



ВЕСТНИК

№1 (74) 2019

**КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖАРШЫСЫ**

**ВЕСТНИК МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**HERALD OF THE MEDICAL CENTER
OF PRESIDENT'S AFFAIRS ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**



ISSN 2075-8790

Учредители журнала:
Управление Делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления Делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
д.м.н., член-корр. НАН РК
профессор Бенберин В.В.

Заместитель главного редактора -
д.м.н., профессор Сарсебеков Е.К.

Ответственный секретарь –
Жумаева Г.Ш.

Журнал зарегистрирован
Министерством информации РК
4 января 2002 года
Регистрационный номер-2582-Ж

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: +7 (7172) 74-93-62
е-mail: vestnik_2002@bk.ru,
Веб-сайт: www.heraldmed.org

Реквизиты:

Акмолинский филиал
АО Казкоммерцбанк г. Астана.
БИК KZKOKZKX
РНН 620300000517
ИИК№KZ679261501119357001
БИН 080240012523

Подписной индекс: 75229

Мнение авторов может не совпадать с
мнением редакции.

Редакция оставляет за собой право в
отказе публикации материалов в случае
несоблюдения правил оформления.
Ответственность за достоверность
информации, содержащейся в рекламных
материалах, несут рекламодатели

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс Басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журналы

қаңтар - наурыз

1 (74) 2019

январь - март

Ежеквартальный научно-практический журнал

ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления Делами Президента
Республики Казахстан**

Журнал 2002 ж. бастап шыға бастаған

Жылына 4 рет шығады

Журнал издаётся с 2002 г.

Выходит 4 раза в год

Редакционная коллегия:

Абдуллина Г.К.
Бакенова Р.А., д.м.н.
Джусипов А.К., д.м.н., профессор
Джолдасбекова А.У., д.м.н.
Енсебаев Е.Ж., д.м.н., профессор
Карабаева Р.Ж., д.м.н.
Мустафин А.Х., д.м.н., профессор
Нарманова О.Ж., д.м.н.
Танбаева Г.З., д.м.н., профессор
Шаназаров Н.А., д.м.н., профессор

Редакционный совет:

Бектаева Р.Р., д.м.н., профессор
Досмагамбетова Р.С., д.м.н., профессор
Жумадилов Ж.Ш., д.м.н., профессор
Кветной И.М., д.м.н., профессор (РФ)
Разумов А.Н., д.м.н., профессор, академик РАН (РФ)
Турова Е.А., д.м.н., профессор (РФ)
Хавинсон В.Х., профессор, член-корр. РАМН
Гашимова У.Ф., д.б.н. (Азербайджан)
Шарманов Т.Ш., д.м.н., профессор, академик НАН РК

Журналдың тақырыптық бағыты: медицина ғылымдарының жетістіктерін жариялау, қазіргі заманғы технологияларды қолдану тәжірибесі, ресми құжаттар, ерекше мақалалар, ғылыми шолу, тақырыптық басылымдар

Тематическая направленность журнала: освещение достижений медицинской науки, опыт применения современных технологий, официальные документы, оригинальные статьи, научные обзоры, тематические выпуски

Қазақ, орыс, ағылшын тілдеріндегі мақалалар жарияланған
Опубликованы статьи на казахском, русском, английском языках

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE

УДК 614.2

УПРАВЛЕНИЕ АНАЛИТИЧЕСКИМ КАЧЕСТВОМ
В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

Ж.Н.СУЛЕЙМЕНОВА, Н.А.МУХАМЕТОВА
РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»
г.Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье представлен опыт организации системы аналитического качества в клинико-диагностической лаборатории РГП «Больница Медицинского центра» УДП РК на ПХВ. Применение сигмометрии для оценки аналитического качества лабораторных исследований.

Ключевые слова: аналитическое качество, сигмометрия, индикаторы качества

Түйіндеме. КЛИНИКАЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТХАНАДА ТАЛДАУЛАРДЫҢ АНАЛИТИКАЛЫҚ САПАСЫН БАСҚАРУ. Ж.Н.Сүлейменова, Н.А.Мұхаметова. Мақалада Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медицина орталығы ауруханасының клиникалық-диагностикалық зертханасында аналитикалық сапа жүйесін бақылау тәжірибесі көрсетілген. Зертханалық талдаулардың аналитикалық сапасын бақылауда сигмаметрия әдісін қолдану.

Түйін сөздер: аналитикалық сапасы, сигмометрия, сапалық индикаторы

Summary. MANAGEMENT OF ANALYTICAL QUALITY IN THE CLINIC DIAGNOSTIC LABORATORY. Suleimenova Zhanar, Muchametova Natalia. In the article experience of organization of the system of analytical quality is presented in the clinical diagnostic laboratory of Hospital of the Medical center Managements by the matters of Republic of Kazakhstan. Application a method is sigma-mesons of for the estimation of analytical quality of laboratory researches.

Keywords: analytical quality, sigmometry, quality indicators

ВВЕДЕНИЕ

Лабораторные исследования на сегодняшний день являются одним из основных источников объективной диагностической информации в медицине. Учитывая, что 80% клинических решений принимаются на основании данных лабораторных методов исследования, обеспечение качества результатов диагностических исследований является основной задачей медицинской лаборатории.

В соответствии с определением, данным Меньшиковым В.В. в 2005 году, качество - это наличие уверенности в том, что правильно и своевременно назначенный тест для нуждающегося в нем пациента

выполнен на достаточном аналитическом уровне и сопровождается необходимой информацией для его интерпретации. Внедрение системы управления аналитическим качеством в медицинской лаборатории позволяет обеспечить достоверность и снизить возможную погрешность результатов лабораторных исследований.

ЦЕЛЬ

Проведение обзора организации системы управления аналитическим качеством в клинико-диагностической лаборатории Больницы Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-диагностическая лаборатория Больницы Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан выполняет более 900 видов лабораторных исследований для пациентов многопрофильного стационара и поликлиники, что требует обеспечения высокого уровня аналитического качества и его непрерывного совершенствования. В этой связи в лаборатории была разработана и

внедрена система управления аналитическим качеством.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Система управления аналитическим качеством клинико-диагностической лаборатории, разработана с учетом требований ISO 15189 на основе рекомендаций CLSI, а также ведущих научных исследований в области аналитического качества.

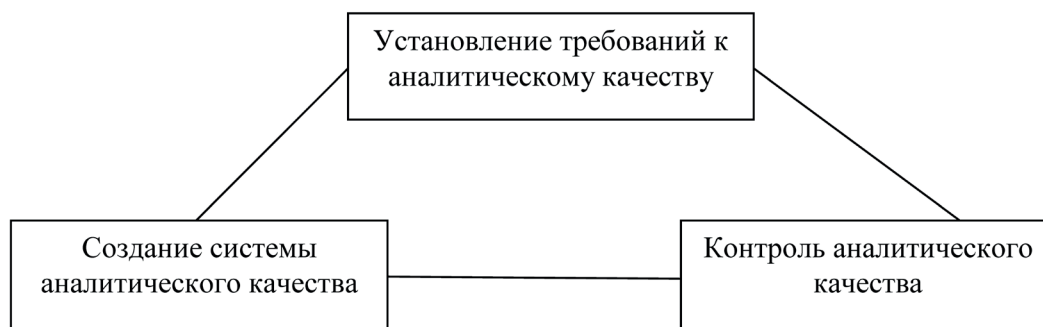


Рисунок 1 - Схема управления аналитическим качеством клинико-диагностической лаборатории

Требования к аналитическому качеству в лаборатории установлены в виде сравнения долгосрочного фактического коэффициента вариации (CV, %) с рекомендациями по биологической вариации и аналитического смещения по результатам внешней оценки качества (Bias, %).

В рамках создания системы аналитического качества нами выполняются:

- валидация/верификация аналитических систем в соответствии с требованиями стандарта СТ РК ISO 15189-2015;
- калибровка и контроль метрологической прослеживаемости средств измерений;
- оценка неопределенности измерений;
- определение биологических референсных интервалов;
- оценка сопоставимости аналитических систем, применяемых в лаборатории;

Порядок мероприятий по обеспечению контроля аналитического качества, установленный в клинико-диагностической лаборатории включает в себя:

- оценку сходимости и воспроизводимости каждого измеряемого аналита;
- мониторинг аналитической стабильности аналитов;
- проведение оперативного внутрिलाбораторного контроля качества с применением правил Вестгарда;
- внешнюю оценку качества и проведение межлабораторных сличительных испытаний;
- применение нестатистических форм контроля качества.

Кроме того, в рамках улучшения системы аналитического качества, в 2018 году в деятельность лаборатории внедрены оценка «сигмометрии» и общей аналитической ошибки (TEa) по биохимическим и гематологическим аналитам. Для расчета количества «сигм», а также установления требований к качеству, использовалась «трехуровневая» модель, рекомендованная С.Fraser, как наиболее адаптированная к практике медицинских лабораторий [1,2] (таблица 1).

Таблица 1 - Три уровня требований к аналитическому качеству

показатель	минимальный	приемлемый	максимальный
CV	$<0,75 * C_{vi}$	$<0,5 * C_{vi}$	$<0,25 * C_{vi}$
Bias	$<0,375 * \sqrt{CV_i^2 + CV_g^2}$	$<0,25 * \sqrt{CV_i^2 + CV_g^2}$	$<0,125 * \sqrt{CV_i^2 + CV_g^2}$
TE	$<1,65 * (0,75 * C_{vi}) + 0,375 * \sqrt{CV_i^2 + CV_g^2}$	$<1,65 * (0,5 * C_{vi}) + 0,25 * \sqrt{CV_i^2 + CV_g^2}$	$<1,65 * (0,25 * C_{vi}) + 0,125 * \sqrt{CV_i^2 + CV_g^2}$

Где, C_{vi} - коэффициент внутрииндивидуальной вариации,

CV_g - коэффициент межиндивидуальной (групповой) вариации [3].

На основании полученных данных в лаборатории определены тесты с широкой биологической вариацией, и рассчитано количество «сигм» по формуле: $(TE_{\max} - Bias) / CV_a$.

Показатель сигм более 5 означает отсутствие проблем с аналитом и позволяет снизить требования к выбраковке результатов по данным внутрилабораторного контроля качества (например, использование одно-

го контрольного правила 1_{3s}). Количество «сигм» от 4 до 5 свидетельствует о необходимости улучшения качества (например, использование дополнительного контрольного правила $1_{2,5s}$). Значение сигм менее 4 говорит о недостаточной стабильности аналита (рекомендовано использовать весь перечень контрольных правил Вестгарда) и необходимости проведения нестатистических форм контроля качества [4]. В таблице 2 приведены аналитические данные основных гематологических и биохимических показателей полученные в 1 полугодии 2018 года.

Таблица 2 - Показатели аналитического качества основных гематологических и биохимических аналитов в 1 полугодии 2018 года

Наименование аналита	требования к качеству			аналитические характеристики		Кол-во сигм	интерпретация результатов сигмометрии
	CV	Bias	Tea	CV	Bias		
Общий белок	4,7	1,36	3,63	0,72	-0,13	4,9	высокий уровень аналитического качества
Мочевина	6,05	5,57	15,55	2,19	1,69	6,0	высокий уровень аналитического качества
АЛТ	9,7	11,48	27,48	2,99	-4,51	↑6,0	высокий уровень аналитического качества
АСТ	23,1	6,54	16,69	0,83	2,75	↑6,0	высокий уровень аналитического качества
Билирубин общий	28,4	8,95	26,9	5,39	4,19	↑6,0	нестабильный уровень аналитического качества
Билирубин прямой	43,2	14,2	44,5	4,46	3,80	↑6,0	высокий уровень аналитического качества
Амилаза общая	28,3	7,4	14,6	1,24	1,00	↑6,0	высокий уровень аналитического качества
Амилаза панкреатическая	29,9	8	17,7	0,82	0,17	↑6,0	высокий уровень аналитического качества

ГГТП	42,15	11,06	22,11	1,57	4,65	↑6,0	высокий уровень аналитического качества
Глюкоза	7,5	2,34	6,96	1,17	0,63	5,4	высокий уровень аналитического качества
Гемоглобин	1,43	1,84	4,19	0,603	0,9	5,5	высокий уровень аналитического качества
Эритроциты	1,6	1,7	4,4	0,478	1,6	5,9	высокий уровень аналитического качества
Лейкоциты	5,73	6,05	15,49	1,305	2,1	↑6,0	высокий уровень аналитического качества

Для оценки эффективности системы управления аналитическим качеством, наряду с применением сигмометрии, прово-

дится мониторинг индикаторов качества аналитического этапа [5], представленных в таблице 3.

Таблица 3 - Индикаторы аналитического качества клиничко-диагностической лаборатории

Индикатор	Расчет индикатора	Принятые пороговые значения, %
Количество неприемлемых результатов по внешней программе контроля качества	Количество неприемлемых результатов по внешней программе контроля качества в год (N_x)/общее число исследований в рамках ВОК (N_z), в процентах	0 - 2
Количество тестов, охваченных системами ВЛКК	Количество тестов, охваченных системами ВЛКК в год (N_x)/общее количество тестов из номенклатуры лаборатории в год (N_z), в процентах	0 - 1,5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение системы управления аналитическим качеством в деятельность лаборатории позволило улучшить аналитические и производственные показатели деятельности лаборатории, обеспечить высокий уровень качества лабораторных исследований, что было подтверждено успешным прохождением аккредитации на соответствие стандарта Республики Казахстан ISO 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции» в 2017 году, и расширении области аккредитации в 2018 году. Аттестат аккредитации №КЗ.М.01.1904 от 19 июля 2017 года.

Применение методологии «шесть сигм» позволяет дифференцированно подходить к обеспечению качества, выделить «проблемные» тесты, существенно снизить количе-

ство «ложных» выбраковок аналитических серий для стабильных тестов, тем самым сократить расходы на проведение мероприятий по качеству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fraser C.G. *Biological Variation: from Principles to Practice*. 2001.
2. Арефьева И.А., Моченова Н.Н., Мошкин А.В. *Требования к аналитическому качеству: использование концепции биологической вариации*. Москва. «Медицина». 2009 год.
3. <http://www.westgard.com/biodatabase1.htm/>
4. *Правила проведения внутривлабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольного*

ных материалов//Справочник заведующего КДЛ. Москва.2006 год.

5. Mario Plebani, Michael L. Astion, Julian H. Barth, Wenxiang Chen, César A. de Oliveira Galoro, Mercedes IbarzEscuer, Agnes Ivanov, Warren G. Miller, Penny Petinos,

Laura Sciacovelli, Wilson Shcolnik, Ana-Maria Simundic and Zorica Sumarac. Harmonization of quality indicators in laboratory medicine. A preliminary consensus. ClinChemLabMed, 2014, 52(7): 951-958.

УДК 637.074

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАЛЬСИФИКАТА ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Г.С.ГАББАСОВА, М.З.АХМЕТОВ, Р.К.АЛИАСКАРОВ
РГП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» МЦ УДП РК
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Адаптирован метод определения жирно-кислотного состава жиров животного происхождения для анализа на газовом хроматографе Agilent 7890В.

Ключевые слова: газовая хроматография, жирно-кислотный состав, пальмовое масло, животные жиры, сливочное масло

Түйіндеме. ГАЗ ХРОМАТОГРАФИЯСЫ ӘДІСІМЕН ЖАНУАР МАЙЛАРЫНЫҢ ФАЛЬСИФИКАТЫН АНЫҚТАУ. Г.С.Габбасова, М.З.Ахметов, Р.К.Алиаскаров. Agilent 7890В газ хроматографында талдау үшін жануар тектес майлардың майлы-қышқыл құрамын анықтау әдісі бейімделген.

Түйін сөздер: газ хроматографиясы, майлы-қышқылды құрамы, пальма майы, жануар майы, сарымай

Summary. DETECTION OF ADULTERATION OF ANIMAL FATS BY GAS CHROMATOGRAPHY. G.S.Gabbasova, M.Z.Akhmetov, R.K.Aliaskarov. Was Adapted method for determining and analysis the fatty acid composition of animal fats by gas chromatography Agilent 7890В.

Keywords: gas chromatography, the fatty acid composition, palm oil, animal fats, butter

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время увеличилось число масложировой продукции, в составе которых вместо натуральных ингредиентов используется пальмовое масло.

Наиболее эффективным методом выявления фальсификата животных жиров является метод определения жирно-кислотного состава с помощью газовой хроматографии.

ЦЕЛЬ

Выявление фальсификата в составе производимой масложировой продукции с помощью применения газовой хроматографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ввиду дешевизны пальмового масла и в погоне за прибылью производители всё чаще добавляют его в состав производимой продукции. Газохроматографический анализ сливочного масла позволяет идентифицировать растительные масла, используемые в качестве недорогого заменителя молочного жира. Химический состав молочного жира сложен и уникален, особенностью которого является наличие низкомолекулярных короткоцепочечных жирных кислот, в свою очередь жиры немолочного происхождения в своей основе содержат высокомолекулярные жирные кислоты.

Анализ жирно-кислотного состава сливочного масла «Вологодское 82,5%»

Пробоподготовку проводили по ГОСТ 31665-2012 «Масла растительные и жиры животные. Получение метиловых эфиров жирных кислот» [1], основанном на превращении триглицеридов жирных кислот в их метиловые эфиры и газохроматографическом анализе последних.

Образец массой 100,0г в стеклянном стаканчике помещают в сушильный шкаф и выдерживают при температуре 40-45°C до полного расслоения. Верхний жировой слой сливают, фильтруют через бумажный фильтр и хорошо перемешивают. Взвешивают навеску жировой фазы массой 0,1г в стеклянную пробирку и растворяют в 1,9 см³ гексана. В полученный гексановый раствор вводят 0,1 см³ метилата натрия в метаноле молярной концентрации 2 моль/дм³. После интенсивного перемешивания в течение 2 минут реакционную смесь отстаивают 5 минут и центрифугируют.

Разделение и идентификацию жирных кислот проводили на газовом хроматографе Agilent 7890В с пламенно-ионизационным

детектором и капиллярной колонкой HP-88 (100mх0,25mm). Газ-носитель азот, программа термостат колонки (oven) T1-140oC, выдержка - 5минут, T2- скорость 4oC/мин, до 225, время выдержки 23,75 минут. Температура испарителя 260oC, температура детектора 300oC. Объем вводимой пробы 1 мкл.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследуемом сливочном масле идентифицированы масляная, капроновая, каприловая, каприновая, капролеиновая, лауриновая, миристиновая, миристолеиновая, пальмитиновая, пальмитолеиновая, стеариновая, олеиновая, линолевая, линоленовая, арахиновая, бегеновая кислоты (табл. 1).

Количественное определение проводили методом внутренней нормировки. В образце сливочного масла «Вологодское 82,5%» жирно-кислотный состав соответствует составу, указанному в ГОСТ 32261-2013 «Масло сливочное. Общие технические условия» [2].

Таблица 1 – Результаты исследования сливочного масла

Жирные кислоты	Массовая доля жирной кислоты в сливочном масле «Вологодское», от суммы жирных кислот, %	Массовая доля жирной кислоты, % от суммы жирных кислот согласно ГОСТ 32261-2013
1	2	3
Масляная (C4:0)	4,1	2,4-4,2
Капроновая (C6:0)	2,3	1,5-3,0
Каприловая (C8:0)	1,4	1,0-2,0
Каприновая (C10:0)	3,2	2,0-3,8
Деценовая (C10:1)	0,18	0,2-0,4
Лауриновая (C12:0)	3,6	2,0-4,4
Миристиновая (C14:0)	11,24	8,0-13,0
Миристолеиновая (C14:1)	0,9	0,6-1,5
Пальмитиновая (C16:0)	29,0	22,0-33,0
Пальмитолеиновая (C16:1)	1,5	1,5-2,4
Стеариновая (C18:0)	10,0	8,0-13,5
Олеиновая (C18:1)	23,0	20,0-32,0
Линолевая (C18:2)	3,9	2,2-5,5
Линоленовая (C18:3)	0,089	до 1,5
Арахиновая (C20:0)	0,25	до 0,3
Бегеновая (C22:0)	0,099	до 0,1

В результате анализа было установлено, что исследуемый образец сливочного масла не содержит в себе добавки растительного происхождения, такое как пальмовое масло. Если в сливочном масле содержание паль-

митиновой кислоты выше 39%, то это указывает на наличие в нем пальмового масла. Полученная хроматограмма отображает порядок выхода метиловых эфиров жирных кислот и время выхода.

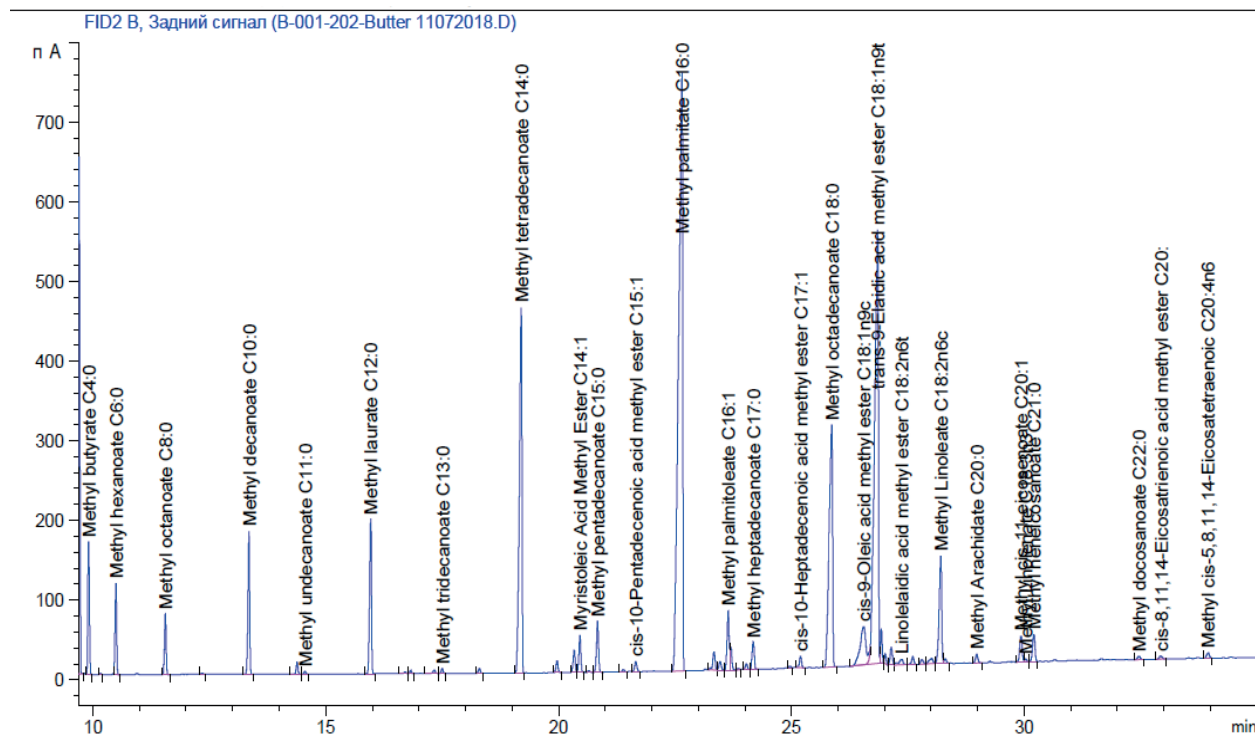


Рисунок 1 - Хроматограмма сливочного масла «Вологодское 82,5%»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определение методом газовой хроматографии массовой доли метиловых эфиров жирных кислот по ГОСТ 31663-2013 [3] позволяет точно отличать фальсификацию жировой фазы сливочного масла жирами немолочного происхождения.

ЛИТЕРАТУРА

- ГОСТ 31665-2012 «Масла растительные и жиры животные. Получение метиловых эфиров жирных кислот».
- ГОСТ 32261-2013 «Масло сливочное». Технические условия.
- ГОСТ 31663-2013 «Масла растительные и жиры животные. Определение методом газовой хроматографии массовой доли метиловых эфиров жирных кислот».

УДК 615.835.3

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ИЗРАИЛЕ

Б.А.АБДЫКАЛЫКОВА

РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»

г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье представлен опыт работы института гипербарической медицины Тель-Авива по итогам поездки в Израиль с 13 по 24 мая 2018 года. Использование метода определения чрескожного напряжения кислорода во время проведения сеансов гипербарической оксигенации для подбора пациентов на лечение.

Ключевые слова: гипербарическая оксигенация, чрескожное напряжение кислорода, критическая ишемия нижних конечностей, баросеанс

Түйіндеме. ИЗРАИЛЬДЕГІ ӘР ТҮРЛІ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУГЕ ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОТТЕГІНІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ. Б.А.Абдыкалыкова. 2018 жылы 13-24 мамыр аралығындағы іс сапар қорытындысы бойынша, мақалада Тель-Авив қаласындағы гипербариялық медицина институтының жұмыс тәжірибесі көрсетілген. Пациенттерді емдеуге іріктеу үшін гипербариялық оксигенация сеанстарын жүргізу кезінде оттегінің тері арқылы кернеуін анықтау әдісін қолдану.

Түйін сөздер: гипербариялық оксигенация, тері арқылы оттегінің кернеуі, аяқтың критикалық ишемиясы, баросеанс

Summary. EXPERIENCE OF HYPERBARIC OXYGENATION FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH VARIOUS PATHOLOGY IN ISRAEL. B.A. Abdykalykova. In the article experience of institute of hyperbarism medicine is presented Tel-Abib on results a journey to Israel from 13 to Mays, 24, 2018. Use of method of determination of percutaneous tension of oxygen during realization of sessions of hyperbarism oxygenating for the estimation of possibility of recovery.

Keywords: hyperbarism oxygenating, percutaneous tension of oxygen, critical ischemia of lower limbs, barosession

ВВЕДЕНИЕ

Обучение проходило в институте гипербарической медицины в медицинском центре «Асаф Харофе», Тель-Авив. Медицинский центр «Асаф Харофе» основан в 1948 году и входит в тройку передовых государственных медицинских учреждений Израиля. Свое название клиника получила в честь известного врача - автора древнего еврейского медицинского трактата. На сегодняшний день «Асаф Харофе» - это многопрофильная больница, предоставляющая наиболее полный комплекс медицинских услуг для жителей Израиля и пациентов из-за рубежа. О здоровье и комфорте пациентов заботятся 3 400 сотрудников клиники, среди которых врачи, научные работники и администра-

тивные служащие. Все они владеют двумя и более иностранными языками, благодаря чему пациенты из других стран не испытывают сложностей в общении с персоналом. Клиника успешно прошла международную аккредитацию JCI (2014г., 2017г.). Кроме того, комплекс «Асаф Харофе» сотрудничает с медицинским факультетом Тель-Авивского университета и является научно-исследовательским центром. В нем ежегодно проводится ряд международных исследований, результаты которых публикуются в известных научно-медицинских журналах.

ЦЕЛЬ

Знакомство с работой института гипербарической медицины Израиля, изучение опыта применения на практике метода

определения чрескожного напряжения кислорода во время сеансов гипербарической оксигенации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Институт гипербарической медицины при медицинском центре основан в 1997 г. и является самым крупным в Европе и на Ближнем Востоке, принимает каждый день более 200 пациентов со всех концов страны и из-за рубежа (Франция, Канада, США).

Обслуживающий персонал института во главе с профессором Shai Efrati, включает в себя 5 врачей, 23 медицинских сестер, 3 инженера - оператора, все они имеют большой опыт работы. Институт ведет также и научную работу в области гипербарической медицины.

Институт оснащен 3 многоместными барокамерами по 12 мест каждая, 1 реанимационная барокамера на 6 мест, 1 одно-

местная барокамера БЛКС, производство завода имени Хруничева, Россия.

Многоместные барокамеры от одного из ведущих производителей немецкой фирмы HAUX. Они имеют 30-летний опыт работы и реализовали в различных странах мира более 700 медицинских комплексов (рисунок 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В отличие от одноместных, многоместные барокамеры дают гораздо большие возможности и преимущества, а также безопасность, как для больных, так и для персонала. В многоместных барокамерах избыточное давление создается за счет воздуха, а дыхание осуществляется с помощью маски, подсоединенной к системе подачи кислорода. Кроме того, в них создаются условия для работы медицинского персонала, в том числе и для проведения реанимационных мероприятий.



Рисунок 1 - Многоместные барокамеры немецкой фирмы HAUX

Также гипербарическая оксигенация в условиях многоместной лечебной барокамеры выгодно отличается от наших одноместных барокамер возможностью использования лечебных режимов с воздушными перерывами, вдыхания чистого кислорода, применением увлажненного кислорода, нахождением, при необходимости, медицинского персонала в барокамере вместе с пациентом, повышенной комфортностью и взрыво-пожаробезопасностью. Кроме того, такие барокомплексы экономически выгодны с точки зрения получения лечебного эффекта большому количеству больных или пострадавших, а также в технической эксплуатации.

Эксплуатируемые барокамеры НАУХ имеют два отсека: основной отсек и предкамеру или межотсечный тамбур, обеспечивающие вход и выход в основной отсек врача, медицинской сестры или пациента. В корпусе барокамер предусмотрены смотровые иллюминаторы, а также медицинские шлюзы. Внутри барокамер размещаются ряды удобных кресел для пациентов, а также возможно размещение специальной кровати для лежачих больных. Барокамера оборудована системами индивидуальной подачи кислорода каждому пациенту, системой освещения, кондиционирования, водяного пожаротушения, системами связи и газового анализа. Для комфортного проведения сеансов гипербарической оксигенации барокамеры оснащены телевизорами и аудио системами.

Управление барокамерой производится с автоматизированного пульта оператора. Пульт оснащен компьютеризированной системой управления компрессией, изопрессией, декомпрессией, подачей кислорода, системой связи. Весь процесс компрессии, изопрессии и декомпрессии отображается на мониторе у оператора в виде графика и цифровых показателей текущего давления в барокамере. Система сигнализирует об отклонениях от режима и производит за-

пись работы на жесткий диск компьютера. Оператор проводит мониторинг состояния газовой среды внутри барокамеры и, если происходит повышение концентрации кислорода выше, чем 23%, автоматически подается звуковой сигнал. Оператор пульта производит контроль всей работы системы, запрашивает по связи состояние пациентов и при необходимости останавливает работу для «продувки» пациентов (выравнивания давления в ушных и воздухоносных полостях) или вывода пациента из отсека барокамеры при необходимости.

В барокамере установлены несколько видеокамер, обеспечивающих оператору отличный обзор и наблюдение за пациентами.

Для работы с этими барокамерами требуется минимальное количество персонала. Типичный состав персонала это: врач, оператор барокамеры (пульта), медицинская сестра и техник-оператор, обеспечивающий работу компрессоров, баллонов со сжатым воздухом и кислородом.

Первичный осмотр пациента проводит врач, который определяет показания к проведению сеансов ГБО, выявляет противопоказания, подбирает индивидуальную программу для каждого пациента. Проводит отоскопию - выявление воспалительных заболеваний среднего уха для профилактики осложнений баросеансов.

Перевязку проводит медицинская сестра совместно с доктором. Применяют препараты, которые разрешены к использованию в условиях барокамеры. В период лечения динамику заживления раны фиксируют фотографиями с указанием даты и фамилии пациента. Далее медицинская сестра проводит измерение показателей АД, пульса, температуры тела, глюкозы крови, подробно инструктирует пациентов, обучает их правилам поведения в барокамере. Пациент заходит в барокамеру в сопровождении медсестры.



Рисунок 2 – Результаты лечения

У каждого пациента - личная кислородная маска, количество подаваемого кислорода регулируется индивидуально. В среднем лечение состоит из 30-40 ежедневных двухчасовых сеансов (в зависимости от заболевания пациента). В начале процесса, в связи с перепадом давления, у пациентов появляется чувство заложенности в ушах. Медицинская сестра, которая находится вместе с пациентами внутри барокамеры, обучает тому, как выровнять давление. В остальное время пациент может читать или писать, слушать музыку или радио через наушники, или просто отдыхать. 50% всех пациентов института гипербарической медицины составляют пациенты с длительно незаживающими ранами (рисунок 2). Этой категорией пациентов занимаются врачи ГБО совместно со специалистами Центра раневой инфекции, которые проводят перевязки на протяжении всего курса лечения. Большинство пациентов с таким диагнозом – это люди, страдающие эндокринными заболеваниями и наиболее результативное лечение в таких случаях – это гипербарическая оксигенация. Количество проводимых сеансов – от 40 до 60.

30% составляют пациенты с неврологической патологией (в основном, в период реабилитации после перенесенных инсультов, больные с рассеянным склерозом), 10%

пациенты после лучевой терапии и 10% различная другая патология. Лечение пациентов после проведенной лучевой терапии, как правило, начинается только спустя два месяца. За помощью к врачам с просьбой пройти курс гипербарической оксигенации, обращаются в основном пациенты, которые нуждаются в восстановительных операциях, но из-за разрушенных и незаживающих ран, образовавшихся после облучения, врачи не могут приступить к их выполнению. Также процедура гипербарической оксигенации довольно эффективна после резекции злокачественных новообразований горла, неба и голосовых связок. Пациенты с неврологической патологией наряду с курсом гипербарической оксигенацией проходят лечение у специалистов по лечебной физкультуре. В комплексную программу входит 60 сеансов лечения кислородом в барокамере.

На лечение также направляются пациенты с другими разнообразными заболеваниями, например, отравление угарным газом (CO_2), декомпрессионная болезнь, воздушная или газовая эмболия, потеря зрения в результате острой закупорки артерий сетчатки, разнообразные травмы (в том числе, спортивные травмы, краш-повреждения, ожоги), критическое малокровие (анемия), пересадка кожи в результате несчастного

случая, устойчивые инфекции кости, мышечный некроз и инфекции мягких тканей, восстановительный период после пластических операций, восстановление после физических нагрузок у спортсменов [1].

В барокамере можно вылечить широкий спектр заболеваний как острых, так и хронических [2-5]. В Израиле лечение в барокамере с каждым годом становится все популярным и востребованным.

На основании исследований, проведенных на 10000 пациентах в Израиле, уровень успешного лечения в барокамере составляет 80%.

Пациентам с длительно незаживающими ранами на первом сеансе ГБО проводят измерение чрескожного напряжения кислорода ($TcPO_2$). Этот простой, неинвазивный, повторяемый метод используется для количественного исследования газообмена между кровью и тканью. Количество кислорода, диффундирующего через кожу, определяется с помощью чувствительного датчика, работа которого основана на реакции окисления. Температура окружающей среды и влажность должны поддерживаться на постоянном уровне. Сенсорный датчик можно нагревать до $37^{\circ}C$ в равновесии с температурой тела, или до $44^{\circ}C$ - температуры, при которой расплавляется кристаллическая структура рогового слоя эпидермиса и изменяется способность газа к диффузии. Вазодилатация также сопровождается повышением капиллярного кровотока и потребления кислорода. Кривая распада гемоглобина отклоняется вправо с последующим повышением PO_2 капиллярной крови. Количество кислорода, проходящего через кожу, прямо пропорционально градиенту давления между капилляром и электродом и обратно пропорционально сопротивлению диффузии (сосудистая стенка, дерма, эпидермис, мембрана электрода). Значение чрескожного напряжения кислорода ($TcPO_2$) может выражаться в абсолютных величинах или в процентном отношении к заданному эталонному участку, которым обычно является грудная клетка. Последняя вы-

брана в качестве эталона, чтобы исключить системные причины гипоксемии (анемия, заболевания сердца, бронхолегочная патология). У больных с заболеванием вен $TcPO_2$ снижается по мере развития поражения кожи. Повреждение кожи, которое может привести к образованию язвы, является вторичным по отношению к венозной гипертензии и сопровождается изменением проницаемости венул и капилляров, накоплением макромолекул в интерстициальном пространстве и гипертрофией коллагеновых волокон с последующим ростом комплексного сопротивления газовой диффузии [6-8].

Анализ транскутанного напряжения кислорода ($TcPO_2$) - это прямой показатель состояния микроциркуляции, необходимый при прогнозе возможности заживления обширных ран и трофических язв, позволяет оценить тяжесть критической ишемии нижних конечности, позволяет провести оценку действия вазодилататоров, определении необходимости и выборе уровня ампутации [9,10].

Такой диагностический метод применяют в институте гипербарической медицины в Израиле для оценки возможности выздоровления при применении гипербарической оксигенации. Если под действием гипербарического кислорода в 2 АТА через 20 минут показатель $TcPO_2$ увеличивается в 5-6 раз и более, эффект от лечения методом ГБО прогнозируется хороший.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наша больница закупила монитор ТСМ400 (производство Radiometer, Дания) для измерения парциального давления кислорода $TcPO_2$. Впервые в Казахстане мы планируем ввести в практику диагностический метод определения чрескожного напряжения кислорода вовремя сеансов гипербарической оксигенации, что позволит нам проводить правильный подбор пациентов на лечение, проводить объективную оценку результатов лечения, а также индивидуально подбирать режим, экспозицию и кратность лечения. Ориентировочные сроки внедрения этого монитора в работу 3-4 квартал 2018 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гипербарическая медицина. Практическое руководство.* Д. Матьё. Москва, 2009.
 2. *Руководство по гипербарической оксигенации.* Ефуни С.Н. Медицина, Москва, 1996г.
 3. *Руководство по анестезиологии и реанимации.* Попухин Ю.С. 2004.
 4. *Медицина критических состояний. Книга 2.* Марини Д., Уиллер А. 2002.
 5. *Медицина критических состояний. Книга 1.* Марини Д., Уиллер А. 2002.
 6. *Транскутанная оксиметрия в динамическом наблюдении за пациентами с сахарным диабетом и критической ишемией нижних конечностей.* Бондаренко О.Н., Аюбова Н.Л., Галстян Г.Р., Дедов И.И. ФГБУ Эндокринологический научный центр. Москва.
 7. *Руководство по эксплуатации TCM400.*
 8. *Руководство для пользователей VARA-MEDSMOOTH-RIDE Одноместные гипербарические камеры.*
 9. *Журнал «Гипербарическая физиология и медицина».* 2/2011.
 10. *Журнал «Гипербарическая физиология и медицина».* 1/2012.
-

УДК 61.616.616-7.616-71

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «RENAL-GUARD» В АО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

С.Т.ЕРЖАНОВ, Д.И.МАХАНОВ, Е.С.МАЙДЫРОВ, А.Ж.ТОЛЕМЕСОВ
АО «Центральная клиническая больница»
г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье описывается последовательность применения инновационной системы «Renal-Guard» для измерения и восполнения в реальном времени объема жидкости для пациентов проходящих процедуры визуализации с использованием контрастных веществ.

Ключевые слова: контраст-индуцированная нефропатия (КИН), система “Renal-Guard”, контрастные вещества, скорость клубочковой фильтрации (СКФ)

Түйіндеме. «RENAL-GUARD» ИННОВАЦИЯЛЫҚ ЖҮЙЕСІН «ОРТАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА» АҚ ЕНГІЗУ. С.Т.Ержанов, Д.И.Маханов, Е.С.Майдыров, А.Ж.Толемесов. Мақалада контрасты заттарды пайдалана отырып, визуализация процедурасынан өтетін гацциенттерге арналған сұйықтық көлемін нақты уақытта өлшеу және толтыру үшін «Renal-Guard» инновациялық жүйесін қолдану дәйектілігі сипатталады.

Түйін сөздер: контраст-индуцирленген нефропатия (КИН), “Renal-Guard” жүйесі, контрасты заттар, шумақтық сүзілу жылдамдығы (ШСЖ)

Summary. INTRODUCTION OF THE «RENAL-GUARD» INNOVATION SYSTEM IN JSC “CENTRAL CLINICAL HOSPITAL”. S.Yerzhanov, D.Makhanov, Y.Maidyrov, A.Tolmesov. The article describes the sequence of application of the innovative system «Renal-Guard» to measure and fill in real-time fluid volume for patients undergoing imaging procedures using contrast agents.

Keywords: contrast-induced nephropathy (CIN), «Renal-Guard» system, contrast agents, glomerular demand rate (GFR)

ВВЕДЕНИЕ

С увеличением в медицине объема проводимых диагностических и лечебных манипуляций с использованием контрастных веществ, а также большего количества пациентов с сахарным диабетом перед врачами более остро встал вопрос профилактики контраст-индуцированной нефропатии.

