специальности у нас относительно короче и проще. Во-первых, согласно действующим квалификационным правилам, наличие основной специальности и практических навыков по основной специальности не является обязательным условием для получения врачом узкой специальности. В большинстве западных стран сначала нужно пройти сертификацию по основной специальности и иметь опыт практической работы. Во-вторых, длительность прохождения ординатуры и интернатуры в России составляет 2 года, а в западных странах – 3–6 лет (в зависимости от страны и специальности). В-третьих, у нас клинический ординатор и интерн практически «обречен» на получение сертификата специалиста независимо от полученных навыков, тогда как в зарубежных клиниках он выполняет большой объем лечебной работы и «на выходе» проходит серьезную аттестацию. Намечилась тенденция к искусственному дроблению врачебных функций. Диагностические исследования делегируются специалистам по функциональной диагностике и эндоскопии. Врачи основных специальностей утрачивают навыки проведения диагностических исследований, что негативно сказывается на качестве диагностики и ведения пациентов.

В ходе реализации государственной программы развития здравоохранения "Денсаулық" на 2016–2019 годы, работа в области системы здравоохранения строится на принципах всеобщего охвата населения, на справедливости и доступности качественной медицинской помощи. Согласно анализу результатов организаций ПМСП, ГКП г. Алматы за 9 месяцев года из 31 показателя были достигнуты плановые значения по 25. Одной из отрицательных причин, повлиявших на данные основных показателей этих служб, является нехватка узких специалистов. Излишняя унификация медицинских ВУЗов в отношении выпускников: мало выпускают врачей-гинекологов и неонатологов, педиатров (одно время вообще закрыли педиатрический факультет), что не дает должных результатов. В РК выявлена нехватка таких специалистов, как: клинические фармакологи и онкоцитологи. Что касается младенческой смертности, мы должны иметь достаточно узких специалистов, которые могут и знают, как лечить в соответствии с международными стандартами. Далее, - недостаточная квалификация самих врачей, несоответствие оказываемой помощи международным стандартам и современным протоколам. Третье – слабая работа по выявлению врожденных пороков.

Согласно законодательству в области системы здравоохранения РК, - врач, узкопрофильный специалист, несет персональную ответственность как за некачественно выполненную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и принятие решений, которые входят в сферу обязанностей и компетенции в соответствии с действующим законодательством.

Эффективность деятельности узкопрофессиональных специалистов в организациях ПМСП зависит от знания и практического опыта, профессиональной компетентности и складывающихся из следующих видов их работы, как:

- ориентация в своей деятельности на основы законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения РК, основы этики и деонтологии в медицине;
 - осуществление санитарно-гигиеническую безопасности, проведение активной и систематической санитарной грамотности среди населения и консультирование их по вопросам формирования здорового образа жизни;
 - осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска;
 - проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке и оформлении документов для направления на медико-социальную экспертизу, (МСЭК) и своевременное выявление пациентов, имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности;
 - проведение амбулаторного приема, соответственно графику, утвержденному администрацией поликлиники, тем самым, регулируя поток посетителей путем рационального распределения повторных пациентов;
 - обеспечение своевременной диагностики заболеваний, согласно своему профилю и оказание высококвалифицированного лечения пациентов, руководствуясь в своей деятельности разработанными стандартами по оказанию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи МЗ РК;
 - осуществление диспансерного наблюдения пациентов, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;
 - организация и проведение диагностики и лечение различных заболеваний и состояний, в том числе восстановительное лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре, круглосуточных стационарах в рамках профиля специальности;
 - оказание неотложной медицинской помощи пациентам при острых заболеваниях, травмах и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и на дому;
 - выдача заключения о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение с оформлением соответствующей медицинской документации согласно профилю своей специальности;
 - взаимодействие с медицинскими организациями государственной системы здравоохранения и страховыми медицинскими организациями;
 - руководство деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;
 - проведение регулярного динамического наблюдения за диспансерной группой пациентов согласно профилю своей специальности (перечень отдельных нозологических форм заболеваний, болезни которыми подлежат диспансерному наблюдению, изложен в "Инструкции по дальнейшему совершенствованию диспансеризации больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях для взрослых", утвержденной приказом МЗ РК с заполнением всей необходимой медицинской документации);
 - ведение учетной медицинской документации в установленном порядке;
 - регулярное повышение своей профессиональной квалификации путем посещения и участия в семинарах, врачебных, научно-практических конференциях, своевременное прохождение усовершенствования в рамках своей специальности.
- На опыте одной из ГКП г. Алматы:

Таблица 1 - Сравнительный анализ плана посещений специалистов за 2012-2014гг.

Специалисты	2015г			2014г	2013г
	план	факт.	%	%	%
ВОП/терапия/педиатрия	226726	206473	91%	96%	114,8%
Невропатолог	20328	15595	105%	112%	73,2%
Эндокринолог	11088	8967	81%	117%	119,8%
Дерматолог	3696	3341	90%	59%	-
Физиотерапевт	5544	6084	109%	115%	98,6%
ЛОР	8316	8529	103%	108%	87,3%
Хирург	16632	16880	101%	108%	85,5%
Окулист	19404	22624	117%	121%	103,7%
Уролог	3696	3836	104%	89%	-
Акушер гинеколог	32340	32365	101%	102%	97%
Инфекционист	2772	2519	91%	101%	110%
Кардиолог	6468	5346	83%	110%	60,7%
Маммолог	3465	1951	56%	47%	119%
Хирург детский	4620	6525	141%	106%	113%
Окулист детский	1452	335	23%	83%	100%
Невропатолог детский	4505	7907	173%	121%	129,7%
ЛОР детский	4505	8256	183%	154%	197,3%
Эндокринолог детский	3465	3317	96%	65%	48,4%
Итого	344550	327323	95%	101%	103%

Средний % выполнения плана посещений по поликлинике составил 95% (в 2014г. -101%), снизился на 6% по сравнению с 2014г. Невыполнение плана по некоторым специалистам связана с неуккомплектованностью штатов в

течение года специалистами – детского окулиста, эндокринолога, кардиолога.

Анализ показал, что высокая фактическая нагрузка у детских специалистов: у хирурга – 141%, у ЛОР-врача-183%, у невропатолога – 173%.

Таблица 2 - Сравнительный анализ плана посещений специалистов за 2014-2016гг.

Специалисты	2016г			2015г	2014г
	план	факт.	%	%	%
ВОП/терапия/педиатрия	230384	239582	104%	91%	96%
Невропатолог	7986	12456	155%	105%	112%
Эндокринолог	8228	8141	99%	81%	117%
Дерматолог	5324	5552	104%	90%	59%
Физиотерапевт	5324	5175	97%	109%	115%
ЛОР	7986	13419	168%	103%	108%
Хирург	18634	12555	67%	101%	108%
Окулист	21296	17485	82%	117%	121%
Уролог	5324	4944	93%	104%	89%
Акушер гинеколог	31944	33360	104%	101%	102%
Инфекционист	5324	1735	33%	91%	101%
Кардиолог	5324	11669	219%	83%	110%
Маммолог	5324	4204	79%	56%	47%
Хирург детский	5324	8326	156%	141%	106%
Окулист детский	5324	8381	157%	23%	83%
Невропатолог детский	7986	9380	117%	173%	121%
ЛОР детский	-	-	-	183%	154%
Эндокринолог детский	3993	3252	81%	96%	65%
Итого	381029	399616	95,3%	95%	101%

Средний % выполнения плана посещений по поликлинике составил 95,3% (в 2015г. -95%). Невыполнение плана по некоторым специалистам связана с неуккомплектованностью штатов в течение года специалистами – детского окулиста, детского эндокринолога, онколога, инфекциониста.

Следствием чего является высокая фактическая нагрузка у следующих специалистов: у кардиолога – 219%, ЛОР – 168%, детский хирург – 157%, детский окулист – 156%.

В результате проведенного анализа о деятельности узкопрофильных специалистов в ГКП г. Алматы за последние 5 лет, отмечено:

- отсутствие случаев материнской и детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимых на уровне ПМСП;
- уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнением болезней системы кровообращения: инфаркт

миокарда, ОНМК в отчетном году (2016г.) составил 33,1% против 35,2% в 2014 г;

- удельный вес деструктивных форм туберкулеза, включая фиброзно-кавернозный туберкулез, из числа впервые выявленных случаев в отчетном(2016) году повысился до 56,3% против 43,5% в 2014г. Случаев впервые выявленных меньше чем в 2014 году, но среди выявленных с БК+ больше (9 с БК+ из 16 случаев).

- раннее выявление случаев с диагнозом злокачественные новообразования визуальной локализации 1-2 стадии (рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак, рак кожи, рак ротоглотки) в сравнении с предыдущим показателем повысился на 24% и составило 98%.

Данные показатели фактически доказывают эффективность деятельности узкопрофильных специалистов: неонатологов, педиатров, акушер-гинекологов, фтизиатров, онкогинекологов в ГКП г. Алматы.

Выводы:

Эффективность деятельности узкопрофильных специалистов в организациях ПМСП зависит:

- от уровня планирования кадров и укомплектованности штатов;
- от серьезных диспропорций в их составе;
- дефицита многих категорий работников;
- невысокого профессионального уровня значительной части узких врачей;

1. Соответствия кадровой политики государства новым вызовам системе здравоохранения, связанным с усложнением медицинских технологий, повышением потребностей населения в медицинской помощи.

2. Необходим анализ зарубежного опыта решения аналогичных проблем, так как опыт дает возможность выделить устойчивые тренды развития, которые целесообразно учитывать в кадровой политике, с учетом специфики организации Казахстанского здравоохранения.

3. С целью снижения нагрузки узкопрофильных специалистов возникает необходимость процесса разделения труда между отдельными квалификационно-профессиональными группами работников.

4. Необходимо расширение функций среднего медицинского персонала и многочисленных категорий смежных работников ПМСП, что дает возможность снизить нагрузку на узкопрофильных врачей и сократить их долю в общей занятости в здравоохранении.

5. Необходим курс на ускоренное развитие среднего медицинского персонала, так как по сравнению с численностью врачей, он пока недостаточно конкретизирован.

6. Использование зарубежного опыта при формировании кадровой политики по выделенным направлениям могло бы повысить эффективность деятельности узкопрофильных специалистов в организациях ПМСП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Анализ социального статуса и социальной роли врача общей Баркало практики. Основные направления социальной работы в системе здравоохранения – проблемы и перспективы развития. – 2011. URL: <http://maxpark.com/user/855238061/content/696870> (дата обращения: 24.02.2015).
- 2 НИУ ВШЭ. Отчет о научно-исследовательской работе «Моделирование и прогнозирование потребности системы здравоохранения в кадровых ресурсах». Шифр: ТЗ-128. 2014.
- 3 Росстат России. Здравоохранение России. Москва. За 2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 гг. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/en/main/ (дата обращения: 20.02.2015).
- 4 Улумбекова Г.Э. Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» на вызовы системе здравоохранения. - М.: Литтерра, 2011. – 104 с.
- 5 Шишкин С., Темницкий А., Чирикова А. Стратегия перехода к эффективно-му контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников // Экономическая политика. – 2013. – № 4. – С. 27–53.
- 6 Шейман И.М. Опыт реформирования здравоохранения Эстонии: что интересно для России? // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 69–78.
- 7 Шейман И.М., Шевский В.И. Почему в России не хватает врачей? // Экономическая политика. – 2014. – № 3. – С. 157–177.
- 8 AAHS (2012). Association of Allied Health Schools, Definition of Allied Health Professionals. Available: <http://www.asahp.org/> (accessed: 20 February, 2015). 10. Appleby J., Harrison T., Hawkins L, Dixon A. (2012). Payment by results. How can payment systems help to deliver better care? 1st ed. [eBook] London: The King's Fund. 1
- 9 Policies and Procedures for Certification and Fellowship (2014). Aug. 2014. Available: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/credentials/policy_procedures_e.pdf (accessed: 20 February, 2015).
- 10 Nichols F. (2003). Generalist or Specialist. Which do I consult? Distance consulting. Available: <http://www.nickols.us/generalist.pdf> (accessed: 20 February, 2015).
- 11 U.S. Department of Health and Human Services (2013). Health Resources and Services Administration, National Center for Health Workforce Analysis. Projecting the Supply and Demand for Primary Care Practitioners Through 2020. – Rockville. Maryland: 2008. – 156 p.
- 12 WHO Regional Office for Europe (2013). European Health for all database. Copenhagen, Regional Office for Europe. Available: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (accessed: 20 February, 2015)

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев

"ҚДСЖМ" Қазақстандық медицина университеті

ҚЫСҚА ПРОФИЛЬДІ МАМАНДАРДЫҢ АМСК ҰЙЫМДАРЫНА ҚЫЗМЕТТЕРІНІҢ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Мақаланың авторлары қазіргі отандық денсаулық сақтау саласын дамытудағы клиникалық және профилактикалық мәселелерді бастапқы шешуде айқындайтын рөл берілген терапевт, педиатр және жалпы практика дәрігеріне (ЖТД), т. е. отбасылық дәрігерге берілгендігіне талдау жүргізеді,

АМСК деңгейіндегі медициналық көмек ұйымдарының жүйесінің құрылымының қайта құрылуына байланысты, учаскелік терапевтің функциясына кіретін көптеген міндеттер қысқа профильді мамандарға берілген.

Түйінді сөздер: алғашқы медициналық-санитариялық көмек, құрылымын қайта құру, жаңа бейін мамандығы, жүктемелердің көбеюіне, үстемелі төмендету, құнын бару, бюджеттік қаражатты тиімді қызметі, қысқа профильді мамандар, өзін-өзі жетілдіру.

K. Konysbaeva, E. Uteuliev

Kazakhstan's medical university "KSPH"

MODERN SCIENCE IN MODERN MEDICINE ORGANIZATIONAL STRUCTURE

Resume: The authors of the article conduct the analysis of modern development of home health protection, where a qualificatory role in the decision of all clinical and prophylactic questions at the level of primary link is taken to the internist, paediatrician and general practitioner, to the domestic doctor. In connection with alteration of structure of the system of organization of medicare at the level, many functions.

Keywords: primary health care, rebuilding structure, new self-propelled specialties, increase in load, slaughtering costs, cost-effectiveness, budgeting, effective staffing, pro-professionals.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

В данной статье авторы показали влияние современных технологий оказания медицинской помощи на деятельность и совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Республике Казахстан, на всех этапах развития.

Основную роль была отведена системе первичной медико-санитарной помощи, так как ею осуществляется основной объем работы по охране и укреплению здоровья населения, профилактической работе, также применение современных технологий с целью удешевления процесса лечения и обеспечения, а в дальнейшем, - социального и ресурсосберегающего эффекта. В статье рассматриваются проблемы, связанные со здоровьем населения в развитых странах мира, которые на сегодняшний день решаются на этапе первичного звена здравоохранения (ПМСП), без перехода на более дорогостоящие этапы вторичной (стационары) и третичной (реабилитационные центры) помощи. Приводится анализ по странам мира о соотношении врачей общей практики (семейных врачей) по отношению к докторам других специальностей, как основного специалиста на уровне первичной медико-санитарной помощи, согласно ВОЗ.

Авторами статьи рассматриваются имеющиеся модели деятельности семейного врача, о необходимости их преобразования, с целью существования в будущем. В статье подчёркивается приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, что позволит в будущем, в условиях экономического кризиса, к умению ограничения финансовых ресурсов и рациональному расходованию средств, выделяемые государством системе здравоохранения.

Ключевые слова: *современные технологии, первичная медико-санитарная помощь, охрана и укрепление здоровья населения, удешевление процесса лечения, социальный и ресурсосберегающий эффект.*

УДК 630.45.12.856.1

Актуальность проблемы: Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является одним из ведущих инструментов Стратегии «Здоровья для всех», являясь центральным звеном всей системы здравоохранения и составляя неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества [1]. Каждый гражданин РК должен иметь доступ к ПМСП и принимать в ней участие. Первичная медико-санитарная помощь является основной службой системы здравоохранения, построенной по принципу от периферии к центру, неотъемлемой частью социально-экономического развития страны.

Для успеха деятельности ПМСП нужна не только индивидуальная коллективная самообеспеченность, а также максимальное участие или привлечение к участию населения, то есть, активное вовлечение населения, применения современных технологий, совместные действия по планированию и оказанию первичной медико-санитарной помощи, а также контролю за деятельностью с использованием местных, национальных и других ресурсов [2,3,4].

От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, в том числе на уровне семьи, представителей разных социальных групп и в первую очередь социально уязвимых слоев населения: детей, инвалидов, и лиц пожилого возраста.

Существенные диспропорции в финансировании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, постоянное удорожание стоимости медицинской помощи, отсутствие необходимых стационарозамещающих технологий, отсутствие ответственности за проведенный объем и качество оказываемой медицинской помощи, рост диспетчерской функции участкового врача (частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигла в РТ до 40%, а в западных странах до 12%), послужили основой перехода к общей врачебной (семейной) практике [4,5]. Во многих странах мира общая врачебная (семейная) практика обеспечивает доступную, эффективную лечебно-профилактическую помощь на уровне первичного контакта с населением. Например, в Великобритании до 90%

обращений за медицинской помощью выполняется на уровне врача общей практики. В США до 25% американских врачей заняты оказанием общей первичной медицинской помощи по принципу ВОП/СВ. При этом 47% всех обращений за медицинской помощью приходится на врачей общей практики. В настоящее время в США насчитывается более 220 тыс. врачей общей практики. Один ВОП/СВ приходится на 400 жителей [5,6,7]. В Норвегии, Швеции и Финляндии успешно «работают» модели общественной практики под названием «Центр здоровья». В Норвегии половина врачей — семейные врачи, в Швеции треть врачей - семейные врачи. В Финляндии распространена ВОП/СП в виде групповой врачебной практики [5,6]. В Германии 90% населения имеет своих домашних врачей, 46,8% врачей в этой стране являются врачами ВОП [4,5]. Во Франции насчитывается 58000 врачей общей практики. 1 врач приходится на 1000 населения. В этой стране введена специализация на ВОП/СВ - 2 года с 1985 года [6,7]. В Австралии 43% составляют врачи общей практики. В Австрии врачи ВОП - 32%. Общеврачебная практика распространена в Израиле, Ирландии, Греции, Испании, Дании, Португалии, Швейцарии и многих других странах. В этих странах от 3 до 12% случаев медицинскую помощь оказывают врачи общей (семейной) практики [5,6,7].

На основании постепенно накапливаемого отечественного опыта работы врача общей (семейной) практики в ряде городских поликлиник г.Алматы проблема перехода к оказанию медико-санитарной помощи силами ВОП/СВ оказалась чрезвычайно сложной и многоаспектной, однако, внедрение современных технологий в деятельность организаций на уровне ПМСП стала основой для структурных преобразований в системе первичной медицинской помощи и здравоохранения в целом [7,8,9].

Целью исследования является анализ влияния современных технологий оказания качественной медицинской помощи на деятельность организаций первичной медицинской помощи, на примере городских поликлиник г. Алматы.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен обзор мировых и отечественных литературных источников по внедрению современных технологий оказания медицинской помощи на деятельность

ПМСП, методические рекомендации по внедрению общей врачебной практики, стационароразмещающих, ресурсосберегательных технологий и «пациентоориентированной» модели в систему здравоохранения РК, анализ отчетно-учетной документации медицинских организаций системы здравоохранения на уровне ПМСП за последние 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Вопросы совершенствования ПМСП, поиск новых направлений, влияние современных технологий на качество оказываемой медицинской помощи в ПМСП, реформирование в области страховой медицины, показало улучшение качества медицинской помощи. К такому заключению пришли в результате анкетирования и опроса самих пациентов, что на современном этапе приобрели особую значимость.

Повысилось внимание к пациентам со стороны медицинских сотрудников на 92%; улучшилось взаимодействие с узкими специалистами, причём, обращение к ним снизилось на 46 %; уменьшилось количество обследований на 22%. На участках ВОП снизилось количество вызовов скорой неотложной помощи на 35% в связи с активизацией работы врачей ВОП и медицинских сестёр с пациентами и членами семьи, в результате внедрения современного подхода в виде передачи своих полномочий. Улучшились показатели детской и материнской смертности и по социально-значимым заболеваниям. Активизировалась работа стационароразмещающих видов медицинской помощи: дневных стационаров и стационаров на дому. В ряде городских поликлиник организованы мультидисциплинарные группы для оказания медицинской помощи на дому. Укомплектованность врачами ВОП за 5 лет, - на 100%, медицинскими сестрами возрос до 97,4%.

Исследования авторов статьи в области влияния современных технологий на качество оказываемой медицинской помощи, - показало доступность, безопасность и качество медицинской помощи в объёме гарантированной обязательной медицинской помощи (ГОБМП), наличие психологической подготовленности врачей и медицинских сестёр организаций на уровне ПМСП в результате повышения квалификации по циклам «Коммуникативные навыки», «Лидерство», «Организационное поведение», «Управление качеством медицинской помощи, проведенными сотрудниками кафедр КМУ «ВШОЗ». С применением современных технологий в оказании медицинской помощи улучшились достижения организаций ПМСП г. Алматы, заняли ведущие ранговые места. В результате ранжирования полного перечня субъектов хозяйственной деятельности ГКП, согласно финансово-экономическим показателям, многие

поликлиники г. Алматы удостоены почетного звания «Государственное предприятие года» и «Лидер отрасли». По результатам ранжирования вошли в ТОП-50 в номинации «Общая врачебная практика», руководители награждены национальным сертификатом Международного рейтингового Союза в номинации «Лучший руководитель года». По результатам достижения индикаторов рейтинга большинство руководителей медицинских организаций г. Алматы в номинации «Городские поликлиники» заняли передовые места. Многие сотрудники медицинских организаций г. Алматы съездили по обмену опыта в дальнее зарубежье.

Выводы:

1. С целью дальнейшего совершенствования своей деятельности, врачам ВОП необходимы знания не только четких и полных стандартов оказания первичной медицинской помощи населению, но и знания о влиянии современных технологий оказании качественной медицинской помощи в организациях ПМСП.
2. Основными направлениями первичной медико-санитарной помощи достижение доступности для населения, как в плане территориальной и финансовой, так и семейной медицины.
3. Необходимо дальнейшее усовершенствование динамического наблюдения за здоровьем граждан на уровне ПМСП и профилактическими мероприятиями. Проведение наблюдения за пациентом в течение всей жизни, а не только в период обострения болезни.
4. Наряду с укреплением первичного звена системы здравоохранения РК, стремление к дальнейшему увеличению оказания медицинских услуг на догоспитальном этапе.
5. Усиление профилактической направленности с повышением роли ВОП.
6. Усиление координационной деятельности узких специалистов с врачом общей практики (ВОП) в деле сохранения и укрепления здоровья населения Республики Казахстан.
7. Дальнейшая мотивация ВОП и средних медицинских работников путём повышения и дифференцированном подходе оплаты труда, согласно полученным результатам их деятельности.
8. Совершенствование менеджмента и финансирования организаций на уровне ПМСП.
9. Развитие института гражданского общества - НПО
10. Создание здоровой конкуренции на рынке медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алма-Атинская декларация 1978 года // Здоровье мира. - 1983. - №9. - С.24-25.
- 2 Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. - 1979. - Т.3, №3. - С. 123-146.
- 3 Боев В.С. Организация общей врачебной (семейной) практики в сельском районе (информационно-методические материалы). - Пермь: 2000. - 20 с.
- 4 Быстровский В.И. Предмет и принципы семейной медицины // Медицинская сестра. - 2003. - №4. - С. 58-61.
- 5 Турьянов А.Х. Опыт работы общей практики в структуре общегородской поликлиники // Материалы научно-практической конференции «Семейная медицина России на рубеже веков: Опыт и перспективы развития». - М.: 2002. - С. 138-141.
- 6 Снявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Главврач. - 2006. - №6. - С. 41-50.
- 7 <http://www.dissertacat.com/content/mediko-sotsialnye-problemy-vnedreniya-i-sovshenstvovaniya-deyatelnosti-obshchei-vrachebnoi#ixzz4vSW5mzMw>
- 8 Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars. Nieuwe grenzen voor de zorg, Samen verder Een blik op Europese zorgsystemen en hun financiering // Zeist. - VNZ: 1991. - P. 150-154.
- 9 <http://www.dissertacat.com/content/mediko-sotsialnye-problemy-vnedreniya-i-sovshenstvovaniya-deyatelnosti-obshchei-vrachebnoi#ixzz4vST0UYOW>
- 10 Чертухина О.Б., Гусева С.Л. Методы материального стимулирования сотрудников как основа повышения эффективности работы АПУ // Главврач. - 2006. - №1. - С. 86-93.

Қ.Қ. Қонысбаева, Е.С. Утеулиев
Қазақстандық медицина университеті "ҚДСЖМ"

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ "БМСК ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ ҚЫЗМЕТІНДЕГІ ТИГЕН ӘСЕРІ

Түйін: Бұл мақалада авторлар Қазақстан Республикасындағы бастапқы медициналық-санитарлық көмекке (БМСК) заманауи технологиялардың медициналық көмек көрсету қызметін жетілдіру және барлық кезеңдерінде дамыту әсері.

Негізгі рөлі апарған жүйесінде бастапқы медициналық-санитариялық көмек, өйткені онымен жүзеге асырылатын негізгі жұмыс көлемі бойынша қорғау және халықтың денсаулығын нығайту, алдын алу жұмыстары, сондай-ақ қазіргі заманғы технологияларды қолдану арзандату мақсатында емдеу процесін қамтамасыз ету, ал болашақта - әлеуметтік және ресурсосберегающего әсері.

Түйінді сөздер: заманауи технологиялар, алғашқы медициналық-санитариялық көмек, қорғау және халықтың денсаулығын нығайту, арзандату процесін емдеу, әлеуметтік және ресурстар үнемдеуші әсері.

К. Konysbaeva, E.Uteuliev
Kazakhstan Medical University of "KSPH"

MODERN SCIENCE IN MODERN MEDICINE ORGANIZATIONAL STRUCTURE

Resume: Influence of modern technologies of providing of medicare on activity of organizations of PMSH. In this article authors showed influence of modern technologies of providing of medicare on activity and perfection of primary медико-санитарной help in Republic of Kazakhstan, on all stages of development.

Basic role was taken to the system of primary help, because by her the basic volume of work comes true on a guard and strengthening.

Keywords: modern technologies, the primary medical and sanitary assistance, health and nutrition, the process of treatment, social and resource-saving effects.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 40 ДО 50 ЛЕТ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Е.С. Утеулиев, Б.А. Курбанова

Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения»

В данной статье будет исследована приверженность населения города Алматы, а именно Турксибского и Медеуского района, в возрасте от 40 до 50 лет к физической активности. Именно в этом возрасте чаще начинаются проявляться сердечно-сосудистые заболевания, патологии опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: физическая активность, спорт, опорно-двигательная система, малоподвижный образ жизни.

УДК 613.7

Актуальность. По определению ВОЗ, физическая активность — это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий.

Физическая активность является одним из важных аспектов здорового образа жизни. Она существенно улучшает здоровье, позитивно влияет на продолжительность жизни, снижает риск развития у человека болезней сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, сахарного диабета, онкологических заболеваний и т.д.

В современном мире люди все меньше замечают значимость занятий спортом, каждый занят своими многочисленными важными делами. К сожалению, в наш век, стремительно развивающихся технологий и наук, современный человек практически не двигается, он занят умственным трудом, совсем забывая о физическом. Мало кто догадывается, что занятия физическими упражнениями напрямую связаны с работоспособностью человека, с умением концентрироваться и со скоростью выполнения работы. Ведь человек, который хотя бы несколько раз в неделю занимается своим телом, намного выносливее и активнее рыхлого лентяя, соответственно и повседневные задачи у него будут решаться намного быстрее и лучше [1].

Целью нашего исследование является изучить приверженность населения города Алматы, а именно Турксибского и Медеуского района, в возрасте от 40 до 50 лет к физической активности для разработки профилактических мероприятий по привлечению населения к здоровому образу жизни.

Основные задачи исследования:

- Проанализировать приверженность населения города Алматы в возрасте от 40 до 50 лет к физической активности и выявить степень участия в физической активности исследуемого контингента людей.
- Определить причины недостаточной физической активности.
- Исследовать возможные последствия физической инертности среди старшего поколения.

В данный момент интенсивно растет количество заболеваний, спровоцированной низкой физической активностью. В связи с этим, необходимо с помощью эффективных мероприятий повысить приверженность населения к физической активности.

По данным ВОЗ, физическая инертность (недостаточная физическая активность) является четвертым по значимости фактором риска глобальной смертности (6% случаев смерти в мире). Кроме того, по оценкам, физическая инертность является основной причиной примерно 21-25% случаев рака

молодой железой и толстой кишкой, 27% случаев диабета и примерно 30% случаев ишемической болезни сердца.

Во многих странах люди все меньше и меньше занимаются физической активностью. Во всем мире 23% взрослых и 81% подростков, посещающих школу, испытывают недостаток физической активности [2].

В мае 2017 года компанией АСТ Казахстан проведено исследование среди населения г. Алматы методом телефонного опроса, объем выборки который составлял 400 респондентов. По результатам соопроса 62% жителей г. Алматы занимаются спортом. Мужчины в большей степени стараются поддерживать себя в хорошей физической форме (67%), чем женщины (58%). Больше всего любителей спорта в возрастной группе от 18 до 24 лет (78%), тогда как среди респондентов в возрасте от 25 до 34 лет их 65%, в других возрастных группах - от 52% до 59% 41% из физически активных алматинцев занимаются спортом каждый день, 48% респондентов занимаются 2-3 раза в неделю, и 8% - 1 раз в неделю [3].

Рассмотрим структуру населения Республики Казахстан по отдельным возрастным группам и возрастам на начало 2017 года:

- в 2015 году - люди, в возрасте 40-50 лет - 2160433 (человек)

- в 2016 году - люди, в возрасте 40-50 лет - 2173300 (человек)

- в 2017 году - люди, в возрасте 40-50 лет - 2196835 (человек)

А в городе Алматы следующие показатели:

- в 2015 году - люди, в возрасте 40-50 лет - 205925 (человек)

- в 2016 году - люди, в возрасте 40-50 лет - 211903 (человек)

- в 2017 году - люди, в возрасте 40-50 лет - 218874 (человек)

[4].

Исходя из статистических данных, в городе Алматы в среднем 12-12,5% от общего населения приходится на

возрастную группу от 40 до 50 лет. Желательно, чтобы к физической активности привлекались больше людей этой возрастной категории.

Указом Президента Республики Казахстан от 11 января 2016 года № 168 утверждена «Концепция развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года», одним из основных целей которой является активное вовлечение граждан в спортивную жизнь страны, независимо от возраста и социального статуса. В результате реализации Концепции ожидается увеличение среднего уровня вовлечения населения к систематическим занятиям физической культурой и спортом до 35% [5].

На основании вышеприведенных исследований и полученных результатов, можно сделать следующий **вывод**: В настоящее время, уровень участия населения в здоровом образе жизни недостаточна активная. Низкая физическая активность приводит к тому, что в нашем организме начинают происходить процессы, снижающие работоспособность различных внутренних систем. Снижение работоспособности в целом приводит к снижению показателей уровня жизни населения, что отрицательно влияет на качество жизни.

Проанализировав вышеуказанные данные мы решили провести исследование, путем социологического опроса, для определения приверженности населения города Алматы, а именно Турксибского и Медеуского района, в возрасте от 40 до 50 лет к физической активности. Эти два района выбраны не случайно. По административно-территориальным, промышленным, культурным, социальным показателям эти районы отличаются и в ходе исследования ожидается определить приверженность к физической активности исследуемого контингента людей в каждом районе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Роль физической культуры в жизни современного человека // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по материалам XIX студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. — М.: МЦНО, 2014. - №12(18). - С. 29-37.
- 2 "Global Recommendations on Physical Activity for Health". World Health Organization, Geneva, 2010.-60с.
- 3 Интернет-ресурс: <http://24.kz/ru/news/social/item/182454-po-rezultatam-sotsoprosta-62-zhitelej-g-almaty-zanimayutsya-sportom>.
- 4 Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі. Статистика комитеті. Қазақстанның демографиялық жылнамалығы. –Астана: 2017. –79 с.
- 5 «Концепция развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года». Указ Президента Республики Казахстан от 11 января 2016 года № 168.

Е.С. Утеулиев, Б.А. Курбанова
Қазақстандық медицина университеті «ҚДСЖМ»

40 ПЕН 50 ЖАС АРАСЫНДАҒЫ АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІККЕ БЕЙІМДІЛІГІ

Түйін: Әлемдік әдебиттерді талдай отырып, біз 40 пен 50 жас арасындағы Алматы қаласының, дәлірек айтқанда Түрксіб ауданы мен Медеу ауданы тұрғындарының физикалық белсенділікке бейімділігін зерттеуді ұйғардық.

Түйінді сөздер: физикалық белсенділік, спорт, тірек-қимыл жүйесі, аз қозғалу өмір салты.

E. Uteuliev, B. Kurbanova
Kazakhstan's medical university «KSPH»

COMMITMENT OF THE POPULATION OF THE CITY OF ALMATY IN THE AGE FROM 40 TO 50 YEARS OF PHYSICAL ACTIVITY

Resume: After analyzing the world literature, we decided to investigate the commitment of the population of Almaty, namely Turksib and Medeu, at the age of 40 to 50 years to physical activity.

Keywords: physical activity, sport, musculoskeletal system, sedentary lifestyle.

ОЦЕНКА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПМСП

Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Управление кадровыми ресурсами медицинской организации осуществляется в процессе выполнения стратегических направлений Министерства здравоохранения и социального развития РК, стратегии развития здравоохранения региона и включает в себя определение целей и задач по работе с кадрами, постоянное совершенствование системы кадровой службы[1].

Ключевые слова: кадры, медицина, потенциал, информационная система.

УДК 616.441-08.4.7.12.89

Актуальность: Система по планированию кадровой службы должна включать такие необходимые показатели, как контингент кадров по категориям и должностям; удельный вес АУП, затраты на их содержание; текучесть кадровых ресурсов отдельных специальностей и др. Комплексный охват планированием всех важнейших звеньев работы с кадровыми ресурсами позволяет оптимизировать деятельность отрасли в целом[2]. Сектор управления персоналом определяет средства, формы и методы достижения поставленных целей, организует работу по выполнению принятых решений вышестоящих органов, координации и контролю выполнения запланированных мероприятий. Совокупность целей, направлений, форм и методов управления кадрами складывается в единую кадровую политику организации, которая состоит из трех важных разделов [1].

Цель исследования: выявление и анализ проблем обеспеченности врачебными кадрами организаций ПМСП.

Задачи исследования: Изучить обеспеченность врачебными кадрами и средними медицинскими работниками организаций ПМСП.

Первым и основным разделом является деятельность по анализу, планированию и прогнозированию кадров. Данный объем работы включает в себя формирование базы данных кадровых ресурсов, расчет потребности специалистов отдельных специальностей и квалификации. В качественный подбор необходимых кадров, эффективная расстановка, создание условий по стимулированию их деятельности, оценка потенциала имеющихся ресурсов и непрерывного обучения кадров. Третьим обязательным разделом кадровой работы является анализ рационального использования кадров в коллективе. Задачей этого раздела работы с кадровыми ресурсами является создание

устойчивого коллектива, с хорошим морально-психологическим климатом, мотивацией к высокопроизводительному труду и непрерывному профессиональному росту. Система анализа, планирования и прогнозирования персонала медицинской организации в РК должна основываться на данных АСУ «Кадры». Единая информационная система позволяет просматривать имеющиеся в базе личные сведения о сотруднике: год получения диплома, последующие повышение квалификации, предыдущие места работы и должность и др. Сектору управления персоналом необходимо тщательно следить за своевременным внесением новых данных в базу АСУ «Кадры» по действующим и вновь принятым сотрудникам.

Материалы и методы: Анализ кадрового состава проводится по фактическому соответствию качественного и количественного состава персонала для осуществления основной задачи медицинской организации – оказание качественной медицинской помощи населению. При этом задачей качественного анализа является определение и оценка знаний, умений и навыков сотрудников к выполнению своих функциональных обязанностей. По данным ВОЗ, данные о КРЗ не всегда являются всеобъемлющими (часто черным ящиком является частный сектор, а также неформальный сектор, особенно в сфере социального ухода и "альтернативной медицины"). Существуют пробелы в информации о таких аспектах КРЗ, как типы деятельности, совместительство, миграционные потоки и место осуществления практики [2].

На примере одной из поликлиник города Алматы можно сказать что количества сотрудников может меняться всегда. Количество специалистов не всегда говорить о качестве.

Таблице 1 - Количество сотрудников, имеющих квалификационные категории и сертификаты специалиста

№ п/п	Структурное подразделение	Квалификационные категории								Сертификат			
		Всего				Высшая		1		2			
		2015		2016		2015	2016	2015	2016	2015	2016		
1	Врачи	29	54,7 %	33	60%	17	17	11	13	5	16	24	23
2	Медсестры	47	46%	53	47,3%	35	39	7	7	5	7	55	59

Результаты и их обсуждения: Количественный анализ медицинских кадров в РК проводится по таблице 1100 «Штатные должности организации на конец отчетного года» (форма №30), где определяется несоответствие между штатными, занятыми должностями и физическими лицами на этих должностях; а также по форме 17, из которой

определяют категорированность персонала, количество лиц, запланированных на обучение и прошедших обучение в текущем году. Половозрастной состав коллектива из базы АСУ «Кадры» определяется для уточнения числа сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста. Важно установить природу несоответствия между

требуемым и имеющимся в наличии персоналом, поскольку этим обуславливается круг мероприятий, направленных на ликвидацию подобного несоответствия [4]. Принцип кадрового планирования любой организации является основополагающим. На базе этого принципа формируется цель – улучшение системы управления персоналом; и задачи: минимизация свободных кадровых единиц по штатному расписанию и оптимизация кадровой структуры в соответствии с объемами услуг; разработка стратегии организации по повышению своей конкурентоспособности через привлечение и сохранение необходимых работников, обладающих необходимой компетенцией, предвидение возможного профицита и дефицита работников. Таким образом, кадровое планирование позволяет создать хорошо подготовленный и гибкий штат, способный адаптироваться к изменяющейся внешней среде, снизить зависимость от найма работников извне, помогает организации найти новые и более эффективные способы управления человеческими ресурсами [5].

Основные виды планирования – долгосрочное, перспективное и текущее. Долгосрочное планирование рассчитывается на 10-15 и более лет, перспективное – на пятилетний период, текущее – до одного года [2].

Долгосрочное планирование – программа по совершенствованию планирования кадровых ресурсов, повышению квалификации сотрудников, улучшению условий труда, снижению текучести кадров путем повышения творческой инициативы и трудовой активности работников [3].

Перспективные планы включают мероприятия по совершенствованию состава кадров на основе анализа существующего кадрового потенциала, расчет потребности, определение источников комплектования, определение требований к различным категориям работников, создание кадрового резерва, разработка механизмов мотивации молодых специалистов, дальнейшее развитие форм непрерывного повышения квалификации.

Текущий план детализирует показатели долгосрочного и перспективного планов работы кадровой службы и отражает вопросы комплектования подразделений востребованными сотрудниками, их распределения и обучения, оценки деятельности, контроля целесообразного использования рабочего времени и реализации запланированных мероприятий по работе с кадрами [2].

3. Прогнозирование КРЗ – это не только математические расчеты цифр по кадровым ресурсам. Руководителям, формирующим кадровую политику предприятия необходимо уделять внимание вопросам найма, образования, распределения, сохранения, мотивирования и управления КРЗ, что будет способствовать лучшему владению ситуацией по кадровым ресурсам и принятия правильного решения при планировании и прогнозировании.

Экстенсивный рост трудовых ресурсов здравоохранения может быть компенсирован его качественным изменением: увеличение кадрового потенциала достигается за счет повышения квалификации, изменения профессионально-квалификационной структуры и повышения производительности (ВОЗ).

Кадровое прогнозирование и планирование в настоящее время являются важным элементом кадровой политики и составляют часть общего планирования деятельности организации. Прогнозирование потребностей кадровых ресурсов осуществляется на основе стратегических целей организации и включает оценку спроса и предложений на медицинские услуги. В крупных компаниях и организациях прогнозированием занимаются отделы по прогнозированию потребности предприятия в материальных и человеческих ресурсах. В штат таких отделов входят менеджеры с экономическим, юридическим и математическим образованием, которые осуществляют научно-экономическое обоснование потребности, в том числе в кадровых ресурсах. Прогнозирование потребности в кадрах базируется на использовании математико-статистических методов и методов моделирования.

Основными этапами прогнозирования являются:

- ретроспективный анализ (изучение кадрового потенциала предприятия за последние 10–15 лет);
- диагностика (оценка деятельности кадровой службы и структуры кадров для выявления тенденции в развитии структуры кадров, определение путей совершенствования кадровой работы и круга кадровых задач, подлежащих решению);
- выбор метода (расчеты методом математической статистики или метод экспертных оценок и предложений качественного характера на основе последних достижений науки и практики в области подбора, подготовки, расстановки кадров);
- прогнозирование – предвидение основных изменений и структурных сдвигов в профессионально-квалификационном и социально-демографическом составе кадров, организации деятельности предприятия и кадровой службы в частности.

Умение эффективно и грамотно управлять кадровыми ресурсами, состояние материально-технической базы медицинских учреждений, и, особенно, наличие квалифицированных сотрудников, обладающих специализированными знаниями, влияет на качество медицинской помощи и ее доступность.

Дефицит кадров остается проблемой, несмотря на ежегодное увеличение выпуска подготовленных медицинских кадров, особенно это касается персонала, оказывающего ПМСП, и обеспеченности медицинскими кадрами сельского населения. Наблюдается тенденция «старения» кадров, их доля составляет в пределах 4% от общего числа врачебных кадров.

Министерством здравоохранения РК проводится большая работа по снижению дефицита квалифицированных кадров и прогнозированию потребности в кадрах на ближайшие годы.

Выводы: Формирование кадровой политики должно согласовываться с образовательной политикой в системе непрерывного профессионального образования и направлено на активизацию мотивированности медицинских работников к повышению своей квалификации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 «Стратегия развития кадров здравоохранения в Европейском регионе», июнь 2008г., г.Таллин, материалы Министерской конференции Европейского регионального бюро ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.
- 2 «Кадровые ресурсы медицины XXI века», г.Ташкент, материалы Международной конференции при поддержке АМСЗ и ААЦЗ, проведенного между странами СНГ и ЦВЕ.
- 3 EU Consensus Statement on the Crisis in Human Resources for Health/ Luxemburg, Council of the European Union, 2006. (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/06/st08359.eh06/pdf> (Annex II))
- 4 A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007-2013). Brussels, Commission of the European Communities, 2006 (http://www.eepa.be/wcw/mambots/editors/mostlyse/jscrippts/tihy_mce/plugins/filemanager/files/EU_061221 Communication_Health workers.pdf).
- 5 Human Resources for Health in the WHO European Region. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2006г. (<http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>).
- 6 Mullan F. The metrics of the physician brain drain // New England Journal of Medicine. – 2008. - №353(17). – P. 1810-1818.

Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

БМСК ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ РЕСУРСТАРДЫ БАҒАЛАУ

Түйін: Медицина саласындағы кадрлық тапшылық қазіргі кездегі өзекті мәселердің бірі. Кадрлық тапшылықты қаланың шеткей аймақтары мен ауылды елді мекендерде анық көріге болады. Олардың алдын алу үшін мемлекет тарапынан кадрлықты тапшылықты азайтуға бағытталған бағдарламалардың саны мен сапасы жақсы болуы керек.

Түйінді сөздер: кадрлар, медицина, потенциал, информациондық жүйе.

Y. Uteuliev, K. Konysbaeva
Kazakhstan Medical University "KSPH"

ASSESSMENT OF STAFF RESOURCES OF PMCC ORGANIZATIONS

Resume: Formation of the personnel policy should be coordinated with the educational policy in the system of continuous vocational education and is aimed at activating the motivation of medical workers to improve their skills.

Keywords: cadres, medicine, potential, information system.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ПРОГРАММ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Б.С. Турдалиева, Г.Е. Аимбетова, Е.В. Индершиева, Г.Н.Ербосынова
Казакский Национальный Медицинский Университет им. Асфендиярова

Для оценки достижения по развитию общественного здравоохранения необходимы универсальные инструменты измерения оценки перспектив дальнейшего развития всей системы здравоохранения. Существуют различные виды мониторинга, в основу которых могут быть положены разные подходы. В данной статье представлены современные подходы к мониторингу и оценке, которые позволят приближённо объективно оценить результативность реализуемой программы и, при необходимости, принять управленческие решения для дальнейшего совершенствования.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, мониторинг и оценка, индикаторы, программы здравоохранения

УДК 614.2:64.011.8 (574)

Актуальность. Для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Н.А. Назарбаевым в Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30 наиболее развитых стран мира к 2050 году следует преодолеть разрыв в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Казахстаном [1].

В этой связи государство должно обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное использование имеющихся ресурсов.

В ходе реализации предыдущих государственных программ был укреплен потенциал системы здравоохранения Казахстана, внедрены элементы рыночных механизмов и осуществлен трансферт современных медицинских технологий.

Указом Президента Республики Казахстан Н. А. Назарбаева №176 от "15" января 2016 года была принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы. Целью Программы было сформировано укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны. В качестве задач определены: развитие системы общественного здравоохранения; совершенствование профилактики и управления заболеваниями; повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения; повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли [2].

Для решения задачи по развитию общественного здравоохранения, как основы охраны здоровья населения было принято решение о создании впервые в Казахстане Службы общественного здоровья (СОЗ). Основными направлениями деятельности СОЗ были сформированы: управление общественным здоровьем; изменения в направлении поддержания здоровья и поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультации, пропаганду; поощрение здорового образа жизни на основе межведомственного взаимодействия ПМСП с заинтересованными государственными органами [2,3].

Для оценки достижения решения тех или иных задач необходимы универсальные инструменты измерения не только здоровья населения, но оценки перспектив дальнейшего развития всей системы здравоохранения. Использование современных подходов к мониторингу и оценке, особенно на местном уровне, позволит приближённо объективно оценить результативность реализуемой Программы и, при необходимости, принять управленческие решения для дальнейшего совершенствования [3].

Мониторинг и оценка являются частью полного цикла управления включают в себя сбор достоверных данных в соответствии с выработанными целями и индикаторами,

которые затем анализируются и используются при подготовке документов для лиц, принимающих решения, а результаты мониторинга и оценки отражаются в принимаемых решениях.

Существуют различные виды мониторинга, в основу которых могут быть положены разные подходы, к числу которых относятся: цели проведения мониторинга; его основные функции; область применения данных; инструментарий; модель или технология проведения мониторинга и др.

Так, например, существует подход, который выделяет следующие виды мониторинга: информационный, диагностический, сравнительный, прогностический.

Информационный мониторинг ориентирован на сбор, накопление, анализ, структуризацию и интерпретацию данных по выделенной совокупности показателей при условии, что анализ носит не сопоставительный или прогностический, а констатирующий характер. Отличительной чертой информационного мониторинга является отсутствие анализа эффектов в взаимного влияния показателей, сопоставления результатов мониторинга на различных уровнях управления качеством образования, выявления тенденций в образовании и прогнозирования их влияния на качество образования [4,5].

Диагностический мониторинг предназначен для определения того, как возникающие проблемы влияют на результаты. Диагностический мониторинг может проводиться на различных уровнях [4].

Сбор данных для диагностического мониторинга обычно проводится с помощью стандартных или предварительно сформированных измерений [5].

В диагностическом мониторинге не учитываются входные характеристики ситуации, поскольку главная его цель состоит в том, чтобы идентифицировать сильные и слабые стороны достижений независимо от целостной ситуации. Поэтому диагностический мониторинг используется в определенную единицу времени и не используется для программ в целом [4,5].

Сравнительный мониторинг направлен на сопоставление количественных индикаторов по совокупности показателей, например, для областей, районов, медицинских организаций. При данном виде мониторинга сравнительный анализ может проводиться как по вертикали (области, районы, города, медицинские организации), так и по горизонтали (рейтинг районов, рейтинг областей и т.д.) на основе анализа по одинаковым показателям и с учетом различных факторов, смещающих оценки. По результатам сравнительного мониторинга можно принимать административные решения [4,6].

При сравнительном мониторинге особое значение имеет анализ взаимосвязей между показателями и их взаимного влияния друг на друга. Специфика анализа данных в сравнительном мониторинге и особая ответственность за его результаты предъявляют повышенные требования к качеству инструментария. В сравнительном мониторинге обычно используют количественные шкалы, профессионально разработанные анкеты для сбора

дополнительной информации, которые влияют на оценку качества оказанных услуг. Проведение сравнительного мониторинга нередко включает измерения входных данных и итоговых результатов.

Текущий (прогностический) мониторинг нацелен для определения и прогноза различных тенденций в развитии отрасли. Данный вид мониторинга важен для решения управленческих задач в здравоохранении. Роль прогностического мониторинга в условиях реформирования и развития здравоохранения неуклонно возрастает в силу изменений, происходящих в характере управленческих решений на разных уровнях иерархии. Если раньше приоритет принадлежал оперативным управленческим решениям, направленным на текущее функционирование структур здравоохранения, то сейчас на первый план нередко выходят стратегические решения, нацеленные на развитие системы здравоохранения в целом. Опыт реформирования в здравоохранении показал, что стратегические решения зачастую приходится принимать в условиях отсутствия необходимой информации, в результате не учитываются все возможные последствия проводимых нововведений и преобразований [3,4,6]. Примером тому может служить предоставление организациям здравоохранения права на оказание платных услуг, которое, с одной стороны, сыграло положительную роль, а с другой — имело негативные, неучтенные последствия. В частности оно способствовало коммерциализации государственного здравоохранения.

При наличии необходимых информационных условий для разработки стратегии на основе анализа внутрисистемных и межсистемных противоречий можно предвидеть многие негативные последствия реформаторства и принять упреждающие меры на момент осуществления нововведений. Стратегические управленческие решения, направленные на развитие системы здравоохранения, должны основываться на вероятностной оценке тенденций в здравоохранении, которые следует получать с помощью прогностического мониторинга. Для прогноза обычно широко используются методы регрессионного анализа и другие математико-статистические методы [6,7].

Рассмотренные виды мониторинга редко встречаются в практике здравоохранения в чистом виде. Их выделение имеет смысл для описания требований к проведению, обеспечивающих корректность сбора, анализа и интерпретации данных. Как правило, в здравоохранении проводят комплексный мониторинг, сочетающий в различных пропорциях перечисленные выше виды.

Во время реализации программы мониторинг и оценка содействуют руководству в принятии решений и направлении программы к успеху. На этом этапе отслеживаются действия, бюджеты, продукты и предположения, отзывы заинтересованных сторон и вклад программы в долгосрочные результаты. Также на этом этапе важно начать измерять прогресс проекта по достижению целей, вклад в стратегию [8,9].

На этапе оценивания проводится оценка результатов, воздействия программы на ожидаемые результаты, а также качественный и количественный анализ. Выводы, рекомендации, воздействие и извлечение уроков завершают оценку [10].

При разработке структуры целесообразно использовать логические матрицы, которые могут быть разными. Логическая матрица является основным инструментом, используемым для проектирования, реализации и оценки программ. Ее важно рассматривать как динамический инструмент, который можно будет использовать для переоценки и пересмотра программы по мере его реализации и по мере изменения обстоятельств вокруг реализации проекта. Логическая матрица представляет собой фундамент программы и задает четкую иерархию целей, начиная с ресурсов и до конечного результата. Чем четче будет иерархия целей и теснее связь между ними, тем легче будет отслеживать и измерять прогресс, вносить изменения в проект и отслеживать последствия каждого изменения [11,12].

Выводы. Таким образом, требуются современные подходы к мониторингу и оценке, особенно на местном уровне, что позволит приближенно объективно оценить результативность реализуемой программы и, при необходимости, принять управленческие решения для дальнейшего совершенствования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года,
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы, принята Указом Президента Республики Казахстан Н. А. Назарбаева №176 от "15" января 2016 года, <https://egov.kz/cms/ru/law/list/U1600000176>
- 3 Аканов, А. А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010 - 2015 годы. – Астана: 2005. – 135 с.
- 4 Самолук Н.Г., Современные средства оценивания результатов обучения // ТГПУ, Российская Федерация. – 2008. – С. 88-91.
- 5 Helmut Brand, MSc, Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups. - Bielefeld, Deutschland: 2009. – 120 p.,
- 6 Ионкина И.В., Пути повышения качества оказания медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинского персонала // Экономика, государство, общество. – М.: 2015. - №3. – Р. 45-57.
- 7 Журавлева Л.В., Кораблева О.В., Буранкова М.А., Повышение доступности и качества услуг здравоохранения в зарубежных странах // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2015. - № 5(290). – С. 18-26.
- 8 Индершиев А. М. Методические подходы к мониторингу и оценке программ здравоохранения: дис. ... канд.мед.наук – М., 2015. – 51 с.
- 9 Freer Spreckley, Monitoring and Evaluation by results. - Local Livelihoods, UK: 2009. – 45 p.
- 10 Judy Logan, Lesley Morgan, Guidance for Monitoring of Persons Exposed to Communicable Infectious Diseases of Public Health Importance // Florida Health Journal. – 2016. - №1. – Р. 4-5.
- 11 Титова А.О., Оценка действующих программ модернизации здравоохранения в России // Вестник ПАГС. 2013. - №3. – С. 72-76.
- 12 Жолдошбекова А. Третьякова Т., Пособие по мониторингу и оценке, с учетом равных прав и возможностей. ПРОЕКТ, при поддержке ЮНИФЭМ. - Бишкек: 2010. - 43 с.

Б.С. Турдалиева, Г.Е. Аимбетова, Е.В. Индершиева, Г.Н. Ербосынова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІН МОНИТОРИНГ АРҚЫЛЫ ЖОСПАРЛАУ

Түйін: Әмбебап өлшеу құралдары, денсаулық сақтау жүйесі тұрғысынан одан әрі дамыту, бағалау үшін денсаулық сақтау қажеттілігін дамыту. Түрлі көзқарастар қоюға болады негізделген мониторингтің әртүрлі түрлері бар. Бұл мақалада-жақсарту үшін қажет болған жағдайды әкімшілік шешімдер қабылдауды, объективті іске асырылатын бағдарламалардың тиімділігін бағалауға және жуықтауға болады. Мониторинг және бағалау үшін қазіргі заманғы тәсілдерді ұсынады.

Түйінді сөздер: қоғамдық денсаулық сақтау, бағалау және мониторинг көрсеткіштері, денсаулық бағдарламасы.

B. Turdaliyeva, G. Aimbetova, Y. Indershiyeva, G. Yerbosynova
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

CONTEMPORARY APPROACHES TO PLANNING OF MONITORING AND EVALUATION OF HEALTH PROGRAMS

Resume: We need multipurpose measurement tools of assessing perspective of development in order to evaluate the achievements in the development of all public health system. There are various types of monitoring, which are based on different approaches. This article presents modern approaches of monitoring and evaluation that will evaluate objectively the effectiveness of implemented programs and, if necessary, to take administrative decisions for improvement.

Keywords: public health, monitoring and evaluation indicators, the health program

ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Г.К. Каусова¹, А.Т. Шарман², К.А. Пушкарев¹

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ» г.Алматы, Республика Казахстан

²Академия превентивной медицины, г. Арлингтон, США

Персонафицированность, созданию комбинированных служб амбулаторной и стационарной помощи, а так же повышение сервиса в обслуживании пациентов на сегодняшний день является основной стратегией медицинского сектора в экономически развитых странах мира. Так как частота обследований и содержание периодических осмотров должны быть соотнесены с каждым конкретным человеком, так как необходимо иметь уверенность, что любая процедура будет клинически эффективной по отношению к данному, конкретному пациенту, в зависимости от его потребностей, возраста, пола и образа жизни. Превентивная медицина четко регламентирует тот факт, что важнейшие меры, позволяющие снизить число заболеваний и их тяжесть, следует отнести такие, которые связаны с мерами, осуществляемыми самим пациентом и принятые адресные меры, по результату обследования будут направлены на улучшение состояния здоровья отдельного индивида.

Ключевые слова: превентивная медицина, персонафицированность, амбулатория, check-up диагностика

УДК 616-01

В настоящее время общепризнано, что одним из приоритетный направлений, любой страны с высоким уровнем дохода, является разработка и внедрение в систему здравоохранения здоровьесберегающих технологий, направленных, прежде всего на профилактику в категории заболеваний по всем возрастным группам [1].

Однако это не принесет желаемых результатов если упустить аспекты организации и функционировании управления в системе здравоохранения и не иметь четкие скоординированные и согласованные действия, а также риски в стратегии развития данного сектора [2]. Еще одним аспектом в эффективной превентивной медицины является отказ от устаревших стандартов в оказании помощи населению и применению медицинских технологий в прошлом. Поэтому несмотря на проводимые медицинские реформы как Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ), так и локальными органами управления в государствах, повсеместно в мире отмечается острая нехватка врачей на амбулаторном уровне оказания медицинской помощи населению, что сказывается на качестве оказания медицинской помощи прежде всего детскому населению, что в дальнейшем повлечет за собой

ухудшение качества здоровья нации любого экономически развитого государства [3].

Ярким примером формирования дефицита кадров в амбулаторном звене оказания медицинской помощи детскому населению, являются страны Евросоюза, что связано прежде всего с дорогостоящим и длительным обучением как врачей, так и медицинский сестер. Однако европейские страны решают подобные проблемы благодаря активной миграцией медицинский работников из других стран [4]. Так же немаловажную роль играют усилия европейских стран к созданию комбинированных служб амбулаторной и стационарной помощи детскому населению, а так же повышение сервиса в обслуживании пациентов. Примером таких стран можно назвать Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии [5].

Так же в последние годы в странах Европы все большую популярность набирает так называемая Check-up (от англ. Check-up – «проверка») диагностика, направленная на ранее выявление возможных заболеваний, наблюдение за здоровьем, что позволяет избежать серьезных осложнений в будущем. В зависимости от потребностей пациента, его возраста, пола и образа жизни, программы обследования

могут быть различными по объему и набору обследований и могут быть дополнены специальными исследованиями [6,7,8].

Таким образом, Check-up диагностика относится к сектору превентивной медицины и ее отличиями от профилактической медицины является в первую очередь персонализированность к любому пациенту, то есть выявление изменений способных вести к заболеваниям и принятие адресных мер, направленных на предотвращение болезней и ведущих к улучшению состояния здоровья отдельного индивида [9,10]. Данный тип диагностики значительно отличается от профилактической медицины, которая все таки направлена на выявление заболеваемости в группах людей на ранних стадиях болезни [11,12]. При этом следует понимать, что те стадии, на которых большинство заболеваний могут быть диагностированы (вторичная профилактика), такими доступными методами как лабораторные исследования, рентген, УЗИ и т.д. на самом деле не являются ранними [13]. В лучшем случае, профилактически, удается диагностировать болезнь на ее доклинических стадиях (когда еще нет симптомов). Более того профилактическая медицина не персонализирована в принципе, то есть рекомендации по предотвращению развития (первичная профилактика) или прогрессирования заболеваний одинаковы для всех (физкультура и спорт, правильное питание) [14].

Следует принять тот факт, что несмотря на важность регулярных обследований участковым врачом амбулатории, применение стандартного скринингового набора обследований всех здоровых людей, осуществляемого один раз в год, не может считаться эффективной мерой для предотвращения заболеваний [15,16]. Прежде всего это связано с тем, что система массового профилактического скрининга не ставит перед собой задачу индивидуальности, т.е. не рассматривает конкретного человека, с его индивидуальными особенностями организма, генетической предрасположенностью к тем или иным заболеваниям, в следствии чего не дает гарантий эффективности и безопасного лечения пациента в будущем [17,18]. Более того, по результатам подобных скринингов врач клиницист не уверен, что выполнение тех или иных профилактических мер сможет заметно сказаться на снижении смертности либо заболеваемости по тем болезням, которые он старается вылечить.

Частота обследований и содержание периодических осмотров должны быть соотнесены с каждым конкретным человеком, так как необходимо иметь уверенность, что данная процедура будет клинически эффективной по отношению к данному, конкретному пациенту [19]. Массовому профилактическому скринингу следует перенести на индивидуализированные осмотры с учетом прежде всего их потенциальной клинической эффективности и сбора надежной информации, доказывающей действенность конкретных действий для

предупреждения самого развития заболеваний для каждого конкретного человека. В следствии чего, участковый врач амбулатории становится персональным врачом по отношению к индивидуальному пациенту, что позволяет клиницисту в будущем выбрать такие меры профилактики, эффективность которых наиболее очевидна [20,21,22,23]. Если посмотреть на превентивную медицину США и Канады, то в этих странах уже не один десяток лет, она практикуется и пусковым механизмом была Американская медицинская ассоциация и Канадский комитет по вопросам периодических обследований населения. Данные организации очень квалифицированно подошли к оценке эффективности профилактических мероприятий населения. Были разработаны недвусмысленные критерии по оценке качества информации которую можно почерпнуть из публикуемых клинических статей, правила соотнесения рекомендаций в пользу или против данной процедуры с возможностью документировать ее эффект [24,25,26]. Превентивная медицина четко регламентирует тот факт, что важнейшие меры, позволяющие снизить число заболеваний и их тяжесть, следует отнести такие, которые связаны с мерами, осуществляемыми самим пациентом. Массовые профилактические скрининги выполняемые без учета фактора риска и четкого моделирования групп обследования, дают большое число ложно-положительных результатов, которые влекут за собой ненужную и необоснованную дополнительную диагностику и лечение. Так как многим тестам не хватает клинической значимости, к тому же они сопряжены нередко с большими затратами, особенно если выполняются на больших группах [27,28,29].

Более того, благодаря персонализированности можно собрать более подробную историю болезни и детальный анамнез пациента, которые будут играть большую роль в проведении всех необходимых обследований во время превентивного осмотра. После чего будут выявлены индивидуальные факторы риска и их минимизация в возникновении побочных эффектов и неприятностей, связанных с выполнением тех или иных медицинских процедур. Принятые меры по результатам любой превентивной диагностики могут значительно в большей мере способствовать улучшению состояния здоровья, чем вторичные профилактические меры [30,31,32].

Таким образом, превентивная медицина рассчитана, прежде всего, для тех, у кого нет каких-либо очевидных проблем со здоровьем, но есть желание узнать о рисках серьезных заболеваний в ближайшем или отдаленном будущем. Более того, обследование по программе общего скрининга целесообразно также для пациентов, имеющих некий комплекс жалоб, причину которых необходимо определить. Системный подход в оценке показаний по каждой проблеме дает врачу возможность сравнить эффективность различных профилактических мер и понять, какая же из них больше всех поможет данному индивидуальному пациенту.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Countdown to 2015, decade report (2000–10)—taking stock of maternal, newborn and child survival. - WHO. - Geneva: 2010.
- 2 J. Emilio Carrillo. and Victor A. Carrillo. and Hector R. Perez. and Debbie Salas-Lopez. and Ana Natale-Pereira. and Alex T. Byron. "Defining and Targeting Health Care Access Barriers." // Journal of Health Care for the Poor and Underserved 22.2. - 2011. - P. 562-575.
- 3 Fact file on health inequities. (n.d.). Retrieved April 25, 2014, from World Health Organization website: <http://www.who.int/sdhconference/background/news/facts/en/>.
- 4 DuBois C, Nolte E, McKee M, editors. Human resources for health in Europe. - Maidenhead: Open University Press, 2006. - 205 p. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications2/2006/human-resources-for-health-in-europe>, accessed 28 July 2015).
- 5 Porter M, Mountford J, Ramdas K. Reconfiguring stroke care in north central London. - Cambridge: Harvard Business School, 2011. - 96 p.
- 6 Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates // The New England Journal of Medicine. - 2008. - №358(7). - P. 661-663.
- 7 Gillman MW. Primordial Prevention of Cardiovascular Disease // Circulation. - 2015. - №131. - P. 599-601.
- 8 Chioloro A et al. The pseudo-high-risk prevention strategy // Int J Epidemiol. - 2015. - №44(5). - P. 1469-1473.
- 9 Katz, D., & Ather, A. Preventive Medicine, Integrative Medicine & The Health of The Public // Commissioned for the IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public. 2009. - №2. - P. 15-21.
- 10 Vineis, P., & Wild, C. P. Global cancer patterns: causes and prevention // Lancet. - 2014. - №383(9916). - P. 487-496.

- 11 Barrett, Jessica L.; Gortmaker, Steven L.; Long, Michael W.; Ward, Zachary J.; Resch, Stephen C.; Moodie, Marj L.; Carter, Rob; Sacks, Gary; Swinburn, Boyd A. "Cost Effectiveness of an Elementary School Active Physical Education Policy" // American Journal of Preventive Medicine. – 2016. - №49(1). – P. 148–159.
- 12 Merkur, S., Sassi, F., & McDaid, D. Promoting health, preventing disease: Is there an economic case? // European Observatory on Health Systems and Policies. – 2013. – P. 8-13.
- 13 Hackl, F., Halla, M., Hummer, M., & Pruckner, G.J. The Effectiveness of Health Screening // Health Economics. – 2015. - №24. – P. 913–935.
- 14 Galama, T. J., & van Kippersluis, H. Health Inequalities through the Lens of Health Capital Theory: Issues, Solutions, and Future Directions // Research on Economic Inequality. – 2013. - №21. – P. 263–284.
- 15 P. Kanavos, A. Ferrario, S. Vitoratos et al., "Higher U.S. Branded Drug Prices and Spending Compared to Other Countries May Stem Partly from Quick Uptake of New Drugs," // Health Affairs. – 2013. - №32(4). – P. 753–761.
- 16 W. Stevens, T. J. Philipson, Z. M. Khan et al., "Cancer Mortality Reductions Were Greatest Among Countries Where Cancer Care Spending Rose the Most, 1995–2007," // Health Affairs. – 2015. - №34(4). – P. 562–570.
- 17 Organization for Economic Cooperation and Development, Cardiovascular Disease and Diabetes // Policies for Better Health and Quality of Care. – Paris: 2015. – P. 45-52.
- 18 Squires, Explaining High Health Care Spending, 2012; Anderson, Frogner, and Reinhardt // Health Spending in OECD Countries. – 2007. - P. 88-96.
- 19 M. J. Laugesen and S. A. Glied, "Higher Fees Paid to U.S. Physicians Drive Higher Spending for Physician Services Compared to Other Countries // Health Affairs. – 2011. - №30(9). – P. 1647–1656.
- 20 D. I. Auerbach and A. L. Kellermann, "A Decade of Health Care Cost Growth Has Wiped Out Real Income Gains for an Average U.S. Family," // Health Affairs. – 2011. - №30(9). – P.1630–1636.
- 21 D. Blumenthal and D. Squires, "Do Health Care Costs Fuel Economic Inequality in the United States?" // The Commonwealth Fund Blog. – 2014. - №9. – P. 108-116.
- 22 D. U. Himmelstein, D. Thorne, E. Warren et al., "Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study," // American Journal of Medicine. – 2009. - №122(8). – P. 741–746.
- 23 How Does Growth in Health Care Costs Affect the American Family? // RAND Health. - Santa Monica, Calif.: RAND, 2011. – P. 51-56.
- 24 T. Johnson, Healthcare Costs and U.S. Competitiveness. - New York: Council on Foreign Relations, 2012. – 507 p.
- 25 D. Squires, "The Global Slowdown in Health Care Spending," // Journal of the American Medical Association. – 2014. - №312(5). – P. 485–486
- 26 D. Squires, Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality. - New York: The Commonwealth Fund, 2012. – 294 p.
- 27 D. Squires, The U.S. Health System in Perspective: A Comparison of Twelve Industrialized Nations. - New York: The Commonwealth Fund, 2011. – 137 p.
- 28 Assistant Secretary for Public Affairs // Preventive Care. - 2017. – P. 88-91.
- 29 Schorr, L.B. (2007). Pathway to the Prevention of Child Abuse and Neglect. <http://www.childsworld.ca.gov/res/pdf/Pathway.pdf>: Harvard University.
- 30 The Diabetes Prevention Program Research Group. The 10-Year Cost-Effectiveness of Lifestyle Intervention or Metformin for Diabetes Prevention // Diabetes Care. – 2012. - №35. – P. 723-730.
- 31 Gortmaker, Steven L.; Long, Michael W.; Resch, Stephen C.; Ward, Zachary J.; Craddock, Angie L.; Barrett, Jessica L.; Wright, Davene R.; Sonneville, Kendrin R.; Giles, Catherine M. "Cost Effectiveness of Childhood Obesity Interventions" // American Journal of Preventive Medicine. – 2016. - №49(1). – P. 102–111.
- 32 Zhang, J., Ou, J., & Bai, C. Tobacco smoking in China: Prevalence, disease burden, challenges and future strategies // Respiriology. – 2011. - №16(8). – P. 1165-1172.
- 33 A prevention prescription for improving health and health care in America" (<http://bipartisanpolicy.org/wp-content/uploads/2015/05/BPC-Prevention-Prescription-Report.pdf>). Bipartisan policy center. Retrieved March 24,2016.

Г.К. Каусова¹, А.Т. Шарман², К.А. Пушкарев¹

¹«ҚДСЖМ» Қазақстан медициналық университеті, Алматы, Қазақстан Республикасы

²Профилактикалық медицина академиясы, Арлингтон, АҚШ

АЛДЫН АЛУ МЕДИЦИНАСЫ - БҰЛ ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ КЕПІЛІ

Түйін: Жаршысы, аралас қызмет көрсету құру, амбулаториялық және стационарлық емделуде, сондай-ақ, бүгін науқастарға көмек көрсету бойынша қызмет жақсарту әлемнің дамыған елдерінде медициналық секторының негізгі стратегиясы болып табылады. Егер сіз қандай да бір тәртібі осы қатысты клиникалық тиімді болу үшін, бұл сенім, науқастың жеке, олардың қажеттіліктеріне байланысты, жасы, жынысы және өмір салтын болуы керек-ақ тексерулер және мерзімді тексерулер қамтамасыз ету жиілігі бастап, әрбір нақты адамға қатысты болуы тиіс. Профилактикалық медицина анық, пациенттің жүргізілетін іс-шаралар байланысты және мақсатты шаралар қабылданады, онда сол қамтуы тиіс істердің санын және олардың ауырлығын азайту үшін ең маңызды іс-шаралар, бұл сауалнама нәтижелері жеке тұлғаның денсаулық жағдайын жақсарту үшін пайдаланылатын болады фактісін анықтайды.

Түйінді сөздер: профилактикалық медицина, дербестендіру, диспансерлік, check-up диагностика

G. Kausova¹, A. Sharman, K. Pushkarev¹¹Kazakhstan Medical University "GSPH", Almaty, Kazakhstan²Academy of Preventive Medicine, Arlington, VA, USA

PREVENTIVE MEDICINE IS THE GUARANTEE OF THE HEALTH OF THE NATION

Resume: Personification, the creation of combined services of outpatient and inpatient care, as well as increasing the service in patient care today is the main strategy of the medical sector in the economically developed countries of the world. Since the frequency of examinations and the content of periodic examinations should be correlated with each specific person, as it is necessary to have confidence that any procedure will be clinically effective in relation to this particular patient, depending on his needs, age, sex and lifestyle. Preventive medicine clearly regulates the fact that the most important measures to reduce the number of diseases and their severity include those that are related to the measures taken by the patient himself and the targeted measures taken, the result of the survey will be aimed at improving the health status of an individual.

Keywords: preventive medicine, personification, dispensary, check-up diagnostics

ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ АУРУДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ БОЙЫНША БІЛІМ ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ

К.А. Тулебаев, М.А. Рамазанова, Г.Т. Кашафутдинова, А.Б. Мұратхан,
Н.О. Маджитова, Н.А. Ахметкалиева

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
Медициналық құқық және сот медицина курсы бар денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

Созылмалы ауруды басқару (Disease Management) – бұл белгілі бір науқастағы аурудың даму үрдісіне медициналық көмекті жүргізу тәртібі мен құрылымын ұйымдастыратын толық тұжырым. Медицина дәрігерлері мен мейірбикелер ұсынған қызмет үйлесімділігіне өз септігін тигізуші және науқастың қажеттіліктеріне бағытталған медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін жақсарту осындай бағдарламалардың негізгі ерекшелігі болып табылады. Бағдарлама науқастарға өз ауруларын өздері басқаруларына сондай-ақ, науқастардың өз ауруларын түсінуіне бағытталған ақпарат беру арқылы көмек ретінде жасақталған.

Түйінді сөздер: созылмалы ауруды басқару бағдарламасы, қант диабеті, өзін-өзі басқару

УДК 616.379-008.64:002.6

Ауруды басқару бағдарламасы (АББ) бірқатар келесі мәселелерді шешуге бағытталған: науқастардың денсаулығын жақсарту, өзіне өзі көмек көрсету шеберліктерін дамыту /өзін өзі басқару, дәрі-дәрмектерді тиімді қабылдау және науқастардың емделу іс-шараларына деген төзімділігін арттыру. Нәтижесінде аурулардың асқыну және қозу көрсеткіштерінің төмендеуі мен стационарлық және жедел медициналық көмек қажеттілігінің азаюын күтуге болады [1].

Берілген бағдарламаның сәтті жүзеге асырылуы үшін дәрігерлердің қатысуы ғана емес, сонымен қатар, мәртебелерінің өсуі мен функционалдық қызмет аясының кеңеюіне уческелік мейірбикелердің де осы бағдарламаға белсене қатысуы маңызды. АББ-сының сәтті орындалуы учаскелік қызмет дәрігерлері мен салалық мамандары арасындағы өзара қарым-қатынасының жақсаруына және науқастарға арналған тиімді білім беру бағдарламалар мен құралдардың жасақталып, таралуына себепші болады [1]. Соңғысы ауруларды басқару саласында негізгі бөлік болып табылады. Бұл бағдарламада ақпараттанған белсенді науқас пен оның медициналық мамандармен тиімді түрдегі қарым-қатынасы жетекші рөл атқарады. АББ енгізу әрекеті науқас пен медициналық мекемелер арасындағы өзара қарым-қатынасына және олардың рөлдері мен жауапкершіліктеріне жаңа қырдан қарауға мүмкіндік береді [2,4].

Қант диабеті кең таралған созылмалы ауру түрлерінің бірі екені белгілі. Халықаралық диабет федерациясының деректеріне сүйенер болсақ (IDF), дүние жүзінде 250 млн. астам адам қант диабетіне шалдыққан, 2030 жылға қарай бұл көрсеткіш 380 млн. –ға жетпек. Аурулардың жалпы құрылымында 95 % бөлігін 2 типтегі қант диабеті иеленсе,

5-7 % бөлігін 1 типтегі қант диабеті алып жатыр [3]. Қант диабетін емдеу шаралары тек науқас емес, дәрігердің де қатысуымен болатын ұзақ және өмірлік жалғасымы бар үрдіс. Осыған байланысты, жүргізіліп отырған емнің сәттілігі науқастың өз ауруын қаншалықты деңгейде өзі басқара алуына тікелей байланысты. Қант диабеті сауатты түрде басқарылуы үшін сол аурудың түрі бойынша медициналық білімнің болуы және ауруды қайтаруға деген ынтаның жоғары деңгейде болуы қажет. Науқас диабет ауруын дәрігердің және мейірбикенің көмегі арқылы сауатты түрде басқара алады. Медициналық мамандар науқасты қарап қана қоймай, оған дұрыс емшара қолданып, науқасты диабетпен өмір сүруді үйретуі және ұзақ мерзімді емдік бақылауға алуы қажет [5,6,8].

Зерттеудің мақсаты: қант диабетімен ауыратын науқастарға әлеуметтік-демографиялық сипаттама жасау және олардың қант диабетін басқару бағдарламасы туралы білім деңгейлерін анықтау.

Зерттеу құралдары мен әдістері: С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ ішкі аурулар емханасында 1 және 2 типтегі қант диабетімен ауыратын 40 науқасқа әлеуметтік зерттеу (сауалнама) жүргізілді (n=40).

Зерттеу нәтижесі: Сауалнама алынған қатысушылардың орта жасы 59 жасты құрады [95% СА 22-78 жас]. Жыныстық белгілерімен бөлінуі: ерлер - 25%, әйелдер - 75%. Сауалнама нәтижелері бойынша қатысушылардың 52,5% (n=21) орта-мамандандырылған білімге ие, 12% (n=5) қатысушының білімі толымсыз орта білім, 10% (n=4) қатысушы орта білімді, 24% (n=10) қатысушы жоғары білім иелері. 52,5% (n=21) сауалнама беруші зейнеткерлік жаста. Қатысушының 65%-ы (n=26) үйленген/тұрмыс құрған,

7,5% (n=3) қатысушы бойдақ/тұрмыс құрмаған, 20% (n=8) жесір, 7,5% (n=3) ажырасқан.

85%-дың басым бөлігі (n=34) 2 типтегі қант диабетімен ауыратын науқастар, 15%-ын (n=6) 1 типтегі қант диабетімен ауыратындар иеленді. Денсаулық бойынша өзіндік баға беру нәтижелелеріне сәйкес келесі көрсеткіштер анықталды: сауалнама берушілердің 45%-ы (n=18) өз денсаулықтарына жақсы деген баға берді, 37,5%-ы (n=15) қанағаттанарлық деген баға қойды, 10% (n=4) денсаулықтары өте тамаша ойда, 5%-ы (n=2) денсаулықтарын нашар деп бағалады, 2,5% (n=1) денсаулықтары өте тамаша. Науқастардың басым көпшілігі ауру бойынша он жылдық өтілі бар.

10 баллдық көрсеткіш бойынша қатысушылардың шаршау бойынша орташа деңгейі 6 баллды құрады. 10 баллдық көрсеткіш бойынша қатысушылардың ауруын сезінуі бойынша орташа деңгейі 5 баллды көрсетті.

Науқастардың негізгі шағымдары: шөлдегіштігінің артуы, ауыз қуысының құрғауы, жүрек айнуы немесе лоқсуы, жиі зәр шығару, бас айналу, аштық сезімінің жиілеуі, күйзелісте болуы. 92,5% (n=37) науқастың глюкометрі бар болды, 7,5% (n=3) науқастың глюкометрі жоқ. Сауалнама берушінің 65%-ы (n=26) қандағы қант мөлшерін күнделікті өлшеп отырған, 10% (n=4) қатысушы қант мөлшерін мүлдем өлшемеген. 25% (n=10) қатысушы қан қысымын күнде өлшеп отырмаған. 70% (n=28) қатысушы қандағы қант мөлшерін өз бақылауына алмай, жазба жүргізбеген, 30% (n=12) қатысушы қанынтағы қант мөлшерін жүйелі түрде өз бақылауына алып, нәтижелерін жазбасына алып отырған.

Сауалнама жүргізу барысында тек 65% (n=26) қатысушы медициналық қызметкерлерден өз аурулары бойынша нұсқаулықтар алғаны анықталды. 90% (n=36) қатысушы медициналық мамандардан диета бойынша кәсіби кеңес алды. Сауалнаманың талдау жұмыстарына сүйенсек,

қатысушылар орта есеппен тәулігіне төрт мәрте тамақтанып, тамақтану арасында бірнеше рет ауыз тиетін болып шықты. Аурудың асқыну қаупі туралы білгендер 80% (n=32) құрады.

Қатысушылардың орта салмағы 74 кг [95% СА 51-103 кг]. Қатысушылардың 55% (n=22) бөлігі соңғы алты айда салмақтарының айрықша өзгергенін байқаған. Тек 67,5% (n=27) қатысушының қан құрамындағы қант мөлшерін төмендететін дәрілерді жүйелі түрде қабылдап отырғандығы анықталды. Инсулинді шприц арқылы қабылдаған қатысушылардың бөлігі 25% (n=10) құрады, 47,5% (n=19) инсулинді қаламдар қолданған. 90% (n=36) қатысушы тұрғылықты мекенжайлары бойынша орналасқан емханаларда эндокринолог пен салалық мамандарда үнемі бақыланып отырады. Алайда, тек 77,5% (n=31) қатысушы учаскелік дәрігер мен эндокринологтан диабет мектебінің бар екендігін білген. 90% (n=36) қатысушы қант диабетін басқару бағдарламасы туралы мүлдем естімеген.

Сауалнама нәтижесінде 62,5% (n=25) қатысушының қант диабетін басқару бағдарламасына медициналық мамандармен тиімді түрде қарым-қатынаста болуға мүмкіндік беретініне сенім арта отырып, қатысу ниеті бар екені белгілі болды. Мысалы олар емдік тағамтану, қант диабетінің асқынуы, емдік дәрі-дәрмек түрлері мен психологиялық оңалту туралы толығырақ мәлімет алу болып табылады.

Осылайша, созылмалы аурулары бар науқас пен мамандар арасындағы серіктес ретіндегі қарым-қатынаста денсаулықты сақтау және нығайту мақсатында өзін-өзі бақылау, өзіне-өзі көмек көрсету қойылған мақсатқа жетудегі сенімділік дағдыларын құруда белгілі бір тәртіп стилі пайда болады

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение. Методические рекомендации. – 2008. – 49 с.
- 2 Греков И.Г. Высокотехнологичные сестринские клинические манипуляции в лечебных отделениях ЛПУ // Главная медицинская сестра. – 2005. - №9. - С. 35-47.
- 3 Коновалова Т.В. Опыт организации и оценки качества работы среднего медицинского персонала в дневном стационаре женской консультации // Главная медицинская сестра. - 2006. - № 3. - С. 13-24.
- 4 Жихарева Н.А. Научное обоснование процессуальной модели управления качеством сестринской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук - СПб., 2007. - 22 с.
- 5 Белякова Н.В. Функции медицинской сестры при оказании паллиативной помощи // Главная медицинская сестра. - 2008. - №11. - С. 12-18.
- 6 Вахитов Ш.М., Нуриева Э.В. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении // Казанский медицинский журнал. - 2010. - Т.91, №2. - С. 260-263.
- 7 Шляфер С.И. Кадровый потенциал сестринской службы Российской Федерации // Главная медицинская сестра. - 2011. - № 7. - С. 20-28.
- 8 Венглинская Е.А., Парахонский А.П. Роль и задачи медицинских сестер с высшим образованием в современном обществе // Альманах сестринского дела. - 2013. - №1. - С. 34-41.

**К.А. Тулебаев, М.А. Рамазанова, Г.Т. Кашафутдинова, А.Б. Муратхан,
Н.О. Маджитова, Н.А. Ахметкалиева**
КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра политики и управления здравоохранением с курсом медицинского
права и судебной медицины

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПРОГРАММЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Резюме: В статье приведены результаты социологического исследования больных сахарным диабетом с целью определения уровня информированности о Программах управления заболеваниями. Установлено, что 90% респондентов не знали о существовании Программы управления сахарным диабетом. 62,5% (n=25) опрошенных пациентов хотят участвовать в Программе управления сахарным диабетом, полагая, что это даст возможность улучшения здоровья, развития навыков самопомощи/самоменеджмента, применения эффективных лекарственных препаратов и диетотерапии.

Ключевые слова: программа управления хроническими заболеваниями, сахарный диабет, самоменеджмент

K.A. Tulebayev, M.A. Ramazanova, G.T. Kashafutdinova, A.B. Muratkhan,
N.O. Madjitova, N.A. Akhmetkalieva

DETERMINATION OF AWARENESS OF THE DISEASE MANAGEMENT PROGRAM AMONGST PATIENTS WITH DIABETES

Resume: The article presents the results of a sociological study amongst patients with diabetes for determination the level of awareness about disease management programs. 90% of respondents did not know about the existence of the Diabetes Management Program. 62.5% (n = 25) of the interviewed patients want to participate in the Diabetes Management Program, believing that this will provide an opportunity for improving health, developing self-help / self-management skills, the use of effective medicines and diet therapy.

Keywords: Chronic disease management program, diabetes, self-management.

ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Л.Б. Сейдуанова

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

В работе представлены результаты исследования напряженности труда у врачей общей практики в зависимости от степени освоения компетенции на этапе становления семейной медицины в Казахстане.

По данным хронометражных исследований установлен, что труд врачей общей практики по степени напряженности относится вредному классу, связанный с усилением компенсаторных механизмов психологического статуса.

Ключевые слова: трудовой процесс, нервно-эмоциональное состояние, интеллектуальные нагрузки, сенсорные нагрузки.

УДК 614.253.1:331.108.6 (574)

Введение. Возрастание нервно-эмоциональных нагрузок в процессе трудовой деятельности формирует состояние напряжения, а нередко и перенапряжения функционального состояния организма, что можно расценивать как формирование производственного стресса [1,2,3]. Согласно данным ЕРБ ВОЗ в Европе 3-4% глобального груза болезней составляет стресс, связанный с работой [4], а по данным Froneberg В. [5] около 18% всех проблем со здоровьем работающего населения приходится на стресс, депрессию и беспокойство. Это наиболее характерно для профессий умственного труда. У различных категорий работников, в первую очередь, работников социальной сферы, врачей, служб правопорядка выявлялись различные проявления стрессовых реакций вплоть до синдрома эмоционального выгорания [6,7]. Однако практически отсутствуют сведения о развитии профессионального стресса у медицинских работников с высоким нервно-напряженным трудом.

Целью настоящей работы являлось провести оценку напряженности труда у врачей общей практики в зависимости от степени овладения компетенциями на этапе становления семейной медицины в Казахстане.

Материалы и методы исследования.

Объектом исследования были врачи поликлинического звена ГУЗ г.Алматы, общее количество обследуемых составило 65 человек, которое было разделено на 2 группы: 1-группа врачи ВОП, не совмещающие функцию врача акушера-гинеколога (35 человек); 2-я группа: врачи ВОП,

совмещающие функцию врача акушера-гинеколога (30 человек).

Проводилась на основе анализа трудовой деятельности и ее структуры по данным хронометражного исследования врачей общей практики. Учитывался комплекс факторов (стимулов, раздражителей), создающий предпосылки для возникновения неблагоприятных нервно-эмоциональных состояний (перенапряжения). Изучены факторы (показатели) трудового процесса по видам нагрузок: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные, монотонные, режимные нагрузки в соответствии с Руководством «Гигиеническая оценка факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда». Р 2.2.2006-05 [8].

Результаты.

Были проанализированы показатели напряженности трудового процесса по интеллектуальным нагрузкам (таблица 1).

Анализ раздела «Содержание работы» показал, что врачи ВОП в процессе своей трудовой деятельности решают задачи, не требующие рассуждений, цель работы ясный четко сформулирован, многие задачи выполняются в соответствии с клиническим протоколом, за исключением отдельных случаев, когда задача может включать несколько подзадач.

Следует отметить, что у врачей ВОП, не совмещающих функцию врача акушера-гинеколога, в процессе работы принятие решений происходит на основе необходимой и достаточной информации по известному алгоритму (протоколу, инструкции), труд по этому показателю расценивается как 3.1.

Таблица 1 – Показатели оценки напряженности трудового процесса у врачей общей практики

№	Показатели напряженности трудового процесса	Врачи общей практики	
		1-я группа	2-я группа
1	Интеллектуальные нагрузки:		
	1.1. Содержание работы	3.1	3.2
	1.2 Восприятие информации и их оценка	2	3.1.
	1.3 Степень сложности задания	3.1	3.2
	1.4 Характер выполняемой работы	3.1	3.2
2	Сенсорные нагрузки:		
	2.1 Длительность сосредоточенного наблюдения	2	2
	2.2 Плотность сигналов (свет, звук) в среднем за час	2	2
	2.3 Число объектов одновременного наблюдения	2	2
	2.4 Нагрузка на зрительный анализатор	2	3.1
	2.5 Работа с оптическими приборами	1	1
	2.6 Наблюдение за экранами ПЭВМ	3.1	3.1
	2.7 Нагрузка на слуховой аппарат	2	2
	2.8 Нагрузка на голосовой аппарат	2	2
3	Эмоциональные нагрузки:		
	3.1 Степень ответственности, значимость ошибки	3.1	3.2
	3.2 Степень риска для собственной жизни	1	1
	3.3 степень риска за безопасность других лиц	1	1
	3.4 Количество конфликтных ситуаций	2	2
4	Монотонность нагрузок:		
	4.1 Число элементов в операции	1	1
	4.2 Продолжительность операции в секундах	1	1
	4.3 Время активных действий	1	1
	4.4 Монотонность производственной обстановки	1	1
5	Режим работы:		
	5.1 Фактическая продолжительность работы	3.1	3.1
	5.2 Сменность работы	1	1
	5.3 Наличие регламентированных перерывов	2	2
	Общая оценка напряженности труда	3.1	3.2

Врачам ВОП, совмещающим функцию врача акушер-гинеколога, в процессе работы приходится принимать решения в условиях неполной или недостаточной информации, поэтому труд у них по показателю «Содержание работы» расценивается как 3.2.

По показателю: «1.2. Восприятие информации и их оценка». Трудовая деятельность врачей ВОП 2-й группы требует восприятия информации с последующей комплексной оценкой всех параметров диагностического процесса, решения на основе мышления с обязательным использованием интеллекта, т.е. умственных способностей исполнителя соответственно такой труд по напряженности относится к классу 3.1.

По показателю: «1.3 Степень сложности задания». Работа ВОП, обязательным элементом которой является контроль выполнения задания работниками помощниками медсестрами. Такой труд по напряженности относится к классу 3.1.

По показателю: «1.4 Характер выполняемой работы». Работа врачей общей практики выполняется в условиях дефицита времени (класс 3.1). Наибольшая напряженность (класс 3.2) характеризуется работой в условиях дефицита времени и информации. При этом отмечается высокая ответственность за конечный результат работы.

Анализ сенсорных нагрузок показал, что по показателям напряженности трудового процесса (таблица) - с 2.1 по 2.5. и 2.7 и 2.8 по степени напряженности труд относится к 2

классу, а по показателю: 2.6. Наблюдение за экраном видеотерминала труд по напряженности относится к классу 3.1.

Анализ полученных результатов по разделу «Эмоциональные нагрузки» показал, что врач общей практики может повлиять на результат собственного труда при различных уровнях сложности осуществляемой деятельности. Неправильные ошибочные действия врача приводят к дополнительным усилиям с увеличением эмоционального напряжения, что имеет место у обследованных лиц. Труд врачей общей практики, совмещающих функцию врача акушер-гинеколога по напряженности относится к классу 3.2. По другим показателям труд относится к 1 и 2 классу.

По показателям раздела «4. Монотонность нагрузок» труд относится к 1 классу, а по показателям раздела «5. Режим работы» по 5.1 «Фактическая продолжительность работы» труд относится к классу 3.1.

Таким образом, в соответствии с полученными материалами и результатами, представленными в таблице 1, по итоговой оценке труд врачей общей практики, не совмещающие функцию врача-акушера гинеколога, следует отнести к классу 3 первой степени напряженности, а труд врачей общей практики, совмещающие функцию врача-акушера гинеколога - к классу 3 второй степени напряженности в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ушаков И.Б., Бухтияров ИВ. Профессиональный стресс и психическое здоровье работающего населения // Матер. II Всерос. съезда врачей-профпатологов. - Ростов-на-Дону: изд-во Полиграфист, 2006. - С.316-318.
- 2 Измеров Н.Ф., Матюхин В.В. Профессиональный стресс с позиции медицины труда: стрессоры, психофизиологические аспекты, здоровье, профилактика // Материалы II Всероссийского съезда врачей – профпатологов. - Ростов-на-Дону: Изд-во «Полиграфист», 2006. - С. 309-310.
- 3 Матюхин В.В., Юшкова О.И., Капустина А.В. Работники умственного труда - психоэмоциональный стресс и проблемы здоровья // Материалы III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». - М. Дельта, 2004. - С. 127-129.
- 4 PRIMA-EF. Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Managment. Protecting Workers HealthSeries. – 2008. - 52 p.
- 5 Froneberg B. Old and new problems in occupational health – challenges to occupational safety and health from the global market economy and from demographic change // Бюллетень научного совета Медико-экологические проблемы работающих. – 2005. - № 4. - С. 14-21.
- 6 Орел В.Е., Рукавишников А.А. Исследование влияния факторов рабочей среды на феномен психического выгорания в профессиях социальной сферы // Социальная психология XXI век. - Ярославль: 1999. - Т.2. - С. 164-167.
- 7 Федоровский Н. М., Григорьева О. М. К вопросу о «синдроме профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов // Вестник интенсивной терапии. - 2004. - №5. - С. 65-66.
- 8 Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Р 2.2.2006-05. // Бюллетень нормативных и методических документов Госсанэпиднадзора - М.: 2005. - №3(21). - С. 139-144.

Л.Б. Сейдуанова

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы

ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ҚЫЗМЕТІНДЕГІ КЕРНЕУЛІКТІ БАҒАЛАУ

Түйін: Баяндамада Қазақстандағы отбасылық медицина сатысында құзыреттілікті игеру деңгейіне байланысты жалпы практика дәрігерлерінің еңбекке қабілеттілігін зерттеудің нәтижелері келтірілген.

Уақытша зерттеулерге сәйкес, жалпы тәжірибелі дәрігерлердің кернеу дәрежесі бойынша зиянды класқа жатқаны анықталды, бұл психологиялық статусың өтемдік механизмдерін күшейтуге байланысты.

Түйінді сөздер: еңбек процесі, жүйке-эмоционалдық жағдай, зияткерлік жүктемелер, сенсорные жүктемелер.

L.B. Seiduanova

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

ASSESSMENT OF TENSION IN LABOR ACTIVITY OF DOCTORS OF GENERAL PRACTICE

Resume: The work presents the results of research of labor intensity in general practitioners, depending on the degree of mastering the competence at the stage of development of family medicine in Kazakhstan.

According to the data of the chronometry research, it is established that the work of general practitioners in terms of the degree of tension belongs to the harmful class associated with the strengthening of the compensatory mechanisms of the psychological status.

Keywords: labor process, neuro-emotional state, intellectual loads, sensory loads.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП

В.И. Ахметов, Г.Ж. Токмурзиева, Е.С. Утеулиев,
А.С. Ускенбаева, Т.Х. Хабиева

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

В статье рассматривается тактика выбора наиболее эффективных и действенных механизмов отбора, оценки и внедрения в практику национального здравоохранения новых медицинских технологий с позиций клинической, социальной, этической и экономической эффективности.

Формирование в практическом здравоохранении такой среды, которая для эффективного определения актуальных направлений в сфере медицинского технологического развития, могла являться основой для создания модели планирования собственной инновационной деятельности. Целью работы является оценка эффективного применения медицинских технологий (ОМТ) оказания медицинской помощи на уровне ПМСП путем интегрированного подхода как со стороны врачей практического здравоохранения, так и организаторов общественного здоровья и здравоохранения с последующей дачей научно обоснованных рекомендаций.

Проведенный анализ механизмов применения новых технологий в практической деятельности медицинских организаций на уровне ПМСП показал эффективность как в удовлетворении качеством медицинской помощи пациентов, медицинских работников, повышением результативности не только лечебно-диагностических процессов, но и экономии времени и имеющихся ресурсов.

Ключевые слова: оценка, помощь, механизм, пациент.

УДК 610.2:65.018

Актуальность: Авторами статьи была поставлена задача анализа конечных результатов деятельности медицинских организаций, достижения по основным и профильным индикаторам, показавшим значимые различия как по показателям заболеваемости, смертности и индексу накопления контингентов для каждого социально-значимого заболевания, также и индикаторам рейтинга руководителей медицинских организаций «Городские поликлиники».

Сделаны выводы о дальнейшем совершенствовании и экономической важности – стационар-замещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому) на уровне ПМСП, с учетом ожидаемых в будущем кризисных экономических ситуаций в зависимости от очередности возникающих проблем, требующих решения путём экономической стратегии.

В статье рассмотрен алгоритм затрат оценки эффективности медицинских технологий с выбором социально значимой патологии, оценка клинической эффективности лечения, показателя затраты/эффективности на медицинские технологии амбулаторно-поликлинической службы на уровне ПМСП.

В современных условиях развития медицинской науки и внедрения новых медицинских технологий, возникает вопрос об их эффективности, прежде всего с точки зрения клинической безопасности, доступности и экономической эффективности.

Качество медицинской помощи, согласно Кодексу РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», - это уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологии.

«Оценка медицинских технологий (ОМТ) - междисциплинарный процесс, в ходе которого обобщается информация о медицинских, социальных, экономических и этических вопросах, связанных с применением медицинской технологии, на систематической, открытой, непредвзятой, устойчивой основе» [1].

Развитие медицинской науки, а также появления новых технологий привело к положительным результатам в достижении оказания качественных медицинских услуг, но также и к сложным задачам своевременного принятия решения в выборе необходимой медицинской технологии. Система здравоохранения во многих странах сталкивается с такими проблемами как рост издержек и недоступность

медицинской помощи для определенной доли населения. Прогресс в области технологий был одним из наиболее важных факторов роста расходов на здравоохранение в течение последних нескольких десятилетий и на сегодня остается одним из острых проблем рациональное использование ресурсов здравоохранения для предоставления качественной медицинской помощи [2].

В современных условиях развития медицинской науки и внедрения новых медицинских технологий, возникает вопрос об их эффективности, прежде всего с точки зрения клинической безопасности и экономической эффективности. Применение новых технологий в практической деятельности медицинских организаций на уровне ПМСП обусловило удовлетворение со стороны пациентов, медицинских работников, повышение качества медицинской помощи, а главное: повысило результативность лечебно-диагностического процесса и экономии времени.

Согласно концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Республике Казахстан, на территории страны происходит поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи населению. Меняются приоритеты - центр тяжести смещается с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторное звено [3]. За последние 7-10 лет в ряде развитых стран мира большую роль в применении современных технологий в медицине отводят оценке их эффективности в области сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения. К примеру: в Европейских и некоторых Азиатских странах, а также в США созданы агентства по оценке медицинских технологии, задачей которых является, в результате систематической оценки технологий, обеспечение высшего руководства или других заинтересованных лиц, участвующих в принятии решения, информацией о соотношении между затратами на имеющие методы и средства лечения, и их эффективностью [

Оценка медицинских технологий является эффективным инструментом принятия управленческих решений, базирующихся на основе доказательной медицины, оптимизации затрат в системе здравоохранения и с рациональным использованием бюджетных средств.

Оценка эффективного применения медицинских технологий оказания медицинской помощи на уровне ПМСП может быть как со стороны населения, так и со стороны органов ПМСП. Учитывая «пациент-ориентированную» модель, «ресурсосберегающий» подход в системе здравоохранения,

медицинские сотрудники заинтересованы при имеющемся бюджете медицинской организации (МО) улучшать основные показатели здоровья.

Пациенты, в свою очередь, заинтересованы в выборе лучшего врача и доказавшей качество медицинских услуг, - медицинской организации. Задача мероприятия по повышению качества - «улучшать конечные результаты работы всего здравоохранения, выражающиеся в состоянии здоровья, функциональных возможностях и благополучии пациентов и удовлетворенности потребителей» [ВОЗ, 1988].

Цель исследования:

Оценка эффективного применения медицинских технологий оказания медицинской помощи на уровне ПМСП путем интегрированного подхода со стороны врачей практического здравоохранения и организаторов общественного здоровья и здравоохранения с последующими научно обоснованными рекомендациями.

Задачи исследования:

- 1) изучить итоги эффективного применения современных технологий в оказании качественной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической службы по стационарозамещающим технологиям на примере городских ГКП г. Алматы;
- 2) провести системный анализ реальной ситуации о роли оценки медицинских технологий в процессе оказания медицинских услуг;
- 3) определить уровень подготовки врачей, менеджеров здравоохранения, в области оценки медицинских технологий;

4) разработать критерии и индикаторы уровня квалифицированности специалистов в области оценки медицинских технологий;

5) научно обосновать и дать рекомендации по оценке эффективности медицинских технологий оказания медицинской помощи на уровне ПМСП.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования явился обзор и анализ имеющегося отечественного и мирового опыта, анкетирование сотрудников ГКП г. Алматы, применение методов доказательной медицины, официальные материалы изучения здоровья населения г. Алматы, анализ заболеваемости по форма 12, отчет по итогам деятельности ГКП № 6 за 2013-2015 и 2015-2017гг. с целью дальнейшего правильного принятия решения среди врачей и организаторов общественного здоровья и здравоохранения. Главное исследование касалось оценки эффективности применения современных технологий оказания медицинской помощи на уровне ПМСП (дневного стационара и стационара на дому).

Согласно подготовленных анкет были опрошены респонденты определенной категории и возрастов.

Результаты и обсуждение.

Был проведен анализ экономической эффективности применения современных технологий в оказании качественной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической службы по стационарозамещающим технологиям на примере городских ГКП г. Алматы (ГКП № 6) и представлены на таблицах:

Таблица 1 - Стационарозамещающие технологии с 201 по 2014гг

	2014 г	2013г	2012г
Охват стационарозамещающими технологиями на 1000 населения	24,21	19,45	34,7
Всего коек в дневном стационаре	25	25	25
Обеспеченность населения койками дневного стационара на 10тыс. населения	4,4	4,3	4,2
Пролечено больных в дневном стационаре	1415	1419	1713
Организовано стационаров на дому	1006	526	367

Таблица 2 - Стационарозамещающие технологии с 2014 по 2016гг

	2014 г	2015г	2016г
Охват стационарозамещающими технологиями на 1000 населения	24,8	37,5	43,01
Всего коек в дневном стационаре в смену	25	25	36
Обеспеченность населения койками дневного стационара на 10тыс. населения	4,4	4,1	5,8
Пролечено больных в дневном стационаре	1415	1452	1729
Организовано стационаров на дому	1006	1063	895

Оплата за пролеченные случаи по стационарозамещающей помощи, ориентированная на конечный результат, позволила повысить эффективность использования коечного фонда в дневном стационаре поликлиники.

Число коек в дневном стационаре в отчетном году стало 36 коек (2015г- 25 коек), соответственно обеспеченность населения койками дневного стационара вырос до 5,8 на 10 тыс. населения - на 41,5% в сравнении с 2015г., также охват стационарозамещающими технологиями на 1000 населения - 43,01 против 37,5 в 2015г. вырос на 14,7%.

Число пролеченных больных в дневном стационаре составило 1729 - 65,9 % от общего случая СЗП. В сравнении с 2015 годом в дневном стационаре пролечено 277 случаев больше - на 19% больше случаев. Выполнение плана госзаказа по дневному стационару составило 100%.

Структура заболеваемости госпитализированных остается прежней: на первом месте сердечно-сосудистые заболевания 39,2%, затем осложнения болезни нервной системы - 14,6% и болезни мочеполовой системы 8,8%.

Таблица 3 - Дневной стационар

№	Наименование нозологических форм	2014		2013г		2012г	
		всего	%	всего	%	всего	%
	Всего	1415		1419		1713	
1.	Новообразования	11	0,7	2	0,1	2	0,1
2.	Болезни крови			6	0,4	12	0,7
3.	Эндокринные болезни	142	10	123	8,6	126	7,4
4.	Болезни нервной системы	101	7,1	71	5,0	101	5,8
5.	Болезни глаза и его придатков	99	6,9	123	8,6	108	6,4
6.	Болезни уха	7	0,4	6	0,4	33	1,8
7.	Болезни системы кровообращения	607	42,8	638	44,9	647	37,9
8.	Болезни органов дыхания	83	5,8	75	5,2	133	7,8
9.	Болезни органов пищеварения	72	5	80	5,6	143	8,4
10.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	2	0,1	10	0,7	23	1,3
11.	Болезни костно-мышечной системы	100	7	84	5,9	109	6,3
12.	Болезни мочеполовой системы	100	7	109	7,6	139	8,1

13.	Осложнения беременности	89	6,2	71	5,0	132	7,7
14.	Прочие	2	0,1	21	1,4	5	0,3

Число коек в дневном стационаре 25. Обеспеченность населения койками дневного стационара **4,2** на 10 тыс. населения (14,19 % в 2013г). Число пролеченных больных в дневном стационаре составило 1415. (14,15 % в 2014 г), то есть отмечено снижение на 8%, что связано с уменьшением финансирования по СЗТ. Выполнение плана госзаказа по

дневному стационару составило 100%. Структура заболеваемости госпитализированных остается прежней: на первом месте сердечно-сосудистые заболевания 42,8%, затем осложнения эндокринных заболеваний 10 % и болезни мочеполовой системы 7 %.

Стационар на дому.

Таблица 4.

№	Наименование нозологических форм	2014 г		2013г		2012г	
		всего	%	всего	%	%	
	Всего	1006		526		1039	
1	Инфекционные и паразитарные болезни	1	0,09	1	0,1	0,1	
2	Новообразования	1	0,09	2	0,3	0,1	
3	Болезни крови	11	1,0	8	1,5	1,8	
4	Эндокринные болезни	5	0,4	1	0,1	0,1	
5	Болезни нервной системы	123	12,2	54	10,2	2,8	
6	Болезни системы кровообращения	327	32,5	204	38,7	43,6	
7	Болезни органов дыхания	259	25,7	164	31,1	28,0	
8	Болезни органов пищеварения	100	9,9	39	7,4	11,2	
9	Болезни кожи и подкожной клетчатки			1	0,1	0,1	
10	Болезни костно-мышечной системы	57	5,6	30	5,7	10,4	
11	Болезни мочеполовой системы	39	3,8	12	2,2	1,9	
12	Болезни глаза и придаточного аппарата	2	0,1	1	0,1	-	
13	Прочие	81	8,0	9	1,7		

В стационарах на дому пролечено **1006** пациента, что на **480** больных больше, чем предыдущем году - **526**. В структуре заболеваний преобладают заболевания системы кровообращения **32,5 %**, органов дыхания **25,7 %**.

Таким образом, увеличение обеспеченности населения койками дневного стационара и совершенствование стационарозамещающих технологий указывает как на рост удовлетворенности со стороны населения, медицинских работников, так и экономической эффективности в результате ресурсосберегающей политики на примере ГКП № 6 г. Алматы, несмотря на снижение (на 8 процентов по причине СЗТ) с 2012-2014гг.

Основной объем помощи в дневных стационарах получают взрослые работоспособного возраста с 17-59 лет. Наиболее высокий удельный вес у лиц старше 35 лет, что составило 28 процента.

В структуре пролеченных по стационарозамещающей технологии (стационар на дому) с 2012-2017гг. отмечается заметный рост, причём, по возрастному показателю, наибольший удельные вес представляют дети и пожилые – 32 процента. Взрослые трудоспособного возраста -10 процентов и старше 63 лет, - 25 процентов.

Стационар на дому.

Таблица 5.

№	Наименование нозологических форм	2014г		2015г		2016г	
		всего	%	Всего	%	Всего	%
	Всего	1006		1063		895	
1	Инфекционные и паразитарные болезни	1	0,09	-		-	
2	Новообразования	1	0,09				
3	Болезни крови	11	1,0	47	4,0	18	2,0
4	Эндокринные болезни	5	0,4	8	0,8	3	0,3
5	Болезни нервной системы	123	12,2	60	5,6	46	5,1
6	Болезни системы кровообращения	327	32,5	232	21,8	233	26,0
7	Болезни органов дыхания	259	25,7	233	21,9	154	17,2
8	Болезни органов пищеварения	100	9,9	228	21,4	275	30,7
9	Болезни кожи и подкожной клетчатки			1	0,09	-	
10	Болезни костно-мышечной системы	57	5,6	113	10,6	142	15,9
11	Болезни мочеполовой системы	39	3,8	42	3,9	24	2,7
12	Болезни глаза и придаточного аппарата	2	0,1	1	0,09	-	-
13	Прочие	81	8,0	98	9,2	-	-

Заключение: Таким образом, оценивая эффективность применения современных технологий оказания медицинской помощи на уровне ПМСП, приводят к выводам, что внедрение и совершенствование стационарозамещающей технологии в медицинских организациях на уровне ПМСП (дневной стационар и стационар на дому) значительно снижают затраты системы здравоохранения не только на лечение, увеличивая оборот коек, но и расходов коммунальные услуги и на оплату заработной платы сотрудникам.

Государство получает не только экономическую выгоду. Проведенная оценка эффективности применения современных технологий оказания медицинской помощи на уровне ПМСП, повышает результативность и качество

медицинской помощи, удовлетворённость в состоянии здоровья со стороны обратившегося населения через оказание медицинских услуг организациями системы здравоохранения на уровне ПМСП.

Источником технологий являются наука и образованный человек. Поэтому наш путь технологического развития — это резкий рывок в возобновлении научных исследований и развитие образования по такому пути, чтобы выпускники были грамотными специалистами с широким кругозором, глубокими знаниями и гибкостью мышления. Однако сегодня страна идет совершенно по другому пути – инвестиции в человеческий капитал сокращаются, реформы образования, здравоохранения и науки не только не улучшили положения дел, а только усложнили. Страна

испытывает дефицит квалифицированных кадров, инженеров и рабочих. Решение этих проблем должно предусматривать совершенно другой уровень инвестиций в человеческий капитал, его развитие с учетом новых профессий, которые возникают в условиях развития новых технологий и новых технологических укладов. решение

вопросов определения технологического вектора представляется для страны очень важным, потому что это имеет значение и как с точки зрения повышения производительности труда, так и определения своего дальнейшего будущего в плане построения конкурентоспособной экономики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ягудина, Р.И. Фармакоэкономика: общие сведения, методы исследования // Новая аптека. - 2007. - №9. - С. 73-78.
- 2 T. Health technology assessment in England: assessment and appraisal. // The Medical Journal of Australia. -2007. - №187(5). - P. 283-285.
- 3 Banta HD, Behney CJ, Williams JS. Toward rational technology in medicine. - New York: Springer Publishing, 1981 – 254 p.
- 4 Corinna Sorenson, Michael Drummond, Reinhard Busse и Finn Vørlum Kristensen Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения? //Краткий аналитический обзор. Анализ систем и политики здравоохранения. - Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. ВОЗ. – 2008. – С. 18-25.
- 5 Banta D., 1983; S.Sivalal, 2009.Fuchs V. Economics, values and health-care reform. // American Economics Review. - 1996. – P. 3–24.
- 6 Baker L, Birnbaum H, Geppert J, Mishol D, Moynour E. The relationship between echnology availability and health care spending // Health Affairs journal. – 2003. - №2. – P. 45-57.
- 7 Web Exclusive. www.healthaffairs.org/WebExclusives.php
- 8 Hisashige A. Japan. In: Rapoport J, Jacobs P, Jonsson E , eds. Cost containment and efficiency in national health systems. - New York: Wiley-Blackwell, 2008. – 269 p.
- 9 Marcial Velasco Garrido, Finn Borlum Kristensen, Camilla Palmhoj Nielsen, Reinhard Busse. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы "Современное состояние, проблемы и перспективы". Серия исследований Обсерватории, выпуск
- 10 Corinna Sorenson, Michael Drummond, Reinhard Busse и Finn Vørlum Kristensen как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения? //Краткий аналитический обзор. Анализ систем и политики здравоохранения. - Всемирная организация здравоохранения. – 2008. – С. 132-138.
- 11 Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. - 2008.

**В.И. Ахметов, Г.Ж. Токмурзиева, Е.С. Утеулиев,
А.С. Ускенбаева, Т.Х. Хабиева**
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

БМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ЗАМАНАУИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ПАЙДАЛАНУ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Түйін: Мақалада іріктеудің, бағалау және клиникалық, әлеуметтік, этикалық және экономикалық тиімділік тұрғысынан ұлттық денсаулық сақтау практикасына тиімді және әсер ететін жаңа механизмдерін енгізудің іріктеу тактикасы қарастырылады. Практикалық денсаулық сақтау саласында меншік инновациялық қызметті жоспарлау моделін құру үшін негіз бола алатын медициналық технологиялық даму саласында өзекті бағыттарды тиімді анықтау үшін осындай ортаны қалыптастыру. Жұмыс мақсаты ретінде болашақта ғылыми негізделген ұсыныстар беру арқылы практикалық денсаулық сақтау дәрігерлері, сондай-ақ қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау ұйымдастырушылары тарабынан біріктірілген шара жолымен БМСК деңгейінде медициналық көмек көрсетудің медициналық технологияларды тиімді пайдаланудың бағалауы (МТБ) болып табылады. БМСК деңгейінде медициналық ұйымдардың практикалық қызметіне жаңа технологияларды пайдалану механизмдеріне жүргізілген талдау пациенттердің, медицина қызметкерлерінің медициналық көмекпен, сондай-ақ емдеу-диагностикалық үдерістердің нәтижелілігінің арттыруына, уақытты және қолда бар ресурстарды үнемдеуімен қанағаттанушылығын көрсетті.

Түйінді сөздер: бағалау, көмек, механизм, науқас.

**V.I. Akhmetov, G. Tokmurzieva, Y. Uteuliev,
A. Uskenbaeva, T. Khabieva**
Kazakhstan Medical University "KSPH"

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE APPLICATION OF MODERN TECHNOLOGIES OF MEDICAL CARE AT THE LEVEL OF THE FIRST HEALTH CARE

Resume: In modern conditions of development of medical science and the introduction of new medical technologies, the question arises of their effectiveness, primarily in terms of clinical safety and cost-effectiveness. The use of new technologies in the practice of medical organizations at the PHC level has resulted in satisfaction of patients, medical workers, improvement of the quality of medical care, and most importantly: increased the effectiveness of the treatment and diagnostic process and time savings. According to the concept of development of public health and medical science in the Republic of Kazakhstan, a phased reform of the system of organization of medical care for the population is taking place on the territory of the country. Priorities change - the center of gravity shifts from treatment to prevention, from inpatient care to an outpatient unit.

