

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*

**шілде - қыркүйек  
3 (64) 2016  
июль - сентябрь**

*Ежеквартальный научно-практический журнал*

**ВЕСТНИК**

**Медицинского центра  
Управления Делами Президента  
Республики Казахстан**

*Журнал издается с 2002 г.  
Выходит 4 раза в год*

**Редакционная коллегия:**

Бакенова Р.А. – д.м.н.  
Карабаева Р.Ж. – д.м.н.  
Мустафин А.Х. – д.м.н., профессор  
Танбаева Г.З. - д.м.н., профессор  
Токпанов С.И. – д.м.н., профессор  
Джусипов А.К. - д.м.н., профессор  
Кисикова С.Д. - д.м.н.  
Шаназаров Н.А. - д.м.н., профессор

**Редакционный совет:**

Бектаева Р.Р.- д.м.н., профессор  
Дудник В.Ю. – д.м.н.  
Дерновой А.Г. – д.м.н.  
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  
Шарманов Т.Ш. – д.м.н., профессор, академик НАН РК  
Жумадилов Ж.Ш. - д.м.н., профессор  
Lina Basel - ass. professor (Израиль)  
Henning Neumann - PhD (Германия)  
Ulduz Hashimova - д.б.н., (Азербайджан)



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

УДК 615 (075.8)

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОШИБКИ: ВОЗМОЖНОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
БЕЗОПАСНОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

БЕНБЕРИН В.В.<sup>1</sup>, БЮРАБЕКОВА Л.В.<sup>1</sup>, ТЫЩЕНКО Н.В.<sup>2</sup>

Медицинский центр Управления Делами Президента Республики Казахстан<sup>1</sup>, г. Астана  
Больница Медицинского центра Управления Делами Президента  
Республики Казахстан<sup>2</sup>, г. Астана, Казахстан

**Аннотация:** В статье изложены вопросы безопасности применения лекарственных средств в условиях стационара в соответствии с международными стандартами безопасности пациентов, возможные ошибки и пути решения.

**Ключевые слова:** фармакотерапия, медикаментозные ошибки, идентификация пациента

**Түйіндемe:** ДӘРІЛІК ҚАТЕЛІКТЕР: ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫҢ ТИІМДІ ЖӘНЕ ҚАУІПСІЗ ҚОЛДАНЫЛУЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ МҮМКІНДІКТЕРІ. Бенберин В.В., Бұйрабекова Л.В., Тыщенко Н.В. Мақалада стационар жағдайында пациенттер қауіпсіздігінің халықаралық стандарттарына сәйкес дәрілік заттарды қолдану қауіпсіздігі туралы сұрақтар, мүмкін болатын қателіктер және оны шешу жолдары мазмұндалған.

**Түйін сөздер:** фармакотерапия, дәрілік қателіктер, пациентті идентификациялау

**Summary:** MEDICATION ERRORS: OPPORTUNITIES TO ENSURE EFFECTIVE USE OF MEDICINES. Benberin V.V., Byurabekova L.V., Tyshenko N.V. The article presents the issues of safety using of medicines in the hospital environment, in accordance with international standards of patient safety, possible errors and solutions.

**Keywords:** pharmacotherapy, medical issues, identification of patient.

Фармакотерапия – один из основных методов консервативного лечения. Современная фармакотерапия представляет собой быстроразвивающееся направление клинической медицины, основанное на научных принципах и доказательной медицине.

Медицинская наука определила основной целью лечения пациентов - контроль над заболеванием при хорошем качестве жизни. Одним из основных принципов современной фармакотерапии является безопасность лечения [1].

На сегодняшний день одной из ведущих причин смертности во многих странах являются неблагоприятные реакции организма человека на прием лекарственных препаратов. Это связано с тем, что прием любого лекарства связан с риском развития побочных реакций (эффектов), что зачастую обусловлено нарушениями при их назначении, распределении и приеме пациентами.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, побочные реакции (неблагоприятные лекарственные реакции) – вредные, опасные для организма реакции, развивающиеся

при приеме лекарственных средств в дозах, используемых у человека для профилактики, диагностики/лечения заболеваний, а также для коррекции и модификации физиологических функций.

Термины «побочные (неблагоприятные) реакции» и «побочные (неблагоприятные) эффекты» взаимозаменяемы, однако слово «реакции» используют для характеристики ответа пациента, а «эффекты» - свойства лекарственного препарата.

Токсические же эффекты, развиваются в результате превышения дозы лекарственного средства, при этом степень их выраженности дозозависима [1].

В этой связи, в статье рассмотрены основные принципы безопасности и использования лекарственных средств, порядка назначения, а также типичные ошибки лекарственных назначений и контроля за ними.

Нами изучен опыт медицинских организаций Республики Казахстан, внедривших международные стандарты качества и безопасности пациентов Joint Commission International (JCI), США (по состоянию на апрель 2016 года – 7 медицинских

организаций, из них две больницы системы Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, оказывающих все этапы медицинской помощи от профилактики до стационарного уровня).

Для эффективности и результативности управления и использования лекарственных средств, в стандартах JCI предусмотрена глава «Менеджмент и использование медикаментов (МИМ)», согласно которой в управление лекарственными средствами входит следующее:

- отбор и закуп лекарственных средств;
- условия хранения;
- назначение лекарственных средств;
- приготовление и выдача (при наличии централизованного приготовления и разведения);
- выполнение назначений и мониторинга [3].

Мониторинг включает в себя: любые изменения в лекарственном формуляре; медикаментозных ошибок или почти ошибок; выявленную потребность в обучении; рассмотрение новых данных, основанных на принципах доказательной медицины [3].

Основным постулатом при организации приема лекарственных средств является принцип, лежащий в основе международных стандартов и сформированный специалистами по фармаконадзору – «пациент должен получить нужное лекарство в нужной дозировке и нужной форме. Лекар-

ственный препарат должен быть введен в нужное время нужным способом. Необходимо контролировать реакцию организма на введенное (принятое) лекарство [3].

При внедрении международных стандартов в больницах Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан мы придерживались данного принципа в следующем порядке.

Нужный пациент - оказание медицинской помощи начинается с обязательной идентификации каждого пациента. Ошибки, связанные с неправильной идентификацией пациента могут проявиться практически во всех аспектах диагностики и лечения. В случае приема лекарственных средств это может привести к грубым нарушениям, когда пациент принимает не ему назначенное лекарство. Как правило, идентификация пациента производится на основании не менее двух индикаторов, например, фамилия, имя, отчество и дата рождения [3].

В наших больницах в приемном отделении медицинский персонал при регистрации стационарного пациента фиксирует на руке идентификационный браслет пациента, в котором указывается (рисунок 1):

- 1) фамилия, имя, отчество (полностью);
- 2) число, месяц и год рождения.



Рисунок 1 - Идентификационный браслет

Номер палаты или отделения, а также местонахождения пациента не могут быть использованы при идентификации.