Контраст-индуцированная нефропатия (КИН) оказывает неблагоприятное влияние на прогноз пациента и увеличивает расходы на лечение (более длительное пребывание в стационаре, диализ). КИН – одна из форм острой почечной недостаточности, которая вызвана воздействием контрастного вещества. Данный диагноз устанавливается на основании прогрессирующего повышения уровня сывороточного креатинина в течение 24-48 часов после введения контраста [1,2].

Система “Renal-Guard” не имеет аналогов в РК и впервые была применена в АО «Центральная клиническая больница» (АО

«ЦКБ»).

Система “Renal-Guard” представляет собой устройство для измерения и восполнения в реальном времени объема жидкости для пациентов проходящих процедуры визуализации с использованием контрастных веществ. Это позволяет организму быстро выводить контраст и уменьшить его токсические эффекты [1-4].

Система “Renal-Guard” не предназначена для инфузии крови, компонентов крови, лекарственных веществ или препаратов для парентерального питания [5,6].

Эффективность использования данной системы доказывается исследованиями [5-8].

ЦЕЛЬ

Уменьшить риск контраст-индуцированной нефропатии при проведении ангиографических и КТ-исследований у пациентов в группе риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

1. Подбор пациентов из группы риска развития КИН по шкале MehranScore (данная форма будет введена в скрининговые формы КМИС для расчета лечащими врачами).

Факторы риска КИН	Определение	Шкала, баллы.
Снижена ренальная перфузия	САД менее 80 мм.рт.ст. на протяжении 1 часа требующее введения инотропов или интрааортального баллона в течение 24 часов	5
	Интрааортальная баллонная помпа в течение 24 часов от процедуры	5
	Рестриктивная сердечная недостаточность ФК II – IV или отек легких	5
Возраст	Более 75 лет	4
Гематокрит	Менее 39% для мужчин и менее 36% для женщин	3
Сахарный диабет	Если имеется	3
Объем контрастного вещества	Абсолютное количество	1 балл на каждые 100 мл контрастного вещества
Исходное нарушение функции почек	Уровень креатинина больше 1,5 мг/дл или	4
	Скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин	2 для 40-60 мл/мин
		4 для 20-40 мл/мин
		6 для менее 20 мл/мин

При получении результата более 11 баллов имеется 26% риск развития КИН, что является показанием для применения системы “Renal-Guard”.

2. Установка мочевого катетера и ве-

нозного доступа (периферический катетер 20G).

3. Настройка согласно инструкции (рисунок 1):

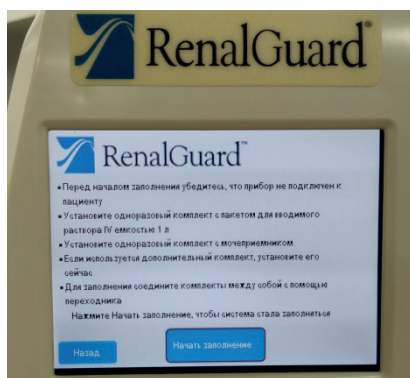


Рисунок 1- Инструкция системы “Renal-Guard”

4. После заполнения и калибровки подключается система “Renal-Guard” к пациенту.

5. В настройках устанавливается болюсное введение изотонического раствора 250,0 мл. Начинается инфузия за 1 час до процедуры с использованием контрастного вещества.

6. Через 30-40 минут после активации системы вводится внутривенно струйно Фуросемид 40 мг для управляемого форсированного диуреза. Объем выводимой мочи должен быть не меньше 350 мл/час, при показателях менее 350 мл/час допускается дополнительное введение Фуросемид 20 мг (рисунок 2).



Рисунок 2 - После 15 минут введения Фуросемида

7. Пациент вместе с системой “Renal-Guard” подается в рентген-лабораторию или КТ-отделение.

8. После окончания ангиографической или КТ-процедуры пациент возвращается в палату и около 4 часов продолжается кон-

тролируемая инфузия изотонического раствора (рисунок 3).

9. На следующий день после исследования проводится контроль креатинина, мочевины, калия крови.



Рисунок 3 - После ангиографии

РЕЗУЛЬТАТЫ

Преимущества терапии системы “Renal-Guard” за счет комбинации эффектом инфузии и формированного диуреза:

1. Более низкая концентрация контрастного вещества.
2. Ускорение выведения контраста.
3. Уменьшение времени токсического

воздействия контраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система “Renal-Guard” позволяет пациенту, с риском развития контраст-индуцированной нефропатии, безопасно проводить процедуры визуализации с использованием контрастных веществ, поддерживая оптимальный объем циркулирующей крови, из-

бегая риска чрезмерной или недостаточной гидратации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hamdi A, Hajage D, Van Glabeke E, et al. Severe post - renal acute kidney injury, post - obstructive diuresis and renal recovery. *BJU international*. 2012;110(11 Pt C):E1027–34.
2. Rubenstein MH, Harrell LC, Sheynberg BV, Schunkert H, Bazari H, Palacios IF. Are patients with renal failure good candidates for percutaneous coronary revascularization in the new device era? *Circulation* 2000; 102:2966–2972.
3. Charytan DM, Li S, Liu J, Herzog CA. Risks of death and end-stage renal disease after surgical compared with percutaneous coronary revascularization in elderly patients with chronic kidney disease. *Circulation* 2012; 126:S164–S169.
4. Budano C, Levis M, D’Amico M, et al. Impact of contrast-induced acute kidney injury definition on clinical outcomes. *Am Heart J* 2011; 161:963–971.
5. Briguori C, Visconti G, Focaccio A, et al. Renal Insufficiency After Contrast Media Administration Trial II (REMEDIAL II) renal guard system in high-risk patients for contrast-induced acute kidney injury. *Circulation* 2011; 124:1260–1269.
6. Marenzi G, Ferrari C, Marana I, et al. Prevention of contrast nephropathy by furosemide with matched hydration: The MYTHOS (Induced Diuresis With Matched Hydration Compared to Standard Hydration for Contrast Induced Nephropathy Prevention) trial. *JACC Cardiovasc Interv* 2012; 5:90–97.
7. Mehran R, Aymong ED, Nikolsky E, et al. A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44:1393–1399.
8. McCullough PA, Wolyn R, Rocher LL, Levin RN, O’Neill WW. Acute renal failure after coronary intervention: incidence, risk factors, and relationship to mortality. *Am J Med* 1997; 103:368–375.

ДИАГНОСТИКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССИРОВАНИЯ

Л.А.УТЕНИЯЗОВА

РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»

г.Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Приведены результаты изучения связи влияния внешних социально-информационных экстремальных индикаторов на формирование аномальной личностной изменчивости, что позволяет в дальнейшем разработать и апробировать комплекс конституционно-ориентированной помощи подростку.

Ключевые слова: личностный психотип, шизоидный тип, циклоидный тип, эпилептоидный тип, истероидный тип

Түйіндеме. ӘЛЕУМЕТТІК-АҚПАРАТТЫҚ СТРЕСС ЖАҒДАЙЫНДА ЖАСӨСПІРІМ-ДЕРДІҢ КОНСТИТУЦИОНАЛДЫ-ПСИХОТИПОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН ДИАГНОСТИКАЛАУ. Л.А.Өтениязова. Сыртқы әлеуметтік-ақпараттық экстремалды индикаторлардың тұлғалық ауытқушылықты қалыптастыруға ықпалының байланысын зерттеу нәтижелері келтірілген, бұл жасөспірімге конституциялық-бағытталған көмек кешенін одан әрі әзірлеуге және апробациялауға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: тұлғалық психотип, шизоидты түрі, циклоидты түрі, эпилептоидты түрі, истероидты түрі

Summary. DIAGNOSTICS OF THE CONSTITUTIONAL AND PSYCHOTYOLOGICAL PECULIARITIES OF TEENAGERS IN THE CONDITIONS OF SOCIAL AND INFORMATION STRESSING. L.A.Uteniyazova. The results of the study of the influence of external socio-information extreme indicators on the formation of abnormal personal variability, which allows to further develop and test the complex of constitutional-oriented assistance to adolescents.

Keywords: personal psychotype, schizoid type, the cycloid type, epileptoid type, hysteroid type

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст изучали многие мировые ученые в области психологии. Впервые, С.Холл описал психологические особенности подросткового возраста и указал на противоречивость поведения подростка (например, интенсивное общение сменяется замкнутостью, уверенность в себе переходит в неуверенность и сомнения в себе и т.п.). Он ввел в психологию представление о подростковом возрасте как кризисном периоде развития [1].

Особенность социальной ситуации развития заключается в том, что подросток находится в положении (состоянии) между взрослым и ребенком при его сильном стремлении стать взрослым, что определяет специфику его поведения [2].

Цель данного исследования - изучение связи влияния внешних социально-инфор-

мационных экстремальных индикаторов на формирование аномальной личностной изменчивости, что позволяет в дальнейшем разработать и апробировать комплекс конституционно-ориентированной помощи подростку.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе эксперимента психологическое обследование было проведено у 284 подростков в системе эксперимента, проживающих в г.Астана. Основными критериями группы испытуемых стали: пол, возраст от 13 до 16 лет, образование лиц, находящихся в условиях социально-информационного стрессирования.

Диагностические методы

Все обследованные в соответствии с методологическими принципами конституциональной психологии были дифференцированы на четыре личностных психотипа.

Методы психологической диагностики включали наблюдение, беседу, анализ истории жизни, личностные и клинические опросники: патохарактерологический диагностический опросник Личко [3], клинический опросник для выявления и оценки невротического состояния [4], методика определения уровня невротизации и психопатизации, личностный опросник Айзенка (ЕРІ), шкала тревоги [5]. Для осуществления психологической коррекции личностных, психологических переживаний и аномальных поведенческих реакций использовались методы и техники, основанные на принципах патогенетической [6] и кататимно-имагинативной психотерапии.

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)

Н.Я.Иванов и Личко в 1970 г. составили и апробировали разработку диагностических кодов и правил «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков» [3].

Личностный опросник Айзенка (ЕРІ)

Два основных свойства, определяют разнообразие типов личности – это экстраверсия - интроверсия и эмоционально-волевая стабильность – нестабильность (или нейротизм).

Методика определения уровня невротизации и психопатизации

Разработанный тест является достаточно простым, валидным и чувствительным инструментом, который может быть использован как в целях первичной диагностики пограничных состояний.

Опросник для выявления и оценки невротического состояния

Данный тест-опросник активно применяется для оценки невротических состояний. Тест был разработан ещё в 1978 году (авторы – К.К. Яхин, Д.М. Менделевич). Опросник состоит из 68 вопросов и включает в себя шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения [4].

Шкала тревожности Тейлора

Здесь представлен вариант методики

Тейлора в адаптации Т. А. Немчинова и В. Г. Норакидзе, который в 1975 г. дополнил опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах, и состоит из 60 вопросов [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Статистическая обработка результатов исследования

Для решения поставленной задачи использовалась модель многомерного патопсихологического анализа. Были составлены градации по степени выраженности основных специфических патопсихологических симптомов, получаемых в результате использования клинических, личностных опросников.

Сравнительная оценка эффективности методов психокоррекции проводилась с использованием критерия Х-квадрат, исходя из нулевой гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет

Объективизация эффективности методов психокоррекции осуществлялась с помощью многовекторного психологического анализа [8].

Диагностика психотипологической структуры личности подростка в условиях воздействия социально-информационных индикаторов

В результате психолого-дифференциального анализа получены следующие результаты: представители циклоидного психотипа 33%, эпилептоидного психотипа 28%, шизоидного психотипа 21%, истероидного психотипа 18%. Подобное распределение психотипов согласуется с имеющимися литературными данными для подросткового возраста, что свидетельствует о репрезентативности настоящей выборки.

Показатели обследования подростков по четырем психотипам (шизоидному, циклоидному, эпилептоидному, истероидному):

Условные обозначения:

Патохарактерологический диагностический опросник: Е - реакция эмансипации; V - психологическая склонность к алкоголизации; d - психологическая склонность к делинквентному поведению, В - показатель возможной органической природы.

Опросник для выявления и оценки невротического состояния: ВН - шкала вегетативной неустойчивости; ОФН - шкала Obsessive-Compulsive Disorder; А - шкала астенизации; И - шкала истерии; НД - шкала невротической депрессии; СТ - шкала ситуативной тревоги.

Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП): Н - шкала невротизации; П - шкала психопатизации.

Личностный опросник Айзенка: НТ - нейротизм.

Шкала тревоги Тейлора: КТ - шкала конституциональной тревоги.

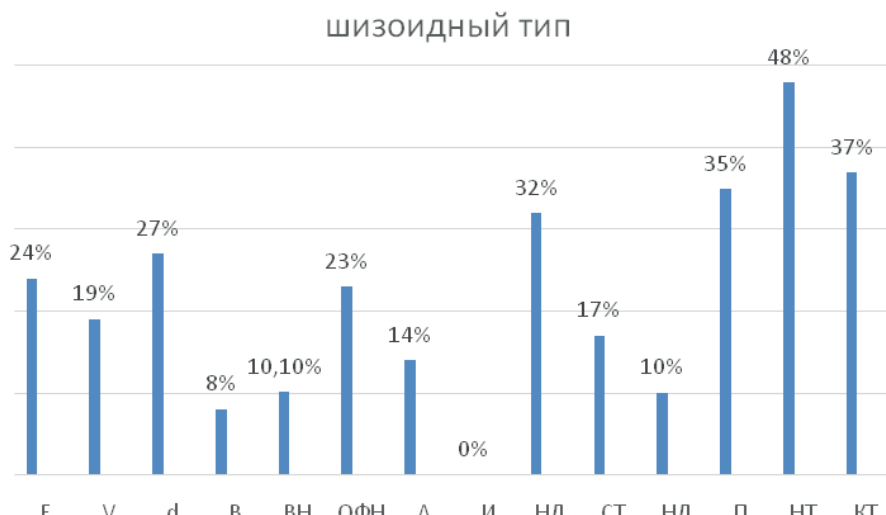


Рисунок 1 - Выявленные показатели обследования подростков, относящихся к шизоидному психотипу

Представители данного психотипа легко адаптируются к меняющимся социально-психологическим условиям и изменяют стереотип собственного поведения. Шизоиды обнаруживают высокую толерантность к социально-средовым и информационным факторам деструктивной социальной среды обитания [9].

Циклоидный психотип

Неспособность циклоидов держать социальный удар, отсутствие психологической толерантности к тривиальным стрессорам приводит их к патологическим психическим и психологическим переживаниям вплоть до развития патологических психических реакций в виде субдепрессивных, субдепрессивно-фобических и ипохондрических переживаний [9].

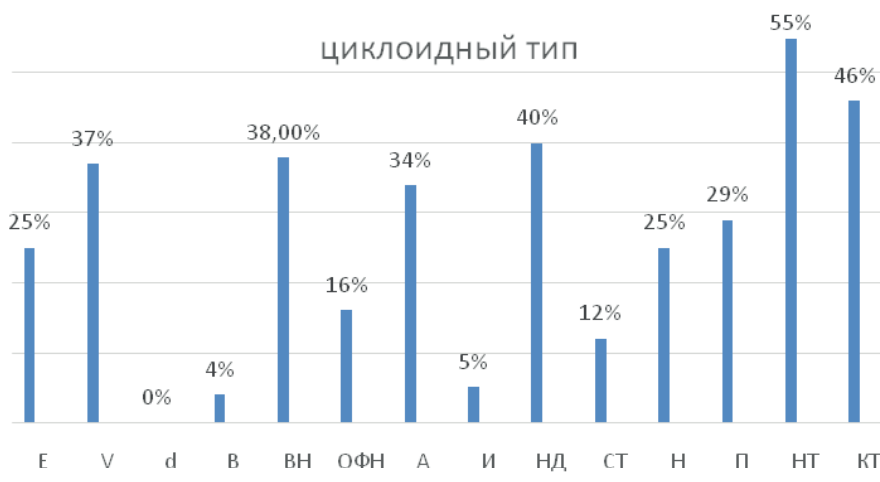


Рисунок 2 - Выявленные показатели обследования подростков, относящихся к циклоидному типу

эпилептоидный тип

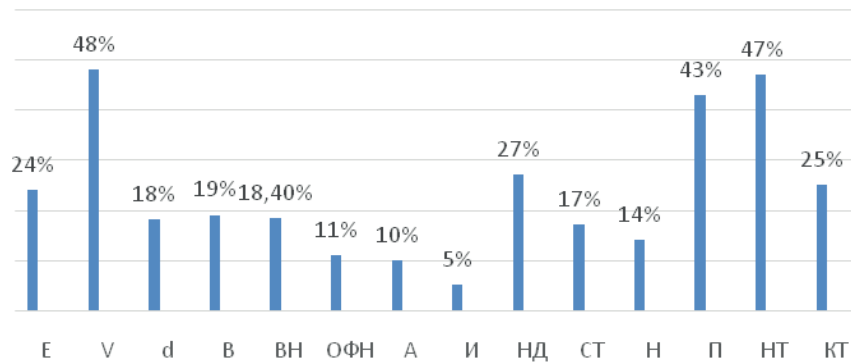


Рисунок 3 - Выявленные показатели обследования подростков, относящихся к эпилептоидному психотипу

Своевременное систематическое проведение психологической коррекции, психотерапии профессиональными психологами и психотерапевтами позволяет добиться существенной коррекции личностно-характерологических особенностей конституциональных эпилептоидных представителей ПАЛ [1].

Истероидный тип

Для подростков с истероидным психотипом характерно наличие личностного конфликта, отражающего напряжение конституциональных механизмов защиты, снижение индивидуального барьера психологической и психической адаптации и невысокой толерантности к стрессорам.

истероидный тип

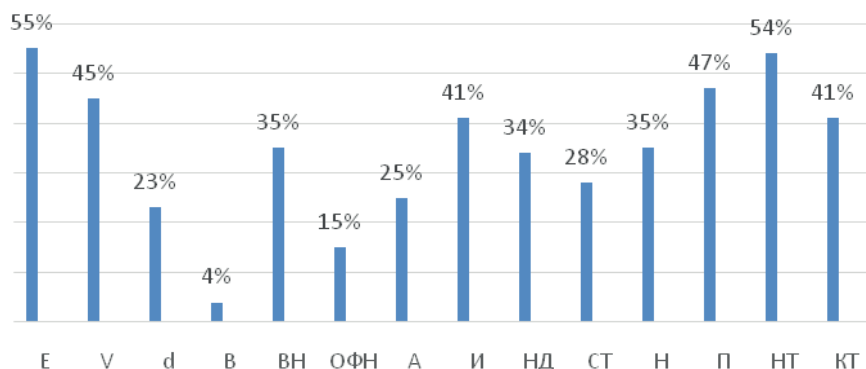


Рисунок 4 - Выявленные показатели обследования подростков, относящихся к истероидному психотипу

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты демонстрируют различную степень выраженности психотипологических аномалий, невротических или психосоматических нарушений, подтверждающих вероятностную деструкцию личности с признаками негативной психотипологической изменчивости в условиях социально-информационного стрессирования.

Негативный дрейф наиболее достоверен для испытуемых с истероидной и ци-

клоидной структурой психотипа.

Диагностика психотипологической структуры личности у подростков дает основание для вероятностного прогнозирования социально-психологической адаптации их в социальной среде, наличия высокой, умеренной или низкой психологической толерантности к социально-информационным стрессорам, надежности индивидуального барьера психологической и психической адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахвердова О.А., Боев И.В. Сравнительные результаты психологических исследований подростков с различными психотипологическими особенностями социально-стабильного и социально-нестабильного периодов общества // Вестник СГУ №16 «Психолого-педагогические науки». – Ставрополь, 1999.
 2. Боев И.В., Ахвердова О.А. Психологическая диагностика девиантного поведения у подростков. // Метод, рекомендации. - Ставрополь, 1994.
 3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – 1978.
 4. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. – 1978.
 5. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога.- М, Владос,1996г.
 6. Пушкарев А.Л., Домогацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – С. 6-25.
 7. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж.Тейлор, адаптация Т.А.Немчина/ диагностика эмоционально нравственного развития-Спб. 2002г. С.126-128
 8. Ахвердова О.А, Боев И.В., Погожева О.В Конституционно-типологический личностный континуум особенностей эмоционально волевой сферы подростков//Гуманизация образования-2008-№3
 9. Шалимов А.В. Конституционально-ориентированная психокоррекция личностной и поведенческой изменчивости у подростков в условиях социального стрессирования. Дисс.канд.наук.Ставрополь. 2006.
-

УДК 614.2

СОВРЕМЕННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К МЕНЕДЖМЕНТУ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.С.ХАСЕНОВА

Национальный научный центр онкологии и трансплантологии
Корпоративного фонда «УМС»
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье приведены предварительные данные внедрения и использования принципов системного менеджмента в деятельности современной организации здравоохранения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, менеджмент, системный подход

Түйіндемe. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДА МЕНЕДЖМЕНТКЕ ЗАМАНАУИ ЖҮЙЕЛІК КӨЗҚАРАС. А.С.Хасенова. Мақалада заманауи денсаулық ұйымында жүйелі менеджменттің негізгі принциптерін қолданудың алады-ала нәтижелері келтірілген.

Түйін сөздер: Денсаулық сақтау ұйымы, менеджмент, жүйелі қолдану.

Summary. MODERN SYSTEM APPROACH TO MANAGEMENT IN THE HEALTH ORGANIZATION. A.S.Khasenova. The article presents preliminary data on the implementation and use of system management principles in the performance of a modern healthcare organization

Keywords: Organization of health care, management, systems approach.

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях система здравоохранения представляет собой сферу деятельности, к основным задачам которой относится сохранение и повышение уровня здоровья населения, обеспечение доступного медицинского обслуживания. Управление здравоохранением – это менеджмент, объектом которого является социотехническая и сложная динамическая открытая система. Менеджмент в сфере здравоохранения как наука об управлении, регулировании и контроле трудовыми, материальными и финансовыми ресурсами здравоохранения нацелена на снижение потерь общества от смертности, заболеваемости и инвалидности населения при имеющихся ресурсах.

В этой связи, изучение современного системного подхода менеджмента в системе здравоохранения является актуальной задачей на современном этапе.

Менеджмент представляет собой область управления экономикой, в том числе и сферой здравоохранения, распространяющая воздействие на управление персоналом, производственными процессами в мас-

штабах проекта и предприятия [1,2].

Менеджмент представляет собой сложный процесс в различных сферах производственно-хозяйственной деятельности организации. В этой связи основное внимание будет уделено управлению в организациях здравоохранения и медицинских учреждениях.

Системный подход - способ мышления по отношению к организации и управлению. Под системным подходом в широком смысле понимают метод исследования окружающего мира, при котором интересующие нас предметы и явления рассматриваются как части или элементы определенного целостного образования. Эти части и элементы, взаимодействуя друг с другом, формируют новые свойства целостного образования (системы), отсутствующие у каждого из них в отдельности.

Таким образом, мир с точки зрения системного подхода претстает перед нами как совокупность систем разного уровня, находящихся в отношениях иерархии.

Система - это некоторая целостность, состоящая из взаимозависимых частей, ка-

жда из которых вносит свой вклад в характеристики целого. Все организации являются системами. Любая система должна иметь конкретную структуру, которая отражает порядок взаимосвязей составных частей системы, т.е. ее устройство или строение. Таким образом, структура системы включает элементы и связи между ними и характеризует организованность системы, устойчивую упорядоченность элементов и связей. Одна и та же система может иметь разную структуру в зависимости от цели ее создания и стадии исследования. При этом в процессе исследования или проектирования структура системы может изменяться.

Существует два основных типа систем: закрытые и открытые.

Закрытая система имеет жесткие фиксированные границы, ее действия относительно независимы от среды, окружающей систему.

Открытая система характеризуется взаимодействием с внешней средой. Такая система не является самообеспечивающейся, она зависит от энергии, информации и материалов, поступающих извне. Кроме того, открытая система имеет способность приспосабливаться к изменениям во внешней среде.

Модель организации как открытой системы: Входы: организация получает из окружающей среды информацию, капитал, человеческие ресурсы и материалы. Выходы: преобразованная продукция или услуги. Алгоритм системного подхода.

1. Постановка проблемы:

- Постановка задачи;
- Определение объекта исследования;
- Формирование целей;
- Задание критериев и ограничений

2. Разделение системы и внешней среды:

- Определение границ исследования системы;
- Первичная структуризация систем;
- Подразделение общей системы на систему и внешнюю среду;
- Выделение составных частей среды;

Современный менеджмент на основе системного подхода занимается проблемами интеграции всего комплекса процессов, обеспечивающих преобразование ресурсов, которыми располагает человечество, для удовлетворения экономических потребностей людей и общества.

Интеграция происходит в совокупности различных взаимодействующих областей:

- взаимодействия личности, персон, коллектива с организацией или несколькими организациями;

- процессов, протекающих в отдельной организации, в нескольких хозяйствующих субъектах (поставщики - потребители, заказчики - подрядчики, холдинги), во всем социуме;

- при интеграции подсистем и элементов организации;

- в процессах взаимодействия организации с потребителями;

- в области процессов взаимодействия организации с обществом;

- при взаимодействии организации с природой;

- в ходе интеграции функций менеджмента и функциональных аспектов деятельности;

- в процессах интеграции уровней управления;

- в области интеграции систем менеджмента (менеджмент качества, экологический менеджмент, промышленная безопасность, охрана здоровья, в соответствии с международными стандартами ISO);

Известно, что интеграционный метод реализуется на основе ситуационного подхода, то есть учитывает текущее синергетическое взаимодействие всех факторов внешней и внутренней среды организации, от которого современный менеджмент и следует рассматривать как интегрированный менеджмент.

Из вышеизложенного мы видим, что учитывать системный подход в управлении очень важно для любой организации [3,4].

ЦЕЛЬ

Анализ использования принципов си-

стемного менеджмента в деятельности организации здравоохранения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использованы материалы и приведены предварительные данные внедрения современных подходов и принципов системного менеджмента в деятельности Национального центра онкологии и трансплантологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных современной литературы показал, что у каждой организации своя система. По такому принципу в нашем центре также имеется своя система менеджмента. При этом следует отметить, что каждая система имеет свои, присущие ей, особенности, свою реакцию на управление, свои формы возможного отклонения от программы, свою способность реагировать на различные рода воздействия.

В практической медико-организационной и управленческой деятельности нашего центра внедрение и использование современных подходов и принципов системного менеджмента повышает эффективность и результативность в обосновании принятия управленческих решений по основным ключевым вопросам основной организационной и медицинской деятельности предприятия.

Системный подход менеджмента предполагал наличие особого единства системы со средой, которая определяется как совокупность внешних элементов, оказывающих влияние на взаимодействие элементов системы.

Всестороннее изучение связей элементов (подсистем) было необходимо для построения модели объекта управления предприятием. Практическое использование модели дало возможность совершенствовать управленческие решения, то есть находить пути наиболее эффективного до-

стижения общих медико-организационных целей в улучшении основной деятельности организации.

Следует отметить, что от качества работы подсистем зависело качество самой системы. А также в системном подходе большую роль играло принятие управленческих решений, а также их системный анализ. Кроме того, от целенаправленного системного подхода к управлению зависела вся жизнедеятельность организации, который всегда использовался, и будет использоваться для оптимального расчета построения и развития организации [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, внедрение и использование основных подходов и принципов системного менеджмента повышает эффективность и результативность в управлении основной деятельностью современной организации здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Менеджмент. Курс лекций: в 3 ч. Ч. 1. Основы менеджмента: учебно-методическое пособие/В. В. Быков, О. М. Недюхина, О. А. Пашкевич. - Горки: БГСХА, 2017. - 170 с.*
2. *Эмануэль А. В. и др. Системы менеджмента качества в сфере здравоохранения: мифы и реальность // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1.*
3. *Герчикова И. Н. «Менеджмент», -М. 1997г.*
4. *Травин В.В., В.А. Дятлов «Менеджмент персонала предприятия», -М., 2002г.*
5. *Табынбаев Н.Б., Жумадилов А.Ш., Сарсебеков Е.К. Национальный научный центр онкологии и трансплантологии к 25-летию независимости Республики Казахстан// Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. -2016. -№3. – С.34-37.7.*

УДК 612.68(470.23-25)

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В АО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Ш.А.АЮПОВА, А.О.СЫДЫКОВА
АО «Центральная клиническая больница»
г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье изложены особенности ведения долгожителей в амбулаторных условиях на примере поликлиники АО «Центральная клиническая больница».

Ключевые слова: долгожительство, заболеваемость, обращаемость за медицинской помощью

Түйіндеме. «ОРТАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА» АҚ АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ҰЗАҚ ЖАСАУШЫЛАРМЕН ЕМ ЖҮРГІЗУ ЖӘНЕ КӨМЕК КӨРСЕТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. Ш.А.Аюпова, А.О.Сыдыкова. Мақалада «ОКА» АҚ амбулаторлық жағдайда ұзақ жасаушылармен ем жүргізу және көмек көрсету ерекшеліктері көрсетілген.

Түйін сөздер: ұзақ өмір сүру, аурушандық, медициналық көмекке жүгіну

Summary. FEATURES OF THE MANAGEMENT OF LONG-LIVERS IN OUT-PATIENT CONDITIONS IN THE JSC «CENTRAL CLINICAL HOSPITAL». Sh. Ayupova, A.Sydykova. The article outlines the features of managing long-livers on an outpatient basis using the example of the outpatient clinic of the Central Clinical Hospital.

Keywords: longevity, morbidity, seeking medical care

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан, одним из актуальных вопросов является проблема старения населения [1]. В Республике Казахстан средняя продолжительность жизни в 2017 году превысила 72 года и составила 72,95 (у мужчин- 68,72; у женщин-76,92). В динамике также отмечается увеличение средней продолжительности жизни людей: в 2015 году она составила 71,9, а в 2016 году - 72,3 года [2]. По данным ООН в 1955 г. число пожилых людей 65 лет и старше во всех странах составляло 143 млн. человек (5,2%), а к 2025 г. прогнозируется увеличение пожилых людей до 822 млн. человек, что составит 9,7% всего населения Земли (Golini A., 2006) [1]. Эксперты ВОЗ отмечают, что «проблема состоит не только в том, что увеличивается численность пожилого населения, но и в том, что отмечается его дальнейшее «постарение», поскольку растет число людей, живущих 90 лет и более [3]. Данная группа людей рассматривается

как наиболее уязвимая категория, их доля растет быстрее, чем население в возрасте 60 лет и старше. В связи с этим важным является оказание медицинской помощи данному контингенту пациентов.

ЦЕЛЬ

Выявление особенностей организации амбулаторно-поликлинической помощи долгожителям в условиях АО «Центральная клиническая больница (ЦКБ)», г. Алматы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы данные 14273 амбулаторных карт прикрепленного населения старшей возрастной группы, в том числе и долгожителей, за 2015-2017гг. Исследование проводилось по 7 нозологиям общей и первичной заболеваемости, а также изучен половозрастной состав пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

К 2018г. к АО «ЦКБ» было прикреплено 5043 пациента, из них лиц старше 70 лет - 2266 или 44,9%, в том числе и долгожителей - 240 человек (4,8% от общего числа

прикрепленного контингента). По статистическим данным г.Алматы за 2016 год всего зарегистрировано 232 человека-долгожителя,

а по АО «ЦКБ» их количество составило 240 на 2018 год [4].

Таблица 1 - Численность лиц старше 90 лет среди прикрепленного контингента в 2015-2017гг.

Год	2015г		2016г		2017г	
Число прикрепленного контингента	4733		4886		5043	
Кол-во долгожителей старше 90 л	204	4,3%	220	4,5%	240	4,8%
Мужчины	80	39,2%	86	39,1%	88	36,7%
Женщины	124	60,8%	134	60,9%	152	63,3%
100 + лет	4		3		4	

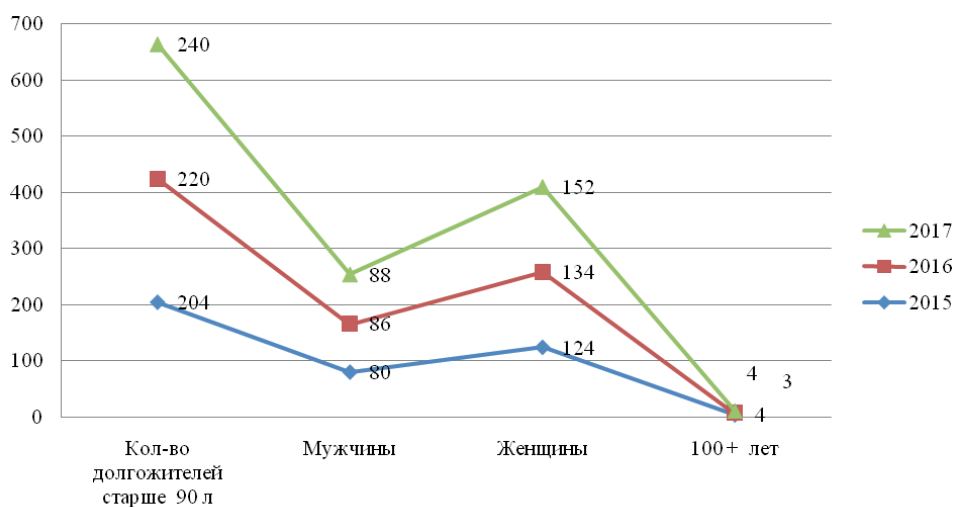


Рисунок 1 – Количество долгожителей

По данным таблицы 1 отмечается рост количества долгожителей как в абсолютных цифрах с 204 человек в 2015г. до 240 человек 2017г., так и в процентном соотношении. Причем видно, что количество женщин превышает количество мужчин в среднем

на четверть (24,1%) (таблица 2). Распределение возраста по годам у мужчин и женщин отражено на рисунках 2 и 3. Число лиц, достигших 100 лет и старше, остается примерно одинаковым и равно 3-4 человека.

Таблица 2 – Численность лиц старше 90 лет среди прикрепленного населения в разрезе возрастов

Возраст Год	2015 г		2016 г		2017 г	
	Кол-во муж.	Кол-во жен.	Кол-во муж.	Кол-во жен.	Кол-во муж.	Кол-во жен.
90-94л	73	97	75	110	73	127
95-99л	7	23	11	21	14	22
100 лет и старше	-	4	-	3	1	3
ИТОГО	80	124	86	134	88	152



Рисунок 2 - Распределение мужчин по возрасту по годам

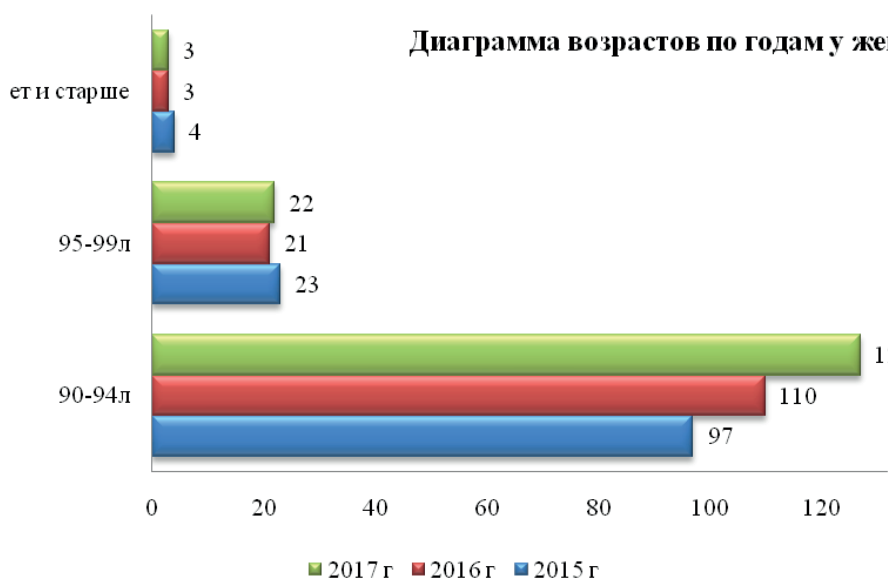


Рисунок 3 - Распределение женщин по возрасту по годам

Из таблицы 2 видно, что количество женщин-долгожительниц больше, чем мужчин. В возрасте с 90 до 99 лет эта разница видна отчетливо, и имеет ежегодную тенденцию к увеличению: в 2015г. - на 24 женщины больше, 2016г.- на 35, в 2017г. - на 54 женщины больше, чем мужчин. В возрасте с 95 до 99 лет также отмечается разница между мужчинами и женщинами, но прослеживается обратная динамика - снижение числа женщин с 16 в 2015г. до 8 женщин в 2017г. В возрастной категории 100 лет и старше на трех женщин приходится всего один мужчина.

Если посмотреть на заболеваемость лиц старшего возраста, то распределение общей заболеваемости лиц старше 60 лет по классам в 2017г. было следующим (таблица 3):

- На I-месте - болезни органов кровообращения: в абсолютных числах - 6624, на 1000 населения - 1329,1;
- II-месте - болезни органов пищеварения: в абсолютных числах - 1632, на 1000 населения - 327,4;
- На III-месте - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: в абсолютных числах - 1104, на 1000 населения - 221,5.

Таблица 3 - Заболеваемость лиц старше 60 лет, в том числе долгожителей за 2017 г.

	Общая заболеваемость	На 1000 населения	Первичная заболеваемость	На 1000 населения
Всего	14273	2863,7	697	139,8
Болезни системы кровообращения:	6624	1329,1	86	17,3
В т. ч. Артериальная гипертензия	2538	509,2	11	2,2
В т.ч. Ишемическая болезнь сердца	2742	550,1	42	8,4
В т.ч. Цереброваскулярные заболевания	797	159,9	28	5,6
Болезни органов пищеварения:	1632	327,4	21	4,2
В т.ч. гастрит, дуоденит	693	139,0	2	0,4
Новообразования	509	102,1	84	16,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1104	221,5	1	0,2
Болезни органов дыхания	953	191,2	116	23,3

Мы видим, что преимущественно у лиц старше 60 лет, как у основного населения, преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы и составили 46,4% от всей заболеваемости. Из них: ишемическая болезнь сердца - 41,4%, артериальная гипертензия - 38,3% от всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. Цереброваскулярные заболевания составили 12%, болезни органов пищеварения - 11,4%, болезни костно-мышечной системы - 7,7%.

Лица пожилого возраста, в том числе и долгожители, охвачены всеми видами медицинской помощи, представленной в АО «ЦКБ». При этом отмечается высокий уровень объема медицинской помощи в поликлинике и на дому, превышающий в несколько раз аналогичные показатели по г. Алматы и по республике. По статистическим данным Республики Казахстан за 2017г. среднее количество посещений медицинских учреждений на 1 больного по г. Алматы составило 7,2; по Республике - 6,1[2]. Среднее же число амбулаторно-поликлинических посещений, в том числе и обслуживание на дому, на одного пациента прикрепленного контингента в 2017г. составило 22,7; в 2016г. - 23,1. Это под-

тверждает высокую потребность в оказании и обеспеченность медицинской помощью прикрепленного контингента в АО «ЦКБ», особенно лиц старшего возраста.

Диспансеризация данной группы проводится своевременно в 100%. Среднее число заболеваний на 1-го диспансерного больного из числа прикрепленного контингента составляет 2,7. Тогда как долгожители состоят на диспансерном учете в среднем по 2,9-3,0 нозологиям на 1-го человека. Прохождение комплексного профилактического осмотра больных старшей возрастной категории, в том числе и долгожителей, осуществляется ежегодно участковыми врачами и бригадой профильных специалистов. Нетранспортабельным больным медицинская помощь проводится на дому с максимальным привлечением специалистов, при необходимости офтальмолога, лор-врача, хирурга, невропатолога, уролога, стоматолога, которые оказывают различные виды медицинской помощи на дому пожилым пациентам.

Лечение долгожителей в стационаре на дому имеет широкий охват различными видами помощи. Так, за 8 мес. 2018г. пролечено 115 пациентов старше 90 лет. Из них

лечились на дому 1 раз 72 человека, 2 раза в течение 8 месяцев 35 человек, 3 раза - 7 человек, 4 раза - 1 пациент.