Keywords: evaluation, assistance, mechanism, patient.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПМСП

Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

Авторами статьи рассмотрены теоретические положения и методологические подходы при обосновании показателей производительности труда медицинских работников ПМСП. Проведен анализ о влиянии на повышение производительности труда факторов, как: эффективное планирование рабочего дня, максимальное использование рабочего времени, рациональная организация рабочих мест, совершенствование различных форм организации труда, управление человеческими ресурсами (кадрами), совмещение профессий, оптимальное стимулирование труда исходя из объема и количества медицинской помощи, внедрение передового опыта, научных достижений, применение современных технологий и автоматизация производства, анализ доходов от оказания медицинских услуг. Акцент в статье делается на выработке, прямого, универсального показателя производительности труда и трудоёмкости обратного показателя производительности труда. Авторы применили системный подход в исследовании о влиянии производительности труда на экономический рост. Системность заключается в выделении основных и второстепенных признаков, в изучении их взаимосвязи, соподчиненности. В данной статье также проводится сравнительная характеристика производительности труда у врачей общей практики, узкопрофильных врачей и медицинских сестёр.

Ключевые слова: производительность труда, показатели, методология, трудоёмкость, управление человеческими ресурсами, рациональность, мотивация, эффективное планирование, постоянное совершенствование.

УДК 614.257.45.18.19-6

Актуальность: Одним из основных факторов, определяющих конкурентоспособность экономики страны, является общая производительность экономики. Среди факторов, оказывающих решающее воздействие на подъем уровня благосостояния, одно из ведущих мест отводится производительности труда. Производительность труда влияет на конкурентоспособность экономики и уровень жизни медицинских работников. На сегодняшний день Казахстану удалось добиться определенных положительных результатов по увеличению производительности труда. За последние пятнадцать лет индекс производительности труда увеличился более чем в 2 раза. Анализ показывает, что за последние годы рост производительности труда оказывает положительное влияние на позицию Казахстана в Глобальном индексе конкурентоспособности Всемирного экономического форума[1].

За последние 5 лет производительность труда на одного занятого в экономике выросла на 18,5%, а страна улучшила свою позицию в рейтинге ГИК ВЭФ на 30 пунктов [1, 2]. В рамках Программы «Производительность 2020» предусмотрены меры по стимулированию увеличения производительности труда предприятий, осуществляющих

деятельность в приоритетных секторах экономики, в том числе в системе здравоохранения [2,3].

Кроме того, меры по содействию повышению производительности труда предусмотрены и в рамках действующих стратегических программ и проектов. В основном, меры государственной поддержки производительности труда носят характер субсидирования. На сегодняшний день производительность труда в Казахстане в среднем на одного занятого составляет около 25 тыс. долл. США на одного занятого в год. Согласно данным рейтинга IMD по данному показателю Казахстан занимает 49 место среди 61 стран, принимающих участие в данном рейтинге. В развитых странах этот показатель достигает 120-180 тыс. долл. США. Производительность труда в некоторых странах мира таких как Катар - 187 тыс. долл. США; Норвегия - 127 тыс., долл. США; Сингапур - 121 тыс. долл. США; Швеция - 96 тыс., долл. США; Канада 87 тыс. долл. США.

Производительность труда на одного занятого, тысяч тенге ВДС

Производительность труда и государственные расходы на здравоохранение

Таблица 1

Наименование	2012	2013	2014	2015	2016	за 5 лет,% (2016/2012)
В целом по экономике	2544,8	2673,9	2750,2	2882,7	3016,4	+18,5%
Здравоохранение и социальные услуги	1020,9	1016,1	995,4	982,2	920,8	-9,8%

Следовательно, на сегодняшний день средства, направленные на социальную сферу, недостаточны для обеспечения роста производительности, а лишь покрывают расходы по оплате труда сотрудников. Пример индустриально развитых стран показывает, что в современных условиях производительность труда является одним из основных движителей экономического роста, а повышение производительности труда - приоритетным направлением развития. Производительность труда неразрывно связана со стоимостью потреблённых ресурсов, прибылью и рентабельностью предпринимательской деятельности. Поэтому сложившаяся ситуация требует поиска новых путей

и резервов повышения эффективности трудовых затрат. Творческий характер медицинского персонала связан с большим объемом информации, высокой степенью ответственности, выраженным психоэмоциональным напряжением и соответственно этому требует эквивалентного денежного вознаграждения.

Цель исследования является выявление факторов, ведущих к повышению тенденций экономического роста в системе ПМСП на основе системного анализа теории и практики производительности труда медицинских работников.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования явились обзор научных зарубежных и отечественных источников,

характеризующих производительность труда, анализ о влиянии на повышение производительности труда таких факторов, как: максимальное использование рабочего времени, эффективное планирование рабочего дня, рациональная организация рабочих мест, постоянное совершенствование различных форм организации труда, разделение и кооперация, управление человеческими ресурсами (кадрами), совмещение профессий, планирование социального развития коллектива, оптимальное стимулирование труда исходя из объема и количества медицинской помощи, внедрение передового опыта, наставничества, научных достижений, применение современных технологий, автоматизация производства. Акцент делается на выработке, как прямого, универсального показателя производительности труда и трудоёмкости обратного показателя производительности труда. Проведена сравнительная характеристика производительности труда у врачей общей практики, узкопрофильных врачей и медицинских сестёр. Оценку влияния перечисленных факторов на производительности труда осуществляется методом детерминированного анализа, причём, дополнительно проводится анализ обеспеченности кадрами и доходов от оказания медицинских услуг. На примере материалов первичной отчетности ГКП г. Алматы была проведена оценка влияния факторов на производительность труда медицинских работников в процессе трансформации рыночной среды. Изменения представлены в таблицах.

Результаты исследования и их обсуждение.

Факторы, влияющие на производительность труда медицинских работников ПМСП, можно объединить в четыре группы:

- материально-технические, связанные с внедрением новых технологий;
- организационно-экономические, которые определяются уровнем организации труда, производства и управления;
- социально-психологические, т.е. социально-демографический состав трудовых коллективов, их уровень подготовки, трудовую дисциплину, морально-психологический климат в коллективе и т.д.;
- естественные и общественные условия, в которых протекает труд.

Все выявленные факторы комплексно воздействуют на повышение или снижение производительности труда медицинских работников. Выявление влияния каждого из них необходимо для планирования конкретных мероприятий по повышению производительности труда в медицинских организациях на уровне ПМСП. Резервы повышения производительности труда – это неиспользованные возможности экономии затрат труда. Повышение производительности можно констатировать в следующих случаях:

1. когда продукция возрастает, а затраты на ее производство уменьшаются
2. продукция возрастает, затраты остаются неизменными
3. продукция возрастает, затраты возрастают, но более низкими темпами
4. продукция остается неизменной, а затраты сокращаются
5. продукция сокращается, затраты сокращаются, но более быстрыми темпами.

Работа по повышению производительности труда медицинских работников ПМСП может вестись в следующих основных направлениях:

- за счет резервов снижения трудоемкости, а именно – внедрения новых технологий работы в деятельность организаций ПМСП, как автоматизацию и модернизацию оказания медицинских услуг и т.д.
- за счет резервов совершенствования использования рабочего времени, т.е. организации труда и управления медицинской деятельностью совершенствованием структуры организации ПМСП
- за счет совершенствования структуры кадров – повышения квалификации сотрудников, изменения соотношения пратического и управленческого персонала и т.д.

Управление производительностью труда медицинских работников ПМСП отдельного подразделения или всей

организации предполагает комплексный подход к повышению производительности труда. К примеру:

1. создание системы измерения производительности труда (хронометраж).
2. определение резервов роста производительности труда по факторам роста с учетом ресурсных возможностей организации ПМСП
3. разработка плана мероприятий по повышению производительности труда медицинских работников
4. разработка схемы материального стимулирования персонала за достижение запланированных показателей
5. обучение сотрудников более эффективным способам работы.

Анализ производительности труда медицинских работников в Германии показывает, что государственная финансовая поддержка производительности труда является не основным фактором повышения производительности труда в отраслях экономики здравоохранения. В настоящее время одной из проблем Германии является быстрое старение населения. Низкий уровень рождаемости приводит к уменьшению количества трудоспособного населения. В Германии разработана новая высокотехнологичная стратегия, которая призвана сделать Германию лидером в решении современных глобальных задач и наладить взаимодействие науки и бизнеса для коммерциализации и использования научных открытий. Реализуя высокотехнологичную стратегию, Правительство Германии в августе 2014 года разработало законопроект «Цифровая программа на 2014-2017 годы», направленный на развитие высокоскоростных линий передачи данных, повышение интернет-безопасности, обеспечение доступа к быстрому интернету по территории всей Германии к 2018 году, а также на увеличение числа IT-компаний. Ключевым элементом промышленной стратегии, разработанной Правительством Великобритании, является поддержка развития новых технологий. У страны накоплен значительный опыт организации исследовательской деятельности. При этом ведется активная работа с бизнесом для коммерциализации этих исследований. Правительство Великобритании разработало государственную программу «Восемь великих технологий». Программа направлена на решение следующих задач: 1) противодействие изменению климата; 2) повышение уровня энергосбережения; 3) рост производства продуктов питания; 4) рост численности населения. Реализация программы связана с поддержанием развития регенеративной медицины, исследований новых материалов, нанотехнологий робототехники, автономных систем, синтетической биологии, космических технологий. В ближайшей перспективе для Казахстана основными драйверами роста производительности будут являться такие факторы, как урбанизация, развитие высокотехнологичных производств, сферы услуг и накопление человеческого капитала.

Вместе с тем, инновации, являющиеся основной движущей силой роста производительности, в том числе в системе здравоохранения, требуют ослабления вертикальной интеграции предприятий, а также усиления интеграции в международные производственные цепочки. Для этого необходимо повышение мобильности как внутри организации ПМСП, так и между ними, а также повышение гибкости рынков труда. Для этого также необходимо повышение роли рыночного финансирования и увеличение объемов инвестиций в научные исследования и разработки, а также систему высшего образования. Следовательно, обеспечение роста производительности за счет инноваций требует мер, направленных на расширение участия частного сектора в научных исследованиях и разработках, для поддержки отраслей промышленности, базирующихся на высококвалифицированном труде, а также продвижения вверх по цепочке увеличения доли добавленной стоимости в продукции и экспорте. Это также требует развития финансового сектора, способного стимулировать финансирование новых капитальных вложений. Большую роль играет оплата труда медицинских работников на уровне ПМСП. Это основной инструмент побуждения и непрерывного поддержания интереса работника к высокопроизводительной отдаче своих трудовых усилий.

Механизм этой связи по замыслу прост: «больше и лучше работаешь - больше платят, а если больше платят - работаешь еще больше и лучше». Оплата труда - главный источник, основная форма денежных поступлений работника, образующая основу его денежных доходов. Тот, кто нанимает работника, обязан компенсировать ему затраты труда, расходование рабочей силы денежной выплатой в виде заработной платы. Одна из самых вечных проблем экономики - каким количеством денег компенсировать затраты труда? К тому же заработная плата должна не только возмещать трудовые затраты работника, но и стимулировать интерес к качественному труду. Но проблема состоит в том, что ни наука, ни практика пока не способны объективно, точно измерить количество и качество труда, затраченного работником на выполнение определенной работы. В силу практической невозможности реального воплощения сформулированного принципа универсальная система оплаты труда не может быть создана, и наблюдается определенное разнообразие подходов к определению величины заработной платы в любой отрасли, в том числе и в здравоохранении. Чтобы устранить, смягчить указанное несовершенство сдельной формы оплаты труда, ее пытаются усовершенствовать, вводя различные модификации, как: аккордная система, прямая сдельная расценка, нормативно установленной для данной категории работников, то произведение этого времени на тарифную ставку представляет должностной оклад. В общем случае тарифная ставка есть выраженный в денежной форме абсолютный размер оплаты труда различных категорий работников в единицу времени. Размеры тарифных ставок оплаты труда работников бюджетной сферы фиксируются в утверждаемой Правительством РК Единой тарифной сетке, образующей основу тарифной системы оплаты труда.

Нетарифная часть включает премиальную составляющую - материальное поощрение за особые заслуги в текущей производственной деятельности, выходящие за пределы исполнения должностных, служебных обязанностей. Вторая составляющая нетарифной части в виде дополнительных выплат делится на 2 категории: надбавки к заработной плате выплачиваются за высокую интенсивность труда, за повышение квалификации и другие достижения компенсационные доплаты связанные с дополнительными трудовыми затратами или работой в условиях, отличающихся от нормальных. Для работников здравоохранения предусмотрены следующие виды доплат:

- за работу в ночное время;
- за работу с разделением смены на части;
- за совмещение должностей;
- за работу в выходные и праздничные дни;
- за дежурство на дому в нерабочее время.

Есть система дифференцированной оплаты труда, где имеет место как между отдельными работниками одной и той же категории, так и между подразделениями медицинских организаций (МО) ПМСП. Подушевая система оплаты труда медицинского персонала характерна для врачей общей практики (ВОП). Врач общей практики получает деньги за каждого жителя, прописанного на его участке, а также за временно проживающих. При такой системе оплаты труда врач заинтересован:

- в здоровье пациентов;
- профилактической работе;
- ресурсосберегающих технологиях;
- стационарозамещающих видах медицинской помощи (дневные стационары, стационары на дому);
- в качестве медицинской помощи.

Такая система оплаты труда медицинского персонала характерна для Великобритании, Ирландии, Италии.

Таблица 2 - На примере одной из ГКП г. Алматы: Структура доходов

Наименование	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	Сумма (т.т.)	%	Сумма (т.т.)	%	Сумма (т.т.)	%
текущий трансферт из республиканского бюджета -АПП	282000,9	67,1	415641,65	68,7	493 506,4	72,9
текущий трансферт из республиканского бюджета -СКПН	26662,1	6,3	83125,08	13,7	75 918,17	11,2
Стационарозамещающие технологии	31 330,0	7,5	33 395,6	5,5	34 650,17	5,1
Целевой текущий трансферт (доукомплектование медсестрами, внедрение соцработников)	23977,7	5,7				
Транферты на онко и маммологический кабинет	2180,8	0,5	4149,2	0,7	3 976	0,6
Скрининг	21630,8	5,2	15903,87	2,6	11 479,39	1,7
Обеспечение работы РВК					265,86	0,0
Обеспечение работы РВК из МБ			3784,36	0,6	3 833,63	0,6
Единовременная премия Акима г.Алматы			8907,0	1,6		
Итого бюджет	387782,3	92,3	564906,76	93,4	623 629,6	92,1
Платные услуги	32422,0	7,7	39992,3	6,6	53 200,8	7,9
Итого	420204,3	100,00	604899,06	100,00	676 830,4	100,0
Динамика подушевого норматива						
Наименование	2013 г.		2014		2015	
	Сумма (т.т.)		Сумма (т.т.)		Сумма (т.т.)	

Подушевое финансирование	282 000,9	415 641,65	493 506,39
Количество прикрепленного населения	57 145	60 347	61 047
Подушевой норматив (т.т. в год)	4,935	6,887	8,084
Подушевой норматив (тенге в месяц)	411,23	573,96	673,67

Стоимость пролеченного больного по СЗТ.

В сравнении с 2014 г. государственный заказ на услуги стационарозамещающей технологии Департаментом КОМУ в 2015 году выделен больше на 1 254,57 тыс.тенге и составил 34 650,17тыс.тенге и за отчетный период пролечено 2565 больных, на 164 случаев - на 6,8% больше в

сравнение с 2014г. и средняя стоимость одного пролеченного больного составило 13,5 тыс тенге.

Снято 624,25 тыс.тенге за дефекты по результатам контроля качества и доля финансовых средств, снятых от общего объема составило 1,78% (в 2014 году -2,01%).

Таблица 3.

Наименование	2013г.	2014г.	2015г.
Доход от СЗТ (т.т.)	31 330,0	33 395,6	34 650,17
Пролечено больных (чел.)	1 945	2401	2565
Средняя стоимость пролеченного больного (т.т.)	16,11	13,91	13,51

Структура расходов бюджета.

В структуре расходов бюджета основная часть приходится на оплату труда 59,2%; 17,4% - на приобретение медикаментов, изделий медицинского назначения.

Таблица 4.

Структура расходов бюджета		
Расходы	Тыс.т	%
ФОТ	368928,1	59,2
Соц налог	19955,9	3,2
Соц.отчисления	15949,5	2,6
Приобретение медикаментов	108646,7	17,4
Приобретение прочих товаров	13992,7	2,2
Коммунальные услуги	12261,1	2,0
Услуги автотранспорта	9000,0	1,4
Приобретение услуг и текущие затраты	74571,8	12,0
Итого	623305,8	100
Структура внебюджета		
Фонд оплаты труда	34193,6	69,5
Соц налог	1896,5	3,9
Соц отчисления	1638,7	3,3
Приобретение медикаментов	1734,6	3,5
Приобретение прочих товаров	1793	3,6
Коммунальные услуги	542	1,1
Приобретение услуг	4957,2	10,1
Приобретение ОС	2444,4	5,0
Итого	49200	100

В структуре расходов внебюджета аналогично расходам бюджета основная часть выделена на оплату труда 69,5%, следующим по значимости является на приобретение услуг - 10,1%, приобретение основных средств - 5,0%

Средняя заработная плата медицинских работников.

Средняя заработная плата сотрудников поликлиники в 2015г. по сравнению с 2014 г. уменьшился на 2859 тенге, из за уменьшения в отчетном году суммы СКПН на 9,5% и отсутствия выплаты единовременной премии Акима как было в 2014 г.

Таблица 5.

	2015г.	2014г.	2013г.
Врачи	143770,4	146630,27	112537,1
СМП	106910,67	112848,66	93116,4
ММП	56803,89	60038,68	44705,3

Медицинские кадры.

Таблица 6.

		2015г	2014г	2013г
Укомплектованность	Врачи	98,2%	97,1%	87,6%
	СМП	99,3%	97,4%	81,8%
Коэффициент совместительства	Врачи	1,2	1,16	1,2
	СМП	1,4	1,3	1,30
Обеспеченность населения медицинскими кадрами	Врачи	16,2	17,7	16,6
	СМП	21,3	20,4	19,9

1. Укомплектованность.

Количество врачей согласно по штатному расписанию 113,0 ставки, из них занято 111,0 ставок.

Укомплектованность штатных должностей составила 98,2% (97,1 в 2014г). Укомплектованность врачами общей практики 100%. Не укомплектованность за счет отсутствия следующих специалистов: врача лаборанта и эндокринолога.

Количество штатных должностей средних медработников 177,25 ставки, из них занято 176,0ст. Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала составляет 99,3% (2014 г.- 97,4%).

2. Коэффициент совместительства.

Число физических лиц, занятых на врачебных должностях в 2015 году составило 97 (95 в 2014г), по сравнению с 2014

годом коэффициент совместительства в отчетном году повысился и составил 1,2 (1,16-2014).

Число физических лиц, занятых на должностях среднего медицинского персонала составило 129 (в 2014г. -121), коэффициент совместительства также повысился в сравнении с 2014г. и составил 1,4 (2014г-1,3).

3. Обеспеченность населения медицинскими кадрами.

Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения в отчетном году ниже в сравнении с 2014 г. на 8,5% и составил 16,2 (17,7 в 2014г).

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом составила 21,3 (20,4-2014), вырос на 4,4%.

4. Категорийность.

Таблица 7.

	2015г	2014г	2013г
Врачи	47-43,9%	36-34,3%	35-34,3%
Высшая	24-51,1%	19-52,8%	17-48,6%
Первая	10-21,2%	11-30,6%	14-40%
Вторая	13-27,7%	6-16,6%	4-11,4%
Средний медицинский персонал	60-46,5%	58-47,2%	54-49,1%
Высшая	47-78,3%	47-81%	40-74,1%
Первая	8-13,3%	7-12,1%	11-20,4%
Вторая	5-8,4%	4-6,9%	3-5,5%

Доля врачей имеющих квалификационные категории составляет 43,9%, по сравнению с 2014 г. % категорийности среди врачей увеличился почти на 28%.

Доля средних медработников имеющих квалификационные категории составляет 46,5%. В динамике доля имеющих квалификационные категории среди среднего медицинского персонала снизился на 1,5%, за счет молодых специалистов из среднего звена.

Всего в поликлинике работает 129 средний медицинский персонал (медрегистраторов -8), из них со стажем до 3 лет - 21 медсестер, т.е. 18,6%. Из 95 медицинских сестер, имеющих стаж свыше 3 лет, квалификационная категория у 55 человек, что составило 57,9%.

5. Повышение квалификации.

Таблица 8.

	2015г			2014г		
	план	Выполнено		план	Выполнено	
		в абс.	в %		в абс.	в %
Врачи	89	127	142,7	53	84	158,5
Средний медицинский персонал	63	88	139,7	72	170	236,1

На 2015г. было запланировано на повышение квалификации 89 врача, за отчетный период прошли переподготовку 127 врачей и повышение квалификации 115 врачей, выполнение плана составило 142,7%.

Из среднего медперсонала было запланировано 63 человек, прошли обучение 88 медицинских сестер, выполнение - 139,7%.

В связи с переходом на режим обслуживания ВОП, основной акцент был сделан на переподготовку и

повышение квалификации по общей врачебной практике. Средства из СКПН на повышение квалификации специалистов освоена на 100%. Переподготовку по ВОП прошла 5 чел., повышение квалификации - 96 чел.

С внедрением системы ОСМС появилась законодательная база перехода к стимулирующей модели заработной платы, при этом необходимо отметить, что введение ОСМС не означает автоматический переход к дифференцированной оплате труда. Не само ОСМС, а лишь реализация конкретных

механизмов, заложенных в медицинском страховании, позволит разработать эффективную систему оплаты труда медицинского персонала. Данная проблема осложняется тем, что в здравоохранении изначально не может быть создана единая универсальная система заработной платы. Это обусловлено несколькими моментами:

1) разнообразием условий труда в различных структурных подразделениях медицинского учреждения - не всегда целесообразно использовать одни и те же системы заработной платы для различных служб больницы;

2) различием задач в деятельности медицинского персонала больницы - первоочередными задачами могут быть: стимулирование конкретных объемных показателей, КМП, профилактической работы, ресурсосбережения и т.п.;

3) отсутствием смысла создавать стимулы к улучшению производительности труда, если нет возможности дополнительного финансирования заработной платы сотрудников;

4) невозможностью устанавливать равенство заработной платы за труд, затраченный для достижения разных показателей;

5) необходимостью учитывать эластичность показателей. Так, количество посещений при желании можно увеличить за счет уменьшения времени, затраченного на 1 пациента; количество же вызовов скорой помощи практически (цивилизованно) изменить невозможно;

6) индивидуальностью медицинского работника (одним легче дается качество, другим - объемы помощи);

Основой стимулирующей системы оплаты труда персонала ПМСП является внутри- и межучрежденческий управленческий учет, что позволяет производить многофакторный клиничко-экономический анализ деятельности структурных подразделений больницы, отдельных производственных участков и конкретных медицинских работников. По своему содержанию дифференцированная оплата труда участковых врачей имеет много элементов подушной системы заработной платы. Как отмечалось выше, ДОТ участковой службы поликлиники базируется:

- на фондодержании ПМСП;
 - материально-экономической заинтересованности участковых врачей в использовании ресурсосберегающих технологий;
 - обеспечении КМП;
 - эффективном управлении потоками финансов и пациентов со своего территориального участка;
 - профилактической направленности деятельности.
- Система дифференцированной оплаты труда персонала ПМСП стимулирует экономию запланированных на участок финансовых средств и включает следующие этапы:

1) планирование фонда финансовых средств по каждому территориальному участку на предстоящий период;

2) оперативный учет финансовых затрат по каждому территориальному участку;

3) анализ финансовых затрат на участке;

4) экспертиза КМП, начисление штрафных санкций;

5) анализ конечных результатов деятельности участковых врачей, начисление премиального бонуса тем из них, кто добился положительных клиничко-экономических показателей.

Юридическим основанием для перехода на дифференцированную оплату труда медицинского персонала являются коллективный договор и договорные

отношения между администрацией больницы и заведующим структурным подразделением медицинского учреждения, что не противоречит ни Трудовому кодексу РК, ни действующему законодательству по оплате труда медицинского персонала. Дифференцированная система заработной платы медицинского персонала является мощным фактором повышения КМП и рационального использования ресурсов, одной из составляющих системы клиничского управления.

Выводы: Следует отметить, что в Казахстане наблюдается недостаточная эффективность инструментов, которые способствовали бы постепенному изменению производительности в долгосрочной перспективе, таких как программы, направленные на повышение конкурентоспособности человеческого капитала и избыточное субсидирование при отсутствии четких механизмов анализа его результативности. Производительность в стране можно повысить за счет оптимизации субсидий и государственных расходов. Снижение государственных расходов (в частности, субсидий) может способствовать росту экономической эффективности благодаря следующим факторам влияния:

- *факторы основного капитала*, обусловленная качеством, уровнем развития и степенью использования инвестиций и основных материальных средств. Эти факторы связаны с механизацией и автоматизацией труда, внедрением прогрессивных технологий, использованием качественных и эффективных материалов.

- *социально-экономические факторы*, - состав и качество работников (их квалификация), условия труда, отношение медицинских работников к труду, мотивация и т. д. Так как вклад каждого индивидуума в общий совокупный труд не одинаков: одни в коллективе всегда производят больше среднего, а другие — меньше среднего значения. Но применяемые ныне методы расчета производительности труда не учитывают этого.

- *производительность труда индивидуального медицинского работника* зависит от его способностей, мастерства и знаний, возраста, состояния здоровья и ряда других причин. С позиции эффективного труда для работодателя важно найти "своего" медицинского работника, чья работоспособность и производительность труда потенциально выше средних. Такому отбору работников помогают система собеседований, оценки качества труда, аттестация и аккредитация медицинской организации ПМСП.

Чем выше уровень производительности медицинских работников ПМСП, тем большими возможностями располагает общество для развития сферы медицинских услуг.

Таким образом, задача создания эффективной и растущей экономики системы здравоохранения решается только через повышение производительности труда медицинских работников, в том числе и на уровне ПМСП. Повышение производительности труда это стратегическая задача страны.

У Казахстана есть большие возможности довести уровень производительности труда медицинских работников до уровня развитых стран. Конечно, это является очень сложной и многогранной задачей, которую необходимо решать совместными усилиями государства, бизнеса и людей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ачех, Т.В. Научное обоснование оптимизации деятельности поликлиники в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук - М., 2001. — 25 с.
- 2 Вялков, А.И. Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений // Главврач. - 2005. - № 4. - С.27-37.
- 3 Государственная Программа «Денсаулык» на 2016-2019гг.
- 4 <http://www.dissercat.com/content/innovatsionnye-organizatsionnye-meditsinskie-i-ekonomicheskie-tekhnologii-v-pervichnoi-medik#ixzz4vq85wkG8>
- 5 <http://www.dissercat.com/content/innovatsionnye-organizatsionnye-meditsinskie-i-ekonomicheskie-tekhnologii-v-pervichnoi-medik#ixzz4vq7gCe25>

Е.С.Утеулиев, К.К.Коньсбаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

БМСК ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ӨНІМДІЛІГІ

Түйін: Мақала авторлары БМСК медицина қызметкерлерінің еңбек өнімділігінің көрсеткіштерін дәлелдеген кезде теориялық ережелер мен әдістемелік шаралар қарастырылды. Жұмыс күнін тиімді жоспарлау, жұмыс уақытын барынша пайдалану, жұмыс орнын тиімді ұйымдастыру, жұмысты ұйымдастырудың түрлі формаларын жетілдіру, адами ресурстарды (кадрларды) басқару, кәсіптерді бірге алып жүру, медициналық көмектің көлеміне және санына қарай еңбекті оңтайлы ынталандыру, озық тәжірибелерді, ғылыми жетістіктерді енгізу, заманауи технологияларды пайдалану және мөңдірісті автоматтандыру, медициналық қызмет көрсету кірістерін талдау тәрізді факторлардың еңбек өнімділігіне әсер етуіне талдау жүргізілді.

Түйінді сөздер: еңбек өнімділігі, көрсеткіштер, методология, еңбек сыйымдылығы, адами ресурстарды басқару, тиімділік, ынталандыру, тиімді жоспарлау, үздіксіз жетілдіру.

Y. Uteuliev, K. Konysbaeva
Kazakhstan Medical University "KSPH"

PRODUCTIVITY OF LABOR OF MEDICAL WORKERS OF THE PHC ORGANIZATION

Resume: Thus, the task of creating an efficient and growing economy of the health care system is solved only through increasing the productivity of health workers, including at the level of PHC. Increasing labor productivity is a strategic task for the country. Kazakhstan has great opportunities to bring the level of labor productivity of medical workers to the level of developed countries. Of course, this is a very complex and multifaceted task that must be solved jointly by the state, business and people.

Keywords: labor productivity, indicators, methodology, labor intensity, human resource management, rationality, motivation, effective planning, continuous improvement

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП, ОКАЗЫВАЕМОЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДОЙ

Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева, Р.У. Токмолдаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан
ГККП на ПХВ «Городская поликлиника №10» города Алматы

В данной статье автор проводит анализ деятельности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Республике Казахстан по совершенствованию реализации качества медицинских услуг населению. Делается акцент на одной из главных задач ПМСП: способность управлять всем спектром проблем, начиная от первичной профилактики до выработки тактики лечения и ведения пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями в партнерстве с другими секторами здравоохранения. Так как ПМСП является медицинской организацией (МО) первичного звена, осуществляющей первый контакт с населением, её можно рассматривать с разных сторон: как автономный и независимый субъект в системе здравоохранения и первую ступень медицинской помощи к более широкому спектру ресурсов здравоохранения. В связи с этим, автор статьи предлагает альтернативное решение - сотрудничество различных специалистов в области здравоохранения, т.е. создание мультидисциплинарной команды, группы специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместных согласованных принципах. Такой подход доказал своё преимущество в странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии Великобритании. С целью совершенствования качества и доступности медицинской помощи территориальному населению мультидисциплинарные команды пока работают по 4 направлениям: онкологической, педиатрической, фтизиатрической и кардиологической. В каждую команду входят - врач общей практики, врач-эксперт, специалист узкого профиля, чаще это ассистент кафедры университета. Медицинские сестры являются ключевыми членами команды, обеспечивая оказание многих услуг и, дополняя помощь, оказываемую врачами и другими медицинскими работниками.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, мультидисциплинарная команда, качество медицинской помощи, ПМСП, удовлетворенность пациента, анкетирование.

УДК 614.23/.25-039.75

Введение: Здоровье человека, качество его жизни и социальное самочувствие являются в нашей стране незбылемым национальным приоритетом. В последнее время реализовываются государственные программы, направленные на сохранение и укрепление здоровья населения, которые позволили достичь таких

важнейших результатов в области демографии, как снижение общей смертности населения, увеличение численности населения, снижение младенческой и материнской смертности.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на

2016–2019 годы, одной из самых приоритетных задач, является повышение качества медицинских услуг, оказываемых в организациях первичной медико-санитарной помощи и укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны. Одним из направлений Государственной Программы «Денсаулық» станет интеграция всех служб здравоохранения на основе модернизации и дальнейшего приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи с внедрением принципов семейной медицины, которая будет осуществляться через врачей общей практики. В перспективе врачи общей практики, как специалисты широкого профиля, владеющие современными знаниями, станут координаторами лечебного процесса не только для профильных специалистов поликлиник, но и для специалистов стационаров [1].

С 1 июля 2017 года начнет внедряться система обязательного социального медицинского страхования, основанная на солидарной ответственности государства, работодателей и граждан.

Первичная медико-санитарная помощь выполняет множество ролей в системе здравоохранения, одна из которых заключается в том, что центры первичной медико-санитарной помощи являются местом первого контакта населения с организациями здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь также чаще берет на себя роль в координации дальнейшего ведения пациента и потребностей в медицинском уходе. Ее можно рассматривать с разных сторон. С одной стороны, это автономный и независимый субъект в системе здравоохранения, а с другой, медико-санитарную помощь можно расценивать как первую ступень к более широкому спектру ресурсов здравоохранения [2].

Во многих странах происходит рост потребности в медицинских услугах высокого качества, высококвалифицированных специалистов. Для повышения эффективности качества медицинской помощи в мире разрабатывают и внедряют новые формы и методы, которые позволяют здравоохранению достигать главных задач, поставленных перед ним.

Возникает необходимость поиска подходящей альтернативы высокой стоимости медицинской помощи специалистов здравоохранения. Возникает необходимость выбора между высокими затратами на оказание больницы медицинской помощи и оказанием помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, которая сопровождается трудностями в получении специализированной помощи, в том числе длительное время ожидания консультации специалистов, оказание фрагментарной медицинской помощи в связи с организацией систем здравоохранения [3].

Главной задачей ПМСП XXI века является способность управлять всем спектром проблем, начиная от первичной профилактики до выработки тактики лечения и ведения пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями в партнерстве с другими секторами здравоохранения. Для выполнения этой задачи в странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии были организованы многопрофильные (мультидисциплинарные) команды для оказания помощи пациентам, в состав которых входили разные специалисты.

По данным Saba и др. [4] такие модели оказания первичной медико-санитарной помощи требуют изменений в практике, с исторической модели, где медицинскую помощь оказывает только врач, на модель функционирования команды первичной медико-санитарной помощи. Многопрофильная группа специалистов здравоохранения является широко используемым понятием, которое подразумевает сотрудничество различных специалистов в области здравоохранения.

Мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах.

Мультидисциплинарный подход нашел свое применение в Великобритании, где за каждым пациентом закреплен конкретный специалист такой команды, который отвечает за формирование и поддержание физической и социальной

активности пациента, проведение комплексной оценки его потребностей, ранжирование приоритетности нужд вместе с пациентом, проведение лечения или реабилитации в рамках своей компетентности и направление к другим членам мультидисциплинарной команды для различных видов лечения или реабилитации.

Для повышения эффективности и уровня оказываемой медицинской помощи в ГКП на ПХВ «ГП №10» г. Алматы в 2016 году произведен 100% переход на обслуживание населения по принципу «Врач общей практики» (ВОП). Созданы мультидисциплинарные команды по 4 направлениям: онкологическая, педиатрическая, фтизиатрическая и кардиологическая. В дальнейшем, предполагается создание мультидисциплинарных команд по другим направлениям. В каждую команду входят – врач общей практики, врач-эксперт, специалист узкого профиля, чаще это ассистент кафедры университета. Медицинские сестры являются ключевыми членами команды, обеспечивая оказание многих услуг и, дополняя помощь, оказываемую врачами и другими медицинскими работниками [3].

В задачи мультидисциплинарной команды входит разбор случаев тяжелого, атипичного течения заболеваний для решения вопросов тактики ведения, лечения, направления на МСЭ, оказания социальной помощи и др. пациенту. Медицинские услуги командой могут оказываться как на амбулаторном приеме, так и на дому.

Работа мультидисциплинарной команды, ее эффективность контролируется как администрацией поликлиники, так и методом обратной связи путем анонимного анкетирования пациентов, направленных на консультацию.

Материал и методы исследования

Материалом исследования явились обзор зарубежной и отечественной литературы, медицинские документация городской поликлиники № 10 г. Алматы, анкеты, с включением разработанных вопросов (по пяти бальной оценке с пожеланиями).

Результаты исследований

Проведено анкетирование 48 пациентов, которым была оказана помощь мультидисциплинарной командой. Согласно 4 направлениям мультидисциплинарной команды: онкологическую команду прошли – 6 пациентов; педиатрическую – 12 пациентов; фтизиатрическую – 4 пациента и кардиологическую – 26 пациентов.

По половому признаку: 26 - женщин и 22 - мужчин. Для анкетирования пациентов мультидисциплинарной команды педиатрического профиля привлекались родители детей. Средний возраст анкетлируемых составил 46±18 лет.

Среди положительных моментов анкетлируемые отметили: непродолжительное ожидание консультации; - внимательное отношение команды к пациентам; наличие необходимого специалиста; подробная представленная информация по заболеванию; объяснения по тактике ведения и лечения пациента, согласование с ним важных вопросов; учитывалось мнение пациента и членов его семьи и родителей детей. Все респонденты оценили высоко качество работы.

Выводы.

Таким образом, мультидисциплинарная командная работа ГП № 10 г. Алматы способствует более эффективной доступности первичной медицинской помощи населению.

Внедрение новых форм обслуживания пациентов на амбулаторном уровне приводит к повышению качества, эффективности и своевременности оказываемой медицинской помощи, повышению уровня доверия и удовлетворенности населения работой поликлинического звена.

Кроме того, участие медицинских специалистов в консультативных и образовательных мероприятиях является важным элементом, способствующим улучшению результатов.

Важную роль играет обучение всех членов команды общим базовым навыкам оценки и взаимодействия, что обеспечивает хорошее качество работы и эффективную междисциплинарную связь внутри команды.

Сама работа мультидисциплинарной команды повышает знания медицинского персонала, в частности, молодых врачей общей практики.

Для пациентов ПМСП, большое значение имеет фактор личного общения и внимания со стороны врачебного

персонала, а также разъяснение необходимости и обоснованности назначенных исследований и лечебных процедур, что решает вопрос информированного согласия и солидарной ответственности пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Касымжанова Ж.К. Программа Денсаулық 2016–2019 о задацах управления медорганизацией. Источник: <https://med.mcf.kz/article/205-programma-densaulyk-2016-2019-o-zadachah-upravleniya-medorganizatsiey>
- 2 Powell-Davies G, Fry D. General Practice in Australia. Canberra , Australian Government Department of Health and Ageing. Chapter 10 // General Practice in the health system. - 2004. - P. 421–464.
- 3 К.А. Тулебаев, Б.С. Турдалиева, Г.Д. Кузиева. Зарубежный опыт работы мультидисциплинарных команд специалистов в первичном звене: // <http://repository.kaznmu.kz>
- 4 Saba GW, Villela TJ, Chen E, Hammer H, Bodenheimer T: The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative // Ann Fam Med. - 2012. - №10(2). - P.169–173.

Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева, Р.У. Токмолдаева

ХАЛЫҚТЫҢ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРЛЫ ТОППЕН КӨРСЕТІЛГЕН БМСК ДЕҢГЕЙІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫМЕН ҚАНАФАТТАНУЫ

Түйін: Осы мақалада автор халыққа сапалы қызмет көрсетуді жақсарту бойынша Қазақстан Республикасындағы біріншілік медико-санитарлы көмектің (БМСК) іс-әрекетне талдау жасайды. БМСК-тің маңызды міндеттерінің біріне тоқталады: денсаулық сақтаудың басқа секторларымен серіктестікте ауыр созылмалы аурулардың біріншілік профилактикасынан бастап, жүргізу және емдеу тактикасын жасап шығаруға дейінгі бүкіл мәселелер спектрін қамту қабілетіне. БМСК халықпен алғашқы қарым-қатынасты орнататын бірінші сатыдағы медициналық ұйым болғандықтан, оны әртүрлі жағынан қарастыруға болады: денсаулық сақтау жүйесіндегі автономды және тәуелсіз субъект ретінде және денсаулық сақтаудың одан да кең спектріне алғашқы сатысы ретінде. Осыған орай мақала авторы оңтайлы шешім ұсынады- денсаулық сақтау саласындағы әртүрлі мамандардың қызметтестігі; яғни бір мәселені өзара келісілген принциптер бойынша шешу үшін біріктірілген мамандар тобы, мультидисциплинарлы топ құру. Мұндай тәсіл Батыс Еуропа, Солтүтік Америка, Австралия және Ұлы Британия елдерінде өз артықшылығын дәлелдеген. Медициналық көмектің сапасы мен жергілікті халыққа қолжетімділігін арттыру мақсатында мультидисциплинарлы топ 4 бағытта жұмыс жасайды: онкологиялық, педиатриялық, фтизиатриялық және кардиологиялық. Әр топқа Жалпы тәжірибелік дәрігер, дәрігер-эксперт, арнайы маман, көбіне ол университеттің кафедрасының ассистенті болып табылады, кіреді. Мейірбикелер көптеген қызметтерді қамтамасыз ете отырып және басқа медициналық қызметкерлердің көмегін толықтыру арқылы топтың негізгі мүшелері болып табылады.

Осылайша Алматы қаласының №10 ҚЕ мультидисциплинарлы топтың жұмысы біріншілік медициналық көмектің халыққа қолжетімділігінің халыққа тиімдірек болуына жағдай жасайды.

Науқастарға амбулаторлы деңгейде қызмет көрсетудің жаңа түрлерін енгізу медициналық көмектің сапасының, тиімділігі мен қолжетімділігінің артуына, халықтың емханалық жүйе жұмысымен қанағаттануы және сенім дәрежесінің жоғарылауына әкеледі.

Сонымен қатар, медициналық мамандардың кеңестік және ағартулық шараларға қатысуы нәтижелерді жақсартуға әсерін тигізетін маңызды бөлшек болып табылады.

Жұмыстың жоғары сапасын және топ ішіндегі тиімді дисциплинааралық байланысты қамтамасыз ету мақсатынд, топтық барлық мүшелерін бағалау мен өзара қарым-қатынастың негізгі дағдыларына үйрету маңызды рөл ойнайды.

Мультидисциплинарлы топтың жұмысының өзі медициналық қызметкерлердің, соның ішінде жас жалпы тәжірибелік дәрігерлердің біліктілігін арттырады.

БМСК науқастары үшін жеке қарым-қатынас факторы және дәрігерлер тарапынан көңіл бөлу, сонымен қатар тағайындалған зерттеулер мен емдік шаралардың қажеттілігі мен негізделгендігін түсіндіру үлкен маңызға ие; бұл ақпараттандырылған келісім мен науқастар тарапынан жауапкершілік мәселесін шешеді.

Түйінді сөздер: біріншілік медико-санитарлы көмек, жалпы тәжірибелік дәрігер, мультидисциплинарлы топ, медициналық көмектің сапасы, БМСК, науқастың қанағаттануы, сауалнама.

E.S. Uteuliyeva, T.Kh. Khabiyeva, R.U. Tokmoldaeva

SATISFACTION OF THE POPULATION WITH THE QUALITY OF MEDICAL CARE AT THE LEVEL OF THE PRIMARY HEALTH AND SOCIAL ASSISTANCE PROVIDED BY THE MULTIDISCIPLINARY TEAM

Resume: In this article, the author analyzes the primary health care (PHC) activities in the Republic of Kazakhstan to improve the implementation of the quality of medical services to the population. Emphasis is placed on one of the main tasks of PHC: the ability to manage the whole spectrum of problems, from primary prevention to the development of treatment tactics and management of patients with severe chronic diseases in partnership with other health sectors. Since PHC is the first-level medical organization (MI) that carries out the first contact with the population, it can be viewed from different angles: as an autonomous and independent subject in the health care system and the first stage of medical care to a wider range of health resources. In this connection, the author of the article offers an alternative solution - cooperation of various specialists in the field of public health, i.e. the creation of a multidisciplinary team, a group of specialists who are united by the solution of one task on jointly agreed principles. This approach proved its advantage in countries of Western Europe, North America and Australia and Great Britain. In order to improve the quality and accessibility of medical care to the territorial population, multidisciplinary teams are still working in four areas: oncology, pediatrics, phthisiatric and cardiology. Each team includes - a general practitioner, an expert doctor, a specialist in a narrow profile, more often an assistant at the department of the university. Nurses are key members of the team, providing many services and supplementing the care provided by doctors and other health professionals. Thus, the multidisciplinary teamwork of CP No. 10 in Almaty facilitates more effective access to primary health care for the population. The introduction of new forms of patient care at the outpatient level leads to an improvement in the quality, efficiency and timeliness of the medical care provided, increasing the level of trust and satisfaction of the population with the work of the polyclinic link. In addition, the participation of medical professionals in advisory and educational activities is an important element that contributes to improving outcomes.

An important role is played by the training of all team members in general basic skills of evaluation and interaction, which ensures good quality of work and effective interdisciplinary communication within the team.

The very work of a multidisciplinary team increases the knowledge of medical personnel, in particular, young general practitioners.

For PHC patients, the importance of personal communication and attention on the part of medical personnel, as well as an explanation of the need and validity of the assigned studies and treatment procedures, which solves the issue of informed consent and the patient's joint responsibility.

Keywords: primary health care, general practitioner, multidisciplinary team, quality of medical care, PHC, patient satisfaction, questionnaire.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДУЩИХ СТРАН МИРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹А.К. Тургамбаева, ²Л.С. Ермуханова

¹АО «Медицинский университет Астана», г.Астана

²Западно-Казахстанский ГМУ им. М. Оспанова, г. Актобе

Внедрение в Казахстане с 2017 года обязательного социального медицинского страхования позволит повысить ответственность за свое состояние здоровья среди населения. В данном исследовании были использованы передовой международный опыт и принцип социальной справедливости. Кроме того, медицинское страхование является одним из рычагов повышения экономической заинтересованности и ответственности организаций здравоохранения и медицинских работников за конечный результат своей деятельности, а также развития конкурентоспособной среды между медицинскими организациями. Таким образом, основными недостатками исследуемых систем медицинского страхования в частности компенсации населения по состоянию здоровья, с нашей точки зрения, являются: отсутствие на сегодняшний день в Казахстане системы ОСМС как дополнительного источника финансирования в условиях ограниченных государственных расходов на систему здравоохранения в целом, а так же нет информированности у населения, которые не совсем понимают данный вопрос.

Ключевые слова: медицинское страхование, здоровье граждан, страховой пакет.

УДК 335.58:614.5

Основные модели финансирования в системе здравоохранения.

В мировой практике все системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования, с преобладанием одной из 4 основных моделей: - бюджетная модель, основной источник финансирования - общее налогообложение. Эта модель распространена в 22 странах мира (Великобритания, Австралия, Канада и др.) из 54, гарантирующих всеобщий охват населения медицинской помощью; - социальное медицинское страхование (далее - СМС), финансируемое за счет обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работника. Распространена в 30 странах мира из 54 (Германия,

Франция, Япония, Корея); - частное медицинское страхование, финансируемое за счет добровольных взносов работодателей или самих работников (США до Реформы здравоохранения и защиты пациентов 2009 года); - накопительные счета здравоохранения, применяются преимущественно в Сингапуре. Финансируются исключительно за счет дохода работающих граждан. Бюджетная модель характеризуется высоким уровнем стабильности финансирования и социальной защищенности, однако практически не оказывает влияния на индивидуальную ответственность граждан за собственное здоровье и конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг. Социальное медицинское страхование

обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения [1,2,3].

Мировая практика показывает, что системы СМС обеспечивают всеобщий охват населения медицинской помощью. Такие страны, как Эстония, Чехия, Венгрия и т.д. смогли достигнуть этого показателя при финансировании здравоохранения в пределах 5-8% к ВВП. Вне зависимости от целей внедрения и функционирования СМС в различных странах существуют общие механизмы функционирования и тенденции развития, которые обеспечивают устойчивость и эффективность СМС. Фонды СМС имеют высокий уровень автономии при высокой степени участия всех социальных партнеров в управлении через наблюдательные советы или другие органы. Существуют законодательно установленные механизмы саморегулирования деятельности различных элементов системы СМС: формирование органов управления, тарифообразование, оценка технологий, признание квалификации медицинских работников, аккредитация поставщиков медицинских услуг и т.д. Размер ставок страховых взносов, как и доля платежей работников и работодателя, колеблется в зависимости от уровня развития страны. К примеру, в Германии 14,1% от фонда оплаты труда, в Австрии от 6,5% (фермеры) до 11% (пенсионеры), во Франции 13,6%, в России 5,1%.

Одной из проблем медицинского страхования является конкуренция между страховыми фондами за пациентов. В этих условиях лица старшего возраста, имеющие хронические заболевания, дети и беременные являются нежелательными клиентами, ввиду высокого риска наступления страховых случаев, и могут лишиться доступа к медицинской помощи из-за отказа предоставить страховую защиту или ее высокой стоимости. Для преодоления этого неравенства Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) рекомендует формировать единый пул средств, что реализуется во многих странах с СМС путем создания только одного фонда (Корея, Япония, Венгрия и др.), либо поэтапного слияния фондов (Эстония), а также при помощи механизмов выравнивания рисков (Германия, Франция, Бельгия и др.). Классическим примером этого механизма является Германия, где страховые взносы, собранные свыше 130 страховыми фондами страны, аккумулируются в едином фонде выравнивания рисков и дополняются субсидиями из федерального бюджета. Сформированный пул средств корректируется с учетом поправочных коэффициентов пола, возраста, уровня дохода и состояния здоровья и перераспределяется между страховыми фондами.

Внедрение в Казахстане с 2017 года обязательного социального медицинского страхования позволит повысить ответственность за свое состояние здоровья среди населения.

Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», разработанный Министерством Здравоохранения и социального развития РК в рамках реализации Плана нации – 100 шагов по реализации пяти институциональных реформ. В данном исследовании были использованы передовой международный опыт и принцип социальной справедливости. Кроме того, медицинское страхование является одним из рычагов повышения экономической заинтересованности и ответственности организаций здравоохранения, медицинских работников за конечный результат своей деятельности, а также развития конкурентоспособной среды между медицинскими организациями.

В мире работают достаточно эффективные модели системы медицинского страхования. Финансирование системы здравоохранения в стране может осуществляться из государственного бюджета и/или путем обязательного и добровольного медицинского страхования [4,5].

Опыт Великобритании. В Великобритании действует, занимая лидирующие позиции, государственная система поддержки здравоохранения и медицинского страхования.

Это целое направление социальной политики государства, которое в ходе своего развития только усилило свое влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций. Данная система доступна для населения при относительно низких затратах на медицинскую помощь. Большая часть средств выделяется из бюджета и централизованно перераспределяется. В то же самое время это порождает монополию на оказание медицинских и страховых услуг. У пациентов, как правило, отсутствует возможность выбора врача и лечебного учреждения, усложнен контроль за деятельностью медучреждения со стороны пациентов.

Наибольшее распространение в таких странах, как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторых государствах Латинской Америки, Японии имеет система, базирующаяся на принципах солидарности. Всем участникам этой системы дается возможность контролировать использование страховых средств, а застрахованным выбирать врача, медицинское учреждение. В данной системе есть и свои проблемы, например, как обеспечить равный доступ и оплату медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, малоимущие, инвалиды), равномерно распределить средства среди застрахованных. Страховая система финансируется из 3-х источников:

- 1) страховые взносы предпринимателей – отчисления от доходов;
- 2) заработки трудящихся – отчисления из заработной платы;
- 3) средства государственного бюджета [5,6].

Опыт Германии. Первая страховая фирма Германии, предложившая клиентам медицинский страховой полис, появилась ещё в 1848 г. В немецкой системе - государство не финансирует здравоохранение (за исключением отдельных секторов), но при этом обеспечивает создание страховых фондов работодателями и работниками. Государство выполняет надзорную функцию над работой всей системы медицинского страхования, которая в Германии является децентрализованной. Функционирует примерно 1200 страховых фондов (или касс), которые созданы по профессиональному или территориальному принципу.

Таким образом, государственное страхование является основой здравоохранения Германии. Все работники, а также члены их семей с доходом, не превышающим определённую законом сумму, обязаны иметь медицинскую страховку. Сумма годового дохода, которая превышает обязательную для государственной медицинской страховки, меняется ежегодно. Согласно данным 2013 г., те, кто получает в год более чем 52200 €, могут решать самостоятельно, какая страховка им нужна – частная или государственная. Примерно 20% от общего числа застрахованных наряду с государственной имеют медицинскую страховку в частных компаниях (их около 50).

По системе государственного медицинского страхования основные медицинские услуги предоставляются бесплатно. Однако есть исключения, например, услуги стоматолога. При этом некоторые страховые кассы предлагают дополнительные пакеты услуг, например, при регулярном посещении стоматолога касса может оплатить 90%. Если застрахованный ведет здоровый образ жизни, не имеет вредных привычек, регулярно посещает спортзал и ни разу за год не обратился к врачу, то ему могут вернуть некоторую сумму денег. Детям (до 18 лет) все врачебные услуги и медикаменты покрываются страховкой [7,8,9].

Страхование в США. В основном система медицинского страхования в США организована на добровольной основе, а расходы по оплате страховки несет каждый гражданин самостоятельно. В США действует преимущественно частная система медицинского страхования, государственное регулирование в этой системе не предполагается, она децентрализована и обладает высоко развитой инфраструктурой страховых организаций.

Система медицинского страхования строится на том, что каждый гражданин США имеет право приобрести страховку за свои деньги (за исключением услуг стоматолога и окулиста). Страховка стоит не малых средств, поэтому, как правило, за работника это делает его работодатель, т.е. если

человек работает на полной занятости, то работодатель предоставляет ему полный «социальный пакет», в который и входит определенный вид страховки.

Основное преимущество данной системы – высокое качество оказываемых медицинских услуг. Известно, что в США здравоохранение качественное и высокотехнологичное, но при этом оно дорогое и доступно не всем слоям населения в одинаковой мере. Исторически сложившийся факт – гражданин США должен сам заботиться о своем здоровье и врачи не обязаны оказывать бесплатную помощь, за исключением экстренных случаев.

Частные страховые планы бывают разные, это зависит в первую очередь от платежеспособности страхового или от выбора его работодателя. Как правило страховка покрывает какие-то определенные виды медицинских услуг, но если в случае заболевания сумма превышена, то застрахованный сам покрывает эти расходы. Обычно, 100% страховка покрывает профилактические посещения доктора раз в год, диагностику, связанную с этими профилактическими посещениями, иммунизацию. При этом лучшие тарифы предлагает каждая страховая компания при выборе врачей из ее сети. Большинство американцев имеют частную страховку от работодателя (58% населения), а также через программы «Медикейт» и «Медикер» (20%), 2% являются участниками системы добровольного медицинского страхования не по месту работы.

Таким образом, около 11,6% населения не имеют доступа к медицинскому страхованию. В их числе малообеспеченные, безработные, бездомные, а также семьи работников предприятий, которые не имеют системы медицинского страхования. Система медицинского страхования «Медикейт» предназначена для самых бедных слоев общества и является своеобразной социальной защитой.

Существует отдельная государственная программа страхования здоровья детей (SCHIP, State Children's Health Insurance Program). Финансируется она из федерального бюджета и из бюджета штатов и позволяет обеспечить страхование детей из тех семей, которые зарабатывают слишком много, чтобы присоединить их к «Медикейт», но недостаточно для покупки частной страховки. В данный вид страховки обязательно включены медосмотры детей, иммунизация, пребывание в стационаре, стоматологическая помощь, лабораторные анализы и лучевая диагностика. Дополнительные услуги определяются на уровне властей штатов.

Акт о доступной медицинской помощи, получивший в народе название Obamacare, до сих пор вызывает в США горячие дискуссии. Оппоненты реформ не перестают утверждать, что обязательная страховка и качественное здравоохранение далеко не одно и то же [9,10,11,12].

Страховая медицина в Японии. По данным ВОЗ Япония занимает одно из первых мест по качеству медицинских услуг. Подтверждением тому является самый высокий показатель в мире по средней продолжительности жизни (мужчины – 79 лет, женщины – 86 лет). Доказывает высокую эффективность системы здравоохранения Японии и самая низкая младенческая смертность в мире.

Система медицинского страхования в Японии предполагает покрытие пациентом услуг до 30% стоимости. Существует одна специальная система страхования по уходу и две системы страхования здоровья:

1. Страхование работников по месту работы и членов их семей.

Такая система организована в частных компаниях, общественных организациях и государственных учреждениях. Страхование наемных работников организовано по производственному (профессиональному) принципу. Государственные служащие и работники крупных предприятий страхуются посредством страховых обществ, разделенных по профессиональному признаку. Взносы платят застрахованные, работодатели и государство. Застрахованный пациент при обращении в медучреждение оплачивает от 20 до 30% стоимости лечения. Размер взноса определяется заработком, но не превышает установленной нормы.

2. Система национального страхования по месту жительства. Гарантирует медицинскую помощь мелким собственникам и

членам их семей, а также инвалидам и иждивенцам. Страховой взнос небольшой, зависит от дохода и состава семьи и финансируется государством наполовину. Страхование организовано через местные органы власти.

3. Страхование для оплаты услуг патронажного ухода. Эта система работает с 1997 г. и связана с одной из серьезных проблем – старением населения.

Интересно, что в стране восходящего солнца действует балловая система оплаты медицинских услуг. Другими словами, посещение врача, диагностика, оперативное лечение – все имеет свой балл, причем введена единая система расценок для всех медицинских учреждений Японии. Так, стоимость хирургической операции в 3–4 раза ниже, чем, например, в США.

Счета за лечение медицинских учреждений выставляются не страховым обществам или государственным структурам, а фондам оплаты медицинских услуг, которые проверяют сумму на соответствие общим стандартам лечения. Проверка длится иногда до 2 месяцев, и только после этого счета подлежат оплате.

Медицинская страховка в Японии покрывает большую часть стоимости амбулаторных услуг, а также лечения в стационаре. Застрахованные имеют неограниченную возможность выбора медицинского учреждения, а стоимость лекарственных средств они оплачивают сами, но не по рыночной цене, а по той, которая установлена государством.

Система медицинского страхования в Японии показывает высокую эффективность, взаимосвязанность и высокие результаты, сочетая в себе модели государственного и социального страхования, основанного на частных медицинских услугах, стоимость которых регулируется правительством.

Мировой опыт медицинского страхования разнообразен, главное, что ни одну из сложившихся моделей невозможно скопировать полностью, без учета отечественных реалий. Введение обязательного медицинского страхования ставит много вопросов, например, как обеспечить доступность всего населения к медицинским услугам, каким будет пакет этих услуг, как сбалансировать интересы граждан и государства? Главный же вопрос – как обеспечить высокое качество медицинского обслуживания для всего населения – пока остается открытым [13,14].

Основные контуры модернизации экономики очерчены в Концепции по вхождению Казахстана в число 30 самых развитых государств мира, при этом в качестве базовых ориентиров были взяты показатели стран - членов Организации экономического сотрудничества и развития (далее - ОЭСР).

Реализация данной стратегии потребует проведения преобразований в системе здравоохранения и её приближения к стандартам стран - членов ОЭСР ввиду наличия ряда проблем [11,15].

Так, Казахстан инвестирует в здравоохранение существенно меньше, чем развитые страны мира. Сравнение основных показателей систем здравоохранения стран - членов ОЭСР и Республики Казахстан показывают, что уровень общих расходов на здравоохранение в Казахстане (3,8 % от ВВП) всё ещё отстаёт от аналогичных показателей стран - членов ОЭСР (9,4 % от ВВП), а источники финансирования отрасли не диверсифицированы.

Остается нерешенным принцип солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за своё здоровье. Существующая в республике политика финансирования здравоохранения за счёт общего налогообложения нивелирует финансовое участие работодателей, а их целевой вклад в развитие здравоохранения остаётся чрезвычайно низким [9].

Казахстан, инвестируя на цели здравоохранения меньше средств, чем страны с аналогичным уровнем развития и развитые страны, добился гораздо большего прогресса. Так, ежегодный прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении составил 0,57 лет (ЕС - 0,24 года), ежегодный темп снижения материнской смертности в среднем составил 3,4 на 100 тысяч родившихся живыми, ежегодный темп снижения младенческой смертности в среднем составил 1,11 на 1 000 родившихся живыми [13,16,17].

Подобный прогресс демонстрирует не только эффективность инвестиций, но и указывает на возможное истощение резервов дальнейшего развития, и как следствие - снижение эффективности системы здравоохранения. Этому также способствует низкий уровень оплаты труда медицинских работников в Казахстане, составляющий 0,9 к среднемесячному заработку по стране, что в 2-3 раза ниже аналогичного показателя стран - членов ОЭСР.

Процесс решения вышеуказанных проблем будет находиться под давлением глобальных тенденций - старения населения (рисунок 1), связанного с этим распространения хронических неинфекционных заболеваний, роста потребления медицинских услуг, и как следствие - увеличения расходов на здравоохранение.

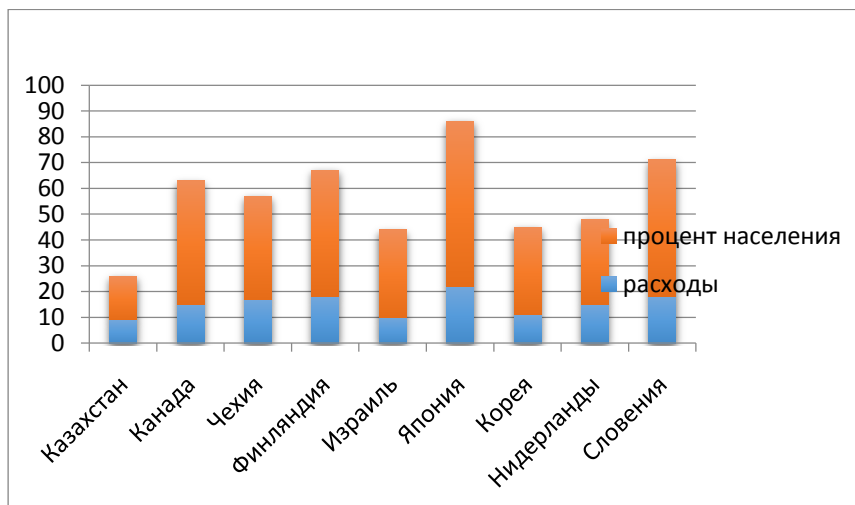


Рисунок 1 - Стационарные расходы лиц старше 65 лет

По прогнозам Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек. В настоящее время расходы на лечение хронических неинфекционных заболеваний уже превышают 50% от бюджета стационарной помощи, а финансирование самой экономически эффективной формы помощи - первичной медико-санитарной помощи гораздо ниже рекомендуемых 40%.

С учётом этих факторов необходимо разработать и внедрить новый механизм реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Данная мера будет реализована нормами нового закона, который позволит реализовать принцип солидарной ответственности, обеспечить финансовую устойчивость, повышение эффективности здравоохранения в условиях модернизации экономики.

Оптимальным способом создания такой системы является внедрение обязательного социального медицинского

страхования, при котором чётко прослеживается выполнение обязательств всех партнёров, а целевой характер взносов создаёт стимул для ответственного отношения к здоровью.

С учётом этих факторов необходимо разработать и внедрить новый механизм реализации конституционного права граждан на охрану здоровья [14,15,16,17].

Отбор медицинских организаций, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой, для заключения договора будет осуществляться на основе ясных и прозрачных критериев, учитывающих их конкурентные преимущества и качество услуг [17,18].

Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) будет формулироваться в виде исчерпывающего перечня списка медицинских услуг и лекарственных средств в зависимости от форм и видов медицинской помощи (рисунок 2).

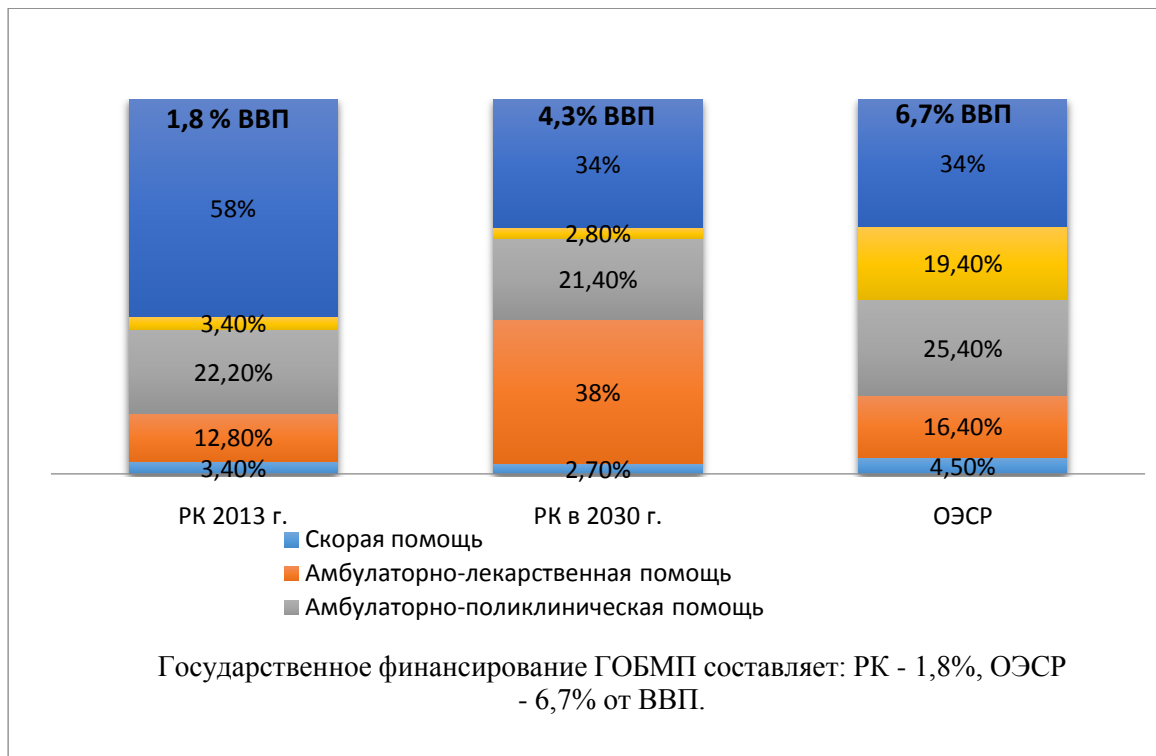


Рисунок 2- Сравнение структуры государственного финансирования ГОБМП в странах ОЭСР и РК в 2013 и 2030 годах [6]

Виды и формы медицинской помощи, входящей в ГОБМП, будут предоставляться на основе стандартов, к которым относятся клинические руководства, клинические протоколы, стандарты и алгоритмы организации оказания медицинской помощи [19,20,21].

Также следует отметить, что ОСМС позволит повысить ответственность за свое состояние здоровья среди населения. Несмотря на один из основных недостатков исследуемых систем медицинского страхования в частности компенсации населения по состоянию здоровья, с нашей точки зрения, являются: отсутствие на сегодняшний день в

Казахстане системы ОСМС как дополнительного источника финансирования в условиях ограниченных государственных расходов на систему здравоохранения в целом, а так же нет информированности у населения, которые не совсем понимают данный вопрос [21]. В связи с чем, необходимо обратить внимание при внедрении последующих этапов ОСМС.

Таким образом, согласно вышеизложенному, можно сделать заключение о том, что внедрение ОСМС выгодно как для страны и полезно для населения, так и для системы здравоохранения и медицинского сообщества в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Архипов А.П., Гомелля В.Б., Туленты Д.С. Страхование. Современный курс. - М.: "Финансы и статистика", 2006. - 415 с.
- Шахов А.М. Финансовые стратегии обеспечения конкурентоспособности страховых организаций // Упр. Экон. Системами : электрон. Науч. Журн. - 2011. - № 2 (26). - С. 88-96.
- Гомелля В.Б. Страхование: учеб. Пособие. - 2-е изд. Перераб. и доп. - М.: Маркет ДС, 2006. - 488 с.
- Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 17 января 2014 г.
- «В преддверии внедрения обязательного социального медицинского страхования в Казахстане» // Сборник материалов 20 Международной научно-практической конференции «Здоровье нации - 21 век». - Сочи: 2016. - С.133-135.
- <https://primeminister.kz/news/show/26/kazahstanskaja-model-sotsialnogo-strahovaniya-nadezhnost-pljus-dohodnost-/03-10-2014?lang=ru>
- Назаров Г. Ф. Экономика и организация здравоохранения. - 2006. - 136 с.
- Ермасов, С. В. Страхование : учеб. Для бакалавров. - М.: Юрайт, 2012. - 748 с.
- Ю. П. Лисицин, Н. В. Полунина. Общественное здоровье и здравоохранения. - 2005. - 346 с.
- Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности: Учеб. Пособие. - М.: "Финансы и статистика, 2006. - 360 с.
- Кучерова Н.В. Формирование ситемы маркетинговой деятельности страховых компаний на развивающихся рынках // Вестн. Оренбургского гос. Ун-та. - 2010. - № 4. - С. 81-86.
- <http://med-express.blogspot.com/>
- Здоровцов Г.И. Ресурсы здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. Современное состояние, пути развития (региональный аспект). - М.: ТЭИС, 2001. - 335 с.
- Концепция внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан до 2030 года.
- Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. - Астана: 2006. - 243 с.
- Девятко В.Н., Кульжанов М.К., Аканов А.А. Здравоохранение мира: состояние, перспективы, развитие (опыт Казахстана). - Алматы: 1995. - 128 с.
- Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. - Алматы: 2006. - 231 с.
- Тургамбаева А.К., Абдулдаева А.А., Жаналиева М.К., Хисметова З.А., Букеева Ж.К. // Валеология, Информированность населения города Астана о введении обязательного социального медицинского страхования в Казахстане. - Астана: 2016. - №4. - С.138-144.

¹А.К. Тургамбаева, ²Л.С. Ермуханова
¹«Астана медицина университеті» Астана қ.
²М. Оспанов атындағы БҚММУ, Ақтөбе қ.

САҚТАНДЫРУ МЕДИЦИНАНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ҚАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ: КЕЙБІР ДҮНИЕЖҮЗІ ЕЛДЕРІНДЕГІ БРЕКШЕЛІК

Түйін: Қазақстанда 2017 жылы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу тұрғындар арасында өздерінің денсаулық жағдайына жауапкершілікті жоғарылатуға мүмкіндік береді.

Бұл зерттеуде берілетін халықаралық тәжірибе және әлеуметтік әділдік қағидасы қолданылды. Бұдан басқа, медициналық сақтандыру өз жұмыстарының соңғы нәтижесіне денсаулық сақтау ұйымы және медициналық қызметкерлердің экономикалық қызығушылығын және жауапкершілігін жоғарылатудың түрткісі болып табылады, сонымен қатар медициналық ұйымдар арасында бәсекелестік органы дамыту.

Сонымен, медициналық сақтандырудың зерттелетін жүйесінің негізгі кемшіліктері, соның ішінде денсаулық жағдайы бойынша тұрғындарға компенсация, біздің көзқарасымыз бойынша, жалпы денсаулық сақтау жүйесіне шектеулі мемлекеттік шығын жағдайында қаржыландырудың қосымша көзі ретінде Қазақстанда МӘМС жүйесінің бүгінгі күнде болмауы, сонымен қатар бұл сұрақты толық түсінбейтін тұрғындарда ақпараттың болмауы.

Түйінді сөздер: медициналық сақтандыру, азаматтардың денсаулығы, сақтандыру пакеті.

A.K. Turgambayeva¹, L.S Yermukhanova²

¹"Medical University of Astana", Kazakhstan

²Western Kazakhstan State Medical University. M. Ospanova, city of Aktobe

INTERNATIONAL EXPERIENCE OF THE INSURANCE OF INSURANCE MEDICINE: PECULIARITIES OF LEADING WORLD COUNTRIES

Resume: The introduction of compulsory social health insurance in Kazakhstan from 2017 will increase the responsibility for one's health in the population. In this study, the best international practices and the principle of social justice were used. In addition, health insurance is one of the tools to increase the economic interest and responsibility of health organizations and medical professionals for the end result of their activities, as well as the development of a competitive environment between medical organizations

Thus, the main shortcomings of the medical insurance systems studied, in particular, the population's compensation for health reasons, from our point of view, are: the absence in Kazakhstan of a system of compulsory social health insurance as an additional source of financing in the context of limited public expenditure on the health system as a whole, as well as there is no awareness of the population, who do not fully understand this issue.

Keywords: medical insurance, health of citizens, insurance package.

ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Е.С. Утеулиев, Ж.Б. Жиенбаева, У.Ш. Аманжолова, Л.Н. Айтамбаева

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Казахский Национальный Медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

В современных условиях стимулировать интерес к изучению социальных отношений, складывающихся в профессиональной деятельности медицинских работников, врача. В условиях перехода к рыночным отношениям, повлекшим интенсивный рост потребности населения в качественном медицинском обслуживании, обострилась проблема кадрового обеспечения муниципального здравоохранения квалифицированным медицинским персоналом. Положение усугубляется постоянной утечкой кадров из государственных учреждений здравоохранения, отсутствием необходимого притока молодых специалистов, что ведет к старению контингента медицинских работников.

Ключевые слова: трудовая мотивация, система мотивирования врачей, удовлетворенность профессиональной деятельностью, медицинские работники

УДК 331:616-051

Актуальность. Реформы, давно назревшие в отраслях бюджетного сектора, и в частности в здравоохранении, буксуют по ряду причин, среди которых прямое сопротивление или непонимание их смысла представителями профессиональных сообществ. Это означает, что предлагаемые варианты реформ неадекватно учитывают особенности трудовой мотивации медицинских работников. Медицинские кадры и, прежде всего, врачи являются самой значимой и наиболее ценной частью внутренних ресурсов лечебно-профилактических учреждений, именно они обеспечивают результативность их деятельности. Однако, это возможно лишь в условиях научно обоснованной системы мотивации их труда, которая

в нашей стране имеет довольно низкий уровень развития. В основном, суть трудовой мотивации у большинства работников здравоохранения сводится к осознанию ими социальной значимости их труда. В тоже время желание иметь гарантированную заработную плату, обеспечивающую достойный уровень жизни, не подкрепляется стремлением к высокой эффективности и качеству выполняемого труда. В связи с этим проблема мотивации профессиональной деятельности медицинских работников является крайне актуальным направлением в здравоохранении [1].

С переходом к рыночной модели организации медицинской помощи населению с особой остротой проявляется

проблема создания условий для повышения качества и эффективности деятельности лечащего персонала. Актуальность экономического исследования мотивации работников здравоохранения диктуется тем, что поиск путей активизации трудового и творческого потенциала каждого врача или медсестры в условиях ограниченности ресурсов является отправной точкой для успешного выхода из глубокого и затяжного кризиса, в котором оказалась российская система здравоохранения.

Престижность профессии врача и на сегодняшний день остается высокой. Не смотря на низкую мотивацию труда в здравоохранении, желающих приобрести профессию медицинского работника не убывает. Ежегодно конкурс в медицинские учебные заведения один из самых высоких.

К сожалению, отсутствуют данные о том, какой процент выпускников посвящает свою жизнь медицине. Низкую профессиональную мотивацию (в частности оплату труда), достаточно длительный путь к профессиональному мастерству и признанию заслуг выдерживают не многие [2]. Аналогичная, а может быть и более сложная, ситуация со средним медицинским персоналом.

Наряду с государственными учреждениями здравоохранения в настоящее время медицинскую помощь и медицинские услуги оказывают и частные медицинские центры. Мотивация медицинского персонала в них имеет существенные отличия от государственных учреждений. Анализ мотивационной системы в частных медицинских организациях может быть очень полезен для корректировки мотивационных составляющих государственных медицинских учреждений.

В связи с этим, изучение мотивационных предпочтений врачей и медицинских сестер, анализ жизненных ценностей и потребностей, лежащих в основе их профессионального поведения, выявление мотивирующих и демотивирующих факторов, исследование условий труда медицинских работников, а также поиск наиболее приемлемых методов мотивационного воздействия, относится к одному из актуальных направлений научных исследований [3].

Вопросы оплаты и стимулирования труда персонала приобретают все большую остроту и практическую актуальность. Проблема объективной оценки доли трудового вклада структурного подразделения, рабочего места была и остается краеугольным камнем эффективности организации и оплаты труда.

Системой оплаты работы признается способ соизмерения размера вознаграждения за работу с ее результатами либо за вклад работника в ее выполнение.

Глава государства Нурсултан Назарбаев предлагает ввести дифференцированную систему оплаты труда работников образования и медицины. "Фонд заработной платы должен использоваться дифференцированно, в зависимости от качества и интенсивности труда", - сказал он [4].

В исследованиях последнего десятилетия обосновывается потребность в изучении профессионально-личностного образа медицинского работника [5,6]. Анализ удовлетворенности деятельностью сотрудников открывает перед руководителем возможности выбора оптимальных моделей управления процессом мотивирования персонала [7]. Ожидаемый результат масштабных планов переустройства отечественного здравоохранения в интересах общественного и отраслевого развития может быть достигнут не столько посредством предлагаемых к реализации организационно-структурных и юридически оформленных преобразований, сколько за счет человеческого фактора, базисной основой которого является удовлетворенность врача своей профессиональной деятельностью, видение им перспектив, понимание целей и задач медицинской организации [8]. Мотивирование – как деятельность, направленная на создание установок к эффективному труду, включает в себя использование специальных приемов и методов. Создание системы мотивирования персонала в медицинских организациях является актуальной задачей практического здравоохранения [9].

Изучение различных теорий мотивации и их влияние на стимулирование медицинского работника на более производительный труд, выявление методов

мотивационного воздействия отражены в огромном количестве исследований. Наиболее достоверно сложившуюся на сегодняшний день ситуацию отражает исследование С.В. Шишкина, А.Л. Темницкой, А.Е. Чирикова [10].

В самом общем виде можно выделить две основные системы оплаты труда: сдельную и повременную. В первом случае работник получает оплату за произведенное количество продукции, т.е. за единицу выпуска, результат, во втором — за отработанные часы, вклад временных ресурсов. Работник приспосабливается к любой системе оплаты труда, там, где можно, снижая уровень своей трудовой активности, объем или качество производимой продукции. Важно, чтобы стимулы человека совпадали с целями работодателя. К сожалению, стопроцентного соответствия в рамках действующих систем добиться не удается. Так, при сдельной системе оплаты работника не нужно дополнительно контролировать: ему самому выгодно произвести как можно больше продукции. Однако в этом случае возникают проблемы с качеством, которое всегда страдает в погоне за количеством (нарушаются временные нормы, растет количество брака, возможны травмы при работе со сложным оборудованием и его поломки). Соответственно, нужен постоянный контроль. Кроме того (и это особенно важно в современной экономике услуг), трудно измерить результат труда отдельного работника. Часто работу ведет команда, выделить вклад одного человека не представляется возможным, и здесь мы сталкиваемся с хорошо известной проблемой «безбилетного пассажира» (это одно из возможных проявлений оппортунистического поведения). Однако даже там, где результаты можно измерить, требуются постоянные дополнительные затраты на контроль. Вторая система основана на оплате отработанных часов. В данном случае актуальной становится проблема контроля не только качества, но и объемов выпуска: работник фактически получает зарплату за пребывание на рабочем месте. При повременной системе невозможно сравнить эффективность отдельных работников, и зарплату устанавливают исходя из некоторых «внешних» критериев: образования, опыта, стажа на данном предприятии и т.п. (что вовсе не обязательно определяет продуктивность деятельности). Повременная оплата в общем случае не стимулирует трудовую активность. Решение о том, какую систему использовать в том или ином случае, определяется многочисленными факторами. Так, основываясь на теоретических моделях предложения труда, Э. Лэзер обосновал следующие общие принципы.

1. Работодателю выгодно платить за отработанные часы, если издержки на измерения выпускаемой продукции слишком высоки (в сфере услуг измерение выпуска — процесс сложный и дорогостоящий, он требует разработки специальных методик, балльных оценок, привлечения экспертов). Издержки измерения выпуска и предотвращения индивидуализированной оплаты труда по результатам в таком случае могут превысить те выгоды, которые получит работодатель от мотивации наиболее продуктивных сотрудников.

2. Оплата за отработанное время имеет смысл, если оценка результата требует длительного времени. Так, для временных (сезонных) работников, или для тех, чья трудовая карьера подходит к завершению, или для групп, среди которых текучесть кадров очень высока, нет смысла проводить длительный мониторинг результатов деятельности — отдача будет нулевой.

3. Лучше использовать систему оплаты по результатам, если уровень альтернативной зарплаты работников высок. В таком случае лучшие сотрудники получают за свой труд больше, чем в среднем предлагает рынок, а худшие, наоборот, меньше, и у них возникнет стимул перейти на другую работу. Произойдет так называемый положительный отбор, выгодный для работодателя и организации в целом.

4. Оплата по результатам имеет смысл для молодых работников. Можно отобрать тех из них, кто очевидно продуктивнее, несмотря на отсутствие опыта работы в данной организации. Для трудящихся в организации долго и накопивших большой запас специфического человеческого

капитала оплата по результатам уже не обязательна, т.к. альтернативной занятости с более высоким уровнем зарплаты у них обычно нет. Все работники в современной экономике имеют определенный запас человеческого капитала и накапливают его всю жизнь, с рождения и до окончания трудовой карьеры: учась в школе или в вузе, посещая выставки и спектакли, читая книгу или самостоятельно изучая иностранный язык. Как от любого капитала в экономике, от него есть отдача: в форме более высоких заработков и неденежного поощрения.

Человеческий капитал делится на общий и специфический. Общий может быть использован и полезен в любой организации (например, знание иностранного языка, стандартного программного обеспечения). Переходя с места на место, работник будет получать соответствующую зарплату, включающую «надбавку» за человеческий капитал. Специфический человеческий капитал приобретает в ходе работы на конкретном предприятии и может быть полезен только здесь, а значит, повышает продуктивность работника только в рамках данной организации (например, знание структуры управления, особенностей технологических процессов, корпоративной культуры). В другой организации эти навыки и знания могут оказаться ненужными. 5. Чем более разнороден персонал по уровню продуктивности, тем выгоднее использовать схемы оплаты по результатам. Если все сотрудники примерно одинаково продуктивны, то введение оплаты по результатам не имеет смысла. Незначительные различия в оплате труда не будут стимулом к лучшей работе, и затраты на введение системы учета и оценки результатов деятельности не окупятся [11]. Поскольку названные выше полярные подходы к оплате труда давно доказали свою неэффективность «в чистом виде», работодатели во всех сферах деятельности стали в последние десятилетия внедрять различные комбинированные схемы в попытках сохранить достоинства и элиминировать недостатки сдельной и повременной систем. Эта тенденция характерна и для отрасли

здравоохранения. В течение долгих лет основными методами оплаты труда медицинских работников в разных странах мира были гонорар за оказанную услугу (fee for service) и/или зарплата (salary). Гонорар представляет собой сдельную оплату труда в здравоохранении, а зарплата — повременную. Эти наиболее популярные системы оплаты труда можно также характеризовать как ретроспективную и перспективную (с точки зрения времени, когда происходит оплата). Действительно, при гонорарном способе врач получает вознаграждение по факту оказания услуги в зависимости от числа пациентов и вида услуг. Размер зарплаты, (даже если она формально существует) известен заранее: он не меняется в зависимости от того, сколько пациентов обратится к врачу в течение месяца, каковы будут их жалобы и т.д. Сами врачи часто говорят о преимуществах гонорарного метода, поскольку он дает им большую свободу в принятии решений, а также увеличивает объемы помощи, оказываемой пациенту [12]. Вместе с тем это не всегда оправданно. Дело в том, что помимо упоминавшихся выше общих недостатков сдельной системы, гонорарный способ оплаты в здравоохранении вызывает очевидный конфликт интересов врача. В условиях явной информационной асимметрии складываются агентские отношения: врач от имени пациента формирует спрос на собственные услуги, сам же их оказывает и получает оплату тем большую, чем больше услуг оказано. В такой ситуации врачу выгодно завышать объем помощи по сравнению с объективно необходимым, выбирать более выгодные процедуры. В результате возникает спрос, спровоцированный предложением [13]. Соответственно, ресурсы отрасли и пациентов расходуются нерационально, пределы же увеличения дохода врача определяются в значительной мере его профессиональной этикой. Недостаток гонорарного способа оплаты проявляется и в том, что не всегда можно выделить вклад конкретного врача в лечение больного, т.к. медицинские услуги становятся все более сложными и диверсифицированными и врачи часто работают командами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Maynard A. «Incentives in health care: the shift in emphasis from the implicit to the explicit» // Human Resources for Health in Europe. – London: Open University Press, 2006. – P. 140–154.
- 2 Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. — М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2009. – 248 с.
- 3 Williams C.R., Livingstone L.P. Another look at the relationship between performance and voluntary turnover // Academy of Management Journal. – 2006. - Vol. 37. - P. 269–298.
- 4 <http://investobserver.info/differencirovannaya-oplata-truda-meditsinskogo-personala/>
- 5 Барскова Г.Н., Князев А.А., Смирнов А.А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научно-практический интернет журнал 10.09.2010г. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/217/30/lang_ru (дата обращения 04.04.2014)
- 6 Сибурина Т.А. Повышение социальной роли здравоохранения. Труд и социальные отношения // Научный журнал Академии труда и социальных отношений. — 2006. — №2. — С.72-77.
- 7 Жуковский И.В. Методика изучения и развития мотивации профессионального самосовершенствования сотрудников фирмы // Управление персоналом. - 2005. - №13. - С. 55-56.
- 8 Касапов К.И., Трифонова Н.Ю., Немсверидзе Э.Я. Эффективность использования инноваций в деятельности лечебно-профилактических учреждений амбулаторного типа. — М.: Сам Полиграфист, 2013. - 140 с.
- 9 Ефименко С.А. Социальный портрет современного участкового врача-терапевта: Автореф. дис. ... канд. социол. Наук – М., 2004 — 18 с.
- 10 С.В. Шишкин Мотивация врачей и общественная доступность: Сборник аналитических докладов. - М.: Независимый институт социальной политики, 2008. - 288 с.
- 11 Lazear E.D. Personnel Economics. – London: The MIT Press, 1997. – 367 p.
- 12 Saltman R.B., Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO. – 1997. – 172 p.
- 13 Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. — М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2009. – 256 p.

Е.С. Утеулиев, Ж.Б. Жиенбаева, У.Ш. Аманжолова, Л.Н. Айтамбаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ЕМХАНА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК МОТИВАЦИЯСЫ

Түйін: Қазіргі жағдайда медицина қызметкерлерінің, дәрігердің кәсіби қызметінде дамып жатқан әлеуметтік қатынастарды зерттеуге қызығушылықты ынталандыру. Халықтың сапалы медициналық көмекке деген сұранысының қарқынды өсуіне алып келген нарықтық қатынастарға көшу жағдайында, қалалық медициналық көмекті білікті медицина қызметкерлерімен кадрлық қамтамасыз ету мәселесі аса өткір болды. Жағдай мемлекеттік денсаулық сақтау мекемелерінің қызметкерлерінің үнемі ауысып кетуімен, медицина қызметкерлерінің құрамының қартаюына әкелетін жас мамандардың қажетті ағымының жоқтығымен қиындатады.

Түйінді сөздер: еңбек мотивациясы, дәрігерлерді ынталандыру жүйесі, кәсіби қанағаттану, медицина қызметкерлері.

E. Uteuliyev, Zh. Zhiyenbayeva, U. Amanzholova, L. Aitambayeva
Kazakhstan's medical university «KSPH»
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

WORK MOTIVATION OF HEALTHCARE WORKERS

Resume: In modern conditions, to stimulate interest in the study of social relations that develop in the professional work of medical workers, a doctor. In the conditions of transition to market relations, which led to an intensive growth of the population's need for quality medical care, the problem of staffing of municipal health care with qualified medical personnel has become more acute. The situation is aggravated by the constant leakage of personnel from state health institutions, the lack of the necessary influx of young professionals, which leads to the aging of the contingent of medical workers.

Keywords: labor motivation, doctors motivation system, professional satisfaction, medical workers

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Г.П. Касымова, Б.М. Калиева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Охрана здоровья населения нацелена на повсеместное развитие профилактики, раннее выявление заболеваний, повышение доступности качественной лечебно-профилактической помощи, более рациональным использованием ресурсов здравоохранения. Именно первичная медико-санитарная помощь отражает прогрессивную направленность и ориентацию всей системы охраны здоровья. Принимаемые сегодня государственные меры в здравоохранении должны обеспечить желаемую приоритетность ПМСП и создать у врачей первичного звена достаточные стимулы для повышения ответственности за охрану здоровья прикрепленного населения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, население, здравоохранение, Республика Казахстан.

УДК 614.23- 614.25

Актуальность. Ключевой формой организации ПМСП является общая врачебная (семейная) практика (ОВП/СП), а основной фигурой в оказании ПМСП - врач общей практики (семейный врач) (ВОП/СВ). Врач общей практики (семейный врач) - специалист, широкоориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказывать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях [1].

В РК первичная медико-санитарная помощь определяется как доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества [1].

Цель исследования: оценить деятельность врача общей практики в системе оказания медицинской помощи и разработать предложения направленные на оптимизацию работы врача общей практики.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь в

качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) предполагала целостный взгляд на вопросы охраны здоровья, выходящие за рамки узкой медицинской модели. При этом признавалось, что многие причины ухудшения здоровья и заболеваний не поддаются контролю со стороны сектора здравоохранения. Следовательно, для их устранения необходим широкий подход с участием всего общества. Это могло бы способствовать решению нескольких задач: улучшение здоровья, снижение заболеваемости и повышение эффективности работы здравоохранения даже в самых развитых странах [2,3].

В Алма-Атинской декларации ВОЗ представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащих решению именно на этом уровне системы охраны здоровья, от рационального питания и доброкачественного водоснабжения до лечения, восстановления здоровья и трудоспособности. Такая широкая деятельность характеризует систему охраны здоровья и отличается от

традиционного здравоохранения, которое занимается, в основном, медицинской деятельностью [4].

ПМСП, по определению ВОЗ, является основным видом медицинской помощи, которая доступна населению любой страны по стоимости и оказывается научно-обоснованными и социально-приемлемыми методами.

Каждый член общества должен иметь к ней доступ и принимать в ней участие. Помимо сектора здравоохранения в оказании ПМСП должны участвовать и другие, связанные со здравоохранением секторы [5,6].

Для обеспечения развития эффективной и устойчивой системы охраны здоровья граждан в здравоохранении в РК была реализована Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы, с последующим продолжением «Денсаулық» на 2016-2019 годы, первоочередными задачами которых были развитие первичной медицинской помощи и ее профилактического направления, а также обеспечение населения высокотехнологической медицинской помощью. Проект государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы предусматривает переход на семейный принцип лечения пациентов. Первый этап, до 2019 года, будет осуществляться врачами общей практики или мультидисциплинарными командами из участковых врачей. Затем врачи общей практики станут координаторами лечебного процесса для профильных специалистов поликлиник и стационаров. При этом в густонаселенных регионах с достаточным количеством специалистов педиатры и терапевты сохраняют свои сегодняшние функции. Будет предоставляться государственная поддержка развитию малого и среднего бизнеса в сфере оказания первичной медицинской помощи. В рамках государственно-частного партнерства планируется строительство амбулаторно-поликлинической сети с передачей этих объектов в доверительное управление с возможностью последующей приватизации при условии сохранения профиля деятельности [7].

Зарубежная практика и первые результаты экспериментов в нашей стране показали, что общая врачебная/семейная практика (ОВП/СП) – эффективная форма организации ПМСП [8].

ВОП/СВ оказывает помощь при терапевтических заболеваниях, наиболее распространенных болезнях сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной систем, болезнях опорно-двигательного аппарата, отоларингологических и офтальмологических заболеваниях и др. В оптимальном варианте он оказывает педиатрическую, акушерскую, а также амбулаторную хирургическую помощь и др. Следует подчеркнуть важность развития службы общих врачебных (семейных) практик для адекватной и доступной медицинской помощи населению. Во многих странах мира преобладает мнение о том, что увлечение специализированной, высокотехнологичной

медицинской помощью с использованием дорогостоящих технологий отвлекает ресурсы здравоохранения от ПМСП, стратегий укрепления здоровья и профилактики болезней [9].

Именно развитие ПМСП рассматривается как путь к обеспечению доступности медицинской помощи. Мы разделяем эту позицию. Ключевой фигурой в системе ПМСП несомненно является врач общей практики, который интегрирует усилия системы здравоохранения в системе охраны здоровья населения. Роль и место ВОП/СВ в системе современного здравоохранения заключается в оказании первичной многопрофильной медицинской помощи населению на догоспитальном этапе [10].

ПМСП выходит далеко за рамки традиционного здравоохранения, которое в своей основе было сведено лишь к оказанию медицинской помощи пациентам. Ключевой составляющей в организации ПМСП является общая врачебная (семейная) практика с главной фигурой врача общей (семейной) практики (ВОП/СВ). Внедрение общей врачебной (семейной) практики это отнюдь не замена педиатрической службы или женских консультаций. В действительности ВОП/СВ – это врач, организующий и координирующий действия, направленные на сохранение и укрепление здоровья прикрепленного населения [11].

Организация службы общей врачебной (семейной) практики подтвердила общепринятое мнение о том, что именно в этом случае решаются задачи улучшения и охраны здоровья населения. Появляется система единого врача, осуществляется индивидуальный подход к пациенту, обеспечивается контроль за здоровьем семьи в целом, увеличивается объем профилактических мероприятий, изменяется подход к диспансерному наблюдению, достигается комплексность оказания медицинских услуг [12].

Выводы:

- Врачи общей практики должны нести ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения. ВОП призваны не только осуществлять лечебно-профилактическую работу, но и координировать организацию медицинской помощи прикрепившемуся населению на всех этапах ее оказания:

- ВОП следует определять наиболее эффективные (в клиническом и экономическом аспектах) маршруты движения прикрепленных пациентов;

- участвовать в планировании оказания медицинской помощи на разных этапах маршрутизации;

- обеспечивать преемственность лечения и реабилитации пациентов.

- оплата труда ВОП должна стимулировать его координирующую деятельность. Система оплаты труда ВОП должна ориентировать врачей на оказание специализированной медицинской помощи по смежным специальностям с учетом объема и оценки качества их работы

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.)
- 2 Михайлова, Ю.В. Реформы системы здравоохранения. Предпосылки и основные принципы // Социальные аспекты здоровья населения. - 2008. - Т.7. - №3. - С. 11-16.
- 3 Хабриев, Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - №3. - С. 3-5.
- 4 Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи: Алма-Ата: 1978. – 45 с.
- 5 Groenvold, M. On the Front Lines of Care: Primary Care Doctor's Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries. - 2006. - Vol. 57. - 35 p.
- 6 Бальзамова, Л.А. Организация первичной медико-санитарной помощи в РФ // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2014. - №1. - С. 28-33.
- 7 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы
- 8 Андреева, Е.А. Уроки исследования «респект»: опыт международных исследований в области общей врачебной практики // Российский семейный врач. - 2016. - С. 8-9.

- 9 Федосеева, Л.С. Роль первичной медико-санитарной помощи в решении задач высокотехнологической медицинской помощи // Успех - инновации, помноженные на профессионализм: Сборник научных работ научно-практической конференции. – Самара: 2015. - С. 3-4.
- 10 Андреева, М.В. Экономическое обоснование целесообразности перехода организации первичной медико-санитарной помощи на модель семейной медицины // Управление и экономика в условиях экономической нестабильности: проблемы и перспективы: Материалы научно-практической конференции. - Вологодский филиал РАНХИГС. – Вологод: 2014. - С. 259-262.
- 11 Денисов, И.Н. Развитие общей врачебной практики в России: состояние, проблемы и перспективы // Здравоохранение. - 2010. - № 9. - С. 155-164.
- 12 Одринский, В.А. Оценка пациентами врачей общей практики как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. - 2014. - № 4. - С. 68-73.

Г.П. Касимова, Б.М. Калиева

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕ ДӘРІГЕРІ ҰСЫНАТЫН ХАЛЫҚҚА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ЖАҚСARTУ

Түйін: Қоғамдық денсаулық сақтау алдын-алудың, ауруларды ертерек анықтаудың, сапалы медициналық-профилактикалық көмектің қолжетімділігін арттыруға және денсаулық сақтау ресурстарын ұтымды пайдалануға бағытталған. Бұл денсаулық сақтаудың барлық жүйесінің прогрессивті бағытын көрсететін алғашқы медициналық көмек. Бүгінгі қоғамдық денсаулық сақтау шаралары алғашқы медициналық-санитарлық көмекті қажет ететін басымдықты қамтамасыз етуі және алғашқы медициналық-санитарлық дәрігерлерге қосымша халықтың денсаулығын қорғау жауапкершілігін арттыру үшін жеткілікті ынталандыруды қамтамасыз етуі тиіс.

Түйінді сөздер: алғашқы медициналық-санитарлық көмек, жалпы тәжірибелі дәрігер, халық денсаулығы, Қазақстан Республикасы.

G.P. Kasymova, B.M. Kaliyeva

Kazakhstan's medical university «KSPH»

IMPROVEMENT OF PRIMARY HEALTH CARE FOR THE POPULATION PROVIDED BY A GENERAL PRACTITIONER

Resume: Public health protection is aimed at the universal development of prevention, early detection of diseases, increasing the availability of quality medical and preventive care, and more rational use of health resources. It is primary health care that reflects the progressive direction and orientation of the whole system of health care. Today's public health measures must ensure the desired priority of primary health care and create a sufficient incentive for primary care physicians to increase the responsibility for protecting the health of the attached population.

Keywords: primary health care, general practitioner, population health, Republic of Kazakhstan.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Г.П. Касымова, Ш.А. Карабалаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Одним из основных критериев качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом является – материнская смертность. В Республике Казахстан после введения регионализации, т.е. распределения организацией охраны материнства и детства по трем уровням оказания перинатальной помощи, показатели материнской смертности снизились с 75,8 на 100 тыс. живорожденных в 1990 году до 12,3 по итогам 2015 года, т.е. в среднем ежегодное снижение составило 3,4%, что заметно улучшило качество организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: медицинская помощь, гинекологическая заболеваемость, здоровье населения, Республика Казахстан

УДК 618:614.2(574)

Актуальность. Оказание лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, гинекологическим больным имеет определенную специфику, отличаясь от общемедицинской практики. Основными задачами акушеров и гинекологов являются: уменьшение материнской заболеваемости и смертности; снижение перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности; работа по профилактике аборт, планированию семьи, лечению бесплодия; снижение гинекологической заболеваемости; оказание социально – правовой помощи женщинам [1].

Цель исследования: провести литературный обзор по данной теме.

Наблюдение за беременными в Казахстане проводится с использованием активного диспансерного метода. Наблюдение за течением беременности представляет собой основу своевременного выявления отклонений от нормального течения беременности и оказания при этом адекватной терапии в поликлинике или в стационаре. Результаты наблюдения за течением беременности и данные лабораторного обследования фиксируются в индивидуальных картах, выписки из которых в сокращенном виде регистрируются в обменной карте, направляемой в родильное учреждение. Сведения о пребывании в стационаре, течении и исходах родов указываются в этой карте, которая вновь поступает к лечащему врачу амбулаторного звена.

В процессе наблюдения каждая беременная должна быть осмотрена стоматологом, терапевтом, по показаниям эндокринологом и окулистом.

Всем беременным в поликлинических условиях следует осуществлять пренатальную диагностику (выявление возможной врожденной и наследственной патологии плода) [4].

В женских консультациях и акушерско-гинекологических отделениях поликлиник проводится обследование гинекологических больных, имеются специалисты по бесплодию, по невынашиванию беременности, эндокринной патологии. Если подобных специалистов нет в женской консультации, то они должны быть в центральном для определенной территории учреждении.

Одним из основных критериев качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом является – материнская смертность (МС). Показатель МС — все случаи смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после её окончания, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-

либо причины, связанной с беременностью или отягощённой ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины (МКБ-10), рассчитанные на 100 тыс. родов живыми детьми. Коэффициент МС=100 000×[Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц и родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности]/Число живорожденных. Непосредственные причины МС – это акушерские кровотечения, эклампсия, экстрагенитальные заболевания, аборт, сепсис, акушерская эмболия, неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия, отсутствие готовности ЦРБ к оказанию экстренной и неотложной помощи при акушерских ситуациях, низкое антенатальное наблюдение беременных, несоблюдение протоколов ВОЗ при гипертензивных состояниях и акушерских кровотечениях, несоблюдение принципов регионализации [2,3].

С целью снижения материнской и перинатальной смертности пациенток с осложненной беременностью лучше госпитализировать в крупные родовспомогательные учреждения, где может быть оказана квалифицированная помощь. В РК организованы специализированные родильные дома, в которых концентрируются пациентки с:

- 1) сердечно-сосудистой патологией;
- 2) сахарным диабетом;
- 3) привычным невынашиванием;
- 4) резус-сенсбилизацией;
- 5) инфекционными заболеваниями;
- 6) почечной патологией.

Подобная специализация имеет положительное значение, так как родильное учреждение превращается в своеобразный научно-методический центр по вышеуказанным заболеваниям и помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным оказывается на высоком профессиональном уровне [5].

В последнее время большую роль в снижении материнской и перинатальной смертности играют перинатальные центры, которые организованы в РК. Перинатальные центры оснащаются современной лечебно-диагностической аппаратурой и высококвалифицированными кадрами. В них концентрируются пациентки с особо серьезными осложнениями. В центрах организованы отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных.

В перинатальных центрах организуются отделения для экстракорпорального оплодотворения, генетического консультирования, а также отделение по планированию семьи - регуляции рождаемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г. Акушерство. – М.: 2010. – 651 с.
- 2 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан».
- 3 Кудайбергенов Т.К., Базылбекова З.О., Бикташева Х.М., и др. Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии. – Алматы: 2010. – 233 с.
- 4 Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии – Алматы, 2010г.
- 5 Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь «Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2012 года № 593. Зарегистрирован в Министерстве Юстиции Республики Казахстан 24 сентября 2012 года № 7931».

Г.П. Касымова, Ш.А. Карабалаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА АКУШЕРЛІК-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Денсаулық сақтау жүйесімен әйел босандыру мекемелеріндегі ұйымдастыру жұмыстарының сапасының негізгі көрсеткішінің бірі ана өлімі болып табылады. Елімізде ана мен баланы қорғау мекемелерін перинаталдық көмек көрсететін үш деңгейге бөлгеннен кейін, ана өлімінің көрсеткіші 1990 жылғы 100 мың тірі туғанға шаққанда 75,8-ден 2015 жылдың соңына қарай 12,3-ке дейін, яғни, орташа жылдық төмендеу 3,4%, денсаулық сақтау жүйесі мен әйел босандыру мекемелеріндегі ұйымдастыру жұмыстарының сапасының едәуір жақсарғанын байқатты.

Түйінді сөздер: медициналық көмек, гинекологиялық аурулар, денсаулық сақтау, Қазақстан Республикасы.

G.P. Kasymova, Sh.A. Karabalayeva
Kazakhstan's medical university «KSPH»

ORGANIZATION OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: One of the basic criteria of quality of work organization in obstetric institutions and health protection system in whole is maternal death. In the Republic of Kazakhstan after introduction of regionalization, that is distribution of organization of maternity and childhood protection on three levels of providing perinatal assistance of maternal death indices were reduced from 75,8 per 100,000 live births in 1990 to 12,3 by the end of 2015, i.e. the average annual decline was 3,4%, and this obviously improved quality of organization of work.

Keywords: medical care, gynecological incidence, public health, Republic of Kazakhstan.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Л.Б. Сейдуанова
Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

В работе врачей общей практики имеет место выгорание, которое возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций. Представлены результаты исследования психологического статуса у врачей общей практики на этапе реформирования здравоохранения, связанного с формированием службы врачей общей практики (семейной медицины). Профессиональная деятельность ВОП на начальных этапах адаптации, способствует усилению напряжения компенсаторных механизмов психологического статуса.

Ключевые слова: профессиональный стресс, психологический статус профессиональное выгорание, эмоциональные нагрузки.

УДК 614.253.1:616-008.611.64-057

Введение.

Известно, что труд медицинских работников сопровождается воздействием на них целого ряда неблагоприятных факторов, среди которых, в последние годы особо выделяют профессиональный стресс, встречающееся в работе врачей первичного медицинского обслуживания населения, в т.ч. у врачей общей практики (семейные врачи). Работа последних, связана с достаточно выраженным нервно-эмоциональным напряжением. Актуальным является выяснение причин и механизмов повышенных эмоциональных нагрузок для разработки мер профилактики неблагоприятных воздействий стресса [1-4].

Научные исследования по оценке профессионального выгорания в трудовой деятельности врачей общей практики (семейные врачи) в Республике Казахстан не проводились.

Целью работы являлось изучение особенностей формирования синдрома профессионального выгорания у врачей общей практики поликлинических учреждений г.Алматы в зависимости от подготовки семейных врачей.

Материал и методы исследования.

Объектами были врачи поликлинического звена ГУЗ г. Алматы, общее количество обследуемых составило 66 человек, которое было разделено на 2 группы: 1-группа врачи ВОП, не совмещающие функцию врача-акушера (33

чел), 2-я группа: врачи ВОП, совмещающие функцию врача-акушера (33 чел.). Каждая группа врачей ВОП была распределена на 3 подгруппы в зависимости от длительности стажа работы: 1а (стаж до 5 лет) - 14 чел.), 2а (стаж до 5 лет) - 16 чел.), 1б - (стаж от 5 до 10 лет - 11 чел.), 2б - (стаж от 5 до 10 лет - 10 чел.) и 1в (стаж свыше 10 лет - 8 чел.), 2в (стаж свыше 10 лет - 7 чел.). В качестве контроля служили врачи отделения узких специальностей поликлиники (28чел).

Для определения уровня синдрома профессионального выгорания СПВ (СЭВ) нами был применен тест В. Бойко, диагностирующий уровень эмоционального выгорания. Методика проводится по опроснику, содержащему 84

вопроса, отражающих фаз: «напряжение», «резистенция» и «истощение». Были определены стадии формирования: 1-я стадия - не сформировалась (36 и менее баллов); 2-я стадия - в стадии формирования (37-60 баллов); 3-я стадия - сформировавшаяся фаза (61 и более).

Результаты

Рассматривая динамику субъективных ощущений у обследованных врачей, необходимо отметить некоторые тенденции в изменении показателей психофизиологического профиля. Показатели психологического статуса врачей ВОП в зависимости от стажа работы представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели психологического статуса врачей ВОП в зависимости от стажа работы (M±m)

Группы	С (ед.)	А (ед.)	Н (ед.)	РТ (ед.)	ЛТ (ед.)
1а (стаж до 5 лет)	4,75±0,32	4,42±0,18	4,52±0,12	34,2±2,2	35,1±1,08*
2а (стаж до 5 лет)	4,6±0,28*	4,32±0,21	4,68±0,18	35,6±2,1	36,4±1,16*
1б (стаж от 5 до 10 лет)	4,42±0,34	4,3±0,38	4,32±0,38	44,6±2,2	43,8 ±1,46
2б (стаж от 5 до 10 лет)	4,12±0,28*	4,14±0,42	4,44±0,24	46,2±1,84°	44,6 ±1,44 °
1в (стаж свыше 10 лет)	4,18 ±0,36*	3,72±0,28*	4,88±0,26	45,6±2,6	46,8 ±1,48*
2в (стаж свыше 10 лет)	3,39 ±0,28**	3,56±0,18**	4,16±0,12*	48,6±2,2	50,6 ±1,28 ***°
Контроль	5,12±0,16	4,78 ± 0,31	4,82±0,21	42,4±2,4	41,2 ±1,26

Примечание -* - достоверность различий по сравнению с контролем (p<0,05),** - достоверность различий по сравнению с контролем (p<0,01); ° - достоверность различий по сравнению с показателями между групп (p<0,05).

Как видно из таблицы, что нарушение сбалансированности статуса при мобилизации умственной работоспособности исследуемого контингента проявляется различными уровнями психологического статуса с проявлениями признаков утомления.

Оценка психологического статуса свидетельствует, что субъективное ощущение напряжения усугубляется ростом показателя РТ с области низких границ тревожности к диапазону высокой тревожности. Возрастание в данном случае РТ вызвано, скорее всего, переживанием врачей, беспокойством его состояния и дискомфортом.

Как видно из таблицы 1, что среднее значение показателя «С» по сравнению с контролем достоверно ниже в следующих группах 2б, 1в и 2в и составили соответственно: 4,12±0,28 ед. (p<0,05), 4,18 ±0,36 ед. (p<0,05), 3,39 ±0,28 ед (p<0,01). Среднее значение показателя «А» достоверно ниже в 1в и 2в группах, а показатель «Н» - в группе 2в. Данные свидетельствуют, что уже на начальных этапах адаптации, профессиональная деятельность врачей ВОП способствует усилению напряжения компенсаторных механизмов психологического статуса. Этим и объясняется низкие значения показателей «САН» и её стабильность ниже нормативных шкал.

Анализ состояния психологического статуса врачей общей практики со стажем работы до 5 лет показал, что уровень самооценки функционального состояния (С) был низким, свидетельствующим о сниженной работоспособности. Такие показатели, как активность (А) и настроение (Н) находились также ниже нормальных значений (таблица).

В отношении показателя личностной тревожности (ЛТ), под которой понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика: черта, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т.е. о его склонности или тенденции, а также показателя реактивной диспозиции (РТ), по которой судят о самооценке индивида выявлено, что изначально значения у врачей ВОП 1а группы находились в области границ низкой тревожности и составили: ЛТ- 35,1±1,08 ед. и РТ- 34,2±2,2 ед., соответственно.

С увеличением стажа, начиная с 5 лет и выше показатели реактивной и личностной тревожности у обследованных лиц по сравнению с контролем повышаются. Значения данных показателей находятся в области границ от низкой до высокой тревожности, диапазон которых составляет от 34 до 50 баллов.

Из данных таблицы 1 видно, что реактивная тревожность у врачей ВОП 2б (со стажем от 5 до 10 лет) и 2в (со стажем свыше 10 лет) групп вышла за область высокой тревожности и составили: 46,2±2,84 ед. и 48,6±2,2 ед.

У лиц со стажем более 10 лет значения РТ по сравнению с контролем достоверно высоки и составили соответственно: 46,8 ±1,48 ед. (p<0,05), и 50,6 ±1,28 ед. (p<0,01).

Результаты анализа фаз эмоционального напряжения показали, что фаза «Напряжение» - нервное (тревожное) напряжение является предвестником и «запускающим» механизмом в формировании эмоционального выгорания, сформировалась у 18,5% врачей ВОП, у 39,5% данная фаза в стадии формирования, не сформировалась - 42,0% (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение лиц по фазам развития синдрома эмоционального выгорания, в %

Фазы эмоционального напряжения	1-группа			2-группа		
	не сформировалась	в стадии формирования	Сформировалась	не сформировалась	в стадии формирования	Сформировалась
Напряжение	66,0	22,5	11,5	42,0	39,5	18,5
Резистенция	54,2	26,2	19,6	33,0	37,2	29,8
Истощение	67,5	22,7	9,8	53,0	28,8	18,2

Фаза «Резистенция» сформировалась у 29,8% врачей, у 37,2% врачей ВОП эта фаза находится в стадии формирования, не сформировалась – 33,0%.

Фаза «Истощение» в стадии формирования у 28,8% респондентов и сформировалась у 18,2% медработников, не сформировалась – 53,0%.

Таким образом, результаты предварительных исследований свидетельствуют, что степень воздействия факторов трудовой деятельности в динамике стажа работы у врачей общей практики способствует нерациональному

расходу психологических ресурсов в виде изменения свойств личности, таких значений, как тревожность, вызывая в дальнейшем возможность развития адапционно-компенсаторных реакций.

Формирование профессионального стресса у врачей общей практики происходит постепенно от функционального состояния напряжения к утомлению, к перенапряжению и к переутомлению, указанные фазы нуждаются в комплексном изучении для разработки обоснованных мер профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Леви Л. Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. - Женева: ВОЗ, 1989. – 89 с.
- 2 Izmerov N., Suvorov G., Matiurkin V., Afanasieva R., Shrarinov L. Proceeding of the International Symposium "Psychological Stress at Work". – Helsinki: 2000. – 57 p.
- 3 Юшкова О.И., Матюхин В.В., Шардакова Э.Ф. Психологические аспекты производственного стресса в медицине труда // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. - №8. - С. 3-7.
- 4 Матюхин В.В., Юшкова О.И., Порошенко А.С. Вероятность развития профессионально-обусловленной патологии в зависимости от уровня напряженности труда // Профессиональный риск для здоровья работников: руководство. – М.: 2003. – С. 207-213.

Л.Б. Сейдуанова

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қаласы

ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ҚЫЗМЕТІНДЕГІ КӘСІПТІК СТРЕСС

Түйін: Жалпы практика дәрігерлерінің жұмысында теріс эмоциялардың ішкі жинақталуының нәтижесінде пайда болатын жану бар. Жалпы практика дәрігерлерінің (отбасылық медицина) қалыптасуына байланысты денсаулық сақтау реформасының кезеңінде жалпы практика дәрігерлерінің психологиялық мәртебесін зерттеудің нәтижелері ұсынылды. Бейімделудің бастапқы кезеңдерінде жалпы практика дәрігерлерінің кәсіби қызметі психологиялық статустың компенсаторлық механизмдерінің стрессерін жоғарылатуға ықпал етеді.

Түйінді сөздер: кәсіби стресс, психологиялық дәреже, кәсіптік жану, эмоционалдық жүктеме.

L.B. Seiduanova

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

PROFESSIONAL STRESS IN THE LABOR ACTIVITY OF DOCTORS OF GENERAL PRACTICE

Resume: In the work of general practitioners, there is a burnout that occurs as a result of the internal accumulation of negative emotions. The results of the research of the psychological status of general practitioners at the stage of health care reform, associated with the formation of the service of general practitioners (family medicine) are presented. The professional activity of GP doctors at the initial stages of adaptation, contributes to strengthening the stress of compensatory mechanisms of psychological status.

Keywords: professional stress, psychological status, professional burnout, emotional stress.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП ПУТЁМ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ПОЛНОМОЧИЙ

Г.Ж. Токмурзиева, Т.Х. Хабиева, У.С. Умарова
Казакский Медицинский Университет «ВШОЗ»

Реализация государственной политики в системе здравоохранения, выполнение медико-социальных программ позволили достичь определённых результатов по сохранению здоровья населения Республики Казахстан (РК). Однако, есть ряд проблем, которые необходимо усовершенствовать. Одной из них, на уровне первично медико-санитарной помощи (ПМСП), является организации первичной профилактики онкологических заболеваний путём повышения информированности населения и передачи полномочий от врачей общей практики (ВОП) к среднему медицинскому работнику (СМР). Медицинские сестры давно перешли из помощника в партнёры врача. Однако, в реальности это далеко не так. Поэтому необходимо ускорять механизмы в виде солидарной ответственности пациента, медицинского работника и государства. Это - работы с населением в форме повышения его санитарной грамотности, а также путём передачи полномочий от среднего медицинского персонала к пациентам или членам его семьи.

