

ISSN 2075-8790

Учредители журнала:
Управление Делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления Делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
д.м.н., 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
e-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

**сәуір - маусым
2 (71) 2018
апрель - июнь**

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:

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:

Ахетов А.А., д.м.н.
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
Хашимова Юлдуз, 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

ОБЪЕДИНЕНИЕ САНАТОРИЕВ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ
ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА – КАК КОНКУРЕНТНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО

К.Ш. БЕРКИНБАЕВ, С.И. ПШЕНИЧНЫЙ
АО «ЛОК «Окжетпес» Медицинского центра УДП РК

Аннотация: В статье представлена информация по реализации политики интеграции управления санаториями Медицинского центра Управления Делами Президента.

Ключевые слова: единая политика объединенных санаториев, единые протокола диагностики и лечения, единая стратегия кадровой политики, единая маркетинговая и сервисная политика

Түйіндемe: ПРЕЗИДЕНТ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ШИПАЖАЙЛАРЫН БІРІКТІРУ – БӘСЕКЕЛЕСТІК АРТЫҚШЫЛЫҚ. Беркінбаев К.Ш., Пшеничный С.И. Мақалада Президент Іс Басқармасының Медициналық орталығының шипажайларын басқаруды интеграциялау саясатын іске асыру бойынша ақпарат берілген.

Түйін сөздер: біріккен шипажайлардың бірыңғай саясаты, диагностика мен емдеудің бірыңғай хаттамасы, кадрлар саясатының бірыңғай стратегиясы, бірыңғай маркетингтік және сервистік саясат

Summary: ASSOCIATION OF SANATORIUMS OF THE MEDICAL CENTER OF ADMINISTRATION OF THE PRESIDENT'S AFFAIRS- AS A COMPETITIVE ADVANTAGE. Berkinbaev K.Sh., Pshenichnyi S.I. The article provides information on the implementation of the policy of integrating the management of the sanatoriums of the Medical Center Of Administration Of The President's Affairs.

Keywords: unified sanatorium policy, unified diagnostic and treatment protocol, unified strategy of personnel policy, unified marketing and service policy

Как подчеркнул Глава Государства в своем Послании, в мире началась очередная, уже Четвертая промышленная революция. И только те народы, которым удастся опередить будущее и решительно пойти навстречу вызовам, а не стоять и ждать, окажутся победителями.

В последние годы в экономической науке все более популярным становится вопрос о построении интегрированных систем управления сложными экономическими системами - необходимыми в проблеме совершенствования своей деятельности и это продиктовано тенденциями макро- и микроэкономики.

Несомненно, что управление интегрированной системой – это более высокая ступень управления по сравнению с самостоятельно функционирующим предприятием и является более мощным инструментом в конкурентной среде.

Политика по оптимизации квазигосударственного сектора в Республике Казахстан началась с 2014 года, что нашло свое отражение внедрением принципа «Правил желтых страниц» (Yellow Pages Rule) на законодательном уровне.

На сегодняшний день в санаторно-курортной отрасли успешно функционируют множество холдингов, централизованное управление санаторными организациями, таких как: «Санаторно-курортные организации Главного медицинского управления Управления Делами Президента РФ, «РЖД Здоровье», «Курортное управление г. Kislovodsk», Донагрокурорт, МАЦЕСТА, ЦСТЭ и другие.

Многие из перечисленных интегрированы либо через профсоюзные организации, либо через корпоративное управление.

Реализация политика интеграции управления санаториями в системе Медицинского центра началась в 2016 году, когда Санаторий «Казахстан» в г. Ессентуки был присоединен в состав АО «Лечебно-оздоровительный комплекс «Окжетпес».

Следующим шагом была реорганизация АО «Санаторий «Алматы» в качестве его Филиала.

Таким образом, на сегодняшний день система управления санаториев Медицинского центра интегрирована под АО «Лечебно-оздоровительный комплекс «Окжетпес».

Основной миссией вышеуказанной интеграции является создание в системе Медицинского центра сети современных высокоэффективных лечебно-оздоровительных организаций под брендом «Объединяя лучшее!», обеспечивающих широкие возможности для удовлетворения потребности в санаторно-курортной помощи прикрепленного контингента, граждан Республики Казахстан и стран зарубежья.

Для эффективной реализации возложенных санатории Медицинского центра УДП РК задач, была принята и утверждена Программа развития санаториев Медицинского центра на 2018-2022 годы.

Основными направлениями Программ развития являются: формирование пациентоориентированной системы оказания санаторно-курортных услуг, внедрение стратегического менеджмента, укрепление кадрового потенциала, создание конкурентоспособного холдинга санаториев через внедрение инновационных методов маркетинга, сервиса и технологической модернизации.

Разработана единая политика объединенных санаториев, которая заключается в проведении единой финансовой, кадровой политики, в установлении и проведении единой стратегии, сервиса и маркетинга, стандартизации лечебно-оздоровительного процесса во всех санаториях и успешное внедрение корпоративного управления.

В рамках объединения осуществляется централизация функции финансового управления для повышения его эффективности и проведения единой бюджетной и финансовой политики, что позволило создать единый резервный (депозитный) фонд для дальнейшего общего развития санаториев и распределение ресурсов между санаториями, своевременно выявлять и прогнозировать финансовые, производственные и иные риски объединенных санаториев, проработать вопросы дальнейшей интеграции и объединения баз данных финансового учета, создать единый план по укреплению материально-технической базы санаториев до 2022 года и его реализация, проводить консультации/обучение руководителей подразделений и оперативно разрабатывать рекомендации по финансовым вопросам.

Поставлены следующие задачи, через которых осуществляется единая маркетинговая и сервисная политика:

- централизация функции маркетинга, выработка единых подходов продвижения услуг санаториев с учетом предпочтений отдыхающих, изменений рынка, динамики потребления услуг;
- формирование клиентоориентированной си-

стемы сервиса путем расширения видов предоставляемых услуг и улучшения качества сервиса;

- повышение компетентности и навыков сотрудников санаториев по вопросам продвижения услуг санаториев и совершенствования сервиса.

Реализация вышеуказанных задач по единой маркетинговой и сервисной политике позволило:

- разработать единый корпоративный сайт;
- разработать и внедрить единый бренд бук;
- осуществлять продвижение сайтов санаториев в поисковых системах;
- начать реализацию плана единой маркетинговой политики санаториев;
- выпустить новый перечень единой брендовой рекламной продукции;
- централизованно размещать статей на новостных и туристских порталах, в журналах т.д.;
- проводить рекламные кампании объединенных санаториев на радио и телеканалах;
- в целях улучшения сервиса и унификации санаториев, внедрить единой формы одежды;
- запустить акции и специальные предложения для гостей по увеличению сезонного спроса с целью обеспечения высокой загрузки номерного фонда независимо от сезона в соответствии с едиными правилами;
- запустить клиентоориентированные методы оплаты (оплата в рассрочку и подарочные карты);
- в рамках внедрения единой системы бронирования в санаториях Медицинского центра создать Единого Центра бронирования ЛОК «Ок-Жетпес»;
- принять участие и представление санаториев в международных и отечественных форумах, промо-мероприятиях и выставках под единым брендом;
- активизировать имиджевой работы объединенных санаториев в социальных сетях с постоянным увеличением количества подписчиков;
- заключить договоров и соглашений с популярными интернет-ресурсами по реализации путевок объединенных санаториев;
- оперативно предоставить маркетологами консультаций/обучения для сервис-менеджеров санаториев, а также разработать рекомендаций по улучшению маркетинга и сервиса на постоянной основе.

Одним из важных направлений является проведение стандартизации лечебно-оздоровительного процесса во всех санаториях как гарантия высокого качества и безопасности предоставляемых услуг.

В настоящий момент разработаны единые протокола диагностики и лечения, стандарты опе-

рациональных процедур (СОП), правила организации отделения медицинской реабилитации в санаторно-курортных условиях, создана рабочая группа из числа узких специалистов по разработке «пакетов» услуг и оздоровительных комплексных программ для объединенных санаториев, внедрена единая корпоративная культура для формирования этических стандартов персонала в санаториях, начата работа по созданию единой информационной электронной системы учета и управления производственной деятельностью с разработкой системы «обратной связи» от потребителей услуг, ведется разработка единых медико-экономических стандартов (оздоровительных программ) путем анализа анкетирования потребителей.

В направлении единой стратегии и кадровой политики разработаны и внедряются правила дифференцированной оплаты (бальная система «поощрения/наказания»), сформирован кадровый резерв для санаториев, сформирован план обучения, повышения квалификации и переподготовки

персонала, разработан стратегический план санаториев на 2018-2022 годы и стратегические показатели для руководящего состава.

С момента объединения санаториев достигнута следующие результаты объединения и централизации производственных процессов:

- единая концепция развития;
- единый резервный фонд;
- повышение эффективности финансового управления;
- единые государственные закупки, оптимизация расходов за счет укрупнения объемов закупок у поставщика;
- получение положительного финансового результата за счет оптимизации расходов и повышения доходов;
- установление единой модели управления человеческими ресурсами;
- оптимизация расходов на рекламу за счет проведения единой маркетинговой политики.

ECONOMIC EFFICIENCY OF THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE

M.K. KUDAIBERGENOVA, A.ZH. TOPCHAKOVA
RSE «Medical center's Hospital of President's Affairs Administration»
Astana, Kazakhstan

Summary. The use of artificial intelligence in medicine is one of the most promising areas of modern society. The review article examines the essence of artificial intelligence and its application in medicine. And also, the possibility of calculating the economic efficiency of using artificial intelligence in medicine, taking into account social and medical effectiveness.

Keywords: artificial intelligence, economic efficiency, social efficiency, medical efficiency, an information system

Түйіндеме. ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТІ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНУДЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ. Құдайбергенова М.К., Топчакова А.Ж. Жасанды интеллектті медицинада қолдану қазіргі қоғамның ең перспективалы бағыттарының бірі болып табылады. Зерттеу мақаласында жасанды интеллекттің мәні және оны медицинада қолдану қарастырылады. Сондай-ақ, әлеуметтік және медициналық тиімділікті ескере отырып, жасанды интеллектті медицинада қолданудың экономикалық тиімділігін есептеу мүмкіндігі қарастырылған.

Түйін сөздер: жасанды интеллект, экономикалық тиімділік, әлеуметтік тиімділік, медициналық тиімділік, ақпараттық жүйе

Аннотация. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ. Кудайбергенова М.К., Топчакова А.Ж. Использование искусственного интеллекта в медицине является одним из приоритетных направлений современного общества. В обзорной статье рассматривается сущность искусственного интеллекта и его применение в медицине. А также, возможность расчета экономической эффективности использования в медицине искусственного интеллекта, с учетом социальной и медицинской эффективности.

Ключевые слова: искусственный интеллект, экономическая эффективность, социальная эффективность, медицинская эффективность, информационная система

Nowadays, artificial intelligence is considered one of the most promising and innovative areas of development not only of the IT industry, but also of many other areas of human activity.

The main motivation for the artificial intelligence development in medicine is the cost escalation in the healthcare and the corresponding need for their limitation, the problem of diagnostic quality, as well as the desire for standardization and automation of routine functions up to the creation of self-administered diagnostic models [1].

Artificial intelligence is not a cybernetic mind, but a system of algorithms based on machine learning. Scientists believe that in the future the artificial intelligence will free us from performing routine

tasks in many areas and can have a serious impact on medicine [2].

So far, the artificial intelligence in medicine is used to:

- conduct diagnostics;
- process patient data;
- select individual treatment;
- improve planning and automate routine work;
- create drugs
- conduct surgical interventions [3].

Artificial intelligence is used in all spheres of life. Thus, the Gartner analytical agency published the study results on April 25, 2018, showing how many companies in the world earned money by using artificial intelligence technologies.

Table 1- Forecast on the total revenue of companies obtained by using artificial intelligence, Gartner data, USD Billions [4]

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Business Value	692	1.175	1.901	2.649	3.346	3.923
Growth (%)		70	62	39	26	17
*Experts evaluated the commercial value of AI systems in companies representing different industries. The amount consists of additional revenue, the volume of reduced costs, as well as the income received as a result of improving the customer service quality through the introduction of such technologies.						

So, in 2017, companies around the world received USD 692 billion just because they used artificial intelligence. In 2018, the profit will grow to

USD 1.2 trillion, and as researchers predict by 2022 the profit will be estimated at almost USD 4 trillion.

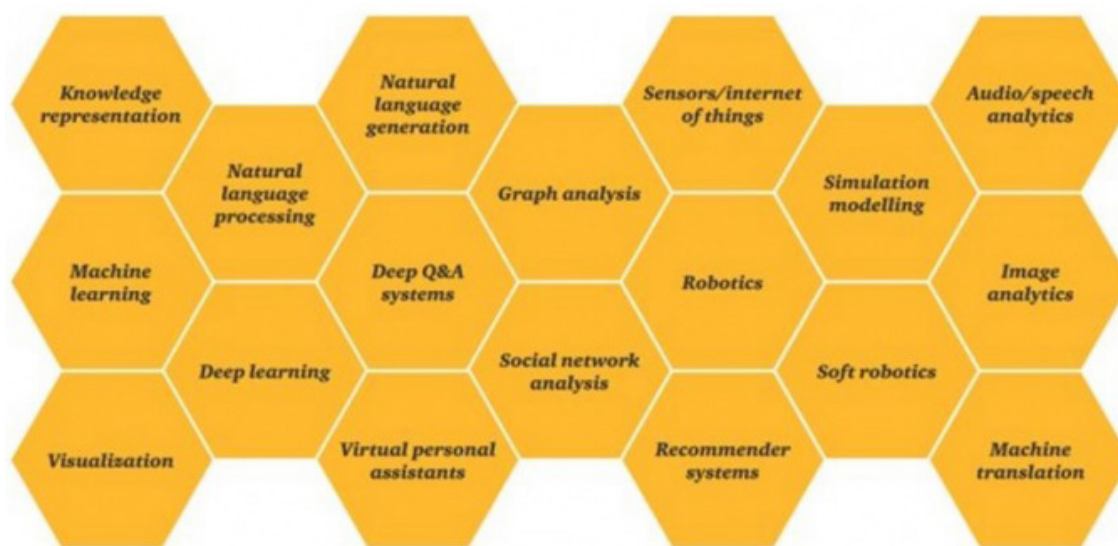


Figure 1- Technological directions of artificial intelligence
Data from the Deloitte study [5]

According to the results of the Deloitte study, Accenture experts analyzed the short-term value of medical solutions based on artificial intelligence, identified three areas that have the greatest potential in terms of financial profitability.

Thus, the most cost-effective medical solution is the conduct of surgical operations using robots. During such operations, as a rule, a series of small incisions is made and miniature tools are used.

Several solutions are known as promising in this area. Therefore, cognitive surgical robotics can reduce the duration of in-patient treatment due to the precise use of the tools in each individual operation, depending on the patient's data. The da Vinci Surgical System makes it possible for more surgeons to efficiently perform a number of complex procedures, managing a robotic instrument from a computer console. By 2020, hospitals will increasingly use robots. The edition of Healthcare IT News, with reference to the research conducted in 2017 by IDC, reports that both clinical application and automation of simple tasks with the help of robots are planned [6].

Experts considered that the second promising solution is the use of virtual assistants instead of nurses through mobile offers, which allows you to keep patients in touch with health workers and at the same time reduce the number of appeals to hospitals.

The third technology is the automation of administrative workflow using the artificial intelligence. First of all, these are solutions that allow you to rank urgent tasks and save time on routine tasks, such as writing prescriptions and analyzes [7].

But nevertheless, artificial intelligence - robotization - is becoming popular. According to the estimates of the Tractica analytical company, in 2017 the world market of robotics amounted to USD 39.3 billion.

Analysts estimated that in 2017 robots of non-industrial purpose provided 70% of total revenue, whereas in 2016 this figure was at 64%. The Tractica company expects further strengthening of the non-industrial robots positions. In 2018, their contribution to revenue will increase to 76%, and the market volume as a whole will increase to USD 52.7 billion.

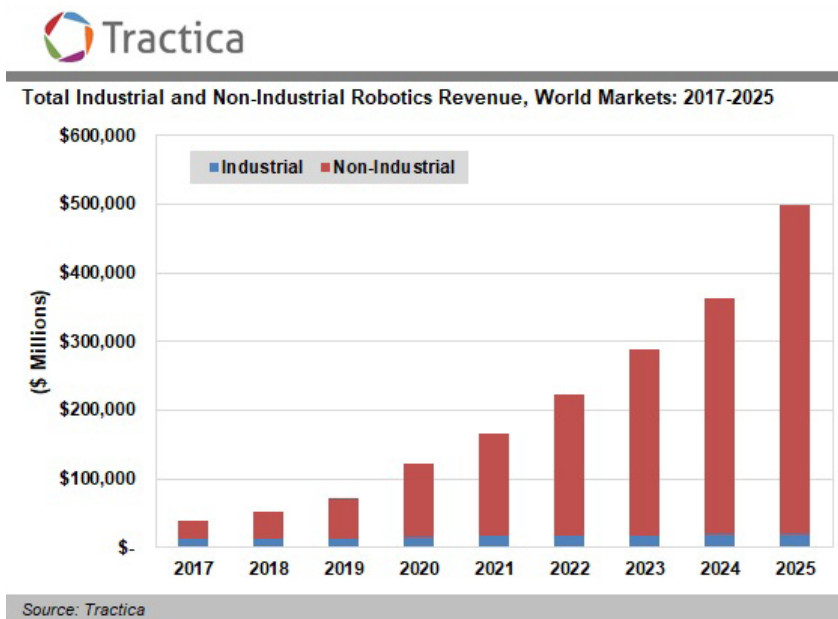


Figure 2-Total Industrial and non-Industrial Robotics Revenue, world markets 2017-2025

The Tractica company named robots, intended for consumers, corporate customers, healthcare, military industry, as the most dynamic directions, which ensure the further growth of the robotics market.

The use of artificial intelligence in medicine can revolutionize the healthcare industry through the development of such areas as personalized medicine, diagnostics, the development of new drugs, robotic assisted surgery, the telemonitoring of chronic diseases, remote patient care, support for

making the right medical decisions, and identifying medical errors.

Only expertise, wisdom, human attitude, care, empathy, mutual understanding, support - exactly what constitutes the basis of the doctor's profession [8] are not automated.

Thus, we determined the essence of artificial intelligence. As it turned out, artificial intelligence is widely used in everyday life, including in medicine. So how do you determine its effectiveness?

Usually, the term “efficiency” refers to the degree to which concrete results are achieved. At the same time, the notion of efficiency in healthcare cannot be identified with the general economic category of efficiency. In healthcare, even with the use of the most skilled labor and the use of modern medical equipment, there can be a “zero” and even “negative” result [9].

In health care, there are 3 types of efficiency - social, medical and economic, among which medical and social efficiency are priority. Without evaluating the results of medical and social efficiency, the economic efficiency cannot be determined. There is a correlation and interdependence between medical, social and economic efficiencies.

Medical efficiency is the degree to which a medical result is achieved. In relation to one particular patient, it is recovery or improvement of health status, restoration of lost functions of individual organs and systems [10]. At the healthcare institutions level and the industry as a whole, the medical efficiency is measured by a number of specific indicators: the specific weight of the cured patients, the reduction of cases of transition of the disease to chronic form, reduction of the incidence of the population, etc.

The social efficiency is the degree to which a social result is achieved. With respect to a specific patient, it is his return to work and active life in society, satisfaction with medical care. At the entire industry level, this is an increase in the duration of the life of the population, a reduction in the level of mortality and disability indicators, and satisfaction of the society as a whole with the system of medical care [11].

A special feature of healthcare is that the costs of medical care can exceed the expected economic result. For example, the recovery of an able-bodied worker, which will mean a reduction in the loss of national income from non-reproduced products, will bring significant economic benefits. At the same time, recovery of a disabled pensioner or disabled person will not bring economic benefits, moreover, it will mean additional losses due to the need to pay an old-age pension or a disability pension [12].

It should be noted that information systems play an important role in the evaluation of efficiency. Collected data for analysis medical statistics provides a rich tool for developing performance indicators. Detailed medical and demographic information and information on health services provided can be obtained from the reporting forms of the information system.

Economic efficiency, regardless of the sphere of activity, expresses the degree of effect and in the most general form is expressed by the formula:

$$\langle \text{Э} = P / \text{З} \rangle;$$

where «P» - results of implementation, in the total equivalent;

«З» - the cost of obtaining this result (the cost of acquiring and implementing AI). With deducing economic efficiency, social and medical efficiency is taken into account. Because economic efficiency is always zero.

When calculating the economic efficiency, the pros and cons of the used artificial intelligence in medicine are also taken into account. Its main disadvantages include: a poorly tuned algorithm in artificial intelligence will continue to work incorrectly [13]; applied application of any technology requires qualified specialists; along with automation, less skilled personnel will inevitably suffer; along with ethical subtleties, legal subtleties appear: who will take responsibility in the event of a lethal outcome of the patient through the fault of artificial intelligence; as well as the complexity of maintenance of software and technological complexes, their protection from failures, as well as ensuring the confidentiality of patient data. However, along with the disadvantages of artificial intelligence, there are many advantages, such as: the ability to take into account a variety of a large number of factors and details of the disease in real time; unlike a human, the algorithm cannot get tired or change some information intentionally. That is, by introducing artificial intelligence the company minimizes the possibility of errors caused by these factors. Also, the company will increase the efficiency, reduce routine operations and benefit from the greater ease of use, etc [14].

Based on the above, we can draw the following conclusions:

An important feature of the efficiency category of the healthcare system is that it has to be assessed in three aspects: social, medical and economic. At the same time, social and medical efficiencies are decisive when choosing one or another medical technology [15]. The indicators of economic efficiency necessary to select the most optimal financing options can help in prioritizing the conduct of certain activities in conditions of limited financial resources.

Thus, efficiency is considered from the standpoint of obtaining the maximum social and medical effect with minimal financial costs. In general, it reflects the efforts of healthcare executives to turn costs into quality.

REFERENCES

1. *Forbes Magazine, article: “Virtual Doctor: How Artificial Intelligence Works in Medicine”, Sergey Morozov, January 2018, <http://www.forbes>.*

ru/tehnologii/356327-virtualnyy-doktor-kak-budet-rabotat-iskusstvennyy-intellekt-v-medicine;

2. Article: "The future has already come: as an artificial intelligence in medicine", RuslanZaydullin, January 2018, [https://vc.ru/32237-budushchee-uzhe-nastupilo-kak-iskusstvennyy-intellekt-primenyaetsya-v-medicine;](https://vc.ru/32237-budushchee-uzhe-nastupilo-kak-iskusstvennyy-intellekt-primenyaetsya-v-medicine)

3. Article: *Artificial Intelligence in Medicine*, NikolayKozin, February 2018;

4. Analytical report for 2015, *National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan*, MH and SW RK;

5. *Data from the Deloitte study;*

6. "Expert Zone" magazine, article: "Key technologies of artificial intelligence formation in medicine", G.U. Blejnjac;

7. *Tadvser Business Conference*, Article: *Artificial Intelligence: The Market of Russia*, January 2018;

8. Article: "Artificial Intelligence in Medicine: Main Trends", Alexey Upatov, April 2016;

9. Article: "Artificial Intelligence for Medicine-Review", May 2018;

10. Article: "Introduction to Artificial Intelligence: a summary of the lecture" Smolin Denis Valerievich;

11. Article: "Robots come: technology development and the future without work" Martin Ford, Moscow, 2016;

12. ShareAmerica edition, article: "Artificial intelligence in medicine: innovations are coming", February 2017;

13. Article: *Intelligence artificial: pros and cons*, December 2017 [https://navicongroup.ru/press-room/publication/4646/;](https://navicongroup.ru/press-room/publication/4646/)

14. Article: "Advantage of artificial intelligence", author PetrZhegin, April 2016;

15. CRN, regular issue number 12 (465), article: "Intelligence artificial: the pros and cons", December 2017.

УДК 614.253.1.614.253.6

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ОНКОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Н.Б. ТАБЫНБАЕВ, Е.К. САРСЕБЕКОВ

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

Аннотация. В статье приведены некоторые аспекты Стратегического развития Национального научного центра онкологии и трансплантологии.

Ключевые слова: Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, Стратегические аспекты развития

Түйіндемe. ҰЛТТЫҚ ОНКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ ДАМУЫНЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ. Табынбаев Н.Б., Сәрсебеков Е.Қ. Мақалада Ұлттық онкология және трансплантология ғылыми орталығының болашақтағы Стратегиялық даму бағдарламасының мәселелері келтірілген.

Түйін сөздер. Ұлттық онкология және трансплантология ғылыми орталығы, Стратегиялық даму бағдарламасы

Summary. STRATEGIC ASPECTS OF NATIONAL DEVELOPMENT SCIENTIFIC CENTER OF ONCOLOGY AND TRANSPLANTATION. Tabynbayev N.B., Sarsebekov E.K. The article presents some aspects of the strategic development of the National scientific center of oncology and transplantology.

Keywords. National scientific center of oncology and transplantology, strategic aspects of development

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан 13 июня 2008 года было создано АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»,

который открыл свои двери 24 октября 2009 года в составе Национального медицинского холдинга. На основании решения Совета директоров Национального медицинского холдинга 7 февраля 2014

года Центр был трансформирован в АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» (далее ННЦОТ). Целью создания Центра является обеспечение предоставления высококачественной и конкурентоспособной медицинской помощи, а также внедрение и распространение современных технологий в области медицинской науки и образования. Инструментом для построения этой модели является тандем клинической и научно-образовательной деятельности Центра при эффективном развитии таких направлений как онкогематология, трансплантология, ортопедия, сосудистая, многопрофильная и торакоабдоминальная хирургия, гепатология и т.д.

Оптимальная структура Центра на существующей клинической базе со штатной численностью персонала 900 единиц и мощности коечного фонда 240 коек позволяет эффективно развиваться в указанных направлениях.

Из всех 900 штатных единиц сотрудников Центра 178 (19,8%) приходится на врачебный, 374 (41,5%) - на сестринский персонал. Следует отметить ежегодную тенденцию роста категорированности как врачебного, так и сестринского персонала. Так, в последние годы доля врачей с наличием квалификационных категорий достигла 91%, среднего медперсонала - 76%.

В штате Центра 8 докторов и 16 кандидатов медицинских наук, имеющие широкий опыт работы и владеющие современными методиками диагностики и лечения, активно занимающихся научной деятельностью. Можно отметить, что только за 2010-2017 годы в клиническую практику внедрено более 150 инновационных медицинских технологий и только за 2015-2017 годы в зарубежных периодических журналах опубликовано 58 статей, из которых 22 - в изданиях с импакт-фактором.

Практически весь ключевой клинический персонал Центра прошел стажировку в лучших медицинских центрах США, Японии, Южной Кореи, Германии, Бельгии, Италии, Швейцарии и странах ближнего зарубежья. С 2013 года под наставничеством наших специалистов выпущено более 44 резидентов по 6 специальностям. В настоящее время обучаются 92 резидента.

В своей основной деятельности Центр активно изучает передовой мировой опыт и внедряет в практику лучшие медицинские технологии. Для этих целей налажены деловые связи, подписаны меморандумы и проводятся постоянные работы по обучению специалистов, обмену международным опытом и взаимовыгодными творческому сотрудничеству со стратегическими партнерами

- Университетской клиникой Башкент (Турция), Медицинским центром Питсбургского Университета (США), Госпиталем Бунданг Сеульского Национального Университета (Республика Корея), Клиническим центром Вильнюсского Университета (Литва), Университетским Медицинским центром им. Бен-Гуриона (Израиль), Санкт-Петербургским Медицинским Университетом им.И.П.Павлова (Россия) и т.д.

Интеграция с Назарбаев Университетом в качестве научно-образовательной базы представляет уникальную возможность специалистам ННЦОТ внедрять инновационные технологии в области практической медицины, что позволяет Центру быть локомотивом по ряду клинических направлений не только в Казахстане, но в Центрально-Азиатском регионе.

ННЦОТ в настоящее время представляет собой современную клинику в области многопрофильной медицины, оказывающей специализированные и порядка 60 видов высокотехнологические медицинские услуги (ВТМУ). Вместе с тем, достигнутые успехи являются основополагающими для дальнейшего развития основной деятельности Центра. В связи с указанными разработана Концептуальная модель стратегического развития ННЦОТ, которая представляет собой современную клиническую базу для Школы медицины Назарбаев Университета в формате, предусматривающем модернизацию нашей клиники в многопрофильный научно-образовательно-клинический центр с сохранением его ключевых направлений на основе системных организационно-управленческих и медико-технологических преобразований.

Таким образом, главные цели намеченного Стратегического развития ННЦОТ включают следующие основные направления:

1. Обеспечение высокого уровня специализированных и ВТМУ, рационального использования ресурсов, внедрения современных управленческих технологий для дальнейшего развития доходности коммерческой деятельности и повышения конкурентоспособности.

2. Развитие таких новых направлений, как онкохирургия, лучевая и химиотерапия для возможного расширения специализированных видов онкологической помощи населению.

3. Дальнейшее развитие и совершенствование деятельности существующих служб онкогематологического и гепатологического профиля.

4. Инновационное развитие организации по трансплантации почек и печени, реконструктивно-пластической и интервенционной хирургии.

5. Сохранение многопрофильности Центра с дальнейшим развитием клинических направлений терапевтического и хирургического профиля.

6. Обеспечение обслуживаемого контингента видами и объемами медицинской помощи, соответствующей потребностям клинической базы, что позволит удовлетворить образовательные цели Школы медицины НУ.

Для решения поставленных задач необходимо взять во внимание следующие механизмы реализации Стратегического плана развития Центра:

- структурная реорганизация, включающая пересмотр состава и мощности подразделений, повышение эффективности использования основных ресурсов, усиление взаимодействия между подразделениями;

- проведение кадровой политики, построенной на современных принципах управления человеческими ресурсами, включающей инвестирование в развитие кадрового потенциала, рост эффективности труда на основе повышения его технико-технологической вооруженности;

- развитие инновационного потенциала – разработка и использование стандартов медицинской помощи, расширение видов ВТМУ, разработка и внедрение новых методов лечения и организационных технологий.

Важной предпосылкой для проведения намеченных преобразований является наличие исходного потенциала по ключевым клиническим направлениям. Учитывая накопленный потенциал нашего Центра, горизонт приоритетных клинических направлений до 2020 года укладывается в реалистичный среднесрочный план поэтапного развития.

Развитие трансплантации печени, как одного из приоритетов, предполагает увеличение количества трансплантаций этого органа с 12 в 2016 году до 35 в 2020 годы (т.е. в 2,9 раз), в том числе от кадавра – с 3 до 11 (т.е. в 3,6 раза). Увеличению количества трансплантации печени должно способствовать создание на базе ННЦОТ центра гепатологии, где будут концентрированы больные с хроническими заболеваниями печени.

Поэтапное развитие гепатологии включает в себя формирование таких направлений, как определение функции печени по клиренсу индоцианина, планируемая численность которых к 2020 году должна увеличиться с 2017 года с 5 до 20 (в 4 раза). Лечение гормонорезистентных/тяжелых форм язвенного колита и болезни Крона моноклональными антителами с 30 до 50 (в 1,7 раз); Противовирусная терапия HBV-/HCV-/HDV-инфекции у пациентов в листе ожидания трансплантации пе-

чени и в раннем посттрансплантационном периоде - с 8 до 50 (6,2 раза).

Предполагается, что объем расширенных комбинированных операций при опухолях желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны в 2020 году по сравнению с 2017 годом вырастет с 40 до 90 (в 2,2 раза).

Малоинвазивные вмешательства при опухолях (лапароскопические, торакокопические, видеоассистированные, органосохраняющие и радиочастотная абляция опухолей) в 2020 году по сравнению с 2016 годом вырастут в 3 раза.

Количество процедур по регионарной перфузионной терапии в онкологии в 2020 году по сравнению с 2016 годом вырастет с 6 до 20 (в 3,3 раза). Регионарная перфузионная терапия на сегодняшний день не применяется в РК, которая позволяет увеличить процент выживаемости пациентов.

В 2020 году в сравнении с 2016 годом количество операций по эндопротезированию крупных суставов увеличится с 750 до 850 (на 12%), эндоскопических вмешательств (130 до 160) (на 19%), применение гибридных технологий при многоуровневых поражениях артерий с 20 до 40 (в 2 раза), малоинвазивных рентгенохирургических вмешательств с 550 до 750 (в 1,4 раза).

Малоинвазивные технологии позволяют избежать объемных оперативных вмешательств, что приведет к снижению риска послеоперационных осложнений и ускорению темпов оздоровления больных, сокращению стационарных койко-дней, а также улучшению качества жизни пациентов при минимальных затратах на реабилитацию.

Гибридные технологии при многоуровневых поражениях позволяют одномоментное выполнение оперативного вмешательства на разных сосудистых бассейнах, что в свою очередь способствует снижению материальных затрат и ускоряет темпы выздоровления пациента.

Планируется также ксенотрансплантация и трансплантация фибробластов при ранах в перспективе с 60 в 2017 году до 200 в 2020 году. Организация банка кожи с 2018 года на базе Центра может стать одним из основных ресурсов, позволяющих реализовать одну из стратегических целей передовой научно-инновационной системы НУ и стать основной базой обеспечения потребности операций по трансплантации кожи по уникальным технологиям, разработанным и признанным в Республике Казахстан.

В рамках развития службы онкогематологии предполагается увеличение количество проведенных аллогенных родственных трансплантаций с 40 в 2016 году до 55 в 2020 году (в 2,2 раза);

гаплоидентичных – с 30 до 40 (в 7,1 раза); аутологичных – с 50 до 110 (в 2,8 раза); аллогенных неродственных – с 2 до 10 (в 2,8 раз).

Основным ресурсом для реализации перспективного плана развития данного направления является открытие чистых помещений на базе Центра, что позволит к 2020 году обеспечить потребность подобного рода операциях по всей территории Республики Казахстан.

Важным направлением в деятельности Центра является дальнейшее совершенствование подготовки кадрового потенциала по клиническим направлениям, что включает следующие организационные мероприятия:

Подготовка PhD-докторантов по клиническим профилям.

Повышение мотивации к занятию научной деятельностью путем:

а) внедрения института по повышению социального статуса ученого;

б) привлечения программно-целевого финансирования;

г) внедрения института по повышению нематериальных выгод по проведению научных исследований.

Повышение престижа ученого путем внедрения балльно-рейтинговой системы оценки научной и инновационной деятельности, персонализированного анализа привлечения бюджетных средств.

Взращивание ученых с высоким индексом Хирша (>5), являющимся характеристикой продуктивности учёного, основанной на количестве публикаций и их цитирования.

Непрерывное повышение квалификации научных сотрудников по GCP, GCLP, GSP.

Привлечение научных грантов для молодых ученых (до 40 лет).

Активизация работы по организационному сопровождению качественной подготовки проектных заявок, отчетов, научной продукции и научных исследований:

- подготовке проектных заявок на научно-клиническое исследование;

- подготовке заявок на охранные документы (патент, свидетельство, в том числе зарубежные);

- подготовке научных статей в журналы с цитируемостью (импакт-фактор, SJR);

- владению хорошего (writing, reading, listening and speaking) английского языка, в том числе медицинского;

- владению способам и принципам доказательной медицины и биостатистики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, Центр за время своего функционирования оказывает специализированную и высокотехнологическую медицинскую помощь населению на уровне мировых стандартов по многим видам сложных заболеваний, являясь одним из уникальных клиник и постоянно совершенствуя лечебно-диагностический процесс по многим клиническим направлениям. Для дальнейшего улучшения всей деятельности Центра обоснована и разработана программа Стратегического развития с механизмами реализации основных ее направлений, что послужит основой повышения престижа клиники на международном уровне, как одной из ведущих медицинских организаций страны.

УДК: 616-07:614.2

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Б.С. СЕЙДУАЛИЕВА

АО «Центральная клиническая больница»

г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация: Стандартизация и улучшение качества всех процедур, выполняемых до начала проведения лабораторных исследований, которые непосредственно влияют на результат лабораторного анализа. Основа обеспечения качества на преаналитическом этапе – это разработка и четкое соблюдение инструкции по качеству проведения этой стадии лабораторного исследования и определение персональной ответственности каждого сотрудника клиники и лаборатории.

Ключевые слова: преаналитический этап, лабораторные анализы, нарушение, качество

Түйіндемe. ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАДА ПРЕАНАЛИТИКАЛЫҚ КЕЗЕҢ САПАСЫН ЖАҚСARTY. Сейдуалиева Б.С. Лабораториялық талдаудың нәтижесіне тікелей әсер ететін зертханалық зерттеулер басталғанға дейін орындалатын барлық рәсімдердің сапасын стандарттау және жақсарту. Преаналитикалық кезеңде сапаны қамтамасыз етудің негізі зертханалық зерттеулердің осы кезеңін жүргізу сапасы бойынша нұсқаулықты әзірлеу және қатаң ұстану және клиника мен зертхананың әрбір қызметкерінің жеке жауапкершілігін анықтау болып табылады.

Түйін сөздер: преаналитикалық кезең, зертханалық зерттеулер, бұзылулар, сапа

Summary. QUALITY IMPROVEMENT OF PREANALYTICAL STAGE IN LABORATORY DIAGNOSTICS. Seydualieva B.S. Article devoted to the standardization and improvement of the quality of all procedures performed before the beginning of laboratory tests, which directly affect the result of laboratory analysis. The basis of quality assurance at the preanalytical stage is the development and strict adherence to the instruction on the quality of conducting this stage of laboratory research and determining the personal responsibility of each employee of the clinic and laboratory.

Keywords: preanalytical stage, laboratory tests, disturbance, quality

В настоящее время под обеспечением качества понимается совокупность планируемых и систематически проводимых мероприятий, необходимых для получения объективной диагностической информации. Задачей нашего отделения лабораторной диагностики (далее - ОЛД) является создание надежного набора инструментов, позволяющего выявлять ошибки и проводить целенаправленные мероприятия, сводящие их к минимуму.

Отделение лабораторной диагностики нашей больницы проводит высокотехнологические современные исследования, предназначенные для постановки диагноза и контроля за эффективностью лечения и соответствует всем критериям современной лаборатории по уровню квалификации персонала, оборудования, максимальной автоматизации исследований, наличием лабораторно-информационной системы, хорошими условиями обслуживания пациентов.

ОЛД прошла аккредитацию на соответствие требованиям международного стандарта СТ РК ИСО 15189-2015 «Медицинские лаборатории. Требования к качеству и компетенции» с целью обеспечения доверия заказчиков услуг ОЛД к результатам проводимых исследований. Аттестат аккредитации № KZ.M.02.2046 от 28 марта 2018 года.

Имея в своем арсенале такую лабораторию, с разнообразием информативных лабораторных анализов необходимо использовать их грамотно, с учетом всех правил назначения и взятия биоматериала.

Выполняя лабораторные исследования, сотрудники клинической лаборатории стремятся к наиболее точному воспроизведению аналитических процедур для получения достоверного результата анализа. Однако нередко их усилия приводят к получению данных, не отражающих

истинное состояние организма. Опыт показывает, что их источниками являются влияние факторов преаналитического этапа [1,2].

Этими факторами могут стать все события, происходящие:

- с обследуемым пациентом в период, предшествующий взятию у него порции биоматериала для исследования, и в ходе самого процесса взятия;

- с взятой у пациента порцией биоматериала до поступления ее в лабораторию;

- с поступившей в лабораторию порцией биоматериала до начала собственно анализа.

Основа обеспечения качества на преаналитическом этапе – это разработка и четкое соблюдение инструкции по качеству проведения этой стадии лабораторного исследования и определение персональной ответственности каждого сотрудника клиники и лаборатории.

Опираясь на международные стандарты и рекомендации, в ОЛД разработаны и утверждены внутренние стандарты проведения преаналитического, аналитического и постаналитического этапов лабораторных исследований.

Известно, что от 46% до 68% ошибок в лабораториях совершается на преаналитическом этапе. В современной лаборатории вклад аналитического этапа в количестве ошибок минимален и составляет около 7% [3,4]. Это связано с оснащением лаборатории высокоточными стандартизованными автоматическими анализаторами и современными аналитическими системами. На аналитическом этапе выполнения исследований проводится внутренний контроль качества, а также находится под контролем международных организации, так как с 2006 года являемся участником международного контроля качества EQAS и имеем на сегодняшний день 37 международных сертификатов качества.

При анализе ошибок преаналитического этапа выявлено, что 76% составляет неправильный забор биоматериала различного характера; 9% нарушение идентификации и 15% дублирование.

Ошибки преаналитического этапа приводят к следующим последствиям [5]:

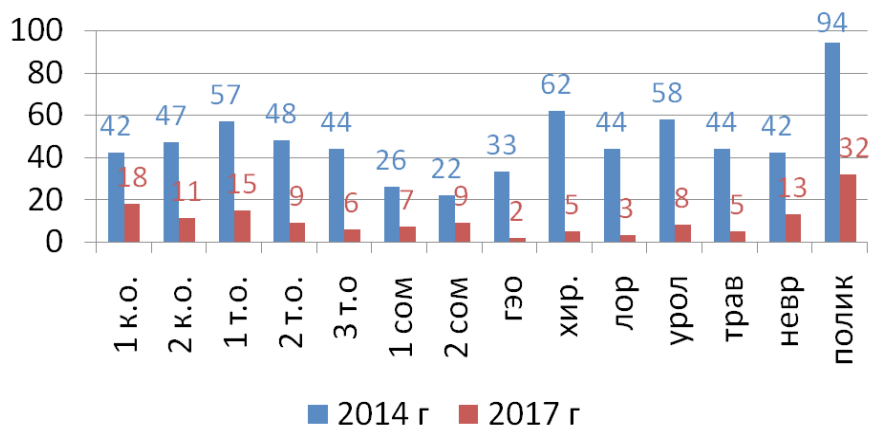
- повторным заборам крови у пациентов;
- увеличению стоимости обследования из-за повторных тестов и дополнительного обследования пациентов;
- увеличению длительности нахождения на больничном листе и пребывания в стационаре;
- удорожанию обследования и лечения в общем;
- потери времени и поломке оборудования и т.д.

Поэтому в работе лаборатории большое вни-

мание уделяется качеству преаналитического этапа, от которого во многом зависит и качество выполняемых исследований. Преаналитический этап включает в себя контроль качества соблюдения правил подготовки больного, взятия и доставки биологических материалов медицинским персоналом стационарных отделений. В клинике для улучшения этого этапа контроля качества регулярно проводятся занятия с медицинскими сестрами, были выпущены методические рекомендации, разработан стандарт в виде детальной инструкции персонала, который устанавливает правила, обеспечивающие качество биоматериала до начала его исследования в лаборатории.

В таблице приведена динамика ошибок преаналитического этапа по отделениям больницы в 2014 году в сравнении с 2017 годом.

Таблица 1 - Динамика ошибок преаналитического этапа по отделениям больницы



В организационном плане для улучшения преаналитического этапа проведена следующая работа:

- разработка удобных высокоинформативных печатных документов, содержащих необходимую для врача-клинициста информацию о перечне анализов с указанием необходимости предварительной подготовки перед взятием крови и наглядные инструкции и СОПов для среднего медицинского персонала по забору биоматериала;
- наличие информационного отдела лабораторного менеджмента;
- наличие единой лабораторной информационной системы, позволяющей кроме статистического учета документировать время поступления биологического материала в лабораторию, время, затраченное на обработку проб, проведение анализа и оформление бланка результатов;
- ведение журнала выбраковки проб по

четко определенным критериям отказа в приеме материала на исследования – расхождение между данными в направлении и этикетки на пробирке; нечеткая идентификация пациента; отсутствие этикетки на пробирке или другой емкости, материал взят не с тем антикоагулянтом; превышение сроков доставки, наличие сгустков в цельной крови с антикоагулянтом, кровь взята во время инфузии и т.д.