Всего проведено 752 стационарных лечений на дому пациентам старшей возрастной группы по следующим нозологиям: 479 случаев - болезни системы кровообращения (в основном, цереброваскулярные заболевания и хронические формы ИБС), что составило 63,7%; 111 случаев (14,7%) - болезни органов дыхания; 79 случаев (10,5%) - болезни костно-мышечной системы. В круглосуточном стационаре получили лечение 160 человек, из них 80 мужского и 80 женского пола.

В связи с регрессивным типом прикрепленного контингента, клинических особенностей заболеваний сердечно-сосудистой системы у долгожителей, атипичностью течения заболеваний, коморбидностью, социальными факторами, отмечается высокая потребность в экстренной медицинской помощи. Установлено, что долгожители за медицинской помощью обращаются чаще, чем пациенты из других возрастных групп, однако среди 100-летних обращаемость снижалась по сравнению с другими возрастными группами долгожителей. Выявлена тенденция к снижению частоты обращений по поводу острых состояний с возрастом и увеличению частоты обращений по поводу обострения хронических заболеваний.

При изучении частоты обращений за медицинской помощью (к терапевту, врачам-специалистам, в «Скорую помощь») обследованных лиц разного возраста и пола было установлено, что к терапевту и к врачам-специалистам долгожители обращаются

чаще, чем мужчины и женщины более молодого возраста. Также обращает на себя внимание то обстоятельство, что частота обращений в «Скорую помощь» среди обследуемых более молодого возраста выше, чем у долгожителей. Это наблюдение свидетельствует о преобладании у долгожителей хронической патологии и менее частом возникновении острой патологии, чем у лиц других возрастных групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, из года в год наблюдается рост числа долгожителей среди прикрепленного контингента в АО «ЦКБ». Отмечается высокая потребность данной группы населения в медицинской помощи, которая им оказывается своевременно и в полном объеме, что способствует положительному влиянию на качество и продолжительность жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Golini, A. Demographic trends and aging in Europe. Prospects, problems and policies [Text] / A. Golini // Genus. - 2006. - № 3-4. - С. 33-74.*
2. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году: Статистический сборник.-Астана, 2018.-354с.*
3. *С.В. Усманова/ Понятие о геронтологии. Классификация возрастных групп. // Методическое пособие. Иркутск 2017, с.13.*
4. *Центр делового сотрудничества Капитал, ресурс <https://kapital.kz> › Государство от 6 авг. 2016 г.*

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ACTIVITIES OF THE DOCTOR**

УДК 616.149.66: 614.253.8:616.151.5

**НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ
ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Г.А.РАХИМБЕКОВА, А.БАЙМАГАМБЕТ, А.ЖУМАБАЕВ
АО «Медицинский Университет Астана»
АО «ННМЦ», 1-городская больница
г.Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Система гемостаза у больных внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) характеризуются разнонаправленными изменениями стандартной и расширенной коагулограммы: признаки гипокоагуляции сочетаются с признаками гиперкоагуляции.

У больных ВПГ тромбофилические состояния носят мультифакторный характер, который определяется комбинацией приобретенных и наследственных факторов.

Ключевые слова: гемостаз, внепеченочная портальная гипертензия, тромбоз сосудов портальной системы

Түйіндеме. БАУЫР СЫРТЫЛЫҚ ПОРТАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ. Г.А.Рахимбекова, А.Баймағамбет, А.Жұмабаев. Бауыр сыртылық портальды гипертензиясымен (БСПГ) ауыратын науқастарда гемостаз жүйесі стандартты және кеңейтілген коагулограммада жан-жақтық өзгерістерімен ерекшеленді: гипокоагуляция белгілері гиперкоагуляция көріністерімен тіркеседі.

БСПГ көрінетін науқастарда тромбофилиялық жағдайлар мультифакторлық түрмен сипатталады, ол туа және жүре пайда болған факторлардың комбинациясымен анықталады.

Түйін сөздер: гемостаз, бауыр сыртылық портальды гипертензиясы, порталды жүйе тамырларының тромбозы

Summary. HEMOSTATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH EXTRA HEPATIC PORTAL HYPERTENSION. G.A.Rakhimbekova, A.Baymagambet, A.Zhumabayev. Hemostasis system in patients with extrahepatic portal hypertension (HSV) are characterized by multidirectional changes in standard and extended coagulogram: signs of hypocoagulation are combined with signs of hypercoagulation.

Thrombophilic conditions of patients with EPH are multifactorial in nature, which is determined by a combination of acquired and hereditary factors.

Keywords: hemostasis, extrahepatic portal hypertension, the thrombosis of the portal system

ВВЕДЕНИЕ

Гемостаз призван поддерживать нормальное агрегатное состояние крови. Нарушения в системе гемостаза могут стать причиной развития как геморрагических, так и тромботических состояний [1,2].

Портальная гипертензия это системное поражение, ведущее к развитию тяжелых осложнений, среди которых выделяют: мор-

фологические (гепато- и спленомегалия), гемодинамические (повышенный сердечный выброс, снижение периферического сопротивления) и патофизиологические, в том числе и нарушения в системе гемостаза.

По данным литературных источников, примерно 50% случаев тромбозов сосудов портальной системы связывают с наличием хронических миелопролиферативных забо-

леваний (ХМПЗ). Этиологию другой половины случаев тромбоза ассоциируют с наличием генетических или приобретенных дефектов гемостаза [3,4].

Современное лечение портальной гипертензии рассматривает устранение причины, коррекцию гемодинамических нарушений, профилактику кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода [4].

Протокола диагностики и лечения нарушений гемостаза в результате тромбоза портальной системы у больных с внепеченочной портальной гипертензией в Казахстане не разработано.

ЦЕЛЬ

Изучить нарушения гемостаза у пациентов с тромбозами портальной системы. Создать протокол диагностики и лечения нарушений гемостаза в результате тромбоза портальной системы у больных с внепеченочной портальной гипертензией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с октября 2014 по октябрь 2018 годы были обследованы 77 больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ), обусловленной тромбозами сосудов портальной системы (воротной вены, селезеночной вены и мезентериальных вен).

В группу наблюдения вошли 46 женщин и 31 мужчин в возрасте от 20 до 70 лет, медиана возраста 42 года. Причиной портальной гипертензии явился тромбоз сосудов портальной системы (воротной вены – 95% больных, селезеночной вены – 15%, мезентериальных вен – 9%), подтвержденный доплерографией сосудов портальной системы.

По результатам ПЦР исследований у 12 больных ВПГ был выявлен хронический вирусный гепатит. Из них у 7 – гепатит В, у 3 – гепатит С и у 2 – сочетание вирусного гепатита В и С. При чем активность воспа-

лительного процесса в печени была минимальной у всех пациентов с хроническим вирусным гепатитом.

Всем пациентам проводилось стандартное обследование:

1. Лабораторное: общеклинический, биохимический, вирусологический анализы крови.

2. Инструментальное: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, доплерография сосудов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия с целью выявления варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка.

3. Оценка состояния гемостаза:

А) стандартные коагуляционные тесты: активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), протромбиновое время (ПВ), фибриноген;

Б) дополнительные коагуляционные тесты: антитромбин III, протеин С, D-димер, волчаночный антикоагулянт, агрегация тромбоцитов с аденозиндифосфатом (АДФ), агрегация тромбоцитов с ристоцетином;

4. Гематологическое обследование:

А) стерильная пункция и трепанобиопсия костного мозга;

Б) ПЦР-диагностика полиморфизмов генов системы свертывания крови;

В) определение концентрации в сыворотке крови эндотелина 1, гомоцистеина.

Статистический анализ проводился по программе STATISTICA 6,0 (IBM SPSS 18,0).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Причинами, послужившими основанием для обращения к врачу явились: а) абдоминальный болевой синдром, б) спленомегалия, в) кровотечение из ВРВ пищевода и желудка.

Основные клинические симптомы вследствие тромбозов сосудов портальной системы представлены в рис.1.

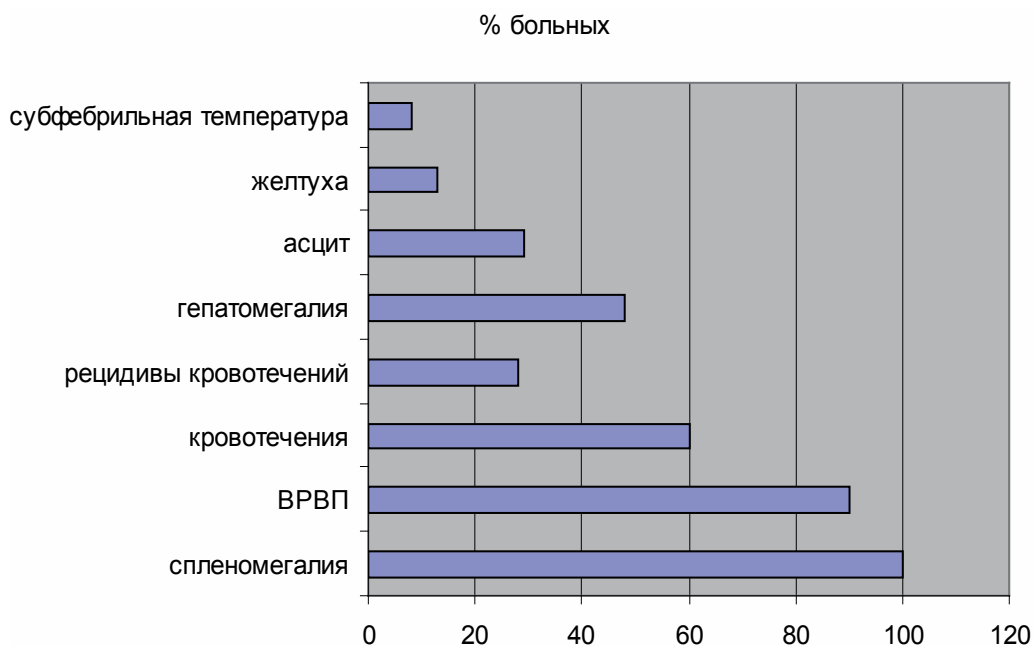


Рисунок 1 - Основные клинические проявления у больных внепеченочной портальной гипертензией

Гематологическое обследование включает гистологическое исследование костного мозга и анализ периферической крови. Гистологическое исследование костного мозга проведено 61 из 77 больных. Результаты позволили выделить две группы больных: 30 (49,2%) больных с гематологической картиной характерной для хронического миелопролиферативного заболевания (ВПГ МП «+») и 31 (50,8%) больных с цитопеническими синдромами без миелопролиферации (ВПГ МП «-»).

Группу ВПГ МП «+» составили больные с гистологической картиной гиперплазии 1-3 ростков миелопоэза, что характерно для больных с хроническими миелопролиферативными заболеваниями.

В группе ВПГ МП «-» в трепанобиоптате выявлен нормоклеточный костный мозг.

Сравниваемые группы больных были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, соотношению мужчин и женщин.

Анализ данных анамнеза показал одинаковую частоту тромботических случаев у больных в группах ВПГ МП «+» и ВПГ МП «-» (40% и 34% соответственно).

Отличительных клинических признаков в группах не выявлено.

Значимых различий по показателям крови в группах также не выявлено (таблица 1). Анемия диагностирована у большей половины больных каждой группы. Причем преобладала анемия легкой степени.

Таблица 1 - Характеристика анемии у больных внепеченочной портальной гипертензией

Степень тяжести анемии	Уровень гемоглобина (Hb)	ВПГ МП «+» n=30	ВПГ МП «-» n=31
Всего с анемией		21 (70,0%)	19 (61,3%)
Легкая	90г/л ≤ Hb < 120 г/л	16 (76,2%)	16 (84,2%)
Средняя	70г/л ≤ Hb < 90 г/л	2 (9,5%)	2 (10,5%)
Тяжелая	Hb < 70 г/л	3 (14,3%)	1 (5,3%)

Больные с глубокой анемией были адаптированы к низким цифрам гемоглобина и не нуждались в заместительной терапии эритроцитарной массой.

Среди биохимических анализов обращало внимание наличие признаков холестаза: повышение щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы, билирубина

(таблица 2).

Наличие стойкой непрямой гипербилирубинемии, у некоторых больных послужило основанием для исключения гемолиза. Проведенные гемолитические тесты не подтвердили наличие наследственной или приобретенной гемолитической анемии.

Таблица 2 – Основные биохимические показатели у больных внепеченочной портальной гипертензией

Параметры, норма	ВПГ МП «+» n=30	ВПГ МП «-» n=31	p (достоверность)
Билирубин (до 20,5мкмоль/л, Ме) Диапазон значений	19 3 → 84	17 9 → 122	0,9000
АСТ (5-40 е/л, Ме) Диапазон значений	26 14 → 126	24 12 → 86	0,4700
АЛТ (5-40 е/л), Ме Диапазон значений	24 7 → 85	22 8 → 101	0,5400
ГГТП (7-32 е/л), Ме Диапазон значений	99 16 → 520	43 13 → 246	0,0060
ЩФ (32-92 е/л), Ме Диапазон значений	198 82 → 754	115 38 → 291	0,0007
Общий белок (65-85г/л), Ме Диапазон значений	78 51 → 93	77 65 → 99	0,1200
Альбумин (32-52г/л), Ме Диапазон значений	42 34 → 53	42 31 → 51	0,9000

АСТ – аспаратаминотрансфераза

АЛТ – аланинаминотрансфераза

ГГТП – гаммаглутамилтранспептидаза

ЩФ – щелочная фосфатаза

Ме – медиана

По показателям белково-синтетической функции печени, как это видно из таблицы 2, у больных ВПГ значимых различий не выявлено.

По полученным данным показатели гемостаза у больных ВПГ выглядели

следующим образом.

У пациентов в группах ВПГ МП «+» и ВПГ МП «-» были выявлены нормальные показатели стандартной коагулограммы, за исключением активированного частичного тромбинового времени (АЧТВ) (см. таблицу 3). В группе ВПГ МП «+» медиана АЧТВ составила 42 секунды.

По остальным параметрам достоверных отличий не выявлено.

Таблица 3 - Параметры стандартной коагулограммы у больных с ВПГ

Параметры, норма	ВПГ МП «+»n=30	ВПГ МП «-»n=31	p достоверность)
АЧТВ (30-38 сек), Ме Диапазон значений	42 25 → 68	36 27 → 61	0,007
Тромбиновое время (15-19 сек), Ме Диапазон значений	16 11 → 24	17 11 → 32	0,030
Протромбиновое время (13-17 сек), Ме Диапазон значений	16 11 → 24	16 11 → 24	0,210
Фибриноген (1,8-3,5 г/л), Ме Диапазон значений	2,45 1,1 → 6,4	2,60 1,2 → 4,7	0,900

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

Удлинение АЧТВ выявлено у 71% больных ВПГ МП «+» и у 31% больных ВПГ

МП «-». Причем этот показатель значительно удлинен в группе ВПГ МП «+», чем в группе ВПГ МП «-» (см. таблицу 4).

Таблица 4 - Частота отклонений стандартных показателей коагулограммы у больных с ВПГ

Параметры, норма	ВПГ МП «+» % больных	ВПГ МП «-» % больных
АЧТВ (30-38 сек) > 38	71	31
Тромбиновое время (15-19 сек), >19 и < 15	10 33	25 14
Протромбиновое время (13-17 сек) >17 и < 13	8 5	7 5
Фибриноген (1,8-3,5 г/л) > 3,5 и < 1,8	29 12	13 10

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

Параметры расширенной коагулограммы охарактеризовали активность естествен-

ных антикоагулянтов, систему фибринолиза и агрегационную активность тромбоцитов (таблица 5).

Таблица 5 - Параметры расширенной коагулограммы у больных ВПГ

Параметры, норма	ВПГ МП «+»n=30	ВПГ МП «-»n=31	p (достоверность)
АТ III (75-125%), Ме Диапазон значений	91 53 → 122	82 34 → 116	0,25
Протеин С (70-140%) Ме Диапазон значений	102 35 → 148	98 47 → 140	0,94
ХIIa – зависимый фибринолиз (4-12 мин), Ме Диапазон значений	12 5 → 63	9 5 → 35	0,35
D-димер (50-250мкг/л), Ме Диапазон значений	168 40 → 714	265 40 → 839	0,12
Агрегация тромбоцитов с АДФ (50-70%) Ме Диапазон значений	41 23 → 73	34 6 → 55	0,09
Агрегация тромбоцитов с ристоцетином (55-80%) Ме Диапазон значений	46 30 → 98	40 13 → 66	0,01

АТ III – антитромбин III

АДФ – аденозиндифосфат

У большинства больных были выявлены сниженная агрегация тромбоцитов с АДФ и ристоцетином (медианы составили 41%/34% и 46/40% соответственно), увели-

чение концентрации D-димера и угнетение ХIIa- зависимого фибринолиза, снижение активности АТ III. Однако достоверно значимых различий в группах больных с ВПГ по показателям расширенной коагулограммы не выявлено (таблица 6).

Таблица 6 - Частота отклонений показателей расширенной коагулограммы у больных с ВПГ

Параметры, норма	ВПГ МП «+» % больных	ВПГ МП «-» % больных
АТ III (75-125%) < 75	13	27
Протеин С (70-140%) < 70	21	9
ХIIa – зависимый фибринолиз (4-12 мин) > 12	48	27
D-димер (50-250мкг/л) > 250	19	41
Агрегация тромбоцитов с АДФ (50-70%) < 50	74	80
Агрегация тромбоцитов с ристоцетином (55-80%) < 55	61	80

АТ III – антитромбин III

АДФ - аденозиндифосфат

Кроме этого у 41 больного с ВПГ опре-

деляли концентрацию маркеров активации и повреждения эндотелия – эндотелин 1 и гомоцистеин (таблица 7).

Таблица 7 - Маркеры активации и повреждения эндотелия у больных ВПГ

Параметры, норма	ВПГ МП «+» n=21	ВПГ МП «-» n=20	p (достоверность)
Эндотелин 1 (до 3нг/мл), Ме Диапазон значений	4,0 0,3 → 100,0	3,3 1,0 → 27,0	0,44
Гомоцистеин (до 12 мкмоль/л), Ме Диапазон значений	17,0 2,5 → 45,0	18,8 6,5 → 38,0	0,60

В обеих группах выявлены повышенные концентрации гомоцистеина и эндотелина. Однако достоверных различий по указанным параметрам в группах больных ВПГ МП «+» и ВПГ МП «-» не обнаружено.

Исследование полиморфизмов генов системы крови и данные анамнеза позволили выделить наследственные и предрасполагающие тромботические факторы в группах больных ВПГ МП «+» и ВПГ МП «-». Их спектр представлен в таблице 8.

Таблица 8 - Тромбофилические факторы у больных внепеченочной портальной гипертензией

Тромботический фактор	ВПГ МП «+» % больных	ВПГ МП «-» % больных
АФС	55	62
Наследственная тромбофилия	14	29
Операции на брюшной полости	10	28
Травмы живота	7	3
Длительный прием гормональных оральных контрацептивов	0	5
Врожденная аномалия сосудов брюшной полости	0	3

АФС – антифосфолипидный синдром

Таким образом, характерными изменениями показателей гемостаза у больных в группах ВПГ МП «+» и ВПГ МП «-» являются: снижение агрегационной активности тромбоцитов (73,5% больных), повышение концентрации эндотелина и гомоцистеина (80% больных).

Угнетение XIIIa-зависимого фибринолиза, повышение концентрации D-димера выявлены у 19 - 41% больных.

Достоверно значимым показателем коагулограммы является удлинение АЧТВ (p<0,05).

Исследование полиморфизмов генов системы крови и данные анамнеза позволили сделать вывод, что у больных ВПГ имеется сочетание приобретенных и на-

следственных тромботических факторов, а это определяет комбинированный характер тромбофилии. Полученные результаты согласуются с результатами исследований зарубежных авторов, установившие полиэтиологический характер развития тромбозов сосудов портальной системы [5,6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Больные с внепеченочной портальной гипертензией, течение которой осложнилось тромбозами сосудов портальной системы, представляют собой сложную группу, которая характеризуется с одной стороны высоким риском кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, с другой стороны риском тромбоза в сосудах портальной системы. Данное положение послужило предпосылкой к изучению со-

стояния системы гемостаза у больных ВПГ. Результатом этого исследования является разработка протокола лабораторной диагностики нарушений гемостаза, который позволит в дальнейшем проведению профилактической или лечебной антикоагулянтной терапии.

Больные ВПГ в результате хронического миелопролиферативного заболевания и больные с цитопеническим синдромом без миелопролиферации имеют общие клинические и лабораторные признаки: спленомегалию, варикозно расширенные вены пищевода и желудка, анемию, признаки холестаза.

Система гемостаза у больных ВПГ характеризуются разнонаправленными изменениями стандартной и расширенной коагулограммы: признаки гипокоагуляции сочетаются с признаками гиперкоагуляции.

У больных ВПГ тромбофилические состояния носят мультифакторный характер, который определяется комбинацией приобретенных и наследственных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З.С., Момот А.П. *Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза.* - Москва, Ньюдиамед.-2001.-285с.
 2. Аминова Н.В. *Противотромботическая терапия в клинической практике.*- Нижний Новгород, издательство «НГМА».- 2004.- 45с.
 3. Байдурын С.А. *Клиническая гематология.*- Караганда, 2018.- С. 298-303.
 4. Рахимбекова Г.А., Рахимбекова А.Е. *Тромбофилии: статистика, классификация, диагностика и лечение.*- Астана, Казахстан.- 2017.- 46с
 5. Ansell J., Hirsh J., Dalen J. *Oral anticoagulant therapy.* Chest.-2001.- Vol.119.- P.228-283.
 6. Francis C.W., Berkowitz S.D. *Antitrombotic and thrombolytic agents // Consultative Hemostasis and Thrombosis.* Sanders Company. - 2004.- P.375-393.
-

УДК 618.19-073:614.21(574.24)

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ МЦ УДП РК

К.М. СМАЙЛОВА, С.А.РАХМАНКУЛОВА
РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Приведено данные комплексного обследования прикрепленного контингента за период с 2015 по 2016 годы. Маммография проведена 5917 женщинам, из них в 19 случаях проводилась дуктография. УЗИ молочных желез выполнено 2917 пациенткам. Для стандартизации распределения маммографических заключений была использована терминология BIRADS.

Ключевые слова: маммография, рак молочной железы, УЗИ, дуктография, BIRADS, микрокальцинаты

Түйіндемe. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ АУРУХАНАСЫНДАҒЫ СҮТ БЕЗІ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ЖАН-ЖАҚТЫ ДИАГНОСТИКАСЫ. К.М.Смайлова, С.А.Рахманкулова. 2015-2016 жылдар аралығындағы тіркелген контингентті кешенді тексеру деректері келтірілген. 5917 әйелге маммография жасалып, олардың 19-на дуктография өткізілді. 2917 пациентке сүт безінің УДЗ жүргізілді. Маммографиялық қорытындыларды стандарттау үшін BIRADS терминологиясы қолданылды.

Түйін сөздер: маммография, сүт безінің обыры, УЗИ, дуктография, BIRADS, микрокальцинаттар

Summary. COMPLEX DIAGNOSIS OF THE PATHOLOGY OF THE MAMMARY GLANDS IN THE CONDITIONS THE MEDICAL CENTER HOSPITAL OF THE PRESIDENT'S AFFAIRS ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. K.M.Smailova, S.A.Rakhmankulova. The basis of a comprehensive survey data attached contingent laid down for the period from 2015 to 2016. Mammography performed in 5917 women, of whom 19 ductography, breast ultrasound performed in 2917 patients. BIRADS terminology was used to standardize mammographic findings distribution.

Keywords: mammography, breast cancer, USE, ductography, BIRADS, microcalcinates

ВВЕДЕНИЕ

Для комплексной диагностики патологии молочных желез на базе больницы МЦ УДП РК организован кабинет маммографии, оснащенный цифровым маммографическим аппаратом «МАММОМАТ Inspiration» фирмы «Сименс», а также кабинет УЗИ, оснащенный аппаратом «LOGIQ-E 9» компании GE. Обследование проводили врачи-рентгенологи, имеющие специализацию по маммографии и УЗИ в маммологии. Диагностический процесс включает в себя: клиническое обследование пациентов, ультразвуковое исследование, маммографию, тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) и трепанбиопсию под УЗ-контролем.

ЦЕЛЬ

Применение маммографических обследований с целью выявления патологии молочной железы в ранней стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При маммографическом обследовании применялись: стандартные и нестандартные укладки, прицельные снимки, контрастное исследование млечных протоков (дуктография). Рентгеномаммография является обязательным условием эффективной работы. Ее целью является выявление патологии молочной железы в ранней стадии и формирование групп повышенного риска возникновения РМЖ [1].

При ультразвуковом исследовании применялись: исследование молочной железы и регионарных лимфатических узлов, исследование с применением цветного и энергетического Допплера, а также соноэластографическое исследование выявленных узловых образований. Ультразвуковое исследование способствует улучшению дифференциальной диагностики среди доброкачественных образований, обследованию регионарных зон лимфооттока, а также обследованию пациенток с плотным железистым фоном, который снижает информативность маммографического исследования [2].

За период с 2015 по 2016 год маммографическое обследование было проведено 5917 пациенткам из прикрепленного контингента, из них в 19 случаях проводилась дуктография. Маммография проводилась женщинам старше 35 лет. УЗИ молочных желез выполнено 2917 пациенткам. Женщинам до 35 лет преимущественно проводилось УЗИ молочных желез. Показаниями к УЗИ молочных желез после маммографии являлись: дифференциальная диагностика кист и солидных образований, обследование рентгенологически плотных молочных желез, дополнение к маммографии при неоднозначном рентгенологическом заключении, детальное обследование путей лимфооттока в случае выявления рака молочной железы при маммографии.

Описание маммограмм и распределение маммографических заключений проводилось по системе BIRADS Американской коллегии рентгенологов [3]:

- категория 0 – неполная оценка, требуется дополнительное исследование;
- категория 1 – нормальная маммограмма;
- категория 2 – доброкачественные образования;
- категория 3 – вероятно доброкачественные образования, рекомендуется короткий период наблюдения;
- категория 4 – изменения, подозрительные на рак, необходима биопсия.
- категория 5 – явные признаки злокачественной опухоли, требуется биопсия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из всех женщин, которым проводилась маммография, BIRADS категория 0 наблюдалась у 293 (4,9%), BIRADS категория 1 у 4182 (70%), BIRADS категория 2 у 1100 (18,5%), BIRADS категория 3 у 230 (3,88%), BIRADS категория 4 у 59 (0,99%), BIRADS категория 5 у 34 (0,57 %).

Всем женщинам с BIRADS-категориями 0,2,3,4,5 проводилось дополнительное исследование - УЗИ молочных желез.

Из 230 женщин с BIRADS категорией 3: у 1- выявлен рак молочной железы, 74 - переведены в 2 категорию, 17 - переведены в 1 категорию, 16 - остаются в 3 категории на динамическом контроле.

Из 59 пациентов с 4 категорией: в 7 случаях верифицирован рак молочной железы, 33 – переведены в 1 и 2 категории, 5 пациенток со сгруппированными микрокальцинатами на маммограммах не верифицированы (на диспансерном учете у маммолога, в плане – стереотаксическая трепанбиопсия, операция), 1 – в плане MPT (на маммограмме узел малых размеров).

Рак молочной железы верифицирован у всех 34 пациенток с BIRADS категориями 5, у 7 пациенток с BIRADS категорией 4, у 1 пациентки с BIRADS категорией 3. Все переведены в категорию BIRADS 6.

У 1 пациентки с кровянистыми выделениями из соска внутрипротоковый рак выявлен при дуктографическом обследовании.

По данным УЗИ диагноз рак и подозрение на рак молочной железы выставлено у 29 пациентов. В дальнейшем им всем была проведена тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ и в трех случаях еще трепанбиопсия.

По результатам морфологической диагностики у 26 пациентов верифицирован диагноз РМЖ. У 3 пациенток были диагностированы доброкачественные образования, они находятся на динамическом наблюдении у маммолога.

Распределение пациенток впервые установленным диагнозом РМЖ в период с 2015 по 2016 год по возрастам, наибольшее количество пациентов с РМЖ приходилось на возрастные категории 30-39 лет и 60-69 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комплексной диагностики в патологии молочных желез способствует улучшению выявления и дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желез на ранних стадиях. Для дифференциальной диагностики узлового образования различной природы каждый из методов, входящих в комплекс, имеет свои преимущества и ограничения. Так, маммография предпочтительнее для распознавания локального фиброза, сгруппированных микрокальцинатов, а ультразвуковое исследование - для диагностики структур выявленных образований (кист и фиброаденом). Комплексное применение лучевых методов диагностики при заболеваниях молочных желез, повышает эффективность раннего выявления рака молочных желез. Качество диагностики более эффективно, если все лучевые методы исследования находятся в руках одного специалиста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уве Фишер., Фридеманн Баум. *Маммография: 100 клинических случаев пер.с англ.; под общ. ред. проф. Н.В. Заболотской.* – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 368 с.
 2. Труфанова Г.Е. *Руководство по лучевой диагностике заболеваний молочных желез. Издание 3-е.* СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2014. – 351с.
 3. Труфанова Г.Е. *Лучевая диагностика заболеваний молочных желез: Руководство для врачей* СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2009, - 17 с.
-

УДК 616.579.61

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МОЧИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Н.Н.ПЛИСКА

РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»
г.Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Изучена этиологическая структура мочи больных уро-нефрологического отделения. Показано, что микробный пейзаж возбудителей, высеянных из мочи пациентов, указывают на необходимость постоянного микробиологического мониторинга. Ведущими патогенами являются *Escherichia coli*, коагулазнегативные стафилококки, *Enterococcus faecalis*.

Ключевые слова: микробный пейзаж, этиология, микрофлора мочи

Түйіндеме. НЕСЕП ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ИНФЕКЦИЯЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ НЕСЕПТІҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ. Н.Н.Плиски. Уро-нефрологиялық бөлімше науқастарындағы несептің этиологиялық құрылымы зерттелді. Пациенттер несепінен алынған коздырғыштардың микробтық пейзажы тұрақты микробиологиялық мониторинг жүргізу қажеттігін көрсетеді. Негізгі патогендер *Escherichia coli*, коагулазнегативті стафилококктар, *Enterococcus faecalis*.

Түйін сөздер: микробты пейзаж, этиология, несептің микрофлорасы

Summary. ETIOLOGICAL STRUCTURE OF URINE IN THE URINARY TRACT INFECTIONS. N.N.Pliska. The etiological structure of urine of patients of Uro-nephrological Department is studied. It is shown that the microbial landscape of pathogens sown from the urine of patients indicate the need for continuous microbiological monitoring. The leading pathogens are *Escherichia coli*, coagulant-negative staphylococci, *Enterococcus faecalis*.

Keywords: microbial landscape, etiology, microflora of urine

ВВЕДЕНИЕ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) занимают второе место после инфекций респираторного тракта как причина обращения пациентов в лечебно-профилактические учреждения. ИМП - одна из наиболее частых патологий у пожилых лиц [1]. Встречаемость ИМП среди женщин 18-40 лет составляет 0,5-0,7 случаев в год [2]. Доля ИМП в общей структуре инфекционных заболеваний у беременных в России составляет 39,9% [3]. Своевременное обследование и терапия бактериурии не только является важной социальной и клинической задачей, но и приводит к снижению экономических затрат [4].

ЦЕЛЬ

Проанализировать видовой состав микрофлоры мочи пациентов, находившихся на лечении и обследовании в амбулаторных отделениях и в урологии РГП «Больницы МЦ УДП РК» в 2015-2017 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен бактериологический анализ 6391 образцов мочи пациентов трех отделений, находившихся на обследовании, динамическом наблюдении и лечении отделения урологии РГП «Больницы МЦ УДП РК» с 2015-2017 гг. Бактериологический посев мочи проводили общепринятыми методами [5,6], с последующей идентификацией выделенных культур при помощи анализатора WalkyWay. При диагностическом микробном титре 10^5 КОЕ/мл исследовали чувствительность к антибиотикам диско-диффузионным методом и с помощью анализатора WalkyWay. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В течение трех лет исследовано 6391 проб мочи, из которых выделено 3051 штаммов микроорганизмов (таблица 1).

Таблица 1 - Частота высеваемости микроорганизмов из мочи пациентов отделения уро-нефрологии РГП «Больницы МЦ УДП РК» в 2015-2017 гг. (%)

№ п/п	Года	Всего образцов мочи		
		абсолютное количество	из них - положительные	%
1	2015	852	530	17,3
2	2016	2310	1171	38,3
3	2017	3229	1357	44,4
Всего		6391	3058	100

Обращает на себя внимание тот факт, что за исследуемый период наблюдается рост удельного веса положительных находок в 1,1-2,5 раза. Микробиоценоз мочи

пациентов, находившихся на лечении в амбулаторных отделениях и урологии РГП «Больницы МЦ УДП РК» за 2015-2017 гг. представлены на рисунке 1.

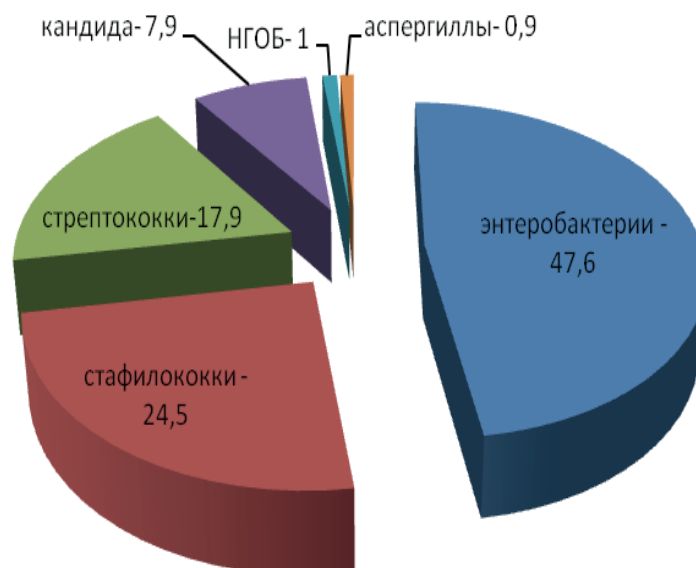


Рисунок 1 - Микробный пейзаж мочи пациентов отделения уро-нефрологии РГП «Больницы МЦ УДП РК» за 2015-2017 гг.

Из представленных данных следует, что за 2015-2017 гг. в структуре микрофлоры мочи преобладали грамотрицательные бактерии – энтеробактерии (47,6%), на втором месте стафилококки – коагулазоотрицательные (24,5%), далее следуют стрептококки, представленные энтерококками (17,9%), на четвертом месте дрожжеподобные грибы рода *Candida* (7,9%), в единичных случаях

(1-0,9%) встречались НГОб, нитчатые грибы *Aspergill*. Анализ микрофлоры мочи за трехлетний период подтвердил ведущую этиологическую роль грамотрицательных бактерий, их доля составила 47,6%, что соответствует литературным данным [7]. Этиологическая структура ИМП представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Этиологическая структура ИМП по данным бактериологической лаборатории РГП «Больницы МЦ УДП РК» за 2015-2017 гг. (%)

№ п/п	Вид возбудителя	абс	%±m
1	Escherichia coli	1148	37,5±0,87
2	Enterobacterssp.	181	5,9±0,42
3	Klebsiella spp.	100	3,3±0,32
4	Citrobacter ssp.	28	0,9±0,17
5	Staphylococcus ssp.	650	21,2±0,74
6	Staphylococcus aureus	100	3,3±0,32
7	Enterococcus faecalis	338	11,05±0,57
8	Enterococcus faecium	49	1,6±0,22
9	Enterococcus durans	131	4,3±0,36
10	Streptococcus ssp.	31	1,01±0,18
11	Candida spp.	241	7,9±0,48
12	НГОВ	31	1,01±0,18
13	Aspergillus	30	0,9±0,17
Всего		3058	

Как видно из таблицы, приоритетными штаммами среди энтеробактерий явилась *Escherichia coli* - 37,5% (1148 штамма), далее в порядке убывания частоты выделения расположились *Enterobacterssp.* (5,9%), *Klebsiella spp.* (3,3%), *Citrobacter ssp.* (0,9%). Доля грамположительных кокков составила 42,5% (1300 штамма). Из числа грамположительных кокков лидируют коагулазонегативные стафилококки - 21,2% (650 штамма), а *Staphylococcus aureus* выделялся в 100 случаях (3,3%). Третью часть патогенов составили *Enterococcus faecalis* - 11,05% (338 штамма). Четвертая часть патогенов ИМП - 24 (7,9%) представлена дрожжеподобными грибами рода *Candida*. В связи с тем, что *Escherichia coli* является наиболее распространенным возбудителем ИМП определили чувствительность этого уропатогена к антибиотикам. Обращает на себя внимание высокая частота выделения резистентных к доксициклину штаммов *Escherichia coli* - 40,3%, к цефалоспорины II поколения цефуроксиму - 24,6%. Резистентность уропатогенных штаммов

Escherichia coli, выделенных от пациентов с ИМП к фторхинолонам (ципрофлоксацину и левофлоксацину) составила 20,4 и 15,1% соответственно. Низкий уровень резистентности *Escherichia coli* выявлен к защищенным пенициллинам (амоксициллину и тиментину) и составил 10,1-7,5%, к цефалоспорином III-IV поколений (цефтазидиму и цефепиму) - 9,9-9,1%, аминогликозидам (амикацину, гентамицину) 1,3-0,5%, меропенему 0,6%. Наиболее активными *in vitro* в отношении *Escherichia coli* являются цефалоспорины III-IV поколения (цефтазидим и цефепим), ингибиторозащищенные пенициллины (амоксициллин, тиментин), аминогликозиды, карбапенемы (99,5-90% чувствительных штаммов). Ведущая роль грамотрицательных бактерий (47,6%), прежде всего *Escherichia coli* (37,5%) в развитии ИМП, сохранение чувствительности *Escherichia coli* к β-лактамам, аминогликозидам соответствует данным литературы [8]. Учитывая широкое распространение инфекции мочевыводящих путей и вовлечение в этот процесс лиц всех возрастных

групп перспективно проведение постоянно-го микробиологического мониторинга уро-патогенов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В этиологической структуре ИМП за период 2015-2017 гг. лидировали энтеро-бактерий (47,6%), на втором месте стафи-лококки – коагулазонегативные (24,5%), на третьем месте стрептококки, представленные энтерококками (17,9%), на четвертом месте дрожжеподобные грибы рода *Candida* (7,9%), в единичных случаях (1-0,9%) встречались НГОБ, нитчатые грибы *Аспергиллы*.

2. Среди *Escherichia coli* встречались штаммы нечувствительные к доксициклину (40,3%), цефуроксиму (24,6%), фторхино-лонам ципрофлоксацину (20,4%) и лево-флоксацину (15,1%). Наиболее активными *in vitro* в отношении *Escherichia coli* являются цефалоспорины III-IV поколения (цефта-зидим и цефепим), ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин, тиментин), аминогликозиды, карбапенемы (99,5-90% чувствительных штаммов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова Т.О., Михайлова Е.А., Же-ребятьева О.О. и соавт. Чувствитель-ность к антибактериальным препаратам штаммов *Paeruginosa*, выделенных из мо-чевыводящих путей у лиц пожилого возрас-та. //Журн. Клиническая лабораторная ди-агностика №9, 2015 с. 82.

2. Naber C.G. Treatment options for acute uncomplicated cystitis in adults. *J. Antimicrob. Chemother.* 2000; 46(suppl.1):23-27.

3. Чилова Р.А., Ищенко А.И., Антонович Н.И. Антимикробная терапия инфекций мочевых путей у беременных: многоцен-тровое фармакоэпидемиологическое иссле-дование. //Журн. акуш. и жен. Бол. 2006; 2: 38-43.

4. Wadland W.C., Plante D.A. Screening for a symptomatic bacteriuria in pregnancy. A decision and cost analysis. *J.Fam. Pract.* 1989; 29:372-376.

5. Приказ №535 от 22.04.1985 «Об уни-фикации микробиологических методов ис-следования в КДЛ ЛПУ».