Ключевые слова: *медико-социальных программы, организации первичной профилактики онкологических заболеваний, повышение информированности населения, передача полномочий.*

УДК 616-006-084

Актуальность. Второй причиной является смертность от злокачественных новообразований (12,7%), от которых ежегодно умирают около 17 тысяч человек, из них 17,6% составляет рак легких. В структуре умерших от рака легких 82% составляют мужчины, в 90% причиной рака у которых является курение. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился на 9,7% (2010 год – 181,2 на 100 тыс. населения, 2014 год – 198,7)[1]. По данным материала КазНИИОиР: на 1 января 2017 года медицинскую помощь населению республики оказывают 840 больничных (670 государственных и 170 частных) и 271 8 амбулаторно - поликлинических организаций (1856 государственных и 862 частных). В 2016 году *показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями* составил 199,1 на 100 тыс. населения против 207,7 в 2015 году. Наиболее высокие показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями наблюдаются в Северо-Казахстанской (337,8), Павлодарской (302,3), Костанайской (299,8), Восточно-Казахстанской (297,5), Карагандинской (289,8) областях, что объясняется увеличением выявляемости в ходе проведения скрининговых исследований на выявление онкозаболеваний на ранних стадиях [1, 2, 3]. Показатель *смертности от злокачественных новообразований* по данным Комитета статистики в 2016 году в республике составил 88,79 против 92,0 на 100 тыс. населения за аналогичный период 2015 года. При этом, наиболее высокие показатели смертности от злокачественных новообразований отмечаются в Павлодарской (143,44), Восточно-Казахстанской (130,73), Северо-Казахстанской (125,54) и Акмолинской (122,08) областях. На республиканском уровне: в результате предварительно проводимого скрининга, введен проект «Активный пациент», позволяющим пациентам и всем посетителям КазНИИОиР в онлайн-режиме напрямую выходить на руководство института и оставлять свои жалобы или предложения в электронном виде. Таким образом, руководство института намерено улучшить доступность и качество работы медперсонала. Вместе с тем, в НИИ онкологии и радиологии работает call-центр. Операторы в течение рабочего дня поддерживают телефонную связь, информируя всех обратившихся, в том числе пациентов и их родственников, по всем интересующим их вопросам.

Как далее будет развиваться онкологическая служба Казахстана в рамках новой государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық», и могут ли онкологические пациенты, как и прежде, рассчитывать на поддержку государства? Согласно Государственной Программе по развитию системы здравоохранения Республики Казахстан (РК), Министерством здравоохранения и социального развития РК особое внимание уделяется повышению информированности населения о факторах риска развития рака, мерах его профилактики и важности раннего выявления онкологических заболеваний. Всемирный День борьбы против рака и республиканский декадник по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, проводимый с 1 по 10 февраля, позволяют объединить совместные усилия по уменьшению глобального бремени рака. В этой связи, по всему Казахстану с 1 по 10 февраля 2016-2017 гг. проводились Декадни по борьбе с онкологическими заболеваниями, в рамках которого предусмотрены Дни открытых дверей, круглые столы, семинары, выступления в СМИ и на ТВ. Онкологическая служба Казахстана вышла на качественно новый этап оказания помощи онкологическим пациентам, переход к которому определен реформами, выдвинутыми главой государства. С целью стимулирования раннего выявления онкологических заболеваний и эффективности использования бюджетных средств внедрена оплата по комплексному тарифу за каждого онкологического больного, зарегистрированного в регистре онкологических больных. Как видите, несмотря на современные вызовы и риски, вызванные современными тенденциями развития глобальной экономики, государство продолжает принимать все меры по развитию медицины в онкологическом направлении. Совершенствуются протокола диагностики и лечения, алгоритмы и стандарты онкологического профиля, в соответствии с международными требованиями. Несмотря на ряд мер по укреплению ПМСП, наблюдается медленный темп взаимодействия ПМСП с вертикальными службами, в том числе и онкологией, что построено не на партнерском взаимодействии, а на подотчетности ПМСП перед ним. Требуют решения вопросы улучшения преемственности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи [2]. Одним из наиболее эффективных методов борьбы со злокачественными новообразованиями являются, прежде

всего, скрининговые программы раннего выявления онкопатологии и профилактические осмотры населения. Согласно новой Государственной Программе развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2020 гг., создается основа для нового качественного подъема сферы здравоохранения, в том числе, приоритетной является на уровне ПМСП.

Наряду с этим, в настоящее время в уполномоченном органе в области здравоохранения и местных исполнительных органах (управления здравоохранения г.г. Астаны и Алматы, областей) отсутствуют структурные подразделения, осуществляющие реализацию политики охраны общественного здоровья, что создает пробел в управлении и координации деятельности по охране общественного здоровья. Особо остро данный пробел проявился после выведения санитарно-эпидемиологической службы из структуры системы здравоохранения. Служба СЭС, наряду с контрольно-надзорными функциями, осуществляла и профилактические меры, включая координацию инфекционного контроля, санитарно-гигиенического обучения населения.

Для устранения описанной проблемы целесообразно формирование институциональной основы в виде службы общественного здоровья (далее - СОЗ) в соответствии с лучшим международным опытом.

В виду увеличения количества онкологических больных на территориальных участках, важной проблемой, наряду с ранней диагностикой и проведением систематического диспансерного наблюдения, явились принципы организации обучения санитарной грамотности населения с достоверной практической реализацией передачи полномочий от врача ВОП к медицинской сестре и далее, к самим пациентам или членам семьи. А также выработка механизмов солидарной ответственности к своему здоровью в отношении обязательности прохождения скринингового обследования на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), как со стороны пациента, членов семьи, так со стороны работодателя и медицинской организации. Так как формирование групп риска развития онкологических заболеваний с последующим их оздоровлением проводится в

медицинских организациях, оказывающих ПМСП, участковыми врачами, врачами общей практики (ВОП), узкопрофильными специалистами во взаимодействии с врачами онкологами [4,56]. Главную роль в данной проблеме необходимо отвести проведению информационно-образовательной работе среди территориально-прикрепленного населения в повышении онкологической настороженности. При подозрении или выявлении опухолевого заболевания специалисты ПМСП направляют пациента в онкологический кабинет поликлиники (городской, районной). После осмотра и проведения необходимых исследований врач онкологического кабинета решает вопрос о направлении пациента в онкологический диспансер, для подтверждения диагноза и определения последующей тактики ведения и лечения. Срок обследования пациента на уровне ПМСП в течение 3 - 5 рабочих дней. Срок до обследования пациента в онкологическом кабинете – 7 рабочих дней [1,2,3].

Цель исследования: выработать механизм солидарной ответственности за здоровье как со стороны пациента, членов семьи, так со стороны работодателя и медицинской организации путём изучения состояния информированности населения о причинах и методах профилактики онкологических заболеваний; разработать механизм передачи полномочий от врача ВОП к медицинской сестре, к самим пациентам или членам семьи.

Материалы, методы и объём исследования:

Обзор зарубежной и отечественной литературы, законодательно-нормативных документов, современных библиографических научных источников, Постановлений по организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан (РК), утверждённых Приказом Министра здравоохранения РК, отчётные данные ПХВ ЦПМСП «Кулагер» с 2012-2017гг.

Обсуждение результатов

Благодаря государственной политике в системе здравоохранения, выполнение медико-социальных программ позволили достичь определённых результатов по сохранению здоровья населения Республики Казахстан (РК). На примере ПХВ ЦПМСП «Кулагер» с 2012-2017гг.:

Таблица 1 - Достижение индикаторов Меморандума

		2013г.	2014г.	2015г.	2016г.
1	Снижение общей смертности	2,9	2,9	3,0	3,5
2	Смертность от онкозаболеваний	51,2	34,0	49,7	59,7

Исходя из результатов исследования, выясняется, что мероприятия по своевременности выполнения обязательств участниками межведомственного и межсекторального взаимодействия малоэффективны, недостаточна координирующая роль Национального координационного совета, отсутствует эффективное взаимодействие секторов на первичном уровне. Недостаточно внимания уделяется управлению детерминантами причин неинфекционных заболеваний. Снижена эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий среди населения.

На протяжении длительного времени это приоритетное направление на уровне ПМСП системы здравоохранения остаётся декларацией, нежели целеустремлённых действий. Появилась необходимость выявления тенденций и причинно-следственных связей для научного обоснования комплекса взаимосвязанных задач по первичной профилактике и снижению смертностей от онкологических заболеваний, приводящих к ресурсосберегающей политике и экономической эффективности здравоохранения РК.

Таким образом, данное исследование продолжится в форме проведения анализа деятельности узкопрофильных специалистов, в том числе врачей-онкологов с целью изучения истинного состояния онкологической настороженности в трёх основных группах: пациентов (членов семьи), работодателей и медицинских работников и будет разработан солидарная ответственность за здоровье, следовательно, - качество жизни.

Выводы:

Для снижения социально значимых заболеваний необходимо углубленное изучение состояния санитарной грамотности населения по онкологической настороженности; выявление причинно-следственной связи по профилактике и снижению онкологических заболеваний путём полного охвата скринингом всего территориально прикрепленного населения; найти пути и механизмы действенной мотивации и ответственности самого населения за состояние своего здоровья; задачей медицинских организаций необходимость сокращения смертности от злокачественных новообразований различной локализации хотя бы на 15%, рака лёгких на 25%. Для решения этих задач и достижения конкретных результатов необходимо:

1. обучение санитарной грамотности населения по онкологическим заболеваниям;
2. разработка алгоритмов по онкологической настороженности населения;
3. информационная поддержка национального регистра продуктов питания, веществ, бытовых и природных факторов, канцерогенных для человека;
4. укомплектованность штатов в отношении узкопрофильных специалистов, в данном случае, - онкологами на уровне ПМСП;
5. дальнейшее совершенствование взаимосвязей с достоверной практической реализацией передачи полномочий: врач общей практики (ВОП) - средний

- медицинский персонал-пациент или члены его семьи; ВОП-узкопрофильные специалисты (онколог)-средний персонал-пациент или члены его семьи;
6. совершенствование дней открытых дверей, круглые столы, семинары, выступления в СМИ и на ТВ;
 7. развитие информационно-коммуникационных технологий: автоматизация информации, цифровая медицина;
 - 10.

8. внедрение электронного паспорта здоровья (ЭПЗ), единого хранилища аналитических данных здравоохранения, регистра и т.д.
9. возможность доступа пациента к личной медицинской информации из ЭПЗ посредством «Личного кабинета пациента».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы., П 5. Основные направления, пути достижения поставленных целей и соответствующие меры.
- 3 Аналитический материал расширенной коллегии МЗ РК от 1 марта 2017г. г. Астана.
- 4 Стандарт «Организация оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан, утверждённое Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 сентября 2013 года № 8687.
- 5 Правила оказания медико-санитарной помощи и Правила прикрепления граждан к организациям ПМСП, утверждённые Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281, зарегистрированный в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 июня 2015 года № 11268.
- 6 Мусина Д.С., Самарова У.С., Рахимжанова Ф.С., Каденов Г.М., Болатов А.К., Ибраев С.Е. Пути улучшения качества и повышения экономической эффективности национальной скрининговой программы на раннее выявление онкологических заболеваний (на примере Павлодарской области). Протокол исследования // Наука и Здравоохранение. - 2017. - №1. - С. 97-111.
- 7 Указ Президента РК №176 от 15 января 2016 года Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 гг. <http://www.nprzdravrk.kz/index.php/health-c/112-2>.
- 8 Приказ МЗСР РК от 29 декабря 2014 года №361 «О внесении изменений в приказ и.о.МЗ РК от 10 ноября 2009 года №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». <http://www.enbek.gov.kz/ru/node/322907>.
- 9 Jin X.W., Lipold L., Foucher J., Sikon A., Brainard J., Belinson J., Schramm S., Nottingham K., Hu B., Rothberg M.B. Cost-Effectiveness of Primary HPV Testing, Cytology and Co-testing as Cervical Cancer Screening for Women Above Age 30 Years // J Gen Intern Med. - 2016. - №31(11). - P. 1338-1344. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27418345>.

Г.Ж. Токмурзиева, Т.Х. Хабиева, У.С. Умарова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ХАЛЫҚТЫҢ ХАБАРДАРЛЫҒЫН АРТТЫРУ ЖӘНЕ УӘКІЛЕТТІЛІКТЕРДІ ТАПСЫРУ ЖОЛЫМЕН БМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ БАСТАПҚЫ ПРОФИЛАКТИКАСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: Денсаулық сақтау саласында мемлекеттік саясатты іске асыру, медициналық-әлеуметтік бағдарламаларды орындау Қазақстан Республикасы (ҚР) халқының денсаулығын сақтау бойынша белгілі бір нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік берді. Алайда, жетілдіруді қажет ететін бірқатар мәселелер бар. Олардың бірі ретінде бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК) деңгейінде халықтың хабардарлығын арттыру және уәкілеттіктері жалпы практика дәрігерлерінен (ЖПД) орта медициналық қызметкерге (ОМК) тапсыру жолымен бастапқы онкологиялық аурулардың бастапқы профилактикасы ұйымдары болып табылады. Медбикелер бұрынна көмекшіден дәрігердің серіктесіне өткен. Алайда, нақтысында олай емес. Сондықтан, пациент, медицина қызметкері және мемлекеттің бірлескен жауапкершілігі түрінде жылдамдататын механизм қажет. Бұл – санитарлық сауаттылығын арттыру түрінде, сонымен қатар уәкілеттіліктерді орта медицина қызметкерінен пациентке немесе оның отбасы мүшелеріне табыстау жолымен халықпен жұмыс жүргізу.

Түйінді сөздер: медициналық-әлеуметтік бағдарламалар, бастапқы онкологиялық аурулардың бастапқы профилактикасы ұйымдары, халықтың хабардарлығын арттыру, уәкілеттіліктерді тапсыру.

G.Zh. Tokmurzieva, T.Kh. Khabieva, U.S. Umarova
Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty

IMPROVING THE ORGANIZATION OF PRIMARY PREVENTION OF CANCER AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL BY RAISING PUBLIC AWARENESS AND TRANSFERRING AUTHORITY

Resume: The implementation of the state policy in the healthcare system, the implementation of medical and social programs have made it possible to achieve certain results on the health of the population of the Republic of Kazakhstan (RK). However, there are a number of problems that need to be improved. One of them, at the level of primary health care (PHC), is the organization of primary prevention of cancer by raising the awareness of the population and transferring authority from general practitioners (GP) to the average medical worker (SMR). Nurses have long passed from an assistant to a doctor's partner.

However, in reality this is far from the case. Therefore, an accelerating mechanism is needed in the form of joint responsibility of the patient, medical worker and the state. These are working with the population in the form of increasing its sanitary literacy, as well as by transferring authority from nurses to patients or members of his family.

Keywords: medical and social programs, organization of primary prevention of cancer, raising public awareness, transfer of authority.

ЕГДЕ ЖӘНЕ КӘРІ ЖАСТАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ АМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕККЕ МҰҚТАЖДЫҒЫН АНЫҚТАУ

А.И. Игисенова, Б.С. Турдалиева, М.К. Көшімбаев, Д.Т. Шаки, С.С. Исабекова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университеті

Егде жастағы тұрғындардың проблемаларын жан - жақты зерттеу қажеттілігі, халық арасында осы жас санатының жоғары қарқындылығымен және халықтың қартаюуына тұрақты түрде бейімділікпен анықталады.
Түйінді сөздер: Егде және кәрі жастағы адамдар, медициналық- әлеуметтік және психологиялық көмек, әлеуметтік белсенділік, мұқтаждық.

УДК 616-053.9:616-058

Кіріспе.

Барлық әлем елдерінде егде және кәрі жастағы адамдардың санының үлесі қарқынды өсуде. Егде және кәрі жастағы адамдардың медициналық-әлеуметтік қажеттіліктері негізінде ұзақ уақытты көмек түрлеріне және қысқа уақытты көмек түрлеріне мұқтаж. Қазақстанда АМСК деңгейінде егде және қарт жастағы адамдардың денсаулығына әсер ететін факторларды талдау мен олардың заманауи жағдайда әртүрлі медициналық-әлеуметтік көмектерге қажеттіліктерін анықтау туралы ғылыми жұмыстардың жеткіліксіздігінің қасы. Біздің зерттеуіміздің бағыты осыған алғышарт болып табылады.

Материалдар мен әдістер.

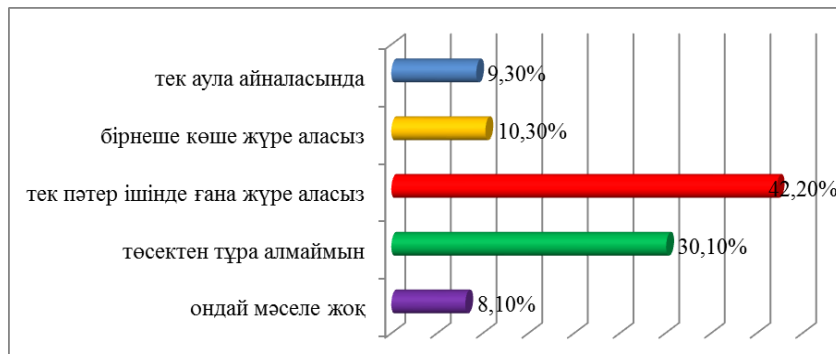
Егде және кәрі жастағы адамдардың медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмекке мұқтаждылығын бағалау сауалнама жүргізу жолымен және Украина МҒА

геронтология Институтында жасалған егде жастағы адамдардың медициналық, әлеуметтік-тұрмыстық және психологиялық көмекке тәуелділігінің сандық бағасының автоматтандырылған эксперттік жүйесінің көмегімен (ТСБАЭЖ) жүргізілді.

Әлеуметтік сұрау сауалнамасына физикалық мүмкіндіктеріне, әлеуметтік белсенділігіне, өз-өзіне қызмет ету қабілетіне, үй жұмыстарын орындауға қатысты және созылмалы аурулар симптомдары туралы сұрақтар кіргізілді.

Әр түрлі көмек түрлеріне қажеттілікті бағалау үшін респонденттердің жауаптары 0-1 аралығындағы шкала бойынша бағаланды.

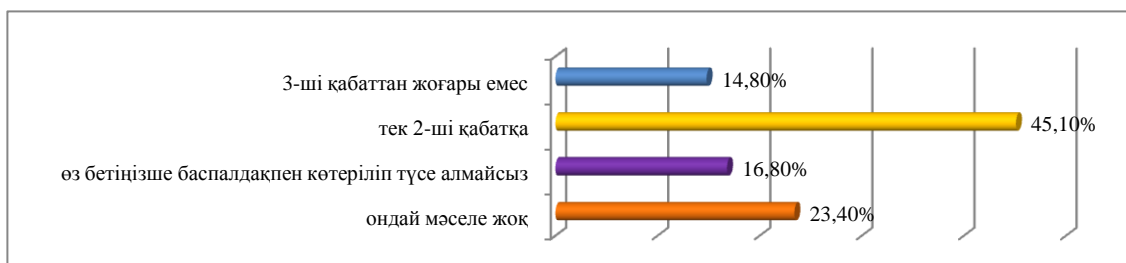
Егде жастағы адамдардың физикалық мүмкіндіктерінің өзін-өзі бағалау нәтижелері 1және 2 суреттерде келтірілген.



Сурет 1 - Егде және кәрі адамдардағы физикалық қозғалыс мүмкіндіктері бойынша бөлінуі

Бұл диаграммдан 30,1% егде және кәрі адамдар қозғалу жағынан ешқандай проблемалар байқамайтындығын; 42,2% бірнеше көше ғана қозғала алатындығын; 10,3% - ы аула айналасында ғана; 9,3% пәтер айналасында, және 8,1%

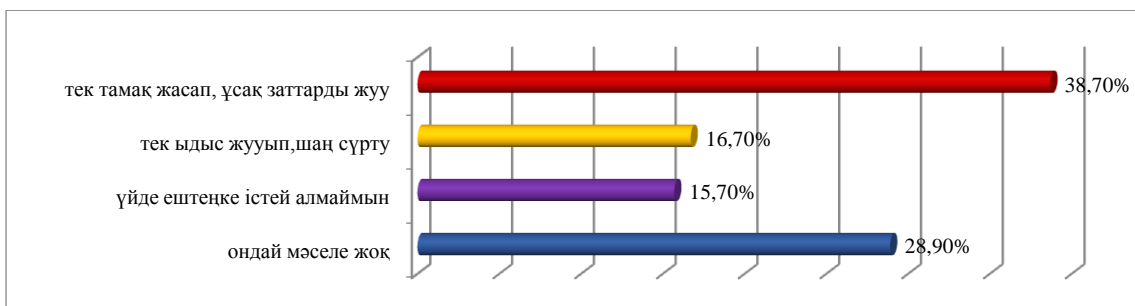
төсектен тұра алмайтындығын көрсетті. Қозғалыс мүмкіндіктеріне байланысты өзін-өзі бағалауға жүргізілген сұрақтарға жауап беру мүмкіндігі туралы баспалдақпен түсу көтерілуі- 2 суретте көрсетілген.



Сурет 2 - Егде адамдардың қозғалыс мүмкіндіктері бойынша бөлінуі

Сонымен қатар, егде және кәрі жастағы сұралғандардың 23,4% қозғалыс белсенділігінің қиындықтары болған жоқ; 45,1% тек 2-қабатқа дейін шыға алады; 14,8% - 3-қабаттан жоғары емес шығып (түсе алады) және 16,8% баспалдаққа мүлдем көтеріле алмайды (түсе алмайды).

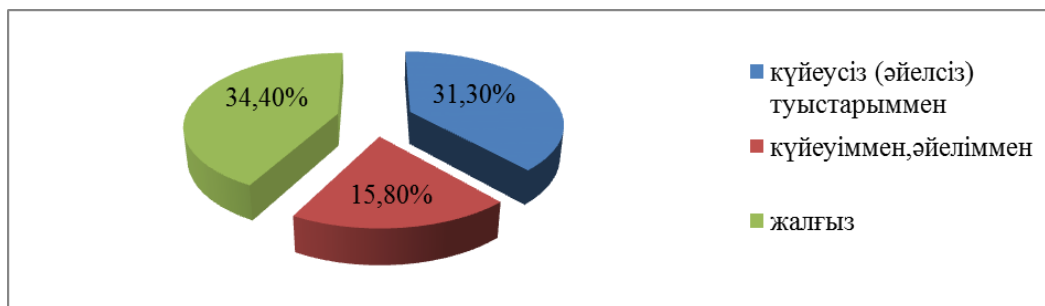
Тұрмыстық көмек қажеттілігі өздігінен үй жұмыстарын атқару, кір жуу, тамақ әзірлеу және т.с.с. сұрақтарға жауап бойынша бағаланды - 4 сурет.



Сурет 3 - Егде және кәрі жастағы адамдардың үй жұмыстарын өздігінен атқару мүмкіндіктері

Диаграммадан көріп отырғанымыздай егде және кәрі жастағы адамдардың тек 28,9% әртүрлі үй жұмыстарын қиындықсыз атқарады; сұралғандардың үштен бірі дерлік (38,7%) тамақ әзірлеп, кішкене кірлерді ғана жуа алатынын көрсетті, 15,7%, «үйде ешнәрсе істей алмаймыз» деп жауап берді; 16,7% - «тек ыдыс жуып, шаң сүрте» алады. Сонымен, егде және кәрі жастағы адамдардың физикалық мүмкіндіктерін бағалау сұралғандардың 80% көбінде күнделікті өмірде қиындық болатынын анықтады. Жиі кездесетін қиындықтардың бірі алысқа жүру, ол егде жастағы адамдардың 40% кездеседі. Бұдан басқа, егде адамдардың шамамен 15,7% өздігінен үй жинап, тамақ істей алмайды. Жас пен физикалық мүмкіншіліктер арасындағы айырмашылықтың статистикалық мәні $-\chi^2=1285,8$; $p \leq 0,0001$).

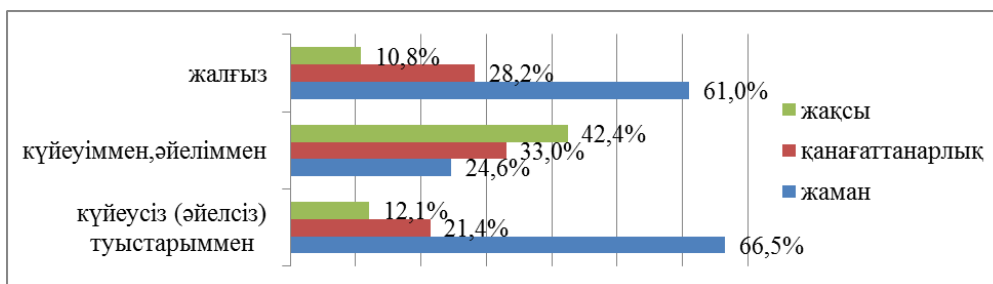
Егде және кәрі жастағы адамдардың әлеуметтік белсенділігі жалғыз немесе бірге тұратыны туралы, қоғамдық өмірге қатысуы туралы, әлеуметтік және туысқандық араласулары туралы, еңбек қызметінің жалғасуы туралы сұрақтарға берілген жауап бойынша бағаланды. Эмоционалдық жағдайға, соңында егде жаста денсаулығына әсер ететін маңызды әлеуметтік және психогенді факторлардың бірі жалғыздық, сондықтан сауалнамаға «Қазіргі кезде кіммен тұрасыз?» деген сұрақты қостық. Егде және кәрі жастағы адамдардың 18,4% жұбайымен, туысқандарымен тұратыны; 15,8% жұбайымен тұратыны; 31,3% жұбайы жоқ, бірақ жақын туысқандарымен тұратыны, ал 34,4% жалғыз тұратыны анықталды – 5 сурет.



Сурет 4 - Жанұяда және жалғыз тұратын респонденттер саны, %

Сұрау нәтижелері көрсеткендей жалғыз тұратын егде және кәрі жастағы адамдар үлесі 75-89 жас аралығында – 18,7%, ал ең төмен жас тобы 90 жас және одан жоғары – 5,6%. Айырмашылықтың статистикалық мәні ($\chi^2=139,9$; $p=0,008$). 5 суретте жалғыз және жанұяда тұратын егде және кәрі жастағы адамдардың денсаулық деңгейін өздерінің

бағалауы келтірілген. Көріп отырғанымыздай, жұбайымен тұратын адамдар өздерінің денсаулығын жоғары бағаласа (42,4%), ал жалғыз тұратындар бәрінен төмен бағалаған (10,8%). Айырмашылық нақты ($\chi^2=122,9$; $p \leq 0,0001$).



Сурет 5 - Жанұяда және жалғыз тұратын егде және кәрі жастағы адамдардың денсаулықтарын бағалауы

Қоғамдық ұйымдарға қатысу туралы сұрақтарға, шіркеу (мешіт) бару, респонденттердің туыстары мен таныстарға бару 29,3%, "денсаулық жағдайы бойынша мүмкін емес", 14,3%, басқа да себептер бойынша мүмкін емес екенін. Ал 56,4% егде адамдардың белсенді әлеуметтік өмір сүретінін көрсетті.

Ал, психологиялық мәртебесін бағалау үшін респонденттерге бірқатар сұрақтар ұсынылды, сіз жиі

себепсіз ашуланшақ боласыз 54,4%; өзіңіздерінің өмір сүріп жатқаныңызды қажетсіз деп санайсыз 65,9%; жиі себепсіз ашуланшақтық 54,4%; барлық қоршағандарға селқостықты жиі сезінуі 65,5% құрады. Талдау нәтижесінде психологиялық статусы жаспен байланыстырғанда статистикалық мәні анықталды.

Кесте 1 - Респонденттердің психологиялық статусын жаспен байланыстырғанда корреляциялық тәуелділігі

Жас	χ^2 Пирсон	p
Сіз жиі себепсіз ашуланшақ боласыз	21,3	,000
Жиі мазасыз ойлар	116,5	,000
Барлық қоршағандарға селқостықты жиі сезінесіз	261,2	,000
Сіз өзіңізді ешкімге қажетсіз сезінесіз	183,7	,000
Сіз өткен өміріңізге қанағаттанбайсыз	297,1	,000
Қазіргі уақыттағы өміріңізбен қанағаттанбайсыз	220,7	,000
Өзіңіздің өмір сүріп жатқаныңызды қажетсіз деп санайсыз	276,3	,000

Қорытынды: Егде және кәрі жастағы адамдардың физикалық мүмкіндіктерін бағалау сұралған науқастардың 80% қозғалыс кезінде қиындық туатынын анықтады. Жиі кездесетін мәселенің бірі алысқа жүру, ол егде адамдардың 40% кездеседі. Бұдан басқа, егде жастағы адамдардың шамамен 30% өздігінен үй жинап, тамақ істей алмайтынын айтты. Физикалық белсенділіктің корреляциялық байланысының статистикалық мәнінің жаспен және жыныспен байланысы анықталған жоқ: Кендалл τ -b=1,0; $p=0,18$. Бірақ, статистикалық маңызды корреляциялық байланыстың арқадағы, буындардағы ауру сезімдеріне

шағыммен байланысы анықталған - Кендалл τ -b =1,0; $p=0,001$. Әлеуметтік белсенділігін бағалау олардың тек 29,3% ғана белсенді әлеуметтік өмір сүретінін анықтады. Жұбайымен тұратын егде жастағы адамдар өздерінің денсаулықтарын жоғары бағаласа (42,4%), ең төмені жалғыз тұратындар болды (10,8%). Айырмашылықтар нақты ($\chi^2=122,9$; $p\leq 0,0001$). Егде жастағы респонденттерге әлеуметтік қызметтер жағынан көрсетілетін әлеуметтік көмекті зерттей отырып егде жастағы адамдардың 10% азына (9,8%) аталған көмектің үйде көрсетілгенін анықтадық.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Ешманова А.К., Измухамбетов Т.А., Ерназарова Ж.Ш., Игисенова А.И., Умутбаева Г.Б., Аканова А.А., Маншарипова А.Т., Белтенова А.Г., Толеуова Д.Ж. Результаты социологического опроса лиц старше 60 лет, проживающих в Медеуском районе г.Алматы// Вестник КазНМУ. –Алматы: 2016. - №4. - С.444-448.
- 2 Б.С. Турдалиева, А.И. Игисенова, А.К. Абикулова, А.К. Ешманова Егде және қарт жастағы адамдардың қажеттілігінің медициналық - әлеуметтік мәселелері // Вестник КазНМУ. – Алматы: 2016. - № 4. - С. 399-402.
- 3 Zarina Sagyndykova, Botagoz Turdaliyeva, Bolat Zhanturiyev, Zhazira Tursynbekova Evaluation on Equity of Health Care Provided at Primary Health Care Level to Persons Over 60 Years.// Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2016. - Vol.7(6). - P. 3026-3030.

А.И. Игисенова, Б.С. Турдалиева, М.К. Көшімбеков, Д.Т. Шаки, С.С. Исабекова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Резюме: Потребность во всестороннем изучении проблем пожилого населения определена высоким удельным весом данной возрастной категории среди населения и стойкой тенденцией к постарению населения.

Ключевые слова: пожилые люди, медико-социальные и психологический помощь, Социальная активность, потребность.

A.I. Igissenova, B.S. Turdaliyeva, M.K. Koshimbekov, D.T. Shaki, S.S. Issabekova

IDENTIFYING THE NEEDS OF PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN THE MEDICO-SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Resume: The need for a comprehensive study of the problems of elderly identified a high proportion of this age group among the population and the counter trend to the aging of the population.

Keywords: elderly people, medico-social and psychological assistance, social activity, need.

ОПЫТ ДЕЛЕГИРОВАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ НА ПРИМЕРЕ СМЕШАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ГКБ №5 Г. АЛМАТЫ

Г.К. Каусова¹, С.У. Толегенова¹, Б.М. Жантуриев³, А.М. Абдрахманова², Д.Ж. Абуов³

¹ КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения»

² Смешанная поликлиника при ГКБ №5 г.Алматы, ³КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

В статье описан опыт делегирования полномочий среднему медицинскому персоналу на уровне ПМСП в городской клинической больницы (ГКБ) №5 г.Алматы. Показаны основные структурные и функциональные элементы делегирования, направленные на повышение качества, эффективности медицинских услуг населению района и г.Алматы, определены шаги по дальнейшую углублению и совершенствованию данного процесса особенно при подготовке к эффективной деятельности в условиях ОСМС (обязательного социального медицинского страхования).

Ключевые слова: ПМСП, средний медицинский персонал, делегирование, эффективность, ОСМС (обязательное социальное медицинское страхование)

УДК 614.253.52:616-039.75.007

Актуальность. Историческая Алматинская Декларация 1978 г. провозгласила, что первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) «является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа» [1]. При этом, она «базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологий, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям...» и опираться на «на работников здравоохранения..., соответственно подготовленных с социальной и профессиональной точек зрения для работы в составе бригады здравоохранения и для удовлетворения медико-санитарных нужд населения» [1].

В наше время фундаментальные идеи и принципы Алматинской декларации нашли свое дальнейшее отражение и совершенствование в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы, основной целью которой является «укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны» [2]. При этом, подчеркивается, что данная цель может быть достигнута за счет «интеграции всех служб здравоохранения на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП» [2].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Сестринское дело охватывает независимое и совместное обслуживание людей всех возрастных групп, семей, групп населения и сообществ, больных или здоровых, во всех условиях. Оно включает укрепление здоровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми» [3]. При этом, ВОЗ рассматривает средних медицинских работников (СМР) как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения к доступным и квалифицированным медицинским услугам и определяет им ведущую роль в оказании первичной помощи, профилактике и реабилитации пациентов [4]. С 70-х годов в мире стала возрастать тенденция и понимание партнерского подхода и взаимоотношения врачебного и сестринского персонала как равноправных членов команды и необходимость сдвига в деятельности первичного звена в сторону профилактики и более активной работы с населением. В частности отмечается, что «сестринская работа на коммунальном уровне могла бы включать обязанности семейной сестры в сочетании с задачей более широкого масштаба по выяснению проблем в жизни населения на прикрепленном участке и, в том или ином виде, его вовлечение в организацию и участие в деятельности в поддержку общественного благополучия и

здоровья по абсолютно конкретным приоритетным вопросам на местном уровне» [5].

В 2000 году Министерства Здравоохранения стран региона и Всемирная Организация Здравоохранения приняли Мюнхенскую декларацию «Медицинские сестры и акушерки - важный ресурс здоровья» [6]. В ней указывалось о необходимости дальнейшего продвижения положений мюнхенской декларации с целью:

- расширения внедрения политики и стратегии планирования, подготовки и размещения медперсонала среднего звена;
 - мотивирования и повышения осознания значимости профессии сестер, как равноправных партнеров в практике служб здравоохранения;
 - повышения уровня профессионального обучения с тем, чтобы сделать сестринскую профессию более привлекательной, включая при определенных условиях возможность самостоятельной работы;
 - расширения роли сестер в профилактике болезней неинфекционной природы;
 - укрепления научно-исследовательского потенциала в области сестринского дела, в том числе в области повышения качества предоставленных услуг населению.
- Современная модель деятельности СМР, предложенная Ассоциацией зарегистрированных сестер Онтарио (Registered Nurses Association of Ontario) позволяет наделять их большим перечнем полномочий и самостоятельности, в первую очередь на уровне ПМСП, определяя медицинским сестрам первостепенную и важнейшую роль в непрерывной цепочке организации лечебного - профилактического процесса [7]. Современная модель МСОП должна предусматривать деятельность на двух уровнях:

- групповая практика (работа в команде с врачами общей практики (ВОП) и другими медицинскими специалистами);
- полная самостоятельность/ автономность деятельности (зачастую в центрах ПМСП, фельдшерско-акушерских пунктах и др., обслуживание на дому, дневных стационарах и др.).

В связи с чем, данная модель была определена в качестве экономически эффективного подхода к формированию службы ПМСП, так как позволяет в значительной степени разгрузить функционал ВОП, на долю которых возложен большой спектр деятельности (все первичное звено), и как следствие снизить затраты на их подготовку и оплату труда врачебного персонала, при высоком качестве предоставляемой медицинской помощи населению со стороны СМР [8].

В настоящее время реформы сестринского дела в странах ЕС привели к расширению функционалу и

самостоятельности медицинских сестер. Так, в ряде стран (Финляндия, Нидерландах, Швейцарии и др.) большая часть (до 80%) всех пациентов вначале контактируют со средними медицинскими работниками, в частности МСОП, и только в случае острой необходимости принимаются непосредственно и напрямую самими ВОП [9, 10]. К примеру, СМР способны самостоятельно проводить первичный прием пациентов (простейшие медицинские обследования), назначать лечение в пределах своих компетенций (ограниченный перечень лекарственных средств и лечебных процедур), осуществлять контроль над состоянием пациентов (в том числе, и в послеоперационном периоде), оказывать помощь больным с хроническими формами заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность, психические заболевания и др.) и сложными состояниями (онкологические и инфекционные заболевания и др.), принимать решения о необходимости направления пациентов к ВОП или узкому специалисту, либо в другую медицинскую организацию или подразделение, а также осуществлять посещение прикрепленных пациентов на дому [11, 12].

Краткая характеристика и особенность функционирования Поликлиники. Смешанная поликлиника (Поликлиника), являясь структурным подразделением Городской Клинической Больницы №5, оказывает комплексную первичную медико-санитарную помощь жителю Медеуского и прилегающих районов г.Алматы. В 2017 году было принято в эксплуатацию новое, современное 4-этажное здание поликлиники общей площадью 6 000 м². Особенностью здания является то, что оно полностью подготовлено для приема людей с ограниченными возможностями. Общая численность обслуживаемого населения составляет 41 000 человек, в том числе 10 088 детей. Помощь пациентам оказывают врачи 18 специальностей.

Отличительная особенность Поликлиники заключается в том, что медицинская организация обеспечивает не только амбулаторно-поликлиническую и стационарозамещающую помощь населению Медеуского района и г.Алматы, но и является единственной поликлиникой, оказывающей сурдофониатрическую помощь детскому и взрослому населению г.Алматы, по государственному заказу в рамках ГОБМП (гарантированного объема бесплатной медицинской помощи). Являясь клинической базой соответствующих профильных кафедр КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, Алматинского института усовершенствования врачей, медицинских колледжей, Поликлиника укомплектована высококвалифицированными врачебными и сестринскими кадрами, подготовленными в соответствии со специализацией. Поликлиника укомплектована всем необходимым лечебно-диагностическим оборудованием. Кроме того, на базе Поликлиники открыта уникальная централизованная медицинская лаборатория (ЦМЛ), обслуживающая лечебно-профилактические учреждения

Медеуского района г.Алматы. ЦМЛ оснащена высокотехнологическими современными автоматическими анализаторами, позволяющими производить с высокой точностью и надежностью: иммуно-ферментную диагностику различных заболеваний, включая инфекции передающиеся половым путем, определять гормоны щитовидной железы, репродуктивной сферы, онкомаркеры, маркеры вирусного гепатита и т.п. Лаборатория работает в круглосуточном режиме и выполняют до 20 000 исследований в день.

В целях дальнейшего развития проекта «Поликлиника открытого типа», для удобства медицинского обслуживания прикрепленному населению на 2 этаже находится регистратура для взрослого населения, на 3 этаже регистратура для детского населения. Помимо этого, для повышения доступности и улучшения качества получаемых медицинских услуг в Поликлинике на первом этаже организована Служба Поддержки Пациентов (СПП), снабженная радиосвязью. При обращении граждан СПП регулирует поток пациентов, информирует их по всем возникшим вопросам, основываясь на принципе решение вопросов «здесь и сейчас», при необходимости сопровождают граждан с ограниченными возможностями. Учитывая введение в РК согласно Закону Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании» [3] с июля 2017 г. обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), Служба Поддержки Пациентов также определяет социальный статус пациента в системе медицинского страхования. Координатор по внедрению ОСМС проводит информационную работу с населением и дает разъяснения пациентам по всем интересующим вопросам обязательного медицинского страхования.

Учитывая мировой тренд по увеличению функционала и самостоятельности СМР, в поликлинике при ГКБ №5 был инициирован проект по улучшение качества медицинских услуг, который включал в себя 2 направления:

1. снижение очередности и улучшение качества медицинских услуг на приеме;
2. самостоятельная выписка и доставка бесплатных лекарственных средств (ЛС) на дому.

При решении вопроса повышения эффективности управления очередностью на приеме к врачам основными вопросами было:

- снижение времени пребывания пациентов в поликлинике;
- распределение потока пациентов;
- расширение функции обслуживания пациентов на дому;
- расширение функции медицинских сестер посредством делегирования некоторых полномочий врачей медицинским сестрам.

На начальном этапе введения проекта был проведен анализ очередности пациентов при первичном приеме. В ходе хронометража была установлена следующая структура потерь времени пациентов при первичном приеме в поликлинику (таблица 1).

Таблица 1 - Структура потерь времени пациентов на приеме в поликлинику запись посредством портала egov.kz производится минуя услугодателя (работника регистратуры)

№	Первичный прием	Время ожидания получения государственной услуги-запись на прием	Очередь перед регистратурой (до сдачи документов для получения государственной услуги - запись на прием)
1	Запись через услугодателя (непосредственно обращение в регистратуру или через телефон)	До 10 мин	от 5 мин до 10 мин
2	Запись через Egov	До 30 мин	Нет*

При этом, основными причинами посещения терапевта и/или ВОП являлись:

1. Первичный прием
2. Повторный прием
3. Выписка рецептов и получение препаратов по ГОБМП
4. По направлению узкого специалиста
5. Получение прививок
6. Получение первичной медицинской документации
7. Профилактический осмотр
8. Прохождение скринговых исследований
9. Диспансерный осмотр

Для регулирования потоков пациентов на каждом из 4-х этажей поликлиники из числа медицинских сестер были определены координаторы, основная их функция которых состоит в (приложение к должностным инструкциям)

- регулировании потока пациентов на 2 категории: «требующие врачебной помощи» и «требующие помощи среднего медицинского персонала» (согласно таблице 2);
- проведение (при необходимости) первичной консультации;

- наблюдение за корректностью и обоснованностью направлений к специалисту и на лабораторно-инструментальные исследования;
- решение в рамках своей компетенции конфликтных ситуации.

Таблица 2.

Пациенты «Требующие врачебной помощи»:	Пациенты «Требующие помощи среднего мед. персонала»:
<ul style="list-style-type: none"> • Первичный прием • Повторный прием • Прием узкого специалиста по направлению • Направление на МСЭК • Обслуживание вызовов на дому • Диспансерный осмотр 	Оформление медицинской документации в отделении медицинской профилактики, а именно: <ul style="list-style-type: none"> • Санаторно-курортных карт • Выписок, справок • Направления на лабораторные и инструментальные исследования по назначению врача • Выписка льготных рецептов • Обслуживание активов на дому

Ниже представлен маршрут медицинской сестры при обслуживании активов, поступивших со станции скорой медицинской помощи (СМП) (рисунок 1).

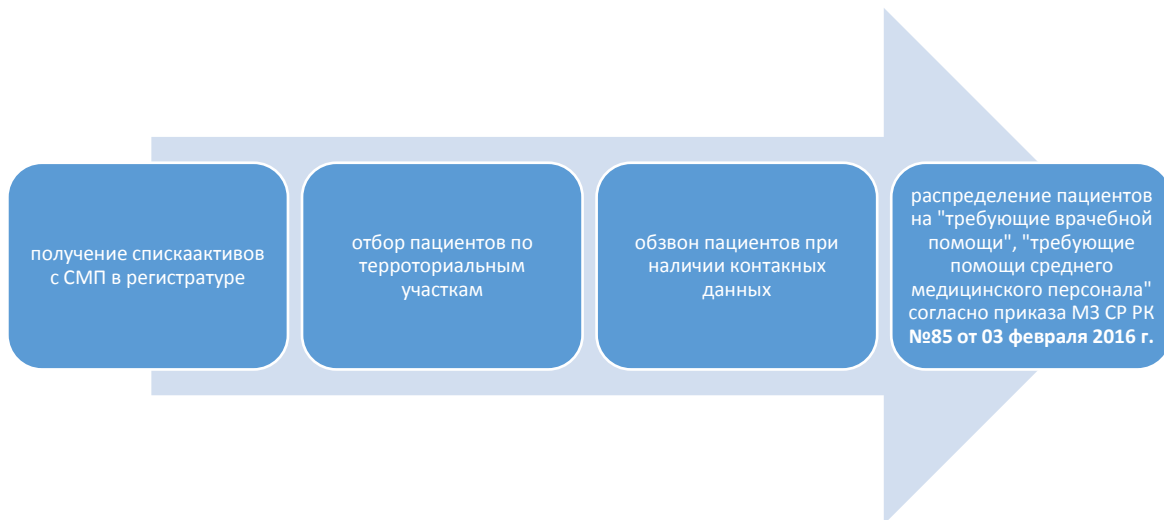


Рисунок 1 – Маршрут медицинской сестры при обслуживании активов с СМП

Введение медицинским сестрам функционала по управлению очередностью пациентов подтвердило эффективность и своевременность данной меры. В-первых, в 2 раза снизилась очередность пациентов перед

регистратурой, а также их общее время нахождения в поликлинике от прихода до приема врачом-терапевтом, ВОП или узким специалистом, во-вторых, сократилось в 5-7 раз время ожидания пациентом приема врача. (таблица 3).

Таблица 3 - Результаты делегирования СМП вопросов управлению очередностью пациентов.

Показатель	До внедрения проекта	После внедрения проекта
Общее количество очередности перед регистратурой	10-30 человек	5-10 человек
Общее количество очередности перед кабинетом терапевта и/или ВОП	12-20 человек	3-7 человек
Время ожидания приема терапевта и/или ВОП	35-45 минут	5-10 минут
Время пребывания в поликлинике от прихода до приема	30-90 минут	15-45 минут

Следующей частью проекта по повышению самостоятельности деятельности СМП было передача им функционала по самостоятельной выписке и доставке бесплатных ЛС на дом. Нормативной базой для данного процесса явился приказ Согласно приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 13 августа 2013 года номер 479 "О внесении изменений в приказ МЗ РК номер 7 « Об

утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»

С целью совершенствования функциональных обязанностей медицинских сестер в ПМСП самостоятельная выписка и доставка бесплатных лекарственных средств на дом делегировано медицинским сестрам (рисунок 2).

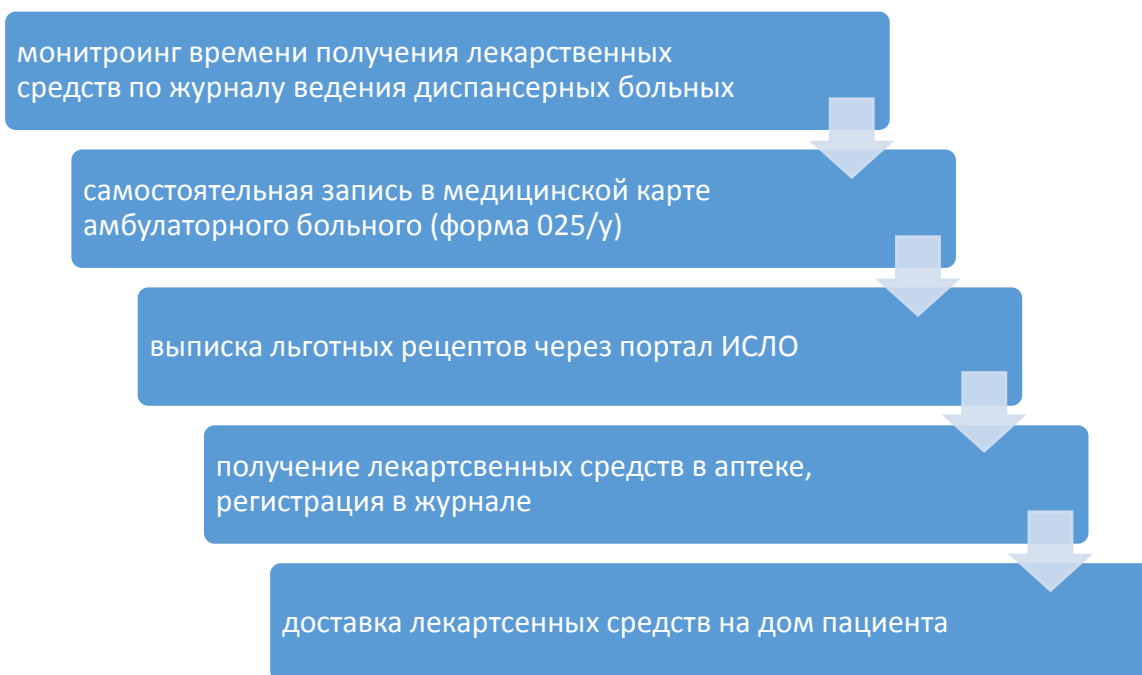


Рисунок 2 - Маршрут медицинской сестры при обеспечении лекарственных средств на дому

В результате введения данной функции в деятельность медицинских сестер произошли качественные и количественные сдвиги в обеспечении пациентов ЛС на дому. Так, в среднем в день лекарственные средства доставляется 45-50 пациентам, при этом обеспеченность ЛС на дому составляет – 58,4 %.

Заключение. Все мероприятия по расширению функционала деятельности медицинских сестер и формированию соответствующих структур (Службы Поддержки Пациентов) в Поликлинике привели к формированию новой генерации СМР, рассматриваемых не только как простых исполнителей социально-медицинских процессов внутри организации, но как равноправных членов мультидисциплинарных команд с определенной высокой зоной ответственности. Это в свою очередь привело к сокращению времени ожидания в очередях, общего времени нахождения пациентов в поликлинике, способствовало

повышению качества медицинского обслуживания и удовлетворенности пациентов.

Учитывая, что данные изменения пока коснулись только вопросов управления очередностью на приеме к врачу и обеспечение пациентов ЛС, то данный вопрос имеет большой потенциал по расширению его по многим направлениям лечебно-диагностического и профилактического процессов. Все это позволяет Поликлинике организовать эффективное взаимодействие между структурными и функциональными подразделениями, сформировать единое информационно-производственное пространство, позволяющее системно и качественно управлять процессом оказания первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение здоровья населения Медеуского района, а также подготовить необходимую инфраструктуру и бизнес-процессы для последующего внедрения ОСМС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи. - Алма-Ата: 1978. - Доступно: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. Доступно: http://www.mz.gov.kz/sites/default/files/gprz_ru.pdf
- 3 Всемирная организация здравоохранения. Доступно: <http://www.who.int/topics/nursing/ru/>
- 4 Цешковский М.С., Кирсанова Е.В. Специальность «Сестринское дело» в программах Всемирной Организации Здравоохранения // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2010. Ссылка: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/169/27/>
- 5 Community Health Nursing. Report of a WHO Expert Committee // Technical Report Series 558. – Geneva: 1974. – P. 25-31.
- 6 Мюнхенская декларация: Медицинские сестры и акушерки - важный ресурс здоровья <http://www.euro.who.int/about WHO/policy/20010828>.
- 7 Developing and Sustaining Nursing Leadership Best Practice Guideline (2nd ed.) //Registered Nurses' Association of Ontario. - 2013. -P. 144-152. Доступно: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_Booklet_Web_1.pdf;
- 8 УТЕПЕРГЕНОВА Ж.М., КАЛМАТАЕВА Ж.А., КАЛМАХАНОВ С.Б. Новая ФОРМАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В КАЗАХСТАНЕ И МИРЕ // Вестник КазНМУ. – 2016. - №1. – С. 674-678.
- 9 Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики // Вестник Каз НМУ. –2013. - №1. –С.303-306.
- 10 Stromberg A., Martensson J., Fridlund B. Nurse Led heart failure clinics in Sweden //Eur J Heart Fail.– 2006. - №3. – P. 139–144.
- 11 Henderson A., Briggs J., Schoonbeek S., Paterson K. A framework to develop a clinical learning culture in health facilities: ideas from the literature // International Nursing Review. – 2011. - №58(2). - P. 196 – 202.
- 12 Karlberg I. Man aging Chronic Conditions: Experience in Eight Countries //European Observatory on Health Systems and Policies.– Copenhagen: 2008. – P.181-188.

Г.К. Каусова, С.У. Толегенова, Б.М. Жантуриев, А.М. Абдрахманова, Д.Ж. Абуов

АРАЛАС №5 ЕМХАНА МЫСАЛЫНДА ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КЕЙБІР ҚҰЗЫРЕТІН ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНЕ ТАБЫСТАУ

Түйін: №5 емханада емделушілер ағымын реттеу мақсатында медбикелер құрамынан координаторлар тағайындалды, олардың негізгі қызметі: емделушілер ағымын «дәрігер көмегін қажет ететін» және «орта медицина қызметшілерінің көмегін қажет ететін» 2 санатқа бөлу, қажеттілік туған жағдайда біріншілік кеңес беру және лаборторлы-инструментальды сараптамаларға жіберу, өз құзыретінде шиелінсті жағдайларды шешу.

Түйінді сөздер: біріншілік медико-санитарлық көмек, орта медициналық қызметкер, табыстау, тиімділік, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру.

G.K. Kausova, S.U. Tolegenova, B.M. Zhanturiyev, A.M. Abdrakhmanova, D.Zh. Abuov

EXPERIENCE OF DELEGATION TO MEDIUM MEDICAL STAFF AUTHORITIES ON THE EXAMPLE OF A MIXED POLYCLINIC AT THE CITY CLINICAL HOSPITAL No. 5 IN ALMATY

Resume: To regulate patients' flows in the polyclinic No. 5 from among nurses were coordinators re4gulating the flow of patients into 2 categories: "requiring medical attention" and "requiring the assistance of medium medical staff", conducting (if necessary) initial consultation and referrals to laboratory -instrumental research and the decision within the limits of the competence in conflict situations.

Keywords: PHC (primary health care), average medical staff, delegation, efficiency, CSHI (compulsory social health insurance)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Н.О. Маджитова, М.К. Кошимбеков, Н.Н. Иванченко,
Н.А. Ахметкалиева, Г.Н. Ербосынова

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра Политика и управление здравоохранением с курсом медицинского права*

В статье освещаются вопросы «качества жизни медицинского персонала», а также проведен обзор понятий «качество жизни» средних медицинских работников и факторах его определяющих, определены социально-стрессовые факторы, влияющие на качество жизни сестринского персонала.

Ключевые слова: система здравоохранения, качество жизни, сестринское дело

УДК 614.252.52-039.75

Актуальность темы. В современных условиях реформирования системы здравоохранения с расширением сферы деятельности медицинских сестер, которые включают оказание еще большего широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи и вовлечение в проведение высокотехнологичных научных исследований, практически во многих странах растет все больший спрос на медицинский сестринский персонал, так как современная медицинская практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные перемены. В ряде зарубежных стран расширение диапазона ролей у медицинских сестер проводилось рядом преобразований в системе здравоохранения [1].

В 2000 г. на Второй министерской конференции ВОЗ по сестринскому и акушерскому делу, состоявшейся в Мюнхене, министры здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ приняли Мюнхенскую декларацию «Медицинские сестры и акушерки - важный ресурс здоровья». В Мюнхенской декларации министры здравоохранения различных стран подчеркнули, что медицинские сестры и акушерки представляют собой значительный стратегический, социальный и медико-санитарный ресурс для обеспечения высококачественного, общедоступного, социально справедливого, эффективного и внимательного медико-санитарного обслуживания в целях удовлетворения меняющихся потребностей людей и обеспечения их неотъемлемых прав [2,3].

В настоящее время профессия среднего медицинского работника характеризуется многофункциональностью, что

определило изменения, которые отразилось на престиже медицинского труда, социальном положении и статусе медицинских работников.

По характеру профессиональной деятельности медицинские работники достаточно часто испытывают высокую социально-психологическую нагрузку, одновременно решая собственные жизненные проблемы и проблемы пациентов. Это является одним из факторов, влияющих на здоровье и качество жизни среднего медицинского персонала [4]. Вместе с тем, здоровье средних медицинских работников определяют не только производственно-профессиональные факторы, но и их недостаточная медико-профилактическая активность, низкая обращаемость за профессиональной медицинской помощью, склонность к самолечению [5].

Эффективность медико-профилактических мероприятий среди специалистов среднего медицинского звена во многом зависит от уровня их информированности по вопросам сохранения и укрепления здоровья, что определяется качеством их профессиональной подготовки и переподготовки [6]. В свете развития стратегии охраны здоровья населения, рассматривающей в качестве приоритетного направления «сохранение и укрепление здоровья здоровых», является актуальным проведение среди медицинского персонала скрининг-диагностики для выявления преморбидных состояний [7].

Качество жизни — понятие, используемое в социологии, экономике, политике, медицине и некоторых других областях, обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его

собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками. Качество жизни является наиболее важной социальной категорией, которая характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения.

Индекс качества жизни измеряет результаты субъективной удовлетворённости жизнью граждан различных стран мира и соотносит их с объективными показателями социально-экономического благополучия жителей этих стран. Индекс составляется на основе статистического анализа девяти ключевых показателей, которые отражают различные аспекты качества жизни населения:

- 1 Здоровье.
- 2 Семейная жизнь.
- 3 Общественная жизнь.
- 4 Материальное благополучие.
- 5 Политическая стабильность и безопасность.
- 6 Климат и география.
- 7 Уровень занятости.
- 8 Политические и гражданские свободы.
- 9 Гендерное равенство.

Понятие качества жизни часто рассматривается в трёх аспектах [8]:

- качество жизни – общенаучное понятие, определяющее совокупность условий жизни человека в её социальном, политическом, культурном, духовном, материальном и других аспектах;
- качество жизни – экономическая категория, отражающая уровень развития потребностей, которые необходимо удовлетворить для обеспечения нормальной жизнедеятельности человека (как потребителя), и степень их удовлетворения через общественную трудовую деятельность человека (как производителя), а также условия для развития и удовлетворения этих потребностей;
- качество жизни – показатель социального менеджмента, отражающий обеспеченность потребностей (рациональных или минимальных) населения определённого социально-территориального образования [9, 10].

В начале XXI века понятие «качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL). Качество жизни сегодня – это надёжный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и на групповом уровне.

В разработку научного изучения качества жизни большой вклад внесла Всемирная Организация Здравоохранения – она выработала основополагающие критерии качества жизни:

1. Физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых).
2. Психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания).
3. Уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения).
4. Общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность).
5. Окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации).

6. Духовность (религия, личные убеждения).

Специалисты сестринского дела являются важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагают значительными ресурсами и реальными потенциальными возможностями для оказания высококачественной и доступной для всех медицинской помощи, обеспечивая жизнь, достоинство и конституционные права человека. Основными задачами деятельности сестринского персонала являются: всесторонний комплексный уход за пациентами и облегчение их страданий, восстановление здоровья и реабилитация, содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

В реальных условиях профессиональная деятельность средних медицинских работников имеет свои специфические особенности в общей системе оказания медицинской помощи населению: характера организации труда, психологического давления со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации. В результате возможна профессиональная деформация личности в виде синдрома «эмоционального выгорания», которая представляет выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия; это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения.

Установлено, что в реальных условиях сестринский персонал тратит основное время на выполнение врачебных назначений (лечебных и диагностических), заполнение медицинской документации и выполнение мероприятий санитарно-противоэпидемического режима, что полностью соответствует существующей в отечественном здравоохранении медицинской модели оказания помощи населению, в которой медицинская сестра играет роль помощника врача.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала должны преобразовываться коренным образом в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением

Как показывает мировая практика, рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов в здравоохранении, большое внимание уделяется профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, так как сестринской практике присущи разноплановость деятельности, ориентированность на отдельного пациента, семью и общественные группы.

В последние годы профессиональные функции и организационные формы деятельности среднего медицинского персонала меняются в соответствии со значительным расширением содержанием профессиональных функций выполняемых средним медицинским персоналом в условиях реальной работы учреждений здравоохранения

Таким образом, для более подробного изучения качества жизни необходимо изучить и научно обосновать план мероприятий, направленных на повышение качества жизни медицинских сестер и способствующих сохранению трудового потенциала сестринского персонала, а также совершенствованию организации деятельности среднего персонала на основе обоснования структуры выполняемых функций, что будет способствовать оптимизации работы учреждений здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Роль медицинских сестер первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения: <http://www.moluch.ru/archive/64/10052///10.03.2014г>.
- 2 Павленко Т.Н. Сестринское образование и подготовка преподавателей сестринского дела за рубежом // Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров. - М.: 2003. - №4. - С. 72-88.
- 3 Pallot P. Doctorssickofanunhealthysituation / [Электронный ресурс]. Режим доступа:<http://www.telegraph.co.uk>.
- 4 Зарубежные рынки труда / Медсестра в США может зарабатывать до 90 тыс. долларов в год// http://www.jobsmarket.ru/?get_page=239&content_id=10578335//.
- 5 Под редакцией JaneSalvage и Serge Heijnen.Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 74 1997, 279 с.ISBN 92 890 1338 9.
- 6 Мюнхенская декларация по сестринскому делу, ВОЗ, 2000,
- 7 Стандарты Европейского союза для сестринского дела и акушерства: информация для стран –кандидатов для вступления// Всемирная организация здравоохранения. - 2000. - С. 19-23.
- 8 Joyce P., Management and Education in nursing: common goals and interests // Journal of Nursing Management. – 2008. - №1. – P. 22-26.
- 9 M. Butler and al “ Hospital nurse staffing models and patient and staff related outcomes” // Cochrane Collaboration. - 2011. – P. 88-96.

Н.О. Маджитова, М.К. Кошимбеков, Н.Н. Иванченко, Н.А. Ахметкалиева, Г.Н. Ербосынова

МЕЙРБИКЕ ПЕРСОНАЛЫНЫҢ ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУДАҒЫ ЗАМАНАУЙ ТӘСІЛДЕР

Түйін: мақалада «өмір сапасы» сұрақтары ашылған, сонымен қатар медицина қызметкерлері арасындағы «өмір сапасы» түсінігіне және оны анықтайтын факторларға шолу жасалған, мейірбике персоналының өмір сапасына әсер ететін әлеуметтік-стрессті факторлар анықталған.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау жүйесі, өмір сапасы, мейірбике ісі

N.O. Madjitova, M.K. Koshimbekov, N. N. Ivanchenko, N.A. Akhmetkalieva, G.N. Erbossynova

MODERN APPROACHES TO ASSESS NURSING STAFF LIFE QUALITY

Resume: The article highlights the issues of "life quality", as well as the concepts of " life quality" are reviewed that affect the life quality of nursing staff.

Keywords: healthcare system, life quality, nursering care

**РЕСУРСНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В МЕГАПОЛИСАХ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Ж.М. Утепбергенова¹, Ж.А. Калматаева², С.Б. Калмаханов²

¹ТОО «Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

² РГП на ПХВ «Казахский Национальный университет имени аль-Фараби», г. Алматы, Казахстан

В статье отражены результаты проведенного социологического исследования среди медицинских сестер организаций первичного звена городов Алматы и Астана. Определены основные проблемы в обеспечении трудового процесса через оценку уровня удовлетворенности медицинских сестер производственной средой. Формирование оптимальной производственной среды с должным уровнем материально-технического обеспечения на этапе становления нового формата оказания помощи населению посредством расширения деятельности медицинских сестер общей практики позволит эффективно выстроить процесс оказания медицинских услуг на первичном звене.

Ключевые слова: медицинская сестра общей практики, первичная медико-санитарная помощь, деятельность медицинских сестер, Республика Казахстан

УДК 614.254.1

Актуальность. Одним из стратегических направлений укрепления сестринского дела, для достижения цели политики «Здоровье-2020», Всемирной организацией здравоохранения выделено обеспечение благоприятных условий труда, призванных улучшить показатели здоровья населения в целом, и деятельности медицинских организаций в частности [1]. Рациональная ресурсная обеспеченность сестринской среды позволяет не только эффективно, безопасно и своевременному выполнению

медицинскими сестрами своей работы, но и положительно влияет на показатели их работы и удовлетворенность от выполняемой деятельности.

В силу проводимых реформ в ПМСП определена необходимость в изменениях условий труда и трудовых процессов среднего медицинского работника, способствующие формированию эффективной производственной сестринской среды в организации первичного звена Казахстана [2]. Делегирование ряда

полномочий от врача общей практики расширяет границы деятельности сестринского персонала, и как следствие представляет им большую свободу. В стране развивается практика самостоятельного приема медицинскими сестрами, требующего оптимального уровня ресурсной обеспеченности их трудовой среды.

Целью данного исследования является определение степени удовлетворенности медицинских сестер, работающих на участках врача общей практики организаций первичной медико-санитарной помощи городов Алматы и Астана уровнем оснащения трудового процесса.

Материалы и методы исследования: Для проведения исследования использовались социологический (анкетный опрос) и аналитический (описание структурных элементов изучаемого явления и выявление причинно-следственных связей) методы исследования.

Объектами исследования являлись медицинские сестры, работающие на участках врача общей практики организаций ПМСП городов Алматы и Астана. К отбору респондентов были определены критерии: стаж работы в системе здравоохранения не менее 5 лет и стаж работы в данной организации не менее 3 лет. Общее количество респондентов составило $n=253$ (город Астана=111, город Алматы=142). Средний возраст респондентов составил $36,07 \pm 0,46$ лет.

Инструментом исследования являлись разработанные анкеты, апробированные на фокус-группах ($n=21$). Анкетный опросник состоял из вариативных, открытых и ранговых вопросов, для последних использовалась стандартная 10-балльная шкала оценки.

Обработка результатов осуществлялась с помощью статистических методов в программе SPSS v.17.0.2.

Результаты и обсуждение. Одним из важных условий при оказании помощи населению со стороны врачебного и сестринского персонала, определено соответствие условий труда потребностям здравоохранения. Учитывая, что рациональная организация труда может быть построена только на базе совершенных и эффективных подсистем организации трудовых процессов, в рамках данного исследования нами было изучено соответствие условий труда потребностям медицинских сестер.

Как свидетельствуют результаты исследования, средний медицинский персонал в большей степени (83,4%) отмечает полную удовлетворенность производственной средой, указывая, что медицинская организация создает все необходимые условия для оказания помощи прикрепленному населению. Только 16,6% опрошенных указали на частичное удовлетворение условиями труда или их отсутствие ($r=0,58874$, $p>0,05$). При этом, среди тех респондентов, указавших на неудовлетворенность производственной среды, в качестве одной из основных причин в 35,71% случаев указали именно на низкий уровень оснащения должным перечнем оборудования медицинские организации.

Показатель удовлетворенности коррелирует со стажем работы, свидетельствующий о том, чем выше стаж работы,

тем выше уровень удовлетворенности рабочими условиями ($r=2,966584$, $p>0,01$). Так, не полную неудовлетворенность указывают в основном респонденты со стажем менее 15 лет и составляют 2,8% всей когорты опрошенных. Аналогичная ситуация характерна и для респондентов, указавших на частичную удовлетворенность условиями профессиональной среды, составившие 13,8% всех опрошенных. Так, данную группу в большинстве (85,72%) составили респонденты со стажем до 20 лет, и только 14,28% имели стаж деятельности в системе здравоохранения от 21 года и выше.

Условиями труда (наличие должного помещения, доступа к услугам других подразделений и др.), которые представлены медицинской организацией респондентам, удовлетворены 86,33% опрошенных специалистов (таблица 1). Среди респондентов, указавших на частичное или отсутствие удовлетворенности условиями (10,67%), в качестве основной причины выделяется несоответствие рабочих помещений оптимальным условиям труда (к примеру, необходимость находиться в кабинете иногда по 2-3 специалиста), ограниченность доступа к услугам других специалистов для своевременного получения результатов исследования и др., зачастую связанных с ограниченными мощностями самой медицинской организации, а не неактивной деятельностью ее менеджеров.

Ориентируясь на наилучшую практику, в последние годы проводится активная информатизация системы здравоохранения, предполагающая цифровизацию всех предоставляемых специалистами медицинских организаций услуг населению, а также обеспечение медицинского персонала доступом к международным и научным клиническим базам. Опрос показала, что системой информационного обеспечения рабочей среды удовлетворено 90,52% средних медицинских работников, отмечающих наличие доступа к необходимым статистическим базам данных на локальном (организации) и республиканском уровне, и только 9,48% выделили частичную удовлетворенность или не удовлетворенность.

Аналогичная картина характерна и в вопросе удовлетворенности существующей учетно-отчетной документацией опрошенных – 90,12%. Среди тех, кто указал на неудовлетворенность документацией (9,88%), в качестве основной причины было выделено несоответствие существующих отчетных форм международным стандартам, что не позволяет отражать в полном объеме необходимую информацию для анализа планирования ресурсов.

В большей степени (до 15%) существующей учетно-отчетной документацией отмечают не удовлетворенность медицинские сестры со стажем от 11 до 15 лет (13,04%) ($r=0,0112$, $p>0,05$) и информационным обеспечением со стажем от 16 до 20 лет (14,29%) ($r=0,001494$, $p>0,05$), ссылаясь главным образом на проблему увеличения объема работы за счет документирования (заполнения большого объема статистических форм и отчетности как в электронном, так и бумажном варианте), что как следствие приводит к снижению временных и других ресурсов, необходимых для проведения манипуляций пациентам.

Таблица 1 – Удовлетворенность рабочими условиями респондентами

Критерии	полностью удовлетворен		частично удовлетворен		не удовлетворен	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Окружающие условия труда (помещение, услуги других подразделений и др.)	226	86,33	23	9,1	4	1,57
Оснащение рабочего места оборудованием	211	83,4	35	13,83	7	2,77
Система информационного обеспечения	229	90,52	17	6,72	7	2,77
Учетно-отчетная документация	228	90,12	15	5,93	10	3,95

83,4% средних медицинских работников отмечают соответствие оснащения своего рабочего места необходимым оборудованием для оказания качественной и безопасной медицинской помощи населению. На частичное удовлетворение указало 9,1% респондентов, отметивших в качестве основной причины либо отсутствие полного перечня оборудования, либо не своевременный его

закуп для реализации поставленных перед медицинской организацией задач.

На неудовлетворенность оснащением рабочего места оборудованием в 33,33% ($r=0,1009$, $p>0,05$) случаев указывают респонденты со стажем от 26 до 30 лет и 27,27% ($r=0,3998$, $p>0,05$) в группе со стажем свыше 31 года, выделяя необходимость в дооснащении организаций

оборудованием, в связи с инновационными подходами к лечебно-диагностическому процессу, требующими большего ресурсного обеспечения. Данная категория респондентов выделяет указанный аспект в силу своей большей самостоятельности при оказании помощи населению, связанного не только с передачей полномочий, но и большим стажем трудовой деятельности в данной сфере, позволяющего рационально оценивать данный показатель. С целью детализации проблем, связанных с неполным оснащением медицинским оборудованием организаций здравоохранения, при изучении все ресурсы нами были разделены по 6 группам: 1) измерительные приборы и 2) расходные материалы, используемые для оказания доврачебной медицинской помощи пациентам; 3) средства по содержанию санитарно-эпидемиологических норм, для поддержания безопасной окружающей среды, дезинфекции и стерилизации; 4) IT-оборудование, 5) бланочная продукция и 6) канцелярские товары, для документирования (в том числе электронного) процессов оказания лечебно-диагностических процедур и организации труда. Перечень оборудования и материалов по первым трем группам определялся на основании регламентирующих документов сестринских и врачебных услуг: профессиональных стандартов, стандартом организации оказания сестринского ухода и услуг ПМСП, санитарных правил к объектам здравоохранения и др.

Оснащенностью необходимыми измерительными медицинскими приборами для качественного предоставления сестринских услуг, в соответствии со спецификой деятельности (к примеру, проведение оксигенотерапии, зондовых манипуляций и др.), удовлетворено в разной степени 88,14% средних медицинских работников (таблица 2). Среди тех, кто отметил полное удовлетворение в оснащении измерительными приборами, указали на то, что медицинскими организациями предоставляются все условия для внедрения новой модели сестринской практики или отмечали на отсутствие в перечне предоставляемого оборудования не более 1 позиции. До 11,85% респондентов отмечают частичную или полную неудовлетворенность материально-техническим снабжением их трудового процесса. В качестве основной причины неудовлетворенности указана необходимость использования зачастую личных измерительных приборов (тонометры, градусники и др.) в связи с длительностью процедур закупа оборудования в организации или отсутствия средств для его приобретения. К тому же, респонденты данной группы ссылаются на некачественный закуп товаров из-за необходимости использования метода наименьшей цены, что как следствие зачастую приводит к быстрому износу измерительных приборов.

Таблица 2 - Соответствие обеспеченности условий труда потребностям респондентов

Оборудование	полностью удовлетворен		частично удовлетворен		не удовлетворен	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
измерительными приборами	223	88,14	14	5,53	16	6,32
компьютерами	202	79,84	33	13,04	18	7,11
бланочной продукцией	218	86,17	24	9,49	11	4,35
средствами по содержанию санитарно-эпидемиологических норм	214	84,58	20	7,91	19	7,51
канцелярскими принадлежностями	176	69,56	36	14,23	41	16,21
расходными материалами	190	75,1	26	10,28	37	14,62

Расходными материалами (для проведения манипуляций по забору венозной крови, взятия мазка из зева и носа, сбора мочи, мокроты и кала и др.) не удовлетворена четверть (24,7%) респондентов ($r=1.02218$, $p>0,05$): полную степень отметили 14,62% и частичную – 10,28%. Аналогично ситуации с измерительными приборами, неудовлетворенность обеспеченностью расходными материалами связана с несвоевременностью закупа и ограниченностью процедур государственных закупок, а также зачастую неэффективностью планирования самими медицинскими организациями достаточного количества (недостаток или переизбыток). Обеспеченность средствами по содержанию санитарно-эпидемиологических норм в медицинской организации, в частности для осуществления своего функционала (дезинфекция изделий медицинского назначения и предметов ухода за больными, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения, и др.) отметило 84,58% респондентов и только 15,42% средних медицинских работников указали на неудовлетворенность, ссылаясь главным образом на недостаточный объем выделяемых дезинфицирующих средств, и указывают, что из-за несвоевременности приобретения необходимых материалов иногда респондентам приходится самим закупать данные средства. В наибольшей степени опрошенными выражена неудовлетворенность оснащением компьютерной техникой рабочего места, на что указало 20,15% медицинских сестер. Несмотря на то, что системой призвано обеспечить в полном объеме компьютерами медицинские организации (в рамках Единой национальной системы здравоохранения), до сих пор наблюдается неполное оснащение IT-оборудованием в медицинских учреждениях. Отсутствие должного уровня оснащением техникой замедляет производственный процесс, приводит к некачественному вводу информации в статистические базы данные, что обозначено компетенцией медицинской сестры, и нерациональностью распределения

рабочего их времени, вынуждающего сотрудника организации поиска компьютера с доступом к базам данных для своевременного внесения результатов обследования и др. процедур.

Как отмечается респондентами, даже отсутствие должного оснащения канцелярскими принадлежностями и бланочной продукцией (30,44% и 13,84% соответственно) снижает результативность работы и приводит к нерациональному распределению времени в течение трудового дня. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что, несмотря на проводимые реформы в системе здравоохранения в последнее десятилетие, направленные на введение инновационных технологий в процесс оказания медицинской помощи населению, остается актуальным решение проблем организаций, связанных с должным оснащением производственного процесса оптимальным перечнем оборудования. К тому же, учитывая инициативы страны к делегированию некоторых полномочий врача общей практики в функционал медицинской сестры, и получению положительных результатов на первом этапе реализации данных реформ, выделяет важным помимо повышения потенциала специалистов сестринского персонала новым компетенциям и стандартизации процесса сестринских услуг, и рациональное оснащение трудовой среды.

Заключение. Важная роль при оказании медицинских услуг на уровне ПМСП определена формированию оптимальной профессиональной среды для деятельности средних медицинских работников. Отмечаемая неудовлетворенность медицинскими сестрами рабочими условиями может привести к снижению качества оказываемой медицинской помощи, в частности из-за недостаточного уровня оснащения производственной среды оборудованием (инструментарием). Недостаточное финансирование медицинских организаций ПМСП в части их материально-технического оснащения, неэффективное планирование при определении должного объема

расходных материалов и др. средств, а также несовершенство нормативной среды, приводящей зачастую к закупке некачественных материалов, выделены

основополагающими проблемными факторами в производственной сестринской среде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стратегические направления укрепления сестринского акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье – 2020. Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. – 43 с.
- 2 Указ Президента Республики Казахстан «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы от 15 января 2016 года №176.

Ж.М. Утепбергенова¹, Ж.А. Калматаева², С.Б. Калмаханов²

¹«Қазақстан медицина университеті «ҚДСЖМ» ЖШС, Алматы қаласы, Қазақстан

²«Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті» ШЖҚ РМК, Алматы қаласы, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕГАПОЛИСТЕРІНДЕ ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ПРОЦЕССИН РЕСУРСТЫҚ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

Түйін: Мақалада, Алматы және Астана қалаларының алғашқы звено ұйымдарында мейіргерлер арасында жүргізілген социологиялық зерттеулердің нәтижелері берілген. Мейіргерлердің өндірістік ортамен қанағаттану деңгейін бағалау арқылы, еңбек процессін қамтамасыз етудегі негізгі проблемалар анықталған. Жалпы тәжірибелік мейіргерлердің қызметін кеңейту арқылы, тұрғындарға көмек көрсетудің жаңа форматын құру кезеңінде, айтарлықтай деңгейде материалдық-техникалық қамтамасыз етумен қатар, оңтайлы өндірістік ортаны қалыптастыру – алғашқы звенода медициналық қызмет көрсету процесстерін тиімді ұйымдастыруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: жалпы тәжірибелі медициналық бике, алғашқы медико-санитарлық көмек, медициналық бике ісі, Қазақстан Республикасы

Zh.M. Utepbergenova¹, Zh.A. Kalmatayeva², S.B. Kalmakhanov²

¹Kazakhstan's medical university "KSPH", Almaty, Kazakhstan

²Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

EQUIPMENT OF THE LABOR PROCESS OF NURSES OF GENERAL PRACTICE IN THE MEGAPOLISTS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: The article describes the results of a sociological research among nurses in organizations of primary care in Almaty and Astana. Determined the main problems in the field of the labor process through an assessment of the level of satisfaction of nurses with the working environment. Formation of optimal working environment with the proper level of material and technical support at the stage of the development of a new format of medical care for the population through the expansion of the activity of nurses of general practice will allow to effectively build the process of medical services on primary care.

Keywords: nurse of general practice, primary health care, activity of nurses, the Republic of Kazakhstan

ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ОСАЛ ТОПТАРЫН МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ҚАМСЫЗДАНДЫРУЫН ЖЕТІЛДІРУДІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТИЛЕРІ

**К.О. Акимов¹, М.Ә. Бөлешов², К.С. Жакипбеков³, С.К. Тулемисов⁴,
Е.С. Утеулиев¹, И.Т. Кентаева¹**

¹«Қоғамдық ден саулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медициналық университеті, Алматы қ.

²Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

³С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

⁴Қазақстан халықтар Достығы университеті, Шымкент қ.

Қазіргі таңда денсаулық сақтау ұйымдарында дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың қолжетімділігін қамтамасыз ету мен сапасын басқарудың мемлекеттік деңгейде тиімді тетіктерін жасау қажеттілігі туындап отыр. Алайда, соңғы кездері бұл бағыттағы зерттеулер толықтай жүргізілмей келеді. Осы ретте біз, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу аясында тұрғындардың әлеуметтік осал топтарын медико-фармацевтикалық қамсыздандырудың жетілдірудің ғылыми негіздерін жасау қажеттілігін ұсынамыз.

Түйінді сөздер: Тұрғындардың әлеуметтік осал топтары, медико-фармацевтикалық қамсыздандыру, жетілдіру, аспектілер, Қазақстан Республикасы.

ӨОК 614.2: 615.1- 364.3

Өзектілігі.

Елбасы Н.Ә. Назарбаев, еліміздің алдағы уақыттағы даму мен әлемнің 30 ең дамыған елдерінің қатарына кіру бойынша 2012 жылғы 14 желтоқсан күнгі «Стратегия «Қазақстан-2050»: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты өзінің Қазақстан халқына жолдауында, Экономикалық ынтымақтастық пен даму ұйымының елдері арасында даму жағынан алшақтықты аттап өту мақсатын қойған болатын. Осыған орай үкімет алдында, медициналық қызметті ұсынудың сапасы мен қолжетімділігін жетілдіруге бағытталған ЭЫДҰ елдерінің стандарттарын кезең-кезеңмен енгізуді қамтамасыз ету, денсаулық сақтау саласын басқару мен қаржыландыру жүйесінің тиімділігін жоғарлату, және де қолдағы бар қорларды тиімді пайдалану міндеттері қойылды [1, 2].

Бұл мақсаттарға қол жеткізу үшін Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы жасалған болатын. Оның негізгі индикаторларының бірі болып, тұрғындардың медициналық көмек сапасына деген қанағаттанушылық деңгейін 46%-ға дейін жоғарлату саналады. Тұрғындардың

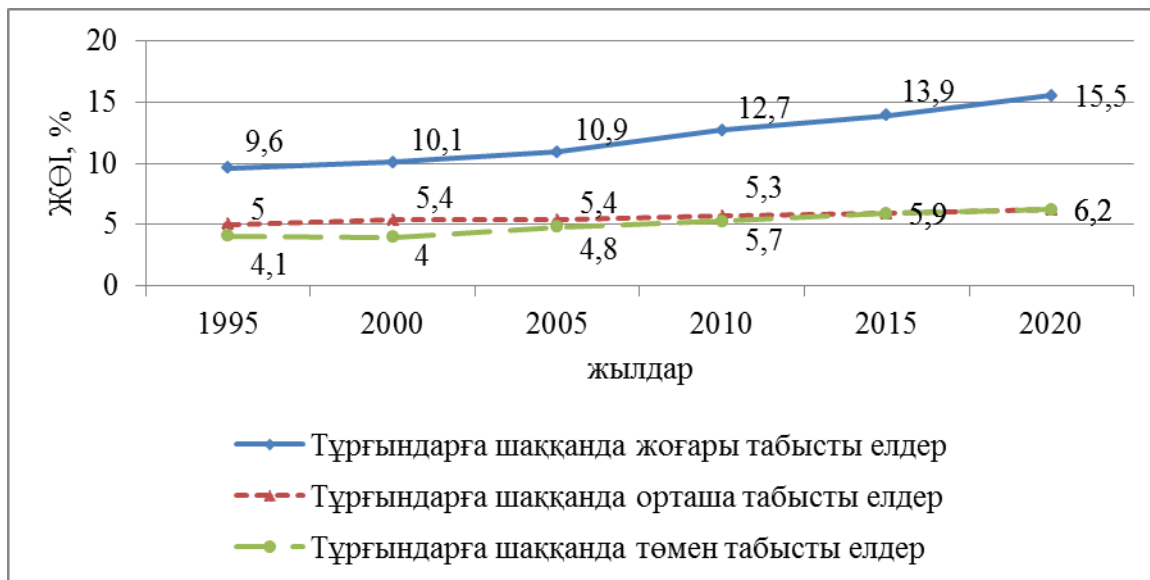
медициналық көмек сапасына деген қанағаттанушылығына әсер ететін факторлардың бірі болып, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында әлеуметтік осал топтардың медициналық өнімдерге (дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарға) экономикалық және нақты қолжетімділігі саналады [3].

Зерттеу мақсаты.

Біздің зерттеуіміздің мақсаты болып, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу жағдайында тұрғындардың әлеуметтік осал топтарын медико-фармацевтикалық қамсыздандыруын жетілдірудің негізгі аспектілерін қарастыру саналды.

Зерттеу нәтижелері.

Қазіргі таңда, бүкіл әлемде денсаулық сақтау саласына кеткен шығындардың өсуі жалғасып келеді. Сөйтіп, ЖІӨ қарағанда денсаулық сақтау саласына кеткен шығындардың үлесі барлық елдерде жоғарылайды (1 сурет), және де бұл өсім сала табысының көп бөлігін құрайтын жетілген нарықтарда біршама жоғары болып келеді. Ел қаншалықты бай болған сайын, әдетте, денсаулық саласына соншалықты көп ақша қаражатын жұмсайды [4].

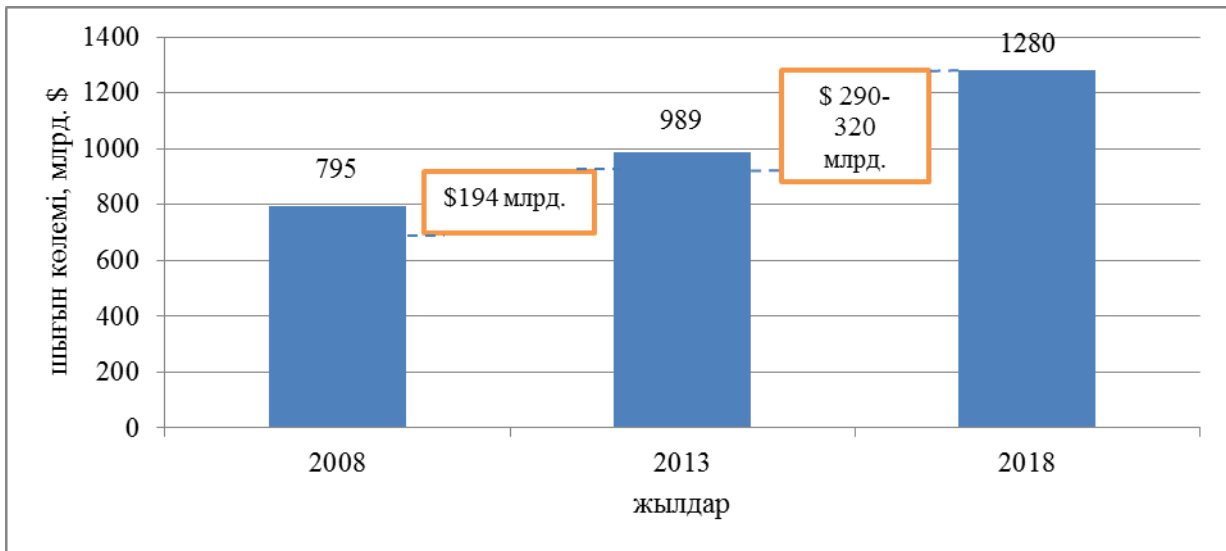


Ескерту – 1995-2010 жылдары – нақты мәліметтер, 2015-2020 жылдары – болжамды мәліметтер

Сурет 1 – Денсаулық сақтау саласына кеткен шығындар (ЖІӨ %-да)

«IMS Institute for Healthcare Informatics» компаниясының «Global Outlook for Medicines Through 2018» атты баяндамасында жарияланған болжамдарға сәйкес, 2018 жылы дәрілік заттарға деген жалпы шығындар шамамен 1,3 трлн. АҚШ долларына дейін жетуі мүмкін [5, 6].

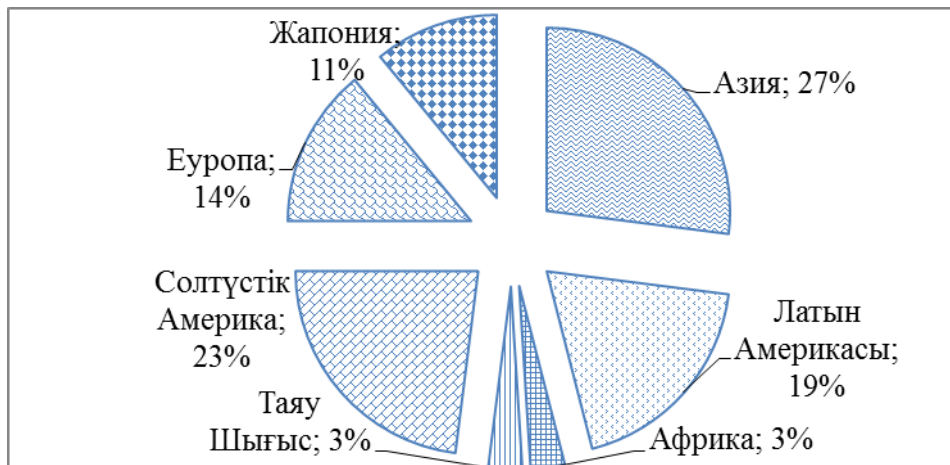
2014 мен 2018 жылдар аралығында абсолюттік мәнде дәрі-дәрмектерге деген жаһандық шығындардың өсімі ақша қаражаттың нақты және болжамды бағамында 290-320 млрд. АҚШ долларына (2 сурет), ал ақша қаражаттың тұрақты бағамында – 205-335 млрд. АҚШ долларына жететін болады.



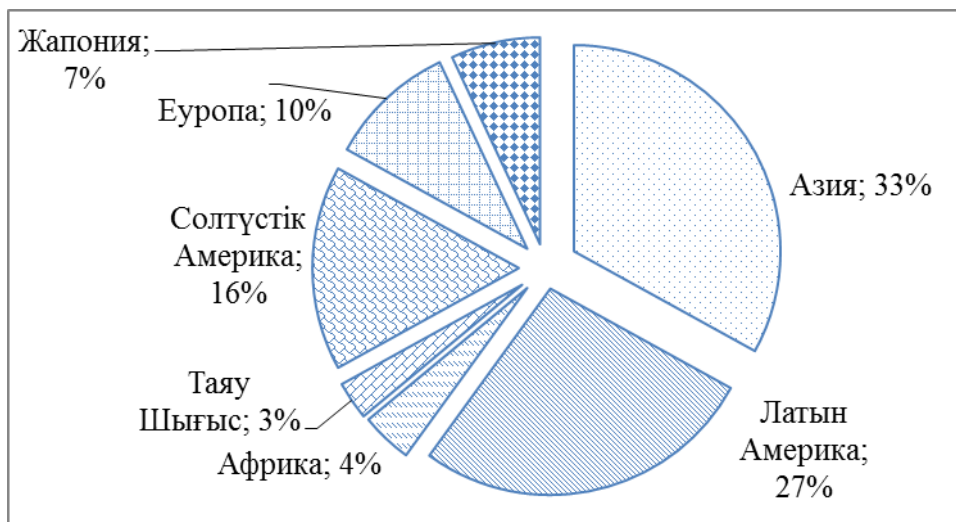
Сурет 2 – 2014 мен 2018 жылдар аралығында дәрі-дәрмектерге деген жаһандық шығындардың өсімі

Ары қарай біз, жалпы дүниежүзілік фармацевтикалық нарықтың дамуын, жаңа қарқынды мен ағымдарды қарастырып көрейік. IMS Health Consulting халықаралық аналитикалық компанияның бағалауы бойынша 2012 жылы дүниежүзілік фармацевтикалық нарықтың көлемі 940 млрд. АҚШ доллары деңгейіне жеткен. Ақшалай тұрғыда өсім шамамен 6%-ды құрады. Алдағы уақытта бұл көрсеткіштің жылдық өсім қарқыны 3-4%-дан кем емес деп күтілуде.

Осындай қарқын одан әрі жалғасуын тапса, онда 2020 жылы дүниежүзілік фармацевтикалық нарық 1,5 трлн. АҚШ долларына дейін өсуі мүмкін. Бұл ретте, басқа аналитикалық компания, Business Monitor International, 2020 жылға дейін дүниежүзілік фармацевтикалық нарық көлемінің дамуына және территориялық үйлестірімге төмендегі суреттерде көрсетілгендей болжама жасады (3 сурет, 4 сурет) [4].



Сурет 3 – 2012 жылдағы әлемдік фармацевтикалық нарық құрылымының диаграммасы, %



Сурет 4 – Әлемдік фармацевтикалық нарық құрылымының болжамды диаграммасы, %

Алайда, дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар өндірісі институционалдық қайта құрылу нәтижесінде экономиканың мемлекеттік аймағынан шығып кеткеніне қарамастан, өндіріс пен тұтынудың негізгі реттегіші ретінде нарыққа сүйену, қалыптасқан жағдайда, өзін-өзі ақтамайды. Бұл жағдайда, сапалы медициналық өнімдермен денсаулық сақтау саласын және тұрғындардың оған деген қолжетімділігін қамтамасыз етуде мемлекеттің рөлі тек қана төмендемей, ол одан әрі біршама күшеюде.

Бұл жағдайда ерекше маңызға аймақтық деңгейде денсаулық сақтау мекемелерінде медициналық өнімдермен тұрғындарды қамтамасыз етуде басқару деңгейлері бойынша өкілеттілік пен жауапкершілікті үйлестіру ие болады. Әсіресе қызметтердің бұндай үйлесімділігі десаулық сақтау мен дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету салаларының өзара қарым-қатынасында құрылады. Бұл ретте, медициналық өнімдердің қолжетімділігін қамтамасыз ету мен сапасын басқару стратегиялық маңызды кешенді міндеттер болып саналады. Оны шешу үшін аталған екі сала басқармаларының барлық деңгейлерінде келіспелі түрде қызмет жасауын талап етеді. Қазіргі таңда денсаулық сақтау ұйымдарында ДЗ мен ММБ қолжетімділігін қамтамасыз ету мен сапасын басқарудың мемлекеттік деңгейде тиімді тетіктерін жасау қажеттілігі туындап отыр. Алайда, соңғы кездері бұл бағыттағы зерттеулер толықтай жүргізілмей келеді.

Біз жоғарыда аталған мәселелерді қарастыру мақсатында келесідей міндеттерді шешу қажеттілігін алға тартып отырымыз. Атап айтар болсақ:

– тұрғындардың әртүрлі топтары арасындағы әлеуметтік маңызға ие патологиялардың таралуын зерттеу;

– емдеу-сауықтыру мекемелерінде тұрғындарды дәрілік заттармен және медициналық бағыттағы бұйымдармен қамтамасыз ету сапасына талдау жасау;

– дәрілік заттар мен медициналық бағыттағы бұйымдарға қолжетімділігін қамтамасыз етудің өзекті мәселелерін анықтау мақсатында науқастар мен медициналық қызметкерлер арасында әлеуметтік сауалнама жүргізу.

– формулярлық реттеу қағидаларына сүйене отырып, медициналық өнімдерді сатып алу кезінде тиімді саудалауды ұйымдастыру және жүргізу бойынша нұсқаулар жасау.

– медициналық өнімнің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз ету жүйесін жетілдіру бойынша ұсыныстар жасау.

Қорытынды.

Қорыта келгенде, жоғарыда аталған мәселелерді ескере отырып, және де оларды шешу жолдарын қарастыра келіп, қазіргі таңда міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу аясында тұрғындардың әлеуметтік осал топтарын медико-фармацевтикалық қамсыздандыруын жетілдірудің ғылыми негіздерін жасау заман талабы болып қалуда.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан - Лидера Нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» // Казахстанская правда. – 2012. - № 437-438 (27256-27257).
- 2 Политика Республики Казахстан в области здравоохранения в свете стратегии «Казахстан-2050» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://articlekz.com/article/11175>.
- 3 Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» // САПП Республики Казахстан. 2016 г., № 5-6 ст. 19.
- 4 Перспективы развития фармацевтического рынка Единого экономического пространства. – Алматы: 2013. – 39 с.
- 5 Тищенко А.Н., Доровской А.В. Социально-экономическое значение и характерные черты фармации // Проблемы экономики. – 2013. – №3. – С. 13-20.
- 6 Батталова А. Прогноз развития мирового фармацевтического рынка до 2018 года // Фармацевтическое обозрение Казахстана. – 2015. – №1(39). – С. 5-12.

К.О. Акимов¹, М.Ә. Бөлешов², К.С. Жакипбеков³, С.К. Тулемисов⁴, Е.С. Утеулиев¹, И.Т. Кентаева¹

¹Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы

²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

³Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

⁴Казахстанский университет дружбы народов, г. Шымкент

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Резюме: В современном этапе развития системы здравоохранения возникает необходимость разработать на государственном уровне оптимальных механизмов обеспечения доступности и управления качеством медицинской и фармацевтической продукции в лечебно-профилактических учреждениях. Однако, до нынешнего времени исследований в данных направлении проводилось не в полном объеме. В связи с чем, нами предложен создать научные основы совершенствования медико-фармацевтического обеспечения социально уязвимых групп населения в рамках внедрения обязательного социального медицинского страхования.

Ключевые слова: социально уязвимые группы населения, совершенствование, медико-фармацевтическое обеспечение, аспекты, Республика Казахстан.

K.O. Akimov¹, M.A. Buleshov², K.S. Zhakipbekov³, S.K. Tulemisov⁴, E.S. Uteuliyev¹, I.K. Kentayeva¹

¹Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty

²South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

³Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

⁴Kazakhstan University of peoples friendship, Shymkent

MAIN ASPECTS OF IMPROVING MEDICAL AND PHARMACEUTICAL SUPPORT OF SOCIAL VULNERABLE POPULATION GROUPS

Resume: In the current stage of development of the healthcare system, there is a need to develop at the state level optimal mechanisms to ensure the availability and quality management of medical and pharmaceutical products in health care facilities. However, until now, studies in this direction have not been carried out in full. In this connection, we proposed to create scientific bases for improving medical and pharmaceutical provision for socially vulnerable groups of the population in the framework of the introduction of compulsory social health insurance.

Keywords: socially vulnerable groups of population, improvement, medical and pharmaceutical support, aspects, Republic of Kazakhstan.

ҰЛТТЫҚ ФОРМУЛЯРЛЫҚ ЖҮЙЕНІ МЕДИКО-ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ ҚАМСЫЗДАНДЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТИЛЕРІ

Ж.Б. Алмасов¹, М.А. Булешов², К.С. Жакипбеков³, С.К. Тулемисов⁴,
Е.С. Утеулиев¹, И.Т. Кентаева¹

¹«Қоғамдық ден саулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медициналық университеті, Алматы қ.

²Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

³С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

⁴Қазақстан халықтар Достығы университеті, Шымкент қ.

Тиісті сапада медициналық көмекті көрсету әрбір елдің денсаулық сақтау жүйесінің ең басты міндеттерінің бірі болып саналады. Тиісті сапамен қамтамасыз ету көп жағдайда дәрілік заттардың бар болуымен, қол жетімділігімен және сапалылығымен тікелей байланыста болады. Сондықтан тұрғындарды қолжетімді, тиімді және қауіпсіз дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету кез келген мемлекеттің басымшыл міндеттерінің бірі болып саналады.

Түйінді сөздер: Ірі мегаполис, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру, ұлттық формулярлық жүйе, медико-ұйымдастырушылық қамсыздандыру, Қазақстан Республикасы

ӨОК 614.2: 615.1-57.01

Өзектілігі.

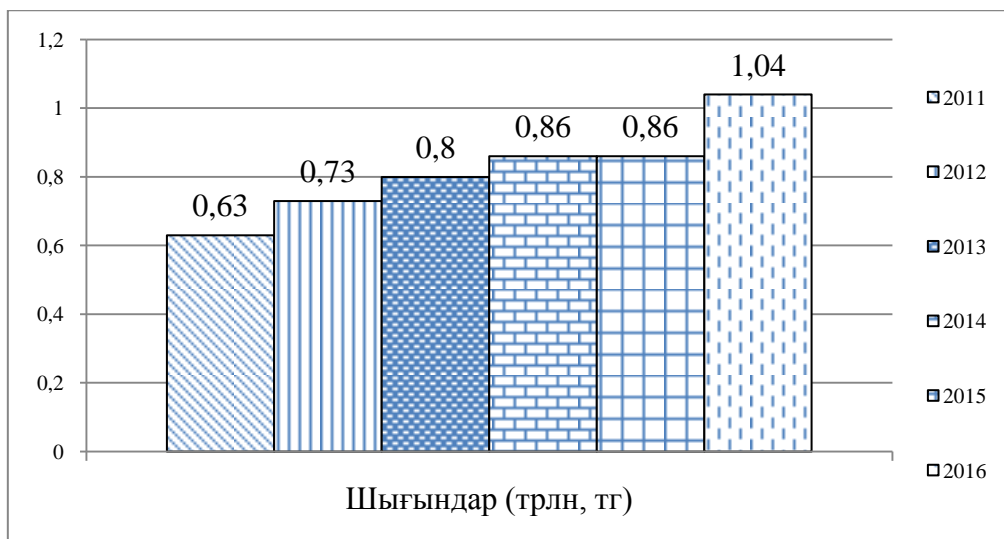
Кез келген елдің денсаулық сақтау жүйесінің басты міндеттерінің бірі болып, тиісті сапада медициналық көмекті көрсету саналады. Тиісті сапамен қамтамасыз ету көп жағдайда дәрілік заттардың бар болуымен және қол жетімділігімен тікелей байланыста болады. Сондықтан тұрғындарды тиімді және қауіпсіз дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету – кез келген елдің басымшыл міндеттерінің бірі болып келеді [1, 2, 3, 4].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы сарапшыларының пайымдауынша, дүниежүзінің ешбір елі денсаулық сақтауға кететін ақша қаражатын толық өтей алмайды. Бұл жағдайда экономикалық дамуы жоғары елдердің өзі денсаулық сақтауға бөлінетін ақша қаражатты пайдаланудың жетілдірілген тетіктерін жасауға мәжбүр болуда. Әсіресе бұл мәселе соңғы онжылдың ішінде біздің елімізде шиеленісіп тұр [5, 6].

Тұрғындарға жоғары сапалы медициналық көмек көрсетуді сақтап тұру отандық денсаулық сақтауға жаңалық болып

келетін технологияларды қолданусыз мүмкін болмай келеді. Атап айтар болсақ; медициналық қызметті стандарттау, ұлттық формулярлық жүйені енгізу, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу. Тегін медициналық көмек көрсету бойынша мемлекеттік кепілдік беруді қамтамасыз ету, оның қолжетімділігін қамтамасыз ету қажеттілігіне орай бұл бағдарламалар бүгінгі таңда ерекше өзектілікке ие [7, 8, 9].

Қазақстанда 1 тұрғынға дәрі-дәрмектерге деген шығынның орта деңгейі, дамыған елдермен салыстырғанда 20-50 есе төмен және шамамен 7-8 АҚШ долларын құрайды (сурет 1). Мемлекетпен дәрі-дәрмектік қамтамасыз етуді қаржыландырудың тапшылығы және бұл қаржыландырудың тиімсіз пайдаланылуы тұрғындардың жеке төлемдері есесінен орны толтырылады. Бұл мәселені шешу үшін тұрғындарды міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу жасалған болатын [10].



Ескерту: есептеулер ҚР ҚМ мәліметтері негізінде жасалған

Сурет 1 – Денсаулық сақтау саласына мемлекеттік бюджеттен бөлінетін шығындар (трлн. тг.)

Соңғы 10 жылда жалпы алғанда тек еліміздің тұрғындарын дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік актілер ғана емес, сонымен қатар еліміздің аймақтарында және жеке ЕСМ деңгейінде фармакотерапияны реттеудің тиімділігін дәлелдейтін материалдар да көптеп жасалды. Алайда, формулярлық жүйенің әртүрлі кезеңдеріндегі, кезеңдеріндегі және жеке емдеу-сауықтыру мекемелеріндегі, сонымен қатар денсаулық сақтаудың аймақтық жүйелеріндегі тиімділігін талдайтын жұмыстар іс жүзінде жүргізілмейді [11, 12, 13].

Қорыта келгенде, қалыптасқан жағдайда, дәлірек айтқанда дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медициналық техникаларды тиімді пайдалану, ынтымақтастықты енгізу негізінде денсаулық сақтауды жетілдіру және оның қаржылық тұрақтылығын жоғарлату, сонымен қатар айтқанда дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және медициналық техникалардың қолжетімділігін қамтамасыз ету жағдайларында ірі мегаполистерде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру негіздерін енгізу жағдайында ұлттық формулярлық жүйені медицина-ұйымдастырушылық қамтамасыз етуді зерттеу қажеттілігі туындап отыр.

Зерттеу мақсаты.

Жоғарыда аталған мәселелерді шешу мақсатында біз ірі мегаполистерде денсаулық сақтау ұйымдары жұмыстарының сапалық көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырудың негіздерін енгізу жағдайында дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етудің формулярлық жүйесін (ДҚФЖ) жасау, енгізу және жетілдіру мақсатын алға қойдық.

Зерттеу нәтижелері.

Әдеби шолулар жасау барысында, біз жоғарыда көрсетілген мақсатты жүзеге асыру мақсатында келесі міндеттерді шешу қажеттілігін айқындадық:

- әлеуметтік медициналық сақтандырудың негіздерін енгізу жағдайында дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етудің формулярлық жүйесін қолданудың шетелдік тәжірибесін зерттеу;
- формулярлық жүйе жұмысының әртүрлі кезеңдеріндегі ірі қалалардың стационарлық ұйымдары жұмысының статистикалық және сапалық көрсеткіштерінің қарқынын талдау;
- ДҚФЖ мәні туралы аурухана науқастарының ақпараттылығының деңгейін бағалау және ДҚФЖ енгізудің

мақсаттылығы туралы аурухана науқастарының және дәрігерлерінің пікірін білу;

– әлеуметтік медициналық сақтандырудың негіздерін енгізу жағдайында медициналық көмектің сапа көрсеткіштерінің өзгеруін және ДҚФЖ енгізудің экономикалық тиімділігін бағалау;

– ірі мегаполистеігі көпсалалы стационарлар қызметіне әлеуметтік медициналық сақтандырудың негіздерін енгізу жағдайында ДҚФЖ жетілдіру бойынша ұсыныстарды жасау. Жоғарыда аталған міндеттерді жүзеге асыру үшін зерттеу нысандары ретінде қызметтік және медициналық құжаттамаларға сәйкес тұрғындардың денсаулығын қорғаудың нормативтік құқықтық өрісі пайдалынуы қажет, сонымен қатар денсаулық сақтау мамандары (дәрігерлері) үшін арнайы жасалған сауалнама бойынша анонимді сұрау нәтижелерін талдау жүргізілуі керек. Статистикалық, математикалық, әлеуметтік әдістер көмегімен жүргізілген зерттеу нәтижелері айырмашылықтың параметрлік және параметрлік емес көрсеткіштерін есептеп шығарумен вариациялық статистика әдістерін дербес ЭЕМ көмегімен өңделу ұсынылады.

Зерттеудің болжамды жаңалығы ретінде ДҚФЖ енгізумен қатар, стационар жұмысының сапалық және экономикалық нәтижелерінің қарқынында өзгеріс беталысы алғаш рет анықталады. Сонымен қатар, ірі мегаполистің ЕСМ стационар жұмысында ДҚФЖ енгізудің медициналық, әлеуметтік және экономикалық тиімділігі алғаш рет дәлелденетін болады. Көпсалалы стационар науқастары мен дәрігерлердің ДҚФЖ деген көзқарасын және әлеуметтік медициналық сақтандыру негіздерін енгізу жағдайында оны енгізудің жөнделігін кешенді бағалау жүргізілетін болады.

Әлеуметтік медициналық сақтандыру негіздерін енгізу жағдайында медициналық көмектің сапасын және экономикалық дамуын жоғарлату тетіктерінің бірі ретінде ірі мегаполистің ЕСМ стационары жұмысында ДҚФЖ енгізу бойынша ұсыныстар жасалатын болады.

Қорытынды.

Қорыта келгенде, біз ұсынып отырған зерттеу жұмысы әлеуметтік медициналық сақтандыру негіздерін енгізу жағдайында ірі мегаполистің ЕСМ стационарлары қызметінде ДҚФЖ ғылыми негіз ретінде кең қолдануға, және де экономикалық тиімділік ретінде күтілетін, сонымен қатар медициналық көмектің сапасын жоғарлатуға да мүмкіндік беретін болады.

ӘДБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Хохлов А.Л. Итоги работы областной конференции «Основы рационального применения лекарств» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – Ярославль: 2002. - №3. - С.43-45.
- 2 Чернов И.П., Пономарёва Г.А., Артемьева Г.Б., Успенская И.В. Проблемы и перспективы оплаты стационарной медицинской помощи в регионе // Здравоохранение. - 2002. - №7. - С.33-40.
- 3 Шилова В.М., Антонова О.А. Медико-экономическая оценка сопутствующих заболеваний // Здравоохранение. - 2002. - №4. - С.32-40.
- 4 Рутковский О.В., Лазаренко А.И. Формулярная система в лекарственном обеспечении городской клинической больницы // Бюл. НИИ социал. гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Н.А. Семашко. - 2001. - №2. - С. 49-57.
- 5 Стародубов В.И., Гончарейко В.Л., Яицкий Н.А., Дорофеев В.И. Концептуальные вопросы развития здравоохранения и фармацевтического сектора Российской Федерации./ под ред. Ю.Л. Шевченко. - СПб.: Издательство СПбГМУ, 1999. - 160 с.
- 6 Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Солнышко С.В., Крупина М.С., Крылова А.В. Опыт внедрения персонифицированного обеспечения лекарственными средствами в многопрофильной больнице // Здравоохранение. - 2002. - №10. - С.23-26.
- 7 Белоусов Ю.Б. Лекарственный формуляр — основа стандартизации здравоохранения // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 1999. - №2. - С. 17-20.
- 8 Быков А.В. Фармакоэкономическое обоснование формулярной системы. Тезисы к III Всероссийскому конгрессу «Фармакоэкономика на рубеже третьего тысячелетия», Москва, 3-5 декабря 2001 г. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2001. - №4. - С. 109-116.
- 9 Вассерман Б.А. Опыт льготного лекарственного обеспечения в некоторых европейских странах // Здравоохранение.- 2002. - №7. - С. 133-137.
- 10 Вартанян Ф.Е., Рожецкая С.В. Актуальные проблемы обеспечения лекарственными средствами населения развитых стран // Фармация. - 2001. - №3. - С. 39-40.
- 11 Киричек Н.М. Опыт разработки формулярной системы лекарственного обеспечения в условиях многопрофильного стационара. // Научные труды 4-й Международной научно-практической конференции «Здоровье и Образование в XXI веке». - 2003. - С.305-310.
- 12 Лазарев В.В. Мета-анализ основа формулярной системы и рациональной фармакотерапии в клинике внутренних болезней: дис. ... канд. мед. наук - Самара, 2001. - 146 с.
- 13 Минашкина Л.А. Организация лекарственного обеспечения больницы на основе формуляра: дис. ... канд. мед. наук - Рязань, 1998. - 186 с.

Ж.Б. Алмасов¹, М.А. Булешов², К.С. Жакипбеков³, С.К. Тулемисов⁴, Е.С. Утеулиев¹, И.Т. Кентаева¹

¹Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы

²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

³Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

⁴Казахстанский университет дружбы народов, г. Шымкент

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Резюме: Оказание надлежащего качества медицинской помощи населению является одним из самых главных задач здравоохранения каждой страны. Оказание медицинской помощи, в значительной степени зависит от наличия, доступности и качества лекарственных средств. Поэтому обеспечение населения доступными, эффективными и безопасными лекарствами является приоритетной задачей любого государства.

Ключевые слова: Крупный мегаполис, обязательное социальное медицинское страхование, национальная формулярная система, медико-организационное обеспечение.

Zh.B. Almassov¹, M.A. Buleshov², K.S. Zhakipbekov³, S.K. Tulemissov⁴, E.S. Uteuliyev¹, I.K. Kentayeva¹

¹Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty

²South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

³Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

⁴Kazakhstan University of peoples friendship, Shymkent

MAIN ASPECTS OF MEDICAL AND ORGANIZATIONAL SUPPORT OF THE NATIONAL FORMULATIVE SYSTEM

Resume: The provision of adequate quality medical care to the population is one of the most important tasks of public health in each country. The provision of medical care depends to a large extent on the availability, accessibility and quality of medicines. Therefore, providing the population with affordable, effective and safe medicines is a priority task of any state.

Keywords: Large metropolis, compulsory social health insurance, national formulary system, medical and organizational support.

BASIC ASPECTS OF MEDICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES OF NEUROSURGICAL CARE TO PATIENTS OF CHILDREN'S AGE

A.A. Zhailganov, A.M. Aringhazina, E.S. Uteuliyev, I.K. Kentayeva
Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty

One of the top-priority task of any state is the protection of children's health and development child health. In the best interests of the child in the health is being maintained and improved free health care to children. Thus, the issues of infant, child and maternal mortality rates in the Republic remain relevant and are under special control. Especially neurosurgical care to patients of children's age in a large city.

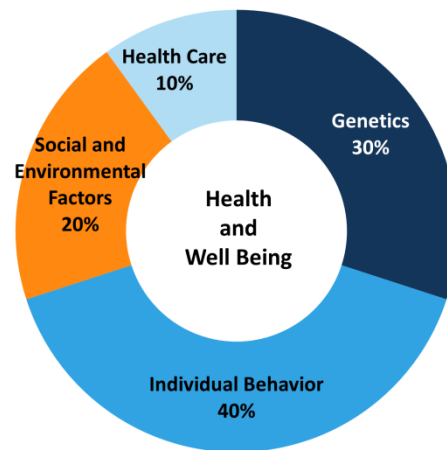
Keywords: healthcare System, neurosurgical assistance, mandatory social health insurance, sick children in the Republic of Kazakhstan.

UTC 617:614.2(364-4)

Relevance of the study. One of the priorities of the state policy and an important element of national security is to protect the health of the population. The problem of the population's health is determined by many factors. Leading among them are

heredity, the environment, lifestyle and place of residence of the person [1, 2].

According to experts of the world health organization to cause more than a quarter of all preventable diseases in the world is the low quality of the environment (figure 1).



SOURCE: Schroeder, SA. (2007). We Can Do Better — Improving the Health of the American People. *NEJM*. 357:1221-8.

Figure 1 – Share of individual risk factors in the population of health formation

Modern socio-economic conditions of life for the majority of the population of Kazakhstan in the early 21st century led to the deterioration of their health. The health-care reform, the formation of new economic relations, a gradual transition to the

system of mandatory social health insurance (MSHI) and private medicine called for the design of stabilization measures for the improvement of medical care [3, 4, 5] (figure 2).