Возможны ошибки при идентификации пациента, например, когда пациент неправильно услышал фамилию и зашел в процедурный кабинет вместо другого человека, или когда в отделении лежат однофамильцы, которым перепутали назначения лекарств и другое.

Идентификация пациента производится в

обязательном порядке при введении лекарственных средств, кроме того, на индивидуальных флаконках с таблетированными формами, флаконах, шприцах для инфузионного введения лекарственных средств должен быть наклеен стикер, где обозначены (рисунок 2):

- 1) фамилия, имя, отчество (полностью);
- 2) число, месяц и год рождения.
- 3) дата и время приготовления.

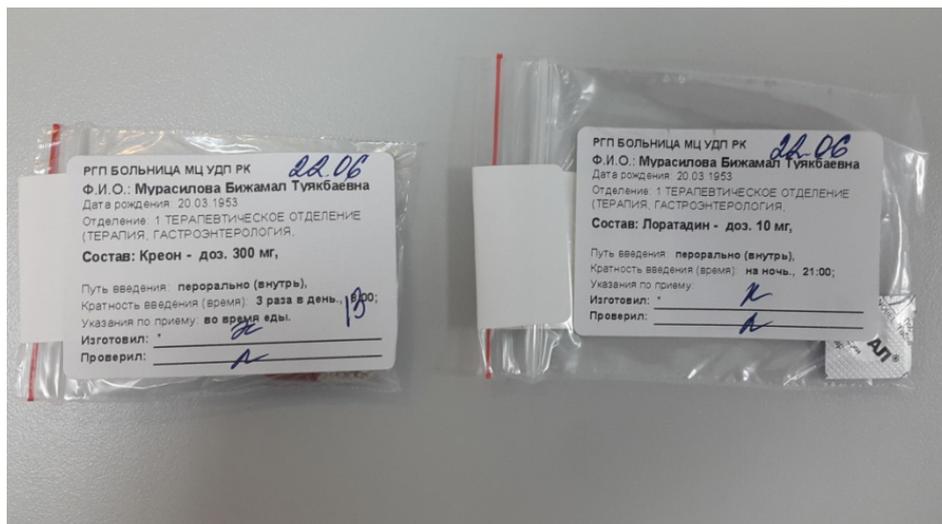


Рисунок 2 - Маркировка препаратов для выдачи пациентам

Следующим этапом при введении лекарственного средства является контроль за введением (приемом) лекарственного средства, так как введение не того лекарственного препарата или немедикаментозного средства является одной из грубейших ошибок среднего медицинского персонала. Так как эти ошибки или почти ошибки могут возникнуть на разных этапах реализации врачебных назначений, нами предусмотрен тройной контроль назначений.

На первом этом этапе выполнения врачебных назначений в больницах регламентирован процесс безопасного выписывания, назначения и переписывания медикаментов, так как на данном этапе возникнуть следующие ошибки:

- медицинская сестра может неверно понять или услышать устное назначение, врач должен убедиться, что она его правильно поняла;
- медицинская сестра может неправильно прочитать врачебную запись, особенно если запись сделана неразборчивым почерком и с сокращениями.

Нередко причиной ошибок дозировки лекарственных средств является неразборчивое ведение записей, использование сокращений при обозначении дозировок. Путаница возникает с цифрой «0» в начале или конце числа записи дозировки.

Например, пациенту назначено 2 мг лекарства, врач сделал запись «20 мг», пропустив запятую, вместо «2,0 мг», что привело к ошибочной дозировке препарата медицинской сестрой.

В случае выявления нечитабельных записей и/или назначений в больницах разработаны стандартные операционные проце-

дуры с мерами по предотвращению таких случаев. Средний медицинский работник не должен выполнять назначения, если запись назначения неполная, неясная, нечитабельная. В таком случае он должен уточнить у назначившего врача (врач объясняет устно или, при необходимости, дополняет, исправляет свою запись) и сдать «Отчет об инциденте» (почти ошибка) в службу внутреннего аудита.

На втором этапе медсестрой проводится подготовка лекарств для раздачи пациентам. Самой серьезной ошибкой на этом этапе является выдача пациентам «чужих» лекарств или не той концентрации.

В нашей стране еще на слуху два серьезных случая ятрогении, повлекших тяжелые осложнения у маленьких пациентов, когда медицинская сестра вместо дистиллированной воды во время клизмы ввела детям 6% раствор перекиси водорода.

Основными причинами таких ошибок является:

- использование флаконов из-под растворов для других жидкостей;
- переливание или пересыпание лекарственного средства в другую емкость;
- схожий дизайн упаковок лекарственных средств, что может привести к их перепутыванию между собой.
- практика раскладки таблеток и других препаратов на день вперед.

В соответствии с международными стандартами, с целью исключения таких ошибок, все лекарственные средства должным образом промаркированы. Особенно препараты с высокой степенью риска (рисунок 3).



Рисунок 3 - Маркировка препаратов с высокой степенью риска

Также к медикаментозным ошибкам может привести разведение и/или растворение процедурными сестрами нескольких лекарственных средств одним шприце или флаконе.

Как мы знаем, действующее вещество в лекарственном средстве является химическим соединением и разведение в одном шприце/флаконе двух или нескольких лекарственных средств может привести к химическому взаимодействию препаратов и возникновению тяжелых побочных реакций организма или усилению

фармакодинамического эффекта одного из них.

Для исключения возникновения таких ошибок при внедрении международных стандартов нами организован клиничко-фармакологический отдел в структуре госпитальной аптеки, в котором подготовленный и обученный принципам приготовления растворов в асептических условиях (в нашем случае используются ламинарные шкафы) персонал, готовит составные стерильные препараты с учетом лекарственного взаимодействия (рисунок 4).



Рисунок 4 - Разведение препаратов в ламинарном шкафу

Одним из требований лекарственной безопасности является положение о том, что пациент должен получить назначенное ему лекарство в нужной дозировке. Для исключения полипрагмазии и проверки правильности дозирования препарата нами проводится трехкратный контроль каждого медикаментозного назначения:

- первый - в момент назначения лечащим врачом и/или заведующим отделением проверяется подходит ли этот препарат для конкретного пациента и его клинических потребностей, обоснованности назначения, дозы, частоты и пути введения;

- второй – клиническим фармакологом при

поступлении назначения в централизованный клинико-фармакологический отдел для индивидуальной расфасовки препаратов на предмет терапевтического дублирования, потенциальных аллергических реакций, потенциального взаимодействия между лекарствами и пищей, веса пациента и других физиологических показателей;

- третий – в момент выполнения назначения медицинской сестрой на предмет точного соответствия назначению (доза, время и частота введения) и идентификации пациента.