6. Bergey S. *Manual of Determinatif Systematic Bacteriology* // 9-th edition/-Baltimore: Williams A. & Wilkins.-1997. (Определитель бактерии Берджи) Т 1-2., М.: Мир, 1997.-365 с.

7. Миронов А.Ю., Поликарпова С.В., Жилина С.В. и соавт. Мониторинг пато-генов инфекций мочевыводящих путей в отделении реанимации и интенсивной те-рапии. //Журн. Клин.лабораторная диагно-стика №9, 2012 с. 84.

8. Рафальский В.В., Чилова Р.А., Остро-умова М.В. Место современных β-лакта-мных антибиотиков в терапии инфекций мочевых путей у беременных. //Журн. Уро-логия №5, 2009 с.14-18.

УДК 618.1-006.6-036.12

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВИЗУАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННО-АГРАРНОМ РЕГИОНЕ

Н.В.ВОРОШИНА¹, А.В.ВАЖЕНИН¹, Ю.А.ТЮКОВ²

¹ ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г.Челябинск, Россия

² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», г.Челябинск, Россия

Аннотация. Заболеваемость ЗНО визуальной локализации репродуктивной системы у женщин фертильного возраста имеет выраженную негативную динамику в течение последнего десятилетия и главным образом за счёт роста заболеваемости женщин городских округов и сельских муниципальных районов Челябинской области.

Ключевые слова: рак шейки матки, рак молочной железы, злокачественные новообразования, рак вульвы, рак влагалища, фертильный возраст, женская репродуктивная система

Түйіндеме. ІРІ ӨНЕРКӘСІПТІК-АГРАРЛЫҚ АЙМАҚТАҒЫ ФЕРТИЛЬДІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕ РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕНІҢ ВИЗУАЛДЫ ОРНАЛАСУЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІНІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ. Н.В.Ворошина, А.В.Важенин, Ю.А.Тюков. Фертильді жастағы әйелдерде репродуктивті жүйенің визуалды орналасқан қатерлі ісігінің аурушандығы соңғы онжылдықта теріс динамикаға ие және ол ең бастысы, Челябі облысының қалалық округтері мен ауылдық муниципалдық аудандары әйелдерінің аурушандығының өсуі есебінен.

Түйін сөздер: жатыр мойны обыры, сүт безінің обыры, қатерлі ісіктер, вульва обыры, қынап обыры, фертиль жасы, әйелдердің репродуктивті жүйесі

Summary. EPIDEMIOLOGY OF MALIGNANT TUMORS OF VISUAL LOCALIZATION OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN A LARGE INDUSTRIAL-AGRARIAN REGION. N.V.Voroshina, A.V.Vazhenin, Y.A.Tukov. The incidence of malignant neoplasms of the visual localization of the reproductive system in women of childbearing age has been aggravated by negative dynamics over the past decade, mainly due to an increase in the incidence of women in urban districts and rural municipal districts of the Chelyabinsk region.

Keywords: cervical cancer, mammary gland cancer, malignant neoplasm, vulva cancer, vaginal cancer, fertile age, female reproductive system

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие отмечается значительный рост злокачественных новообразований (ЗНО) репродуктивной сферы у женщин. В структуре женской онкологической заболеваемости длительное время находится в пределах 36,1-37,6%. Лидирующее место среди ЗНО органов репродуктивной системы у женщин фертильного возраста занимает рак молочной железы (РМЖ), около 20,5% всех злокачественных опухолей у женщин [1,2]. Особое беспокойство вызывает не только ежегодный рост

количества женщин с впервые установленным диагнозом ЗНО органов репродуктивной системы, но и большой процент ЗНО выявленных на поздних стадиях (III-IV), особенно с ЗНО молочных желез и шейки матки. Так РМЖ на I стадии выявляется только 18,3% [2,3]. До 50% выявляется на III-IV стадиях ЗНО визуальных локализаций [4,5]. Как следствие поздней диагностики - высокие показатели смертности от ЗНО этих локализаций. Ежегодно в России от ЗНО половой сферы умирает около 42 тыс. женщин [6].

ЦЕЛЬ

Определить общие закономерности уровня, структуры, динамики и прогноза заболеваемости ЗНО репродуктивной сферы женщин фертильного возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Период исследования составил десять лет, с 2008 по 2017 год. Для исследования был выбран сплошной метод на генеральной совокупности всех больных с ЗНО визуальной локализации женской репродуктивной системы из числа жительниц Челябинской области, при этом с РМЖ в исследование вошло 3016 женщин, раком шейки матки (РШМ) - 1751 женщин, раком вульвы (34) и раком влагалища (11). Для анализа статистической закономерности использовался пакет статистических программ Microsoft Office Excel 2003. Для определения статистической значимости различий или сходства показателей сравниваемых групп был применен расчет непараметрического критерия Вилкоксона-Уайта для несвязанных совокупностей (T). Для выяснения случайности или значимости изменения уровней показателей заболеваемости в динамике был применён критерий итераций (Z).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проведен анализ уровня и динамики заболеваемости ЗНО визуальных локализаций репродуктивной системы (рак молочной железы, рак шейки матки, рак вульвы, рак влагалища) у женщин фертильного возраста. По месту проживания проанализированы три административно-территориальных образования Челябинской области: областной центр, городские округа и сельские муниципальные районы.

По результатам исследования установлено: в совокупности по области заболеваемость четырьмя формами ЗНО визуальных локализаций репродуктивной системы с 2008 по 2015 год отличалась неравномерным ростом ($Z < Z_{0,5}$) с достижением своего максимума в 65,9 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста в 2015-м (таблица 1). В 2016-2017 годах произошло плавное

снижение ее уровня, который в 2017 году составил 57,8 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста. В целом темп роста заболеваемости за десятилетний период наблюдения – 114,2%.

Анализ уровня и динамики совокупной заболеваемости данными формами рака отдельно в каждой из трех групп административно-территориальных образований области установлено, что наименьшими показателями отличается областной центр. В городе Челябинске в возрастной группе от 15 до 49 лет уровень заболеваемости достоверно ниже ($T < T_{0,5}$), чем в городских округах и сельских муниципальных районах и имеет положительную динамику: с 45,8 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста в 2008 году до 39,4 случая в 2017-м. Темп снижения составил 14%.

В тоже время в сельские муниципальные районы в первые годы исследования был зарегистрирован достоверно ($T < T_{0,5}$) самый низкий уровень заболеваемости не только по сравнению с показателями двух других групп территорий, но и со среднеобластными показателями. Резкий рост заболеваемости отмечается с 2010 года, в 2015-м ее уровень достиг абсолютного максимума среди всех территорий – 90,0 случаев на 100 тыс. женщин фертильного возраста. Увеличение привело к увеличению темпа роста заболеваемости за десять лет исследования достиг 147,3%.

В течении периода исследования негативная ситуация с ЗНО визуальных локализаций репродуктивной системы у женщин фертильного возраста отмечается в городских округах. Именно там, в первые годы, где зарегистрированы самые высокие показатели заболеваемости: 50,6-56,1 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста. При анализе показателей обращает на себя внимание неравномерный рост уровня заболеваемости в городских округах ($Z < Z_{0,5}$), без периода снижения показателей, который наблюдался в 2016 и 2017 годах на других сравниваемых территориях. Темп роста ближайший операционный и после-

операционный период составил 126,2%. Максимальные значения были достигнуты в 2017-м: 70,8 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста.

Проводя анализ показателей (заболеваемость, динамика заболеваемости) каждой из четырех форм ЗНО визуальных локализаций репродуктивной системы у женщин фертильного возраста было установлено,

что самым высоким ($T < T_{05}$) показателем отличается РМЖ, далее идут показатели РШМ, на третьем месте с наиболее низкими показателями ($T < T_{05}$) - рак вульвы, и последнее место занимают спорадические случаи рака влагалища. Обращает на себя внимание, что рак влагалища регистрировался не во все в годы исследования.

Таблица 1 – Заболеваемость ЗНО визуальных локализаций женской репродуктивной системы в фертильном возрасте (на 100 тыс. женщин фертильного возраста)

Локализация	Шифр по МКБ № 10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего ЗНО четырех локализаций:	С 50-53	50,6	49,3	55,1	50,9	54,1	56,6	59,8	65,9	61,8	57,8
- жительницы Челябинска		45,8	49,4	43,9	39,6	40,8	52,0	51,5	52,4	55,3	39,4
- селянки		44,4	46,0	66,0	70,0	65,5	50,0	64,4	90,0	64,8	65,4
- горожанки		56,1	50,6	58,8	52,8	60,4	62,9	65,1	69,2	66,4	70,8
Всего ЗНО молочной железы:	С 50	34,9	32,3	31,3	31,9	32,3	33,3	34,6	36,5	40,2	33,4
- жительницы Челябинска		34,3	34,2	26,6	26,9	24,7	33,8	33,5	33,5	40,0	28,7
- селянки		28,7	25,7	30,3	36,0	39,0	23,2	27,2	44,2	35,5	28,8
- горожанки		37,6	33,3	34,8	34,2	36,6	36,3	37,9	36,4	41,9	38,8
Всего ЗНО шейки матки:	С 53	16,2	16,4	23,5	18,5	21,4	23,0	24,0	28,5	17,4	23,8
- жительницы Челябинска		11,5	13,6	17,0	12,1	15,4	17,8	17,8	18,3	14,4	9,5
- селянки		15,8	20,3	35,1	34,0	26,5	26,8	35,3	43,4	28,4	36,6
- горожанки		19,6	17,6	34,4	17,9	24,4	25,9	24,9	32,1	23,2	31,5
Всего ЗНО влагалища:	С 52	-	0,1	0,1	0,1	-	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2
- жительницы Челябинска			0,3	0,3	-	-	-	0,3	0,3	-	0,6
- селянки			-	-	-	-	-	-	-	-	-
- горожанки			-	-	0,2	-	0,5	0,5	0,3	0,3	-
Всего ЗНО вульвы:	С 51	-	0,4	0,2	0,4	0,3	0,2	0,6	0,7	0,9	0,4
- жительницы Челябинска			1,2	-	0,5	0,6	0,3	-	0,3	0,9	0,6
- селянки			-	0,6	-	-	-	0,8	2,3	0,8	-
- горожанки			0,3	0,2	0,6	0,2	0,2	1,0	0,5	1,0	0,5

Несмотря на высокие показатели заболеваемости РМЖ по Челябинской области за десятилетний период наблюдения, нужно отметить их стабильный уровень ($Z > Z_{05}$), хотя мы видим значительные колебания от 31,1 до 40,2 случая на 100 тыс. женщин

фертильного возраста. Темп снижения показателей с 2008 по 2017 год составил всего 4,3%.

Самая неблагоприятная ситуация с ЗНО молочной железы отмечается в городских округах, там уровень заболеваемости до-

стоверно выше ($T < T_{05}$), чем в областном центре и сельских муниципальных районах. Вместе с этим прослеживается негативной динамикой: с 37,6 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста в 2008 году до 38,8 случая в 2017-м. Темп роста – 103,2%.

Женщины в возрасте от 15 до 49 лет, проживающие в областном центре и сельских муниципальных районах, болеют РМЖ примерно одинаково ($T > T_{05}$) и достоверно реже ($T < T_{05}$), чем у жительницы городских округов. У сельских жительниц уровень заболеваемости в 2017 году вернулся к невысоким значениям 2008-го, а у жительниц областного центра за тот же период отмечается уменьшение показателя заболеваемости на 16,3%.

Заболеваемость РШМ в исследуемый период по Челябинской области характеризуется выраженной тенденцией к росту ($Z < Z_{05}$): от 16,2 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста в 2008 году до 23,8 случая в 2017-м. Темп роста показателей составил 146,9%.

Так же, как и при РМЖ наиболее благополучная ситуация с заболеваемостью РШМ отмечается в областном центре, где показатели не только достоверно ниже ($T < T_{05}$), чем в городских округах и сельских муниципальных районах и отличаются позитивной ($Z < Z_{05}$) динамикой: с 11,5 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста в 2008 году до 9,5 случая в 2017-м. Темп снижения составил 17,4%.

У женщин фертильного возраста из числа жительниц городских округов и сельских муниципальных районов РШМ встречается примерно одинаково ($T > T_{05}$) и достоверно чаще ($T < T_{05}$), чем у представительниц областного центра. Динамика заболеваемости РШМ в двух данных популяциях за десятилетний период одинакова – и там, и там наблюдался рост, только с разной степенью интенсивности. Жительницы села болеют РШМ чаще в 2,3 раза, а проживающих в городских округах – в 1,6 раза.

Изучая заболеваемость раком вульвы у женщин фертильного возраста, в Челябинской области, мы выявили только с 2009 года. Уровень заболеваемости ЗНО данной локализации за девятилетний период практически не изменился – 0,4 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста. Определенной динамики этого показателя не было выявлено ($Z > Z_{05}$). Рассматривая уровень и динамику заболеваемости раком вульвы применительно к каждой из трех административной территории, мы установили, что в сельских районах она фиксировалась только в четыре года из девяти, т. е. в два раза реже по сравнению с областным центром и городскими округами.

Самая редкая форма среди ЗНО визуальных локализаций репродуктивной системы у женщин фертильного возраста - рак влагалища. Заболеваемость им находится в пределах 0,1-0,3 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста и была зарегистрирована только у жительниц областного центра и городских округов. Из-за малых цифр и нерегулярности выявления ЗНО влагалища проследить динамику уровня заболеваемости и ее территориальные отличия не представляется перспективным.

Говоря о прогнозе заболеваемости РМЖ на каждой из четырех рассматриваемых территорий можно отметить - в будущем сохранятся не все позитивные тенденции, отмеченные в последний год исследования. К 2020 году можно предположить рост заболеваемости РМЖ в целом по области до 37,5 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста, в городских округах – до 41,0 случая, в сельских муниципальных районах – до 34,8 случая. И только в областном центре можно предположить сохранение положительной тенденции к сокращению заболеваемости РМЖ: к 2020 году этот показатель может уменьшиться до 34,1 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста.

Прогнозируя заболеваемость РШМ на каждой из четырех рассматриваемых тер-

риторий, мы предполагаем сохранение всех негативных тенденций периода исследования. Так, к 2020 году прогнозируется рост заболеваемости данной патологией в целом по области до 24,9 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста, в городских округах – до 29,5 случая, в сельских муниципальных районах – до 40,9 случая.

В мегаполисе (г.Челябинск), несмотря на серьезное снижение заболеваемости РШМ в 2017 году, в дальнейшем предполагается возобновление ее роста, который к 2020 году может достичь уровня в 15,9 случая на 100 тыс. женщин фертильного возраста.

При составлении прогноза динамики заболеваемости раком вульвы и раком влагалища до 2020 года, мы не выявили каких-либо радикальных изменений показателей ни в сторону роста, ни в сторону снижения их уровня.

Большое значение при анализе заболеваемости ЗНО женской репродуктивной системы в период фертильности необходимо уделить исследованию по возрастной заболеваемости. Как представлено в таблице 2, рак молочной железы и шейки матки начинает регистрироваться у женщин старше 14 лет. Отрадно, что за период наблюдения лишь один год из десяти был отмечен случаями РМЖ, и два – случаями РШМ. Уровни заболеваемости данными формами ЗНО в интервале 14-19 лет достоверно не различаются и невысоки: всего 1,0-1,2 случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста.

Систематически РМЖ и РШМ начинают регистрироваться у женщин в возрасте от 20 до 29 лет. Уровень заболеваемости подвержен большим колебаниям из года в год, вследствие этого установить достоверную тенденцию динамики невозможно ($Z > Z_{05}$). Уровни заболеваемости данными формами рака в этом возрастном интервале не имеют достоверной ($T > T_{05}$) разницы между собой.

Случаями ЗНО вульвы у 20-29-летних за период наблюдения были отмечены только четыре года из девяти. Уровень заболеваемости изменялся в пределах 0,2-0,4 случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста. А рак влагалища был зарегистрирован лишь в 2013 году с уровнем заболеваемости в 0,4 случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста.

У 30-39 летних по сравнению с предыдущим возрастным интервалом происходит достоверный ($T < T_{05}$) рост показателей заболеваемости РМЖ и РШМ.

В этом периоде заболеваемость РШМ начинает достоверно ($T < T_{05}$) превышать заболеваемость РМЖ: $32,1 \pm 1,5$ против $28,8 \pm 1,0$ случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста. Уровни заболеваемости по-прежнему подвержены большим колебаниям из года в год, поэтому установить достоверную тенденцию динамики невозможно ($Z > Z_{05}$).

Случаями ЗНО вульвы у 30-39 летних за период наблюдения были отмечены только пять лет из девяти. Средний уровень заболеваемости достоверно ($T < T_{05}$) вырос по сравнению с предыдущим возрастным интервалом: $0,7 \pm 0,09$ против $0,3 \pm 0,09$ случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста. Рак влагалища у 30-39 летних за время наблюдения фиксировался лишь четыре года из девяти с неизменным уровнем заболеваемости в 0,4 случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста.

Значительно возрастают показатели заболеваемости РМЖ и РШМ в возрастной группе от 40 до 49 лет ($T < T_{05}$). В данном возрастном периоде заболеваемость РМЖ практически вдвое превышает ($T < T_{05}$) заболеваемость РШМ: $95,0 \pm 5,5$ против $44,0 \pm 2,1$ случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста. Уровни заболеваемости по-прежнему подвержены большим колебаниям из года в год, в связи с чем, установить достоверную тенденцию динамики невозможно ($Z > Z_{05}$).

Таблица 2 – Повозрастная заболеваемость ЗНО визуальных локализаций женской репродуктивной системы в фертильном возрасте (на 100 тыс. женщин соответствующего возраста)

Локализация (код по МКБ)	Возрастной интервал (лет)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Молочная железа (С 50)	14-19	-	-	-	-	-	1,2	-	-	-	-
	20-29	3,2	4,0	2,8	4,4	1,4	3,5	8,5	4,2	5,6	2,6
	30-39	25,7	32,3	33,2	20,8	27,6	27,3	30,4	30,1	38,7	21,4
	40-49	115,2	99,5	103,0	90,8	88,4	88,6	88,7	92,8	91,7	90,9
Шейка матки (С 53)	14-19	-	-	-	1,0	-	-	1,2	-	-	-
	20-29	5,2	4,6	7,7	4,7	1,4	7,0	4,0	6,1	5,2	5,6
	30-39	27,4	34,1	34,0	26,1	4,9	34,7	36,3	34,7	25,9	29,1
	40-49	37,6	36,5	41,3	34,3	73,6	37,4	41,1	55,8	37,2	44,8
Влагалище (С 52)	20-29	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-
	30-39	-	0,4	0,4	-	-	0,4	-	0,4	-	-
	40-49	-	-	-	0,4	-	-	1,2	0,4	0,4	0,8
Вульва (С 51)	20-29	-	0,3	-	0,3	-	-	-	-	0,2	0,4
	30-39	-	0,8	-	-	0,7	-	0,4	0,4	1,1	-
	40-49	-	0,8	0,8	1,2	0,4	0,9	1,7	2,1	1,7	1,2

Рак вульвы у 40-49 летних был отмечен в девяти годах исследования. При этом его уровень достоверно ($T < T_{05}$) увеличился по сравнению с предыдущим возрастным интервалом: $1,8 \pm 0,09$ против $0,7 \pm 0,09$ случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста. Кроме того, он имел выраженную тенденцию к росту ($Z < Z_{05}$). Рак влагалища в данном возрасте был зафиксирован в пяти из десяти лет наблюдения. Заболеваемость выросла несущественно ($T > T_{05}$) в сравнении с предыдущим возрастным интервалом: до 0,6 случая на 100 тыс. женщин соответствующего возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализируя заболеваемость ЗНО визуальной локализации репродуктивной системы у женщин фертильного возраста, мы отметили выраженную негативную динамику течение последних 10 лет, в основном за счёт роста заболеваемости женщин городских округов и сельских муниципальных районов Челябинской области.

2. Негативная динамика в основном за счет заболеваемости РШМ, которая увеличилась за десятилетие почти в 1,5 раза и

именно в городских округах и сельских муниципальных районах.

3. Первое место по заболеваемости ЗНО визуальных локализаций у женщин фертильного возраста занимает РМЖ, но характеризуется отсутствием динамики роста.

4. Между заболеваемостью РМЖ, РШМ и возрастом прослеживается прямая взаимосвязь. Единичные случаи данных ЗНО возникают у женщин 14-19 лет и с каждым десятилетием фертильного возраста отмечается достоверный рост показателей, достигающих максимума в 40-49 летнем возрастном диапазоне.

5. Первая достоверная разницу в уровне заболеваемости РМЖ и РШМ отмечается в возрасте 30-39 лет при превосходстве РШМ, но уже в возрастном интервале 40-49 лет заболеваемость РМЖ превосходит почти вдвое показатели РШМ.

6. Учитывая отсутствие выраженной динамики заболеваемости ЗНО визуальных локализаций при прогнозировании до 2020 года следует ожидать учащение неблагоприятных исходов заболеваемости ЗНО у женщин фертильного возраста, жительниц

городских округов и сельских муниципальных районов Челябинской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскарлова, З.Ф. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан // З.Ф. Аскарлова, Р.А. Аскарлов, Г.А. Чуенкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012.-№4.- С.30-33.

2. Косенок В.К. статистические особенности заболеваемости раком молочной железы в Омской области / В.К. Косенок, Л.В. Бельская, Ж.Массард и др. // Вопросы онкологии. -2016.-Т.62.-№4.-С.410-415.

3. Писарева, Л.Ф. Онкоэпидемиологические исследования в регионе Сибири и Даль-

него Востока / Л.Ф. Писарева, С.В. Юдин // Дальневост. мед. журн. – 2005. – № 1. – С. 51-54.

4. Поддубная, И. В. Популяционный портрет рака молочной железы в России: анализ данных российского регистра / И. В. Поддубная, И. В. Колядина, Н. Д. Калашиников и др. // Современная онкология. - 2015. - Т. 17, № 1. - С. 25-29.

5. Урманчеева, А. Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза / А. Ф. Урманчеева // Практик. онкол. - 2006. - Т. 7. -№4.-С. 189-196.

6. Карпин, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году // А.Д. Карпин, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. - М., 2014. -25с.

УДК 616.24-007.23

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

М.С.РУДЕНКО¹, И.Я.МОТУС²

¹ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»,
ФГБОУ ВО «Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России
²Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии - филиал ФГБУ
«НМИЦ ФПИ» Минздрава России, г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. Проведен анализ результатов хирургического лечения 42 пациентов с единичными и множественными (в том числе и двухсторонними) внутрилегочными метастазами злокачественных опухолей различной локализации. Объем операции определялся, исходя из локализации и количества метастазов, функциональных резервов организма. Учитывалось предполагаемое качество жизни пациентов в послеоперационном периоде. В 14,3% случаев выявлен первично - множественный рак.

Ключевые слова: внутрилегочный метастаз, первично-множественный рак, сублобарная резекция

Түйіндеме. ӨКПЕНІҢ МЕТАСТАТИКАЛЫҚ ЗАҚЫМДАНУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ. М.С.Руденко, И.Я.Мотус. Әртүрлі жерде орналасқан катерлі ісіктердің бірлі-жарым және көпше (оның ішінде екі жақты) өкпелік метастаздары бар 42 пациентті хирургиялық емдеу нәтижелеріне талдау жүргізілді. Операция көлемі метастаздардың орналасуы мен санына, ағзаның функционалдық қорына қарай анықталды. Операциядан кейінгі кезеңдегі пациенттердің болжамды өмір сүру сапасы ескерілді. 14,3% жағдайда алғашқы-көпше обыр анықталды.

Түйін сөздер: өкпе ішіндегі метастаз, алғашқы-көптік обыры, сублобарлы резекция

Summary. SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC LESIONS OF THE LUNG. M.S.Rudenko, I.Motus. The analysis of the results of surgical treatment of 42 patients with single and multiple (including bilateral) intrapulmonary metastases of malignant tumors of different localization was carried out. The volume of the operation was determined on the basis of localization and the number of metastases, functional reserves of the body. The estimated quality of life of patients in the postoperative period was taken into account. In 14.3% of cases, primary - multiple cancer was detected.

Keywords: intrapulmonary metastasis, primary-multiple cancer, sublobar resection

ВВЕДЕНИЕ

Успехи онкологии, стремление к увеличению продолжительности жизни больных со злокачественными новообразованиями ведут к росту числа пациентов с метастатическими процессами, в т.ч. и в легких. По данным литературы метастазы в легкие встречаются при раках любой локализации в 1,6 - 30% [1,2], возникают во многих случаях на фоне стабилизации и стойкой ремиссии основного заболевания и длительное время имеют малосимптомное течение [2]. До недавнего времени отдаленные метастазы считали признаком генерализации опухолевого процесса и, следовательно, безна-

дежности пациента. Однако в настоящее время доказано, что метастазы в легкие могут быть единственным продолжением болезни, а проведенное хирургическое лечение в комплексе с консервативными методами могут на длительный срок продлить жизнь пациента, а в некоторых случаях и полностью излечить больного [3-5].

Целью работы стал анализ результатов хирургического лечения 42 пациентов с единичными и множественными (в том числе и двухсторонними) внутрилегочными метастазами злокачественных опухолей различной локализации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 01.07.2017 года (с момента открытия торакального отделения в Свердловском областном онкологическом диспансере) нами прооперированы 42 пациента, поступивших в клинику с вторичными злокачественными заболеваниями легких. Возраст пациентов был от 37 до 77 лет, медиана 62,4 года. Мужчин было 14, женщин - 28.

Гистологическая структура первичных

опухолей и метастатического поражения была представлена следующими формами (табл.1,2).

Всем пациентам были выполнено радикальное удаление первичной опухоли, 27 (64,3%) из них проведено комбинированное, либо комплексное лечение. Медиана интервала от момента излечения первичной опухоли до выявления метастазов составила 29,3 месяца.

Таблица 1 - Первичная локализация опухоли у пациентов с множественными изолированными внутрилёгочными метастазами

Локализация первичной опухоли	Абс.	%
Матка	10	28,3
Колоректальный рак	9	21,4
Молочная железа	7	16,7
Почка	7	16,7
Саркома мягких тканей	3	7,1
Легкое	2	4,8
Нейроэндокринная опухоль	1	2,4
Гастроэзофагеальный рак	1	2,4
Меланома	1	2,4
Щитовидная железа	1	2,4

Таблица 2 - Характеристика метастатического процесса

Характер метастазирования	Абс.	%
Солитарные метастазы	28	66,7
Единичные	9	21,4
Множественные	5	11,9
Метахронные метастазы в одно легкое	3	7,1
Метахронные метастазы в разные легкие	3	7,1
Синхронные двухсторонние метастазы в легких	3	7,1
Метастазы в других органах	2	4,8

Кроме легких у 2-х пациентов имелись синхронные метастазы колоректального рака в печень. Во всех случаях метастатическое поражение легких выявлено при диспансерном наблюдении в онкополиклинике. Всем больным проведено стандартное рентгенологическое исследование органов

грудной клетки. У 30 (71,4%) – компьютерная томография, 20 (47,6%) – ПЭТ КТ.

Основными критериями отбора больных на операцию считали следующие: излеченность первичной опухоли; операбельность (удалимость) опухолей, при условии сохранения достаточного для нормальной

жизнедеятельности объема легких; удовлетворительное общесоматическое состояние; отсутствие диссеминации.

Из-за жизнеугрожающего состояния прооперировано 2 пациента. В обоих случаях имело место легочное кровотечение.

Преимущественным доступом была

боковая торакотомия, миниинвазивные методики (VATS) применяли в 7 (16,7%) случаях.

По объему хирургические вмешательства распределились следующим образом (табл.3).

Таблица 3 - Объем хирургического лечения

Объем операции	Абс.	%
Атипичная резекция	24	57,1
Лобэктомия, лимфодиссекция	5	11,9
Полисегментарная атипичная резекция	5	11,9
Анатомическая сегментэктомия	4	9,5
Прецизионное удаление опухоли	3	7,1
Диагностическая операция	4	9,5

При синхронном двухстороннем поражении предпочтение отдавали последовательному лечению, начиная с более «сложной стороны». На контрлатеральной стороне производили операцию через 2-3 недели после первой.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационные осложнения выявлены у 3-х пациентов. Случаев послеоперационной летальности не было.

В отдаленном послеоперационном пе-

риодe умерло два человека, в обоих случаях имело место прогрессирование опухолевого процесса. После операции противоопухолевое лечение проводили по показаниям, в зависимости от гистогенеза опухоли.

Срочное исследование проводилось в 50% случаев при сомнительной макроскопической оценке опухоли. После планового гистологического исследования материала и ИГХ получили следующие результаты (табл.4).

Таблица 4 - Гистологическая характеристика удаленных опухолей

Результат	Абс.	%
Метастаз	32	78,6
Первично множественный рак (рак легкого)	6	14,3
Доброкачественные опухоли	3	7,1

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оперативное лечение метастатического поражения легких является безопасным методом лечения при соблюдении критериев отбора на пациентов на операцию.

2. Предпочтение следует отдавать сублобарным резекциям, для лобэктомии следует определить очень четкие показания.

3. Учитывая, что не всегда можно точно дифференцировать первично-множественный рак от депозитов, отказ в операции больным с солитарными метастазами в лег-

кие может быть чреват пропуском первого и направить тактику лечения в неправильном направлении, упустить время.

4. С развитием многокомпонентного лечения (химио-, таргетной, иммунотерапии и пр.) следует развивать хирургию метастазов в расчете на удовлетворительный прогноз.

5. Удаление метастазов в легкие улучшает психоэмоциональное состояние пациента, помогает обрести уверенность в завтрашнем дне.

6. Исследование требует постоянного

наблюдения за больными в плане применения комбинированного лечения и оценки отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Матвеев В.Б., Полоцкий Б.Е. и др. Хирургическое лечение метастазов рака в легкие // *Российский онкологический журнал*. – 2003. - №4. – С.15 – 19.

2. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Рак легкого: руководство, атлас. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

3. Решетов А.В., Елькин А.В., Николаев Г.В., Какышева О.Е., Коваленко Д.И. Хи-

рургическое лечение множественных изолированных внутрилегочных метастазов // Вестник хирургии. – 2014. - №4. – С.25 – 30.

4. Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушков В.А. и др. Видеоторакоскопические и видеоассистированные операции при метастазах в легкие // *Российский онкологический журнал*. – 2010. - №2. – С.16 – 21.

5. The place of surgery in metastatic non-small cell lung cancer // *Barthes F., Pimpec L., Mordant P. et al. // Rev. Mal. Respire.* – 2012/ - Vol. 23(3). – P. 83-376.

УДК 616-006.484

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.М.САРЫЧЕВА¹, Т.М.ШАРАБУРА^{1,2}, И.А.ВАЖЕНИН¹, Е.Я.МОЗЕРОВА^{1,2},
А.А.ЛОЖКОВ¹, А.Т.ЖУМАБАЕВА¹, Н.В.КОЛЫГАНОВА¹
¹ГБУЗ «Челябинский Областной Центр Онкологии и Ядерной Медицины»,
г. Челябинск, Россия
²ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Аннотация. Приведены результаты лечения 124 пациента с подтвержденным (по данным МРТ, ПЭТ- КТ исследования, а также верифицированные после хирургического вмешательства) диагнозом - рецидив злокачественной глиомы головного мозга.

Ключевые слова: глиома головного мозга, химиотерапия, лучевая терапия, нейтронная терапия

Түйіндемe. МИДЫҢ ҚАТЕРЛІ ГЛИОМАЛАРЫНЫҢ ҚАЙТАЛАНУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ СӘУЛЕЛІК ТЕРАПИЯНЫҢ ӘР ТҮРЛІ НҰСҚАЛАРЫНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ. М.М.Сарычева, Т.М.Шарабура, И.А.Важенин, Е.Я.Мозерова, А.А.Ложков, А.Т.Жұмабаева, Н.В.Колыганова. Мақалада мидың қатерлі глиомасының қайталануы диагнозымен расталған (МРТ, ПЭТ - КТ зерттеу деректері бойынша, сондай-ақ хирургиялық араласудан кейін верификацияланған) 124 пациентті емдеу нәтижелері келтірілген.

Түйін сөздер: ми глиомасы, химиотерапия, сәулелік терапия, нейтронды терапия

Summary. DIFFERENT OPTIONS OF RADIATION THERAPY IN THE TREATMENT OF RECURRENCES OF MALIGNANT CEREBRAL GLIOMAS. M. M. Sarycheva, T. M. Sharabura, I. A. Vazhenin, E. Y. Mozerova, A. A. Lozhkov, A. T. Zhumabaeva, N. V. Kolyganova. The article presents the results of treatment of 124 patients with a confirmed diagnosis-recurrence of malignant brain glioma (according to MRI, PET - CT studies, as well as verified after surgical intervention).

Keywords: glioma of the brain, chemotherapy, radiation therapy, neutron therapy

ВВЕДЕНИЕ

Для всех злокачественных глиом (ЗГ), характерно агрессивное течение с неблагоприятным прогнозом и высоким риском локального рецидива. К сожалению, стандартные протоколы для лечения рецидивов злокачественных глиом в отличие от первичных опухолей отсутствуют. Для их лечения могут применяться все те же методы, что и при лечении первичных: операция, химиотерапия и лучевая терапия [1,2]. Однако единого мнения об эффективности каждой отдельно взятой из этих методик нет. Так как большая часть рецидивов локализуется в поле, т.е. в пределах 95% изодозы [2], в этой связи повторное стандартное облучение не всегда эффективно и результаты повторной лучевой терапии остаются

малоутешительными отсюда стремление использовать нестандартные варианты ЛТ: ЛТ с высокой точностью подведения дозы, такие как брахитерапия и стереотаксическая лучевая терапия или использовать излучение с высокой общей биологической эффективностью – это применяя нейтроны или протоны [3].

При проведении стереотаксической лучевой терапии (СТЛТ) в лечении рецидивов злокачественных глиом подводится доза от 27 до 30Гр за 3-5 фракций, при этом медиана общей выживаемости согласно мировым литературным данным при применении стереотаксической лучевой терапии составляет от 10 до 26 месяцев, и, к сожалению, имеется высокий риск токсичности со стороны ЦНС, в особенности радионекроз,

который может возникать спустя месяцы и годы после завершения ЛТ [4,5].

До конца не изучено место нейтронной терапии (НТ) в лечения рецидивных опухолей головного мозга. Чрезвычайно актуальными остаются вопросы об эффективной величине вклада быстрых высокоэнергетических нейтронов в курсовую дозу при смешанной нейтронно-фотонной терапии [6,7,8].

До конца не изученным остается вопрос о влиянии на результаты лечения химиотерапии (ХТ). Согласно литературным данным, отмечено улучшение клинической эффективности и общей выживаемости пациентов при проведении монокимиотерапии темозоломидом и (или) бевозуцемабом [9-14].

Таким образом, все вышесказанное определило актуальность планируемого исследования.

ЦЕЛЬ

Провести статистический анализ влияния лучевого и химиотерапевтического компонентов на результаты лечения при

проведении монотерапии и в многокомпонентном лечении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 124 пациента с подтвержденным (по данным МРТ, ПЭТ-КТ исследования, а также верифицированные после хирургического вмешательства) диагнозом - рецидив злокачественной глиомы головного мозга. Лечение данной категории пациентов было проведено на базе Челябинского Областного Клинического Центра Онкологии и Центра Нейтронной Терапии в г.Снежинск за период с 2000 по 2018 гг. Лечение первичной опухоли всем пациентам было проведено в соответствии с общепринятыми стандартами и рекомендациями.

Все пациенты, в результате ретроспективного анализа, были разделены на 2 основные группы: больные, получившие многокомпонентное лечение (сочетание радиотерапии и химиотерапии) и пациенты с проведением только монотерапии. Более детально дизайн исследования представлен на рисунке 1.

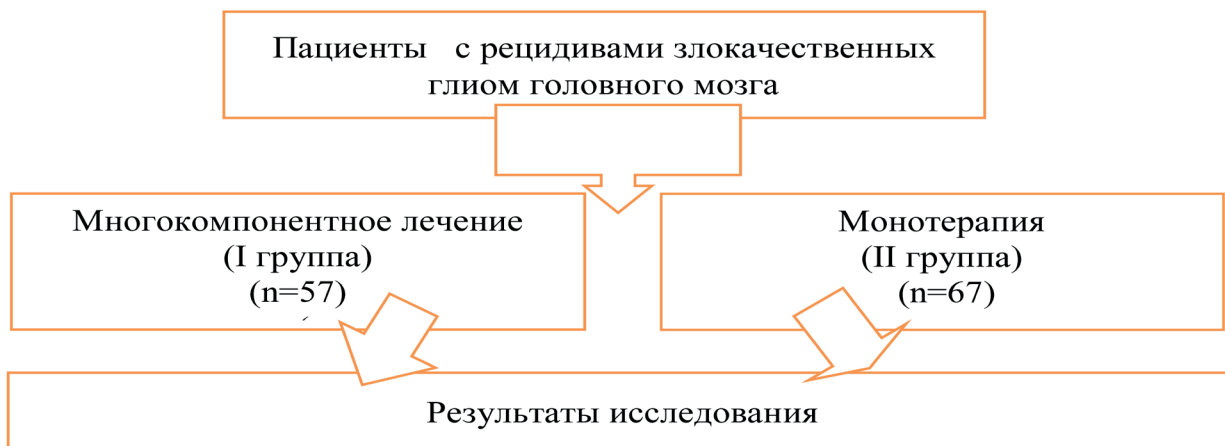


Рисунок 1 – Дизайн исследования

Характеристика пациентов обеих групп отражена в таблице 1. Так, анализируя данные таблицы мы видим, что обе исследу-

емые группы были сопоставимы по всем основным критериям.

Таблица 1 - Характеристика пациентов

показатель Абс.		1 группа		2 группа	
		%	Абс.	%	
Пол	жен	29	49,2%	28	43,1 %
	муж	30	50,8%	37	56,9 %
Возраст	> 50лет	39	66,1%	34	52,3 %
	< 50 лет	20	33,9%	31	47,7 %
Гистология	ГБ	29	49,2%	35	53,8 %
	АА	30	50,8%	30	46,2 %

Решение вопроса о выборе специального метода лечения решался индивидуально. Так, 3-D конформная лучевая терапия осуществлялась при достаточно больших размерах образования (более 4 см) с нечеткими и неровными контурами с отступом на СТВ от 1 до 1,5 см в традиционном режиме фракционирования с подведением суммарной дозой 30-50 Гр на аппарате Elekta Synergy.

В схеме нейтронной терапии использовался режим мультифракционирования с РОД=0,3 Гр X 2 раза в день с интервалом между фракциями не менее 3 часов до СОД=2,4 Гр. Суммарная доза нейтронного облучения составила 14,4 изоГр эквивалентного гамма-излучению Co 60. Нейтронная терапия в самостоятельном варианте выполнена у 22 пациентов, у 23 больных в дополнение к другим вариантам лечения.

Стереотаксическая радиохирургия на аппарате Cyber Knife, проводилась у пациентов с размерами опухоли, не превышающей 4 см с четкими, ровными границами. Подводилась доза от 15 до 27 Гр за 3-7 фракций, как в самостоятельном варианте, так и в дополнении к другим методикам облучения.

В большинстве случаев (n=50) лучевое лечение было усилено проведением химиотерапии (ХТ) Темозоломидом (в дозе 200мг\м² в с 1 по 5 день, каждые 28 дней) или Бевоцумабом (в стандартных дозах). В моно режиме химиотерапия проведена у 12 пациентов.

Более детальный объем проведенного лечения у пациентов с рецидивами злокачественных глиом головного мозга отражен в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение пациентов с учетом объема лечения

Вид лечения		Абс.	%
Многокомпонентное лечение	Сочетанная ФНТ+СТЛТ+ХТ	8	2,6%
	ДЛТ+ХТ	23	7,4%
	Сочетанная ФНТ	3	1,0%
	ФНТ+ХТ	7	2,3%
	ДЛТ+СТЛТ	1	0,3%
	СТЛТ+ХТ	10	3,2 %
	НТ+СТЛТ	2	0,6%
	НТ+ХТ	10	3,2%
Монотерапия	ДЛТ	10	15,4%
	НТ	20	30,8%
	СТЛТ	23	35,4%
	ХТ	12	18,5%

Подводя оценку результатов лечения, мы руководствовались наиболее значимыми показателями, показывающими эффективность проведенной терапии - медианы общей и безрецидивной выживаемости. Анализ результатов лечения проведен при помощи программы IBM SPSS Statistics 20.0

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медиана общей выживаемости составила 47 месяцев, выживаемость до выявления рецидива 22 месяца, после выявления рецидива 25 месяцев (рисунок 3). Показатели 1-летней ОБ – 91,1%; 2-х летней – 68,2%; 3-х летней 57,9%; 5-летней – 43,1% соответственно.