- использование вакуумных систем взятия крови, что обеспечивает стандартизацию условий забора, хранения и транспортировки, а также качество аналитического этапа;
- соблюдение всех правил взятия образцов биоматериала (правила идентификации пациента, порядок взятия образцов крови, выжидание времени наполнения пробирок кровью до контрольной метки, правильное перемешивание образцов и т.д.).
- обучение медперсонала, ответственных

за сбор, доставку биоматериала и контроль за их работой; разработка и наличие «памятки для пациентов» для правильной подготовки и сбора биоматериала.

- Результатом проводимой работы является снижение ошибок преаналитического этапа за 3 года с 247 в 2014 году до 150 в 2017 году или на 52% и улучшение качества взятия биопроб на лабораторные исследования.

Таким образом, ежедневной составляющей работы ОЛД являются мероприятия по обеспечению и управлению качеством лабораторных исследований, основанные на разработанных и существующих международных стандартах и рекомендациях. Это гарантирует производство и передачу пациентам и врачам – клиницистам диагностической информации высокого качества.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мошкин А.В., Долгов В.В. *Обеспечение качества в клинической лабораторной практике.* Москва. Мед.изд-во, 2004.
2. *Обеспечение качества лабораторных исследований. Преаналитический этап работы.* Под ред. Меньшикова В.В. Москва. «Юнимед-пресс». 2003.
3. Boon D. *Governmental perspectives on evaluating laboratory performance.* Clinical Chemistry, 1993.
4. Plebani M. and Carraro P. *Mistakes in a stat laboratory: types and frequency.* Clinical Chemistry, 1997.
5. Plebani M. *Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine?* ClinChem Lab Med., 2006.

УДК 617-089.844

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ В ПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Н.Б. ТАБЫНБАЕВ, Е.К. САРСЕБЕКОВ

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

Аннотация. В статье приведены состояние и достижения Национального научного центра онкологии и трансплантологии по трансплантации органов за время своего функционирования.

Ключевые слова: Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, состояние трансплантации органов

Түйіндемe. ПРОФИЛЬДІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАҒЫ АҒЗАЛАРДЫ АУЫСТЫРУ. Табынбаев Н.Б, Сәрсебеков Е.Қ. Мақалада Ұлттық онкология және трансплантология ғылыми орталығының жұмыс жасаған мерзіміндегі ағзаларды ауыстыру бағыттары бойынша жағдайы мен жетістіктері берілген.

Түйін сөздер: Ұлттық онкология және трансплантология ғылыми орталығы, ағзаларды ауыстырудың жағдайы

Summary. ORGAN TRANSPLANTATION IN SPECIALIZED HEALTH CARE ORGANIZATIONS. Tabynbayev N.B, Sarsebekov E.K. The article presents the state and achievements of the National scientific center of Oncology and transplantology for organ transplantation during its operation .

Keywords: National scientific center of oncology and transplantology, the state of organ transplantation

В последние десятилетие в Республике Казахстан интенсивно развивается одно из сложных направлений медицинской науки и практики - трансплантация органов и тканей. И одним из ведущих медицинских организаций этого профиля в стране является Национальный научный центр

онкологии и трансплантологии (далее - ННЦОТ), который в настоящее время представляет собой современную клинику в области многопрофильной медицины, оказывающей специализированные и порядка 60 видов высокотехнологические медицинские услуги (ВТМУ). Это во многом по-

зволило внедрять в практику Центра и развивать одну из наиболее сложных и высокотехнологичных областей медицины – трансплантацию органов и тканей. За весь период существования в стенах Центра пролечено более 67 тысяч пациентов, проведено 48 тысяч оперативных вмешательств, из которых более 14 000 операций по ВТМУ. Следует отметить, что в числе получивших высококачественное лечение было более 200 иностранных пациентов, в том числе из России, Узбекистана, Кыргызстана, Израиля и других стран.

Развитие одного из наиболее важных приоритетов основной деятельности Центра является трансплантация почки, которая остается наиболее эффективным методом лечения терминальных заболеваний этого органа. В нашем Центре первая трансплантация почки проведена в 2011 году. За 2011-2017 годы количество всех проведенных трансплантаций почек составило 315, из которых 88,2% были трансплантации от живого донора, а 11,8% - от кадавра. В 2011 году на базе Центра было произведено первое в стране лапароскопическое изъятие почки от живого донора, в 2012 году – первое в РК мультиорганное изъятие органов от трупного донора (почки, сердце). К основным преимуществам трансплантации почек от живых доноров следует отнести лучшие показатели выживаемости реципиентов и трансплантатов, более устойчивую функцию пересаженного органа, а также отсутствие длительного периода ожидания с возможностью выполнения трансплантации до начала заместительной почечной терапии. Следует отметить, что из всех трансплантаций почек в 18 случаях она проведена иностранными пациентами.

Развитие другого направления из основных приоритетов в клинической деятельности Центра – гепатобилиарной трансплантологии – также предоставляет собой передовую площадку отечественного здравоохранения. В 2013 году выполнена первая в РК ортоптическая трансплантация печени от трупного донора и первая в РК трансплантация печени от живого донора пациенту детского возраста. В 2015 году выполнена первая самостоятельная трансплантация печени от живого донора, в 2016 году – первая трансплантация поджелудочной железы от живого донора. За 2010-2017 годы проведено всего 30 трансплантаций печени, в том числе 11 - от кадавра. Согласно протоколу №4 от 13.08.2015 года, приказом МЗСР РК на базе ННЦОТ открылся Республиканский координационный центр по гепатологии и гастроэнтерологии, целью которого является отбор, сопровождение и наблюдение пациентов, нуждающихся в

трансплантации печени. Кроме трансплантации печени, в отделении выполняются сложные оперативные вмешательства на органах гепатопанкреатобилиарной зоны (до 500 в год), в том числе расширенные и атипичные резекции печени при опухолевых и паразитарных поражениях (120), радикальные операции по поводу злокачественных (147) и доброкачественных (57) новообразований поджелудочной железы, панкреатодуоденальные (63) и дистальные резекции (12), панкреатоэктомия (12), а также внедрена новая двухэтапная резекция печени по методике ALPPS (4) и т.д.

Одним из важных направлений деятельности Центра является реконструктивно-пластическая хирургия, включающая хирургическое лечение опухолей, послеожоговых рубцовых деформаций кожи, обширных, длительно существующих трофических язв различного генеза и т.д. Лечение при этих поражениях заключается в применении собственно разработанных запатентованных биологических технологий в виде аллотрансплантации кожи (патент на ксенотрансплантацию), по которой ННЦОТ является ведущим центром в Казахстане. За 2010-2017 годы всего проведено более 170 аллотрансплантаций кожи.

В других направлениях хирургической (онкогинекологической, урологической, ортопедической) деятельности Центра также активно применяются современные заимствованные или собственно разработанные эффективные методы оперативного лечения сложных патологий. В частности, в онкогинекологии оптимизируется лечение при местно-распространенном процессе шейки (до 70 операций в год) и тела (до 220) матки, проводимое в основном лапароскопическим методом и выполнение оптимальной циторедукции - при раке яичников с проведением как стандартных (до 210), так и комбинированных операций (до 25) с резекцией пораженных смежных органов, подвздошно-парааортальной лимфодиссекцией и перитонитэктомией. В урологической службе разработаны и используются методы лапароскопической простатэктомии (12 успешных операций), лапароскопической цистопростатэктомии (3), аутоотрансплантации почки (2), кишечной (9) и аппендикулярной (2) пластики при протяженных стриктурах мочеточника, эмболизация и химиоэмболизация при опухолях почек, мочевого пузыря и простаты (31) и другие эффективные технологии. В ортопедии выполнено более 4000 современных эндопротезирований крупных суставов, в том числе мега-протезирование при опухолях костей (30), гемофилии (88), а также артроскопические и реконструктивные операции (более

2500). Следует отметить, что наш Центр является единственной клиникой в Центральной Азии, где оказываются ВТМУ пациентам с гемофилическими артропатиями.

Еще одним из важных видов деятельности Центра является интервенционная хирургия, заключающаяся в осуществлении диагностики и лечения различных заболеваний с помощью малоинвазивных эндоваскулярных и несудистых рентгенхирургических вмешательств. Указанными высокотехнологичными методами за 2009-2017 годы получили лечение 7536 пациентов. При этом число выполненных диагностических исследований составило 2190, периферических интервенционных вмешательств - 1202 и процедуры при кардиологической патологии - 245. В числе интервенционных лечебных технологий выполнены следующие высокотехнологичные вмешательства, как стентирование коронарных артерий (всего 368 случаев) и стриктур холедоха (50), чреспеченочная холцисто- или холангиостомия (339), эмболизация слезеночной и маточных артерий (240), имплантация стент-графтов в брюшную (116) и грудную (49) аорту, химиоэмболизация опухолей печени (344) и матки (29) и т.д.

Особого внимания заслуживают внедрение в отечественную практику здравоохранения таких эксклюзивных технологий, как аллогенная и гаплоидная трансплантация костного мозга (ТКМ), ортопедия модульных суставов при гемофилии и остеонкология, комплексное лечение аневризм аорты и т.д.

Открытие в 2010 году отделения онкогематологии и ТКМ явилось парадигмой в истории отечественной гематологии. Гематологическая служба в Казахстане в рамках Государственной программы «Саламатты Казахстан» получила возможность проводить уникальную технологию лечения онкогематологических патологий.

Именно с 2010 года, после начала проведения ТКМ больным с гемобластомами позволило сократить лист ожидания пациентов, стоящих в очереди на лечение за рубежом. Ежегодно, увеличивая количество трансплантаций, гематологи внедряют новые методы лечения заболеваний крови: аллогенная (от донора) трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, интеграция в международный регистр, проведение неродственной трансплантации с привлечением зарубежных доноров. С момента открытия отделения гематологии в Центре было проведено 267 трансплантаций костного мозга. Следует отметить, что общая выживаемость после высокодозной химиотерапии в сочетании с аутогемотрансплантацией стволовых

клеток при лимфопролиферативных заболеваниях достигнута 78%, лимфоластных лейкозах - 51%, миелобластных лейкозах - 52%, остром лейкозе после гаплогенной ТКМ - 40%. Ежегодно выписываются с улучшением более 90% пациентов, где более 29% получают высокодозную химиотерапию. Эти показатели сопоставимы с данными зарубежных клиник, занимающихся указанными проблемами.

В 2010 г. организована рентгеноперационная лаборатория (24 ч / 7 дней) по оказанию экстренной помощи при ОКС. Внедрены методики коронарной ангиографии баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца (100 случаев в год), а также первый инсультный Центр в г. Астане, на базе которого ежегодно получали лечение около 1000 больных. Впервые в стране внедрены методики селективного тромболитика при ишемическом инсульте и установки датчиков измерения внутричерепного давления пациентам с нарушением мозгового кровообращения и малоинвазивные операции при геморрагическом инсульте с локальным фибринолизом.

Внедрен международный протокол лечения при тяжелом деструктивном панкреатите, что позволило избежать летальности при данной патологии. Внедрена методика инвазивного гемодинамического мониторинга на аппарате PiCCO 2+ у всех тяжелобольных с обучением 18 врачей из регионов РК. Внедрение данного метода и новых протоколов терапии тяжелого сепсиса позволило снизить летальность при септических шоках с 19 до 3,4%. Успешно развивается нутрициология в интенсивной терапии у онкологических больных и в посттрансплантационном периоде. Разработана методика ультрагемофильтрации в остром периоде ишемического инсульта.

Совместно с Национальным научным центром кардиохирургии впервые в Центральной Азии использована экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) крови у беременной с тотальной двухсторонней пневмонией, позволившая сохранить жизнь матери и ребенка. В последующем ЭКМО спасла жизнь десяткам пациентов с патологией легких и сердца.

Таким образом, ННЦОТ за время своего функционирования оказывает специализированную и высокотехнологическую медицинскую помощь населению на уровне мировых стандартов по многим видам трансплантации органов и тканей, являясь одним из уникальных клиник и постоянно совершенствуя лечебно-диагностический процесс на основе современных передовых медицинских технологий.

УДК 614.2

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ: ПЕРЕДОВЫЕ ЗНАНИЯ И НАВЫКИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

М.Ж. САРИЕВА, М.А. КАЛИЕВА, А.Б. ЕСИМХАНОВА
РГП «Больница Медицинского центра» УДП РК на ПХВ
г.Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье дан краткий обзор организации обучения медицинских сестер Больницы по 011 государственной бюджетной программе, международному опыту в развитии сестринского дела, а также перспективам дальнейшего развития данного направления.

Ключевые слова: международный опыт, инновационное обучение, сестринское дело, Школа медицинских сестер

Түйіндемe: ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ: МЕЙІРБИКЕ ІСІН ДАМЫТУ САЛАСЫНДАҒЫ ОЗЫҚ БІЛІМДЕР МЕН ДАҒДЫЛАР. Сариева М.Ж., Қалиева М.А., Есімханова А.Б. Мақалада 011 мемлекеттік бюджеттік бағдарлама, мейірбике ісін дамытудағы халықаралық тәжірибе, сонымен қатар осы бағытты бұдан әрі дамыту перспективалары бойынша Аурухана мейірбикелеріне оқу ұйымдастыруға қысқаша шолу берілген.

Түйін сөздер: халықаралық тәжірибе, инновациялық оқу, мейірбике ісі, Мейірбикелер мектебі.

Summary: INTERNATIONAL EXPERIENCE: ADVANCED KNOWLEDGE AND SKILLS IN THE FIELD OF NURSING DEVELOPMENT. Sarieva M.Zh., Kaliyeva M.A., Esimhanova A.B. The article gives a brief overview of the organization of training of the Hospital's nurses on the 011 state budget program, international experience in the development of nursing, and prospects for further development of this direction.

Keywords: international experience, innovative education, nursing, School of Nurses

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская сестра является объемной составляющей кадрового ресурса медицинских организаций. В мировой практике, современная медицинская сестра, в качестве последипломного образования проходит не только повышение квалификации или специализацию, но и подготовку в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу. Роль медицинской сестры в современном здравоохранении значительно изменилась и усилилась, так как медицинская сестра стала равноправным партнёром врача. В своём новом качестве, медицинская сестра способна планировать сестринский процесс, а также принимать самостоятельные решения. Наряду с реформированием сестринского образования, предполагается внедрение новых механизмов функционирования медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами, внедрение инновационных сестринских технологий, перераспределение и четкое разграничение функциональных обязанностей между врачами и медсестрами разных уровней [1].

В настоящее время для организаций здравоохранения РК очень важно создание динамичной системы подготовки и повышения квалификации средних медицинских работников с широким использованием современных образовательных технологий и максимально возможной минимизацией отрыва от специалистов от основной работы [2].

ЦЕЛЬ

Проведение краткого обзора организации обучения медицинских сестер Больницы по 011 государственной бюджетной программе, международному опыту в развитии сестринского дела.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Больнице Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан (далее - Больница) работают около 670 средних медицинских работников, что требует разработки специальных условий и организации эффективных мероприятий для повышения их профессионального уровня. В этой связи, согласно протокольному поручению Управления делами Президента РК, для создания постоянной, устойчивой, инновационной и эффективной системы

непрерывного развития профессионального уровня сестринского персонала на базе Больницы с 1 июля 2015 года создана Школа медицинских сестер (далее - Школа). Цель Школы достижение и поддержка высокого уровня квалификации сестринского персонала Больницы для оказания качественной медицинской помощи.

В рамках развития Школы проводятся семинары, конференции, лекции, также практические занятия для медицинских сестер Больницы. Медицинские сестры проходят стажировки, менторство, мастер – классы с участием зарубежных специалистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 2015 году проведен мастер-класс на базе Больницы на тему «Обучение сестринского персонала при подготовке к внедрению стандартов JCI. Внедрение школы медсестер» с привлечением зарубежных специалистов из Израиля для медицинских сестер. Мастер-класс прошел в виде лекции с последующим обсуждением и дискуссией, а также тренировочные трейсер-аудиты, сессии и круглый стол. В мастер-классе участвовали 25 медицинских сестер. По окончании мастер класса участники заполнили анкеты.

Утверждение	Категорически не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Согласен	Полностью согласен
Семинар был интересен				4	17
Была четкая связь между целями семинара и его содержанием				3	18
Материал был предоставлен в организационной и ясной форме			1	5	15
Лекции хорошо сочетали теорию с практикой				5	16
Лекции способствовали пониманию материала			2	2	17
Семинар способствовал расширению знаний о стандартах качества и аккредитации				5	16
Участие в трейсере помогло мне понять процесс				7	14
Семинар способствовал моей способности выполнять трейсер				8	13
Семинар поможет мне повысить уровень качества в моем отделении				1	20

Результаты анкетирования (рисунок 1) показали, что для большинства респондентов мастер класс был интересным, лекции хорошо

сочетали теорию с практикой и то, что мастер класс поможет им повысить уровень качества в отделении.



Рисунок 1 – Результаты анкетирования

С 16 по 27 мая 2016 г. прошел тренинг (менторство) «От компетентного до экспертного уровня. Разработка передового опыта в области сестринского дела через финское наставничество» с участием экспертов из Лахти Университета прикладных наук (г. Лахти, Финляндия):

1) Г-жа Jaana Mäkelä - медсестра-эксперт, магистр в области медицинских наук, имеющая длительный опыт работы на управленческом уровне в качестве медсестры, а также квалификацию преподавателя;

2) Г-жа Tarja Salminen – медсестра-эксперт, бакалавр сестринского дела и магистр в экономике здравоохранения, имеющая длительный опыт работы в области ухода за пациентами в операционном отделении, организации работы операционной палаты и потоков пациентов и материалов.

С 05 сентября по 16 сентября прошел тренинг (мастер – класс) «От компетентного до экспертного уровня. Разработка передового опыта в области сестринского дела через финское наставничество» (2 часть) с приглашением Eveliina Kivinen – медицинской сестры - эксперта, магистра в области

медицинских наук по специальности сестринское дело (Финляндия).

Менторство было организовано в сотрудничестве с экспертом-наставником и старшими медсестрами, работающими в отделениях поликлиники. Наставники проводили наблюдения, организовывали дискуссии, а также осуществляли руководство и координацию разработки рабочего процесса отделений (рисунок 2). В ходе дискуссий наставники оказывали помощь медицинским сестрам в обсуждении текущей практики и роли медицинской сестры, задавая им вопросы и побуждая к использованию критического мышления в разработке рабочего процесса поликлиники. Были запланированы и применялись активные методы. Наставники организовали интервью с парами «врач-медсестра», семинары для медсестер и обсуждения с палатными сестрами, лекции, а также представили конструктивные комментарии медицинским сестрам для разработки более независимого и эффективного способа работы с особым акцентом на пациентоориентированность.

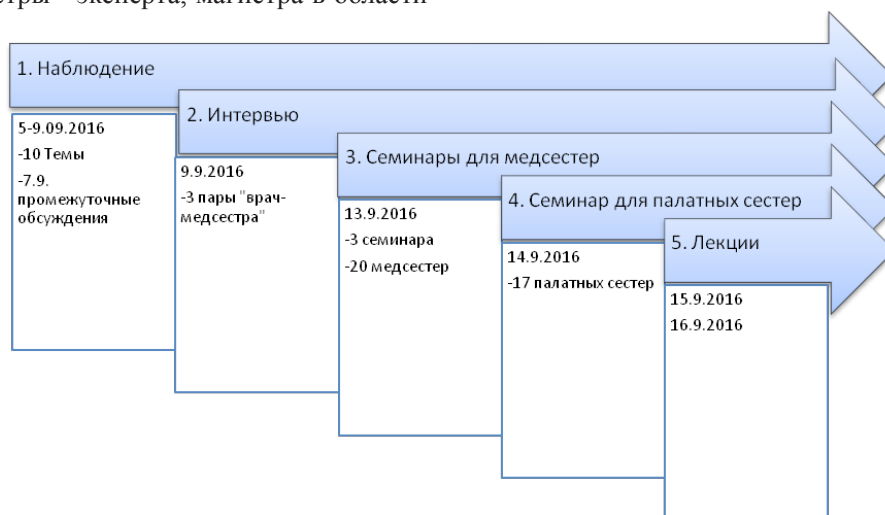


Рисунок 2 – Структура менторства

В рамках договора с Больницей Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан от имени Университетской Клиники Чунг-Анг Lee Yoop Hwi – главой международного отдела Университетской клиники «Чунг-Анг» (г.Сеул, Южная Корея) с 20 февраля по 24 февраля 2017 г. проведен мастер-класс на тему «Госпитальный сервис».

Согласно программе, планировалось дать оценку предоставляемому пациентам сервису. Проследить работу связанных с госпитальным сервисом отделений для выявления недостатков. Далее, после сбора необходимой информации дать свои предложения для усовершенствования госпитального сервиса.

В ходе одной недели проведена работа по оценке оснащенности, дизайна, функциональности и других аспектов следующих отделений: справочная, платное отделение, регистратура, хирургический и терапевтический стационар, отдел логистики, служба поддержки пациентов и внутрибольничный аудит, приемный покой. Были проведены две лекции на темы “Общее понятие госпитального сервиса в многопрофильной больнице в госпитале при университете Чунг-Анг”.

С 09 по 20 апреля 2018 года группа медицинских сестер прошла стажировку в Университетской Клинике Чунг – Анг по теме «Менеджмент в сестринском деле». В ходе стажировки ознакомились с инновационными технологиями в се-

стринском деле, сестринским уходом, сервисом Клиники Чунг – Анг и с понятием «пациентоориентированность».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие сотрудничества с ведущими научными медицинскими центрами Европы и Азии позволяет Больнице постоянно владеть информацией о новых медицинских технологиях. На сегодняшний день Больница уже зарекомендовала себя в области обучения медицинских специалистов: организованы мастер-классы и семинары с привлечением ведущих иностранных специалистов. Такие мастер-классы помогли многим пациентам получить лечение мирового уровня в стенах отечественных клиник без существенных затрат, а специалисты освоили новые инновационные методы в медицине.

Такая модель непрерывного профессионального образования является перспективной, так как не у всех медицинских организаций имеется воз-

можность отправить своих специалистов на обучение в зарубежные организации при имеющейся потребности обучаться. Подбор и приглашение высококлассных тренеров, исходя из потребностей Больницы персонала является наиболее оптимальной и реальной формой повышения профессионального уровня медицинских сестер Больницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куличенко В.П., Блашенцева С.А. *Здравоохранение России в новых экономических условиях. Новые подходы к последипломной подготовке медицинских кадров // Материалы II-й межрегиональной конференции «Непрерывное профессиональное развитие — основа качества медицинской помощи».* – Самара, 2009.

2. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Чукмаитов А.С. *Медицинское образование в США: опыт для Казахстана.* – Астана, 2005. – 100 с.

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

УДК 616.3

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА,
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

А.И. ТУСУПБАЕВ, М.М. РАХМЕТОВ, Р.И. ТАШИМОВ
РГП «Больница Медицинского центра» УДП РК
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация. В статье представлены данные литературы и собственный опыт дифференциальной диагностики неэпителиальных опухолей и неопухолевых образований стенки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Неэпителиальные опухоли составляют 5% всех новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), чаще всего не имеют клинических проявлений и являются находкой при эндоскопическом исследовании. Визуальный осмотр и стандартная методика проведения щипцовой биопсии не позволяют верифицировать вид образования.

Ключевые слова: эндоскопическая ультрасонография, новообразование, неэпителиальные опухоли

Түйіндеме. ӨНЕШТІҢ, АСҚАЗАННЫҢ ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕКТІҢ ЭПИТЕЛИАЛЬДЫ ЕМЕС ІСІК АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДА ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯНЫ АЛҒАШ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ. Түсіпбаев А.И., Рахметов М.М., Ташимов Р.И. Мақалада өнештің, асқазанның және он екі елі ішектің қабырғаларындағы ісік емес түзілімдер мен эпителиальды емес ісіктердің дифференциальды диагностикасын жүргізудегі жеке тәжірибе және әдебиет мәліметтері берілген. Эпителиальды емес ісіктер асқазан-ішек жолының барлық жаңа түзілімдерінің 5% құрайды, көбіне клиникалық көріністерді бермейді және эндоскопиялық зерттеу кезінде табылады. Визуалды тексеру мен қысқыштық биопсия жүргізудің стандартты әдістемесі түзілім түрін анықтауға мүмкіндік бермейді.

Түйін сөздер: эндоскопиялық ультрасонография, жаңа түзілімдер, эпителиальды емес ісіктер

Summary. FIRST EXPERIENCE OF APPLICATION OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF NON-EPITHELIAL TUMORS OF ESOPHAGUS, STOMACH AND DUODENUM. Tusupbaev A.I., Rakhmetov M.M., Tashimov R.I. The article presents the literature data and own experience of differential diagnostics of non-epithelial tumors and non-tumor formations of the esophagus, stomach and duodenum wall. Non-epithelial tumors account for 5% of all neoplasms of the gastrointestinal tract (GI tract), most often have no clinical manifestations and are a finding in endoscopic examination. Visual inspection and a standard technique for conducting gingival biopsies make it possible to verify the type of education.

Keywords: endoscopic ultrasonography, neoplasm, non-epithelial tumors

ВВЕДЕНИЕ

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) значительно расширяет возможности дифференциальной диагностики подслизистых образований на основании их эхографических характеристик.

Подслизистые новообразования ЖКТ – это полиморфная группа опухолей, которая включает в себя опухоли мышечного, неврогенного, сосудистого и смешанного происхождения, а также

пороки развития в виде эктопии поджелудочной железы и дубликационных кист [1-3].

Термин «подслизистая опухоль» был предложен в 1959 году немецким исследователем Шиндлером, который впервые описал эндоскопическую картину доброкачественной неэпителиальной опухоли желудка. В настоящее время понятие «подслизистые образования» ЖКТ включает неэпителиальные опухоли мышечного (лейомиома,

лейомиосаркома, гастроинтестинальная стромальная опухоль), нейрогенного (нейрофиброма, шваннома) и сосудистого (ангиомы), смешанного (гранулярно-клеточные опухоли) происхождения, а также гетеротопию поджелудочной железы и кисты. В общей структуре новообразований ЖКТ они составляют 3-5%. Среди неэпителиальных опухолей верхних отделов ЖКТ наиболее часто, в 60% случаев, подслизистые образования встречаются в желудке, в 30% - в пищеводе и в 10% - в двенадцатиперстной кишке [1-3].

Как правило, подслизистые образования, не имея специфической клинической симптоматики, являются случайной находкой при эндоскопическом или рентгенологическом исследовании. При значительных размерах указанные образования могут стать причиной нарушения проходимости и, как следствие, появления абдоминальных болей. Клинические проявления, обусловленные кровотечением, возникают при изъязвлении слизистой оболочки над опухолью, а также при злокачественном характере опухоли. По данным рентгенологического исследования данные образования диагностируются в виде дефекта наполнения округлой или овальной формы [4].

Информативность эзофагогастродуоденоскопии в сочетании с инструментальной пальпацией в диагностике неэпителиальных опухолей невысока и составляет от 50% до 70% [2,3,5]. Слизистая оболочка в зоне образования преимущественно не изменена, за исключением случаев присоединения воспалительных изменений слизистой или прорастания в поверхностные слои злокачественной ткани. Учитывая локализацию, абсолютно очевидно, что стандартная методика проведения биопсии не позволяет получить материал для верификации гистологической природы указанных новообразований. Решением этого вопроса является эндоскопическая ультрасонография (эндосонография, ЭУС) - высокотехнологическое ультразвуковое исследование, сочетающее в себе возможности эндоскопической и ультразвуковой диагностики заболеваний неэпителиальных опухолей, которая впервые внедрена в Республики Казахстан на базе БМЦ УДП РК отделения эндоскопии.

С внедрением в клиническую практику эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) возможности дифференциальной диагностики неэпителиальных опухолей, неопухолевых заболеваний, а также экстраорганных вдавлений извне стенки ЖКТ значительно расширились. Эндоскопическое ультразвуковое сканирование позволяет

определить истинные размеры и сделать предварительное заключение о гистологической структуре опухолевого образования [5,6]. Критериями дифференциальной диагностики неэпителиальных опухолей ЖКТ являются:

- соотношение образования со слоями стенки ЖКТ;
- эхоструктура образования;
- четкость контуров и наличие капсулы;
- состояние регионарных лимфатических узлов.

ЦЕЛЬ

Кратко описать собственный опыт проведения эндосонографического обследования с эндоскопическим заключением.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В РГП «Больница Медицинского центра УДП РК» накоплен опыт эндосонографического исследования неэпителиальных опухолей верхних отделов ЖКТ. В нашей работе представлены результаты эндосонографического обследования 120 пациентов с эндоскопическим заключением «подслизистое образование» пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В эндоскопическом отделении БМЦ УДП РК с 2015 г проводится диагностическая ЭУС с целью улучшить результаты исследования с подслизистыми новообразованиями верхних отделов ЖКТ, дальнейшего совершенствования методики выполнения эндосонографии, систематизации и оценки эндосонографических признаков подслизистых новообразований для последующего развития данного направления в других лечебных учреждениях страны. Парк оборудования отделения включает: ультрасоногастроскопы «Olympus» GF-UCT-140 и «Olympus» GF-UE-160с частотой 5,0-12 МГц и ультразвуковые мини-зонды 12-20 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе 120 пациентов с диагнозом подслизистые образования после эндоскопического исследования у 36 пациентов подслизистые образования не оказались. Их имитировали селезенка, дуга селезеночной артерии, флэбэктазия пищевода, край печени, желчный пузырь и гиперпластический полип желудка визуально имитирующие гетеротопию поджелудочной железы. В остальных случаях по результатам ультразвукового эндоскопического сканирования у 59 пациентов была диагностирована лейомиома, 17 пациентов - гастроинтестинальная стромальная опухоль же-

лудка, 10 пациентов - липома желудка, 18 пациентов - дубликационная киста, 14 пациентов - аберрантная поджелудочная железа.

Первым этапом эндосонографического исследования является достоверное различие между собственно образованиями стенки ЖКТ и ее экстралюминальным сдавлением. При наличии экстраорганной компрессии стенка ЖКТ сохраняет равномерную пятислойную структуру. Пристеночно в зоне деформации могут лоцироваться как нормальные прилежащие структуры и органы, так и их патологические образования [4].

Следующим этапом ЭУС является верификация интрамурального образования. Различные по своей природе неэпителиальные опухоли имеют характерную эндосонографическую семиотику и определенную частоту встречаемости в различных отделах ЖКТ.

Лейомиома - доброкачественная гладкомышечная опухоль, наиболее часто, в 75% случаев, локализуемая в пищеводе, в 12-14% - в желудке, в 20% - в двенадцатиперстной кишке [2,6]. При эндоскопическом исследовании визуализируется образование округлой или овальной формы, плотное при инструментальной пальпации. Слизистая оболочка над ним не изменена, подвижна, эластична (положительный симптом «шатра»).

При эндосонографическом сканировании лейомиома представляет собой гипэзогенное, однородное по своей эхоструктуре, с четкими контурами образование, локализуемое в пределах второго (мышечная пластинка слизистой) или четвертого (мышечный слой) слоев стенки ЖКТ.

В клинической практике наиболее часто возникает необходимость дифференциальной диагностики лейомиомы с гастроинтестинальной стромальной опухолью, имеющей также миогенную природу. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (Gastrointestinal stromal tumor - GIST) являются самыми распространенными среди мезенхимальных опухолей ЖКТ и составляют около 80% [1,7]. Наиболее часто GIST локализуется в желудке (60-70%), реже (20-25%) - в тонкой кишке, наиболее редко (5%) - в пищеводе [2,3].

При визуальном осмотре GIST имеет более крупные по сравнению с другими неэпителиальными опухолями размеры, более плотную при инструментальной пальпации консистенцию. Слизистая оболочка в зоне образования может оставаться неизменной, эластичной и подвижной при инструментальной пальпации. Зачастую на поверхности образования визуализируются изъязвления, обусловленные вторичным прорас-

танием опухоли, в зоне которых слизистая фиксирована, фрагментируется при взятии биопсии.

Эндосонографически GIST представляет собой гипэзогенное, чаще неоднородное по своей эхоструктуре образование, которое, как и лейомиома, может исходить как из второго (мышечная пластинка слизистой слоя), так и четвертого (собственномышечный слой) гипэзогенных слоев стенки пищеварительного тракта. При наличии изъязвления отмечаются нарушение целостности и инфильтрация слизистой слоя. Диагностическим критерием GIST является неоднородность эхоструктуры образования, наличие гиперэзогенных и анэзогенных участков.

В основе онкогенеза GIST лежит мутация гена *C-kit*. Клетками, экспрессирующими матричную РНК *C-kit*, являются клетки Кахаля, которые, как и клетки GIST, имеют положительную реакцию на *C-kit* протеин (CD 117) в 90% наблюдений. В 46-100 % случаев отмечается положительная реакция клеток GIST на CD34. Следовательно, для верификации GIST необходимо проведение иммуногистохимического исследования, чувствительность и точность которого составляют 95% и 87% соответственно [7,8].

Помимо истинных гладкомышечных опухолей, были диагностированы неэпителиальные образования, исходящие из других слоев стенки ЖКТ.

Липома - это опухоль, состоящая из зрелых липоцитов и составляющая от 1 до 3% всех доброкачественных неэпителиальных опухолей. Липома может располагаться в любом отделе ЖКТ. Наиболее часто, в 15% случаев, встречается в тонкой кишке. В пищеводе и в желудке липома встречается, по данным литературы, приблизительно одинаково часто - в 15% случаев [1-3].

Большинство липом при эндоскопическом исследовании визуализируются как одиночные образования, имеющие гладкую поверхность и желтоватую окраску. При инструментальной пальпации опухоль имеет мягко-эластичную консистенцию, отмечается положительный симптом «подушки». Эндосонографически липома представляет собой гиперэзогенное, гомогенное образование с четкими контурами, исходящее из третьего слоя стенки ЖКТ, который соответствует подслизистой оболочке органа.

Эктопированная поджелудочная железа - новообразование, имеющее строение поджелудочной железы и расположенное под слизистой оболочкой желудка. Среди неэпителиальных опухолей желудка составляет 10% [2,9]. При стандарт-

ном эндоскопическом исследовании аберрантная поджелудочная железа представляет собой полиповидное образование на широком основании с «кратерообразным» или «пупковидным» втяжением (устье выводного протока), расположенным в центре образования или эксцентрично, плотное при инструментальной пальпации, локализуясь преимущественно в антральном отделе желудка. По данным эндосонографии эктопированная поджелудочная железа визуализируется как образование, исходящее из мышечной пластинки слизистой, подслизистого или мышечного слоя, средней или пониженной эхогенности с наличием анэхогенной трубчатой структуры, соответствующей выводному протоку.

В некоторых случаях возникает необходимость дифференцировать аберрантную поджелудочную железу с эпителиальными образованиями (полипы, хронические эрозии) [9]. Эндосонографически гиперпластические полипы, очаговая гиперплазия слизистой и хронические эрозии характеризуются наличием локального утолщения в пределах слизистого слоя, сопоставимого с ним по эхоструктуре или более низкой эхогенности, без нарушения, дифференциации других слоев стенки ЖКТ.

Дубликационные кисты при эндоскопическом исследовании визуализируются в виде шаровидного или овального жидкостного образования, мягкого при инструментальной пальпации. По данным эндосонографии дубликационная киста локализуется в подслизистом слое в виде анэхогенного образования, легко смещаемого и компрессируемого баллоном. Слизистая над ним и мышечный слой четко прослеживаются. Из осложнений, которые встречаются крайне редко возможно развитие кровотечения или панкреатита в случае локализации кисты около ампулы фатерова соска. Описаны случаи перфорации кисты с развитием медиастенита и перитонита. Возможность малигнизации кист достоверно не доказана [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, эндоскопическое исследование, без эндосонографии (ЭУС) в случае первич-

ной диагностики подслизистого образования недостаточно. ЭУС является важнейшим методом обследования больных с подслизистыми образованиями ЖКТ и является необходимым этапом диагностики в выборе дальнейшей тактики лечения больных с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Christoph F. D. *Endoscopic ultrasound an introductory manual and atlas*. - 2006. - P. 130-140.
2. Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Новожилова А.В. *Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта в эндоскопической практике // Клин. эндоскопия*. - 2010. - С. 30-38.
3. Hawes R. H., Fockens P. *Endosonography*. - 2006. - P. 101-106.
4. Щербakov П. Л., Быстровская Е.В., Долгашева Г.М., Орлова Ю.Н. *Эндосонография в диагностике неэпителиальных образований опухоли пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. - 2010. - Т. 1, № 10. - С. 29-31.
5. Brand B., Oesterhelweg L., Binmoeller K. F. et al. *Impact of endoscopic ultrasound for evaluation of submucosal lesions in gastrointestinal tract // Digest Liver Dis*. - 2002. - Vol. 34. - P. 290-297.
6. Hwang J. H., Kimmey M. B. *The incidental upper gastrointestinal subepithelial mass // Gastroenterology*. - 2004. - Vol. 126. - P. 301-307.
7. Okubo K., Yamato K., Nakamura T. et al. *Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy for the diagnosis of gastrointestinal stromal tumors in the stomach // J. Gastroenterol*. - 2004. - Vol. 39. - P. 747-753.
8. Yamaguchi U., Hasegawa T., Masuda T. et al. *Differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumor and other spindle cell tumors in the gastrointestinal tract based on immunohistochemical analysis // Virchows Arch*. - 2004. - Vol. 445. - P. 142-150.
9. Силина Т. Л., Волков А. А., Орлов С. Ю. и др. *Значение эндосонографии и традиционной эзофагогастродуоденоскопии в диагностике абберрантной поджелудочной железы и эпителиальных образований желудка // Клин. эндоскопия*. - 2006. - Т. 1, № 7. - С. 34-35.

УДК 617.7-007.681-08:615.217.34

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТИКОЛИНА В ВИДЕ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А.А. ХАМЗИНА, М.М. КУРМАНГАЛИЕВА, З.У. АХМЕДЬЯНОВА
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан
РГП «Больница Медицинского центра» УДП РК, г.Астана,
Республика Казахстан

Аннотация. В статье представлены предварительные результаты изучения эффективности цитиколина при первичной открытоугольной глаукоме у пациентов с метаболическим синдромом. Достоверное уменьшение значения индекса MD свидетельствует об улучшении состояния поля зрения у участников, хотя и требуются дальнейшие исследования.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, метаболический синдром, нейропротекторное лечение, цитиколин

Түйіндеме. МЕТАБОЛИЗМ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА БІРІНШІЛІКТІ АШЫҚ БҰРЫШТЫ ГЛАУКОМАНЫ ЕМДЕУДЕ КӨЗ ТАМШЫСЫ ТҮРІНДЕГІ ЦИТИКОЛИННИҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ: АЛДЫН АЛА НӘТИЖЕЛЕРІ. Хамзина А.А., Курманғалиева М.М., Ахмедьянова З.У. Мақалада метаболизм синдромы бар науқастарда біріншілікті ашық бұрышты глаукомадағы цитиколин тиімділігін зерттеудің алдын-ала нәтижелері келтірілген. MD индексінің елеулі төмендеуі қатысушыларды көру саласындағы жетілдіруді көрсетеді, әрі қарай зерттеу қажет.

Түйін сөздер сөздер: біріншілікті ашық бұрышты глаукома, метаболизм синдромы, нейропротекторлы емдеу, цитиколин

Summary. ESTIMATION OF EFFICIENCY OF CYTICOLINE IN THE FORM EYE DROPS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND METABOLIC SYNDROME: PRELIMINARY RESULT. Khamzina A.A., Kurmangaliyeva M.M., Ahmedyanova Z.U. The article presents preliminary results of the study of citicoline efficacy in primary open-angle glaucoma in patients with metabolic syndrome. A significant decrease in the MD index indicates an improvement in the field of vision in participants, although further research is required.

Keywords: primary open-angle glaucoma, metabolic syndrome, neuroprotective treatment, citicoline

ВВЕДЕНИЕ

Лечение первичной открытоугольной глаукомы включает в себя гипотензивную (снижение внутриглазного давления) и нейропротекторную терапию (защита ганглиозных клеток сетчатки).

Компенсация повышенного офтальмотонуса позволяет приступить к назначению препаратов, оказывающих благоприятное воздействие на волокна зрительного нерва и способствующие их восстановлению.

Диапазон таких лекарственных средств с различными механизмами действия довольно широк, однако ни одно из них не обладает доказанной эффективностью в лечении пациентов с глаукомой. Хотя на практике зачастую отмечается улучшение зрительных функций после курса непрямого нейропротекторного лечения.

Прямым нейропротектором является цитиколин (эндогенный нуклеотид цитидин-5-дифосфохолин). Он содержится во всех клетках организма и выполняет важную роль в процессах клеточного метаболизма, являясь промежуточным соединением в синтезе фосфатидилхолина – фосфолипида клеточных мембран и является предшественником ацетилхолина.

Цитиколин широко используется в неврологической практике при ишемических и геморрагических инсультах, а также дегенеративных заболеваниях центральной нервной системы (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и др.) В офтальмологической практике данный препарат хорошо зарекомендовал себя в комплексном лечении глаукоматозной оптической нейропатии [1-3].

В исследовании М.А. Фролова и др. авторов показано не только улучшение данных перимет-

трии, ретиноматографии у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, но и нормализация биохимических показателей липидного обмена: снижение уровня общего холестерина ($p < 0,005$), триглицеридов ($p < 0,01$) и неэстерифицированных жирных кислот ($p < 0,05$) [4].

Новая инстилляционная форма препарата оказывает положительный эффект на течение глаукомы, что подтверждается некоторыми зарубежными и отечественными исследованиями [5-7].

Синдром сухого глаза, зачастую сопутствующий глаукоме, обусловлен длительной инстилляцией антиглаукомных препаратов, содержащих консерванты, которые обладают кератопатическим действием [8]. В состав глазных капель, помимо цитиколина, входит гиалуроновая кислота, которая устраняет симптомы синдрома сухого глаза.

Цель – изучение динамики зрительных функций и показателей HRT томографии у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой и метаболическим синдромом на фоне применения цитиколина в виде глазных капель.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

14 пациентам (28 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой и метаболическим синдромом были назначены глазные капли ОМК 1 (гиалуроновая кислота/цитиколин) по 1 капле 2 раза в день в качестве нейропротекторной терапии на фоне компенсированного офтальмотонуса. Длительность курса – 2 месяца. Средний возраст пациентов составил 66,7 лет. Уровень внутриглазного давления в среднем составил 15,4 мм рт.ст. Среднее значение индекса массы тела как основ-

ного составляющего метаболического синдрома равнялся 32 кг/м². Всем участникам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, гониоскопию, автотонometriю, а также статическая автоматическая периметрия с помощью периметра Humphrey Field Analyzer II 750i (программа Central 30-2 Thresholdtest), гейдербургская ретиальная томография (HRTIII). Оценивались следующие показатели: максимальная корригированная острота зрения, уровень внутриглазного давления, периметрические индексы MD и PSD. MD (mean deviation) - среднее отклонение от возрастной нормы - показывает общую депрессию или наличие в поле зрения участков с нормальной светочувствительностью и дефектами. PSD (pattern standard deviation) - частное стандартное отклонение - представляет степень отклонения формы холма зрения пациента от возрастной нормы); площадь нейроретинального пояса (НПП) и средняя толщина слоя нервных волокон (СНВ) по данным гейдербургской ретиальной томографии.

Полученные данные обрабатывали с использованием парного критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам опросника для субъективной оценки переносимости препарата цитиколина выявлено, что дискомфорт в виде чувства песка, сухости, жжения у пациентов исчез в 96% случаев, а в 4% - динамика не наблюдалась. Побочных явлений не отмечалось ни в одном из случаев. Объективные результаты исследования представлены в таблице.