Немаловажным этапом при выполнении врачебных назначений, является прием лекарственных средств непосредственно пациентом, особенно таблетированных форм. На этом этапе часто ошибаются сами пациенты, которые путают ячейки с лекарствами и принимают, например, днем лекарства, предназначенные для приема вечером и наоборот, или не соблюдают порядок приема до или после пищи.

Поэтому при назначении пациентам лекарств необходимо правильно проинструктировать их, рассказать о возможных ошибках и побочных реакциях.

Таким образом, введение лекарственных средств пациентам требует специальных знаний и опыта, а также тщательного отбора при составлении формулярных списков больниц, мониторинга действия лекарственных средств с обязательной регистрацией побочных (неблагоприятных) действий лекарственных средств и нежелательных эффектов. Кроме того, в больницах должен быть процесс выявления и сообщения о медикаментозных ошибках или «почти» ошибках, который является частью программы по качеству и безопасности пациентов больницы, с целью улучшения менеджмента при обращении лекарственных средств и предотвращения ошибок в будущем.

*ЛИТЕРАТУРА:*

1. «Клиническая фармакология», учебник по редакции В.Г. Кукеса – 3-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004;
2. «Клиническая фармакология», учебное пособие/Н.Б. Анисимова, Л.И. Литвинова, Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.;
3. Стандарты аккредитации для больниц Международной объединенной комиссии (Joint Commission International), 5-е издание, США, 2014.

Поступило 31.08.2016г.

УДК 618.2-07

**ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПО ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ В УСЛОВИЯХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

ТЫШКЕВИЧ Ф.А., РОЗЕНСОН Н. Г.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** Был проанализирован опыт работы школы по подготовке беременных к родам. В 2015 году занятия по подготовке к родам посетили 409 беременных, к партнерским родам подготовлено 92 супружеские пары. 98% из них были полностью удовлетворены результатами обучения.

**Ключевые слова:** беременность, подготовка к родам, родоразрешение

**Түйіндеме.** АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ БӨЛІМ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖҮКТІЛЕРДІ БОСАНУҒА ДАЙЫНДАУ ТУРАЛЫ МЕКТЕП ЖҰМЫСЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ. Тышкевич Ф.А., Розенсон Н. Г. Біз 2015 жыл бойындағы акушер-гинекологиялық бөлім жағдайында жүктілердің босануға дайындығы туралы мектеп жұмысының тәжірибесін сараптадық. Жалпы 409 жүкті әйелдер және 92 ерлі-зайыпты жұптар мен серіктестік босану бойынша оқыту жұмысы өткізілді. 98% әйелдер оқытудың толық қанағаттандырғанын хабарлады.

**Түйін сөздер:** жүктілік, босануға дайындық, босану

**Summary.** EXPERIENCE TRAINING SCHOOL FOR PREGNANT WOMEN FOR CHILDBIRTH UNDER OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT. Tyszkiewicz F.A Rozenson N.G. We analyzed our experience in preparation of pregnant women to safe delivery in the obstetrics department. We provided training to 409 pregnant women and prepared 92 couples to partnership delivery in the Year 2015. 98% of them were completely satisfied by the training results.

**Keywords:** pregnancy, preparation for childbirth, delivery is

Всемирная организация здравоохранения сформулировала понятие безопасного материнства, как совокупность социально-экономических, правовых и медицинских мероприятий, способствующих рождению желанных детей в оптимальные возрастные периоды без отрицательного влияния на здоровье женщин, сохраняющих их жизнь, предупреждающих инвалидность, обеспечивающих воспитание рожденных детей, сочетание материнства, домашних обязанностей и трудовой деятельности [1].

«Материнство – сочетание самых положительных эмоций (любовь, ласка, нежность) с ответственностью за свою жизнь и жизнь ребенка. Защита материнства является одной из приоритетных задач нашего государства. Семья, материнство и детство находятся под защитой общества и государства (Конституция РК) [2]. В своем послании народа глава государства особо подчеркивает, что «мы должны выйти на цивилизованную дорогу планирования семьи, не подвергая опасности жизнь и здоровье женщин» [3].

Каждая женщина имеет право получать информацию на темы, имеющие отношение к беременности и родам, знать, какие услуги ей могут быть оказаны. Точно также каждая беременная имеет право на помощь по дородовой подготовке. В мире практикуются различные виды подготовки будущих матерей к родам. Они отличаются методами, лежащими в их основе, продолжительностью обучения и т.д. Школа по подготовке беременных к родам на базе АГО функционирует чуть менее года. Обучение беременных проводится по программе «Ламаз», одним из самых распространенных в мире. Он был разработан доктором Фердинандом Ламазом в 1951 году на основе учения Павлова о рефлексорном характере высшей нервной деятельности. Поэтому школа «Ламаз» является наиболее близкой по своей сути к отечественной системе психопрофилактической подготовки к родам [4].

Методика предусматривает изучение популярной специальной литературы, видеопособий с последующим подробным разбором информации во время семинаров. Значительное количество часов отводится практике. Есть возможность посещения обоими супругами, отец ребенка упражняется вместе с матерью, чтобы помогать ей во время родов. Эту школу, безусловно, можно рекомендовать большинст-

ву беременных женщин, планирующих естественное родоразрешение. Зная об особенностях течения беременности и родов, научившись правильно расслабляться и напрягаться во время родов, женщина может облегчить процесс рождения ребенка. В этом заключается основной смысл методики «Ламаз», включающий теоретические занятия и миорелаксирующие физические упражнения с элементами массажа с целью обезболивания родов, а именно: осознанное расслабление, контролируемое дыхание и направленное сосредоточение.

Безусловно, процесс подготовки будущей матери начинается с первых приемов у врача акушера-гинеколога [2,5]. При установлении хорошего психоэмоционального контакта между беременной женщиной и наблюдающим ее врачом формируется спокойное, «рабочее» отношение к беременности и трудностям, которыми она сопровождается [5,6]. Интерес будущей матери к физиологическим и возможным патологическим изменениям в ее организме удовлетворяется грамотными и корректными ответами врача [7]. Если же в силу особенностей течения беременности, личностных особенностей женщины, беременная отмечает у себя беспокойство, повышенную тревожность, то здесь ей на помощь придет психолог. Занятия с психологом в индивидуальном порядке, дают возможность беременной женщине снизить тревожное состояние, определиться в своих чувствах и проработать их [8,9]. В помощь в работе с беременной женщиной является также и лекции, предназначенные для женщин только что вставших на учет, которые проводят такие специалисты как терапевт и психолог [10].