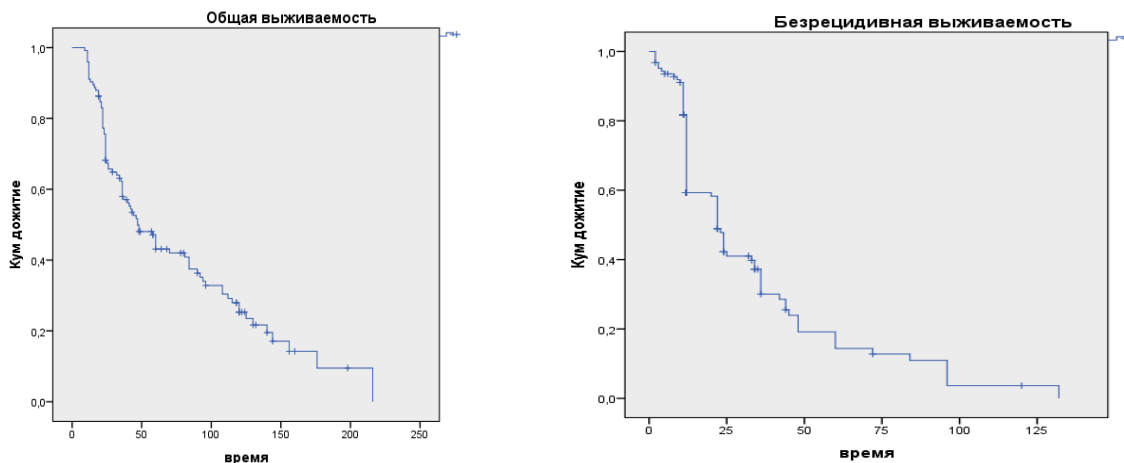


Рисунок 2 - Показатели общей и безрецидивной выживаемости

Согласно целям нашего исследования мы провели статистический анализ влияния лучевого и химиотерапевтического компонентов на результаты лечения, при про-

ведении как самостоятельном варианте (монотерапия), так и в совокупности (многокомпонентное лечение).

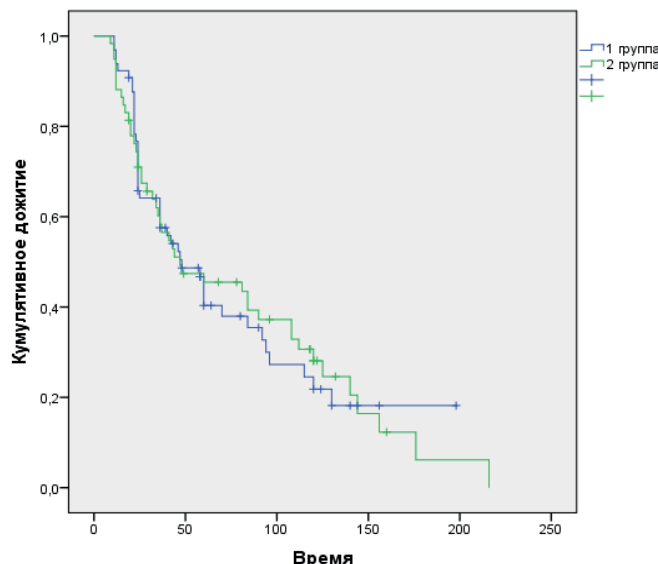


Рисунок 3 - Показатели общей выживаемости в исследуемых группах

Анализируя результаты лечения, данной категории пациентов, мы не получили достоверного увеличения ОБ у пациентов при проведении многокомпонентного лече-

ния - 48 месяцев, в сравнении с монотерапией - 47 месяцев ($p > 0,5$), в связи с чем мы детально рассмотрели каждый из вариантов лечения.

Таблица 3 - Выживаемость пациентов с рецидивами ЗГ головного мозга при проведении многокомпонентного лечения

Группы	ОВ 1 год	ОВ 3 года	ОВ 5 лет	Медина ОВ
Сочетанная ФНТ+СТЛТ+ХТ	87%	50%	-	48 мес.
ДЛТ+ХТ	96%	59%	34%	41 мес.
Сочетанная ФНТ	100%	96%	90%	144 мес.
ФНТ+ХТ	90%	87%	71%	120 мес.
ДЛТ+СТЛТ	-	-	-	12 мес.
СТЛТ+ХТ	70%	50%	10%	24 мес.
НТ+СТЛТ	96%	80%	72%	140 мес.
НТ+ХТ	-	-	-	11 мес.

С учетом значительного количества вариантов многокомпонентного лечения, сложно получить достоверные результаты. Нами отмечено увеличение показателей ОВ у пациентов с наибольшим вкладом в результаты лечения нейтронной терапии (144 месяца).

Значимые результаты принесло добавление ХТ в схему лечения, так у пациентов с сочетанием фотонно-нейтронной и ХТ медиана выживаемости составил 120 мес.,

при проведении СТЛТ и ХТ (26 мес.), фотонной ХЛТ (41 мес.).

При проведении монотерапии наилучшие показатели ОВ были при проведении СТЛТ в самостоятельном варианте - 60 мес., а вот показатели ОВ после проведенной фотонной или нейтронной ЛТ были более скромными и составили 36 мес. ($p < 0,5$). Результаты наиболее подробно отражены в таблице 4.

Таблица 4 - Выживаемость пациентов с рецидивами ЗГ головного мозга при проведении монотерапии

Группы	ОВ 1 год	ОВ 3 года	ОВ 5 лет	Медина ОВ
ДЛТ	90 %	50 %	20 %	36 мес.
СТЛТ	96 %	65 %	38 %	60 мес.
НТ	87 %	50%	36 %	36 мес.
ХТ	92 %	70 %	-	-

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение рецидивов злокачественных глиом головного мозга должно быть персонализировано с учетом состояния пациента, параметров рецидива опухоли, риска осложнений и доступных технологий лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mrugala, M Wen Therapy for recurrent malignant glioma in adults/ S.Kesari, N. Ramakrishna [et al.] //Expert Rev. Anticancer Ther. 4(5).-2004.-P.23-35. <https://doi.org/10.1586/14737140.4.5.759>.
2. Zemlin , B. Timing of re-irradiation in recurrent high-grade gliomas: a single institution study/ B. Martens, R. Wiese , D.

Merten // *Journal of Neuro-Oncology* <https://doi.org/10.1007/s11060-018-2824-6>

3. Гулидов И.А. “Повторное облучение интракраниальных опухолей активным сканирующим пучком протонов” К.Б. Гордон, Д.В. Гоголин, Ю.С. Мардынский, О.Г. Лепилина, Д.В. Неледов, В.Н. Галкин, А.Д. Каприн // *Сибирский онкологический журнал*. -2017. Т. 16. № 5.- С. 63-70. [I. A. Gulidov, K. B. Gordon, D. V. Gogolin, Yu. S. Mardynsky, O. G. Lepilina, D. V. Neledov, V. N. Galkin, A. D. Kaprin. Re-irradiation of intracranial tumor with an active scanning proton beam. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2017. T. 16. № 5.- С. 63-70. (In Russ.).] <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2017-16-5-63-70>

4. Niranjana, A Dade Lunsford *Stereotactic Radiosurgery in the Multimodality Management of Residual or Recurrent Glioblastoma Multiforme* / A. Edward, C. John, L. Flickinger [et al.] // *Prog Neurol Surg. Basel, Karger*, -2018, vol 31, -P 48–61. <https://doi.org/10.1159/000466998>

5. Fetcko, K *A systematic review of stereotactic radiosurgery for newly diagnosed and recurrent high-grade gliomas*/ B. Rimas, V. Lukas, A. Gordon [et al.] // *Fetcko et al. Medicine*. -2017.-P 43-50. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000008293>

6. Важеннин А. В. Нейтронно-фотонная лучевая терапия опухолей головного мозга / А. С. Доможирова, Э. П. Магда, Г. В. Мокичев // *Вопросы онкологии*, -2003, № 3. Т. 49. -С. 328-331. [Vazhenin A.V, A. S. Domozhirova, E. P. Magda, G. V. Mokichev. Neutron-photon radiation therapy of brain tumors. *Voprosy onkologii*, -2003, № 3. Т. 49. -S. 328-331. (In Russ).].

7. Важеннин А. В. Уральский центр нейтронной терапии – Уникальный проект проблемной лаборатории «Радиационная онкология» ЮУНЦ РАМН/ Г. Н. Рыкованов, Э. П. Магда, Г. В. Мокичев, Е. Ю. Кандакова, З. З. Мунасипов, А. И. Кузнецова // *Медицинская наука и образование Урала* № 2.-2008.-С. 22-24. [Vazhenin A.V, G. N. Rykovanov, E. P. Magda, G. V. Mokichev, E. Yu. Kandakova, Z. Z. Munasipov, A. I. Kuznetsova.

Ural Center for Neutron Therapy - A Unique Project of the Radiation Oncology Problem Laboratory, UYNTC RAMN. 2008.-С. 22-24. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala* № 2. (In Russ.).]

8. Кандакова Е.Ю. Результаты сочетанной фотонно - нейтронной терапии в условиях эскалации дозы нейтронов в общем курсе сочетанной фотонно - нейтронной терапии/ А.В. Важеннин, А.И. Кузнецова, И.А. Важеннин, Г.А. Панышин, З.С. Цалланова // *Вестник Научного Российского Центра Рентгенрадиологии Минздрава России*. -2014. –С32-36. [Kandakova E.U, Vazhenin A.V, Kuznetsova A.I, Vazhenin I.A, Panshin Z.S. Results of combined photon – neutron therapy under conditions of neutron dose escalation in the general course of combined photon - neutron therapy. *Vestnik Nauchnogo Rossiyskogo Tsentra Rentgenradiologii Minzdrava Rossii*. -2014. –С32-36. (In Russ.).] <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/amr.1084.393>

9. Смолин А.В. “Возможности антиангиогенной терапии при рецидивах глиомы высокой степени злокачественности” Г.Л. Кобыяков, А.В. Конев, С.Н. Николаева, Ю.Е. Шаманская, Т.Г. Соловей // *Фарматека* -2009. № 18. -С. 41-48. [Smolin A.V, G.L. Kobayakov, A.V. Konev, S.N. Nikolaeva, Yu.E. Shamanskaya, T.G. Solovoi. Possibilities of antiangiogenic therapy for recurrent gliomas of a high degree of malignancy. *Farmateka*. -2009. № 18. -С. 41-48. (In Russ.).]

10. Klobukowski, L. *A Retrospective Review of Re-irradiating Patients' Recurrent High-grade Gliomas*/ A. Falkov, C. Chelimo, S.E. Fogh // *Clinical Oncology XXX*.-2018.-P 1-8 <https://doi.org/10.1016/j.clon.2018.05.004>

11. Schernberga, F. *Reirradiation with concurrent bevacizumab for recurrent high-grade gliomas in adult patients Experience monocentrique de la reirradiation avec bevacizumab concomitant pour les recidives de gliome de haut grade*/ S. Dhermaina, S. Dumontb, J. Domontb, A. Patrikidoub, J[et al.] // *Cancer Radiotherapie* 22.-2018.-P.9–16.

<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2017.06.013>

12. Schaub, C. *Prognostic factors in recurrent glioblastoma patients treated with bevacizumab*/ J. Tichy, N. Schafer, K. Franz, F. Mack, M. Mittelbronn// *Neurooncol.*- 2016.-P. 93–100. <https://doi.org/10.1007/s11060-016-2144-7>

13. Schnell, O. *Re-irradiation strategies in combination with bevacizumab for recurrent malignant glioma*/ J. Thorsteinsdottir,

D. Fleischmann, M. Lenski, [et al.] // *J Neurooncol.*- 2016.-P.130-139.<https://doi.org/10.1007/s11060-016-2267-x>

14. Yong, L. *Improvement of health related quality of life in patients with recurrent glioma treated with bevacizumab plus daily temozolomide as the salvage therapy*/ F.Fuqiang, J.Peigang, L.Bolin, G.Shunnan, C. Yang [et al.] // *Clinical Neurology and Neurosurgery.*-2018.-P.1-23. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2018.03.026>

УДК 616.61-006

АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ В ОНКОЛОГИИ

У.В.ХАРЛАМОВА, А.В.ВАЖЕНИН, О.В.КУРЧЕНКОВА
 ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
 ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», г. Челябинск, Россия

Аннотация. Используемые для фармакотерапии боли у онкологических больных препараты (парацетамол, индометацин, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен), являются потенциально нефротоксичными. У больных, получающих противоболевую терапию, выявлено широкое распространение хронической болезни почек, высокая частота факторов риска анальгетической нефропатии. Среди обследованных пациентов отмечена высокая коморбидность: у 11,3% больных выявлено сочетание трех факторов риска, у 23,7% - ассоциация двух факторов риска, усугубляющих нефротоксическое действие анальгетиков. Перед началом лечения НПВП необходима оценка факторов риска почечного повреждения и почечной функции.

Ключевые слова: анальгетическая нефропатия, факторы риска, противоболевая терапия, лекарственное поражение почек

Түйіндеме. ОНКОЛОГИЯДАҒЫ АНАЛЬГЕТИКАЛЫҚ НЕФРОПАТИЯ. У.В.Харламова, А.В.Важенин, О.В.Курченкова. Онкологиялық науқастарда фармакотерапия үшін қолданылатын препараттар (парацетамол, индометацин, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен) потенциалды нефротоксикалық болып табылады. Ауырсынуға қарсы терапия алатын науқастарда созылмалы бүйрек ауруларының кеңінен таралуы, анальгетикалық нефропатия үшін қауіп факторларының жоғары жиілігі анықталды. Зерттелген емделушілердің арасында коморбиділіктің жоғары болуы байқалды: науқастардың 11,3%-да үш қауіп факторларының үйлесімі, 23,7%-да анальгетиктердің нефротоксикалық әсерін күшейтетін екі қауіп факторларының қауымдастығы анықталды. Қабынуға қарсы стероидты емес препараттармен емдеуді бастамас бұрын бүйрек зақымдануы мен бүйрек функциясының қауіп факторларын бағалау қажет.

Түйін сөздер: анальгетикалық нефропатия, қауіп-қатер факторлары, ауырсынуға қарсы терапия, бүйректің дәрілік зақымдануы

Summary. ANALGESIC NEPHROPATHY IN ONCOLOGY. U.V.Kharlamov, A.V.Vazhenin, O.V.Kurchenkova. Drugs used for pharmacotherapy of pain in cancer patients (paracetamol, indomethacin, ibuprofen, diclofenac, Ketoprofen) are potentially nephrotoxic. Patients receiving analgesic therapy were found to have a wide spread of chronic kidney disease, a high frequency of risk factors for analgesic nephropathy. Among the examined patients, high comorbidity was noted: 11.3% of patients had a combination of three risk factors, 23.7% had an Association of two risk factors aggravating the nephrotoxic effect of analgesics. Before treatment of NSAIDs is necessary to assess the risk factors for renal damage and renal function.

Keywords: analgesic nephropathy, risk factor, analgesic therapy, drug damage to the kidneys

ВВЕДЕНИЕ

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – обширная группа различных по химической структуре препаратов, объединенных общим механизмом фармакологического действия: блокадой фермента циклооксигеназы (ЦОГ-2) и снижением синтеза простагландинов (ПГ) в очаге воспаления или повреждения ткани, и

способностью оказывать обезболивающее, противовоспалительное и жаропонижающее действие.

НПВП – один из основных инструментов терапии острой и хронической боли при широком круге заболеваний и патологических состояний [1].

Использование НПВП является неотъемлемой частью работы онкологов.

Используемые для фармакотерапии боли у онкологических больных препараты (парацетамол, индометацин, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен), являются потенциально нефротоксичными [2-5].

В онкологической службе проблема почечного повреждения актуальна, так как нарушение функции почек может поставить под угрозу лечение новообразований, увеличить токсичность химиотерапии или наоборот уменьшить эффект от нее, снизить дальнейшее качество и продолжительность жизни больных [6].

ЦЕЛЬ

Изучить распространенность факторов риска анальгетической нефропатии у пациентов, получавших противоболевую терапию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 97 больных (55 женщин и 42 мужчины 58,9±1,12 лет), получавших противоболевую терапию в отделении паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», г. Челябинск. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) оценивали по формуле СКД-ЕРІ, 2009г., модификация 2011г. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали при наличии повреждения почек, определенного как структурные или функциональные нарушения (по данным лабораторно-инструментальных методов исследования) с наличием или без снижения СКФ, персистирующих в течение трех и более месяцев вне зависимости от нозологического диагноза [7].

Хронический болевой синдром оценивался по 3-х балльной шкале вербальной оценки выраженности боли, по визуально-аналоговой шкале и на основании изменения приема обезболивающих препаратов (изменение кратности приема либо переход на другую ступень анальгезирующих препаратов) [8].

Статистический анализ данных проводился при помощи пакета программ прикладной статистики SPSS-17, MedCalc-11.4.2. При нормальном законе

распределения признака в выборке количественные значения представлялись в виде средней арифметической и ее среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$), в противном случае рассчитывались медиана и интерквартильный размах (Me ; 25%-75%). Качественные признаки описаны абсолютными и относительными частотами с оценкой межгрупповых различий с использованием критерия хи-квадрат Пирсона, а при ожидаемых частотах менее 5 – с помощью точно-двустороннего теста Фишера. Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным проведенного исследования СКФ в изученной группе пациентов составила 74,05 [57,5; 88,15] мл/мин/1,73м².

Результаты проведенного анализа выявили наличие ХБП у 42,3% обследованных больных (41 пациент).

У 49 (50,5%) пациентов присутствовал болевой синдром 1 балл, у 40 (41,3%) – 2 балла, у 8 (8,2%) – 3 балла.

Среди пациентов с болевым синдромом 1 балл ХБП выявлена у 21 (42,9%) больно-го; в группе больных с уровнем болевого синдрома 2 балла – у 17 (42,5%) пациентов; у 3 больных (37,5%) с выраженностью болевого синдрома 3 балла.

Среди обследованных пациентов, получавших противоболевую терапию, выявлены следующие факторы риска анальгетической нефропатии (хронического тубулоинтерстициального нефрита): у 46,4% (45 человек) отмечено наличие гипертонической болезни; у 7,2% (7 человек) – сахарного диабета; у 18,6% (18 больных) – сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС. Стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, нарушения ритма и проводимости, перенесенный инсульт); у 42,3% (41 пациент) – хронической болезни почек.

Среди пациентов с ХБП достоверно чаще выявлялись следующие факторы риска прогрессирования почечной дисфункции: сахарный диабет ($\chi^2=7,91$, $p=0,004$), гипертоническая болезнь ($\chi^2=4,21$, $p=0,04$), сердечно-со-

судистые заболевания (ИБС. Стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, нарушения ритма и проводимости, перенесенный инсульт) ($\chi^2=3,89$, $p=0,04$).

Результаты проведенного исследования продемонстрировали наличие высокой коморбидности: у 11,3% больных, получавших противоболевую терапию, выявлено сочетание трех факторов риска, усугубляющих нефротоксическое действие анальгетиков; у 23,7% - ассоциация двух факторов риска развития анальгетической нефропатии.

Проблема лекарственного поражения почек является одной из актуальных проблем современной нефрологии. В 63,4% случаях нефрит развился вследствие хронического лекарственного воздействия (НПВС, анальгетики). Осложнения, связанные с нарушением функции почек отмечаются у 1-4% больных, регулярно принимающих НПВП. Развитие этого осложнения определяется влиянием на ЦОГ-1 и ЦОГ-2 индуцированный синтез ПГЕ2 и простагличина, регулирующих тонус почечных артериол (следовательно, скорость клубочковой фильтрации), а также экскрецию соли и воды в почечных канальцах.

Результаты многолетнего наблюдения в исследовании АASK демонстрируют, что почти у 8,5% больных с ХБП отмечаются эпизоды резкого снижения скорости клубочковой фильтрации, т.е. имеет место наложение острого почечного повреждения на хроническую почечную недостаточность.

Вместе с тем, наравне с воздействием причинного фактора, развитию интерстициального поражения почек способствует ряд факторов риска (инфекционные процессы, наличие артериальной гипертензии, хронической болезни почек, сахарного диабета и т.д.) [9]. Данные о распространенности модифицируемых и немодифицируемых факторах риска ХБП, полученные в нашем исследовании, сопоставимы с результатами других исследований и подтверждают определяющее значение гиперхолестеринемии, гипергликемии, АГ, как факторов риска снижения СКФ [10,11].

Степень повреждения почек зависит от дозы препаратов, их возможного взаимодействия (при использовании комбинированных режимов), длительности терапии, а также от исходного функционального состояния почек. Нередко специфическое поражение почек наблюдается в дебюте опухолевого заболевания. Оценка исходного функционального состояния почек необходима для выбора менее нефротоксичных препаратов, а также для определения интенсивности лечения, в т.ч. химиотерапевтического, от которой зависит не только прогноз заболевания в целом, но и тяжесть возможных осложнений у данного пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У больных, получающих противоболевую терапию, выявлено широкое распространение хронической болезни почек (42,3%), высокая частота факторов риска анальгетической нефропатии.

2. Среди обследованных пациентов отмечена высокая коморбидность: у 11,3% больных выявлено сочетание трех факторов риска, у 23,7% - ассоциация двух факторов риска, усугубляющих нефротоксическое действие анальгетиков.

3. Перед началом лечения НПВП необходима оценка факторов риска почечного повреждения и почечной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике», М. – 2015. – 41 с.*

2. Балкаров И.М., Лебедева М.В., Щербак А.В., Мухин Н.А. *Клиника, диагностика и лечение хронического тубулоинтерстициального нефрита. / Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – Т.9, № 5. – с.с.:81-85.*

3. Батюшин М.М., Дмитриева О., Терентьев В.П. *Роль анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии интерстициальных поражений почек. / Нефрология и Диализ. – 2006. – № 3. – с.с. 239-244.*

4. Akhund L., Quinet R.J., Ishaq S. *Celecoxib-related papillary necrosis.* / *Arch. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 163. – p. 114-115.
 5. Lanas A., Benito P., Alonso J. et al. *Safe Prescription Recommendations for Non Steroidal Anti-inflammatory Drugs: Consensus Document Elaborated by Nominated 17 Experts of Three Scientific Associations (SER-SEC-AEG).* / *Rheumatol. Clin.* – 2014. – Vol. 10, № 2. – p. 68–84.
 6. Морилов Д.Д., Михайлова В.В. Структура острого почечного повреждения у пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии в онкологическом стационаре / *Нефрология и диализ.* – 2017. – Т. 19, № 4. – С. 493-498.
 7. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease / Kidney international Supplements.* – 2013. – Vol. 3. – p. 1–150.
 8. Каприн А.Д., Абузарова Г.Р., Хороненко В.Э., Алексеева Г.С., Костин А.А., Старинский В.В., Алексеев Б.Я., Александрова Л.М. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2015. – 48 с.
 9. Смирнов А.В., Каюков А.Г., Добронравов В.А. Концепция факторов риска в нефрологии: вопросы профилактики и лечения хронической болезни почек. / *Нефрология.* – 2008. – Т. 12, № 1. – С. 7-13.
 10. Арутюнов Г.П., Оганезова Л.Г. Тубулоинтерстициальный аппарат почки и его поражение при артериальной гипертензии. / *Клиническая нефрология.* – 2011. – № 1. – С. 52-57.
 11. Болотова Е.В., Самородская И.В., Дудникова А.В., Картавенков С.А. Распространенность факторов риска хронической болезни почек среди трудоспособного населения Краснодара. / *Профилактическая медицина.* – 2015. – №5. – С. 60-64.
-

УДК 616.62-006.6-089.844

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ERAS-ПРОТОКОЛА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦИСТЭКТОМИИ С ПЛАСТИКОЙ

Д.Г.ВОРОШИН, А.А.ВАЖЕНИН, П.А.КАРНАУХ, А.З.РЫБОЛОВЛЕВА
ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Россия

Аннотация. Приведены данные исследования проведенного в ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», где с 2000 по 2017 гг. были выполнены операции в объеме радикальная цистэктомия с ортотопической цистопластикой по поводу злокачественных новообразований мочевого пузыря II-III ст. 126 пациентам (113 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 41 до 82 лет (средний возраст $61,3 \pm 7,3$).

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, реабилитация, периоперационное ведение, fast-tracksurgery, ERAS-протокол

Түйіндеме. ПЛАСТИКАЛЫ ЦИСТЭКТОМИЯ ҚУЫҚ ОЫРЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ПЕРИОПЕРАЦИЯЛЫҚ ЖҮРГІЗУДЕ ERAS-ХАТТАМА ЭЛЕМЕНТТЕРІН ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ. Д.Г.Ворошин, А.А.Важенин, П.А.Карнаух, А.З.Рыболовлева. «Челябі облыстық онкология және ядролық медицина клиникалық орталығы» ГБУЗ-да жүргізілген зерттеу деректері келтірілген, онда 2000 жылдан бастап 2017 жылға дейін қуықтың II-III қатерлі ісіктері бойынша ортотопиялық цистопластикамен радикалды цистэктомия көлемінде 41 және 82 жас аралығындағы (орташа жас $61,3 \pm 7,3$) 126 пациентке (113 ер, 13 әйел) операциялар жасалды.

Түйін сөздер: қуық обыры, радикалды цистэктомия, оңалту, периоперациялық жүргізу, fast-tracksurgery, ERAS-хаттама

Summary. THE RESULTS OF THE APPLICATION OF THE ELEMENTS OF THE ERAS PROTOCOL IN PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BLADDER CANCER CYSTECTOMY WITH THE PLASTIC. D.G.Voroshin, A.A.Vazhenin, P.A.Karnaukh, A.Z.Rybolovleva. The results of the research conducted in GBUZ «Chelyabinsk regional clinical center of Oncology and nuclear medicine», where from 2000 to 2017 procedures were performed in a volume of radical cystectomy with orthotopic cystoplasty for malignant neoplasms of the bladder II-III article 126 patients (113 men, 13 women) aged 41 to 82 years (mean age $61,3 \pm 7,3$).

Keywords: bladder cancer, radical cystectomy, rehabilitation, perioperative management, fast-track surgery, ERAS-Protocol

ВВЕДЕНИЕ

Последнее десятилетие распространенность рака мочевого пузыря в Российской Федерации характеризуется неуклонным ростом от 47,8 случаев на 100 тыс. населения в 2006 году до 71,3 в 2017 году [1]. Преимущественно это заболевание поражает мужчин, которые составляют примерно 2/3 от общего числа заболевших [2]. Аналогичные тенденции свойственны и развитым Европейским странам. Радикальное хирургическое лечение рака мочевого пузыря

(РМП) традиционно характеризуется высокой частотой развития периоперационных осложнений и летальностью, связанных с калечащим характером цистэктомии и необходимостью пластики мочевого резервуара фрагментом кишки [3,4].

Не смотря на совершенствование хирургических методов, введению эндоскопической и робототехники 90-дневная смертность составляет от 5,1% до 8,1% [5], а осложнения в ранний послеоперационный период от 28,0% до 64,0%, даже в крупных

многопрофильных центрах [6]. По другим данным, частота послеоперационных осложнений от 20,0 до 60,0%, и сопровождаются летальным исходом в 2-7% случаев [3,7].

Риск развития осложнений на этапах хирургического лечения рака мочевого пузыря определяется не только высокой травматичностью и сложной оперативной техникой РЦЭ, но и особенностями контингента больных. Последний, характеризуется возрастом старше 65 лет, наличием вредных привычек, прежде всего курения, и сопутствующих хронических заболеваний легочной и сердечно-сосудистой систем, в совокупности снижающих репаративные процессы и ухудшающих результаты пластической хирургии. Кроме того, наличие онкологического процесса в малом тазу и кровотечение, часто предшествующее обращению пациента к врачам, существенно повышает риск развития венозных тромбоэмболических осложнений у этой группы больных [4,8].

В последние годы внимание хирургов и анестезиологов-реаниматологов приковано к возможностям осуществления стратегии fast-track surgery в онкологической практике. Хорошо зарекомендовав себя в лечении больных колоректальным раком, подобный подход к периоперационному ведению больных на сегодняшний день рассматривается как перспективный в разных областях хирургии. Протоколы ранней послеоперационной реабилитации (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery) широко используются в гинекологической практике и после операций аортокоронарного шунтирования, демонстрируя хорошие результаты и безопасность использования [9].

Основоположником данного направления является датский исследователь Н. Kehlet. По его утверждению, программа ERAS «...предусматривает применение эпидуральной или регионарной анестезии, миниинвазивных оперативных вмешательств и техники агрессивной послеоперационной реабилитации, включающих раннее энте-

ральное питание и раннюю активизацию. В комбинации эти меры позволяют снизить стрессовые реакции организма и значительно сократить время, необходимое для полного восстановления» [10]. То есть, в основе любого протокола ERAS лежит попытка повлиять на стресс, вызванный хирургической травмой, посредством коррекции тех изменений гомеостаза, которые произошли для приспособления организма к изменившимся условиям окружающей среды [9,10].

Начиная с 90-х годов прошлого века, в литературе появилось много информации о преимуществах использования стратегии fast-track в различных областях хирургии. В описанных случаях, при реализации программы быстрой реабилитации было отмечено сокращение сроков восстановления функции кишечника после операции, сроков пребывания пациентов в ОРИТ и сроков госпитализации в целом, появление отчетливой тенденции к снижению числа послеоперационных осложнений [10]. Технологии ранней послеоперационной реабилитации, хорошо зарекомендовавшие себя в других областях хирургии, не нашли широкого применения при выполнении радикальной цистэктомии с пластикой мочевого резервуара сегментом тонкой кишки. Подобная ситуация стала основанием для проведения исследования.

Цель исследования сравнить течение послеоперационных периодов по стандартному протоколу и с соблюдением ERAS-протокола при радикальных реконструктивных операциях на мочевом пузыре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», где с 2000 по 2017 гг. были выполнены операции в объеме радикальная цистэктомия с ортотопической цистопластикой по поводу злокачественных новообразований мочевого пузыря II-III ст. 126 пациентам (113 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 41 до 82 лет (средний возраст $61,3 \pm 7,3$). Больные были

разделены на 2 группы. В 1 группе (n=64) периоперационное ведение больных осуществлялось по стандартному протоколу. Во 2 группе (n=62) периоперационное ведение осуществляли с использованием элементов ERAS-протокола.

По категориям физического статуса

ASA большинство больных (80,1%) относились ко 2-3 классам (табл.2,3), т.е. имели функциональные нарушения, преимущественно за счет наличия сопутствующей сердечно-сосудистой и дыхательной патологии.

Таблица 1 – Распределение больных по категориям физического статуса ASA

Класс ASA	1	2	3	4
Число больных / %	23/18,3	61/48,4	40/31,7	2/1,6

По данным комплекса проведенного диагностического обследования у всех исследованных больных установлена сопутствующая патология, которая в большинстве случаев - 70% носила сочетанный характер. Пациенты поступали в онкологическое урологическое отделение с плановыми обследованиями. При наличии сопутствующей соматической патологии ее лечение было проведено в медицинских организациях до достижения компенсации имеющихся расстройств.

Периоперационное ведение пациентов осуществлялось в рамках существующих стандартов для больных с заболеваниями мочевого пузыря и сопутствующей кардиореспираторной патологией в соответствии с общепринятыми современными рекомендациями ведущих кардиологических и анестезиологических обществ России и мира.

В 1 группе проводили анестезию:

Индукция анестезии была стандартизирована и проводилась тиопенталом натрия $8,82 \pm 3,06$ мг/кг, кетамин $1,36 \pm 0,68$ мг/кг, фентанилом $0,002 \pm 0,001$ мг/кг. Миорелаксация обеспечивалась иодидом суксаметония (дитилин) $169,69 \pm 20,88$ мг/кг. В течение остального периода операции миоплегия осуществлялась пипекурония бромидом (ардуан) в средней дозе $0,14 \pm 0,026$ мг/кг. Поддержание анестезии осуществлялась ингаляционным анестетиком севофлураном, фентанил вводился внутривенно болюсно через 20-30 минут по $0,05-0,5$ мг и средняя доза составила $0,0018 \pm 0,0002$ мг/

кг/ч. Ингаляцию севофлурана осуществляли с момента интубации трахеи до окончания оперативного вмешательства, средняя концентрация севофлурана составила $1,3 \pm 0,2$ МАК.

Во 2 группе проводили сочетанную общую и эпидуральную анестезию с продленной анальгезией. Индукция проводилась пропофолом $1,56 \pm 0,31$ мг/кг, кетамин $0,61 \pm 0,32$, фентанилом $0,002 \pm 0,001$ мг/кг. Миорелаксация обеспечивалась рокурония бромидом $0,68 \pm 0,14$ мг/кг. Поддержание анестезии осуществлялась современным ингаляционным анестетиком севофлураном с добавлением на травматичных этапах опиоидного анальгетика фентанила. Эпидуральный компонент – модифицированная смесь Бревика-Ниemi. Миорелаксация проводилась стероидным препаратом средней продолжительности действия рокурония бромидом $0,68 \pm 0,14$ мг/кг, позволяющим для ускоренной реверсии нейромышечного блока использовать сугаммадекс (Брайдан).

Пункция и катетеризация эпидурального пространства осуществляли на уровне Th₈-Th₁₀, катетер проводили краниально на 3-4 см. После фиксации катетера начиналась перманентная инфузия раствора местного анестетика (ропивакаин 0,2%, фентанил 2 мкг/мл, адреналин 2 мкг/мл), насыщающая скорость 15-20 мл/ч (до 10 мл), далее с переходом на поддерживающую скорость инфузии 4-8 мл/ч под контролем гемодинамики. Ингаляцию севофлурана осуществляли с момента интубации трахеи до окончания оперативного вмешательства, средняя кон-

центрация севофлурана составила $0,7 \pm 0,1$ МАК. Фентанил вводили внутривенно болюсом по $0,05-0,1$ мг на наиболее травматичных этапах операции, его средняя доза в группах не отличалась и составила $0,0004 \pm 0,00002$ мг/кг/ч.

Пациентам обеих групп проводилась антибиотикопрофилактика – ампициллин + сульбактам $1,5$ г внутривенно болюсом за $30-40$ минут до операции и через 8 часов после введения первой дозы. Продолжительность профилактической антибиотикотерапии $1-2$ дня.

Профилактика тромбоза у пациентов 1 группы включала только эластичную компрессию нижних конечностей. Во 2 группе наряду с механической использовалась и медикаментозная профилактика низкомолекулярными гепаринами (фраксипарин), которые вводились за 12 часов до операции. Доза фраксипарина определялась по массе тела больных.

Продолжительность анестезии и операции, объем кровопотери и ее возмещения в группах значимых отличий не имели и составили соответственно - 257 ± 47 мин, $538,0 \pm 60,0$ мл, $1665,0 \pm 508,0$ мл кристаллоидов, $460,0 \pm 50,0$ мл коллоидов.

В послеоперационном периоде профилактика послеоперационной тошноты и рвоты осуществлялась специфическим блокатором дофаминовых (D_2) и серотониновых ($5-HT_3$) рецепторов метоклопрамидом в дозировке $0,45$ мг/кг/сутки и блокатором $5-HT_3$ серотониновых рецепторов ондансетроном $0,1-0,2$ мг/кг/сутки.

Послеоперационное обезболивание в 1 группе проводилось комбинацией нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (кетонал 100 мг до 4 раз в сутки), опиоидные анальгетики - трамал $4-8$ мг/кг/сутки и омнопон 20 мг 1 раза в сутки. Во 2 группе послеоперационное обезболивание проводили с использованием продленной эпидуральной анальгезии раствором ропивакаина (Наропин) $0,2\%$ со скоростью $4-10$ мл/ч. Кроме того, все пациенты получали системное обезболивание НПВС и параце-

тамолом. Опиоидные анальгетики – трамал или омнопон – использовали по требованию пациента.

Особенности периоперационного ведения пациентов по протоколу ERAS заключались в использовании элементов агрессивной реабилитации.

Предоперационная подготовка включала отказ от голодания. Прием жидкости богатой глюкозой накануне вечером и за 2 часа до операции.

Интраоперационно осуществлялось поддержание целевой температуры тела $\geq 36^\circ\text{C}$. Проведение инфузионной терапии с целью сохранения нормоволемии и удовлетворения физиологических потребностей пациента, при необходимости компенсация пареза сосудистого русла невысокими дозами вазопрессоров. Контроль глубины анестезии – энтропия ($40-60$). Экстубация на столе, удаление желудочного зонда.

В послеоперационный период обеспечивали поддержание нормотермии. Сразу после операции через $2-3$ часа – энтеральная гидратация, применение сиппинговых смесей $50-150$ мл. 1-е сутки – сиппинги $125-250$ мл и парентеральное питание. 2-е сутки 0 стол + сиппинг + электролиты, далее расширение диеты (1 стол) и отмена инфузионной терапии. С $5-6$ суток – пероральное питание в полном объеме + сиппинг (НутрикомпДринк Плюс (Германия)). Ранняя активизация пациентов: присаживание в постели с бандажом вечером 1 суток после операции, ЛФК (занятия с инструктором), постановка на ноги в течение 1 суток после операции с предшествующим в обязательном порядке УЗ контролем состояния вен нижних конечностей. Максимально ранняя психологическая реабилитация пациентов: обычные гигиенические процедуры, чтение художественной литературы и периодической печатной продукции, доступное раннее общение с родственниками.

Пациенты группы сравнения (1-й группы)

Предоперационная подготовка: не выполнялась предоперационная нутритивная подготовка.

Интраоперационно: не проводили контроль температуры тела и не использовали системы обогрева; коррекция эпизодов относительной гиповолемии осуществлялась волевической нагрузкой, контроль глубины анестезии по МАК. Рутинная установка желудочного зонда с целью декомпрессии. Проводилась гемотранфузия.

Послеоперационный период: не осуществляли постоянный контроль температуры тела и не использовали системы обогрева; зонд только для декомпрессии, до 5 суток после операции парентеральное питание, после отхождения газов 0 стол, далее расширение диеты (1 стол) и отмена инфузионной терапии. С 6-7 суток – пероральное питание в полном объеме. Активизация пациентов: начало активизации с 5-6 суток, после перевода в профильное отделение. Обычный режим пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Для объективизации клинической значимости болевого синдрома использовалась 100 миллиметровая визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

Статистическая обработка данных производилась при помощи пакетов прикладных программ IBM SPSS Statistics Version 20 (IBM, USA), достоверность разницы относительных величин оценивали с помощью критерия χ^2 , достоверность отличий среди абсолютных величин определяли с

помощью U-критерия Манна - Уитни. Разницу величин признавали достоверной при $p < 0,05$.

В проведенном исследовании использовалось лабораторное оборудование, наркозно-дыхательные аппараты, наборы для катетеризации эпидурального пространства, мониторы наблюдения (АД, ЧСС, ЭКГ, капнометрия, сатурация крови, BIS-мониторирование) инфузоматы и эластомерные помпы, обогреватели конвекционного типа (Экватор), визуально-аналоговые шкалы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты 1 группы были экстубированы через 3-5 часа после окончания операции в условиях отделения реанимации. Во 2 группе экстубацию трахеи удавалось осуществить в операционной сразу по окончании работы хирургов. Как видно из таблицы 2, пациенты 2 группы, где использовался протокол ERAS, продемонстрировали сокращение сроков пребывания в ОРИТ и в клинике относительно 1 группы.

1 группа - койко-день: в ОРИТ $8 \pm 4,6$, в отделение онкоурологии в послеоперационный период $12 \pm 3,24$.