Таблица 1 – результаты исследования

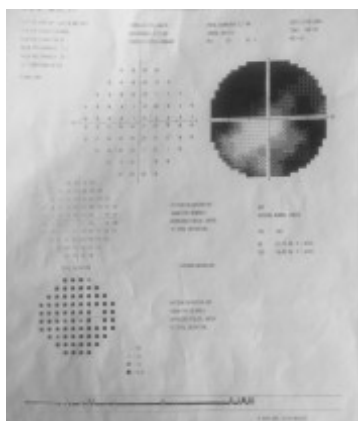
Параметр	Среднее значение параметра до лечения	Среднее значение параметра после лечения	p (статистическая достоверность)
Острота зрения	0,764±0,04	0,786±0,04	0,43
Внутриглазное давление	15.35±0.57	14.16±0.59	0,15
Индекс MD	-5,48±1,15	-4,83±1,14	0,049
Индекс PSD	4,34±0,56	3,82±0,66	0,08
Площадь НПП	1,075±0,08	1,081±0,07	0,19
Толщина СНВ	0,208±0,04	0,230±0,05	0,06

По средним значениям максимальной корригированной остроты зрения после применения нейропротектора отмечается повышение с 0,76 на 0,78, хотя и было статистически незначимым ($p > 0,05$). Улучшение центрального зрения можно объяснить не только действием нейропротектора, но и стабилизацией прероговичной слезной пленки.

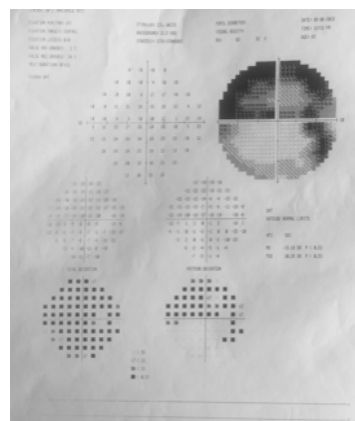
В 82% случаев выявлено снижение уров-

ня внутриглазного давления в среднем на 1,2 мм рт.ст.

Для функциональной оценки изменений поля зрения использованы периметрические индексы: определяется достоверное снижение уровня индекса MD ($p < 0,05$) и статистически незначимое снижение показателя PSD ($p > 0,05$). У 65% пациентов отмечается уменьшение, как количества, так и размеров скотом (пример показан на рис.1).



до лечения



после лечения

Рисунок 1 - Данные периметрии пациентки Н.

Стереометрические параметры диска зрительного нерва (площадь НРП и толщина СНВС) повысились до и после применения цитиколина, хотя и достоверно не отличались, что и показано в таблице.

ВЫВОДЫ

Полученные нами предварительные результаты показали достоверное улучшение периметрического индекса MD, снижение внутриглазного давления, незначительное повышение остроты зрения, томографических параметров, однако для оценки эффективности цитиколина при первичной открытоугольной глаукоме у пациентов с метаболическим синдромом необходимо продлить сроки исследования и продолжить набор материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Grieb P, Rejdak R. Pharmacodynamics of citicoline relevant to the treatment of glaucoma. *J Neurosci Res.* 2002 Jan 15;67(2):143-8.
2. Parisi V, Manni G, Colacino G, Bucci MG. Cytidine-5'-diphosphocholine (citicoline) improves retinal and cortical responses in patients with glaucoma. *Ophthalmology.* 1999 Jun;106(6):1126-34.
3. Virno M, Pecori-Giraldi J, Liguori A, De Gregorio F. The protective effect of citicoline on the progression of the perimetric defects in glaucomatous patients (perimetric study with a 10-year follow-up).

Acta Ophthalmol Scand Suppl. 2000;(232):56-7.

4. Фролов М.А., Морозова Н.С., Фролов А.М., Божок Е.В. Влияние цитиколина (CDP – CHOLINE) на зрительные функции и некоторые лабораторные показатели липидного спектра сыворотки крови у больных первичной открытоугольной глаукомой. *РМЖ «Клиническая Офтальмология» №3 от 16.09.2010 . стр. 82*

5. Parisi V, Centofanti M, Ziccardi L, Tanga L, Michelessi M, Roberti G, Manni G. Treatment with citicoline eye drops enhances retinal function and neural conduction along the visual pathways in open angle glaucoma. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2015 Aug;253(8):1327-40. doi: 10.1007/s00417-015-3044-9. Epub 2015 May 26.

6. Roberti G, Tanga L, Parisi V, Sampalmieri M, Centofanti M, Manni G. A preliminary study of the neuroprotective role of citicoline eye drops in glaucomatous optic neuropathy. *Indian J Ophthalmol.* 2014 May;62(5):549-53. doi: 10.4103/0301-4738.133484.

7. Алдашева Н.А., Степанова И.С., Касымбекова М.Т. Новые подходы к нейропротекторной терапии глаукомы. *Офтальмологический журнал Казахстана № 1-2 (51) 2017.*

8. Ушакова Л.И., Шункевич О.Н. Возникновение и развитие синдрома «сухого глаза» у больных первичной открытоугольной глаукомой. *Сборник научных статей XI международного конгресса. Глаукома: теории, тенденции, технологии, 2013.*

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛОР ХИРУРГИИ

А.Б. АМАНГАЛИЕВ, Г.Е. АМАНГАЛИЕВА
АО «Центральная клиническая больница»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье предложена методика, где одновременно проводится операция на полости носа и на ротоглотке. Данная методика одномоментного хирургического лечения пластики носовой перегородки и тонзилэктомии. В результате применения данной методики в какой-то степени решается социальная проблема, а также улучшается качество жизни пациента. Не надо госпитализироваться дважды в стационар, не нужен повторный наркоз.

Ключевые слова: симультанные операции, ринохирургия, заболевания носа

Түйіндемe. ЛОР ХИРУРГИЯДАҒЫ СИМУЛЬТАНТТЫ ОПЕРАЦИЯЛАР. Аманғалиев А.Б., Аманғалиева Г.Е. Мақалада мұрын қуысында және ауыз жұтқыншағында бір мезгілде операция жасалатын әдіс ұсынылады. Бұл әдістемедe мұрын қалқаны пластикасын хирургиялық емдеу мен тонзилэктомия бір мезгілде жасалады. Осы техниканы қолдану нәтижесінде әлеуметтік мәселе белгілі бір дәрежеде шешіледі және науқастың өмір сапасы жақсарыды. Екі рет ауруханаға жатудың қажеті жоқ, екінші анестезияға мұқтаж емес.

Түйін сөздер: симультантты операциялар, ринохирургия, мұрын аурулары

Summary. SIMULTANEOUS OPERATIONS IN ENT SURGERY. Amangaliev A.B., Amangaliev G.E. The article proposes a technique where the operation on the nasal cavity and on the oropharynx is carried out simultaneously. This technique of one-stage surgical treatment of nasal septum and tonsillectomy plasty is very relevant and convenient, both for the patient and for the doctor. As a result of the application of this technique, the social problem is solved to some extent, and the patient's quality of life improves. Do not have to be hospitalized twice in a hospital, do not need a second anesthesia. And to restore the postoperative period is comparable, and that one of these operations.

Keywords: simultaneous operations, rhinosurgery, disease of the nose

ВВЕДЕНИЕ

Хирургические вмешательства, одновременно производимые на двух или более органах по поводу различных заболеваний, могут называться симультанными. Современные технологии, которые сейчас имеет медицина, а именно качество анестезиологического пособия, малоинвазивные эндоскопические операции, удобный и эффективный расходный материал, щадящий послеоперационный уход и знание современной тактики диагностики, все это и дало толчок к появлению симультанных операций в оториноларингологии.

Применение симультанных операций встречается в 30-х годах прошлого века [1]. В 1931 г. Вишневецкий А.В. [2] описал одномоментную операцию через один разрез на почке, желчном пузыре и слепой кишке. Хнох Л.И. и Фельшнер И.Х. [3] в 1976 г. впервые в отечественной литературе применили термин «симультанные операции», который прочно укрепился и по сей день.

Широкое признание симультанные операции получили благодаря работам В.Д. Федорова [4],

разработавшего классификацию, методологию таких вмешательств, показания и противопоказания к их выполнению.

Преимущество проводимых операций по правилам симультанного лечения является то, что она одномоментным хирургическим доступом решает проблему больного сразу от двух и более заболеваний. Нет необходимости в последовательности плановых операций и повторных наркозов. При этом исчезает потребность в повторных обследованиях и многократной предоперационной подготовке [5,6].

Так же имеет место и психологический аспект, когда пациент переживает о предстоящей одной операции, при этом понимает, что через какое-то время потребуется и вторая - очередная операция. При одномоментном же вмешательстве такие для больного переживания, связанные с планируемыми операциями и анестезиологическим пособием - исключаются.

Не маловажным преимуществом симультанных операций является, то, что сроки госпитали-

зации, не смотря на проведенные две или несколько операций, не увеличиваются. Значительное сокращение сроков пребывания больных в стационаре, следовательно, уменьшение времени их нетрудоспособности и повышение экономической эффективности лечения; уменьшаются расходы на пред- и послеоперационный период [7, 8].

В настоящее время большинство работ, посвященных данной теме, принадлежит общим хирургам, тогда как ринохирурги лишь в последнее время проявили возросший интерес к данной проблеме [9-13]. Совершенные методы диагностики, внедрение НД-эндоскопии, малоинвазивных и практически не травматичных методик хирургического вмешательства, таких как шейверная, радиоволновая, холодноплазменная хирургия, а также внедрение инновационных способов лечения, позволило проводить симультанные операции и в ЛОР практике.

Чаще всего из всей патологии ЛОР органов, лидирующее место занимает патология носа и параназальных синусов. Так же такие пациенты зачастую жалуются и на проблемы хронического декомпенсированного тонзиллита. В связи с этим, появляется вопрос о целесообразности их одномоментного хирургического лечения. Тем более, если рассматривать социально-экономическую сторону пациента и медицинского учреждения, то в выгоде остаются две стороны. Так как за короткий период времени можно достичь оптимального результата при наименьших затратах и сроках нахождения больного в стационаре.

ЦЕЛЬ

Анализ симультанных операций, проведенных в отделении хирургии №2 АО «ЦКБ» и обоснование возможности более широкого их применения для улучшения результатов лечения больных с заболеваниями носа и хронического декомпенсированного тонзиллита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В АО «ЦКБ», отделении Хирургия - 2, были проведены симультанные операции больным с нарушением носового дыхания и заболеванием горла. Одномоментно, в течение одной общей анестезии, проблема заболевания носа и горла - устранялась. Результаты клинических наблюдений ЛОР пациентов показали эффективность и целесообразность данного направления.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На сегодняшний день наблюдалось 5 пациентов, все были мужчины молодого возраста (100%), которым были проведены симультанные хирургические вмешательства. Под общим инту-

бационным наркозом последовательно выполнялась сначала операция на носовой перегородке - септопластика, после завершения и установки назальных сплинтов, проводилась двухсторонняя тонзилэктомия.

Одним из немаловажных факторов проведения данных операций, является то, что пациент сразу после операции имеет возможность дышать носом. Чего в основном и боятся больные, думая, что нос будет затампонирован, и невозможность дышать носом усугубит боли в горле. Оказывается, это очень важно, дыша носом, ему легче переносить болезненность в горле, так как если он дышал бы через рот, то это причиняло ему больше проблем. Это мы смогли достичь, устанавливая в полость носа специальные назальные силиконовые шины, которые позволяют пациенту дышать носом сразу после операции.

В качестве примера симультанной операции: эндоскопическая операция и тонзилэктомия, мы взяли молодого человека 27 лет, который жаловался на проблемы нарушения носового дыхания и частого обострения хронического тонзиллита. В анамнезе имелась травма носа, и как следствие появились симптомы заложенности носа, периодически пользовался назодеконгестантами. После стали беспокоить частые боли в горле, отмечал частоту ангин до 3-4 раз в год. Было проведено дооперационное обследование: эндоскопическая риноскопия, при которой было выявлено деформация носовой перегородки, объективный осмотр ротоглотки, а также имелись изменения в анализах на ревмопробы. Было проведено предоперационное стандартное обследование, после чего пациент взят на операцию. Последовательно, проведена эндоскопическая септопластика, с установкой назальных сплинтов, и убедившись, что носовое дыхание через носовые шины проходимо и нет признаков кровотечения, переходили на тонзилэктомиию. В послеоперационном периоде пациента беспокоили стандартные жалобы, это затрудненное глотание, умеренные боли в носу. В целом пациент себя чувствовал относительно удовлетворительно. Получал противовоспалительную терапию, обезболивающие препараты и выписывался на третьи сутки на амбулаторное наблюдение.

Данный метод оперативного симультанного лечения пациентов мы планируем ввести, как правильный подход к проблеме, устраняющий одномоментно две патологии. В некоторых случаях септопластика, при выраженной гипертрофии нижних носовых раковинах дополнялась их редукцией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные нами симультанные операции проводились под эндотрахеальным наркозом. По времени проведения операции, она занимала в среднем от одного часа до полутора часов. Пребывание в стационаре, а также послеоперационное течение после симультанных операций была практически такой же, если бы делали одну операцию. Это говорит о том, что эффективность симультанных вмешательств, имеет полное обоснование к тактике оперативного ведения ЛОР пациентов.

Так же нами не было отмечено каких-либо осложнений после симультанных операций. Все пациенты предъявляли характерные жалобы, что довольно быстро купировалось симптоматическим лечением.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать заключение, что применение данной методики, а именно симультанных вмешательств, мы получили только положительные результаты. Это говорит о том, что симультанные операции имеют свою эффективность и целесообразность, а значит, повышает качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаращенко Т.И. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1996.*
2. *Вишневский А.В. Одномоментная через один разрез операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией. Казанский мед. журнал 1931; 8: 5.*
3. *Хнох Л.И., Фельшнер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости. Хирургия 1976; 4: 75-79.*
4. *Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику. Анналы хирургии 2001; 4: 33-34.*
5. *Андреев Ю.В., Богданец А.А., Морозов О.Д. Симультанные операции в неотложной хирургии. Материалы ежегодной научн.-практ. конф. по экстренной хирургии, 27 февраля 1997. Петрозаводск 1997; 4-5.*
6. *Kir A., Baran E. Simultaneous operation for hydatid cyst of right lung and liver. Thorac Cardiovasc Surg 1995; 43: 1: 62-64.*
7. *Ганцев Ш.Х., Седлецкий Ю.И., Праздников Э.Н., Галимов О.В. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность. Вестн. Хир. 1991; 4: 51-54.*
8. *Маховский В.С. Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники. Хирургия 1992; 4: 47-52.*

УДК 614.2:616.61-008.64-082:338

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

О.Ж. НАРМАНОВА

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

Аннотация. Определены стадии хронической болезни почек (ХБП) у 150 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и 200 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. Выявлены факторы прогрессирования ХБП- гипергликемия, АГ, ожирение, протеинурия, гиперхолестеринемия, инфекция мочевыводящих путей, анемия. Показано, что определение расчетной стадии ХБП имеет практическое значение для врачей первичного звена здравоохранения для проведения нефропротективной терапии.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, артериальная гипертензия, сахарный диабет, факторы прогрессирования

Түйіндемe. ҚАНТ ДИАБЕТПЕН ЖӘНЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН СЫРҚАТТАНАТЫН НАУҚАСТАРДА СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЫНЫҢ ҮДЕМЕЛІ ФАКТОРЛАРЫ. Нарманова О.Ж. 150 1-ші және 2-ші типті қант диабетімен және 200 артериялық гипертензиямен сырқаттанатын ауруларда үдемелі факторлар және созылмалы бүйрек аурудың сатылары зерттел-

ген. Созылмалы бүйрек аурудың жалпы үдемелі факторлар анықталды: гипергликемия, артериялық гипертензия, семіздік, протеинурия, гиперхолестеринемия, зәр шығару жолдарының жұқпалы аурулары, анемия. К/ДОКИ бойынша есептік шумақтық фильтрацияның жылдамдығында негізделген созылмалы бүйрек аурудың сатыларын анықтау емханалық дәрігерлерге нефропротективті стратегиясын қолданылуын практикалық маңызы бар деп дәлелделді.

Түйін сөздер: созылмалы бүйрек ауруы, артериялық гипертензия, қант диабеті, үдемелі факторлар

Summary. PROGRESSING FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE AT PATIENTS WHO HAVE ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES. Narmanova O.Zh. Progressing factors and stages of chronic kidney disease at 200 patients with arterial hypertension and at 150 patients of diabetes 1 and 2 types were studied. General factors of progressing were revealed – hyperglycemia, arterial hypertension, surplus weight, proteinuria, hypercholesterinemia, infection of urinous ways, anemia. It was proved that determination of stages of chronic kidney disease, which was based on calculation of filtration speed, has practical value for doctors dispensary- polyclinic link relating to exploitation of nephroprotective strategy.

Keywords: chronic kidney disease, arterial hypertension, diabet mellitus, factors of progressing

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это синдромокомплекс, являющийся исходом разнообразных заболеваний, как собственно почечных, так и в виде осложнения артериальной гипертензии и сахарного диабета, определяя прогноз основного заболевания. Это диктует необходимость совершенствования ранней диагностики ХПН и выявление факторов, способствующих развитию и прогрессированию данной патологии, и на этой основе организации специализированной помощи. В настоящее время наряду с термином ХПН, с целью интеграции усилий врачей всех специальностей, нефрологическим обществом с 2002 года принята классификация хронических болезней почек (ХБП), основанная на расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ)[1].

С практических позиций факторы риска прогрессирования хронических заболеваний почек подразделяются на немодифицируемые (возраст, мужской пол, раса, олиgoneфрония, генетические факторы), на которые мы влиять не можем, и потенциально модифицируемые, грамотно воздействуя на которые, врач может способствовать замедлению темпов прогрессирования ХБП [2]. К последним относятся: активность основного патологического процесса, протеинурия, системная артериальная гипертензия, высокобелковая диета, дислипидемия, увеличение активности симпатической нервной системы, анемия, табакокурение, сопутствующие заболевания (инфекции, обструкция мочевыводящих путей, сердечная недостаточность, ожирение, беременность), ятрогенные факторы (анальгетики, НПВП, рентгенконтрастные препараты, нефротоксичные антибиотики).

Так, например, доказано, что для уменьшения темпов прогрессирования ХПН на 30-40% необходимо поддерживать уровень АД 125/75 мм.рт.ст., а актуальная выживаемость больных мезангиопролиферативным гломерулонефритом с нормолипидемией составляет 75%, а с гиперлипидемией – 10% [3].

По данным разных авторов, сроки развития ХПН у больных с хроническими заболеваниями почек составляли от 4-х до 10-15 лет [4,5]. Необходимо поиск критериев, позволяющих прогнозировать эти сроки с максимально возможной степенью точности.

ЦЕЛЬ

Изучить наличие предикторов прогрессирования и определить стадии хронической болезни почек у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 1 и 2 типа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 150 больных с сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа и 200 больных с артериальной гипертензией (АГ), состоящих на диспансерном учете. Определено наличие факторов риска развития почечной патологии, уровень целевого АД, креатинина, холестерина, сахара в крови, назначенное лечение, а также рассчитана стадия ХБП по К/ДОКИ согласно формуле MDRD.

$СКФ \text{ (мл/мин/1.73 м}^2\text{)} = 175 \times (Scr * IDMS / 88.4) - 1.154 \times (\text{возраст, лет}) - 0.203 \times (0.742 \text{ для женщин}) \times (1.212 \text{ для афроамериканцев})$ (в единицах СИ).

Определяли удельный вес каждого фактора.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования по изучению наличия и удельного веса факторов развития и прогрессирования ХБП представлены в таблицах 1,2.

Таблица 1 – Факторы риска ХБП у больных сахарным диабетом

№	Факторы риска развития ХБП	Удельный вес выявленного фактора (%)
1	Наличие артериальной гипертензии	97
2	Избыточный вес (ИМТ>25)	35
3	Гиперхолестеринемия	37
4	Протеинурия	30
5	Анемия(НВ<110 г/л)	28
6	Инфекция мочевых путей	25
7	Длительность диабета более 5 лет	50

Таблица 2 - Факторы риска ХБП у больных артериальной гипертензией

№	Факторы риска развития и прогрессирования ХБП	Удельный вес выявленного фактора (%)
1	Гипергликемия	24
2	Избыточный вес (ИМТ>25)	48
3	Гиперхолестеринемия	52
4	Протеинурия	57
5	Анемия (НВ<110 г/л)	25
6	Инфекция мочевых путей	46
7	Длительность АГ > 5 лет	42

Анализ показал, почти все пациенты с сахарным диабетом страдают артериальной гипертензией различной степени, причем целевой уровень АД (125/75 мм.рт.ст.) достигается у 75% больных. Гиперхолестеринемия, являющаяся самостоятельным предиктором прогрессирования почечной патологии, обнаружена в 37% случаев. Обнаружение протеинурии выше 0,033 г/л у больных с АГ и СД свидетельствует зачастую о необратимых процессах в почках, диагностическое и прогностическое значение имеет микроальбуминемия.

Нефрогенная анемия закономерно осложняет течение хронической почечной недостаточности, и обычно наблюдается при снижении СКФ до 40-60 мл/мин, но иногда и на более ранних стадиях заболевания, например при диабетической нефропатии (ДН). Выявленная анемия (28%) требует детального выяснения причины дефицита железа (уровень ферритина в сыворотке крови не менее

100 мкг/л), а в случае исключения железодефицитного состояния – назначения средств, стимулирующих эритропоэз (ССЭ). Пересмотренные Европейские рекомендации по оптимальной практике лечения анемии у пациентов с ХБП ССЭ должны назначаться всем пациентам с ХБП, имеющим уровень НВ ниже 11 г/дл ([гематокрит <33%], при условии измерения не менее 2 раз подряд в течение 2 недель) после исключения других возможных причин анемии (60 МЕ/кг/нед ССЭ) [6]. К такой практике необходимо стремиться. Лечение инфекции мочевых путей должно проводиться с учетом нефротоксичности препаратов и чувствительности микроорганизмов.

Распределение больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом по уровню сывороточного креатинина и стадиям ХБП, основанной на расчетной СКФ представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом по уровню сывороточного креатинина и стадиям ХБП

Уровень сывороточного креатинина, мкмоль/л	Удельный вес больных, %	Стадия ХБП
в норме	22	1 стадия (СКФ ≥ 90, признаки нефропатии или АГ)
75 - 200	45	2 стадия (СКФ 60-89 мл/мин)
150 -280	23	3 стадия (СКФ 30 -59 мл/мин)
	0	4 стадия (СКФ 15 -29 мл/мин)
	0	5 стадия (СКФ <15)

Как видно из таблицы, 22% пациентов с нормальным уровнем креатинина в сыворотке крови имеют 1 стадию ХБП, т.е. являются потенциальными нефрологическими больными, и нуждаются в активной ренопротективной терапии. В то же время, разброс диапазона колебаний уровня сывороточного креатинина в пределах стадий ХБП свидетельствует об относительной значимости данного показателя для определения тактики ведения пациента с хроническими прогрессирующими заболеваниями почек.

ВЫВОДЫ:

1. У больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом имеются различной степени выраженности общие факторы развития и прогрессирования хронической болезни почек, такие как гипергликемия, артериальная гипертензия, избыточный вес, протеинурия, гиперхолестеринемия, инфекция мочевых путей, анемия.

2. Определение стадии хронической болезни почек по К/ДОКИ, основанное на расчетной скорости клубочковой фильтрации, имеет практическое значение для врачей амбулаторно-поли-

клинического звена в отношении разработки нефропротективной стратегии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земченко А.Ю., Томилина Н.А. «К/ДОКИ» обращается к истокам хронической почечной недостаточности/Нефрология и диализ, т.6, №3, 2004 г., с.204 -220
2. Шулуток Б.И. Нефрология. Санкт - Петербург 2002, 779 с.
3. Нефрология: Руководство для врачей / Под ред. И.Е. Тареевой.- М.: Медицина, 2000, 688с.
4. Ермоленко В.М. Руководство по нефрологии./ Под редакцией И.Е. Тареевой. Москва, 1995, е.1, с.343 – 379.
5. Балакирев Э.М. Прогнозирование развития ХПН и организация трансплантологической помощи нефрологическим больным. М. 1990, Автореф. дисс... д.м.н., 50 с.
6. Клинические практические рекомендации KDIGO по анемии при хронической болезни почек 2012/ Нефрология и диализ, т.15, №1, 2013, с. 14-53.

УДК 611.664

УНИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МАТОЧНОЙ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Ж.Д. ДАИРБЕКОВА, А.Б. ТОКТАРОВА
АО «Центральная клиническая больница»
г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация: В статье рассматривается опыт применения иммуногистохимического исследования в морфологической диагностике женского бесплодия, которое успешно внедрено и проводится лабораторией АО «Центральная клиническая больница».

Ключевые слова: бесплодие, эндометрий, программа ЭКО, иммуногистохимическое исследование

Түйіндем: ҚАЗАҚСТАНДА ЖАТЫР БЕДЕУЛІГІНІҢ ТҮРЛЕРІН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ БІРЕГЕЙ ӘДІС. Дайырбекова Ж.Д., Токтарова А.Б. Мақалада «Орталық клиникалық аурухана» АҚ-да енгізілген және зертханада табысты жүргізіліп жатқан әйелдер бедеулігінің морфологиялық диагностикасында иммуногистохимиялық зерттеулерді қолдану тәжірибесі қарастырылған.

Түйін сөздер: бедеулік, эндометрий, ЭКО бағдарламасы, иммуногистохимиялық тексеру

Summary. UNIQUE METHOD OF DIAGNOSTICS OF THE UTERUS FORM OF INFERTILITY IN KAZAKHSTAN. Dairbekova Zh.D., Toktarova A.B. The article deals with the experience of using immunohistochemical research in the morphological diagnosis of female infertility, which has been successfully introduced and conducted by the laboratories of the JSC «Central Clinical Hospital».

Keywords: infertility, endometrium, IVF program, immunohistochemical research

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, в Республике Казахстан иммуногистохимическое исследование (ИГХ), в основном, применяется в онкологии и трансплантологии. Но возможности ИГХ метода намного шире, и его успешно применяют в морфологической диагностике женского бесплодия. Несмотря на высокий уровень развития современной медицинской науки, не все попытки ЭКО результативны. Ведь реальная эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий не превышает 30-40% [1]. Репродуктологи, встречаясь с данной проблемой, недоумевают и часто не могут объяснить, в чем же причина неудачи. И мы хотим еще раз напомнить докторам, что одной из основных причин неудач имплантации эмбриона в слизистую оболочку матки, является патология эндометрия. Адекватное функционирование слизистой матки и готовность к имплантации во многом зависят от состояния ее внутриклеточных рецепторов к стероидным гормонам – эстрогенам и прогестерону. Проблема в том, что гистологическая диагностика соскобов эндометрия, которая обычно проводится всем пациенткам, не выявляет истинных причин бесплодия. Но эти причины помогает определить ИГХ исследование эндометрия, которое успешно внедрено и проводится в нашей лаборатории. Метод основан на морфологическом изучении эндометрия, окрашенного иммуногистохимическими маркерами, и позволяет выявить хронический эндометрит, определить восприимчивость рецепторного аппарата эндометрия к собственным гормонам и гормональной терапии. Иммуногистохимическое исследование материала эндометрия помогает наиболее точно оценить его рецепторный аппарат, а значит и потенциальную способность к успешному прикреплению плодного яйца. Кроме того, этот метод позволяет определить чувствительность эндометрия к гормональным препаратам, назначаемых в программах ЭКО, что чрезвычайно важно при их проведении. ИГХ метод позволяет определить состояние эндометрия на конкретный день менструального цикла, установить, не является ли причиной отсутствия имплантации воспалительный процесс или сдвиг окна имплантации [2]. Полученные результаты помогут клиницисту найти дифференцированный подход к лечению каждой женщины, страдающей бесплодием.

ЦЕЛЬ

Изучение применения иммуногистохимического исследования в морфологической диагностике женского бесплодия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для успешного проведения ИГХ исследования эндометрия не существует никаких трудностей. Необходимо лишь предоставить соскобы эндометрия после проведения операции гистероскопии и пайпель-биопсии, фиксированных в 10% забуференном растворе формалина. Оптимальным сроком биопсии для исследования рецепторного статуса эндометрия и выявления эндометрита является: 8-11 день менструального цикла для диагностики хронического эндометрита (оценка рецепторов эндометрия по показаниям); 19-22 день менструального цикла при 28-дневном, в том числе индуцированном цикле (оценка экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона, диагностика хронического эндометрита); 23-26 день при 35-дневном цикле. И желательнее через 4-6 месяцев после неудачной попытки ЭКО [3]. Для предотвращения повторного оперативного вмешательства и при необходимости ИГХ исследования эндометрия, можно предоставить уже имеющиеся парафиновые блоки с соскобом эндометрия, с указанием в направлении даты проведения операции, дня последней менструации и клинических данных.

Иммуногистохимическое исследование проводили ручным пероксидазным методом на парафиновых срезах толщиной 3 мкм по стандартному протоколу с применением моноклональных антител CD 4, CD 8, CD 20, CD 138, ER, PR («Thermoscientific») [4]. Рецепторный профиль эндометрия определяли по системе Histochemical Score. Система подсчета включает в себя интенсивность иммуногистохимической окраски по 3-бальной шкале и долю (%) окрашенных клеток, представляет собой сумму произведений процентов, отражающих долю клеток с различной интенсивностью окраски на балл, соответствующей интенсивности реакции. Интенсивность окраски 0 - нет окрашивания, 1- слабое окрашивание, 2- умеренное окрашивание, 3 - сильное окрашивание [3]. Максимальным значением подсчета является 300 единиц. Степень выраженности хронического эндометрита оценивалась по количеству клеток цитотоксических Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, плазматических клеток и Т-хелперов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ

В АО «Центральная клиническая больница» с 2017 года внедрено и успешно проводится ИГХ исследование эндометрия женщинам с бесплодием. Обследованы 40 женщин с бесплодием, с неудачными ЭКО в анамнезе, в возрасте от 22 до 45 лет. Из них у 3 женщин диагностирован выраженный эндометрит (рис.1,2,3),

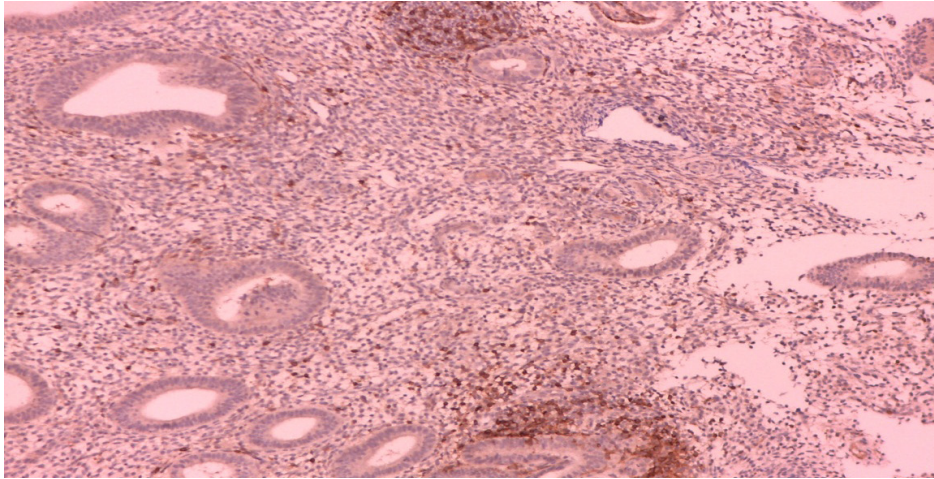


Рисунок 1 - Выраженный эндометрит. Выраженная инфильтрация цитотоксическими Т-лимфоцитами (CD 8), x20

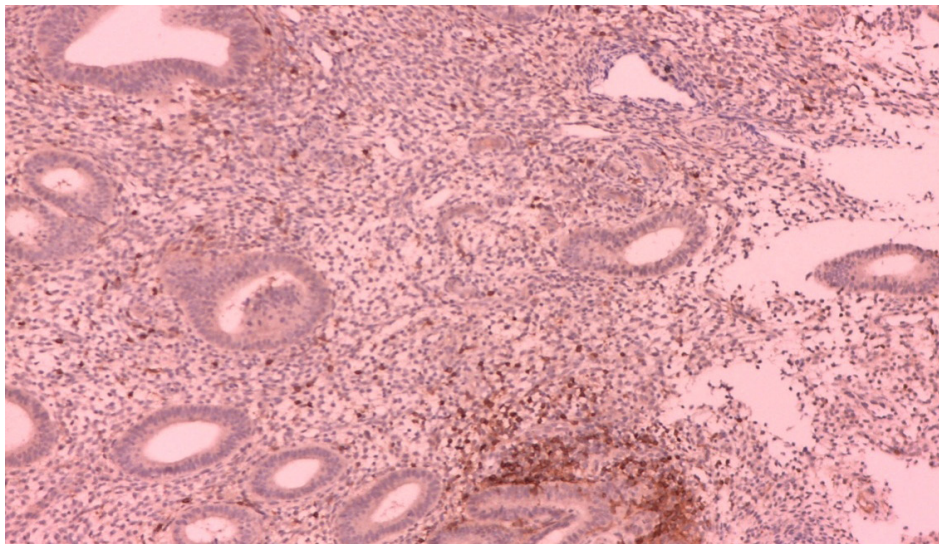


Рисунок 2 - Выраженный эндометрит. Выраженная инфильтрация цитотоксическими Т-хелперы (CD 4), x20

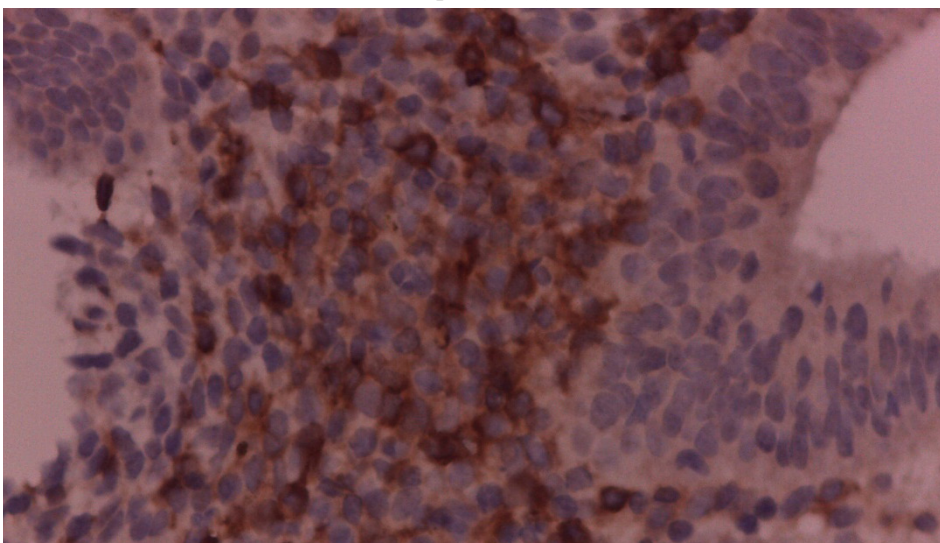


Рисунок 3 - Выраженный эндометрит. Выраженная инфильтрация цитотоксическими Т-лимфоцитами (CD 8), x40 у 26 умеренно выраженный эндометрит (рис.4),

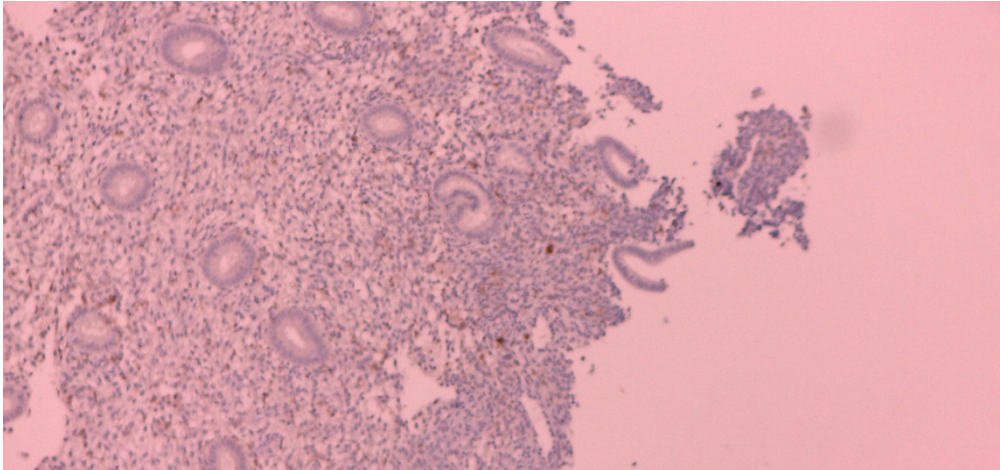


Рисунок 4 - Умеренно выраженный хронический эндометрит. Умеренно выраженная инфильтрация цитотоксическими Т-лимфоцитами (CD 8), x10 у 9 женщин слабо выраженный эндометрит (рис. 5,6)

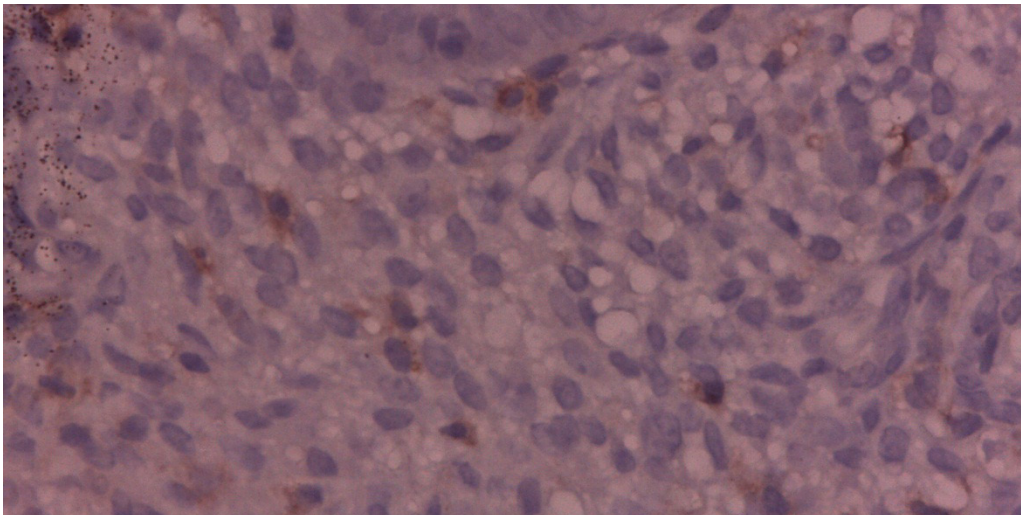


Рисунок 5 - Слабо выраженный хронический эндометрит. Очаговая инфильтрация единичными цитотоксическими Т-лимфоцитами (CD 8), x40

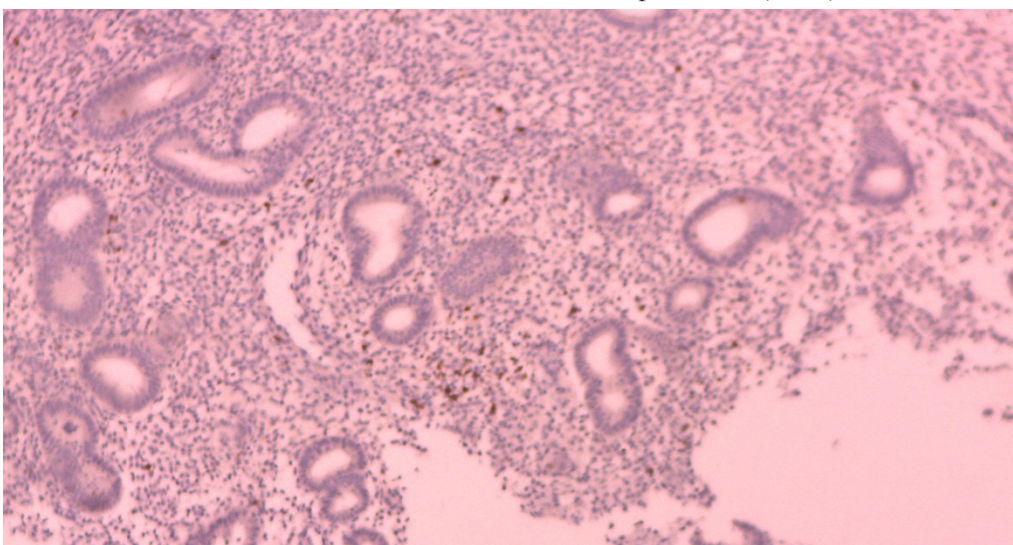


Рисунок 6 - Слабо выраженный хронический эндометрит. Очаговая инфильтрация единичными плазматическими клетками (CD 138), x10 у 2 женщин исключен хронический эндометрит.

Также, у обследованных женщин были выявлены гормональные нарушения, из них: снижение рецепторов эстрогена и прогестерона у 27 женщин с умеренно выраженным хроническим эндометритом (рис.7), неравномерное снижение рецепторов эстрогена и прогестерона у 9 женщин

со слабо выраженным хроническим эндометритом, полное отсутствие рецепторов эстрогена и прогестерона у 2 женщин с выраженным хроническим эндометритом и фиброзом стромы (рис.8).