Задачей третьего триместра для беременной женщины является подготовка ее к родам. И именно с 30-32 недели женщине предоставляется возможность прослушать курс лекций. Занятия проводятся на государственном и русском языках врачами: акушер-гинекологом, неонатологом и психологом. Конечно, в течение всего наблюдения за развитием беременности врач акушер-гинеколог проводит разъяснительные беседы, и к началу третьего триместра беременная женщина уже достаточно хорошо ориентируется в вопросах родоразрешения, родовой боли и способах ее уменьшения. На лекциях, акушер-гинеколог развивает и закрепляет эти представления, а также знакомит будущую женщину с некоторыми техническими приема-

ми, которым ей надо обучиться, что поможет бороться с осложнениями родового акта. Лекционные занятия включают в себя ознакомление с физиологией родов, течением всех 3-х периодов родов и роль партнеров в процессе родов. В 2015 году занятия по подготовке к родам посетило 409 беременных, к партнерским родам подготовлено 92 супружеские пары.

Психологическая подготовка – это групповые занятия. Групповой формат, обсуждения и дискуссии с другими участниками приводят к ощущению общности и успокоенности, помогают выработать базовое доверие и увеличить веру, как в себя, так и в медицинского работника. Роды являются нормальной, естественной функцией организма женщины, в то же время — это испытания для организма и психики женщины. Неподготовленная женщина относиться к родам с отрицательными эмоциями, непониманием, страхом, чувством беспомощности. На этом фоне ее реакции в схватках – напряжение мышц тела и задержка дыхания приводят к боли, увеличению страха, задержки родового процесса. Психологическая подготовка способна снять или уменьшить отрицательные факторы. На занятиях придается огромное значение созданию позитивного настроя на роды, который создается путем упражнений на расслабление в телесно-двигательном русле, голосовых упражнений, аффирмаций, проработки страхов и предрассудков, а также информирования об психологических особенностях развития беременности. За 2015 год было прочитано 50 лекций, которые посетили 300 женщин.

Лекции врача педиатра дают полную информацию о развитии ребенка, об особенностях новорожденного ребенка, об уходе за ним. За 2015 год посетили лекции 385 беременных.

В целом, за 2015 год, было охвачено подготовкой к родам 95% беременных, количество беременных, посетивших лекции, составило 1094.

Ведение занятий тремя специалистами дает роженице полную информацию обо всех стадиях и особенностях процесса родоразрешения.

Наш опыт работы показывает, что внедрение даже таких небольших по продолжительности занятий нашло положительный отклик как у рожениц, так и у врачей. Было проведено анкетирование 1094 (100%), женщин, посетивших школу подготовки к родам, с целью выявления

удовлетворенности оказанными услугами. Анкетирование с целью удовлетворения потребностей выявило следующее:

1. Удовлетворенность занятиями в целом - 98%.
2. Удовлетворенность приобретенными знаниями и умениями - 93%.
3. Удовлетворенность лекционным материалом - 95%.

Таким образом, с учетом всего вышесказанного мы считаем, что работа школы подготовки беременных к родам является велением времени и существенно повышает качество работы акушерско-гинекологического отделения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова Ю.Э. *Безопасное материнство на пути реформ и инноваций //Здоровье Украины.- 2013.- №5.- С.6-7*
2. Филиппова Г.Г. *Психология материнства – М.: Изд-во института психотерапии, 2002.- 240 с.*
3. Аканов А.А. *Система здравоохранения Казахстана: уроки реформ и перспективы //Менеджер здравоохранения.-2011.- №1.- С.14-21*
4. Ламаз Ф. *Безболезненные роды – 8 изд., М.МГПУ -2012.- 98 с.*
5. Платонов К.И. *Обезболивание родов по методу словесного воздействия.- В кн.: Обезболивание родов. - Донецк.- 1952 – 59-65.*
6. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. *Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004.-350 с.*
7. Лебедько А.В. *Особенности течения беременности и родов у женщин при экстракорпоральном оплодотворении.- Автореферат диссертации. ... канд. М ед. наук.-Минск, 2013.- 24 с*
8. Biaggi A., Conroy S., Paulby S. *Et al Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression J. Affect. Disorders. 2016; 191: 62-77*
9. Dunkel Schetter C., Tanner L. *Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research and practice Curr. Opin. Psychiatry. 2012; 25: 141-148*
10. Рыжков Г.Д. *Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин //Медпомощь.- 1996.- №3.- С.33-36*

УДК 616.379-008.64

## ОЦЕНКА УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

ТЮЛЮБАЕВА Ж.С.<sup>1</sup>, БАЙСЕРКИНА Д.С.<sup>2</sup>, ОРЫНБАСАРОВ С.О.<sup>3</sup>, КАРП Л.Л.<sup>1</sup>

АО «Медицинский университет «Астана»<sup>1</sup>

Городская поликлиника №6 г.Астана<sup>2</sup>

Республиканский центр развития здравоохранения<sup>3</sup>

**Аннотация.** Исследование уровня удовлетворенности медицинской помощью, соотнесенного с имеющимися потребностями населения, является важной составляющей оценки деятельности организаций здравоохранения. Сохраняющееся в обществе недовольство медицинским обслуживанием требует активизации исследовательских усилий в области понятия удовлетворенности медицинской помощью. Нами проведено изучение существующей ситуации уровня удовлетворенности оказываемой медицинской помощи на амбулаторном уровне больным сахарным диабетом, которое проводилось методом анкетирования пациентов.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, удовлетворенность медицинской помощью, амбулаторно-поликлиническая помощь, Казахстан.

**Түйіндеме.** ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА АМБУЛАТОРЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАНАҒАТТАНУ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ (сауалнама мәліметтері бойынша). Тюлюбаева Ж.С., Байсеркина Д.С., Орынбасаров С.О., Карп Л.Л. Халықтың қазіргі қажеттіліктеріне қарай медициналық көмекке қанағаттану деңгейін зерттеу денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін бағалаудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Сохраняющееся қоғамда сақталып келе жатқан медициналық қызмет көрсетуге деген наразылық медициналық көмекке қанағаттану ұғымы саласында зерттеу күштерін жандандыруды талап етеді. Біз қант диабетімен ауыратын науқастарға амбулаториялық деңгейде көрсетілетін медициналық көмекке қанағаттану деңгейінің қазіргі жағдайына пациенттерге сауалнама жүргізу әдісімен зерттеу жүргіздік.

**Түйін сөздер:** қант диабеті, медициналық көмекке қанағаттанушылық, амбулаторлық-емханалық көмек, Қазақстан.

**Summary.** ASSESSMENT OF THE LEVEL OF SATISFACTION PROVIDED TO DIABETES PATIENTS CARE AT OUTPATIENT LEVEL (according to the survey). Tyulyubaeva J.S, Bayserkina D.S, Orynbasarov S.O, Carp L.L. Studies medical care satisfaction, co-related with the existing needs of the population, is an important co-nent evaluation of health care organizations. The continuing social discontent health services requires increased research efforts in the field of the concept of medical care satisfaction. We conducted a study of the existing situation, the level of satisfaction of medical care on an outpatient basis in patients with diabetes mellitus, which was conducted by surveying patients.