2 группа - койко-день: в ОРИТ $4 \pm 1,4$, в отделение онкоурологии в послеоперационный период $11,16 \pm 4,25$.

Во 2 группе также было отмечено более раннее появление перистальтических кишечных шумов.

Таблица 2 - Результаты хирургического лечения пациентов сравниваемых групп ($M \pm m$)

Показатель	Группы		Достоверность (p)
	1 группа n=64	2 группа (ERAS) n=62	
Продолжительность пребывания в ОРИТ (сутки)	$8,09 \pm 3,57$	$4 \pm 1,43$	0,0293
Продолжительность послеоперационной госпитализации (сутки)	$12 \pm 3,24$	$11,16 \pm 4,25$	0,0263
Появление перистальтических шумов (сутки)	$1,93 \pm 1,09$	$1,33 \pm 0,47$	0,023
Интенсивность послеоперационного болевого синдрома в баллах	$22,7 \pm 23,9$	$0,22 \pm 0,13$	0,508
Потребность в опиоидных анальгетиках в 1 сутки после операции (омнопон, мг/кг/сутки)	$0,32 \pm 0,03$	$0,27 \pm 0,058$	0,016
Послеоперационная летальность (до 30 дней после операции) (%)	4(6,25%)	0	-

Интенсивность послеоперационного болевого синдрома и потребность в опиоидных анальгетиках в 1-е сутки не отличалась в группах исследования, несмотря на выполнение методик ранней агрессивной активизации во 2 группе.

В 1 группе наблюдались следующие осложнения: несостоятельность резервуара – 17,18% (11), перитонит - 4,7% (3), сепсис - 3,1% (2), острая сердечно-сосудистая недостаточность - 3,1% (2), острая кишечная недостаточность - 2,4% (6), желудочно-кишечные кровотечения - 2,4% (6), острая пневмония - 12,5% (8), острый панкреатит - 6,25% (4), острая почечная недостаточность - 6,25% (4), тромбоэмболия легочной артерии - 3,1% (2).

Во 2 группе наблюдались 2 случая осложнений в виде динамической кишечной непроходимости и спаечной кишечной непроходимости, что составило 3,2%. При динамической кишечной непроходимости, проводилась консервативная терапия: прозерин 0,5% 1 мл 3 раза в сутки внутримышечно, микроклизмы с глицерином. У одного пациента через 7 дней после операции развилась острая спаечная кишечная непроходимость, проведена релапаротомия, иссечение спаек, удаление мочевого резервуара, уретерокутаностомия.

В 1 группе было зарегистрировано 4 летальных случая, что соответствовало 6,25% от всех исследуемых больных. В группе с использованием элементов ERAS умерших в течение 30 дней не было.

В выполненном исследовании удалось показать, что применение доступных элементов fast-tracksurgery (отказ от предоперационного голодания, регионарная анестезия с продленной анальгезией, интраоперационное согревание больного, раннее начало энтерального питания и активизации) позволило заметно уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания пациентов в ОРИТ, нагрузку на медицинский персонал, ускорить сроки реабилитации пациентов и улучшить качество оказания им медицинской помощи

при сохранении или сокращении затрат.

Следует особо отметить, что, несмотря на перспективность описанного направления, простоту соблюдения протокола и его невысокую экономическую стоимость, в работе не удалось использовать все элементы ERAS, обозначенные H. Kehlet в его мультимодальной стратегии. Причины самые разнообразные, начиная от невозможности технического обеспечения, например, в силу объективных хирургических особенностей РЦЭ нельзя отказаться от дренажей и мочевого катетера, заканчивая трудностями в организации работы среднего медперсонала и недостаточной мотивации коллег.

Очень сложно убедить хирургов, опасющихся развития кишечной непроходимости, в отсутствие необходимости предоперационного голодания [11] или премедикации для всех без исключения пациентов, не говоря уже о механической очистке кишечника перед пластическим компонентом операции. Ранняя активизация больных и перевод в профильное отделение на 2-3 сутки после операции воспринимается очень настороженно, что связано с боязнью несостоятельности анастомозов или ее поздней диагностики. В настоящее время не существует данных, согласно которым механическая подготовка кишечника снижала бы частоту осложнений, более того в современных клинических рекомендациях она напротив, не поддерживается [12-14].

Не меньше проблем возникает и при общении с самими пациентами, которые зачастую недооценивают влияние курения и не желают от него отказаться, несмотря на очевидные риски развития легочных осложнений, гипоксии и всех, связанных с этим явлением проблем. Из-за опасения боли, приходится сталкиваться с отказом от ранней активизации, выполнения дыхательных упражнений. Часто для создания комфорта пациентам в послеоперационный период назначаются опиоидные анальгетики, притом, что болевой синдром слабо выражен и достаточным бывает назначения ненаркотических анальгетиков.

Все вышеперечисленное, требует дополнительных усилий от анестезиологов-реаниматологов для достижения понимания необходимости внедрения ERAS-протоколов и создания условий для командной работы всей хирургической бригады, что позволит улучшить качество оказания помощи онкологическим больным.

Предоперационные компоненты ERAS должны включать обучение пациента, его знакомство с характером операции и особенностями послеоперационного течения, рекомендациями по приему пищи и жидкостей [15].

Интраоперационное ведение больного, согласно программе ERAS, затрагивает работу хирургов и анестезиологов-реаниматологов и является основой для раннего энтерального кормления и мобилизации больного.

Целевая направленность инфузионной терапии должна сохраняться на всех этапах периоперационного ведения [10]. Основная задача инфузионной терапии - поддержание центральной эволемии и исключение формирования избытка электролитов и воды, которые в этом случае неизбежно окажутся в интерстициальном пространстве. Помимо дыхательных расстройств, сформировавшийся интерстициальный отёк кишечной стенки увеличивает продолжительность послеоперационного пареза кишечника, что задерживает сроки реабилитации.

Обезболивание пациентов на всех этапах лечения должно быть последовательным и адекватным и основываться на принципах мультимодальности. Соблюдение протоколов ERAS подразумевает широкое использование регионарных методик анальгезии и анестезии [10,11,15]. Целью периоперационного обезболивания является рациональная минимизация использования опиоидных анальгетиков, а не стремление к отказу от их применения.

Раннее начало энтерального питания способствует скорейшему восстановлению моторики ЖКТ и отказу от внутривенной инфузионной терапии [10,15].

Особого внимания заслуживает психологический комфорт пациента на этапах хирургического лечения. Общение с пациентом, контроль за соблюдением режима сна и бодрствования, отказ от использования бензодиазепинов, являются важными компонентами ранней реабилитации. Следует стремиться к скорейшему восстановлению ориентации пациента в окружающем мире и как можно раннему возврату к умственной деятельности. Этому способствует раннее начало общения с родственниками, чтение, прослушивание музыки, просмотр телепередач [10,15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Использование элементов агрессивной реабилитации позволило улучшить результаты радикальной цистэктомии с пластикой мочевого резервуара сегментом кишки у больных раком мочевого пузыря.

2. Внедрение протокола ERAS в повседневную практику ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологический и ядерной медицины» способствовало:

- сокращению сроков пребывания пациентов в ОРИТ (с $8,09 \pm 4,55$ до $4 \pm 1,43$ суток, $p < 0,05$);

- сокращению сроков пребывания пациентов в отделении онкоурологии в послеоперационный период (с $12 \pm 3,24$ до $11,16 \pm 4,25$ сут, $p < 0,05$);

- сокращению сроков восстановления функции кишечника (с $1,93 \pm 1,09$ до $1,33 \pm 0,47$ суток, $p < 0,05$);

- появлению отчетливой тенденции к сокращению числа послеоперационных осложнений;

- уменьшению послеоперационной летальности в 30-дневный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. Москва. 2017: 28. [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi na seleniu Rossiiv 2016 g. 2017:28. (In Russ.).] http://oncology-association.ru/files/medstat/sostoyanie_2017.pdf

2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. «Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Москва. 2016:15-16 [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennie novoobrazovaniya v Rossiiv 2015g.2016:15-16(In Russ.).] http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2015.pdf
3. Wei Shen Tan, Benjamin W. Lamb, and John D. Kelly. Complications of Radical Cystectomy and Orthotopic Reconstruction. Received 31 July 2015; Revised 26 October 2015; Accepted 11 November 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/323157>.
4. Andrew J. Sun, Hooman Djaladat, Anne Schuckman, Gus Miranda, Jie Cai, Siamak Daneshmand Venous Thromboembolism Following Radical Cystectomy: Significant Predictors, Comparison of Different Anticoagulants and Timing of Events The journal of urology. February 2015. Volume 193, Issue 2, Pages 565–569. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.08.085>
5. Hounscome L. S., Verne J, McGrath J. S., and Gillatt D. A., Trends in operative caseload and mortality rates after radical cystectomy for bladder cancer in England for 1998–2010, European Urology, vol. 67, no. 6, pp. 1056–1062, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.002>
6. Zakaria A. S. , Santos F., Dragomir A, Tanguay S., Kassouf W., and Aprikian A. G., Postoperative mortality and complications after radical cystectomy for bladder cancer in Quebec: a population-based analysis during the years 2000–2009. Canadian Urological Association Journal, vol. 8, no. 7-8, pp. 259–267, 2014. <https://doi.org/10.5489/cuaj.1997>
7. Stein J. P., Lieskovsky G., Cote R .et al., “Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients,” Journal of Clinical Oncology, vol. 19, no. 3, pp. 666–675, 2001. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.3.666>
8. Timothy D. Lyon, Nicholas J. Farber, Leo C. Chen, Thomas W. Fuller, Benjamin J. Davies, Jeffrey R. Gingrich, Ronald L. Hrebinko, Jodi K. Maranchie, Jennifer M. Taylor, and Tatum V. Tarin Total Psoas Area Predicts Complications following Radical Cystectomy. Advances in Urology. Volume 2015 (2015), Article ID 901851, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2015/901851>
9. Хороненко В.Э., Хомяков В.М., Баскаков Д.С. , Рябов А.Б. , Донскова Ю.С., Алексин А.А. Возможности ранней реабилитации больных в онкохирургической практике// Доктор.Ру. Анестезиология и реаниматология. Медицинская реабилитация, 2016, №12 (129), ч.1, с. 53-58 [Khoronenko V.E., Khomyakov V.M., Baskakov D.S. , Ryabov A.B. , Donskova Yu.S., Aleksin A.A. Options for Enhanced Recovery After Surgery for Cancer Patients//Doktor.Ru. Anesteziologiya i reanimatologiya. Meditsinskaya reabilitatsiya, 2016, №12 (129), ch.1, s. 53-58/(In Russ.)] <http://www.rusmg.ru/doctor-ru.html>
10. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. // Br. J. Anaesth. 1997. Vol.78. N 5. P.606–617. <https://doi.org/10.1093/bja/78.5.606>
11. American Society of Anesthesiologist Committee. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. Anesthesiology. 2011. Vol.114.N3P.495-511 <https://doi.org/10.1097/aln.0b013e3181fcbfd9>
12. Gustafsson U.O., Scott M.J., Schwenk W., Demartines D. et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Clin Nutr. 2012. Vol.31. N6. P.783-800. <https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0>
13. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Российские клинические рекомендации. // Урология 2016. С.347 – 348. [Alyaev Yu.G., Glybochko P.V., Pushkar' D.Yu. Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii. Urologiya 2016. S.347 – 348.] <http://www>

rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431269.html
14. Güenaga KF, Matos D., Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.(9):CD001544[https://](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001544.pub4)

doi.org/10.1002/14651858.CD001544.pub4
15. Jacob M., Chappell D., Rehm M. The 'third space'-fact or fiction? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2009. Vol.23. N 2. P.145-57. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2009.05.001>

УДК 616.65-006.6-085.849.114-037

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Е.А.КИПРИЯНОВ^{1,2}, П.А.КАРНАУХ^{1,2}, А.В.ВАЖЕНИН^{1,2}
ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г. Челябинск, Россия
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», г. Челябинск, Россия

Аннотация. Представлены результаты ближайших и отдаленных результатов лечения больных с верифицированным раком предстательной железы первой и второй стадии. Оценка ближайших методов проводилась по: количественному определению онкомаркера - общего ПСА, оценке качества мочеиспускания с помощью международной шкалы IPSS и оценке эректильной функции по шкале МИЭФ-5. Оценены отдаленные результаты лечения путем расчета безрецидивной и онкоспецифической выживаемости. Пятилетняя онкоспецифическая выживаемость после хирургического метода лечения составляет 92,5%.

Ключевые слова: рак предстательной железы, позадилонная простатэктомия

Түйіндемe. ПОЗАДИЛОНДЫ ЖҮЙКЕ САҚТАҒЫШ ПРОСТАТЭКТОМИЯДАН КЕЙІН ҚУЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ЛОКАЛИЗАЦИЯЛАНҒАН ОБЫРЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ. Е.А.Киприянов, П.А.Карнаух, А.В.Важенин. Бірінші және екінші сатыдағы қуықасты безінің верификацияланған обыры бар науқастарды емдеудің жақын және алыс нәтижелері ұсынылған. Ең жақын әдістерді бағалау келесілер бойынша жүргізілді: жалпы ПСА – онкомаркерін сандық анықтау, халықаралық IPSS шкаласы арқылы несеп шығару сапасын бағалау және МИЭФ-5 шкаласы бойынша эректильді функцияны бағалау. Қайталанбас және онкоспецификалық өміршеңдікті есептеу арқылы емдеудің шалғайдағы нәтижелері бағаланды. Хирургиялық емдеу тәсілінен кейінгі бес жылдық онкоспецификалық тірі қалу 92,5% құрайды.

Түйін сөздер: қуықасты безінің обыры, позадилонды простатэктомия.

Summary. RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH A LOCALIZED PROSTATE CANCER AFTER A PRE-DURING NON-SAVING PROSTATECTOMY. E.A.Kyprianov, P.A.Karnaukh, A.V.Vazhenin. The results of the immediate and long-term results of treatment of patients with verified prostate cancer of the first and second stages are presented. The assessment of the nearest methods was carried out by: quantitative determination of the tumor marker-total PSA, assessment of urination quality using the international IPSS scale and assessment of erectile function on the ICEF-5 scale. Long-term results of treatment by calculating relapse-free and oncospecific survival were evaluated. Oncospecific five-year survival rate after surgical treatment method is 92,5%.

Keywords: prostate cancer, retropubic prostatectomy

ВВЕДЕНИЕ

Каждый год выявляют около 1 млн. новых случаев рака простаты (РПЖ) [1,2]. В структуре заболеваемости среди мужского населения злокачественными новообразованиями в настоящее время РПЖ занимает второе место [1,2,3]. Сегодня доступно большое количество лечебных методик, демонстрирующие схожие показатели эф-

фективности у пациентов с локализованным РПЖ [4]. Альтернативными методами лечения являются радикальная простатэктомия, дистанционная лучевая терапия, брахитерапия, роботизированная радиохирургия [2,5].

Развитие хирургической техники радикального хирургического метода лечения направлено на улучшение функциональных

результатов, т.е. удержания мочи, сохранение эректильной функции, также повышение выживаемости пациентов [2].

В статье проанализированы результаты радикальной позадилоной нервосберегающей простатэктомии.

ЦЕЛЬ

Оценить непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов локализованным раком предстательной железы после позадилоной радикальной нервосберегающей простатэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группа пациентов после хирургического метода лечения (радикальная позадилоная нервосберегающая простатэктомия) - 80 человек.

Распределение по стадии опухолевого процесса, стадия T2aN0M0 у 53,5% пациентов, стадия T2bN0M0 у 46,5%. Средний возраст после хирургического лечения составил 62,6±4,5 года.

Морфологические характеристики. Верифицированная аденокарцинома предстательной железы, индекс Глисона 6 (3+3) у 62,5%, индекс Глисона 7 (3+4) - 37,5% пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственные результаты лечения после радикальной позадилоной простатэктомии. Интраоперационный объем кровопотери составил 340-740 мл. В ближайшем послеоперационном периоде кровотечение возникло у 1,25% пациентов, гнойно-септические осложнения, а также сердечно-сосудистые осложнения у 1,25% пациентов. Частичная несостоятельность анастомоза у 3,7%.

После операции полное удержание мочи у 92,5% пациентов, частичное недержание - 6,25%, недержание мочи - 1,25%.

Ближайшие результаты в группах оценивались каждые три месяца после проведенной операции по динамике изменения уровня общего ПСА.

Перед проведением радикальной простатэктомией значение ПСА в среднем составил 8,8 нг/мл, уже через три месяца после операции уровень ПСА не превышал 0,003 нг/мл.

Количество баллов по шкале IPSS перед проведением хирургического лечения в среднем составил 9,2 баллов. Через три месяца, количество баллов увеличилось до 13; через шесть месяцев показатель 12 баллов; через девять и двенадцать месяцев количество баллов в среднем 11.

Качество эректильной функции оценивалось по шкале МИЭФ-5. До проведенного хирургического лечения количество пациентов без эректильной дисфункции - 51,2% (21-25баллов), со значительной эректильной дисфункцией было 19,5%, количество пациентов. У остальных пациентов нарушение эректильной функции различной выраженности.

После проведенной радикальной простатэктомии количество пациентов без эректильной дисфункции снизилось до 4,8%, количество с выраженной дисфункцией увеличилось до 60,9%.

Отдаленные результаты лечения оценены по безрецидивной (ПСА-рецидив) и онкоспецифической выживаемости. Проанализированы результаты пятилетней выживаемости.

После радикального хирургического лечения одногодичная безрецидивная выживаемость составляет 97,5%, безрецидивная пятилетняя выживаемость 80%.

Одногодичная онкоспецифическая выживаемость 100%, пятилетняя выживаемость после простатэктомии 92,5%.

Проанализированный метод радикального лечения показал свою эффективность и безопасность. Непосредственные результаты лечения пациентов после хирургического лечения не сопровождаются значительным количеством послеоперационных осложнений. После радикальной простатэктомии уровень ПСА уменьшается, достигая надир сразу после проведенного лечения.

Одногодичная онкоспецифическая вы-

живаемость - 100%. Показатели онкоспецифической пятилетней выживаемости после радикального хирургического лечения - 92,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализированный метод лечения пациентов с локализованным раком предстательной железы является безопасным. Высокие показатели пятилетней онкоспецифической выживаемости свидетельствует об эффективности предложенного метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Важенин А.В., Карнаух П.А. Эпидемиология рака предстательной железы в Челябинской области. Паллиативная медицина и реабилитация. 2008; 2: 26–28.
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость

и смертность) по ред. А.Д.Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М:МНИОИ им. П.А.Герцена-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава Росси,2017.250с.

3. Гришина Ю.А., Хмелевский Е.В. Лучевая терапия локальных рецидивов рака предстательной железы после радикальной простатэктомии. Вопросы онкологии 2015;(1):7-13.

4. Hegemann N.S., Guckenberger M., Belka C. et al. Hypofractionated radiotherapy for prostate cancer. Radiat Oncol 2014;9:275-90.DOI:10.1186/s13014-0275-6. PMID:25480014.

5. Katz A.J., Kang J. Stereotactic body radiotherapy as treatment for organ confined low- and intermediate-risk prostate carcinoma, a 7-year study. Front Oncol. 2014; 4: 240. doi: 10.3389/fonc.2014.00240.

УДК 61.616.616-006.616-006.6.616-006.63

MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER: OUR FIRST CASE REPORT (clinical observation)

Y.ABZALBEK, G.HOROSHASH, Y.KENESBAYEV
JSC "Central Clinical Hospital"
Almaty, Republic of Kazakhstan

Summary. The article describes a clinical case of minimally invasive esophagectomy (subtotal resection of the esophagus) in a patient with cancer of the thoracic esophagus. In the history of our hospital this is the first case of surgical treatment of esophageal cancer. The use of minimally invasive technology brings the hospital on a par with few large medical institutions that can perform such operations in Kazakhstan.

Keywords: esophageal cancer, hybrid minimally invasive esophagectomy

Түйіндеме. Өңеш қатерлі ісігіне минималды инвазивті эзофагоэктомия: алғашқы есеп беру. Е.Ш.Абзалбек, Г.Н.Хорошаш, Е.Кенесбаев. Мақалада өңештің кеуде бөлігінің қатерлі ісігінің минималды субтотальды резекциясының клиникалық жағдайы сипатталады. Ауруханамыздың тарихында өңеш қатерлі ісігіне хирургиялық ем жүргізу алғаш рет. Минималды инвазиялық технологияны қолдану арқасында ауруханамыз Қазақстан Республикасындағы осындай оталарды жасайтын санаулы алдыңғы қатарлы медициналық мекемелермен бір қатарға қоюда.

Түйін сөздер: өңеш қатерлі ісігі, гибриді минималды инвазивті эзофагэктомия

Аннотация. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ЭЗОФАГОЭКТОМИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА: ПЕРВЫЙ ОТЧЕТ. Е.Ш.Абзалбек, Г.Н.Хорошаш, Е.Кенесбаев. В статье описывается клинический случай минимально инвазивной субтотальной резекции пищевода у пациента с раком грудного отдела пищевода. За всю историю нашей больницы это первый случай хирургического лечения рака пищевода. Использование минимально инвазивной технологии ставит больницу в один ряд с немногими крупными медицинскими учреждениями, которые могут выполнять такие операции в Казахстане.

Ключевые слова: рак пищевода, гибридная минимально инвазивная эзофагэктомия

INTRODUCTION

The surgical method is the primary method in the treatment of resectable esophageal cancer. The Ivor Lewis technique for localized esophageal cancer, with the exception of the early stages up to and including T1aN0M0, is an independent radical treatment method [1]. At the same time, minimally invasive surgical interventions are receiving increasing attention. The principles laid down in the method of I. Lewis [2] and K. C. McKeown [3] can be performed not only with traditional, wide access, but also with the use of endovideoscopic technology and robotics. Recent randomized studies have demonstrated a significant reduction in the

incidence of postoperative complications, especially pulmonary, when performing hybrid minimally invasive esophagectomy according to I. Lewis, when gastric mobilization was performed laparoscopically, and the esophageal mobilization, resection and esophagogastric anastomosis through the right thoracotomy. At the same time, the immediate results were not worse compared to a fully open operation [4,5]. In this publication, we present our own clinical observation regarding a patient with esophageal cancer, to whom hybrid minimally invasive esophagectomy has been applied.

CASE STUDY

Patient P., born in 1951, was admitted to the Central Clinical hospital. Complaints on admission to dysphagia solid food, weight loss. BMI - 23.72. Sick for 2 months. During examination at gastroscopy, a tumor was found in the middle third of the thoracic esophagus with symptoms of tumor stenosis

(Figure 1a). Histologically detected squamous cell carcinoma. X-ray examination of the esophagus - the phenomenon of stenosis of the thoracic esophagus (Figure 1b).

According to computed tomography of the abdominal and chest cavity, there were no signs of distant metastasis (Figure 1c).

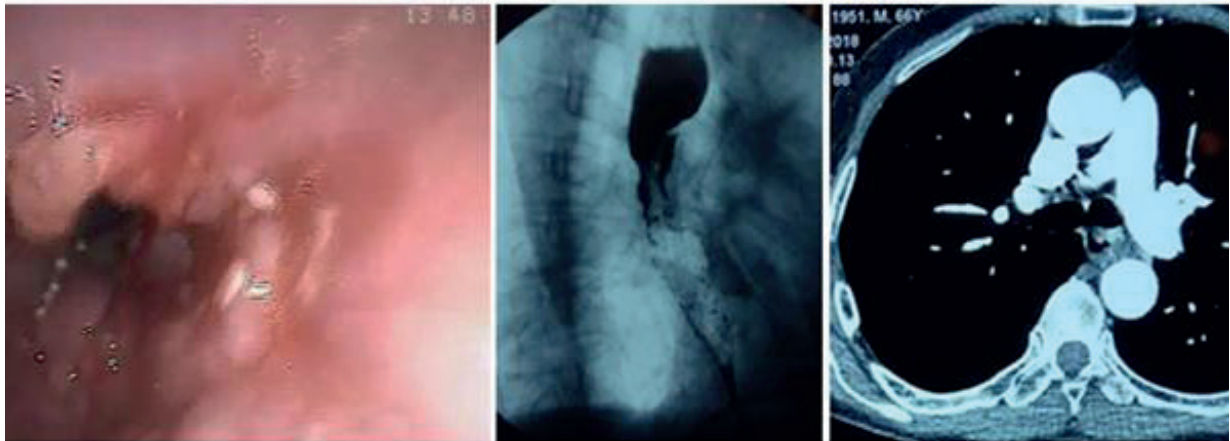


Figure 1 (a) tumor stenosis of the mid esophagus, (b) suprastenotic expansion of the esophagus, (c) local lesion of the middle third of the esophagus.

The patient received a hybrid minimally invasive esophagectomy.

The course of the operation.

Stage 1: Laparoscopic abdominal stage (position on the back).

Introduced 5 trocars on a sterile surgical field. CO₂ – 11-13 mm Hg (Figure 2a).

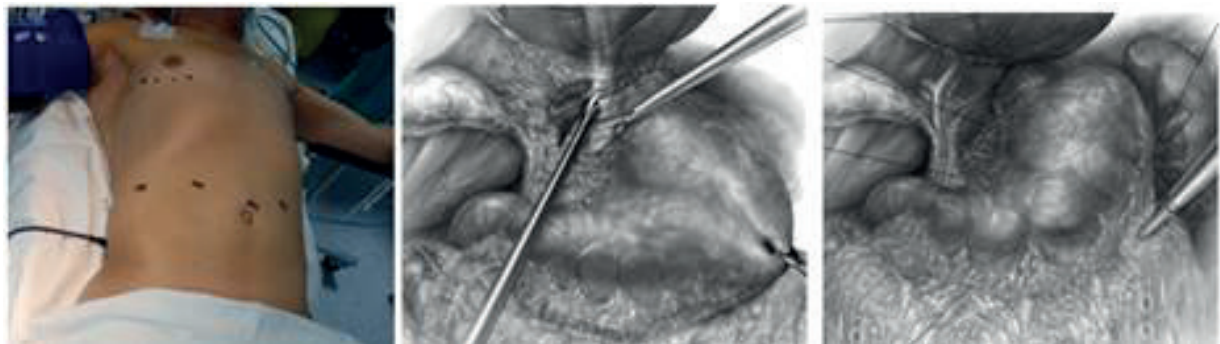


Figure 2(a) position for laparoscopic stage, (b) dividing of the small omentum, (c) mobilization of the stomach along the greater curvature.

Revision of the abdominal cavity - no effusion. A small omentum was opened from the right gastric artery to the diaphragm (Figure 2b). Mobilization of the stomach along the greater curvature with the dividing of short gastric vessels in the spleen gate using the "LigaSure" apparatus (Figure 2c). Mobilization

of the abdominal esophagus. Gradually clipped and crossed the left gastric vein and artery. Mobilization on the upper edge of the pancreas. The stomach was fully mobilized. For the purpose of early feeding, stepping back 30 cm from the ligament of Treitz, a feeding jejunostomy was applied (Figure 3).

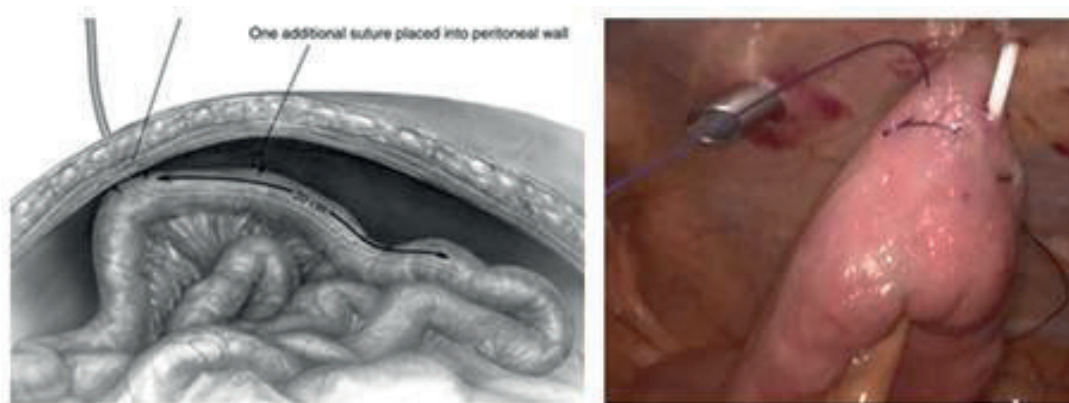


Figure 3. Feeding jejunostomy

Stage 2 - thoracic. The position of the patient on the left side.

After processing the surgical field, the thoracotomy was performed on the right in the V intercostal space (Figure 4a). During revision, the tumor was located in the bronchial segment of the esophagus, up to 4 cm in length, beyond the adventitia. Mediastinotomy - esophagus in n / z and in the projection of the aperture taken on the turnstile. Crossed tied, unpaired vein. Produced mediastinal

bilateral lymph node dissection. Performed lymph node dissection 2F. The stomach was moved into the pleural cavity, a linear stapling apparatus made excision of the lesser curvature with the formation of a wide gastric stem. Gastrointestinal anastomosis was formed by a double-row manual suture (Figure 4b). Blood loss was about 50.0 ml. The duration of the operation was 315 minutes.

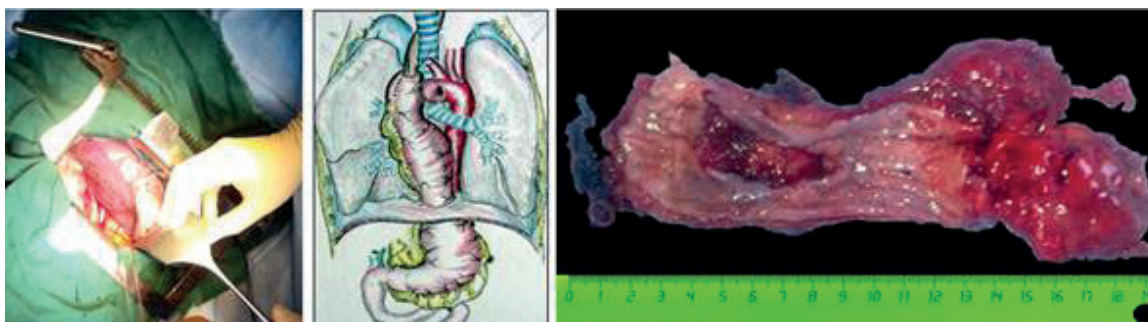


Figure 4(a) right thoracotomy, (b) type of operation (Ivor Lewis technique), (c) removed esophagus with tumor

Postoperative pathological and histological examination: squamous cell carcinoma of St.IIIa, pT4aN0M0 G2 R0 (Figure 4c). The

postoperative period was uneventful. Wounds healed.

X-ray contrast study of the esophagus was performed on day 9 after surgery (Figure 5).

The patient was discharged 10 days after surgery in a satisfactory condition.



Figure 5. Barium swallow shows normal anastomosis.

CONCLUSIONS

This clinical case was accompanied by dysphagia, which did not allow us to suggest alternative therapies except operative. At the same time, given the availability of the necessary specialists, as well as the advanced age of the patient, it was decided to apply a minimally invasive operation for the first time in the history of our clinic. This case demonstrates the importance of choosing the right surgical approach in elderly patients with esophageal cancer with symptoms of dysphagia.

BIBLIOGRAPHY

1. Lordick F. et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016 Sep; 27(suppl 5):v50-v57.

2. Lewis I. The surgical treatment of carcinoma of the oesophagus; with special reference to a new operation for growths of the middle third. *Br J Surg.* 1946;34:18-31.

3. Thomas A. D'Amico. Mckeown esophagogastrectomy. *J Thorac Dis.* 2014 May; 6(Suppl 3): S322–S324.

4. Surya S.B., Mark H. et al. Minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with oesophageal cancer: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet.* May 19, 2012.

5. Luketich JD1, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, Christie NA, McCaughan JS, Litle VR, Schauer PR, Close JM, Fernando HC. Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients. *Ann Surg.* 2003 Oct;238(4):486-94; discussion 494-5.

УДК 616-006.3

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ В ОНКОЛОГИИ

И.Р. АГЛУЛЛИН^{1,2,3}, И.Р.САФИН^{1,2,3}, Д.В.РУКАВИШНИКОВ¹,
А.Ю. РОДИОНОВА¹

¹ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический
диспансер МЗ РТ», г. Казань, Россия

²Приволжский филиал ФГБУ «Российский онкологический
научный центр» им Н.Н. Блохина РАМН, г. Казань, Россия

³Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального
государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного
профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. В статье описываются результаты операции с протезированием артерий верхних и нижних конечностей, аорты, подвздошных артерий и вен. В большинстве случаев (96 пациентов) выполнялась реконструкция синтетическим протезом. В 9 случаях постоперационный дефект сосуда замещен веной (большая подкожная вена бедра).

Ключевые слова: саркомы мягких тканей конечностей и забрюшинного пространства, протезирование магистральных сосудов

Түйіндемe. ОНКОЛОГИЯДАҒЫ МАГИСТРАЛЬДЫ ТАМЫРЛАРҒА РЕКОНСТРУКТИВТІ АРАЛАСУ. И.Р.Аглуллин, И.Р.Сафин, Д.В.Рукавишников, А.Ю.Родионова. Мақалада жоғарғы және төменгі қол артерияларының, қолқаның, мықын артерияларының және көктамырлардың протездеу операциясының нәтижелері сипатталады. Көптеген жағдайларда (96 пациент) синтетикалық протезбен қайта жаңарту жүргізілді. 9 жағдайда тамырдың операциядан кейінгі ақауы көктамырмен (жамбастың үлкен тері асты венасы) ауыстырылды.

Түйін сөздер: аяқ-қолдың жұмсақ тіндерінің және ішперде кеңістігінің саркомалары, магистральді тамырларды протездеу

Summary. RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON MAIN VESSELS IN ONCOLOGY. I.R.Aglullin, I.R.Safin, D.V. Rukavishnikov, A.Yu.Rodionova. The article describes the results of the operation with prosthetics of the arteries of the upper and lower extremities, aorta, iliac arteries and veins. In most cases (96 patients) the reconstruction was performed with a synthetic prosthesis. In 9 cases, postoperative defect of the vessel is replaced by a vein (great saphenous vein of thigh).

Keywords: soft tissue sarcoma of the extremities and retroperitoneal sarcoma, the prosthesis of the main vessels

ВВЕДЕНИЕ

Вплоть до начала XX века, основной операцией при повреждениях, заболеваниях, а также при вовлечении в опухолевый процесс магистральных артерий и вен являлась перевязка сосудов [1]. При местно-распространенных опухолях мягких тканей и костей конечностей операцией выбора была ампутация. Господствовавшее в то время мнение о неизбежном тромбозе сосуда в области шва не позволяло надеяться на благополучный исход восстановительных операций, хотя идеи о сберегательном подходе

в лечении повреждений сосудов высказывались отечественными хирургами более 150 лет тому назад. Н.И.Пирогов, разработавший классические хирургические доступы к аорте и магистральным артериям, в 1865 г. дал подробное описание патологии, клиники и лечения ранений сосудов и опроверг взгляды о бесперспективности шва сосудов выводами из ряда наблюдений повреждений артерий с сохранившейся или восстановившейся впоследствии их проходимостью [2]. Мировой приоритет наложения прямого сосудистого анастомоза принадлежит выда-

ющемся отечественному хирургу и физиологу Николаю Владимировичу Экку, который впервые в мире в 1877 г. осуществил сшивание воротной и нижней полой вены в эксперименте. В конце XIX – начале XX века результаты многочисленных исследований в области лечения ранений сосудов в эксперименте дали основание для выполнения подобных операций в клинической практике. В 1895 г. В.Г.Цеге-Мантейфель ушил дефект бедренной артерии после операции по поводу аневризмы, а еще через 4 года ушил дефект нижней полой вены [3]. В тот же период времени велась активная разработка различных методов и техники циркулярного шва сосудов. Среди них наиболее удачной оказалась техника циркулярного ручного сосудистого шва, предложенного в 1902г. А.Саргел и усовершенствованная А.И. Морозовой и Н.А.Добровольской (1912г.) [4]. Важным этапом в сосудистой хирургии явилось сообщение американских исследователей А.В.Ворхеес и соавт. (1952г.) о применении для пластики сосудов пористых трубок текстильного производства, изготовленных из синтетического материала. В последующем предлагалось множество вариантов синтетических материалов для сосудистых протезов (нейлон, ивалон, фортизон и т.д.), но все они были недостаточно прочны и биологически инертны. Ситуация изменилась с внедрением в практику сосудистых протезов, в том числе и гофрированных, из дакрона (De Bakey M.E. et al., 1958) и тефлона (Edwards W.S., 1959г.). Данные материалы были биологически инертны и их срок службы исчислялся десятилетиями. С 1974г. в США начали проводиться исследования нового синтетического материала для протезов артерий и вен расширенного микропористого политетрафторэтилена (P.T.F.E.). Эти работы выполнялись текстильной фирмой Гора (W.L.Gore). Полученный в результате исследований материал для сосудистых протезов был назван «Gore-Tex». Медицинскими исполнителями были С.Д.Сампбелл и соавт. (1976г.), опубликовавшие свои первые наблюдения успешного применения сосудистых протезов Gore-Tex (PTFE).

В онкологии, вовлечение в опухолевый инфильтрат магистральных сосудов (сарко-

мы мягких тканей, опухоли забрюшинного пространства), традиционно считалось противопоказанием к выполнению радикального оперативного вмешательства [5]. В настоящее время, в связи с возможностью использования сосудистых протезов, технологии возврата крови «cell – saver», аппарата искусственного кровообращения, при мультидисциплинарном подходе в лечении (использование предоперационной лучевой терапии, полихимиотерапии) отмечается значительный прогресс в лечении данной категории больных [6,7]. Комплексный подход в лечении позволяет обеспечить радикальность оперативного вмешательства, а также значимо улучшить онкологические результаты лечения [8].

ЦЕЛЬ

Изучить возможность проведения операции с протезированием артерий верхних и нижних конечностей, аорты, подвздошных артерий и вен со злокачественными новообразованиями, вовлекающими в опухолевый инфильтрат магистральные сосуды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Реконструктивные вмешательства с сосудистым компонентом выполнялись в случаях операций по поводу: забрюшинных опухолей, местно – распространенных опухолей органов малого таза (опухоли прямой кишки, женских половых органов), сарком мягких тканей и костей с выраженным мягкотканым внекостным компонентом, местно – распространенных опухолей кожи, опухолей органов шеи, метастазов в подвздошные, парааортальные и шейные лимфатические узлы. В ряде случаев, при хорошем развитии коллатералей (чаще при вовлечении в процесс вен) было возможным лигирование и пересечение сосуда (общая подвздошная вена). В абсолютном большинстве случаев возникла необходимость в одном из вариантов реконструкции сосуда. Всего с 2006 по 2019 года (январь) в ГАУЗ РКОД МЗ РТ пролечено 105 пациентов со злокачественными новообразованиями, вовлекающими в опухолевый инфильтрат магистральные сосуды.

Предоперационно все пациенты были посистемно обследованы для исключения

отдаленного метастазирования опухоли и установления стадии заболевания. Для уточнения степени местного распространения опухоли и протяженности вовлечения в опухолевый процесс магистральных сосудов проводились рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, доплерография, ультразвуковое исследование. У всех пациентов диагноз был верифицирован либо путем открытой, либо трепан-биопсии опухоли, в случае забрюшинных опухолей и опухолей органов малого таза верификация диагноза проходила интраоперационно, при срочном гистологическом исследовании.