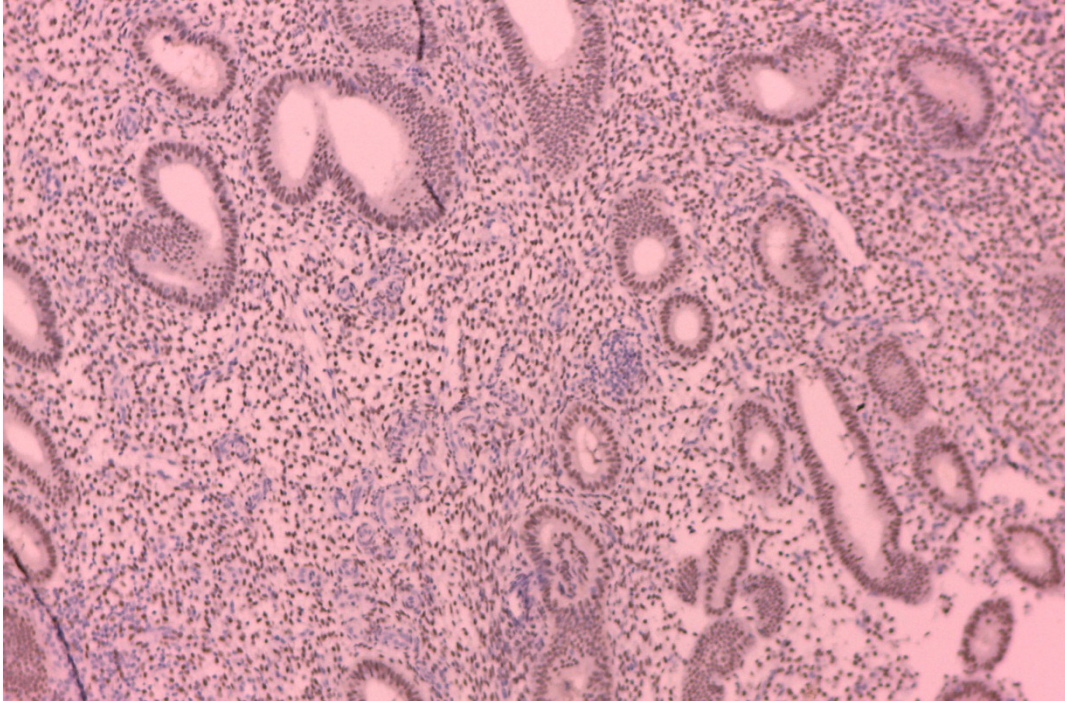


Рисунок 7 - Снижение экспрессии рецепторов ER на фоне хронического эндометрита, x10

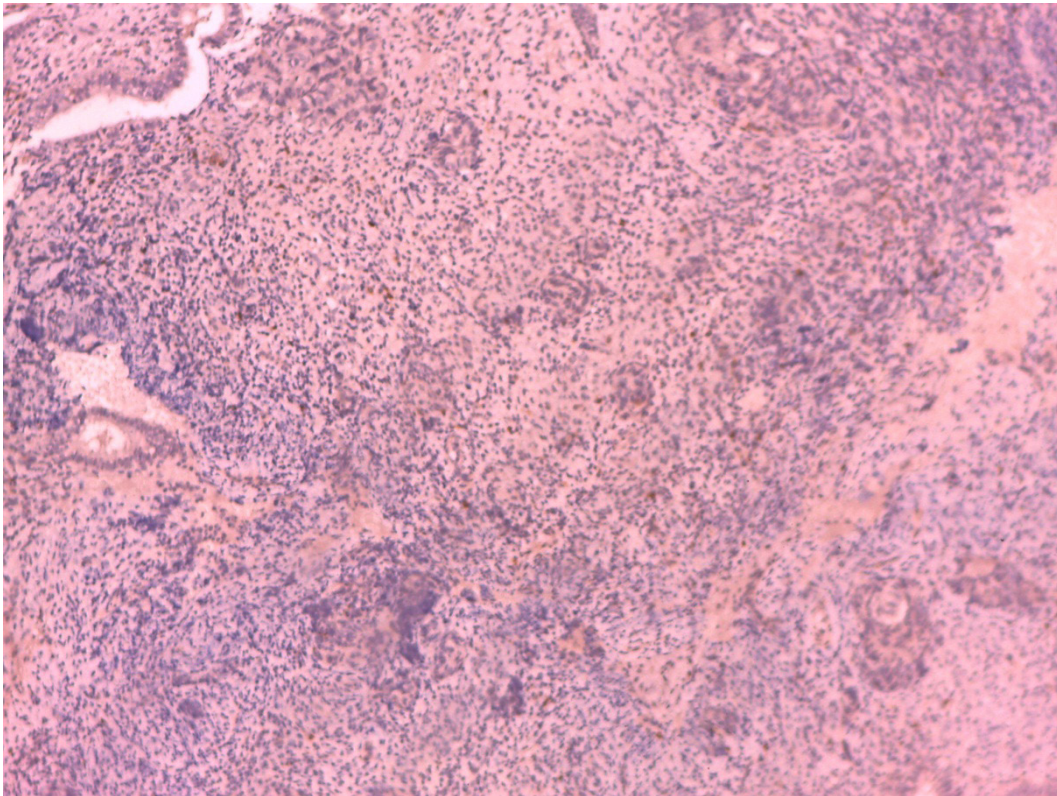


Рисунок 8 - Фибрирование стромы в эндометрии, x10

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование установило, что у 95 % обследованных женщин с клиническим диагнозом женского бесплодия маточного происхождения выявлен хронический эндометрит различной степени выраженности. Также установлена закономерность снижения рецепторного профиля к половым стероидным гормонам на фоне хронического эндометрита. Но в единичных случаях экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона в железах и строме эндометрия были в пределах нормы, не смотря на хроническое воспаление, что является объектом для дальнейших исследований и анализа клинических случаев.

Иммуногистохимическое исследование позволяет своевременно выявить патологию эндометрия, помогает репродуктологам подобрать оптимальное этиопатогенетическое лечение и тактику ведения пациенток с женским бесплодием, что в последующем гарантирует наступление долгожданной беременности и рождение потомства.

Мы предлагаем применение ИГХ исследование эндометрия, как обязательный метод в перечне обследования диагностики бесплодия у женщин с первичным маточным

бесплодием, неудачными попытками ЭКО, с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Порубова Я. П., Пестрикова Т. Ю. Иммуногистохимическое исследование эндометрия как метод мониторинга в программах подготовки эндометрия у женщин с неудачами вспомогательных репродуктивных технологий в анамнезе // Молодой ученый. — 2014. — №6. — С. 322-327. — URL <https://moluch.ru/archive/65/10473/>
2. К.Г. Серебrenникова, Е.П. Кузнецова, Е.С. Ванке, Т.В. Иванова, А.А. Лапишихин, В.Ф. Хмелевская, Сухих Г.Т., Шуриалина А.В. Подготовка эндометрия к программам ВРТ у пациенток с бесплодием – Москва. -с.63.
3. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Клецев М.А.. Эндометриальная дисфункция: алгоритм клиника морфологического исследования. Научно-практический журнал им.Н.Н.Аничкова. Выпуск 168. Санкт-Петербург 2016г; 168: 7,12,14.
4. George L. Kumar, Lars Rudbeck. Русское издание под редакцией под редакцией Г.А.Франка и П.Г.Малькова. Руководство. – Москва, 2011. Глава 9. С.91.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҒАЛТУ
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
MEDICAL REHABILITATION

УДК

КОМПЛЕКСНОЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С
АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Л.Г. ВИКУЛИНА
ООО «Астана», санаторий «Казахстан»,
г. Ессентуки, Россия

Аннотация. В данной статье рассматриваются актуальные вопросы комплексного санаторно-курортного лечения пациентов с абдоминальным ожирением с применением магнитолазеротерапии и бальнеолечения.

Ключевые слова: метаболический синдром, магнитолазеротерапия, минеральные ванны, абдоминальное ожирение

Түйіндеме. АБДОМИНАЛЬДЫ СЕМІЗДІКПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ЖАҒДАЙДА КЕШЕНДІ ЕМДЕУ. Викулина Л.Г. Бұл мақалада абдоминальды семіздікпен ауыратын науқастарды магнитолазеротерапияны және балшықпен емдеуді қолданып санаториялық-курорттық жағдайда кешенді емдеу мәселелері қарастырылған.

Түйін сөздер: метаболизм синдромы, магнитолазеротерапия, минералды сулар, абдоминальді семіздік

Summary. COMPLEX SPA TREATMENT OF PATIENTS WITH ABDOMINAL OBESITY. Vikulina L.G. This article discusses current issues of complex sanatorium treatment of patients with abdominal obesity with the use of magnetolaserotherapy and Spa treatment.

Keywords: metabolic syndrome, magnetic mineral baths, abdominal obesity

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечается значительный рост распространенности метаболического синдрома (МС). По литературным данным эта патология выявляется у 30-40% среднего и старшего возраста. Эксперты ВОЗ охарактеризовали МС, как «Пандемию 21 века». Около 1,7 млрд. человек на планете имеют избыточную массу тела или ожирение (ВОЗ, 2003г.). Основой метаболического синдрома (МС) является ожирение.

У лиц с этой формой ожирение значительно повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и преждевременной смерти.

Выявление МС и ранняя диагностика абдоминального ожирения имеет большое значение для первичной профилактики таких заболеваний, как ИБС, СД 2, гипертоническая болезнь, т.к. эти состояния обратимы при своевременно начатом лечении.

ЦЕЛЬ

Изучить результаты комплексного курортного лечения больных абдоминальным ожирением с применением минеральной воды «Ессентуки №4», бальнеотерапии углекисло-минеральных ванн, магнитолазеротерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами изучена возможность магнитолазерного воздействия на курковые (пусковые) зоны у больных с абдоминальным ожирением - начальным проявлением метаболического синдрома (МС). Патент №2373917 «Способ лечения больных абдоминальным ожирением с применением магнитолазеротерапии в комплексном курортном лечении». Зарегистрирован в ГОС.Реестре изобретений РФ 27.11.2009, № 2008131587 [1].

Применения магнитолазеротерапии является коррекция патологически измененной гормональной регуляции метаболических реакций. Основанием для этого послужили ее свойства - оказывать фотоактивирующий и нормализующий эффект

на активность важнейших ферментов метаболизма, биосинтез белков, ДНК, РНК, пролиферацию клеток, регенерацию тканей, активность системы микроциркуляции крови и лимфы [2].

Сочетание магнита и лазеротерапии имеет свои преимущества, т.к. при этом низкочастотное магнитное поле обладает нейростимулирующим, трофическим, противовоспалительным и обезболивающим действием.

В постоянном магнитном поле существенно увеличивается проникающая способность лазерного излучения и уменьшается коэффициент отражения, что обеспечивает максимальное поглощение лазерного излучения.

Особое место занимают лечебные минеральные воды, которые оказывают выраженное благоприятное влияние на основные патогенетические звенья в развитии МС: стимулируют энтероинсулярные функциональные взаимосвязи, способствуют изменению секреции инсулина, нормализации нарушений углеводного и липидного обмена, снижению выраженности инсулинорезистентности, избыточной массы тела, повышают активность эндогенных стресслимитирующих факторов.

Наибольшим гормонмодулирующим фактором, по данным исследователей Пятигорского государственного НИИ курортологии, обладают углекислые хлоридно-гидрокарбонатно-натриевые воды средней минерализации типа Эссентуки №4, а так же минеральные ванны хлоридной сульфатно-гидрокарбонатной натриевой воды с минерализацией 4,4г/л, с содержанием CO_2 -615мг/л, которые способствуют умеренному темпу потери массы тела (2,5-3 кг за курс лечения), что является физиологичным и рекомендуется в настоящее время [3].

Больным абдоминальным ожирением назначается санаторно-курортный режим, утренняя и лечебная гимнастика в зависимости от степени ожирения, наличия сопутствующих заболеваний.

Назначается прием питьевой минеральной воды углекислой хлоридно-гидрокарбонатной натриевой Эссентуки №4 в количестве 3-3,5 мл/кг идеальной масса тела, за 30 минут до еды, 3 раза в день, холодной (при сопутствующей гастроэнтерологической патологии-теплой).

Для бальнеолечения применяется хлоридная сульфатно-гидрокарбонатная натриевая вода с минерализацией 4,4г/л, с содержанием CO_2 -615мг/л, в виде ванн температурой 36°C, продолжительностью 12-15 минут, на курс лечения № 10 процедур через день.

Умеренное гипокалорийное питание по диете №8, общей калорийностью 1600-1700ккал с фи-

зически сбалансированным содержанием белков, жиров и углеводов [4].

Недостаточная адаптационная обеспеченность значительной части больных с абдоминальным ожирением обуславливает необходимость учитывать тот факт как при назначении двигательного режима и степени нагрузки лечебными процедурами, так и включение дополнительных лечебных факторов [5,6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В санатории «Казахстан» с 2016 применяется вышеописанная методика.

Под наблюдением находились 10 человек, прибывших на лечение в санаторий «Казахстан» с диагнозом: абдоминальное ожирение 2-3 степени, имеющие сопутствующие заболевания. Среди них 4 мужчины и 6 женщин, в возрасте от 40 до 50 лет - 48% и старше 50 лет - 50%.

Основными жалобами являются: повышение веса, повышение артериального давления, нарушение сна, снижение работоспособности, снижение настроения и самооценки.

В ходе обследования нами выявлены нарушения функционального состояния печени и поджелудочной железы у 46% больных (умеренное повышение холестерина, активности липазы крови, щелочной фосфатазы, гипербилирубинемия), повышение АД от 130/80 мм.рт.ст. до 150/85мм.рт.ст. у 38% больных, повышение веса от 5-20 кг. у 100% больных, нарушение сна, снижению настроения и самооценки до 58% больных.

После проведенного лечения у значительного числа больных - 94%, наблюдалась положительная динамика регресса большинства жалоб.

По данным контрольного лабораторного исследования больных отмечается нормализация основных показателей функционального состояния печени, поджелудочной железы, перекисного окисления липидов.

Результаты исследования свидетельствуют об улучшении функционального состояния печени, поджелудочной железы, показателей перекисного окисления липидов, липидного и энергетического обмена, что ведет к снижению веса, нормализации артериального давления, сна, исчезновению астено - невротических реакций, повышению активности и самооценки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплекс курортного лечения больных абдоминальным ожирением с применением минеральной воды «Эссентуки №4», бальнеотерапии углекисло-минеральных ванн, магнитолазеротерапии является эффективным методом немедикаментозной альтернативной терапии больных с метаболическим синдромом и

абдоминальным ожирением, а так же улучшения качества жизни и трудоспособности больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. МЗ и социального развития РФ Федеральное Агентство по здравоохранению и социальному развитию Федеральное Государственное Учреждение «Пятигорский Государственный Научно-исследовательский Институт Курортологии ФМБА по здравоохранению социальному развитию» методические технологии «Способ лечения больных абдоминальным ожирением с применением магнитолазеротерапии в комплексном курортном лечении». 2009 г.

2. Барановский А.Ю. Гастроэнтерология. 2011 г.

3. Клячкин Л. М., Виноградова М. Н. Физиотерапия. М.: Медицина, 2011г.

4. Улащик В.С., Лукомский И.В. «Общая физиотерапия». Минск 2012г. Минушкин О.Н.

«Билиарная дисфункция: определения, классификация, диагностика, лечение» журнал «Лечащий врач» №7 2004г.

5. Товбушенко М.П. Неспецифическая адаптация и энергетический обмен при заболеваниях ЖКТ и их динамика под влиянием лечебных физических факторов» автореферат: диссертация д-ра мед.наук Пятигорск 1995г.

6. Абрамова Н.А., Александров А.А., Андреева Е.Н., Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. 2013г.

7. Товбушенко М.П., Анашкин В.В. «Коррекция нарушение энергетического обмена в комплексном санаторно-курортном лечении с заболеваниями гастродуоденальной системы» Пятигорск, 2013г.

8. Стандарты специализированной медицинской помощи по профилю «Гастроэнтерология». Москва, 2013г.

УДК 618.1

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ

Г.А. ЕНГИБАРЯН

ООО «Астана», санаторий «Казахстан»,
г. Ессентуки, Россия

Аннотация. В данной статье рассматриваются актуальные вопросы комплексного санаторно-курортного лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы с использованием аппарата АМУС-01-«Интрамаг» и бальнеолечения.

Ключевые слова: воспалительные заболевания женской половой сферы, магнитотерапия, электрофорез, йодо-бромные ванны, йодо-бромные гинекологические орошения

Түйіндеме. ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖЫНЫС ОРГАНДАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫН МАГНИТОТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ЖАҒДАЙДА ЕМДЕУ. Енгибарян Г.А. Бұл мақалада әйелдердің жыныс органдарының қабыну ауруларын АМУС-01-«Интрамаг» аппаратын және балшықпен емдеуді қолдана отырып санаториялық-курорттық жағдайда кешенді емдеудің өзекті сұрақтары қарастырылады.

Түйін сөздер: әйелдердің жыныс органдарының қабыну аурулары, магнитотерапия, электрофорез, йодо-бромды ванналар, йодо-бромды гинекологиялық шаюлар

Summary. SPA TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE GENITAL USING MAGNETOTHERAPY. Yengibaryan G.A. This article deals with topical issues of complex Spa treatment of inflammatory diseases of the female sexual sphere using the apparatus amus-01 - "Intramag" and balneotherapy.

Keywords: inflammatory diseases of the female sexual sphere, magnetic therapy, electrophoresis, iodine-bromine baths, iodine-bromine gynecological irrigation

ВВЕДЕНИЕ

Последние годы характеризуются ростом числа женщин, страдающих воспалительными

заболеваниями органов малого таза. Одной из основных причин, способствующих увеличению воспалительных процессов в органах малого таза,

являются урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем, а также активизация собственной бактериальной флоры в силу снижения защитных сил организма, нарушения микроциркуляции, преобладания застойных явлений. Все это усугубляется как изменением сексуального поведения в обществе, так и появляющейся резистентностью возбудителя к лекарственным препаратам [1].

Патогенетически обусловленной терапией таких заболеваний является терапия, которая направлена на коррекцию общего и местного иммунитета, подавление бактериальной флоры, улучшение микроциркуляции и коррекцию нейровегетативных нарушений с созданием позитивного настроя пациента на результаты лечения.

С учетом сказанного, существенная роль в лечении отводится физическим факторам. При этом важна их оптимальная комбинация друг с другом и лекарственной терапией, особенно в варианте местного применения. Наличие форетических свойств у ряда физических факторов (электрический ток, магнитное поле) позволяют создать депо лекарственного препарата в очаге поражения и преодолеть резистентность возбудителей [2-3].

Это достигается оптимальным сочетанием в одной процедуре таких физических факторов, как динамическая магнитотерапия и магнитофорез, гипертермия с помощью катетера-нагревателя и электрофорез. Для реализации такого воздействия и разработан аппарат АМУС-01-«Интрамаг», с помощью которого создается «депо» лекарственного препарата в очаге поражения и улучшается кровоток в области малого таза [4].

Целью применения магнитотерапии является коррекция патологически измененной гормональной регуляции метаболических реакций. Основанием для этого послужили ее свойства - оказывать фотоактивирующий и нормализующий эффект на активность важнейших ферментов метаболизма, биосинтез белков, ДНК, РНК, пролиферацию клеток, регенерацию тканей, активность системы микроциркуляции крови и лимфы [5]. Магнитотерапия как правило не вызывает побочных реакций, она является щадящим методом лечения для данной категории пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В санатории прошли реабилитационное лечение 17 пациентов с хроническими заболеваниями женской половой сферы.

Медицинская технология заключается в комплексном применении бальнеолечения: углекисло-минеральные, йодо-бромные ванны и физических факторов: магнитотерапия и электрофорез.

Все отдыхающие получали комплексное санаторно-курортное лечение, включающее:

1. Минеральные углекисло-сероводородные ванны с содержанием сероводорода от 10 до 20 мг/л, через день, t 37°, или йодо-бромные ванны от 20 до 25 мг/л, через день, t 36° - 37°.

2. Магнитотерапия- 2 Гц, 10-15 минут, количеством от 10 до 12 процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Под влиянием курортного лечения болевые ощущения внизу живота уменьшились у 15 человек, выделения из половых путей исчезли у 13 человек. Субъективно пациенты отмечали: отсутствие или уменьшение тянущих, ноющих болей внизу живота, заметно снизилось ощущение дискомфорта в области промежности и влагалища, выделения из половых путей перестали беспокоить. Пациенты отметили улучшение общего самочувствия, повышение настроения и жизненного тонуса.

Все пациенты выписаны с улучшением самочувствия и положительной динамикой в лабораторных показателях.

Общая эффективность санаторно-курортной терапии составила 81%.

ВЫВОДЫ

Таким образом, для эффективного лечения и профилактики обострений хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы необходимо комплексное бальнео-, физиолечение, направленное на стимуляцию клеточного и гуморального иммунитета, улучшение показателей неспецифической резистентности организма, микроциркуляции и усиление процессов регенерации тканей, что не позволит перейти болезни в хроническую форму.

Обоснованием лечения являются данные о положительной роли низкочастотного магнитного поля, обладающего нейростимулирующим, трофическим, противовоспалительным и обезболивающим действием.

Использование комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы позволяет снизить риск развития осложнения и повторных обострений, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Де Черни А.Х., Натан Л. *Акушерство и гинекология В 2-х томах. Издательство: МЕД-пресс-информ. 2012 г.*
2. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова Н.В. и др. *Российский вестник акушерства и*

гинекологии, 2014 г., №6, стр. 26-29.

3. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М.И. Инфекции передаваемые половым путем: руководство для врачей. – М.: МедПресс-Информ, 2012г.

4. Чеботарев В.В., Беяева Н.В., Гоннова Л.Н. и др. Лечение больных осложненными формами

заболеваний мочеполовой сферы с использованием аппарата «Интрамаг» с приставкой «Интра-терм»: Методические рекомендации. Ставрополь. Издательство СПЧА, 1999 г., с. 12.

5. Вайнштейн Е.С., Зобина Л.В., Магнитофорез и его экспериментальное обоснование. Офтальмологический журнал, 2013 г., №4, с.245-247.

«ОҚЖЕТПЕС» ЕСК» АҚ-НЫҢ РАДОНДЫ АУЫЗ СУЫН ӨРТҮРЛІ АУРУЛАР КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ

Қ.Ш. БЕРКІНБАЕВ, С.И. ПШЕНИЧНЫЙ,
БЕЙСЕМБАЕВА С.Ш., КОНОПЛЁВА Л.В.
«Оқжетпес» ЕСК» АҚ

Түйіндеме. Мақалада радонды ауыз суды емдік мақсатта пайдалану жөнінде ақпарат беріледі.

Түйін сөздер: су құрамын бағалау, бальнеологиялық, медициналық, көрсеткіштері, қарсы көрсеткіштері, негізгі әсер ету механизмдері, негізгі тағайындау қағидалары

Аннотация. ПРИМЕНЕНИЕ РАДОНОВОЙ ВОДЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В «ЛОК «ОКЖЕТПЕС». Беркинбаев Қ.Ш., Пшеничный С.И., Бейсембаева С.Ш., Коноплева Л.В. В статье представлена информация о применении радоновой воды в лечебных целях.

Ключевые слова: оценка состава воды, бальнеологические, медицинские показатели, противопоказание, основные механизмы воздействия, основные методы назначения

Summary. APPLICATION OF RADON WATER IN DIFFERENT DISEASES IN HEALTH-IMPROVING COMPLEX «OKZHETPES». Berkinbaev K.Sh., Pshenichnyi S.I., Beisembaeva S.S., Konopleva L.V. The article presents information on the use of radon water for medicinal purposes.

Keywords: evaluation of water composition, balneological, medical indicators, contraindication, the main mechanisms of influence, the main methods of administration

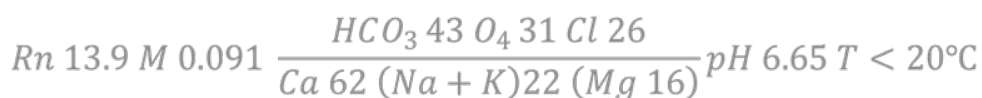
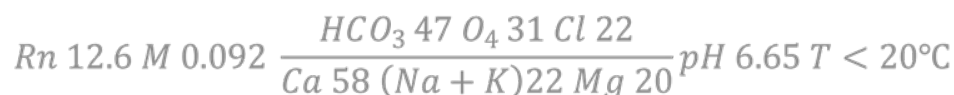
«Оқжетпес» ЕСК» АҚ-да 2017 жылғы 21 сәуірде өткен «Шипажай-2017» Халықаралық ғылыми-практикалық форумында табиғи радонды ауыз су бұлақ көзі ашылды.

Су құрамын бағалау «Пятигорск мемлекеттік курортология ғылыми-зерттеу институты» Федералдық медико-биологиялық агенттігінің табиғи емдік ресурстарды сынау зертханасында жүргізіліп, келесі қорытынды берілді:

- Бальнеологиялық
 - Медициналық
 - Әдістемелік ұсынымдар
- Оқжетпес су кен орны №7,9 ұңғымасының

радонды минералды суының химиялық құрамы туралы қорытынды және бальнеологиялық құндылықтары

Судың химиялық құрамын жіктелік бағалау 54316-2011 «Табиғи минералды ауыз сулары» Ресей МемСтандарт, 2.1.4.1074-01 «Ауыз су. Гигиеналық талаптар» СанЕжН талаптарына сәйкес жүргізілді. Жүргізілген зерттеулер көрсеткендей, №7, 9 ұңғыма суының химиялық құрамы келесі формуламен сипатталады: яғни дәмі тұщы, құрамы өте әлсіз радонды, хлоридті-сульфатты-гидрокарбонатты натрийлі-кальцийлі, әсер ету ортасы әлсіз қышқылды.



Биологиялық белсенді құрауышы – радон-222, мөлшері - 400-600 Бк/л, бұл суды «өте әлсіз» радонды суға жатқызудың бальнеологиялық критерийіне сәйкес келеді, сондықтан бұлақ суы емдік минералды болып табылады және курорттық тәжірибеде бальнеологиялық тағайындау, сондай-ақ емдік-ауыз су мақсатында пайдаланылады.

Құрамында басқа микроэлементтер, оның ішінде фтор, мышьяк, литий, стронций және барий, ауыр және түсті металл иондарының нормалары оларды биологиялық белсенді ретінде сипаттауға жетпейді және МемСтандарт, СанЕжН-мен рұқсат етілген концентрациядан аспайды, органикалық емес азот тобы қосылыстарының концентрациясы (нитрат-, нитрит иондары және аммоний иондары) қалыпты деңгейде.

Перманганатты тотыққан органикалық заттардың жалпы құрамы төмен (0,4 мгО/л-ге дейін) және ұшпайтын органикалық қосылыстардың көміртегі осы көрсеткіш бойынша емдік-ауыз суға жатқызу үшін белгіленген бальнеологиялық нормадан (есептік-талдау) аз (5 мг/л < С ор.в. < 15 мг/л). Бұған қоса топ құрамында фенолдар, хош иісті көмірсутектер және басқа қосылыстар бар, олардың тыйым салынған критерийлері анықталған жоқ. Мұнай өнімдерінің құрамы - 0,01 мг/л-ден аз.

Органолептикалық қасиеті бойынша бұлақ суы мөлдір, иіссіз, тұщы суға жатады. Радиобелсенді емес: құрамындағы табиғи және техногенді радионуклеидтер МемСтандарт пен СанЕжН-мен белгіленген табиғи жерасты минералды ауыз суларының аялық мәнінен аспайды.

№7,9 ұңғыма суларын емдік мақсатта пайдалану мүмкіндігі туралы медициналық қорытынды

Микрофлорасының сандық және сапалық құрамы эпидемиологиялық қауіпсіздік стандарттарына және радиациялық қауіпсіздік параметрлеріне сәйкес келсе, ұсынылған сулар сыртқы және ішкі емдеуге қолданылуы мүмкін.

Ұсынылған суға ұқсас су жоқ.

Көрсетілген суларды дәрілік мақсаттар үшін ішке (ауыз) пайдаланудың нақты медициналық көрсеткіштері радон суларын пайдаланудың оң тәжірибесін талдау негізінде анықталады.

№7, 9 ұңғыма суларын емдік мақсатта ішке пайдалану көрсеткіштері

Өртүрлі невралгия, оның ішінде құйымшақ жүйкесінің зақымдалуы.

Бел-сегізкөз құяңы.

Буынның тұз байлану ауруы, буындардың ревматикалық қабынуы, созылмалы бұлшық ет ревматизмі.

Рефлюкс-эзофагит.

Асқазан жарасы және асқазанның сөл бөлінуін ынталандыратын созылмалы қабынуы.

Созылмалы пиелонефрит.

Тері аурулары.

Гипертиреоз (қалқанша безі қызметінің күшеюі).

Атеросклероз (жүрек-қан тамырлары жүйесінің аурулары) және холестериндік гранулема (терінің түйін-түйін болып ісінуі).

Радонды ауыз суды қолдану кезінде шоғырланған және тамырлар бойындағы ауырсыну сезімдері жойылады. Радон суының курсына қабылдау барысында диспепсия (асқазанның бұзылыстары) құбылыстары жақсарады, асқазан сөл бөлінуі және асқазан сөлінің қышқылдығы қалыпқа келеді, көмірсу алмасуы азаяды.

Емдік мақсатта ішке пайдалану үшін нозология бойынша көрсеткіштері:

- жүрек-қан тамыр жүйесі;
- тыныс алу мүшелері;
- асқорыту жүйесі;
- эндокриндік жүйе және зат алмасу;
- урологиялық, гинекологиялық аурулар;
- жүйке жүйесі;
- тірек-қимыл аппараты.

Радонды ауыз судың негізгі әсер ету механизмдері

Ғалымдардың ұзақ мерзімді зерттеулері көрсеткендей радонды ауыз су патология кезінде оң әсер етіп қана қоймай, сондай-ақ, денсаулық қорын жоғарылату мен аурулардың алдын алудың тиімді құралы болып табылады. Эксперименттік және клиникалық зерттеулер деректері бойынша радонды ауыз суды қолдану мыналарды ынталандырады:

- ағзаның бейімделгіш жүйесін,
- асқазан мен ішектің моторлық және сөл бөлу функциялары, бауыр мен ұйқы безінің сыртқа бөлу функциясы және олардың қанмен қамтамасыз етілуі жақсарады;
- хирургиялық отадан кейін және асқазан жарасы кезінде асқазанның шырышты қабығындағы репаративтік процестер жеделдейді, бұл созылмалы гастрит, рефлюкс-эзофагит және асқазанның мен он екі елі ішектің жарасы кезінде клиникада расталған.

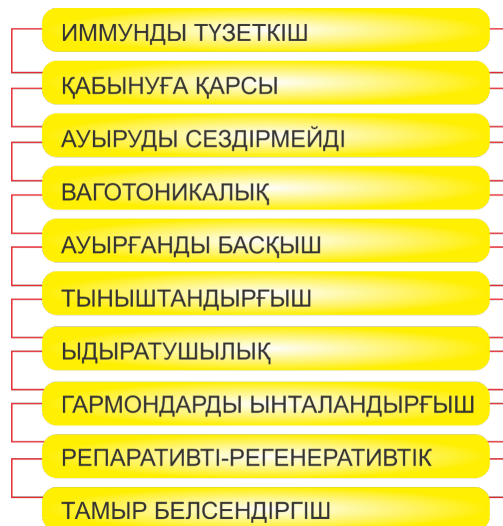
Минералды су асқазанға түскен кезде сілтілік әсер береді, мұндай әсер шырышты қабықтың париеталды жасушаларының функционалдық белсенділігіне байланысты бірнеше минуттан бастап 20 минутқа дейін созылады. Асқазан

сөлін сілтілендірумен бірге бір мезгілде гастрин секрециясының - ерекше қышқылды ынталандыратын және коректендіретін әсерге ие гормонның ұлғаюы байқалады. Бикарбонат пен гастрин иондарының бірлескен әсері асқазанның моторлық - эвакуаторлық функциясының ұлғаюына ықпал етеді, бұл асқазан сөлінің 12 елі және аш ішекке жылдам ағып келуіне әкеледі.

Бұл, өз кезегінде, ас қорыту процесін оңтайландыруды қамтамасыз ететін ішек

гормондарының бүкіл гаммасының бөлінуін ұлғайтуды ынталандырып қана қоймай, ас қорыту жүйесінің қолайсыз факторларға бейімделу қабілеті мен төзімділігін арттыруға көмектеседі. Минералды судың курсы қабылдау 2-3 аптадан бірнеше айға дейін созылады, гормондарды ынталандыру әсерін береді, бұл ауыз су емінің зат алмасуға қолайлы әсерін, асқорыту және ағзаның басқа органдарының трофикалық жай-күйі мен төзімділігін қамтамасыз етеді.

Радонды судың емдік әсерлері:



Радонды минералды судың арнайы және арнайы емес емдік әсерлері бар, бірақ ауыз су

емінің арнайы әсері қабылданған судың иондық құрамына байланысты.

Сульфатты иондар

Асқазанның сөл бөлуін азайтады және тамақтың асқазаннан жылжуын жылдамдатады. Ол ішекке сіңбейді және оның қозғалу қызметін арттырады, босаңсытады. Сульфаттар өт қабының бұлшық еттерінің жиырылуын ынталандырады және өт жолдарының қысқыштарын босаңсытады, бұның салдарынан өттің бауырдан он екі елі ішекке өтуі жылдамдап, өттің құрамындағы билирубин көлемінің ұлғаюына әкеледі. Сульфаттар кальций иондарымен бірге отырып бауырдың микросомалдық энзимдік жүйесін белсендіреді, қан тамыр қабырғаларын нығайтады, жасуша ішілік сұйықтықты азайтады, асқазан-ішек жолдары қабырғаларының қабынуы кезінде шырышты азайтады. Асқазан сөліндегі циклдік нуклеотидтердің құрамы жоғарылайтыны және сөл бөлінуінің күшейетіні анықталды. Өттің коллоидтық тұрақтылығы және хелато-холестериндік коэффициент жоғарылайды; гастрин, тиреотроптық гармон, тестостерон және инсулин гармондарының алмасуы қалпына келеді.

Кальций иондары

Жасуша зат алмасуын реттеу және синаптикалық тасымалдаудың екінші дәнекері (мессенжерлері) болып табылады. Кальций ішекке сіңе отырып, ағзадағы кальцийдің жалпы 99 % жиналатын сүйек пен тістің өсуін және жетілуін ынталандырады. Кальцийлі суды қабылдау кезінде бас миы жне қаңқа бұлшық еттерінің нейрондарының қозғыштығы, ішектің моторлық қызметі қалпына келеді, жүрек бұлшық етінің жиырылғыш қызметі күшейеді және қанның ұюы жоғарылайды. Олар асқазан сөліндегі жоғары аффинді рецепторларды белсендіреді, бұл минералды судың шырышты қабыққа күйзеліс лимиттеуші, цитопротекторлық және қорғаныштық әсерін көрсетеді.

Натрий катиондары (Na⁺) және хлор иондары (Cl⁻) ағзаның төзімділігінің, яғни әртүрлі зақымдайтын (тітіркендіргіштер, алкоголь, биіктік гипоксиясы, сәулелену және т.б.) факторлардың әсеріне төзімділіктің негізгі реттегіштері болып табылатын гипофиз гормондарының және бүйрек үсті безінің бөлінуіне ынталандырушы әсер етеді. Соңғы жылдары құрамында натрий мен хлор иондары жоғары МС курсы алу кандағы серотониннің - өмір сүру ұзақтығының артуына тікелей қатысы бар гормонның ұлғаюына ықпал ететіндігі анықталды.

Радонды терапияны ішке қолдануды тағайындаудың негізгі қағидалары

Радонды суды ішке нозологияға байланысты 30-40 минуттан кейін қабылдайды, бұл кезде қабылдау асқазан сөл бөлінуіне ерекше әсер етеді. Радонды ауыз су терапиясының емдік әсері қабылданған радонды су мөлшеріне байланысты. Қабылданған судың концентрациясы төмен болған кезде радонның мөлшерін арттыру қажет болған жағдайда жеткілікті терапевтік әсерге қол жеткізу үшін ауыз судың дозасын арттыру ұсынылады.

Судың температурасы да өте маңызды:

- Салқын минералды су - 18 ° С дейінгі температурада.
- Жылы минералды су - 18 ° С-ден 35 ° С-қа дейін.
- Ыстық минералды су - 35 ° С жоғары.

Жылы және ыстық суға қарағанда салқын су асқазаннан ішекке жылдамырақ түседі. Суық судың әсерінен ішектің перистальтикасы

күшейтіледі, сондай-ақ ішекті босаңсыту әсерін береді.

Жылы және ыстық су тез сіңеді, асқазанның, ішектің, өт жолдарының бұлшық еттерін босаңсытып, сфинктердің түйілуін босатады.

Радонды суды баяу, асықпай, аз аздан жұтып ішу керек, себебі мұндай ішу қарқынды судың рефлексиялық фазасын күшейтеді.

Ауруларды емдеу кезінде тамақтану, емдәмдік тамақтану тәртібін қатаң сақтау қажет, темекі шегуге, алкогольді ішімдік ішуге болмайды.

Радонды сумен емделу ұсыным бойынша және дәрігердің бақылауымен жүргізіледі.

Аурулар кезінде радонды суды қолдану көрсеткіштері мен әдістері:

I. Қан айналымы жүйесінің аурулары:

- НКІ кезінде жүрек қыспасының ауыр емес ұстамасымен ЖИА;
- жалпы қанағаттанарлық жай-күй және НКІ кезінде жүрек отасынан кейінгі басқа функционалдық бұзылыстар;
- жүрек жеткіліксіздігінсіз және жүрек аритмиясы белгілерінсіз I-II сатыдағы гипертониялық аурулар;
- церебральдық атеросклероз;
- инсульт салдары, қан кету немесе гипертониялық инфаркт (4 айдан бұрын емес);
- атеросклероз;
- теңгерілген шеткі қан айналымы жағдайында аяқ-қол тамырларының атеросклерозы

Мөлшері	1 кг дене салмағына 2-2,5 мл
Реттілігі	Күніне 5 рет
Температурасы	18-25 С
Қабылдау уақыты	Тамақтанудан 30 минуттан кейін 8,10,12,15,17 сағаттарда
Емдік курсы	12-15 күн

Бұл суды қабылдаудың миокардтың трофикалық процестерін жақсартуға, артериялық қысымның қалыпқа келуіне, импульстің төмендеуіне, жүрек шығарылымының соққысы мен минуттық көлемінің ұлғаюына, сондай-ақ аритмияға қарсы әсері бар.

Мөлшері	Дененің 1 кг салмағына 3мл
Реттілігі	Күніне 3 рет
Температурасы	20-35С жылы күйде
Уақыты	Тамақтанудан 30 минуттан кейін
Емдік курсы	15-18 күн

II. Асқорыту мүшелерінің созылмалы аурулары:

- гастроэзофагеалдық рефлюкс;
- эзофагитсіз гастроэзофагеалдық рефлюкс ;
- ауру бетінің қайту фазасындағы асқазан мен он екі елі ішек жарасы .

Асқазан жарасы және ДПК, созылмалы эрозиялы гастродуоденит кезінде бұл суды асқынудан 3 айдан кейін тағайындау қажет.

Ауру бетінің толықтай қайту фазасында қалыпты және төменгі секреторлы гастрит

	Жоғары және қалыпты секреторлық функция	Төменгі секреторлық функция	Ота жасалған асқазанның жеңіл деңгейдегі аурулары
Мөлшері	1 кг дене салмағына 3 мл	1 кг дене салмағына 3 мл	1 кг дене салмағына 1,5-2 мл
Реттілігі	Күніне 3 рет	Күніне 3 рет	Күніне 3 рет
Температура	Жылы күйде, t 20-35 C	Жылы күйде, t 20-35 C	t-20-35 C
Уақыты	Тамақтанудан 30-40 минуттан кейін	Тамақтанудан 30 минут бұрын	Тамақтанудан 20-30 минуттан кейін
Емдік курсы	18-21 күн	18-21 күн	18-21 күн

Радонды суды қолданудың қарсы көрсеткіштері келесі ауыр түрдегі аурулар болып табылады:

- бауырдың ішімдіктен ауруы;

- бауырдың холестазды улануы;
- басқа тарауларды жіктелмеген бауырды май басу (бауырды ішімдіктен емес май басу).

Мөлшері	1 кг дене салмағына 2,5-3
Реттілігі	Күніне 3 рет
Температура	20-35C
Уақыты	Таңғы, түскі және кешкі астан 30 минуттан кейін
Емдеу курсы	18-21 күні

Бауырдың ішімдіктен және токсикалық емес стеатогепатоз кезінде радонды суды ішу зақымдалуы, бауырдағы белсенді емес ұсынылады. патологиялық процесс кезіндегі алкогольдық

	Толық және толық емес ремиссия фазасындағы созылмалы холецистит	Өт шығару жолдарының дискине-зиясы	Постхолецист-эктомикалық синдром	Іш қатумен тітіркенген ішек синдромы
мөлшері	1 кг дене салмағына 3 мл	1 кг дене салмағына 3 мл	1,5-2 мл на 1 кг массы тела	3-3,5 мл на 1 кг массы тела
реттілігі	Күніне 3 рет	Күніне 3 рет	Күніне 3 рет	Күніне 3 рет
температура	18-20C	18-20C	20-35C	20-35C
уақыты	тамақтанудан 40 мин. кейін	тамақтанудан 40 мин.кейін	тамақтанудан 30 мин.кейін	тамақтанудан 40 мин.кейін
емдеу курсы	15-18 күн	15-18 күн	15-18 күн	18-21 күн

Радонды суды ішу өт қабының тонусын арттырады, онда қабыну үдерісін тоқтатуға, гиполлипидемиялық әсерді тудыратын липолитикалық ферменттердің белсендірілуіне ықпал етеді.

Іш қатуына бейім болғанда судың температурасын 18-20°C (суыққа) дейін төмендету және

дозаны дене салмағының 1 кг үшін 5 мл-ге дейін арттыру ұсынылады.

III. Эндокриндік жүйе аурулары, тамақтанудың және зат алмасудың бұзылуы кезінде

	1 типті ин-сулин тәуелді теңгеріл-ген қант диабеті	2 типті инсулин тәуелді теңгеріл-ген қант диабеті	1 дәрежелі семіздік	Көмірсу алмасуының басқа да бұзылыс-тары. Оксалурия	II сатыдан жоғары емес диффузды жемсаумен гиперти-реоз
мөлшері	1 кг дене салмағына 3 мл	1 кг дене салмағына 1 кг дене салмағына 3 мл	1 кг дене салмағына 3-3,5 мл	1 кг дене салмағына 3-3,5 мл	1 кг дене салмағына 2-2,5 мл
реттілігі	күніне 3 рет	күніне 3 рет	күніне 3 рет	күніне 3 рет	күніне 3 рет
Температура	18-20°C салқын күйде	18-20°C салқын күйде	20-35°C жылы күйде	20-35°C жылы күйде	20-35°C жылы күйде
уақыты	Тамақтану-дан 40-60 мин.кейін	Тамақтану-дан 40-60 мин.кейін	Тамақтану-дан 40-60 мин.кейін	Тамақтану-дан 40-60 мин.кейін	Тамақтану-дан 40-60 мин.кейін
Емдік курсы	18-21 күн	18-21 күн	15-18 күн	15-18 күн	15-18 күн

IV. Бүйрек және несеп шығару жолдарының аурулары

- Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі белгісінсіз аурудың толық бетінен қайту фазасындағы әртүрлі этиологиялы созылмалы пиелонефрит

- Толық ремиссия фазасындағы әртүрлі этиологиялы созылмалы тінаралық цистит
- Несептас ауруы
- Литотрипсиядан кейінгі жай-күй (не ранее 2 мес после операции).

мөлшері	2-2,5 мл на 1 кг массы тела
реттілігі	Күніне 3 рет
Температурасы	20-35C жылы күйінде
уақыты	Тамақтанудан 20-30 минуттан кейін
Емдеу курсы	18-21 күн

Урологиялық аурулар кезінде бұл су қабынуға қарсы, ауырсынуды басатын, қойдыратын әсері бар. Радонды суды қабылдау бүйрек үсті безіне, бүйрек және несепарға тікелей әсер етеді, тегіс бұлшық еттің түйілуін, ісіну, жоғарғы зәр шығару жолдарының қабынуын азайтады және тостағанша-несепарға аймағынан шығатын рефлекторлық импульстарды жиілігін және қарқындылығын ынталандырады, несепарға бойынша таралып, тегіс бұлшық еттің жиырылуын арттырады және одан тастың шығуын жеделдетеді.

V. Тері және тері асты клетчаткасының аурулары

- Аллергиялық жанаспа дерматит
- Қарапайым тітіркендіргіш жанаспа дерматит
- Дәлелденбеген жанаспа дерматит
- Ошақты нейродермит – Видаль теміреткісі
- Қызыл жалпақ теміреткі
- Қарапайым теңге қотыр

мөлшері	1 кг. дене салмағына 3-3,5 мл
реттілігі	Күніне 3 рет
Температурасы	20-35C жылы күйінде
уақыты	тамақтанудан 30-40 минуттан кейін
Емдеу курсы	15-18 күн

Тері аурулары кезінде радонды су ауруға шалдығудан кейін 2 айдан кейін тағайындалады. Бұл суды қабылдау ағзаның арнайы қабілетінің (аллергия) төмендеуіне және арнайы емес қабілетін (иммунитет) жоғарылатуға ықпал етеді.

VI. Жүйке жүйесінің аурулары

Аурасыз бас сақинасы (қарапайым бас сақинасы), ауралы бас сақинасы, қарқынды түрдегі бас ауыруы, зақымдалудан кейінгі созылмалы бас ауруы, ұйқы бұзылуы, үш тармақты жүйкенің

зақымдануы, бет жүйкесінің зақымдануы, белдемелік теміреткіден кейінгі невралгия, жүйке түбірлері мен өрімдерінің зақымдалуы, аяқ-қолдың ауырсыну фантомды синдромы, сырқырап ауыру, құйымшақ жүйкесінің зақымдануы, аяқ-қолдың мононевропатиясы (бір жүйкенің қабынуы), қабырға аралық невропатия, диабеттік мононевропатия, автономды жүйке жүйесінің бұзылулары.