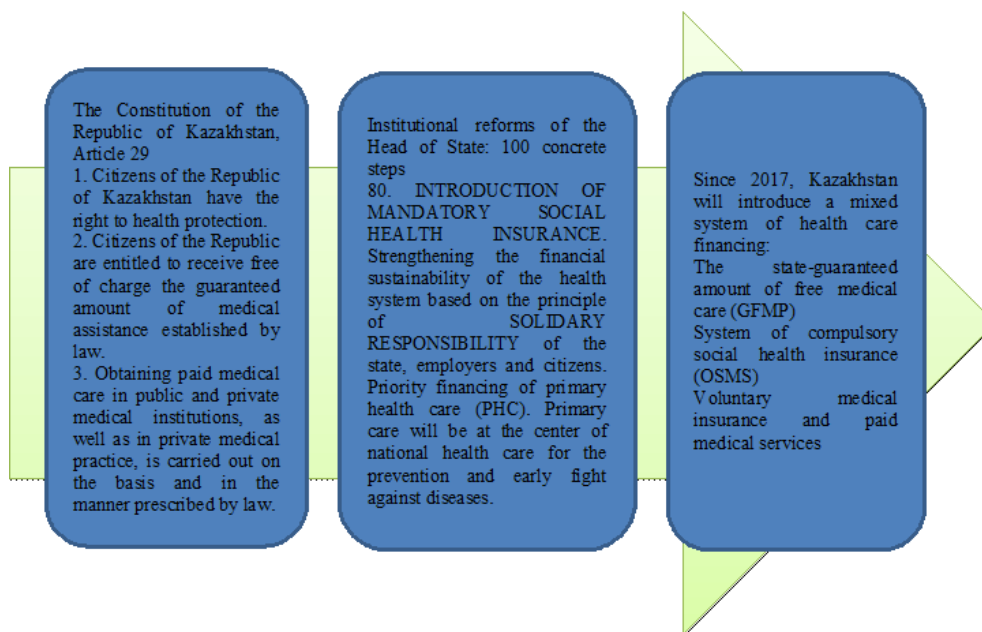


Figure 2 - Prerequisites for the implementation of the MSHI in the Republic of Kazakhstan

The child health and development child health are priority tasks of the government [6].

In the best interests of the child in the health is being maintained and improved free health care to children. Children under 18 years with certain diseases (States), including children with disabilities, according to testimony, free of charge on an outpatient basis, are provided with drugs and specialized

medical products according to the approved List of medicines and medical devices [6].

By improving social and economic conditions of life of Kazakhstan, in the country there is a trend to improve the basic health and demographic indicators. Thus, a decrease in mortality, increase in natural population growth [6].

Table 1 - Coefficients of natural movement of population (January-August 2014-2015) per 1,000 of population

№	Name areas	Natural increase		Fertility		Mortality	
		9 months 2014.	9 months 2015.	9 months 2014.	9 months 2015.	9 months 2014.	9 months 2015.
1	RK	15,41	14,98	23,13	22,69	7,72	7,71
2	Akmola	7,26	6,68	17,76	17,26	10,50	10,58
3	Aktobe	17,09	16,94	23,81	23,64	6,72	6,70
4	Almaty	17,98	18,06	24,85	25,39	6,87	7,33
5	Atyrau	22,35	21,08	28,46	27,13	6,11	6,05
6	East Kazakhstan	6,60	6,09	17,10	16,70	10,50	10,61
7	Zhambyl	19,91	18,75	26,87	25,48	6,96	6,73
8	West Kazakhstan	11,70	10,90	20,55	19,78	8,85	8,88
9	Karaganda	8,26	7,70	18,16	17,84	9,90	10,14
10	Kyzylorda	21,13	19,52	27,30	25,47	6,17	5,95
11	Kostanay	3,65	3,59	14,56	14,35	10,91	10,76
12	Mangistau	27,15	25,73	31,84	30,49	4,69	4,76
13	Pavlodar	7,29	6,89	17,37	16,94	10,08	10,05
14	North-Kazakhstan	1,98	2,17	14,28	14,50	12,30	12,33
15	South Kazakhstan	24,56	23,90	30,13	29,48	5,57	5,58
16	Astana city	24,32	25,25	28,57	29,78	4,25	4,53
17	Almaty city	12,22	12,08	19,46	18,73	7,24	6,65

According to the statistics Committee of the RK

Thus, the issues of infant, child and maternal mortality rates in the Republic remain relevant and are specially monitored [6].

Despite of this, currently the health system in the context of reforms to date cannot solve the basic problems of providing comprehensive, efficient and high-quality neurosurgical care to children. An aggravating factor is insufficient funding, obsolete equipment, high cost of drugs, personnel problems [7, 8].

In large cities the main institution providing primary health care to children remain of city and regional children's hospitals. However, optimizing the provision of neurosurgical care at this level has not been reached [9, 10].

Research on the integrated study of children's health, is currently still small. Moreover, research mostly relate to some of the problems or on certain areas of medico-social assistance.

All of the above suggests that a provision of neurosurgical care to children living in a large city, require a more in-depth study and the development of appropriate programs for the preservation and strengthening of their health.

Conclusion.

Considering all the above, we propose on the basis of comprehensive medical and social research to justify modern organizational forms of neurosurgical care to the children of a large city. To achieve this goal it is necessary to solve following

tasks: to study the dynamics of medico-demographic indicators of Astana for 2016 - 2019; to assess the state of health of child population residing in a large city; to reveal the peculiarities of the organization of preventive and curative care for children's population of a large city; to explore the opinion of medical

professionals on medical and organizational features of the delivery of neurosurgical care to children living in a large city; to suggest ways of improving the work of health facilities providing neurosurgical help to children living in a large city.

REFERENCES

- 1 Denisov I.N., Chernienko E.I. Improving the organization of primary health care // Handbook of General Practitioner: a monthly scientific and practical journal. - 2008. - №11. - P. 1346-1352.
- 2 Schepin O.P., Belov V.B. Shchepin, OP The role of health in the formation of public health // Problems of social hygiene, public health and history of medicine. - 2007. - №3. - P. 3-5.
- 3 Law of RK «On mandatory social health insurance» № 405 -V SAM on November 16, 2015: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>
- 4 Acharya A, Vellakkal S, Kalita S, et al. Do Social health insurance schemes in developing country settings improve health outcomes and reduce the impoverishing effect of healthcare payments for the poorest people? . Available at: <http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/SystematicReviews/FINAL-Q40-Social-Health-Insurance-Protocol-DFID-LSHTM.pdf>. Accessed 18/04/16
- 5 Cutler, D. M. and R. J. Zeckhauser The Anatomy of Health Insurance // Handbook of Health Economics. - Newhouse. North Holland: Elsevier Science, 2000. - №1. - P. 563-643.
- 6 Report on the situation of children in the Republic of Kazakhstan [Electronic resource]. - Access mode: <https://www.balakk.kz/sites/default/files/upload/files/%20%204.12.2015.doc%2B%2B%2B%281%29.pdf>.
- 7 Chicherin L.P. The further development and implementation of the principles of social pediatrics // Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. - 2013. - №6. - P. 28-30.
- 8 Al'bitskiy V.Yu., Ustinova N.V., Kulikov O.V., Kim A.V. et al. The order of organization of department of health and social care for children's clinic // Voprosy sovremennoy pediatrii. - 2013. - №4. - P. 12-16.
- 9 Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu., Ustinova N.V. Status, problems and prospects of the organization of medical and social care for children // Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. - 2013. - №3. - P. 4-6.
- 10 Medvedeva O.V., Dmitriev A.V., Petrova E.I. Organization of health and social care for children in diffi cult situations // Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. - 2012. - №8(2). - P. 305-307.

А.А. Жайлганов, А.М. Арингазина, Е.С. Утеулиев, И.Т. Кентаева

«Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медициналық университеті, Алматы қ.

БАЛА ЖАСЫНДАҒЫ НАУҚАСТАРҒА НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕКТИҢ МЕДИКО-ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АМАЛДАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Жас балалардың денсаулығын қорғау және балалық қоғамдық денсаулық сақтауды дамыту әрбір елдің басымшыл міндеттерінің бірі болып қалуда. Денсаулықты қорғау саласында балалардың мүддесін ең тиімді қамтамасыз ету мақсатында балаларға тегін медициналық қызмет көрсету жүйесі тек сақталып қана қоймай, әрі қарай жетілдіру үстінде. Бұл ретте нәрістелер, балалар мен ана өлімі мәселелесі еліміз үшін әлі де өзекті болып қала отырып, әсіресе, ірі қала жағдайында бала жасындағы науқастарға нейрохирургиялық көмек көрсету ерекше бақылауда ұсталынады.

Түйінді сөздер: Денсаулық сақтау жүйесі, нейрохирургиялық көмек, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру, бала жасындағы науқастар, Қазақстан Республикасы.

А.А. Жайлганов, А.М. Арингазина, Е.С. Утеулиев, И.Т. Кентаева

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Резюме: Одним из приоритетнейших задач любого государства остается охрана здоровья детей и развитие детского здравоохранения. В целях наилучшего обеспечения интересов ребенка в области охраны здоровья сохраняется и совершенствуется система бесплатного медицинского обслуживания детей. При этом, вопросы младенческой, детской и материнской смертности для республики остаются актуальными и находятся на особом контроле. Особенно, нейрохирургической помощи больным детского возраста в условиях крупного города.

Ключевые слова: Система здравоохранения, нейрохирургическая помощь, обязательного социального медицинского страхования, больные детского возраста, Республика Казахстан.

МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ЕҢБЕГІ МЕН ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУ (ҚАЗҰМУ УНИВЕРСИТЕТ КЛИНИКАЛАРЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА)

¹Л.С. Тиленова, ²А.Е. Тажиева, А.М. Даулетбакова, С.Б. Қалмаханов
¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
² «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

*Мақалада мейірбикелердің өмір сапасына және кәсіби күйінуіне бейімділігін анықтай келе университет клиникаларында қызмет атқаратын мейірбикелердің қажеттіліктері анықталды.
Түйінді сөздер: мейірбике, өмір сапасы, кәсіби күйіну*

УДК 616.89-008.48:614.252.52-039.75.001

Тақырыптың өзектілігі. Қазіргі кезде мейірбике ісі мамандарының емдеу-диагностикалық үрдісте, науқастарға көмек көрсету бойынша пәнаралық команда құрамында, алдын алуда нормативті-құқықтық базасы жеткіліксіз жасалынған. Денсаулық сақтауда заманауи қажеттіліктеріне жоғары мейірбикелік, орта медициналық және фармацевтикалық білім алу мемлекеттік білім алу стандарттарына сәйкес келмеуі, орта медициналық қызметкерлердің науқастарды күтуде, диагностикалау әдістерінде, алдын алу және қалпына келтіруде заманауи әдістер мен заттар туралы төмен ақпараттандырылуы, медициналық қызметкерлердің кәсіби деңгейінің төмендігі [1].

Зерттеу мақсаты: Мейірбикелердің өмір сапасы мен кәсіби күйінуін зерттеу және оңтайландыру бойынша тәжірибиелік ұсыныстар әзірлеу.

Мәліметтер мен тәсілдері: С.Ж. Асфендияров атындағы университет клиникаларының барлық бөлімшелерінде жұмыс істейтін 180 әртүрлі деңгейдегі мейірбикелер арасында «Мейірбикелердің өмір сапасын зерделеу және кәсіби күйінуін бағалау мақсатында сауалнама жүргізілді. Негізгі әлеуметтік зерттеуді (сауалнаманы) жүргізу үшін арнайы мейірбикелерге яғни, сұхбаткерлерге арналған

сауалнама (жауап парағы) құрастырылды. Сауалнамада 26 сұрақ оның 6 сұрақ төлқұжаттық бөлімге қатысты, 14 сұрақ мазасыздықты анықтауға, 6 сұрақ өмір сапасын анықтауға қойылған. Алынған мәліметтерді енгізу үшін МББЖ MS Access базасындағы бағдарлама қолданылды. Базаға енгізілген материалдар мәліметтері вариациялық статистиканың заманауи әдістері мен бағдарламалық қамтуларды (SPSS и MS Excel, 7.0) қолдана отырып өңделінді [2].

Зерттеу нәтижелері:

Медициналық көмектің сапасы мен нәтижесі, негізінен, ресурстық, яғни маман потенциалымен және оның әлеуметтік-экономикалық және кәсіби тұрғыда сұраныстары мен талаптарының қанағаттандырылуына байланысты. Берілген зерттеудің негізгі объектісі орта медициналық персонал болғандықтан, ең алдымен, маман корпусына сипаттама беруге тырысайық.

Зерттеу мәліметтеріне сүйенсек (кесте 1), респонденттердің жынысы бойынша таралуында, небары, 3,3% - ерлер бар екенін көреміз. Мамандық ерекшелігіне байланысты, респонденттердің жыныстық құрамында ерлердің аздығы әбден түсінікті. Керісінше, зерттеу тобының басым көпшілігі - әйел-респонденттер.

Кесте 1 – Респонденттердің жынысы бойынша таралуы

Жынысы	Абс. саны	%
Ер	6	3,3±1,3
Әйел	174	96,7±1,3
Барлығы	180	100,0±0,0

2-кесте мәліметтеріне сәйкес, мейірбикелердің жас топтары арасынан, салыстырмалы түрде, 45-50 жастағылар – 1/5 бөлігін құрап тұр (20%). Ал, жалпы, 41-55 жас аралығындағы мамандар үлесі, жиынтық түрде, (41-44 жас - 16,1%, 45-50% - 20%, 51-55 - 13,9%) жалпының тең

жартысын құраған (50%). Кестеден, 25 жасқа дейінгі жас мамандар үлесінің (13,3%), жас топтары арасындағы ең жоғарғысы 56-65 жастағылар үлесінен (6,7%) басым екендігі оңтайлы жайт. Яғни, маман потенциалының дамушы күшін байқатады.

Кесте 2 – Респонденттердің жасы бойынша таралуы

Жасы	Абс. саны	%
25 жасқа дейін	24	13,3±2,5
25 - 30	15	8,3±2,1
31 - 35	25	13,9±2,6
36 - 40	14	7,8±2,0
41 - 44	29	16,1±2,7
45 - 50	36	20,0±3,0
51 - 55	25	13,9±2,6
56 - 65	12	6,7±1,9
Барлығы	180	100,0±0,0

Респонденттердің отбасылық жағдайына келер болсақ (кесте 3), жиынтықтағы мамандардың жартысынан астамы (63,9%) жеке отбасын құрғандар. Отбасын құрып үлгермегендер – респонденттердің 1/5 құрады (20%). Мамандардың отбасылық статусын талдай отырып, 3,9% - азаматтық некеде, сонымен қатар, 12,2% респонденттің

«ажырасқандар» екені тіркелді. Түрлі отбасылық статустың тұлға өміріндегі белгілі ролін ескерсек, мейірбике мамандарынан құралған зерттеу тобының мамандық сипаты мен жауапкершіліне қосымша, жеке отбасылық статус мәселелерінің маңызы айқын.

Кесте 3- Жеке отбасылық статусы

Отбасылық жағдайы	Абс. саны	%
Үйленген/тұрмыста	115	63,9±3,6
Үйленбеген/тұрмыста емес	36	20,0±3,0
Азаматтық неке	7	3,9±1,4
Ажырасқан	22	12,2±2,4
Барлығы	180	100,0±0,0

Мамандар, жалпы медицина саласындағы жұмыс өтілі бойынша, келесі топтарға бөлінген (кесте 4): 3 жылға дейін жұмыс өтілі барлар – 13,9%, 3-5 жыл – 5%, 6-10 жыл - 26,7%, 11-20 жыл - 22,8% және респонденттердің 1/3-не жуығы (31,7%) – жұмыс өтілі 20 жылдан жоғарылар. Әрине, жұмыс

өтілінің ұзақтығы тәжірибенің тереңдігін білдіреді. Зерттеудегі мамандардың 6-10 жас тобынан бастап 20 жылдан жоғары топқа қарай мамандар санының артуын, тәжірибелілікке қатысты, білікті құрам деп жіктеуге негіз болып табылады.

Кесте 4 - Медицина саласында жұмыс өтілінің ұзақтығы

Жұмыс өтілінің ұзақтығы	Абс. саны	%
3 жылға дейін	25	13,9±2,6
3-5 жыл	9	5,0±1,6
6-10 жыл	48	26,7±3,3
11-20 жыл	41	22,8±3,1
20 жылдан жоғары	57	31,7±3,5
Барлығы	180	100,0±0,0

5-кестеден көріп тұрғанымыздай, мамандықтың бағыты бойынша, респонденттердің, басым көпшілігі хирургиялық - 27,2%, педиатриялық -23,9% мамандық өкілдері. Негізгі мамандық профильдерінен басқа, басқа мамандық бағыттарының үлесі жиынтықтың 1/5 құраған (21,1%).

Сонымен қатар, мамандар құрамында, үлес салмағы салыстырмалы түрде айтарлық болмаса да, терапиялық (15%) және диагностикалық (12,8%) бөлімдер қызметкерлері болды.

Кесте 5- Медициналық мамандықтағы жұмыс бағыты

Мамандығы	Абс. саны	%
Педиатриялық	43	23,9±3,2
Терапиялық	27	15,0±2,7
Хирургиялық	49	27,2±3,3
Диагностикалық	23	12,8±2,5
Акушер/гинекологиялық	0	0±0,0
Басқа	38	21,1±3,0
Барлығы	180	100,0±0,0

Зерттеу барысында респондент-мамандардың мамандығы бойынша біліктілік санаты бар/жоқтығын білу мақсатқа орай болды (кесте 6). Нәтижесінде, 1/3-нен астамының (37,8%) біліктілік санаты жоқ екендігі анықталды. 13,3%

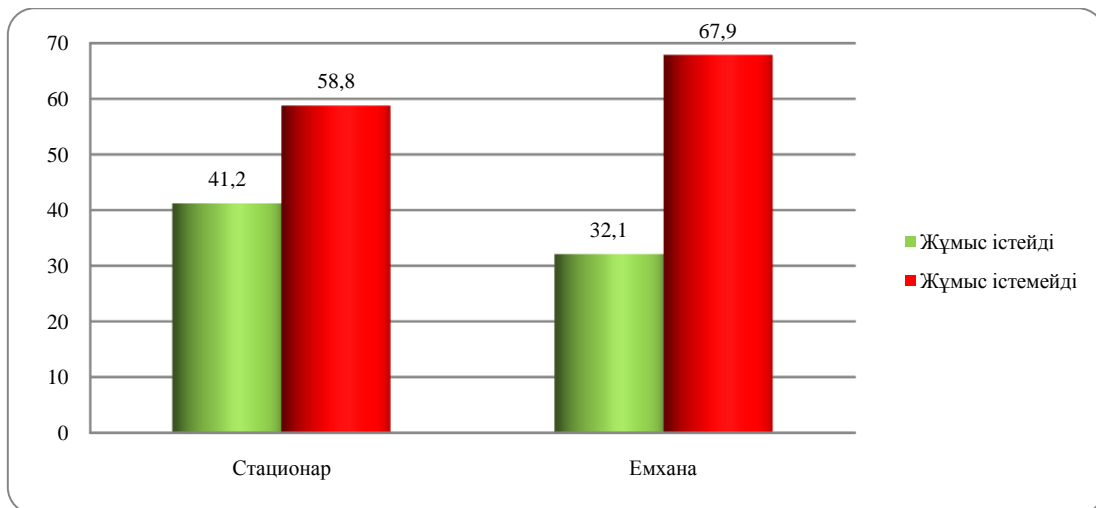
мейірбике –1-ші біліктілік санатындағылар. 2-ші біліктілік санаты бар мамандар үлесі, салыстырмалы түрде, айтарлық (23,9%). Ал жоғарғы біліктілік санатын иеленген мамандар жалпының ¼ құраған (25%) және бұл оптималды көрсеткіш.

Кесте 6- Біліктілік санаты бойынша респонденттердің таралуы

Біліктілік санаты	Абс. саны	%
Менде жоқ	68	37,8±3,6
Екінші	43	23,9±3,2
Бірінші	24	13,3±2,5
Жоғары	45	25,0±3,2
Барлығы	180	100,0±0,0

Емхана мен стационардағы мейірбикелердің жұбайларының жұмыспен қамтамасыз етілуін сұрастырғанымызда, екі мекеме қызметкерлерінің басым көпшілік жағдайда (67,9-58,8%) олардың отағасыларының жұмыссыз екендігін

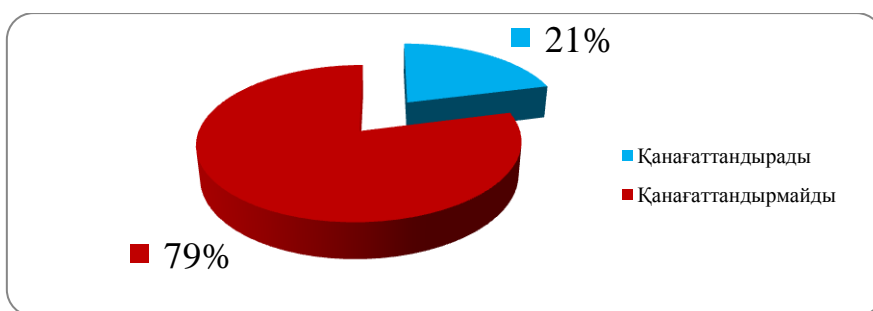
аңғардық. Бұл көрсеткіш сұхбаткерлердің отбасын асырау үшін қосымша басқа ұйымдарда жұмыс істеуіне мәжбүр ететіндігін көрсетеді (сурет 1).



Сурет 1 - Сұхбаткерлердің жұбайларының жұмыс істеуі бойынша қарастыру, %

Сауалнамаға жауап берген жалпы мейірбикелердің 79% алатын айлық деңгейі қанағаттандырмайды. Олардың айтуынша атқарып жүрген жұмыс алатын жалақы

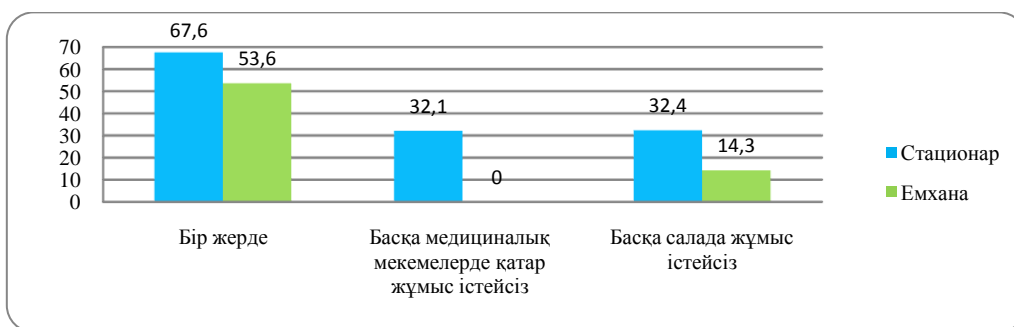
мөлшеріне сәйкес келмейді деп жауап берді. 21% - жалақы деңгейі жеткілікті деп жауап берді (сурет 2).



Сурет 2 - Сұхбаткерлерді жалақысына қанағаттануы бойынша үлестіру

Сұрастырылған мейірбикелердің көп бөлігі яғни, 61,3% тек бір мекемеде ғана жұмыс істейді, басқа салада немесе басқа медициналық мекемелерде жұмыс істеп ақша табуға күштері де, уақыттары да жеткіліксіз. Басқа медициналық мекемелерде қатар жұмыс істейтіндер 14,5%, олар жарты

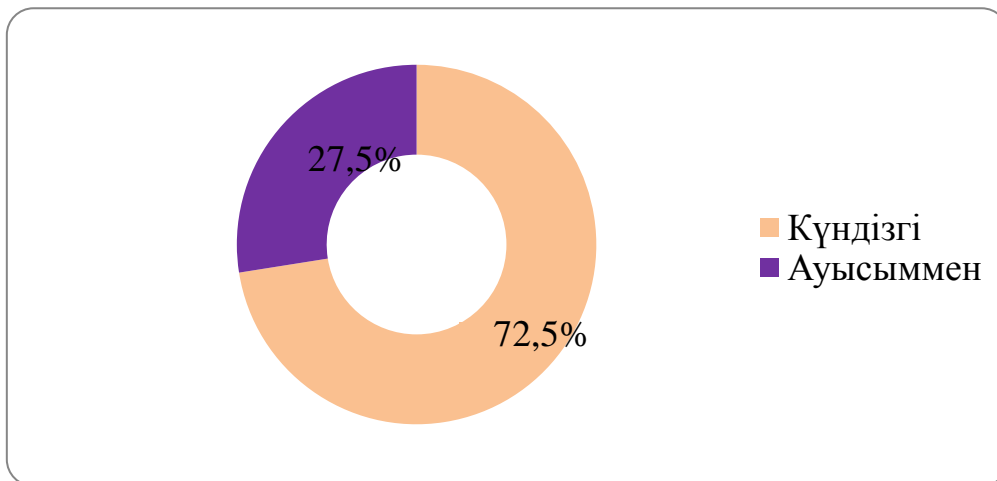
ставкамен жұмыс істейтіндер болып шықты. Мүлде басқа салада қатар жұмыс істейтіндер 24,2 % көрсетті. Олардың да басқа салада жұмыс істеуге уақыттары жеткілікті және тағы да бір мамандықты қатар алып жүреді екен (сурет 3).



Сурет 3- Сұхбаткерлерді қосымша жұмыс істеуі бойынша бөлу

Стационарда жұмыс істейтін мейірбикелердің басым бөлігі- 72% күндізгі бөлімде, қалған 27,5% ауысыммен жұмыс істейді екен (сурет 4). Ал, емханада қызмет ететін

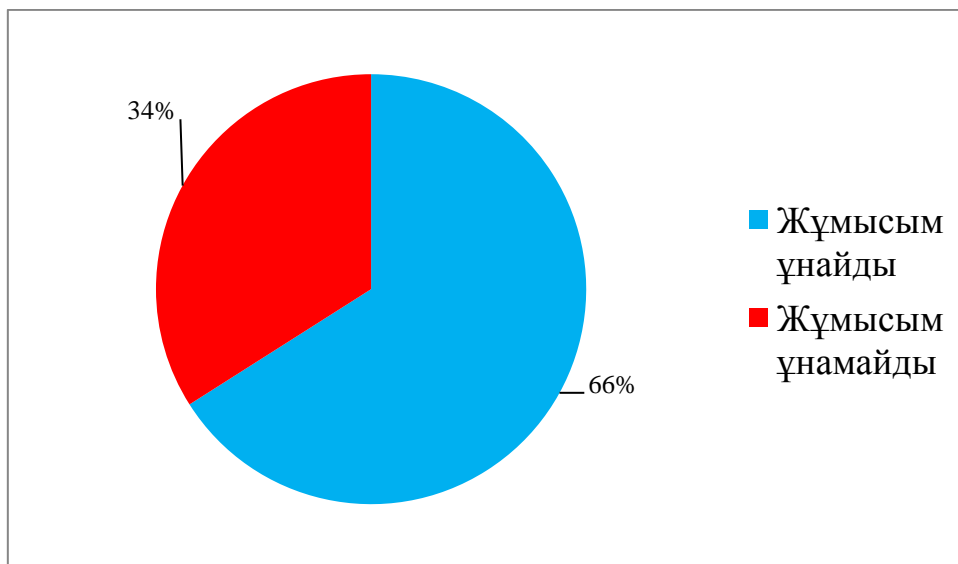
мейірбикелердің түгелі дерлік 100% күндізгі бөлімде жұмыс атқарады екен.



Сурет 4 - Сұхбаткерлерді жұмыс істеу режимі бойынша бөлу

Жалпы мейірбикелердің көп бөлігіне яғни, 66% істейтін жұмысы ұнайтындығын айтса, жауап берген мейірбикелердің үштен бір бөлігі 34% ұнамайтындығын

атап өтті (сурет 5). Негізгі себеп болып жалақы мөлшерінің төмендігі және жұмыстағы күштеменің стандарттарға сәйкес болмауын айтады.



Сурет 5 - Сұхбаткерлердің жұмысын ұнатуын бағалау, %

Жалпы мейірбикелердің 41,9% жұмысын қанағаттанарлық деп бағалады, 35,5% - қанағаттандырмайды

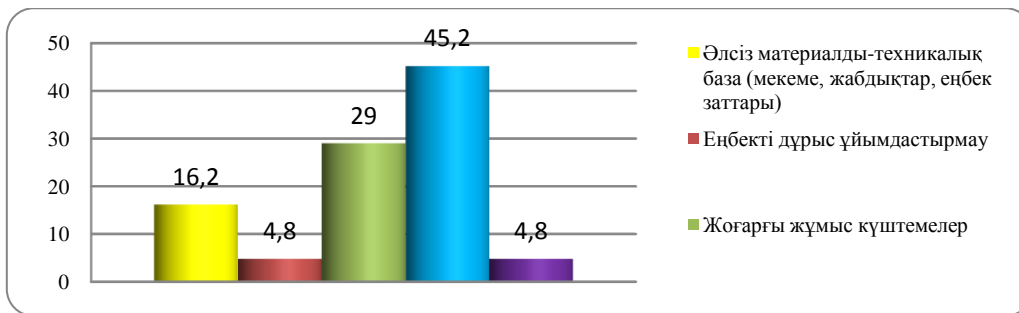
екен, ал 22,6% - жақсы деген баға берді (сурет 6).



Сурет 6 - Сұхбаткерлердің жұмысына қанағаттанушылығын бағалауы, %

Мейірбикелердің өз жұмысындағы қанағаттанарлықсыз жағдайлардың басым себебі болып айлық мөлшерінің төмендігі болып табылады (барлық респонденттердің 45,2%), жоғарғы жұмыс күштемелер деп жауап бергендер - 29% (көбіне бұл мәселені 46-50 және 50жастан жоғары

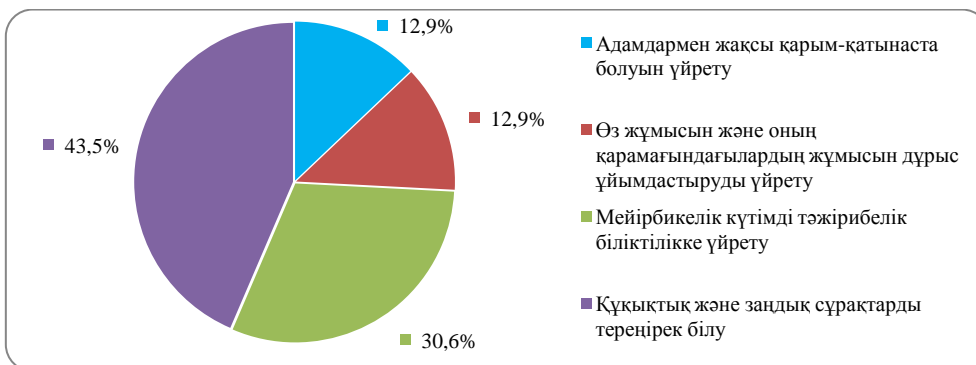
жастағылар), әлсіз материалды-техникалық база дегендер - 16,2%, 4,8% - өз мамандығына қатысты емес қызметтерді орындау деп белгіледі, және бір 4,8% - еңбекті дұрыс ұйымдастырмауы деп айтты (сурет 7).



Сурет 7- Сұхбаткерлердің жұмысында не қанағаттандырмайтындығын анықтау (%)

Орта шендегі медициналық қызметкерлерді дайындауды жақсартуда қандай ұсыныс жасайсыз?- деген сауылымызға респонденттердің 43,5 % - құқықтық және заңдық сұрақтарды тереңірек білу керектігін айтты, 30,6% - мейіркелік күтімді тәжірибелік біліктілікке үйрету керек

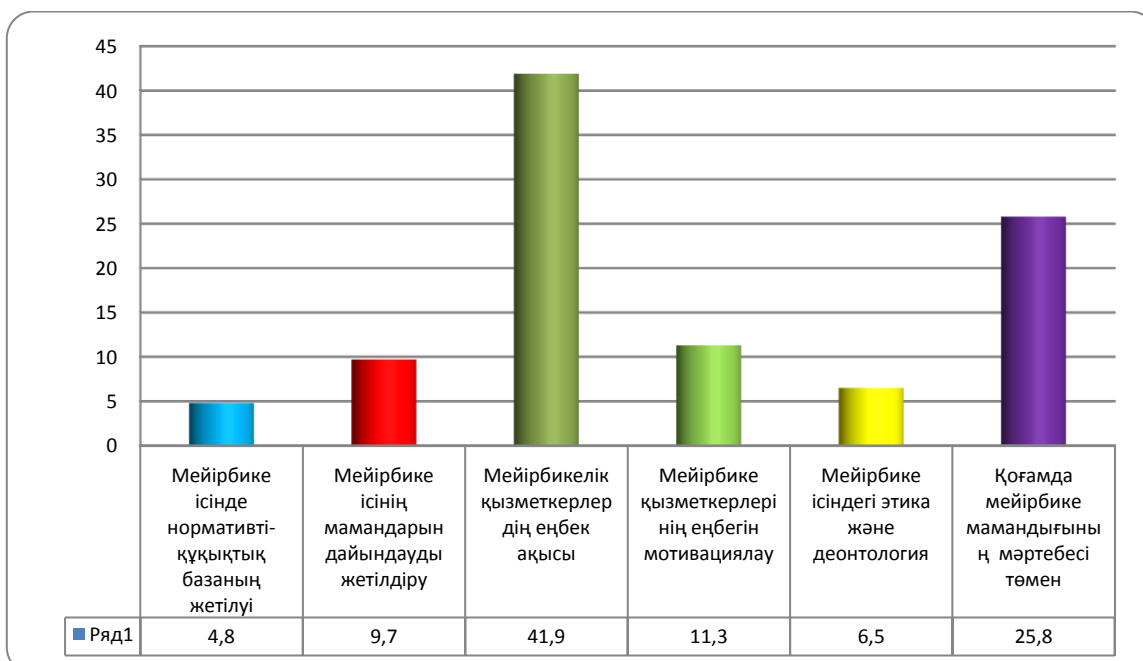
дейді, 12,9 % - өз жұмысын және оның қарамағындағылардың жұмысын дұрыс ұйымдастыруды үйрету деп жауап берді және 12,9 % - адамдармен жақсы қарым-қатынаста болуын үйрету керек дейді (сурет 8).



Сурет 8- Сұхбаткерлерден орта шендегі медициналық қызметкерлерді дайындауды жақсартуда қандай ұсыныс жасайтындығын анықтау, %

Мейіркелік тәжірибелік стандарттармен қамтамасыз етілгенсіз ба?-деген сауалға стационарда жұмыс істейтін мейіркелердің жартысынан көбі (55,9%) жарым-жартылай тәжірибелік стандартпен қамтамасыз етілген деп жауап берді, 26,5% - толығымен қамтамасыз етілгенбіз дейді, «жоқ», «білмеймін» деп жауап бергендердің көрсеткіші бірдей болды – 8,8 %. Ал емханада жұмыс істейтін мейіркелердің көбісі 64,5% бірен-саран тәжірибелік стандарттармен қамтамасыз етілген дейді, 25,8% - толығымен қамтамасыз етілген деп белгіледі, мұнда да «жоқ», «білмеймін» деп жауап бергендердің көрсеткіші

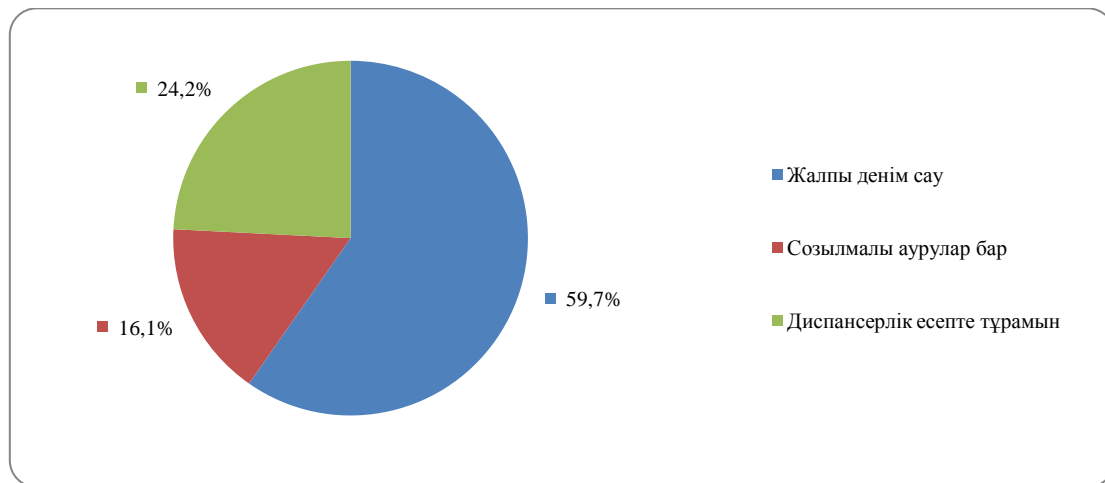
бірдей болды – 4,8 %. Сауалнамаға жауап берген мейіркелерден қазіргі кезде мейіркелік ісінің дамуында қандай мәселе ең өзекті болып тұр деген сауал қойдық (сурет 9). Ол сұраққа жалпы респонденттердің 41,9% - мейіркелік қызметкерлердің еңбек ақысын атап өтті, 25,8%- қоғамда мейіркелік мамандығының мәртебесі төмен, 11,3% - мейіркелік қызметкерлерінің еңбегін мотивациялау, 9,7% - мейіркелік ісінің мамандарын дайындауды жетілдіру, 6,5% - мейіркелік ісіндегі этика және деонтология және 4,8% - мейіркелік ісінде нормативті-құқықтық базаның жетілуі деп жауап берді.



Сурет 9 - Сұхбаткерлердің ойынша мейіркелік ісінің дамуында қандай мәселе басты болып келетіндігін анықтау, %

Өз денсаулығыңызды қалай бағалайсыз? – деген сауалға жалпы респонденттердің 59,7 % - жалпы денім сау деп белгіледі (олардың ішінде көп бөлігін 20 жастан 40 жасқа дейінгі респонденттер құрады), 24,2% - диспансерлік есепте

тұрамын дейді (41 жастан бастап 50 жастан асқандар құрады), 16,1% - кәсіби қызметіне байланысты созылмалы ауруларын атап өтті (сурет 10).



Сурет 10- Сұхбаткерлердің өз денсаулығын бағалауы, %

Қорытынды. Респонденттердің теңдей жартысы (50%) кәсіби қызметі өз денсаулығына кері әсер етеді дейді. Әсер етуші факторлар ретінде нашар еңбек жағдайы, нашар тұрғын үй жағдайы, уақытылы тамақтанбау, жұмыстағы психоэмоционалды тұрақсыздық, әріптестер арасындағы ұрыс-жанжалдар, зиянды әдеттер, профилактикалық спорттың емдік кешендері жоқтығы, отбасындағы келеңсіз психологиялық жағдай және тағы басқа келеңсіз факторлар әсер етеді. Ал тең жартысы (50%) кері әсер етпейтіндігін

айтады. Олардың ішінде көп бөлігін тұрмысқа шықпаған жас қыз-келіншектер құрады. Сипатталған қасиеттер бір жағынан еңбектің негізгі кәсіби әсері болса, екінші жағынан жоғары психологиялық күштемемен жүреді. Ол шаршаумен, зорығумен, қалжыраумен, еңбекке қабілеттілігінің төмендеуімен, конфликттің жоғарылауымен, денсаулық жағдайының жаман болуымен жүреді. Созылмалы кәсіби күйзеліс әсерінен соматикалық аурулардың даму қаупі бар.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – М.: Медицина, 2001. - №4. - С. 22-26.
- 2 Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. – СПб.: ООО «ФОЛИАНТ», 2003. – 432 с.

¹Л.С. Тиленова, ²А.Е. Тажиева, А.М. Даулетбакова, С.Б. Қалмаханов
¹Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова
²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (НА ПРИМЕРЕ УНИВЕРСИТЕТСКИХ КЛИНИК КАЗНМУ)

Резюме: В статье приведены результаты исследования качества жизни медицинских сестер и их подверженность профессиональному выгоранию в университетских клиниках.

Ключевые слова: медицинская сестра, качество жизни, профессиональное выгорание

¹L.S. Tilenova, ²A.E. Tazhiyeva, A.M. Dauletbakova, S.B. Kalmahanov
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Kazakhstan Medical University" "KSPH

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND NURSING JOBS (ON THE EXAMPLE OF UNIVERSITY CLINICS KAZNMU)

Resume: The article presents the results of a study of the quality of life of nurses and their exposure to professional burnout in university clinics.

Keywords: nurse, quality of life, professional burnout

МОДЕЛЬ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

К.А. Тулебаев¹, В.И. Ахметов², Г.У. Кулкаева², К.К. Куракбаев¹,
Б.С. Турдалиева¹, Г.Д. Кузиева¹, К.Б. Карибаев¹

¹Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова,
²Управление здравоохранения Акимата города Алматы

В рамках реализации НТП «Модель всеобъемлющей медицинской помощи» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова совместно с управлением здравоохранения города Алматы начали реализацию экспериментального инновационного проекта «Интегрированная (всеобъемлющая) медицинская помощь при хронических неинфекционных заболеваниях в организациях здравоохранения города Алматы». Целью проекта является научное обоснование, разработка, внедрение и оценка интегрированной модели медицинской помощи, обеспечивающей достижение всеобщего охвата и удовлетворяющей потребности населения медицинскими услугами. Разработана «Модель модернизации здравоохранения города Алматы» в рамках реализации стратегических документов государства и министерства здравоохранения РК. Успешная реализация позволяет достичь цели проекта - достижение всеобщего охвата и удовлетворение потребности населения медицинскими услугами. Результативность данной модели позволяет трансформировать ее в на весь город Алматы, и в другие регионы.

Ключевые слова: модель модернизации здравоохранения, здравоохранение города Алматы.

УДК 614.2:65.016 (574.51)

Глава государства Казахстана Назарбаев Н.А., в рамках реализации цели Стратегии – 2050 [1] и Плана нации «100 конкретных шагов» [2] в своем Послании народу Казахстана «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» [3] определил новые приоритеты в направлении устойчивого продвижения в число 30 передовых стран, в том числе, и устойчивого развития отрасли здравоохранения.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан в рамках выполнения задач, поставленных перед системой здравоохранения в Послании Президента страны, определило для себя пять ключевых задач на 2017 год, в том числе, интегрированная система здравоохранения вокруг нужд пациента, развитие частной медицины, рациональное использование государственных ресурсов, финансовая устойчивость системы и новый менеджмент.[4]

В рамках реализации НТП «Модель всеобъемлющей медицинской помощи» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова совместно с управлением здравоохранения города Алматы начали реализацию экспериментального инновационного проекта «Интегрированная (всеобъемлющая) медицинская помощь при хронических неинфекционных заболеваниях в организациях здравоохранения города Алматы».

Целью проекта является научное обоснование, разработка, внедрение и оценка интегрированной модели медицинской помощи, обеспечивающей достижение всеобщего охвата и удовлетворяющей потребности населения медицинскими услугами.

Актуальность. По определению ВОЗ (2002), всеобъемлющая или интегрированная медицинская помощь – это концепция, объединяющая вложения, предоставление, управление и организацию услуг, применительно к диагностике, лечению, паллиативной помощи, реабилитации и укреплению здоровья. Она также подразумевает улучшение услуг, доступности, качества, удовлетворенности пациентов и результативности.

В 2005 г. все государства-члены ВОЗ выразили свою приверженность цели достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

Доктор Маргарет Чен – генеральный директор ВОЗ, в обращении к участникам Шестидесятой пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2012 года) сказала: «Всеобщий охват населения медицинскими услугами – это единственная, самая надежная концепция, которую может предложить система общественного здравоохранения» [5].

Цель всеобщего охвата населения медицинскими услугами состоит в том, чтобы у каждого человека была возможность

пользоваться необходимыми видами медицинского обслуживания без риска разорения или обнищания [6].

Всеобщий охват медицинскими услугами предполагает широкое толкование набора услуг, необходимых для поддержания высокого уровня здоровья и благополучия. Диапазон этих услуг начинается от оказания клинической помощи индивидуальным пациентам и заканчивается предоставлением общегосударственных услуг в интересах охраны здоровья населения в целом.

Усилия в поддержку достижения цели всеобщего охвата населения медицинскими услугами также подразумевает пациент-ориентированность системы здравоохранения - обеспокоенность по поводу необходимости соблюдения принципа справедливости и уважительного отношения к праву каждого человека на здоровье [7].

Многие правительства стран на данном этапе рассматривают прогресс на пути достижения этой цели в качестве руководящего принципа для развития систем здравоохранения, а также для развития человеческого потенциала в целом.

Путь к всеобщему охвату населения медицинскими услугами получил название «третьего глобального перехода на новые принципы здравоохранения».

Сроки осуществления и первоочередность конкретных действий отличаются в зависимости от страны, но более высокая цель добиться того, чтобы все люди имели возможность пользоваться необходимыми медицинскими услугами без риска финансового бремени, остается неизменной повсеместно. Всеобщий охват достигается тогда, когда каждый вид вмешательства становится доступным для всех тех, кто в нем нуждается, и когда он приносит желаемые эффекты.

Система здравоохранения РК также имеют проблемы, в том числе, и в решении вопросов всеобщего охвата медицинскими услугами, повышении эффективности отрасли и удовлетворенности населения.

В частности, в обосновании Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы [8] приведены следующие слабые стороны отрасли здравоохранения на сегодняшний день:

- невысокая эффективность использования ресурсов здравоохранения, в т.ч., средств ГОБМП;
- низкая преемственность между АПО, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи - отсутствуют взаимодействие и интеграция на всех уровнях маршрута пациента, основанные на единых алгоритмах действий;
- невысокая эффективность профилактических программ и ведения пациентов, в т.ч., скрининг, управляемые ХНЗ;

- не обеспечена мотивация для развития службы ВОП и их экономического стимулирования;
 - сохраняется перепотребление консультативно-диагностических услуг;
 - неготовность амбулаторно-поликлинических организаций к оказанию услуг специализированной медицинской помощи, стационарозамещающих услуг, а также высокотехнологичных услуг в связи с низким кадровым и материально-техническим потенциалом;
 - обеспеченность больничными койками выше, чем в странах ОЭСР на 20%, средняя длительность пребывания в стационаре 9,5 койко-дней (2014 год) против 6,0 в странах ОЭСР;
 - на долю стационаров приходится более 60% бюджета системы здравоохранения;
 - слабый менеджмент, несмотря на переход в статус организаций здравоохранения на ПХВ с наблюдательными советами;
 - сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК - 35,4%, ОЭСР - 19,6%, Европейский Союз - 16,3%); по данным ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% характеризует повышенный риск, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, и, могут затронуть все другие сферы их жизнедеятельности. По результатам наших исследований по г.Алматы 37,7% населения обращались к платным услугам, в том числе, по услугам входящих ГОБМП;
 - сохраняется дисбаланс в кадровом обеспечении между уровнями оказания медицинской помощи (дефицит на уровне ПМСП и села, профицит - на уровне стационара);
 - с средним 1 врач ПМСП обслуживает около 2200 прикрепленного населения, тогда как в странах ОЭСР - менее 1500 человек;
 - сохраняется недостаток средних медицинских работников на уровне ПМСП (1,1 медсестры на 1 участкового врача при оптимальном соотношении 2-3), вопросы оптимального их использования;
 - соотношение средней заработной платы ВОП в Казахстане к среднемесячной заработной плате в экономике составляет 1,0, что ниже в 1,5-2,5 раза ниже, чем в странах Европы;
 - остаются низкими подготовки кадров по менеджменту, экономике;
 - отсутствует единое информационное пространство в отрасли, в медицинских организациях не внедряется система электронного документооборота.
- В этой связи Правительством РК была поставлена задача обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное использование имеющихся ресурсов.
- В «Государственной программе развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы» указано, что ... «устойчивое и динамичное развитие социально-ориентированной национальной системы здравоохранения будет реализовываться с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечения качественной медицинской помощью и солидарной ответственности за здоровье в соответствии с ключевыми принципами политики ВОЗ «Здоровье-2020»[8]. Этот тезис более актуален сейчас в Казахстане как, в связи с формированием и развитием института общественного здравоохранения, так и внедрением обязательного социального медицинского страхования.
- Таким образом, всеобъемлющая медицинская помощь включает минимум как: всеобщий доступ населения к качественным медицинским услугам, в том числе, через интеграцию и преемственность в оказании медико-социальной помощи; удовлетворенность пациентов, через внедрения принципов пациент-ориентированного подхода; новый менеджмент, через корпоративное управление, модернизацию медицинских организаций и направленность на конечный результат.
- Управление проектом.**

Реализация и управление подобными инновационными проектами предполагает внедрения принципов проектного управления.

При управлении здравоохранения г.Алматы при содействии Ассоциации Клиник г.Алматы создана Рабочая Группа по управлению проектом под председательством начальника управления здравоохранения г.Алматы.

Членами Рабочей Группы являются ответственные специалисты управления здравоохранения г.Алматы, Ассоциации Клиник г.Алматы, руководители медицинских организаций, представители НПО и др. специалисты, по необходимости.

При Рабочей Группе по управлению проектом создана группа по научно-методическому сопровождению.

Рабочей Группе по управлению проектом отводиться роль и функция руководства над разработкой и внедрением основных принципов всеобъемлющей медицинской помощи.

Рабочая Группа по управлению проектом будет оказывать максимальное содействие в: 1) реализации модернизированной модели оказания медико-социальной помощи; 2) стимулировании внедрения инновационных технологий; 3) повышении компетенции кадров руководящего состава, менеджеров среднего уровня и конкретных исполнителей за конечный результат – здоровье населения; 4) пересмотре организации контроля и учета результативности; 5) внедрении сбалансированного механизма экономического стимулирования всех участников проекта.

Научно-методическая группа будет организовывать независимую экспертизу, мониторинг и проводить презентацию и обсуждение проекта «Модель всеобъемлющей медицинской помощи», как на уровне управления здравоохранением города, так, и на уровне организаций исполнителей проекта.

На первом этапе внедрения проекта базовыми организациями города Алматы определены городские поликлиники №17, №4, №12, станция скорой медицинской помощи (ССМП), центральная городская клиническая больница (ЦГКБ), городской кардиологический центр (ГКЦ) и больница скорой и неотложной медицинской помощи (БСНМП).

Основными приоритетами в деятельности Рабочей Группы на уровне управления здравоохранения города являются: внедрение принципов проектного управления в реализации проекта; развитие электронного здравоохранения и документооборота; подготовка менеджеров, определение их места и роли; механизмы сбалансированного стимулирования всех участников проекта; эффективное взаимодействие медицинских организаций и обеспечение преемственности медико-социальных услуг; корпоративное управление и корпоративная культура на уровне медицинских организаций и их модернизация; усиление координирующей роли ПМСП в обеспечении всеобщего охвата и повышении удовлетворенности населения медико-социальными услугами.

Новый менеджмент на уровне медицинских организаций предполагает следующие приоритеты для их руководителей: корпоративное управление и корпоративная культура; диверсификация услуг; стратегическая программа организации; развитие электронного здравоохранения и документооборота; командная работа; внедрение новых технологий; внедрение принципов пациент ориентированного подхода; дифференцированная оплата труда, с учетом конечных результатов деятельности.

Установлены следующие приоритеты в модернизация медицинских организаций на уровне ПМСП, такие как: усиление координирующей роли в обеспечении преемственности медико-социальных услуг с другими медицинскими организациями (договора с поставщиками услуг, маршрут ведения пациентов и др.); усиление места и роли, имиджа ВОП, командная работа; экономическое стимулирование за расширение функций и улучшение результативности деятельности ВОП; расширение функций медицинских сестер общей практики (МОП), оптимизация их использования; оказание острой неотложной

медицинской помощи; стимулирование результативности внедрения новых технологий (ПУЗ, скрининг, Школы здоровья, ОТЗ и др.) и др.

В свою очередь приоритетами на уровне ССМП определены: по этапное отделение острой неотложной медицинской помощи и делегирование неотложной помощи организациям ПМСП; командная работа с другими медицинскими организациями, в первую очередь - ПМСП; внедрение новых технологий и др.

Модернизация на уровне стационаров предполагает: диверсификацию больничных коек (больничных услуг); интенсификацию лечебного процесса; командную работу внутри стационара и с другими медицинскими организациями (ПМСП, ССМП и др.; маршрут пациента; новые технологии (трансферт, ОТЗ и др.).

Одним из главных принципов всеобъемлющей медицинской помощи является обеспечение доступности медико-социальных услуг и удовлетворенность пациентов.

Доступность медико-социальных услуг, в первую очередь, предполагает географическую доступность (своевременность) - обеспечение максимальной приближенности медицинских организаций к месту жительства или работы пациентов, особенно ПМСП, ССМП.

Следующая физическая доступность - это обеспеченность медицинским персоналом для получения своевременного, полного и непрерывного объема ГОБМП на уровне контакта с медработником (на дому; на уровне ПМСП, особенно ВОП; ССМП, особенно неотложной помощи; на уровне узких специалистов; на уровне стационаров и др. организаций).

Немало важным критерием является финансовая доступность - обеспечение бесплатных услуг в рамках ГОБМП (укрепление здоровья, профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, паллиативная помощь) каждого пациента и его прозрачность, в том числе, и лекарственного обеспечения, включая льготные/бесплатные ЛС на уровне АПО. В последующем вопросы финансовой доступности должны учитывать при выписывании ЛС по рецепту на уровне АПО и на платные медико-социальные услуги.

Удовлетворенность пациентов медико-социальными услугами характеризуется полнотой объема каждого медико-социальных услуг (укрепление здоровья; профилактика; диагностика; лечение; реабилитация), на каждом этапе оказания услуг (на дому, ПМСП, узкими специалистами, лабораторно-диагностическими услугами, ССМП, стационар) в рамках ГОБМП (стандартов, клинических протоколов).

Большое внимание будет уделено удовлетворенности пациентов командной работой медработников и медицинских организаций по этапам оказания медицинской помощи (комплексность и преемственность).

Основной механизм повышения удовлетворенности пациентов оказанными медико-социальными услугами - это внедрение принципов пациент-ориентированности. Они следующие:

1) медицинские: своевременное устранение боли; информированность пациентов (разъяснение диагноза; разъяснение плана терапии; разъяснение диагностических процедур, манипуляций и вмешательств; рекомендации при выписке); обучение пациентов (информация о формировании ЗОЖ; адаптация к условиям болезни);

вовлеченность пациента и семьи, совместное принятие решений в лечебном процессе (уточнить нужды и потребности пациента по состоянию здоровья; обсуждать с пациентом, семьей и близкими диагноз, прогноз и варианты лечения),

2) психосоциальные: оказание поддержки пациенту (эмоциональная поддержка, включая уважение и признание личности пациента; устранение чувства страха, тревоги, сомнения, неуверенности, стресса; формирование положительной мотивации, повышение самооценки; сочувствие/сопереживание пациенту), пациент ориентированная коммуникация (взаимопонимание между врачом и пациентом, которая направлена на обращение к пациенту; доброжелательность; утешение и ободрение; внимательное выслушивание), доверие к медперсоналу (выполнение пациентом всех назначений и рекомендаций, в том числе, дома),

3) физические: комфортное пребывание в медицинском организации (соблюдение тишины; чистота помещений; сокращенное время ожидания услуг и др.), безопасность среды (инфекционный контроль; сопровождение пациентов и др.).

При успешном реализации данного проекта мы ожидаем следующие результаты:

1) для пациентов - повышение удовлетворенности; доступность медицинских услуг в рамках ГОБМП (каждый пациент получает полный объем и бесплатно услуги ГОБМП на каждом этапе оказания медико-социальной помощи, и в целом), на первом этапе внедрения проекта,

2) для медицинских организаций и медработников - четкое распределение функциональных обязанностей в командной работе и обеспечении преемственности оказания медицинских услуг населению; возможность профессионального роста; увеличение возможности уделять внимание пациенту, повышение качества медицинских услуг; возможность достойно зарабатывать за счет увеличения нагрузки, качественного исполнения функциональных обязанностей и выполнения индикаторов оценки конечных результатов; прозрачность справедливого распределения стимулирующего компонента КПП; удовлетворенность результативностью своей работы,

3) для руководства здравоохранения города: сокращение жалоб; снижение госпитализации и вызова ССМП; улучшение результативности и эффективности системы здравоохранения; повышение престижа медработников,

4) для Акимата города: улучшение отзывчивости, справедливости и эффективности системы здравоохранения; улучшение благосостояния граждан.

Выводы:

1. Разработана «Модель модернизации здравоохранения города Алматы» в рамках реализации стратегических документов государства и министерства здравоохранения РК;

2. Успешная реализация позволяет достичь цели проекта - достижение всеобщего охвата и удовлетворение потребности населения медицинскими услугами;

3. Результативность данной модели позволяет трансформировать ее в на весь город Алматы, и в другие регионы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаеванароду: Стратегия «Казахстан-2050», Астана, Акорда, 2012.
- 2 План нации - 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Нурсултана Назарбаева, май 2015 года.
- 3 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность», Астана, 31 января 2017 г.
- 4 Министр здравоохранения РК Елжан Биртанов. Расширенное заседание Коллегии ведомств. Пять ключевых инициатив для модернизации здравоохранения в Республике Казахстан <http://meta.kz/novosti/kazakhstan/1122595-5-initsiativ-dlya-modernizatsii-zdravookhraneniya-v-rk-vydvinuty-minzdravom.html>
- 5 Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, Швейцария, 21 мая 2012 г.
- 6 The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.
- 7 Chan M. Address at the Conference of Ministers of Finance and Health. Achieving value for money and accountability for health outcomes, Tunis, 4 July 2012. (http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis_20120704, accessed 7 March 2013)
- 8 Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы.

**К.А. Төлебаев¹, В.И. Ахметов², Г.У.Кулкаева², К.К.Құрақбаев¹,
Б.С.Тұрдалиева¹, Г.Д.Кузиева¹, К.Б.Карibaев¹**

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы, Қазақстан,

² Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасы

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫН ЖАҢҒЫРТУ МОДЕЛІ

Түйін: «Кешенді медициналық көмек моделі» ҒТЖ бөлігі ретінде С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасымен бірге «Алматы қаласы денсаулық сақтау ұйымдарында созылмалы инфекциялық емес ауруларға кешенді көмек» пилоттық инновациялық жобасын іске қосты. Жобаның мақсаты әмбебап қамту және медициналық қызмет көрсету қажеттіліктерін қанағаттандыратын кешенді денсаулық сақтау үлгілерін ғылыми негіздеу, жобалау, жүзеге асыру және бағалау болып табылады. Мемлекет шеңберінде және ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің саясатына сәйкес «Алматы қаласы денсаулық сақтау саласын жаңғырту моделі» әзірленді. Жобаны табысты іске асыру әмбебап қамту және денсаулық сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыру сияқты мақсаттарға жетуге мүмкіндік береді. Бұл модельдің тиімділігі бүкіл Алматы қаласы және өзге аймақтарда оны түрлендіруге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау саласын жаңғырту моделі, Алматы қаласы денсаулық сақтау саласы.

**K.A. Tulebayev¹, V.I. Akhmetov², G.U. Kulkayeva², K.K. Kurakbayev¹,
B.S. Turdaliyeva¹, G.D. Kuziyeva¹, K.B. Karibayev¹**

¹ Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan,

² Health Department of Almaty city

MODEL OF HEALTH MODERNIZATION OF ALMATY CITY

Resume: As part of the implementation of the STP "The model of comprehensive medical care" KazNMU of Asfendiyarov S.D. with Health Department of Almaty city started realization of experimental innovative project "Integrated (comprehensive) medical care for chronic non-communicable diseases in health organizations in Almaty city". The aim of the project is the scientific substantiation, development, implementation and evaluation of an integrated model of health care that ensures the achievement of universal coverage and satisfying the population's needs for medical services. The "Model of Healthcare Modernization in Almaty" was developed within the framework of implementation of strategic documents of the state and the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. Successful implementation allows us to achieve the project's goal of achieving universal coverage and meeting the health needs of the population. The effectiveness of this model makes it possible to transform it into the whole city of Almaty, and into other regions.

Keywords: Model of healthcare modernization, public health services in Almaty.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Р. Ульжабаева, А. Мырзагулова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

В данной статье представлены материалы по изучению организации судебно-медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза это научно-практическое исследование, проводимое врачом экспертом по постановлению органов следствия и суда для дачи заключения по медицинским и некоторым биологическим вопросам, возникающим в процессе расследования или судебного разбирательства конкретного уголовного либо гражданского дела.

Ключевые слова: экспертиза, помощь, врач, организация

УДК 340.6:616.716.4

Актуальность: Судебно-медицинская экспертиза это научно-практическое исследование, проводимое врачом экспертом по постановлению органов следствия и суда для дачи заключения по медицинским и некоторым биологическим вопросам, возникающим в процессе расследования или судебного разбирательства конкретного уголовного либо гражданского дела[1].

Деятельность судебно-медицинской экспертизы регламентируется законом о судебно-экспертной деятельности Республики Казахстан от 10 февраля 2017 года №44-VI ЗРК и другими нормативно-правовыми актами РК. На основе общих положений, имеющих в этом законе и остальных нормативно-правовых актов, разработаны и введены в действие методические указания (методики) о производстве судебно-медицинской экспертизы (далее СМЭ), утвержденные Министерством юстиции РК. СМЭ назначается представителями органов дознания, следствия или судом во всех случаях, когда возникает необходимость в решении вопросов медицинского характера. Наряду с этим она назначается и для решения некоторых вопросов биологического характера, например, для определения видовой принадлежности крови, волос, костей и других объектов. Наиболее часто СМЭ производится в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных дел. Заключение эксперта служит одним из источников доказательств, а установленные в нем фактические данные являются доказательствами по делу[2].

Производство любой экспертизы, в том числе и СМЭ, состоит из двух основных процессов: 1) исследования объектов экспертизы с применением всех методов, которые необходимы для решения поставленных вопросов, и 2) составления письменного заключения о результатах этого исследования с мотивированными ответами на поставленные вопросы. Объектами СМЭ могут быть живые лица, трупы, вещественные доказательства, материалы уголовных и гражданских дел[3]. Методы, применяемые при исследовании этих объектов, очень разнообразны. Они изложены в соответствующих официальных методиках о производстве различных видов экспертизы, а также в учебниках, руководствах и пособиях.

Судебно-медицинскую экспертизу может проводить только лицо, имеющее звание врача. В качестве эксперта может быть приглашен любой врач, обладающий необходимыми познаниями, высокой квалификацией и практическим опытом по своей специальности. Он должен удовлетворять общим процессуальным требованиям: быть объективным, незаинтересованным в исходе дела, иметь безупречную репутацию и высокие моральные качества. Закон предусматривает отвод эксперта, если он является потерпевшим, гражданским истцом или ответчиком, свидетелем; участвовал в данном деле в качестве переводчика, лица, производящего дознание, следователя, обвинителя, защитника, законного представителя обвиняемого или потерпевшего, гражданского истца или ответчика; является родственником потерпевшего, гражданского истца, ответчика или их представителем, родственником обвиняемого или его законного представителя, родственником обвинителя, защитника,

следователя или лица, производившего дознание; если имеются иные обстоятельства дающие основание считать, что эксперт прямо или косвенно заинтересован в этом деле. Эксперт также подлежит отводу, если он находился или находится в служебной или в иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или ответчика; производил по данному делу ревизию, материалы которой послужили основанием к возбуждению уголовного дела; когда обнаруживается его некомпетентность. Дознаватель, следователь или суд могут поручить производство экспертизы определенному судебно-медицинскому эксперту персонально или же экспертному учреждению. В последнем случае эксперта по делу по поручению следователя назначает руководитель экспертного учреждения (бюро судебно-медицинской экспертизы). Уголовно процессуальный кодекс предоставляет право обвиняемому и подсудимому заявить отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, представить дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы и давать объяснения эксперту, знакомиться с заключением эксперта[4]. Судебно-медицинский эксперт обязан явиться по вызову лица, проводящего дознание, следователя, прокурора, суда и дать в письменном виде объективное заключение по поставленным перед ним вопросам. Если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта или представленные ему материалы недостаточны для заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение. Эксперт вправе знать цели и задачи экспертизы, просить лицо, назначившее экспертизу, сформулировать задачи в виде четких вопросов: ознакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы; заявлять ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для заключения; с разрешения лица, проводящего дознание, следователя или суда присутствовать при допросах, других следственных и судебных действиях, задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. За экспертом сохраняется право на средний заработок по месту его работы за все время, затраченное им в связи с вызовом к лицу, проводящему дознание, следователю, прокурору или в суд. Он имеет право на возмещение понесенных расходов по явке, а также на вознаграждение за выполнение своих обязанностей, кроме тех случаев, когда эти обязанности выполнялись в порядке служебного задания. Эксперт несет ответственность и может быть привлечен к уголовной ответственности за заведомо ложное заключение, за отказ или уклонение от дачи заключения, за разглашение данных предварительного следствия, в т.ч. результатов экспертизы. Заключение эксперта дается в письменном виде, подписывается экспертом и заверяется печатью. В нем должно быть указано, когда, где, кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была произведена экспертиза, кто присутствовал при проведении

экспертизы, какие материалы эксперт использовал, какие исследования произвел, какие вопросы были поставлены эксперту и его мотивированные ответы. Если эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них. Заключение эксперта не является обязательным для лица, проводящего дознание, следователя, прокурора и суда, однако несогласие их с заключением должно быть мотивировано.

Судебно-медицинская экспертиза может быть первичной, дополнительной и повторной, производится одним экспертом или группой.

В амбулаторном отделе АФРГКПЦСМ в 2016 году всего исполнено –13441 экспертизы. Из них: 13007 - экспертиз по оценке вреда здоровью, 432 -экспертиз проведено по поводу половых преступлений и спорных половых состояний. Количество произведенных в амбулаторном отделе экспертиз по сравнению с 2015 годом увеличилось на 167 экспертизы. На наш взгляд количество экспертиз, поступивших в филиал, примерно, на одном уровне с прошлым годом. Увеличение количества экспертиз связано с повышением уровня юридической грамотности населения. Анализируя данные изложенные в этих таблицах нужно отметить, что количество экспертиз в 2016 году по сравнению с 2015 годом увеличилось на 167 экспертиз.

Основную массу экспертиз в амбулаторном отделе составила оценка вреда здоровью, всего -13007. Из них: с тяжким вредом здоровью – 737 экспертизы, средним вредом здоровью –1801 экспертизы и с легким вредом здоровью – 8058 экспертиз. Повреждений не обнаружено – 1531 случаев, без оценки вреда здоровью завершено 781 экспертиз. Заключение не окончены –99 экспертиз. В 432 случаях проведены экспертизы по поводу половых преступлений. Из них женщин –411 и мужчин -21. Количество зарегистрированных экспертиз, возвращенных без исполнения-30.

На фоне большого количества проводимых экспертиз до сих пор остается неизменным количество сотрудников отдела, которых недостаточно для своевременного и качественного исполнения экспертиз. Указанных помещений, штата, оборудования явно недостаточно для своевременного и качественного исполнения такого большого количества экспертиз. Ежедневно в маленьких двух кабинетах проводится до 30 и более осмотров потерпевших обоих полов и проводится экспертиза до 25 медицинских документов. Данные условия работы отрицательно сказываются на качестве экспертиз, сроках их исполнения.

По минимальному расчету ставок на объем экспертиз предложенный ЦСМ (1 ставка на 700 экспертиз), необходимо 8 ставок врачей-экспертов и соответственно лаборантов, а также 4 ед. медицинских регистраторов.

В связи с развитием современных и сложных методов инструментальной диагностики: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, доплерографии, инструментального исследования органов зрения и слуха и т.п. ежегодно значительно увеличивается количество экспертиз, при которых необходимо изучение результатов сложных инструментальных обследований. Например, если ранее компьютерная и магнитно-резонансная томография использовалась в основном только для обследования головного мозга и позвоночника и достаточно редко, так как компьютерные томографы имелись только в 2-3 медицинских учреждениях города, то в настоящее время данные методы обследования широко применяются не только в случаях травмы головы и

позвоночника, но и для диагностики повреждений костей и связок конечностей, внутренних органов груди и живота. Значительно расширился и усложнился арсенал методов диагностики заболеваний и травм глаза. Все вышеуказанное значительно усложняет процесс изучения медицинских документов и судебно-медицинского обследования живых лиц.

Проведение экспертиз свыше 30 дней связано с большой загруженностью отделения, большим количеством объектов исследования, вынесением ходатайств о предоставлении дополнительных объектов исследований и документов, проведением межведомственных экспертиз, несвоевременным представлением следователями запрашиваемых документов, объектов исследования, длительностью восстановления гнилобно измененных и мумифицированных объектов. Для продления сроков производства экспертиз экспертами выносятся письменные ходатайства и телефонограммы лицам, производящим следственные действия, которые в ответ на ходатайства выносят письменные разрешения. Также следует отметить, что подавляющее число экспертиз из указанного количества являются межведомственными комплексными, сложными, многообъектными экспертизами, связанными со случаями транспортных происшествий. В ходе производства данных экспертиз комиссией экспертов, на основании п. 4 статьи 25 Закона РК «О судебно-экспертной деятельности в Республике Казахстан» выносятся ходатайство о предоставлении дополнительных объектов исследования (в частности транспортных средств, которые зачастую находятся на значительном удалении от г. Алматы, и редких случаях рентгенограмм, томограмм и т.д.). Во вводной части всех подобных экспертиз обязательно приводится список отправленных ходатайств и полученных ответов, с датами и регистрационными номерами. В отдельных случаях сроки производства превышены по причине того, что следственные органы предоставляют постановления в организации –участники экспертного исследования постановлений в различные сроки, при этом разница может составлять 5 суток. На время удовлетворения ходатайства сроки производства экспертиз приостанавливаются, на срок, не превышающий 10 суток, оговоренный тем же пунктом. После удовлетворения ходатайств производство экспертиз возобновляется, пока производство экспертизы приостановлено, комиссией экспертов, перед осмотром транспорта изучаются материалы дела, анализируются данные медицинских и судебно-медицинских документов, производится предварительный осмотр одежды и обуви, обсуждаются результаты осмотра и анализа. Таким образом, подавляющее количество экспертиз проведенных с превышением срока проводятся в течении 40 суток (10 суток приостановки +30 суток), но поскольку они выходят за 30 календарных дней (учет с момента регистрации постановления), то при учете статистических данных попадают в графу экспертиз проведенных с превышением сроков, поэтому считаю, что при проведении указанных экспертиз, сроки производства обоснованы и продлены на законных основаниях.

Вывод: Судебно-медицинская, как и судебно-экспертная деятельность в целом основывается на принципах законности, соблюдения прав, свобод и законных интересов человека и гражданина, прав и законных интересов юридического лица, независимости судебного эксперта, объективности и научной обоснованности судебно-экспертных исследований, а также соблюдения этики судебного эксперта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН/ О судебно-экспертной деятельности (с *изменениями от 18.04.2017 г.*)
- 2 http://sudmed.org.ua/?OSNOVY_SUDEBNOI_MEDICINY:V_-_SUDEBNOMEDICINSKAYA_EKSPERTIZA
- 3 https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/
- 4 Деятельность судебно-медицинской экспертизы – сайт МЮ РК

Р. Ульжабаева, А. Мырзагулова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Сот-медициналық сарапшы зертханалық және қосымша сараптама зерттеулердің барлық қорытындыларын алғаннан кейін, қорытындыларды сараптаманы тағайындаған тұлғаның (органның) сарапшының шешуіне қойылған қаулысындағы сұрақтарға жауап ретінде 3-күн ішінде рәсімдейді. Онда сарапшының пікірі бойынша іс үшін маңызы бар зерттеу үрдісінде анықталған нақты деректердің сараптық бағасы болуға тиіс. Оларды түсінікті, нақты мүмкіндігінше арнайы медициналық терминдерді пайдаланбай мазмұндау керек. Әрбір қорытынды бойынша сараптық пайымдау нақты деректермен негізделген дәлелді болуға тиіс.

Түйінді сөздер: экспертиза, көмек, дәрігер, ұйымдастыру.

R. Ulzhabaeva, A. Myrzagulova
Kazakhstan's Medical University "KSPH"

THE ORGANIZATION OF FORENSIC CARE

Resume: The forensic, as well as forensic and expert activities in general, is based on the principles of legality, respect for the rights, freedoms and legitimate interests of a person and citizen, the rights and legal interests of a legal entity, the independence of a forensic expert, objectivity and scientific justification of forensic studies, and observance of ethics of the forensic expert.

Keywords: expertise, help, doctor, organization

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СТРАТЕГИИ «ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

Г. Манкеева, Е. Утеулиев, А. Мырзагулова
Казхастанкий медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность Государственной Программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2020 годы определены цель, задачи и основные направления развития национальной системы здравоохранения. Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: здравоохранения, стратегия, болезнь, питания.

УДК 125.41.48-9-64.1

Актуальность: Ведение наиболее значимых заболеваний у детей таких как: диарея, пневмония, нарушение питания, анемия, низкий вес, проблемы с горлом, проблемы с ухом. Сортировка детей по степени тяжести и раннее принятие решения в оказании неотложной помощи и в госпитализации, по признакам «ОПО» - общие признаки опасности. Безопасная иммунизация, и уход в целях развития. Программа «ИВБДВ» разработана ВОЗ и Детским фондом ООН, адаптирована для РК Приказ №172 от 31.03.2011г.

Политика здравоохранения Республики Казахстан в области укрепления здоровья детей на современном этапе. Данная программа получила свое название «Интегрированное ведение болезней детского возраста». Стратегия ИВБДВ была разработана в 1992 году, Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), стратегия основана на доказательной медицине. На сегодня стратегию приняли более 100 стран мира, в том числе и Казахстан. Согласно данным ВОЗ, ежегодно более 10 миллионов детей умирает до достижения пяти лет, большинство из этих смертей вызвано всего лишь пятью состояниями, которые можно предотвратить и лечить: пневмония, диарея, малярия, корь, и нарушение питания. ИВБДВ – это интегрированный подход к охране здоровья детей, направленный на достижение общего удовлетворительного состояния здоровья ребенка в целом. Интегрированное ведение болезни детского возраста – это стратегия, разработанная Всемирной Организацией Здравоохранения, основанная на доказательной медицине, при правильном применении которой снижается уровень

заболеваемости, смертности и инвалидизации, а так же улучшается физическое и психическое развитие детей до 5 лет. Стратегия - «Интегрированное ведение болезней детского возраста», основана на целевой оценке состояния больного ребенка. В отличие от «золотого педиатрического» стандарта, когда оценка состояния ребенка проводится по органам и по системам, целевая оценка означает строго определенную последовательность действий медицинского работника (алгоритм осмотра и принятый решения) с целью исключить риск смертельного исхода во время данного заболевания и не причинить ребенку вред, который может привести к смерти в дальнейшем.

Стратегия - «Интегрированное ведение болезней детского возраста», включает в себя как профилактический, так и лечебные элементы. Основные задачи «Интегрированного ведения болезней детского возраста» - это улучшение навыков медицинских работников, улучшение системы здравоохранения, улучшение практик ухода за ребенком в семье.

Стратегия - «Интегрированного ведения болезней детского возраста» способствует точному определению заболевания детского возраста, обеспечивает надлежащее интегрированное ведение всех значительных заболеваний, способствует усилению консультативных навыков медицинского персонала, а так же определяет потребность в направлении тяжело - больного ребенка в стационар и ускоряет этот процесс.

Кроме того данная стратегия способствует становлению определенных моделей поведения в семье, в вопросах

обращения за медицинской помощью, улучшенного питания и профилактического ухода, а так же правильного выполнения назначения медицинских работников.

Стратегия «Интегрированное ведение болезней детского возраста», способствует как лечению, так и профилактике. В центре внимания стратегии это лечение, данная стратегия так же дает возможность и подчеркивает важность основных привентивных вмешательств.

Например: иммунизация и улучшение питания детей, а так же грудное вскармливание. Во всех областях РК и в городах Алматы, Астаны, ведутся обучения медицинских работников региональными координаторами и созданы областные центры ИВБДВ, есть подготовленные инструктора, региональные координаторы центров «Интегрированное ведение болезней детского возраста», которые проводят обучающие циклы, и для закрепления полученных знаний медработников, осуществляют последующее наблюдение.

Вышеизложенные проблемы послужили выбором данной темы для научного исследования.

Цель исследования:

Изучить эффективность внедрения стратегии ИВБДВ и разработать рекомендации по улучшению качества оказания медицинской помощи детям.

Задачи:

1. Опыт внедрения стратегии ИВБДВ за 2011г. - 2016г. в Республике Казахстан.

2. Анализ функционирования и эффективности стратегии ИВБДВ в РК.

Материалы и методы: Ретроспективный сбор данных по отчетам и мониторингам в РК.

Результаты и их обсуждения: Основные характеристики детской смертности и причины их вызывающие лежали в сфере ИВБДВ. Внедрение эффективных технологий, прежде всего ИВБДВ, было одним из ключевых положений Государственной программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы. Для стабильного и устойчивого внедрения ИВБДВ в стране, начиная с 2011 года, в стране были приняты ряд мер, наиболее важными из которых были:

- Гармонизация протоколов лечения наиболее распространенных заболеваний детского возраста с требованиями ИВБДВ
- Внесение Буклета схем ИВБДВ и Карманного справочника ВОЗ перечень национальных протоколов ведения детей
- Приведение амбулаторной карты ребенка в соответствие с формами записи ИВБДВ
- Открытие областных тренинговых центров ИВБДВ для непрерывной поддержки знаний и навыков медицинских работников
- Назначение освобожденных координаторов ИВБДВ в областях

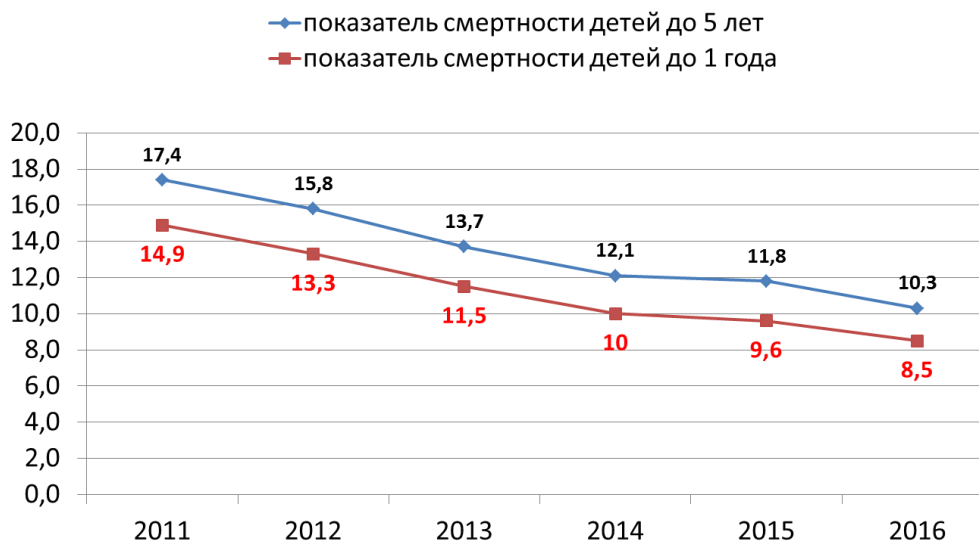


Рисунок 1 - Динамика детской и младенческой смертности в Республике Казахстан.

Полученные в ходе системного внедрения ИВБДВ в практику, начиная с 2011 года. Показатель детской смертности снизился в 1,7 раз; младенческой смертности – в 1,8 раз.

В структуре смертности обращает внимание снижение удельного веса причин смерти от управляемых причин, на которые прежде всего и направлено ИВБДВ. Вы видите снижение удельного веса смертности от заболеваний органов дыхания (коричневый сегмент) с 7,5% до 4,5% (почти вдвое), в том числе от пневмонии (зеленый сегмент) с 5% до 3,3%; от ОКИ с 0,8% до 0,5% (светло-голубой сегмент). Стратегия ВОЗ/ЮНИСЕФ, направленная на снижение смертности, заболеваемости и инвалидизации детей до 5 лет. Основана на доказательной медицине.

Успех ИВБДВ определяется тем, что влияет на глубинные причины возникновения заболеваемости и смертности

детей до 5 лет. Воздействует на все сферы, определяющие исход болезни у ребенка: навыки медицинских работников, родительские навыки и организацию системы здравоохранения.

Рассмотрим наиболее распространенные болезни детей до 5 лет, находящиеся в сфере ИВБДВ. Прежде всего, это заболевания органов дыхания (ОРИ). Имеется стойкое снижение показателей смертности с 1,3 ‰ до 0,5‰, т.е. в 2,6 раз. Постепенно стабилизируются и показатели досуточной летальности и смертности на дому от ОРИ (соответственно красная и зеленая колонка внизу). Если взять в абсолютном количестве, то 5-6 лет назад в стране от ОРИ ежегодно умирали около 70 детей в первые сутки госпитализации и более 80 детей умирали дома. В 2016 году это соответственно 20-23 ребенка. Безусловно, нам есть еще над чем работать.

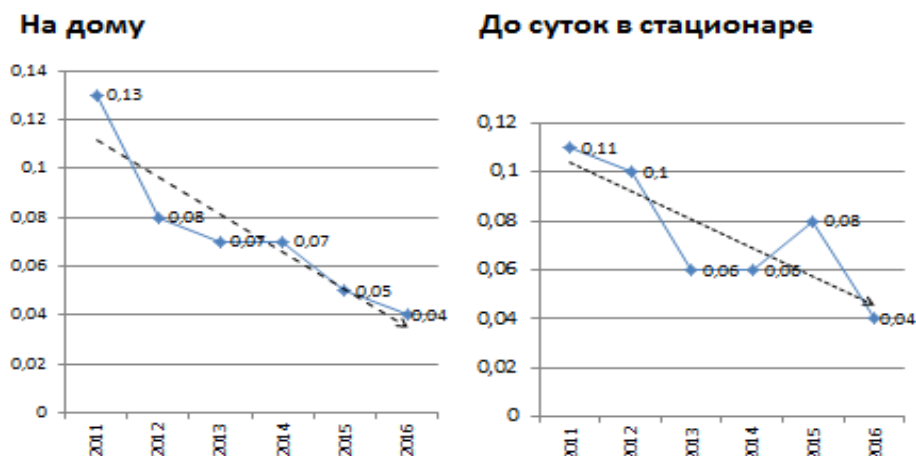


Рисунок 2 - Показатели смертности от пневмонии детей 0 – 5 лет на дому и до суток

Выводы по внедрению ИВБДВ в стране. Внедрение ИВБДВ, успешно решает вопросы снижения детской смертности прежде всего от распространенных управляемых болезней детей до 5 лет - ОРИ/пневмонии/диареи, также досуточной летальности и смертности на дому.

1. Эффективность внедрения ИВБДВ зависит системного внедрения, которое имеет место в Казахстане, начиная с 2011 года,
2. Продолжающееся непрерывное обучение (в центре ИВБДВ и на рабочем месте)

3. Наличие профессиональных преподавателей и тренеров, соблюдающих методику обучения ВОЗ

4. Наличие хорошей базы для обучения
 - Приверженности и поддержки руководителей учреждений
 - Достижение охвата обучением не менее 60%
 - Наличие системы постоянной поддержки навыков обученных медработников на рабочем месте (внутреннее и внешнее кураторство поддерживающее кураторство)
 - Гармонизации нормативных документов и форм записи с требованиями ИВБДВ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы
- 2 Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике острых кишечных инфекций у детей до 5 лет. - Алматы: 2007. - 56 с.
- 3 Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике острых респираторных заболеваний и пневмонии у детей до 5 лет в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения. - Алматы: 2007. - 48 с.
- 4 Технические обновления руководств по Интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ) // Фактические данные и рекомендации для дальнейшей адаптации. ВОЗ. - 2007. - С. 6-12.

Г. Манкеева, Е. Утеулиев, А. Мырзагулова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

«СӘБИ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР АУРУЛАРЫНЫҢ ИНТЕГРАЦИЯЛАУ» ЖҮЙЕСІНІҢ ЕҢГІЗУ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Сәби жастағы балалар ауруларын интеграциялау жүйесі балалар арасындағы өлім-жітімнің санын, оның ішінде қадағалауға алынатын аурулардың санын көбейтпеуге және қалпында ұстап тұруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау, стратегия, ауру, тамақтану.

G. Mankeeva, Y. Uteuliev, A. Myrzagulova
Kazakhstan Medical University "KSPH"

EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTING THE STRATEGY OF "INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESSES"

Resume: IMCI implementation, successfully solves the problems of reducing child mortality primarily from common controlled diseases of children.

Keywords: health, strategy, disease, nutrition.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПМСП В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев, Л.А. Текебаева, Ж. Кадилова, А. Асен
Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

В статье авторы представили результаты анализа деятельности медицинских работников организаций на уровне ПМСП в обеспечении профилактики вакциноуправляемых инфекционных заболеваний. Так как вакцинация относится к числу мероприятий, требующих значительных материальных затрат, поскольку предусматривает охват прививками широких слоев населения в том числе и детского, важно иметь правильное представление об эффективности иммунизации. В арсенале практической медицины имеется большой перечень вакцинных препаратов.

Выбор вакцины, согласно целям осуществляется на основе критериев доказательной медицины, среди которых основными являются: доказанная эпидемиологическая эффективность и безопасность применения, продолжительность периода применения и количество примененных доз, а также экономичность. Состояние вакцинопрофилактики оценивается по трем группам критериев: показатели документированной привитости (охват прививками), показатели иммунологической или клинической эффективности (efficacy) и показатели эпидемиологической или полевой эффективности (effectiveness).

***Ключевые слова:** вакцинопрофилактика, заболеваемость, противоэпидемические мероприятия, охват прививками*

УДК 740.15.45.9.13-9

Актуальность: Вакцинопрофилактика имеет более чем 215-летнюю историю и доказала свою исключительную эффективность в сохранении жизни людей, сокращении заболеваемости и смертности населения. По мнению экспертов ВОЗ вакцинация и чистая питьевая вода — единственные доказанные меры, реально влияющие на общественное здоровье. Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным в современной медицине [1,2,3].

Благодаря иммунизации международному сообществу удалось достигнуть глобальной ликвидации оспы, ликвидации полиомиелита в большинстве стран мира, провозгласить цель элиминации кори и врожденной краснухи, резко снизить заболеваемость многими детскими инфекциями, обеспечить эффективную защиту населения в очагах ряда бактериальных и вирусных инфекций. Вакцинация признана во всем мире стратегической инвестицией в охрану здоровья, благополучие индивидуума, семьи и нации с выраженным экономическим и социальным эффектом. По данным ВОЗ благодаря развернутому по всему миру программам вакцинации ежегодно удается сохранить 6 млн. детских жизней. 750 тысяч детей не становятся инвалидами. Вакцинация ежегодно дарит человечеству 400 млн дополнительных лет жизни [4,5]. ВОЗ отмечает, что настоящий век должен стать веком вакцин и иммунизация станет основной стратегией профилактики [6].

Согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан (РК) «Денсаулық» на 2016-2019 годы, в РК отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней. Охват иммунизацией достигнут 95% против 11 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. Проведенные мероприятия в области здравоохранения РК позволили сдержать эпидемию ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии. По показателю «Распространенность ВИЧ в возрастной группе 15-49 лет» Казахстан вошел в группу стран с низким показателем, занимающих 1 место. По данным 2014 г., среди 18 стран Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза, Казахстан занимает 7 место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза – 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза – 102 место. В санитарно-эпидемиологической службе внедрена система прогнозирования, оценки и управления рисками, организованы 5 зональных вирусологических лабораторий, созданы специализированные лаборатории по контролю

безопасности пищевой продукции, отвечающие требованиям Всемирной торговой организации, в календарь прививок внесена вакцинация детей от пневмококковой инфекции. [6,7]. Наряду с достигнутыми результатами, актуальными проблемами в деятельности медицинских работников ПМСП в обеспечении профилактики вакциноуправляемых инфекционных заболеваний остаются отсутствие определенности концепции дальнейшего развития и совершенствования системы оценки рисков, предполагающая создание научно обоснованной оценки негативного воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья населения и связанных с этим потенциальных медико-биологических и экономических последствий. Отсутствует оперативный обмен данными с другими базами данных заинтересованных государственных органов, ведомств и международных организаций, а существующие информационные системы не обеспечивают в «он-лайн» режиме мониторинг санитарно-эпидемиологической ситуации. Имеющаяся, в настоящее время, систему лабораторного контроля с учетом развития технологий и решения задач по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения необходимо постоянно оснащать и совершенствовать.

Цель исследования проведение исследовать деятельность деятельности медицинских работников ПМСП в обеспечении профилактики вакциноуправляемых инфекционных заболеваний (на примере ГКП г. Алматы).

Материалы и методы исследования. Авторами статьи был проведен контент-анализ источников отечественной и зарубежной литературы, социологический метод (анкетный опрос), законодательно-нормативных документов по профилактике вакциноуправляемых инфекционных заболеваний. Был проведен анализ согласно Сведениям о профилактических прививках»; «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний»; отчеты медицинских организаций (МО) о выполнении плана профилактических прививок и результаты серологического обследования «индикаторных» групп. А также анализ организационной деятельности и полученных результатах по отчетным документам о деятельности медицинских работников ПМСП, в обеспечении профилактики вакциноуправляемых инфекционных заболеваний (на опыте ГКП г. Алматы) за последние 5 лет.

Результаты и их обсуждение. В Республике Казахстан вакцинация является государственной политикой, регламентированной соответствующими законами.

Согласно ст. 148 п.1 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» вакцинация против инфекционных заболеваний является обязательной для населения, поскольку прививки проводятся в интересах не только самого прививаемого, но и всего общества с целью прекращения циркуляции возбудителя и возникновения эпидемий. Согласно ст. 93 п.1 Кодекса пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинской помощи, за исключением случаев, предусмотренных статьей 94 настоящего Кодекса. При отказе от медицинской помощи пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также медицинским работником. В случае отказа от подписания пациентом либо его законным представителем отказа от медицинской помощи осуществляется соответствующая запись об этом в медицинской документации и подписывается медицинским работником.

Министерством национальной экономики Республики Казахстан продолжает реализацию мероприятий по обеспечению чистой питьевой водой и канализованию; Министерством образования и науки Республики Казахстан (МОН) – обеспечение питания школьников, привитие навыков ведения здорового образа жизни; Министерством внутренних дел Республики Казахстан (МВД) – сокращение смертности от ДТП и травматизма, оказание медицинской помощи больным туберкулезом в учреждениях уголовно-исполнительной системы, Комитетом по чрезвычайным ситуациям МВД – предупреждение и снижение последствий чрезвычайных ситуаций, обеспечение медико-спасательной помощи и развитие санитарной авиации. Министерством здравоохранения РК (МЗРК) вместе с местными исполнительными органами проводятся мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и профилактике особо опасных инфекций.

Приведен сравнительный анализ с 2013-2014гг и 2015-2016гг иммунопрофилактики взрослого и детского населения в организациях ПМСП г. Алматы.

Таблица 1 - Анализ иммунопрофилактики детского населения Подлежало иммунизации детского населения в 2014 году 23288. Исполнение плана иммунизации составило 23444- 100,6% (в 2013г.-98,8%).

Наименование вакцин	План	Выполнение	%
АКДС-1	1005	1052	104
АКДС-2	1005	957	95,2
АКДС-3	1005	1022	101
АКДС-4	1046	951	91
НiB-1	1005	1052	104
НiB-2	1005	957	95,2
НiB-3	1005	1022	101
НiB-4	1046	951	91
ВГ(В)-2	1005	1061	105
ВГ(В)-3	1005	1031	102
ОПВ-1	1005	1052	104
ОПВ-2	1005	957	95,2
ОПВ-3	1005	1022	101
ОПВ-4	1046	1052	104
ККП-	1046	1052	104
RV2 АДС	570	766	134
RV ККП	570	766	134
ВГ(А)-1	1046	1005	96,0
ВГ (А)-2	1042	1006	96,5
АДС-М 16 лет	602	602	100
Р.Манту	5345	5302	99,2
Р.БЦЖ	320	443	138
ваксигрип	2615	2615	100
итого	23288	23444	100,7

Низкий % иммунизации АКДС-4, 2, НiB 2, 4, ОПВ 2, ВГ(А) – 1, 2 связан с временными медицинскими отводами детей первых месяцев жизни по неврологическому статусу. Все медицинские отводы рассматривались на заседании комиссии и оформлялись протоколом. Кроме того, проводилась работа с родителями о необходимости

соблюдения Национального календаря прививок в интересах здоровья ребенка.

Иммунизация взрослого населения.

Охват профилактическими прививками взрослого населения за 2014год составил 1876 чел. охват составил 105% от годового плана (в 2013 году 2399 чел. – 108% от годового плана).

Таблица 2 - Иммунизация взрослого населения

Наименование прививок	План	Выполнение	%
Грипп	1324	1324	100%
АДС-М	336	326	97,2%
Клещ.энцефалит	37	51	137%
ВГВ	65	112	172,3%
Итого	1784	1876	105%

Анализ иммунопрофилактики детского населения.

Подлежало иммунизации детского населения в 2016 году - 27673. Исполнение плана иммунизации составило 26911-97,24%.

Ревакцинация -2 АКДС 6 лет составил всего - 48,1% от годового плана в связи с отсутствием вакцины с августа месяца 2015 года.

В основном медицинские отводы среди детей первых месяцев жизни по неврологическому статусу. Все медицинские отводы рассматривались на заседании комиссии и оформлялись протоколом. Кроме того, проводилась работа с родителями о необходимости соблюдения Национального календаря прививок в интересах здоровья ребенка.

Таблица 3 - Анализ иммунопрофилактики детского населения

Наименование вакцин	План	Выполнение	Охват %
АКДС-1	1028	997	97%
АКДС-2	1028	979	95,2%
АКДС-3	1028	1024	99,6%
АКДС-4	1062	1011	95,2%
НiB-1	1028	997	97%
НiB-2	1028	979	95,2%
НiB-3	1028	1024	99,6%
НiB-4	1062	1011	95,2%
ВГ(В)-2	1028	1003	97%
ВГ(В)-3	1028	1043	99,6%
ОПВ-1	1028	997	97%
ОПВ-2	1028	979	95,2%
ОПВ-3	1028	1024	99,6%
ОПВ-4	1062	1061	99,9%
ККП-1 год	1062	1061	99,9%
RV2 АбКДС-6 лет	994	478	48,1%
RV ККП-6 лет	994	984	99%
ВГ(А)-1	860	954	110,9%
ВА)-2	930	1018	109,4%
АДС-М 16 лет	546	541	99,1%
Р.Манту	5477	5454	99,6%
Р.БЦЖ	510	486	95,2%
Ваксигрипп	1806	1806	100%
ВСЕГО	27673	26911	97,24%

В рамках Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения», в настоящее время, в нашей стране проводятся энергичные меры по вакцинации. Проводятся ежегодные Национальные дни иммунизации, предусматривается увеличение числа лиц, подлежащих вакцинации против краснухи, гепатита В, полиомиелита и гриппа. Ориентирами в деле успешного предупреждения инфекционных заболеваний в Казахстане служат следующие рекомендации ВОЗ: охватить прививками 95% детей в возрасте до 2 лет; вакцинировать 90% детей в возрасте старше 2 лет; охватить прививками 75-80% взрослых; контролировать миграцию населения из эпидемиологически неблагополучных районов.

В настоящее время ситуация несколько улучшилась, однако и сегодня профилактика инфекционных заболеваний у детей является одной из главных проблем отечественного здравоохранения, медицинской науки и практики, поскольку дети болеют инфекциями в 3 раза чаще взрослых. На инфекции приходится до 90% внутрибольничной летальности. При этом надо учесть, что фиксируются не все случаи инфекционных заболеваний. Это повлекло за собой массовый отказ от прививок, а вслед за этим – резкий подъем заболеваемости рядом инфекций, в отдельных случаях достигающий эпидемического уровня. В погоне за отчетностью и соблюдением графика забывается об индивидуальном подходе к каждому ребенку, что является краеугольным камнем современной педиатрии. В связи с этим, чрезвычайную актуальность приобретает работа в области санитарного просвещения населения РК. Особое место в этом процессе принадлежит деятельности сестринского персонала. Медицинская сестра на современном этапе развития казахстанского здравоохранения рассматривается государством и обществом как уникальная личность, способная самостоятельно выполнять круг определенных

обязанностей на высоком профессиональном уровне как партнёр врача.

Это и послужило основанием для проведения настоящего исследования и определило его актуальность. Степень разработанности проблемы вопросам вакцинопрофилактики сегодня уделяется пристальное внимание как со стороны ученых, так и практических врачей. В современной литературе достаточно подробно освещается формирование поствакцинального иммунитета и влияющих на этот процесс факторов, разработан перечень противопоказаний к вакцинации, четко определены поствакцинальные реакции и осложнения. Немалое внимание уделяется тактике иммунизации детей с фоновыми заболеваниями, а также изучены особенности формирования иммунитета у них. В связи с появлением новых вакцин на страницах научных изданий обсуждаются вопросы их эффективности и преимуществ перед вакцинами, которые используются давно. Кроме того, предметом оживленных дискуссий в нашей стране является расширение Национального календаря профилактических прививок. Между тем исследований, посвященных изучению деятельности сестринского персонала по организации вакцинопрофилактики крайне мало. Большинство публикаций по этому вопросу в основном посвящены техническим аспектам проведения вакцинации, тогда как исследования, содержащие результаты оценки роли и значимости сестринской деятельности в вакцинопрофилактике практически отсутствуют.

Выводы:

1. Ориентирами в деле успешного предупреждения инфекционных заболеваний в Казахстане служат рекомендации ВОЗ.
2. Основным фактором, влияющим на эпидемический процесс является качество вакцинопрофилактики при вакциноуправляемых инфекциях.

3. Профилактика инфекционных заболеваний у детей является одной из главных проблем отечественного здравоохранения, медицинской науки и практики.
4. В связи с морфо-функциональной незрелостью детского организма, актуальными остаются такие заболевания как дифтерия, корь, коклюш, туберкулез, гепатиты.
5. По данным статистики, особенно часто заболевают дети, посещающие детские дошкольные учреждения и интернаты.
6. Недостаточно ведется разъяснительная работа с населением, уровень общей и медицинской культуры которого весьма различен.
7. Негативную роль сыграли дискуссии в средствах массовой информации на эту тему, результатом которых стало негативное отношение многих родителей к вакцинации и полное отрицание мнения ученых и врачей.
8. Оптимизация деятельности сестринского персонала и эффективное использование его профессионального потенциала может оказать существенное влияние на эффективность организации вакцинопрофилактики.
9. Необходим оперативный обмен данными с другими базами данных заинтересованных государственных органов, ведомств и международных с целью совершенствования мониторинга санитарно-эпидемиологической ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 В. В. Зверев, Б. Ф. Семенов, Р. М. Хайтов Вакцины и вакцинация: национальное руководство. - М.: Гэотар-Медиа, 2011. - 880 с.
- 2 Горбунов М. А. Принципы и система организации полевых испытаний эпидемиологической эффективности вакцин // Вакцинация. - 2000. - 11(5). - С. 6-7.
- 3 Giesecke Johan Modern Infectious Disease Epidemiology. - London. Sydney. Auckland: 1994. - 234 p.
- 4 https://avtor24.ru/readyworks/diplomnaya_rabota/medicina/134844/
- 5 https://avtor24.ru/readyworks/diplomnaya_rabota/medicina/134<http://www.who.int/immunization/en/>.
- 6 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, утверждённая Указом Президента РК от 15 января 2016 года № 176.

К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев, Л.А. Текебаева, Ж. Кадилова, А. Асен
"ҚДСЖМ" Қазақстандық медицина университеті

**АМСК МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ВАКЦИНАЛЫҚ БАСҚАРЫЛАТЫН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУЫН
 ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ ҚЫЗМЕТІН ТАЛДАУ**

Түйін: Мақалада авторлар АМСК медицина қызметкерлерінің вакциналық басқарылатын инфекциялық аурулардың алдын алуы қамтамасыз етуде медицина қызметкерлерінің қызметін талдау жұмыстарынан қорытындаларын көрсетеді. Өйткені вакцинация елеулі материалдық шығындарды талап ететін шаралар қатарына жатады. Сондай-ақ, халықты екпемен қамтуды, соның ішінде балалардың болуы маңызды болып табылатыны және иммундау тиімділігі туралы дұрыс ұсынуды көздейді.

Қазақстанда 100 атаулы вакциналар тіркелді, олардың саны жыл сайын өсуде. Вакцинаны таңдау, дәлелді медицинаның критерийлердің негізінде жүзеге асыру мақсаттарына сәйкес, олардың арасында негізгі болып табылатыны: дәлелденген эпидемиологиялық тиімділік пен қауіпсіз қолдану, қолдану кезеңінің ұзақтығы және қолданылған доза саны, сондай-ақ үнемділігі. вакциналық алдын алу жағдайы үш өлшемдік топтар бойынша бағаланады: көрсеткіштер құжатталған егілу (екпемен қамтылуы), иммунологиялық көрсеткіштері немесе клиникалық тиімділігі (efficacy) және эпидемиологиялық көрсеткіштері немесе далалық тиімділігі (effectiveness).

Түйінді сөздер: вакцинопрофилактика, аурушандық, противозидемические іс-шаралар, екпемен қамтылуы

K. Konysbaeva, E. Uteuliev, L. Tekebayeva, Zh. Kadirova, A. Asen
Kazakhstan's medical university "KSPH"

**ANALYZE THE WORK OF MEDICAL WORKERS IN PMSCS FOR THE PREVENTION OF
 VACCINE - PREVENTABLE INFECTIOUS DISEASES**

Resume: An analysis of activity of medical workers of is in providing of prophylaxis of of infectious diseasesю In the article authors presented the results of analysis of activity of medical workers of organizations at the level of in providing of prophylaxis of of infectious diseases. Because a vaccination behaves to the number of events requiring considerable material expenses, as envisages a scope the inoculations of wide.

Keywords : vaccine prophylaxis, susceptibility, antibiotics, obesity



РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ», ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА РАЕН, ПРОФЕССОРА А.А.ШОРТАНБАЕВА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ» (АЛМАТЫ, 23-24 НОЯБРЯ 2017)

В ряду крупных международных мероприятий, организуемых Министерством здравоохранения РК несомненно особое место займёт прошедшая в конце ноября в КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая иммунология и аллергология в Казахстане: достижения и перспективы развития». Конференция посвящена 70-летию со дня рождения и памяти академика РАЕН, члена-корреспондента Академии образования РК, основателя преподавания иммунологии в Казахстане, доктора медицинских наук, профессора Алихана Абжановича Шортанбаева.

Мероприятие прошло при содействии МЗ РК, Управления здравоохранения г. Алматы. Непосредственными организаторами конференции явились: Общество аллергологов, иммунологов и иммунореабилитологов (ОАИИР), Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, НИИ кардиологии и внутренних болезней и Республиканский аллергологический центр.

В работе конференции приняли участие в общей сложности 326 участников, среди них – 176 врачей практического здравоохранения, 110 представителей профессорско-преподавательского состава медицинских ВУЗов и научно-исследовательских центров страны. Присутствовали делегаты из 12 регионов Казахстана (г. Алматы, Астана, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Актюбинской, Алматинской, Кызылординской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Костанайской, Жамбылской, Мангыстауской областей).

Пленарное заседание конференции началось с приветствия Ректора КазНМУ Нургожина Т.С., прозвучали приветствия к участникам конференции от заместителя руководителя УЗ г. Алматы и директора НИИ кардиологии и внутренних болезней Беркинбаева С.Ф.

В последовавшей далее мемориальной части конференции выступили профессор Шортанбаев А.А. – профессоры Муминов Т.А., Шортанбаева М.А., Кожанова С.В., Амиреев С.А., Бейсенбаева Ш.А., Испаева Ж.Б. В их речах был признана значительная роль Алихана Абжановича в организации

преподавания иммунологии и аллергологии и развитии иммунологической науки в стране. Соратники и близкие очень проникновенно говорили о несомненно выдающихся качествах Алихана Абжановича как учёного, руководителя, организатора и Учителя.

Все представленные на конференции доклады имели высокую научно-практическую значимость, были актуальными и затрагивали наиболее важные вопросы аллергологии и клинической иммунологии. В частности, были озвучены проблемы преподавания иммунологии в отечественных медицинских ВУЗах, необходимость интегрированного преподавания основ иммунологии и прикладных аспектов клинической иммунологии на всех уровнях медицинского образования. Доклады спикеров конференции были посвящены вопросам организации иммунологической и аллергологической службы в РК, современным достижениям клинической иммунологии, актуальным методам диагностики иммунопатологий, новейшим достижениям в менеджменте аллергических заболеваний, вопросам иммунореабилитации и иммунотерапии, а также современным аспектам иммунопрофилактики.

Большой интерес у слушателей вызвали выступления ключевых спикеров конференции: Козлова В.А., академика РАН, Вице-президента Российского научного общества иммунологов, руководителя Цитокинового общества, гл. научного консультанта НИИ фундаментальной и клинической иммунологии, г. Новосибирск «Основные заболевания человека с точки зрения иммунопатогенеза» и «Научные основы безопасности и эффективности клеточной иммунотерапии», Ханс Д.Окс, MD, директора лаборатории иммунодиагностики Детского исследовательского центра г. Сиэтл, США «Когда надо думать про первичные иммунодефицитные состояния?»; Щербиной А.Ю., зам. директора ИГИКТ ФНКЦ Детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва «Генетическая диагностика первичных иммунодефицитных состояний»;

В рамках конференции проведён мастер-класс на тему «Исследование показателей иммунного статуса у детей и

взрослых. Показания, правила, интерпретация, алгоритмы». Слушатели мастер-класса – аллергологи-иммунологи РК, 32 человека. Профессорами Ханс Д.Окс и Щербиной А.Ю. на конкретных клинических кейсах были представлены современные взгляды на диагностику иммунного статуса детей и взрослых, алгоритмы выявления различных видов иммунодефицитных состояний (первичных и вторичных).

Огромное внимание делегаты конференции уделили проблемам респираторных обструктивных заболеваний дыхательных путей (аллергический ринит, астма, ХОБЛ), инновационным подходам к дифференциальной диагностике, терапевтической тактике. Отдельная дискуссия сопровождала сообщение о состоянии борьбы с лекарственной гиперчувствительностью/аллергией, как актуальной и зачастую ятрогенной патологией.

Констатировался факт необходимости актуализировать функциональные обязанности врача-аллерголога-иммунолога на уровне регламентирующих документов. Признавалась необходимость срочного пересмотра протоколов диагностики и лечения «Лекарственная гиперчувствительность», «Бронхиальная астма у взрослых», а также определения списка протоколов по иммунопатологическим состояниям, необходимых для разработки.

Широко обсуждались достижения, современный взгляд ВОЗ, перспективы и пути решения проблемы вакцинопрофилактики в РК и за рубежом, вопросы вакцинопрофилактики, как важнейшей части биологической безопасности страны.

Был озвучен международный опыт, свидетельствующий, что недостаточный уровень подготовки врачей в части иммунологических знаний ведёт к критическому отставанию системы здравоохранения и медицинской науки от стандартов мирового уровня по всем специальностям медицины. В то же время, были представлены данные опыта различных стран, говорящие о возможности быстрого прогресса в данной области при внедрении ряда последовательных мероприятий.

По итогам конференции на обсуждение соответствующих органов управления здравоохранения и образования были вынесены следующие предложения:

1. Инициировать республиканскую программу интенсификации образования врачей в области клинической иммунологии и аллергологии.
2. Рассмотреть возможность восстановления преподавания иммунологии на всех уровнях обучения врачей (бакалавриат, интернатура, резидентура) и постдипломном уровне используя уникальный и апробированный опыт такой программы кафедры Общей иммунологии КазНМУ.
3. Ввести обязательный курс аллергологии и клинической иммунологии для резидентов всех специальностей.
4. Ускорить внедрение проточной цитометрии в организациях здравоохранения. В этой связи организациям последипломного образования страны подготовить краткие и долгосрочные курсы по овладению навыками данного метода и интерпретации показателей иммунограмм в Республике и ведущих специализированных центрах ближнего и дальнего зарубежья. Организациям здравоохранения и медицинским ВУЗам рассмотреть возможность приобретения соответствующего оборудования.
5. Рассмотреть возможность досрочного пересмотра протоколов диагностики и лечения «Лекарственная гиперчувствительность с различными клиническими проявлениями», «Бронхиальная астма у взрослых» в связи с наличием практической необходимости и появлением новой научной информации.
6. Внести предложение о присвоении имени профессора Шортанбаева А.А. кафедре общей иммунологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
7. Обществу аллергологов, иммунологов и иммунореабилитологов обеспечить дальнейшее выполнение комплекса мероприятий по повышению уровня знаний медицинских работников по иммунологии и аллергологии, интеграции в мировую науку и практику, международному сотрудничеству, популяризации должных подходов к иммунодиагностике, иммунотерапии и иммунопрофилактике (включая вакцинопрофилактику) среди населения г. Алматы и других регионов РК.

АЛЛЕРГОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА: УСПЕХИ И ПЕРСПЕКТИВЫ



Нурпеисов Таір Темырланович
*Республиканский аллергологический центр НИИ
 кардиологии и внутренних болезней МЗ РК,
 руководитель, д.м.н., асс. Профессор*

УДК 616-056.3(574)

Аллергия – дословно «другая реакция» иммунитета человека, однажды названа чумой 3-го тысячелетия. Хотя самому термину «аллергия» чуть более 100 лет, а каких-нибудь 60 лет назад она была малоизвестным и неактуальным заболеванием, но сейчас, по статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от аллергии страдает около 40 процентов населения Европы и северной Америки.

Аллергия – одно из заболеваний мирного времени и своеобразный маркер благополучия страны. Особенно хорошо экспоненциальный рост распространенности аллергических заболеваний виден по странам с высокоразвитой медициной и отсутствием социальных катаклизмов в течение последних 100 лет, например, Швейцарии. По результатам систематических анализов установлено, что в 40-х годах 20-го века менее 1% населения Швейцарии страдало от аллергических реакций. Однако каждые 10 лет этот показатель удваивался, достигнув к 2000 г. отметки в 30%. Последние исследования дают данные, приближенные к 50%. Причем болезненность астмой составляет в развитых странах Европы и северной Америки от 5 до 10% населения. Это отчасти объясняется наличием генетической предрасположенности к аллергии, способной появиться в течение жизни и передающейся по наследству.

С другой стороны, население стран третьего мира с высокой детской смертностью, отсутствием доступной медицинской помощи и высокой бактериальной нагрузкой практически не подвержено аллергическим заболеваниям.

В настоящее время выделяется ряд основных причин роста распространенности аллергии:

1) Наследственность. Предрасположенность к аллергии может передаваться от родителей к детям, чаще всего, эти гены передаются именно по материнской линии. У детей с аллергией в 20-60% случаев мать страдает аллергическими заболеваниями и в 12-30% случаев – аллергик – отец. Если оба родителя страдают аллергией, то вероятность её проявления у детей достигает 85-100%.

2) Экологические факторы. С первых дней своей жизни человек контактирует с многочисленными и разнообразными агрессивными химическими веществами, содержащимися в воздухе, воде и пищевыми продуктами, содержащими ГМО, биологически активные вещества, антибиотики, гормоны, стабилизаторы, красители, ароматизаторы и т.д.

3) Излишне «стерильные» условия быта. Редкий контакт с инфекционными возбудителями в детском возрасте провоцирует неполноценное становление иммунитета и сдвиг в сторону аллергического процесса. В связи с этим аллергия намного чаще встречается у жителей городов, чем в сельской местности и в семьях, в которых только один ребенок. Расширение спектра бытовой химии.

4) Фармакомания. Бесконтрольный прием антибиотиков, иммуностимуляторов, других препаратов с высокой аллергизирующей активностью. Увеличение употребления населением лекарственных препаратов в целом.

5) Рост числа заболеваний внутренних органов, аутоиммунных патологий, расстройств нервной системы, вирусных и грибковых инфекций.

6) Информационные перегрузки с раннего детства. Установлено, что риск развития бронхиальной астмы выше в 2 раза у детей, проводящих перед телевизором более 2 часов в день. Причем эти исследования проводились перед повсеместным распространением интернета, смартфонов и планшетов.

ВОЗ уже в течение 25 лет серьезно обеспокоен эпидемическим распространением аллергии, а также тем фактом, что среди всех основных причин смертности, смертность от заболеваний органов дыхания (ХОБЛ, астма и т.д.) продолжает расти и планомерно выходит на первый план. Это выразилось в создании глобальных инициатив по астме (GINA), ХОБЛ (GOLD), аллергическому риниту (ARIA), лекарственной аллергии и анафилаксии.

Несмотря на несомненные успехи в борьбе с аллергическими заболеваниями, надо признать, что ни одной стране в мире до сих пор не удалось снизить распространенность аллергии вообще. Поэтому на данный момент можно воспринимать аллергию у половины населения земли как свершившийся факт.

Ситуация в Казахстане. Традиционно ранее в бывших странах СССР аллергия не считалась серьезным заболеванием и ей не уделялось достаточного внимания, что усугубилось наследием периода застоя и последующего этапа реформирования. С ростом экономики и благосостояния населения Казахстана, увеличением продолжительности жизни, рождаемости, снижением детской смертности пришли и «болезни цивилизации», к которым общество и система здравоохранения были не полностью готовы. Сердечно-сосудистые заболевания,

сахарный диабет и метаболический синдром, аутоиммунные патологии, бронхиальная астма и аллергия в целом, все это в течение короткого времени стало реальным препятствием к дальнейшему продвижению вверх в рейтинге развитости и благополучия.