**Keywords:** diabetes, satisfaction with medical care, outpatient care, Kazakhstan.

### ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет (далее - СД) является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения [1]. Сахарный диабет и другие расстройства здоровья, связанные с последствиями этого заболевания, представляют важную медико-социальную проблему, интенсивно изучаемую в последнем десятилетии в мире [2]. По данным за 2014 год, около 422 млн. взрослых людей по всему миру страдали от диабета, что в 4 раза превышает показатели 1980 года.

С высоким уровнем сахара в крови связаны около 3,7 млн. смертей ежегодно, говорится в докладе. Специалисты предсказывают, что цифры будут только расти, если не принять радикальных мер. Эксперты одновременно изучали диабет 1-го и 2-го типов, но резкое увеличение числа больных диабетом по всему миру идет в основном за счет диабета 2-го типа, который связывают с неправильным питанием и образом жизни.

При любом типе СД необходимо тесное сотрудничество между людьми с СД и лечащими врачами. Это позволяет предотвратить развитие

опасных, требующих больших затрат осложнений СД, которые приводят к поражению глаз, почек, нижних конечностей, сердца и, если не начать их своевременное лечение, к преждевременной смерти [3].

На сегодняшний день традиционное оказание медицинской помощи, базирующееся на стационарном обслуживании, постепенно сменяется новыми расширенными формами оказания первичной медицинской помощи на поликлиническом уровне.

Участники Конференции ООН 2013г. по устойчивому развитию признали, что СД и другие неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной угрозой развитию человечества в XXI веке и должны быть в центре внимания мировой общественности. Являясь продолжением Политической декларации ООН по НИЗ 2011г., 66-ая Всемирная ассамблея здравоохранения, состоявшаяся в Женеве в мае 2013г., положила начало активным действиям мирового сообщества, направленным на борьбу с мировой эпидемией СД и неинфекционных заболеваний.

Исследование уровня удовлетворенности медицинской помощью, соотнесенного с имеющимися потребностями населения, является важной составляющей оценки деятельности организаций здравоохранения. Сохраняющееся в обществе недовольство медицинским обслуживанием требует активизации исследовательских усилий в области понятия удовлетворенности медицинской помощью [4].

Нами проведено изучение существующего уровня удовлетворенности оказываемой медицинской помощи больным сахарным диабетом на амбулаторном уровне, которое проводилось методом анкетирования пациентов.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить уровень удовлетворенности оказываемой медицинской помощи больным сахарным диабетом на амбулаторном уровне.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными источниками информации при выполнении данной темы было анкетирование больных сахарным диабетом в целях определения степени удовлетворенности уровнем оказываемой им медицинской помощи организациями здравоохранения Республики Казахстан. Анкета была утверждена на заседании межкафедрального Научного семинара кафедр общественного здравоохранения и гигиены АО «Медицинский университет Астана» от 01.06.2016г.

Материалы были собраны и проанализированы по методу «снежного кома». Анкетирование проводилось на добровольной основе с сохранением анонимности. Для формирования выборки в целом было опрошено 60 больных сахарным диабетом, состоящих на учете в поликлиниках г. Астаны. Проведены расчеты относительных величин в виде показателей экстенсивности.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В целом по поликлиникам г. Астаны удовлетворенность респондентов качеством и уровнем оказанной медицинской помощи представлена следующим образом:

Результаты анкетирования по вопросам «Ваш возраст» и «Ваш социальный статус» показали, что наибольший удельный вес опрошенных – лица от 40 до 59 лет (61,9%) (Рисунок 1).

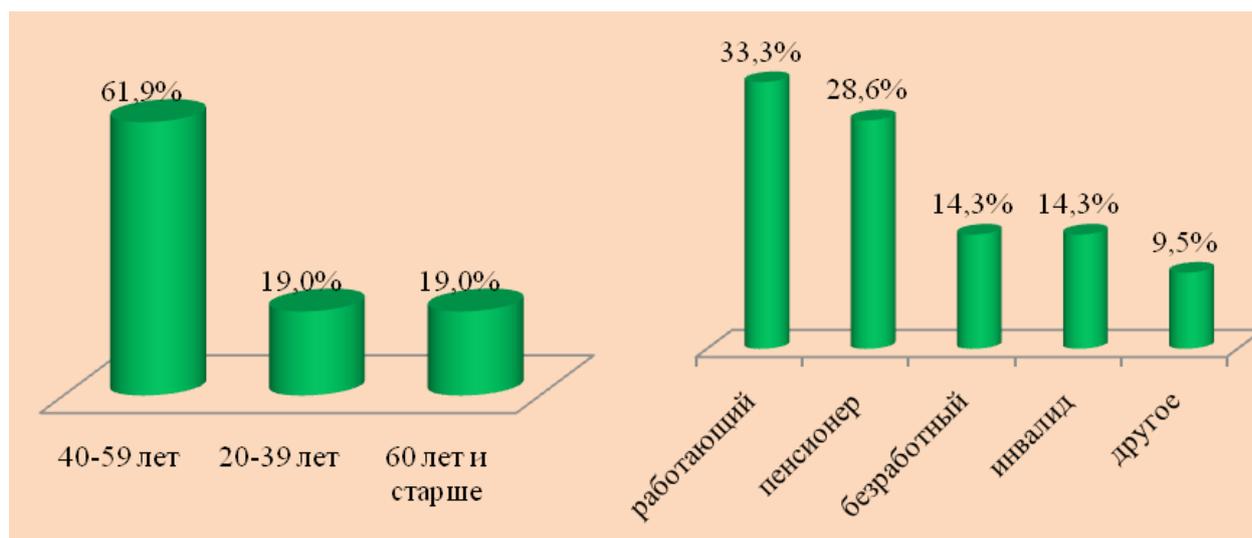


Рисунок 1 - Распределение респондентов по возрастной структуре и социальному статусу

По вопросу «Когда Вы последний раз контролировали уровень сахара в крови?» 85,7% ответили, что в течение этого года, 4,8% - в прошлом году и 9,5% затруднились ответить. В основном, пациенты узнают о заболевании сахарным диабетом от врачей-эндокринологов (81,0% респондентов), от больных (родственники, коллеги по работе, соседи, знакомые и т.д.) – 9,5%, а также из телевизионных передач – 9,5%. Две трети (66,7%) респондентов отметили, что не нуждаются в до-

полнительной информации по данному заболеванию с целью контроля за своим здоровьем, в то время как 28,6% ответили, что нуждаются. Лишь 38,1% опрошенных верно указали нормальный уровень глюкозы в крови; из 19,0%, знающих нормальный уровень гликированного гемоглобина, всего 5,0% респондентов указали его верно.