мөлшері	1 кг дене салмағына 2,5-3 мл
Реттілігі	Күніне 3 рет
Температурасы	18-20 С
Уақыты	Тамақтанудан 30 минуттан кейін
Емдеу курсы	12-15 күн

Жүйке жүйесінің ауруларында радонды суды ауырсыну синдромын тоқтату, қабынуды азайту және жүйке тінінде қалпына келтіру процестерін жақсарту, вегетативті реакциялардың көрінісін азайту, ұйқының қалыпқа келтіру мақсатында тағайындалады. Анық көрінген ауру синдромында су мөлшерін дене салмағының 1 кг үшін 4-4,5 мл-ге дейін арттыру ұсынылады.

VII. Сүйек-бұлшық ет жүйесі және дәнекер тіндерінің аурулары

Мөлшері	1 кг дене салмағына 2,5-3 мл
Реттілігі	Күніне 3 рет
Температура	18-20 С
Уақыты	Тамақтанудан 30 минуттан кейін
Емдеу курсы	12-15 күн

Тірек-қимыл аппаратының аурулары кезінде радонды су ремиссия кезеңінде немесе патологиялық процестің әлсіз белсенділігі кезінде ауырсыну синдромын тоқтату, буындардағы қабыну процестерін азайту, СҚБПкезінде гастропатиялардағы асқазан шырышының морфо-функционалды жағдайын жақсарту мақсатында

- Құяң (буынның тұз байлану аурулары)
- Зақымданудан кейінгі созылмалы буын дерті
- Ферменттік ақау және басқа тұқым қуалау бұзылыстары салдарынан құяндық буын дерті
- Невропатикалық (жүйке аурулары) буын дерті.
- Бехтерев ауруы
- Тірек-қимыл мүшелеріне ота жасаудан кейінгі жай-күй

тағайындалады. Анық көрінген ауру синдромында су мөлшерін дене салмағының 1 кг үшін 4-4,5 мл-ге дейін арттыру ұсынылады.

Іс жүзінде сау адамдар жылына 3-4 рет мезгіл-мезгіл қабылдаулары тиіс, алайда қабылдау ұзақтығы 18 күннен кем емес және 30 күннен аспауы керек.

ШОЛУ
ОБЗОР
REVIEW

УДК 616-053.36 (574.54)

**КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЭКОЗАВИСИМЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ
(ОБЗОР)**

Л.К. ИБРАЕВА¹, А.У. АМАНБЕКОВА¹, Д.Х. РЫБАЛКИНА¹,
Б.М. САЛИМБАЕВА¹, Е.А. ДРОБЧЕНКО¹, А.М. ГАЗИЗОВА³, Е.К. КАНГЕЛДИНОВ²

¹Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК,
г. Караганда, Республика Казахстан

²Кызылординский областной филиал РЦЭЗ,
г. Кызылорда, Республика Казахстан

³Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Республика Казахстан

Аннотация. В статье дан обзор состояния здоровья детей Кызылординской области в связи с экологически неблагоприятной обстановкой окружающей среды. Выделены классы экозависимых заболеваний, показаны факторы имеющие степень риска для возникновения аддитивной заболеваемости у детей.

Ключевые слова: детская заболеваемость, классы заболеваний, загрязнение окружающей среды, факторы риска

Түйіндемe: ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЭКОТӘУЕЛДІ АУРУЛАР КЛАСЫ БОЙЫНША КЕШЕНДІ ТАЛДАУ (шолу). Ибраева Л.К., Аманбекова А.У., Рыбалкина Д.Х., Салимбаева Б.М., Дробченко Е.А., Газизова А.М., Кангелдинов Е.К. Мақалада қоршаған ортаның экологиялық қолайсыз жағдайына байланысты Қызылорда облысы балаларының денсаулығына шолу берілді. Балаларда аддитивті аурудың пайда болуына факторлардың тәуекел дәрежесі көрсетіліп, экотәуелді аурулардың класы бөлектелінді.

Түйін сөздер: балалар ауруы, аурулар класы, қоршаған ортаның ластануы, тәуекел факторлары

Summary: COMPREHENSIVE ANALYSIS OF HEALTH OF CHILDREN POPULATION OF THE KYZYLORDA REGION OF ECO-DEPENDENT CLASSES OF DISEASES (review). Ibrayeva L.K., Amanbekova A.U., Rybalkina D.H., Salimbayeva B.M., Drobchenko E. A., Gazizova A.M., Kangelidinov E.K. The article reviews the state of health of children in the Kyzylorda region in connection with the environmentally unfavorable environment. Classes of eco-dependent diseases are identified, showing factors of risk for the occurrence of additive morbidity of children.

Keywords: childhood morbidity, classes of disease, pollution of environmental, risk factors

Здоровье детей зависит от множества факторов, среди которых самые главные - наследственность, здоровье матери в период беременности; материальное положение семьи, социально-экономическая обстановка в стране; качество питания; уровень медицинского обслуживания населения; состояние окружающей среды. Значимую роль в формировании здоровья подрастающего поколения играет экологическая обстановка. В настоящее время она обращает на себя внимание по многим регионам страны. В регионах, где среда

обитания человека находится под давлением техногенных факторов (загрязнение атмосферного воздуха, источников водоснабжения, почвенного покрова и сельскохозяйственной продукции, деградация природной среды вокруг населенных мест и т.д.), резко возрастает заболеваемость, инвалидность и смертность детей.

Заболеваемость детей по обращаемости практически во всех районах Кызылординской области выше, чем взрослого населения. Особенно это различие четко выражено в таких районах как

Аральский и Казалинский. Основной патологией у большинства обследованных детей, госпитализированных из региона Приаралья (Казалинский, Жалагашский, Шиелийский районы) были заболевания органов пищеварения (89,0 – 92,0%). Заболевания мочеполовой системы были выявлены более чем у половины детей Жалагаша (52,9%), Казалинска (57,5%) и практически у 1/3 обследованных детей Шиели (34,3%). Заболевания, выявленные у детей, имели следующие особенности: хроническое, торпидное течение, одновременное поражение нескольких систем и органов, не яркую клиническую картину симптомов и синдромов. В патологический процесс вовлекалось примерно четыре системы организма одного ребенка Аральского региона, а среднее количество сочетанных патологий на одного ребенка у детей Приаралья составило 9 [1].

В регионах экологического неблагополучия структура хронических форм соматической патологии у детей по классам болезней определяется высокой частотой выявления заболеваний органов пищеварения (100%), мочеполовой (57,5%) и эндокринной (37,4%) систем. Преобладают затяжные и рецидивирующие формы патологии с частыми обострениями и различной глубиной морфофункциональных изменений слизистой оболочки пищеварительной и мочевыделительной систем с высокой степенью диспластических изменений и дистрофическими повреждениями, сочетающимися с иммунными и дисбиотическими нарушениями. Сочетанные формы хронической патологии у детей развиваются на фоне вторичного иммунодефицитного состояния с выраженным снижением числа и активности Т-клеток, уменьшением объема основных субпопуляций лимфоцитов, увеличением числа В-лимфоцитов и гипериммуноглобулинемией А, существенным снижением фагоцитарного числа и повышением индекса фагоцитоза, а также значимым увеличением эндогенной продукции оксида азота и провоспалительных интерлейкинов. Клиническим проявлением иммунной недостаточности у детей является инфекционный синдром (99,8%) с высоким уровнем вклада различных форм хронической патологии [2].

В Казалинском районе КЗО (Кызылординская область) в 2004 г. уровень детской заболеваемости по классу инфекций и паразитарных заболеваний превышал республиканский в 1,8 раза и был самым высоким среди районов. Хотя в динамике за 10 лет произошло снижение данного показателя на 59% до 3150‰_{0000} , без достоверного превышения республиканского показателя, но с сохране-

нием высокого уровня по области [3]. В Кызылординской области заболеваемость гепатитом А детей до 14 лет за период 2004-13 гг. ($247,1\text{‰}_{0000}$) в 2 раза превосходила показатели по республике, хотя в динамике произошло многократное (в 34,3 раза) снижение заболеваемости, которое, очевидно, связано с вакцинацией детей, начатой в 2005г. Выявлена 6-7-летняя цикличность эпидпроцесса по КЗО и её районам. Наиболее высокие показатели гепатитом А по всем регионам КЗО наблюдались в группе детей в возрасте 3-6 лет, затем среди детей 7-10 лет. Заболеваемость преобладала среди неорганизованных детей. Анализ факторов передачи показал низкий удельный вес выявленных факторов (45,2%), заражение посредством употребления воды составило 16,9%, а в Аральском районе 41,2%, что требует объективной обоснованности [4].

В ходе медицинских осмотров детского населения до 5 лет, проведенных медицинскими организациями КЗО, выявлены ранее не диагностированные заболевания у каждого 5-го ребенка из числа осмотренных в группе возрастом 1 год, у каждого 6-го среди 2-летних детей, у одного из 7 среди 3-летних, у одного из 9 среди 4-летних и одного из 11 среди 5-летних. Своевременно не выявленные заболевания не позволяют проводить комплекс необходимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, способствуют возникновению осложнений и усугублению течения. Наиболее высокий уровень по классу болезней крови при медицинском осмотре детей до 5 лет выявлен у детей 1 и 2 года жизни с последующим снижением к 5 годам. Подобная динамика хорошо согласуется с возрастными изменениями характера и образа питания детей. Наиболее неблагоприятной является ситуация по распространенности и удельному весу относительно всех выявленных заболеваний класса болезни крови, кроветворных органов и иммунной системы среди детей из сельской местности. По классу болезни органов пищеварения с увеличением возраста детей происходит рост распространенности и удельного веса заболеваний. В возрасте до 1 года удельный вес заболеваний ЖКТ относительно всех выявленных составил $4,2\pm 0,40\%$, однако к 5-ти годам этот показатель достигает $31,1\pm 0,55\%$. Наиболее высокие показатели по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» типичны для группы годовалых детей, составляя $4,4\pm 0,25\%$ по удельному весу среди всех выявленных заболеваний [5].

Изучение эпидемиологии железо-дефицит-

ной анемии (ЖДА) у детей признается приоритетным направлением в Среднеазиатском регионе. Кызылординцы страдают железодефицитом в разы чаще, чем жители других областей Казахстана, больше всего анемией страдают дети. Для снижения уровня заболеваемости, особенно среди детей, гражданам бесплатно выдаются препараты железа. В рацион детей дошкольного и школьного возраста в организациях образования включены железосодержащие продукты питания, свежие овощи и фрукты, витаминизированные йогурты. Ведется и работа по распространению среди населения принципов здорового питания [6]. Чаще ЖДА встречается у детей старшего возраста г. Аральска. Так, в возрастной группе 5–7 лет анемия встречалась у 21,8% детей, в группе детей 8–11 лет у 35% детей, в группе 12–17 лет у 43,2% детей. У детей школьного возраста с ЖДА выявлена патология желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит или гастродуоденит – у 58% мальчиков и 79% девочек; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 6% девочек и 14% мальчиков. Лабораторные исследования показали, что чаще выявлялась анемия I степени (83,5%), тогда как анемия II степени составила 16,5% из всех случаев анемии. Во всех случаях это была гипохромная анемия, средний показатель уровня гемоглобина у детей с анемией I степени составил $102,9 \pm 3,6$ г/л, цветной показатель $0,7 \pm 0,08$, у детей с анемией II степени средний уровень гемоглобина был $85,0 \pm 2,4$, цветной показатель $0,68 \pm 0,04$. Основная причина дефицита железа в организме человека, по мнению экспертов ВОЗ, – это неправильное (неполноценное) питание, во многом обусловленное низким социальным статусом. Замечена связь распространенности ЖДА с неблагоприятной экологической обстановкой. Возможно, большая распространенность ЖДА в регионе Приаралья определяется как природными, таки социально-гигиеническими, этническими особенностями [7].

Среди выявленных болезней органов пищеварения при медосмотре у жителей п. Айтеке би наиболее распространены: хронический холецистит (40,2%), хронический гастродуоденит (23,1%), хронический гастрит в сочетании с хр. холециститом (19,6%), менее распространены: дискинезия желчевыводящих путей (5,2%), хр. холецистит в сочетании с панкреатитом (4,4%), хр. панкреатит (1,8%), гепатоз - $0,9 \pm 0,1$ %, гастро-эзофагально-рефлюксная болезнь (0,8%). Поступление вредных химических веществ и в том числе пыли в желудочно-кишечный тракт происходит при заглатывании слюной пыли, при приеме пищи

и дыхании. Здесь барьером является печень, где происходит обезвреживание, а нередко образование более токсических метаболитов. В этом отношении обращают особое внимание на внутренний цикл движения вредных химических веществ. Выделяясь с желчью, они могут подвергаться обратному всасыванию и вновь попадают через систему воротной вены в печень. Следовательно, желудочно-кишечный тракт, в том числе гепатобилиарная система, являются местом поступления, метаболизма и экскреции токсических веществ [8]. У детей младшего возраста КЗО диагностировались атрофические гастриты с выраженными морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка в виде дисплазии, кишечной метаплазии. Хронические гастриты сопровождались дисбактериозом желудка с выявлением разнообразной микрофлоры [9]. В результате комплексного обследования детей от 4 до 16 лет, проживающих в условиях экологической катастрофы Аральского моря, у $56,12 \pm 3,98$ % детей обоснован диагноз синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Клинико-генеалогический анализ показал, что у детей, имеются все группы фенотипических признаков, характерные для синдрома ДСТ. Астеническое телосложение с дефицитом массы тела встречается у более половины детей Аральского региона. Среди внешних фенотипических признаков ДСТ часто встречаются деформация позвоночника, грудной клетки, изменение формы черепа, зубов (неправильная форма, кариес), нарушение прикуса, высокое небо, плоскостопие, гипермобильность суставов. При клинико-инструментальном обследовании детей Приаралья в Республиканской клинической детской больнице у $93,5 \pm 1,98$ % установлены различные хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. Наиболее частой гастроэнтерологической патологией у обследованных детей являлись хронические гастриты и дуодениты (90,2%). У детей отмечается одновременное сочетанное поражение нескольких отделов пищеварительного тракта (хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический холецистит, реактивный панкреатит). В группе детей экологического неблагополучия Аральского региона среди диспластикозависимых изменений выявлены следующие: деформация желчного пузыря из-за наличия перегибов в теле желчного пузыря и перетяжек (43,5%), дуоденогастральный и гастроэзофагальный рефлюксы (18%), дисфункция билиарного тракта (86%), малые аномалии развития кишечника – долихосигма, долихоколон (12,8%) [10].

В КЗО частота заболеваний класса эндокрин-

ные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ у детей и подростков за 2003-12 гг. превышала республиканские показатели [11]. Обнаружена закономерность, характеризующаяся увеличением частоты регистрации заболеваний мочевыделительной системы (МВС) у детей Приаралья по мере приближения к береговой линии Аральского моря. Так как основной системой обеспечивающей выведение экотоксинов является мочевыделительная, в которой химическое соединение первоначально контактирует с интерстициальной тканью почек, секретируется проксимальными канальцами, а затем выводится через мочевые пути, то загрязнение окружающей среды является значимым фактором риска для развития болезней МВС. Так, при начальном этапе обследования детям Приаралья выставлялся диагноз «хронический необструктивный пиелонефрит», в дальнейшем, при проведении комплексного обследования, в том числе бактериологического исследования мочи, была исключена бактериальная этиология хронического воспаления в паренхиме почек [12]. Показатель заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ) по КЗО в 2007 г. составил $74,5\%_{0000}$, что в 1,6 раза больше республиканского уровня. В разных районах КЗО наблюдались значимые различия в частоте МКБ. Самые высокие показатели выявлены по г. Кызылорда на 31,2% превышающие среднеобластной показатель. Возможно, это связано с улучшением диагностики и достаточной обеспеченностью врачами-урологами. Также отмечался рост заболеваемости в разрезе регионов области. Так, в северных районах (Аральском и Казалинском), которые являются эпицентром экологического бедствия, наиболее высокие показатели заболеваемости МКБ [13].

Частота сердечно-сосудистых заболеваний среди обследуемых детей трех районов КЗО составила 51,3%, из них 58,9% в структуре составили функциональные и 41,0% органические кардиопатии. В структуре функциональных кардиопатий преобладали вторичные кардиопатии (60,1%), различные функциональные нарушения ритма (51,0%) и проводимости (14,2%), нарушение процессов ранней реполяризации (21,0%), укорочение интервала PQ (12,2%), функциональный пролапс митрального клапана (33,1%), синдром кардиалгии (13,5%). Среди органических кардиопатий наибольший удельный вес занимают малые аномалии сердца (57,3%) чаще у детей с дисплазией соединительной ткани (65,0%) и наименьший первичный пролапс митрального клапана (4,0%). Частота врожденных пороков сердца составила 2,65% [14]. В структуре сердечно-сосу-

дистой патологии у детей Приаралья п. Айтеке би и г.Аральска выявлены артериальная гипотензия в 39,4% случаев, при этом наблюдается снижение величины как систолического (≤ 90), так и диастолического давления (≤ 50). Причиной развития хронической гипотонии у детей Приаралья были вегетососудистая дистония, очаги хронических инфекций (кариес, тонзиллит и др.) в 94,8% и анемия в 76,4% случаев. Характер жалоб у детей имел преимущественно (90,8%) церебральную направленность в виде головной боли, головокружения, сонливости, вялости по утрам. Наряду с указанными жалобами были жалобы на одышку и сильное сердцебиение при физических нагрузках, повышенную потливость ладоней и стоп и повышенную метеочувствительность. Наблюдались частые (20,8%) острые сосудистые пароксизмы, в том числе синкопальные состояния у детей не только пубертатного, но и препубертатного возраста, особенно, у девочек (80,5%). Обмороки наиболее часто наблюдались в период жаркого сезона года. У детей Приаралья в летний период отмечались также носовые кровотечения с различной периодичностью (13,7%) [15].

У 55,2% детей КЗО (поселки Айтеке би, Жосалы, Жалагаш, Шиели, г. Аральск) были выявлены признаки вегетативной дисфункции (ВД). ВД преимущественно выявлялась у детей пре- и пубертатного возраста (78,9%) и чаще у девочек (80,8%). У преобладающего большинства (76,4%) детей вегетативная дисфункция проявлялась в различной степени выраженности по ваготоническому типу, смешанный тип выявлен у 17,9%, а симпатикотонический - у 5,7% [16]. У детей Приаралья обнаружен выраженный цитотоксический эффект в виде снижения количества нормальных эпителиальных клеток слизистой щек, накопления клеток с вакуольной дистрофией, увеличения числа многоядерных клеток и клеток с кариорексисом ядра, высокой обсеменности микрофлорой ротовой полости [17].

По медико-биологическому исследованию детей и подростков в КЗО в 2010-11 гг. 60-70% детей имели соответствующее возрасту развитие, исключение составили дети от 7 до 11 лет (начальный школьный возраст), где их количество по данному показателю определялось около 50%. При распределении исследуемых по группам здоровья выявлено, что с возрастом число детей, отнесенных к I группе, уменьшается, исключение составляли юноши 15-17-летнего возраста, которым после диспансеризации перед постановкой на учет в военкомат проведена санация очагов хронической инфекции и другие оздоровительные мероприя-

тия. Среди девушек того же возраста увеличение III группы связано с выявлением гинекологической патологии [18].

Подверженность населения анемии в некоторой степени определяется неполноценным питанием и, в первую очередь, недостаточным присутствием в рационе овощей и фруктов. В 2011 году среднестатистическое домохозяйство Кызылординской области затратило на покупку фруктов и овощей в 1,5 раза меньше, чем аналогичный показатель по стране в целом (21 871 и 14 268 тенге в среднем на душу населения соответственно) [19]. Дефицит фолиевой кислоты среди детей до 5-летнего возраста в 2003г. в КЗО составил 81,9%, при этом 50% с тяжелой степенью тяжести, хотя в 2005г. этот показатель снизился до 67,3% и стала превалировать умеренная степень дефицита. Для сравнения в Казахстане дефицит фолиевой кислоты у детей до 5 лет в 2006г. составил всего 15,3%. Пищевой дефицит фолиевой кислоты (ФК) характерен для людей, потребляющих ограниченную диету, другими причинами могут быть хронические энтериты, сопровождающиеся нарушением всасывания ФК [20]. Дефицит витаминов «В» и «Е» наблюдается у 77-85% детей грудного возраста Приаралья, 40% женщин-матерей имеют выраженный недостаток массы тела, распространенность рахита среди детей в 2,0-2,5 раза выше, чем в других регионах [21]. В сопоставлении с нормами, уровень потребления энергии женщинами региона Приаралья в 2007-09 гг. в основном находился в пределах нижних границ нормы или ниже на 10-15% от уровня минимальной потребительской корзины. При этом соотношение между белками, жирами и углеводами указывало на незначительное снижение жира и заметное превышение углеводов – 1 : 0,9 : 5,3. Потребление общего белка оказалось ниже нормы на 18% в Аральске, а других населенных пунктах (г. Кызылорда, г.Аральск, п. Казалинск и п.Сапах) на столько же больше нормы на фоне почти 2-х кратного превышения моно- и дисахаридов и дефицитности пищевых волокон (на 50-60 % и более). Уровень потребления кальция и фосфора детьми и женщинами составлял 70-80%, ряда витаминов – 20-60% от нормы ВОЗ. Содержание витаминов РР, В-1, В-2 было на 15-35% ниже нормы. На основании всего вышеперечисленного у обследованных можно констатировать факт энергетической и полинутриентной недостаточности средней степени [22].

На примере п. Айтеке би КЗО выявлено влияние недостатка селена, имеющегося у жителей населенного пункта Казалинского района, на раз-

витие хронического холецистита. Известно, что дефицит селена приводит к снижению резистентности организма в целом, а в желудочно-кишечном тракте – к развитию хронического воспаления в разных отделах пищеварения, также при дефиците селена в организме усилению накапливаются мышьяк, кадмий и ртуть [23]. В поселках Жосалы и Жалагаш КЗО кризисной зоны Приаралья также выявлено снижение содержание селена у подростков, выраженное в большем проценте случаев, чем у взрослых (у 63% девочек и 85% мальчиков в п. Жалагаш и у 53,1% девочек и 57,1% мальчиков в п. Жосалы). Низкое содержание селена может привести к возникновению нарушений со стороны репродуктивной системы, как у женщин, так и у мужчин, поэтому выявленные отклонения у подростков являются одним из неблагоприятных факторов риска при формировании вторичных половых признаков [24].

Ядерно-физические методы диагностики содержания микро- и макроэлементов в биологических жидкостях организма детей КЗО, с рождения проживающих в Приаралье (Казалинский, Жалагашский, Шиелыйский районы), госпитализированных в Республиканскую детскую клиническую больницу с 1997 по 2007 гг. установили нарушения баланса микроэлементов в крови, снижение уровня макроэлементов фосфора, магния, железа и эссенциальных элементов меди, цинка, йода в 2-3 раза от нормального показателя; повышение уровня хрома, селена, свинца, никеля, марганца, цинка, ванадия, относящихся к условно биогенным микроэлементам первого и второго класса опасности. Учитывая тот факт, что качественный и количественный состав мочи является менее статичным по сравнению с кровью, сравнительный анализ данных по содержанию микроэлементов в моче детей установил, что у детей с заболеваниями МВС в моче выявляются повышенные содержания макроэлементов и биогенных микроэлементов (аккумулирующих). Так, уровень молибдена (Mo) повышен в 3,7 раза при норме 0,14; показатели кальция (Ca) увеличены в 1,4 раза при норме до 250; уровень меди (Cu) повышен в 3,7 раза при норме до 75; по величине хрома (Cr) в моче у детей Приаралья отмечается превышение ПДК в 3 раза. ХОП (ДДТ, ДДЕ, ГХБ) в моче детей Приаралья определяются в ряде проб в значениях – 2 нг/мг (в норме должны не определяться) [25]. По результатам обследования детей п. Айтеке би, г. Аральска, п. Жосалы, п. Жалагаш и п. Шиели выявлено, что концентрация йода в моче снижена у 60%. Йоддефицитные состояния могут приводить к развитию гипотиреоза, задержке развития,

нарушениям репродуктивной системы [26].

Хлорорганические пестициды оказывают разносторонние токсические эффекты на организм детей. В грудном молоке из городов Аральск и Кызылорда средний уровень содержания всех ПХБ был 410 нг/г жира, в основном шесть конгенов ПХБ (28, 52, 101, 138, 153, 180) были от 100 до 350 нг/г жира. В регионе Аральского моря было выявлено, что ПХБ в плазме детей обнаруживается в количестве 1900 мкг/кг липидов, что выше, чем в Европе [27]. При анализе 18 видов растительной продукции, проведенных в республиканской СЭС, в КЗО положительные находки по свинцу были выявлены в образцах картофеля, капусты, лука, моркови и помидорах. Нитраты определялись практически во всех видах исследованных проб растениеводческих культур. Хотя, в целом, загрязненность основных пищевых продуктов в различных экологических зонах Казахской части Приаралья не превышала ПДУ. Свинец определялся и в пробах мяса и рыбы, наиболее высокие показатели отмечались в пробах, отобранных в г. Кызылорде [28].

Определено, что на формирование здоровья детей КЗО влияло состояние здоровья матери во время беременности. Железодефицитная анемия встречалась практически у трети женщин, расстройства питания у матерей отмечены в 5,6% случаев. Женщины старшего репродуктивного возраста составили 10%, около 30% были матери в возрасте от 30–39 лет. Основную долю составили женщины с интервалом между родами 1–2 года и только у 16% - 2–3 года. 38,9% родителей имели невысокий уровень образования, по социальному составу преобладали рабочие (40,7%), более 30% родителей не работали. 14,3% родителей оценили уровень благосостояния как низкий (денег хватает только на скромное питание) и 2,7% - как крайне низкий (денег не хватает на питание) [29]. У матерей умерших детей в возрасте до 1 года, за 2009-2011 годы в КЗО в 88,7% установлен отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез. Выявлен высокий процент заболеваемости во время беременности инфекционного (ОРВИ в первой половине беременности, цитомегаловирусная и бактериальная смешанная инфекция) и неинфекционного характера (анемия, гипертензивные состояния, эндемический зоб) у матерей, проживавших как в городе, так и на селе. У 63,0±2,91% женщин Кызылординской области данная беременность была повторной. Обращает внимание позднее взятие беременных на учет – более 1/3 женщин встали на учет после 12-й недели беременности, при этом 1 раз в месяц про-

ходила обследование лишь четверть беременных женщин, и у стольких же беременных частота посещений составила 1 раз в 2 месяца, около 30,0% женщин на учете вообще не состояли. Патология в родах отмечалась в 78,5% случаев, осложнения родов были обусловлены несвоевременным излитием околоплодных вод – 28,5%, слабостью родовой деятельности – 20,0% [30].

По опросу для исследования качества жизни, связанного со здоровьем и интегрально с характеристиками психологического, эмоционального и социального функционирования человека, выявлено, что хронические инвалидизирующие заболевания с нозологиями: апластические анемии, гемофилия, обструктивные уропатии, врожденные аномалии (пороки развития) органов пищеварения, мочеполовой системы с высокой достоверностью ($p < 0,01$) снижают качество жизни детей 2-4 лет, проживающих в Кызылординской области [31]. Первичная инвалидность детей КЗО в 2001г. в 1,5 раза превышала республиканский уровень, в динамике до 2007г. произошло снижение уровня инвалидности до 11,2‰ [32].

У населения Аральской зоны установлено явное преобладание аффективных (преимущественно в виде депрессии) расстройств, а именно 73,8‰ депрессивных расстройств личности, 55,4‰ в рамках иных психических и поведенческих расстройств, а также генерализованных тревожных расстройств 67,7‰. С нарушением темпа полового созревания у подростков в Приаралье развиваются синдромы расстройства поведения, пограничные психические расстройства, в клинической картине которых преобладают невротоподобные и психопатоподобные расстройства с диэнцефально-вегетативными включениями. Невротические состояния у детей Приаралья характеризовались более очерченной невротической симптоматикой. В настоящее время Детским фондом ООН с привлечением международных экспертов разработан и внедряется учебный модуль по превенции суицида, который внедряется в Кызылординской области [33].

Проведенный анализ демографической характеристики рождаемости в КЗО за 2001-10гг. показал, что в течение 10 лет прослеживается стабильный прирост числа родившихся детей. Так, показатель числа родившихся живыми детьми в Кызылординской области увеличился на 40,1%. При этом по административным территориям (районам) наибольшее увеличение числа родившихся живыми детьми было отмечено: в г. Кызылорде – на 56,1%, Кармакшинском - на 79,5%, Шиелийском - на 38,2% и в Аральском - на 33,6% районах. За

исследуемый период число детей в возрасте от 0 до 5 лет в Кызылординской области также заметно увеличилось на 25,1%. Отмечено, что наибольший рост показателя в Кызылординской области был установлен в только в г.Кызылорде (на 53,9%) [34]. Несмотря на тенденцию снижения показателя младенческой смертности в регионе Аральского моря с 16,38 в 2004г. до 15,32 (2007 .), в 2008г. показатель составил 22,1 на 1000 родившихся живыми, что связано с введением международных критериев живо- и мертворождения. Смертность среди маловесных и недоношенных детей составила 60,3%. В структуре младенческой смертности по области смертность от некоторых состояний, возникающих в перинатальном периоде, остаются на высоком уровне, от врожденных пороков развития умирают 19% детей. Смертность детей в возрасте от 7 дней до 1 года в большинстве случаев связана с врожденными пороками развития (ВПР), по стационару составила 29% от общей смертности, что указывает на потерю каждого 4-го младенца при этой патологии. Ежегодно по области в абсолютном значении от ВПР умирает 70-80 детей до 1 года жизни, что превышает число умерших от болезней органов дыхания (40-50 детей) и инфекций (20-30 детей). Ежегодный анализ летальности детей по месту смерти показал, что в областной детской больнице в г.Кызылорде, у умерших детей в 100% случаях, имелись фоновые заболевания, что усугубляло состояние в ходе лечения [35]. По ретроспективному анализу медицинских карт, историй развития новорожденных и протоколов патологоанатомического исследования умерших новорожденных КЗО и г.Кызылорды в 2003-05 гг., патоморфологическому исследованию легких умерших новорожденных выявлено, что основными причинами смерти новорожденных в перинатальном периоде были болезнь гиалиновых мембран, ателектаз легких (62,24%), церебральная ишемия I-III степени, внутрижелудочковые, субарахноидальные кровоизлияния (17,32%) [36].

Ожидаемая продолжительность жизни населения КЗО выросла с 68,94 лет в 2011 году до 71,06 лет в 2014 году. По итогам 2014 г. показатель обеспеченности врачами составил 28,8‰, дефицит врачебных кадров приходится на врачей акушер-гинекологов и педиатров [37]. Из профилактических мероприятий в 2015 г. по области медицинскими осмотрами детского населения охвачено 78,72% детей, выявлено 23,39% больных, взято впервые на диспансерный учет 15,16%. Отмечается недостаточная работа по организации оздоровления и занятости детей из неблагополуч-

ных семей КЗО, где охват детей составил всего 50%. Несмотря на демографический рост населения, и соответственно ежегодное увеличение числа детей и подростков, сеть детско-юношеских спортивных школ в КЗО не увеличилась, практически нет детско-юношеских клубов физической подготовки [38].

Таким образом, в Кызылординской области, как экологически неблагополучном регионе имеются риски для роста детской заболеваемости по экзозависимым классам заболеваний, что требует мониторинга, анализа, разработки профилактических мероприятий по снижению заболеваемости, устранению хронизации патологических процессов и инвалидизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мажитова З.Х., Сарсенбаева С.С., Орынбасарова К.К. и др. Прогнозирование развития хронической сочетанной патологии у детей экологически неблагополучных регионов // *Journal of Central Asian Health Services Research*. - 2007. - № 6 (2-3). - С. 177-182.
2. Исаева Р.Б. Особенности сочетанной хронической патологии у детей в экологически неблагополучных регионах Приаралья: автореф. докт. дисс. Москва, 2007. 26 с.
3. Резник В.Л., Абсатарова К.С. Хусаинова Ш.Н. и др. Заболеваемость детей в возрасте до 5-ти лет в Кызылординской области по данным медицинских осмотров 2011 года // *Journal of Central Asian Health Services Research*. - 2012. - № 11 (2). - С. 1-5.
4. Дюсембаева Н.К., Дробченко Е.А. Распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний детского населения Приаралья // *Медицинское обозрение. Наука и практика*. - 2015. - №1 (3).- С. 27.
5. Омарова М.Н., Шуратов И.Х., Абдикадиоров Т.А. Анализ эпидемиологических параметров гепатита А в Кызылординской области за 2004–2013 гг. // *Современные проблемы науки и образования*. - 2015. - №4. - 8 с.
6. Рахмиев С. Кызылординская область лидирует в РК по заболеваемости населения анемией // *Казахстанский фармацевтический вестник*. - 2014.- №23 (459) - С. 2.
7. Омарова К.О., Боранбаева Р.З., Ташенова Г.Т. и др. Распространенность железодефицитной анемии у детей в экологически неблагополучном регионе // *Мат. XIX Межд. научной конф. «Здоровье семьи — XXI век»*. 27.04 – 4.05.2015. Сочи, Россия. - С. 274-279.

8. Сакиев К.З., Аманбекова А.У., Батырбекова Л.С. Оценка состояния гепатобилиарной системы у населения Приаралья по результатам медико-биологических обследований (на примере п. Айтеке би Кызылординской области) // Новые задачи современной медицины: материалы III Межд. науч. конф. г. Санкт-Петербург, декабрь 2014г. - СПб. - С. 65-67.
9. Информационный бюллетень о состоянии окружающей среды Республики Казахстан // Мин. окр. среды и водных ресурсов РК, Казгидромет, Департамент экологического мониторинга. - 2014. № 2 (54). 210 с.
10. Орынбасарова К.К., Ксетаева Г.К., Наумова Н.В. и др. Структура патологии желудочно-кишечного тракта при синдроме дисплазии соединительной ткани у детей // Мат. IV Конгресса педиатров стран СНГ «Ребёнок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» 25–26.04.2012 г. Львов, Украина. - С. 249.
11. Дюсембаева Н.К., Салимбаева Б.М. Оценка состояния здоровья детей и подростков в экологически неблагоприятных регионах Приаралья // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2014. - № 3 (3) - С. 211-208.
12. Терешкевич Д.П. Медико-социальные и эпидемиологические аспекты здоровья населения в зоне экологического бедствия Приаралья. автореф. дисс. докт. PhD, 2011. Астана. - 152 с.
13. Валишаев И.Ж. Экстракорпоральный метод лечения мочекаменной болезни // Наука и здравоохранение, 2011. - №1. - С. 39-40.
14. Ишуова П.К., Майтбасова Р.С., Ержанова Г.Е. Структура и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей Приаралья // IV Межд. форум кардиологов и терапевтов 30.03 – 1.04 2015г, Москва - С. 93.
15. Майтбасова Р.С., Ишуова П.К., Шарипова М.Н., Ержанова Г.Е. Артериальная гипотензия у детей Приаралья // IV Межд. форум кардиологов и терапевтов 30.03 – 1.04 2015, Москва. - С. 128-129.
16. Майтбасова Р.С., Боранбаева Р.З., Ишуова П.К. Вегетативные нарушения у детей Приаралья // Мат. V ежегодная Межд. научно-практ. конф. «Актуальные вопросы медицины», 29-30.04 2016. Баку, Азербайджан. - С. 148-149.
17. Сакиев К.З., Ибраева Л.К., Аманбекова А.У. и др. Опыт работы национального центра в области медицинской экологии // Медицина труда и экология человека. - 2016. - №4. - С. 45-51.
18. Калмакова Ж.А. Установление зависимости между физическим развитием и состоянием иммунитета детей и подростков // Медицина. - 2013. - №4. - С. 62-63.
19. Ни В., Тонкобаева А., Ильясова А. Экологическая миграция и ее последствия для социальной политики на примере Кызылординской области. Сб. Алматы, 2013. 47 с.
20. Тасмагамбетова Н.Н. Статус фолиевой кислоты среди детей до пятилетнего возраста в ЮКО // Медицина и экология. -2009. - №3. - С. 40-44.
21. Шабанова Л.В., Джусупов А.Е. Формирование благоприятной окружающей среды и повышение качества жизни – приоритеты «зеленой» экономики // Экология Казахстана.- 2014. - №3 (026). – С. 6-7.
22. Слажнева Т.И., Мусабеков С.М., Яковлева Н.А., Касенова К.Т. Современное состояние и динамика изменения уровня содержания тяжелых металлов и пестицидов в окружающей среде и биосредах человека, социально-экономических условий и характера питания жителей Приаралья // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2010. - № 1. - С. 5-8.
23. Батырбекова Л.С., Сакиев К.З., Аманбекова А.У. Влияние недостатка селена в организме на развитие хронического холецистита (на примере п. Айтеке би Кызылординской обл. респ. Казахстан) // V Международный форум кардиологов и терапевтов. 29-31.03 2016. Москва. МЗ РФ. - С. 23-24.
24. Ельчибекова А.А., Бержанова Р.С., Даркешева А.М. Определение селена в крови у взрослого и подросткового населения кризисной зоны Приаралья // Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпид. благополучия населения: сборник тезисов II Респ. научно-практ. конф. Казань: КГМУ, 2016. - С. 58-59.
25. Калмакова Ж.А. Влияние внешней среды в зоне экологической катастрофы на формирование здоровья детского населения // Медицина. -2013. - №4. - С. 62-63.
26. Намазбаева З.И., Сакиев К.З., Ибраева Л.К. и др. Содержание микроэлементов у детей Приаралья // Гигиена труда и медицинская экология. - 2015. - № 3 (48) - С. 58-62.
27. Нурсеитова М.А., Базарбаева Т.А. Содержание некоторых органических загрязнителей (ПХБ) в продуктах животноводства Казахстана // Мат. V Всероссийской научно-практ. конф. молодых ученых и специалистов «Окружающая среда и здоровье. Здоровая среда – здоровое наследие», 25-26.09.2014. Москва. МЗ РФ. ФГБУ «НИИ экологии человека и гигиены окр. среды» им. А.Н. Сысина. - С.346-349.

28. Жанадилов А.Ю. Техногенное загрязнение пищевых продуктов в регионах Приаралья и Семипалатинского ядерного полигона // *Международный журнал экспериментального образования*. - 2015. - №11. - С. 605-607.

29. Ишуова П.К., Майтбасова Р.С., Садуова А.Т. Медико-социальные аспекты детского населения Приаралья // *Мат. XVIII Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 13-15.02.2015.* - С. 85.

30. Майтбасова Р.С., Боранбаева Р.З., Ишуова П.К. и др. Состояние здоровья матерей детей, умерших в возрасте до 1 года, в Кызылординской и Алматинской областях // *Медицина, 2015.* - №6. - С. 6-9.

31. Бримжанова М.Д., Скаков А.Б., Бекботаев Е.К. Качество жизни отдельных социальных групп населения // *Мат. междунар. конф. молодых ученых «Мир науки и молодежь: традиции и инновации», 19.02.2014. Караганда. КГМУ.С. 75-76.*

32. Такирова А.Т. Сахарный диабет у детей и подростков: распространенность, заболеваемость, первичная инвалидность // *Медицина и экология.* - 2009. - №3. - С. 5-9.

33. Баттакова Ш.Б., Понизов Д.А., Козлова С.Н., Тусупбаева А.Р. Состояние психического здоровья населения проживающего в экологиче-

ски неблагоприятных районах Приаралья // *Национальная ассоциация ученых (НАУ).* - 2015. - №3 (8). - С. 67-70.

34. Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К., Степкина Е.Л. и др. Показатель рождаемости детей в Алматинской и Кызылординской областях // *Journal of Central Asian Health Services Research.* - 2011. - №3 (10). - С.44-56.

35. Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Каримханова А.Т. Характеристика медико-демографического состояния населения проживающего в экологически неблагоприятных регионах Кызылординской области // *Мат. V Всероссийской конф. «Медико-физиологические проблемы экологии человека», 22-26.09.2014.* - Ульяновск: УлГУ. - С. 7-8.

36. Орынбасаров С.О., Надеев А.П. Структура перинатальной летальности и патоморфологическая характеристика заболеваний легких у новорожденных в регионе приаралья // *Медицина и образование в Сибири.* - 2014. - №6. - 12 с.

37. Программа развития территории Кызылординской области на 2016-2020 годы / Кызылординский областной маслихат, 10.12.2015. - 99с.

38. Доклад о положении детей в Республике Казахстан // *Астана. 2015.* - 88 с.

УДК 616.62-008.22

УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР)

К.К. ШАРИПОВА

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

Аннотация. Часто возникающая необходимость совместных действий врачей разных специальностей при решении диагностических и лечебных проблем у урологических больных дала возможность о необходимости написания данной статьи. Нарушение контроля над мочеиспусканием затрагивают не только личную, но и социальную жизнь, тем не менее, пациенты достаточно неохотно обращаются к специалистам. Клиническое обследование с нарушениями функции нижних мочевых путей всегда должно предшествовать комплексному уродинамическому исследованию (КУДИ), включая сбор анамнеза. Поэтому мы решили, коротко осветить вопросы, связанные с обследованием, которое должно предварять уродинамическое исследования.

Ключевые слова: комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), мочевого пузыря, недержание мочи, цистометрия, профилометрия

Түйіндеме. ӘЙЕЛДЕРДЕ ЗӘР ШЫҒАРУДЫҢ БҰЗЫЛУЫ КЕЗІНДЕГІ УРОДИНАМИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКА (шолу). Шәріпова Қ.Қ. Урологиялық аурумен ауыратын науқастардың диагностикалық және емдеу мәселелерін шешу кезінде түрлі мамандықтардағы дәрігерлердің

бірлескен іс-қимылдарының қажеттігінің жиі туындауы осы мақаланы жазуға себеп болды. Зәр шығаруды бақылаудың бұзылуы пациенттердің тек жеке өмірін ғана емес, сонымен бірге әлеуметтік өмірге де әсерін тигізеді, соған қарамастан пациенттер мамандарға қаралуға асықпайды. Төменгі несеп жолдарының бұзылысын клиникалық тексеру алдында анамнезін жинау арқылы кешенді уродинамикалық зерттеуден өткізу керек. Сондықтан, уродинамикалық зерттеу арқылы тексеру мәселелерін қарастыруды шештік.

Түйін сөздер: күрделі уродинамикалық зерттеу істері (КУЗИ), қуық, несеп ұстамау, цистометрия зерттеуі, профилометрия зерттеуі

Summary. URODINAMIC DIAGNOSTICS OF DISORDER OF URINATION IN WOMEN (review). Sharipova K.K. Often the need for joint actions of physicians of different specialties in solving diagnostic and treatment problems in urological patients made it possible to write this article. Violation of control over urination affects not only personal, but also social life, nevertheless patients are reluctant enough to turn, to specialists. Clinical examination with violations of the function of the lower urinary tract should always precede a complex urodynamic examination (KUDE), including the collection of anamnesis. Therefore, we decided to briefly discuss the issues related to the survey, which should be preceded by urodynamic research.

Keywords: complex urodynamic examination (KUDE), bladder, urinary incontinence, cystometry, profilometry.

Расстройства мочеиспускания у женщин сопровождают их на протяжении всей жизни начиная с детского возраста и являются одной из наиболее актуальных проблем в урологической практике. С возрастом расстройства мочеиспускания резко влияют на качество жизни женщин, снижая ареал их активности в обществе, ограничивая их передвижение, занижая порог самооценки, создавая напряженную обстановку в семье и на работе. Часто расстройства мочеиспускания являются причинами депрессий у женщин. Наиболее яркими расстройствами мочеиспускания являются недержание мочи (НМ), симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). НМ выступает серьезной социально-экономической проблемой, не зависимой от возраста и пола. В целом НМ встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин [1]. По данным многочисленных исследований, отмечается, что НМ проявляется хотя бы один раз в год у 69% женщин и 39% мужчин [1,2,3].