Казахстан кроме вышеуказанных общемировых причин развития аллергии, по своим климатогеографическим и социально-экономическим особенностям имеет ряд факторов, способствующих еще более быстрому распространению аллергических заболеваний.

1. Быстрый рост экономики, активное перенимание так называемого «западного образа жизни», особенно в крупных населенных пунктах.

2. Огромная территория со значительными отличиями между регионами по типу местности, высоте над уровнем моря, спектру растительности, этническому составу, плотности населения и доступности медицинской помощи.

3. Широта и разнообразие растительных видов, от представителей субтропиков (фруктовые и ореховые деревья, травы, кустарники) до северных видов (лишайники и т.п.)

4. Неблагоприятные экологические условия в ряде населенных пунктов, включая г. Алматы, высокий уровень поллютантов и газов. Отсутствие должного контроля за ГМО и другими алергизирующими веществами в продуктах питания.

5. Растущий процент городского населения. Впервые за всю историю количество городских жителей превысило 50%. Городские жители, по результатам многочисленных исследований, подвержены аллергии несколько раз больше, чем сельские.

6. Увеличение рождаемости. Более 350 тысяч родов в год приводит к относительному омоложению населения городов. Дети же подвержены аллергическим реакциям и заболеваниям в гораздо большей степени.

7. Бесконтрольный прием и безрецептурный отпуск антибиотиков, иммуностимуляторов, других препаратов с высокой алергизирующей активностью. Увеличение употребления населением лекарственных препаратов и недостаточный контроль за лекарственной аллергией в целом.

8. Несоответствие официальной статистики по астме реальным показателям, отсутствие показателей общей болезненности по астме (основное внимание уделяется заболеваемости), маскирование смертности от астмы за другими причинами, отсутствие какого-либо статистического мониторинга по другим аллергическим заболеваниям.

9. Недостаточный уровень подготовки врачей в области аллергологии, предубеждение против выставления диагноза «бронхиальная астма» с подменой его эвфемизмами типа «хронический бронхит с обструктивным компонентом», «астматический бронхит», «хронический обструктивный бронхит», «аллергический бронхит» и т.п., препятствующих назначению своевременного лечения и профилактики. То же касается и лекарственной аллергии.

10. Малое количество аллергологов, наличие областей, в которых аллергологов нет вообще.

11. Существовавший ранее уклон в сторону стационарной медицинской помощи, первоочередная ориентация на лечение острых заболеваний и состояний, резкое снижение процессов диспансеризации населения.

12. Первоочередное развитие хирургических процедур и технологий (ВСМП), с невысокой выгодностью развертывания терапевтических услуг в частных клиниках и так далее...

Таким образом, наше уверенное вхождение в число 30 самых развитых стран мира в течение ближайших 10-15 лет будет сопровождаться неизбежным ростом аллергии вообще и хронических аллергических заболеваний, в частности. Основную тревогу вызывает факт, что аллергические заболевания поражают людей самого трудоспособного возраста, детей, а также отражаются на генофонде. Все это в ближайшем будущем, при условии непринятия срочных мер на национальном уровне, приведет к выходу аллергии на первый план как угрозы здоровью и благосостоянию нации, огромным финансовым затратам и потерям.

На данный момент официальная статистика по РК такова – по данным научных исследований (в том числе и собственным данным Республиканского Аллергологического Центра), ориентировочные цифры болезненности бронхиальной астмой у городских жителей приближаются к 5-6%, сельских – 1-2%. По аллергическому критерию – 15-20% и 10-15% соответственно. При этом доля астмы в пуле больных хроническими заболеваниями органов дыхания (хронический бронхит, ХОБЛ, астма и др.) составляет не менее 40%. Причем все эти показатели растут в полном соответствии с мировыми тенденциями.

С другой стороны, нельзя не отметить и **серьезные положительные сдвиги**, присущие здравоохранению Казахстана и аллергослужбе:

1. Пропаганда здорового образа жизни, ограничение курения, формирование солидарной ответственности пациента за свое здоровье и мотивированности на излечение.

2. Реформирование системы здравоохранения, с переносом акцента на ПМСП и стационарзамещающую помощь, врачей общей практики.

3. Развитие и внедрение электронного здравоохранения, увеличение преемственности медицинской помощи, диспансеризации.

4. Упразднение необходимости «узких» специалистов в учреждениях ПМСП и осознание невозможности обеспечения каждого ЛПО врачами-аллергологами, договорные услуги с аллергоцентрами на местах.

5. Постепенная актуализация статистического учета основных аллергических заболеваний, в первую очередь бронхиальной астмы, улучшение регистрируемости ее в регионах.

6. Постепенное ужесточение контроля за фармрынком и побочными эффектами лекарственных средств.

7. Синхронизация отечественных протоколов диагностики и лечения мировым стандартам в области аллергологии. Тесное взаимодействие с зарубежными клиниками и университетами, являющимися признанными лидерами в области аллергологии и иммунологии.

8. Обеспечение фармрынка РК всем спектром современных противоаллергических и противоастматических препаратов, диагностической аппаратурой и реактивами, ликвидация отставания от ведущих стран.

9. Наличие льготного списка противоастматических препаратов, выдаваемых пациентам на бесплатной основе.

10. Оптимизация структуры аллергослужбы РК, ликвидация дублирующих структур, расширение структуры Республиканского Аллергоцентра НИИ КиВБ, создание аллергоцентра в г. Караганда (2013 г.), развитие региональных центров г. Астана, Актюбинской, Восточно-Казахстанской и Южно-Казахстанской областей.

11. Выделение отдельного государственного заказа на оказание аллергологической консультативно-диагностической помощи населению Республики

12. Развитие телемедицины и дистанционного образования врачей.

13. Реформирование медицинского образования, введение системы резидентуры, модульного обучения и многое другое.

Огромный вклад в развитие аллергологии в РК внесли сотрудники НИИ кардиологии и внутренних болезней, и, в частности Республиканского аллергологического центра. Республиканский научно-практический аллергологический центр (как он назывался ранее) был организован в 2002 г. при НИИ КВБ Постановлением Правительства РК. В течение 12 лет с момента основания РНПАЦ руководил его организатор доктор медицинских наук, академик профилактической медицины, **профессор Нурпеисов Темырлан Нуралиевич (1944-2014)**.

Под руководством Нурпеисова Т.Н. РНПАЦ несмотря на небольшой штат стал действительно научно-методическим центром аллергологии Казахстана, выполнил целый ряд основополагающих исследований в области эпидемиологии и подходов к диагностике, лечению и профилактике основных аллергических патологий. Под руководством профессора Нурпеисова Т.Н. была создана школа

аллергологов-практиков и научных сотрудников с современным взглядом на аллергологию и иммунологию. Именно Темырлан Нуралиевич создал концепцию развития аллергослужбы, которую воплощал всю свою жизнь, и которая сохранила жизнеспособность и после его безвременной кончины. К сожалению, профессор Нурпеисов Т.Н. не застал итог его многолетней деятельности – расширение РНПАЦ, слияние его с поликлиническим звеном и трансформация в конечном итоге в Республиканский аллергологический центр (Постановление Правительства РК, 2014 г.)

Данный процесс сделал возможным развертывание в рамках РАЦ как консультативно-диагностической, так и стационарной и стационар-замещающей помощи аллергикам, прием детей, подростков и взрослых, включение аллергоиммунологической лаборатории и функционального отделения. Все это позволило значительно увеличить возможности РАЦ в отношении специализированной помощи аллергикам со всего Казахстана.

В настоящее время в РАЦ действует принцип «одного документа» – любой житель РК может по одному заполненному направлению (форма 001-4у) с места жительства обратиться за консультацией и обследованием к одному из 14 высококвалифицированных аллергологов РАЦ. Естественно, оплата данных услуг предоставляется в рамках ГОБМП за счет республиканского бюджета.

При аллергоцентре развернуты самые современные методы аллергодиагностики *in vivo* и *in vitro*, проводится аллерген-специфическая иммунотерапия, организован центр исследования функции внешнего дыхания, внедрены электронные информационные системы, созданы беспрецедентные условия для проведения научных исследований и образовательной деятельности для резидентов, врачей и медицинских сестер со всего Казахстана.

Все это привело к значительному росту обращаемости жителей РК в РАЦ. Если в 2014 г. было проконсультировано около 8000 пациентов (причем доля аллергологического приема не превышала 70%), то в 2015 году эта цифра

составила 10,5 тысяч, в 2016 – 17,0 тысяч, а в 2017 – более 20,0 тысяч (ориентировочно, с учетом оставшейся части 4-го квартала). И эти цифры отражают только услуги, оказанные на бюджетной основе. При этом, благодаря отсутствию завышенных тарифов, растет и обращаемость пациентов на платной основе, по договорам со страховыми компаниями, предприятиями.

Параллельно с клинической деятельностью сотрудники РАЦ активно занимаются научными проектами, защитой диссертаций PhD, разработкой и пересмотром национальных клинических протоколов, методических рекомендаций, школой бронхиальной астмы, обучением новых кадров, повышением квалификации, международным сотрудничеством, популяризацией информации о правильных подходах к лечению аллергических заболеваний среди населения Казахстана.

Таким образом, аллергология Казахстана является одним из самых быстро развивающихся направлений медицины, РАЦ НИИ КВБ соответствует самым высоким требованиям и может без преувеличения конкурировать с зарубежными аллергоцентрами. К примеру, за последние 5 лет не было ни одного прецедента направления пациентов для диагностики или лечения за рубеж. Создано «Общество аллергологов, иммунологов и иммунореабилитологов», которое призвано еще более сплотить усилия всех ученых и практиков в этой области, ускорить интеграцию аллергологии и иммунологии РК в мировое сообщество.

Тем не менее, несмотря на высокие достижения и успехи, современная ситуация ставит перед нами все новые задачи. Первоочередными являются создание станций по определению концентрации пыльцы в воздухе, дальнейшая работа по увеличению ранней выявляемости бронхиальной астмы, профилактике лекарственной аллергии.

Этим и другим актуальным вопросы аллергологии и иммунологии посвящена Республиканская конференция с международным участием «Клиническая иммунология и аллергология в Казахстане: достижения и перспективы развития» (Алматы, 23-24 ноября 2017 г.), посвященная памяти.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

А.О. Аймагамбетова, Л.К. Каражанова, А. Котляр

Данная статья рассматривает изучение частоты генотипов и аллелей генов про- и противовоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-10, IL-6) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST) с целью определения группы риска развития осложненного течения ИМнST.

Полиморфизм генов цитокинов исследовали методом рестриктоного анализа продуктов амплификации специфических участков генома у 59 (72,8%) мужчин и 22 (27,2%) женщин, казахской национальности. Контролем служила группа из 100 практически здоровых лиц (доноры казахской национальности). У всех исследовался однонуклеотидный SNP-полиморфизм промоторного региона генов TNF- α (G-308A), IL-10 (G-1082A), IL-6 (G-174C). Диагноз ИМнST устанавливали в соответствии с классификацией Европейского общества кардиологов (ESC). Все больные были разделены на 2 группы, где группу неосложненного течения ИМнST составили 49 (60,5%) больных, которые не имели осложнений, как в госпитальном периоде, так и после неё. Вторую группу составили 32 (39,5%) пациентов с осложненным течением ИМнST.

В работе показана, ассоциация гомозиготного генотипа минорного типа A/A в позиции G-308A промоторной области гена TNF α с осложненным течением ИМнST (OR=6,89, 95 %, p<0,05). Выявлено, что гомозиготный генотип минорного типа C/C в позиции G-174C промоторной области гена IL-6 также ассоциировал с осложненным течением ИМнST (OR=4,60, 95%, p<0,05). Согласно нашим данным, не было выявлено существенных различий в частоте аллелей и генотипов полиморфизма G-1082A гена IL-10 в зависимости от течения ИМнST. Таким образом, полиморфизмы генов цитокинов можно было бы рассматривать как возможный генетический фактор риска развития осложненного течения ИМнST у больных казахской национальности (Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан), после дополнительных исследований с существенным увеличением объема выборки

Ключевые слова: инфаркт миокарда, цитокины, полиморфизм генов цитокинов.

УДК 616.127-005.8-056.7(574)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ [1]. Так ежегодно от ССЗ в мире умирают около 17,5 млн. человек, что составляет около 30 % от всех случаев смерти в мире, из них более 7 миллионов человек умирают вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), что составляет 12,8% от всех случаев смерти [1]. Основной причиной смертности являются заболевания сердца, в частности ИБС, основное проявление которой – инфаркт миокарда (ИМ) [2,3]. Особую драматичность течение ИБС приобретает при развитии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST), что заставляет кардиологов мира искать новые возможности как первичной, так и вторичной его профилактики [4].

Один из подходов к профилактике ИМ и его осложнений – изучение генов, обуславливающих предрасположенность к заболеванию. Генетические ассоциативные исследования и анализ генов-кандидатов позволили выявить ряд полиморфизмов, предрасполагающих к развитию острых коронарных событий [5]. Данные последних исследований указывают на важную роль цитокиновой сети в инициации и прогрессировании атеросклеротического процесса и ИБС. В то же время изучение значимости полиморфизма генов цитокинов в развитии ИМ ограничено немногочисленными работами. Между тем, комбинация результатов генетического тестирования с традиционными факторами риска может значительно повысить их прогностическую ценность в развитии и течении ИМ.

Среди цитокинов основное значение придается интерлейкинам с провоспалительной активностью – интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухолей- α (TNF- α). Нарушение метаболизма TNF- α , играет определенную роль в развитии сердечно-сосудистых нарушений [6,7]. TNF- α , один из основных цитокинов воспаления, продуцируется макрофагами миокарда, миоцитами сердца и лимфоцитами и обладает значительной биологической активностью [8]. Гены интерлейкинов обладают чрезвычайно высокой степенью полиморфизма, причем количество участков этого полиморфизма в одном гене может достигать

нескольких десятков и располагаться они могут как в кодирующих экзонах, так и в интронах и, что особенно важно, в промоторных регуляторных зонах структуры гена. Для исследования выбраны 3 гена-кандидата, которые, согласно международным базам данных, ассоциируются с ИБС и ИМ: гены провоспалительных цитокинов IL-6, TNF- α и противовоспалительного интерлейкина-10 (IL-10). На основании этих данных был выбран полиморфный маркер (G-1082A) гена IL-10, который расположен в промоторе гена и, возможно, ассоциирован с уровнем синтеза интерлейкина [9] и полиморфный маркер (G-174C) гена IL-6. Несмотря на множество описанных возможных полиморфизмов гена TNF- α , лишь замена в позиции G-308A влияет на изменение транскрипции и продукции цитокина [10]. Наличие аллельного полиморфизма в промоторных участках генов интерлейкинов обеспечивает разнообразие индивидов по степени продукции цитокинов при антигенной стимуляции, т.е. при формировании воспалительных клеточных реакций, в том числе и при остром инфаркте миокарда. В развитие этой концепции нами проведен анализ частоты встречаемости отдельных аллелей ряда генов интерлейкинов, расположенных именно в промоторных участках генов.

Цель работы – изучить частоты аллельных вариантов и генотипов гена цитокинов (TNF- α , IL-10, IL-6) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST).

Материалы и методы. Нами обследованы 81 больных ИМнST находящиеся на лечении в кардиологическом отделении Медицинского Центра Государственного Медицинского Университета г.Семей. В исследование включены 59 (72,8%) мужчин и 22 (27,2%) женщин, казахской национальности, средний возраст пациентов составил 62,8 (40; 91) лет. Контрольную группу составили 100 практически здоровых лиц (доноры казахской национальности), этнически и географически соответствующие исследуемой группе пациентов. Кроме того, учитывая, что внешние факторы значимы при развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), контрольная группа была набрана из лиц проживающих в

Восточно-Казахстанской области, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз ИМпСТ устанавливали в соответствии с классификацией Европейского общества кардиологов (ESC). Все пациенты в стационаре получали стандартную медикаментозную терапию. У всех больных исследовался однонуклеотидный SNP-полиморфизм промоторного региона генов TNF- α (G-308A), IL-10 (G-1082A), IL-6 (G-174C). Генотипирование промоторных участков цитокинов проводили на основании данных о нуклеотидной последовательности исследуемых генов из базы данных Gen Bank www.ncbi.nlm.nih.gov/genbank/ с использованием регистрационных номеров TNF- α G-308A (rs1800629), IL-10 G-1082A (rs1800896), IL-6 G-174C (rs1800795). Определение полиморфизмов генов IL-10, TNF- α , осуществляли методом ПЦР с флуоресцентной схемой детекции результата в режиме реального времени (real-time PCR), полиморфизмов гена IL-6, осуществляли методом ПЦР с электрофоретической схемой детекции результата (с аллель-специфичными праймерами, синтезированными в НПФ «Литех», Россия). ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови с использованием стандартных методик. В исследование не включались пациенты с

острыми воспалительными, иммунопатологическими, онкологическими заболеваниями, также хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. Исследования выполнены в соответствии с Хельсинской декларацией. Получено заключение этического комитета ГМУ г. Семей от 13.11.2013г. №2. У всех участников было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. В течении последующих 12 месяцев со дня поступления, проведена оценка наличия конечных точек: жив/умер, острая сердечная недостаточность III-IV стадия по Killip, декомпенсацией ХСН, постинфарктная аневризма левого желудочка, ранняя постинфарктная стенокардия, рецидивирующий инфаркт миокарда, прогрессирующая стенокардия (с рестенозом в зоне стента), тяжелые нарушения ритма и проводимости. Все больные были разделены на 2 группы. Группу неосложненного течения ИМпСТ составили 49 (60,5%) больных, которые не имели осложнений, как в госпитальном периоде, так и после неё. Вторую группу составили 32 (39,5%) пациентов с осложненным течением ИМпСТ (таблица 1).

Таблица 1 - Частота встречаемости конечных точек в течении 12 месяцев

Показатель	Госпитальный период	Постгоспитальный период
Ранняя постинфарктная стенокардия	17,2% (14)	12,3% (10)
Сердечная недостаточность III-IV стадия по Killip	12,3% (10)	-
Хроническая сердечная недостаточность III-IV ФК по NYHA	-	22,2% (18)
Развитие подострой аневризмы левого желудочка	4,9% (4)	4,9% (4)
Летальный исход	8,6% (7)	7,4% (6)
Рецидивирующий инфаркт миокарда	-	11,11% (9)
Клинически значимые нарушения ритма	6% (5)	17% (14)
Прогрессирующая стенокардия (с рестенозом в зоне стента)	-	4,9% (4)

Частота осложнений ИМпСТ в период нашего наблюдения (12 месяцев) регистрировалась, как в госпитальном периоде, так и в постгоспитальном периоде. Полученные данные обрабатывались с использованием программы SPSS Inc., версия 20.0. Статистическая обработка результатов исследований включала расчет таких показателей, как частота встречаемости генотипов и аллелей генов их комбинаций, отношение шансов (OR – odds ratio) с расчетом 95 % доверительного интервала (95 % Confidence Interval – 95 % CI). Распределение генотипов по исследованным полиморфным локусам проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга. Достоверность различий частот распределения изучаемых признаков в альтернативных группах определяли по критерию χ^2 2 (точный двусторонний тест Фишера).

Результаты и обсуждение.

В ходе анализа выполненных молекулярно-генетических исследований установлено, что частота генетического полиморфизма G-308A гена TNF- α у 78,0% резидентов контрольной группы наблюдалась G/G - состояние аллелей, расцененное как гомозигота дикого типа, у 21,0% резидентов – G/A, гетерозигота соответственно, у 1% резидентов – A/A, расцененное как гомозигота минорного типа. Частота генетического полиморфизма G-1082A гена IL-10 у 52,0% резидентов контрольной группы наблюдался генотип – G/G, у 46,0% резидентов - гетерозигота, у 2% резидентов – A/A. Частота генетического полиморфизма G-174C гена IL-6 у 64,0% резидентов контрольной группы наблюдался генотип – G/G, у 35,0% резидентов - гетерозигота, у 1% резидентов – C/C (таблица 2).

Таблица 2 - Особенности распределения генотипов и аллелей по полиморфизмам TGF- α (G-308A), IL-10 (G-1082A) и IL-6 (G-174C) у больных ИМпСТ и здоровых лиц. Ассоциация полиморфизмов с течением ИМпСТ

Точки полиморфизма генов	Генотипы	Группы									χ^2	p-value
		Неосложненное течение (n-49)			Осложненное течение (n-32)			Контрольная группа (n-100)				
		n	частота %	OR*	n	частота %	OR*	n	частота %			
TNF- α G-308A	G/G	31	63,26	1,84	11	34,37	0,54	78	78,0	30,52	0,001	
	G/A	16	32,65	0,87	12	37,50	1,14	21	21,0			
	A/A	2	4,08	0,14	9	28,12	6,89	1	1,0			
	G	78	79,59	1,50	34	53,12	0,66	177	88,5			
	A	20	20,41	0,43	30	46,87	2,29	23	11,5			
IL-10 G-1082A	G/G	19	38,77	1,24	10	31,25	0,80	52	52,0	15,40	0,003	
	G/A	24	48,98	1,04	15	46,87	0,95	46	46,0			
	A/A	6	12,24	0,55	7	21,87	1,79	2	2,0			
	G	62	63,26	1,16	35	54,69	0,86	150	75,0			
	A	36	36,73	0,81	29	45,31	1,23	50	25,0			

IL-6 G-174C	G/G	38	77,55	1,65	15	46,87	0,60	64	64,0	17,83	0,001
	G/C	9	18,37	0,53	11	34,37	1,87	35	35,0		
	C/C	2	4,08	0,21	6	18,75	4,60	1	1,0		
	G	85	86,73	1,35	41	64,06	0,73	163	81,5		
	C	13	13,26	0,36	23	35,94	2,71	37	18,5		

Примечание: * в сравнении с группами течения ИМпСТ

Анализ распределения генотипов TNF-α G-308A в исследуемой нами группах выявил преобладание частоты гомозиготного варианта дикого типа в группе неосложненного течения составил 63,26%, над группой осложненного течения 34,37%. Как видно, и данных таблицы, в распределения генотипов TNF-α преобладание гомозиготного -308G/G варианта над гетерозиготным -308G/A в группах неосложненного течения и контрольной группе. Частота распределения гомозиготного варианта минорного типа -308A/A преобладает в группе осложненного течения 28,12%, относительно группы неосложненного течения 4,08 % (OR=6,89, 95%, p<0,05). Полученные нами результаты перекликаются с работами ряда авторов [11]. Показана ассоциация генотипов -308A/A и -308A/G гена TNF-α с повышенным риском развития неблагоприятного исхода в группе больных, перенёсших острый коронарный синдром [11]. Как видно, из данных таблицы частота распределения генотипов IL-10 G-1082A выявил преобладание гомозигот дикого типа -1082 G/G - 38,77%, относительно частоте гомозигот минорного типа -1082A/A - 12,24% в группе неосложненного течения. Однако и в группе осложненного течения частота распределения гомозигот дикого типа 1082 G/G - 31,25%, также превышает частоту гомозигот минорного типа -1082A/A -21,87%. Распределения частот генотипов IL-6 G-174C в исследуемых группах выявил сравнительно высокую частоту гетерозигот

-174G/C - 34,37% и гомозигот минорного типа -174C/C (18,75%) в группе осложненного течения относительно группы неосложненного течения. Где частота гомозигот дикого типа -174G/G - 77,55% выше частоты гомозигот минорного типа -174C/C - 4,08% и гетерозигот -174G/C - 18,37%. Данные анализа частоты носительства исследуемых позиций промоторного региона генов IL-6 при ИМпСТ показали, что гомозиготность минорного типа -174C/C способствовала развитию осложненного течения (OR=4,60, 95%, p<0,05). При анализе влияния полиморфизма G-174C промоторного региона гена IL-6 на течение ИМпСТ наблюдается снижение риска развития осложненного течения у носителей гомозиготного варианта дикого типа -174G/G (OR = 1,65, 95 %, p<0,05). Наши данные частично перекликаются с работами ряда авторов, которые выявили ассоциации функционального полиморфизма G-174C гена IL6, как с классическими факторами риска ССЗ, так и с риском развития ИМ [12]. Согласно нашим данным, частота распределения аллелей А полиморфного варианта G-308A гена TNFα в группе осложненного течения (46,87%) в 2 раза превышали частоты аллелей в группе неосложненного течения (20,41%) и в 4 раз превышал в контрольной группе (11,5%), что возможно повлияло на течение заболевания. В то же время частота распределения аллелей G в исследуемых группах, статистически значимо не отличались (p=0,083) рисунок 1.

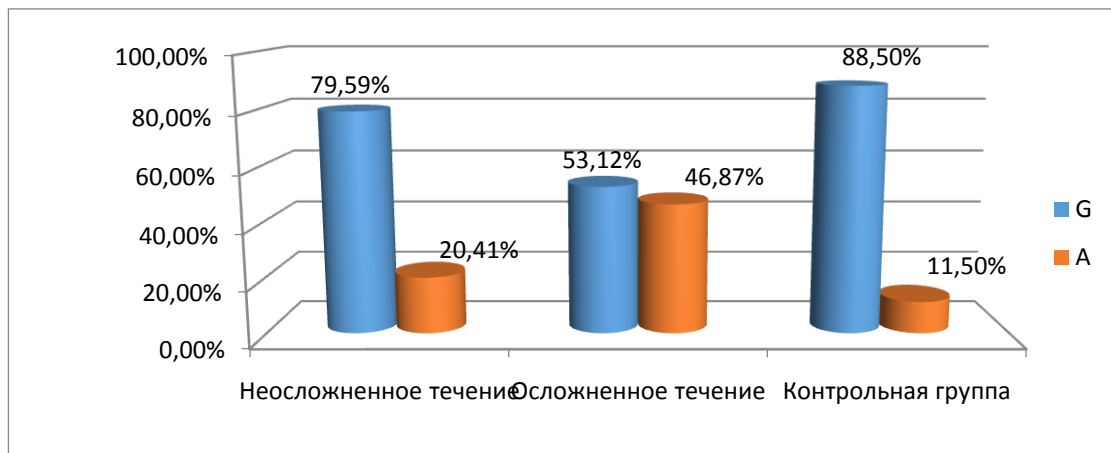


Рисунок 1 - Частота распределения аллелей полиморфизма G-308A гена TNF-α

Частота распределения аллелей А, G полиморфного варианта G-1082A гена IL-10

во всех исследуемых группах, статистически значимо не отличались (p=0,253) рисунок 2.

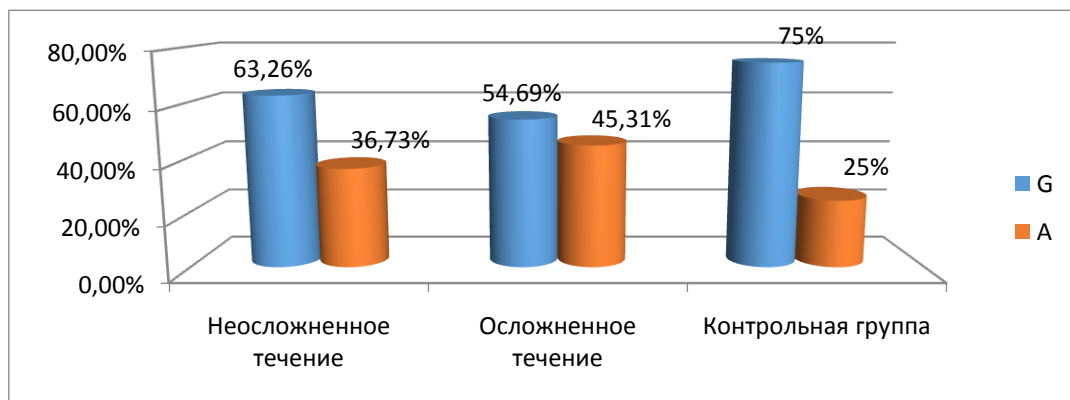


Рисунок 2 - Частота распределения аллелей полиморфизма G-1082A гена IL-10

Частота распределения аллелей С полиморфного варианта G-174C гена IL-6 в группе осложненного течения (35,94%) почти в 3 раза превышала частоты аллелей в группе неосложненного течения (13,26%) и в 2 раз превышал в

контрольной группе (18,50%), что возможно повлияло на течение заболевания. В то же время частота распределения аллелей G в исследуемых группах, статистически значимо не отличались ($p=0,174$) рисунок 3.

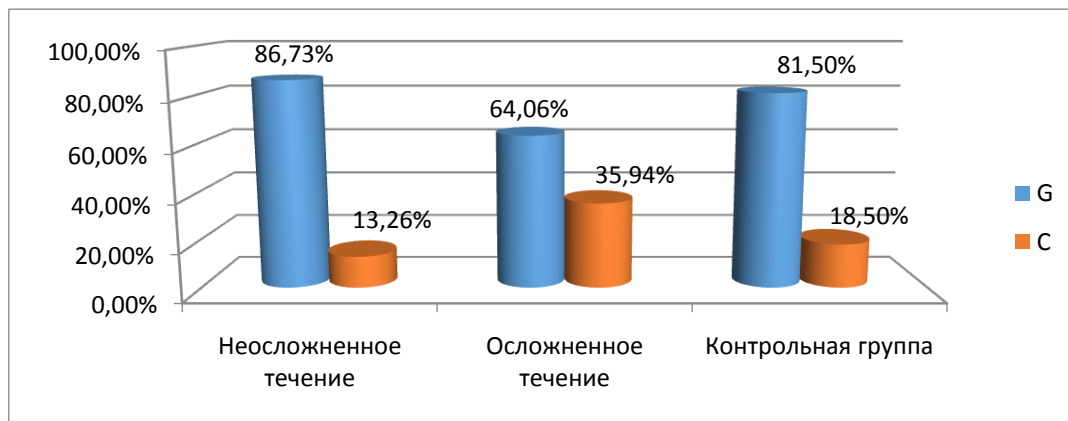


Рисунок 3 - Частота распределения аллелей полиморфизма G-174C гена IL-6

Таким образом, гомозиготный генотип минорного типа - 308A/A гена TNF α G-308A, гомозиготный генотип минорного типа -174C/C гена IL-6 G-174C, можно было бы рассматривать как возможный генетический фактор риска развития осложненного течения ИМпСТ у больных казахской национальности. Однако данный результат следует признать сугубо предварительным, так как для подтверждения или опровержения полученных результатов необходимо существенно увеличить объемы выборок. Согласно нашим данным, не было выявлено существенных различий в частоте аллелей и генотипов G-1082A полиморфизма гена IL-10 в зависимости от течения ИМпСТ, что требует дальнейших исследований со значительным увеличением числа испытуемых в каждой группе. В анализе особенностей частоты распределения аллелей, выявлено, что аллель G полиморфного варианта G-308A гена TNF α , аллель G полиморфного варианта G-1082A гена IL-10, также аллель G полиморфного варианта G-174C гена IL-6 встречаются существенно чаще во всех исследуемых группах (рисунки 1,2,3). Так же, следует отметить что аллель A полиморфного варианта G-308A гена TNF α , аллель A полиморфного варианта G-1082A гена IL-10, также аллель C полиморфного варианта G-174C гена IL-6 встречаются существенно чаще в группе осложненного течения. Однако статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$).

Выводы:

Итак, основным результатом настоящей работы можно считать выявление 2 генотипов, генотипа A/A полиморфных вариантов G-308A гена TNF α , генотипа C/C полиморфных вариантов G-174C гена IL-6 ассоциированных с осложненным течением ИМпСТ. Которые возможно свидетельствуют о вкладе данного полиморфизма в прогнозировании течения ИМпСТ у больных казахской национальности Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан. Однако на данном этапе работы такой прогноз возможен, только после дополнительного исследования с существенным увеличением объема выборки.

Ограничения исследования. Настоящее исследование имеет определенные ограничения, обусловленные малым объемом выборки в исследуемых группах, что является недостаточным для получения статистически значимых закономерностей. Для решения поставленных задач необходимы дальнейшие исследования, с большим объемом выборки, обладающие большей мощностью.

Конфликт интересов

Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Благодарность

Выражаем благодарность всем пациентам и членам их семей, которые участвовали в этом исследовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/.
- 2 Thygesen K., Alpert J.S., White H.D. et al. [Перевод Евсеев М.О.] Универсальное определение инфаркта миокарда // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2008. - №5. - С. 91-105.
- 3 Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Third universal definition of myocardial infarction // Circulation. - 2012. - Vol. 126. - №16. - P.2020-2035.
- 4 Lev E. I., Komowski R., Vaknin-Assa H. et al. Comparison of the predictive value of four different risk scores for outcomes of patients with ST-elevation acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention // Am. J. Cardiol. - 2008. - Vol. 102. - P.6-11.
- 5 J.P. Casas Investigating the genetic determinants of cardiovascular disease using candidate genes and meta-analysis of association risk factors // Intern J Molec Med. - 2007. - Vol. 19. - P. 129-141.
- 6 Skoog T., Dicht W., Boquist S. et al. Plasma tumour necrosis factor α and early carotid atherosclerosis in healthy middle-aged men // Eur. Heart J. - 2002. - Vol. 23. - P. 376-383.
- 7 Young J., Libby P., Schonbeck U. Cytokines in the pathogenesis of atherosclerosis // Thrombosis and Haemostasis. - 2002. - Vol. 88(4). - P. 554-567.
- 8 Meldrum D. R. Tumour necrosis factor in the heart // Amer. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. - 1998. - Vol. 274. - P. 557-595.
- 9 M. Heiskanen Polymorphism in the IL10 promoter region and early markers of atherosclerosis: The cardiovascular risk in young finns study // Atherosclerosis. - 2010. - Vol. 208. - P. 190-196.

- 10 J. Hoffstedt Excessive fat accumulation is associated with the TNF α -308G/A promoter polymorphism in women but not in men // Diabetologia. - 2000. - Vol. 43. - P. 117-120.
- 11 Humphries S.E., Luong L.A., Ogg M.S., et al. The interleukin-6 -174 G/C promoter polymorphism is associated with risk of coronary heart disease and systolic blood pressure in healthy men // European Heart Journal. - 2001. -V. 22. - P. 2243-2252.

А.О. Аймагамбетова, Л.К. Каражанова, А. Котляр

**ҰЛТЫ ҚАЗАҚ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ST СЕГМЕНТІНІҢ КӨТЕРІЛУІМЕН ЖҮРЕТІН МИОКАРД ИНФАРКТЫ
КЕЗІНДЕГІ ЦИТОКИНДЕР ГЕНДЕРІНІҢ ПОЛИМОРФИЗМІ**

Түйін: Бұл мақала ұлты қазақ науқастарда ST сегментінің көтерілуімен жүретін жедел миокард инфаркты кезіндегі цитокиндердің (TNF- α , IL-10, IL-6) аллель турінің және генотиптерінің жиілігін қарайтын болып табылады.

Қазақ ұлтты 59 (72,8%) ер адамдармен 22 (27,2%) әйелдерде цитокиндер полиморфизмын, генінің спецификалық бөліктерінің амплификация өнімдерін, рестриктивті анализ әдісімен зерттедік. Бақылау тобын 100 дені сау адамдар (қазақ ұлтты донорлар) құрады. Барлығында гендердің TNF-альфа(G-308A), IL-10(G-1082A), IL-6(G-174C) промоторлы аймақтарының бір нуклеотидты SNP-полиморфизмі зерттелді. ST сегментінің көтерілуімен жүретін жедел миокард инфаркты диагнозы Европалық кардиологтары қоғамының классификациясына сай қойылған. Барлық науқастар 2 топқа бөлінді. Бірінші топты стационарда жатқан кезеңде және стационардан шыққаннан кейін асқынуы жоқ 49 (60,5%) науқас құрады, екінші топты жүрек қантамыр жүйесінің әр түрлі асқынқынулары бар 32 (39,5%) науқас құрады - асқынбаған ағым. Біздің жұмысымызда асқынған ағым тобында (OR=6,89, 95 %, p<0,05) TNF- α генінің G-308A позициясында, гомозиготты генотиптің минорлы типтегі А/А ассоциациясы көрсетілген. Гомозиготалы генотиптің минорлы С/С түрінің IL-6 генінің G- 174C позициясы (OR=4,60, 95%, p<0,05) асқынған ағым тобымен ассоциацияланған. Ал ST сегментінің көтерілуімен жүретін жедел миокард инфарктының ағымына байланысты аллелдер жиілігі мен IL-10 генінің G-1082A генотиптері арасында анық айырмашылықтар анықталмаған. Қосымша зерттеулерден кейін цитокин гендерінің полиморфизмі қазақ ұлтты ST сегментінің көтерілуімен жүретін миокард инфарктымен науқастарының асқынған ағымын (Қазақстан Республикасы Шығыс - Қазақстан облысы) болжауға көмектесетін генетикалық қауіп факторы ретінде қарастыруға болады.

Түйінді сөздер: Миокард инфаркты, цитокиндер, цитокин гендерінің полиморфизмі.

A. Aimagambetova, L. Karazhanova, A. Kotlyar

**CYTOKINE GENE POLYMORPHISM WITH MYOCARDIAL INFARCTION WITH ELEVATED ST-SEGMENT
IN SUBJECTS OF KAZAKH NATIONALITY**

Resume: The present investigation was performed to determine the risk of morbidity in Acute Myocardial Infarction with elevated ST-segment (AMI-ST). AMI-ST was diagnosed in accordance with the classification of the European Society of Cardiology (ESC).

Single nucleotide polymorphisms of the promoter region of SNP-gene of TNF- α (G-308A), IL-10 (G-1082A) and IL-6 (G-174C) were studied. The polymorphism of cytokine genes was examined using restriction analyses of the amplified specific areas of genome of all study participants.

AMI-ST study group consisted of 59 men and 22 women of Kazakh ethnicity (72.8% and 27.2%, respectively). This group was divided into two groups by complications in the course of AMI. Thus, the AMI-ST group A consisted of 49 patients without any complication, whether during or post hospitalization period. The AMI-ST group B consisted of 32 patients with complications (60.5% and 39.5%, respectively).

One hundred healthy blood donors of Kazakh ethnicity served the Control study group.

A minor type A/A homozygous genotype detected in the G-308A position of the TNF α gene promoter region was associated with complicated AMI-ST (OR = 6,89; 95%, p<0.05). Also, a minor type homozygous genotype C/C detected in the G-174C position of the IL-6 gene promoter region was associated with complicated AMI-ST (OR = 4,60; 95%, p <0.05).

No significant difference was found in the allele frequency and genotypes of G-1082A polymorphism of IL-10 gene of AMI-ST groups.

Additional studies with a significantly increased sample size are necessary, to investigate whether polymorphisms of cytokine genes could be considered a morbidity genetic risk factor in the Kazakh ethnicity patients with AMI-ST (East Kazakhstan region of the Republic of Kazakhstan).

Keywords: myocardial infarction, cytokines, cytokine gene polymorphisms.

ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И РАК

Г.Т. Балпанова, Б.Б. Бижигитова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В кратком обзоре представлена роль хронического воспаления в процессе злокачественной трансформации. Показано значение клеток врожденного иммунитета в малигнизации, роль «переобучения» макрофагов раковыми клетками и хронической продукции провоспалительных цитокинов в прогрессии рака.

Ключевые слова: хроническое воспаление, рак, иммунные клетки, провоспалительные цитокины.

УДК 616-002.2+616-006.6

До недавних пор исследователи рака фокусировали свое внимание прежде всего на генетических изменениях, лежащих в основе возникновения этого заболевания [1]. За последние десятилетия накоплены доказательства важной роли хронического воспаления в прогрессии некоторых типов опухолей [2,3,4].

В настоящее время в развивающихся странах доля онкологических заболеваний со смертельным исходом, возникших на основе хронических воспалений, составляет 20-25%, а в индустриально развитых – 7-10%. Исследования связи между воспалением и раком – третьим основным убийцей человека – заняли центральное место среди исследований в области онкологии в последние два десятка лет.

Ученые установили, что усилить канцерогенез может воспалительный компонент иммунной системы, который в норме является составной частью процессов заживления ран [3,5]. Уже давно врачи и исследователи подозревали наличие связи между раком и воспалением. Воспаление является отличительным признаком рака, участвующие же в воспалительном процессе различные иммунные клетки с помощью цитокинов оказывают не только противоопухолевое действие, но и парадоксальный про-опухолевый эффект, а также влияют на устойчивость опухоли к терапии.

Еще в XIX веке известный немецкий патологоанатом Рудольф Вирхов отмечал, что в опухолевой ткани присутствуют так называемые лимфоретикулярные инфильтраты, состоящие из белых клеток крови. Более двух десятков лет назад многие исследователи придерживались той точки зрения, что иммунная система служит не только для элиминации патогенов, но и для обнаружения клеток, которые являются аномальными предшественниками рака [6].

Две ветви иммунной системы – врожденная и адаптивная – исключительно хорошо адаптированы к борьбе против патогенов, но их роль в борьбе против рака оказалась более чем парадоксальной. Врожденная иммунная система обеспечивает начальный воспалительный ответ против микробов путем атаки любого проникающего в организм патогена сразу и неспецифический, тогда как адаптивная иммунная система осуществляет замедленный, более поздний ответ, который является специфическим, то есть направлен против строго определенного патогена. При раке обе системы иногда могут атаковать раковые клетки. Но исследования показывают, что опухоль защищает сама себя путем вовлечения врожденной системы в стимуляцию ее развития [7].

В конце 1990-х годов начались экспериментальные исследования, показавшие, что TNF, который считали применимым для лечения рака, при постоянном хроническом присутствии в низких концентрациях работал в организме как эндогенный промотер роста опухоли [7].

Измененные представления о прогрессии рака, однако, не отменили полностью старых представлений о функциях иммунной системы в этом процессе, она в этом случае работает как двусторонний меч. Сеть молекул и клеток организма, вторая по сложности строения после мозга, остается парадоксальной: иногда она способствует развитию рака; в других случаях препятствует этой болезни. Некоторые типы клеток врожденного иммунитета, такие как NK-клетки, могут действительно защищать от

опухолевого роста. Другие могут способствовать малигнизации, но только когда микроокружение «поляризовано» в сторону воспалительного состояния; когда же этого нет, они могут препятствовать прогрессии опухоли. Воспаление, более того, способствует развитию опухолей во многих органах [8].

Важную роль во влиянии на развитие опухоли играют макрофаги, они составляют значительную часть клеток, находящихся в микроокружении опухолей. С одной стороны, они могут убивать опухолевые клетки или посылать активирующий сигнал T-клеткам адаптивной иммунной системы, которые иногда также могут способствовать росту раковых клеток [9].

В работе W.Pollard с соавт. было детально изучено, каким образом макрофаги «переобучаются» раковыми клетками и становятся «фабриками», продуцирующими цитокины и ростовые факторы, которые стимулируют развитие опухоли [9,10,11].

Обращение макрофагов в предатели начинается, когда опухолевые клетки посылают сигнал, вызывающий хемотаксис моноцитов, которые превращаются в макрофаги, когда достигают опухоли. Внутри опухоли пролиферирующие клетки растут так быстро, что они начинают погибать от недостатка кислорода. Комбинация гипоксии и медиаторов, выделяемых опухолевыми клетками, инициирует процесс, при котором вновь приходящие в опухоль макрофаги становятся промоутерами роста опухоли. Исследователи рака назвали их «опухоле-ассоциированные макрофаги» из-за их концентрации внутри и вокруг опухоли [9,10,11,12].

Исследователи изучали связь с канцерогенезом ядерного фактора каппа В (NF-κB), представляющего собой комплекс белков, который работает как переключатель для активации воспалительных генов и контроля клеточной смерти [13,14].

Было показано, что количественное снижение ядерного фактора – NF-κB или выключение провоспалительных сигнальных молекул TNF путем генетической альтерации приводит у экспериментальных мышей к сокращению участков предраковой ткани, которые не прогрессируют до полной злокачественности. Также было отмечено, что нейтрализующие антитела блокируют TNF и предотвращают его связывание с рецепторами на предмalignантных раковых клетках; утрата рецепторов предотвращает запуск с помощью TNF молекулярного каскада, который включает работу NF-κB-переключателя. Блокирование ядерного фактора NF-κB вызывал апоптоз предраковых печеночных клеток у экспериментальных мышей.

Однако наиболее ярким доказательством наличия связи между раком и воспалением являются данные, показывающие, что для многих видов рака воспаление стимулирует превращение предмalignантной ткани в полностью злокачественную. Воспалительный ответ может также участвовать в инициации опухолей и в развитии метастазов. Например, инфицирование *Helicobacter pylori* вызывает воспаление, которое значительно повышает риск возникновения рака желудка [15]. Патогены могут также вызвать в качестве защитной реакции со стороны организма генерацию клетками – макрофагами, нейтрофилами свободных радикалов, способных

повреждать ДНК, что может привести к возникновению раковых клеток

Все это показывает, что иммунное воспаление является ключевым медиатором на начальных стадиях развития опухоли. Рак начинается с серии генетических изменений, которые приводят к чрезмерной репликации группы клеток с последующей инвазией в окружающие ткани, что является той точкой, с которой начинается истинная малигнизация. При определенных обстоятельствах некоторые опухолевые клетки могут отрываться и метастазировать. Это было установлено достаточно давно. Однако исследователи биологии рака и иммунологи показывают, что для реализации этого этапа прогрессии опухоли от локального участка опухолевой ткани к процветающему инвазивному раку часто необходимо участие клеток, которые в норме участвуют в удалении поврежденных тканей и клеток; находясь в окружении предмалигнантной ткани, где они превращаются в пособников и помощников малигнизации [5,6,7].

Итак, прогрессия некоторых видов рака обеспечивается эффектом, который ученые обозначили как «тлеющее» воспаление, при котором опухоль рекрутирует иммунные клетки, которые задерживаются в ее окружении и внутри самой опухоли. К этим клеткам относятся клетки врожденной иммунной системы (макрофаги; тучные клетки, которые выделяют гистамин и другие соединения, способствующие развитию воспаления; гранулоциты – нейтрофилы, эозинофилы и базофилы, участвующие в воспалении; дендритные клетки – они представляют антигены, в частности молекулы из опухолевых клеток, клеткам адаптивной иммунной системы, индуцируя

специфическую иммунную атаку против опухоли; NK-клетки – неспецифически разрушают собственные клетки организма, инфицированные патогенами, а также опухолевые клетки); клетки адаптивной иммунной системы – В- и Т-лимфоциты.

В исследованиях механизмов индукции рака и стимуляции его прогрессии все же наибольшее внимание уделяется системе врожденного иммунитета. Как и система врожденного иммунитета, адаптивная иммунная система, т.е. Т- и В-лимфоциты, продуцируемые ими цитокины и антитела могут как способствовать онкопатологии, так и подавлять рост опухолей и убивать опухолевые клетки [16]. Внутренние перекрестные взаимодействия между клетками врожденной и адаптивной иммунной систем способны также участвовать в стимуляции опухолевого заболевания. Раковая клетка может с помощью химических сигналов активировать клетки врожденной иммунной системы, возможно, дендритные клетки, которые затем активируют В-лимфоциты, способствующие росту опухолей. Эта стимуляция может происходить через Толл-подобные рецепторы, которые являются известными посредниками в путях межклеточной сигнализации врожденной иммунной системы [17].

Таким образом, воспаление как физиологическая реакция организма на внедрившиеся инфекционные агенты, в своем прямом предназначении выполняющая важнейшую функцию защиты, при длительном хроническом течении может, включая многочисленные биохимические механизмы, привести к различным расстройствам, в том числе и спровоцировать возникновение рака.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Под редакцией Н.Е. Кушлинского, Н.Н. Мазуренко, М.В. Немцовой. Молекулярно-генетические маркеры опухолей. - М.: Издательство РАМН, 2016. - 612с.
- 2 Coussens L.M., Zitvogel L., Paluska K. Neutralizing Tumor-promoting chronic inflammation: a magic bullet// Science. – 2013. – №339(6117). – P.286-291.
- 3 Weinberg R.A. The Biology of Cancer// Garland Science. – 2007. – P.804-809.
- 4 Mantovani A, Allavena P, Sica A. et al. Cancer-related inflammation // Nature. - 2008. - №454 (7203). – P.436–444.
- 5 Balkwill F, Kellie A, Mantovani Ch.and A. Smoldering and Polarized Inflammation in the Initiation and Promotion of Malignant Disease // Cancer Cell. - 2005. - V.7., №3. - P.211-217.
- 6 Visser K.de, Eichten A., Coussens L.M. Paradoxical Roles of immune System during Cancer Development // Nature Reviews Cancer. - 2006. - V.6. - №1. - P.24-37.
- 7 Balkwill F., Mantovani A. Inflammation and cancer: back to Virchow? // Lancet. - 2001. - №357(9255). – P. 539-545.
- 8 Shacter E, Weitzman SA. Chronic inflammation and cancer // Oncology. - 2002. - №16(2). – P. 217–226.
- 9 Lewis C.E., Pollard J.W. Distinct Role of Macrophages in Different Tumor Microenvironments // Cancer Research. - 2006. - V.66., №2. - P.605-612.
- 10 Pollard J.W. Tumor educated macrophages promote tumor progression and metastasis // Nat Rev Cancer. - 2004. - №4. - P. 71–78.
- 11 Condeelis J, Pollard J.W. Macrophages: obligate partners for tumor cell migration, invasion, and metastasis // Cell. - 2006. - №124. – P.263–266.
- 12 Bingle L, Brown N J, Lewis C E. The role of tumor-associated macrophages in tumor progression: implications for new anticancer therapies // J Pathol. - 2002. - №196. – P.254–265.
- 13 Karin M. Nuclear factor-kappa B in cancer development and progression // Nature. - 2006. - №441(7092). - P.431-436 .
- 14 Щербляков Д.В., Логунов Д.Ю., Тухватулин А.И., Шмаров М.М., Народицкий Б. С., Гинцбург А. Л. Толл-подобные рецепторы (TLR) и их значение в опухолевой прогрессии // Acta naturae. – 2010. - Т. 2., №3(6). - С. 14-23.
- 15 Ng M.T, Van't Hof R, Hold G.L. et al. Increase in NF-kappa-B binding affinity of the variant C allele of the toll-like receptor 9-1237T/C polymorphism is associated with Helicobacter pylori-induced gastric disease // Infect Immun. - 2010. - №78(3). – P. 1345–1352.
- 16 Бережной А.Е., Гнучев Н.В., Георгиев Г.П. и др. Молекулярные механизмы взаимодействия опухоли и иммунной системы // Вопр. онкол. - 2008. - № 54 (6). – P. 669–683.
- 17 O'Neil L.A.J. Immunity's Early-Warning System // Sci.Amer. - 2005. - №292. – P.38-45.

Г.Т. Балпанова, Б.Б. Бижигитова

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы

СОЗЫЛМАЛЫ ҚАБЫНУ ЖӘНЕ ОНЫ

Түйін: Қысқаша шолуда қатерлі трансформацияланудағы созылмалы қабынудың рөлі берілген. Обырланудағы туа біткен иммунитеттің жасушаларының мәні, ісік жасушаларының макрофагтарды «басқаша мамандандыруы» мен қабыну цитокиндердің созылмалы өндірілуінің обыр өршуіндегі рөлі көрсетілген.

Түйінді сөздер: созылмалы қабыну, обыр, иммунды жасушалар, қабыну цитокиндер.

G.T.Balpanova, B.B.Bizhigitova

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

CHRONIC INFLAMMATION AND CANCER

Resume: The brief review presents the role of chronic inflammation in malignant transformation. The value of innate immunity cells in malignancy, the role of "retraining" of macrophages by cancer cells and the chronic production of proinflammatory cytokines in tumor progression are shown.

Keywords: chronic inflammation, cancer, immune cells, pro-inflammatory cytokines.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ. ВЫЯВЛЕНИЕ НОВОГО АЛЛЕЛЯ HLA-DQB1*03:82

Ж.К. Буркитбаев¹, С.А. Абдрахманова¹, И.Р. Рамильева¹,
А.А. Турганбекова¹, Д.К. Баймукашева¹, Е.Б. Жибурт²¹РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии»

Министерства здравоохранения

Республики Казахстан, 010000, г. Астана, Казахстан

²ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения

В статье представлено описание нового аллельного варианта гена HLA-DQB1, впервые выявленного в Республике Казахстан. В Научно-производственном центре трансфузиологии г. Астана в 2011 - 2015 гг. было обследовано 3501 потенциальных доноров Национального регистра гемопоэтических стволовых клетки 936 пациентов с онкогематологическими заболеваниями (в возрасте от 0-66 лет). Методом аллельспецифического секвенирования у казахстанского онкогематологического пациента с диагнозом острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) выявлен новый аллельный вариант HLAII класса локуса DQB1*03:82. Новый аллель похож на уже ранее известный аллель HLA-DQB1*03:01, отличается заменой в кодоне 223 (TGC>TAC), приводящей к замене аденина на гуанин в 223 пептидсвязывающей бороздке. Показано, что аллель является наследуемым, а не возникшим в результате мутации при ОМЛ.

Ключевые слова: распределения и специфичность HLA; новый аллельный вариант, HLA-DQB1*03:82.

УДК 612.118.221.1.1:612.112+575.113.2

Введение: Определение гистосовместимости у пар «донор-реципиент» играет большую роль в приживлении трансплантата. По мере накопления хирургического опыта по трансплантациям и совершенствования качества Humanleukocyteantigen (HLA) типирования стало ясным, что выживаемость пересаженного органа, несомненно, связано со степенью HLA-несовместимости. Поэтому сейчас во всех трансплантологических центрах не делают пересадку «вслепую», обязательно определяют степень HLA-совместимости у пар «донор-реципиент». Многократно доказано, что, чем меньше различий между HLA-антигенами донора и реципиента, тем успешней в конечном итоге результат, тем выше выживаемость трансплантатов [1].

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) с иммунологических позиций наиболее сложный вид пересадок, поскольку пересаживается иммунокомпетентная ткань, и в случае ее приживления иммунологический конфликт развивается в двух направлениях: «хозяин против трансплантата» и «трансплантат против хозяина» [2-

3]. Поэтому основным условием для ТГСК является HLA-идентичность между донором и реципиентом. Наиболее эффективным донором при ТГСК является однойцевый близнец или идентичный с большим по всем антигенам 5-ти локуса HLA-системы сиблинг, обследованный на высокоразрешающем типировании [4-5].

Сейчас проведение сложнейших операций по пересадке жизненно важных органов стало возможным в Казахстане. И ключевое значение в успешном осуществлении трансплантации имеет лабораторное исследование совместимости донора и пациента, так называемое HLA-типирование пересаживаемых органов и тканей. Эти исследования на протяжении уже без малого пяти лет в Казахстане осуществляет первая и уникальная на сегодня лаборатория иммунологического типирования тканей – HLA-лаборатория службы крови, созданная в 2010 году на базе Научно-производственного центра трансфузиологии (НПЦТ). С 2011 года отделение HLA-лаборатории НПЦТ согласно приказа Министерства здравоохранения

Республики Казахстан № 928 от 27 декабря 2011 года «О некоторых вопросах трансплантации тканей и (или) органов (части органов)» была определена базой лабораторного сопровождения процесса трансплантации в Республике Казахстан. Лабораторией проводятся как серологические, так и молекулярно-генетические виды исследования антигенов системы HLA. Все виды серологических исследований основаны на микролимфоцитотоксическом тесте.

Типирование, основанное на анализе ДНК, имеет несколько преимуществ по сравнению с серологическими методами: высокая чувствительность и специфичность, небольшие объемы проб, отсутствие необходимости использовать живые клетки и наличие антигенов на поверхности клетки. Также анализ ДНК дает возможность определить намного больше аллельных вариантов антигенов HLA-системы. В последнее десятилетие широко применяется секвенирование ДНК, то есть, определение нуклеиновой последовательности определенного участка хромосомы. В нашем случае, для изучения антигенов системы HLA, исследуется последовательность нуклеотидов, расположенных на коротком плече 6-ой хромосомы. Широкое применение метода секвенирования ДНК дала возможность открытия новых вариантов антигенов системы HLA [6].

В статье представлено описание нового аллельного варианта гена HLA-DQB1, впервые выявленного в Республике Казахстан.

Материалы и методы: В НПЦТ г. Астана в 2011- 2015 гг. было обследовано 3501 потенциальных доноров Национального регистра ГСК и 936 пациентов с онкогематологическими заболеваниями (в возрасте от 0-66 лет).

Препараты ДНК для проведения HLA-типирования были получены из свежей цельной крови (антикоагулянт – ЭДТА) методом колоночной фильтрации с использованием наборов реагентов PROTRANS DNABox 500 FastDNA. Концентрация препаратов ДНК, определенная на

спектрофотометре UV-visNanoDrop 2000 (Канада), составляла 25–40 нг/мкл при соотношении A260/A280 = 1,75–1,95.

HLA-типирование по локусам HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DRB1 проводили по технологии Sequencing Based Typing (SBT) с использованием набора реагентов PROTRANS HLA-A*, B*, C*, DRB1*, DQB1* (Protrans, Германия), основанные на технологии моноаллельного секвенирования. Анализ полученных сиквенсов проводили с использованием программного обеспечения SequencePilot.

Капиллярный электрофорез осуществляли с использованием генетического анализатора 3500xl (Applied Biosystems, США). Полученные сиквенсы просматривали в программном обеспечении SeqPilotv3.14 с использованием библиотек HLA-аллелей – IMG/HLA.

Частоты HLA-аллелей и частоты их гаплотипов были определены методом максимального правдоподобия с помощью алгоритма максимизации ожидания для данных с неизвестной гаметической фазой [7-8], реализованным в программном обеспечении Arlequin v .3.1. Стандартные отклонения рассчитывали при начальном значении итераций, равном 100. В случае определения одного аллеля индивидуум считали гомозиготным по данному аллелю.

Результаты и обсуждение. В сентябре 2012 года у 83-го по счету онкогематологического пациента с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ) по методу аллельспецифического секвенирования была обнаружена неоднозначность во II классе системы HLA, в локусе DQB1, такая же неоднозначность была найдена и у потенциальных доноров по материнской линии: у матери и бабушки.

У пациента был получен следующий результат HLA-типирования: HLA-A*03:01, *31:01, B*07:02, *35:01, C*03:03, *03:03, DRB1*01:01, *11:01, **DQB1*03, 05:01**. Новый аллель похож на известный аллель HLA-DQB1*03:01. Отличие находится в экзоне 2 в позиции 223. В этой позиции представлен аденин (A), в то время как до этого дня в этой позиции был описан только гуанин (G) (рисунок 1).

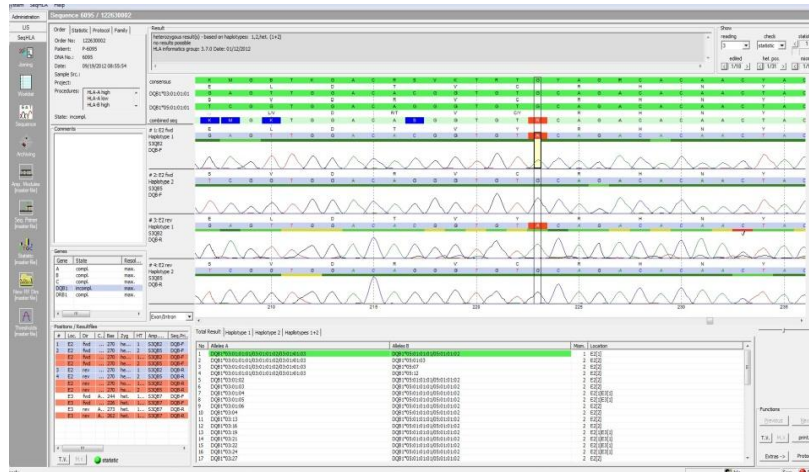


Рисунок 1 - Электрофореграмм сиквенса 2 экзона HLA-DQB1* локуса образца ДНК пациента. В 223 позиции представлен четкий пикаденина, когда в консенсусе описан только гуанин

Для исключения данного изменения от точечной мутации было проведено семейное обследование. В итоге было замечено, что такая же картина наблюдалась в образцах

крови матери (рисунок 2) и бабушки (рисунок 3) по материнской линии.



Рисунок 2- Электрофореграмма сиквенса 2 экзона HLA-DQB1* локуса образца ДНК мамы пациента. На 223 позиции также выявлен аденин, а не гуанин

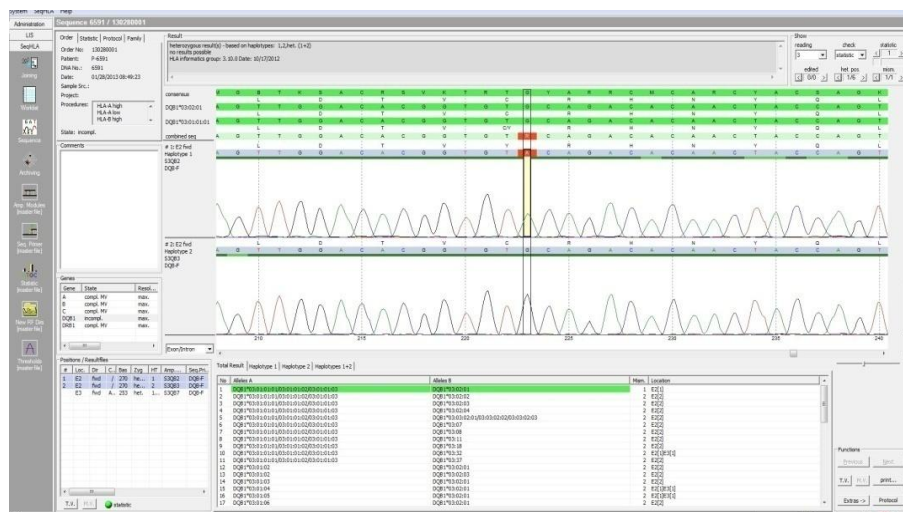


Рисунок3- Электрофореграмма сиквенса образца ДНК дедушки пациента по материнской линии. На 223 позиции также выявлен аденин, а не гуанин

Результаты типирования потенциального донора мамы методом SBT: HLA-A*24:02:01G, *31:01:02; HLA-B*35:01:01G, *40:02:01; HLA-C*03:03:01G, *03:04:01G; HLA-DRB1*08:02:01, *11:01:01G; **HLA-DQB1*03:02:01G, *03**. Результаты типирования дедушки по материнской линии следующие: HLA-A*24:02:01G, *31:01:02; HLA-B*35:01:01G, *40:02:01;

HLA-C*03:03:01G, *03:04:01G; HLA-DRB1*08:02:01, *11:01:01G; **HLA-DQB1*03:02:01G, *03**.

Выявленный новый аллельный вариант был подан на регистрацию в WHO Nomenclature Committee via the IMGT/HLA Database) под номером заявления HWS 10018423 и получил официальное название: **HLA-DQB1*03:82** (рисунок 4).



Professor Steven GE Marsh
Deputy Director of Research
ANTHONY NOLAN
Research Institute
The Royal Free Hospital
Pond Street
London NW3 2QG
O20 7284 8321
steven.marsh@ucl.ac.uk

Dr Aida Turganbekova
HLA-Laboratory
Blood Center
Kerey, Zhanibek Khans, 10
Astana
010000
Kazakhstan

30 June, 2013

Dear Dr Aida Turganbekova

Thank you for the communication regarding your new HLA sequence (submission number HWS10018423). The WHO Nomenclature Committee for factors of the HLA System has officially named your sequence:

DQB1*03:82

This information will be included in the next full Nomenclature report and will also be listed in a monthly update on new sequences assigned which will be published in *Tissue Antigens*, *Human Immunology* and the *International Journal of Immunogenetics*.

In the publication where this sequence first appears, it is suggested a sentence on the nomenclature should be added:

*The name DQB1*03:82 has been officially assigned by the WHO Nomenclature Committee in June 2013. This follows the agreed policy that, subject to the conditions stated in the most recent Nomenclature Report (Marsh et al. 2010), names will be assigned to new sequences as they are identified. Lists of such new names will be published in the following WHO Nomenclature Report.*

Reference

Marsh SGE, Albert ED, Bodmer WF, Bontrop RE, Dupont B, Erlich HA, Fernández-Viña M, Geraghty DE, Holdsworth R, Hurley CK, Lau M, Lee KW, Mach B, Maier M, Mayr WR, Müller CR, Parham P, Petersdorf EW, Sasazuki T, Strominger JL, Svejgaard A, Terasaki PI, Tiercy JM, Trowsdale J : Nomenclature for Factors of the HLA System, 2010. *Tissue Antigens* (2010) **75** 291-455

I would appreciate a copy of any paper describing your allele sequence, once it has been published.

Best wishes,

Professor Steven GE Marsh
Chairman, WHO Nomenclature Committee for Factors of the HLA System

hla.alleles.org
www.ebi.ac.uk/ipd/imgt/hla

@anthonyolan anthonyolan

Anthony Nolan is a registered charity no 803716/SC038827 and registered as a limited company no 2379280 in England and Wales. Registered address: Royal Free Hospital, Pond Street, London NW3 2QG



Рисунок 4 - Свидетельство номенклатурного комитета ВОЗ на DQB1*03:82 аллельный вариант

Заключение: Методом аллельспецифического секвенирования у казахстанского онкогематологического пациента с ОМЛ выявлен новый аллельный вариант HLA II класса локуса DQB1*03:82. Новый аллель похож на уже ранее известный аллель HLA-DQB1*03:01, отличается заменой в

кодоне 223 (TGC>TAC), приводящей к замене аденина на гуанин в 223 пептидсвязывающей бороздке. Показано, что аллель является наследуемым, а не возникшим в результате мутации при ОМЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хаитов Р.М., Алексеев Л.П., Кофиади И.А. Иммуногенетика и персонализированная медицина // Физиология и патология иммунной системы. - 2016. - №20(6). - С. 3-23.
- 2 Румянцев А.Г., Масчан А.А. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток у детей // Медицинское информационное агентство. - 2003. - С.912-918.
- 3 Савченко В.Г. Трансплантация костного мозга в онкогематологии. Клиническая онкогематология // Фундаментальные исследования и клиническая практика. - 2010. - №3(4). - С. 410-411.
- 4 Ефимов Г.А., Вдовин А.С., Григорьев А.А., Филькин С.Ю., Быкова Н.А., Савченко В.Г. Иммунобиология острой реакции «трансплантат против хозяина» // Медицинская иммунология. - 2015. - №17(6). - С. 499-516.
- 5 Кузьмич Е.В., Алянский А.Л., Иванова Н.Е. Анализ результатов аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в зависимости от степени HLA-подбора пациента и неродственного донора // Онкогематология. -2014. - №3. - С. 25-31.
- 6 Логинова М.А., Парамонов И.В., Павлов В.Н., Сафуанова Г.Ш. Генетические особенности популяции, проживающей на территории Республики Башкортостан // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2016. - №1. - С. 58-66.
- 7 Excoffier L, Laval G., Schneider S. Arlequin. (version 3.0): An integrated software package for population genetics data analysis // Evolutionary Bioinformatics On-line. - 2005. - №1. - С. 47-50.
- 8 Excoffier L, Slatkin M. Maximum-likelihood estimation of molecular haplotype frequencies in a diploid population // Molecular Biology and Evolution. -1995. - №12. - С. 921-927.

Ж.К. Бүркітбаев¹, С.А. Абдрахманова¹, И.Р. Рамильева¹, А.А. Турғанбекова¹, Д.К. Баймұқашева¹, Е.Б. Жибурут²

¹Қазақстан республикасы денсаулық сақтау министрлігі «Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы» ШЖҚ РМК, Астана қ, Қазақстан

²РФ Денсаулық сақтау министрлігі "Н.И. Пирогов атындағы ұлттық медико-хирургия орталығы" ФМБК, Мәскеу, Ресей

АҒЗАЛАР МЕН ТІНДЕРДІ ТРАНСПЛАНТТАУ ҮШІН ТІН ҮЙЛЕСІМДІЛІГІ АНТИГЕНДЕРІН АНЫҚТАУ. ЖАҢА HLA-DQB1*03:82 АЛЛЕЛЬДІ АНЫҚТАУ

Түйін: Мақалада Қазақстан Республикасында бірінше рет анықталған HLA-DQB1 тұқымының жаңа аллельдік нұсқасының сипаты ұсынылған. Астана қаласының Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығында 2011-2015 жылдары гемопоэздік дің жасушалары Ұлттық Тіркеудің 3501 әлеуетті доноры және онкогематологиялық аурулармен ауыратын (жастары 0-66 жастан бастап) 936 емделуші тексерілді. Аллельдік ерекше секвенирлеу әдісімен Қазақстандық асқынған миелобластық аққандық (АМА) диагнозы бар онкогематологиялық емделушіде жаңа аллельдік нұсқасы HLA II класс DQB1*03:82 локусы анықталды. Жаңа аллель HLA-DQB1*03:01 алдыңғы белгілі аллельге ұқсайды, 223 пептид байланыстырушы жырашығында аденинді гуанинге алмастыруға әкелеінін, 223 (TGC>TAC) кодонды ауыстыруда ерекшеленеді. Аллель тұқым қуалаушы болып табылады, ал АМА кезіндегі өзгеріс нәтижесінде туындамағаны көрсетілген.

Түйін сөздер: HLA бөлу және ерекшелігі; жаңа аллельдік нұсқа, HLA-DQB1*03:82.

Z.K. Burkitbayev¹, S.A. Abdrakhmanova¹, I.R. Ramilyeva¹, A.A. Turganbekova¹, D.K. Baymukasheva¹, E.B. Zhiburt²

¹RSE on REM «Scientific-Production Center of Transfusiology», Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan

²FSBI «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

DETERMINATION OF HISTOCOMPATIBILITY ANTIGENS FOR ORGAN AND TISSUE TRANSPLANTATIONS. DETECTION OF A NEW ALLELE HLA-DQB1*03:82

Resume. The study shows the description of a new allelic variant of the HLA-DQB1 gene, first identified in the Republic of Kazakhstan. From 2011 to 2015 at the Scientific-Production Center of Transfusiology of Astana city, 3501 potential donors for blood stem cell transplantation for the National Register of Blood and 936 patients with oncohematological diseases (aged 0-66 years) were analysed. During the allele-specific sequencing of Kazakhstani oncohematological patient with acute myeloid leukaemia (AML), a new allelic variant of HLA II class DQB1*03:82 loci was detected. The novel allele is similar to the existing HLA-DQB1*03:01 with a single non-synonymous difference, at position 223 peptide binding groove G>A (codon 79 TGC to TAC). It is shown that this novel allele has been inherited and was not because of mutation in AML.

Keywords: Distribution and specificity of HLA, a new allelic variant, HLA-DQB1*03:82.

РИСК РАЗВИТИЯ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ И АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ У НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

М.А. Газалиева¹, Н.Ш. Ахметова¹, Г.Ж. Утеубаева², А.С. Барменова¹, А.С., Куликбаева¹, С.Т. Исина¹

¹ – Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра иммунологии и аллергологии

² – АО Медицинский университет Астана кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и иммунологии

Результаты исследований состояния иммунной системы у населения экологически неблагополучных регионов Казахстана и прилегающих к ним территорий свидетельствуют о том, что техногенное загрязнение окружающей среды формирует иммунодефицитные состояния с риском развития аллергопатологии. Перспективными методическими подходами к управлению рисками является научное обоснование валеолого-экологической реабилитации населения и разработка технологии скрининговых легко доступных методов прогноза эколого-ассоциированных иммунопатологических заболеваний.

Ключевые слова: эколого-зависимые иммунопатологические состояния, функциональная активность субпопуляций лимфоцитов, иммуносупрессия, аллергопатология, иммунодефицитные состояния.

УДК 614.2-616-03

На современном этапе экология и здоровье человека - одна из актуальных стратегических мировых проблем, к которой привлечено внимание исследователей. Организм человека в процессе жизнедеятельности подвергается воздействию комплекса факторов внешней среды политропного действия, которые способствуют формированию изменённой реактивности организма, увеличивая степень

риска развития инфекционных, аутоиммунных иммунопролиферативных, аллергических заболеваний [1,2]. Одним из перспективных методических подходов для прогноза эколого-зависимых иммунопатологических состояний является и разработка технологии скрининговых легко доступных методов. Например, при проведении скрининга распространённости бронхиальной астмы в

г. Алматы с использованием метода сплошного анкетирования было установлено, что распространенность респираторных аллергозов среди населения Алмалинского района г. Алматы составила 35,0%. При этом выделены группы риска в количестве 718 человек с симптомами бронхиальной астмы, среди которых после дообследования у 63,2% выявлены признаки нарушения функции внешнего дыхания обструктивного характера. В связи с современными критериями диагностики рецидивирующего обструктивного бронхита и начала бронхиальной астмы отмечен рост заболеваемости бронхитом у детей Южно-Казахстанской области [3].

Караганда - город напряжённой нагрузки на окружающую среду по свинцу, ртути, кобальту, цинку, ванадию, мышьяку. Так, повышенным содержанием свинца загрязнено 70% территории города, ртутью - 60%, марганцем - 80%, медью и цинком - 40%, хромом - 30%, никелем - 10%. Выделены 5 ассоциаций металлов, которые по степени экологической опасности относятся к I, II, III группе. Результаты исследования выявили повышение уровня иммуноглобулинов основных классов у обследованных всех возрастов. Кроме того, установлено статистически достоверное влияние степени загрязнения грунтов тяжёлыми металлами на иммунный статус обследуемых (снижение иммуноглобулинов класса G и A, секреторного иммуноглобулина A в ротовой жидкости) [4].

К настоящему времени изучены факторы риска развития иммунодефицита с аллергическим синдромом у детей, при этом выделены генеалогические, биологические, внешнесредовые факторы (активное, пассивное курение, плохие жилищно-бытовые условия, низкий материальный уровень семьи). Например, известны тесные взаимосвязи между показателями иммунной системы матери и ребёнка, при этом здоровье следующего поколения детей начинает формироваться в репродуктивный период женщины-матери, а функциональные сдвиги в одном возрастном периоде создают базу для ослабленности и возникновения заболеваний в следующем периоде, т.е. сдвиги в показателях могут закрепиться в последующих поколениях [5].

Среди внешне-средовых факторов важная роль в формировании иммунодефицитных состояний всё же принадлежит влиянию экологического фактора. При этом известно, что воздействие экологически неблагоприятных факторов на организм человека опосредуется через кроветворную и иммунную системы, определяющие гомеостатические реакции организма в процессе адаптации к изменяющимся условиям. Определённый интерес для исследователей представляет исследование состава периферической крови как интегрального показателя многосистемной перестройки организма в процессе приспособления к воздействию различных экологических факторов, а также перераспределение индивидов по некоторым показателям иммунограммы и гемограммы. Так, при обследовании групп детей, проживающих в районе деятельности космодрома «Байконур» и г. Караганде, выявлены выраженные гематологические изменения: анемия, нейтрофилёз в раннем возрасте, сдвиг второго перекрёста на более ранний возраст. Данные изменения, вероятно, связаны с гемолитическим эффектом гидразина - вещества ракетного топлива гептила - и подавления и изменения функциональной активности субпопуляций лимфоцитов, явившихся прямым следствием нарушения экологического баланса. Изменение окислительного метаболизма, функциональная нагрузка на фагоцитарное и другие звенья иммунной системы, значительное распространение нейрорегуляторной дистонии, снижение метаболической активности миокарда, развитие явлений холестаза установлены у жителей Улытауского района Карагандинской области, являющегося территорией планового падения ракет-носителей. Выявленные синдромы расцениваются исследователями как синдромы множественной химической чувствительности [6,7].

В условиях адаптации к условиям г. Шымкента, атмосферный воздух которого в высокой степени загрязнён тяжёлыми металлами и токсичными химическими веществами, у 42,1% детей выявлена Т-лимфопения, у 46,3% В-лимфопения, у 85,1% увеличение уровня IgE, что

свидетельствует об активном участии иммунной системы детей в адаптационном процессе к новым эколого-гигиеническим условиям. Кроме того, у населения г. Шымкент выявлены морфологические особенности ретикулоцитов, выявленные с использованием морфометрии окрашенных мазков (индекс созревания ретикулоцитов RPI). Данные изменения отражают даже незначительные изменения эритропоэза и могут в качестве критерия «риска» использоваться в дифференциальной диагностике нарушений кровотока при химических нагрузках. В 49 случаях хромосомных aberrаций из 60 (82%) отмечалась нестабильность генома, более выраженная у подрастающего поколения. Такое повреждение обусловлено воздействием мутагенеза химической природы. Общий уровень хромосомных aberrаций в пределах спонтанного мутагенеза и уровень aberrаций хроматидного типа превышал аналогичный показатель по сравнению с контрольной группой в 2,5 раза, что отражало повреждение в постсинтетической стадии на уровне ее двух нитей (фаза S и G2) [8].

Социально-экономический кризис и экологическое неблагополучие на территории биогеохимической провинции фосфорного генеза Жамбылской области послужили причиной роста показателей первичной инвалидности трудоспособного населения Республики. Установлено, что уровень первичной инвалидности у её жителей в целом на 46% выше, чем у населения контрольных районов. Так, в разрезе отдельных классов болезней у жителей биогеохимической провинции в сравнении с контрольным районом уровень первичной инвалидности выше по эндокринным болезням на 67,0%, новообразованиям на 300,0%, по болезням крови и кроветворных органов и отдельным нарушениям с вовлечением иммунного механизма - на 42,0%, психическим расстройствам - на 13,0%, болезням нервной системы - на 104,0%, болезням кровообращения на 60,0%, болезням органов дыхания - на 50,0%, болезням органов пищеварения на 19,0%, болезням костно-мышечной системы на 300,0%, травмам, отравлениям и другим последствиям внешних воздействий - на 21,0%. Вместе с тем, активное внедрение комплекса оздоровительных мероприятий, значительное снижение антропогенной нагрузки обеспечило, с одной стороны, улучшение эколого-гигиенической ситуации, с другой - улучшение показателей здоровья населения, в том числе и первичной инвалидности, которая вместо прогнозируемого подъёма снизилась в целом на 10,6%, особенно по экологически обусловленным заболеваниям. Так, фактически достигнутый уровень первичной инвалидности на 1 января 2010 года, в сравнении с показателями исходного периода (2000-2004 гг.), по болезням нервной системы снизилась на 17,9%, по болезням органов пищеварения - на 7,0%, по болезням органов дыхания - на 25%, по болезням крови и кроветворных органов - на 21,0%, хотя к 2010 году прогнозировалось повышение уровня этих показателей на 10,2%, 7,0%, 16,7% и на 21,0% по соответствующим болезням [9].

Таким образом, экологически обусловленные болезни достаточно чутко реагируют на изменения степени загрязнения объектов окружающей среды, и ухудшение экологической ситуации отражается на отдалённых последствиях заболеваемости населения в виде первичной инвалидности.

Исследования состояния клеточного и гуморального иммунитета у больных аллергическим ринитом в зависимости от влияния неблагоприятных факторов среды в соседних от Южно-Казахстанских регионов Республиках (Кыргызстан, г. Бишкек), выявили факт снижения абсолютного содержания Е- и М-розеткообразующих клеток (Е-РОК, М-РОК), что, очевидно, связано с воздействием вредных экофакторов, приводящих к относительному иммунодефициту клеточного и гуморального иммунитета, а повышение уровня IgE обусловлено развитием аллергического процесса. У городских жителей изменения параметров клеточного иммунитета характеризуется более низким показателями абсолютного и относительного числа лимфоцитов и выраженным уменьшением их

рецепторной активности за счёт большого количества E-РОК и меньшего — многорецепторных клеток. Высокий уровень IgG, выявленный в изучаемых популяциях, является результатом нарушения соотношения и функции иммунорегулирующих клеток под действием экстремальных экологических факторов.

В монографиях и книгах из экологической серии ранее авторами уже были описаны многочисленные и разнообразные по характеру воздействия вредных веществ, вызывающих ответные негативные реакции регуляторных систем макроорганизма. Большинство авторов считает, что данные изменения ранее всего возникают со стороны иммунной системы (иммунотоксические, иммуномодулирующие эффекты – транзиторное угнетение или стимуляция иммунного ответа, сдвиг пика антителообразования, снижение активности антител, изменение экспрессии поверхностных клеточных рецепторов, пролиферативной активности или дифференцировки иммунокомпетентных клеток и др.) Это позволяет использовать иммунологический метод для диагностики премоорбидных состояний и прогнозирования последствий воздействия факторов окружающей среды [10,11].

С точки зрения современных представлений, тесная функциональная взаимосвязь важнейших барьерных функций организма – обезвреживающих реакций печени и иммунологических механизмов защиты внутренней среды - формирует при интенсивной токсической нагрузке синдром экологической дезадаптации. Он проявляется неспецифической симптоматикой: снижением защитных сил организма, приводящих к многообразным проявлениям в различных органах и системах, в частности, патологией ЛОР-органов, дыхательной системы, сердечно-сосудистой, выделительной и т.д. В то же время вся эта патология уходит корнями в состояние эндотоксикоза и связана с поступлением химических веществ из окружающей среды при истощении физиологических резервов защиты печени, лимфатической и иммунной системы.

Исследования учёных показали, что комплекс неблагоприятных факторов окружающей среды имеет повреждающий эффект, проявляющийся иммуносупрессией и эндогенной интоксикацией, следствием чего может быть подавление фактора естественного антимикробного иммунного ответа, возрастание риска новообразований и роста числа аллергических заболеваний, которые всё чаще обозначают как «болезни цивилизации» или «экологические болезни». Вместе с тем полноценный анализ работы иммунной системы невозможен с использованием лишь традиционных методов оценки, заключающихся в изучении средних значений отдельных показателей. Несмотря на многочисленные исследования все еще остаются недостаточно изученными общие закономерности функционирования иммунной системы в процессе адаптации к экологическим неблагоприятным условиям. Так, для коррекции иммунных нарушений ещё на доэкологической стадии некоторыми исследователями ранее было предложено использовать принцип системного подхода к оценке иммунного статуса и сформулировать концепцию напряжённости иммунной системы в зависимости от баланса вегетативной нервной системы с позиции функционального состояния организма. Кроме того, учёными Казахстана применяется комплексный подход в исследовании сочетанного влияния комплекса экопроизводственных неблагоприятных факторов на иммунную систему промышленных и сельских рабочих Республики с использованием гигиенических, общеклинических, иммунологических и статистических методов исследования. Например, при данном виде организации исследования изменения в гемограмме у рабочих угольной промышленности Центрального Казахстана происходило в лимфоцитарном звене, а среди рабочих сельских районов в основном за счет моноцитарного звена [12].

Однако, к сожалению, ещё мало сведений об иммунологическом мониторинге состояния здоровья населения изучаемых территорий. Так, в Центрально-Казахстанском регионе, у горожан г. Темиртау, выявленный

ряд изменений в функционировании иммунной системы, расценён учёными как умеренно выраженный комплекс экологической обусловленной иммунной недостаточности, которое затрагивает в основном клеточное звено иммунитета. Также единичны работы по иммунологическому обследованию жителей экологически неблагополучных территорий Восточно-Казахстанского региона, где также наблюдаются лабораторные проявления иммунной недостаточности.

При освещении вопросов изучения экологически обусловленных заболеваний у населения урбанизированных территорий Казахстана было отмечено, что малоизученной и особо актуальной является проблема ранних иммунологических изменений. Так, при оценке иммунологической реактивности организма жителей зоны экологической катастрофы и экологического кризиса Приаралья установлено, что доэкологической ступенью прогнозируемых эколого-ассоциированных заболеваний является стадия иммуносупрессии и алергизации организма мужчин старшей возрастной группы зоны экологической катастрофы и женщин зоны экологического кризиса Приаралья [13].

На основании проведённого иммуноэпидемиологического скрининга среди 1000 подростков в условиях техногенной биогеохимической провинции г.Кентау исследователями выявлены 3 группы риска по иммунодефициту: инфекционный синдром - у 18%, аллергический - у 3,3%, аутоиммунный - у 0,6% анкетируемых. В структуре инфекционного синдрома встречались: хронический тонзиллит, ОРВИ, хронический отит; в структуре аллергического синдрома - аллергические реакции на продукты питания, атопический дерматит, поллинозы; в структуре аутоиммунного синдрома - геморрагический васкулит и ревматоидный артрит. Иммунный статус у лиц с инфекционным синдромом характеризовался нарушением дифференцировки регуляторных клеток и активации гуморального звена иммунитета; у лиц с аллергическим синдромом - дефицитом Т-системы и депрессией гуморального звена иммунитета, явившихся следствием иммунотоксического эффекта экологических влияний. При этом иммунный статус здоровых подростков также характеризовался нарушением естественного иммунитета, носящим компенсаторный характер. Кроме того, для диагностики вторичных иммунодефицитных состояний и степени их проявления у подростков группы «риска» авторами разработан расчёт степени иммунодефицита по показателям иммунограммы.

Исследования экологических условий ракетно-ядерного полигона на территории Курмангазинского района Атырауской области показали высокую антропогенную нагрузку токсичными металлами и радионуклидами на объекты окружающей среды. Выявленный у жителей инфекционный синдром определен исследователями как клинический синдром иммунологической недостаточности. Так, у условно здоровых лиц исследуемого региона при длительном, хроническом воздействии малых доз ионизирующего излучения выявлен эффект гормезиса, проявляющийся в виде лейкоцитоза с лимфоцитозом, снижением содержания сегментоядерных нейтрофилов, снижением показателя индуцированного латексом фагоцитоза, снижением индекса стимуляции в НСТ-тесте и фагоцитоза, увеличением содержания IgM и снижением IgA в сыворотке крови. По сравнению с контрольной группой у лиц с риском развития заболеваний обнаружено снижение индекса CD4/CD8, увеличение IgG, тенденция к истощению резервных возможностей организма и метаболической активности и ферментной недостаточности фагоцитов крови.

Кроме того, у условно здоровых лиц выявлено более чем в 4 раза повышение содержания цитокинов (ИЛ2, ИЛ4, Ифү,Ифс) по сравнению с контролем. У лиц с риском развития заболеваний отмечалось увеличение ИЛ1 в 4,5 раза; ИЛ2 в 1,2 раза; Ифү в 1,5 раза. Показатели Ифс, наоборот снизились в 1,6 раз. Выявленные сдвиги во взаимосвязях, по мнению исследователей, являются следствием адаптационных процессов в иммунной системе в условиях экологического неблагополучия [14].

На территории города Актобе Западно-Казахстанской области в настоящее время сформировалась устойчивая природно-техногенная провинция с повышенным содержанием тяжелых металлов в объектах окружающей среды, в частности хрома. Это обусловлено наличием крупных предприятий хромоперерабатывающей промышленности, в частности завода хромовых соединений и ферросплавного завода. Они поставляют в окружающую среду аэрозоли шестивалентного хрома, в среднем 9,56 тонн в год. Промышленные стоки этих предприятий, поступая в окружающую среду, проникают в подземные воды. При изучении состояния иммунитета населения экологического неблагополучия Западно-Казахстанской области ведущим клиническим синдромом иммунологической недостаточности в регионе влияния Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения учёными выделен и охарактеризован инфекционный (43,7% в исследуемом регионе и 23,3% в контрольном) и аллергический синдром (24,2% и 9,5% соответственно). У условно здоровых лиц, проживающих в условиях воздействия продуктов нефтепереработки, обнаружена тенденция к истощению резервных возможностей иммунной системы, снижение фагоцитарной и метаболической функции фагоцитов периферической крови при одновременной напряжённой монокинпродуцирующей активности. У лиц с инфекционным синдромом CD4-лимфоциты были снижены в 1,3 раза, чем в контроле, CD8 увеличены в 1,7 раза, при

этом выявлена функциональная недостаточность основных регуляторных клеток вследствие нарушения рецепции CD25 к ИЛ2. У лиц с аллергическим синдромом иммунологической недостаточности в условиях хронической ксенобиологической нагрузки, выявлены более выраженные сдвиги по основным параметрам иммунного ответа, патогенетически связанном с развитием atopических заболеваний. У всех лиц обследуемых групп, проживающих в регионе месторождения, обнаружены резкие изменения в корреляционных связях между параметрами иммунной системы и уровнем цитокинов, явившихся следствием адаптационных процессов в иммунной системе в условиях неблагоприятных этиологических факторов месторождения. Таким образом, результаты исследований состояния иммунной системы у населения экологически неблагополучных регионов Казахстана и прилегающих к ним территорий свидетельствуют о том, что техногенное загрязнение окружающей среды формирует иммунодефицитные состояния с риском развития аллергопатологии. Перспективными методическими подходами к управлению рисками является научное обоснование валеолого-экологической реабилитации населения и разработка технологий скрининговых, легко доступных методов прогноза эколого-ассоциированных иммунопатологических заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абдреева Г.У. Здоровье населения, проживающего в зоне экологического предкризисного состояния // Здравоохранение Казахстана. - 2005. - № 4. - С. 17-19.
- 2 Аманжол И.А. Стратегические подходы управления экологическими рисками на урбанизированных территориях // Гигиена труда и медицинская экология. - 2012. - № 4. - С.7-11.
- 3 Засорин Б.В., Исакаев А.Ж., Киек О.В., Калыбаева А.Т. Иммунологическая оценка экологической безопасности окружающей среды // Аллергология и иммунология. - 2005. - № 3. - С.42-48.
- 4 Ивлева Л.П., Дербуш С.Н., Кокжалова Б.З., Салимбаева Б.М. Здоровая нация – стратегия государства // Экология промышленного региона и здоровье населения: мат-лы научно-практич. конф., посвящённой 70-летию академика НАН РК Г.А. Кулқыбаева – Караганда: 2010. - С.65-67.
- 5 Какеев Б.А., Гозыева Р.С., Абдылдаев А. Особенности иммунитета у сельских жителей при резком ухудшении экологической среды в сравнении с городскими жителями // Медицина. - 2006. - №1. - С. 64-66.
- 6 Кенесариев У.И., Жакашов Н.Ж. Эколого-гигиеническая оценка объектов окружающей среды и здоровья населения районов Западного Казахстана, прилегающих к полигону Капустин Яр // Мат. I Междунар. конгресса «Экологическая методология возрождения человека и планеты Земля». – Алматы: 1997. – С. 75-78.
- 7 Козинец Г.И. и др. Кровь и экология. – М.: Практическая медицина, 2007 – 432 с.
- 8 Козаченко И.В., Ахмалтдинова Л.Л., Годунова И.И. Сравнительный анализ показателей периферической крови как индикатора экологического неблагополучия // Медицина и экология. - 2006. - №4. - С. 47-49.
- 9 Ермуханова Л.С., Аймагамбетова К.Ш., Соколова Т.Н. Опыт применения анкетирования для выявления иммунодефицитных состояний у населения промышленного города // Мед. экология: современное состояние, проблемы и перспективы - Мат-лы междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 20-лет. независимости РК, 20-21 қазан, 2011. – Түркістан: 2011. - С.46-48.
- 10 Мамырбаев А.А., Засорин Б.В. Современные проблемы развития медицины окружающей среды в Республике Казахстан // Нефть и здоровье. – Уфа: 2007. – С.131-135.
- 11 Масайлова Л.А. Гигиенические подходы к оценке уровня риска здоровья населения от воздействия химических загрязнителей окружающей среды. – М.: 2004. – 155 с.
- 12 Шабдарбаева М.С., Кулқыбаев Г.А., Алтынбеков Б.Э. Экологическое районирование крупного промышленного города // Метод. реком. – Караганда: 1994. – 25 с.
- 13 Новиков Ю.В. Экология, окружающая среда и человек: учебное пособие для ВУЗов. – М: ФАИР-ПРЕСС, 2005. – 736 с.
- 14 Пинигин М.А., Мольнов Ю.Н., Бударини О.В., Баева И.В. Перспективы применения методов определения иммунного статуса у населения при массовых гигиенических исследованиях // Вестник РАМН. – 2006. - №5. - С. 37-39.

М.А. Газалиева, Н.Ш. Ахметова, Г.Ж. Утеубаева, А.С. Барменова, А.С., Куликбаева, С.Т. Исина

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТАРЫНЫҢ ХАЛҚЫНДА АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЯНЫҢ ЖӘНЕ ИММУНОДЕФИЦИТТІ ЖАҒДАЙДЫҢ ДАМУ ҚАУПІ

Түйін: Қазақстан Республикасының қолайсыз экологиялық аймақтарының халқының иммунды жүйе жағдайын тексеру нәтижесі қоршаған ортаның техногенді ластануы және оған тән территориялар иммунодефицитті жағдайдың аллергопатология даму қаупін тудыратындығын растайды.

Қауіпті басқарудың перспективті әдістері болып ғылыми негіздеме, халықтың валеолого-экологиялық оңалтылуы және скринингтік технологияны және иммунопатологиялық аурулардың эколого-ассоцирленген оңай қолжетімді болжам әдістерін жасау болып табылады.

Түйінді сөздер: эколого-тәуелді иммунопатологиялық жағдайлар, лимфоциттердің субпопуляцияларының функциональді белсенділігі, иммуносупрессия, аллергопатология, иммунодефицитті жағдайлар.

M.A. Gazaliev, N.Sh. Akhmetova, G.Zh. Uteubayeva, A.S. Barmenova, A.S. Kulikbaeva, S.T. Ishina

THE RISK OF DEVELOPMENT OF IMMUNODEFICIENCY CONDITIONS AND ALLERGOPATHOLOGY IN THE POPULATION OF ECOLOGICALLY UNFAVORABLE REGIONS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: The results of studies of the state of the immune system in the population of ecologically unfavorable regions of Kazakhstan and the adjacent territories show that technogenic pollution of the environment forms immunodeficiency states with the risk of allergopathology development. Perspective methodological approaches to risk management are the scientific justification of valeological and ecological rehabilitation of the population and the development of technology for screening, easily accessible methods for predicting ecologically-associated immunopathological diseases.

Keywords: eco-sensitive immunepatologicakie state, functional activity of lymphocyte subpopulations, immunosuppression, allergopatologiya, immunodeficient

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

З.Г. Ким, А.Т. Маншарипова, А.В. Вдовцев, С.Н. Третьякова
Казахстанско -Российский медицинский университет

Проведенный скрининг на выявление аллергических состояний у жителей села Жамбылской области показал, что наличие факторов развития аллергических состояний достаточно высок у обследуемых жителей п. Отар и п. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области.

Ключевые слова: скрининг, аллергические состояния, Жамбылская область.

УДК 04.200.725528

В течение последнего столетия бронхиальная астма (БА) из редко наблюдаемой в клинической практике болезни стала одной из самых распространенных, представляющих значительную социальную проблему, как для детей, так и для взрослых. [1-3]. БА болеют во всех странах, независимо от уровня развития, но ее распространенность различается между популяциями даже внутри одной страны [1]. Очевидно, что за последние 20 лет распространенность этого заболевания заметно возросла. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что 4-10% населения стран мира страдают бронхиальной астмой различной степени выраженности [2, 4]. Не избежал этой участи и Казахстан. Заболеваемость и болезненность аллергическими состояниями растут в геометрической прогрессии. К примеру, к середине 90-х гг. по оценкам отечественных эпидемиологов распространенность алергозов выросла по сравнению с 70-ми гг. в 25 раз и составила около 13% от всего населения РК (около 2 млн. человек, по данным НИИ ЭМиБ) [5]. Безусловно, известную часть этого прироста можно отнести на счет улучшения методов диагностики и повышения внимания к вопросам алергологии. Однако это не распространяется на исследования начала нового века, установившие новые отметки – до 25% взрослого и до 16% детского населения (около 4 млн. человек), (собственные данные). В западных странах заболеваемость алергией приобретает

эпидемические пропорции, увеличившись более чем в 3 раза за 20 лет и достигнув 50% [6,7].

Существует взаимосвязь между развитием астмы и социально-экономическим статусом человека (в частности, астма больше распространена в развитых странах, чем в развивающихся; среди малообеспеченных слоев населения в развитых странах, чем среди обеспеченных; среди обеспеченных слоев населения в развивающихся странах, чем среди необеспеченных), которая вероятно, отражает различия в образе жизни, например, в уровне контакта с алергенами, а также в доступности медицинской помощи и т.п.

Более 90 % всей астмы является алергической, рост ее распространенности совпадает с ростом выявляемой атопии [8].

В настоящее время считается доказанным, что адекватное лечение позволяет контролировать клинические проявления астмы – ночные симптомы, ограничение жизненной активности, развитие осложнений, потребность в препаратах неотложной помощи. Поэтому вопросы первичной и вторичной профилактики астмы продолжают оставаться открытыми как в Казахстане, так и высокоразвитых странах западной Европы и США [9]. В отношении профилактики астмы более важными и потенциально устранимыми факторами являются внешние:

1 Алергенное воздействие (бытовые, эпидермальные,

инфекционные, пыльцевые).

2 Инфекции, в основном вирусные.

3 Профессиональные сенсibilизаторы.

4 Курение (пассивное и активное) является также общепризнанным фактором риска (уровень доказательности В).

5 Загрязнение воздуха изнутри и снаружи помещений (поллютанты).

6 Питание.

Половые же различия в болезненности астмой с возрастом стираются [10].

Распространенность неконтролируемой астмы в разных странах Европы колебалась от 20% в Исландии до 67% в Италии. Повышенная масса тела, хронический кашель, трудноотделяемая мокрота, гиперчувствительность к плесневым грибкам (*Cladosporium* и др.) были статистически ассоциированы с наиболее плохим контролем над астмой [48].

С учетом специфики отечественной системы здравоохранения и социально-экономических факторов, подавляющая часть в потребности на оказание различных видов медицинской помощи приходится на больных с тяжелой астмой, что в условиях низкой преемственности и недостаточной эффективности терапии приводит к ранней инвалидизации и росту прямых и косвенных финансовых потерь.

Именно в этой связи, нами НУО Казахстанским Российским Медицинским университетом проводилось скрининговое обследование по 516 жителей в п. Отар и п. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области с целью выявления аллергических состояний.

Цель работы: Изучить распространенность аллергических состояний в Кордайском районе Жамбылской области.

Материалы и методы исследования: с целью изучения факторов риска, образа жизни и состояния здоровья лиц, проживающих в сельской местности, проводилось скрининговое обследование по 516 жителей в п. Отар и п. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области в каждый год исследования. Изучена эффективность деятельности системы здравоохранения с применением передвижных медицинских комплексов по трем типам: медицинской, экономической и социальной.

Всем пациентам было проведено анкетирование и клиничко-лабораторное обследование. Предварительно было проведено согласование с руководством центральной районной больницы с. Кордай Жамбылской области, а также с представителями врачебных амбулаторий с. Отар, с. Гвардейск, по вопросам подготовки и проведения анкетирования по каждому респонденту. Просмотрены и

изучены списки прикрепленного населения по участкам, возрасту и полу, подготовлена схема случайной выборки пациентов по участкам с адресами и телефонами для дальнейшего проведения опроса жителей, проживающих в Отаре и Гвардейском Кордайского района Жамбылской области.

Разработанная анкета по выявлению аллергических состояний у сельских жителей была одобрена Ученым советом НИИ кардиологии и внутренних болезней, включала в себя общие вопросы (ФИО, возраст, пол, национальность, профессию, материальное бытовые условия, наследственная отягощенность по бронхиальной астме, вредные привычки, наличие аллергических состояний).

Работа выполнялась согласно плану научно-технической программы МЗ РК, была одобрена локальной этической комиссией НУО КРМУ, протокола № 20 от 25.01.2012 г., №20 от 25.01.2013 и №23 от 9.01.2014г. Для выполнения программы планировалось использовать передвижной медицинский комплекс, в дальнейшем с анализом скрининга населения данных пунктов.

Совместно с психологами проведено обучение (инструктаж) команды для анкетирования в условиях передвижных медицинских комплексов. В районный департамент здравоохранения Кордайского района Жамбылской области направлено официальное письмо с предложением использовать для разработки программы передвижной медицинский комплекс, базирующийся в данных селах.

Полученные результаты и их обсуждение.

За отчетный период проведено анкетирование и скрининг взрослого населения по возрастным группам от 18 лет и старше на базе передвижных мобильных комплексов сотрудниками ВТК (эндокринолог, кардиолог, терапевт, онколог, врач-лаборант, сотрудники функционального отдела, гистолог). Работа с документацией персонала включала в себя оформление журналов регистрации, тиражирование приглашений, анкет для специалистов, памятки-бегунка респонденту и приглашение их на прием. Со стороны сотрудников отработывался режим забора биоматериала, доставки материала, анализа результатов и вопросы передачи необходимых данных соответствующим специалистам. Обеспечение оповещения и приглашения пациентов осуществлялось по спискам. Из числа приглашенных только 4 человека не смогли явиться на медицинский осмотр, из них 2 не проживают по адресу, 2 отказались.

Для решения поставленных задач нами выполнен следующий объем работы в ПМК, представленных в таблице 1.

Таблица 1 - Объем выполненных исследований в ПМК

Вид исследования	Количество осмотренных в год
Анкетирование	516
Антропометрия	516
Физикальный осмотр	516
Определение частоты и характера пульса	516
Измерение АД	516
Лабораторное исследование	516

При исследовании наличия аллергических состояний проанализированы такие факторы как заболеваемость хроническим бронхитом, хроническим ринитом, имеющиеся консультации у аллерголога или пульмонолога, перенесенные операции на носовой полости, наличие у ближайших родственников бронхиальной астмы или приступов ночного кашля.

Всем пациентам было проведено анкетирование и клиничко-лабораторное обследование.

Диагноз бронхиальной астмы у жителей п. Гвардейский и Отар выявлен у 0,6% жителей, а положительный экспресс-тест на иммуноглобулин Е крови обнаружен у 4,4% жителей. На вопрос, страдаете ли Вы бронхиальной астмой,

положительно ответили из всех опрошенных 2 женщины (0,38%) и 1 мужчина (0,19%). Необходимо отметить, что наличие аллергического ринита отметили 5,3% пациентов, хронического бронхита 10% опрошиваемых, а оперативное вмешательство на носовой полости перенесли 7 человек (2,8%). Из 3 человек, страдающих астмой, 3 (100%) за последние 5 лет все обращались за стационарной помощью. Кроме того, 5,3% больных отметили, что среди ближайших родственников была бронхиальная астма.

Таким образом, анализ проведенных исследований показал, что наличие факторов развития аллергических состояний достаточно высок у обследуемых жителей п. Отар и п. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бойко И.В. Эпидемиологические данные о профессиональных заболеваниях дыхательной системы в Санкт-Петербурге // Пульмонология. - 1999. - № 3. - С. 62-65.
- 2 Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. - М.: МедиаСфера, 1998. - 352 с.
- 3 Jeffery P.K., Wardlaw A. J., Nelson F.C. Bronchial biopsy in asthma an ultra-structural, quantitative study and correlation with hyperreactivity // Am. Rev. Respir. Dis. - 1989. - V. 142. - P. 1745-1753.
- 4 Ford R.P., Pattermore P. Prevalence of childhood asthma symptoms in an industrial suburb of Christchurch // Med. J. - 1995. - V. 108., №24. - P. 188-190.
- 5 Revention of Allergy and Allergic Asthma. World Allergy Organization Project Report and Guidelines. Edited by S.G.O. Johansson and Tari Haahtela. - Sydney: 2004. -212 p.
- 6 Лютин Е.И., Манеров Ф.К. К вопросу об эпидемиологии аллергических заболеваний // Аллергология. - 2004. - №4. - С. 176-185.
- 7 Larche M., Robinson D.S., Kay A.B. The role of T lymphocytes in the pathogenesis of asthma // J Allergy ClinImmunol. - 2003. - №111(3). - P.450-463.
- 8 Lenney W.The burden of pediatric asthma // Pediatr Pulmonol Suppl. -1997. - Vol.15. - P.13-16.
- 9 Accordini S., Bugiani M., Arossa W., Gerzeli S., Marinoni A., Olivieri M., Pirina P., Carrozzi L., Dallari R., De Togni A., de Marco R. Poor control increases the economic cost of asthma. A multicentre population-based study // Int Arch Allergy Immunol. -2006.- Vol.141(2). - P.189-198.
- 10 L. Cazzoletti, A. Marcon, C. Janson, A. Corsico, D. Jarvis, I. Pin, S. Accordini, E. Almar, M. Bugiani, A. Carolei, I. Cerveri, E. Duran-Tauleria, D. Gislason, A. Gulsvik, R. Jögi, A. Marinoni, J. Martínez-Moratalla, P. Vermeire, R. Marco – Asthma control in Europe: A real-world evaluation based on an international population-based study, 05 November 2007 // The Journal of Allergy and Clinical Immunology. - 2007. - Vol.2.- P. 1360-1367.

З. Г. Ким, А.Т. Маншарипова, С.Н. Третьякова, А.Т. Вдовцев
"Қазақстан - Ресей медицина университеті" ҰҚУ

ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫНЫҢ АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ БОЙЫНДА АЛЛЕРГИЯЛЫҚ КҮЙДІҢ ТАРАЛУЫ

Түйін: Жамбыл облысының ауыл тұрғындарының бойында аллергиялық күйдің таралуын анықтауға өткізілген скрининг Жамбыл облысындағы Отар кенті мен 2-т. гвардиялық Қордай ауданының тұрғындарында аллергиялық күйдің дамуы факторлары жоғары жәрежеде анықталғанын көрсетті.

Түйінді сөздер: аллергиялық скрининг, жай-күйін, Жамбыл облысы.

Z.G. Kim, A.T. Mansharipova, A.V. Vdovtsev, S. N.Tretyakov
Kazakh — Russian Medical University

PREVALENCE OF ALLERGIC STATES AT RESIDENTS OF THE VILLAGE OF THE JAMBYL REGION

Resume: the carried-out screening on identification of allergic states at residents of the village of the Jambyl region has shown that existence of factors of development of allergic states it is rather high at the examined inhabitants of the item. Flocks and item. Guards Kordaysky district of the Jambyl region.

Keywords: screening, allergic states, Jambyl region.

РОЛЬ АРУД – СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

Т.Е. Куглер

*Донецкий Национальный медицинский университет им. Максима Горького,
Кафедра терапии ФИПО, г. Донецк*

*В статье представлены результаты многоцентрового кросс-секционного исследования пациентов с диагнозом функциональной диспепсии (ФД) и группы контроля, которым был проведен ИФА грелина и глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) в плазме крови. Согласно полученным результатам, очевидна связь между нейрогуморальной регуляцией и клинической симптоматикой ФД, уровнем рН желудочного сока, показателями аккомодационной и эвакуаторной функций желудка, инфекцией *H.pylori*. Не смотря на разнонаправленное физиологическое действие, между грелином и ГПП-1 выявлена положительная корреляционная связь ($r=0,492$, $p<0,001$).*

Ключевые слова: функциональная диспепсия, грелин, глюкагоноподобный пептид-1, аккомодация, эвакуация желудка.

УДК 616.34-008-085-092

Введение. По данным широкомасштабных исследований функциональная диспепсия (ФД) встречается у 10% - 30% населения в зависимости от популяции [1,2]. Нередко пациенты с ФД «замаскированы» под другими диагнозами,

более привычными для клинициста, однако не отвечающими требованиям мирового научного сообщества. Так, терапевт и гастроэнтеролог зачастую некорректно объясняют причины имеющихся у больных

диспепсических расстройств, отождествляя морфологический диагноз «хронический гастрит» с клиническим, несмотря на то, что «хронический гастрит» не имеет какого-либо клинического эквивалента и протекает чаще всего бессимптомно [3].

Как любое функциональное нарушение моторики органов пищеварения, ФД представляет собой заболевание, обусловленное нарушением нейрогуморальной регуляции желудка и двенадцатиперстной кишки. В этом аспекте интерес представляют гормоны APUD-системы – глюкагоноподобный пептид 1 (ГПП-1) и грелин.

Грелин – полипептид, который вырабатывается, в основном, «X/A-подобными» клетками слизистой оболочки фундального отдела желудка и в гипоталамусе, стимулируя синтез соматотропного гормона. Он влияет на различные физиологические процессы: повышает аппетит, имея анаболическое действие; усиливает продукцию соляной кислоты и двигательной активности желудка. Низкие уровни грелина в плазме ассоциируются с инсулинорезистентностью, артериальной гипертензией и ожирением [4]. ГПП-1 продуцируется в L-клетках дистального отдела кишечника и стимулирует секрецию инсулина. ГПП-1 также способен вызывать несколько дополнительных эффектов – ингибирование секреции

глюкагона и эвакуаторной функции желудка [5]. Следовательно, грелин и ГПП-1 оказывают противоположные воздействия на регуляцию аппетита и потребление пищи. Целью данной работы было установить роль гормонов APUD-системы – грелина и ГПП-1 в патогенезе функциональной диспепсии.

Материалы и методы

Протокол исследования

Исследование являлось многоцентровым, основной клинической базой было гастроэнтерологическое отделение центральной городской клинической больницы №3 г.Донецка. Протокол исследования был одобрен комиссией по биоэтике Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького и полностью соответствует принципам Хельсинской декларации по правам человека. Дизайн исследования: кросс-секционное. В него были включены 70 пациентов с установленным диагнозом ФД согласно Римским критериям IV и 20 здоровых добровольцев, составивших группу контроля. При сравнении обследуемых не было выявлено статистически значимых отличий распределения по полу, возрасту, индексу массы тела, следовательно, эти группы можно считать идентичными (таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительная характеристика основных параметров группы контроля и ФД

Параметры	Группа контроля (N=20)	ФД (N=70)	p
Мужчины/женщины	5/15	8/27	0,889
Возраст, годы	37,2±14,8	44,07±15,54	0,497
ИМТ, кг/м ²	22,7±4,3	23,8±5,37	0,383

Критериями включения в исследование были пациенты, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании, в возрасте от 18 до 75 лет, при наличии у них в соответствии с Римскими критериями IV как минимум одного из следующих длящихся не менее 3 последних месяцев и возникших впервые не менее 6 месяцев назад симптомов: чувства переполнения после еды; раннего насыщения; эпигастральной боли; эпигастрального жжения (чаще 1 раза в неделю). При этом обязательно должны были отсутствовать органические, системные или метаболические заболевания, которые могли бы сопровождаться аналогичными симптомами. **Критериями исключения** служили наличие любого симптома, указывающего на злокачественное заболевание; язвенная болезнь желудка в анамнезе; увеличение АСТ, АЛТ, креатинина более 1,5 норм; злоупотребление наркотиками или алкоголем; беременные или кормящие женщины; пациенты с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м²; прием препаратов, влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта и/или секреторную функцию желудка, а также центральную нервную систему в течение 4 недель до начала исследования.

Диагностические процедуры

Всем исследуемым была выполнена эзофагогастродуоденоскопия с уреазным тестом и внутрижелудочной эндоскопической рН-метрией. Для оценки моторики желудка и показателей висцеральной гиперчувствительности был разработан УЗИ тест с питьевой нагрузкой. Исследование аккомодационной и эвакуаторной функций осуществлялось путем измерения площади сечения свода желудка во время питьевой нагрузки и после ее окончания. Во время процедуры фиксировались ощущения дискомфорта или боли, интенсивность которых оценивалась по 5-балльной шкале Likert. Исследование уровня ацил-грелина и ГПП-1 в плазме крови проводили на автоматическом

иммуноферментном анализаторе № AC-71AA1169 (США) с использованием тест-систем производства RayBio Human Ghrelin EIA Kit (США) и YK160 GLP-1 EIA Kit (Япония) в соответствии с инструкциями производителя. Учитывая, что по данным литературы [6,7] показатели содержания ацил-грелина и ГПП-1 в крови являются вариабельными, для оценки результатов анализа крови пациентов с ФД были использованы результаты группы контроля.

Статистический анализ

Характер распределения цифровых данных определяли с помощью критериев хи-квадрат (χ^2), Стьюдента и Вилкоксона. Для оценки плотности корреляционной связи между признаками рассчитывали параметрический коэффициент Пирсона. Результаты, полученные при $p < 0,05$, считались статистически значимыми. Формирование, хранение, анализ электронной базы данных, статистическая обработка и визуализация результатов исследований выполнены в лицензионных пакетах: MedStat v. 4 и NCSS (PASS 11).

Результаты и обсуждение.

Результаты проведенного лабораторного исследования (рисунок 1) продемонстрировали достоверное повышение плазменного содержания ГПП-1 - $3,5 \pm 2,3$ нг/мл ($p < 0,01$) и снижения уровня грелина $461,6 \pm 283,4$ пг/мл ($p = 0,033$) в группе ФД (по сравнению со значениями группы контроля - $2,5 \pm 0,3$ нг/мл и $528,1 \pm 152,4$ пг/мл).

В качестве возможных предикторных факторов, определяющих выраженность секреторного ответа гастроинтестинальных гормонов, были изучены: гендерная принадлежность пациентов, возраст, ИМТ, показатели УЗИ желудка с питьевой нагрузкой, рН желудочного сока, клинический вариант ФД (эпигастральный болевой синдром (ЭБС), постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС), overlap-вариант - ЭБС+ПДС) и наличие инфекции *H.pylori* (таблица 2).