Выполнялись операции с протезированием артерий верхних и нижних конечностей, аорты, подвздошных артерий и вен. В большинстве случаев (96 пациентов) выполнялась реконструкция синтетическим протезом, поскольку они выпускаются различных типов и размеров, позволяют замещать дефекты сосудов значительной протяженности. В 9 случаях постоперационный дефект сосуда замещен веной (большая подкожная вена бедра). Недостатком данного варианта реконструкции является достаточно частая варикозная трансформация вены, невозможность замещения протяженных дефектов, значительное число случаев тромбоза в послеоперационном периоде. Положительной стороной реконструкции собственными тканями явилась значительная устойчивость их к инфекции, чего нельзя сказать о синтетических протезах, требующих массивной антибиотикопрофилактики, в частности при оперативных вмешательствах по поводу забрюшинных опухолей и местно – распространенных опухолей органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический пример №1. Пациентка С., 56 лет. Диагноз: Рецидив I внескелетной остеосаркомы мягких тканей правого бедра. Состояние после комбинированного лечения (2010г.). Дооперационно пациентка обследована – данных за генерализацию

процесса нет, гистологически, путем открытой биопсии, верифицирован диагноз рецидива внескелетной остеосаркомы. Консилиумом в составе хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта решено выполнить оперативное вмешательство с последующим проведением химиотерапии. По данным магнитно-резонансной томографии по передне-внутренней поверхности бедра, раздвигая мышцы, полумуфтообразно окружая бедренную кость, определяется многоузловое образование поперечником 165x118 мм, протяженностью более 250 мм с неоднородной структурой в виде множественных кистозных полостей разного калибра с негомогенным содержимым. Пациентка взята на плановое оперативное лечение. При интраоперационной ревизии подтверждено вовлечение в опухолевый инфильтрат бедренной артерии, что ранее диагностировано по данным магнитно-резонансной томографии (рис.1). Опухоль иссечена с резекцией передней группы мышц бедра, лигирована большая подкожная вена. Бедренная артерия резецирована на протяжении 22 см (рис.2). Выполнено замещение дефекта сосудистым протезом с анастомозами «конец в конец» (рис.3). Время остановки кровотока по бедренной артерии составило 40 мин. В конце операции, после восстановления кровотока, сатурация (по показателям датчика) составила 98%, конечность теплая, пульсация на подколенной, задней большеберцовой артериях, артерии тыла стопы была удовлетворительной. В послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную терапию, низкомолекулярные гепарины, с последующим переводом на непрямые антикоагулянты. Дважды проводилась доплерография в ходе, которой проходимость шунта была не нарушена. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, функция конечности была сохранена с незначительными нарушениями в связи с обширной резекцией передней группы мышц бедра.

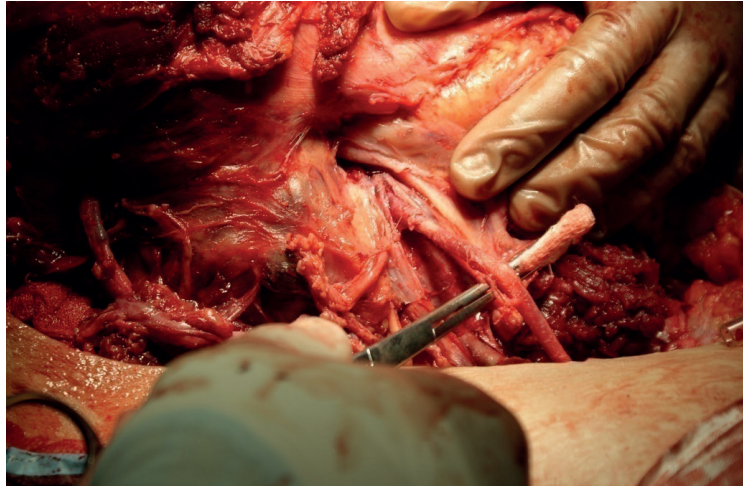


Рисунок 1 - Участок врастания опухоли в бедренную артерию

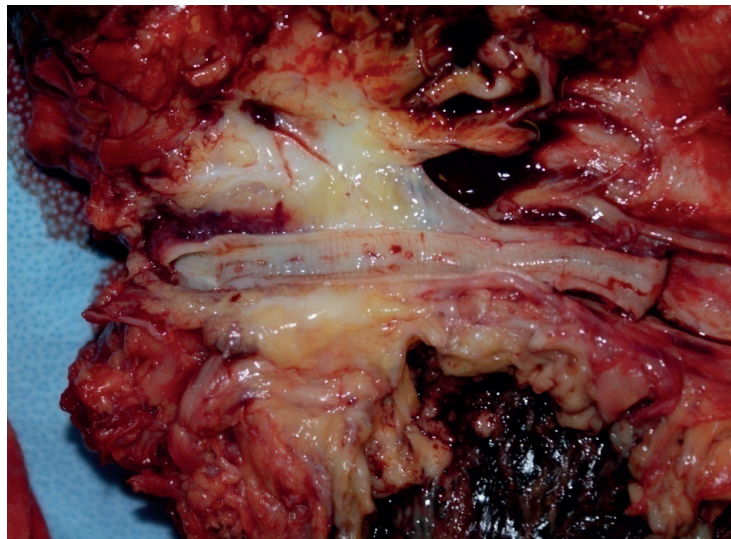


Рисунок 2 - Удаленный препарат. Указан участок бедренной артерии, проходивший в толще опухоли

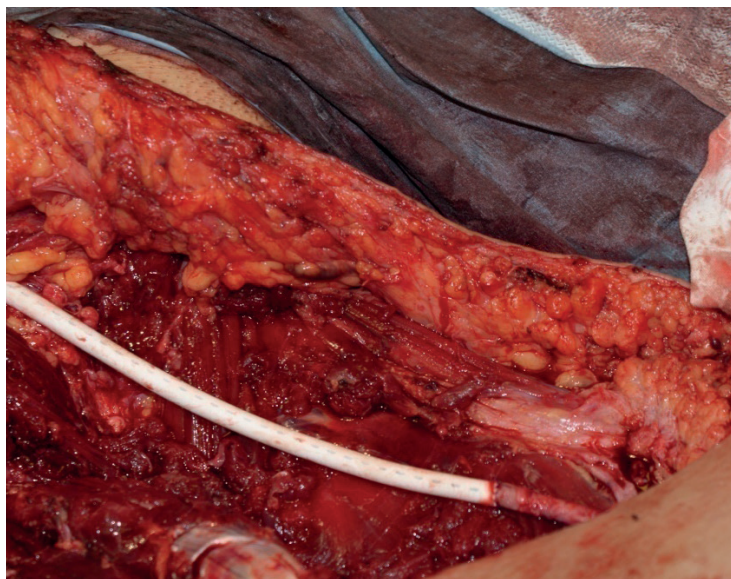


Рисунок 3 - Вид операционного поля по завершении операции

Клинический пример №2. Пациентка М., 56 лет. Лейомиосаркома с поражением подколенной вены. Состояние после биопсии. Около 5 месяцев назад пациентка отметила появление быстро растущей опухоли в подколенной области. Обратившись в поликлинику по месту жительства, с диагнозом «Киста Беккера» она была направлена в травматологический стационар. В ходе операции травматологом было выявлено, что это опухоль мягких тканей голени, вовлекающая подколенные сосуды. Была взята биопсия (результат-миофибробластная опухоль), пациентка была направлена в РКОД МЗ РТ. В ходе предоперационного обследования данных за отдаленные метастазы не выявлено. По данным МРТ визуализирована опухоль размерами 6x4 см, располагающаяся в области в/3 голени, по задней поверхности, с распространением на подколенную ямку. Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов левой нижней конечности, по данным которой выявлен тромб в подколенной вене ниже опухоли, протяженностью около 2 см. Пациентка взята на плановое оперативное лечение. Под спинальной анестезией с ис-

сечением рубца после биопсии выполнен продольный разрез в проекции опухоли. При интраоперационной ревизии выявлено, что опухоль исходит из стенки подколенной вены, подколенная артерия и малоберцовый нерв распластаны по поверхности опухоли без истинного прорастания (рис.4). Опухоль мобилизована с резекцией мышц голени, на подколенную вену на 3 см выше и на 2 см ниже наложены сосудистые зажимы. Препарат удален (рис.5). Выполнена тромбэктомия из дистальных отделов вены (организовавшийся тромб размером 2 см). Выполнено замещение дефекта сосудистым протезом с анастомозами «конец в конец». Протяженность протеза – 7 см (рис.6). В послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная терапия, антибактериальная терапия, дважды проведена ультразвуковая доплерография – без признаков тромбоза. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии – конечность не отечна, функция в полном объеме, чувствительность не нарушена. Период наблюдения 6 месяцев. Пациентка получает адьювантную полихимиотерапию, без признаков прогрессирования заболевания.

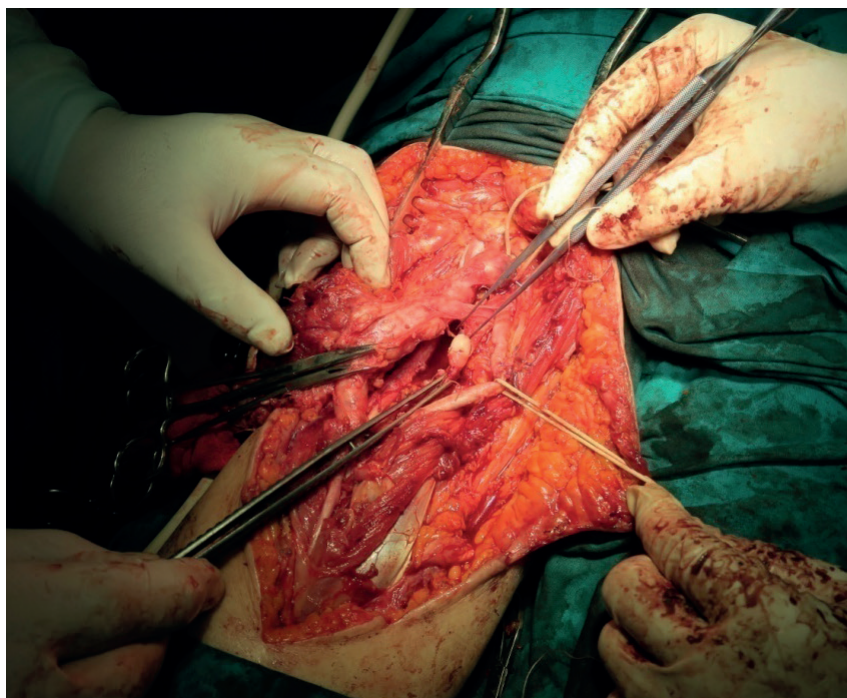


Рисунок 4 - Мобилизация опухоли

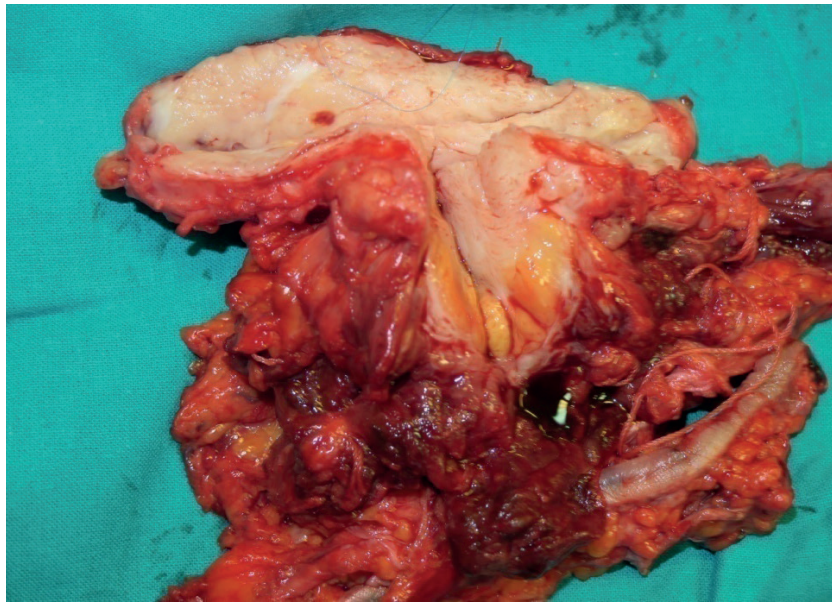


Рисунок 5 - Удаленный препарат

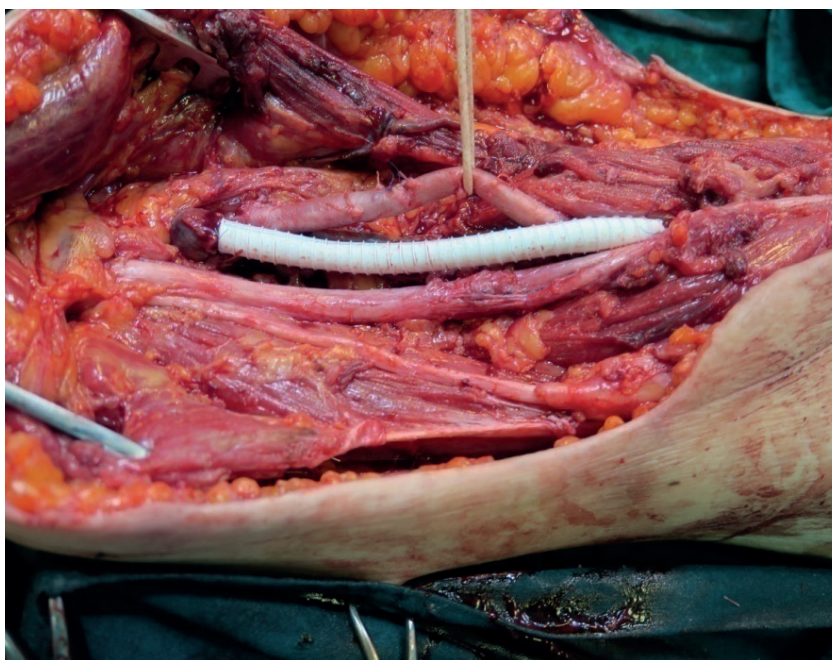


Рисунок 6 - Реконструкция подколенной вены

Клинический пример №3. Пациентка Ш., 56 лет. Диагноз при поступлении: Susp. Sa забрюшинного пространства. По данным компьютерной томографии органов брюшной полости имеется опухоль забрюшинного пространства ниже почечных сосудов на уровне L3–L4, размерами 82x78 мм, охватывающая брюшной отдел аорты. При обследовании данных за отдаленное метастазирование и саркоматоз брюшной

полости не выявлено. Учитывая удовлетворительный соматический статус пациентки и отсутствие отдаленных метастазов, после предоперационного планирования, решено выполнить оперативное вмешательство. Интраоперационно была выявлена забрюшинная опухоль 8x7 см, располагающаяся на передней поверхности аорты и нижней полой вены (рис. 7). Верхний полюс располагался дистальнее впадения почечных вен,

нижний полюс-проксимальное устья нижней брыжеечной артерии. Опухоль циркулярно охватывает данные сосуды по передней и боковым поверхностям, неподвижна. Интраоперационно была выполнена гистологическая верификация диагноза, результат: лейомиосаркома. Нижняя брыжеечная артерия перевязана и пересечена у устья. Аорта отделена от позвоночной фасции. Опухоль удалена с резекцией брюшного отдела аорты (рис.8). Непрерывность аорты восстановлена с помощью сосудистого эндопротеза (протяженность составила 12 см, диаметр 22 мм, между протезом и аортой наложены сосудистые анастомозы

«конец в конец», на шовные линии уложен «тахокомб») (рис. 9). Время остановки кровотока по аорте на всем протяжении операции до наложения сосудистого анастомоза составило 27 мин. Послеоперационное течение гладкое, данных за тромбоз шунта выявлено не было. Пациентка находилась под наблюдением. Через 1 год после оперативного вмешательства при контрольном осмотре выявлен рецидив заболевания. Было выполнено иссечение рецидивной опухоли, располагавшейся слева от позвоночного столба на уровне L4. Период наблюдения составил 4 года. В настоящее время данных за прогрессирование заболевания нет.

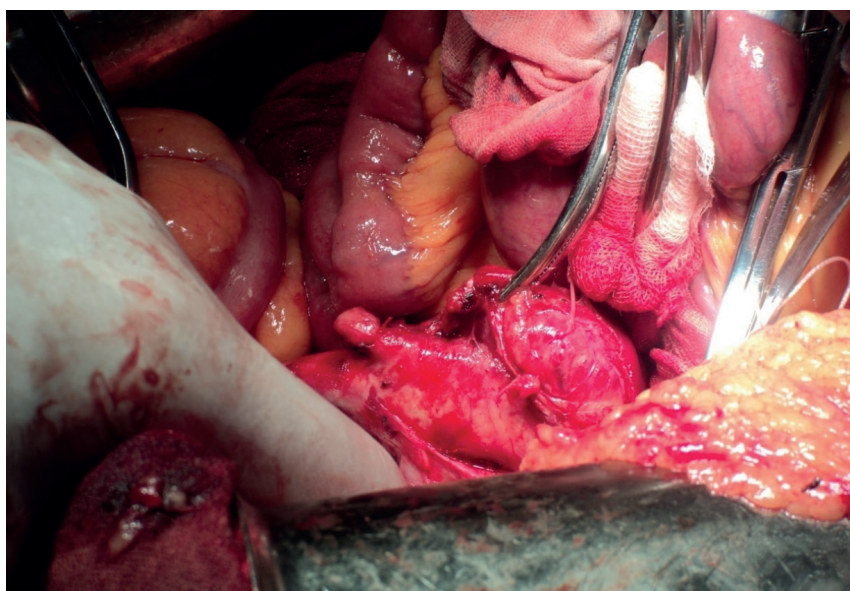


Рисунок 7 - Вид опухоли



Рисунок 8 - Удаленный препарат

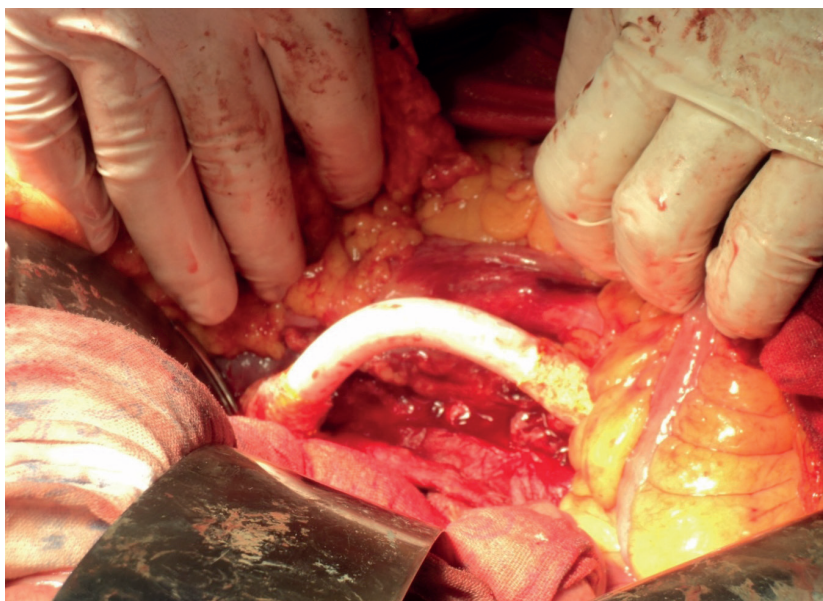


Рисунок 9 - Окончательный вид операционного поля после реконструкции

В таблицах 1 и 2 представлен спектр вмешательств на магистральных сосудах.

Таблица 1 - Реконструкция артерий

Реконструкция артерий	78
бедренной артерии	22
наружной подвздошной артерии	19
общей сонной артерии	12
внутренней сонной артерии	5
плечевой артерии	20

Таблица 2 - Реконструкция вен

Реконструкция вен	27
бедренной вены	6
подвздошной вены	10
подключичной вены	6
внутренней яремной вены	3
подколенной вены	2

В целом спектр послеоперационных осложнений представлен в таблице 3.

Таблица 3 - Послеоперационные осложнения

гематома	4
тромбоз сосудов	6

Тромбоз сосудистого анастомоза был диагностирован у 6 пациентов. Из них: у 3 разрешился на фоне антикоагулянтной те-

рапии в лечебных дозах, 2 больным выполнены повторные вмешательства (тромбэктомия - 2, ампутации конечности - 1).

У 10% пациентов развился рецидив, по-

требовавший повторного вмешательства. Сроки развития рецидива варьировали от 7 месяцев до 3 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Реконструктивные вмешательства на магистральных сосудах при онкологических операциях повышают резектабельность опухоли, значительно способствуя радикальности оперативного вмешательства.

2. В связи с современными тенденциями комплексного мультидисциплинарного подхода в лечении, расширены показания для реконструктивно-пластических вмешательств на сосудах при онкологической патологии, увеличилась доля органосохраняющих, функционально-сберегающих вмешательств.

3. Учитывая расширение показаний для операций при опухолях с реконструктивно-пластическим сосудистым компонентом, имеется необходимость подготовки онкохирургов навыкам ангио- и микрохирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков В.Я., Соколов А.А., Евстифеев Л.С. и др. Эволюция хирургии магистральных сосудов у онкологических больных. Новые направления в ангиологии

и сосудистой хирургии: Тез. докл. Межд. конф. М., 1995, с. 48.

2. Ратнер Г. Л. Хирургия сосудов. Г.Л. Ратнер. Куйбышев, 1974, 187 с.

3. Lord J.W., Sehtlin Ch.F. Trauma to Major arteries in the Course of Cancer Surgery. Amer. J. Surg. 1954, v. 87, No. 3, p. 409-414.

4. Залуцкий, И.В. Реконструктивная и пластическая хирургия в клинической онкологии / И.В. Залуцкий [и др.]. – Минск: «Зорны верасень», 2007. – 252с.

5. Зотов С.П. Хирургия магистральных сосудов при удалении опухолей разной локализации: Дис. д-ра мед. наук. Челябинск. 1999, 169 с.

6. Bianchi C., Ballard J.L., Bergan J.H. et al. Vascular reconstruction and major resection for malignancy. Arch. Surg. 1999, v. 134, No. 8, p. 851-855.

7. Matsushita M., Kuzuya A., Mano N. et al. Sequelae after limb sparing surgery with major vascular resection for tumor of the lower extremity. J. Vase Surg. 2001, v. 33, No. 4, p. 694-699.

8. Соболевский В.А. Реконструкция магистральных артерий у больных с опухолями опорно-двигательного аппарата. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1999.

УДК 61.618-618.1-618.1-089

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МИОМАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (клиническое наблюдение)

Ш.У.АЛИЕВА, А.Г.ИБРАЕВ-РЫСБЕКОВ
АО «Центральная клиническая больница»
г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье описываются результаты операционного вмешательства по восстановлению репродуктивной функции при миомах больших размеров.

Ключевые слова: миома, миомэктомия, бесплодие, органы репродуктивной системы

Түйіндемe. ҮЛКЕН ӨЛШЕМДІ МИОМАЛАРДА РЕПРОДУКТИВТІ ФУНКЦИЯНЫҢ РЕАЛИЗАЦИЯСЫ. Ш.У.Алиева, А.Г.Ибраев-Рысбеков. Мақалада үлкен мөлшердегі миомалар кезінде репродуктивті функцияны қалпына келтіру бойынша жүргізілген операциялық араласу нәтижелері сипатталады.

Түйін сөздер: миома, миомэктомия, бедеулік, репродуктивті жүйе ағзалары

Summary. IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN MYOMIC BIG SIZES. Sh.Aliyeva, A.Ibrayev-Rysbekov. The article describes the results of surgical intervention to restore reproductive function in large myomas.

Keywords: myoma, myomectomy, infertility, organs of the reproductive system

ВВЕДЕНИЕ

В литературе постоянно обсуждается вопрос о величине и количестве миоматозных узлов, позволяющих проводить лапароскопическую миомэктомию [1-4]. По мнению большинства авторов, величина узла не должна превышать 8-10 см, а количество больше 3-4 [5-6].

Ежегодно увеличивается число операций, направленных на восстановление репродуктивной дисфункции и органосохраняющих операций. В АО «Центральная клиническая больница» (АО «ЦКБ») проводятся более 200 операционных вмешательств в год по восстановлению репродуктивной функции, а также возросло количество молодых нерожавших девушек и женщин, у которых обнаружены миомы матки больших размеров, которым показано удаление органа. Современные тенденции направлены на сохранение репродуктивной функции (беременеть и рожать) при наличии миоматозных узлов больших размеров. Современные оборудования и методики позволяют проводить миомэктомию лапаро-

скопический [7]. Этой же тактики придерживаются и врачи АО «ЦКБ».

ЦЕЛЬ

Изучая репродуктивной функции при миомах больших размеров дать пациентам возможность не только сохранить, но и реализовать детородную функцию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациентка Ч., 27 лет, поступила в плановом порядке на хирургическое лечение. Жалобы на первичное бесплодие в течение 2 лет, обильные менструации, тянущие боли внизу живота, увеличение объема живота, беременностей - 0, первичное бесплодие в течение 2-х лет.

Миома матки диагностирована в 2017 году, от предложенной операции по удалению матки неоднократно отказывалась, желая сохранить детородную функцию.

На УЗИ органов малого таза (ОМТ) более 10 узлов, размерами от 2 см до 10 см наибольшие (4), исходящие из всех слоев матки.

Заключение: Множественная миома матки, смешанной формы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Операция 29.08.2017: Лапароскопия. Миомэктомия. Наложение двухрядных швов. Дренирование брюшной полости. Интраоперационно: Матка увеличена до 16-18 недель, неправильной формы, бугристая за счет субсерозно-интерстициальных узлов. Из дна матки, ближе к левому углу исходит субсерозный миоматозный узел

размером 9x8x10 см на широком основании, из передней стенки 2 субсерозных узла диаметром около 7 см, из задней стенки узел диаметром 5 см, множество мелких узлов от 2 до 4 см.

Маточные трубы без патологии, ампулярные отделы свободные.

Яичники обычной величины, без особенностей.

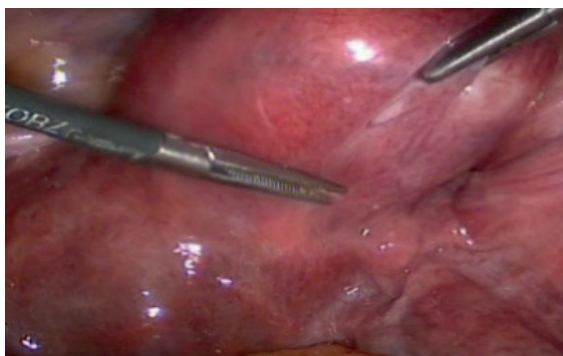


Рисунок 1 - вылушивание миоматозных узлов

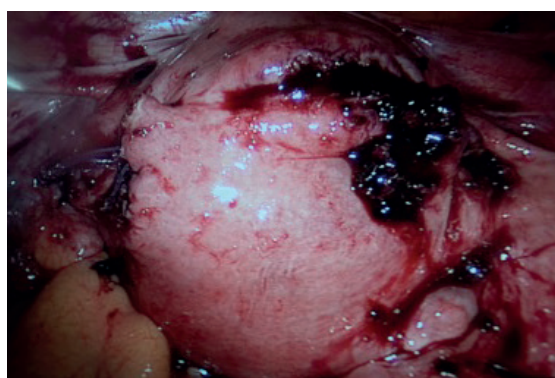
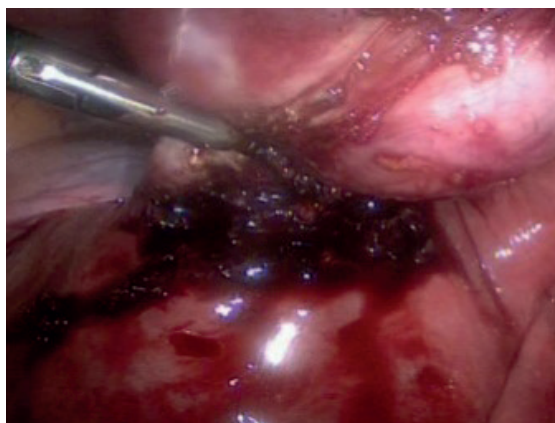


Рисунок 2 - наложение швов

Произведена консервативная миомэктомия 10-х узлов.

На ложе миоматозных узлов наложены

викриловые швы. Гемостаз полный (рисунок 3).

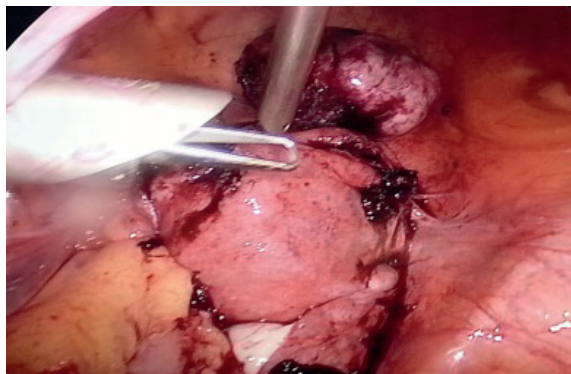
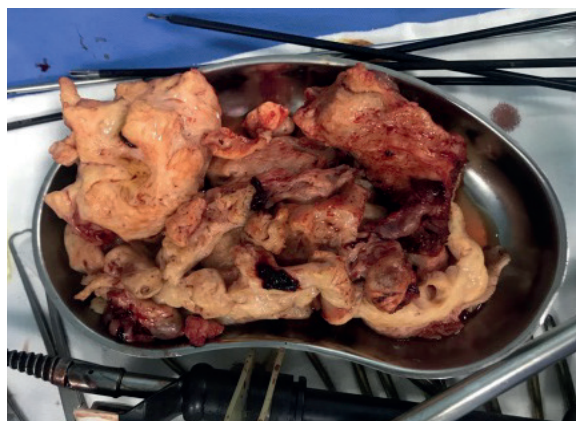


Рисунок 3—морцелляция узлов



Морцелляция: удалены миоматозные узлы.

Дренирование малого таза.

Кровопотеря 250,0 мл.

Миоматозные узлы после морцелляции, весом 1750 граммов.

Результат гистологического исследования: Лейомиома, фибромиома типового строения.

Проведена реабилитация в течение 6 месяцев с последующей подготовкой к планированию беременности. В мае 2018 года получено УЗИМ заключение о наличии маточной беременности 5-6 недель. Проводился курс, направленные на сохранение беременности. 10 февраля 2019 года произошли путем операции кесарева сечения живым плодом женского пола, весом 3400 г, рост 55 см, состояние по шкале Апгар 7-8 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует современную тенденцию, направленную на сохранение органа и реализацию репродуктивной функции молодых жен-

щин. В нашей больнице это не единичный случай. Использование лапароскопической и лапаротомной миомэктомии позволяет сохранить репродуктивную функцию даже при больших размерах миоматозных узлов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Внутриматочная патология. Клиника, гистероскопическая диагностика и лечение. Учебно-методическое пособие, 2-е изд.* Рудакова Е.Б., Куриленко Т.Ю., Давыдов В.В., Давыдов П.В. -М. МЕДпресс-информ.- 2012.

2. Zaraq Khan, Elizabeth A., Stewart. *Benign Uterine Diseases. Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology (Seventh Edition).*—2014. – P.586-603.

3. Тухомиров А.Л. *Миома, патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения.* – М., 2013—С.319. ил.

4. Vilos G, Allaire C, Laberge P, Leyland N; Vilos A, Murji A, Chen I. *The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can.* -2015.-Vol.37.№2.-P.-157-81.

5. Scheurig-Muenkler C., Lembcke A., Froeling V., Maurer M., Hamm B., Kroencke T.J. Uterine artery embolization for symptomatic fibroids: long-term changes in disease-specific symptoms and quality of life. *Hum Reprod.* -2011.-Vol.26.-№8.P.2036–42.

6. Boosz A, Reimer P, Matzko M, Römer T, Müller A. The conservative and interventional treatment of fibroids. *DtschArzteblInt.* -2014.-Vol.111.№51-52.-P.877-83.

7. Tranoulis A, Georgiou D, Alazzam M, Borley J. Combined laparoscopic uterine artery occlusion and myomectomy versus laparoscopic myomectomy: a direct-comparison meta-analysis of short- and long term outcomes in women with symptomatic leiomyomas. 2019 Feb 15. pii: S1553-4650(19)30090-1. doi: 10.1016/j.jmig.2019.02.004.

**МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ВОПРОСЫ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ISSUES OF PRESCHOOL EDUCATION**

УДК 373.2

**ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РАЗВИТИЯ ЯЗЫКОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙ
ДОШКОЛЬНИКОВ – ПОЗНАЕМ МИР ЧЕРЕЗ АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК**

А.М.КАСЫМКАНОВА

Учитель английского языка РГП Детский сад «Қарлығаш»
МЦ УДП РК г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье рассматриваются педагогические возможности и эффективность внедрения и инновационных методов обучения английскому языку детей дошкольного возраста. Раскрывается важность понимания педагогами сущности игрового метода и своевременного внедрения эффективных методов обучения, таких как Quest, CLIL, метод проектов для раскрытия потенциала и языковых способностей детей.

Ключевые слова: английский язык, новая образовательная технология, инновационный метод обучения, интегрированные занятия

Түйіндеме. МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ТІЛДІК ҚАБІЛЕТТЕРІН ДАМУДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІ-АҒЫЛШЫН ТІЛІ АРҚЫЛЫ ӘЛЕМДІ ТАНИМЫЗ. А.М.Касымканова. Мақалада мектепке дейінгі жастағы балаларға ағылшын тілін оқытудың инновациялық әдістері мен енгізудің педагогикалық мүмкіндіктері және тиімділігі қарастырылады. Педагогтардың ойын әдісінің мәнін түсінуінің және Quest, CLIL сияқты оқытудың тиімді әдістерін уақтылы енгізу, балалардың тілдік қабілеті мен әлеуетін ашу үшін жобалар әдісінің маңыздылығы ашылады.

Түйін сөздер: ағылшын тілі, жаңа білім беру технологиясы, оқытудың инновациялық әдісі, кіріктірілген сабақтар

Summary. INNOVATIVE METHODS OF THE DEVELOPMENT OF LINGUISTIC ABILITIES OF PRESCHOOLERS – RECOGNIZE THE WORLD THROUGH ENGLISH. A.M.Kasymkanova. The article discusses the pedagogical capabilities and effectiveness of the application of innovative methods of teaching of English to children of preschool age. It reveals the importance of understanding the essence of the game and early introduction of effective methods such as Quest, CLIL and project to unleash the potential and linguistic abilities of children.

Keywords: English language, new educational technology, innovative method of teaching, integrated lessons.

ВВЕДЕНИЕ

В современной системе дошкольного образования и воспитания центром является личность ребенка, воспитанная в поликультурном пространстве. Эффективное изучение культуры невозможно без одновременного изучения живого языка, как средства общения. Полиязычный человек не только говорит и понимает иностранную речь, он умеет пользоваться иностранными

языками в различных ситуациях общения. В настоящее время формирование полиязычной модели дошкольника является одной из главных задач педагогов Казахстана [1].

Исследования ведущих университетов США и Канады показали, что у двуязычных детей когнитивные способности развиваются лучше, чем у монолингвов. Благоприятное влияние изучения второго языка на

развитие родной речи доказали Л.С. Выгодский и другие российские ученые.

Японские исследователи раннего воспитания и обучения Масару Ибука и Макато Шичида также говорили о том, что ребенку необходимо предоставить возможности для развития всех потенциальных возможностей, в том числе раскрытие в раннем возрасте языковых способностей, жизнь дошкольника должна быть наполнена нужными знаниями, быть полноценной. Дети дошкольного возраста отличаются особой чуткостью к языковым явлениям, они легко и прочно запоминают небольшой по объему языковой материал и хорошо его воспроизводят. С возрастом эти благоприятные факторы теряют свою силу.

ЦЕЛЬ

Раскрыть важность понимания педагогами сущности игрового метода и своевременного внедрения эффективных методов обучения, таких как Quest, CLIL, метод проектов для раскрытия потенциала и языковых способностей детей

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

Ведущей моделью поведения и освоения мира для дошкольника, развития его коммуникативных навыков на занятиях является игра. Опора на игровую деятельность при обучении английскому языку позволяет обеспечить естественную мотивацию речи детей, делает осмысленным и интересным даже самые элементарные высказывания [2].

Используемые на занятиях игры не противостоят учебной деятельности, а органически связаны с ней. Вводя на занятии игру надо учитывать то, что дидактический результат игры важный для педагога, не может стать побудительным мотивом для деятельности ребенка, играть ребенок может только тогда, когда он этого хочет и когда ему это интересно, и с теми, кто вызывает у него симпатию.

Следовательно, игра может изменить сам стиль взаимоотношений между детьми и взрослым преподавателем, который не может ничего навязывать. Педагог не может

быть лишь организатором игры, он должен играть вместе с ребенком, так как дети с большим удовольствием играют с взрослыми, педагог не должен быть сторонним наблюдателем игры это разрушает игровую атмосферу. Лексический и грамматический материал на занятиях вводится в занимательной форме, что способствует быстрому запоминанию лексики и развитию элементарных разговорных навыков на английском языке. Выбирая или придумывая игру для занятия, необходимо соблюдать следующие правила:

Прежде чем приступить к игре, ответьте на следующие вопросы: какова цель игры, чему в ней должен учиться ребенок? Какое речевое действие он должен выполнять? Умеет ли ребенок строить такое высказывание, нет ли там дополнительных трудностей?

Отвечив на эти вопросы, попробуйте сами превратиться в ребенка и придумать, в какой интересной ситуации могло бы возникнуть высказывание по такой модели.

Подумайте, как обрисовать эту ситуацию ребенку таким образом, чтобы он ее сразу принял.

С удовольствием играйте с ребенком сами!

Игры делятся на две группы: competitive (соревновательные), cooperative (совместные). Если в соревновательных играх дети стремятся достичь цели первыми, то в совместных все игроки работают сообща, чтобы получить результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Занятия английского языка с детьми дошкольного возраста предполагает внедрение и применение новых образовательных технологий, и в целом требует творческого отношения педагога к процессу обучения. Для обучения детей в полиязычной среде в детском саду «Қарлығаш» апробируются и внедряются новые эффективные методы обучения: игровой метод Quest, элементы технологии CLIL, метод проектов.

Инновационный метод обучения английскому языку Quest, используется на занятиях английского языка для введение новой лексики и новых грамматических

структур, для закрепления пройденного материала, как самостоятельное занятие, часть занятия или в качестве развлечения [3].

Квест (с англ. quest) - «поиск, предмет поиска, поиск приключений». В мифологии и литературе понятие «квест» изначально обозначало один из способов построения сюжета-путешествия персонажей к определенной цели через преодоление трудностей. Во время такого путешествия героям приходится преодолевать многочисленные трудности и встречать множество персонажей, которые помогают, либо мешают им [3].

Quest на занятиях английского языка объединяется единой темой, в рамках которой решаются такие задачи:

- развитие познавательных способностей детей;
- развитие интереса детей к изучению иностранного языка;
- закрепление пройденного материала;
- развитие творческих способностей детей, внимания, памяти, логического мышления;
- развитие мелкой моторики, умение ориентироваться по карте или схеме;
- развитие умения решать поставленные задачи в команде; развитие сплоченности коллектива.

Задания для квеста могут быть разнообразными:

- собрать пазлы и назвать по-английски полученное изображение;
- спеть песню или рассказать стихотворение по-английски на заданную тему (для того, чтобы спасти, развлечь или расколдовать героя);
- отгадать загадки (назвать отгадки по-английски), закончить договорки;
- поиграть подвижные и дидактические игры;
- поиграть с мячом, в которых необходимо показать не только знания, но и умение бросать и ловить мяч.

Детям приходится использовать свои артистические способности, скорость реакции, в игре «Пантомима», в которой ребенок изображает животное, предмет, дети должны догадаться, что это и назвать по-английски.

В начале квеста ставится определенная цель: найти клад, спасти героя, расшифровать карту и т.д. Педагог играет роль помощника, консультанта, подсказывает детям в случае необходимости, направляет ребят. В игру вводятся игровые персонажи, в зависимости от тематики, герои могут быть абстрактным (на экране телевизора, письмо от героя, посылка).

Игровой квест по теме: «Животные», дети отправляются на поиск мамы медвежонка. Детям предлагаются следующие задания:

- отгадать загадки, назвать отгадки по-английски и узнать, чем можно покормить проголодавшегося медвежонка;
- спеть песню на английском языке для того, чтобы успокоить, развеселить грустного героя; поиграть в подвижную игру, отгадать зашифрованное слово;

Пройтись по заколдованной дорожке (назвать цветные следы по-английски, помочь медвежонку спрятаться от дождика - подвижная игра: «Rain, going away» «Дождик, дождик уходи»).

После выполнения каждого задания, дети получают части карты. В конце квеста из всех частей собирают карту и из нее узнают, где находится зоопарк, в котором живет мама - медведица.