Любые формы нарушения мочеиспускания снижают качество жизни, что создает определенные психологические проблемы и по данным многочисленных исследований, зачастую приводит к разрушению семейных, рабочих связей и социальной изоляции. Особое значение расстройства мочеиспускания приобретают у пациенток старших возрастных групп, что говорит о проявлении признаков «урогенитального старения» женщин и проведение эпидемиологических исследований по проблеме НМ представляет большой интерес

[1,2,3,4].

Возраст наступления климактерия и дефицит половых гормонов являются одним из основных факторов риска развития нарушений мочеиспускания у женщин [3,4,5]. По данным «Мировой статистики здравоохранения 2013 года», за последние два десятилетия в мире достигнут значительный прогресс в области улучшения здоровья людей в беднейших странах и сокращения разрыва между странами с наилучшим и наихудшим состоянием здоровья.

Из информационного бюллетеня ВОЗ отмечено, что старение населения мира является результатом продолжающегося снижения показателей рождаемости и повышения продолжительности жизни. Такое демографическое изменение привело к росту численности и относительной доли людей старше 60 лет. В период с 2000 до 2050 года численность населения в мире в возрасте 60 лет и старше увеличится более чем в три раза с 600 миллионов до 2 миллиардов. Это демографическое изменение имеет ряд последствий для общественного здравоохранения. Согласно демографическим показателям ВОЗ в настоящее время, число женщин достигших периода менопаузы составляет более 30% населения в развитых странах и 50% в развивающихся [4,5]. Большинство исследований по этой проблеме посвящено лечению больных с НМ, результаты которых, к сожалению, не удовлетворяют как врачей, так и пациенток. По мнению экспертов, это связано в первую очередь,

с ошибками в диагностике данного сложного, с патогенетической точки зрения, заболевания [3,4]. В настоящее время более важным является не только лечение данной проблемы, но и правильная диагностика причин НМ для профилактики и правильного лечения последней, по данным исследований MilsomI с соавторами отметили, что симптомы НМ могут влиять на состояние здоровья женщин всех возрастов. Но это не является опасным для жизни болезнью, но очень серьезно могут повлиять на физическое, психологическое, социальное благополучие.

В урогинекологии большое внимание уделяют НМ при напряжении у женщин. Так как часто это недуг возникает у много рожавших женщин и связано с нарушением связочного аппарата тазовых органов и промежности, опущением стенок влагалища и дна мочевого пузыря, по данным многочисленных исследований [1,4,5], отмечено, что при НМ, при напряжении существуют выраженные нарушения замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря (МП), изменения ее формы, подвижности оси мочевой пузырь-уретра, и заболевание связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящее к нарушению функции замыкательного аппарата [6]. Сложность и многообразие патогенеза формирования этого страдания у женщин накладывает свой отпечаток на выбор тактики лечения, как консервативного, так и оперативного, отсутствие единого лечебно-диагностического алгоритма ведения таких больных, при котором можно было бы взвешенно определить порядок, а также вариант как консервативной терапии, так и оперативного лечения, является основой причиной неэффективной оперативной коррекции НМ.

Терминология расстройств мочеиспускания включает следующие составляющие показатели:

- Эффективный объем мочевого пузыря – количество мочи выделенных в миллилитрах выделенное за одно мочеиспускание.
- Остаточная моча – остающаяся в мочевом пузыре после мочеиспускания.
- Поллакиурия – одно из частых симптомов расстройств мочеиспускания, которое предусматривает учащенное мочеиспускание и уменьшение при этом одномоментно выделенной мочи [4,6].

Диагностические мероприятия, проводимые для уточнения механизма потери мочи, не всегда

позволяют выявить основные патогенетические звенья заболевания и объективно установить возможную роль императивной и (или) стрессовой составляющей части страдания.

Анализ литературных источников публикуемых в последние годы материалов исследований, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом, показывает, что работы ведутся в следующих направлениях.

- определение показателей распространённости нарушений мочеиспускания, так как изучение проведения опроса женщин, является одной из актуальных показателей, так как большое количество женщин пытаются скрыть данный недуг, связывая проявления НМ с возрастными особенностями.

Физиологическое старение мужского и женского организма ассоциируется со снижением способности ткани к репарации, уменьшением их эластичности и дегенерацией нервных окончаний, изменением тонуса гладкой мускулатуры. Это позволяет предполагать, что ишемия и гипоксия могут лежать в основе повреждения интрамуральных нейронов и приводить к изменению функции гладкой мускулатуры МП.

- Определение параметров сенсорной симптоматики (Симптомы сенсорной симптоматики частые дневные (поллакиурия) и ночные (ноктурия) мочеиспускания определяемые в случае проявления императивного типа НМ. Данные проявления симптомокомплекса характерно для гиперактивности детрузора. Диагноз гиперактивность детрузора выставляется только по результатам уродинамического исследования. Развитие симптомов гиперактивности детрузора относят к тяжелой форме урогенитальных расстройств [7].

Уродинамические исследования (УДИ) по рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU) являются опциональными диагностическими манипуляциями. Несмотря на это, указанный метод обследования в настоящее время используется широко в повседневной клинической практике [1,4,8-10].

На сегодня имеющийся арсенал знаний и понимание методов уродинамической диагностики и их клиническое применение стали настолько информативны, что они необходимы для выработки патогенетических обоснованных методов лечения и правильной оценки его результатов и требуют дальнейшей диагностики диагноза.

Процесс мочеиспускания является сложным рефлекторным актом, который обеспечивается синхронным сокращением детрузора и расслаблением сфинктера мочевого пузыря (МП). Условием для удержания мочи считают положительный градиент уретрального давления (давление в мочеиспускательном канале превышает внутрипузырное). При НМ этот градиент становится отрицательным. Повышение внутрипузырного давления ведет к снижению уретрального, вследствие чего происходит недержание мочи в МП при различных патологических состояниях организма по закону интегральной теории Рапа Petros [11].

Однако по данным литературного обзора исследования функции мочевого пузыря женщин, указывающие на параметры особенностей возрастного фактора, показателей давления уретры и мочевого пузыря единичны [12,13]. Но исследование данного аспекта все еще актуально и может способствовать повышению эффективности уродинамической диагностики, правильной тактики

ведения женщин с различными расстройствами мочеиспускания, в том числе НМ, что характерно для 2/3 женщин старшего возраста [14-16].

Одной из задач уродинамического исследования является количественная и качественная оценка процесса мочеиспускания. В стандартный комплекс уродинамического исследования входят: урофлоуметрия с определением остаточной мочи, цистометрия наполнения и профилометрия уретры. Измерение внутрипузырного давления во время наполнения мочевого пузыря (ретроградная цистометрия) по праву является самым информативным методом в стандартном диагностическом комплексе уродинамических исследований. Необходимость и клиническое значение цистометрического исследования у больных с ургентной формой НМ бесспорны. Цистометрия представляет собой инвазивный метод исследования, основанный на регистрации изменений внутрипузырного давления по мере наполнения и опорожнения в соответствии с рисунком 1.

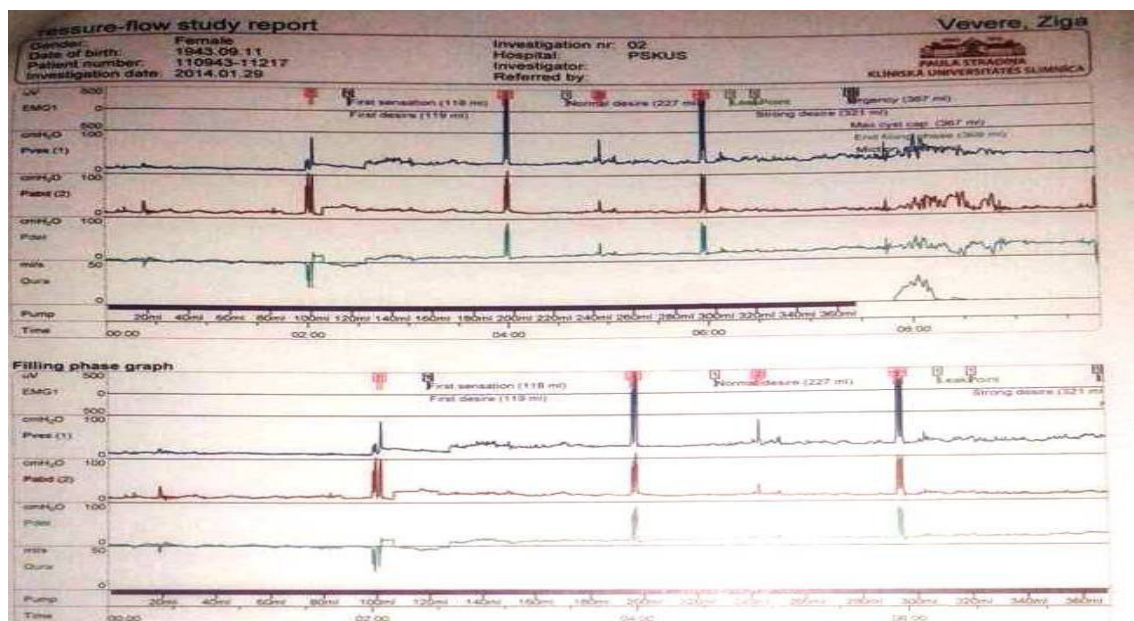


Рисунок 1 - Показатели цистометрии на наличие ГМП

Если перед цистометрией проводилась урофлоуметрия, то обязательным является определение остаточной мочи. Цистометрия проводится после опорожнения МП [17,18]. Устройство для проведения цистометрии представляет собой уродинамическое оборудование, состоящее из трех частей измерительных устройств к одному из которых относится цистометрия. Необходимое условие для проведения цистометрии является: нормальное психическое состоя-

ние больного, отсутствие всех видов анестезии, воздействие препаратов воздействующие на функцию МП. Необходимо одномоментное измерение внутрибрюшного и внутрипузырного давления, что позволяет рассчитывать внутрипузырное давление и для правильной оценки функционального состояния МП. При стационарной уродинамике наполнение проводят со скоростью 10-100 мл/мин (в зависимости от возраста пациента и ёмкости МП), цистометрия

может быть простой одноканальной, когда регистрируют только внутрипузырное давление.

Активность детрузора может быть нормальной (стабильный МП) и ненормальный ГМП. Для ГМП характерны произвольные фазовые или терминальные сокращения детрузора, проявляющиеся на цистограмме подъемами детрузорного давления в различные моменты резервуарной фазы.

Цистометрия имеет определенные уровни растяжимости: compliance (C), который характеризует в нем соотношение изменений объема и давления, при заполнении МП давление изменяется от 40-60 мл/см вод.ст. Одновременное измерение абдоминального и детрузорного давления позволяет правильно интерпретировать результаты цистометрии.

Одним из важных параметров обследования женщин с недержанием мочи КУДИ является профилометрия уретры, представляющая собой уродинамический показатель оценки давления, создаваемого по всей длине уретры.

Функция замыкательного аппарата косвенно может оцениваться по изменениям внутрипузырного давления, но состояние замыкательной функции уретры подробно показывают результаты профилометрии [4,10,11].

Профилометрия уретры - устройство для измерения профиля уретрального давления и является методом инвазивного УДИ. Метод профилометрии доказал, что в уретре здоровых женщин давление, даже во время кашля, всегда выше, чем в МП. Профилометрия мочеиспускательного канала проводится в рамках КУДИ при различных нарушениях мочеиспускания.

Принцип метода выполнения профилометрии заключается в следующем. В норме стенки находятся в спавшемся состоянии и просвет ее сомкнут. Тонус стенок мочеиспускательного канала обеспечивается несколькими факторами: гладкой мускулатурой уретры; поперечнополосатой парауретральной мускулатурой; эластичными элементами связочного аппарата; сосудистым компонентом. Стенки уретры плотно охватывают катетер, прикрывая боковые отверстия, через которые поступает жидкость. При этом измеряется давление необходимое для преодоления сопротивления стенок уретры току жидкости. Одновременное перемещение катетера по уретре дает возможность фиксировать эти значения непрерывно в каждой точке регистрации профиля давления в соответствии с рисунком 2.

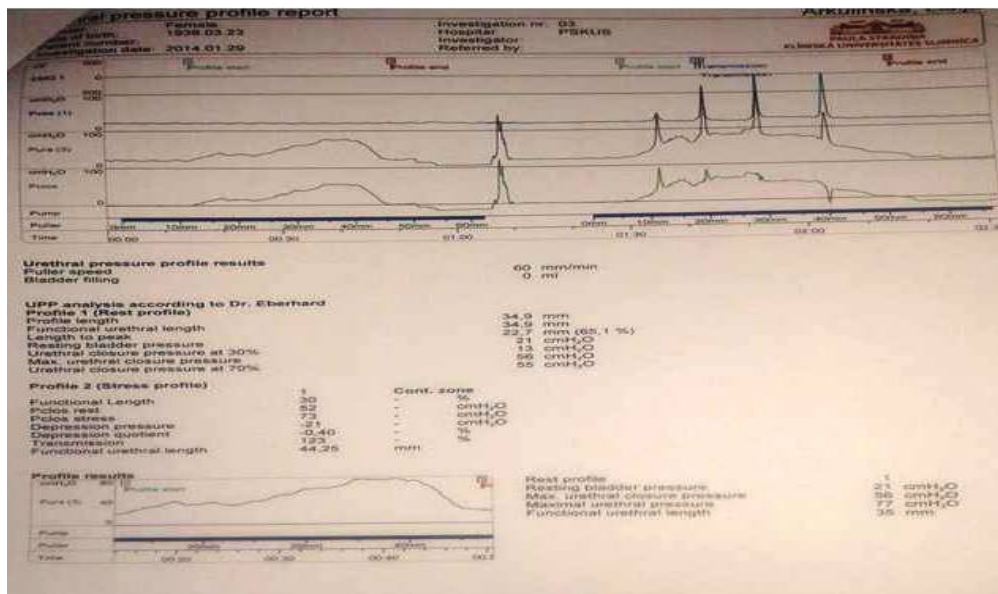


Рисунок 2 - Показатель профиля уретрального давления при НМ

Результаты и регистрация показателей КУДИ проводится в виде кривых давления и паточа мочи на экране мониторинга. В целом говоря о уретрального давления которая имеет высокую диагностическую ценность по результатам пара-

метрических показателей у женщин удерживающих и недерживающих мочу как отметили еще в 2010 году JoachimW., Thuroff, Pau Abrams, Karl-Erik Andersson с соавторами [17,18,19]. Непроизвольное выделение мочи из уретры при кашле или

при натуживании называется порог абдоминального давления (Valsalvaocoughleakpoint), данная функция предназначена для количественной оценки замыкательной функции сфинктера уретры которая диагностируется только по данным уродинамического тестирования.

Адекватное уродинамическое исследование дополненное дневником мочеиспускания, служит основой для выбора рациональной терапии нарушений мочеиспускания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Milsom I., Altman D., Lapitan M.C., Nelson R., Sillén U., Thom D. *Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP)*; 2015: P-10-52.
2. Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. *Incontinence. 5th Edition, EAU, 2013; 28 p.*
3. Hanskaar S., Burgio K., Diokn A.C., Herzog A.R., Hjlms K., Lapitan M.C.; *Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI)*; 2013, - P.177-178.
4. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. *Расстройства мочеиспускания. - М.: Литтерра, 2006. - 208 с.*
5. ВОЗ. *Старение и жизненный цикл. Всемирный доклад о старении и здоровье. - Идентификационный номер ВОЗ:WHO/FWC/ALC/15.01. - 2015. - 34 с.*
6. Milsom I., Altman D., Cartwright R., Lapitan M.C., Nelson R., Sillén U., Tikkanen K. *Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal (AI) Incontinence. In: Abrams, Cardozo, Kouhry and Wein (eds). Incontinence, 5th edn. Health Publications Ltd, Paris. - 2013. pp. 15-107.*
7. Moore K, Wagner TH, Subak L, Wagner T, De Wachter S, Dudding TD, Hu T-W. *Economics of urinary and faecal incontinence, and prolapse . In: Abrams, Cardozo, Kouhry and Wein (eds). Incontinence, 5th edn. HealthPublicationsLtd, Paris. - 2012. pp. 15-107.*
8. Stuart Reynolds W., Roger R. Dmochowski, David F. Penson. *Epidemiology of Stress Urinary Incontinence in Women. Current Urology Reports. - October 2011, 12. pp. 370.*
9. Abrams P. *Urodynamics. Springer-Verlag London Limited. 2006. - pp. 347.*
10. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. *Расстройства мочеиспускания. - М.: Литтерра, 2006. - С.27-29.*
11. Пушкарь Ю., Гумин Л.М. *Уродинамические исследования у женщин. М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 136 с.*
12. Papa Petros P.E. *The Female Pelvic Floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory, 3rd edition, Springer, 2010; pp. 32.*
13. Гаджиева З.К. *Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания. - Дис. д.м.н. - Москва. - 2009. - 352 с.*
14. Сметник В.П. *Медицина климактерия. Москва: - М.: Литтерра, 2006. - С. 14,18,64,89,95,134.*
15. Аляев Ю.Г., Балан В.Е., Григорян В.А., Гаджиева З.К. *Особенности расстройств мочеиспускания у женщин в климактерии.-Смоленск, Маджента, 2007.-192 с.*
16. Maggi S., Minicuci N., Langlois J. et al. *Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto Study J. Geront. Med. Sci. - 2001. - Vol. 56A. P.14–18.*
17. Lucas M.G., Bedretdinova D., Berghmans L.C., J. Bosch L.H.R., Burkhard F.C., Cruz F., Nambiar A.K., Nilsson C.G., Tubaro A., Pickard R.S. *Guidelines on Urinary incontinence. – European association of urology 2015 – Urinary incontinence. – Partial update march. - 2015. – p. 14-16, 32-38.*
18. Аккер Л.В., Неймарк А.И., Федорова И.А., Клыжнина Е.А. *Гиперактивный мочевой пузырь у женщин репродуктивного и пери- и менопаузального периода. – М.: МИА, 2007. -№1.-С.30-36, 51.*
19. Joachim W.Thüroff, Paul Abrams, Karl-Erik Andersson, Walter Artibani, Christopher R. Chapple, Marcus J. Drake, Christian Hampel, Andreas Neisius: *EAU Guidelines on Urinary Incontinence: 2011; V-59: P.387-400.*

УДК 616.831-002

WHAT IS NEW IN 2017 EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS PRESENTING WITH ST-SEGMENT ELEVATION? (REVIEW)

A.B. SUGRALIYEV
JSC "Central Clinical Hospital"
Almaty, Kazakhstan

Summary. The article describes the main changes in the new 2017 recommendations of the European Society of Cardiology (ESC) for the diagnosis and treatment of myocardial infarction with the elevation of the ST segment (STEMI). The main changes in 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation are divided in three main parts:

1. Modification of existing treatment approaches,
2. The introduction of new recommendations and
3. New revised concepts for the treatment of patients with STEMI

Keywords: Guidelines of ESC; Acute coronary syndromes; Myocardial infarction; Compliance to medical treatment

Түйіндеме. ЕУРОПАЛЫҚ КАРДИОЛОГИЯ ҚОҒАМЫНЫҢ 2017 ЖЫЛЫ ST СЕГМЕНТИНІҢ ЖОҒАРЫЛАУЫМЕН МИОКАРД ИНФАРКТИСІН БАСҚАРУ БОЙЫНША ЖАҢА ҰСЫНЫСТАРЫНА ҚАНДАЙ ӨЗГЕРІСТЕР ЕНГІЗІЛДІ (шолу). Сүгірәлиев А.Б. Мақалада Еуропалық кардиология қоғамының 2017 жылғы ST сегментінің (ИМСП ST) жоғарылауымен миокард инфарктісін диагностикалау және емдеу жөніндегі жаңа ұсыныстарына енгізілген негізгі өзгерістер қарастырылған. Сарапшылар ұсыныстардың негізгі өзгерістерін үш негізгі топқа бөлді. Бірінші топ 2012 жылдан бастап қолданыстағы ұсынымдарда маңызды өзгерістерді қамтиды. Екінші топқа соңғы жылдары жаңа зерттеулердің нәтижелерінен алынған жаңа ұсыныстар кіреді. Соңында, үшінші топ ИМСП ST бар науқастарды емдеу үшін бұрыннан бар, қайта қаралған ұғым түрінде маңызды өзгерістер жасалды.

Түйін сөздер: ЕОК ұсыныстары, жедел коронарлық синдром, жедел миокард инфарктісі, дәрігерлік терапияны ұстану

Аннотация. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕСЕНЫ В НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2017г. ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST (обзор). Сугралиев А.Б. В статье отражены основные изменения в новых рекомендациях 2017 года Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМСП ST). Эксперты разделили основные изменения в рекомендациях на три основные группы. В первую группу отнесены важные изменения в существующие ранее рекомендации от 2012 года. Во вторую группу отнесены новые рекомендации, которые были получены по результатам совершенно новых исследований за последние годы. И наконец, в третью группу внесены важные изменения в виде пересмотренных концепций, которые существовали ранее для лечения больных с ИМСП ST.

Ключевые слова: рекомендации ЕОК, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, приверженность к лекарственной терапии

The main changes in 2017 European Society of Cardiology (ESC) Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation are divided in three main parts:

1. Modification of existing treatment approaches,

2. The introduction of new recommendations and
3. New revised concepts for the treatment of patients with STEMI [1].

Primary PCI is the preferred reperfusion strategy in patients with STEMI within 12 h of symptom

onset, provided it can be performed expeditiously (i.e. 120 min from STEMI diagnosis) by an experienced team. An experienced team includes not only interventional cardiologists but also skilled support staff. Randomized clinical trials in high volume,

experienced centres have repeatedly shown that, if delay totreatment is similar, primary PCI is superior to fibrinolysis in reducing mortality, reinfarction, or stroke [2-4].

Table 1 - The main changes in the new 2017 ESC Guidelines of patients with STEMI regarding existing treatment models

Strategy	Level of evidence in 2012	Level of evidence in 2012	Clinical studies
Radial access is recommended over femoral access if performed by an experienced radial operator	IIa	Ia	MATRIX
Stenting with new-generation DES is recommended over BMS for primary PCI	IIa	Ia	COMFORTABLE AMI, EXAMINATION, NORSTENT
Complete revascularization of non-IRA lesions should be considered in STEMI patients with multivessel disease before hospital discharge	III	IIa	PRAMI, CvLPRIT, DANAMI-3-PRIMULTI, (Compare-Acute)
Thrombus aspiration	IIa	III	TOTAL и TASTE
Bivalirudin	Ia	IIa	MATRIX, HEAT-PPCI
Enoxaparin	IIb	IIa	ATOLL, Meta-analysis
Early discharge (within 48–72 h) should be considered appropriate in selected low-risk patients if early rehabilitation and adequate follow-up are arranged	IIb	IIa	
Routine oxygen is not recommended	Ia		AVOID, DETO2X
Tenecteplase	Ib		STREAM

Radial access is recommended over femoral access if performed by an experienced radial operator [5].

The new ESC guidelines have provided robust evidence in favor of the radial approach as the default access site in ACS patients undergoing primary PCI by experienced radial operators. Results of several clinical studies demonstrated that radial access was associated with lower risks of access site bleeding, vascular complications, and need for transfusion. Importantly, there was a significant mortality benefit in patients with STEMI allocated to the transradial access site.

Stenting with new-generation DES is recommended over BMS for primary PCI [1].

New-generation DES have shown superior safety and preserved or even improved efficacy compared with first-generation DES, in particular with respect to lower risks of stent thrombosis and recurrent MI according to results of several clinical studies like COMFORTABLE AMI, EXAMINATION, NORSTENT. In addition new generation of DES were associated with lower rates of all cause of mortality,

definite stent thrombosis and of target lesion and any repeat revascularization versus BMS [6-8].

Complete revascularization of non-IRA lesions should be considered before hospital discharge.

According to previous ESC guidelines it was recommended to always treat the IRA, due to conflicting evidence of immediate (preventive) revascularization of additional significant coronary stenosis of coronary arteries. Moreover, it has been reported that patients with extensive CAD in vessels remote from the IRA have lower rates of ST-segment recovery and an adverse prognosis following primary PCI [1].

Four randomized clinical trials have compared PCI of the IRA only vs. complete revascularization PRAMI, CvLPRIT, DANAMI-3-PRIMULTI, (Compare-Acute) [9-11]. Indication for PCI in non-IRA was angiography-guided in lesions with 50% stenosis (PRAMI) [9], >70% stenosis (CvLPRIT) [10], or fractional flow reserve (FFR)-guided (DANAMI-3-PRIMULTI and Compare-Acute) [11]. Primary outcome (composite of different endpoints) was significantly reduced in the complete

revascularization group in all four trials. Primary outcome (composite of different endpoints) was significantly reduced in the complete revascularization group in all four trials. Total mortality was not statistically different in any of the four trials. Repeat revascularization was significantly reduced in the complete revascularization arm in the PRAMI, DANAMI-3-PRIMULTI, and Compare-Acute trials. Non-fatal MI was reduced in the non-IRA PCI group only in PRAMI.

Based on these data, revascularization of non-IRA lesions should be considered in STEMI patients with multi vessel disease before hospital discharge. As the optimal timing of revascularization (immediate vs. staged) has not been adequately investigated, no recommendation in favour of immediate vs. staged multivessel PCI can be formulated [9-11].

Thus, the need for complete revascularization in multivessel lesions in new recommendations has been upgraded from III to class IIa evidence [1].

Routine thrombus aspiration is not recommended

Recently, results of two large randomized controlled trials TOTAL [12] and TASTE [13], which were adequately powered to detect superiority of routine manual thrombus aspiration versus conventional PCI, showed no benefit on clinical outcomes of routine aspiration strategy overall. Moreover results of studies demonstrated an increase in the risk of stroke in the group of patients with manual thrombus aspiration. Based on these data and the results of a recent meta-analysis [14] routine thrombus aspiration is not recommended, which means that level of evidence is downgraded from class II to III class, but in cases of large residual thrombus burden after opening the vessel with a guide wire or a balloon, thrombus aspiration may be considered.

Class of evidence for Bivalirudin is downgraded from Ia to II a.

According to results of meta-analysis there are no mortality advantage with bivalirudin and a reduction in the risk of major bleeding, but at the cost of an increased risk of acute stent thrombosis [15]. In the recent MATRIX trial including ACS patients, bivalirudin did not reduce the incidence of the primary endpoint (composite of death, MI, or stroke) compared to UFH. Bivalirudin was associated with lower total and cardiovascular mortality, lower bleeding, and more definite stent thrombosis [16]. However, a post hoc analysis suggested that prolonging bivalirudin with a full-PCI dose after PCI was associated with the lowest risk of ischemic and bleeding events, which is in accordance with the current label of the drug.

Based on these data, bivalirudin should be considered in STEMI, especially in patients at high bleeding risk. Bivalirudin is recommended for patients with heparin induced thrombocytopenia [1].

The class of evidence for enoxaparin remained at the same level, but the level of evidence upgraded from level II b to level IIa on the basis of results of ATOLL and meta-analysis.

The primary composite endpoint of 30 day death, MI, procedural failure, or major bleeding in ATOLL study was not significantly reduced by enoxaparin (17% relative risk reduction, $P = 0,063$), but there was a reduction in the composite main secondary endpoint of death, recurrent MI or ACS, or urgent revascularization. Importantly, there was no evidence of increased bleeding following the use of enoxaparin over UFH. In the per-protocol analysis of the ATOLL trial, enoxaparin was superior to UFH in reducing the primary endpoint, ischemic endpoints, mortality, and major bleeding. In a meta-analysis enoxaparin was associated with a significant reduction in death compared to UHF. Based on these considerations, enoxaparin should be considered in STEMI [17].

The optimal length of stay in the hospital and early discharge

The optimal length of stay in the hospital should be determined on an individual basis, according to the patient's cardiac risk, comorbidities, functional status, and social support. Generalization of successful reperfusion and knowledge of coronary anatomy has led to progressive reductions in length of stay after STEMI, with significant reductions in 30 day mortality, suggesting that earlier discharge is not associated with late mortality [18,19]. Candidates for early discharge after STEMI can be identified using simple criteria [e.g. the Second Primary Angioplasty in Myocardial Infarction (PAMI-II) criteria, the Zwolle primary PCI Index, or other criteria [18].

The PAMI-II criteria designate as low risk patients aged <70 years, with an LVEF >45%, one- or two-vessel disease, successful PCI, and no persistent arrhythmias.

Routine oxygen is not recommended!

Oxygen is indicated in hypoxic patients with arterial oxygen saturation (SaO_2) < 90%. There is some evidence suggesting that hyperoxia may be harmful in patients with uncomplicated MI, presumably due to increased myocardial injury [20]. Thus, routine oxygen is not recommended when SaO_2 is > 90%. Routine oxygen is not recommended in patients with $SaO_2 > 90\%$ [21]. It is important to note that level of recommendation is not changed, but there is important information regarding absence of

efficacy oxygen therapy in patients with saturation level $\geq 90\%$. In these cases it is not necessary to use oxygen due to economic inexpediency [1].

Fibrinolytic therapy

Fibrinolytic therapy is an important reperfusion strategy in settings where primary PCI cannot be offered in a timely manner. The largest absolute benefit is seen among patients at highest risk, including the elderly, and when treatment is offered <2 h after symptom onset. Fibrinolytic therapy is recommended within 12 h of symptom onset if primary PCI cannot be performed within 120 min from STEMI diagnosis and there are no contraindications. The later the patient presents (particularly after 3 h) [1,21], the more considerations should be given to transfer for

primary PCI (as opposed to administering fibrinolytic therapy) because the efficacy and clinical benefit of fibrinolysis decrease as the time from symptom onset increases. In the presence of contraindications for fibrinolytic treatment, it is important to weigh the potentially life-saving effect of fibrinolysis against potentially life-threatening side effects, taking into account alternative treatment options such as delayed primary PCI. A fibrin-specific agent should be preferred. Single-bolus weight-adjusted tenecteplase tissue plasminogen activator (TNK-tPA) is equivalent to accelerated tPA in reducing 30 day mortality, but is safer in preventing non-cerebral bleeds and blood transfusion, and is easier to use in the pre-hospital setting [1,21].

Table 2 - What is totally new in the 2017 ESC Guidelines of patients with STEMI?

New recommendations	Level of evidence	Studies
In patients with LDL-C ≥ 1.8 mmol/L (≥ 70 mg/dL) despite a maximally tolerated statin dose who remain at high risk, further therapy to reduce LDL-C should be considered.	IIa	IMPROVE-IT [22], FOURTIER [23].
Complete revascularization during the index procedure should be considered in patients presenting with cardiogenic shock.	IIa	Experts opinion
Cangrelor may be considered in patients who have not received P2Y12 receptor inhibitors	IIb	CHAMPION [24].
In patients who underwent PCI after fibrinolysis, after a safety period (arbitrarily considered 48 h), there are no biological grounds to consider that potent P2Y12 inhibitors will add risk and not exert a benefit over clopidogrel as in the primary PCI setting	IIb	Experts opinion
In high ischaemic-risk patients who have tolerated DAPT without a bleeding complication, treatment with DAPT in the form of ticagrelor 60 mg twice a day on top of aspirin for longer than 12 months may be considered for up to 3 years.	IIb	PEGASUS-TIMI 54 [25].
The use of the polypill and combination therapy to increase adherence to drug therapy may be considered.	IIb	FOCUS [26].
In asymptomatic patients, routine PCI of an occluded IRA >48 h after onset of STEMI is not indicated.	III	DANAMI 3-DEFER [27].

REFERENCES

1. Ibanez B., James S., Agewall S. et al 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation *European Heart Journal* (2017) 00, 1–66 doi:10.1093/eurheartj/ehx393

2. Zijlstra F, Hoorntje JC, de Boer MJ, Reijfers S. et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999;341(19):1413–1419.

3. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003;361(9351):13–20.

4. Widimsky P, Budesinsky T, Vorac D/et al. ‘PRAGUE’ Study Group Investigators. Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. Final results of the randomized national multicentre trial—PRAGUE-2. *Eur Heart J* 2003;24(1):94–104.

5. Valgimigli M, Gagnor A, Calabro P et al. *MATRIX Investigators. Radial versus femoral access in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: a randomised multicentre trial. Lancet* 2015;385 (9986):2465–2476.
6. Raber L, Kelbaek H, Ostojic M. et al. *COMFORTABLE AMI Trial Investigators. Effect of biolimus-eluting stents with biodegradable polymer vs bare-metal stents on cardiovascular events among patients with acute myocardial infarction: the COMFORTABLE AMI randomized trial. JAMA* 2012;308(8):777–787.
7. Sabate M, Cequier A, Iniguez A et al. *Everolimus-eluting stent versus bare-metal stent in ST-segment elevation myocardial infarction (EXAMINATION): 1 year results of a randomised controlled trial. Lancet* 2012;380(9852):1482–1490.
8. Bona KH, Mannsverk J, Wiseth R et al. *NORSTENT Investigators. Drug-eluting or bare-metal stents for coronary artery disease. N Engl J Med* 2016;375 (13):1242–1252.
9. Wald DS, Morris JK, Wald NJ et al. *PRAMI Investigators. Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction. N Engl J Med* 2013;369 (12):1115–1123.
10. Gershlick AH, Khan JN, Kelly DJ et al. *Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI and multivessel disease: the CvLPRIT trial. J Am Coll Cardiol* 2015;65 (10):963–972.
11. Engstrom T, Kelbaek H, Helqvist S. et al. *DANAMI-PRIMULTI Investigators. Complete revascularisation versus treatment of the culprit lesion only in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel disease (DANAMI-3-PRIMULTI): an open-label, randomized controlled trial. Lancet* 2015;386 (9994):665–671.
12. Jolly SS, Cairns JA, Yusuf S et al. *TOTAL Investigators. Stroke in the TOTAL trial: a randomized trial of routine thrombectomy vs. percutaneous coronary intervention alone in ST-elevation myocardial infarction. Eur Heart J* 2015;36 (35):2364–2372.
13. Frobert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK. et al. *TASTE Trial. Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med* 2013;369(17):1587–1597.
14. Jolly SS, James S, Dzavik V. et al. *Thrombus aspiration in ST-segment-elevation myocardial infarction. An individual patient meta-analysis: Thrombectomy Trialists Collaboration. Circulation* 2017;135 (2):143–152.
15. Capodanno D, Gargiulo G, Capranzano P. et al. *Bivalirudin versus heparin with or without glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in patients with STEMI undergoing primary PCI: An updated meta-analysis of 10,350 patients from five randomized clinical trials. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2016;5 (3):253–262.
16. Leonardi S, Frigoli E, Rothenbuhler M. et al. *Bivalirudin or unfractionated heparin in patients with acute coronary syndromes managed invasively with and without ST elevation (MATRIX): randomised controlled trial. BMJ* 2016;354:i4935.
17. Montalescot G, Zeymer U, Silvain J. et al. *ATOLL Investigators. Intravenous enoxaparin or unfractionated heparin in primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction: the international randomised open-label ATOLL trial. Lancet* 2011;378 (9792):693–703.
18. Grines CL, Marsalese DL, Brodie B. et al. *Safety and cost effectiveness of early discharge after primary angioplasty in low risk patients with acute myocardial infarction. PAMI-II Investigators. Primary Angioplasty in Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol* 1998;31(5):967–972.
19. De Luca G, Suryapranata H, van 't Hof AW, de Boer MJ, Hoorntje JC et al. *Prognostic assessment of patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty: implications for early discharge. Circulation* 2004;109 (22):2737–2743.
20. Stub D, Smith K, Bernard S et al. *Air versus oxygen in ST-segment-elevation myocardial infarction. Circulation* 2015;131 (24):2143–2150.
21. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P. et al. *STREAM Investigative Team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med* 2013;368 (15):1379–1387.
22. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP et al. *IMPROVE-IT Investigators. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. N Engl J Med* 2015;372 (25):2387–2397.
23. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC et al. *FOURIER Steering Committee and Investigators. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. N Engl J Med* 2017;376(18):1713–1722.
24. Bhatt DL, Stone GW, Mahaffey KW et al. *CHAMPION PHOENIX Investigators. Effect of platelet inhibition with cangrelor during PCI on ischemic events. N Engl J Med* 2013;368 (14):1303–1313.
25. Costa F, Tijssen JG, Ariotti S. et al. *Incremental value of the CRUSADE, ACUITY, and HAS-BLED risk scores for the prediction of hemorrhagic events after coronary stent implantation in patients undergoing long or short duration of dual antiplatelet therapy. J Am Heart Assoc* 2015;4 (12):e002524.

26. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardio* 2014;64 (20):2071–2082.

27. Kelbaek H, Hofsten DE, Kober L et al.

Deferred versus conventional stent implantation in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (DANAMI 3-DEFER): an open-label, randomized controlled trial. Lancet 2016;387 (10034):2199–2206.

НОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ 2017 ГОДА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

А.Б. СУГРАЛИЕВ

АО «Центральная клиническая больница»

г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В статье описаны внесенные новые изменения в рекомендации ЕОК 2017 по менеджменту инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, которых не было в предыдущих рекомендациях. В ней подчеркивается важность строгого контроля уровня холестерина – липопротеида низкой плотности (ХС-ЛПНП) и достижения снижения его уровня ниже 1,8 ммоль/л, полной реваскуляризации во время индексного события у больных с кардиогенным шоком, применения более интенсивного и быстрого ингибитора P2Y₁₂ рецептора Кангрелора у больных, которые не принимали до индексного события никакие ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов. Кроме того, ключевым аспектом лечения больных после перенесенного инфаркта миокарда является приверженность рекомендованному лечению. Для увеличения приверженности лечения рекомендуется применение полипила, содержащего аспирин 100 мг, аторвастатин 20 мг и рамиприл 2,5 мг, 5 мг и 10 мг.

Ключевые слова: Рекомендации, острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, вторичная профилактика, приверженность.

Түйіндеме. ЕУРОПАЛЫҚ КАРДИОЛОГИЯ ҚОҒАМЫНЫҢ 2017 ЖЫЛЫ МИОКАРД ИНФАРКТИСІН БАСҚАРУҒА ҚАТЫСТЫ ҰСЫНЫСТАРЫ БОЙЫНША ST СЕГМЕНТІНІҢ ЖОҒАРЫЛАУЫМЕН ЖАҢА ӨЗГЕРІСТЕР. Сүгірәлиев А.Б. Бұл мақалада ЕОК-ның ұсынысы бойынша енгізілген жаңа өзгерістер, миокард инфарктісін басқару бойынша ST сегментінің биіктігімен ұсынылған, олар алдыңғы ұсынымдарға кірмеген. Ол төмен тығыздығы жоғары липопротеин (LDL-C) холестеринді қатаң бақылаудың маңыздылығын және оның деңгейін 1,8 ммоль/л-дан төмендеуіне, кардиогенді шокпен ауыратын науқастардағы индекс оқиғасы кезінде толық реваскуляризациялауға, P2Y₁₂ рецепторлардың ингибиторларын қарқынды және жылдам қолдануына ерекше назар аударады Индекс оқиғасына қатыспаған науқастарда P2Y₁₂ рецепторларының ингибиторлары жоқ. Сонымен қатар, жүректің шабуылынан кейін пациенттерді емдеудің негізгі аспектісі миокард инфарктісі – науқастарды ұсынылған емдеуге міндеттеу. Емдеу бейімділігін арттыру үшін 100 мг аспирин бар полипилл, 20 мг атервастатин және 2,5 мг, 5 мг және 10 мг рамиприл бар.

Түйінсөздер: ұсынымдар, ST сегментінің биіктігімен жіті миокард инфарктісі, қайталама профилактика, адалдық мәселесі

Summary. WHAT IS NEW IN THE 2017 VERSION OF ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS PRESENTING WITH ST-SEGMENT? Sugraliev A.B. This article describes the new treatment approaches in the new 2017 version of ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation, which were not included in previous recommendations. It highlights the importance of strict control of level of low-density lipoprotein (LDL-C) cholesterol ≤ 1.8 mmol/L, complete revascularization during the

index event in patients with cardiogenic shock, the use of a more potent and rapid P2Y₁₂ receptor inhibitor Cangrelor in patients who receive no any inhibitors of P2Y₁₂ receptors before. A strategy to reduce poor adherence is the use of a fixed-dose combination or polypill based strategy [polypill containing aspirin 100 mg, atorvastatin 20 mg and ramipril 2.5 mg, 5 mg and 10 mg,] showed improved adherence compared with the group receiving separate medications. Although low adherence has been qualified as an ubiquitous problem, healthcare professionals and patients should be aware of this challenge and optimize communication by providing clear information, simplify treatment regimens, aim at shared decision-making, and implement repetitive monitoring and feedback.

Keywords: Recommendations, acute myocardial infarction with ST segment elevation, secondary prevention, adherence problem.

Важные новые изменения, которые внесены в рекомендации 2017 Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМСП ST), представлены в таблице 1 [1].

Таблица 1 - Новые рекомендации 2017 г.

Новые рекомендации	Уровень	Исследования
Необходимость дополнительной липидснижающей терапии при уровне ХС-ЛПНП ≥ 1.8 ммоль/л (≥ 70 мг/дл), несмотря на прием статинов с максимальной переносимостью	IIa	IMPROVE-IT, FOURIER
Необходимость полной реваскуляризации во время первичного ЧКВ при индексном событии у пациентов в состоянии кардиогенного шока	IIa	Мнение экспертов
Применение нового инъекционного антитромбоцитарного препарата Кангрелора, если ранее не было приема ингибиторов P2Y ₁₂ рецепторов	IIb	CHAMPION
Перевод на мощный ингибитор P2Y ₁₂ рецепторов через 48 ч после фибринолиза	IIb	Мнение экспертов
Увеличение продолжительности приема тикагрелора до 36 мес у пациентов с высоким риском	IIb	PEGASUS-TIMI 54
Необходимость применения полипилла для улучшения приверженности к лечению	IIb	FOCUS
Нецелесообразность рутинного применения отложенного стентирования	III	DANAMI 3-DEFER

Как видно из таблицы 1, новые рекомендации касаются, прежде всего, важности применения дополнительной липидснижающей терапии, если не достигается целевой уровень холестерина-липопротеида низкой плотности (ХС-ЛПНП). В основе этих данных лежат результаты мета-анализа исследований, которые сравнивали стратегию более интенсивного снижения уровня ХС-ЛПНП с менее интенсивным снижением с помощью статинов. Мета-анализ показал, что более интенсивная терапия статинами дает большее снижение рисков сердечно-сосудистой смерти, частоты нефатального инфаркта миокарда (ИМ), ишемического инсульта и коронарной реваскуляризации. Снижение ХС-ЛПНП на каждый 1,0 ммоль/л способствует снижению риска, что похоже на пропорциональное снижение рисков, полученное в клинических исследованиях со статинами в

сравнении с контролем [2]. Поэтому статины рекомендуются всем пациентам с ОИМ независимо от концентрации холестерина при поступлении. Липидснижающую терапию следует начинать как можно раньше, так как это увеличивает приверженность к лечению пациентов после выписки. Кроме того, применение высокоинтенсивных статинов дает раннюю и устойчивую клиническую пользу для пациента [3]. Интенсивность терапии статинами должна быть повышена у пациентов, которые получали до поступления в больницу статины низкой или средней интенсивности, за исключением больных с непереносимостью терапии высокоинтенсивными статинами или другими характеристиками, которые могут влиять на безопасность больного [1-5]. Целью лечения является снижение концентрации ХС-ЛПНП $< 1,8$ ммоль / л (менее < 70 мг / дл) или, по мень-

шей мере, на 50% от уровня ХС-ЛПНП, если исходный уровень ХС-ЛПНП составляет 1,8-3,5 ммоль / л. [1-5]. Использование в терапии статинов низкой интенсивности следует рассматривать у пациентов с повышенным риском развития побочных эффектов от статинов (например, у пожилых людей, у больных с печеночными или почечными нарушениями, при наличии предыдущих побочных эффектов или при потенциально нежелательном взаимодействии с необходимой сопутствующей терапией). После ИМ липидный профиль проходит через фазовые изменения с небольшим снижением уровня общего холестерина, ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП, но с увеличением уровня триглицеридов в течение первых 24 ч.[1]. Тощаковый уровень липидного профиля должен быть определен как можно раньше после поступления больных с ИМСПСТ, так как уровни общего ХС и ХС-ЛПВП претерпевают небольшие суточные колебания, а изменение ХС-ЛПНП составляет 10% [1]. Уровни липидов следует повторно оценивать через 4-6 недель после ОКС и определить, были ли целевые уровни липидов достигнуты, и оценить вопросы безопасности, после чего необходимо соответствующим образом провести коррекцию дальнейшего приема липидснижающей терапии. Результаты исследований с высокими дозами аторвастатина и симвастатина [1,3-5] свидетельствуют в пользу отнесения этих статинов в группу статинов высокой интенсивности.