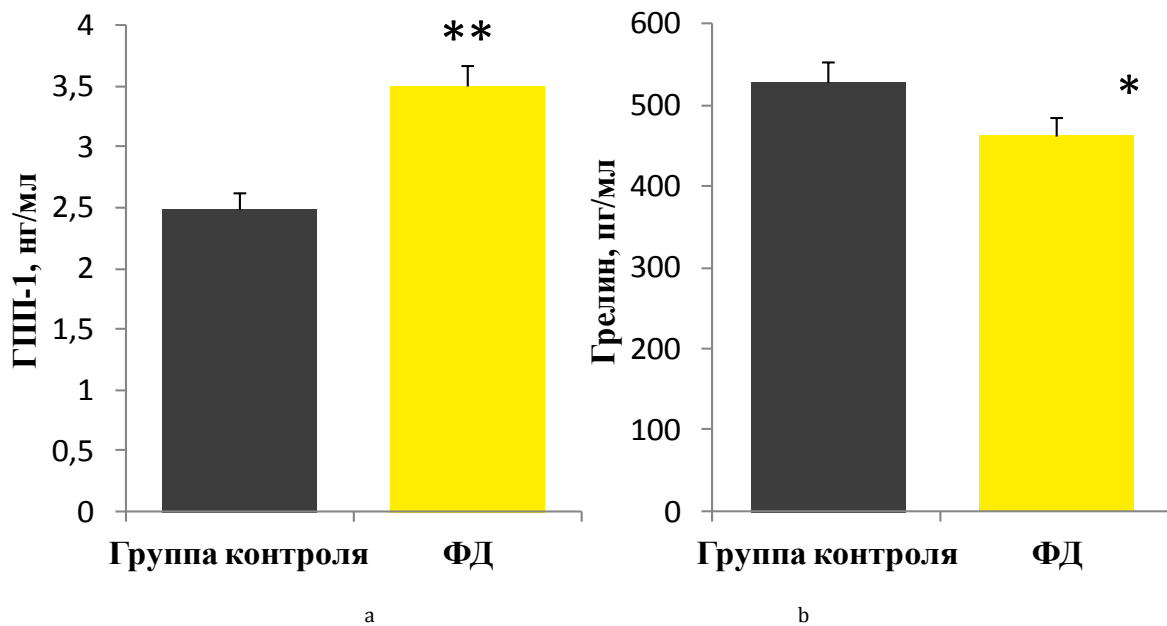


Рисунок 1 - Уровень ГПП-1 (а) и грелина (б) в плазме у пациентов с ФД и группы контроля. ** $p < 0,01$, * $p = 0,033$, в сравнении с группой контроля

Таблица 2 - Уровень грелина и ГПП-1 у пациентов с ФД и группы контроля

Фактор	Всего	ФД		Контроль	
		ГПП-1	Грелин	ГПП-1	Грелин
		3,5±2,3*	461,6±283,4**	2,5±0,3	528,1±152,4
Пол	Мужчины	3,1±2,3*	742,7±292,2‡	1,8±0,2	623,7±222,4
	Женщины	4,7±2,5*	378,3±287,2‡	2,6±0,1	441,6±112,3
Возраст	< 45 лет	4,1±2,3*	574,4±283,4•	2,7±0,2	604,9±119,5
	≥ 45 лет	2,9±2,4	354,9±216,8†	2,1±0,1	490,2±188,7
ИМТ	< 25 (88%)	3,6±2,1*	489,7±283,4•		
	25-30 (12%)	3,2±2,4	243,9±291,5†		
Показатели УЗИ с пит.нагрузкой	↓аккомодации	3,1±2,2	452,7±287,6**		
	↓эвакуации	3,8±2,1*	399,8±287,6**		
	↑чувствительн.	3,0±2,3	477,4±287,6		
Уровень pH желудочного сока	↓pH	2,6±1,4•	500,2±287,6•		
	Норма	3,3±2,3	452,5±277,5**		
	↑pH	4,4±2,7*	402,9±296,4†		
Клинический вариант ФД	ФД-ПДС	3,5±1,5*	413,6±265,6**		
	ФД-ЭБС	3,3±2,4*	600,9±414,4‡		
	ЭБС+ПДС	3,6±3,1*	444,2±205,8		
H.pylori	Да	3,9±2,4*	411,6±295,8†		
	Нет	2,8±2,1•	477,9±290,2•		

Примечание: * - $p < 0,01$, ** - $p < 0,05$ в сравнении с группой контроля, † - $p < 0,05$ в сравнении с группой контроля и показателями внутри группы, ‡ - $p < 0,01$, • - $p < 0,05$ в сравнении с показателями внутри группы

В группе ФД у женщин был незначительно повышен уровень ГПП-1 и снижен уровень грелина, что по-видимому связано с гендерными различиями клинических вариантов заболевания ($p = 0,004$).

Содержание ГПП-1 в плазме крови больных ФД было незначительно выше в группе моложе 45 лет, чем у лиц старшего возраста ($p = 0,113$), однако было значимо выше показателей группы контроля ≥ 45 лет ($p = 0,006$). Некоторое снижение секреции ГПП-1 (ключевого гормона инкретинового ряда), может быть одной из причин увеличения распространенности СД 2 типа среди пожилых лиц. Уровень грелина у пациентов с ФД моложе 45 лет был выше, чем у лиц старшего возраста ($p = 0,029$). При этом содержание плазменного грелина в группе ФД ≥ 45 лет было значимо ниже нормы ($p = 0,038$). Учитывая, что грелин стимулирует секрецию соматотропина, можно предположить участие этого желудочного гормона в

регуляции роста и развития организма.

У лиц с повышенной массой тела отмечались сниженные показатели ГПП-1 и грелина ($p = 0,038$), выявлено наличие отрицательной связи между ИМТ и уровнем ГПП-1 ($\gamma = -0,34$, $p = 0,015$) и грелина ($\gamma = -0,650$, $p = 0,03$). Несмотря на то, что в данной работе нельзя было оценить причинно-следственную связь между низким уровнем ГПП-1, грелина и наличием у пациента ИМТ 25-30 $\text{кг}/\text{м}^2$, можно утверждать, что грелин и ГПП-1 участвуют в регуляции жирового обмена [8-10].

С возрастом концентрация обоих гормонов снижалась, однако влияние на секреторную и моторную активность желудка было противоположным: при повышении уровня ГПП-1 отмечалось снижение скорости опорожнения ($p = 0,007$) и повышение pH желудочного сока, а при уменьшении содержания грелина было выявлено снижение способности желудка к растяжению и эвакуации ($p < 0,05$). В

группе с гиперацидностью определялось повышенное содержание грелина ($p < 0,05$). Содержание ГПП-1 в плазме крови больных с ФД было повышено, в сравнении с группой контроля, независимо от клинического варианта. Понижение концентрации грелина было зафиксировано у пациентов с ПДС и сочетанным вариантом ФД, в сравнении с ЭБС ($p < 0,01$). Также уровень грелина был статистически значимо ниже в группе ПДС, в сравнении со здоровыми добровольцами ($p = 0,041$). Учитывая функции грелина, его роль больше выражена в патофизиологии ПДС, чем ЭБС. При изучении уровня ГПП-1 в группе Н. pylori-положительных пациентов были получены значимо высокие результаты, в сравнении с нормой ($p = 0,007$) и Н. pylori-негативными пациентами ($p < 0,05$). У Н. pylori-положительных пациентов уровень грелина был значительно ниже, чем у Н. pylori-негативных и группы контроля ($p < 0,05$). Можно сделать заключение о том, что снижение уровня грелина имеет обусловленную инфекцией Н. pylori связь с осью модуляции соматостатин — гастрин — кислота.

С помощью корреляционного анализа была выявлена положительная корреляционная связь между уровнем грелина и ГПП-1 в плазме больных ФД ($r = 0,492$ на уровне значимости $p < 0,001$), однако конечно он не учитывал влияние какого-либо еще фактора извне, поэтому на вопрос - является ли резко повышение ГПП-1 компенсаторным в ответ на гипергрелинемию или наоборот - однозначного ответа пока нет.

Заключение.

Отсутствие морфологического субстрата делает весьма актуальной задачу поиска лабораторных и

инструментальных маркеров функциональных заболеваний. Грелин и ГПП-1 влияют на уровень секреторной и двигательной активности желудка, что указывает на их роль в патогенезе различных клинических вариантов ФД. Однако важно отметить, что проведенное исследование имело ряд ограничений. Дизайн кросс-секционного (одномоментного) исследования не позволяет проследить ход изменений секреции ГПП-1 и грелина у больных с ФД под воздействием терапии. Определение плазменной концентрации изучаемых гормонов в качестве потенциальных биомаркеров риска развития ФД возможно, но изучаемая выборка больных ($n = 70$) не является достаточно репрезентативной для оценки точности результатов грелина и ГПП-1 в качестве диагностического критерия ФД. Следует учесть, что и полученные показатели уровней гастроинтестинальных гормонов в группе здоровых добровольцев могут быть приняты только за относительную норму, так небольшой размер выборки ($n = 20$) не позволяет утверждать, что они являются средние популяционными параметрами.

Результаты исследования определили потенциальные конечные точки для будущих клинических испытаний. В дальнейшем необходимо нейрофизиологическое изучение взаимного влияния грелина и ГПП-1, так как, не смотря на разнонаправленное действие двух ключевых гастроинтестинальных гормонов, между ними выявлена положительная корреляционная связь. Повышение ГПП-1 в ответ на повышение грелина и наоборот может означать выполнение ими контррегуляторной работы в поддержании равновесного состояния ЖКТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Drossman D., Hasler W.L. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction // *Gastroenterology*. – 2016. - №150 (6). – P. 1257-1261.
- 2 Tack J. Functional dyspepsia—symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria. *Nat. Rev // Gastroenterol. Hepatol.* – 2013. - №10. – P.134–141.
- 3 Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. - М.: 2016. – 43 с.
- 4 Korbonits M. Ghrelin – a hormone with multiple functions // *Front Neuroendocrinol.* – 2004. - №25. – P. 27-68.
- 5 Steinert Robert E. The role of the stomach in the control of appetite and the secretion of satiation peptides // *American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism.* – 2012. - №302(6). – P. 666-673.
- 6 Date Y. Ghrelin, a novel growth hormone-releasing acylated peptide, is synthesized in a distinct endocrine cell type in the gastrointestinal tracts of rats and humans // *Endocrinology.* – 2000. - №141. – P: 4255-4261.
- 7 Takakazu Y. The role of ghrelin in patients with functional dyspepsia and its potential clinical relevance (Review) // *International journal of molecular medicine.* – 2013. - №32. – P. 523-531.
- 8 Akamizu T. Repeated administration of ghrelin to patients with functional dyspepsia: its effects on food intake and appetite // *Eur J Endocrinol.* – 2008. - №158. – P. 491–498.
- 9 Horvath T.L. Minireview: Ghrelin and the regulation of energy balance – a hypothalamic perspective // *Endocrinology.* – 2001. - №142. – P. 4163-4169.
- 10 Schwartz M.W. Central nervous system control of food intake // *Nature.* – 2000. - №404. – P. 661-671.

T.E. Kugler

THE ROLE OF THE APUD SYSTEM IN THE PATHOGENESIS OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA

Resume: Functional dyspepsia patients and control group of healthy volunteers were included in this cross-sectional study. Blood samples were taken for acyl ghrelin and glucagon-like peptide-1 (GLP-1) by ELISA method. We found the connection between neurohumoral regulation and clinical symptoms of functional dyspepsia, acid secretion, accommodation and gastric emptying, *Helicobacter Pylori*. Despite the multidirectional physiological effect, a positive correlation was found between ghrelin and GLP-1 ($r = 0.492$, $p < 0.001$).

Keywords: functional dyspepsia, ghrelin, glucagon-like peptide-1, accommodation, gastric emptying

ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ПРЕЭКЛАПСИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.М. Курманова, Л.С. Дзоз, Н.М. Мамедалиева,
З.О. Базылбекова, Н.В. Кравцова

РГП на ПХВ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
МЗ РК, г. Алматы, Казахстан

В настоящее время, внимание большинства исследователей сосредоточено на предотвращении развития преэклампсии, что, прежде всего, связано с выявлением факторов, способствующих формированию данной патологии беременности. Наличие большого количества теоретических предпосылок затрудняет определение первичности тех или иных факторов возникновения и путей прогрессирования преэклампсии. Считают, что к развитию данной патологии приводят различные пусковые моменты, а саму преэклампсию определяют, как своеобразный порочный круг, включающий в себя большое количество патогенетических звеньев, нередко проявляющихся полиорганной недостаточностью.

Ключевые слова: преэклампсия, трофобласт, цитотоксическая активность

УДК 618.3.

Одной из важных и значимых проблем в современном акушерстве является проблема преэклампсии. Частота преэклампсии в общей популяции беременных женщин составляет 5-10% и является одной из главных причин материнской смертности - 12-30% [1, 2]. Частота преэклампсии в Республике Казахстан колеблется в пределах 14,5-35%.

Согласно современным представлениям, преэклампсия рассматривается как «болезнь адаптации» к беременности со всеми стадиями, присущими общему адаптационному синдрому. Индикаторами развивающегося неблагополучия в организме беременной женщины являются изменения в иммунной, нейрогуморальной и других системах, ответственных за регуляцию сосудистого тонуса и состояние микроциркуляции [3-4].

Основой развития преэклампсии является патологическое изменение процессов имплантации и плацентации, первым проявлением которого является нарушение миграции клеток цитотрофобласта в начале беременности, что впоследствии и вызывает патологические изменения в функции эндотелия сосудов.

В регуляции процесса инвазии цитотрофобласта в стенку спиральных артерий матки принимают участие различные классы факторов роста и цитокинов [5]. Система плацентарных факторов роста регулирует рост и функцию сосудов плаценты. Факторы роста плаценты с одной стороны, являются стимуляторами ангиогенеза и повышают проницаемость сосудов внутриплацентарного ложа матки, с другой стороны посредством аутокринного механизма регулируют инвазию, дифференцировку и метаболическую активность цитотрофобласта в период плацентации. Наиболее информативным в оценке степени тяжести гестоза является определение уровней сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF), плацентарного фактора роста (PlGF) с их рецепторами (sflt-1). Существуют убедительные данные о повышенной экспрессии sflt-1 в плаценте и снижении циркуляции VEGF и PlGF при преэклампсии [6].

Эндоглин действует как ингибитор ангиогенеза, конкурирующий с TGF-β. Выраженное повышение растворимого эндоглина обнаруживалось у пациенток с преэклампсией, особенно с HELLP-синдромом [7]. Однако, растворимый эндоглин выступает не только маркером преэклампсии, но и другой различной плацентарной патологии [8].

Важное значение имеет увеличение уровня внеклеточной плодовой ДНК в 2-5 раз, начиная с 17 недель и за 3 недели до клинического дебюта преэклампсии [9].

Маркерами дисфункции эндотелия являются оксид азота, ангиотензинпревращающий фермент, тромбомодулин и фактор Виллебранда [10]. В развитии эндотелиальной дисфункции большое значение отводится эндотелину, способному как непосредственно, так и опосредованно через

генерацию оксида азота и образование ангиотензина-II влиять на изменение сосудистого тонуса [11].

Изучение механизмов формирования дисфункции эндотелия открывает новые возможности в понимании патогенетических механизмов развития преэклампсии. Однако исследования роли этих факторов в развитии преэклампсии немногочисленны и противоречивы. Определение критических параметров этих маркеров при развитии преэклампсии позволило бы предотвратить переход ее в более тяжелую форму.

В настоящее время большое значение придается иммунным и генетическим факторам, которые могут проявиться особенностями плацентации. Торможение миграции трофобласта и отсутствие трансформации мышечного слоя спиралевидных артерий по мере прогрессирования беременности предрасполагают к их спазму, снижению межворсинчатого кровотока и гипоксии. В последующем комплекс гемодинамических нарушений становится генерализованным, вызывая поражение эндотелия [12].

Гипоперфузия тканей, гипоксические и ишемические изменения в них приводят к развитию синдрома плацентарной патологии. В патогенезе возникновения преэклампсии важное значение имеют реологические свойства крови: гиперагрегация эритроцитов, тромбоцитов, диспротеинемия, гиперкоагуляция, с развитием хронического ДВС-синдрома [13].

На фоне развивающихся гипоксических изменений в тканях возникает аутоиммунное поражение ЦНС плода, обусловленное нарушением гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). В результате значительного повышения проницаемости ГЭБ в периферический кровоток плода, перенесшего хроническую внутриутробную гипоксию, поступают нейроспецифические белки. Они, в свою очередь, способствуют гибели и склерозу нейронов, нарушению формирования сосудистой сети мозга и структурным взаимоотношениям капилляр-нейрон, как важных компонентов ГЭБ. Это свидетельствует о неблагоприятных отдаленных последствиях перинатальных церебральных поражений у детей, матери которых перенесли преэклампсию [3]. В этом плане исследование нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) в пуповинной крови новорожденных, рожденных от матерей, перенесших преэклампсию, как маркера повреждения мозговой ткани, является актуальным.

Наряду с изменениями в системной и регионарной гемодинамике и сопутствующей им сосудистой гипоксии выявлены изменения иммунологических показателей, которые образно называют метаболической анархией, отражающей эндогенную интоксикацию. Анализ показателей клеточного иммунитета показал увеличение цитолитических Т-лимфоцитов и появление лимфокин-активированных киллерных клеток. Предполагается, что за индукцию толерантности к отцовским антигенам отвечают

Трег-клетки, число которых увеличивается максимально во II и уменьшается в III триместре беременности. Снижение их содержания совпадает со временем появления симптомов преэклампсии и быстро уменьшается после родов [14]. Цитометрически было зарегистрировано увеличение содержания CD8+клеток до 37,5% популяции Т-лимфоцитов, при этом индекс иммунорегуляции CD4+/CD8+ составлял 0,8-1,2, и был достоверно выше уровня при физиологически протекающей беременности. Параллельно с этим регистрировались повышение в крови концентрации ИЛ-6 и ФНО- α . Высокая цитотоксическая активность НК-клеток в области фетоплацентарного комплекса приводит к гибели цитотрофобласта. Предполагается, что цитотоксическая активность БГЛ опосредуется пороформирующими белками, в частности перфорином. Когда клетки иммунной системы, а именно цитотоксические Т-лимфоциты и натуральные киллеры активируются, они начинают в большом количестве продуцировать перфорин. В мембране клеток-мишеней образуются перфориновые поры, через которые проникают гранзимы (протеазы), запускающие в клетке процесс, приводящий к развитию апоптоза, т.е. уровень внутриклеточной продукции перфорины в эффекторных лимфоцитах можно расценивать как маркер, свидетельствующий о цитотоксическом потенциале киллерных клеток.

Показано, что многие черты позднего гестоза могут быть вызваны неадекватной активацией материнского воспалительного клеточного ответа [15]. С помощью проточной цитометрии авторы анализировали маркеры воспаления (CD 11 b, CD64, CD62L, HLA-DR и внутриклеточные виды реактивного кислорода) в лейкоцитах женщин с физиологической беременностью и у женщин с гестозом. Хотя у последних была выявлена более низкая экспрессия CD62L и значительно более высокие уровни продукции реактивных форм кислорода по сравнению со здоровыми беременными, различия между беременными с гестозом и здоровыми были во многих отношениях меньшими, чем таковые между контрольными группами беременных и небеременных женщин. По сравнению с образцами от небеременных женщин, лейкоциты от здоровых беременных показали значительно более высокие уровни у них CD11b+, CD64+клеток и кислородных радикалов. Авторы подтвердили и расширили концепцию о том, что при гестозе имеются генерализованные изменения в циркулирующих лейкоцитах, характерные для воспаления. Кроме того, установили, что нормальная беременность уже сама по себе характеризуется подобным ответом.

На сегодняшний день совершенно не изучены молекулярные механизмы, регулирующие активность и миграцию лимфоидных клеток, среди которых важная роль отводится молекулам CD27+ в дифференцировке и миграции Т-лимфоцитов.

Практически малоизученным являются макрофаги децидуальной ткани плаценты и трофобласта (CD14+). Высказано предположение, что плацентарные макрофаги способны обеспечивать локальную регуляцию процессов, происходящих в ткани развивающейся плаценты при нормальной беременности и выступать в роли инициатора каскада реакций, приводящих к ее прерыванию. Децидуальные макрофаги не только обеспечивают барьерную функцию плаценты, но и продуцируют широкий спектр ростовых факторов, регулирующих процессы роста трофобласта, ангиогенеза и децидуализации эндометрия [16].

Мононуклеарные фагоциты представляют одну из наиболее многочисленных популяций иммунокомпетентных клеток в ткани плаценты, в ворсинках хориона они являются фактически единственными представителями иммунокомпетентных клеток. Предполагают, что материнские и плодовые макрофаги осуществляют заслон на пути инфекций, обеспечивая тем самым сохранение беременности [16-17]. Они также участвуют в защите плода от местного материнского иммунитета. Однако насколько при преэклампсии изменена локальная регуляция процессов, остается ещё не выясненным фактом.

Выявлена прямая связь между макрофагальной

инфильтрацией миометриальных сегментов спиральных артериол и редуцированной трофобластной инвазией при гестозе. Известно, что активированные макрофаги продуцируют большие количества NO. L.M. Postovit и соавт. (2001), [17] установили, что низкие концентрации NO-миметиков (глицерилтринитрата и нитропруссиды Na) угнетают способность клеток трофобласта пенетрировать восстановленный внеклеточный матрикс (матригель). Угнетение сопровождается сниженной экспрессией поверхностного урокиназного рецептора, важной для процесса инвазии молекулы. Авторы предполагают возможную механистическую связь между aberrантной макрофагальной инфильтрацией при гестозе и нарушенной адаптацией утеролацентарных артериол, характеризующей гестоз. Распределение и особенности активации различных субпопуляций лимфоидных клеток периферической крови женщин, децидуальной ткани и пуповинной крови при внутриутробной задержке развития плода исследовали с помощью проточной цитофлюорометрии [16]. Наиболее очевидные изменения были отмечены в уровне лимфоцитов с фенотипом, характерным для клеток с цитотоксической активностью. В течение нормальной беременности в децидуальной ткани уровни экспрессии HLA-DR, HLA-DQ, CD71, CD95 в популяции CD8+клеток и количество CD8+CD16+клеток были выше, чем в периферической крови, но при внутриутробной задержке развития плода такие изменения отсутствовали. Показано, что в периферической крови женщин с этой патологией содержание CD16+, CD8+HLA-DR+ и CB8+CB16+лимфоцитов было выше, чем при нормальной беременности. Параллельно этому количество CD8+HLA-DR+ и CD8+CD16+лимфоидных децидуальных клеток было ниже по сравнению с таковым при нормальной беременности, но экспрессия молекул HLA-DR CD16+клетками была увеличена. Предполагается повреждение активационного потенциала децидуальных CD8+лимфоцитов. Авторы склоняются к мнению, что увеличение количества CD8+HLA-DR+клеток (активированных клеток среди CD8+лимфоцитов) на системном уровне свидетельствует о наличии латентной вирусной инфекции, которая может запускать внутриутробную задержку развития плода и провоцировать аутоиммунный процесс у плода или супрессию процесса клонирования клеток.

M.R.Burk и соавт. (2001, [18]) изучали распределение HLA-DR-экс-прессирующих миелоидных клеток в децидуальной ткани при гестозе и при физиологически протекающей беременности. Исследовали моноциты периферической крови матери и плода, а также моноциты плаценты. Не найдено значительных различий в размере субпопуляций CD14+/CD16+клеток. Количество и локализация макрофагов в ворсинках трофобласта были сходны. Однако в то время как базальная пластина нормальной децидуальной оболочки содержала большое количество CD14+HLA-DR+ManR+тканевых макрофагов, подобный участок в плаценте при гестозе был фактически лишен этих клеток. Предполагают, что при гестозе нарушена не только миграция эндovasкулярного цитотрофобласта, но также миграция материнских макрофагов.

При беременности, осложненной преэклампсией, наблюдается развитие дисбаланса между материнскими антителами и антигенами плода. Агрессивные иммунные комплексы, откладываясь на поверхности эндотелия сосудов, не только нарушают способность сосудистой стенки предупреждать сосудистый спазм, но и повреждают эндотелиальные клетки. Последующее развитие иммунных васкулитов сопровождается хориодецидуальными повреждениями, высвобождением тканевого тромбопластина, фибриногена, фибрина и развитием ДВС-синдрома. Тяжелые повреждения эндотелия распространяются на всю систему «мать-плацента-плод». Дефицит маточно-плацентарного кровотока может возникать при блокаде спиральных артерий, причиной которой могут быть генетические или приобретенные тромбофилические нарушения. Приобретенные тромбофилические нарушения, такие как антифосфолипидный синдром (АФС), сочетаются с плацентарной сосудистой патологией и с ненормальным

свертыванием крови в кровотоке плаценты. Два типа антифосфолипидных антител (волчаночный коагулянт и антикардиолипиновые антитела) наиболее часто приводят к развитию преэклампсии двумя путями: повреждая имплантацию эмбриона и вызывая тромбоз маточно-плацентарных сосудов [19].

В-клеточные клоны синтезируют различные аутоантитела: к фосфолипидам, антинуклеарные, антитиреоидные, антиовариальные, к ДНК, к тканям надпочечников, антиплацентарные и др. В этом плане представляет интерес доклиническое определение при угрозе преэклампсии антител к прогестерону, ХГЧ, АФС, а также исследование роли лимфоцитов с фенотипом CD19+/CD5+ в генезе сенсибилизации к прогестерону и к ХГЧ.

Сниженная экспрессия HLA-G на внедряющемся трофобласте является одним из компонентов тяжелой преэклампсии. Редуцированная экспрессия HLA-G может стать первичной причиной поверхностной инвазии трофобласта. Лишенные экспрессии HLA-G клетки цитотрофобласта чувствительны к лизису неизвестными их децидуальными NK-клетками и в результате не способны внедряться глубоко в децидуальную ткань и спиральные артерии [20].

Исследованию роли цитокинов в патогенезе преэклампсии уделяется особое внимание. Увеличение продукции IL-2, уменьшенное снижение экспрессией плацентарного HLA-G, приводит к снижению инвазивности трофобласта у женщин с преэклампсией. Кроме того, дефицит IL-10 может вносить вклад в повышенный воспалительный ответ, вызванный TNF- α и TNA- γ , против клеток трофобласта. Уменьшение экспрессии IL-10 ворсинчатым трофобластом связывают с возможным усилением материнского иммунного ответа на антигены плода и неадекватным развитием плаценты при преэклампсии. Продуцируемый в основном макрофагами и дендритными клетками IL-12 может быть доминирующим фактором в генезе преэклампсии, участвуя в повреждении сосудов плаценты [21].

Аналогичные маркеры воспаления обнаруживаются при преэклампсии и в околоплодных водах, что свидетельствует о перинатальном поражении плода. Именно эти звенья патогенеза преэклампсии в настоящее время наиболее активно изучаются, и количество публикаций, посвященных роли цитокинов, адгезивных молекул, лейкоцитов, воспаления в патогенезе преэклампсии и перинатальной патологии непрерывно растёт.

Значительное внимание уделяется исследованию роли цитокинов в патогенезе гестоза. Сывороточные концентрации ИЛ-2 и ФНО- α более высоки в I триместре беременности у тех женщин, у которых позднее развивается гестоз [22]. Повидимому, нарушение иммунной регуляции имеет место значительно раньше его клинического проявления. Исследование децидуальной ткани у пациенток с гестозом выявило сильное окрашивание ткани на ИЛ-2 по сравнению с очень слабым у здоровых беременных женщин. Предполагается, что ИЛ-2, выявляемый в децидуальной ткани беременных с гестозом, влияет на ангиогенез в плаценте [23]. ИЛ-2 активирует клеточную цитотоксичность. Он способен нарушить васкуляризацию путем активации лимфокинактивированных клеток. Эти данные согласуются с полученными D.T. Rein и соавт. (2002), [24]. Они оценивали баланс Th1-(ИЛ-2 и ИФН- γ) и Th2-(ИЛ4) цитокинов у беременных с гестозом. Найдена увеличенная экспрессия ИЛ-2 в МНК периферической крови в III триместре беременности. Эти данные подтверждают гипотезу, что у женщин с гестозом не происходит

иммунорегуляторных изменений, которые имеют место при нормальной беременности.

Предполагается участие ИЛ-12 в повреждении плацентарной васкуляризации, ведущем к ограничению роста плода, которое обычно находят у женщин с гипертензией во время беременности [25]. Известно, что ИЛ-12 способен направлять развитие Т-клеточного ответа по Th1-типу. ИЛ-12 является абсолютно критическим для развития Th1-Т-клеточного ответа на чужеродные антигены. При средней тяжести гестоза уровень ИЛ-12 был сравним с уровнем у здоровых небеременных женщин, а при тяжелом гестозе превышал его. Увеличенная экспрессия HLA-DR-антигенов и сниженная CD14 при неизменном количестве моноцитов позволили предположить активацию моноцитов у беременных с гестозом. Сделан вывод о том, что сниженная продукция ИЛ-12 клетками периферической крови может способствовать доминированию иммунного ответа Th2-типа, а повышенная — Th1-типа.

Существуют механизмы, ассоциированные с беременностью, которые угнетают Th1-клетки, макрофаги и ЕК [26]. Трофобласт сам продуцирует фактор, угнетающий экспрессию Т-клеточного рецептора для антигена. В дополнение прогестерон способствует развитию Т-хелперных клеток 2-го типа, которые секретируют ИЛ-4 и/или ИЛ-10. ИЛ-4 — цитокин, угнетающий развитие Т-клеток. ИЛ-10 является возможным ингибитором Th1-клеток, ЕК и макрофагов и может также продуцироваться прямо трофобластом. Кроме того, имеются необычные Т-клетки с другим типом Т-клеточного рецептора - $\gamma\delta$ -TCR, по сравнению с более обычным - $\alpha\beta$ -TCR. Особые $\gamma\delta$ -клетки в материнской децидуальной ткани имеют специфическую способность распознавать трофобласт. Эти клетки могут также экспрессировать маркеры ЕК-подобных клеток (CD56+), обычно лишенных поверхностного маркера CD16 и не проявляющих цитотоксическую активность. Децидуальные БГЛ продуцируют многие цитокины, включая некоторые Th1- и Т Th2-типы.

В образцах плаценты при гестозе показан увеличенный уровень экспрессии ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-10. Считается, что это может иметь отношение к плацентарной гипоксии и вносить вклад в глобальную эндотелиальную дисфункцию при позднем гестозе [27].

У женщин с поздним гестозом определяется увеличение сывороточного уровня ФНО- α и ИЛ-6, коррелирующее с концентрацией лептина - гормона, регулирующего эффективность метаболизма, расход энергии и прием пищи. Он продуцируется главным образом жировыми клетками, но мРНК его экспрессируется и клетками плаценты. Показано, что при гестозе увеличивается концентрация лептина в плазме крови и уровень продукции клетками плаценты. Концентрация лептина в сыворотке увеличивается прогрессивно в течение первых 2 триместров беременности, коррелируя с весом матери и индексом массы. У женщин с гестозом также повышается сывороточный уровень ФНО- α , ИЛ-6 и ТФР- β 1. Найдена значительная коррелятивная связь между воспалительными цитокинами и лептином в III триместре у женщин с физиологическим течением беременности и у женщин с гестозом. Предполагается, что увеличенный уровень ФНО- α и других воспалительных цитокинов (ИЛ-6) может вносить вклад в патогенез гестоза.

Таким образом, изучение иммунопатофизиологических механизмов, действующих в системе мать-плацента-плод, способствует совершенствованию методов ранней диагностики преэклампсии и подбору патогенетически обоснованной терапии для предотвращения этого грозного осложнения беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммуные факторы в этиологии и патогенезе осложнений беременности // Акуш. и гинекология. - 2012. - № 1. - С. 128-136.
- 2 Сидорова И.С., Зарубенко Н.Б., Гурина О.И. Маркеры дисфункции эндотелия в оценке степени тяжести гестоза и эффективности терапии беременных, страдающих этим осложнением // Росс. Вестник акушера-гинеколога. - 2012. - № 1. - С. 8-12.
- 3 Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акуш. и гинекология. - 1998. - № 5. - С. 6-9.
- 4 Sane D.C., Anton L., Brosnihan K.B. Angiogenic growth factors and hypertension // Angiogenesis. - 2004. - Vol 7. - P. 193-201.
- 5 Grill S., Rusterholz C., Zanetti-Dallenbach R. et al. Potential markers of preeclampsia – a review // J Reprod Biol Endocrin. – 2009. - N 7. - P. 70-76.
- 6 Chaiworapongsa T., Romero R., Espinoza J. et al. Evidence supporting a role for blockade of the vascular endothelial growth factor system in the pathophysiology of preeclampsia // Am J Obstet Gynec. – 2004. – N 190. – P. 1541-1547.
- 7 Venkatesha S., Toporsian M., Lam C. et al. Soluble endoglin contributes to the pathogenesis of preeclampsia // Nat. Med. – 2006. – N 12. – P. 642-649.
- 8 Jeyabalan A., McGonigal S., Gilmour C. et al. Circulating and placental endoglin concentrations in pregnancies complicated by intrauterine growth restriction and preeclampsia // Placenta. – 2008. – N 29. – P. 555-563.
- 9 Levine R.J., Qian C., LeShane E.S. et al. Two-stage elevation of cell-free fetal DNA in maternal sera before onset of preeclampsia // Am J Obstet Gynec. – 2004. – N 190. – P. 707-713.
- 10 Соколов Д.И., Колобов А.В., Лесничия М.В. и др. Выраженность процессов ангиогенеза и апоптоза на разных этапах развития плаценты // Рос. Иммунол. журн. – 2008. – Т.2. - № 2(3). – С.296-301.
- 11 Greer I.A., Leask R., Hodson B.A. et al. Endothelin, elastase and endothelial dysfunction in preeclampsia // Lancet. - 1991.-Vol. 337. - P. 558-569.
- 12 Петрищев Н.Н. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция. – СПб.: Изд-во СПб ГМУ, 2003. – 184 с.
- 13 Медведицкий И.Д., Нижечик Ю.С., Юрченко Л.Н. Концепция развития полиорганной недостаточности на модели гестоза // Анест. и реаниматол. - 2000. - № 3. - С. 48-52.
- 14 Saito S., Shima T., Nakashima A. et al. What is the role of regulatory T cells in the success of implantation and end pregnancy? // J. Assist. Reprod. Genet. – 2007. – Vol. 2., N 9. - P. 379-386.
- 15 Sargent I.L., Wiolkins T., Redman C.W. Maternal immune responses to the fetus in early pregnancy and recurrent miscarriage // Lancet. – 1998. – Vol. 2., N 862. – P. 109-114.
- 16 Sotnikova N. Yu., Kudryashova A.V., Kroshkina N.V. et al. Different subsets of lymphoid cells with cytotoxic activity in fetal growth retardation syndrome (FGRS) // Am. J. Reprod. Immunol. – 1998. – Vol. 40. – P. 265-271.
- 17 Postovit L.M., Adams M.A., Graham C.H. Does nitric oxide play a role in the aetiology of pre-eclampsia? // Placenta. – 2001. – Vol. 22., Suppl. A. – P. 51-55.
- 18 Burk M.R., Troeger C., Brinhaus R. Et al. Severely reduced presence of tissue macrophages in the basal plate of pre-eclamptic placentae // Placenta. – 2001. – Vol. 22., N 4. – P. 310-316.
- 19 Макаров О.В., Волкова Е.В., Джохадзе Л.С. Перспективы диагностики и прогнозирования преэклампсии // Росс. Вестник акушера-гинеколога. – 2012. - № 1. – С. 35-42.
- 20 Rieger L., Hofmeister V., Probe C. et al. Th1- and Th2-like cytokine production by first trimester decidual large granular lymphocytes is influenced by HLA-G and HLA-E // Mol. Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 8, №3. - P. 255-261.
- 21 Сухих Г.Т., Сафронова В.Г., Ванько Л.В. Современные представления о роли фагоцитов в патогенезе осложнений беременности // Бюлл. экпер. Биол. – 2002. – Т. 134, № 8. - С. 124-135.
- 22 Davison J.M., Nomuth V., Jeyabalan A. et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia // J Am Soc Nephrol. – 2004. – N 15. – P. 2440-2448.
- 23 Messerli M., May K., Hansson S.R. et al. Feto-maternal interactions in pregnancies: Placental microparticles activate peripheral blood monocytes // Placenta. – 2010. –Vol.31. – P. 106-112.
- 24 Rein D.T., Schondorf T., Gohring U. et al. Cytokine expression in peripheral blood lymphocytes indicates a switch to T helper cells in patients with preeclampsia // J. Reprod. Immunol. – 2002. –Vol.54. – N 1(2). – P. 133-142.
- 25 Ломова Н.А., Орджоникидзе Н.В., Ванько Л.В. Синдром системного воспалительного ответа и беременность // Акушерство и гинекология. – 2012. - № 1. – С. 23-27.
- 26 Sharma J.B., Sharma A., Bahadur A. et al. Oxidative stress markers and antioxidant levels in normal pregnancy and pre-eclampsia // Int. J. Gynaec Obstet. – 2006. – N 94(1). – P. 23-27.
- 27 Ванько Л.В., Сафронова В.Г., Матвеева Н.К., Сухих Г.Т. Оксидативный стресс в генезе акушерских осложнений. – М.: GEOTAR-Медиа, 2010. – 64 с.

А.М. Құрманова, Л.С. Дзоз, Н.М. Мамедалиева, З.О. Базылбекова, Н.В. Кравцова
Акушерлік, гинекологиялық және перинатологиялық ғылыми орталығы

ПРЕЭКЛАМПСИЯ БАЙЛАНЫСТЫ ИММУНОПАТОЛОГИЯЛЫҚ ПРОЦЕСТЕР (ШОЛУ)

Түйін: Мақалада жүктілік шиеленісінің преэклампсияда иммундік механизмдер рөліне деген қазіргі назарлар ұсынылған. Жүкті бұзушылығының анықтауға және болжамдауға иммунологиялық тесттің игерушілігінің мүмкіндігі байқалған

Түйінді сөздер: преэклампсия, трофобласт, цитотоксикалық белсенділік

A.M. Kurmanova, L.S. Dzoz, N.M. Mamedalieva, Z.O. Basybekoba, N.V. Kravtsova
Scientific Centre of obstetrics, gynecology and perinatology

IMMUNOPATHOLOGICAL PROCESSES AT PEECLAMPSIA (REVIEW)

Resume: The article gives current views of the role of immune mechanisms of pregnancy complications, particularly preeclampsia. Whether immunological assays can be used to diagnose and predict impairments of pregnancy.

Keywords: preeclampsia, trophoblast, cytotoxic activity

ИММУНДЫ ПРОФИЛАКТИКАНЫҢ АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Ш.Б.Насухин, Б.С.Атжақсынова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті

Жоспарлы иммундаудың эпидемиологиялық нәтижесі иммундалатын контингентті екпемен қамтуға тәуелді. Елімізде, әсіресе соңғы жылдары екпемен қамту мәселеге айналып отыр. Екпе ісіне денсаулық сақтау саласынан тыс күштердің тартыла бастауымен парламенттік тыңдауға шығарылуы мәселенің денсаулық сақтау саласына аясынан шығып бүкіл халықтық сипат алғанын көрсетеді. Мәселе жасанды иммундау ісінің саясатына, иммундаудың моралдық-этикалық жақтарына, құқықтық негізіне және алдын ала егу күнтізбесіне жаңаша көзқараспен қарауды талап етеді.

Түйінді сөздер: *иммунды профилактика, моралдық-этикалық аспект, құқықтық негіз, алдын ала егу күнтізбесі, иммундау саясаты.*

УДК 615.37:616-084

Өзектілігі. Тұрғындарды жұқпалы аурулардан қорғау мемлекеттік маңызды міндеттердің бірі[5]. Соның ішінде әлеуметтік факторлармен детерминацияланған аурулардан қорғау басым бағытта. Жұқпалы аурулардың алдын алумен олардың індетіне қарсы шаралардың ішінде тұрғындарды иммундау нәтижесі жоғары шара деп саналады[4]. Иммунды профилактика тәсілдері бірнеше – ұлттық алдын ала егу күнтізбесі бойынша, жедел клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша[2]. Иммунды профилактиканың соңғы екі түріне қатысты екпе салынатындарға оның қажеттілігін дәлелдеу қиын емес. Мысалы, жарақат алғандарды сіреспеге қарсы немесе жыртқыштарға таланғандарды құтыруға қарсы, туляремия, түйнеме сияқты аурулардың ошағында қалғандарды сол ауруларға қарсы егу кезінде. Ал, күнтізбе бойынша екпе салу ісінде жағдай басқаша. Себебі екпе дені сау балаға салынады, екпенің қажеттілігі, қауіпсіздігі көптеген ата-аналарда күмән туғызуы мүмкін. Ол күмән негізсізде емес, бірақ медицина қызметкерлері көп жағдайда екпе қауіпсіз, екпе салынбағандар бала бақшамен мектепке қабылданбайды деген уәждер келтіру арқылы баланың ата-анасын көндіреді. Бұл моралдық - этикалық нормаға және азаматтардың конституциялық құқығына қайшы келеді [3,8]. Яғни, жоспарлы иммундау ісі егілетіндерге кейде психологиялық және әкімшілік қыспақ қолдануға құрылған демеске болмайды.

Мақсаты. Жоспарлы екпе салу ісінің клиникалық, эпидемиологиялық нәтижесін төмендететін екпеден бас тарту мәселесінің туындауына орай оның ұйымдастырушылық, құқықтық, моралдық-этикалық аспектілерін және екпеден бас тартудың себептерін зерттеу.

Материалдармен әдістер. Иммундау ісіне негіз болып саналатын ресми құжаттарды саралау, сауалнама нәтижесіне қарай бұл істегі тұрғындардың пікірін анықтау, бұқаралық ақпарат көздеріне шолу жасау, иммундау ісінің моралдық-этикалық және жекеленген вакциналардың клиника-эпидемиологиялық аспектілерін және екпеден бас тартудың күзретті органдардың есебі бойынша себептерін талдау.

Нәтижелерімен талқылаулары. Иммунды алдын алу ісі бойынша егілетіндердің міндетімен құқығы Қазақстан Республикасының «Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық ахуалы туралы» заңында және «Халық денсаулығымен денсаулық сақтау саласы туралы» кодексіне ғана көрсетілген. Екінші құжатта екпе салуға келісім немесе одан бас тарту жазбаша түрде болуы керек делінген. Бұл екі құжат екпеге байланысты қоғамда туындайтын қайшылықтарды реттеуге жеткіліксіз. Оған дәлел екпеден кейін айықпас дертке шалдыққан балалардың ата-аналарының шағымдары, сот шешімдерінің шағымданушылардың арыздарын қанағаттандырмауы және бұл жағдайларды орталық телеканалдардың көрермен талқысына ұсынуы. БАҚ-да осы сұрақты талқылауға шақырылған компетентті деген адамдардың иммунопрофилактиканың тек пайдалы жағын

ғана көрсетіп, асқынулармен оған байланысты туындайтын қайшылықтар туралы жақ ашпауы түсініксіз. Екпеден кейін ауыр асқынуларға шалдыққандарға заңды әлеуметтік статус берілмейді, барлық моралдық және материалдық шығын баланың ата-анасына түседі. Жоспарлы иммундау нәтижесінде популяциялық иммунитет қалыптастырылады. Ол үшін егілетіндер мейлінше кең қамтылуы шарт, яғни қамту 90-95 % кем болмаған жағдайда ғана аурудың эпидемиялық таралуына тосқауыл жасалады. Демек, «бірі бәрі үшін, бәрі бірі үшін» қағидасы орындалуы тиіс. Бұл жағдайды иммундалушылар біле бермейді.

Абсолютті қауіпсіз вакцина жоқ және вакциндік препараттың адам ағзасындағы әсерімен оған әр ағзаның жауабын біліп отыру мүмкін емес. Осы жағдайды және мүмкін болатын асқынуларды ата-аналарға айтуға медицина қызметкерлерін жоғарыда айтылған кодекстің 156 бабы міндеттейді. Бірақ екпе салынар алдында ол туралы айтылатын болса екпеден бас тартатындардың саны қазіргіденде (барлық бас тартқандардың 10,6 %) көп болатыны сөзсіз[1,9]. Қазақстан Республикасы парламенті депутаттарының Денсаулық сақтау министрлігіне вакцина сапасына аса көңіл бөлуін тапсыруы, бұл істің ұйымдастырылуында олқылықтарға жол берілгендігін көрсетеді. Ақтөбе облысында 2017 жылдың алты айында вакцинадан бас тартқандардың 1,9 % вакцина сапасына сенімсіздік танытқан. Ол олқылықтар тоқсаншы жылдардың аяғындағы жаппай БЦЖ вакцинасынан болған асқыну, былтырғы жылы ғана болған қызылша вакцинациясының асқынуы. Демек, тірі вакциналарды қолдануға көрсеткіш аясын мейлінше тарылту немесе әр серияның реактогенділігімен вируленттілігі тексеріліп отыруы керек. БЦЖ вакцинасы қазіргі күні тек клиникалық нәтиже үшін жасалады. Вакцина эпидемиологиялық нәтиже бермейтін болса, шет елдердің тәжірибесі көрсеткендей барлық вакцинадан кейінгі білдіреді[7,9]. Шындығында, парентералды вирусты гепатиттердің эпидемиологиясымен вакцинациядан кейінгі иммунитеттің сақталу мерзімін ескерсек бұл вакцинаның жаңа туған нәрестеге жасалуы ешбір қисынға келмейтін сияқты.

Қортынды. Осы аталған қысқаша мәліметтердің өзі бұл істе шешімін күткен мәселелер бар екендігін білдіреді. Бұл істі сапалы, табысты жүргізу үшін қазіргі иммунды алдын алуға қатысты қолданылып отырған саясат өзгеруі тиіс, яғни әкімшілік-басқарушылық және тұрғындардың медицина-санитарлықпен құқықтық сауатсыздығына негізделген саясат енді гуманистік- өркениетті бағыт алуы керек. Ол

үшін ең бастысы екпе салынатындар құқықтық қорғалуы қажет. Көптеген өркениетті елдердегі тәрізді, туындайтын қайшылықтарды түбегейлі шеше алатын арнайы, тек иммунды алдын алу ісі туралы заң болғаны абзал. Иммундау ісі әрбір тұрғынға қатынасты болғандықтан, заң жобасы тек парламентте ғана емес, сондай-ақ қоғамдық компетентті ұйымдардың талқысынан өткені жөн. Иммундау

күнтізбесіндегі клиникалық нәтиже алуға негізделген БЦЖ, ВГВ, сіреспе, вакциналарына көрсеткіштерді қайта қарау қажет. Инфекцияны басқарудың иммундаудан басқада нәтижелі тәсілдері бар, күнтізбедегі кейбір аурулардың алдын алу ісінде нақты аймақтың иммундаудан басқа нәтижелі профилактикалық ресурстарын қолданған дұрыс деп санаймыз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Алибаева Б.Н., Беккужиева А.А. Иммунды алдын алудың құқықтық негіздері // Батыс Қазақстан медицина журналы. - 2014. - № 1(41). - С.78-79.
- 2 В.К.Таточенко, Н.А. Озерецковский, А.М.Федоров, А.Ф.Соколова, С.Г.Алексина. Иммунопрофилактика – Справочник Союз педиатров России.- 12-е изд. – М.: ПедиатрЪ, 2009. - 287 с.
- 3 Кэмпбелл А., Г.Джиллет, Г.Джонс; ред.: Ю.М.Лопухин, Б.Г.Юдин Медицинская этика; учебное пособие. - 2-е изд.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 400 с.
- 4 Медуницын Н.В., Покровский В.И. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 525 с.
- 5 Қазақстан Республикасының "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау саласы туралы" кодексі. 2016 (22.12.2016 ж. жағдайындағы өзгерістерімен толықтыруларымен)
- 6 Қазақстан Республикасының "Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық ахуалы туралы" заңы, 4.12.2002 ж. № 361-11.
- 7 Қазақстан Республикасы Үкіметінің 30 желтоқсан 2009 ж. № 2295 "Профилактикалық екпе жасалынатын аурулар тізімін бекіту, оны жүргізу Ережесі және жоспарлы екпеге жататын халық топтары туралы" қаулысы.
- 8 https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/otkaz-vaktsinatsii-vyizval-spor-deputata-vitse-ministra-326761/
- 9 Ақтөбе облыстық қоғамдық денсаулық сақтау департаментінің алдын ала егу ісі бойынша есебі, 2016 ж., 2017 жылдың 1-жартыжылдығы.

Ш.Б. Насухин, Б.С. Атжаксынова

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме: Поднимаются проблемы вакцинации населения по национальному календарю профпрививок. В последние годы полный охват подлежащих к искусственной иммунизации во многих регионах республики стало невозможным силами органов здравоохранения без привлечения административных ресурсов. Предлагаются решения проблемы путем кардинального изменения отношение к иммунопрофилактике, т.е. пересмотреть календарь профпрививок, государственную политику по этому вопросу и создать специальную правовую базу иммунопрофилактики.

Ключевые слова: иммунная профилактика, морально-этический аспект, правовые основы, календарь профпрививок, политика иммунопрофилактики.

Sh. Nassukhin, B. Atzhaxynova

THE STATE OF THE ISSUE OF IMMUNOPROPHYLAXIS IN AKTYUBINSK REGION

Resume: The problem of vaccination is growing on the basis of national vaccination calendar. Over the past years the full coverage of those subject to artificial immunization of population is impossible for Healthcare Authorities without the involvement of administrative resources. Solution of the problem has been offered through the fundamental change of the attitude to the industry of immunization; in other words, revisit the government policy regarding the issue, to create special legal database of immunization.

Keywords: immune prophylaxis, moral and ethical aspect, legal basis, calendar of vaccinations, immunoprophylaxis policy.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ш.Т. Наурызалиева, М.М. Байжанова, А.Г. Зайтова, Н.Т. Жанузакова
Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава РК, г.Алматы

Приведены клинические методы дифференциальной диагностики синдрома бронхиальной обструкции при различных патологических состояниях у детей. Результаты обоснованы на основании многолетнего наблюдения и предназначены для врачей первичного звена.

Ключевые слова: бронхиальная обструкция, дифференциальная диагностика, дети.

УДК 616.233-079.4-053.2

Болезни органов дыхания в структуре заболеваний детского возраста всегда сохраняют лидирующее положение, при этом на первый план выдвигаются бронхолегочные болезни, сопровождающие развитием синдрома бронхиальной обструкции (СБО) [1,2,3,4,5,6].

СБО – характеризуется нарушением бронхиальной проходимости при острых и хронических заболеваниях респираторного тракта.

Причиной развития СБО являются различные факторы внешней среды и в первую очередь инфекция респираторного тракта, особенно вирусная инфекция. В числе вирусов, наиболее часто вызывающих СБО: респираторно-синцитиальный вирус (около 50%), вирус парагриппа, реже аденовирус и вирус гриппа. Немаловажная роль отводится внутриклеточным возбудителям (хламидийная и микоплазменная инфекции). Не исключается связь бронхообструктивного синдрома с грибами *Candida*, *Aspergillus* [7].

По патогенетическому механизму бронхиальная обструкция делится на: обратимую (функциональная), которая включает бронхоспазм, отек слизистой, сгущение слизи в просвете бронхов. Обратимая обструкция характеризуется отсутствием анатомического препятствия и грубых морфологических изменений на слизистой бронхов.

Необратимая обструкция встречается при врожденных пороках развития бронхов (стенозы, мальacia) и облитерации бронхиол и бронхов (бронхиолит, альвеолит, трахеобронхомальacia).

СБО встречается чаще у детей первых трех лет жизни, но может диагностироваться и в более старшем возрасте. Для поддержания СБО способствуют анатомо-физиологические особенности, свойственные детям: узость бронхов и всего дыхательного аппарата, большое количество бокаловидных клеток, выделяющих слизь, которое способствует быстрому развитию отека и гиперсекреции, повышению вязкости бронхиального секрета [5].

К заболеваниям сопровождающихся бронхообструктивным синдромом относят [1]:

1. Инфекционного генеза - бронхит, бронхиолит, пневмония, обструктивный бронхит, бронхолегочная дисплазия и др.;
2. Аллергического генеза бронхиальная астма;
3. Врожденного генеза: пороки развития бронхов и легочной ткани легких;
4. Инородные тела трахеи, бронхов;
5. Заболевания аспирационного генеза: гастроэзофагальный рефлюкс, трахеопищеводный свищ, диафрагмальная грыжа;
6. Заболевания сердечно-сосудистой системы врожденного и приобретенного характера: врожденный порок сердца с

гипертензией малого круга кровообращения, аномалии сосудов, врожденные неревматические кардиты и др.);

7. Заболевания центральной и периферической нервной системы: родовая травма, дистония мышц;

8. Наследственного генеза: муковисцидоз, дефицит α 1-антитрипсина;

9. Сдавливание трахеи и бронхов внелегочного происхождения (тимомегалия, опухоли, лимфогранулематоз).

Клинические признаки СБО могут появиться как в первый день заболевания, так и в процессе течения респираторной инфекции (на 3-5-й день болезни). Постепенно увеличивается частота дыхания и продолжительность выдоха. Дыхание становится шумным и свистящим, что связано с тем, что по мере развития гиперсекреции, накопления секрета в просвете бронхов приводят к появлению сухих хрипов.

Сухие хрипы могут быть слышны на расстоянии. Чем младше ребенок, тем чаще у него, помимо сухих, могут быть выслушаны и влажные хрипы. По мере увеличения выраженности одышки становится все больше участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – втяжение межреберий, эпигастрия и надключичных ямок, раздувание (напряжение) крыльев носа. Нередко выявляется центральный цианоз, бледность кожных покровов, ребенок становится беспокойным, старается принять сидячее положение с опорой на руки. Дыхательная недостаточность тем более выражена, чем младше ребенок, особенно у недоношенных детей. При физикальном обследовании, помимо рассеянных сухих хрипов и жесткого дыхания, обнаруживают признаки вздутия легких: сужение границ относительной сердечной тупости, коробочный оттенок перкуторного тона. Грудная клетка находится как бы постоянно в состоянии вдоха.

Изменения в периферической крови соответствуют характеру вирусной инфекции (лимфоцитоз, нейтропения, нормальное или умеренное повышение СОЭ). Бактериальная флора наслаивается редко – не более 5%. Рентгенологически, помимо двустороннего усиления легочного рисунка и расширения корней легких, выявляют: низкое стояние уплощенных куполов диафрагмы, повышение прозрачности легочных полей, удлинение легочных полей, горизонтальное расположение ребер на рентгенограмме, то есть признаки вздутия легких [5,6].

На основании анализа больных госпитализированных в отделение пульмонологии НЦПиДХ, были разработаны дифференциально-диагностические критерии СБО при различных заболеваниях [1] (таблица 1).

Таблица 1 - Дифференциальная диагностика обструктивных заболеваний бронхолегочной системы

Нозологическая форма	Дебют болезни	Клинические признаки	Рентгенологическая картина	Эффект от лечения
ОРВИ	остро	Гипертермия, насморк, сухой приступообразный кашель в первые сутки болезни	без инфильтративных теней	После приема противовирусной, бронхолитической терапий
Обструктивный бронхит	остро	Сухой кашель, свистящее дыхание,	Усиление бронхосудистого рисунка	После приема бронхолитиков
Астма	Внезапно, связано с аллергической реакцией	Ночной приступообразный кашель со свистящим дыханием, после физической нагрузки, запахи	Повышение воздушности легочной ткани, викарная эмфизема при длительном течении болезни	Бронхолитики, ингаляционные гормоны
Пневмония с СБО	Острое или постепенное начало, иногда на фоне респираторной вирусной инфекции	стойкая фебрильная температура, выраженный токсикоз, асимметрия физикальных данных (ослабленное дыхание и укорочение перкуторного звука над очагом, сухие и свистящие хрипы на выдохе)	усиление легочного рисунка, очаги инфильтрации различной величины	После адекватной антибактериальной терапии
Острый обструктивный бронхит	субфебрильная или нормальная температура тела	прогрессирующая выраженная дыхательная недостаточность, большое количество мелких влажных и сухих хрипов по всем полям обеих легких, признаков интоксикации нет	отмечается усиление бронхосудистого рисунка, увеличение прозрачности легочных полей	Длительное применение глюкокортикостероидов (системные и\ или топические)
Муковисцидоз	Одышка с рождения или с раннего возраста	Постоянная одышка, соленый привкус кожи, хороший аппетит и белково-энергетическая недостаточность различной степени, обильный жирный стул	Различной интенсивности воздушности легочной ткани и множественные очаговые тени	Дорназа альфа, антибиотики, креон
Стридор	С рождения	Ребенок адаптирован, самочувствие не страдает, к году жизни исчезает	Норма	Нет специфической терапии
Острый ларингит	Постепенно на 2 день ОРВИ	Сухой лающий кашель, осиплость голоса, затруднен вдох	Нет показаний	Противокашлевые препараты бронхолитики

Большие трудности представляет дифференциальная диагностика рецидивирующего обструктивного бронхита (РОБ) с бронхиальной астмой (БА). БА характеризуется приступообразным развитием обструкции, не связанной с вирусной инфекцией, имеется контакт с аллергеном. У больных прослеживается отягощенный аллергологический

семейный анамнез, признаки пищевой аллергии, атопического дерматита, аллергического ринита как в комплексе, так и самостоятельно. Дифференциально-диагностические признаки РОБ и БА по нашим данным представлены в таблице 2 [1].

Таблица 2 - Клинические признаки бронхиальной обструкции при РОБ и БА

Симптомы	Нозологическая форма	
	РОБ	БА
Аллергия	нет	присутствует
Сознание	Возбуждение, реже заторможенность.	резкое возбуждение или угнетение.
Цианоз носогубного треугольника	Выраженный при кашле.	Выраженный в покое.
Частота дыхания	Учащение до 40%.	Учащение более 40%.
Ритм дыхания	аритмичное при кашле.	аритмичное в покое.
Втяжение грудной клетки	Втяжение яремной ямки, межреберья (раздувание крыльев носа).	Втяжение яремной ямки, межреберья (раздувание крыльев носа), западение грудины.
Соотношение вдох/выдох	Соотношение вдоха к выдоху 1:2.	Соотношение вдоха к выдоху 1:3 и более.
Хрипы (экспир.)	Редко.	Дистанционные постоянные.
Перкуссия Легких	Коробочный оттенок с уменьшением зоны сердечной тупости	Коробочный оттенок с исчезновением зоны сердечной тупости
Частота пульса	Учащен или в норме.	Учащен.
Мышечный тонус	Тонус мышц не снижен.	Тонус мышц умеренно снижен.
Пикфлоу-метрия - (Пиковая скорость выдоха-ПСВ)	Снижение ПСВ 5%-10% от возрастной нормы.	Резкое снижение ПСВ на 25-30% от возрастной нормы.

В последнее время отмечается рост пороков развития бронхолегочной системы. Наиболее часто встречаются стенозы трахеи, аномалии ветвления бронхов, синдром Вильямса-Кемпбелла, бронхоэктатическая эмфизема легких. В патогенезе развития БОС при данных состояниях ведущее место занимает изменяющееся аэродинамическое сопротивление дыхательных путей, развивающаяся дискинезия трахеобронхиального дерева. Резкие изменения просвета бронхов во время дыхания приводят к задержке воздуха и мокроты в участках бронхов, дистальных по отношению к месту обструкции, что создает условия для развития эмфиземы и воспалительного процесса. При этом БОС носит затяжной характер, отмечается отсутствие эффекта от бронходилататоров, в аускультативной картине преобладают влажные хрипы. Основным критерием, помогающим при постановке диагноза, является проведение лечебно-диагностической бронхоскопии.

При астме присутствуют эпизоды сухого кашля, чаще в ночное время с приступами удушья. При лабораторном исследовании отмечается увеличение уровня IgE,

повышение эозинофилов в крови, снижение уровня Т-супрессоров. Особые трудности в постановке диагноза БА возникают в раннем детском возрасте. Необходимо отметить, что за симптомы бронхиальной обструкции нередко принимают внелегочные причины шумного дыхания (врожденный стридор, стенозирующий ларингит, аспирация пищей, внутригрудное образование) [2,6].

Диагностика и лечение БА предполагает мониторинг пиковой скорости выдоха (ПСВ), течения болезни с помощью индивидуальной пикфлоуметрии. Этот метод для диагностики степени тяжести болезни является адекватным и доступен для большинства пациентов [8,9].

Лечение СБО основано на этиологическом принципе (этиотропная терапия) и носит комплексный характер. Лечение включает бронхорасширяющие, муколитические препараты, ингаляционные гормоны и применение противовирусных, антибактериальных препаратов (по показаниям). Методы, улучшающие эвакуацию мокроты (позиционный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки и лечебная бронхоскопия по показаниям) [10,11,12].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma management and prevention – Update 2015 www.ginasthma.com.
- 2 Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, Adcock IM, Bateman ED, Bel EH, Bleecker ER, Boulet LP, Brightling C, Chaney P, Dahlen SE, Djukanovic R, Frey U, Gaga M, Gibson P, Hamid Q, Jajour NN, Mauad T, Sorkness RL, Teague WG. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma // Eur. Respir. J. – 2014. - № 43. – P.343–373.
- 3 Байжанова М.М. Болезни органов дыхания у детей в РК // Педиатрия и Детская хирургия Казахстана. - 2011. - №2. - С. 7-9.
- 4 Наурызалиева Ш.Т. Факторная характеристика и клинико-функциональные аспекты бронхообструктивных состояний у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Алматы, 2010. – 95 с.
- 5 Ильенко Л.И., Холодова И.Н., Сырьева Т.Н. и др. Новые возможности повышения качества здоровья часто болеющих детей // Русский медицинский журнал. - 2011. - №16(18). - С. 1166-1170.
- 6 Seto W.H., Conly J.M., Pessoa-Silva C.L. et al. Infection prevention and control measures for acute respiratory infections in healthcare settings: an update // East Mediterr Health J. - 2013. - №19, Suppl. 1. -P. 39-47.
- 7 Sukumaran T., Pawankar R., Ouseph J. Asthma diagnosis and treatment – 1009. A clinical study of NE-C900 (OMRON) nebulizer // World Allergy Organization Journal. - 2013. - Vol. 6., Suppl. 1. - P. 9-16.
- 8 Bisgaard H. Patient-related factors in nebulized drug delivery to children // Eur. Respir. Rev. - 2013. - Vol. 51., № 7. - P. 376-377.
- 9 Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis // Pediatrics. – 2014. - № 134. – P. 1474-1479.
- 10 Bisgaard H. Patient-related factors in nebulized drug delivery to children // Eur. Respir. Rev. - 2013. - Vol. 51., № 7. - P. 376-377.
- 11 Кокур, Л. Д. Клинический профиль недиагностированной бронхиальной астмы у детей // Семейная медицина. - 2008. - № 4. - С. 68-70.
- 12 Кокур, Л. Д. Распространенность невыявленной бронхиальной астмы у детей // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. - 2008. - № 3(1). - С. 125-126.

Ш.Т. Наурызалиева, М.М. Байжанова, А.Г. Зайтова, Н.Т. Жанузакова
ҚР ДСМ Педиатрия және бала хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы қ.

БАЛАЛАРДАҒЫ БРОНХООБСТРУКТИВТІ СИНДРОМДЫ САРАЛАП ЖІКТЕУ ДИАГНОСТИКАСЫ

Түйін: Балалардағы әртүрлі патологиялық жағдайлар кезіндегі бронхообструктивті синдромды саралау диагностикасының клиникалық әдістері келтірілген. Нәтижелер көпжылдық бақылауларға негізделген және біріншілік звеноның дәрігерлері назарына арналған.

Түйінді сөздер: бронхообструкция синдромы, саралап жіктеу диагностикасы, бала.

Sh. Nauryzaliyeva, M. Baichanova, A. Zaytova, N. Shanuzakova
Scientific Center of Pediatrics and Children Surgery of the Ministry of the Health, Republic of Kazakhstan, Almaty c.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BRONCHOL OBSTRUCTION SINDROME IN CHILDRIEN

Resume: Given clinical methods for differential diagnosis of bronchiol obstruction syndrome in various pathological conditions in children. The results justified on the basis of long-term observation and are intended for primary physicians.

Keywords: bronchoobstructive sindrom, differential diagnostics, children

СОСТОЯНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КР

М.С. Низалиева¹, В.С. Тойгомбаева², И.Ш. Альджамбаева¹, Ф.С. Мустафина²

Кыргызская Государственная Медицинская Академия¹

Кыргызско-Российский Славянский Университет²

Бишкек, Кыргызская Республика

Изучено состояние поствакцинального иммунитета к управляемым инфекциям среди населения Кыргызской Республики. Полученные данные свидетельствуют о низком удельном весе лиц с защитным титром антител к вирусам кори, ЭП, краснухе и ВГВ во всех изученных индикаторных группах, что требует проведения тщательного мониторинга организации и проведения прививочной работы для выявления недостатков, влияющих на эффективность вакцинации.

Ключевые слова: поствакцинальный иммунитет, корь, краснуха, эпидемический паротит, гепатит В.

УДК 616-097:614.44.3+616.9(574)

Актуальность. Мировой опыт здравоохранения по борьбе с инфекционными заболеваниями человека показал, что вакцинация населения является мощным средством регуляции эпидемического процесса при некоторых инфекциях, в частности кори, краснухе, эпидемическом паротите, дифтерии, столбняке. Каждая из перечисленных инфекций в до вакцинальный период наносила значительный экономический ущерб и характеризовалась высокой летальностью. С внедрением в практику здравоохранения вакцинации интенсивность эпидемического процесса указанных инфекций изменилась, уровень заболеваемости снизился до спорадического [1,2].

Несмотря на очевидные успехи здравоохранения в борьбе с инфекционной заболеваемостью, по мнению многих авторов, возможность активации эпидемического процесса и роста заболеваемости сохраняется по сей день: примером может служить неблагоприятная ситуация по кори в мире и в Кыргызской Республике, сложившаяся в 2014-2015 годах [3]. Для оценки риска осложнения эпидемической ситуации по вакциноуправляемым инфекциям и уровня фактической защищенности от инфекций отдельных лиц, коллективов и населения в целом необходимо проведение серологического мониторинга [4].

Целью исследования явилось изучение и оценка состояния поствакцинального иммунитета к инфекциям управляемым средствами специфической профилактики в КР для выявления и устранения возможных недостатков в прививочной работе.

Материалы и методы. Было проведено изучение поствакцинального иммунитета среди детей и лиц молодого возраста к кори, краснухе, эпидемическому паротиту и гепатиту В. В рамках настоящего исследования было обследовано детей 0-14 лет из г.Бишкек (43), детей из Жалалабатской области в возрасте от 0-14 лет (64) и 79 лиц молодого возраста от 20-29 лет, проживающих в г. Бишкек.

В качестве материала для исследования использовалась сыворотка крови обследуемых. Кровь забирали натощак из кубитальной вены с 8 до 9 утра. После свертывания крови пробирки центрифугировали при 500g в течение 10 минут, сыворотку аккуратно отбирали, разливали по промаркированным пробиркам и хранили при 20°C до анализа. Для определения уровня специфических антител класса Ig G к вирусам кори, краснухи, паротита и уровня анти Hbs антител в крови использовали ИФА метод с применением тест-систем фирмы «ВекторБест» (Россия). Методика проведения и интерпретация результатов проводилась согласно инструкции к наборам, на ИФА анализаторе MR-96A фирмы Mindgray (Китай).

Результаты и обсуждения. Массовая иммунизация против эпидемического паротита (ЭП) была введена с 1966 года. В до вакцинальный период уровень заболеваемости ЭП достигал до 743,1 на 100 т. населения в 1976 году [5]. С введением вакцинации интенсивность заболеваемости начала снижаться, но несмотря на проводимую плановую иммунизацию против эпидемического паротита данная инфекция регистрируется повсеместно и интенсивность заболеваемости в стране составила 8,2 и 5,3 в 2015 и 2016 гг. соответственно. По данным Республиканского Центра Иммунопрофилактики (РЦИ) охват вакцинацией против ЭП в среднем составляет 97-98%.

Нами проведена оценка поствакцинального иммунитета к ЭП в разных возрастных группах среди жителей Жалалабатской области КР.

Полученные нами данные свидетельствуют, что дети до года в 100% не имеют защитного титра антител, что объясняется тем, что вакцинация начинается только в 12 месяцев. В возрастных группах 1-4 года, 5-9 лет и 10-14 лет процент не имеющих защитный титр к ЭП составил 57%, 53% и 58% соответственно (Рисунок 1).

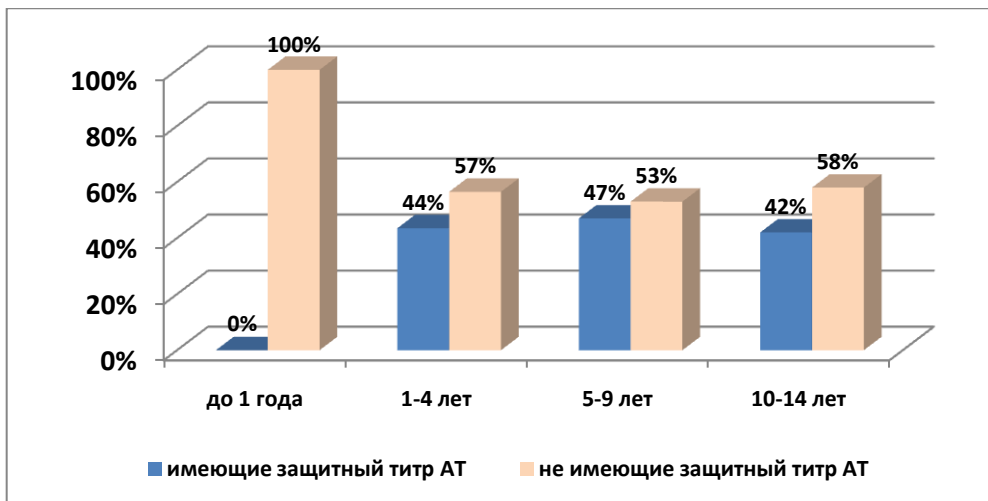


Рисунок 1 - Доля лиц имеющих защитный титр антител к вирусу эпидемического паротита у жителей Жалалабатской области

Доля лиц, не имеющих защитного титра антител достаточно высокая. На что имеется ряд причин, которые включают недостатки в организации прививочной работы (несоблюдение холодовой цепи, погрешности при введении вакцины и т.д.), отказ родителей от прививок и др. Кроме того, в литературе имеются данные о том, что при инвазированности паразитами имеет место снижение иммунного ответа на антигенное раздражение. Установлено, что даже после трехкратных прививок АКДС – вакциной у 18% детей нет противодифтерийных антител, а 14,5% приобрели их и определяются в очень низких титрах. Исследования Н.М. Петрова, Я.В. Заплаткина, И.М. Сулова (цитируется по Лысенко А.Я.) выявили, что на фоне инвазии аскаридозом у 12% детей отсутствовали антитела после проведения вакцинации по сравнению с 5% в группе контроля [6,7].

Кроме того, по данным многих авторов определенный процент серонегативных результатов после проведения вакцинации допустим, например в 10-15% случаев. Так, по данным российских ученых доля серонегативных лиц при ЭП должна составлять не более 10% [8]. Полученные нами данные превышают данный показатель в 5 раз. Также нами была проведена оценка поствакцинального иммунитета среди детей из неблагополучных семей, проживающих в центре защиты детей (ЦЗД) к кори, краснухе, ЭП и гепатиту В. Из рисунка 2 следует, что доля лиц в возрастной группе 10-14 лет не имеющих защитного титра антител к ЭП, и гепатиту В высокая и составляет 67% и 100% соответственно (Рисунок 2).

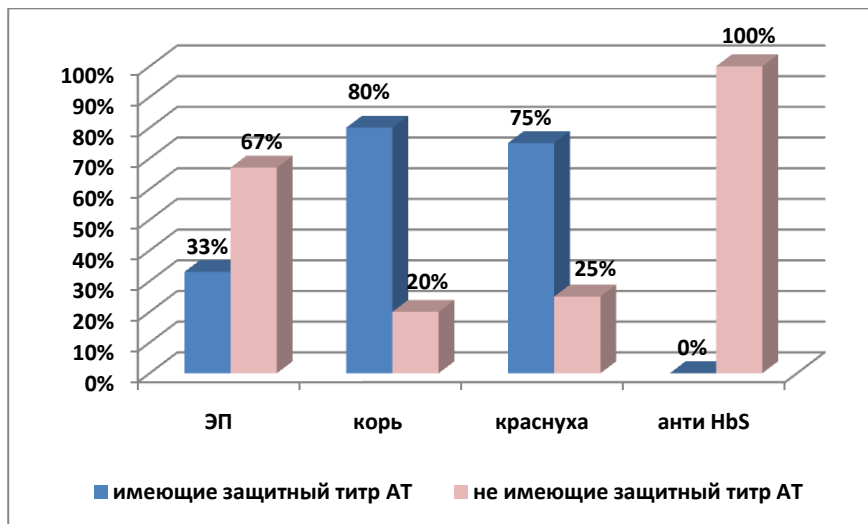


Рисунок 2 - Доля лиц имеющих иммунитет в группе детей от 10-14 лет г. Бишкек

Данная картина может быть показателем того, что обследованные дети были из неблагополучных семей и вероятнее всего, не получали прививок в соответствии с возрастом к вышеуказанным инфекциям. Что касается кори и краснухи, процент иммунных лиц высокий 80% и 75% соответственно, что возможно связано с тем, что против кори была проведена акция Национальных дней иммунизации (НДИ) в связи с недавней эпидемией, или обследованные, вероятно, являются переболевшими. Тем не менее, процент лиц, не имеющих защитного титра антител ко всем инфекциям, превышает допустимые показатели выявленных серонегативных лиц. Согласно нормативным

документам России критерием эпидемиологического благополучия при кори и краснухе принято считать выявление в каждой индикаторной группе не более 7% серонегативных лиц [8]. По нашим данным удельный вес серонегативных лиц также превышает допустимые нормы в данной индикаторной группе.

В группе детей от 5-6 лет выявляли наличие иммунитета к кори, краснухе и ЭП. По полученным данным отмечается, что доля лиц имеющих защитный титр антител к ЭП, кори и краснухе составил 25%, 50% и 100% соответственно, что также подтверждает наличие вышеупомянутых причин и в данной возрастной группе (Рисунок 3).

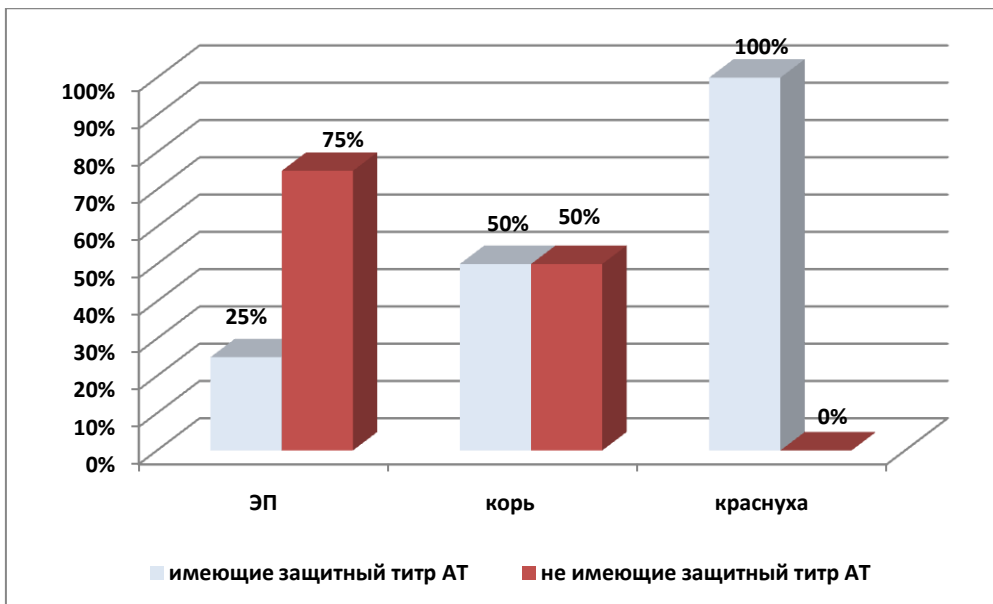


Рисунок 3 - Доля лиц имеющих иммунитет в группе детей от 5-9 лет г. Бишкек

Вакцинация против вирусного гепатита В (ВГВ) в республике была внедрена в 1999 году и первая прививка проводилась в роддоме, остальные три инъекции в возрасте 2, 3,5 и 5 месяцев. В нашем исследовании поствакцинальный иммунитет в ВГВ среди детей до года в защитном титре

имели всего 59% детей. Остальные 41%, по видимому, не получали последующие три прививки (в 2, 3,5 и 5 месяцев) по различным причинам (чаще всего по болезни) (Рисунок 4).

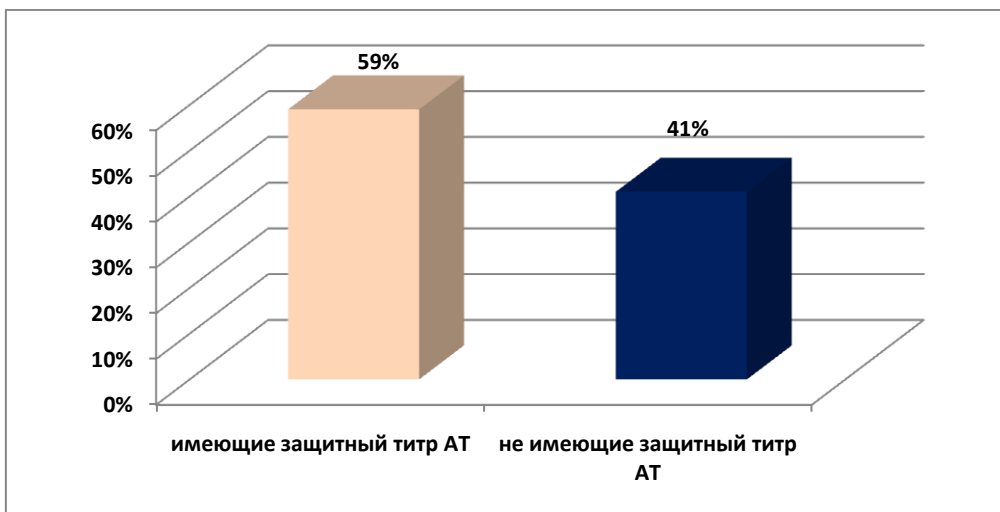


Рисунок 4 - Состояние поствакцинального иммунитета к гепатиту В у детей в возрасте до 1 года

Результаты исследования поствакцинального иммунитета к управляемым инфекциям в группе лиц молодого возраста представлены на Рисунке 5. Для оценки срока сохранения защитных титров антител к ЭП, кори, краснухе и ВГВ мы обследовали лиц более

старшего возраста - 20-29 лет. К сожалению, выявить прививочный статус обследованных путем анкетирования не удалось, т.к. респонденты не помнили об этом.

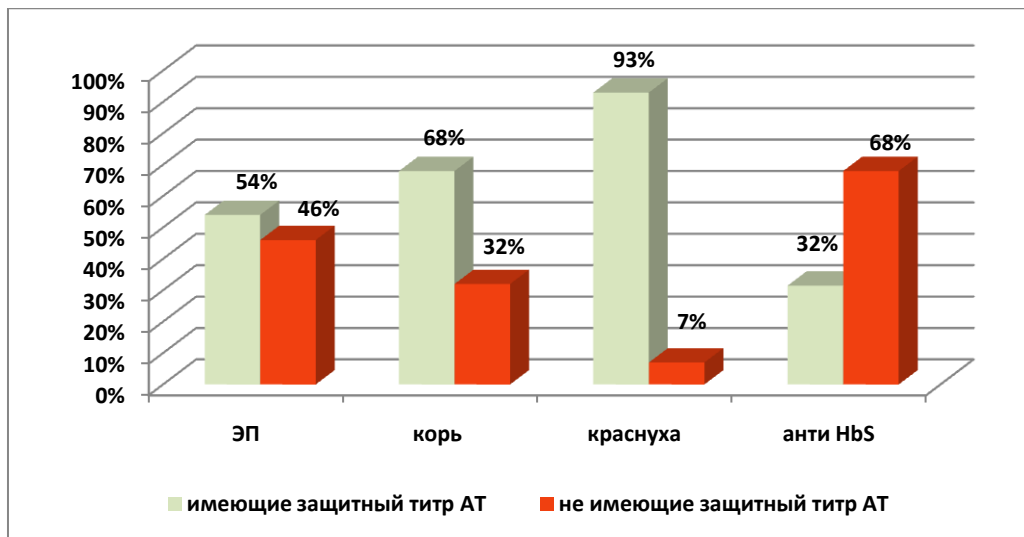


Рисунок 5 - Показатели поствакцинального иммунитета к управляемым инфекциям среди лиц молодого возраста

Защитный титр антител к ЭП среди лиц молодого возраста сохранился только у 54% обследованных, что связано с тем, что до 2015 года в Кыргызской Республике календарь прививок включал однодозовую вакцинацию. Полученные данные свидетельствуют о том, что с годами напряженность иммунитета к ЭП снижается.

Что касается иммунитета к кори то доля лиц, не имеющих защитного титра антител, составила 32%, что превышает допустимый процент серонегативных лиц.

Совершенно иная картина наблюдается в отношении иммунитета к краснухе. Установлен самый низкий процент серонегативных лиц – 7%, хотя вакцина против краснухи в календарный план прививок была внедрена в 2002 году и в декретированном возрасте обследованные вакцину не получали. Высокий процент серопозитивных результатов у обследованных вероятно объясняется тем, что

представители данной индикаторной группы являются переболевшими.

Серопозитивность к ВГВ у обследованных молодых людей составила 32%. Однако наличие лиц имеющих защитный титр антител к ВГВ связан с тем, что 6,3% признались, что они переболели ВГВ и, возможно, еще какая-то доля перенесла скрытую форму болезни. Доля не иммунных лиц составила 68%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о низком удельном весе лиц с защитным титром антител к кори, ЭП, краснухе и ВГВ во всех изученных индикаторных группах, что требует проведения тщательного мониторинга организации и проведения прививочной работы для выявления и устранения возможных недостатков, влияющих на эффективность вакцинации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лавров В.Ф., Русакова Е.В., Шапошников А.А., Иваненко А.В., Кузин С.Н. Основы иммунологии, эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней // Учебное пособие для врачей. – М.: ЗАО «МП Гигиена», 2007. – С.120-134.
- 2 Лыткина И.Н. Создание унифицированной системы управления эпидемиологическим процессом кори, краснухи и эпидемического паротита: автореф. дис. ... д-р. мед. наук – М., 2011. – 229 с.
- 3 Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита. Санитарные правила СП 3.1.2.1176-02. http://snipov.net/database/c_4163967195_doc_4293851299.
- 4 Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета против управляемых инфекций. Методические указания МУ 3.1.1760-03. http://www.hemltd.ru/publications_nd_micro_prevention.
- 5 Джумалиев Н.Д., Дьяченко П.Н. Очерки и статистические данные распределения инфекционной заболеваемости в Киргизии за 60 лет. – Фрунзе: 1979. – 313 с.
- 6 Лысенко А.Я., Фельдман Э.В., Рыбак Е.А. Влияние инвазированности детей нематодами на поствакцинальный иммунитет // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 1991. - №5. - С.34-36.
- 7 Лысенко А.Я., Владимирова И.П., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. - Женева: ВОЗ, 2002. – 734 с.
- 8 Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к инфекциям управляемым средствами специфической профилактики (дифтерия столбняк, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, гепатит В). Методические указания МУ 3.1.2943-11. <http://36.rospotrebnadzor.ru/documents/recdoc1/9396>.

M.S. Niyazalieva¹, V.S. Toygombaeva², I.Sh. Aldjambaeva¹, F.S. Mustafina²

Kyrgyz State Medical Academy¹

Kyrgyz-Russian Slavic University²

Bishkek, Kyrgyz Republic

THE STATE OF POSTVACCINAL IMMUNITY TO VACCINE-PREVENTABLE INFECTIONS AMONG THE POPULATION OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Resume: It is studied the condition of post-vaccination immunity to vaccine-preventable diseases in the population of the Kyrgyz Republic. The data obtained indicate a low specific gravity of persons with a protective titer of antibodies to measles, mumps, rubella and HBV in all the indicator groups studied, which requires careful monitoring of the organization and carrying out vaccination work to identify the shortcomings that affect the effectiveness of vaccination.

Keywords: post-vaccination immunity, measles, mumps, rubella, HBV.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ДО И ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ ВТОРОЙ ДОЗЫ ИММУНИЗАЦИИ

М.С. Ниязалиева¹, В.С. Тойгомбаева², Д.А. Адамбеков

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева¹

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии¹

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина²

Кафедра эпидемиологии и иммунологии², г. Бишкек, Кыргызская Республика

Проведен анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в КР. Полученные данные свидетельствуют о том, инфекция встречается по всей территории страны. Несмотря на проводимую плановую иммунизацию, эпидемический паротит остается актуальной проблемой в связи с сохранением малых и больших периодических подъемов с интервалами 1-2, 5-7 лет соответственно. Группой риска по заболеваемости ЭП являются дети школьного возраста с удельным весом $85\% \pm 0,7$.

Ключевые слова: эпидемический паротит, заболеваемость, многолетняя динамика

УДК 616.316.5-002-036.22(575)

Актуальность: Паротитная инфекция распространена повсеместно и поражает лиц практически любого возраста. Эпидемиологические особенности эпидемиологии эпидемического паротита (ЭП) в настоящее время обусловлена проводимой массовой, плановой иммунизацией детского населения живой паротитной вакциной. При этом изменилась многолетняя динамика эпидемического процесса, интервалы периодических подъемов заболеваемости ЭП удлинились с 3-4 до 8-10 и более лет, а также отмечается повзросление групп риска [1,2].

Кроме этого, несмотря на массовую плановую иммунизацию ЭП среди управляемых детских инфекций остается проблемным инфекционным заболеванием. Это связано со сравнительно высоким уровнем заболеваемости эпидемическим паротитом среди управляемых инфекций, наличием вспышек в детских коллективах и возможным развитием тяжелых осложнений у переболевших.

Изменилась и возрастная структура заболевших эпидемическим паротитом. В настоящее время удельный вес школьников существенно превалирует в возрастной структуре эпидемического паротита [3].

Цель исследования: Дать оценку эпидемиологической ситуации по заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызской Республике.

Материалы и методы:

Материалами для исследования служили данные официальной статистики заболеваемости эпидемическим паротитом населения КР по регионам за период с 1988-2010 гг.. (ДГСЭН МЗ КР) [4].

Методы: статистически-описательно-оценочный с использованием компьютерной базы данных EPIINFO, включающей клинические параметры, результаты лабораторных исследований и эпидемиологические данные. Изучена заболеваемость ЭП в г. Бишкек и 7 областях республики.

Результаты и обсуждение:

В сравнении с корью и краснухой уровень заболеваемости эпидемическим паротитом превышает таковую в десятки раз. За анализируемый период (1998-2012 гг.) заболеваемость ЭП в КР сохраняет стабильную тенденцию. Интенсивный показатель на 100 000 населения варьирует от 2,9 в 2009 г. до 92,8 в 2005 г.. В многолетней динамике отчетливо выявляются большие циклы с длительностью 1-2 года и маленькие циклы. Интервал между большими циклами составляет 6-7 лет, между малыми циклами 1-2 года. Большие циклы наблюдались в 1991, 1996, 1997 и 2005 годах. Причем необходимо отметить, что в 2005 интенсивный показатель превышал таковые за 1991, 1996 и 1997 годы, составив 92,8 (Рисунок 1).

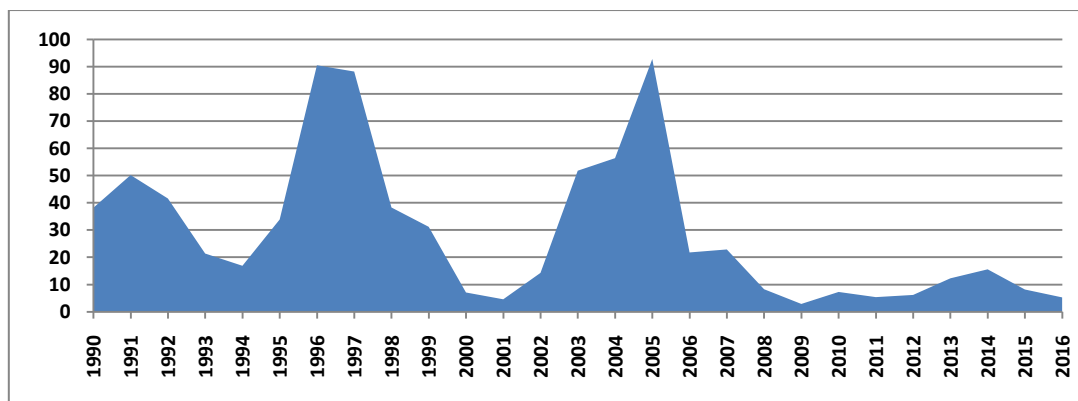


Рисунок 1 - Многолетняя динамика заболеваемости ЭП в КР за период 1998-2016 гг.

Массовая иммунизация против ЭП была введена с 1978 года. В довакцинальный период уровень заболеваемости ЭП достигал 743,1 на 100 т. населения в 1976 году [5]. С введением вакцинации заболеваемость начала падать и в 1988 году составила 56,7 на 100 тысяч населения. Несмотря на проводимую плановую массовую иммунизацию населения против ЭП число заболевших лиц не уменьшается и в связи с этим с 2015 года в республике в национальный

календарь прививок была внедрена вторая доза вакцины, которая возможно повлияла на уровень заболеваемости, хотя после очередного подъема в 2014 году ожидается очередной циклический спад. Так, в сравнении с 2015 годом (553 случая) к 2016 году (318 случаев) заболеваемость снизилась в 1,8 раз и интенсивный показатель составлял 8,2 и 5,3 соответственно.

За изученный период ЭП имел повсеместное распространение по всем регионам республики с одинаковыми интервалами между большими и малыми циклами. Высокие уровни заболеваемости отмечались по областям северного региона. Самый высокий показатель заболеваемости ЭП за анализируемый период отмечается в

г.Бишкек где интенсивный показатель на 100 тысяч населения варьировал от 2,7 в 2009-2010 гг.. до 207,7 в 2005 году. В Таласской области показатель заболеваемости на 100 000 населения варьировал от 0,9 в 2010г. до 215 в 2003 году (Рисунок 2).

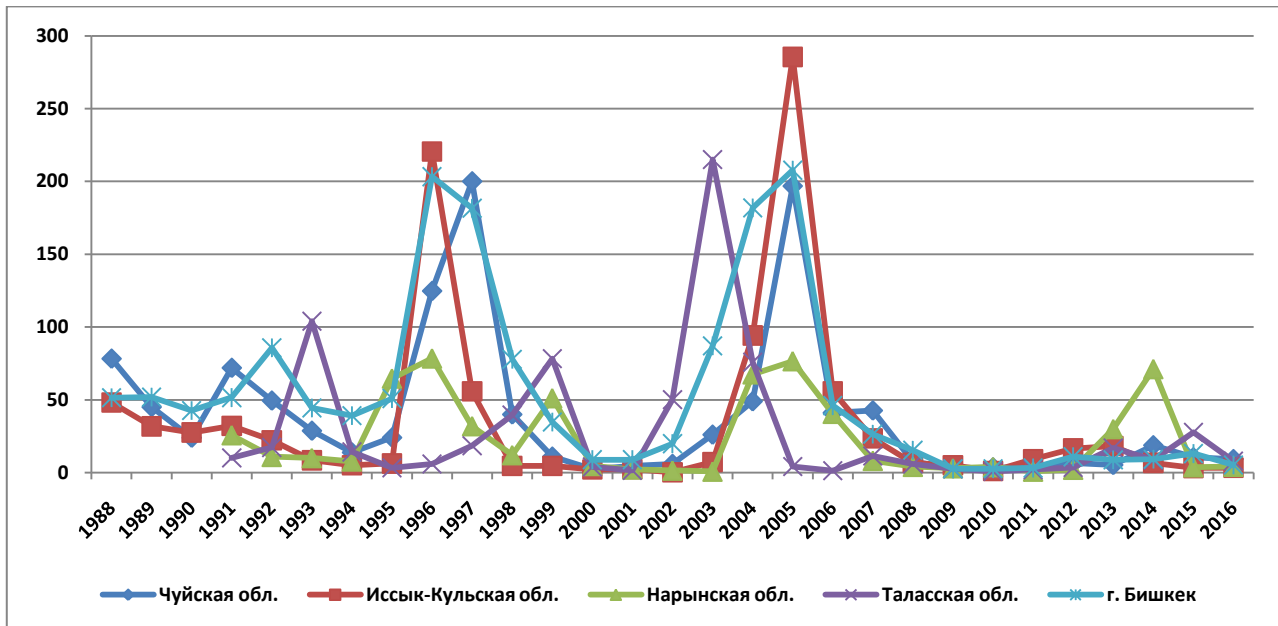


Рисунок 2 - Динамика заболеваемости ЭП в областях северного региона КР

Как видно из рисунка циклические подъемы в Нарынской области всегда были ниже, чем по остальным областям севера. Что, по-видимому, связано с более лучшей обращаемостью в других областях и меньшей плотностью населения в Нарынской области. Тем не менее, из рисунка следует, что в Нарынской области имеет место резкий подъем заболеваемости в 2014 году, когда интенсивный показатель составлял 71,2 ‰. Такой подъем, по-видимому, связан с накоплением когорты не иммунных лиц в популяции в предыдущие годы затишья, что неизбежно привело к резкому скачку заболеваемости (Рисунок 2).

Что касается областей южного региона то самый высокий уровень заболеваемости отмечался в Жалалабатской области, где интенсивный показатель на 100 тысяч населения варьировал от 2,1 в 2009 г. до 75,3 в 1995 году. Затем идет Баткенская область с минимальным показателем заболеваемости 2,4 в 2005-2006гг.. и максимальным 129 в 2003 году. В Ошской области

заболеваемость варьировала от единицы в 2009 году до 52,1 в 1991 году (Рис. 3).

Как следует из рисунка 3, годы эпидемиологическое благополучие в Баткенской области характеризуется переходом на эпидемиологический подъем в 2010 по 2013 годах с интенсивным показателем 50,7 и 46,1 на сто тысяч населения соответственно. Отсюда следует, что пик заболеваемости в этот период приходится на 2010 и 2013, что скорее объясняется, скорее всего погрешностями в прививочной работе, отказами родителей от иммунизации детей, внутренней бесконтрольной миграцией населения и т.д.

Полученные данные свидетельствуют о том, что неблагоприятная ситуация в Баткенской области оказала неблагоприятное влияние на эпидемиологическую ситуацию в соседних областях. Так, после подъема заболеваемости ЭП в Баткенской области последовал подъем в 2104 году и в Жалаабатской области с ИП 23,8 0/000.

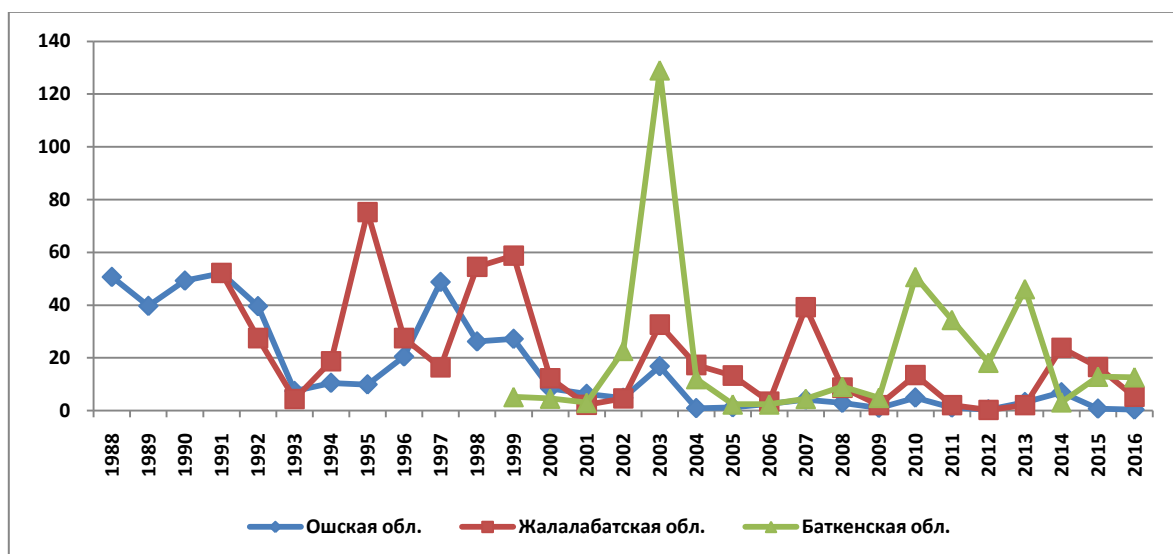


Рисунок 3 - Динамика заболеваемости ЭП в областях южного региона КР

Как видим из рисунка, в многолетней динамике заболеваемости в вышеуказанных регионах также отмечаются большие и малые циклы, сохраняющие республиканские закономерности.

Необходимо отметить, что в многолетней динамике заболеваемости рост заболеваемости за изученный период начинался в областях южного региона в 1991, 1995, 1999, 2003, 2007, 2010, 2013 и 2014 годах. Тогда как в северных областях республики он всегда наблюдался через 1-2 года (1993, 1996, 2001, 2004, 2014 и 2015 годах).

Распределение случаев болезни по возрастам характеризуется преимущественной заболеваемостью детей школьного возраста, удельный вес которых составляет $85\% \pm 0,7$. На втором месте по полученным данным дети 2-4 лет с удельным весом $11,8\% \pm 0,6$ и на третьем дети 1-2 лет с удельным весом $2,6\% \pm 0,3$. Необходимо отметить, что заболеваемость детей до года составил $0,5\% \pm 0,1$ (Таблица 1).

Таблица 1 - Возрастное распределение заболеваемости ЭП в КР за период 2009-2016гг.

№	Возрастные группы	Количество случаев (абс.)	% \pm m	Достоверность различий
1	Дети до года	13	$0,5\% \pm 0,1$	$t_{12} = -0,3; t_{13} = 8,1; t_{14} = 35,8$
2	Дети 1-2 лет	57	$2,6\% \pm 0,3$	$t_{21} = -0,3; t_{23} = 10; t_{24} = 38,3$
3	Дети 2-4 лет	258	$11,8\% \pm 0,6$	$t_{31} = 8,1; t_{32} = 10; t_{34} = 31$
4	Дети до 14 лет	1849	$85\% \pm 0,7$	$t_{41} = 35,8; t_{42} = 38,3; t_{43} = 31$

Как видим, из таблицы 1 заболеваемость детей до года достоверно отличается от заболеваемости детей 2-4 лет и школьников. Отмечается достоверное различие между заболеваемостью детей 1-2 лет от детей 2-4 лет и школьников. Также имеет место достоверное различие заболеваемости детей 2-4 лет и детей до 14 лет.

Таким образом, в настоящее время группой риска в заболеваемости ЭП являются школьники, что подтверждают данные литературы о «повзрослении» этой инфекции.

Выводы:

1. Эпидемический паротит остается актуальной проблемой в связи с сохранением малых и больших периодических подъемов с интервалами 1-2, 5-7 лет соответственно.
2. Распространение ЭП повсеместное. Территориями риска являются г. Бишкек, Нарынская, Жалаабатская и Баткенская области.
3. Группой риска по заболеваемости ЭП являются дети школьного возраста с удельным весом $85\% \pm 0,7$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астабацян М.А. Эффективность коревой и паротитной вакцин при различных схемах применения: Дис. ... канд. мед. наук – М., 1985. – 106 с.
2. Лыткина И.Н. Применение ассоциированных вакцин для профилактики кори, эпидемического паротита и краснухи: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук – М., 2001. – 25 с.
3. Агафонов А.П., Пьянков С.А., Рябчикова Е.И. и др. Эпидемический паротит. Современные представления о возбудителе, клиника, диагностика, профилактика. Методические рекомендации. – Новосибирск: ЗАО «Медико-биологический союз», 2007. – 82 с.
4. Инфекционный бюллетень СЭС ЗН 1998-2010гг..
5. Джумалиев Н.Д., Дьяченко П.Н. Очерки и статистические данные распределения инфекционной заболеваемости в Киргизии за 60 лет. – Фрунзе: 1979. – 313 с.

M.S. Niyazalieva¹, V.S. Toygombatva², D.A. Adambekov¹
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev
Department of Microbiology, Virology and Immunology¹
Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Eltsin²
Department of Epidemiology and Immunology²

INCIDENCE OF MUMPS IN THE KYRGYZ REPUBLIC BEFORE AND AFTER THE INVASION THE SECOND DOSE OF IMMUNIZATION

Resume: The analysis of morbidity by mumps in the Kyrgyz Republic has been carried out. The findings indicate that the infection is found throughout the country. Despite the planned immunization, mumps remains an actual problem in connection with the preservation of small and large periodic rises with intervals of 1-2, 5-7 years, respectively. The risk group for the incidence of mumps is school-age children with a specific gravity of $85\% \pm 0,7$.

Keywords: mumps, incidence, long-term dynamics

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Д.М. Нурадилова¹, С.Б. Калимолдаева²

¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра акушерства и гинекологии № 2, г. Алматы, Республика Казахстан

² ГККП на ПХВ «Региональный диагностический центр», г. Алматы Республика Казахстан

Цель исследования – изучение распространенности инфекций, передаваемых половым путем, и оценка эффективности иммунокоррекции у женщин репродуктивного возраста, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материал и методы. 112 женщин в возрасте от 20 до 43 лет с воспалительными заболеваниями органов малого таза были обследованы с применением комплекса лабораторных методов (ИФА, ПЦР, культуральный метод, иммунофенотипирование).

Результаты. Установлено, что наиболее значимыми у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза, являются изменения фагоцитарной реакции и снижении количества зрелых Т-лимфоцитов.

Заключение. Нарушения иммунологической реактивности способствуют длительному торпидному течению заболеваний органов малого таза и диктуют необходимость использования в схемах лечения наряду с эпитропными препаратами иммуномодуляторов.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, воспалительные заболевания органов малого таза, женщины репродуктивного возраста, иммунокоррекция.

УДК 616-022, 618-164, 57.083.3

Введение. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) представляют огромную социальную проблему ввиду непосредственного влияния на репродуктивное здоровье и качество жизни женщин. Основным этиологическим фактором при этом остается инфекционный, представленный в основном возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) [1]. Особую озабоченность вызывает наблюдающаяся в последнее время широкая распространенность мультирезистентных L-форм бактерий с измененными биологическими свойствами в результате бесконтрольного применения антибиотиков и гормональных препаратов [2]. На более высокую распространенность ВЗОМТ у женщин, чем у мужчин влияют анатомо-физиологические особенности половых и мочевыводящих путей. Так, эпителий влагалища более устойчив к воздействию инфекционных факторов, нежели цилиндрический эпителий матки и маточных труб. Важное значение в патогенезе ВЗОМТ имеют защитные факторы местного иммунитета (влияние микрофлоры влагалища и цервикального канала, наличие дисбиоза, лизацим, секреторный IgA, интерлейкин-1, фактор некроза опухолей) [3].

Шеечная слизь, содержащая различные антибактериальные субстанции (протеазы, энзимы, антитела) осуществляет барьерную функцию в отношении возбудителей ИППП за исключением некоторых возбудителей (хламидий, гонококков, микоплазм). В некоторой степени защитную роль играет менструация, во время которой благодаря отторжению функционального слоя эндометрия предотвращается длительная персистенция возбудителей ИППП.

Факторы риска ВЗОМТ у женщин:

1. Анатомо-физиологические особенности женской уретры (более короткая и широкая, близкое расположение к анусу и влагалищу, повышенная эластичность уретры, гипоплазия седалищных костей, врожденные аномалии развития и т.п.) [6].
2. Гормональные нарушения, в частности, дефицит эстрогенов, ведущий к осщелачиванию слизистой влагалища (увеличению pH) с последующим снижением количества молочнокислых бактерий [6,7].

3. Социально-поведенческие факторы (раннее начало половой жизни, изменение норм морали, протискуитет, проституция, нетрадиционные формы секса, низкий уровень жизни, бесконтрольное применение антибиотиков и спермицидов, злоупотребление сладостями) [8, 9, 10].

Ключевую роль в генерализации инфекционного процесса с последующим распространением его на придатки матки и верхние отделы половых путей играют нарушение механизмов иммунной защиты макроорганизма [4].

ВЗОМТ начинаются с инфицирования влагалища, цервикального канала, уретры такими возбудителями как *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonada vaginalis*, микоплазмы или их ассоциации. Нарушается баланс между лактобациллами и патогенной микрофлорой во влагалище с преобладанием последней. Нарушение биоценоза влагалища и цервикального канала создает условия для беспрепятственного проникновения инфекции в верхние отделы полового тракта (эндометрий, маточные трубы, яичники, уретра, мочевой пузырь, а в ряде случаев и в париетальную брюшину) [4].

Большинство возбудителей ИППП являются слабыми антигенами, что обуславливает латентное течение инфекции (т.н. «молчаливые сальпингиты»). Это, в свою очередь, ведет к запоздалой диагностике и нерациональной антибиотикотерапии.

Цель исследования – изучение распространенности инфекций, передаваемых половым путем и оценка эффективности иммунокоррекции у женщин репродуктивного возраста, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материал и методы. Было обследовано 112 женщин с ВЗОМТ в возрасте от 20 до 43 лет. Общеклиническое обследование включало данные анамнеза, результаты объективного осмотра. Для уточнения субъективной симптоматики проводилось анкетирование.

У всех обследованных взяты мазки из половых путей для микроскопического исследования.

Для диагностики урогенитального хламидиоза использовали твердофазный ИФА («Вектор-Бест», Новосибирск), метод полимеразной цепной реакции («Амплисенс», Москва). Трихомониаз, гарднереллез диагностировали ИФА-методом («Вектор-Бест»,

Новосибирск) и ПЦР («Амплисенс», Москва). Для определения *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* использовали культуральный экспресс-метод с применением «Микоплазма-Дуо» («Bio-Rad», Франция - США), позволяющий идентифицировать *Ureaplasma urealyticum* по ее способности метаболизировать мочевины и *Mycoplasma hominis* – по способности метаболизировать аргинин. Забор материала проводили с помощью гистологического тампона (соскобы из уретры, эндоцервикального канала и влагалища). Тампон погружали в транспортную среду и тщательно ополаскивали. Учитывая широкую распространенность антибиотикорезистентных штаммов *U. urealyticum* и *M. hominis* при положительных результатах теста проводили дополнительный анализ с «Микоплазма-СИР» («Bio-Rad», Франция-США), позволяющий определять чувствительность урогенитальных микоплазм к 8 антибиотикам из групп фторхинолонов, макролидов, тетрациклинов. Проводили комплексное иммунологическое обследование всех женщин с ВЗОМТ (основная группа, n=112) и практически здоровых женщин-доноров аналогичного возраста (контрольная группа, n=50), включавшее определение следующих показателей: фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного числа и индекса завершенности фагоцитоза, концентрации циркулирующих иммунных комплексов, исследование субпопуляционного состава лимфоцитов (проточная цитометрия, «BD FACS Canto II») определение концентрации иммуноглобулинов класса А, М, G (нефелометрия, «Cobas Integra») в сыворотках крови. Статистическая обработка была осуществлена с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 5.0.

Результаты и обсуждение. Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота предъявляли 85 (75,9%) женщин, дискомфорт в уретре испытывали 36 (32,1%), учащенное мочеиспускание отмечали 32 (28,6%), обильные выделения беспокоили 29 (25,9%) женщин.

За время половой жизни у всех обследованных было не более 4 половых партнеров. В гинекологическом статусе отмечены патология шейки матки (цервицит, эрозия) у 92 (82,1%) женщин, хронический сальпингоофорит у 101 (90,1%), эндометрит у 36 (32,1%), дисфункция яичников у 24 (21,4%) женщин.

У всех 112 женщин, принявших участие в обследовании, выявлены нарушения микрофлоры, причем в большинстве случаев микст-инфекция. Так, бактериальный вагиноз (гарднереллез) сочетался с кандидозом у 31,2% обследуемых женщин, у 19,8% имелась комбинация «ключевых» клеток с кандидозом, у 8,8% - сочетание *Candida albicans* с *Leptotrix*.

Как видно из вышеизложенного, микроскопическое исследование мазков неинформативно в отношении большинства возбудителей классических ИППП. Это связано, прежде всего, с колебаниями pH среды и последствиями антибиотикотерапии, в результате которой микроорганизмы утрачивают свои типичные морфологические признаки [25-27]. Так, типичные формы урогенитальных трихомонад (грушевидная, амeboидная и округлая) встречаются в настоящее время довольно редко. Так, Б.В. Клименко и соавт. в выделениях из уретры у мужчин и из влагалища у женщин наблюдали округлые, неподвижные образования без жгутиков и ундулирующей мембраны, по внешнему виду неотличимые от эпителиальных клеток хозяина [12].

Chlamydia trachomatis идентифицировать микроскопически практически невозможно, вследствие ее внутриклеточного существования. Урогенитальные микоплазмы также недоступны для диагностики при помощи микроскопического исследования, так как они не имеют типичной клеточной стенки [13].

Самой частой инфекцией, диагностированной у женщин с ВЗОМТ, был кандидоз (59,8%). Хламидиоз был диагностирован методом ИФА у 21,3% женщин, в тоже время результаты ПЦР-анализа в этой группе были положительными только у 17,4% женщин. Аналогичная ситуация наблюдалась при диагностике трихомониаза: в то время, когда диагностические титры антител к *Trichomonas vaginalis* определялись у 30,3% обследованных, ПЦР-анализ

выявил наличие возбудителя только в 4,6% случаев. Бактериальный вагиноз также определялся значительно чаще методом ИФА (19,3%). Микроскопически гарднереллы обнаруживали в 17,9% случаев, ПЦР-методом – только в 10,3% случаев.

Снижение эффективности выявления возбудителей ИППП при помощи ПЦР, по всей видимости, обусловлено широким распространением генитального кандидоза, месторасположением возбудителей в подслизистом слое, распространением инфекции восходящим путем.

Обращает на себя внимание высокий удельный вес микст-инфекции – у 54,6% обследованных женщин.

Набор для культивирования, идентификации и количественной оценки урогенитальных микоплазм «Микоплазма Дуо» и набор для определения чувствительности к антибиотикам можно считать золотым стандартом в диагностике урогенитальных микоплазмозов. *M. hominis* по результатам данного теста была выявлена в 12,3% случаев, *U. urealyticum* встречалась гораздо чаще – в 28,4% случаев. Наиболее эффективным в плане лечения урогенитальных микоплазмозов по данным теста «Микоплазма СИР», были препараты доксициклин (90,4%), тетрациклин (86,2%), офлоксацин (82,6%). Большинство штаммов *U. urealyticum* и *M. hominis* оказались резистентными к воздействию эритромицина и клиндамицина.

У женщин с ВЗОМТ была достоверно снижена фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН), то есть удельный вес нейтрофилов, участвовавших в фагоцитозе, составлял $36,84 \pm 2,31\%$, в то время, когда у практически здоровых женщин этот показатель – $65,30 \pm 4,80\%$ ($P < 0,01$).

Такой показатель, как фагоцитарное число (ФЧ), то есть среднее количество микробов, поглощенное одним нейтрофилом, также было снижено у лиц основной группы. Значительные изменения претерпевает не только поглотительная фаза фагоцитоза, которую характеризуют вышеозначенные показатели (ФАН и ФЧ), но и переваривающая фаза фагоцитоза (ИЗФ). У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов ИЗФ был меньше 1, то есть фагоцитарная реакция была незавершенной, что создавало условия для внутриклеточного персистирования возбудителей инфекции. При этом степень достоверности различий с показателями у лиц контрольной группы была достаточно высокой ($P < 0,01$).

Сравнительный анализ абсолютного количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) выявил статистически значимое снижение их количества у пациенток с ВЗОМТ ($1130,40 \pm 80,61$ тыс. кл./мкл) по сравнению с контрольной группой ($1681,36 \pm 90,26$ тыс. кл./мкл). Снижение количества зрелых Т-лимфоцитов у женщин с ВЗОМТ реализовывалось в основном за счет популяции, имевшей хелперный фенотип (CD4+), абсолютное число которых у лиц основной группы было достоверно ниже, чем у лиц контрольной ($P < 0,001$).

Исследование субпопуляционного состава по фенотипическим маркерам лимфоцитов позволило выявить также уменьшение количества клеток CD8+ у женщин с ВЗОМТ ($391,54 \pm 20,16$ тыс. кл./мкл), что было значительно ниже, чем у практически здоровых женщин ($631,85 \pm 82,60$ тыс. кл./мкл) ($P < 0,01$).

Определение уровня NK-клеток (CD16+, CD56+), то есть естественных киллеров, относящихся к клеткам врожденного иммунитета, не выявило статистически значимых различий у обследуемых лиц обеих групп.

Исследование гуморального иммунитета включало определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и концентрации сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G.

У практически здоровых женщин уровень ЦИК составил $1,02 \pm 0,03$ ед. У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза этот показатель был значительно выше ($3,85 \pm 0,04$ ед.), что отражает выявленные у них дефекты фагоцитоза, одного из инструментов элиминации ЦИК, и активность воспалительной реакции. У пациенток с ВЗОМТ было также отмечено достоверное повышение концентрации сывороточного IgA по сравнению с аналогичным показателем лиц контрольной группы

($P < 0,05$). Содержание сывороточных иммуноглобулинов М, G в обеих группах был практически идентичным.

Учитывая характер дисфункции иммунной системы, выявленной у женщин репродуктивного возраста с ИМП, нами было предпринято сравнительное исследование эффективности индуктора эндогенного интерферона – препарата Лавомакс (активное вещество – тилорон).

Препарат получали 60 женщин основной группы в составе комплексной антибактериальной терапии (основная группа I). 50 женщин основной группы получали только антибактериальные препараты (основная группа II). Лавомакс назначался в дозе 125 мг по следующей схеме: первые двое суток по 1 таблетке в сутки, затем по 1 таблетке через каждые 48 часов. Курсовая доза 1250 мг (10 таблеток). Выбор пациентов проводился исключительно на добровольной основе. Отмечена гомогенность обеих групп по половому, возрастному признаку. Неблагоприятных реакций в процессе лечения у лиц основной группы I не было выявлено, все пациенты перенесли лечение хорошо, что было зафиксировано как хорошая и очень хорошая переносимость (в 100% случаев) и высокий уровень безопасности.