76,2% больных прошли обучение в школе сахарного диабета, и оценили уровень преподавания следующим образом (Рисунок 2):

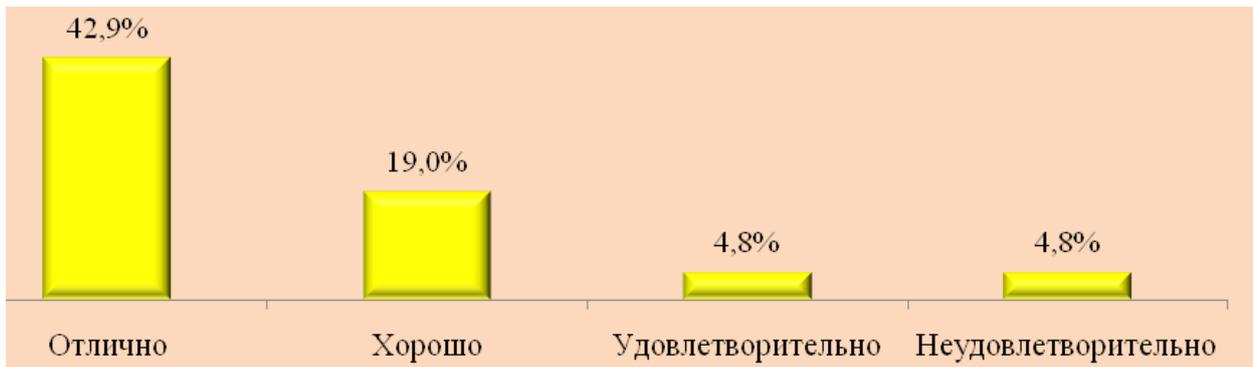


Рисунок 2 - Оценка уровня преподавания в Школах здоровья по нозологии «Сахарный диабет»

В качестве предложений по улучшению занятий 4,8% респондентов отметили, что их «не приглашают на занятия в школы», также 4,8% отметили недостаток времени для посещения школы. Основная же составляющая пациентов отказывалась давать какие-либо предложения.

Выявлено, что три четверти (76,2%) респондентов ведут дневник самонаблюдения несколько раз в неделю, 23,8% не ведут дневник.

Согласно перечню видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях [4,5]. Мы узнали, насколько прикрепленное население удовлетворено оформленными рецептами на лекарственные препараты на льготной или бесплатной основе. Перебои с обеспечением лекарственными средствами отмечают лишь 4,8%

пациентов, 81,0% удовлетворены обеспечением лекарственными средствами. Основные замечания по организации обеспечения лекарствами, сделанные респондентами - загруженность и неоперативность врачей, неполнота наличия по выписанным рецептам. 85,7% опрошенных знают о своих правах на получение лечения, лекарств, льгот и т.д.

Время ожидания в очереди, как в регистратуру, так и к лечащему врачу является одним из показателей качества медицинской помощи [4]. Рациональная организация приема призвана сократить время ожидания больных на прием к врачам. На вопрос «сколько времени Вы затрачиваете, в среднем, на ожидание приема врача – эндокринолога?» 71,4% респондентов отметили ожидание до 1 часа, более одного часа – 14,3% и столько же (14,3%) отмечают ожидание записи несколько недель (Рисунок 3).

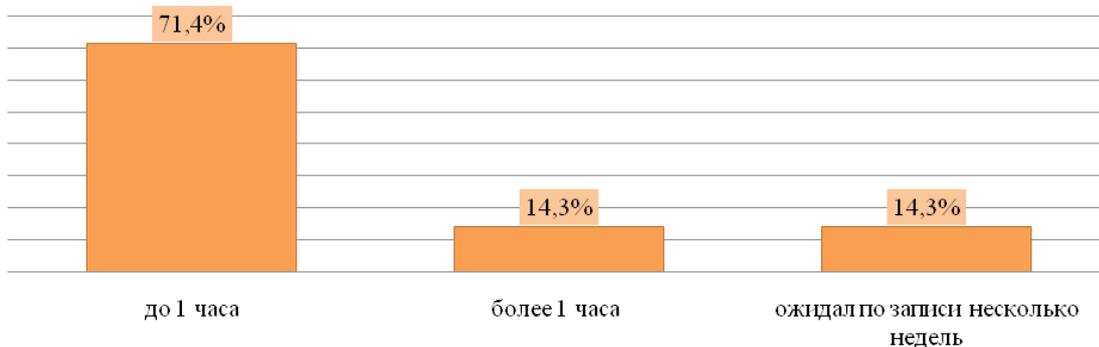


Рисунок 3 - Распределение опрошенных по времени ожидания приема врача-эндокринолога

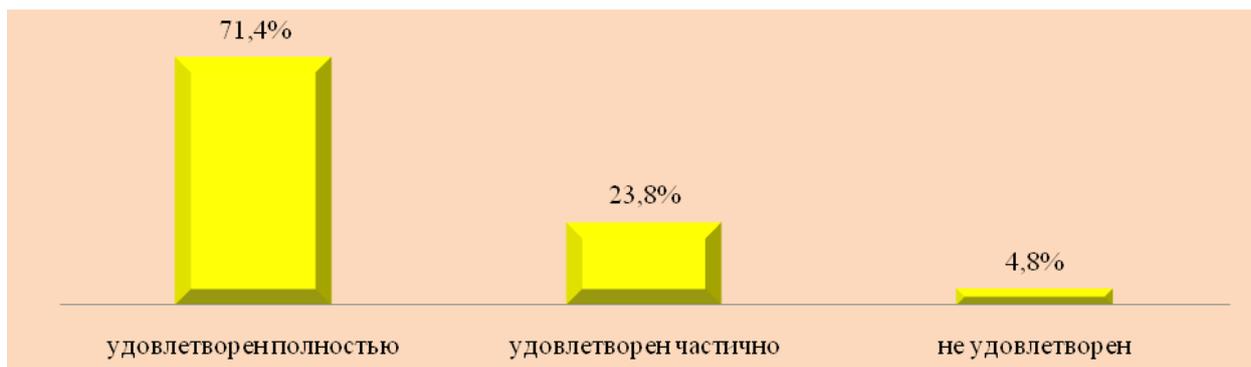


Рисунок 4 - Распределение опрошенных по оценке уровня прохождения лабораторных исследований

Результаты по оценке уровня прохождения лабораторных исследований представлены следующим образом (Рисунок 4).

Далее мы оценили, какие основные препятствия при прохождении диагностических исследований наблюдают пациенты. Оказалось, что треть пациентов (33,3%) отметили большие очереди в поликлинике для сдачи анализов, 5% - посчитали, что «врач в недостаточной мере проводит опрос о течении моего заболевания», также 4,6% - «необходимые анализы необходимо проводить платно», остальные 57,1% не видят

препятствий в прохождении лабораторных исследований.

Трудности в соблюдении здорового питания были у 46% респондентов, 39,5% из них основной причиной указали, что здоровая еда дорогая по сравнению с нездоровой, 21,6% ответили, что не знают, как готовить вкусную здоровую еду, 14,2% отмечают, что друзья и коллеги не едят здоровую пищу, 13,9% также ответили, что семья не хочет употреблять здоровую еду, 10,8% указали на то, что им доставляет удовольствие употребление нездоровой пищи (Рисунок 5).