У пациентов с непереносимостью какой-либо дозы статина необходимо рассмотреть лечение с помощью эзетимиба.

Последние данные из I-III фазы клинических исследований показывают, что ингибиторы пропротеин-конвертазы субтилизина/кексина типа 9 (PCSK9) уменьшают уровень ХС-ЛПНП до 60% как в виде монотерапии, так и в комбинации со статинами, а также оказывают благотворное влияние

на уровень триглицеридов и ХС-ЛПВП [6-8]. Результаты исследования **FOURIER** показали, что дополнительное применение инъекции эволокумаба уменьшило число сердечно-сосудистой смерти, ИМ, инсульта, госпитализации по поводу нестабильной стенокардии или необходимости проведения коронарной реваскуляризации на 15% в относительной частоте и на 1,5% в абсолютной частоте. При этом не было различий в отношении смертности от всех причин или смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и не было никакой значимой разницы в частоте развития неблагоприятных событий [9]. Учитывая умеренный эффект в течение 2 лет и отсутствие снижения смертности, применение данной группы препаратов должно по-прежнему ограничиваться лишь выбранными пациентами высокого риска. Основываясь на этом относительно ограниченном количестве доказательств, клиницисты должны рассмотреть вопрос о добавлении в лечение препаратов нестатинового ряда у пациентов высокого риска, у которых невозможно достижение целевых уровней липидов после ИМСПСТ, несмотря на прием максимально переносимой и допустимой дозы статина [1].

Вторым новым компонентом в рекомендациях указывается необходимость проведения немедленной реперфузии, по возможности, с помощью первичного ЧКВ [10,11] и полной реваскуляризации в случае многососудистого поражения коронарных сосудов у больных с кардиогенным шоком. Кроме того, пациентов с самым высоким риском развития шока целесообразно транспортировать в ранние сроки в третичные или специализированные центры до начала гемодинамической нестабильности для оказания специализированной помощи. Компоненты антитромботической терапии у таких больных с ИМСПСТ не отличаются по составу.

Таблица 2 - Рекомендации по ведению больных с кардиогенным шоком при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST

Рекомендации	Класс	Уровень
Показано проведение немедленного ЧКВ больным с кардиогенным шоком, если анатомия коронарных сосудов является подходящей для этого. В случае не подходящей для ЧКВ анатомии коронарных сосудов или при неудачном ЧКВ рекомендуется проведение срочного КШ [10].	I	B

В новых рекомендациях указывается необходимость применения нового сильного и обратимого ингибитора P2Y₁₂ рецепторов, который обладает быстрым начальным эффектом, и его действие прекращается после прекращения инфузии препарата. При этом установлено, что применение кан-

грелора уменьшает перипроцедуральные ишемические осложнения ценой повышенного риска кровотечения [12]. Поэтому необходимо рассмотреть возможность применения кангрелора у пациентов, которые не получали предварительно пероральные ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов во

время проведения ЧКВ или у тех, кто не в состоянии принимать пероральные препараты.

У пациентов, кому проводили фибринолитическую терапию с последующим ЧКВ, рекомендуется применение ДАТТ в течение 12 месяцев. Клопидогрел является препаратом выбора из ингибиторов P2Y₁₂ в качестве компонента вспомогательной терапии после фибринолиза у пациентов, которым уже проведено ЧКВ после фибринолиза. Согласно мнению экспертов, по истечении безопасного периода (произвольно установлено 48 ч) возможно применение более интенсивных ингибиторов P2Y₁₂-рецепторов без увеличения риска при наличии определенного преимущества над клопидогрелом, как в условиях проведения первичного ЧКВ [1].

Длительность применения ингибиторов P2Y₁₂-рецепторов была увеличена с 12 месяцев до 36 месяцев на основании результатов исследования PEGASUSTIMI 54. При этом на фоне тикагрелора 60 мг (но не 90 мг) плюс аспирин статистически значимо снижался риск инсульта по сравнению с монотерапией аспирином при значимом увеличении риска кровотечений [13].

Проблема приверженность к лечению. Низкая приверженность к лечению является важным барьером в достижении оптимальных целевых значений АД, что сопровождается худшими результатами [14]. Запоздалое амбулаторное наблюдение после ОИМ приводит к худшей краткосрочной и долгосрочной приверженности лекарственной терапии [15]. В мета-анализе с 376 162 пациентами приверженность к сердечно-сосудистым лекарственным препаратам составила около 57% после медианы наблюдения в 2 года [16]. Общеизвестно, что приверженность определяется комплексом взаимосвязанных между собой факторов, таких, как социально-экономические, связанные с лекарственными препаратами, связанные с болезненным состоянием, связанные с системой здравоохранения и связанные непосредственно с пациентом [17]. Стратегией по улучшению приверженности является использование комбинации фиксированных доз препаратов или полипилла, содержащего ключевые препараты для снижения СС риска, препарата для приема 1 раз в день [18,19]. Единственным исследованием, посвященным пациентам после ИМ, является недавнее исследование 2-й фазы комбинированного препарата с фиксированной дозой для вторичной сердечно-сосудистой профилактики (FOCUS) [20], в котором 695 пациентов после ИМ были рандомизированы на группу с обычной терапией и группу с приемом полипилла [полипиллсодержит

аспирин, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (рамиприл) и статин (симвастатин)]. В этом исследовании через 9 месяцев наблюдения группа полипилла продемонстрировала более высокую приверженность в сравнении с группой, получавшей отдельные лекарства. Требуется проведение больших клинических исследований для подтверждения клинической пользы вторичной профилактики. Несмотря на то, что низкая приверженность была признана повсеместной проблемой, специалисты здравоохранения и пациенты должны знать об этой проблеме и оптимизировать взаимопонимание, предоставляя четкую информацию, упрощая схемы лечения, стремясь к совместному принятию решений и проводя повторный мониторинг и обратную связь.

Исследования относительно экономического преимущества применения фиксированных доз в виде полипилла для вторичной профилактики сердечно-сосудистых (СС) событий у взрослых больных, перенесших в анамнезе инфаркт миокарда, были проведены на моделях здравоохранения Великобритании. Исследователи подсчитали экономическую целесообразность применения полипила у больных в среднем возрасте 64,7 года, большинство из которых были мужчины с недавно перенесенным ИМ, кому необходима вторичная профилактика. Пациенты принимали полипилл (препарат с фиксированной дозой), который состоял из 100 мг аспирина, 20 мг аторвастатина и 2,5, 5 или 10 мг рамиприла, сравнение проводилось со свободной комбинацией указанных препаратов. Компонентами первичных и вторичных конечных точек были число СС событий на 1000 пациентов, стоимость полученной жизни в течение года, цена стоимости качества жизни, полученной за год.

Результаты исследования на модели здравоохранения показали увеличение приверженности на 10% в группе больных, которые принимали полипилл, что дало дополнительное снижение на 6,7% смертельных исходов и нефатальных СС событий. На основании полученных данных авторы полагают, что в условиях реальной жизни в течение 10 лет применение полипилла может улучшить приверженность к лечению ~ на 20% и тем самым может предотвратить 47 из 323 (15%) смертельных исходов, а также нефатальные СС-события у 1000 пациентов в сравнении с применением свободной комбинации указанных препаратов, с дополнительной рентабельностью в 8200 фунтов стерлингов за качество полученной жизни в течение года. Если предположить, что около 450 000 взрослых находились под угрозой развития ИМ, и из них 10% будут применять полипилл, то в

таком случае подобная тактика предотвратила бы 3260 СС-событий и 590 СС смертей в течение 10 лет [21].

Результаты аналогичного исследования на модели здравоохранения Испании показали, что за 10-летний период применения кардиоваскулярного полипицлла, состоящего из 20 мг аторвастатина, 100 мг аспирина и 2,5 мг, 5 мг или 10 мг рамиприла, в сравнении со свободной комбинацией указанных препаратов позволят избежать 46 нефатальных и 11 смертельных сердечно-сосудистых событий на 1000 леченных пациентов. По-

липилл является более эффективной и более дешевой стратегией вторичной профилактики ССЗ. Вероятностный анализ базового случая обнаружил с вероятностью 90,9%, что полипицлл будет экономически эффективной стратегией по сравнению со свободной комбинацией для Национальной системы здравоохранения Испании и имеет потенциальные клинические преимущества [22].

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения полипицлла для вторичной профилактики у больных, перенесших ИМ [20-22].

Таблица 3 - Поведенческие аспекты после ИМ с подъемом сегмента ST

Рекомендации	Класс	Уровень
Необходимо рассмотреть применение полипицлла и комбинированной терапии для повышения приверженности к лекарственной терапии [2,18-20].	IIb	B

Таблица 4 - Пересмотренные концепции в новых рекомендациях 2017года Европейского общества кардиологов по менеджменту инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

<p>MINOCA И ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА (Инфаркт миокарда при отсутствии обструктивных поражений коронарных артерий): Данному термину посвящена новая глава.</p>
<p>ВЫБОР СТРАТЕГИИ И ОТСРОЧКИ: Ясное понимание первого медицинского контакта с врачом (ПМК). Это начало времени, когда пациент был первоначально осмотрен врачом, парамедиком или медицинской сестрой или другим обученным персоналом по оказанию СМП, кто в состоянии сделать и расшифровать ЭКГ и оказать первую медицинскую помощь (например, проведение дефибриляции). ПМК может быть на догоспитальном этапе или в больнице в случае самостоятельного обращения пациента в больницу (т.е. в отделении скорой помощи). Определение «точки 0» для выбора реперфузионной стратегии (т.е. отсчет времени для стратегии начинается от момента «постановки диагноза ИМСПСТ». Предпочтение ЧКВ перед стратегией фибринолитической терапии, когда ожидаемый интервал между постановкой «диагноза ИМСПСТ» до восстановления ИСА составляет ≤120 минут. Максимальный интервал от момента постановки «диагноза ИМСПСТ» до болюса фибринолизиса -10 минут Термин «От двери до баллона» из рекомендации удален.</p>
<p>СРОКИ РУТИННОГО ОТКРЫТИЯ ИСА 0-12ч (I класс) 12-48ч (IIa класс) 48ч (IIIкласс)</p>
<p>ЭКГ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: Блокада левой и правой ножек пучка Гиса считается равнозначной для рекомендации срочной ангиографии при наличии симптомов ишемии</p>
<p>ВРЕМЯ ФИБРИНОЛИЗИСА ДО АНГИОГРАФИИ: Установленный период составляет 2-24 ч после успешного фибринолизиса</p>
<p>ПАЦИЕНТЫ НА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ Представлена тактика ведения в остром периоде и в хроническую фазу.</p>

ЛИТЕРАТУРА

I. Ibanez B., James S., Agewall S. et al 2017 ESC Guidelines for the management of acutemyocardial

infarction in patients presenting with ST-segment elevation European Heart Journal (2017) 00, 1–66 doi:10.1093/eurheartj/ehx393

2. Baigent C, Blackwell L, Emberson J et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010;376(9753):1670–1681.
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37(29):2315–2381.
4. Boekholdt SM, Hovingh GK, Mora S et al. Very low levels of atherogenic lipoproteins and the risk for cardiovascular events: a meta-analysis of statin trials. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(5):485–494.
5. LaRosa JC, Grundy SM, Waters D. et al. Treating to New Targets Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2005;352(14):1425–1435.
6. Zhang XL, Zhu QQ, Zhu L. et al. Safety and efficacy of anti-PCSK9 antibodies: a meta-analysis of 25 randomized, controlled trials. *BMC Med* 2015;13:123.
7. Sabatine MS, Giugliano RP, Wiviott SD et al. Open-Label Study of Long-Term Evaluation against LDL Cholesterol (OSLER) Investigators. Efficacy and safety of evolocumab in reducing lipids and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2015;372(16):1500–1509.
8. Robinson JG, Farnier M, Krempf M et al. ODYSSEY LONG TERM Investigators. Efficacy and safety of alirocumab in reducing lipids and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2015;372(16):1489–1499.
9. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC et al. FOURIER Steering Committee and Investigators. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017;376(18):1713–1722.
10. Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG et al. Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. SHOCK Investigators. Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock. *N Engl J Med* 1999;341(9):625–634.
11. Hussain F, Philipp RK, Ducas RA et al. The ability to achieve complete revascularization is associated with improved in-hospital survival in cardiogenic shock due to myocardial infarction: Manitoba cardiogenic SHOCK Registry investigators. *Catheter Cardiovasc Interv* 2011;78(4):540–548.
12. Steg PG, Bhatt DL, Hamm CW. CHAMPION Investigators. Effect of cangrelor on periprocedural outcomes in percutaneous coronary interventions: a pooled analysis of patient-level data. *Lancet* 2013;382(9909):1981–1992.
13. Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M. et al. PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015;372(19):1791–1800.
14. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006;333(7557):15.
15. Faridi KF, Peterson ED, McCoy LA. et al. Timing of first postdischarge follow-up and medication adherence after acute myocardial infarction. *JAMA Cardiol* 2016;1(2):147–155.
16. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125(9):882–887 e1.
17. Marcum ZA, Sevik MA, Handler SM. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA* 2013;309(20):2105–2106.
18. Castellano JM, Sanz G, Fernandez Ortiz A. et al. A polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention: from concept to reality. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(6):613–621.
19. Thom S, Poulter N, Field J et al. UMPIRE Collaborative Group. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310(9):918–929.
20. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(20):2071–2082.
21. Becerra V, Gracia A, Desai K, et al. Cost-effectiveness and public health benefit of secondary cardiovascular disease prevention from improved adherence using a polypill in the UK. *BMJ Open* 2015;5: e007111. doi:10.1136/bmjopen-2014-007111
22. Barrios V, Kaskens L., Castellano JM et al. Usefulness of a Cardiovascular Polypill in the Treatment of Secondary Prevention Patients in Spain: A Cost-effectiveness Study. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(1):42–49

УДК 330.3

ВКЛАД ФРАНЦУЗСКИХ КОМПАНИЙ В РАЗВИТИИ ЭКОНОМИКИ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Г.К. КУАНШАЛИЕВА

Институт Сорбонна-Казахстан при
Казахском национальном педагогическом университете им.Абая
г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. Актуальность темы данной статьи связана с требованием времени и следующими объективными обстоятельствами: важным фактором развития рыночных отношений в странах Центральной Азии является привлечение иностранных инвестиций, посредством которых в экономику данного региона вкладывается не только капитал, но и новая организация производства, опыт управления, развитый менеджмент.

Ключевые слова: прямые иностранные инвестиции, импорт, экспорт, капитал, иностранное предприятие

Түйіндеме. ОРТАЛЫҚ АЗИЯ ЕЛДЕРІНІҢ ЭКОНОМИКАСЫН ДАМЫТУҒА ФРАНЦИЯ КОМПАНИЯЛАРЫНЫҢ ҚОСҚАН ҮЛЕСІ. Қуаншалиева Г.К. Мақала тақырыбының өзектілігі уақыттың талаптары және келесі объективті жағдайлармен байланысты: Орталық Азия елдерінде нарықтық қатынастарды дамытудың маңызды факторы - шетелдік инвестицияларды тарту, соның арқасында ғана өңірдің экономикасына капитал салынып қана қоймай, сонымен қатар жаңа өндіріс ұйымы, басқару тәжірибесі және озық менеджмент енгізіледі.

Түйін сөздер: шетелдік тікелей инвестициялар, импорт, экспорт, капитал, шетелдік кәсіпорын

Summary. THE CONTRIBUTION OF THE FRENCH COMPANIES IN THE ECONOMIC DEVELOPMENT OF THE COUNTRIES OF CENTRAL ASIA. Kuanshalieva G.K. The relevance of the topic of this article is connected with the time requirement and the following objective circumstances: an important factor in the development of market relations in the Central Asian countries is the attraction of foreign investments which provides not only the investment of capital but also a new production organization, management experience, and advanced management to the economy of this region.

Keywords: foreign direct investment, import, export, capital, foreign enterprise

Данная исследовательская статья, посвященная международным отношениям Французской республики и каждой из пяти центральноазиатских стран (Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан, Таджикистан, Туркменистан) основывается, прежде всего, на анализе трех важных этапов взаимоотношений: во-первых, политические и дипломатические отношения, во-вторых, экономические обмены, и, наконец, культурные, научные и технические обмены.

Франция и Казахстан установили дипломатические отношения 25 января 1992 года, а соглашения, составляющие основу двусторонних отношений, были подписаны во время визита президента Миттерана в сентябре 1993 года. Франко-казахстанские отношения были усилены в июне 2008 года подписанием договора о стратегическом партнерстве и созданием в 2010 году президентской комиссии, которая предусматривает ежегодное совещание двух глав государств. Ежегодно с 2011

года проводятся консультации между министерствами иностранных дел Франции и Казахстана [1].

Визит президента Олланда в Казахстан 5 и 6 декабря 2014 года был по существу экономическим. Однако данный визит был ознаменован официальным открытием Института Сорбонна-Казахстан при Казахском национальном педагогическом университете имени Абая в Алматы. Необходимо отметить, что за всю историю французского образовательного гиганта, алмагинский филиал является вторым действующим институтом французского образования за ее пределами. Этот институт обеспечивает два курса со степенями на уровне магистра («Международные отношения» и «Управление изменениями», с 2018 года «Международное право»). Культурно, научно-техническое сотрудничество между Францией и Казахстаном основано на Договоре о дружбе, взаимопонимании и сотрудничестве между Ре-

спубликой Казахстан и Французской Республикой (г. Париж, 23 сентября 1992 г.) и Соглашение между Правительством Республики Казахстан и Правительством Французской Республики в области культуры и искусства (г. Алматы, 17 октября 1993 года). Важное значение имеет подготовка казахстанских элит. Программа обучения старших государственных служащих между Академией гражданской службы и ENA (École nationale d'Administration - Национальная школа администрации), завершилась в 2011 году в рамках совместной магистерской степени между двумя учреждениями [2]. Необходимо отметить, что сотрудничество в направлении высшего образования играет важную роль в отношениях между двумя странами. В дополнение к открытию Института Сорбонна-Казахстан в 2014 году подписаны 21 соглашение между французскими и казахстанскими высшими учебными заведениями. 19 апреля 2018 года, Министерство образования и науки Республики Казахстан и Министерство Европы и иностранных дел подписали Соглашение о реализации программы «Абай-Верн». В рамках данной программы предоставляется 100 грантов, из них 90 грантов для магистрантов второго года обучения и 10 грантов для докторантов, обучающихся в казахстанских высших учебных заведениях. На основании изложенного, можно отметить особо развитыми культурно – образовательные отношения Казахстана и Франции.

Опережая изложения об отношениях Франции с другими государствами центрально-азиатского региона, необходимо отметить, что, стратегическое партнерство между Францией и Казахстаном в основном развиты в экономическом ключе. Казахстан является ведущим партнером Франции в Центральной Азии. В 2016 году Франция является шестым по величине клиентом в Казахстане (импорт продолжил снижение, начавшееся в 2014 году со снижением на 24,3% в 2016 году) и его шестой по величине поставщик с долей рынка 2,6 % (согласно французским обычаям, экспорт, за исключением металлургической и металлопродукции, в 2016 году упал на 51,5%). В 2016 году французский экспорт в основном сосредоточен на механическом оборудовании, электрооборудовании, электронике и компьютерах (30%), транспортном оборудовании (27,8%) и других промышленных продуктах (36,1%) [3]. Исторически экономические отношения присутствуют в энергетическом секторе, Франция разнообразило свое присутствие в Казахстане с приходом крупных групп в транспортном секторе, но и реализации франко-казахстанского партнерства во многих

отраслях промышленности (автомобилестроение, металлургия, авионавтика, оборона, фармацевтическая промышленность, цементные заводы, городские службы, возобновляемые источники энергии, агропродовольствие). Прямые иностранные инвестиции французской стороны в Казахстане и составил почти 11 миллиардов долларов США, занимая третье место среди иностранных инвесторов. Энергетический сектор является основным бенефициаром французских инвестиций из-за исторического присутствия Total (французская нефтегазовая компания, четвертая по объёму добычи в мире после Royal Dutch Shell, British Petroleum и Exxon Mobil.) и ORANO S.A (до 2018 года Areva S.A.) крупная французская промышленная компания, лидер атомной промышленности Франции). Total присутствует в Казахстане с 1992 года и имеет 16,8% акций консорциума North Caspian Operating Company (NCOC) для разработки гигантского месторождения Кашаган в Каспийском море. ORANO S.A (Areva) присутствует в Казахстане с 1996 года через СП «Катко», созданное с «Казатомпромом» для добычи урана [4].

Французские инвестиции также сосредоточены в железнодорожном и авиационном транспорте. Alstom, в партнерстве с российской компанией Трансмашхолдинг и Казахская железная дорога КТЗ, построен завод по производству электровозов в Астане и работает завод по производству рефералов двигателей в Алматы. Экспорт автотранспортных средств французского производства в Казахстане ограничен, однако французская автомобилестроительная компания PSA (Peugeot Citroën Automobiles) подписала соглашение о сотрудничестве с промышленным местным автопроизводителем Агромашхолдинг и первым результатом начало производства автомобилей Peugeot в Костанае.

Компания Airbus Defense&Space была выбрана в октябре 2009 года, чтобы стать стратегическим партнером Казахстана по созданию в стране высокоуровневого космического сектора. Компания Astrium поставила два спутника наблюдения Земли, успешно запущенных в 2014 году. Французские инвестиции задействованы в том, числе в области продуктового сектора (Danone, Lactalis, Сильфон). В заключении раздела о казахстано-французских отношениях отметим, что стратегическое партнерство, подписанное с Францией в июне 2008 года, дало сильный импульс Елисейским полям для сотрудничества между Францией и Ак Ордой. Сегодняшний уровень развития экономических отношений Франции и Казахстана, показывают верность выбора в

многовекторной внешней политики Казахстана и помогают в построении роли Казахстана как «моста» между Азией и Европой.

Франко-кыргызские отношения получили новый импульс во время приема с 24 по 25 марта 2015 года президента Кыргызстана Алмазбека Атамбаева президентом Франции Франсуа Олландом. В ходе этого визита президент Атамбаев оценил усилия французского правительства по разрешению кризиса в Украине в формате «Нормандии». Между тем президент Олланд приветствовал готовность правительства Кыргызстана внести свой вклад в сближение России и Европейского Союза.

Политические и дипломатические отношения между Францией и Кыргызстаном были созданы в феврале 1992 года. Прием французского авиаотряда поддержки военных операций в Афганистане кыргызской стороной в 2001 году укрепили отношения двух стран. В декабре 2009 года французское дипломатическое отделение (открытое в 2004 году) было преобразовано в посольство. В 2010 году тогдашний министр Франции Бернар Кушнер отправился в Кыргызстан, чтобы возобновить поддержку Франции в усилиях по стабилизации страны, в результате Франция предоставила гуманитарную и медицинскую помощи, а также финансирование проекта по оказанию помощи перемещенным лицам в Ферганской долине (общая сумма составила 1,2 миллионов евро).

Франко-кыргызские отношения также являются экономическими. В течение последних одиннадцати лет экспорт Франции в Кыргызстан относительно стабилен, хотя они снизились на 5,2%. Что касается торгового баланса между двумя странами, то в 2016 году третий год подряд он является излишним для Франции. Однако для Кыргызстана его торговый баланс остается дефицитным; страна извлекает большую часть своего богатства из золота и денежных переводов из России. Франко-кыргызская торговля слаба, потому что Франция остается очень вторичным поставщиком в Кыргызстан. Действительно, его доля на рынке за первые одиннадцать месяцев 2016 года составляет 0,6%; что делает Францию двенадцатым поставщиком Кыргызстана. Таким образом, Франция намного отстает от Китая (37,6%), России (22,9%) или Казахстана (15,6%). Наконец, французский экспорт в основном состоит из промышленной и сельскохозяйственной техники (35,1%), а также химических веществ, парфюмерии и косметики (31,8%). Французский импорт, в свою очередь, состоит в основном из сельского хозяйства, лесного хозяйства, рыболовства, аква-

культуры и агропродовольственной продукции (80%) [5].

Что касается культурного, научно-технического сотрудничества между Францией и Кыргызстаном, то Бишкекский альянс отвечает за культурное и лингвистическое распространение в Кыргызстане. Существует также Французский институт исследований в Центральной Азии (IFEAC), который является научно-исследовательским учреждением, базирующимся в Бишкеке. Его цель - исследования и обмены в гуманитарных и социальных науках. На встрече в марте 2015 года между президентом Кыргызстана Атамбаевым и президентом Франции Олландом главы двух государств хотели укрепить связи между высшим образованием и исследовательскими институтами и организациями культуры. Наконец, они поощряли развитие мобильности студентов через программу Erasmus +.

В заключение, Кыргызстан является страной в процессе демократических преобразований и желает развивать экономические и культурные партнерские отношения, как с Францией, так и с Европой. Кыргызстан предлагает чрезвычайно важный потенциал для сотрудничества, особенно в области традиционной или альтернативной энергетики, туризма, модернизации государственной службы, торговли или сельского хозяйства.

Политические и дипломатические отношения между Узбекистаном и Францией развиваются в рамках регулярного политического диалога и проектов сотрудничества. Возрождение французского политического диалога на высоком уровне с Узбекистаном состоялось в 2012 году с визитом в Узбекистан министров транспорта и обороны и встречи в Париже с министром иностранных дел с его узбекским коллегой г-ном Камиловым А.Ф., 16 октября 2012 года. В целях содействия диалогу оба министра иностранных дел Айро М. и Камилов А.Ф встретились 8 декабря 2016 года в кулуарах встречи Совета министров ОБСЕ в Гамбурге [6].

Франко-узбекские отношения также являются экономическими. После рекордного года в 2015 году импорт из Узбекистана сократился на 62,6% из-за более низкого импорта ядерных топлив во Франции. Внешняя торговля между странами чередуется между дефицитом и избыточными годами (в 2015 году дефицит составляет 53 миллиона евро и в 2016 году, рекордный профицит - 36,2 миллиона евро). Франция является вторым поставщиком в Узбекистан. Однако в 2015 году на долю французской стороны пришлось 1,2% рыночной доли, что спустила позицию Франции до 13

места, уступив Китаю (21,9%), России (21,7%) и Южной Кореи (12,6%). Наконец, продукция, экспортируемая Францией в Узбекистан, в основном касается промышленной и сельскохозяйственной техники (22,2%), компьютерной, электронной и оптической продукции (21,7%), химикатов, парфюмерии и косметики (19%), 2%) и фармацевтические препараты (15,3%). Французский импорт – это в основном металлургическая и металлопродукция, из которых 94,3% - это ядерное топливо.

Отношения между Францией и Узбекистаном также основаны на культурном и научном сотрудничестве. Франция поддерживает пять основных археологических раскопок или восстановление наследия в Узбекистане. Что касается подготовки узбекских элит, ENA подписала в октябре 2012 года Меморандум о взаимопонимании с Академией государственного управления Узбекистана. Наконец, на университетском уровне ректоры двух основных университетов Узбекистана посетили Францию с 5 по 7 марта 2014 года в дни «Центральной Азии», организованные Campus France. Они смогли посетить французские учреждения, с которыми заключаются партнерские отношения, в частности, с целью участия в программе Erasmus+.

3 марта 2017 года Франция и Таджикистан отметили 25-летние дипломатические отношения. В течение всего года состоялись мероприятия, посвященные этой годовщине. Они были особенно артистичными и кулинарными. За последние годы политические и дипломатические отношения между Францией и Таджикистаном усилились [7]. В декабре 2002 года после официального визита президента Эмомали Рахмона в Париж французское дипломатическое отделение в Таджикистане стало полноправным посольством. В то же время Таджикистан открыл посольство в Париже в сентябре 2013 года. Однако официальных визитов между двумя странами мало. 18 июля 2012 года бывший министр обороны Ле Дриан отправился в Душанбе во время своего визита в Центральную Азию. Однако этот визит был последним представителем французского правительства в Таджикистане. Последний визит Группы дружбы Франция-Центральная Азия, которая проходила в Таджикистане, была в сентябре 2013 года. Наконец, министр экономического развития и торговли Рахимзода Ш. был принят 26 ноября 2014 года Государственным секретарем внешней торговли и содействие туризму Фекл М.

Визит президента Таджикистана Эмомали Рахмона в декабре 2002 года привел к подписанию соглашения о защите инвестиций. Француз-

ский экспорт в Таджикистан увеличился более чем в семь раз с 2009 года. Рост этого экспорта продолжился в 2016 году, увеличившись на 15,3% благодаря открытию франшизы Auchan в Душанбе. Импорт, со своей стороны, был почти нулевым в течение четырех лет, но, тем не менее, увеличился на 50% в 2016 году, достигнув порога 900 000 евро. Что касается общего торгового баланса Таджикистана, то в дефиците в размере одной трети от ВВП, Франция только 17 поставщик Таджикистана и отстает от таких стран: как Россия (32,3%), Китай (29,8%) и Казахстан (14,5%). Касательно французских экспортных товаров, то Франция в основном сосредоточивалась на продуктах агропродовольственной промышленности (26,7%), промышленных, сельскохозяйственных и различных машинах (24,3%) и компьютерно-электронных продуктах, а также оптики (20,6%). Многие французские компании находятся в Таджикистане. Важное значение имеет сотрудничество в области безопасности и обороны между Францией и Таджикистаном. Соглашение от 8 декабря 2001 года разрешило развертывание воздушного отряда в аэропорту Душанбе Detair (который покинул Душанбе в конце октября 2014 года) в поддержку французских операций в Афганистане. Военное и оборонное сотрудничество было формализовано соглашением о сотрудничестве от 30 декабря 2002 года. Это соглашение является частью программ Европейского союза и ОБСЕ: укрепление безопасности границ и борьба с незаконным оборотом наркотиков [8]. Это сотрудничество в области безопасности и обороны по сути является частью компенсации, предоставленной французскому военному присутствию в регионе. Таким образом, Франция фокусирует свои действия на сотрудничестве по обучению, консультированию и экспертизе, и поддержке преподавания французского языка в вооруженных силах [9].

В заключение, отношения между Францией и Таджикистаном на протяжении многих лет усиливаются во всех областях. Кроме того, Таджикистан пытается развивать отношения со своими соседями и крупными региональными игроками через призму региональных органов, таких как Организация коллективной безопасности, Шанхайская организация сотрудничества и Евразийский экономический союз.

Политические и дипломатические отношения между Францией и Туркменистаном начались 6 марта 1992 года. Франция является первой европейской страной, подписавшей Протокол об установлении дипломатических отношений с Туркменистаном. Однако необходимо отметить,

что отношения не получили тесного и активного развития, и лишь в 2006 году после избрания президента Гурбангулы Бердымухамедова были возобновлены двусторонние отношения. Они были отмечены официальным визитом президента Туркменистана в Париж 1-2 февраля 2010 года. В этой связи было создано Межправительственная совместная комиссия и Рабочая группа по энергетическому сотрудничеству. Как результат этих действий, явилось то, что в 2016 году торговля Туркменистана с Францией резко выросла по сравнению с 2015 годом (+ 42%) и составляет 131,2 миллионов евро. Однако доля французского рынка в 2015 году составляет 1,2%; который поставил Францию на место одиннадцатого поставщика Туркменистана. Наконец, что касается французской экспортной продукции, то Франция в основном сосредоточилась на механическом оборудовании, электрическом, электронном и компьютерном оборудовании (64%), а также на химических веществах, парфюмерии и косметике (20%). Франция предоставляет Туркменистану свои ноу-хау в области энергетики, аэрокосмической промышленности и строительства [10]. Однако, в 2015 года, как и в 2014 году, основная часть французского импорта была основана на сырой нефти (85%).

В отношении культурного, научно-технического сотрудничества: французский институт Туркменистана является единственным западным культурным центром Ашхабада. Этот центр, организующий культурные мероприятия, является местом встреч и обменов, участвует в лингвистическом и образовательном сотрудничестве между народами Туркмении и Франции. Посольство также выпускает ежегодную стипендию туркменским студентам по нескольким направлениям: гуманитарные и социальные науки, менеджмент и экономика [11]. В отличии от других республик Центральной Азии сотрудничество между Фран-

цией и Туркменистаном находятся на стадии активного развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Франция и Казахстан. Посольство Франции в Астане.* / <http://www.ambafrance-kz.org/SOTRUDNICHESTVO-SO-STRANAMI-EVROPY>
2. *Посольство Франции в Казахстане: 'Relations politiques, économiques, culturelles et scientifiques'* / <http://www.ambafrance-kz.org/Relations-politiques-economiques>
3. *Жунусканов А.А. Foreign investments in the Republic of Kazakhstan // Молодой ученый.* - 2017. - №22. - С. 254-256. - URL <https://moluch.ru/archive/156/44081/> (дата обращения: 04.06.2018).
4. *Брэндан Мак Мэхон. Total в Казахстане: 20 лет партнерства // Kazakhstan Business Magazine – 2013 № 6 /* <http://www.investkz.com/journals/94/1171.html>
5. *Европейский Союз и Центральная Азия: новое партнерство в действии. (Сборник документов) Европейское Сообщество, – С. 49-57*
6. *Платформа верховенства права – Центральная Азия /* <http://ruleoflaw.eu/ru/>
7. *Министерство иностранных дел Франции: 'Ouzbekistan' // Trésor Direction Générale – 29 October /* <http://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/ouzbekistan>
8. *Regional Strategy Paper for Assistance to Central Asia for the period 2007-2013 /*http://eeas.europa.eu/central_asia/rsp/07_13_en.pdf
9. *IFEAC Французский Институт Исследований Центральной Азии /*<http://ifeac.hypotheses.org/institut/структура>
10. *Французская «Возуques» обсудила реализацию новых проектов в Туркменистане /* <http://www.trend.az/casia/turkmenistan/2307802.html>
11. *Обзор внешне экономических связей Туркменистана /* http://www.ved.gov.ru/exportcountries/tm/about_tm/ved_tm/

CRITERIA AND QUALITY STANDARDS IN SANATORIUM-RESORT ORGANIZATIONS BY THE TYPE OF THE EUROPEAN SPA ASSOCIATION (REVIEW)

ZH.U. SHAMBETOVA

JSC “Center for Medical Technologies and Information Systems” of the Medical Center of the Office of Affairs of the President of the Republic of Kazakhstan, Astana, Republic of Kazakhstan

Summary. At present, the competitiveness of countries in providing sanatorium-and-spa services is growing every year, medical tourism is developing, and international accreditation of these organizations is needed to popularize the sanatoria of the Republic of Kazakhstan abroad.

Keywords: accreditation, international standards, certification, sanatoria, quality, monitoring, recertification

Түйіндеме. ШИПАЖАЙЛАРДЫҢ ЕУРОПАЛЫҚ ҚАУЫМДАСТЫҒЫНЫҢ ТИПІ БОЙЫНША САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ САПА КРИТЕРИЛЕРІ ЖӘНЕ СТАНДАРТТАРЫ (шолу). Ж.У. Шамбетова. Қазіргі уақытта санаториялық-курорттық қызметті ұсынудағы мемлекеттердің бәсекелестік қабілеті жыл сайын артып келеді, медициналық туризм даму үстінде. Қазақстан Республикасының шипажайларын шетелдерде таныту үшін халықаралық аккредитация өте қажет.

Түйін сөздер: аккредитация, халықаралық стандарттар, сертификация, шипажай, сапа, мониторинг, ресертификация

Аннотация. КРИТЕРИИ И СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПО ТИПУ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КУРОРТОВ (обзор). Ж.У.Шамбетова. В настоящее время конкурентоспособность стран в оказании санаторно-курортных услуг растет с каждым годом, развивается медицинский туризм, для популяризации санаториев Республики Казахстан за рубежом необходима международная аккредитация данных организаций.

Ключевые слова: аккредитация, международные стандарты, сертификация, санатории, качество, мониторинг, ресертификация

INTRODUCTION

The urgency in the first place is connected with the desire of the Republic of Kazakhstan to increase the country's competitiveness. Accreditation in most countries is a voluntary process, and for objectivity should be conducted by a body independent of the state. That is, the introduction of accreditation implies a revision of the political aspects of this sphere.

The process of accreditation is labor-intensive and long-term, the benefits that the organization obtains from accreditation are very significant and weighty because, due to the status of an accredited organization, it becomes much more attractive to customers. In addition, the status of an accredited organization is not only a matter of the prestige of this organization, but also the further steps of development.

Purpose

Introduction of international accreditation in the country's sanatorium. Accreditation (Latin *accredo*, "trust") is the procedure of official confirmation of the object's compliance with the established criteria and indicators (standard). The most common in the provision of professional services, for the assessment of the quality of which the consumer, as a rule, does not have sufficient competencies [1].

Accredited:

- organizations (universities, media, etc.);
- services, to assess the quality of which the consumer does not have sufficient competence.

The accredited services include: education services, testing services (testing laboratories), clinical diagnostic services (medical laboratories), calibration services (calibration laboratories), certification services (certification bodies), etc. As a rule accreditation is carried out by accreditation

bodies, which carry out their activities under certain rules and procedures.

Consider an example of international accreditation at a sanatorium [2,3].

MATERIALS AND METHODS

The aim of the criteria and quality standards is to assist sanatoriums in general and balneology in particular, so that natural factors such as mineral waters, therapeutic mud, terrain and climate are accessible and useful to the population.

Tasks:

- monitoring and analysis of the condition of health resorts and health centers;
- stimulating the process of exchange of experience, best practices and know-how techniques;
- development of programs for health and well-being of the population, prevention and rehabilitation for all residents;
- perfection of standards of quality of rendering of services in all resorts and sanatoria;
- stimulation of research and scientific and practical developments in the field of balneology and climatology;
- development and harmonization of general curricula and educational courses;
- the definition of the professional structure for SPA business;
- creation and improvement of joint marketing opportunities in the field of health-improving medical tourism.

The concept of a sanatorium in the Republic of Kazakhstan, first of all, medical. This is a health resort, a health center.

In different countries this concept can be designated as Medical SPA, Health Resort, Lazne, Banja ...

However, all of them are united by strict medical rules, an integrated approach to treatment and rehabilitation of health.

Comprehensive international accreditation includes more than 30 national and international laws and regulations from the field of medicine, prevention and rehabilitation, takes into account the opinions of leading travel agencies and tour operators, as well as the requirements of medical insurance [4,5].

Certificates of international accreditation affect the aspects of services, safety, hygiene and infrastructure of resorts, as these areas can be compared.

Control and audit is carried out only by independent, professional specialists, certified in accordance with international rules and norms. Experts, following the approved criteria, assess the activities of resorts and services as a guest, engineer and hotel manager, “looking behind the scenes”, experiencing services and procedures, tasting food and assessing the available natural and climatic therapeutic factors [6,7].

Table 1 - Example of general health requirements

General health requirements (example)		Score
1	On arrival, guests are given a form to which they must provide information relating to their health. This information should be used to assess the possible occurrence of a health risk in the course of health procedures.	2 points
2	The form must show different forms of deterioration of health associated with the health procedures that guests might note.	2 points
3	If necessary, guests should be offered a medical consultation before starting the course of health procedures.	2 points
4	The physician should be well acquainted with the proposed health procedures.	2 points
5	The doctor must be in place for at least a few hours every day	2 points
6	All the services provided are in the same room and are located in such a way that it is convenient to reach them in the bathrobe. The guest receives information material with advice on health improvement and maintenance, for everyday use at home	2 points
7	Smoking is prohibited throughout the health resort area	2 points are required
8	There are sports and gymnastic halls (or rooms) (with floor mats, a Swedish wall, bars, mirrors, balancing devices and elastic floor)	2 points

Certificate sanatorium hotel can be considered the initial, but at the same time, a prestigious step, although it is not easy to get it.

This certificate provides answers on a point system:

0 points - non-compliance with the evaluation criterion;

1 point - partial compliance with the evaluation criterion;

2 points - full compliance with the evaluation criterion (Table 1).

The evaluation system provides criteria for optional, mandatory and KO-factors (literal translation from English knock out - knocking down a blow). The presence of at least one KO-factor in the audit excludes the receipt of a certificate, as this

EXAMPLE AND DISCUSSION

Certificates of international accreditation in the field of sanatorium-and-spa treatment and medical prophylaxis.

The certificate is assigned to subjects that meet the international criteria of resorts in the field of sanatorium-resort treatment, prevention and curative wellness.

International accreditation certifies:

- sanatoria and resort hotels;
- clinics;
- medical wellness centers;
- hotels offering wellness;
- mother and child care programs.

Predict and familiarity with the criteria

At this stage the resort receives practical support, preliminary expert evaluation of its activities. Weaknesses of the certified sanatorium are revealed, additional work is done to improve existing and introduce necessary new services (Table 1).

indicates the presence of unacceptable moments in the operation of the SPA, which must necessarily be eliminated [8,9].

The certificate covers 4 sections of the activity of the certified object:

- requirements related to the main activity (recovery);
- quality and safety management;
- quality of products used in conducting procedures;
- infrastructure.

The certificate provides 800 questions, answering which you need to score at least 1400 points. For example, the table shows the requirements for recovery.

The presence of a certificate indicates that:
 - services, quality level and atmosphere in the spa zone meets the basic requirements.

- All types of procedures, including beauty services, as well as a swimming pool and sauna related to SPA-zones, comply with the basic standards established by law, as well as the standards set by the Health and Infrastructure Expert Committee of the resorts.

The certificate represents the most reliable quality indicator for visitors, travel agencies and tour operators who are looking for complex wellness hotels with the highest quality standard [10,11].

The presence of a certificate indicates that
 The concept of this hotel is based on a true

philosophy of wellness, which extends to the entire range of services: from the location and surrounding hotel area to the organization of accommodation, food, medical and recreational procedures and leisure facilities. At the same time, all these services meet high standards in terms of quality and content.

The facility complies with the essential safety, hygiene and infrastructure requirements established by European legislation, and also complies with the standards set by the Spa Expert Commission for spa services (including swimming pools, saunas and beauty services), food and accommodation [12,13].

How can I obtain this certification nowadays?
 Certification procedure.



Picture 1 - Certification procedure

Application. The first step is to talk about your goals and choose a certificate for your company.

Test audit. Are you not sure that your company will successfully pass the audit? The consultant will conduct an optional test audit.

Proposal from the center of international certification. The detailed proposal contains information on all costs associated with certification.

Appointment of the term. Date of the audit. To resolve possible issues that arise during the audit, different specialists of your company should be available for contact during the procedure. Their presence will be agreed in advance.

Object description and audit plan. To draw up an audit plan at the site (“Audit plan”), you must have a description of the object in the form of a completed questionnaire [14,15].