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G практически не претерпела изменений, что подтверждает стабильность этих показателей. Наиболее значимые изменения коснулись такого показателя как ФАН (фагоцитарная активность нейтрофилов), характеризующего их фагоцитарную способность.

Так, этот показатель увеличился с $36,84 \pm 2,3\%$ до $57,21 \pm 6,8\%$ ($P < 0,1$), но все-таки не достиг уровня лиц контрольной группы ($65,30 \pm 4,80\%$). По всей видимости, будет целесообразным продление курса лечения до 20 таблеток. Такой показатель, как фагоцитарное число (ФЧ) изменился незначительно (изменения статистически не достоверны).

Но повышение переваривающей способности нейтрофилов, выраженное в увеличении индекса завершенности фагоцитоза (ИЗФ), отмеченное у женщин с ВЗОМТ после курса лечения препаратом Лавомакс будет способствовать элиминации возбудителей ВЗОМТ.

Относительное и абсолютное количество зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) и клеток с хелперным фенотипом (CD

4+) достоверно повысилось, в то время как содержание НК-клеток снизилось, что может свидетельствовать об ускоренном созревании лимфоцитов в тимусе с приобретением ими признаков Т-лимфоцитов.

Таким образом, частота встречаемости ИППП среди женщин, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза, оказалась довольно высокой, причем более чем у половины обследованных отмечены смешанные протозойно-бактериальные и грибковые инфекции. В большинстве случаев микроскопическое исследование гинекологических мазков отражает лишь степень активности воспаления, но не позволяет идентифицировать вид возбудителя, что может быть связано с изменением pH среды, последствиями нерациональной антибиотикотерапии, воздействием других повреждающих факторов.

Лабораторная диагностика ИППП должна осуществляться комплексно с использованием различных методов исследования: ИФА, ПЦР, культурального метода.

Для женщин с ВЗОМТ были характерны следующие изменения иммунологической реактивности: нарушение поглотительной и переваривающей фаз фагоцитоза, способствующие внутриклеточному персистированию возбудителей ИППП: депрессия реакций клеточного типа – снижение количества зрелых Т-лимфоцитов, сопровождающееся дефицитом лимфоцитов с хелперным фенотипом, высокий уровень ЦИК и незначительная гиперпродукция IgA. Данные нарушения иммунологической реактивности способствуют длительному торпидному течению воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин и диктуют необходимость использования в схемах лечения наряду с этиотропными препаратами иммуномодуляторов.

Иммунологическая оценка эффективности лекарственного средства Лавомакс выявила выраженное иммуномодулирующее действие препарата, выразившееся в активизации поглотительной и переваривающей способности нейтрофилов в процессе фагоцитарной реакции, увеличении относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ross J.D.C. Pelvic inflammatory disease // Bacterial infections. Elsevier. – 2014. - № 42. – P.6-11.
- Ромашенко О.В. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных хламидийной инфекцией с учетом Европейских рекомендаций // Репродуктивная медицина. – 2014. - № 1(2). – С. 6-12.
- Delcroix M. Infection's gynecologiques. – Paris: 1997. – 342 p.
- Simms I., Stephenson J.M. Pelvic inflammatory disease: what do we know and what do we need to know? // Sexually transmitted infections. – 2007. – P. 80-87.
- Eschenbach D.A., Patton D.Z., Hooton T.M. et.al. Effect of vaginal intercourse with and without a condom on vaginal flora and vaginal epithelium // J.Infect.Dis. – 2001. –Vol. 183. – P. 1054-1058.
- В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова. Генитальные инфекции и патология шейки матки // Клинические лекции. – Омск: 2004. – С. 212-216.
- Sweet R.Z. Pelvic inflammatory disease: current concepts of diagnosis and management // Curr. Infect. Dis. Rep. - 2012. - №14. – P. 194-203.
- Протопопова Т.А. Влагалищные инфекции // Врач. – 2012. - №22. – С. 10-12.
- Елисеев Ю.Ю. Заболевания, передаваемые половым путем. – М.: Предтеча, 2010. – 168 с.
- Веструм Л., Эшенбах Д.А. Воспалительные заболевания тазовых органов // В кн. Холмс К.К. и др. Венерические заболевания. – Нью-Йорк: McGraw-Hill, 1999. – С. 783-809.
- Клименко Б.В., Авазов Э.Р., Барановская В.Б., Степанова М.С. Трихомониаз у мужчин, женщин и детей. – СПб.: 2001. – 116 с.
- Долгушина В.Ф. Диагностика, лечение воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов, прогнозирование и профилактика их осложнений у беременных: автореф. дисс. - ... д-р.мед. наук. – Харьков, 2000. – 29 с.

Д.М. Нурадилова¹, С.Б. Калимолдаева²

¹С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

№2 акушерлік және гинекология кафедрасы, Алматы, Қазақстан Республикасы

²«Аймақтық диагностикалық орталық» ШЖҚ РМҚК, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ РЕАКТИВТІ КӨРСЕТКІШТЕРДІ ТОҚТАТУДА РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ КІШІ ЖАМБАС ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Зерттеу мақсаты - жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың таралуын зерттеу және жамбас органдарының қабыну ауруларынан зардап шегетін репродуктивті жастағы әйелдердің иммундық түзету тиімділігін бағалау болып табылады.

Материалдар мен әдістер. Клиникалық органдардың қабыну аурулары бар 20-дан 43 жасқа дейінгі 112 әйел зертханалық әдістер жиынтығымен (ИФА, ПЦР, мәдениет әдісі, иммунофенотипинг) емдеу.

Нәтижелер. Жамбас мүшелерінің қабыну ауруларымен ауыратын әйелдерде ең маңыздысы фагоцитарлық реакцияның өзгеруі және жетілген Т-лимфоциттердің санының төмендеуі болып табылды.

Қорытынды. Иммунологиялық реактивтіліктің бұзылуы кіші жамбас ағзаларының ұзақ мерзімді ағымына ықпал етеді және емдеу режимдерінде қолдану қажеттілігін, сонымен қатар эпитротроптық иммуномодуляторлармен қамтамасыз етеді.

Түйінді сөздер: жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, жамбас қабыну аурулары, репродуктивті жастағы әйелдер, иммундық түзету.

D.M. Nuradilova¹, S.B. Kalimoldavaeva²

¹ Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Department of obstetrics and gynecology № 2, Almaty, Republic of Kazakhstan

² "Regional Diagnostic Center" SMMO on right of economic management, Almaty, Republic of Kazakhstan

POSSIBILITIES OF CORRECTING INDICATORS OF IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH INFLAMMATORY DISEASES OF PELVIC ORGANS

Resume: Research objective is to study the prevalence of sexually transmitted infections and evaluate the effectiveness of immune correction in women of reproductive age suffering from inflammatory diseases of pelvic organs.

Material and methods. 112 women aged 20 to 43 years with inflammatory diseases of the pelvic organs were examined using a set of laboratory methods (ELISA, PCR, culture method, immunophenotyping).

Results. It was found that the most significant in women suffering from inflammatory diseases of the pelvic organs are changes in the phagocytic reaction and a decrease in the number of mature T-lymphocytes.

Conclusion. Violations of immunological reactivity contribute to a long torpid current of pelvic organs and dictate the need for use in treatment regimens along with epiotropic drugs immunomodulators.

Keywords: sexually transmitted infections, pelvic inflammatory diseases, women of reproductive age, immunocorrection.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Г.И. Нуралинова, С.Б. Маукаева, А.А. Байганова, Н.К. Кудайбергенова

Государственный медицинский университет г.Семей

В работе показана актуальность проблемы ВИЧ-инфекции и приведен подтвержденный клинический случай. Данный случай показывает, что настороженность практических врачей в отношении данной инфекции достаточно низкая. Клинический случай показывает, что в настоящее время в эпидемический процесс вовлекаются обычные люди и врачам необходимо повысить настороженность и обследовать на ВИЧ-инфекцию вне зависимости от возраста и социального статуса.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемический процесс, клинический случай

УДК 616.097-08

ВИЧ-инфекция в Казахстане благодаря проведению профилактических мероприятий удержана на концентрированной стадии, т.е. распространение происходит среди уязвимых групп населения. В динамике эпидемического процесса инфекции отмечается снижение парентерального пути передачи в 2 раза, но при этом половой путь вырос в 3 раза. Наблюдается увеличение случаев ВИЧ-инфекции в более старшей возрастной группе и среди женщин [1]. Это требует повышенной настороженности со стороны врачей в отношении диагностики данной инфекции. В качестве примера приводим клинический случай.

Пациентка Б., 1962г. поступила в инфекционную больницу (ИБ) г.Семей с жалобами на тошноту, рвоту до 5-6 раз в день, боли в животе схваткообразного характера, тяжесть в эпигастрии и правом подреберье, частый жидкий водянистый стул до 10-15 раз в сутки, значительную потерю массы тела в течение полугода, общую слабость.

Из анамнеза болезни: больна с декабря 2016г., когда постепенно стала терять вес, нарастала слабость. В марте 2017г. лечилась по поводу пневмонии. С 05.04.2017г. состояние ухудшилось, появились многократная рвота, частый жидкий стул водянистого характера, боли в животе. Лечилась амбулаторно: промывание желудка, линекс, без эффекта. 06.04.2017г. больная госпитализирована в (ИБ) с диагнозом «Инфекционный гастроэнтероколит, средней степени тяжести. Неалкогольная жировая болезнь печени. Стеатогепатит, умеренной биохимической активности. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции, обострение. Хронический холецистит с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря, обострение. Эрозивный гастрит. Хронический неязвенный колит, обострение. Долихосигма».

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови (ОАК) от 07.04.17г. Гемоглобин (Гб) - 114г/л, эритроциты (Эр.) - $3,42 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты (Л.) - $3,4 \times 10^9$ /л, гематокрит (Гт) - 0,315,

тромбоциты (Тр.) -184x10⁹/л, СОЭ - 39мм/час. Биохимический анализ крови (БХА) от 12.04.17г. - в пределах нормы, за исключением тимоловой пробы (10,9ед). Общий анализ мочи (ОАМ) от 08.04.17г. в норме. Бактериологический посев кала (бак.посев)- отрицательный. Анализ крови на RW от 07.04.17г. - отрицательный. Копрология- крахмал+, йодофильные бактерии +++, слизи++, Л.-сплошь, Эр.-8-6-6, яйца глистов не найдены. Была выписана с некоторым улучшением на 8 день госпитализации (14.04.2017г.). Дома состояние вновь ухудшилось. 17.04.2017г. вновь была экстренно госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение из-за сохраняющейся диареи, выраженного болевого и диспепсического синдромов. После обследования был выставлен диагноз: Язвенный колит средней степени тяжести. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Стеатогепатоз. Хронический холецистит. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) 1 степени. Кандидоз пищевода. Хронический атрофический гастрит. Железодефицитная анемия (ЖДА) смешанного генеза. Энцефалопатия смешанного генеза. Астенофобический синдром. Микотическое поражение ногтевых пластинок кистей. Впервые выявлен положительный результат иммуноферментного анализа (ИФА) на ВИЧ. Выписана на 26 день с некоторым улучшением: болевой и диспепсический синдромы уменьшились, стул кашицеобразный до 3 раз в день. С 04.05.2017г. вновь усиление диарейного синдрома. 08.05.2017г. повторно госпитализирована в ИБ с жалобами на тошноту, рвоту, выраженную слабость, снижение аппетита, быструю утомляемость, непрекращающуюся диарею, жажду, потерю веса. Анамнез жизни: туберкулез, вирусный гепатит и кожно-венерические заболевания отрицает. Болевой и диспепсический синдромы беспокоят в течение полугода. Из перенесенных заболеваний: внебольничная очаговая пневмония нижних долей обеих легких в марте 2017г. Экстирпация матки по поводу фибромиомы в 2000г. Снижение веса за последнее 6-7мес. на 15 кг (более 10%). Неоднократно в анализах крови отмечалась лейкопения, тромбоцитопения, снижение уровня гемоглобина, ускорение

СОЭ наблюдалось постоянно. Фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) от 23.11.16г. - эрозивный гастрит, от 09.01.17г. - очаговый атрофический гастрит. В иммунохемилюминисцентном анализе (ИХЛ) от 12.12.16г. и 08.02.17г. - уровень СА-19-9 (онкомаркер рака желудка и поджелудочной железы повышен в 2 раза). Эпидемиологический анамнез: экстирпация матки по поводу фибромиомы в 2000г. При первом поступлении накануне дисфункции кишечника пила кумыс. Парентеральные вмешательства за последний год: татуаж бровей. Разведена с мужем на протяжении 10 лет. Случайные половые контакты отрицает. Объективно: общее состояние при первом поступлении средней степени тяжести за счет диарейного синдрома. Большая резко пониженного питания. Температура тела 36,6°С на протяжении всего периода госпитализации. Кожные покровы бледные, сухие, морщинистые. Зев спокоен. Изменения ногтевых пластинок микотического характера. Язык обложен белым налетом. Губы сухие, по краям имеются трещины (заеды). Перкуторно над легкими ясный легочной звук во всех отделах. Аускультативно над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) 22 в мин. В области сердца и крупных сосудов видимой пульсации нет. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Аускультативно тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 88 в мин. Артериальное давление (АД) 110/60 мм.рт.ст. Живот правильной формы, пальпаторно мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул на всем протяжении госпитализации частый жидкий, водянистый, с некоторым улучшением на фоне лечения. Мочевыделение свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Неврологический статус: большая в сознании, мало эмоциональна, на вопросы отвечает односложно, не совсем адекватно оценивает свое состояние и заболевание. Лабораторные данные в динамике представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 - Динамика ОАК

Дата	Гб	Эр.	ЦП	Гт	Тр.	Л.	П/я	С/я	Эоз.	Мон.	Лимф	СОЭ
08.05.17	108	3,52	0,9	32	-	2,5	4	85		3	8	46
15.05.17	94	3,08		27,5	166	3,3	-	85,1		7,8	7,1	42
19.05.17	97	2,94		27,1	143	3,1		76,8		13,9	9,3	42

Таблица 2 - Динамика ОАМ

Дата	Цвет	Прозр	Относит. плотность	Белок	Л.	Эр.	Плоск. эпит.	Почеч. эпит.
09.05.17	Соломен	Полн	1012	0,033	12-10-14		2-3-1	0-1-2
14.05.17	Соломен желтый	Полн	1004	-	2-3-4			

Копрограмма от 09.05.2017г. - неоформленный, жидкий, нейтральный жир ++, йодофильные бактерии +++, лейкоциты 5-8-9. Анализ мочи по Нечипоренко от 11.05.17г. - лейкоциты в значительном количестве, эритроциты 1000. Бак.посев мочи на патогенную флору от 11.05.17г. - отрицательный. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) с сальмонеллезным антигеном от 10.05.17г. - 1:40, с дизентерийным Флексер 1-5 - 1:20, 6 - отрицательный, с дизентерийным Зонне - отрицательный. Бак. посев кала на патогенную флору от 08.05.17г. - отрицательный. Бак. посев кала на условно патогенную флору от 09.05.17г. - Klebsiella 2x10⁷ Анализ крови на RW от 10.05.17г. - отрицательный. Анализ кала на яйца глист и простейшие от 09.05.17г. - отрицательный. Исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ от 26.04.17г., 02.05.17г. - положительные. ИФА на маркеры вирусных гепатитов В и С от 27.04.17г. отрицательные. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости - диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы. Хронический некалькулезный холецистит. Диффузные изменения

паренхимы почек. Нефроптоз, нефромикролитиаз. Магнитно резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием от 06.02.17г. - МРТ признаки трех неосложненных микрокист в паренхиме правой почки. R-графия легких от 11.05.17 г. - хронический бронхит. R-графия брюшной полости от 26.04.17 - патологии не выявлено. Колоноскопия от 21.04.17 - неспецифический язвенный колит, взята биопсия: в препаратах кусочки слизистой толстой кишки с обильной лимфоплазматической примесью эозинофилов инфильтрацией в строме. ФГДС от 18.04.17 - кандидоз пищевода. Очаговый атрофический гастрит. На основании жалоб, анамнестических данных, объективных данных, лабораторно-инструментальных данных выставлен клинический диагноз: В 20-24 ИФА (1,2S) положительный, потеря веса >10%. Длительная диарея. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Сопутствующий диагноз: Стеатогепатоз. Хронический холецистит, неполная ремиссия. Кандидоз пищевода. Хронический атрофический гастрит. ЖДА смешанного генеза. Хронический бронхит, вне

обострения. Неспецифический язвенный колит. Хронический пиелонефрит, обострение.

Получено лечение: стол №4, раствореополиглокин 400,0 внутривенно (в/в)капельно №2, растворацесоль 800,0 в/в капельно №5, растворацесоль 400,0 в/в капельно №2, раствор глюкоза 5%-400,0+ВитС 5%-10,0+Инсулин 4ЕД в/в капельно №3, капсулы (к)линекс 2кх3раза в день (р/д) -11дней, таблетки (т)нолицин 0,4 по 1тх2р/д-10дней, порошок (пор) тагансорбент 1порх3р/д-5дней, капсулькреон 1кх3р/д-8дней, растворинфезол 250,0 в/в капельно №6, таблеткилоперамид 1т после каждого стула-2дня, растворцерукал 2,0 в/м №4, растворгепадиф 400,0+глюкоза 5%-400,0 в/в капельно №5, растворфлунол 100,0 в/в кап №3, физиологический раствор 0,9%-200,0+хлорид калия (КС) 4%-200,0 в/в капельно №4,растворрибоксин 10,0 в/в струйно №1. На фоне проводимого лечения состояние больной стабилизировалось, появился аппетит, температура нормализовалась, стул кашеобразный 1-2раза в день.

Сохраняется астенический синдром, снижение веса. Выписана с улучшением с согласия пациента. После выписки получен положительный анализ иммуноблоттинга на ВИЧ-инфекцию. Решается вопрос об антриретровирусной терапии. Приведенный клинический случай представляет интерес с точки зрения недостаточной настороженности в отношении ВИЧ-инфекции даже со стороны специалистов. Возраст больной, неактивный эпидемиологический анамнез, положительные онкомаркеры изменили ход диагностического поиска. Данный случай еще раз показал, что ВИЧ-инфекция маскируется под обычные инфекции, в данном случае кишечную инфекцию. Поэтому, учитывая современную эпидемиологическую обстановку (вовлечение обычных слоев населения) врач любой специальности должен быть всегда насторожен в отношении ВИЧ-инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 БайсеркинБ.С. «ВИЧ – вчера, сегодня, завтра...». Реализация национальных мер по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. – Алматы: 2017. – 68 с.

Г.И. Нуралинова, С.Б. Маукаева, А.А. Байганова, Н.К. Кудайбергенова

АИВ-ИНФЕКЦИЯ ЖӨНІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Түйін: Жұмыста АИВ-инфекцияның өзектілігі көрсетілген және клиникалық жағдай келтірілген. Клиникалық жағдай практикалық дәрігерлердің осы инфекцияға қатысты сақтығы төмен екенін көрсетеді. Осы клиникалық жағдай эпидемиялық процеске қарапайым адамдардың тартылуын көрсетеді, осыған байланысты дәрігерлер сақтылықты жоғарылатып, АИВ-инфекциясына адамның жасына және әлеуметтік жағдайына байланыссыз тексеру керек.

Түйінді сөздер: АИВ-инфекция, эпидемиялық процесс, клиникалық жағдай.

G.I. Nuralinova, S.B. Maukayeva, A.A. Baiganova, N.K. Kudaibergenova

CLINICAL CASE OF HIV INFECTION

Resume: The work shows the importance of HIV infection and describes a clinical case. The clinical case shows that the vigilance of practical doctors about this infection is low enough. The age of the patient, inactive epidemiological history, leading clinical manifestations in the form of acute intestinal infection, positive oncomarkers led to the fact that doctors did not have an idea about HIV infection. This clinical case shows that at the present time all people are involved in the epidemic process and doctors need to be more alert and check for HIV regardless of age and social status.

Keywords: HIV infection, epidemic process, clinical case.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОРОКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Ж.Ж. Нурғалиева¹, З.С. Сатылганова², Л.К. Хитуова¹, А.К. Маллен¹, Г.Т. Ташенова¹

¹Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,

²Детская городская клиническая больница №2, г.Алматы

Ревматическая лихорадка остается частой причиной необратимых морфологических изменений в сердце, которые могут привести к формированию пороков сердца и в дальнейшем к инвалидизации детей. Проведен анализ 41 историй болезни детей с ревматической лихорадкой, госпитализированных в ДГКБ №2. У половины больных детей установлено тяжелое течение ревмокардита с выраженностью суставного синдрома в дебюте заболевания. Лабораторно определены высокие диагностические уровни антистрептококковых антител (АСЛ-О). Настороженность врачей при первичном обращении позволит проводить своевременную профилактику в отношении данного заболевания.

Ключевые слова: ревмокардит, порок сердца, ревматическая лихорадка, антистрептолизин-О, дети

УДК 6:61:616:616.1:616-071:616-078

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) согласно современным представлениям рассматривается как системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в результате иммунной реакции (клеточной и гуморальной) на эпитопы β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА), и перекрестной аутоиммунной реакции со сходными эпитопами тканей организма (сарколеммы миофибрилл, кардиомиозина, синовиальной оболочки, антигенов тканей мозга и др.) – феномен антигенной мимикрии, приводящие к их разрушению. Антитела против стрептококковых антигенов (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиалурионидаза и др.), перекрестно реагируют с белками и антигенами соединительной ткани, имеющейся практически во всех органах человека и выполняющей поддерживающую и защитную функции. При ревматической лихорадке поражается преимущественно соединительная ткань сердца, стенок сосудов и суставов, что и приводит к соответствующим клиническим проявлениям заболевания. Клетки сердечной мышцы поражаются стрептококковыми токсинами, некоторые антигены кардиомиоцитов начинают распознаваться иммунной системой как «чужие», в результате чего к ним также могут вырабатываться антитела. Антистрептолизин-О может принимать участие в формировании ЦИК, циркуляция которых коррелирует с изменением на электрокардиограмме в виде атриовентрикулярной диссоциации и блокады [1,2].

Все описанные выше явления приводят к тому, что в различных органах развиваются характерные воспалительные процессы, исходом которых является некроз (гибель) поврежденного участка. Вокруг очага некроза образуется так называемая гранулема, представляющая собой комбинаторное разрастание соединительной ткани. Гранулема развивается в течение 3-4 месяцев, после чего она склерозируется, то есть на месте повреждения образуется плотный рубец. Множественные рубцовые изменения вызывают необратимые нарушения функций пораженного органа, что может являться причиной

инвалидности.

Распространенность ОРЛ в развитых странах составляет 3-8 случаев на 10 тысяч населения. Максимальная заболеваемость отмечается у детей в возрасте от 7 до 15 лет [2,3], так как для возникновения ревматической лихорадки необходимы повторные и длительные контакты иммунной системы с антигенами и развитие так называемой сенсibilизации (или повышенной чувствительности) к микроорганизму. Если организм человека сенсibilизирован к стрептококку, то при очередном инфицировании развивается длительная, выраженная иммунная реакция (как клеточная, так и гуморальная). Этим объясняется тот факт, что дети до трехлетнего возраста болеют ревматической лихорадкой в исключительно редких случаях.

Ревматические пороки сердца, по данным ВОЗ (2004) и ряда американских исследований, остаются одной из основных причин инвалидизации и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях лиц трудоспособного возраста [4,5].

Клинические проявления и лабораторные показатели при ревматической лихорадке не имеют выраженной специфичности. В качестве современных международных диагностических критериев ОРЛ, рекомендованных ВОЗ, приняты критерии Т.Д.Джонса (Jones T.D., 1944), пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией в 1992 г. и модифицированные Ассоциацией ревматологов России в 2003 г. Согласно критериям обязательно наличие положительного результата тестирования на предшествующую стрептококковую инфекцию: позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева или положительный результат быстрого определения А-стрептококкового антигена, повышение или повышающие титры стрептококковых антител (таблица 1) [1,3,4,5]. Повышение титров стрептококковых антител, определяемых в парных сыворотках, наблюдается лишь в первые 3-4 недели после начала заболевания и сохраняется в течение 3 месяцев, а через 4-6 месяцев происходит их нормализация.

Таблица 1 – Диагностические уровни стрептококковых антител

Антитела*	Титры, ед/мл		
	Нормальные	Пограничные	Высокие
АСЛ-О	< 250	313-500	> 500
АСГ	< 250	330-500	> 625
АСК	< 200	300-500	> 600
АНД-В	< 600	800-1200	> 1200

Примечание: * – АСЛ-О – антистрептолизин-О, АСГ – антистрептогиалурионидаза, АСК – антистрептокиназа, АНД-В – антидексорибонуклеаза-В

Наиболее важным признаком ревматической лихорадки, определяющим прогноз болезни, является кардит [4]. Критериями диагностики кардита используются: увеличение размеров сердца, наличие шумов в сердце,

признаки перикардита, застойная сердечная недостаточность. Выделяют степень тяжести кардита: легкий кардит (шумы в сердце без изменения его размеров), среднетяжелый кардит (шумы в сердце в сочетании с

увеличением его размеров), тяжелый кардит (шумы в сердце в сочетании с кардиомегалией и застойной недостаточностью кровообращения и/или перикардитом). Ревматические пороки сердца, по данным ВОЗ (2004) и ряда американских исследований, остаются одной из основных причин инвалидизации и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях лиц трудоспособного возраста [5,6].

Наиболее частое и характерное проявление ревматической лихорадки является полиартрит, для которого свойственно поражение крупных и средних групп суставов, летучий и мигрирующий характер, отмечаются выраженные артралгии и другие яркие проявления воспаления.

Хорея – важнейшее экстракардиальное проявление ревматической лихорадки. Частота кольцевидной эритемы и ревматических узелков у больных с ОРЛ в последнее время регистрируются реже, однако специфичность данных синдромов для лихорадки остается очень высокой и они сохраняют свою диагностическую значимость.

Увеличение удельного веса ревматогенных серовариантов и недостаточное лечение детей, больных с ОРЛ в последнее время регистрируются реже, однако специфичность данных синдромов для лихорадки остается очень высокой и они сохраняют свою диагностическую значимость.

Цель: изучить клинико-лабораторную характеристику ревматической лихорадки с формированием порока сердца у детей.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены 41 истории болезней детей в возрасте от 6 до 15 лет, госпитализированных в ДГКБ №2 г.Алматы с ревматической лихорадкой. Средняя длительность заболевания составила $24,7 \pm 7,2$ мес. Диагноз ревматической лихорадки устанавливался в соответствии с критериями Киселя-Джонсона в модификации Ассоциации ревматологов России 2003г. [2,8]. При обследовании применялись стандартные методы исследования. Изучены клинико-анамнестические (жалобы, анамнез заболевания, объективные данные), лабораторные (общий анализ крови, определялись уровни антистрептолизина-О (АСЛ-О, $n=32$), С-РБ ($n=17$), креатининфосфокиназы (КФК, $n=22$), лактатдегидрогеназы (ЛДГ, $n=34$), общего белка и белковых фракций сыворотки ($n=29$), инструментальные методы (электрокардиограмма (ЭКГ, $n=40$), эхокардиография (ЭхоКГ, $n=37$), рентгенография органов грудной клетки (Р ОГК, $n=35$)). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы STATISTICA.

Результаты. Из анамнеза заболевания у 61,0% случаев имелась связь с перенесенной ангиной. В дебюте заболевания у 56,1% больных наблюдался суставной синдром, у 24,4% – кардиалгии, у 12,2% – гипертермия. Главными жалобами при поступлении в стационар были болезненность и отечность суставов, утомляемость, общая слабость, боли в области сердца, повышение температуры тела (рисунок 1).

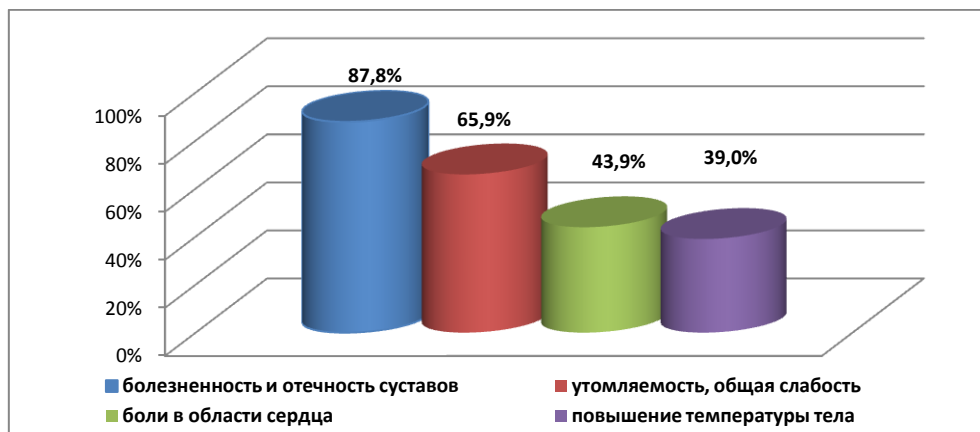


Рисунок 1 - Характеристика жалоб больных ревматической лихорадкой

Объективно ведущим клиническим синдромом был кардит (90,2%), с экстракардиальными проявлениями: артралгия (63,4%), артрит (43,9%), интоксикация (56,1%), хорея (4,9%). При ОРЛ преобладало острое начало заболевания с тяжелым состоянием при поступлении (73,2%), обусловленным преимущественно поражением системы кровообращения (60,0%).

В структуре ревмокардита у детей с ОРЛ преобладал эндомиокардит (73,1%), реже встречался миокардит (17,1%). Расширение границ относительной тупости сердца определено у 73,2% детей. Серьезность поражения сердца у 90,2% детей с ОРЛ была связано в митральным поражением клапанного аппарата сердца. Клиническими проявлениями митральной недостаточности было наличие аускультативно шумовой картины над областью сердца, при этом в 51,4% случаев выслушивался грубый систолический шум на верхушке сердца, что свидетельствует о сформировавшемся пороке сердца. По тяжести поражения у 22,0% детей имелось легкое поражение сердца, т.е. без расширения его границ при наличии шума в сердца. Следует отметить, что у 44,4% этих детей объективно при нормальных размеров сердца выслушивался грубый шум. У ½ детей с ревматической лихорадкой поражение сердца было средней степени, у 17,1% - тяжелое поражение сердца.

При доплер-ЭхоКГ краевое уплотнение и утолщение створок митрального клапана и/или аортального клапана встречалось у 53,3% больных, регургитация – у 50,0%. У 33,3% пациентов был выявлен пролапс митрального клапана. Изменения морфологических показателей сердца по данным ЭхоКГ отмечались в виде гипертрофии

межжелудочковой перегородки в 22,6% случаев (средние значения $0,9 \pm 0,1$ см), гипертрофии задней стенки левого желудочка – 9,7% (средние значения $1,0 \pm 0,2$ см), дилатации левого желудочка – 32,3%. Снижение сократительной способности миокарда отмечено у 92,9% детей. На ЭКГ: нарушение процессов реполяризации в 35,0%, синусовая тахикардия в 45,0%, нарушение проводимости миокарда в 42,5%. Расширение тени сердца на Р ОГК выявлено у 62,9%, усиление легочного рисунка у 68,6% больных.

Согласно лабораторным исследованиям ускоренная СОЭ наблюдалась в 26,8% случаев, лейкоцитоз (17,1%) с нейтрофилезом (63,4%), повышения уровней СРБ (41,2%). У 90,6% детей выявлены повышенные титры АСЛ-О (средние значение $767,62 \pm 233,2$ МЕ/мл, что в 3,5 раза превышает нормальные значения). Диагностические уровни стрептококковых антител (АСЛ-О) имели пограничные значения у 28,1% больных, высокие значения – у 62,5%; у детей с наличием клапанного поражения сердца высокие показатели титра АСЛ-О определялись у 74,0% случаев (средние значения $1003,98 \pm 157,32$ МЕ/мл). Изменения протеиновых фракций у детей с ревматической лихорадкой наблюдались в повышении уровней α -глобулинов: преимущественное и свойственное повышение отмечено α_2 -глобулинов у 89,6% детей, меньше α_1 -глобулины – повышение уровней у 79,3% детей. У детей с формированием порока сердца наблюдалось 100% повышение уровней α_2 -глобулинов крови, 85,7% – α_1 -глобулинов. Тяжестью цитологического поражения миокарда является определение уровней мышечных ферментов: отмечено повышение уровней КФК (90,9%), ЛДГ

(52,9%).

Выводы. Развитие кардита при ОРЛ занимает лидирующую позицию. Течение ревмокардита более чем у половины детей имеет тяжелое течение, с высокими диагностическими уровнями антистрептококковых антител

(АСЛ-О). Высокая частота суставного синдрома при ОРЛ в дебюте заболевания, сниженная настороженность врачей и гиподиагностика данного заболевания приводит к тенденции к утяжелению течения ревмокардита с развитием пороков сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шостак Н.А. Ревматический кардит: клинико-морфологическая диагностика, лечение, профилактика // Врач. – 2004. - №4. - С. 5-9.
- 2 Кантемирова М.Г., Коровина О.А., Артамонова В.А. и др. Острая ревматическая лихорадка у детей: облик болезни в начале XXI века // Педиатрия. – 2012. – Т.91., №5. – С. 17-21.
- 3 Мутафьян О.А. Кардиты у детей и подростков. Монография. – СПб.: 2006. – 288 с.
- 4 Шостак Н.А., Казакова Т.В. Ревматическая лихорадка: вопросы клинико-морфологической диагностики и лечения // Лечебное дело. – 2003. - №1. – С. 5-14.
- 5 Rheumatic Fever and rheumatic heart disease/WHO technical report: series №923. Geneva, 20014
- 6 Fischetti V.A. Streptococcal M-protein // Science of America. – 1991. - №264. – С. 58-65.
- 7 Stollerman J.H. Rheumatic Fever // Lancet. – 1997. – №349. – P.935-942
- 8 Клинические протоколы «Острая ревматическая лихорадка (педиатрия)». Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК, 2014

Ж.Ж. Нұрғалиева¹, З.С. Сатылганова², Л.К. Хитуова¹, А.К. Маллен¹, Г.Т. Ташенова¹

¹С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,

²№2 Қалалық Клиникалық балалар ауруханасы

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮРЕК АҚАУЫНЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫМЕН ЖҮРЕТІН РЕВМАТИКАЛЫҚ ҚЫЗБАНЫҢ КЛИНИКА-ЛАБОРАТОРЛЫҚ СИПАТЫ

Түйін: Ревматикалық қызба жүрек ақауының қалыптасуына және балаларды мүгедектікке әкелетін жүректегі қайтымсыз морфологиялық өзгерістердің жиі себебі болып табылады. №2 ҚКБА-да емделген ревматикалық қызбамен 41 науқастың сырқатнамасына сараптама жасалды. Балалардың жартысында аурудың дебютінде айқын буындық синдроммен жүрген ревмокардиттің ауыр ағымы анықталды. Лабораторлы: антистрептококты антиденелердің (АСЛ-О) жоғарғы диагностикалық деңгейі байқалды. Дәрігерлердің алғашқы қарағанда абай болуы осы аурудың дер кезінде алдын алуына көмектеседі.

Түйінді сөздер: ревмокардит, жүрек ақауы, ревматикалық қызба, антистрептолизин-О, балалар.

Zh.Zh. Nurgalieva¹, Z.S. Satylganova², L.K. Khituova¹, A.K. Mullen¹, G.T. Tashenova¹

¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova, Almaty,

²Child City Clinical Hospital No.2, Almaty

CLINICAL LABORATORY CHARACTERISTICS OF RHEUMATIC FEVER WITH FORMATION OF HEART FAILURE IN CHILDREN

Resume: Rheumatic fever remains a frequent cause of irreversible morphological changes in the heart, which can lead to the formation of heart defects and in the future to the disability of children. An analysis of 41 case histories of children with rheumatic fever hospitalized in CCCH No.2 was carried out. A half of sick children have a severe course of rheumatic heart disease with severity of articular syndrome in the onset of the disease. High diagnostic levels of anti-streptococcal antibodies (ASL-O) were determined in laboratory. Alertness of doctors in the initial treatment will allow timely prevention of this disease.

Keywords: rheumatic carditis, heart disease, rheumatic fever, antistreptolysin-O, children.

ПРОТОЧНАЯ ЦИТОМЕТРИЯ – ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА И ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

Э.Ж. Битанова, А.С. Тарабаева

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра общей иммунологии

УДК 57.083.34:616-7

Проточной цитометрией называют методику исследования дисперсионных субстанций в режиме поштучного анализа частиц, входящих в состав дисперсной фазы по сигналам, получаемым в ходе флуоресценции и рассеивания света. Название методики точно отражает сущность обозначаемого процесса, состоящего в исследовании потока одиночных биологических частиц.

Проточная цитометрия осуществляется на специальных аппаратах – сортерах и проточных цитрометрах. Оба варианта количественной цитометрии имеют широчайшие возможности применения в практике медицинских и биологических исследований. Несмотря на разность используемого клинического материала и экспериментальных моделей решаемые ими задачи подчиняются общим принципам исследования.

Методика проточной цитометрии была создана на базе специальных экспериментов по определению размера исследуемых частиц и подсчету их количества. Первый клеточный сортер был создан в 1965 году, а с начала следующего десятилетия был налажен выпуск приборов, предназначенных для измерения интенсивности флуоресценции при нескольких длинах волн с целью определения сразу нескольких параметров изучаемых клеток.

Современные исследователи для осуществления проточной цитометрии используют приборы двух типов:

- Приборы, предназначенные для измерения флуоресценции при двух (и более) длинах волн и рассеивании света под углом в десять (так называемом малоугловом прямом рассеивании) и девяносто градусов. Приборы этого типа отличаются простотой использования.
- Довольно громоздкие клеточные сортеры, способные измерить более пяти параметров исследуемых ядер или частиц, а также отсортировать клетки, обладающие определенным набором параметров.

Устройство современных проточных цитометров настолько сложно и разнообразно, что с трудом поддается какому-либо обобщению и систематизации, однако несколько общих моментов, характерных для всех приборов, все же существует:

- Для проведения анализа на цитометре любого типа требуется гомогенная суспензия клеток определенного типа.
- Не должно быть недостатка в количестве исследуемых клеток или их ядер.
- Чтобы не допустить слипания клеток, исследователь должен обладать всей полнотой информации о характере рассеивания света и иметь под рукой таблицы с соответствующими данными.



Образцы.

В ходе медицинских и биологических исследований изучаются образцы, приготовленные из клеток:

- костного мозга;
- крови;
- спинномозговой жидкости (ликвора);
- синовиальной (суставной) жидкости;
- плевральной жидкости;
- перитонеальной (асцитической) жидкости, накапливающейся в брюшной полости в процессе развития асцита;
- опухолевых и здоровых тканей.

Принцип метода проточной цитометрии.

Принципы, заложенные в основу процедуры цитометрии, чрезвычайно просты:

Суспензия, приготовленная из клеток, предварительно помеченных флуоресцирующими моноклональными антителами или флуорохромами, помещается в поток дисперсионной среды, пропускаемый через проточную ячейку.

Гидродинамическое фокусирование струи клеточной суспензии в струе дисперсионной среды приводит к тому, что исследуемые клетки или их ядра выстраиваются поодиночке и в таком порядке пересекают пучок сфокусированных световых (обычно лазерных) лучей. Под воздействием определенных световых волн происходит одновременное возбуждение молекул разных флуоресцирующих красителей, что делает возможным анализ сразу нескольких параметров клеточных структур. Свет, исходящий от флуорохромов, фокусируют при помощи оптической системы, состоящей из нескольких зеркал и линз, а затем раскладывают на определенные компоненты. Полученные световые сигналы подвергают анализу сразу нескольких параметров клеточных структур, а затем – в определенные формы, приемлемые для компьютерной обработки и хранения полученной информации.

Флуорохромы

Для того чтобы облегчить процесс определения клеточных структур в ходе процедуры проточной цитометрии,

используемую дисперсионную среду подкрашивают специальными флуоресцирующими красителями – флуорохромами. После такой обработки исследуемые клетки приобретают способность флуоресцировать (светиться) под воздействием пучка световых лучей.

При выборе того или иного красителя пользуются целым рядом критериев:

- Используемый флуорохром должен быть специфичным по отношению к исследуемой ДНК.
 - Спектральные характеристики красителя должны соответствовать возможностям используемой аппаратуры.
 - Немаловажным фактором является стоимость флуорохрома (она не должна быть очень высокой).
 - Используемые красители должны быть удобны в работе (обладать стабильностью и хорошей растворимостью).
- Одним из самых востребованных флуорохромов является йодистый пропидий: его спектральные характеристики идеально подходят для выполнения проточной цитометрии. Чтобы активизировать флуоресценцию, используя йодистый пропидий, исследователи прибегают к помощи обычного аргонового лазера (рабочая длина его волны составляет 480 нм). Площадь флуоресцирующего участка

такова, что позволяет использовать вышеозначенный флуорохром для выполнения многопараметрических измерений.

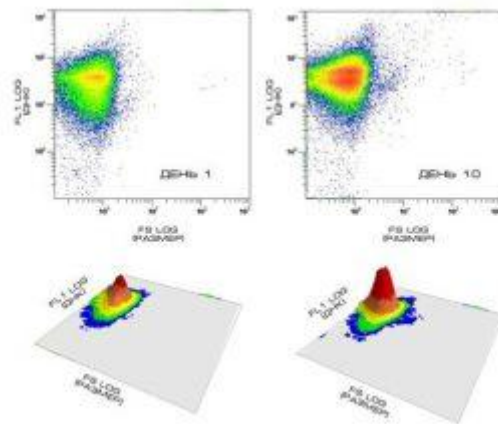
Для проведения проточной цитометрии также используют:

- изотиоцианатфлуоресцеина;
- фикоэритрины (Су5, Су7, техасский красный);
- аллофикоцианин;
- Перидинин-Хлорофилл Протеин.

В качестве флуорохромов могут использоваться также флуоресцирующие моноклональные антитела.

Вне зависимости от того, какой именно краситель принимает участие в процедуре, его количество должно быть прямо пропорционально содержанию ДНК в структуре клетки. Чтобы добиться качественно окрашивания всех клеточных структур, количество применяемого флуорохрома должно быть избыточным. Большинство флуорохромов, вступающих в контакт с ДНК, не способны пройти сквозь мембраны неповрежденных (интактных) клеток. Для повышения проницаемости клеточных мембран исследуемые клетки обрабатывают поверхностно-активными веществами (детергентами) или спиртом.

Преимущества проточной цитометрии.



- Высокая (до ста тысяч эпизодов в секунду) скорость выполнения анализа.
- Возможность определения клеточных субпопуляций.
- Способность выполнить анализ огромного (до 108 элементов в одном мл дисперсионной среды) количества клеток.
- Возможность определения параметров любых клеток и клеточных структур (в том числе и редко встречающихся).
- Высокую степень объективности в измерении интенсивности свечения (флуоресценции).

Проточная цитометрия является высокотехнологичным методом быстрого измерения характеристик клеток. Проточная цитометрия основывается на арсенале флуоресцентных методов анализа структурных компонентов клеток, их антигенов и внутриклеточных процессов. Этим методом исследуются выборки от нескольких тысяч до нескольких миллионов клеток, что гарантирует статистическую достоверность результатов. Проточные цитометры обладают высокой чувствительностью и высоким уровнем автоматизации, простотой эксплуатации и имеют небольшие размеры, что позволяет рассматривать их не только как исследовательские, но и как клинико-диагностические инструменты.

Где применяется?

В клинической практике наиболее часто проточную цитометрию используют для исследования клеток крови и костного мозга, их антигенного состава, функциональной активности, количества ДНК и РНК, определения уровня внутриклеточной продукции цитокинов, фагоцитарной активности, активности внутриклеточных ферментов («проточная цитоэнзимология»).

Также возможно количественное и качественное исследование таких физиологических внутриклеточных параметров, как pH (флуоресцеин и 7-гидроксикумарин),

концентрация свободных ионов кальция (Fura-2, Indo-1, Fluo-3), уровень окислительных процессов, активация митохондрий, потенциал наружной мембраны клеток, процессы, связанные с апоптозом, и т. д.

Примеры стандартных наборов моноклональных антител для проточной цитометрии для использования в клинической практике и их примерная стоимость

При онкологических заболеваниях:

- Т-лимфоциты (**CD3+CD19+**) – 675 240 тг (на 50 тестов);
- Т-хелперы/индукторы (**CD3+CD4+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- Т-цитотоксические лимфоциты (Т-ЦТЛ) (**CD3+CD8+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- истинные натуральные "киллеры" (NK-клетки) (**CD3+CD56+CD45+**),
- В-лимфоциты (**CD19+CD3+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- Т-лимфоциты, экспрессирующие маркеры NK-клеток (Т-NK-клетки) (**CD3+CD16+56+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- NK-клетки цитолитические (**CD3+CD16+CD56+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- NK-клетки цитокинпродуцирующие (**CD3+CD16+CD56+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- NK-клетки, экспрессирующие альфа-цепь антигена CD8 (**CD3+CD8+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- активированные В-лимфоциты (**CD3+CD25+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- активированные Т-лимфоциты (**CD3+HLA-DR+CD45+**) и активированные цитотоксические лимфоциты (**CD8+HLA-DR+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- В-лимфоциты и активированные NK-клетки (**CD3+HLA-DR+CD45+**) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- активированные Т-лимфоциты, экспрессирующие альфа-цепь рецептора ИЛ-2 (**CD3+CD25+CD45+**)

При иммунодефицитах:

- Т-лимфоциты (CD3⁺CD19⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- Т-хелперы/индукторы (CD3⁺CD4⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- Т-цитотоксические лимфоциты (Т-ЦТЛ) (CD3⁺CD8⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- истинные натуральные "киллеры" (NK-клетки) (CD3⁺CD56⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- В-лимфоциты (CD19⁺CD3⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- Т-лимфоциты, экспрессирующие маркеры NK-клеток (Т-NK-клетки) (CD3⁺CD16⁺56⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- NK-клетки цитолитические (CD3⁺CD16⁺CD56⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- NK-клетки цитокинпродуцирующие (CD3⁺CD16⁺CD56⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- NK-клетки, экспрессирующие альфа-цепь антигена CD8 (CD3⁺CD8⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- активированные В-лимфоциты (CD3⁺CD25⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- активированные Т-лимфоциты (CD3⁺HLA-DR⁺CD45⁺) и активированные цитотоксические лимфоциты (CD8⁺HLA-DR⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- В-лимфоциты и активированные NK-клетки (CD3⁺HLA-DR⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)
- активированные Т-лимфоциты, экспрессирующие альфа-цепь рецептора ИЛ-2 (CD3⁺CD25⁺CD45⁺) – 675 240 тг (на 50 тестов)

Применение метода проточной цитометрии позволит вывести научные исследования КазНМУ на качественно новый уровень, соответствующий мировым стандартам в различных областях фундаментальной и прикладной медицинской науки. Предлагаем варианты для использования проточной цитометрии для выполнения научных исследований в следующих областях:

Иммунология.

- иммунофенотипирование (определение типа и функционального состояния) клеток крови;
- определение фагоцитарной активности иммунных клеток;
- идентификация внутриклеточных белков;
- определение степени пролиферативной активности клеток;
- исследование стадий клеточного цикла;
- оценка степени цитотоксичности клеток.

Цитология.

- определение цитоморфологических характеристик любой клетки (ее размеры, уровень асимметричности, соотношение между ядром и цитоплазмой);
- оценка активности ферментов, входящих в состав клетки;
- анализ стадии клеточного цикла;
- измерение физиологических внутриклеточных параметров (уровень pH, потенциал клеточной мембраны, концентрацию свободных ионов).

Ревматология.

- определение уровня экспрессии HLA-белков
- определение экспрессии рецепторов к цитокинам при проведении антицитокиновой терапии
- иммунологический мониторинг терапии аутоиммунных заболеваний

Гематология.

- анализ субпопуляционного состава клеток крови;
- подсчет количеств ретикулоцитов и тромбоцитов с помощью специфических маркеров;
- оценка последствий резидуальной болезни;
- диагностика острого лейкоза;
- обнаружение анеуплоидных клонов (аномальных клеток с нестандартным набором хромосом), выявление степени пролиферативной активности (тенденции к активному делению) анеуплоидных клонов;
- проведение дифференциальной диагностики реактивного лимфоцитоза и лимфопролиферативных болезней;
- диагностика заболеваний лимфопролиферативной этиологии.
- определение и подсчет низкого уровня иммуноглобулинов, связанных с эритроцитами и не определяемых прямым антиглобулиновым тестом у пациентов с гемолизом.
- определение эритроцитарного химеризма.
- фенотипирование эритроцитов после многочисленных трансфузий.
- оценка перекрестного взаимодействия с тромбоцитами.
- определение комбинации лейкоцитов в продуктах крови.

Онкология.

- количественный анализ внутриклеточных структур (ДНК и РНК);
- исследование основных параметров клеточного цикла;
- идентификация и подсчет клеток, относящихся к разным периодам клеточного цикла;
- обнаружение опухолевых маркеров;
- наблюдение за состоянием пациентов, находящихся в группе риска;
- оценка функционирования иммунной системы и функциональной состоятельности иммунных клеток (иммунологический мониторинг);
- количественная оценка субпопуляций лимфоцитов.

Инфекционные болезни.

- измерение фагоцитарной и бактерицидной активности нейтрофилов,
- мониторинг септического состояния пациентов,
- измерение количества клеток, находящихся на различных стадиях апоптоза
- определение пролиферативной активности клеток и др.

Трансплантология.

- Трансплантация стволовых клеток: соответствие числа CD34 у доноров или реципиентов.
- Определение аллоантител к HLA при трансплантации органов.

Микробиология.

- Определение присутствия гетерогенных популяций с разной чувствительностью к антибиотикам.

Фармакология.

- оценка уровня экспрессии белковых маркеров чувствительности к лечению лекарственными препаратами;
- измерение активности ферментов, входящих в состав клеток;
- изучение действия биоактивных веществ на состояние клеток человеческого организма путём определения стадии клеточного цикла.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Menon, Vishal; Thomas, Ria; Ghale, Arun R.; Reinhard, Christina; Pruszek, Jan (2014-12-18). "Flow Cytometry Protocols for Surface and Intracellular Antigen Analyses of Neural Cell Types" // Journal of Visualized Experiments. – 2014. - №94. – P. 96-103.
- 2 Хайдуков С.В. Многоцветный анализ в проточной цитометрии для медико-биологических исследований: автореф. дисс. ... д-р. мед. наук – М., 2008. – 59 с.
- 3 Хайдуков С.В., Зурочка А.В. Проточная цитометрия как современный метод анализа в биологии и медицине // Медицинская иммунология. – 2007. - №9(4). - С. 373-378.
- 4 Хайдуков С.В., Агафонова С.А., Литвинов И.С. Сравнительный анализ фенотипических характеристик наивных Т-клеток и Т-клеток памяти селезенки мышей линии СВА // Биологические мембраны. – 2005. - №22(6). - С. 482-491.
- 5 Vlasova E.V., Kovalenko E.I., Lukin S.V., Khaidukov S.V., Nifant'ev N.E., Piskarev V.E., Bovin N.V. Myeloid Blind Panel biochemical analysis: Specificity of anti-carbohydrate MA submitted to Myeloid cells section // Leucocyte Typing VI. White Cell Differentiation Antigens, Tadamis Kishimoto (Eds.), Garland Publishing, Inc. – London: 1997. - P. 1038-1040.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В 2013-2015 Г.Г.

С.Ф. Беркинбаев, Г.У. Есетова, Ж.Ж. Рахымбаева
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ СЗ РК, г.Алматы

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости населения, как по числу тяжелых осложнений с летальным исходом, так и по инвалидности, смертности, нанося большой ущерб здоровью людей и государству в целом. По данным ВОЗ смертность от болезней органов дыхания к 2020 году займет третье место во всем мире.

Цель исследования. Анализ смертности населения РК от болезней органов дыхания (БОД) за 2013 – 2015г.г.

Материалы и методы. Использовались показатели статистического сборника МЗ СЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность ОЗ» (показатели смертности (ПС) на 100 тыс.населения).

Результаты. Представлены данные об общей и региональной структуре смертности населения РК по причине болезней органов дыхания за 2013-2015г.г. Смертность населения РК по причине БОД в течение указанного периода занимала 2-е место в структуре смертности от всех причин и достигала в 2013г - 67,2, 2014г - 95,9, 2015г - 105 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели смертности от БОД отмечается в северных и восточных регионах: в СКО 172,08 случаев, ВКО 120,32 случаев на 100 тыс. населения.

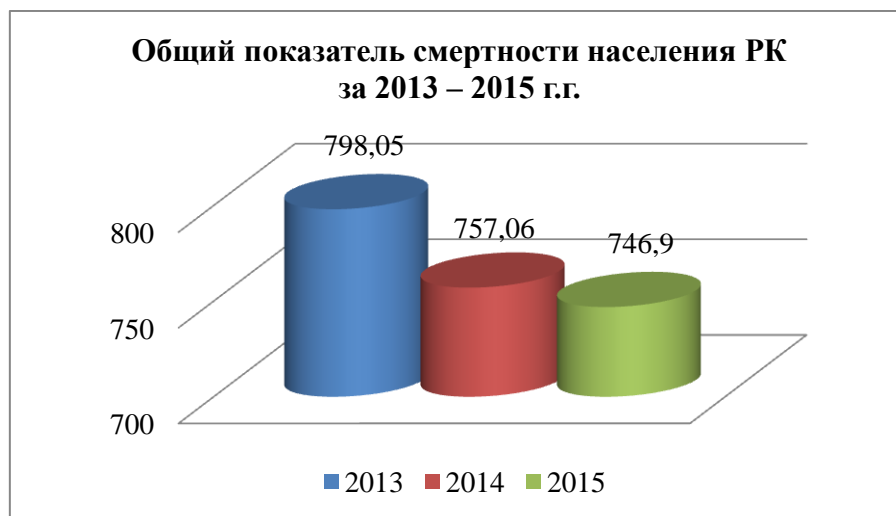
Выводы. В структуре общей смертности населения РК, несмотря на постепенное снижение уровня показателя смертности, смертность по причине болезней органов дыхания сохраняет одно из лидирующих позиций.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, регион, смертность

УДК 616.2-036.8(574)

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости населения, как по числу тяжелых осложнений с летальным исходом, так и по инвалидности и смертности, и наносят большой ущерб

здоровью людей и государству в целом. По данным ВОЗ смертность от болезней органов дыхания к 2020 году займет третье место во всем мире.



Анализ данных показывает снижение общего показателя смертности населения РК в 2014 на 32 и в 2015г. на 10,16. В структуре общей смертности показатели смертности населения РК от БОД за последние два года стабильно занимают 2 –е место после болезней системы

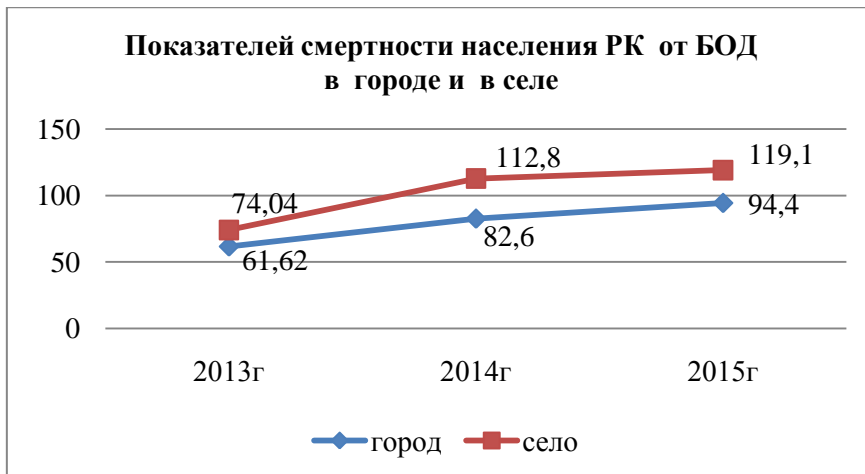
кровообращения (207,2; 193,8), опережая смертность от злокачественных новообразований (94,8; 93,8) и несчастных случаев(87,6; 82,5).

Показатели смертности населения РК от БОД за 2013 - 2015г.г. к общей смертности РК составили:



Анализ показывает рост показателей смертности населения РК от БОД за 2013 – 2015г.г. В 2014 г. прирост составил 28,7, в 2015г. – 9,1. Стоит отметить, что, несмотря на рост смертности, показатель смертности за последний год в три раза меньше предыдущего года. Однако в структуре общей

смертности отмечается рост доли смертности от БОД с 8,4% в 2013г. до 14,05% в 2015г. Анализ показателей смертности населения РК от БОД в городе и в селе:



Анализ данных за 2013 -2015 г.г. показывает увеличение смертности от БОД как в городе так и в сельской местности, причем в сельской местности смертность на 10

- 15% выше чем в городе. Анализ смертности от БОД по регионам за 2013 – 2015 г.г.:

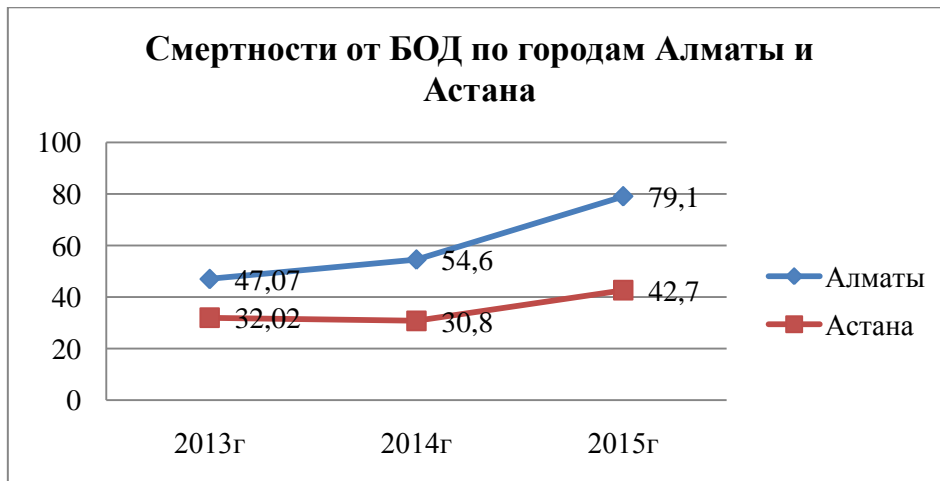
2013год		2014год		2015год	
регион	показатель	регион	показатель	регион	показатель
СКО	172,08	СКО	221,7	Костанай	239,2
ВКО	120,32	Костанай	194,5	СКО	186,3
Костанайская область	120,18	ЗКО	151,4	ВКО	182,1

Самая высокая смертность в РК от БОД отмечается в северных и восточных регионах. По регионам самый низкий показатель смертности от БОД за 2013 – 2015 г.г.:

2013год		2014год		2015год	
регион	показатель	регион	показатель	регион	показатель
Мангыстау	23,89	Мангыстау	25,8	Мангыстау	40,5
Атырау	35,08	ЮКО	57,3	ЮКО	50,2
ЮКО	35,7	Жамбыл	71,5	КЗО	65,2

Самая низкая смертность от БОД в Мангыстауской и Южно-казахстанской областях. Из показателей смертности

регионов исключены города Алматы и Астана. Смертность от БОД в городе Алматы за 2013г.-; 2014г.- 2015г.



Общий анализ смертности БОД по городам Алматы и Астаны показывает динамику роста. По городу Алматы в 2014 г. на 7,5 больше чем в 2013г., в 2015г. смертность увеличилась на 24,5. По Астане смертность в 2014г. на 1,22 меньше чем в 2013г., но в 2015г. прирост смертности составил 11,9. Сравнивая показатель смертности между городами, мы видим, что в г.Алматы смертность населения от БОД выше чем в г.Астана: в 2013г. на 15,05; в 2014г. на 23,8; в 2015г. – 36,4.

Выводы: В структуре общей смертности населения РК, несмотря на постепенное снижение уровня показателя смертности, смертность по причине болезней органов дыхания сохраняет одно из лидирующих позиций. Полученные данные указывают на необходимость повышения качества и доступности пульмонологической помощи населению РК, особенно в тех регионах где показатели смертности остаются высокими.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году: Сборник. – Астана: 2014. – 356 с.
- 2 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году: Сборник. – Астана: 2016. – 358 с.

С.Ф. Беркінбаев, Г.У. Есетова, Ж.Ж.Рахымбаева
ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ., Қазақстан

ТЫНЫС АЛУ АҒЗАЛАРЫНЫҢ АУРУЫНАН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ 2013-2015 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ӨЛІМ-ЖІТІМ КӨРСЕТКІШІНІҢ АНАЛИЗИ

Түйін: Халықтың жалпы сырқаттанушылық құрылымында тыныс алу ағзалары аурулары, өліммен аяқталған ауыр асқынулар саны бойынша ғана емес, сонымен қатар мүгедектік пен өлім-жітім көрсеткіші бойынша жетекші орын алады және халықтың денсаулығына, мемлекетке үлкен залал тигізеді. ДДСҰ-ның ұйғарымы бойынша тыныс алу ағзалары аурулары бойынша өлім-жітім көрсеткіші 2020 жылы 3- орын алады.

Зерттеудің мақсаты. Тыныс алу ағзаларының ауруынан ҚР тұрғындарының 2013-2015 жылдар аралығындағы өлім-жітім көрсеткішін.

Материал және әдістері. ҚР денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің статистикалық жинағы қолданылды «ҚР халқының денсаулығы және қоғамдық денсаулық сақтау қызметі» (100 000 адамға шаққандағы өлім көрсеткіші)

Нәтижелері және талқылауы. ҚР халқының 2013-2015 жылдардағы тыныс алу ағзалары ауруы себебінен өлім-жітімнің жалпы және аймақтық құрылымы туралы маңызды деректер көрсетілген. ҚР халқының тыныс алу ағзалары ауруы себебінен қайтыс болу көрсеткіші көрсетілген мерзімдерде өлім-жітім құрылымының барлық себептер бойынша екінші орын алды және 2013 жылы 100 мың адамға шаққанда 67,2 жағдай, 2014 жылы - 95,9 жағдай, 2015 жылы – 105 жағдайға жетті. Тыныс алу ағзалары ауруы себебінен қайтыс болу көрсеткіші солтүстік және батыс аймақтарда ең жоғары болды. СҚО 100 мың адамға шаққанда 172,08 жағдай және БҚО 120,32 жағдай тіркелді.

Қорытынды. Өлім-жітім деңгейін біртіндеп төмендеуіне қарамастан ҚР халқының жалпы өлім-жітім құрылымында тыныс алу ағзалары ауруы себебінен қайтыс болу көрсеткіші жетекші орынын сақтап отыр.

Түйінді сөздер: тыныс алу ағзалары ауруы, аймақ, өлім-жітім

S.F. Berkinbaev, G. Esetova, Zh.Zh. Rakhimbayeva

Research Institute of Cardiology and Internal Disease of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Almaty c., Kazakhstan

ANALYSIS OF MORTALITY OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN FROM THE RESPIRATORY DISEASES IN 2013-2015 YEARS

Resume: Diseases of respiratory organs occupy a leading position in structure General morbidity of the population, both in the number of severe complications resulting in death, and disability and mortality, and cause great damage to people's health and the state in general. According to WHO, mortality from respiratory organs by 2020 to take third place in the world.

Objective. Analysis of mortality in Kazakhstan from respiratory diseases of the system (DRS) for 2013 – 2015 years.

Material and methods. We used indicators of the statistical compilation the Ministry of health and social development of the Republic of Kazakhstan named " Population health and activity of public health" (the mortality rate (MR) per 100 thousand population).

Results and discussion. Presented data on total and regional structure of mortality of population due to respiratory diseases for 2013-2015 y.y.

The mortality rate of the population of Kazakhstan by reason of the BOD for a specified period occupied second place in the structure of mortality from all causes had reached in 2013 with 67.2, 2014 was 95.9, 2015 - 105 cases per 100 thousand population. It was the highest mortality rate in BAUD noted in the Northern and Eastern regions in SKO 172,08 cases, the SAI 120,32 cases per 100 thousand population.

Conclusions. In the structure of total mortality of the population of Kazakhstan, despite a gradual decline in mortality, mortality due to respiratory diseases keep leading positions.

Keywords: Diseases of the respiratory system, region, mortality

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ЯВЛЕНИЯМИ КОНЪЮНКТИВИТА

Т.Т. Нурпеисов¹, Д.Ж. Талгатбекова¹, А.С. Тарабаева²,
М.В. Демченко¹, М.Б. Байдилдаева¹

¹Республиканский аллергологический центр НИИ КВБ

²Кафедра общей иммунологии КазНМУ

УДК [616.211-002:617.711-002]-08:615.216.84

Конец XX и начало XXI веков характеризуются значительным ростом числа аллергических заболеваний. При этом, данные статистики ВОЗ и ее прогнозы крайне неутешительны. Выявлено, что аллергии подвержен каждый пятый житель планеты. Еще большую озабоченность вызывает увеличение частоты аллергических заболеваний у детей. Так, например, у каждого третьего ребенка в Европейских странах выявлены проявления аллергии, а у 10% детей отмечаются астматические симптомы. Обращает внимание факт, что наряду с ростом числа «традиционных» аллергических реакций (острый конъюнктивит, ринит, крапивница, бронхиальная астма) типичными становятся аллергические реакции, вызванные пищевыми продуктами, лекарственными препаратами, средствами парфюмерной и косметической индустрии [1].

В то же время, по данным разных исследований, в структуре аллергопатологии основную часть по-прежнему составляют аллергические риниты (60–70%), крапивница (15–18,5%) [1, 2, 3].

Основой патогенеза этих заболеваний является гиперчувствительность немедленного типа. При этом происходит повышенная продукция специфического IgE, с последующей дегрануляцией тучных клеток и последующим привлечением эозинофилов в очаг аллергического воспаления. Основными медиаторами, вызывающими повышение проницаемости сосудов и отек прилежащих тканей, являются биогенные амины (гистамин, серотонин), лейкотриены, простагландины, кинины, хемотаксические факторы, катионные белки и др. [1, 4, 5, 6]. Привлечение базофилов и эозинофилов в ткани способствует формированию поздней стадии аллергии немедленного типа и усилению степени повреждения.

Таким образом, формирование клиники ринита и крапивницы связано, в первую очередь, с физиологическими эффектами гистамина, вызывающего активацию гистаминовых рецепторов [6, 7].

На основе знаний патогенеза аллергических реакций немедленного типа, в настоящее время проводятся многочисленные исследования, направленные не только на создание антигистаминных препаратов, но, и на устранение их побочных эффектов. Как было отмечено ранее, эффекты гистамина реализуются через 4 типа рецепторов, обозначаемых как H1, H2, H3 и H4-рецепторы. H1-рецепторы являются наиболее вовлеченными в патогенез аллергических заболеваний и являются ответственными за развитие ранней и поздней фаз аллергического ответа [3,5,6].

Современные препараты, являющиеся антагонистами гистаминовых рецепторов, представляют собой гетерогенную группу лекарственных препаратов и подразделяются на несколько поколений. Антигистаминные препараты I поколения быстро абсорбируются как при пероральном, так и при парентеральном применении и реализуют фармакологические эффекты в течение 30 мин. Побочные эффекты этой группы препаратов связаны со способностью проникновения в центральную нервную систему. Это вызывает соответствующие побочные эффекты, такие как нарушение координации движений, седативный эффект, снижение концентрации внимания. К другим побочным эффектам относится блокада M-холинорецепторов, мускариновых и других рецепторов [8, 9].

Структурные характеристики антигистаминных средств II поколения снижают вероятность побочных эффектов [5,6,10]. Они более избирательны в отношении H1-рецепторов и более липофобны, что снижает их способность проникновения в ЦНС. Препарат цетиризин создан на основе метаболита H1-антагониста I поколения гидроксизина и характеризуется быстрым клиническим эффектом, связанным с отсроченным выбросом гистамина и простагландина D2, а также с подавлением активности эозинофилов [5, 7]. Препарат левоцетиризин является изомером цетиризина.

Цель проведенного исследования:

Изучить эффективность препарата левоцетиризина при лечении аллергического ринита в сравнении с препаратом цетиризина.

Материалы и методы:

Нами, в Республиканском Аллергологическом Центре, было обследовано и пролечено 55 больных сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом в фазе обострения, в возрасте от 20 до 50 лет. Мужчин – 29, женщин – 26. Длительность заболевания составляла от 5 до 25 лет. Все больные были разделены на 2 группы, сопоставимых по возрасту, полу, продолжительности заболевания. В 1 группу вошли 30 больных, которым в качестве базисного препарата

назначали левоцетиризин в дозе 5 мг в день (группа исследования). Продолжительность лечения составляла 10 дней. Во 2 группу вошли 25 больных, которым базисная терапия проводилась цетиризином в дозе 10 мг в день (контрольная группа).

Всем больным до и после лечения проводились следующие исследования: ОАК с лейкоформулой, риноцитограмма, определение концентрации общего IgE в сыворотке крови. Также все больные заполняли таблицу-анкету, в которой фиксировали клинические симптомы и побочные эффекты. Образец таблицы-анкеты, заполняемой больными самостоятельно.

Таблица 1а.

Время исчезновения	Симптомы	Заложенность носа	Чихание	Покраснение и зуд в глазах	Ринорея
После приема препарата (в часах)		1,5 часа	Через 2 часа	Через 2 часа	Через 3 часа
На какой день появился стойкий эффект		На 3й день	На 3й день	На 2й день	На 3й день

Таблица 1б.

Побочные эффекты	Оценить по количеству + (от – до 5+)
Сонливость	1+ (слабо выражен)
Рассеянность внимания	1+
Чувство раздражения	- (отсутствие)
Сухость слизистых	- (отсутствие)
Дизурические явления	- (отсутствие)

Анализ результатов исследования:

Результаты лабораторных исследований представлены в таблице 1.

Показатели		Нейтрофилы (%)	Эозинофилы крови (%)	Общий IgE Me/мл	Риноцитограмма	
					Нейтр.	Эозинофилы (%)
1 группа n=30	До лечения	50.48±3,69	13.8±1,61	287±3,28	65±3,34	35±1,69
	После лечения на 7-й день	51.53±2,33	6.67±1,23	154±1,92	58±2,15	12±2,3
2 группа n=25	До лечения	49.41±6,53	12.1±1,82	279±3,21	66±3,45	34±2,47
	После лечения На 7-й день	51.62±5,63	8.89±1,67	175±0,59	55±2,54	18±1,29

По данным таблицы видно, что общее количество нейтрофилов у больных обеих групп до начала лечения существенно не различалось. На фоне проведенного лечения динамики в количестве нейтрофилов также не произошло во всех группах. В то же время, количество эозинофилов крови у больных 1 и 2 группы до лечения было незначительно повышено. Как уже упоминалось выше, участие эозинофилов в патогенезе аллергических реакций немедленного типа является доказанным. Тот факт, что выраженность эозинофилии во всех группах была незначительной, не противоречит этому, так как в развитии аллергического воспаления более важную роль играют эозинофилы, мигрировавшие в очаг воспаления, а не циркулирующие в крови. После проведенного лечения в обеих группах произошло снижение числа эозинофилов в крови. При этом, в основной группе это снижение было в 2 раза, во 2-й группе – в 1,4 раза. Таким образом, можно отметить, что проведенная базисная терапия в обеих группах, способствует значительному снижению числа эозинофилов в крови больных.

Количество общего IgE во всех группах до лечения было значительно повышено, что является отражением патогенеза заболевания. После лечения во всех группах происходит снижение концентрации общего IgE. При этом, в 1-й группе это снижение больше, по сравнению со 2-й группой.

По данным риноцитограммы в группе исследования после проведенного лечения отмечается более существенное снижение числа эозинофилов в 1-й группе, по сравнению со 2-й группой.

Результаты анализа анкет-таблиц показали, что больные, пролеченные препаратами левоцетиризина отмечали более быстрый эффект от лечения по сравнению с цетиризином. Это проявлялось в укорочении сроков исчезновения симптомов в среднем, через 1,5 часа после приема препаратов, по сравнению с 3 часами в группе, принимавших цетиризин. Также, больные, принимавшие левоцетиризин, отмечают меньшую выраженность побочных эффектов (сонливость).

Заключение:

1. Препарат группы левоцетиризина показал высокую клиническую эффективность по сравнению с цетиризином по скорости стабилизации клинических симптомов аллергического ринита, при двукратно более низкой дозе.

2. Высокая эффективность проявлялась не только в отношении назальных, но и глазных симптомов аллергического ринита.

3. Существенная регрессия интенсивности аллергического процесса у пациентов, получавших левоцетиризин, объясняется значительно большим влиянием на патогенетически значимые лабораторные показатели у больных аллергическим ринитом

4. Побочные эффекты антигистаминных препаратов были менее выражены у препаратов группы левоцетиризина.
5. Клиническая эффективность, хорошая переносимость, безопасность левоцетиризина обуславливает применение

его в качестве средств терапии первой линии для пациентов с аллергическим ринитом, особенно с поражением глаз в виде аллергического конъюнктивита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Паттерсон Р., Греммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни – диагностика и лечение. - М.: ГЭОТАР–Медицина, 2000. – 288 с.
- 2 Хаитов Р.М., Пинегин В.Б., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. - М.: ВНИРО, 1995. – 207 с.
- 3 Ильина Н.И., Польшер С.А. Круглогодичный аллергический ринит // Consilium Medicum. - 2001. - Т.3, № 8. - С. 384–393.
- 4 Гуров А.В. Современные возможности диагностики и лечения аллергического ринита // РМЖ. - 2008. - Т.16, №2. - С. 103–105.
- 5 Гуцин И.С. Разнообразие противоаллергического действия цетиризина // Рос. аллергол. журн. - 2006. - №4. - С. 33–44.
- 6 Курбачева О.М., Ильина Н.И., Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. и соавт. Современные антигистаминные препараты в лечении персистирующего аллергического ринита // Consilium Medicum. – 2009. - Т.10, № 3. - С. 104–106.
- 7 Simons F.E., Simons K.J. Clinical pharmacology of H1-antihistamines // Clin Allergy Immunol. - 2002. - Vol. 17. - P. 141–178.
- 8 Купельская Н.А., Лучшева Ю.В. Аллергический ринит. Современная терапия // Справочник поликлинического врача. - 2008. - № 6. - С. 34–38.
- 9 Hasala H., Janka-Junttila M., Moilanen E., Kankaanranta H. Levocetirizine and cytokine production and apoptosis of human eosinophils // Allergy Asthma Proc. – 2007. - Vol.28(5). - P. 582–591.
- 10 Abramovits W., Gupta A. Xyzal (levocetirizine dihydrochloride) // Skinmed. – 2008. - Vol.7(2). - P. 84–85.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЛАТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (МИНИ-ОБЗОР)

А.С. Тарабаева, А.А. Абилябаева, А.С. Ракишева, Р.Ж. Курмашев,
К.С. Сарниязова, А.Я. Абубакиров
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

В данном обзоре представлены современные иммунологические маркеры, используемые для диагностики туберкулеза и предикции прогрессирования латентного туберкулеза. Проведен анализ диагностической значимости различных тестов, их преимущества и недостатки. Также рассмотрены перспективные маркеры, значимость которых находится на стадии изучения.

Ключевые слова: латентный туберкулез, биомаркеры, диагностика

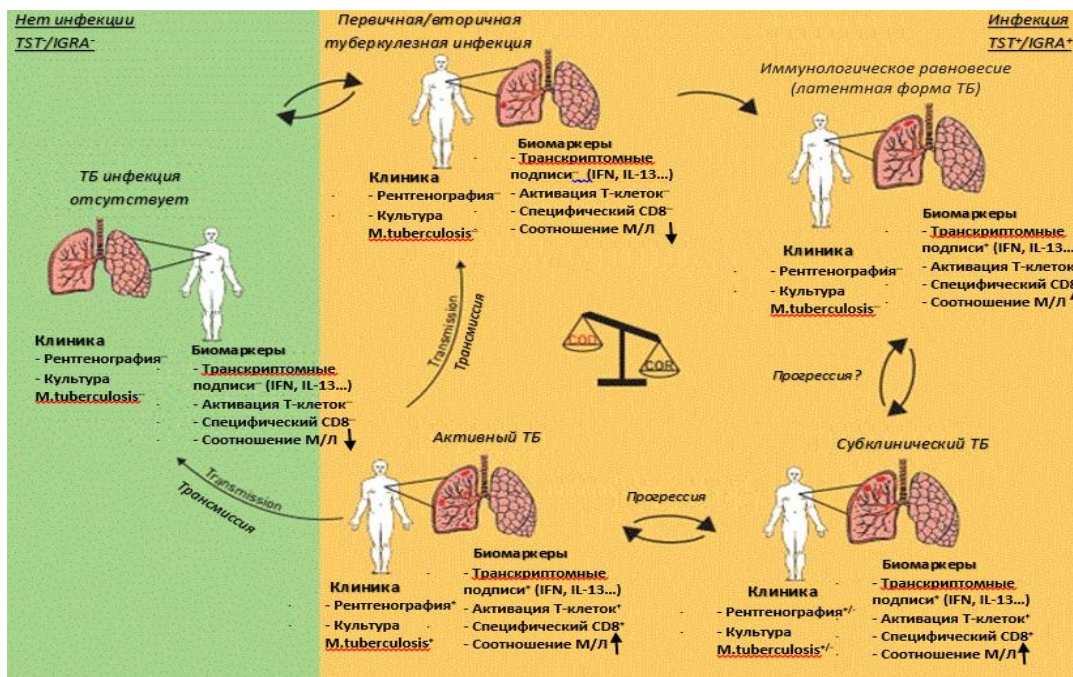
УДК 616-002.5-036.15-06-07

Туберкулез (ТБ) - это инфекционное заболевание, которое является одной из главных причин смертности и заболеваемости во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется 10,4 миллиона новых случаев туберкулеза [1]. В то же время, инфицирование может проявляться в латентной форме – латентная туберкулезная инфекция (ЛТВИ), то есть протекать со стертой клиникой и бессимптомно. Такая скрытая туберкулезная инфекция может длиться годами. С патогенетической точки зрения, латентная форма туберкулеза отражает состояние стойкого иммунного ответа на микобактерии туберкулеза, обнаруженные либо туберкулиновым кожным тестом (TST), либо исследованием продукции интерферона (IGRA-InterferonGammaReleaseAssay) при отсутствии клинических проявлений.

При этом, как было отмечено выше, в большинстве случаев латентная форма трансформируется в активный, клинически выраженный туберкулез. Возможно, это связано с эффективным контролем иммунной системы над процессом размножения микобактерий, или же с отсутствием живых микобактерий в организме. Эта гипотеза подтверждается фактом увеличения риска реактивации и последующего заболевания у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза с иммунодефицитным состоянием, в результате ВИЧ-инфекции, или применения в лечении ингибиторов фактора некроза опухоли (TNF) - α [2-4], а также терапия другими иммуносупрессивными

препаратами, которые используются при воспалительных заболеваниях и трансплантации [5]. Повлиять на иммунную регуляцию, повысив риск активации туберкулеза, так же могут неинфекционные заболевания, такие как сахарный диабет 2 типа [6,7].

Постановка правильного диагноза, эффективное лечение и профилактика заболевания играют решающую роль в снижении передачи инфекции, заболеваемости и смертности от туберкулеза. До недавнего времени ЛТВИ считался однородным состоянием [8]. Однако, на сегодняшний день стало ясно, что ЛТВИ представлен широким спектром инфекционных состояний, которые различаются по степени репликации возбудителя, устойчивости к организму хозяина и к воспалению [8-11]. Также разнообразны и клинические проявления ТБ. Эта гетерогенность включает в себя как тип патологии, (легочный и внелегочный ТБ), так и распространенность поражения, характеристики иммунной системы и воспаления, активность репликации микобактерий и бактериальную нагрузку. Также, на сегодняшний день увеличивается число доказательств, подтверждающих гипотезу о том, что генетический фон хозяина влияет на риск развития заболевания и характер его проявления. [12-15]. Взаимодействие организма хозяина и микобактерий, а также клинические и доклинические маркеры различных форм туберкулеза представлены на рисунке.



<http://erjersjournals.com>.

Описание рисунка: Результатом заражения *M. tuberculosis* является не только ЛТВИ или активный ТБ, а непрерывный спектр состояний, которые различаются по степени репликации возбудителя, устойчивости хозяина и маркерам воспаления. Идентификация инфекции *M. tuberculosis* сложна из-за отсутствия клинических признаков поражений легких, обнаруживающихся рентгенограммой грудной клетки или *M. tuberculosis* в культуре мокроты. Латентное состояние характеризуется иммунологическим равновесием и предполагаемым контролем репликации бактерий. По мере развития инфекции этот баланс теряется, что приводит к росту бактериальной нагрузки и / или развитию патологии. Это состояние можно определить как субклиническое или зарождающееся заболевание ТБ, при котором идентификация заболевания все еще затруднена. На этой фазе биомаркеры риска туберкулеза могут помочь в идентификации лиц, подвергающихся риску для их профилактического лечения. Например, усиление экспрессии генов интерлейкина (IL) -13 и интерферона (IFN) типа I и II, повышение маркеров активации на Т-клетках (например, экспрессия D-родственного человеческого лейкоцитарного антигена и снижение экспрессии CD27), как увеличение соотношения моноцитов / лимфоцитов (М / L), являются прогностическим фактором развития туберкулеза. Прогрессирование субклинического ТБ до клинической формы, вероятно, связано с дальнейшим повышением бактериальной нагрузки. Поэтому диагностика активного туберкулеза основана на результатах рентгенографии грудной клетки, обнаружении *M. tuberculosis* в мокроте. Передача *M. Tuberculosis* от больных активным туберкулезом может привести к первичной или вторичной инфекции *M. tuberculosis*. Первичная инфекция *M. tuberculosis* определяется методом анализа IFN- γ (IGRA) / туберкулинового кожного теста (TST) и отсутствием рентгенологических повреждений легких и отрицательной мокроты на МТ.

Серьезным препятствием при изучении туберкулеза является то, что бактерии не могут быть обнаружены *in vivo* во время скрытой, бессимптомной формы заболевания. Тест, который сможет количественно определять бактерии или уровни их репликации во время ЛТВИ, повысит нашу способность определения этапов инфекции, что позволит более детально изучить патогенез и иммунитет при бессимптомной туберкулезной инфекции.

Таким образом, результатом заражения *M. tuberculosis* является не только ЛТВИ или активный ТБ, а непрерывный спектр состояний, отличающихся друг от друга по патогенезу развития и реактивности хозяина. В результате

этого требуется разработка различных диагностических и лечебных стратегий.

Биомаркеры, используемые на современном этапе

Результатом заражения *M. tuberculosis* (МВТ) является не только ЛТВИ или активный ТБ, а непрерывный спектр состояний, которые различаются по степени репликации возбудителя, устойчивости хозяина и характером воспаления. Латентное состояние характеризуется иммунологическим равновесием и предполагает иммунный контроль репликации бактерий. По мере развития инфекции этот баланс теряется, что приводит к росту бактериальной нагрузки и вероятности развития клинических признаков патологии. Это состояние можно определить как субклиническое или зарождающееся заболевание ТБ, при котором маркеры заболевания могут быть все еще недостаточно информативными. С другой стороны, имеющиеся маркеры риска (МР) могут потенциально допускать идентификацию лиц, подвергающихся риску развития заболевания, для профилактического лечения. Так, например, усиление экспрессии генов интерлейкина (IL) -13 и интерферона (IFN) типа I и II, повышение маркеров активации на Т-клетках (например, экспрессия D-родственного человеческого лейкоцитарного антигена и снижение экспрессии CD27), как и увеличение соотношения моноцитов/лимфоцитов (М / L), являются прогностическим фактором развития туберкулеза. Прогрессирование субклинического ТБ до клинической формы, вероятно, связано с дальнейшим повышением бактериальной нагрузки. Таким образом, диагностика активного туберкулеза основана на корреляции результатов рентгенографии грудной клетки, обнаружении МВТ в мокроте и положительных тестах на МР. Передача МВТ от больных активным туберкулезом может привести к первичной или вторичной инфекции *M. tuberculosis*. Первичная инфекция МВТ определяется методом анализа IFN- γ (IGRA) / туберкулинового кожного теста (TST), отсутствием рентгенологических изменений в легких и отрицательным результатом мокроты для МВТ.

Как с клинической, так и с исследовательской точки зрения очень важно правильно идентифицировать индивидуумы, инфицированные МВТ, которые наиболее подвержены риску перехода ЛТВИ в активную форму туберкулеза, с целью проведения целевого профилактического лечения [16, 17]. Поэтому, профилактика заболевания, вызванного скрытой инфекцией, является ключевым решением в достижении целевых показателей ВОЗ по ликвидации ТБ [16, 18, 19]. Однако массовая профилактическая терапия в эндемичных по туберкулезу странах, основанная на скрининге IGRA / TST, по большей части неоправдана, так как, в этом случае

необходимо будет лечить 50-80% населения, притом, что у 85-95% латентно инфицированных людей не произойдет активации LTBI в течение всей жизни [20-22]. Положительное прогностическое значение теста IGRA / TST слишком низкое, поэтому необходимы более информативные прогнозные тесты.

Тесты TST и IGRA основаны на иммунологической чувствительности к антигенам микобактерий. В случае TST, это количественно определяется поперечным диаметром уплотнения кожи, возникающим в результате внутрикожной инъекции производного очищенного белка, сырой смеси антигенов, многие из которых разделены на MBT, *M. bovis*, *bacille Calmette-Guérin* (BCG) и несколько видов экологических микобактерий. IGRA проводится на основе исследования крови и включает в себя квантифероновый тест (QFT-GIT, Qiagen, Hilden, Германия) и T-SPOT.TB (Oxford Immunotec, Abingdon, UK). При проведении исследований *in vitro* измеряют продукцию IFN- γ при стимуляции антигеном цельной крови с использованием ELISA или моноуклеарные клетки периферической крови (PBMC) путем иммуноферментного анализа (ELISPOT), соответственно [23]. В этих анализах специфичность *M. tuberculosis* обусловлена стимуляцией пептидами, включающими антигены MBTESAT-6, CFP-10 (и TB7.7 для QFT-GIT), которые ограничены областью генома MBT, свободны от *M. bovis* BCG и отсутствуют у большинства экологических микобактерий [24-27].

Практическое преимущество тестов IGRA заключается в том, что они требуют только одного лабораторного теста с отрицательным и положительным контролем и только одной проверки. Более того, тесты *in vitro* могут отличать истинные отрицательные ответы от анергии [23].

На сегодняшний день существует обновленная версия QFT-GIT - QuantiFERON TB Plus [23, 28]. Этот тест включает дополнительную пробирку антигена в QFT-GIT, которая содержит пептиды, предназначенные специально для индукции ответа со стороны CD8⁺ T-клеток в дополнение к CD4⁺ T-клеточному ответу [29], обнаруженному с помощью оригинального анализа QFT-GIT [30]. Включение новых CD8-специфических пептидов базируется на данных о том, что MBT-специфичные CD8⁺ T-клетки чаще обнаруживаются у субъектов с активным заболеванием туберкулеза по сравнению с LTBI [31-34]. Первые данные о производительности QuantiFERON TB Plus в многоцентровом европейском исследовании были опубликованы [35, 36].

Перспективные модели, их преимущества и задачи

На сегодняшний день новые прогностические тесты, предупреждающие прогрессирование туберкулеза от латентной до активной форм, привлекают все больше внимания. В 2015 году была создана группа экспертов ВОЗ для обсуждения целевого продукта, а именно теста на основе доступной базы данных. Такой тест должен быть полезным в условиях высокой ТБ нагрузки, и более доступным, чем мокрота. Разработка теста с высокой положительной прогностической ценностью (PPV, > 95%) для прогрессирования LTBI в активный ТБ в краткосрочной перспективе невозможна. Поэтому, для достижения приемлемых положительных и отрицательных прогностических значений подобрали значения для чувствительности и специфичности выше 90%, с минимальным значением равным 75% в двух случаях.

Необходимо отметить дополнительные многообещающие тесты для обнаружения LTBI. Это кожный тест (C-Тб) [37], который измеряет гиперчувствительность к рекомбинантным белкам ESAT-6 и CFP-10 после внутрикожного введения. Авторы утверждают, что тест сочетает в себе преимущества технологий TST и IGRA и характеризуется низкой стоимостью, простотой в использовании (как TST), и высокой специфичностью, (как IGRA).

В то же время, следует отметить, что возможности TST и IGRA ограничены, так как точность этих тестов низкая по отношению к пациентам с ослабленным иммунитетом. Более того, они не могут различать LTBI и активный ТБ [23]. Этот факт является серьезной проблемой в эндемичных по туберкулезу областях и приводит к недостаточной

прогностической значимости, определяющей развитие ТБ у лиц с LTBI [23, 39, 40]. Эти ограничения являются веской причиной, по которой простое измерение ответа IFN- γ не позволяет правильно оценить риск прогрессирования от латентности к активному заболеванию.

Вследствие этого, открытие биомаркеров, способных различать активную и покоящуюся бактериальные репликации у лиц с LTBI, а также маркеров организма хозяина, определяющих лица, наиболее подверженных риску развития активного заболевания [9, 41, 42], имеет большое значение.

Кроме того, крайне важно, чтобы вновь выявленные маркеры подтверждались в разных географических условиях, поскольку человеческое население имеет различный генетический фон и подвержено различным влияниям окружающей среды также как и MBT различного происхождения. Это ведет к разнообразию скоростей прогрессирования заболевания ТБ [43].

Другим перспективным биомаркером можно считать экспрессию генов IL-13 / AIRE (аутоиммунный регулятор). Исследования проводились на архивных образцах ВИЧ-инфицированных больных [44, 45]. Оценка экспрессии генов проводилась методом мультиплексной ПЦР с использованием двухцветной обратной транскриптазы (dcRT-MLPA- dual-color reverse-transcriptase multiplex ligation-dependent probe amplification). Экспрессия интерлейкина (IL) -13 в отсутствие AIRE была прогностическим критерием риска развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных. Интересно отметить, что при анализе людей из группы IL-13 / AIRE, у которых туберкулез прогрессировал в течение следующих нескольких месяцев, было также много экспрессии генов IFN типа I, что указывает на выявление ранних маркеров заболевания у этих людей. Однако, данные исследования необходимо повторить в более крупных, продольных и независимых когортах, а также в ВИЧ-неинфицированных группах.

Интересны также биомаркеры, выявленные при оценке эффективности иммунизации. Так, например, при изучении эффективности вакцины MVA85A (векторная вакцина - "Modified Vaccinia Ankara", экспрессирующая антиген 85A туберкулезной микобактерии) [63] было выявлено, что у младенцев, у которых развился туберкулез, отмечались высокие уровни активированных CD4⁺ T-клеток, чем у младенцев, оставшихся здоровыми [46, 47]. Аналогичный результат был получен у подростков, инфицированных MBT [47]. Обращает внимание тот факт, что при исследовании младенцев ответ T-клеток на цитомегаловирус был значительно выше у тех младенцев, у которых развился ТБ [47]. Исходя из этих данных, можно предположить, что коинфекции могут стимулировать иммунную систему, что может быть связано с риском развития туберкулеза.

Другой биомаркер был выявлен на второй фазе испытания MVA85A [46]. Более высокие уровни антител к Ag85A-связывающему Ig G наблюдались в контроле, чем у младенцев заболевших ТБ. Ag85A-специфический IgG, таким образом, был связан с уменьшением риска развития заболевания ТБ. Кроме того, увеличение количества БЦЖ-специфических IFN- γ секретирующих T-клеток, измеренные с помощью анализа ELISPOT, также были связаны с уменьшением риска развития заболевания ТБ. Однако, другие исследования такой зависимости не выявили [48].

Несколько других исследований показали, что фенотипические маркеры активации и дифференцировки T-клеток могут характеризовать различные клинические проявления туберкулеза. Так, например, было выявлено, что CD27 T-клетками может служить биомаркером. В нескольких исследованиях было показано, что значительное число специфичных к МБ CD4⁺ T-клеток, продуцирующих IFN- γ , не экспрессируют CD27 (CD27⁻ IFN- γ ⁺ CD4⁺) у лиц с активным туберкулезом по сравнению со здоровым контролем [49]. Кроме того, было показано, что частоты CD27-IFN- γ + CD4⁺ клеток сильно коррелируют со степенью поражения легких [49] и успешностью лечения туберкулеза [50].

Также активно изучается возможности определения IFN- γ -индуцибельного белка-10 (IP-10) в качестве биомаркера. IP-10 представляет собой хемокин, секретируемый различными

типами клеток, включая моноциты, эндотелиальные клетки и фибробласты, в ответ на IFN- γ . Он действует как хемоаттрактант для моноцитов / макрофагов, Т-клеток, естественных киллерных клеток и дендритных клеток и способствует адгезии Т-клеток [51,52]. Показано, что концентрации IP-10, измеренные после воздействия антигена *M. tuberculosis*, повышаются у пациентов с ТБ как с ВИЧ коинфекцией так и без нее и в крови [53], и в моче [54].

Выводы

Точная и быстрая диагностика играет ключевую роль в контроле над туберкулезом. Применяемые в настоящее время тесты для диагностики латентной туберкулезной инфекции (ЛТВИ) имеют свои ограничения, связанные с трудоёмкостью, длительностью, а также с невозможностью дифференциации активного туберкулеза от латентного. Перспективным направлением для совершенствования

методов диагностики туберкулезной инфекции является идентификация биомаркеров данного заболевания. В этих случаях большое значение приобретают иммунологические методы исследования. Преимуществом их использования является сокращение времени для получения окончательного результата, большая безопасность для большого по сравнению с радиологическими методами, снижение инфекционной опасности для персонала, работающего с биологическим материалом.

Дальнейшие интенсивные исследования в данном направлении необходимы для текущего обнаружения, оценки и разработки биомаркеров. Кроме того, очень важно, чтобы различные маркеры были проверены в разных географических условиях (и, следовательно, на разных генетических фонах-хозяевах и линиях циркулирующих патогенов).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2016.
- 2 Cantini F, Lubrano E, Marchesoni A, et al. Latent tuberculosis infection detection and active tuberculosis prevention in patients receiving anti-TNF therapy: an Italian nationwide survey // *Int J Rheum Dis.* – 2016. - №19. – P. 799–805.
- 3 Cantini F, Niccoli L, Goletti D. Tuberculosis risk in patients treated with non-anti-tumor necrosis factor- α (TNF- α) targeted biologics and recently licensed TNF- α inhibitors: data from clinical trials and national registries // *J Rheumatol Suppl.* – 2014. - №91. – P. 56–64.
- 4 Solovic I, Sester M, Gomez-Reino JJ, et al. The risk of tuberculosis related to tumour necrosis factor antagonist therapies: a TBNET consensus statement // *Eur Respir J.* – 2010. - №36. – P. 1185–1206.
- 5 Bumbacea D, Arend SM, Eyuboglu F, et al. The risk of tuberculosis in transplant candidates and recipients: a TBNET consensus statement // *Eur Respir J.* – 2012. - №40. – P. 990–1013.
- 6 Harries AD, Kumar AM, Satyanarayana S, et al. Addressing diabetes mellitus as part of the strategy for ending TB // *Trans R Soc Trop Med Hyg.* – 2016. - №110. – P. 173–179.
- 7 Ronacher K, Joosten SA, van Crevel R, et al. Acquired immunodeficiencies and tuberculosis: focus on HIV/AIDS and diabetes mellitus // *Immunol Rev.* – 2015. - №264. – P. 121–137.
- 8 Barry CE 3rd, Boshoff HI, Dartois V, et al. The spectrum of latent tuberculosis: rethinking the biology and intervention strategies // *Nat Rev Microbiol.* – 2009. - №7. – P. 845–855.
- 9 Esmail H, Barry CE 3rd, Young DB, et al. The ongoing challenge of latent tuberculosis // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* – 2014. - №369. – P. 201–210.
- 10 Delogu G, Goletti D. The spectrum of tuberculosis infection: new perspectives in the era of biologics // *J Rheumatol Suppl.* – 2014. - №91. – P. 11–16.
- 11 Dorhoi A, Kaufmann SH. Pathology and immune reactivity: understanding multidimensionality in pulmonary tuberculosis. // *Semin Immunopathol.* – 2016. - №38. – P. 153–166.
- 12 Homolka S, Niemann S, Russell DG, et al. Functional genetic diversity among *Mycobacterium tuberculosis* complex clinical isolates: delineation of conserved core and lineage-specific transcriptomes during intracellular survival // *PLoS Pathog.* – 2010. - №6. – P. 88–96.
- 13 Marquina-Castillo B, García-García L, Ponce-de-León A, et al. Virulence, immunopathology and transmissibility of selected strains of *Mycobacterium tuberculosis* in a murine model // *Immunology.* – 2009. - №128. – P. 123–133.
- 14 Palanisamy GS, DuTeau N, Eisenach KD, et al. Clinical strains of *Mycobacterium tuberculosis* display a wider range of virulence in guinea pigs // *Tuberculosis.* – 2009. - №89. – P. 203–209.
- 15 Coscolla M, Gagneux S. Consequences of genomic diversity in *Mycobacterium tuberculosis* // *Semin Immunol.* – 2014. - №26. – P. 431–444.
- 16 Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries // *Eur Respir J.* – 2015. - №45. – P. 928–952.
- 17 Getahun H, Matteelli A, Abubakar I, et al. Management of latent *Mycobacterium tuberculosis* infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries // *Eur Respir J.* – 2015. - №46. – P. 1563–1576.
- 18 D'Ambrosio L, Dara M, Tadolini M, et al. Tuberculosis elimination: theory and practice in Europe // *Eur Respir J.* – 2014. - №43. – P. 1410–1420.
- 19 Tiberi S, D'Ambrosio L, De Lorenzo S, et al. Tuberculosis elimination, patients' lives and rational use of new drugs: revisited // *Eur Respir J.* – 2016. - №47. – P. 664–667.
- 20 Sester M, Sotgiu G, Lange C, et al. Interferon- γ release assays for the diagnosis of active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis // *Eur Respir J.* – 2011. - №37. – P. 100–111.
- 21 Sester M, van Leth F, Bruchfeld J, et al. Risk assessment of tuberculosis in immunocompromised patients. A TBNET study // *Am J Respir Crit Care Med.* – 2014. - №190. – P. 1168–1176.
- 22 Sester M, van Crevel R, Leth F, et al. Numbers needed to treat to prevent tuberculosis // *Eur Respir J.* – 2015. - №46. – P. 1836–1838.
- 23 Goletti D, Sanduzzi A, Delogu G. Performance of the tuberculin skin test and interferon- γ release assays: an update on the accuracy, cutoff stratification, and new potential immune-based approaches // *J Rheumatol Suppl.* – 2014. - №91. – P. 24–31.
- 24 Mahairas GG, Sabo PJ, Hickey MJ, et al. Molecular analysis of genetic differences between *Mycobacterium bovis* BCG and virulent *M. bovis*. // *J Bacteriol.* – 1996. - №178. – P. 1274–1282.
- 25 Gey van Pittius NC, Sampson SL, Lee H, et al. Evolution and expansion of the *Mycobacterium tuberculosis* PE and PPE multigene families and their association with the duplication of the ESAT-6 (esx) gene cluster regions // *BMC Evol Biol.* – 2006. - №6. – P. 95–100.
- 26 Whitworth HS, Scott M, Connell DW, et al. IGRAs – the gateway to T cell based TB diagnosis // *Methods.* – 2013. - №61. – P. 52–62.
- 27 Andersen P, Munk ME, Pollock JM, et al. Specific immune-based diagnosis of tuberculosis // *Lancet.* – 2000. - №356. – P. 1099–1104.
- 28 QuantiFERON®-TB Gold Plus (QFT®-Plus) ELISA Package Insert. PLUS/2PK-Elisa/UK.pdf Date last accessed: February 2015. Date last updated: February 2015.
- 29 Petruccioli E, Chiacchio T, Pepponi I, et al. First characterization of the CD4 and CD8 T-cell responses to QuantiFERON-TB Plus // *J Infect.* – 2016. – P. 88–96.

- 30 Mori T, Sakatani M, Yamagishi F, et al. Specific detection of tuberculosis infection: an interferon- γ -based assay using new antigens // *Am J Respir Crit Care Med*. – 2004. - №170. – P. 59–64.
- 31 Chiacchio T, Petruccioli E, Vanini V, et al. Polyfunctional T-cells and effector memory phenotype are associated with active TB in HIV-infected patients // *J Infect*. – 2014. - №69. – P. 533–545.
- 32 Day CL, Abrahams DA, Lerumo L, et al. Functional capacity of Mycobacterium tuberculosis-specific T cell responses in humans is associated with mycobacterial load // *J Immunol*. – 2011. - №187. – P. 2222–2232.
- 33 Rozot V, Patrizia A, Viganò S, et al. Combined use of Mycobacterium tuberculosis-specific CD4 and CD8 T-cell responses is a powerful diagnostic tool of active tuberculosis // *Clin Infect Dis*. – 2015. - №60. – P. 432–437.
- 34 Rozot V, Viganò S, Mazza-Stalder J, et al. Mycobacterium tuberculosis-specific CD8+ T cells are functionally and phenotypically different between latent infection and active disease // *Eur J Immunol*. – 2013. - №43. – P. 1568–1577.
- 35 Barcellini L, Borroni E, Brown J, et al. First independent evaluation of QuantiFERON-TB Plus performance // *Eur Respir J*. – 2016. - №47. – P. 1587–1590.
- 36 Barcellini L, Borroni E, Brown J, et al. First evaluation of QuantiFERON-TB Gold Plus performance in contact screening // *Eur Respir J*. – 2016. – P. 23–31.
- 37 Aggerbeck H, Giemza R, Joshi P, et al. Randomised clinical trial investigating the specificity of a novel skin test (C-Tb) for diagnosis of M. tuberculosis infection // *PLoS One*. – 2013. - №8. – P. 41–46.
- 38 Millington KA, Fortune SM, Low J, et al. Rv3615c is a highly immunodominant RD1 (Region of Difference 1)-dependent secreted antigen specific for Mycobacterium tuberculosis infection // *Proc Natl Acad Sci*. – 2011. - №108. – P. 5730–5735.
- 39 Zellweger JP, Sotgiu G, Block M, et al. Risk assessment of tuberculosis in contacts by IFN- γ release assays. A Tuberculosis Network European Trials Group study // *Am J Respir Crit Care Med*. – 2015. - №191. – P. 1176–1184.
- 40 Rangaka MX, Wilkinson KA, Glynn JR, et al. Predictive value of interferon- γ release assays for incident active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Infect Dis*. – 2012. - №12. – P. 45–55.
- 41 Ottenhoff TH, Ellner JJ, Kaufmann SH. Ten challenges for TB biomarkers // *Tuberculosis*. – 2012. - №92, Suppl. 1. – P. 17–20.
- 42 Wallis RS, Peppard T. Early biomarkers and regulatory innovation in multidrug-resistant tuberculosis // *Clin Infect Dis*. – 2015. - №61, Suppl. 3. – P. 160–163.
- 43 Jong BC, Hill PC, Aiken A, et al. Progression to active tuberculosis, but not transmission, varies by Mycobacterium tuberculosis lineage in the Gambia // *J Infect Dis*. – 2008. - №198. – P. 1037–1043.
- 44 Sloot R, Schim van der Loeff MF, van Zwet EW, et al. Biomarkers can identify pulmonary tuberculosis in HIV-infected drug users months prior to clinical diagnosis // *EBioMedicine*. – 2014. - №2. – P. 172–179.
- 45 Sloot R, Schim van der Loeff MF, Kouw PM, et al. Risk of tuberculosis after recent exposure. A 10-year follow-up study of contacts in Amsterdam // *Am J Respir Crit Care Med*. – 2014. - №190. – P. 1044–1052.
- 46 Tameris MD, Hatherill M, Landry BS, et al. Safety and efficacy of MVA85A, a new tuberculosis vaccine, in infants previously vaccinated with BCG: a randomised, placebo-controlled phase 2b trial // *Lancet*. – 2013. - №381. – P. 1021–1028.
- 47 Fletcher HA, Snowden MA, Landry B, et al. T-cell activation is an immune correlate of risk in BCG vaccinated infants // *Nat Commun*. – 2016. - №7. – P. 112–119.
- 48 Kagina BM, Abel B, Scriba TJ, et al. Specific T cell frequency and cytokine expression profile do not correlate with protection against tuberculosis after bacillus Calmette-Guérin vaccination of newborns // *Am J Respir Crit Care Med*. – 2010. - №182. – P. 1073–1079.
- 49 Lyadova IV, Oberdorf S, Kapina MA, et al. CD4 T cells producing IFN- γ in the lungs of mice challenged with mycobacteria express a CD27-negative phenotype // *Clin Exp Immunol*. – 2004. - №138. – P. 21–29.
- 50 Petruccioli E, Petrone L, Vanini V, et al. Assessment of CD27 expression as a tool for active and latent tuberculosis diagnosis // *J Infect*. – 2015. - №71. – P. 526–533.
- 51 Dufour JH, Dziejman M, Liu MT, et al. IFN- γ -inducible protein 10 (IP-10; CXCL10)-deficient mice reveal a role for IP-10 in effector T cell generation and trafficking // *J Immunol*. – 2002. - №168. – P. 3195–3204.
- 52 Ferrero E, Biswas P, Vettoretto K, et al. Macrophages exposed to Mycobacterium tuberculosis release chemokines able to recruit selected leucocyte subpopulations: focus on $\gamma\delta$ cells // *Immunology*. – 2003. - №108. – P. 365–374.
- 53 Vanini V, Petruccioli E, Gioia C, et al. IP-10 is an additional marker for tuberculosis (TB) detection in HIV-infected persons in a low-TB endemic country // *J Infect*. – 2012. - №65. – P. 49–59.
- 54 Cannas A, Calvo L, Chiacchio T, et al. IP-10 detection in urine is associated with lung diseases // *BMC Infect Dis*. – 2010. - №10. – P. 333–339.

**А.С. Тарабаева, А.А. Абиляева, А.С. Ракишева, Р.Ж. Курмашев,
К.С. Сарниязова, А.Я. Абубакиров**

ЛАТЕНТТІ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ӨСУІНІҢ БОЛЖАМДЫ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ БИОМАРКЕРІ

Түйін: Бұл түйіндемеде туберкулездің диагностикасы мен жасырын туберкулездің үдеуін болжамдау үшін қолданылатын заманауи иммунологиялық маркерлер көрсетілген. Әр түрлі тесттердің диагностикалық маңыздылығы, олардың артықшылықтары мен кемшіліктерінің талдамасы жүргізілді. Сонымен қатар маңыздылығы зерттеу сатысындағы перспективалық маркерлер қарастырылған.

Түйінді сөздер: жасырын туберкулез, биомаркерлер, диагностика

**A.S. Tarabayeva, A.A. Abilbayeva, A.S. Rakisheva, R.Zh. Kurmasheva,
K.S. Sarniyazova, A.Ya. Abubakirov**

PROGNOSTIC IMMUNOLOGIC BIOMARKERS DIAGNOSTICS AND PROGRESSING LATENT TUBERCULOSIS

Resume: This review presents modern immune markers which are used to diagnose tuberculosis and predict the progression of latent tuberculosis. Significance of different tests was held as well as their advantages and disadvantages were analysed. Prospective markers are also considered, the significance of which is at the stage of study.

Keywords: latent tuberculosis, biomarkers, diagnostic

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г.Т. Ташенова¹, Р.З. Боранбаева², Т.М. Имамбаева¹, Ж.Ж. Нурғалиева¹

¹Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,

²Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, Алматы

Имуноглобулины для внутривенного введения (ВВИГ) занимают заметное место в комплексной терапии инфекционно-воспалительных осложнений. Изучена клиническая эффективность ВВИГ у 67 детей, больных онкогематологической патологией. Отмечено в 92,3% случаев улучшение состояния онкогематологических больных в периоде агранулоцитоза, снижение частоты и тяжести инфекционных осложнений, быстрая нормализация показателей крови.

Ключевые слова: иммуноглобулины, онкогематология, лейкоз, иммунодефицит.

УДК 61:616:616-006.2:616-006.44

В настоящее время иммуноглобулины для внутривенного применения (ВВИГ) используются для лечения инфекционно-воспалительных осложнений, которые возникают на фоне вторичного иммунодефицита у больных с острой и хронической лейкемией [1,2]. Наличие инфекционных осложнений у онкогематологических больных в значительной степени усложняет лечение и ухудшает прогноз основного заболевания. Это связано, прежде всего, с подавлением как специфического, так и неспецифического механизма резистентности организма больного к опухолевому заболеванию, а также химиотерапией, которая используется при лечении данного контингента пациентов и еще больше подавляет иммунные реакции организма [3,4].

В периоде миелотоксического агранулоцитоза часто у больных с онкогематологической патологией отмечается развитие септического состояния [1,4,5]. При развитии инфекционных и деструктивных осложнений возникает необходимость прерывания специфического лечения острого лейкоза, не соблюдаются сроки проведения этапов программной полихимиотерапии (ПХТ), что приводит к снижению ее эффективности. В таких ситуациях в качестве сопроводительной терапии, наряду с использованием комплекса антибактериальных, антимикотических и противовирусных препаратов системного и местного действия, стимуляции гранулоцитарного

колониестимулирующего фактора (G-CSF), для профилактики и лечения инфекционных осложнений при эпизодах фебрильной нейтропении применяют ВВИГ [2,5,7]. Таким образом, применение препаратов ВВИГ показано в особо тяжелых случаях инфекций у пациентов с нейтропениями различного генеза (период миелотоксического агранулоцитоза после программной химиотерапии) для быстрой инактивации и удаления инфекционно-токсических факторов [3,8].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения ВВИГ у онкогематологических больных.

Материал и методы исследования. Изучены 67 историй стационарных больных с различной онкогематологической патологией, находившихся на лечении в Научном центре педиатрии и детской хирургии (НЦПиДХ). ВВИГ, как препарат, обладающий широким спектром опсонизирующих и нейтрализующих антител, в практике НЦПиДХ применялся в следующих ситуациях: для лечения гнойно-септических осложнений (при нейтропении) у больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) – 47% (32), острым миелобластным лейкозом (ОМЛ) – 40% (26), гистиоцитозом – 3% (2) на различных этапах терапии, у больных с апластической анемией (АА) – 6% (4), миелодиспластическим синдромом (МДС) – 3% (2) и первичным иммунодефицитом (ПИД) – 1 (1,4%) (рисунок 1).

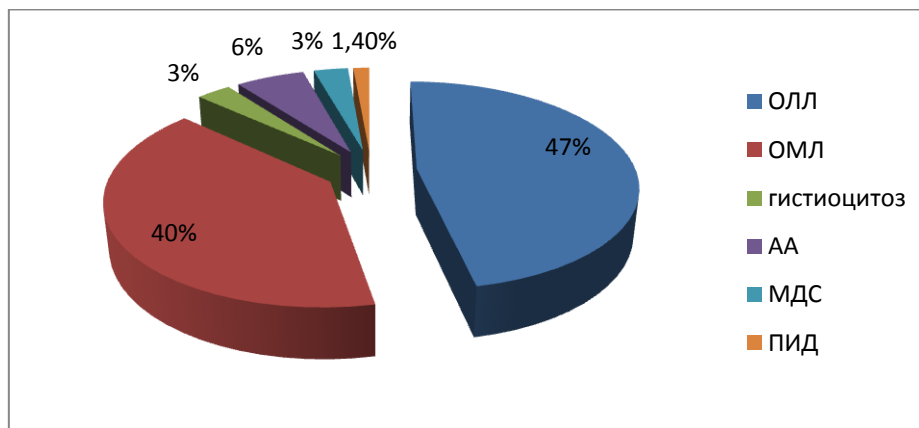


Рисунок 1 – Процентное соотношение больных с различными диагнозами, получавших терапию ВВИГ

Больным, получавшим внутривенный иммуноглобулин по поводу инфекционных осложнений, назначалась разовая доза 0,2 г/кг/сутки. ВВИГ вводили ежедневно 1 раз в день, продолжительность курса составляла от 1 до 7 дней.

Эффективность препарата у больных с онкогематологической патологией и инфекционными осложнениями оценивалась по нормализации температуры тела. Состояние пациентов оценивали по результатам общего анализа периферической крови с определением абсолютного содержания гранулоцитов, общего анализа мочи, трехкратного бактериологического посева крови и

мочи с постановкой реакции чувствительности к антибиотикам.

Побочные эффекты препарата контролировались как по клиническим проявлениям (головная боль, тошнота, боли в животе, озноб, одышка), так и по лабораторным показателям. В сыворотке крови определяли уровень аланинаминотрансфераз (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ) мочевины, билирубин.

Результаты и обсуждение. Пациенты, получавшие ВВИГ в связи с наличием инфекционных осложнений, были на различных этапах терапии. Больные с острым

лимфобластным лейкозом получали терапию по программе ALL-BFM-2002, с миелобластным лейкозом – AML-BFM-2004, с гистиоцитозом LCH-III, с апластической анемией – иммуносупрессивную терапию.

Из 32 пациентов с ОЛЛ – 65,6% (21) были на I-протоколе, 4 больных (12%) получали рецидивные блоки, 18,7% (6) были на II-протоколе и один пациент был на поддерживающей терапии. Из 26 больных с ОМЛ – 46% (12) были на этапе индукции, 6 (23%) больных получали противорецидивную терапию, 30,7% (8) были на протоколе – AML-BFM-2004.