Игровой квест с целью изучения лексических единиц по теме: «Осень». Реквизиты для игры: письмо от Осени, сундук, карточки, снежинка, пазлы, ключ.

Этап 1. Дети находят в группе сундук, а на сундуке лежит письмо. Ребята делают предположения для кого это письмо, кто его написал. Обнаруживают, что сундук закрыт на замок.

Письмо: «Здравствуйте ребята! Я знаю, что вы учите английский язык и радуюсь вашим успехам. Какие вы молодцы. Я приготовила вам подарок - вкусное угощение. Но для того, чтобы получить его, вы должны выполнить все мои задания. Если вы правильно выполните задания, то найдете ключ от сундука. Ваша Осень».

Этап 2. Дети отгадывают загадки, называют отгадки по-английски, выбирают карточки с соответствующей картинкой. В наборе есть лишняя карточка, дети находят ее и называют (снежинка). Затем ребята обнаруживают на стене заранее приклеенную снежинку, а под ней новое задание.

Этап 3. Собирают пазлы из нескольких частей. Новые картинки из пазлов: зонт, радуга, крыша дома, трава. Детям необходимо решить, что же им дальше делать? Где дальше искать задание? Дети сами могут догадаться, что они знают песенку на английском языке как раз с этими словами. Педагог предлагает детям спеть эту песенку. Рядом находят новое задание.

Этап 4. Детям предлагается собрать радугу из предложенных разноцветных дуг, при этом могут спеть песню на английском про радугу и вспомнить цвета по порядку.

Этап 5. Под изображением радуги дети находят цифры от 1 до 10 и новое задание - расположить цифры по порядку и посчитать по-английски до 10. Дети должны догадаться и быстро найти следующее задание. Задание может быть под цифрами.

Этап 6. Следующее задание для детей «Соединить времена года и признаки времен года и назвать по-английски».

Когда задание выполнено, дети получают подсказку, где можно найти ключ от сундука, внутри которого находятся грамоты, яблоки и книги на английском языке.

В процессе квеста дети не только закрепляют и углубляют свои знания по определенным темам, а также показывают умение действовать в команде, умение логически мыслить, находить причинно-следственные связи. Ребята используют свое воображение и образное мышление для того чтобы решить задания, а учителю удается создать ситуацию успеха, сплотить коллектив, сгладить соревновательные моменты между детьми, а также проверить, насколько хорошо ребята усвоили материал, а также развить интерес к изучению английского языка.

Такую игровую форму работы на занятиях английского языка можно использовать при изучении и закреплении многих тем, таких как «Игрушки», «Животные», «Еда», «Погода», «Транспорт». Игровой квест – это ориентированная игровая цель на зону ближайшего развития, совмещающая педагогическую цель с привлекательным для ребенка мотивом деятельности.

Технология CLIL – предметно-языковое интегрированное обучение, постепенно вводится в старших классах школ Казахстана. CLIL отвечает всем требованиям современного общества по части предоставления возможности молодому поколению эффективно изучать языки и развивать критическое мышление [4].

Идея использования принципа предметно-языкового интегрированного обучения возникла в результате возросших требований к уровню владения иностранным языком при ограниченном времени, отведенном на его изучение. Существует ряд терминов, описывающих различные способы внедрения CLIL, например: полное языковое погружение, частичное языковое погружение, «языковой ливень» [4].

Изучая зарубежный опыт внедрения элементов CLIL в дошкольном возрасте, наши учителя английского языка стараются внедрять частичное и полное языковое погружение детей в английский язык, занятия проводятся на английском языке с минимальной опорой на казахский язык.

Интегрированные занятия по методу CLIL представляют собой объединение нескольких видов деятельности. Занятия по английскому языку проводятся совместно с инструктором по физкультуре, с музыкальным руководителем, воспитателем, что существенно повышает у детей мотивацию к изучению английского языка, воспитанники видят, что с помощью английского языка можно узнать новую интересную информацию. Изучение английского языка сразу становится более осмысленным, ведь оно используется для решения конкретных задач здесь и сейчас.

Занятия по методу CLIL необходимо планировать и организовывать исходя из принципов 4 C:

Content (содержание) – развитие знаний, умений, навыков предметной области, которые прогрессируют;

Communication (общение) – использование иностранного языка при обучении;

Cognition(познание) – развитие познавательных и мыслительных способностей, которые формируют общее представление;

Culture (культура) - представление себя как части культуры, а также осознание существования альтернативных культур [4].

Практическое применение элементов метода CLIL при обучении детей английскому языку реализуется посредством использования различных игр на английском языке, когда дети имеют возможность практиковаться и применять предметную лексику в комфортной для них обстановке. Главная цель внедрения метода: приобретение детьми положительного отношения к языку, осознание его полезности и желание изучать.

В связи с изменившимся подходом к обучению культуры через язык и попытками создать мост между нашей и новой культурой, все большую популярность приобретают проекты – особый вид организации игр. Проект (project) «выброшенный вперед», «выступающий», «бросающийся в глаза».

Метод проектов это совокупность учебно-познавательных приемов, которые позволяют решать ту или иную проблему в результате самостоятельных действий детей с обязательной презентацией результатов [5].

Проектная методика это один из методов коммуникативного обучения, который позволяет применять речевые навыки и умения на практике. Применяя метод проектов педагог английского языка детского сада «Қарлығаш» достигают нескольких целей: расширяют словарный запас детей, закрепляют изученный лексико-грамматический материал, создают на занятии атмосферу праздника и украшают кабинет красочными работами детей.

Проектом может стать изготовление стенгазет на страноведческую тему совместно с родителями, на занятии это создание коллективного коллажа, альбома, книги. Примерные задания для проектной деятельности на занятиях английского языка:

Wall paper contest (конкурс на лучшую стенгазету). Дети с родителями собирают материал, дети защищают свою работу, получают дипломы.

My favorites (мои увлечения). Дети готовят дома материал (вырезки из журналов,

рисунки) иллюстрирующие их интересы, увлечения. На занятии на цветной бумаге они оформляют странички альбома, где каждый рассказывает о том, что он любит (цвет, спорт, город).

Picturepoem (нарисованный стихок). Детям предлагается нарисовать картину – стихотворение, так чтобы его форма была созвучна с его смыслом.

Washingline (стирка). Дети рисуют одежду, пишут на своих рисунках названия и потом развешивают одежду на веревку с помощью прищепок.

Следует отметить, что метод проектов помогает детям овладеть целым рядом таких компетенций, как готовность работать в коллективе, принимать ответственность за выбор, анализировать результаты деятельности [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обучение дошкольников английскому языку с помощью этих инновационных методов, позволит дошкольникам стать в будущем уверенными, самостоятельными и творческими учениками в школе, с развитым критическим мышлением, которые способны ставить цели и достигать их. Именно эти качества очень важны и при адаптации в школе, и в будущей социальной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жетписбаева Б.А. Теоретико – методологические основы полиязычного образования: Автореф. дис. ...д-ра пед.наук. – Караганда, 2009. – 46с.

2. Новые тенденции внедрения современных методик и технологий в дошкольных организациях. Материалы Международной научно-практической конференции. Астана, 2016 жыл, 23 маусым. – Астана, 2016.

3. Минеева О.А. Метод квест как инновационная форма обучения английскому языку детей дошкольного возраста// Самарский научный вестник. 2016. № 3 (16) с. 203–206.

4. Интернет-ресурс: Presentation - «CLIL theories and practices».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА АКВА МАРИС® КЛАССИК В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (опыт из практики)

С.У.ХАЛМУХАМЕДОВА

Руководитель отдела медицинского
сопровождения и питания РГП Детский сад «Карлығаш»
МЦ УДП РК г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. Проведено изучение влияние препарата Аква Марис (классик) на слизистую оболочку полости носа у детей дошкольного возраста. Препарат Аква Марис (классик) был использован для профилактики в сезон подъема сезонной заболеваемости ОРВИ и гриппа.

Ключевые слова: профилактический курс, медикаментозная профилактика, профилактическая эффективность

Түйіндеме. МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНДА АКВА МАРИС КЛАССИК ПРЕПАРАТЫН ПАЙДАЛАНУ (практикадан тәжірибе). С.У.Халмухамедова. Мектепке дейінгі жастағы балаларда Аква Марис (классик) препаратының мұрын қуысының шырышты қабығына әсері зерделенді. Аква Марис (классик) препараты ЖРВИ мен тұмаудың маусымдық көтерілу кезеңінде алдын алу үшін пайдаланылды.

Түйін сөздер: профилактикалық курс, дәрі-дәрмектік алдын алу, алдын алу тиімділігі

Summary. THE USE OF THE DRUG AQUA MARIS KLASSIK IN THE PREVENTION PRESCHOOL CHILDREN (the experience from the practice). S.U.Halmuhamedova. A study of the influence of the drug Aqua Maris (classic) on the mucous membrane of the nasal cavity in children of preschool age. The drug Aqua Maris (classic) was used for prevention in the season of rise of seasonal morbidity of SARS.

Keywords: preventive course, drug prevention, prophylactic efficacy

ВВЕДЕНИЕ

Комплексное исследование по оценке эффективности препарата Аква Марис (классик) («ЯДРАН», Хорватия) в профилактике ОРВИ и гриппа выполнено на базе дошкольного учреждения «Карлығаш».

Схема профилактического курса Аква Марис® Классик соответствовала: 2-кратному орошению слизистой носа сразу по приходу в дошкольное учреждение и после дневного сна. В выходные дни дети препарат получали самостоятельно дома.

ЦЕЛЬ

На основании анализа заболеваемости в период эпидемии гриппа и ОРВИ оценить возможность применения топического интраназального препарата Аква Марис® Классик («ЯДРАН», ХОРВАТИЯ) с профилактической целью.

Задачи исследования:

1. Проанализировать заболеваемость ОРВИ на фоне приема Аква Марис® Клас-

сик и сравнить данный показатель с показателями группы детей, не получавших медикаментозную профилактику.

2. Проанализировать заболеваемость (формы и тяжесть течения заболевания, число дней болезни и т.д.) у детей, получающих классическую схему, в сравнении с возможностью топической элиминационной профилактики с помощью Аква Марис® Классик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено изучение влияние препарата Аква Марис (классик) на слизистую оболочку полости носа у детей дошкольного возраста. Препарат Аква Марис (классик) был использован для профилактики в сезон подъема сезонной заболеваемости ОРВИ и гриппа с февраля по март 2015 года.

Участвовало 36 детей в возрасте от 3 до 5 лет, входящих в обычную группу и отдельную группу часто болеющих детей.

Отмечались жалобы на:

- нарушения носового дыхания стойкого характера;
- сухость или наоборот обильное слизистое отделяемое из носа;
- частые простудные заболевания;
- головную боль, нарушение самочувствия.

Всем детям было рекомендовано впрыскивать препарат в полость носа 2 раза в день по 2-3 впрыскивания в течение 2-х месяцев с профилактической целью. По окончании данного периода происходила оценка конечного результата действия препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с первой задачей проведена оценка профилактической эффективности Аква Марис® Классик (36 детей) в сравнении с отсутствием медикаментозной профилактики (204 детей).

Препарат Аква Марис® Классик получали 36 детей (в сравнении с 204 детьми, проходящими профилактику по другой схеме или обходящимися без нее).

Результаты оценки профилактической эффективности Аква Марис® приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Эффективность профилактики ОРВИ и гриппа Аква Марис® в сравнении с детьми, не получавшими медикаментозной терапии

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Общее число заболевших (%)	Тяжелая и среднетяжелая форма		Легкая форма		Общее кол-во пропущенных дней в саду (в ср. на каждого ребенка)
			Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во дней болезни	Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во дней болезни	
Аква Марис®	36	8 (22%)	2 (25 %)	5	6 (75%)	2	3,5
Без профилактики	204	91 (44,6%)	25 (28%)	8	66 (73%)	5	6,5

Анализируя эффективность профилактики ОРВИ и гриппа препаратом Аква Марис®, следует отметить, что в период эпидемии из получавших Аква Марис® заболели только 22% детей, тогда как в группе не получавших профилактику, заболели 44,6 %.

У детей, получавших Аква Марис® Классик, течение заболевания было более легким (75% - без профилактики). Дети (28%), не получавшие профилактику, перенесли ОРВИ в тяжелой форме, среднее количество пропущенных дней по болезни на всю группу обследованных составило 6,5 дней, тогда как в группе получавших элиминационную топическую профилактику – 3,5 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного профилактического мероприятия применения препарата Аква Марис (классик) у детей были сделаны следующие выводы:

1. Препарат Аква Марис (классик) оказывает положительное действие как препарат, применяемый с профилактической целью, у большинства детей отмечено улучшение в общем состоянии за счет улучшения носового дыхания и обоняния, уменьшения сухости слизистой, улучшения дыхания, снижения частых респираторных заболеваний.

2. Улучшение состояния слизистой оболочки полости носа зависит от длительности и частоты применения препарата Аква Марис (классик).

3. Препарат Аква Марис (классик) отличается хорошей переносимостью и отсутствием нежелательных явлений и побочных эффектов, что делает возможным его применение у детей дошкольного возраста.

4. Количество детей, входящих в группу часто болеющих детей сократилось с 11 до 3.

В целом проведенное исследование позволяет рекомендовать препарат Аква Марис (классик) для применения с целью профилактики сезонной заболеваемости ОРВИ и гриппа.

Препарат Аква Марис® Классик («Ядран», Хорватия), показал высокую эффективность в защите детей в дошкольных

учреждениях от ОРВИ и гриппа. На фоне приема препарата уменьшается в 2 раза количество пропусков. Это значительно больше, чем при других схемах профилактики, и тем более без схем профилактики. А также снизилась количество детей, часто болеющих простудными заболеваниями.

Таким образом, элиминационная терапия, направленная на профилактику в сезон роста сезонной заболеваемости верхних дыхательных путей, является одним из перспективных направлений профилактики ОРВИ и гриппа в массовых детских коллективах.

ЛОГОПЕД КЕҢЕС БЕРЕДІ

Р.Қ.БАЙТАЛИЕВА

ҚР ПІБ Медицина орталығының

«Қарлығаш» балабақшасы» РМК логопеді

Астана қ-сы, Қазақстан Республикасы

Түйіндеме. Мақалада баланың сөйлеу жүйесін, тілін дамыту үшін логопед мамандардың көмегіне жүгінудің қажеттілігі көрсетілген.

Түйін сөздер: логопедтік диагноз, тіл дамуының кешеуілдеуі, жалпы тілінің дамуы жетілмегендігі

Аннотация. ЛОГОПЕД СОВЕТУЕТ. Р.К.Байталиева. В статье отражена необходимость обращения за помощью специалистов-логопедов для развития речевой системы, языка ребенка.

Ключевые слова: логопедический диагноз, задержка развития речи, общие недоразвитие речи

Summary. THE SPEECH THERAPIST ADVISES. R.K. Baitalieva. The article reflects the need to seek the help of speech therapists for the development of the speech system, the language of the child.

Keywords: speech therapy diagnosis, the delay of speech development, general underdevelopment of speech

Бала – деген адамның бауыр еті. Баламыздың былдыр-былдыр сөйлеген тәтті тіліне қызығамыз бірақ, бұл дер кезінде түзелмесе дұрыс сөйлеуге ұласпауы мүмкін. Не істеу керек?

«Қа аст ути» қара самолет ұшты деді немересі. «Баламның айтқан сөзін түсінбедім» - деп қабақ шытты 4 жасар Медеттің әжесі. Ал Медет болса, өзінің күнделікті айтқан сөзіне құлағы үйреніп қалған, ол әдетінше әжесінің қолынан тартып, «Даа тьеи! Даа тьеи!» -деп, бір нотада қайталай берді. Тәжірибелі логопедке баланың «далаға жүр» деп айтып тұрғанын түсіну қиын емес.

Өкінішке орай, осындай сөйлеу бұзылыстары мектеп жасына дейінгі балаларда көптеп кездеседі. Бәрінен қиыны, баланың жақындарының, әсіресе анасының осындай сәтте баласының тіліне алаңдап қорқуы, әжесінің қабақ түйіп ашулануы тіпті, әжелері серуенге алып шыққанда өзгелерден ұялуы.

Ал, бала болса, әдетінше былдырлап сөйлеп, өзін еркін ұстауда, себебі, ол өзінің сөздерді бұрып түсініксіз сөйлеп тұрғанын сезбейді. Кейбір балалар өз ойын үлкендерге жеткізгісі келіп, бірнеше рет қайталайды. Бала сөзін түсінбеген үлкендердің

қайта-қайта сұрауынан немесе күлуінен баланың мінез-құлқы өзгереді. Былдырлаған көңілі балапан мінезі тұйықталып, ашушаң болып, бойында қорқынышпен агрессия басым болады.

Осындай сәттерді болдырмас үшін, мысалы 3 жастағы балаңыздың айтқаны Сізге түсініксіз болса, онда тез арада мамандардың көмегіне жүгінуге тура келеді. Ең бастысы, Сіздің балаңызбен тіл табысатын логопед маманын таба білуіңізде. Өз ісінің кәсіби маманынан бөлек, логопедтің бойында баланы өзіне баурап алатын, балаңызбен тіл табыса алатын қасиеттері болу керек.

Қазіргі таңда логопед мамандардың алдынан екі көзі жасқа толған аналар «Менің балама алалия (балада сөздің болмауы)» - деген логопедтік диагноз қойды деп шығып жатады.

Әрине, бұл өкінішті, бірақ түзелмейтін бала болмайды. Егер балаңыз сіз алып барған логопедтің сабағынан қарым-қатынасынан, ұйымдастырған ойын жаттығуларынан қуанып өзіне жағымды әсер алатын болса, бұл түзелудің алғашқы қадамы деген сөз.

Кейбір балалардың тілінің дамуымен есте сақтауының ойлау қабілетінің дамуында шын мәнінде басқа мамандардың көмегін қажет ететін мәселелер болуы мүмкін.

Мұндай сәттерде ата-аналар бір-бірін немесе өз ата-аналарын кінәлап жатады. Әйел ананың аяғы ауыр кезінің ауыр өтуі немесе босану кезінде баланың жарақат алуы да бала бойындағы ақаулардың негізгі көзі болып табылады.

Егер Сіз балаңызды логопед маманына беруді дұрыс деп санасаңыз, онда логопедтік диагноздардан хабардар болуыңыз керек. Мысалы, емханаларда немесе психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес беру орталықтарында логопедтік диагнозды емдеу мекемелерінде, логопед, дәрігерлермен кеңесе отырып қояды. Балаға бейтаныс адаммен қарым-қатынас жасау үшін логопедтің алғашқы анықтау сабақтары ата-ананың қатысуымен өтеді. Балаңыздың тілінің дамуын толықтай, жан-жақты анықтауға, өз уақытын аямай және жақсы қарым-қатынас танытатын тәжірибелі маман екендігіне көзіңіз жетсе, онда қойылатын диагнозда дұрыс болады.

Тіл бұзылуының ауыр түрлерінде логопед Сіздерге психоневрологтан ЭЭГ (электроэнцефалограмма) өтуді және психологпен ЛОР дәрігеріне баруға кеңес береді. Жұмыс барысындағы мұндай сәттер дұрыс және өз жұмысына жауапкершілікпен қарау дегенді білдіреді.

Сонымен, Сізбен әңгімелесіп, балаңызбен анықтау жұмыстарын жүргізгеннен кейін, логопед балаңызға алалия емес, тіл дамуының кешеуілдеуі (бұдан әрі ТДК) (орыс тіліне аударғанда ЗРР -задержка развития речи) екенін анықтайды. Бала тілінің дамуына қойылған мұндай диагноздан қорқудың қажеті жоқ. ТДК бұл көбінесе 2-3 жастағы сөзі түсініксіз бүлдіршіндерге қойылады [1].

Емханадағы логопедтің қабылдауына қайта кіруге сәті түспесе қамықпаңыз. Үйіңіздің жанындағы немесе балаңыз баратын балабақша логопед маманына алып барсаңыз болады. Бірақ алдын ала барып кеңес алғаныңыз жөн. Балабақшадағы логопед Сізді мұқият тыңдап, әрі қарай баламен қандай жұмыстар жүргізуіңіз керек екендігі жайлы кеңес береді.

Егер Сіз логопедтің жалпы тілінің дамуы жетілмеген (бұдан әрі -ЖТДЖ) (орыс тіліне аударғанда ОНР - общие недоразвитие речи) екенін анықтаса, онда сіз логопедтен ЖТДЖ-нің қай түрі екенін сұраңыз. Себебі, ЖТДЖ – бұл балада сөйлеу тілінің жүйелі бұзылуы. Бұл тілдің жүйелі бұзылуы - бірнеше мамандардың жүйелі біріккен жұмысының нәтижесінде, 2-3 жылдың көлемінде түзеледі.

ЖТДЖ-ң негізгі 3 деңгейі бар:

- 1 деңгей - ең төменгі деңгей былдыр сөз тек буындардан тұрады;

- 2 деңгей - сөздегі дыбыстардың дұрыс айтылмауы және грамматикалық құрылымның болмауы;

- 3 деңгей - ең жоғарғы деңгейді 4 жастан бастап қояды [2].

Бұл деңгейде бала белсенді қарым-қатынас жасайды, бірақ, сөйлеуі мазмұны жағынан да, грамматикалық құрылымы жағынан да анық емес.

Сонымен қатар, барлық деңгейлерге тән құбылыс бұл балалардың дыбыстарды бұзып айтуы. Осы диагнозға қосарлана немесе жеке кездесетін логопед диагнозының бір түрі дизартрия деп аталады. Дизартрия – дыбыстардың бұзылуына тек тіл ғана емес, сонымен қатар, сөйлеу операциясына жауап беретін бастағы мидың бөлігіне нерв импульстарының дұрыс жеткізілмеуі [3].

Балаға өздігінен әдемі таза сөйлеу қиынға соғады, бала аузынан сілекейдің аққаны, тіпті аузының ашылып, тілінің сыртқа шығып кеткенін білмейді.

Әрине бала сезінбейді, себебі артикуляциялық аппараттарының құрылымының сезінуі төмен болады. Тіл және жақ бұлшықеттерінің жиырылып, босаңсуы әлсіз келеді. Мұндай кезде бала «Р» дыбысын айтпақ түгілі, аузын ауаға толтырып, ұртын үрлей алмайды. Егер балаңызға тәжірибелі логопед 1-2 жыл көлемінде жүйелі көмек көрсетсе, онда сіз дизартрия сөзін ұмытасыз. Кейде баланың жеке бас ерекшеліктеріне, қосымша диагноздардың әсерінен балаңызда таза сөйлеу қалыптаспауы да мүмкін.

Дислалия - бұл түзетуге өте оңай диагноз болып саналады. Тіл бұзылуы болып саналғанмен тілдің бұлшықеттері еркін қалыпты жұмыс істейді. Балаға тек айта алмайтын дыбыстарды қою және бұрмалап айтатын дыбыстарға түзету жасау. Сонымен қатар, баланың фонематикалық естуін яғни, сөздегі дыбыстарды есту арқылы ажырату қабілетін дамыту. Егер логопед түзету жұмыстарын ұтымды ұйымдастыра білсе онда бұл диагноз балада мүлдем жойылады [3].

Логопедтік диагноздың бір түрі - тұтықпа. Мұны біреулер «тұтығу» десе енді біреулері «кекештену» деп айтады. Көбіне тұтығуды кідіріп сөйлеумен, орыс тіліне аударғанда запинкамен, шатастырып жатады. Себебі, екеуінің де айтылуы бір-біріне ұқсас, айту ритмінің бұзылуы бір.

Мысалы: «Ке-ке-ке кел, ойнайық!» Осындай сөйлеу кезінде түзету жұмыстарын ұйымдастыру алдында оларды бір-бірінен ажыратып алу керек. Кідіріс кезінде тұтығуға қарағанда мойын, ерін бұлшықеттерінің тартылуы (судрг) болмайды. Егер ата-анаға ерін, мойын бұлшықеттерінің тартылуын байқау қиын болса онда, баланың «жақсы» «баяу» «созып» айтшы деген өтінімдерге баланың көңіл-күйін байқау керек. Егер балада тұтықпа болса, осындай өтінімдерден кейін баланың сөйлеуі тіпті қиындап кетеді. Ал кідірісі бар бала дұрыс

айта бастайды. Тұтықпасы бар баламен тек өз маманы жұмыс жасаған абзал. Ол логопед-иконолог деп аталады [3].

Кідіріс кезінде психолог пен психоневрологтен кеңес алу қажет, себебі, мұндай мәселенің түп-тамыры эмоционалдық даму аймағы мен жүйке жүйесінің ерекшеліктеріне байланысты болады.

Көбіне балабақшаларда мұндай балалармен түзету жұмыстарын жүргізуден бас тартады, дегенмен Сіз қамықпаңыз. Сіз психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес беру орталықтарына барып, Сізге көмек көрсететін мамандар туралы кеңес ала аласыз. Баланы күнделікті белгіленген орталыққа түзету сабақтарынан қалдырмаған жағдайда және мамандардың берген тапсырмаларын үй жағдайында бекіткен жағдайда жеңіске қол жеткізуге болады.

Қандай жағдай болмасын бала денсаулығына қатысты мәселені кейінге қалдырмаңыз!

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Ю.Б. Гиппенрейтер. *“Общаться с ребенком. Как?”*, М.;2005 г.
2. Г.В. Дедюхина. *“Учимсяговорить”*, М.;1997г.
3. Н.В. Пятибратова. *“Отвечает логопед”*, М.;2017г.

МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ SUBMISSION GUIDELINES

К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

- сопроводительного письма на имя Главного редактора журнала от руководителя организации, на базе которого была выполнена работа.

- для публикации научной статьи необходимо предоставить рецензия с рекомендацией статьи к печати от независимых ученых и/или специалистов по тематике статьи. Авторы и рецензенты должны являться сотрудниками разных организаций. В рецензиях должны быть указаны должность, место работы, подпись рецензента, печать организации.

Материалы для публикации должны быть выполнены в строгом соответствии со следующими правилами:

1. Структурное построение научных статей должно соответствовать принятому в журнале, с выделением следующих рубрик: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Для всех разделов в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме) на русском, казахском, английском языках.

2. Текст статьи представляется в 1 экземпляре, отпечатанных через одинарный (1,0) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу по 2,0 и справа, слева по 3,0 см, набранная шрифтом 14 Times New Roman. Вместе с оригиналом статьи необходимо представить электронный вариант в виде отдельного файла с указанием ФИО первого автора (Касымов А.А.обзор.doc).

3. Объем научных статей не должен превышать 16 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме.

4. Название статьи оформляется заглавными буквами после инициалов и фамилии авторов (инициалы после фамилии), а также название учреждения (после текста), в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами. В конце статьи на отдельном листе с указанием ФИО (полностью) авторов, ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 10. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4 (210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии

указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц.

10. Редколлегия оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи. Решение о публикации научных статей принимается на основании положительных рекомендаций независимых экспертов, не входящих в состав Редколлегии.

11. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.

12. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.

13. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.

14. Прием статей бесплатный.

15. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, г. Астана, ул. Мәңгілік ел, 2, Дом Министерств, подъезд 1В, тел: +7 (7172) 27 33 82, e-mail: vestnik_2002@mail.ru, gulzhanzhumayeva@gmail.com.

www.heraldmed.org

СОДЕРЖАНИЕ / МАЗМҰНЫ / CONTENTS

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ
PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE**

Ж.Н.Сүлейменова, Н.А.Мұхаметова КЛИНИКАЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТХАНАДА ТАЛДАУЛАРДЫҢ АНАЛИТИКАЛЫҚ САПАСЫН БАСҚАРУ	3
Ж.Н.Сүлейменова, Н.А.Мұхаметова УПРАВЛЕНИЕ АНАЛИТИЧЕСКИМ КАЧЕСТВОМ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ	3
Suleimenova Zhanar, Muchametova Natalia MANAGEMENT OF ANALYTICAL QUALITY IN THE CLINIC DIAGNOSTIC LABORATORY.....	3
Г.С.Габбасова, М.З.Ахметов, Р.К.Алиаскаров ГАЗ ХРОМАТОГРАФИЯСЫ ӘДІСІМЕН ЖАНУАР МАЙЛАРЫНЫҢ ФАЛЬСИФИКАТЫН АНЫҚТАУ	7
Г.С.Габбасова, М.З.Ахметов, Р.К.Алиаскаров ВЫЯВЛЕНИЕ ФАЛЬСИФИКАТА ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ.....	7
G.S.Gabbasova, M.Z.Akhmetov, R.K.Aliaskarov DETECTION OF ADULTERATION OF ANIMAL FATS BY GAS CHROMATOGRAPHY	7
Б.А.Абдыкалыкова ИЗРАИЛЬДЕГІ ӘР ТҮРЛІ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУГЕ ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОТТЕГІНІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ	10
Б.А.Абдыкалыкова ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ИЗРАИЛЕ	10
В.А.Abdykalykova EXPERIENCE OF HYPERBARIC OXYGENATION FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH VARIOUS PATHOLOGY IN ISRAEL.....	10
С.Т.Ержанов, Д.И.Маханов, Е.С.Майдыров, А.Ж.Толемесов «RENAL-GUARD» ИННОВАЦИЯЛЫҚ ЖҮЙЕСІН «ОРТАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА» АҚ ЕНГІЗУ	16
С.Т.Ержанов, Д.И.Маханов, Е.С.Майдыров, А.Ж.Толемесов ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «RENAL-GUARD» В АО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»	16
S.Yerzhanov, D.Makhanov, Y.Maidyrov, A.Tolemesov INTRODUCTION OF THE«RENAL-GUARD» INNOVATION SYSTEM IN JSC «CENTRAL CLINICAL HOSPITAL»	16
Л.А.Өтениязова ӘЛЕУМЕТТІК-АҚПАРАТТЫҚ СТРЕСС ЖАҒДАЙЫНДА ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ КОНСТИТУЦИОНАЛДЫ-ПСИХОТИПОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН ДИАГНОСТИКАЛАУ	20

Л.А.Утениязова ДИАГНОСТИКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССИРОВАНИЯ.....	20
L.A.Uteniyazova DIAGNOSIS CONSTITUTIONAL PSYCHONEUROLOGICHESKIY CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS IN TERMS OF SOCIO-INFORMATION TREATMENT	20
А.С.Хасенова ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДА МЕНЕДЖМЕНТКЕ ЗАМАНАУИ ЖҮЙЕЛІК КӨЗҚАРАС	25
А.С.Хасенова СОВРЕМЕННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К МЕНЕДЖМЕНТУ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	25
A.S.Khasenova MODERN SYSTEM APPROACH TO MANAGEMENT IN THE HEALTH ORGANIZATION	25
Ш.А.Аюпова, А.О.Сыдыкова «ОРТАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА» АҚ АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ҰЗАҚ ЖАСАУШЫЛАРМЕН ЕМ ЖҮРГІЗУ ЖӘНЕ КӨМЕК КӨРСЕТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	28
Ш.А.Аюпова, А.О.Сыдыкова ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В АО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»	28
Sh. Ayupova, A.Sydykova FEATURES OF THE MANAGEMENT OF LONG-LIVERS IN OUT-PATIENT CONDITIONS IN THE JSC «CENTRAL CLINICAL HOSPITAL»	28
ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА ACTIVITIES OF PHYSICIAN	
Г.А.Рахимбекова, А.Баймағамбет, А.Жұмабаев БАУЫР СЫРТЫЛЫҚ ПОРТАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ	33
Г.А.Рахимбекова, А.Баймағамбет, А.Жұмабаев НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	33
G.A.Rakhimbekova, A.Baymagambet, A.Zhumabayev HEMOSTATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH EXTRA HEPATIC PORTAL HYPERTENSION.....	33
К.М.Смаилова, С.А.Рахманкулова ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ АУРУХАНАСЫНДАҒЫ СҮТ БЕЗІ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ЖАН-ЖАҚТЫ ДИАГНОСТИКАСЫ	41
К.М. Смаилова, С.А.Рахманкулова КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УДП РК.....	41
K.M.Smailova, S.A.Rakhmankulova COMPLEX DIAGNOSIS OF THE PATHOLOGY OF THE MAMMARY GLANDS IN THE CONDITIONS THE MEDICAL CENTER HOSPITAL OF THE PRESIDENT'S AFFAIRS ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN	41

Н.Н.Плиска НЕСЕП ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ИНФЕКЦИЯЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ НЕСЕПТІҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ	44
Н.Н.Плиска ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МОЧИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	44
N.N.Pliska ETIOLOGICAL STRUCTURE OF URINE IN THE URINARY TRACT INFECTIONS	44
Н.В.Ворошина, А.В.Важенин, Ю.А.Тюков ІРІ ӨНЕРКӘСПТІК-АГРАРЛЫҚ АЙМАҚТАҒЫ ФЕРТИЛЬДІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕ РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕНІҢ ВИЗУАЛДЫ ОРНАЛАСУЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІНІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ	48
Н.В.Ворошина, А.В.Важенин, Ю.А.Тюков ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВИЗУАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННО-АГРАРНОМ РЕГИОНЕ.....	48
N.V.Voroshina, A.V.Vazhenin, Y.A.Tukov EPIDEMIOLOGY OF MALIGNANT TUMORS OF VISUAL LOCALIZATION OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN A LARGE INDUSTRIAL-AGRARIAN REGION	48
М.С.Руденко, И.Я.Мотус ӨКПЕНІҢ МЕТАСТАТИКАЛЫҚ ЗАҚЫМДАНУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ	55
М.С.Руденко, И.Я.Мотус ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ	55
M.S.Rudenko, I.Motus SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC LESIONS OF THE LUNG	55
М.М.Сарычева, Т.М.Шарабура, И.А.Важенин, Е.Я.Мозерова, А.А.Ложков, А.Т.Жұмабаева, Н.В.Колыганова МИДЫҢ ҚАТЕРЛІ ГЛИОМАЛАРЫНЫҢ ҚАЙТАЛАНУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ СӘУЛЕЛІК ТЕРАПИЯНЫҢ ӘР ТҮРЛІ НҰСҚАЛАРЫНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ.....	59
М.М.Сарычева, Т.М.Шарабура, И.А.Важенин, Е.Я.Мозерова, А.А.Ложков, А.Т.Жұмабаева, Н.В.Колыганова ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	59
M. M. Sarycheva, T. M. Sharabura, I. A. Vazhenin, E. Y. Mozerova, A. A. Lozhkov, A. T. Zhumabaeva, N. V. Kolyganova DIFFERENT OPTIONS OF RADIATION THERAPY IN THE TREATMENT OF RECURRENCES OF MALIGNANT CEREBRAL GLIOMAS	59
У.В.Харламова, А.В.Важенин, О.В.Курченкова ОНКОЛОГИЯДАҒЫ АНАЛЬГЕТИКАЛЫҚ НЕФРОПАТИЯ	66
У.В.Харламова, А.В.Важенин, О.В.Курченкова АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ В ОНКОЛОГИИ	66
U.V.Kharlamov, A.V.Vazhenin, O.V.Kurchenkova ANALGESIC NEPHROPATHY IN ONCOLOGY	66

Д.Г.Ворошин, А.А.Важенин, П.А.Карнаух, А.З.Рыболовлева ПЛАСТИКАЛЫ ЦИСТЭКТОМИЯ ҚУЫҚ ОБЫРЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ПЕРИОПЕРАЦИЯЛЫҚ ЖҮРГІЗУДЕ ERAS-ХАТТАМА ЭЛЕМЕНТТЕРІН ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ	70
Д.Г.Ворошин, А.А.Важенин, П.А.Карнаух, А.З.Рыболовлева РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ERAS-ПРОТОКОЛА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦИСТЭКТОМИИ С ПЛАСТИКОЙ	70
D.G.Voroshin, A.A.Vazhenin, P.A.Karnaukh, A.Z.Rybolovleva THE RESULTS OF THE APPLICATION OF THE ELEMENTS OF THE ERAS PROTOCOL IN PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BLADDER CANCER CYSTECTOMY WITH THE PLASTIC	70
Е.А.Киприянов, П.А.Карнаух, А.В.Важенин ПОЗАДИЛОНДЫ ЖҮЙКЕ САҚТАҒЫШ ПРОСТАТЭКТОМИЯДАН КЕЙІН ҚУЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ЛОКАЛИЗАЦИЯЛАНҒАН ОБЫРЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ.....	79
Е.А.Киприянов, П.А.Карнаух, А.В.Важенин РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.....	79
Е.А.Курпrianov, P.A.Karnaukh, A.V.Vazhenin RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH A LOCALIZED PROSTATE CANCER AFTER A PRE-DURING NON-SAVING PROSTATECTOMY	79
Е.Ш.Абзалбек, Г.Н.Хорошаш, Е.Кенесбаев ӨҢЕШ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНЕ МИНИМАЛДЫ ИНВАЗИВТІ ЭЗОФАГОЭКТОМИЯ: АЛҒАШҚЫ ЕСЕП БЕРУ	82
Y.Abzalbek, G.Horoshash, Y.Kenesbayev MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER: OUR FIRST CASE REPORT	82
Е.Ш.Абзалбек, Г.Н.Хорошаш, Е.Кенесбаев МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ЭЗОФАГОЭКТОМИЯ ПРИОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА: ПЕРВЫЙ ОТЧЕТ	82
И.Р.Аглуллин, И.Р.Сафин, Д.В.Рукавишников, А.Ю.Родионова ОНКОЛОГИЯДАҒЫ МАГИСТРАЛЬДЫ ТАМЫРЛАРҒА РЕКОНСТРУКТИВТІ АРАЛАСУ ..	86
И.Р.Аглуллин, И.Р.Сафин, Д.В.Рукавишников, А.Ю.Родионова РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ В ОНКОЛОГИИ	86
I.R.Aglullin, I.R.Safin, D.V. Rukavishnikov, A.Yu.Rodionova RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON MAIN VESSELS IN ONCOLOGY	86
Ш.У.Алиева, А.Г.Ибраев-Рысбеков ҮЛКЕН ӨЛШЕМДІ МИОМАЛАРДА РЕПРОДУКТИВТІ ФУНКЦИЯНЫҢ РЕАЛИЗАЦИЯСЫ.....	95
Ш.У.Алиева, А.Г.Ибраев-Рысбеков РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МИОМАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ	95
Sh.Aliyeva, A.Ibrayev-Rysbekov IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN MYOMIC BIG SIZES	95

**МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ВОПРОСЫ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ISSUES OF PRESCHOOL EDUCATION**

А.М.Касымканова МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ТІЛДІК ҚАБІЛЕТТЕРІН ДАМУДЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІ - АҒЫЛШЫН ТІЛІ АРҚЫЛЫ ӘЛЕМДІ ТАНИМЫЗ	99
А.М.Касымканова ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РАЗВИТИЯ ЯЗЫКОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ – ПОЗНАЕМ МИР ЧЕРЕЗ АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК	99
А.М.Kasymkanova INNOVATIVE METHODS OF THE DEVELOPMENT OF LINGUISTIC ABILITIES OF PRESCHOOLERS – RECOGNIZE THE WORLD THROUGH ENGLISH	99
С.У.Халмухамедова МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНДА АКВА МАРИС КЛАССИК ПРЕПАРАТЫН ПАЙДАЛАНУ (ПРАКТИКАДАН ТӘЖІРИБЕ)	104
С.У.Халмухамедова ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА АКВА МАРИС® КЛАССИК В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (ОПЫТ ИЗ ПРАКТИКИ).....	104
S.U.Halmuhamedova THE USE OF THE DRUG AQUA MARIS KLASSIK IN THE PREVENTION PRESCHOOL CHILDREN (THE EXPERIENCE FROM THE PRACTICE).....	104
Р.К. Байталиева ЛОГОПЕД КЕҢЕС БЕРЕДІ	107
Р.К. Байталиева ЛОГОПЕД СОВЕТУЕТ	107
R.K. Baitalieva THE SPEECH THERAPIST ADVISES.....	107

**МАҚАЛАЛАРДЫ ӘЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ
SUBMISSION GUIDELINES**



Отпечатано ТОО «ДӘМЕ»
г. Астана, ул. Бигельдинова 10, офис 1
тел.: 8 /7172/ 42 54 67