Basic audit. The time required for the main audit depends on the size of the company and the type of certificate you want to receive, and it takes from one to three days. The results of the audit are presented in

a full report with photo documentation.

Certificate. If you successfully pass the audit, you will receive a certificate of international accreditation. The awarding of a certificate often becomes a solemn event with the participation of employees and representatives of the press.

Audit 18 months after the main audit, after a half-year period of validity of the certificate, a control audit is conducted. It assesses which of the requirements set in the report is strictly implemented. After three years, the next major audit is conducted.

Advantages of certified objects.

Thanks to a unified system for registration of resorts, tour operators receive information about the availability of certified objects and include them in their programs without any additional conditions.

“Visibility” and “Recognition”. How will you find a serious tour operator? Based on what information the client will book your sanatorium and come to you, and not choose another, cheaper option? International certification, quality and tested

by hundreds of audits, gives tangible benefits. At the same time, participation of national tour operators is important.

Inclusion of certified subjects in the program of the leading tourist operators of medical tourism.

SOURCES OF INFORMATION

1. <https://ru.wikipedia.org/wiki/аккредитация>
2. <http://www.sanatoria.ru/text.php?id=1498>
3. <http://spamedia.ru/kosmetologiya-i-spa-telo>
4. <http://foresight-agency.com/page-akkreditaciya-meditsinskih-uchrezhdenii-v-ukraine.html>
5. https://ec.europa.eu/commission/priorities/digital-single-market_en#documents
6. <https://zakon.uchet.kz/rus/docs/V1200007398>
7. <http://cidesco.com/accreditation/>
8. https://iqaa.kz/images/doc/Analiticheskij_obzor_po_akkreditacii_TiPO_25.12.12.pdf
9. <http://www.csi-spa.com/en/quality-system>
10. <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification/>
11. <https://www.accredia.it/accreditamento/come-accreditarsi/>
12. <https://books.google.kz/books?id=AqZWDwAAQBAJ&pg>
13. <https://www.iasonline.org/services/>
14. <https://www.hotcourses.ru/study/singapore/school-college-university/spatec-pte-ltd/303690/international.html>
15. <https://www.globalwellnesssummit.com/industry-resource/standards-practices/>

КРИТЕРИИ И СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПО ТИПУ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КУРОРТОВ

Ж.У. ШАМБЕТОВА

АО «Центр медицинских технологий и информационных систем»

Медицинского центра УДП РК,

г.Астана, Республики Казахстан

Аннотация. В настоящее время конкурентоспособность стран в оказании санаторно-курортных услуг растет с каждым годом, развивается медицинский туризм, для популяризации санаториев Республики Казахстан за рубежом необходима международная аккредитация данных организаций.

Ключевые слова: аккредитация, международные стандарты, сертификация, санатории, качество, мониторинг, ресертификация

Түйіндеме. ШИПАЖАЙЛАРДЫҢ ЕУРОПАЛЫҚ ҚАУЫМДАСТЫҒЫНЫҢ ТИПІ БОЙЫНША САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ САПА КРИТЕРИЛЕРІ ЖӘНЕ СТАНДАРТТАРЫ. Ж.У. Шамбетова. Қазіргі уақытта санаториялық-курорттық қызметті ұсынуғағы мемлекеттердің бәсекелестік қабілеті жыл сайын артып келеді, медициналық туризм даму үстінде. Қазақстан Республикасының шипажайларын шетелдерде таныту үшін халықаралық аккредитация өте қажет.

Түйін сөздер: аккредитация, халықаралық стандарттар, сертификация, шипажай, сапа, мониторинг, ресертификация

Summary. CRITERIA AND QUALITY STANDARDS IN SANATORIUM-RESORT ORGANIZATIONS BY THE TYPE OF THE EUROPEAN SPA ASSOCIATION. Zh.U.Shambetova. At present, the competitiveness of countries in providing sanatorium-and-spa services is growing every year, medical tourism is developing, and international accreditation of these organizations is needed to popularize the sanatoria of the Republic of Kazakhstan abroad.

Keywords: accreditation, international standards, certification, sanatoria, quality, monitoring, recertification

Актуальность в первую очередь, связана со стремлением Республики Казахстан повысить конкурентоспособность страны. Аккредитация в большинстве стран – это добровольный процесс, и для объективности должна проводиться независимым от государства органом. То есть введение

аккредитации подразумевает пересмотр политических аспектов этой сферы.

Процесс аккредитации является трудоемким и долгосрочным, выгоды, которые организация приобретает от аккредитации, очень значительны и весомы, поскольку, благодаря статусу аккреди-

тованной организации, она становится более привлекательной для клиентов. К тому же статус аккредитованной организации – это не только дело престижа данной организации, но и дальнейшие шаги развития.

Аккредитация (лат. *accredo*, «доверять») - процедура официального подтверждения соответствия объекта установленным критериям и показателям (стандарту). Наиболее распространена в сфере оказания профессиональных услуг, для оценки качества которых потребитель, как правило, не обладает достаточными компетенциями [1].

Аккредитуются организации (вузы, СМИ и др.); услуги, для оценки качества которых потребитель не обладает достаточной компетенцией.

К аккредитуемым услугам относят: услуги по образованию, услуги по проведению испытаний (испытательные лаборатории), услуги по клинической диагностике (медицинские лаборатории), услуги по калибровке (калибровочные лаборатории), услуги по сертификации (органы по сертификации) и т. п. Как правило, аккредитацию проводят органы по аккредитации, которые осуществляют свою деятельность по определённым правилам и процедурам. Рассмотрим пример международной аккредитации на санатории [2,3].

Цель критериев и стандартов качества - оказывать содействие санаториям в целом и бальнеологии в частности в том, чтобы такие природные факторы, как минеральные воды, лечебные грязи, ландшафт и климат были максимально доступны и полезны населению.

Задачи:

- мониторинг и анализ состояния курортов и оздоровительных медицинских центров;
- стимулирование процесса обмена опытом, передовой практикой и методиками «ноу-хау»;
- разработка программ для здоровья и благополучия населения, профилактики и реабилитации для всех жителей;
- совершенствование стандартов качества оказания услуг во всех курортах и санаториях;
- стимулирование исследовательских и научно-практических разработок в области бальнеологии и климатологии;
- разработка и согласование общих учебных программ и образовательных курсов;
- определение профессиональной структуры для СПА-бизнеса;
- создание и совершенствование совместных маркетинговых возможностей в области оздоровительного медицинского туризма.

Понятие санаторий в Республике Казахстан, прежде всего, медицинское. Это курорт, медицинский оздоровительный центр.

В разных странах это понятие может быть обозначено как *MedicalSPA, HealthResort, Lazne, Banja...*

Однако всех их объединяют строгие медицинские правила, комплексный подход к лечению и восстановлению здоровья.

В комплексную международную аккредитацию включены более чем 30 национальных и международных законов и правил из области медицины, профилактики и реабилитации, учтены мнения ведущих туристических агентств и туроператоров, а также требования медицинского страхования [4,8].

Сертификаты международной аккредитации затрагивают аспекты обслуживания, безопасности, гигиены и инфраструктуры курортов, поскольку именно эти области могут быть сопоставлены между собой.

Контроль и аудит проводят только независимые, профессиональные специалисты, аттестованные в соответствии с международными правилами и нормами. Эксперты, следуя утвержденным критериям, оценивают деятельность курортов и оказываемые услуги в качестве гостя, инженерно-технического специалиста, а также гостиничного менеджера, «заглядывая за кулисы», испытывая на себе услуги и процедуры, дегустируя питание и оценивая имеющиеся природно-климатические лечебные факторы [6,7].

Сертификаты международной аккредитации в области санаторно-курортного лечения и медицинской профилактики

Сертификат присваивается субъектам, которые отвечают международным критериям курортов в области санаторно-курортного лечения, профилактики и лечебного велнеса.

Международная аккредитация сертифицирует:

санатории и курортные отели;

- клиники;
- лечебные велнес-центры;
- отели, предлагающие услуги лечебного велнеса;
- программы лечения матери и ребенка.

Предаудит и знакомство с критериями

На данном этапе курорт получает практическую поддержку, предварительную экспертную оценку своей деятельности. Выявляются слабые стороны аттестуемого санатория, проводится дополнительная работа по совершенствованию имеющихся и внедрению необходимых новых услуг.

Таблица 1 - Пример общих требований по оздоровлению

	Общие требования по оздоровлению (пример)	Балл
а	По прибытию гостям выдают бланк, в который они должны внести информацию, касающуюся их здоровья. Данная информация должна использоваться для оценки возможного возникновения риска здоровью в процессе проведения оздоровительных процедур	Необходимо 2 балла
б	В бланке должны быть представлены различные формы ухудшения здоровья, связанные с оздоровительными процедурами, которые гости могли бы отметить	Необходимо 2 балл
в	В случае необходимости гостям следует предложить медицинскую консультацию перед началом проведения курса оздоровительных процедур	Необходимо 2 балла
г	Врач должен быть хорошо ознакомлен с предлагаемыми оздоровительными процедурами	Необходимо 2 балла
д	Врач должен находиться на месте как минимум несколько часов каждый день	2 балла
е	Все предоставляемые услуги находятся в одном помещении и расположены таким образом, чтобы до них было удобно добраться в халате. Гость получает информационный материал с советами, касающимися оздоровления и поддержания здоровья, для повседневного использования дома	2 балла
ж	Курение запрещено на всей территории района оздоровления	Необходимо 2 балла
з	Имеются спортивные и гимнастические залы (или помещения, с напольными матами, шведской стенкой, брусками, зеркалами, балансировочными устройствами и упругим полом)	2 балла

Сертификат санаторий отель можно считать начальной, но в то же время престижной ступенью, хотя получить ее совсем не просто (Таблица 1).

Данный сертификат предусматривает ответы по балльной системе:

0 баллов – несоответствие критерию оценки;

1 балл – частичное соответствие критерию оценки;

2 балла – полное соответствие критерию оценки.

Системой оценки предусмотрены критерии факультативные, обязательные и КО-факторы (дословный перевод с английского knock out – сшибающий с ног удар). Наличие хотя бы одного КО-фактора при аудите исключает получение сертификата, так как это свидетельствует о наличии недопустимых моментов в работе СПА, которые необходимо обязательно устранить [8,9].

Сертификат охватывает 4 раздела деятельности сертифицируемого объекта:

- требования, касающиеся основной деятельности (оздоровления);

- управление качеством и безопасностью;

- качество продукции, используемой при проведении процедур;

- инфраструктура.

Сертификат предусматривает 800 вопросов, отвечая на которые необходимо набрать не менее 1400 баллов. К примеру, в таблице 1 приведены требования, предъявляемые в отношении оздоровления.

Наличие сертификата свидетельствует о том, что:

- услуги, уровень качества и атмосфера в СПА-зоне отвечает базовым требованиям;

- все типы процедур, включая бьюти-услуги, а также бассейн и сауна, относящиеся к СПА-зонам, соответствуют основным стандартам, установленным законодательством, а также стандартам, определенным Экспертной комиссией курортов в области гигиены и инфраструктуры.

Сертификат представляет собой максимальный надежный индикатор качества для посетителей, туристических агентств и туроператоров, которые ищут комплексные велнес-отели с самым высоким стандартом качества [10,11]. Наличие сертификата свидетельствует о том, что в основе концепции данного отеля лежит подлинная философия велнеса, которая распространяется на весь комплекс предоставляемых услуг: от расположения и окружающей отель местности до организации проживания, питания, лечебно-оздоровительных процедур и возможностей для проведения досуга. При этом все данные услуги соответствуют высоким стандартам по своему качеству и содержанию. Объект соответствует важным требованиям безопасности, гигиены и инфраструктуры, установленные европейским законодательством, а также соответствует стандартам, определенным Экспертной комиссией курортов в отношении СПА-услуг (включая бассейны, сауны и бьюти-услуги), питания и проживания [12,13].

Как можно получить данную сертификацию в наши дни? Процедура сертификации приведена на рисунке 1.

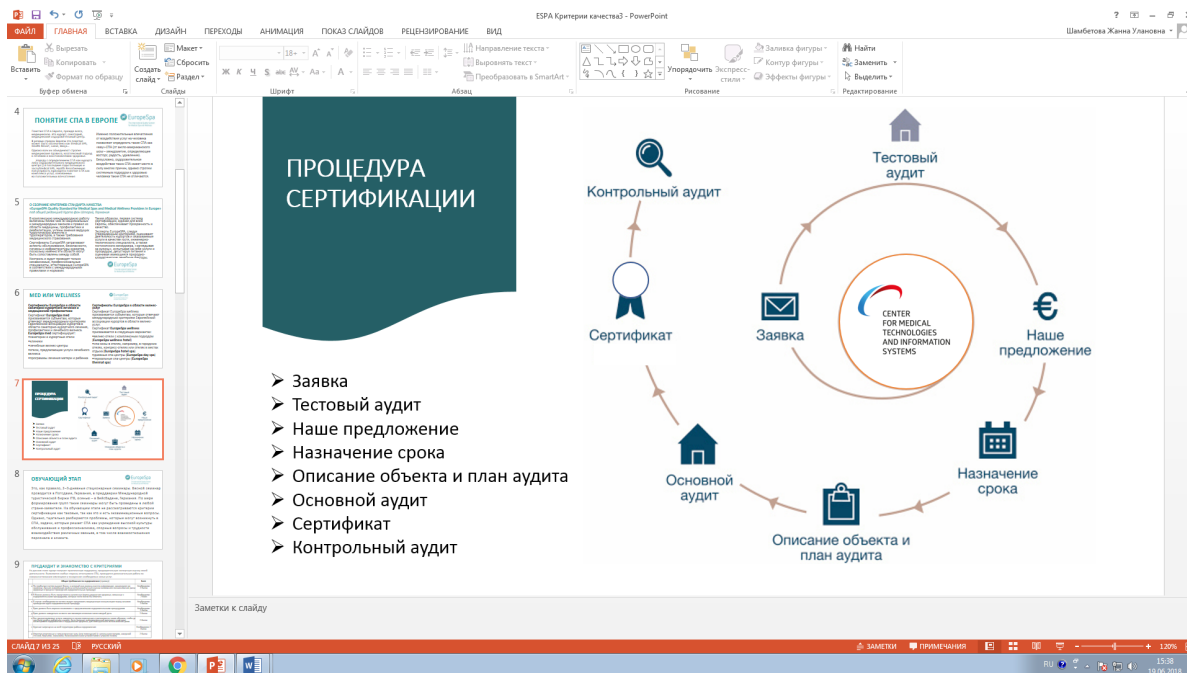


Рисунок 1 - Процедура сертификации

Заявка. Первый шаг – это разговор о ваших целях и выбор сертификата для вашей компании.

Тестовый аудит. Вы не уверены, что ваша компания успешно пройдет аудит? Консультант проведет необязательный тестовый аудит.

Предложение от центра международной сертификации. Детальное предложение содержит информацию о всех затратах, связанных с сертификацией.

Назначение срока. Дата проведения аудита. Для разрешения возможных вопросов, возникающих во время аудита, на время процедуры должны быть доступны для контакта различные специалисты вашей компании. Их присутствие будет оговорено заранее.

Описание объекта и план аудита. Для составления плана проведения аудита на объекте («План аудита») необходимо иметь описание объекта в форме заполненной анкеты [14,15].

Основной аудит. Время, необходимое для проведения основного аудита, зависит от размеров компании и типа сертификата, который хотите получить, и составляет от одного до трех дней. Результаты аудита представляются в полном отчете с фотодокументацией.

Сертификат. В случае успешного прохождения аудита вы получите сертификат международной аккредитации. Вручение сертификата часто становится торжественным мероприятием с участием сотрудников и представителей прессы.

Контрольный аудит. Через 18 месяцев после основного аудита – по истечении половины срока действия сертификата – проводится контрольный

аудит. В его рамках оценивается, какие из требований, установленных в отчете, неукоснительно выполняются. Спустя три года проводится следующий основной аудит.

Преимущества сертифицированных объектов:

1. Благодаря единой системе регистрации курортов туроператоры получают информацию о наличии сертифицированных объектов и включают их в свои программы без каких-либо дополнительных условий.

2. «Видимость» и «Узнаваемость». Как вас найдет серьезный туроператор? На основании какой информации клиент бронирует ваш санаторий и придет именно к вам, а не выберет другой, более дешевый вариант? Международная сертификация, качественная и проверенная сотнями аудитов, дает ощутимые преимущества. При этом важно участие национальных тур операторов.

3. Включение сертифицированных субъектов в программу ведущих туристических операторов медицинского туризма.

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://ru.wikipedia.org/wiki/аккредитация>
2. <http://www.sanatoria.ru/text.php?id=1498>
3. <http://spamedia.ru/kosmetologiya-i-spa-telo>
4. <http://foresight-agency.com/page-akkreditaciya-meditsinskih-uchrezhdenii-v-ukraine.html>
5. https://ec.europa.eu/commission/priorities/digital-single-market_en#documents
6. <https://zakon.uchet.kz/rus/docs/V1200007398>

7. <http://cidesco.com/accreditation/>
8. https://iqaa.kz/images/doc/Analiticheskij_obzor_po_akkreditacii_TiPO_25.12.12.pdf
9. <http://www.csi-spa.com/en/quality-system>
10. <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification/>
11. <https://www.accredia.it/accreditamento/come-accreditarasi/>
12. <https://books.google.kz/books?id=AqZWDwAAQBAJ&pg>
13. <https://www.iasonline.org/services/>
14. <https://www.hotcourses.ru/study/singapore/school-college-university/spatec-pteltd/303690/international.html>
15. <https://www.globalwellnesssummit.com/industry-resource/standards-practices/>

ПРОЕКТ «ВЕЖЛИВАЯ КЛИНИКА» ДЛЯ БОЛЬНИЦ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (ОБЗОР)

А.Г.ТУЛЕГАЛИЕВА, С.А.КАИРГЕЛЬДИНА,
Ж.С.ТИЛЕГЕНОВА, Г.В. СЕЙДУАЛИЕВ.
Медицинский Центр Управления Делами Президента
Республики Казахстан
АО «Центр медицинских технологий и информационных систем»,
г.Астана, Казахстан

Аннотация. В настоящем обзоре рассматривается процесс внедрения проекта «Вежливая клиника» в больницах Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан.

Ключевые слова: проект, пациентоориентированный подход, сервис, больница.

Түйіндемe. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ АУРУХАНАЛАРЫНА АРНАЛҒАН «ІЗЕТТІ КЛИНИКА» ЖОБАСЫ (шолу). А.Ғ.Төлегалиева, С.А.Қайргельдина, Ж.С.Тілегенова, Ғ.У.Сейдуалиев. Бұл шолуда «Ізетті клиника» жобасын Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханаларына енгізу үрдісі қарастырылған.

Түйін сөздер: жоба, пациентке бағдарланған тәсіл, қызмет көрсету, аурухана.

Summary. THE PROJECT “FRIENDLY CLINIC” AT THE HOSPITALS OF THE MEDICAL CENTER OF PRESIDENT’S AFFAIRS ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (review). A.G.Tulegalieva, S.A.Kaiyrgeldina, Zh.S.Tilegenova, G.V.Seidualiev. This review discusses the process of implementation of the project “Friendly clinic” at the hospitals of the Medical Center of President’s Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: project, patient-oriented approach, service, hospital

ВВЕДЕНИЕ

Предоставление качественной, своевременной медицинской помощи пациентам становится все более актуальным в сфере здравоохранения. Понятие оказание медицинской помощи в современном мире является глобальным и разносторонним, подразумевая доступность большинства новейших диагностических и терапевтических технологий и технических средств, комплексное обследование, своевременная оценка результатов и назначения лечения, высокое качество услуг дополняющая чутким и доверительным отношением к пациенту. Следует отметить, что наряду с постановкой точного диагноза и правильного лечения

ключевым значениям стало предоставление высокого уровня сервиса.

В этой связи стало необходимо формирование больницах Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан нового единого корпоративного пациентоориентированного подхода в обслуживании пациента, повышения доступности и качества медицинских услуг, путем внедрения проекта «Вежливая клиника».

ЦЕЛЬ

Описание проекта как нового, уникального метода по улучшению сервиса больниц Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проект «Вежливая клиника» разработан на основе международных тенденции и трендов по обслуживанию пациентов – «Современный пациент и его потребности» (Клиника Мэйо (США), Госпитальный сервис (Корея)). Так же в основе проекта «Вежливая клиника» лежит Кодекс корпоративной культуры Больниц Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

«Высший интерес пациента – это единственный интерес для рассмотрения ... и для того, чтобы пациенты могли извлечь пользу из совершенствующихся знаний, необходим союз сил», Уильям Дж. Мэйо, доктор медицины 1910г.

Клиника Мэйо основана на видении основателей отца и два брата, занимающиеся медициной в конце 19 века. Первая и в настоящее время крупнейшая многопрофильная интегрированная медицинская группа, действующая по всему миру. Более 4 590 врачей и ученых, работающих как одна команда, представляющих каждую медицинскую специальность [1].

Модель оказания медицинской помощи в клинике Мэйо определяется качественным медицинским обслуживанием, которое обеспечивается многофункциональным всеобъемлющим академическим образованием. Главный принцип Мэйо (Theneedsofthepatientcomesfirst)- «Нужды пациента превыше всего» соблюдается за счет практического выполнения следующих ключевых положений:

- 1) тщательный отбор сотрудников, которое усваивают принципы корпоративной культуры и которых ценят за их вклад в общее дело;
- 2) сочетание высокого профессионализма со строгим соблюдением рабочей этики, специальными знаниями и преданностью клинике Мэйо;
- 3) создание условий для научной работы и обучения;
- 4) функция руководства выполняется врачами;
- 5) слаженная работа команды сотрудников, имеющих различную специализацию. Команда постоянно готова к работе и используется соответствующим образом;
- 6) тщательное обследование пациентов и предоставление им возможности подробно рассказать о себе;
- 7) проявление уважения к пациенту, его семье;
- 8) высокое качество услуг дополняется доверительным отношением к пациенту;

9) критериями оплаты труда являются качественные, а не количественные показатели;

10) особая профессиональная одежда, дизайн и интерьер.

Данные принципы в полной мере отражают функционирование клиники в течение всей ее истории.

Ричард Клиреманс, проработавший в клинике с 1950 по 1992 год и руководивший отделом рационализации процессов говорит, что не застал братьев Мэйо, но работал вместе с руководителями, которых они избрали и обучили. Обучение, обогащающее социальный опыт новичков, позволяет им неофициально усвоить организационные принципы и корпоративную культуру. Согласно существующим требованиям, врачом или хирургом клиники может стать специалист, который не только владеет необходимыми техническими навыками и знаниями, но и способен усвоить принципы организации, за соблюдением этих принципов следят наставники новичков. Руководство клиники Мэйо осуществляют врачи, поэтому для сохранения главного принципа необходимо, чтобы весь медицинский персонал был ориентирован на пациента.

Все, кто работает в клиниках Мэйо, ежедневно сталкиваются с новыми больными и их нуждами. Даже работники, не участвующие в лечении непосредственно, обращают внимание на пациентов в холлах, вестибюлях, на парковках. Приходя на свое рабочее место, секретари, администраторы, лабораторные техники сохраняют в памяти образы людей, которых они только что видели. Это могут быть раковые больные в шапочках и шарфах, либо десятилетний ребенок, едущий по многолюдному вестибюлю в электрическом инвалидном кресле, либо женщина средних лет, ведущая за руку, словно ребенка, свою престарелую мать, потерявшую ориентацию в пространстве. Сотрудники запоминают главный принцип, потому что, апеллируя к человеческим нуждам, он глубоко пронизан в их сердца [2].

В Корее медицинское обслуживание – это прежде всего сервис, а не одолжение пациенту. В идеале должны быть условия, отвечающие уровню высокочеловеческих отелей. Это стандарт развитой медицины 21 века. Сфера медицины в Корее воспринимается как сфера услуг, которая требует постоянного улучшения. Корейские врачи утверждают, что традиционные больничные условия с очень жесткими правилами не способствуют излечению человека, они должны быть максимально приближены к гостиничным.

Пациент рассматривается как клиент, платящий за товар и сервис. Клиент является базой, на которую опирается предприятие и дают шанса для развития и повышения дохода.

В клиниках Кореи имеется своеобразная система - госпитальный сервис. Структура госпитального сервиса состоит из понимания удовлетворенности клиентов, ценностей клиентов и менеджмента удовлетворенности клиентов.

Для определения удовлетворенности клиента применяют следующие методы:

- 1) думать с позиции клиента;
- 2) закон Парето 80/20 (рост компаний за счет удовлетворенности клиентов);
- 3) теория вероятности $(100-1=0)$ - если клиент был недоволен 1 раз из 100, то он будет недоволен абсолютно всем сервисом;
- 4) цикл столкновения с клиентом;
- 5) столкновения в различных ситуациях;
- 6) оценка сервиса при столкновениях с клиентом;
- 7) менеджмент столкновения с клиентом.

После определения удовлетворенности клиентов, пошагово прописывают правила поведения сотрудников при столкновениях с клиентом начиная от внешнего вида до регулярного проведения обучения персонала.

Обучение персонала является важным пунктом в сфере предоставления сервиса Кореи. Правильное обучение персонала есть залог успешного привлечения клиентов и включает в себя [3]:

- 1) обучение персонала внутри отделения (структурных подразделений);
- 2) создание сценария ведения пациента (ролевые игры);
- 3) регулярные лекции и семинары для всех сотрудников клиники;
- 4) проведение курсов вне клиники;
- 5) проверка работы штата;
- 6) система поощрения для лучших сотрудников;
- 7) мониторинг посредством телефонных связей;
- 8) комиссии.

Типовой кодекс корпоративной культуры больниц Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан является официальным заявлением о стандартах и правилах этического и делового поведения сотрудников.

Основными задачами данного кодекса являются:

- содействие реализации миссии, политики, основных целей и задач больниц;
- закрепление ключевых ценностей, принци-

пов, правил и норм деловой этики, которыми руководствуются руководство и сотрудники больниц в своей деятельности как при принятии стратегически важных решений, так и повседневных ситуациях;

- обеспечение оказания пациентам комплексной высокотехнологичной медицинской помощи на условиях партнерства и активного участия пациентов в принятии решений, касающихся здоровья и благополучия [4];

- установление стандартов поведения, определяющих взаимоотношения внутри коллектива, отношения с сотрудниками, деловыми партнерами, государственными органами, общественностью;

- развитие единой корпоративной культуры, основанной на высоких этических стандартах, поддержание в коллективе атмосферы доверия, взаимного уважения и порядочности;

- повышение и сохранение доверия к больницам со стороны пациентов, укрепление репутации открытого и честного участника рынка;

- содействие эффективному взаимодействию с заинтересованными сторонами путем применения практики делового поведения;

- формирование у работников больниц активной гражданской позиции к качественному труду, сохранению и приумножению нравственных, культурных ценностей организаций [5,6].

В кодексе прописаны корпоративные ценности, которые являются основой корпоративной культуры, формируют единство взглядов и действий сотрудников, способствуют эффективному достижению целей Больниц.

К основным корпоративным ценностям относятся [7-9]:

- пациентцентрированный подход в работе всех сотрудников больниц, регулярное обучение персонала, поощрение работников;

- сострадательное и доброжелательное отношение к пациенту, уважение его прав и законных интересов;

- построение открытых и честных отношений сотрудников друг к другу и к пациенту, поощрение общения и обращения сотрудников к руководству в целях поддержки обратной связи внутри коллектива и для процесса командообразования;

- культивирование позитивной атмосферы на рабочем месте, создание положительного микроклимата в коллективе;

- применение высочайших стандартов медицинского обслуживания, стремление к росту и обучению, инициирование перемен и принятие ответственности за решения.

- поощрение культуры обращения за профессиональным советом или помощью к коллегам и старшим товарищам;

- стремление и поддержание высокой прибыльности за счет повышения эффективности работы и оптимизации затрат;

- доверительные и ответственные деловые отношения с партнерами по бизнесу, коллегами и общественностью.

Внедрение проекта «Вежливая клиника» осуществляется в РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан» и АО «Центральная клиническая больница».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам внедрения проекта «Вежливая клиника» в больницах Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан ожидаются следующие результаты:

1) обеспечение наилучшими результатами и высоким качеством обслуживания пациента в больнице;

2) достижение удовлетворенности пациентов на основе повышения доступности и качества медицинских услуг;

3) создание дружелюбной и комфортной атмосферы в больнице;

4) повышение вовлеченности медицинского персонала в производственные процессы, командная работа;

5) повышение удовлетворенности медицинского персонала условиями труда. Так же привить в них таких человеческих качеств как честность, милосердие, относится ко всем

с любовью, высокие уровни морали, чистота деяний, нравственность [10];

б) улучшение имиджа больницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джон Фазолино, США «Новые тенденции и тренды в работе с пациентом – современный пациент и его потребности», 2017г, Аризона.

2. Берри Леонард, Селтман Кент, США «Практика управления MayoClinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации», 2013г.

3. Лим Донг Иль, Квак Чон Соб, Ли Джи Генг. Чанвон, Южная Корея, мастер-класс на тему «Госпитальный сервис», ноябрь 2017г.

4. Линда Де Фриз, «Чего хотят пациенты категории VIP», 2011г, Великобритания.

5. «Типовой кодекс корпоративной культуры больниц Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан», утвержденный приказом МЦ УДП РК №29 от 02.03.2018г, Астана.

6. Вартамян Ф. Е., «Этические аспекты современного здравоохранения», 2008г

7. Стрельченко О.В., «Стандарты и технологии практической деятельности медицинских сестер», 2013г, Новосибирск.

8. Владислав В., «Администратор медицинского учреждения», 2017г.

9. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП, «Паллиативная помощь взрослым и детям: Организация и профессиональное обучение», 2014г, Москва.

10. The Harvard Gazette, Health & Medicine, Robert Waldinger «Good genes are nice, but joy is better», Harvard University, February 13, 2018.

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) 74-94-49, 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**

Қ.Ш. Беркінбаев, С.И. Пшеничный ПРЕЗИДЕНТ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ШИПАЖАЙЛАРЫН БІРІКТІРУ – БӘСЕКЕЛЕСТІК АРТЫҚШЫЛЫҚ	3
К.Ш. Беркинбаев, С.И. Пшеничный ОБЪЕДИНЕНИЕ САНАТОРИЕВ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА – КАК КОНКУРЕНТНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО	3
K.Sh. Berkinbaev, S.I. Pshenichnyi ASSOCIATION OF SANATORIUMS OF THE MEDICAL CENTER OF ADMINISTRATION OF THE PRESIDENT’S AFFAIRS- AS A COMPETITIVE ADVANTAGE	3
М.К. Кудайбергенова, А.Ж. Топчакова ECONOMIC EFFICIENCY OF THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE	5
М.Қ. Құдайбергенова, А.Ж. Топчакова ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТІ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНУДЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ	5
М.К. Кудайбергенова, А.Ж. Топчакова ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ	5
Н.Б. Табынбаев, Е.Қ. Сәрсембеков ҰЛТТЫҚ ОНКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ ДАМУЫНЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ	9
Н.Б. Табынбаев, Е.К. Сарсебеков СТРАТЕГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ОНКОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	9
N.B. Tabynbayev, E.K. Sarsebekov STRATEGIC ASPECTS OF NATIONAL DEVELOPMENT SCIENTIFIC CENTER OF ONCOLOGY AND TRANSPLANTATION	9
Б.С. Сейдуалиева ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАДА ПРЕАНАЛИТИКАЛЫҚ КЕЗЕҢ САПАСЫН ЖАҚСARTУ	12
Б.С. Сейдуалиева УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ	12
B.S. Seydualieva QUALITY IMPROVEMENT OF PREANALYTICAL STAGE IN LABORATORY DIAGNOSTICS	12
Табынбаев Н.Б., Сәрсембеков Е.Қ. ПРОФИЛЬДІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАҒЫ АҒЗАЛАРДЫ АУЫСТЫРУ	15
Табынбаев Н.Б., Сарсебеков Е.К. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ В ПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	15
Tabynbayev N.B, Sarsebekov E.K. ORGAN TRANSPLANTATION IN SPECIALIZED HEALTH CARE ORGANIZATIONS	15
М.Ж. Сариева, М.А. Қалиева, А.Б. Есімханова ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ: МЕЙІРБИКЕ ІСІН ДАМУЫ САЛАСЫНДАҒЫ ОЗЫҚ БІЛІМДЕР МЕН ДАҒДЫЛАР	18

М.Ж. Сариева, М.А. Калиева, А.Б. Есимханова МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ: ПЕРЕДОВЫЕ ЗНАНИЯ И НАВЫКИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	18
--	----

M.Zh. Sarieva, M.A. Kaliyeva, A.B. Esimhanova INTERNATIONAL EXPERIENCE: ADVANCED KNOWLEDGE AND SKILLS IN THE FIELD OF NURSING DEVELOPMENT	18
---	----

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ACTIVITIES OF PHYSICIAN**

А.И. Түсіпбаев, М.М. Рахметов, Р.И. Ташимов ӨҢЕШТІҢ, АСҚАЗАННЫҢ ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ШЕКТІҢ ЭПИТЕЛИАЛДЫ ЕМЕС ІСІК АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДА ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯНЫ АЛҒАШ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ	22
---	----

А.И. Тусупбаев, М.М. Рахметов, Р.И. Ташимов ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	22
--	----

A.I. Tusupbaev, M.M. Rakhmetov, R.I. Tashimov FIRST EXPERIENCE OF APPLICATION OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF NON-EPITHELIAL TUMORS OF ESOPHAGUS, STOMACH AND DUODENUM	22
--	----

А.А. Хамзина, М.М. Курмангалиева, З.У. Ахмедьянова МЕТАБОЛИЗМ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА БІРІНШІЛІКТІ АШЫҚ БҰРЫШТЫ ГЛАУКОМАНЫ ЕМДЕУДЕ КӨЗ ТАМШЫСЫ ТҮРІНДЕГІ ЦИТИКОЛИННІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ: АЛДЫН АЛА НӘТИЖЕЛЕРІ	26
---	----

А.А. Хамзина, М.М. Курмангалиева, З.У. Ахмедьянова ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТИКОЛИНА В ВИДЕ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	26
--	----

A.A. Khamzina, M.M. Kurmangaliyeva, Z.U. Ahmedyanova ESTIMATION OF EFFICIENCY OF CYTIKOLINE IN THE FORM EYE DROPS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND METABOLIC SYNDROME: PRELIMINARY RESULT	26
---	----

А.Б. Аманғалиев, Г.Е. Аманғалиева ЛОП ХИРУРГИЯДАҒЫ СИМУЛЬТАНТТЫ ОПЕРАЦИЯЛАР	29
--	----

А.Б. Аманғалиев, Г.Е. Аманғалиева СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛОР ХИРУРГИИ	29
---	----

A.B. Amangaliev, G.E. Amangalieva SIMULTANEOUS OPERATIONS IN ENT SURGERY	29
---	----

О.Ж. Нарманова ҚАНТ ДИАБЕТПЕН ЖӘНЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН СЫРҚАТТАНАТЫН НАУҚАСТАРДА СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЫНЫҢ ҮДЕМЕЛІ ФАКТОРЛАРЫ	31
---	----

О.Ж. Нарманова ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	31
---	----

O.Zh. Narmanova PROGRESSING FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE AT PATIENTS WHO HAVE ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES	31
---	----

Ж.Д. Даирбекова, А.Б. Токтарова ҚАЗАҚСТАНДА ЖАТЫР БЕДЕУЛІГІНІҢ ТҮРЛЕРІН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ БІРЕГЕЙ ӘДІС	34
Ж.Д. Даирбекова, А.Б. Токтарова УНИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МАТОЧНОЙ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ В КАЗАХСТАНЕ.....	34
Zh.D. Dairbekova, A.B. Toktarova UNIQUE METHOD OF DIAGNOSTICS OF THE UTERUS FORM OF INFERTILITY IN KAZAKHSTAN.....	34

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУ
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
MEDICAL REHABILITATION**

Л.Г. Викулина АБДОМИНАЛЬДЫ СЕМІЗДІКПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ЖАҒДАЙДА КЕШЕНДІ ЕМДЕУ	40
Л.Г. Викулина КОМПЛЕКСНОЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	40
L.G. Vikulina COMPLEX SPA TREATMENT OF PATIENTS WITH ABDOMINAL OBESITY.....	40
Г.А. Енгибарян ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖЫНЫС ОРГАНДАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫН МАГНИТОТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ЖАҒДАЙДА ЕМДЕУ	42
Г.А. Енгибарян САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ	42
G.A. Yengibaryan SPA TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE GENITAL USING MAGNETOTHERAPY	42
Қ.Ш. Беркінбаев, С.И. Пшеничный, С.Ш. Бейсембаева, Л.В. Коноплева «ОҚЖЕТПЕС» ЕСК» АҚ-НЫҢ РАДОНДЫ АУЫЗ СУЫН ӘРТҮРЛІ АУРУЛАР КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ	44
К.Ш. Беркинбаев, С.И. Пшеничный, С.Ш. Бейсембаева, Л.В. Коноплева ПРИМЕНЕНИЕ РАДОНОВОЙ ВОДЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В «ЛОК «ОКЖЕТПЕС».....	44
K.Sh. Berkinbaev, S.I. Pshenichnyi, S.S. Beisembaeva, L.V. Konopleva APPLICATION OF RADON WATER IN DIFFERENT DISEASES IN HEALTH-IMPROVING COMPLEX «OKZHETPES».....	44

**ШОЛУ
ОБЗОР
REVIEW**

Л.К. Ибраева, А.У. Аманбекова, Д.Х. Рыбалкина, Б.М. Салимбаева, Е.А. Дробченко, А.М. Газизова, Е.К. Кангелдинов ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЭКОТӘУЕЛДІ АУРУЛАР КЛАСЫ БОЙЫНША КЕШЕНДІ ТАЛДАУ (ШОЛУ).....	51
Л.К. Ибраева, А.У. Аманбекова, Д.Х. Рыбалкина, Б.М. Салимбаева, Е.А. Дробченко, А.М. Газизова, Е.К. Кангелдинов КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЭКОЗАВИСИМЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ (ОБЗОР).....	51

L.K. Ibrayeva, A.U. Amanbekova, D.H. Rybalkina, B.M. Salimbayeva, E.A. Drobchenko, A.M. Gazizova, E.K. Kangel'dinov COMPREHENSIVE ANALYSIS OF HEALTH OF CHILDREN POPULATION OF THE KYZYLORDA REGION OF ECO-DEPENDENT CLASSES OF DISEASES (REVIEW)	51
Қ.Қ. Шәріпова ӘЙЕЛДЕРДЕ ЗӘР ШЫҒАРУДЫҢ БҰЗЫЛУЫ КЕЗІНДЕГІ УРОДИНАМИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКА (ШОЛУ).....	59
К.К. Шарипова УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР).....	59
К.К. Sharipova URODINAMIC DIAGNOSTICS OF DISORDER OF URINATION IN WOMEN (REVIEW).....	59
A.B. Sugraliyev WHAT IS NEW IN 2017 EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS PRESENTING WITH ST-SEGMENT ELEVATION? (REVIEW).....	65
А.Б. Сүгірәлиев ЕУРОПАЛЫҚ КАРДИОЛОГИЯ ҚОҒАМЫНЫҢ 2017 ЖЫЛЫ ST СЕГМЕНТІНІҢ ЖОҒАРЫЛАУЫМЕН МИОКАРД ИНФАРКТІСІН БАСҚАРУ БОЙЫНША ЖАҢА ҰСЫНЫСТАРЫНА ҚАНДАЙ ӨЗГЕРІСТЕР ЕНГІЗІЛДІ (ШОЛУ).....	65
А.Б. Сугралиев КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕСЕНЫ В НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2017Г. ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST (ОБЗОР).....	65
А.Б. Сүгірәлиев ЕУРОПАЛЫҚ КАРДИОЛОГИЯ ҚОҒАМЫНЫҢ 2017 ЖЫЛЫ МИОКАРД ИНФАРКТІСІН БАСҚАРУҒА ҚАТЫСТЫ ҰСЫНЫСТАРЫ БОЙЫНША ST СЕГМЕНТІНІҢ ЖОҒАРЫЛАУЫМЕН ЖАҢА ӨЗГЕРІСТЕР	70
А.Б. Сугралиев НОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ 2017 ГОДА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	70
A.B. Sugraliyev WHAT IS NEW IN THE 2017 VERSION OF ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS PRESENTING WITH ST-SEGMENT?	70
Г.К. Қуаншалиева ОРТАЛЫҚ АЗИЯ ЕЛДЕРІНІҢ ЭКОНОМИКАСЫН ДАМУҒА ФРАНЦИЯ КОМПАНИЯЛАРЫНЫҢ ҚОСҚАН ҮЛЕСІ.....	76
Г.К. Қуаншалиева ВКЛАД ФРАНЦУЗСКИХ КОМПАНИЙ В РАЗВИТИИ ЭКОНОМИКИ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	76
G.K. Kuanshalieva THE CONTRIBUTION OF THE FRENCH COMPANIES IN THE ECONOMIC DEVELOPMENT OF THE COUNTRIES OF CENTRAL ASIA.....	76
ZH.U. SHAMBETOVA CRITERIA AND QUALITY STANDARDS IN SANATORIUM-RESORT ORGANIZATIONS BY THE TYPE OF THE EUROPEAN SPA ASSOCIATION (REVIEW)	80
Ж.У. Шамбетова ШИПАЖАЙЛАРДЫҢ ЕУРОПАЛЫҚ ҚАУЫМДАСТЫҒЫНЫҢ ТИПІ БОЙЫНША САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ САПА КРИТЕРИЛЕРІ ЖӘНЕ СТАНДАРТТАРЫ (ШОЛУ).....	80

Ж.У. Шамбетова КРИТЕРИИ И СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА В САНАТОРНО–КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПО ТИПУ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КУРОРТОВ (ОБЗОР).....	80
Ж.У. Шамбетова КРИТЕРИИ И СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА В САНАТОРНО–КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПО ТИПУ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КУРОРТОВ.....	84
Ж.У. Шамбетова ШИПАЖАЙЛАРДЫҢ ЕУРОПАЛЫҚ ҚАУЫМДАСТЫҒЫНЫҢ ТИПІ БОЙЫНША САНАТОРИЯЛЫҚ- КУРОРТТЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ САПА КРИТЕРИЛЕРІ ЖӘНЕ СТАНДАРТТАРЫ.....	84
Zh.U.Shambetova CRITERIA AND QUALITY STANDARDS IN SANATORIUM-RESORT ORGANIZATIONS BY THE TYPE OF THE EUROPEAN SPA ASSOCIATION.....	84
А.Ғ.Төлегалиева, С.А.Қаиргельдина, Ж.С.Тілегенова, Ғ.У.Сейдуалиев ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ АУРУХАНАЛАРЫНА АРНАЛҒАН «ІЗЕТТІ КЛИНИКА» ЖОБАСЫ (ШОЛУ)	88
А.Г.Тулегалиева, С.А.Каиргельдина, Ж.С.Тилегенова, Г.В. Сейдуалиев ПРОЕКТ «ВЕЖЛИВАЯ КЛИНИКА» ДЛЯ БОЛЬНИЦ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (ОБЗОР).....	88
A.G.Tulegalieva, S.A.Kaiyrgeldina, Zh.S.Tilegenova, G.V.Seidualiev THE PROJECT «FRIENDLY CLINIC» AT THE HOSPITALS OF THE MEDICAL CENTER OF PRESIDENT’S AFFAIRS ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (REVIEW).....	88

**МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ
SUBMISSION GUIDELINES**



Отпечатано ТОО «ДӘМЕ»
г. Астана, ул. Бигельдинова 10, офис 1
тел.: 8 /7172/ 42 54 67