На сегодняшний день основным средством профилактики и лечения инфекционных осложнений является антибактериальная терапия, однако в ряде случаев она не позволяет достичь желаемого результата [2,11]. У больных острым лейкозом в периоде агранулоцитоза отмечается развитие септического состояния без локализованных очагов инфекции. От сепсиса погибает 10-20% пациентов [3,7,9,11].

Инфекционные осложнения у исследуемых пациентов включали сепсис, протекавший в виде сепсиса без

локализованных очагов инфекции – 15,3%, септицемии – 2,6%, сепсис с септикопиемией – 10,2%, фебрильной нейтропении – 78,6%. Локализация пиемических очагов включала в себя бактериальный кардит – 2,8%, язвенно-некротический колит – 8,5%, пневмонию – 10,8%, язвенно-некротический стоматит – 20,8%.

Присоединение инфекции протекало на фоне глубокой цитопении-нейтропении (лейкоциты менее $1 \times 10^9/\text{л}$, гранулоциты менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$). Микробный пейзаж больных был представлен в 78,4% случаях грамположительными микроорганизмами, в 21,6% – грамотрицательными микроорганизмами. Из крови больных высеивались грамположительные патогены – 55%. Среди них наиболее часто *Staphylococcus aureus* – 71,2%, *Streptococcus epidermidis* – 66,7%, *Streptococcus* – 67,5% (рис 2).

В структуре грибковой инфекции высеивались *Candida* (36,4%), *Penicillium* (31,8%), *Mucor* (22,7%), *Aspergillus* (9,1%). Грибы чаще, чем из других источников инфекции, высеивались из крови (72,6%).

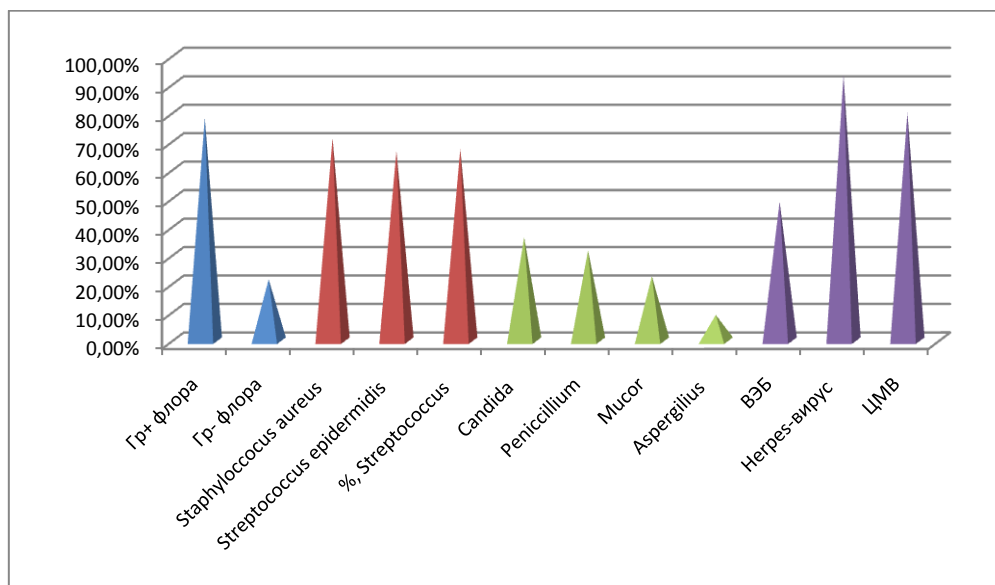


Рисунок 2 – Этиологическая структура инфекционных осложнений

Маркеры к вирусу Эпштейн-Барра (ВЭБ) были серопозитивны у 48,9% детей, к Herpes-вирусу у 93,3% детей, к цитомегаловирусу (ЦМВ) у 80,2%. Из них уровень IgM был повышен к ВЭБ в 7,8% и к Herpes-вирусу в 5,5% случаев.

Таким образом, использование ВВИГ в терапии тяжелой бактериальной, грибковой и вирусно-бактериальной инфекции у детей имело убедительное патогенетическое обоснование. Известно, что при тяжелой, особенно генерализованной, инфекции в организме больного образуется избыток продуктов нормального или нарушенного обмена веществ, продуктов клеточного реагирования [6,10]. Эти вещества, накапливаясь, становятся для организма эндогенными токсическими субстанциями, вызывающими интоксикацию. Наличие одновременно бактериальной антигенемии и токсемии у больного усугубляет интоксикацию и приводит к нарушению нормальных межклеточных взаимодействий в иммунном ответе. Эта ситуация усиливается при развитии полиорганной недостаточности, сопровождающей тяжелую инфекцию и сепсис [8,11].

Лечение иммуноглобулином начиналось после назначения антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины II, III, IV поколения) и отсутствия от них эффекта в течение суток или одновременно с антибиотиками при наличии признаков

бактериального шока и прекращалось после нормализации температуры. Продолжительность лечения препаратом составила от 1 до 7 дней. Всего зарегистрировано 162 эпизода применения ВВИГ. 7 дней получали два пациента (4%), по одному дню получали 27 больных (40%), остальные 56% по 2-3 дня введения ВВИГ.

Динамика температурной реакции была следующей: исходная температура – $38,4 \pm 0,36^\circ\text{C}$; через 1 день от начала введения нормализовалась у 18 больных (26%), через 3 дня от начала введения ВВИГ у 25 больных (39%), через 5-7 дней у 17 больных (25%) (рис.3). Положительное действие препарата проявлялось в стабилизации и улучшении общего состояния ребенка. Наряду с нормализацией температуры отмечено, снижение явлений интоксикации, восстановление гранулоцитов.

Из пациентов, у которых ВВИГ был неэффективен в 10% (7) случаях, в основном были больные с прогрессированием основного заболевания, рецидивами ОЛЛ (1) и ОМЛ (2), один пациент с МДС – резистентный к терапии, с проявлениями грибкового сепсиса (1) и не достигшие ремиссии (1). У больных с апластической анемией и у пациентов с МДС, клинически наблюдались нормализация температуры тела и полное рассасывание пневмонических очагов, но не получено эффекта в плане значимого прироста тромбоцитов, а также сохранялась гранулоцитопения.

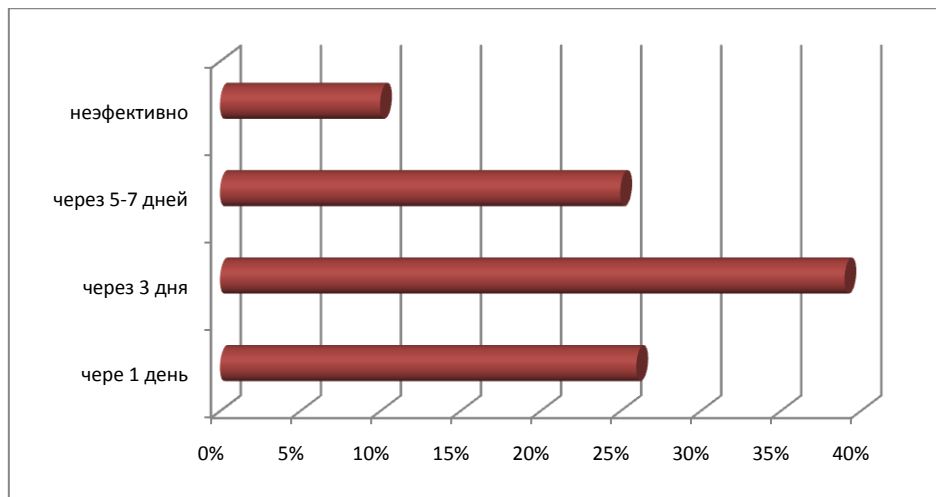


Рисунок 3 – Динамика нормализации температурной реакции

Побочные реакции при применении ВВИГ проявлялись в виде возникновения субфебрильной температуры (3,2%), головной боли (1,8%), гиперемии кожи (2,7%), которые легко купировались уменьшением скорости инфузии или назначением антигистаминных средств. Ни у одного из пациентов не отмечалось угрожающих жизни состояний. И ни в одном случае лечение не было прекращено.

В некоторых случаях у больных с острыми лейкозами лечение иммуноглобулином начиналось при незначительно повышенном уровне билирубина, АЛТ, АСТ и мочевины, после лечения ВВИГ он снижался или оставался прежним, но не было, ни одного случая повышения исходных показателей. Исследование уровня иммуноглобулинов сыворотки крови проводилось не всем пациентам, но тем пациентам (4,2%), которым проводилось, в ходе терапии ВВИГ не выявило каких-либо значимых изменений

количеств IgA и IgM. У больных, получавших ВВИГ свыше 3 дней, имело место повышение уровня IgG по сравнению с исходным уровнем.

Выводы. Применение иммуноглобулина в комплексной терапии онкогематологических больных в периоде миелотоксического агранулоцитоза позволило добиться улучшения состояния в 92,3% случаев.

Снизилась частота и тяжесть инфекционных осложнений, происходило более быстрое восстановление гемопоэза, ускорялась нормализация анализов крови, что позволило уменьшить перерывы в проведении химиотерапии.

Высокая частота инфекций, увеличивающих перерывы в приеме цитостатиков, побуждает к профилактическому введению иммуноглобулинов на фоне проведения стандартной антибиотикотерапии для снижения частоты инфекций у пациентов групп риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аверченков В.М., Палагин И.С. Внутривенный иммуноглобулин: механизм действия и возможности клинического применения // Проблемы терапии. – 2004. - №3. - С. 273-281.
- 2 Румянцев А.Г. Основные свойства внутривенного иммуноглобулина и показания к их применению // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2011. - №2. - С. 39-43.
- 3 Шарыгин С.Л., Целюсова О.М., Лазыкина А.В. и др. Клиническая эффективность иммуноглобулина для внутривенного введения в комплексной терапии острого лейкоза у детей // Сборник научных статей. – 2008. – Вып.2. – С. 16-24.
- 4 Blanchette v.S., Kirby M.A., Turner C. Role of intravenous Immunoglobulin G in Autoimmune Hematologic Disorders // Sem. In Hem. – 1992. - Vol.29., №3. - P.72-82.
- 5 George J.N., Woolf S.H., Raskob G.E. et al. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura // A Practice Guideline Developed by Explicate Methods for American Society of Hematology. – 1996. - Vol.88., №1. - P.33-40.
- 6 Nydegger U.E. Intravenous Immunoglobulin in combination with other prophylactic and therapeutic measures // Transfusion. – 1992.- Vol.32., №1. - P.72-81.
- 7 Pajkrt D., Van Deventer S.J.H. Immunomodulation of Septic Shock // Antiinf. Drugs and Chemotherapy. – 1995. - P.125-128.
- 8 Sacher R.A., Intravenous Gammaglobulin Therapy: Current Role in Bone Marrow Transplant, Malignancy, and Immune Hematologic Disorders // Sem. In Hem. - 1992. - Vol.29., №3. - P.1-5.
- 9 Бебепсо В.Т., Бруслова К.М., Чумак А.А. и др. Застосування імуноглобуліну для внутрішньовенного введення у дітей із гострими лейкоміями // Український журнал гематології і трансфузіології. – 2005. - №2. - С.16-20.
- 10 Боровикова Н.В., Гришин А.В., Благовестов Д.А. и др. Профилактический эффект введения внутривенного иммуноглобулина у больных с тяжелым острым панкреатитом // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2006. - №1. - С.12-19.
- 11 Исакова А.С. Патогенетические особенности инфекционных осложнений и их лечение у детей с острым лейкозом на программной терапии: Автореф. Дисс. ... д-р.мед.наук – Алматы, 2007. – 32 с.

Г.Т.Ташенова¹, Р.З.Боранбаева², Т.М.Имамбаева¹, Ж.Ж.Нургалиева¹

¹С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
²ҚР ДМ Педиатрия және бала хирургия орталығы, Алматы

БАЛАЛАР ОНКОГЕМАТОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ КӨКТАМЫРШІЛІК ИММУНОГЛОБУЛИНДЕР ҚОЛДАНУ

Түйін: Көктамыршілік иммуноглобулин (КТИГ) инфекциялық-қабыну асқынулардың комплекстік емдеуінде көрнекті орын алады. Онкогематологиялық патологиясы бар 67 науқаста КТИГ-дің клиникалық әсері зерттелді. Онкогематологиялық науқастардың 92,3% да агранулоцитоз кезінде жақсаруы, инфекциялық асқынулардың ауырлығы мен жиілігі азаяды, қан көрсеткіштерінің тез қалыпқа келуі байқалды

Түйінді сөздер: иммуноглобулиндер, онкогематология, лейкоз, иммунодефицит.

G.T.Tashenova¹, R.Z.Boranbayeva², T.M.Imambayeva¹, Zh.Zh.Nurgaliyeva¹¹Kazakh National medical university of S.D.Asfendiyarov,²Scientific center of pediatrics and children's surgery of MH of RK, Almaty

THE USE OF INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN IN CHILDREN ONCOHEMATOLOGY PRACTICE

Resume: Intravenous immunoglobulin (IVIG) occupies a prominent place in the complex treatment of infectious-inflammatory complications. Studied the clinical effectiveness of IVIG at 67 children with oncohematological pathology. 92.3% of cases observed in the improvement of oncohematological patients in period of agranulocytosis, reducing the frequency and severity of infectious complications, quick normalization of the blood.

Keywords: immunoglobulins, oncohematology, leukosis, immunodeficiency.

РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ВАРИАНТОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Л.К. Хитуова, Ж.Ж. Нургалиева, Д.Б. Елюбаева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

В настоящее время человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения (ИГВВ) рекомендуют в комбинации с генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) с целью достижения лучших результатов в терапии системного варианта ювенильного идиопатического артрита (ЮИА). Лечение и наблюдение проводилось детям, находившиеся в кардиоревматологическом отделении НЦПЦДХ г.Алматы. Получены положительные результаты с начала введения ИГВВ: в течение первых 10-14 дней регрессировали системные признаки воспаления; лабораторные признаки: высокие СОЭ-более 40мм/ч, СРБ выше 31мг/л значительно снизились через 3-4недели.

Ключевые слова: дети, ювенильный идиопатический артрит, человеческий иммуноглобулин, генно-инженерные биологические препараты.

УДК 61: 616: 616-085: 616.72-002

Известно, что ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – артрит неустановленной этиологии, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте до 16 лет, при исключении другой патологии суставов (по классификации International League of Associations for Rheumatology, ILAR, МКБ-М08). Заболеваемость ЮИА в целом равна 2-16 на 100000 детского населения до 16 лет в год. Распространённость ЮИА у детей до 18 лет на территории Российской Федерации равна 62,3; первичная заболеваемость 16,2 на 100000. Среди подростков

распространенность ЮИА составляет 116,4 на 100000. Мальчики и девочки болеют одинаково часто. Летальность 0,5-1% [1,2].

Клиническая картина ЮИА характеризуется несколькими вариантами проявления: системный, полиартикулярный, олигоартикулярный [1,3]. На долю ЮИА с системным началом приходится 18–20% всех случаев ЮИА. Клинические признаки отличаются многообразием и тяжестью течения (таблица 1).

Таблица 1 - Клинические проявления системного варианта ЮИА

Юношеский идиопатический артрит с системным началом (M08.2)	
Синдром Стилла	Аллергосептический вариант ЮИА
➤ Крупные и мелкие суставы, в том числе шейный отдел позвоночника и височно-нижнечелюстные суставы	➤ Отсроченность суставных проявлений
➤ Фебрильная лихорадка	➤ Вовлекаются крупные суставы
➤ Пятнистая или пятнисто-папулезная экзантема	➤ Фебрильная лихорадка в утренние часы
➤ Гепатоспленомегалия	➤ «Линейная» сыпь
➤ Серозит (кардит, пульмонит, нефрит)	➤ Гепатомегалия
	➤ Лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом

Стремительное развитие прикладной иммунологии сопровождается активным внедрением в практику иммунокорректоров. Среди множества видов иммунокоррекции следует отметить препараты иммуноглобулинов для внутривенного введения (ИГВВ). Сегодня ИГВВ зарекомендовал себя как эффективное средство не только в терапии первичных иммунодефицитов, но и в лечении аутоиммунных и воспалительных заболеваний. Так, в настоящее время ИГВВ используют в комбинации с генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) с целью достижения лучших результатов в терапии системного варианта ЮИА, но еще имеются нерешенные вопросы [4,5].

Лечение системного варианта ЮИА основано на применении глюкокортикостероидов, иммуносупрессоров и генно-инженерных биологических препаратов. Несмотря на значительные достижения в терапии системных форм ЮИА с использованием базисных препаратов, 1/3 больных остаются устойчивыми к основной терапии, что требует применения и других патогенетических обоснованных препаратов. Внутривенный иммуноглобулин является препаратом, изготовленным из плазмы крови 3000–10000 здоровых доноров и имеет широкий спектр противовирусных и противобактериальных антител, свойственных здоровым людям, которые синтезируются плазматическими клетками человека, и содержит еще

небольшое количество естественных аутоантителодоноров [5,6,7].

В настоящее время в арсенале имеется три группы ВВИГ:

- 1) Стандартные иммуноглобулины, в основе которого содержатся IgG (октагам, октагам 10%, интраглобин, интрафект и т.д.). Эти препараты имеют одно международное непатентованное название – иммуноглобулин человека нормальный. Показания к назначению – профилактика или заместительная терапия при аутоиммунных, ревматических заболеваниях;
- 2) Стандартные специфические ВВИГ, обогащенные антителами класса IgA и IgM (петаглобин). Применяются в лечении тяжелых инфекционных заболеваний, первичных иммунодефицитов.

- 3) Специфические или гипериммунные иммуноглобулины – препараты ВВИГ, содержащие специфические IgG против определенных возбудителей (неоцитотект, неогепатект). Структура IgG такова, что он реагирует на аутоиммунные антитела, такие как антинейтрофильные цитоплазматические и анти-DNA, определяющих активность ИЛ-1,6 и α -ФНО. При системных и аутоиммунных заболеваниях механизм действия ВВИГ основывается на взаимодействии Fc-фрагмента инфузировавшихся ВВИГ с Fc-рецепторами клеток-мишеней или на взаимодействии различных участков экзогенных антител эндогенных иммуноглобулинов (рисунок 1).

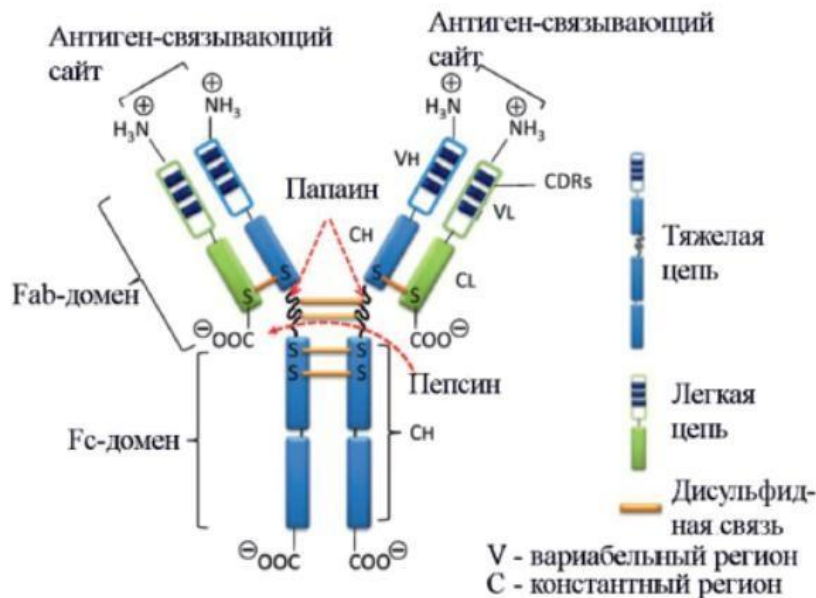


Рис. 1. Схематическое строение иммуноглобулина G. Обработка пепсином приводит к расщеплению в участке молекулы на C-концевой стороне, за дисульфидной связью, соединяющей две тяжелые цепи вариабельного участка IgG. В результате образуются один двоявый F(ab')²-фрагмент [F(ab')₂] и один Fc-фрагмент. Расщепление IgG папайном происходит в N-концевом участке, непосредственно перед дисульфидной связью, в результате образуются два одинаковых Fab-фрагмента и один Fc-фрагмент

Целью исследования явилось оценка эффективности внутривенного человеческого иммуноглобулина в комплексном лечении детей с системными вариантами ЮИА.

Задачи исследования:

- 1) Оценить динамику клинико-лабораторных признаков системных форм ЮИА при лечении ВВИГ и без него.
- 2) Исследовать влияние ВВИГ на динамику сопутствующих инфекционных заболеваний (очагов инфекции).

Материалы и методы исследования. На базе Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК в кардиоревматологическом отделении под непрерывным наблюдением находилось 9 детей с ЮИА, трое из них имели сопутствующие очаги инфекции. Всем детям наряду с базисными препаратами назначался Октагам (ВВИГ) в дозе 0,5-1,0г/кг сеансами в 2-3дня, с повторениями курсов через 3 месяца. Контролем служили 4 больных ЮИА, которым не назначался Октагам. Всем детям проведены клинические методы исследования (сбор анамнеза, оценка физического развития, объективного статуса), лабораторно оценивались показатели ОАК, уровни СРБ; инструментальные исследования (рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ).

Результаты лечения и обсуждение. У 4 из 9 больных результаты с начала введения ИГВВ были положительными: в течение первых 10-14 дней подвергались обратному развитию системные признаки воспаления (уменьшение активности суставного синдрома, поражения внутренних

органов). Клинические проявления – кардит, пульмонит, лихорадка и кожные высыпания значительно уменьшились, затем полностью исчезли; лабораторные признаки: высокие уровни СОЭ – более 40мм/ч, СРБ выше 31мг/л значительно снизились через 1-2 недели, лейкоцитоз с нейтрофилизом полностью исчезли (рисунок 2). Однако 4 больным ЮИА с синдромом Стилла, получавшим преднизолон и метотрекат, из-за недостаточной эффективности назначили тоцилизумаб, у которых на фоне одновременного лечения октагамом признаки системного заболевания также уменьшились до минимума. В контрольной группе (4 больных ЮИА), лечившихся без ИГВВ темпы снижения активности заболевания были ниже и не полностью (рентгенографические, ЭхоКГ, уровни СОЭ). Большие темпы улучшения состояния больных и клинико-лабораторных признаков активности заболевания в основной группе больных можно объяснить при равных условиях предотвращением образования мембран-атакующих комплексов Fc-фрагментами IgG, имеющихся в составе октагама.

Второй важный факт: динамика инфекционных проявлений у больных с ЮИА на фоне лечения ВВИГ. У 3-х детей с хронической стрептококковой и стафилококковой инфекцией (отиты) и у одной девочки ЮИА с тяжелым рецидивирующим воспалением век (с блефаритом) на фоне лечения ВВИГ наступила полная санация. Также у 6 пациентов на фоне комплексной терапии удалось достичь снижения дозы глюкокортикостероидов.



Рисунок 2 - Динамика снижения показателей крови (СО₂, СРБ) у больных на фоне лечения

При сравнении с контрольной группой достигнутые результаты лечения были значительно выше в основной. Это объясняется тем, что при равных условиях предотвращения образования мембран, атакующих комплексов Fc-фрагментами, IgG, имеющих в составе октагана, подавляет продукцию аллерген специфических и ауто-антител за счет воздействия антиидиотипических антител и предупреждение комплемент-зависимого

повреждения тканей за счет связывания C3b и C4b компонентов комплемента.

Выводы: Лечение ВВИГ у больных ЮИА с системным началом способствовало более быстрым темпам подавления генерализованного воспаления. Одновременно была достигнута полная санация сопутствующих инфекционных процессов – блефарита и отита среднего уха. ИГВВ переносился детьми хорошо и не сопровождался нежелательными побочными эффектами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баранова А.А., Алексеевой Е.И. «Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров». Детская ревматология // Педиатр. – М.: 2013. – С. 120-130.
- 2 Алексеева Е.И. «Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение» // Вопросы современной педиатрии. – М.: 2015. – С. 45-52.
- 3 Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. Педиатрия. Учебник. - Алматы: 2012. – Т.1. - 594 с.
- 4 Супотницкий М.В., Елапов А.А. с соавт. «Имуноглобулины для внутривенного ведения в аспекте показателей качества, эффективности и безопасности» // Медико-биологические науки. – М.: 2015. – С. 18-26.
- 5 Асеева Е.А., Соловьев С.К. «Перспективы применения внутривенного иммуноглобулина при аутоиммунных ревматологических заболеваниях» // Современная ревматология. – М.: 2014. – С. 12-19.
- 6 Середавкина Н.В. Решетняк Т.М. «Место внутривенного иммуноглобулина при ревматических заболеваниях» // Современная ревматология. – М.: 2015. – С. 89-94.
- 7 Каратеев Д.Е. Низкая активность и ремиссия при ревматоидном артрите: клинические, иммунологические и морфологические аспекты // Научно-практическая ревматология. - 2009. - № 5. - С. 4-12.

Л.К. Хитуова, Ж.Ж. Нурғалиева, Д.Б. Елюбаева

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ЮВЕНИЛДЫ ИДИПАТИЯЛЫҚ АРТРИТ, ЖҮЙЕЛІ ВАРИАНТЫНЫҢ ЕМІНДЕГІ АДАМ ИММУНОГЛОБУЛИНІҢ ОРНЫ

Түйін: Қазіргі кезде тамырішілік адам иммуноглобулинін (ТИАИ) ювенильді идиопатиялық артриттің (ЮИА) жүйелік варианты емдеуде жақсы нәтижеге қол жеткізу үшін генно-инженерлік биологиялық препараттармен бірге қолдануды жарамды деп санайды. БХ және П ҒО кардиоревматология бөлімінде ем қабылдаған балалар бақыланған. ТИАИ енгізгеннен кейін бірден оң нәтиже берді: алғашқы 10-14 күнде қабынудың жүйелік көріністері кері дамуға ұшырады, клиникалық көріністері айтарлықтай төмендеді, кейін толығымен жойылды; лабораторлық көрсеткіштер: жоғары ЭТЖ 40 мм/сағат жоғары, СРБ 31 мг/л көп 3-4 аптадан кейін төмендеді.

Түйінді сөздер: балалар, ювенильді идиопатиялық артрит, тамырішілік адам иммуноглобулин, генно-инженерлік биологиялық препарат.

L.K. Khituova, Zh.Zh. Nurgalieva, D.B. Yelubaeva
Asfendiyarov Kazakh national medical university

HUMAN IMMUNOGLOBULIN IN THE COMPLEX TREATMENT OF SYSTEMIC VARIANTS OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Resume: Nowadays, human immunoglobulin for intravenous administration is used in combination with genetically engineered drugs to achieve better results in the therapy of a systemic version of juvenile idiopathic arthritis. Treatment and observation was carried out in children who were in the cardiorheumatology department of NCP and PS, Almaty. Positive results were obtained with the human immunoglobulin administration: during the first 10-14 days the systemic signs of inflammation developed back, the clinical manifestations decreased, then completely disappeared, the soy and high C-reactive protein decreased after 3-4 weeks.

Keywords: children, juvenile idiopathic arthritis, human immunoglobulin, genetically engineered drugs.

ПСОРИАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ж.А. Шортанбаева, Л.Т. Альменова, У.Т. Бейсебаева, А.Б. Хабижанов,
А.Ш. Абилхайыр, Н.Б. Бабазаде, У.П. Халмирзаева
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
кафедра дерматовенерологии

В обзорной статье приведены данные по распространенности псориаза, этиологии, патогенеза. Представлены основные иммунологические механизмы, которые вовлекаются в псориатический процесс; клинические разновидности псориаза и дифференциальная диагностика.

Ключевые слова: псориаз, этиология, патогенез, распространенность, иммунологические аспекты, клиническая картина, клинические разновидности, дифференциальная диагностика, псориатическая триада, изоморфная реакция Кебнера, лечение.

УДК 616-01/09

Псориаз - хронический, чешуйчатый, рецидивирующий дерматоз, неустановленной этиологии. Характеризуется папулезно-эритематозно-сквамозными высыпаниями, гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процессов кератинизации. С возможностью вовлечения в патологический процесс ногтей, суставов, внутренних органов; в тяжелых случаях, псориаз приводит к инвалидизации (артропатический псориаз).

Распространенность этого заболевания в общей популяции средних широт составляет в среднем 1-3%, а общее число больных превышает 200 млн человек. Однако подлинная заболеваемость псориазом не установлена вплоть до настоящего времени, а сведения о его популяционной частоте неоднозначны в различных регионах мира. По данным различных исследований, среди дерматологических пациентов доля больных псориазом составляет 2-4%, в Европе псориазом болеют около 5 млн человек, частота псориаза в странах СНГ составляет около 1,5%, в Казахстане - 2,5%. При этом ежегодно в мире регистрируется более 150-200 тыс. новых случаев псориаза. В структуре дерматозов в Республике Казахстан псориаз занимает третье место, уступая лидерство экземе и ассоциированным с этим недугом аллергическим заболеваниям кожи и микозам стоп. По данным Harvey L. и Adam M., заболеваемость им в мире колеблется от 0,6% до 4,8%. По данным Kurd SK, Gelfand JM., псориазом болеют около 3,5% населения планеты. На основании исследования Harvey L., Adam M., Naidi L., «средняя общая» заболеваемость псориазом в мире колеблется от 0,6% до 4,8%. Исследования 2010 года, проведенные международной организацией IFPA, показали, что на планете зарегистрировано 125 млн. человек с псориазом, или каждый двадцать пятый житель. В странах Запада псориаз затрагивает приблизительно 2-4% населения (Stern RS.). В Европе уровень заболеваемости псориазом колеблется от 2 до 3% населения. Распространенность псориаза в Шотландии составляет 0.73%, в то время как в Италии - 2.9%.

Псориазом страдают как мужчины, так и женщины в любом возрасте. В последнее время наблюдается возникновение псориаза у детей (с 1 года и старше). К этиологическим факторам развития псориаза предрасполагающими являются: наследственная предрасположенность, нарушения со стороны ЦНС, очаговые инфекции, иммунологическая недостаточность, сахарный диабет, нарушения обменных процессов, нарушения ЖКТ, вирусная и инфекционная теория. Указанные факторы свидетельствуют о том, что этиология и патогенез до настоящего времени не изучены и не доказаны [1,2].

Основные иммунологические механизмы. Считается, что характерное гистологическое строение псориатических поражений формируется под влиянием сигнальных процессов, инициируемых иммунными клетками, которые стимулируют пролиферацию кератиноцитов. В псориатических бляшках находится значительное количество иммунных клеток, включая Т-клетки, нейтрофилы, тучные клетки, макрофаги и дендритные клетки, которые, как полагают, определяют степень заболевания в целом. Зрелые Т-клетки опосредуют иммунные ответы после активации антиген-презентирующими клетками (АПК), что ведет к высвобождению малых сигнальных белков, называемых цитокинами [3,4].

В присутствии антигена АПК и зрелые дифференцированные Т-клетки непосредственно взаимодействуют между собой, и это приводит к высвобождению провоспалительных цитокинов, таких как TNF-а и интерферон-γ (IFN-γ), которые в свою очередь вызывают миграцию иммунных клеток в направлении дермы и эпидермиса и активируют ряд воспалительных механизмов [5]. Эти взаимодействия приводят к тому, что АПК способствуют высвобождению цитокинов, которые стимулируют созревание нативных недифференцированных Т-клеток с формированием специфических подтипов. В результате резко усиливается воспалительный ответ на воздействие иммунных

активаторов. Считается, что из Т-клеток наиболее тесно вовлечены в патогенез псориаза Т-хелперы 1 и 17 типа, называемые Th1 и Th17, и обладающие уникальными цитокиновыми сигнатурами. Th1-клетки секретируют IFN- γ , а Th17 — интерлейкин (IL)-17. Активация созревания недифференцированных Th-клеток до форм Th1 и Th17 происходит под воздействием соответственно IL-12 и IL-23, которые высвобождаются АПК [6,7].

Клиническая картина псориаза в ее классическом проявлении характеризуется наличием мономорфной сыпи в виде папул и бляшек, покрытых серебристо-белыми чешуйками. Так же отмечается излюбленная локализация высыпаний при псориазе, к ним относится волосистая часть головы, локтевые и коленные суставы, область живота и ягодиц. Также высыпания могут локализоваться в крупных складках, на половых органах, лице, ногтях. Обыкновенный (вульгарный) псориаз проявляется папулезно-бляшечными высыпаниями, однако в зависимости от характера клинического течения и локализации процесса выделяют несколько его разновидностей (псориаз себорейный, экссудативный, интертригинозный, пустулезный, каплевидный, ладоней и подошв, застарелый, рупиоидный, ногтей, слизистых оболочек). При возникновении псориаза выделяют две формы заболевания, в зависимости от сезона: зимнюю (обострения и рецидивы чаще возникают в осенне-зимний период) и летнюю. В последнее время встречается псориаз внесезонный. К тяжелым клиническим формам относят псориаз эритродермию, пустулезный и артропатический псориаз [8].

Для псориаза характерна псориазическая триада, которая выявляется при поскабливании: феномен "стеаринового пятна (гиперкератоз, паракератоз); феномен "терминальной пленки" (акантоз); феномен "кровяной росы" (папилломатоз). Также характерна изоморфная реакция - феномен Кебнера - развитие псориазических высыпаний на участках кожи, подвергшихся механическому или химическому воздействию (мелкие травмы, расчесы, порезы и пр.).

В псориазе выделяют 3 стадии: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. Для прогрессирующей стадии характерно появление новых папулезных высыпаний на коже, покрытых серебристо-белыми чешуйками (периферический эритематозный бордюр - ободок Пильнова); отмечается периферический рост элементов и развитие псориазических бляшек. В стационарной стадии новые элементы не появляются, размеры существующих на коже папул и бляшек не изменяются. Для регрессирующей стадии характерно уплощение псориазических бляшек, уменьшение шелушения, которое чаще всего начинается с центральной части с образованием вокруг них псевдоатрофического ободка Воронова; на месте регрессировавших высыпаний, остаются гиперпигментированные или депигментированные пятна.

Ногтевые пластинки поражаются в виде симптома "наперстка", онихогрифоза, онихолизиса, псориазической паронихии, симптома "масляного пятна, подногтевые петехии, дефект эпонихия.

Псориазическая эритродермия - острый генерализованный процесс, характеризующийся гиперемией по всему кожному покрову, инфильтрацией, отеком и лихенификацией с большим количеством чешуек на поверхности. Отмечается положительная псориазическая триада. У больного ухудшается общее самочувствие, повышается температура тела, увеличиваются лимфатические узлы и возникают боли в суставах [8,9].

Пустулезный псориаз наблюдается у 1% больных, локализуется преимущественно в области ладоней и подошв (тенар и гипотенар, свод стоп), где на резко гиперемизированном и инфильтрированном фоне располагаются внутриэпидермальные пустулы. Высыпания обычно бывают симметричными. Пустулы, как правило, стерильны, но у некоторых больных может выявляться *S. aureus* или *b*-гемолитический стрептококк. Часть пустул ссыхается с образованием чешуек-короч, на месте других появляются новые гнойнички. Реже встречается генерализованная форма пустулезного псориаза.

Этиологическими факторами состояния являются инфекционные агенты, резкие стрессовые ситуации, применение в прогрессирующей стадии противомаларийных средств и антибиотиков, быстрая отмена кортикостероидов, нерациональная наружная терапия, а также гормональные дисфункции, в частности, обусловленные приемом оральных контрацептивов. Это состояние характеризуется как тяжелая, угрожающая жизни пациента форма заболевания с выраженным интоксикационным синдромом. На фоне яркой эритемы появляются мелкие поверхностные пустулы, сопровождающиеся болезненностью и жжением, расположенные как в пределах бляшек, так и на ранее не измененной коже. Вначале разбросанные очаги эритемы с пустулезными высыпаниями быстро увеличиваются в размерах, сливаются, захватывая обширные участки кожного покрова так, что псориазические бляшки перестают быть различимыми. Слившиеся пустулы отслаивают поверхностные слои эпидермиса. На этом фоне может развиться эритродермия [10,11].

Артропатический псориаз характеризуется наличием типичных высыпаний на коже, сопровождающихся поражением суставов, в начале поражаются мелкие (дистальные суставы конечностей), затем крупные. Отмечается болезненность, ограничение подвижности суставов в результате инфильтрации и уплотнения параартикулярных тканей. В дальнейшем возможны вывихи, подвывихи, анкилозы, приводящие к деформации суставов. Фактически псориазическая артропатия является инвалидизирующей формой заболевания.

Дифференциальная диагностика псориаза. Для красного плоского лишая характерна полигональная форма папулезных элементов, восковидный блеск высыпаний, пупкообразное вдавление в центре, сетчатый рисунок на поверхности папул. Сифилис, представленный папулезными сифилидами, отличается от псориаза полушаровидной формой папул, медно-красным цветом, воротничком Бiettта, выявлением возбудителя - бледной трепонемы, положительными серореакциями. Параспсориаз проявляется феноменами "облатки" и "пурпуры" при "пощипывании" элемента, наличием прикрепленной пластинчатой чешуйки на месте элемента, феноменом "скрытого шелушения". Себорейный дерматит характеризуется отсутствием четко определяемой инфильтрации кожи (дифференциальная диагностика посредством приема Картамышева). При дерматофитии волосистой части головы образуются очаги эритематозно-сквамозных пятен с обломанными волосами или "пеньками" волос; необходимо исследование на грибы. Атопический дерматит отличается от псориаза неяркой эритемой, шелушением, лихенизацией, эскориациями в местах обычной локализации (лицо, шея, верхняя часть груди, локтевые и подколенные ямки), наличием белого дермографизма и выраженного зуда. Для болезни Рейтера характерен уретрит, артрит, конъюнктивит, псориазиформные высыпания на головке полового члена, подошвах, в полости рта с тенденцией к экссудации и пустулизации. При поражении ладоней и подошв процесс необходимо дифференцировать с дерматофитиями кистей, стоп, дисгидротической экземой и кератодермиями. Псориазическую эритродермию дифференцируют с эритродермиями при токсидермии, розовом лишае, экземе и лимфомах кожи. Артропатический псориаз различают с ревматоидным артритом, артрозами и болезнью Рейтера. Псориазиформные высыпания могут быть проявлением лекарственной токсидермии. Генерализованный пустулезный псориаз дифференцируют с бактериемией и сепсисом путем посева крови [12,13].

Лечение псориаза. В лечении псориаза необходимо учитывать распространенность кожных поражений, стадии заболевания, тяжести процесса, возраста и пола больного, наличия сопутствующих заболеваний и противопоказаний к тому или иному методу терапии или лекарственному средству. Лечение больных псориазом комплексное, для достижения максимального терапевтического результата, включает общую и местную терапию, физиотерапию с учетом стадии заболевания, тяжести клинических проявлений, особенностей локализации кожного процесса и

сезонности. Местная лекарственная терапия псориаза позволяет достичь уменьшения воспалительных явлений, инфильтрации и шелушения кожи. В зависимости от вида высыпаний и их локализации лекарственные средства могут быть представлены кремами, мазями, аэрозолями, лосьонами, шампунями и пр. При тяжелых формах псориаза используют цитостатики. Широкое распространение получил такой метод терапии, как ПУВА-терапия. Методы детоксикации - использование гемодеза, гемосорбции, плазмафереза. УФО крови и назначение

иммуномодуляторов. При артропатической форме псориаза целесообразно принимать нестероидные противовоспалительные препараты. Больным с псориазом можно рекомендовать климатотерапию на Мертвом, Черном морях с длительностью пребывания до 4 недель[14]. Для профилактики рецидивов следует соблюдать диету, нивелировать факторы риска. В комплексе реабилитационных мероприятий при псориазе значительное место занимает предупреждение повторных рецидивов дерматоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. - М.: Медицинская литература, 2006. - 156 с.
- 2 Владимиров В.В., Владимирова Е.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика. Качество жизни // Медицина. Болезни кожи. - 2006. - №6(17). - С. 38-44.
- 3 Nestle FO. Psoriasis // Curr Dir Autoimmun. - 2008. - №10. - P. 65-75.
- 4 Torti DC, Feldman SR. Interleukin-12, interleukin-23, and psoriasis: current prospects // J Am Acad Dermatol. - 2007. - №57(6). - P.1059-1068.
- 5 van Beelen AJ, Teunissen MBM, Kapsenberg ML, de Jong EC. Interleukin-17 in inflammatory skin disorders // Curr Opin Allergy Clin Immunol. - 2007. - №7(5). - P. 374-381.
- 6 Nickoloff BJ. Cracking the cytokine code in psoriasis // Nat Med. - 2007. - №13(3). - P. 242-244.
- 7 Бутова Ю.С. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем. Учебное пособие. - М.: Медицина, 2002. - 91 с.
- 8 Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1999. - 34 с.
- 9 Иванова О.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник. - М.: Медицина, 1997. - 108 с.
- 10 Кондрашов Г.В., Потеев Н.Н. Псориазическое поражение ногтей, клинические аспекты // Экспер. и клин. дерматокосметол. - 2005. - С. 49-53.
- 11 Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Эффективность инфликсимаба у больных псориазом // РМЖ. - 2005.- №13(16). - С. 73-82.
- 12 Коротков Н.Г. Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии). - Тверь: Губернская медицина, 2001. - 106 с.
- 13 Фитцпатрик Т. и др. Дерматология. Атлас-справочник. - М.: Практика, Мак-Грау-Хилл, 1999. - 269 с.

**Ж.А. Шортанбаева, Л.Т. Альменова, У.Т. Бейсебаева, А.Б. Хабижанов,
А.Ш. Абилхайыр, Н.Б. Бабазаде, У.П. Халмирзаева**

ПСОРИАЗДЫҚ КЕСЕЛ (АУРУ): ЗАМАНАУИ КЕЗЕҢДЕ СЕБЕП САЛДАРЫ, ПАТОГЕНЕЗІ, АҒЫМЫ

Түйін: Берілген мақалада псориаздың таралуының, этиологиясының, патогенезінің мәліметтері келтірілген. Псориаздың үрдістің негізгі иммунологиялық механизммен біргелесе жүретіндігі келтірілген; псориаздың клиникалық түрлері мен салыстырмалы диагностикасы.

Түйінді сөздер: псориаз, этиологиясы, патогенезі, таралуы, клиникалық қөрініс, клиникалық түрлері, дифференциалдық диагностика, псориаздық үштік, изоморфтық Кебнер белгісі, емі.

**Zh.A. Shortanbaeva, L.T. Almenova, U.T. Beisebaeva, A.B. Khabizhanov,
A.S. Abilkhayir, N.B. Babazade, U.P. Khalmirzayeva**

PSORIATIC DISEASE: ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CURRENT STAGE

Resume: The review article presents data on the prevalence of psoriasis, etiology, and pathogenesis. The main immunological mechanisms that are involved in the psoriatic process are presented; clinical varieties of psoriasis and differential diagnosis.

Keywords: psoriasis, etiology, pathogenesis, prevalence, immunological aspects, clinical picture, clinical varieties, differential diagnosis, psoriatic triad, isomorphic Kebner reaction, treatment.

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФУРУНКУЛЕЗА ЛИЦА

Ф.Ф. Ягофаров, Д.Б. Козубаева, Г.Ж. Абдрахманова, Э.В. Обьедкова,
Н.К. Кудайбергенова, О.А. Заворохина, И.М. Карыбжанов
Государственный медицинский университет г.Семей

Полиоксидоний в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим фурункулезом лица способствует нормализации системы фагоцитоза, ускоряет сроки заживления и снижает число рецидивов.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий фурункулез лица, система фагоцитоза, полиоксидоний

УДК 616.5-002.34

Хронический рецидивирующий фурункулез (ХРФ) — является довольно распространенным заболеванием. Одним из мест локализации фурункулов это волосяные фолликулы кожи лица, что требует госпитализации в челюстно-лицевое отделение. Ведущая роль в патогенезе заболевания отводится нарушениям со стороны иммунной системы [1]. При ХРФ изменяются показатели неспецифических, гуморальных и клеточных факторов защиты. Заболевание сопровождается хронической рецидивирующей гнойно-воспалительной реакцией в волосяных фолликулах кожи. Возникшие нарушения иммунной системе требуют применение методов иммунокоррекции, что способствует уменьшению числа рецидивов [2].

Актуальность применения различных иммуномодулирующих препаратов и разработка различных схем для повышения эффективности лечения ХРФ не вызывает сомнений. Одним из современных иммуномодуляторов является препарат полиоксидоний. Основой механизма иммуномодулирующего действия полиоксидония является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Препарат восстанавливает иммунные реакции при вторичных иммунодефицитных состояниях, вызванных инфекциями, травмами, ожогами, злокачественными новообразованиями, осложнениями после хирургических операций, применением химиотерапевтических средств, в т.ч. цитостатиков, стероидных гормонов. Наряду с иммуномодулирующим действием, полиоксидоний обладает выраженной детоксицирующей и антиоксидантной активностью, которые определяются структурой и высокомолекулярной природой препарата. Повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ, снижает их токсичность [3].

Цель исследования: оценить клинико-иммунологическую эффективность иммунокоррекции ХРФ лица препаратом полиоксидоний.

Материалы и методы: Всего было обследовано и пролечено в отделении челюстно-лицевой хирургии МЦ ГМУ г. Семей

24 больных ХРФ лица в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст $(33,5 \pm 11,5)$ лет), из них 11 мужчин и 13 женщин. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 8 лет. Пациентам проведены общеклинические и микробиологические исследования в лаборатории МЦ ГМУ г. Семей.

Все больные были разделены на 2 группы. Основная группа - 12 человек, получали в схеме комплексного лечения иммуномодулирующий препарат полиоксидоний. Контрольная группа - 12 человек, получали традиционное комплексное лечение, исключающее применение иммунокорректоров. Контрольные иммунологические исследования проводили в группе 10 здоровых лиц. Пациентам основной и контрольной групп проводилось комплексное лечение: хирургическое вмешательство при необходимости, перевязки и назначение средств общей и местной терапии, включая антибиотикотерапию, санация очагов хронической инфекции, лечение сопутствующей патологии эндокринной системы и ЖКТ, аллергопатологии. Пациентам основной группы дополнительно назначали полиоксидоний по 12 мг внутримышечно ежедневно в течение 7 дней. Для оценки показателей иммунитета в процессе традиционного лечения и при применении полиоксидония изучали динамику изменения показателей фагоцитоза, таких как фагоцитарное число, фагоцитарный индекс и НСТ-тест [4]. Исследования проводили до начала и на 10 день лечения перед выпиской. Аналогичные исследования проводились в контрольных подгруппах больных, получавших традиционное лечение и здоровых лиц. Все больные находились под наблюдением в течение 1 года.

Результаты.

Длительность ХРФ у пациентов составила от 1 года до 8 лет ($2,3 \pm 0,9$ года). В течение всего периода заболевания пациенты отмечали периодическое появление фурункулов на лице и теле. Частота обострений в год составила $4,7 \pm 1,2$, (Таблица 1) Клиническая картина характеризовалась наличием множественных фурункулов, высокой температуры и интоксикацией.

Таблица 1 - Частота обострений у больных ХРФ

Группа больных	n	Обострения		
		До 3-х раз в год	Раз в 2-4 месяца	Постоянное рецидивирование
Опытная	12	3	7	2
Контрольная	12	3	6	3

Как видно из данных таблицы, у большинства пациентов частота рецидивов встречалась раз в 2-4 месяца. Для эффективного лечения были проведены микробиологические исследования и определение

антибиотикочувствительности выделенных бактерий. Результаты бактериологических исследований представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Микрофлора гнойного отделяемого у больных ХРФ

группа	Кол-во	St. aureus	St. epidermal	Str. A и B	Смешанная микрофлора
опытная	12	9	1	1	1
контрольная	12	10	1		1
всего	24	19	2	1	2

Установлено, что преобладающим видом в обеих группах был золотистый стафилококк (75,0-83,3%). Значительно реже высевались другие микроорганизмы — эпидермальный стафилококк, стрептококки групп А и В. Высеянные штаммы были резистентны к пенициллиновой группе и чувствительны в 90% случаев к цефалексину, клоксациллину и котримоксазолу.

Клинические исследования установили, что у большинства пациентов (75,0%) наблюдаются различные хронические очаги инфекции, в основном ЛОР-органов (хронический фарингит, хронический гайморит, хронический тонзиллит). Различная хроническая патология ЖКТ (хронический гастрит, эрозивный гастрит, хронический холецистит) выявлена у 54,2% больных.

Таблица 3 - Частота сопутствующих заболеваний у больных ХРФ лица

группа	Кол-во	ЛОР-органов	Патология ЖКТ	Патология эндокринной системы	аллергопатология
опытная	12	8	8	5	4
контрольная	12	10	5	5	2
всего	24	18	13	10	6

Патология эндокринной системы (сахарный диабет, гипофункция щитовидной железы) отмечалась у 41,6 % пациентов. Различная аллергопатология наблюдалась у 25,0 % больных, что явилось показанием для применения противоаллергической терапии.

В результате проведенной терапии улучшение клинической картины заболевания отмечалось у всех наблюдаемых пациентов. В основной группе больных гнойные высыпания

полностью купировались в течение $6,2 \pm 1,4$, в контрольной группе – в течение $9,0 \pm 1,3$ дней ($p < 0,001$), длительность курса антибиотикотерапии составила $6,5 \pm 1,2$ и $8,4 \pm 1,1$ дней соответственно ($p < 0,001$).

У всех больных отмечались сниженные показатели системы фагоцитоза, что и явилось показанием для назначения полиоксидония.

Таблица 4 - Иммунологические показатели фагоцитоза у пациентов с ХРФ

Группы	N	Исследуемые параметры		
		ФЧ	ФИ (%)	НСТ
ХРФ опытная	12	$1,2 \pm 0,3^*$	$34,1 \pm 5,23^*$	$3,4 \pm 0,7^*$
		$3,4 \pm 0,4^{**}$	$49,7 \pm 4,1^{**}$	$6,8 \pm 0,8^{**}$
ХРФ контрольная	12	$1,4 \pm 0,2^*$	$35,3 \pm 5,16^*$	$3,6 \pm 0,6^*$
		$2,2 \pm 0,3^{**}$	$39,7 \pm 4,7^{**}$	$4,0 \pm 0,7^{**}$
Здоровые	10	$3,8 \pm 0,2$	$52,2 \pm 6,1$	$6,5 \pm 0,8$

*Показатели до лечения **Показатели после лечения

Иммунологические показатели после лечения в 1 группе больных получавших полиоксидоний почти соответствовали данным здоровых лиц, а у больных контрольной группы незначительно повысились, по сравнению с исходными данными, но были достоверно ниже по сравнению с показателями здоровых (табл.4).

Как видно из данных таблицы 5, у 3 пациентов опытной и у 1 пациента контрольной групп рецидивы ХРФ отсутствовали в течение полугода, а у 2-х больных опытной

группы рецидивы ХРФ в течение года не наблюдались. Рецидивы фурункулеза в опытной группе были значительно реже, по сравнению с контрольной. После проведенного лечения диспансерное наблюдение за больными в течение года показало достоверное снижение частоты обострений до $1,9 \pm 1,0$ раз в год ($p < 0,001$ по сравнению с показателями до начала лечения) в основной группе, в то время как в контрольной группе этот показатель существенно не изменился и составил $4,3 \pm 1,1$ обострений в год.

Таблица 5 - Частота рецидивов у больных ХРФ до и после лечения

Группа больных	n	Отсутствие рецидивов		Рецидивы*		
		До 6 месяца	До 1года	До 3-х раз в год	Раз в 2-4 месяца	Постоянное рецидивирование
Опытная	12	3	2	2 (3)	4 (7)	1 (2)
Контрольная	12	1	-	3 (3)	5(6)	3 (3)

*Первая цифра - количество больных с рецидивами ХРФ после лечения, вторая – до лечения

Полиоксидоний хорошо переносится больными, отсутствовали местные, общие побочные и аллергические реакции. Препарат благоприятно влияет на клиническую картину ХРФ лица, уменьшает интоксикацию. Полиоксидоний у 25,0% больных продлевает ремиссию до 6 мес., а у 16,7% до 1 года нормализует ряд иммунологических параметров системы фагоцитоза, и может быть рекомендован к применению в комплексной терапии ХРФ.

Таким образом, применение полиоксидония в комплексном лечении у больных ХРФ лица со сниженными показателями фагоцитарного звена иммунитета способствует восстановлению иммунных показателей, ускоряет сроки заживления и снижает число рецидивов по сравнению с данными больных получавших только традиционное лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сетдикова Н.Х., Латышева Т.В. Комплексные механизмы развития хронического рецидивирующего фурункулеза и пути их коррекции // Иммунология. – 2000.- № 3. – С. 48-50.
- 2 Манько А.С., Сетдикова Н.Х., Латышева Т.В., Горностаева Ю.А., Котова О.М., Голубева Н.М. Клинико-иммунологическая эффективность сераида у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом // Российский аллергологический журнал. – 2005. - № 5. - С.75-77.
- 3 Камашева Г.Р. Иммуномодулирующая терапия при хроническом фурункулезе // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т.3. - С. 84-88.

**Ф.Ф. Ягофаров, Д.Б. Козубаева, Г.Ж. Абдрахманова, Э.В. Обьедкова, Н.К. Кудайбергенова,
О.А. Заворохина, И.М. Карыбжанов**

БЕТТЕГІ СОЗЫЛМАЛЫ ФУРУНКУЛЕЗДІҢ ИММУНДЫ КОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЕМІ

Түйін: Бетінде созылмалы рецидивтеуші фурункулезі бар науқастарды полиоксидониймен кешенді түрде емдегенде фагоцитоз жүйесі қалыпқа келеді, жараның жазылуын тездетеді және рецидивті азайтады.

Түйінді сөздер: беттегі созылмалы рецидивтеуші фурункулез, фагоцитоз жүйесі, полиоксидоний

**F.F.Yagofarov, D.B.Kozubayeva, G.Zh.Abdrakhmanova, E.V.Obedkova, N.K.Kudaibergenova,
O.A.Zavorokhina, I.M.Karybzhanov**

IMMUNOCORREGING THERAPY OF THE CHRONIC RECURENT FUNRUNKULESIS FACE

Resume: Polyoxidonium in the complex treatment of patients with of the chronic recurrent furunculosis face promotes to the normalization of the phagocytosis system, accelerates the healing time and reduces the number of relapses.

Keywords: chronic recurrent a furunculosis of the face, phagocytosis system, polyoxidonium

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ЛОР-ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ДАННЫМ ГКБ №5 Г.АЛМАТЫ

М.М. Кулмат, Е.С. Утеулиев
КазНМУ им.С.Д.Асфендияров,
Магистрант 2 года обучения НПМ ОЗ

Проведен анализ заболеваемости ЛОР-органов взрослого населения по данным обращаемости в приемное отделение специализированной городской клинической больницы №5 г. Алматы за период с 2012 г. по 2016 г. Оценка здоровья взрослого населения осуществлялась по ретроспективным и проспективным материалам медицинских отчётов за 2012-2016 гг.

Ключевые слова: заболеваемость ЛОР-органов, неотложная помощь, госпитализация, экстренные мероприятия.

УДК 616.21-08-083.98:615.859(547.51)

Актуальность. Заболевания ЛОР-органов занимают ведущее место в патологии дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, почек и т. д. и имеют сложные функциональные взаимосвязи с другими органами и системами организма. В практике ЛОР-врача встречаются травмы, инородные тела, и кровотечения из ЛОР-органов, требующие неотложной помощи. В ряде случаев благополучный исход заболевания будет зависеть от своевременного и правильного оказания неотложной помощи [1, 2]. На современном этапе развития медицинской науки проблема оториноларингологических болезней приобрела еще большую медико-социальную значимость. Произошел существенный рост распространенности патологии верхних дыхательных путей, так по данным ряда авторов на них приходится от 12% до 43% от всей ЛОР-патологии. По данным Российских авторов, также ежегодно ЛОР-заболеваемость увеличивается на 1-2% [3-5, 6]. Медицинская профилактика в основном считается задачей врачей первичного звена, тогда как врач-оториноларинголог отнесен к категории «узких» специалистов. Болезни уха, горла и носа являются самыми распространенными, нет ни одного человека, хотя бы раз не болевшего острым насморком; почти все дети переносят острый или экссудативный средний отит. Своевременное и правильное лечение этих заболеваний дает возможность избежать осложнений и развития хронической патологии [1,2]. Распространенный тезис о том, что с большей частью ЛОР-болезней с успехом может самостоятельно справиться участковый терапевт, педиатр или врач общей практики, на наш взгляд, не только слишком оптимистичен, но и несет в себе серьезные риски. Поэтому, среди других клинических дисциплин оториноларингологии принадлежит особое место [7,8].

Нами проведен анализ заболеваемости верхних дыхательных путей и уха взрослого населения по данным

обращаемости в приемное отделение специализированной городской клинической больницы №5 г. Алматы за период с 2012 г. по 2016 г. Оценка здоровья взрослого населения осуществлялась по ретроспективным и проспективным материалам медицинских отчётов за 2012-2016 гг. Учитывались заключительные, уточненные диагнозы. Заболеваемость перечисленной патологии ЛОР-органов коррелирует с эффективностью работы как первичного звена поликлиник (ЛОР-врач ПСМП), экстренной стационарной помощи населению, улучшением качества оказываемых услуг и др. [6]. Одной из актуальных проблем повышения качества медицинской помощи применительно к оториноларингологической службе, является, в первую очередь, модернизация работы в системе амбулаторно-поликлинического звена, осуществляющего основной объем мероприятий лечебно-профилактической направленности у пациентов с заболеваниями уха, горла и носа [3-5, 6].

Исследование структуры заболеваемости и количества пациентов, обратившихся за неотложной оториноларингологической помощью в приемное отделение городской клинической больницы №5, выглядит следующим образом. Показатели определялись числом обращений за медицинской помощью в приемное отделение в календарном году на 100000 населения. В 2012 году число обратившихся за неотложной ЛОР-помощью: всего – 17% (11210 человек), из них госпитализировано всего-18% (3946 человек). В 2013 году всего обратившихся –19%(12583 человек), госпитализировано всего- 20%(4239 человек). В 2014 году всего обратившихся –20% (13725 человек), госпитализировано всего-20% (4230 человек). В 2015 году всего обратившихся – 21% (14358 человек), госпитализировано всего- 20% (4274 человек). В 2016 году всего обратившихся – 23% (15880 человек), госпитализировано всего- 22% (4650 человек). (Таблица 1).

Таблица 1 - Показатели числа обращений за неотложной ЛОР-помощью в приемное отделение (на 100000 населения)

годы	Число обратившихся за неотложной ЛОР-помощью (человек) %	Госпитализированные (человек) %
2012	17%	18%
2013	19%	20%
2014	20%	20%
2015	21%	20%
2016	23%	22%

При анализе обращаемости с 2012 года до 2016 года по данным статистических отчетов, за последние пять лет заболеваемость ЛОР-патологией возросла на 18 %. По-видимому, количество обращений увеличилось за счет присоединения к городу Алматы населения области и большую часть обращений составляли самообращения. Как видно из приведенного материала, ежегодно в течение 2012-2016 годов увеличивается доля больных с ЛОР-патологией, подлежащих госпитализации. По сравнению с периодом 2012 года, доля госпитализируемых больных в общей численности обратившихся больных, в 2016 года увеличилась на 8%, что свидетельствует об увеличении

числа больных, страдающих ЛОР-патологией и нуждающихся в неотложных медицинских мероприятиях. Вместе с тем, за пятилетний анализируемый период всего за неотложной оториноларингологической помощью обратилось 67756 человек, при этом средний отбор на госпитализацию составил 20%. Основная часть больных с неотложными состояниями по поводу оториноларингологической патологии обращалась в дневное время - 82,2% и в ночные часы -17,8%. Наиболее высокая обращаемость по поводу обострений хронических заболеваний ЛОР-органов зарегистрирована в

осенне-зимний период (74,6%), по поводу инородных тел и механических травм ЛОР-органов в летний период-25,7%. В изучаемые годы установлены прямые корреляционные зависимости между уровнем заболеваемости хроническими болезнями носа, уха, глотки в холодное время года (т.е. осенне-зимний период). Т.е. наблюдается устойчивая тенденция увеличения числа лиц взрослого населения за 5-летний период наблюдения в крупном мегаполисе г.Алматы. То есть, явно видна нарастающая хронизация во времени ЛОР-патологии, в которой не последнюю роль

играет влияние экологических факторов, и экономических, и социальных. Возрастная структура обратившихся в приемное отделение специализированной клиники пациентов характеризуется преобладанием лиц трудоспособного возраста (20-29 лет) - 76,2%; пациенты возрастной группы 60-69 лет, 70 лет и старше составили 9,4%; больные до 20 лет -14,4%. Мужчины обращались за неотложной специализированной оториноларингологической помощью чаще (57,2%), чем женщины (42,8%).

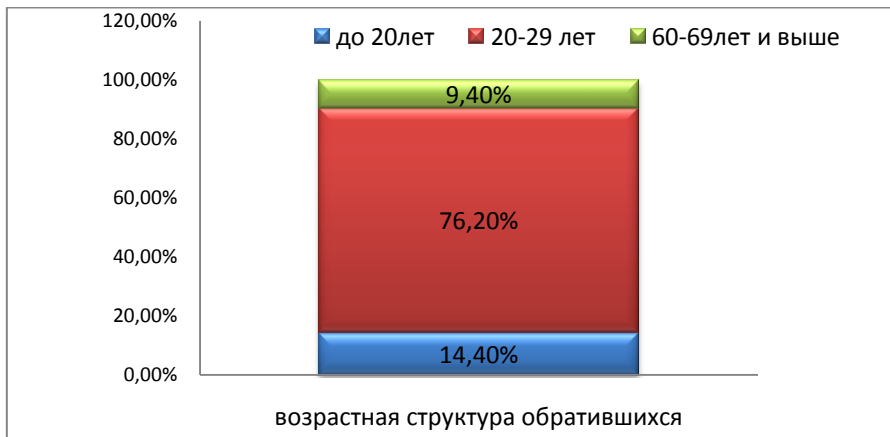


Рисунок 1 - Возрастная структура обратившихся пациентов

Таким образом, возрастной анализ статистических данных по ЛОР-заболеваемости установил, что болеют все возрастные категории, но преимущественно это - лица трудоспособного возраста.

В структуре всех обращений заболевания носа составили - 24% , заболевания уха -28%, заболевания горла-16%; кровотечения из ЛОР -органов -11%, перелом костей носа-14%, инородные тела уха, горла и носа -2%; открытые раны уха, носа-5% (рисунок 2).

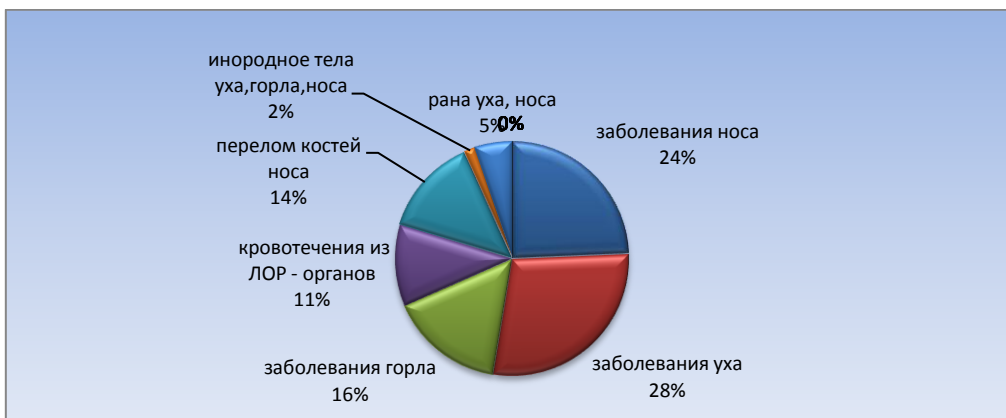


Рисунок 2 - Структура обращений пациентов с ЛОР-патологией за неотложной медицинской помощью (в %)

Из всего числа обратившихся в период с 2012года до 2016 года за неотложной оториноларингологической помощью, 13% больных направлены специалистами –ЛОР-врачами из

поликлиник (ПСМП), 14% - доставлены машиной скорой медицинской помощи, значительная часть пациентов - 73%, поступали самостоятельно (рисунок 3).

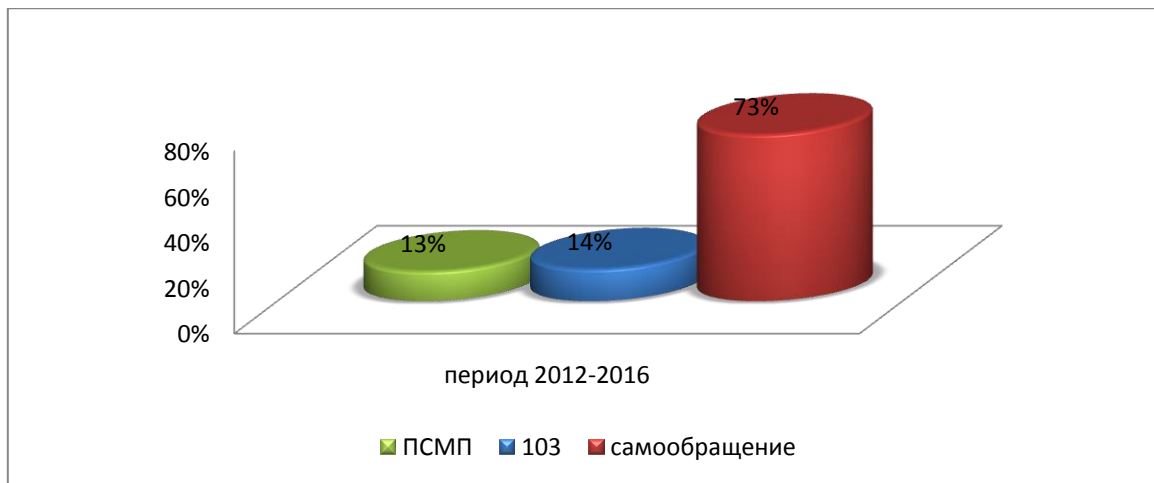


Рисунок 3 - Структура направленных: ПСМП, машиной скорой медицинской помощи (103), самообращение

Объем экстренных мероприятий включал в себя восстановление проходимости дыхательных путей, временную остановку кровотечения, инстилляцию лекарственных препаратов, наложение асептической повязки, трахеотомию, обеспечение транспортировки больного при острых заболеваниях, состояниях и травмах в другие ЛПУ, и/или реанимационное отделение (в зависимости от общего состояния больного).

Таким образом, анализ полученного нами материала позволил установить структуру неотложной оториноларингологической помощи, объем экстренных мероприятий, что следует учитывать при разработке организационных мероприятий по планированию неотложной специализированной оториноларингологической помощи на уровне крупного города. Вместе с тем, углубленный анализ заболеваемости и объем экстренных мероприятий при неотложных состояниях в оториноларингологии позволяет увидеть неправильность структуры неотложной оториноларингологической заболеваемости, что служит ориентиром для оптимизации современных уровней госпитализации в условиях существующей реорганизации системы оказания медицинской помощи населению.

Выводы:

- В современных условиях социально-экономических преобразований в Республике Казахстан и реформировании сектора здравоохранения, необходимо проводить исследования, направленные на совершенствование организации неотложной специализированной оториноларингологической помощи населению, что способствует повышению качества и доступности специализированной помощи.
- ЛОР-врачом должно проводиться диспансерное наблюдение больных с хроническими и рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов во взаимодействии с врачами других специальностей.
- Определить в качестве приоритетного направления научные исследования изучения физиологических и патофизиологических процессов в слизистой оболочке верхних дыхательных путей и уха, лимфаденоидного глоточного кольца, патогенеза развития воспаления на клеточном и молекулярном уровнях.
- Необходимо повышать уровень информированности населения по проводимой профилактике заболеваний ЛОР-органов на уровне ПСМП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Крюков А.И. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, носа и верхних дыхательных путей: актуальность проблемы и пути решения // Вестн. оторинолар. — 2004. - №1. - С. 3-4.
- 2 Объем и характер диагностических исследований в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1987. — № 1. — С. 24 - 25.
- 3 Саркисова Ф.Р. Амбулаторная хирургия в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. - 2001. - №4. - С. 36-38.
- 4 Кича Д.И., Бреусов А.В., Ликстанов М.И. Стандартизация медицинской помощи – основа повышения ее эффективности и качества // Современные технологии и организация работы многопрофильной больницы: тез. докл. Межрег. науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию ГКБ №3. – Кемерово: 2005. – С. 16-24.
- 5 Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н. и др. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса // Пробл. управл. здравоохранением. - 2003. - №1(8). - С.13-17.
- 6 Г.М. Шалгумбаева, О.А. Юрковская, Б.Т. Жуматаева, Ф.М. Заурембекова, К.А. Абдрахманов, О.Н. Нұртас, А.Б. Тортаев, Ф. А. Шынарбеков. Информированность населения г. Семей о проводимых профилактических мероприятиях в амбулаторных условиях // Вестник КазНМУ. - 2017. - №2. - С.321-325.
- 7 Krajewski M.J. Case analysis of private ENT practice in Warsaw, Poland // The XVIIth World Congress of the International Federation of Oto-rhino-laryngological societies (IFOS): Abstract book. - Cairo, Egypt: 2002. - P. 130-141.
- 8 Otorinolaryngology emergency unit care: The experience of a large university hospital in Italy Brief Article - Statistical Data Included // Ear Nose Throat J. - 2000. - Vol. 79, №3. - P. 155-158.

М.М. Құлмат, Е.С. Утеулиев

№5 ҚКА-НЫҢ МӘЛІМЕТІ БОЙЫНША ХАЛЫҚҚА ЖЕДЕЛ ЛОР КӨМЕК ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Алматы қаласы №5 мамандандырылған қалалық клиникалық ауруханасының 2012-2016жылдар аралығында қабылдау бөлімшесіне келіп қаралған ересек тұрғындардың Лор – ағзаларының сырқаттанушылығын талдау жұмысы жүргізілді. Ересек тұрғындардың денсаулығына баға беру 2012-2016 жылдар аралығындағы ретроспективті және проспективті медициналық есептер бойынша жүргізілді.

Түйінді сөздер: жоғарғы тыныс жолдарының ауруы, шұғыл көмек, госпитализация, төтенше жағдай.

M.M. Kulmat, E.S. Uteuliyev

Asfendiyarov KazNMU

Master of 2 years of education NPM OZ

ORGANIZATION OF EMERGENCY ENT – ASSISTANCE TO POPULATION ACCORDING TO THE DATA GKB №5 ALMATY

Resume: The analysis of morbidity of adult population ENT organs was carried out according to the data of appeal to the admission department of the specialized city clinical hospital №5 in Almaty for the period from 2012 to 2016. The health assessment of the adult population was carried out according to the retrospective and prospective materials of the medical reports for 2012-2016.

Keywords: morbidity of ENT organs, emergency care, hospitalization, emergency measures.

ЮБИЛЕЙНАЯ ЭСТАФЕТА

Г.Т. Ермуханова, Ж.И. Рысбаева, Г.А. Каркимбаева
Кафедра стоматологии детского возраста КазНМУ

РОЛЬ КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РЕШЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра стоматологии детского возраста была организована в 1977 году. Первый состав кафедры: доцент Д.Н.Джумадилаев (заведующий), доцент В.М.Чапала, ассистенты к.м.н. Т.К.Супиев, к.м.н. А.А.Кабулбеков, к.м.н. Х.С. Мергембаева, к.м.н. Е.С. Сламов (фото 1).



С первых дней организации кафедра начала интенсивную работу по составлению учебно-методических материалов, стала крупным центром по подготовке научно-педагогических кадров. Вновь созданы лекционный курс, методические разработки для студентов и преподавателей, рабочая учебная программа по специальности, квалификационная характеристика врача-стоматолога детского. С 1989 года началась подготовка детских стоматологов в субординатуре и интернатуре. В 1987 году открылась аспирантура, где обучились 17 человек, в 1993 году – докторантура. С 1979 года на кафедре подготовлены более 50 клинических ординаторов (из них – 7 иностранцев), более 60 докторов и кандидатов медицинских наук, магистров и PhD-докторов. Кафедра с 1980 г. по 1985 год выполняла фрагмент научной темы «Влияние качественно различного питания на основные стоматологические заболевания). За 1986-90 гг. велись научные исследования по теме «Комбинированное воздействие факторов окружающей среды на организм», а начиная с 1991 года – фрагменты научной темы: «Клинико-эпидемиологическая классификация в биохимических провинциях Казахстана». С 1997 г. по 1999 год кафедра выполняла фрагменты республиканской НИР «Развитие стоматологической службы в РК: изучение эпидемиологии, организации, профилактики и лечения стоматологических заболеваний...», с 2000 года приступила к выполнению фрагмента НИР КазГМУ «Эпидемиология, патогенез, профилактика и особенности лечения стоматологических заболеваний у детей и подростков с учетом воздействия окружающей среды.

По результатам научных исследований сотрудниками кафедры защищены 7 докторских диссертаций: Клиника и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний в разные возрастные периоды » (Супиев Т.К., 1 ЛМИ, 1984); «Профилактика осложнений при зубном протезировании у больных с пороками сердца» (Джумадилаев Д.Н., ММСИ, 1990); «Разработка и внедрение комплексных методов профилактики стоматологических заболеваний в условиях адаптации в неблагоприятных климато-географических регионах» (Есим А.Ж., ММСИ, 1991); «Профилактика кариеса с учетом влияния факторов риска гомеорезис слюны (Кабулбеков А.А., ММСИ, 1991); «Изучение динамики стоматологической заболеваемости в регионе, прилежащем к ядерному полигону, разработка и оценка эффективности предложенных мер ее профилактики» (Шалабаева К.З., ЦНИИС, 1999). «Влияние факторов окружающей среды на стоматологическую заболеваемость детей и подростков в РК и разработка мер профилактики» (Алдашева М.А., 2001, Инст.питания МЗ РК), «Клинико-иммунологические аспекты развития и комплексная терапия острого одонтогенного остеомиелита у детей» (Нурмаганов С.Б., 2003, КазНМУ). Завершены 2 докторские диссертации (Жаналина Б.С., Ермуханова Г.Т.), (фото 2).



За период с 1977 по 2004 г.г. сотрудниками и аспирантами кафедры защищены 32 кандидатская диссертация: Галяпин А.С., Байшулаков А.А., Нурмаганов С.Б., Ермуханова Г.Т., Дырда В.П., Жаналина Б.С., Толеубекова Т.А., Зыкеева С.К., Ахметжанова А.М., Раганин М.У., Замураева А.У., Изенбаев Н.Б., Битикенова С.Б., Калдыбаева М.К., Нурашева Г.И., Ж.И.Рысбаева, Н.В.Зимарева, Стабаева Г.С., Кенебаева Л.О., Кипшакбаев Р.К., Сабитова К.Е., Кайкенова С.Е., Атабаев С.А., Имад Мухаммед, Абралина Ш.Ш., Таганязова А.А., Негаметзянов Н.Г., Фазылов Ж.А., Уатаева А.Т., Жапаров С.А., Джоджуа З.А., Аханов С.А.

За эти годы сотрудниками кафедры опубликовано более 500 научных статей, издано 8 монографий, 16 учебных пособий, 16 методических рекомендаций. Составлено более 60 рационализаторских предложений, получено 7 авторских свидетельств и более 25 патентов. Под редакцией профессора Супиева Т.К. изданы 11 сборников научных работ, с 1998 года издается республиканский научно-практический журнал «Проблемы стоматологии». С 2002 года издается Республиканская профессиональная газета «Стоматология - Қазақстан».

Сотрудниками кафедры в 2017-2018 учебном году являются зав.кафедрой – проф. Г.Т.Ермуханова, проф. Мамеков А.Д., проф. Т.К.Супиев, к.м.н. доценты: Рысбаева Ж.И., Каркимбаева Г.А., Кайкенова С.Е., ассистенты, кандидаты меднаук Онайбекова Н.М., Фазылов Д.А., Ахмет Х.И., Атежанов Д.О., магистр Оспан О.Б., ассистенты Камиева З.Р., Коробкина Т.В., Ибрагимова К.Х., Король Л.У., Караськова Д.С., Дурумбетова М.М.

Кроме указанных преподавателей, на кафедре в разные годы работали доценты Чапала В.М., Мергембаева Х.С., Алдашева М.А., Негаметзянова Р.А., Камалов Ш.Б., Нургалиева Ш.М., Мукаш Т.К., кандидаты медицинских наук, ассистенты: Сламов Е.С., Стразина Т.В., Галяпин А.С., Толеубекова Т.А., Ахметжанов А.М., Изенбаев Н.Б., Битикенова Г.Б., Калдыбаева М.К., Атабаев С.А., Рысбаева Ж.И., Стабаева Г.С., Кипшакбаев Р.К.; ассистенты – Хайруллина С.К., Карабалаева Р.Ж., Сейтказиева Л.М., Билисбаева М.О., Таганов В.Л., Тулеуова К.К., Альпаттина Д.А., Шарипова С.К., Коробкина Т.В. и др. Кафедра стоматологии детского возраста с профилактикой стоматологических заболеваний КазНМУ является единственным самостоятельной кафедрой в Республике Казахстан, стала консультативно-методическим центром по детской стоматологической службе, организации учебного процесса и научных исследований в области детской стоматологии. Под руководством проф. Супиева Т.К., кроме кафедры, выполняются докторские и кандидатские диссертации в Карагандинской, Семипалатинской, Актюбинской медицинских академиях и в РНКЦ «Стоматология».

Налажены тесные связи с базовыми лечебными учреждениями, среди которых основными являются городская детская стоматологическая поликлиника (гл. врач – к.м.н. Мусаев Б.С.) и городская клиническая больница № 5 (гл. врач – д.м.н. Садыков Б.С.), УК «Аксай» (гл. врач – к.м.н. Брежнева И.В.). Кроме того, занятия со студентами проходят в стоматологических кабинетах ряда школ г.Алматы. Сотрудники кафедры постоянно участвуют и выступают с сообщениями на врачебных конференциях. Постоянно внедряются современные технологии и новые разработки кафедры в практическое здравоохранение.



Джумадилаев Жанибек Налибаевич с 1977 по 1988 г.г. возглавлял кафедру стоматологии детского возраста. С 1984 по 1995 г.г. он являлся деканом стоматологического факультета университета. В 1990 году защитил докторскую диссертацию. В 1995 году профессор Джумадилаев Ж.Н. избран академиком Академии медицинских наук РК, он автор более 100 научных работ. В настоящее время профессор Джумадилаев Д.Н. находится на заслуженном отдыхе.



Супиев Турган Курбанович – доктор медицинских наук, профессор, с 1988 года по 2011г. заведовал кафедрой стоматологии детского возраста КазНМУ. В 1972 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Материалы по этиологии, клинике и лечению фурункулов и карбункулов лица». В 1977 году Супиев Т.К. переведен на кафедру стоматологии детского возраста ассистентом. Докторскую диссертацию защитил ее в 1984 году. Он автор более 300 научных работ. В 1995 году профессор Т.К.Супиев избран академиком Академии профилактической медицины РК. Профессор Супиев Т.К. являлся главным детским стоматологом МЗ РК. В 1999 году профессор Супиев Т.К. награжден Почетной грамотой Ассамблеи народов Казахстана, в 2001г. - Почетной грамотой Республики Казахстан, в 2003 году ему присвоено высокое звание “Қазақстанның еңбек сіңірген қайраткері”.



Есим Аскербек Жармагамбетович – доктор медицинских наук, профессор, родился в семье рабочего в 1941 году. В 1966 – 69 гг. закончил целевую аспирантуру ЦОЛИУ врачей в г. Москве. Работал ассистентом кафедры детской хирургии АГМИ в 1969 – 70 гг. В 1970 – 80 гг. – ассистент, доцент Семипалатинского медицинского института по курсу стоматологии. В 1972 защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние свертывания при кавернозных гемангиомах и нейрофиброматозе челюстно-лицевой области». С 1980 г. по настоящее время работает на кафедре стоматологии детского возраста КазНМУ на должности доцента, профессора. В 1991 г. защитил докторскую диссертацию. А.Ж.Есим ведет учебный процесс по разделу детской хирургической стоматологии на государственном и русском языках. Он автор свыше 100 опубликованных работ, 15 патентов РК, 8 рац. предложений, 1 изобретения СССР, 2 методических разработок. Подготовил одного кандидата медицинских наук. Таким образом, на кафедре работают высококвалифицированные специалисты – педагоги, готовятся 4 докторанта и более 10 аспирантов и соискателей. Кафедра находится на творческом подъеме и в настоящее время.



Кафедра стоматологии детского возраста КазНМУ сегодня – слаженный коллектив преподавателей-единомышленников, опытных врачей-стоматологов, активных наставников. В рядах профессорско-преподавательского состава кафедры ветераны стоматологической и педагогической службы, молодые кадры. 40 лет для кафедры не предел! Впереди новые достижения, новые высоты!

К 70-летию заведующего кафедрой «Хирургия №2» доктора медицинских наук, профессора Ибадильдина Амангельды Сейтказывовича



Ибадильдин Амангельды Сейтказывович родился в г. Щучинск Кокчетавской области 8 августа 1947 г. После окончания школы поступил на лечебный факультет Карагандинского Государственного медицинского института и в 1969г. получил диплом по специальности – лечебное дело. Работал врачом-хирургом, заведующим хирургического отделения, в Щучинской районной больнице, городских больницах г.Алматы – ЦГКБ, БСМП – заведующим торакального отделения. В 1989 г. защитил кандидатскую на тему: «Комплексное лечение больных резистентным асцитом при портальной гипертензии», в 1994 г. – докторскую диссертацию, на тему: «Клиническое значение полисиндромности при циррозе печени и современные подходы к ее хирургическому лечению». Материалы обеих диссертаций легли в основу изданных 2 монографий по вопросам диагностики и лечения портальной гипертензии. В книгах приведены оригинальные технологии оперативных вмешательств при портальной гипертензии, методы лазерного, УФ-облучения крови, использование озонированных растворов при полисиндромных осложнениях цирроза печени. В практическое здравоохранение были внедрены эфферентные методы лечения при осложненном течении цирроза печени. С 1989 г. работает в Казахском Национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова. Работал ассистентом, доцентом, профессором кафедры госпитальной хирургии КазГМУ. Имеет ученое звание профессора медицины. В августе 1998 г. назначен на должность заведующего курсом факультетской хирургии с преподаванием на государственном языке, после избрания по конкурсу, с 2000 г. зав. кафедрой «Хирургиялық аурулары», с сентября 2006г. – «Хирургических болезней №3», в настоящее время – «Хирургия №2». В 1998 г. Ибадильдин А.С. назначен проректором учебно-методического объединения медицинских вузов РК, с 2002 по 2005гг. – проректор КазНМУ по воспитательной работе, советник ректора.

Имеет высшую квалификационную категорию по хирургии с 1988г.

Выполняет все виды оперативных вмешательств на органах брюшной полости, щитовидной железы, экстренные операции на грудной клетке, при патологии сосудистой системы, шунтирующие, лимфоденирующие операции при портальной гипертензии. В настоящее время выполняет операции с применением новых технологий – видеоэндолапароскопические вмешательства на печени, билиарном дереве, органах брюшной полости, малого таза. Научные интересы профессора Ибадильдина А.С. охватывают широкий круг хирургических вопросов портальной гипертензии, хирургической инфекции, абдоминальной хирургии, отличаются оригинальностью и практической ценностью. Под руководством Ибадильдина А.С. защищены 6 кандидатских диссертаций.

Результаты учебно-методической и научно-исследовательской работы опубликованы в виде 8 методических рекомендаций, 8 учебных пособий, более 650 печатных работ в изданиях Республики Казахстан, стран СНГ, Российской Федерации. Ибадильдин А.С. соавтор 10 монографий, 7 учебников по хирургии на государственном языке, имеет 7 авторских свидетельства (СССР, РК), 15 рацпредложений. Монографии посвящены вопросам хирургического лечения портальной гипертензии, отечно-асцитического синдрома, лимфо-билиарной гипертензии, хирургии печени, билиарного дерева, изданы в соавторстве с учеными РК, РФ (Санкт-Петербург)

Ибадильдин А.С. – член Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова, хирургов-гепатологов стран СНГ, хирургов РК, неоднократно выступал с докладами на хирургических конгрессах, съездах, конференциях РК, стран СНГ, заседаниях общества хирургов г. Алматы и Алматинской области.

Отличник здравоохранения РК с 1998г. Награжден Золотой медалью ННЦХ им. А.Н. Сызганова «За заслуги и вклад в хирургию» 2013г., Золотой медалью Университета – июнь 2014г., Карагандинским государственным медицинским университетом - награжден медалью имени П.М. Поспелова «За вклад в развитие КГМУ», избран почетным доктором Башкирского государственного медицинского университета в феврале 2017г.

Высокий профессионализм, личные качества Ибадильдина А.С. снискали авторитет среди коллег по работе и студентов КазНМУ, сотрудников базовых клиник и больниц.

Ученики, коллеги, сотрудники кафедры поздравляют А.С. Ибадильдина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, неиссякаемой энергии и дальнейших успехов в лечебной, научной и педагогической деятельности.

Коллектив кафедры «Хирургия №2» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!!!

Стоматолог-ортопед, доктор медицинских наук, заслуженный деятель РК. Окончил АГМИ в 1969 году. В 1987 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Совершенствование стоматологической помощи рабочим фосфорной промышленности, клиничко-лабораторное обоснование специфических профилактических средств и зубопротезных материалов».

Основным направлением научных исследований являются вопросы оказания стоматологической помощи рабочим промышленных предприятий и разработка мер профилактики. С 1989 года – заведующий кафедрой ортопедической стоматологии КазНМУ. Подготовил 15 кандидатов и 1 доктора медицинских наук. Работал деканом стоматологического факультета (1995-2000).

Опубликовано более 250 научных работ, 4 монографии, 10 методических указаний и пособий, получены 13 авторских свидетельства на изобретение, 15 патентов, сделано 38 рационализаторских предложений.

Член редколлегии журнала «Проблемы стоматологии», «Российского стоматологического журнала» и «Нейростоматология», Президент Казахстанской Стоматологической Ассоциации (КСА), член Всемирной Ассоциации стоматологов (FDI).

Награжден значками «Отличнику здравоохранение» (1983), «Заслуженный изобретатель СССР» (1988), «Серебряной медалью КазНМУ» (2007)

Ваше умение и опыт, ваш профессионализм, бескорыстие, самоотверженность вызывает уважение. Ваша жизнь и деятельность могут служить примером постоянной творческой работы над собой, широты научных и общественных интересов, неизменной принципиальности, служения народу. Природа щедро одарила вас особой красотой и обаянием, умом и мудростью. Ваша бескорыстная любовь к друзьям, близким, ученикам и родным не знает границ, Вы живете и создаете для них.

Продолжайте оставаться эталоном и примером добропорядочного и мудрого учителя, наставника, который озаряет путь жаждущим знаний.

С поздравлением, коллектив кафедры ортопедической стоматологии

Содержание

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

- Г.К. Каусова, Т.М. Файзрахманова**
К ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР) 1
- С.Е. Еркенова, А.Н. Эубәкір, М.Б. Жүсүпбек, С.Ж. Құламетова, А.И. Кожанова, Ш.Б. Танабаева, А.Т. Манучехр**
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДНОГО БРАКА 3
- С.Е. Еркенова, А. Ергалиқызы, А.К. Қалдыбекова, М.О. Құрбанова, Е.Е. Шәденова, А.Б. Каримбекова**
АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 6
- С.Е. Еркенова, А.Н. Эубәкір, М.Б. Жүсүпбек, С.Ж. Құламетова, А.И. Кожанова, Ш.Б. Танабаева, А.Т. Манучехр**
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТЕЛА МАТКИ 8
- Р.Н. Кенжеханова**
ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 11
- С.Е. Еркенова, Е.Е. Шәденова, А.Б. Каримбекова, М.О. Құрбанова, А.К. Қалдыбекова, А. Ергалиқызы**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ 13
- Э. Рамазанова, Г. Бапаева, Г. Ахмедьянова, А. Хожамуратова, А. Алишева, А. Шуганова**
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ) 15
- Г.Ж. Токмурзиева, Т.Х. Хабиева, Ю.И. Рузиматова**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА 20

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Қ. Құнанбай, А.Қ. Қаирбеков, М.Е. Рамазанов, Ж. Арыстан**
ПСОРИАЗДЫҢ ИММУНОПАТОГЕНЕЗИНДЕ ЦИТОКИНДІК БҰЗЫЛЫСЫ 23

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

- Н. Тлеумбетова, Г. Нусупбаева, Д. Амандосова, А. Кулжабаева, Е. Дурумбетов, А. Магай**
РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ВИРУСОВ КОРИ, ЦИРКУЛИРОВАВШИХ НА ТЕРРИТОРИИ КАЗАХСТАНА В 2015 ГОДУ 27
- А.А. Асен, А.И. Аменов, Е.С. Утеулиев, А.К. Сактапов, Н.Н. Исакова, У.Ш. Аманжолова**
СОВРЕМЕННЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 31

КАРДИОЛОГИЯ

- Е.К. Магауин, Г.К. Каусова**
К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СТАРШЕ 70 ЛЕТ 38
- Г.К. Каусова, Е.Т.Толеу, А.Т. Кодасбаев, А.Н. Нурбакыт**
К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 40
- А. Кайрбеков, К. Құнанбай, Б.А. Ералиева, Н.Б. Байжигитова, М.И. Ордаханова, Б.Х. Киекова**
ВЫБОР ДИУРЕТИЧЕСКОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ 43

- Д.А. Капсултанова, Д.А. Ахментаева, Г.Б. Ползик, Абдул Маджид Рахими, Б.Г. Тулегенова, Ж.М. Алдабекова, А.Т. Алпарова**
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕКСТРОКАРДИИ У ПАЦИЕНТКИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 46
- Е.М. Пушилина, Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева**
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС 49
- О. Тайманулы, И.Е. Сагатов, Е.С. Утеулиев, А.О. Мырзагулова, Т.В. Маслов**
ТРОМБОЗ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЧИНЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 52
- M.S. Berdikhojayev, A.M. Aringhazina, E.S. Uteuliyev, I.K. Kentayeva**
ACTUAL ISSUES OF NEUROENDOVASCULAR AID TO PATIENTS WITH CEREBRAL ANEURVES 56

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

- А.З. Сатханбаев, Ы.А. Аннаоразов**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ 3D МОДЕЛИ ОРГАНОВ ЖКТ 60
- З.И. Султанова, Ы.А. Аннаоразов**
ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И ЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (В ЭКСПЕРИМЕНТЕ) 61

НЕФРОЛОГИЯ

- Т.Т. Мельдеханов, Ж.А. Иманбекова, Ф.А. Бимурзаева**
БҮЙРЕК ДЕРТІНІҢ «КІШІ ЖӘНЕ ҮЛКЕН» СИНДРОМДАРЫ. БҮЙРЕК ПАТОФИЗИОЛОГИЯСЫ 64
- Е.А. Перистая, О.А. Васильчук, М.А. Жусупбекова, И.А. Мочалкин, А.К. Ержанов**
ЭРИТРОПОЭТИН В ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 68

ОНКОЛОГИЯ

- Р.А. Керимов, Б.Д. Сексенбаев, Б.К. Нурмашев, М.Е. Жантеев**
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В КАЗАХСТАНЕ 73

ПЕДИАТРИЯ

- Г.К. Жайназарова, Г.О. Шойбекова**
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА НАПРИМЕРЕ Г. ШЫМКЕНТ 77
- Ш.К. Батырханов, Г.М. Абдуллаева, Р.К. Мусабекова, Л.Ж. Умбетова, К.Р. Жуманбаева, А.Ж. Ахенбекова, А.М. Тажимбетова**
К ВОПРОСУ О ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 79
- Д.Л. Алпысбаева, В.Ш. Атарбаева**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 81
- Д.Р. Арупова**
ПРОБЛЕМЫ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 84
- Д.Р. Арупова**
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ 87
- Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев**
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ 91
- Г.К. Жайназарова, М.М. Лепесова, Г.Б. Абасова, Г.О. Шойбекова**
БАЛАЛАР ИНСУЛЬТЫ: ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ, ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ) 95

ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

- С.В. Витт, И.А. Кадырова**
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 99
- Г.К. Эширбеков, Г.Н. Таскынова, М.Н. Кулниязова, Н.К. Ходжаев, Д.А. Дильбарханова**
ҚАРТ НАУҚАСТАРҒА СОҒҒЫ ЖӘНЕ РЕЗИДУАЛЬДІ ҚАЛЫПҚА КЕЛУ КЕЗЕҢІНЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ ЖОЛ 106
- Н.И. Распопова, М.Ш. Джамантаева, А.А. Сулейменова**
ТИПОЛОГИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКУ И ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПМСП 108
- Е.С. Утеулиев, К.К. Коньсбаева, Л.А. Текебаева, А.О. Мырзагулова, А. Асен, А.И. Аменов**
ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 112
- Г.К. Каусова, А.С. Баяшова, А.М. Әбілдаева**
К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ 114
- Э.Е. Нурашева, А.О. Мырзагулова, Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев**
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 116
- Е.С. Утеулиев, К.К. Коньсбаева, Л.А. Текебаева, А.О. Мырзагулова, Н. Альменов, А. Асен**
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИНСУЛЬТА 119
- Л.А. Текебаева, Е.С. Утеулиев, А.О. Мырзагулова**
РОЛЬ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ ПЕРЕД ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 120
- Е.С. Утеулиев, К.К. Коньсбаева, Д.Р. Жангалиева, Т.Х. Хабиева**
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ) 122
- Н.И. Распопова, М.Ш. Джамантаева, Н.Н. Логачева, С.А. Акназаров**
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С НАРУШЕНИЯМИ СНА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 126

СТОМАТОЛОГИЯ

- Г.К. Каусова, Н.А. Камиева**
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА - СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 131
- А.И. Онищенко, О.А. Наконечная, А.С. Ткаченко**
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО БЕЛКА-1 (МСР-1) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ РИНОСИНИУИТЕ 134
- Г.Т. Ермуханова, Н.М. Онайбекова, П.А. Леус, Л.П. Кисельникова**
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И ИНДИКАТОРОВ РИСКА У ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА, БЕЛАРУСИ И РОССИИ 136
- Г.А. Каркимбаева, Ж.И. Рысбаева, Г.Т. Ермуханова, Д.Б. Асанова**
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ДЕТЕЙ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ 142
- Р.И. Юй, У.Р. Мирзакулова, Д.С. Тянь**
РАЗРАБОТКА СПОСОБА НЕИНВАЗИВНОЙ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛАДЕНИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ 146

ТЕРАПИЯ

- Е.С. Утеулиев, А.С. Мырзагулова, В.Ш. Атарбаева**
ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 152
- К.С. Жакипбеков, У.М. Датхаев, О.М. Юн, С.К. Тулемисов**
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ИСТОРИЯ, ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ 156

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

- С.А. Амраев, У.М. Абуджазар, У.А. Абдуразаков, С.С. Альходжаев, М.Г. Аубакиров, К.Г. Латко**
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ 162
- М.М. Мурадов, Е.С. Утеулиев, К.Б. Мухамедкерим, А.А. Байгузева, Қ.Е. Қазантаев, Д.Ж. Кошкарбаев, А.М. Есембекова**
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА 165
- Г.К. Есимова, Ж.Ч. Каташева**
ТРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІНЕ СКАНДИНАВИЯЛЫҚ (СОЛТҮСТІК) ЖҮРУ ӘДІСІНІҢ ӘСЕРІ 167

УРОЛОГИЯ

- А.А. Хамзин, Р.А. Фролов**
ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 169

ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

- Б.Б. Акимниязова, Г.К. Каусова**
СОВРЕМЕННАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 172
- Б. Муздубаева, Ж. Шолахов, Н. Абдухалилов, А. Ганиев, Б. Агманов**
ИНИЦИАЦИЯ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ АЛЛОГЕННЫМИ ЭРИТРОЦИТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНЫМ И ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 176

ХИРУРГИЯ

- Ы.А. Аннаоразов, А.З. Сатханбаев**
КОМБИНИРОВАННЫЙ СЕТОЧНО-МЕМБРАННЫЙ МЕТОД ГЕМОСТАЗА И ХОЛЕСТАЗА ПРИ ГЛУБОКИХ И ПОВЕРХНОСТНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 178
- М.А. Булешов, Г.К. Каусова, Б.О. Аширов, А.К. Илимova**
СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И РОЛЬ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЕЕ СНИЖЕНИИ 180
- А.З. Сатханбаев, Ы.А. Аннаоразов**
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО ГЕЛЯ ПЕЧАТУЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ ИННОВАЦИОННОГО ЗД ПРИНТЕРА (ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ) 184
- Н.Х. Мусабаяев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли, Б.А. Пармаханов, А.М. Советаяева, Ж.Т. Султанбаяева**
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА МЕСТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ 186
- Н.Х. Мусабаяев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли, Б.А. Пармаханов, А.М. Советаяева, Ж.Т. Султанбаяева**
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЛЕРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ТОЛСТОЙ КИШКОЙ 189
- Е.С. Утеулиев, Е.Ш. Калиаскаров, М.Е. Рамазанов, Е.Е. Курмашов**
РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ 195
- А.Т. Джумабаев, Д.Б. Амиров, Е.Л. Исмаилов, Д.А. Оспанова**
ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 198
- А.Т. Джумабаев, Е.Л. Исмаилов, Д.Б. Амиров, Д.А. Оспанова**
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 201
- Н.Х. Мусабаяев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли, Б.А. Пармаханов, А.М. Советаяева, Ж.Т. Султанбаяева**
СУБТОТАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ТОНКОЙ КИШКОЙ 204

К.У. Сабиров, С.Д. Джамбырбаев <i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА</i>	211
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ	
Д.Р. Арупова, Е.У. Куандыков <i>МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ</i>	213
РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	
ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	
Д.У. Кенесары, М.К. Амрин, Р.А. Баялиева, А.Е.Бухарбаева, М.Н. Сарсенбеков <i>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ПОЛИГОНА «АЗГЫР»</i>	217
Б.М. Адибаев, Н.М. Алмабаева, Г.Е. Байдуллаева, А.О. Бопанова <i>ИЗЛУЧЕНИЕ И ПОГЛОЩЕНИЕ ЭНЕРГИИ АТОМАМИ И МОЛЕКУЛАМИ ВЕЩЕСТВА</i>	219
С. Амিরеев <i>РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАКТОГЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХ ГРИППОЗНЫХ ВАКЦИН -«ГРИППОЛ@ПЛЮС» И «ИНФЛЮВАК» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН</i>	223
У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, Р.А. Баялиева, А.Н. Нұрлан, М.Н. Сарсенбеков <i>ІРІ ҚАЛАЛАРДАҒЫ КӨЛІКТІК ШУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ</i>	229
К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев, А.К. Сактапов, У.Ш. Аманжолова <i>МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ӨНІМДІЛІГІН ТАЛДАУДАҒЫ ӘДІСТЕМЕЛІК АСПЕКТІЛЕР</i>	233
Е.С. Утеулиев, В.Г. Миронова <i>ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ, ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ</i>	236
Л.К. Назарова, У. Шайхаттарова, Р.А. Баялиева, Ж.Р. Абзалиев, Н. Калиева <i>ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТУРКЕСТАН</i>	239
У. Шайхаттарова, Л.К. Назарова, Р.А. Баялиева, Ж.Р. Абзалиев, Н. Калиева, А.Н. Искакова <i>ХРИЗОТИЛ–АСБЕСТ ӨНДІРІСІНДЕ ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ</i>	242
НУТРИЦИОЛОГИЯ	
А.С. Толеуова, Е.С. Утеулиев, Т.В. Попова <i>АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ РАЦИОНАЛДЫ ТАМАҚТАНУ ТӘРТІБІНЕ БЕЙІМДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ ТӘСІЛДЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)</i>	246
ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ	
A.S. Mamatova, Z.B. Sakipova, Anna Malm, G.S. Ibadullayeva <i>ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF EXTRACTS OF WORMWOOD ARTEMISIA GMELINII</i>	249
У.М. Датхаев, К.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, Ж.Е. Бабаханова, С.К. Тулемисов <i>ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРГЕ БАҒАНЫ МЕМЛЕКЕТТІК РЕТТЕУДІҢ НЕГІЗГІ АЛҒЫ ШАРТТАРЫ</i>	252
А. Кайрбеков, К. Кунанбай, Е.Ш. Кудабаяев, Н.Б. Байжигитова, М.И. Ордаханова, Б.Х. Киекова <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</i>	254
А.Р. Шопабаева, Э.А. Серикбаева, Э.Х. Латаева <i>РОЛЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ: НА ПУТИ К ПРЕОДОЛЕНИЮ БОЛИ</i>	258
В.В. Малый, Муса Истанис Марвек Медхат, Е. В. Шуванова <i>АНАЛИЗ СТРАТЕГИЙ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ</i>	260

А. Кайрбеков, Ш.С. Садыкова, Б.А. Ералиева, М.М. Калиева, Г.Б. Еркинбекова, А.У. Балтаева <i>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ</i>	263
Э.А. Серикбаева, А.А. Егизбаева, Н.Ж. Максаламова, А.М. Мукажанова, К.А. Амрина, А.Г. Абдыхан <i>ФАРМАЦИЯДАҒЫ АДАМ РЕСУРСТАРЫН БАСҚАРУ</i>	267
У.М. Датхаев, К.С. Жакипбеков, Э.А. Серикбаева, М.М. Омралиева, С.К. Тулемисов <i>СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ GPP</i>	269
U.M. Datkhayev, K.S. Zhakipbekov, E.A. Serikbayeva, S.Zh. Makazhanova, G.M. Datkayeva <i>THE MAIN ASPECTS OF STAFFING PHARMACEUTICAL SPHERE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN</i>	272
С.Е. Момбеков, У.М. Датхаев Е.К. Оразбеков <i>ҚАЗАҚСТАН ЖЕРІНДЕ ӨСЕТІН MACLURA AURANTIACA ЖЕМІСТЕРІНЕН БӨЛІНІП АЛЫНҒАН ОРОБОЛ ҚОСЫЛЫСЫНЫҢ АНТИБАКТЕРИЯЛЫҚ ҚАСИЕТІ</i>	274
U.M. Datkhayev, K.S. Zhakipbekov, E.A. Serikbayeva, D.B. Dadanbekova, M.A. Berdibekov <i>THE MAIN APPROACHES TO IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL TRACK AND TRACE SYSTEM OF MEDICAL PRODUCTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN</i>	276
Қ. Құнанбай, А.Қ. Қайрбеков, Е.Ш. Құдабаев, А.Б. Ералиева <i>ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ АУРУЛАР КЕЗІНДЕГІ (ЖРА) ФИТОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ФИТОПРОФИЛАКТИКАСЫ</i>	280
ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА	
Ы.А. Алмабаев, И. Р. Фахрадиев, Р.Ф. Ризаев, А.И. Абдрахманова, Б.Д. Бариев, В.В. Белобородов, Н.А. Дауренов, Т.А. Сайын <i>ПРОТИВОСПАЕЧНЫЕ СРЕДСТВА</i>	284
РАЗДЕЛ 3. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ	
Д.Х. Доцанов, С.Н. Мизонова, А.Р. Купеев, Н.Ш. Угланова <i>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОДОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ИНТЕРНОВ 6 КУРСА С ОЦЕНКОЙ ПО КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ</i>	287
Л.С. Сагидуллина, Г.К. Ксетаева, К.К. Орынбасарова, Т.А. Аманжолов, Н.Б. Новрузова <i>ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ВУЗА</i>	290
РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Г.К. Каусова, Г.С. Уразиманова <i>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	295
У.М. Датхаев, А.С. Саятова, Г.М. Аликеева <i>ХРАНЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ МЕДИЦИНЫ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В МОДЕРНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ</i>	297
Г.К. Каусова, М.А.Булешов, Е.С. Утеулиев, А.А. Жақсылық <i>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ</i>	300
Е.Т. Толеу, Г.К. Каусова <i>ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</i>	303
С.Ш. Шаяхметов <i>СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	305
А.В. Авдеев, А.Б. Табаров, А.К. Каптагаева, Л.Г. Макалкина <i>МНОГОКРИТЕРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ (МСДА) В ОБЛАСТИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ</i>	310
А.Р. Шопабаева, Э.А. Серикбаева, Ф.М. Азнабакиева <i>СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН</i>	314

Н.Б. Есимов, Г.Ж. Токмурзиева, Н.Т. Исмаилова <i>РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	317
К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЗКОПРОФИЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП</i>	321
К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев <i>ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП</i>	325
Е.С. Утеулиев, Б.А. Курбанова <i>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 40 ДО 50 ЛЕТ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ</i>	327
Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева <i>ОЦЕНКА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПМСП</i>	329
Б.С. Турдалиева, Г.Е. Аимбетова, Е.В. Индершиева, Г.Н.Ербосынова <i>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ПРОГРАММ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	332
Г.К. Каусова, А.Т. Шарман, К.А. Пушкарев <i>ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ</i>	334
К.А. Тулебаев, М.А. Рамазанова, Г.Т. Кашафутдинова, А.Б. Мұратхан, Н.О. Маджитова, Н.А. Ахметкалиева <i>ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ АУРУДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ БОЙЫНША БІЛІМ ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ</i>	337
Л.Б. Сейдуанова <i>ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ</i>	339
В.И. Ахметов, Г.Ж. Токмурзиева, Е.С. Утеулиев, А.С. Ускенбаева, Т.Х. Хабиева <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП</i>	342
Е.С. Утеулиев, К.К. Конысбаева <i>ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПМСП</i>	346
Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева, Р.У. Токмолдаева <i>УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП, ОКАЗЫВАЕМОЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДОЙ</i>	352
А.К. Тургамбаева, Л.С. Ермуханова <i>МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДУЩИХ СТРАН МИРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	355
Е.С. Утеулиев, Ж.Б. Жиенбаева, У.Ш. Аманжолова, Л.Н. Айтамбаева <i>ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ</i>	360
Г.П. Касымова, Б.М. Калиева <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ</i>	363
Г.П. Касымова, Ш.А. Карабалаева <i>ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН</i>	366
Л.Б. Сейдуанова <i>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ</i>	367
Г.Ж. Токмурзиева, Т.Х. Хабиева, У.С. Умарова <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП ПУТЁМ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ПОЛНОМОЧИЙ</i>	370
А.И. Игисенова, Б.С. Турдалиева, М.К. Көшімбеков, Д.Т. Шаки, С.С. Исабекова <i>ЕГДЕ ЖӘНЕ КӘРІ ЖАСТАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ АМСҚ ДЕҢГЕЙІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕККЕ МҰҚТАЖДЫҒЫН АНЫҚТАУ</i>	373
Г.К. Каусова, С.У. Толегенова, Б.М. Жантуриев, А.М. Абдрахманова, Д.Ж. Абуов <i>ОПЫТ ДЕЛЕГИРОВАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ НА ПРИМЕРЕ СМЕШАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ГКБ №5 Г. АЛМАТЫ</i>	376

Н.О. Маджитова, М.К. Кошимбеков, Н.Н. Иванченко, Н.А. Ахметкалиева, Г.Н. Ербосынова <i>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА</i>	380
Ж.М. Утепбергенова, Ж.А. Калматаева, С.Б. Калмаханов <i>РЕСУРСНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В МЕГАПОЛИСАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН</i>	382
К.О. Акимов, М.Э. Бөлешов, К.С. Жакипбеков, С.К. Тулемисов, Е.С. Утеулиев, И.Т. Кентаева <i>ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ОСАЛ ТОПТАРЫН МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ҚАМСЫЗДАНДЫРУЫН ЖЕТІЛДІРУДІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ</i>	385
Ж.Б. Алмасов, М.А. Булешов, К.С. Жакипбеков, С.К. Тулемисов, Е.С. Утеулиев, И.Т. Кентаева <i>ҰЛТТЫҚ ФОРМУЛЯРЛЫҚ ЖҮЙЕНІ МЕДИКО-ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ ҚАМСЫЗДАНДЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ</i>	389
А.А. Zhailganov, А.М. Aringhazina, E.S. Uteuliyev, I.K. Kentayeva <i>BASIC ASPECTS OF MEDICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES OF NEUROSURGICAL CARE TO PATIENTS OF CHILDREN'S AGE</i>	392
Л.С. Тиленова, А.Е. Тажиева, А.М. Даулетбакова, С.Б. Қалмаханов <i>МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ЕҢБЕГІ МЕН ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУ (ҚАЗҰМУ УНИВЕРСИТЕТ КЛИНИКАЛАРЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА)</i>	395
К.А. Тулебаев, В.И. Ахметов, Г.У. Кулкаева, К.К. Куракбаев, Б.С. Турдалиева, Г.Д. Кузиева, К.Б. Карибаев <i>МОДЕЛЬ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ</i>	401
Р. Ульжабаева, А. Мырзагулова <i>ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	405
Г. Манкеева, Е. Утеулиев, А. Мырзагулова <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СТРАТЕГИИ «ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»</i>	407
К.К. Конысбаева, Е.С. Утеулиев, Л.А. Текебаева, Ж. Кадирова, А. Асен <i>АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПМСП В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	410
РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ», ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА РАЕН, ПРОФЕССОРА А.А.ШОРТАНБАЕВА	
<i>НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ» (АЛМАТЫ, 23-24 НОЯБРЯ 2017)</i>	414
Т.Т. Нурпеисов <i>АЛЛЕРГОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА: УСПЕХИ И ПЕРСПЕКТИВЫ</i>	416
А.О. Аймагамбетова, Л.К. Каражанова, А. Котляр <i>ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ</i>	419
Г.Т. Балпанова, Б.Б. Бижигитова <i>ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И РАК</i>	424
Ж.К. Буркитбаев, С.А. Абдрахманова, И.Р. Рамильева, А.А. Турганбекова, Д.К. Баймукашева, Е.Б. Жибурт <i>ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ. ВЫЯВЛЕНИЕ НОВОГО АЛЛЕЛЯ HLA-DQB1*03:82</i>	426
М.А. Газалиева, Н.Ш. Ахметова, Г.Ж. Утеубаева, А.С. Барменова, А.С. Куликбаева, С.Т. Исина <i>РИСК РАЗВИТИЯ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ И АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ У НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН</i>	430

З.Г. Ким, А.Т. Маншарипова, А.В. Вдовцев, С.Н. Третьякова <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	434
Т.Е. Куглер <i>РОЛЬ APUD – СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ</i>	436
А.М. Курманова, Л.С. Дзоз, Н.М. Мамедалиева, З.О. Базылбекова, Н.В. Кравцова <i>ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ПРЕЭКЛАПСИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	440
Ш.Б. Насухин, Б.С. Атжақсынова <i>ИММУНДЫ ПРОФИЛАКТИКАНЫҢ АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ ЖАҒДАЙЫ</i>	444
Ш.Т. Наурызалиева, М.М. Байжанова, А.Г. Заитова, Н.Т. Жанузакова <i>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	446
М.С. Низалиева, В.С. Тойгомбаева, И.Ш. Альджамбаева, Ф.С. Мустафина <i>СОСТОЯНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КР</i>	449
М.С. Ниязалиева, В.С. Тойгомбаева, Д.А. Адамбеков <i>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ДО И ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ ВТОРОЙ ДОЗЫ ИММУНИЗАЦИИ</i>	453
Д.М. Нурадилова, С.Б. Калимолдаева <i>ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА</i>	456
Г.И. Нуралинова, С.Б. Маукаева, А.А. Байганова, Н.К. Кудайбергенова <i>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</i>	459
Ж.Ж. Нурғалиева, З.С. Сатылганова, Л.К. Хитуова, А.К. Маллен, Г.Т. Ташенова <i>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОРОКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ</i>	462
Э.Ж. Битанова, А.С. Тарабаева <i>ПРОТОЧНАЯ ЦИТОМЕТРИЯ – ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА И ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ</i>	465
С.Ф. Беркинбаев, Г.У. Есетова, Ж.Ж. Рахымбаева <i>АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В 2013-2015 Г.Г.</i>	468
Т.Т. Нурпеисов, Д.Ж. Талгатбекова, А.С. Тарабаева, М.В. Демченко, М.Б. Байдилдаева <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ЯВЛЕНИЯМИ КОНЪЮНКТИВИТА</i>	471
А.С. Тарабаева, А.А. Абилябаева, А.С. Ракишева, Р.Ж. Курмашев, К.С. Сарниязова, А.Я. Абубакиров <i>ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЛАТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (МИНИ-ОБЗОР)</i>	473
Г.Т. Ташенова, Р.З. Боранбаева, Т.М. Имамбаева, Ж.Ж. Нурғалиева <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>	478
Л.К. Хитуова, Ж.Ж. Нурғалиева, Д.Б. Елюбаева <i>РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ВАРИАНТОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА</i>	481
Ж.А. Шортанбаева, Л.Т. Альменова, У.Т. Бейсебаева, А.Б. Хабижанов, А.Ш. Абилхайыр, Н.Б. Бабазаде, У.П. Халмирзаева <i>ПСОРИАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</i>	484
Ф.Ф. Ягофаров, Д.Б. Козубаева, Г.Ж. Абдрахманова, Э.В. Обьедкова, Н.К. Кудайбергенова, О.А. Заворохина, И.М. Карыбжанов <i>ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФУРУНКУЛЕЗА ЛИЦА</i>	487
М.М. Кулмат, Е.С. Утеулиев <i>ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ЛОР-ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ДАННЫМ ГКБ №5 Г.АЛМАТЫ</i>	490

ЮБИЛЕЙНАЯ ЭСТАФЕТА

494

СОДЕРЖАНИЕ

500