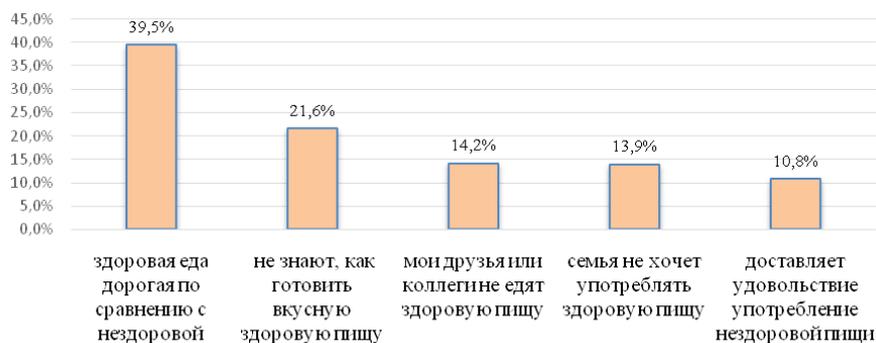


Рисунок 5 - Основные трудности в соблюдении здорового питания

Чуть более половины респондентов (52,7%) утверждают, что испытывали трудности в выполнении физических нагрузок, такие, как недостаток во времени (33,8%), недостаток/отсутствие спортивного оборудования (18,2%), отсутствие интереса в выполнении физической активности

(20,3%), отсутствие партнеров, с которыми бы можно было упражняться, были у 12,8% респондентов, также 11,3% отметили, что не получают удовольствие от спортивных тренировок, отсутствие спортивных секций в районе отметили 9,4% (Рисунок 6).



Рисунок 6 - Трудности в выполнении физических нагрузок

В условиях рыночной экономики профессиональная пригодность врачей определяется их квалификацией [6]. В целом большинство опрошенного населения на вопрос «Удовлетворены ли Вы уровнем квалификации (профессионализма) вра-

ча-эндокринолога?» 85,7% удовлетворены, 14,3% удовлетворены не в полной мере.

Оценка по 5-балльной шкале качества полученной медицинской помощи представлена следующим образом (Рисунок 7):

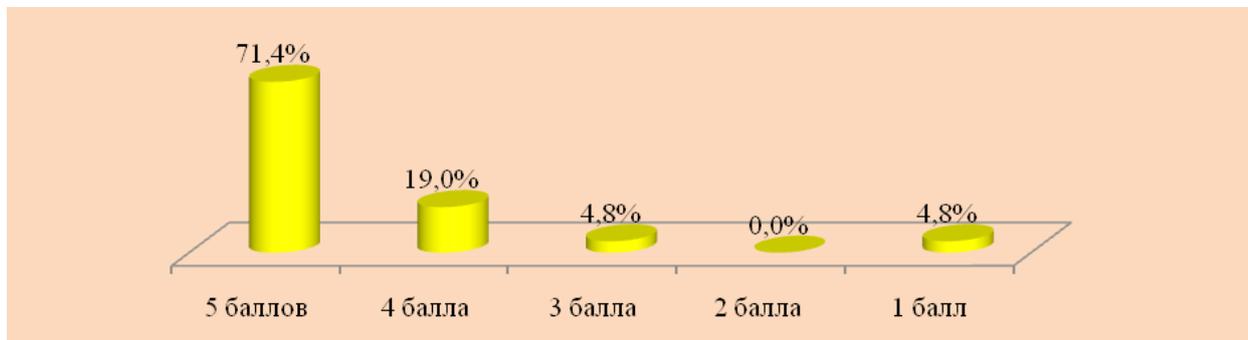


Рисунок 7 - Удельный вес оценки качества полученной медицинской помощи по 5-балльной шкале

подавляющее большинство (71,4%) пациентов отметили по данному вопросу «5 баллов», 19% - на «4 балла», что свидетельствует о высоком профессиональном уровне врачебного и среднего медицинского персонала поликлиники.

Относительно вопроса «Есть ли у Вас какие-либо другие предложения о том, как поликлиника может помочь более качественно управлять состоянием своего здоровья?», предложения в той или иной мере у респондентов оказались идентичными. Респонденты выражают слова благодарности лечащим врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, высказывают предложения по усилению информационно-разъяснительной работы среди населения и медицинских работников о правах свободного выбора врача и медицинской организации, совершенствованию работы с выдачей талонов. Также были пожелания по вежливому, внимательному обращению к пациентам, большему привлечению квалифицированных специалистов, о правилах оказания бесплатных и платных медицинских услуг, улучшению материально-технического оснащения учреждений для повышения качества обследования пациентов. Также респондентами было предложено усилить работу по просветительной работе касательно здорового образа жизни в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, постоянно уделять внимание вопросам этики и деонтологии медицинского персонала.

#### ВЫВОДЫ:

1. Анкетирование в целом дало положительные результаты, большинство пациентов имеют благоприятное впечатление об уровне оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне. Уровень удовлетворенности напрямую зависит от

опыта общения пациента с системой здравоохранения и личных впечатлений.

2. Отношение населения к медицинским организациям во многом определяет установление доверия между врачом и больным, своевременность обращения за медицинской помощью. Соответственно, в оценке работы медицинских учреждений и повышении эффективности приобретают значение не только данные об изменении состояния здоровья, но и мнение населения о качестве оказания медицинской помощи.

3. Факторами, отрицательно повлиявшими на оценку оказанной медицинской помощи больным сахарным диабетом, по мнению респондентов, являются наличие очередей, невнимательность медицинского персонала.

4. Для амбулаторных больных важное значение имеет фактор личного общения и внимания со стороны врачебного персонала, а также разъяснение необходимости и обоснованности назначенных исследований и лечебных процедур. Анкетирование пациентов помогает ориентироваться в проблемных вопросах оказания медицинской помощи, доступности, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. *Эпидемиология сахарного диабета // Сахарный диабет. Руководство для врачей / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестакова. — М., 2003. — С. 75-93.*
2. Judah A. *Denburg Allergy and Allergic Diseases: The New Mechanisms and Therapeutics // 1998. Mc Master University Ontario Canada.*
3. *International Diabetes Federation. Congress, American Diabetes Association. Meeting - 14th International Diabetes Federation Congress:*

*scientific sessions, 1991, in conjunction with ADA's 51st annual meeting, Washington, DC, Convention Center, Washington, DC.*

4. Чуманов Н.Н. Современное состояние качества оказания медицинской помощи на уровне ПМСП // Алматы, 2014.

5. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от

30 сентября 2015 года № 766 «Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами граждан».

6. Джисоева И.А. Социологическая оценка качества амбулаторно – поликлинической помощи больным сахарным диабетом / И.А. Джисоева, З.Р. Аликова, Ф.У. Козырева //Фундаментальные исследования №3,- Москва, 2013.

Поступило 15.09.2016г.

УДК 616.15

## СОСТОЯНИЕ ДОНОРСТВА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

АБДРАХМАНОВА С.А., АЛИЕВА Ж.Н., ЖАНИБЕКОВА И.А.  
Научно-производственный центр трансфузиологии, г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** В статье представлена структура донорства и донаций с использованием мониторинга основных показателей деятельности службы крови Республики Казахстан за 2015 год. Следует отметить ежегодное увеличение числа донаций. В структуре донорства при общем росте донаций снижается уровень платных и родственных донаций, соответственно растет доля безвозмездных добровольных донаций.

**Ключевые слова:** донорство, аппаратный плазмаферез, донорский контингент, контрактное фракционирование.

**Түйіндеме.** ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДОНОРЛЫҚ ҚАН МЕН ОНЫҢ КОМПОНЕНТТЕРІНІҢ ЖАЙ-КҮЙІ. Абдрахманова С.А., Әлиева Ж.Н., Жәнібекова И.А. Мақала 2015 жылы Қазақстан Республикасының қан қызметінің негізгі мониторинг көрсеткіштерін пайдалана отырып, донорлық және донация құрылымын сипаттайды. Донациялаудың жыл сайынғы өсуін атап өткен жөн. Донорлық құрылымда жалпы донациялауда ақылы және туыстық донация төмендеп, тиісінше ақысыз ерікті донация артуда.

**Түйін сөздер:** донорлық, аппараттық плазмаферез, донорлық контингент, контракттық фракциялау.

**Summary.** STATUS OF BLOOD DONATION AND ITS COMPONENTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. Abdrakhmanov S.A, Aliyev J.N, Zhanibekova I.A. The article describes the structure of donation and donations using monitoring the basic indicators of activity of the blood service of the Republic of Kazakhstan in 2015. It should be noted the annual increase in the number of donations. The donation of the structure with an overall growth rate declining donations and paid donations related, respectively, increasing the share of gratuitous voluntary donations.

**Keywords:** donation, hardware plasmapheres, donor contingent, contract fractionation.

### ВВЕДЕНИЕ

Служба крови является одной из актуальных областей отечественного здравоохранения, обеспечивающей оказание трансфузиологической помощи населению в части выпуска максимально инфекционно и иммунологически безопасной продукции крови, в мирное время и при чрезвычайных ситуациях.

Оказание трансфузиологической помощи в медицинских организациях республики обеспечивает служба крови, которая представлена 18 организациями: Научно-производственный центр трансфузиологии г. Астана, Республиканский центр крови г. Алматы, 14 областных центров крови и 2 городских центра крови в гг. Алматы и Семей.

Служба крови в любом развитом государстве позиционируется как отрасль здравоохранения, имеющая стратегическое значение для национальной безопасности страны.

Развитие службы крови зависит от решения многих проблем, важной из которых является донорство.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы статьи основаны на результатах сводного годового мониторинга основных показателей деятельности службы крови, который осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 мая 2012 года № 318 «Об утверждении ежеквартального мониторинга основных показателей деятельности службы крови Республики Казахстан», где представлена динамика общего количества доноров, донаций, изменения в структуре донаций.

Мониторинг основных показателей деятельности службы крови предоставляют региональные центры крови ежеквартально, формируется свод по республике и аналитическая справка.

### СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД

Ниже представленные данные обрабатываются и систематизируются с помощью наглядных

представлений в форме графиков и таблиц, а также их количественное описание посредством основных статистических показателей мониторинга службы крови.

К базовым методом относится среднее значение. Среднее значение дает усредненную характеристику совокупности объекта по определенному признаку.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего в республике за 2015 год для дачи крови и ее компонентов обратились 341 843 человека, что на 6879 (2 %) человек меньше по сравнению с 2014 годом.

Из них на этапе до донации в 2015 году было отведено 16% (56 359 человек), в 2014 году отводы составили 16% (56 531 человек).

Причины отвода от донорства: 36% лиц отстранены врачом на приеме, 3% потенциальных доноров сделали самоотвод, 14% отведено по базе единого донорского информационного центра (далее – ЕДИЦ). От общего количества отведенных по ЕДИЦ 80% составили лица, отведенные по базе данных с абсолютными противопоказаниями. Показатель отводов по результатам первичного лабораторного обследования составил 26%. Что на 2% больше, чем в 2014 г (24%) (Рисунок 1).

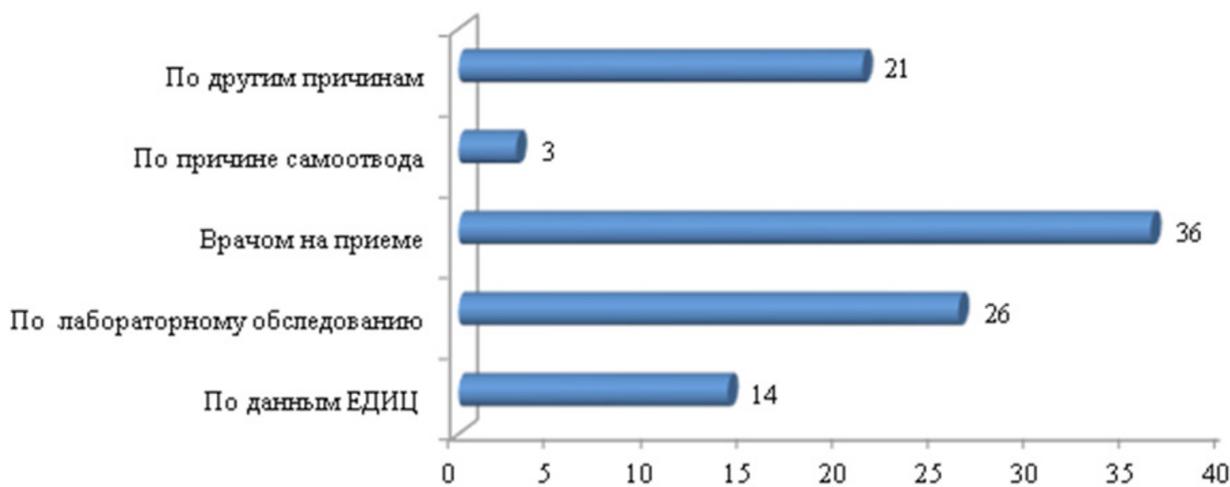


Рисунок 1 - Структура отводов от донорства

В 2015 году количество доноров (первичных и повторных) по республике составило 219 757, что на 3% меньше (на 6 853 доноров), чем в 2014 году [1].

Доля первичных доноров от общего количе-

ства составила за отчетный период 48% (105 314), против 49% (110 955) в 2014 году. Выше среднего республиканского показателя отмечается в Южно-Казахстанской области 63%, Алматинской области 65% и Атырауской области 66% (Рисунок 2).

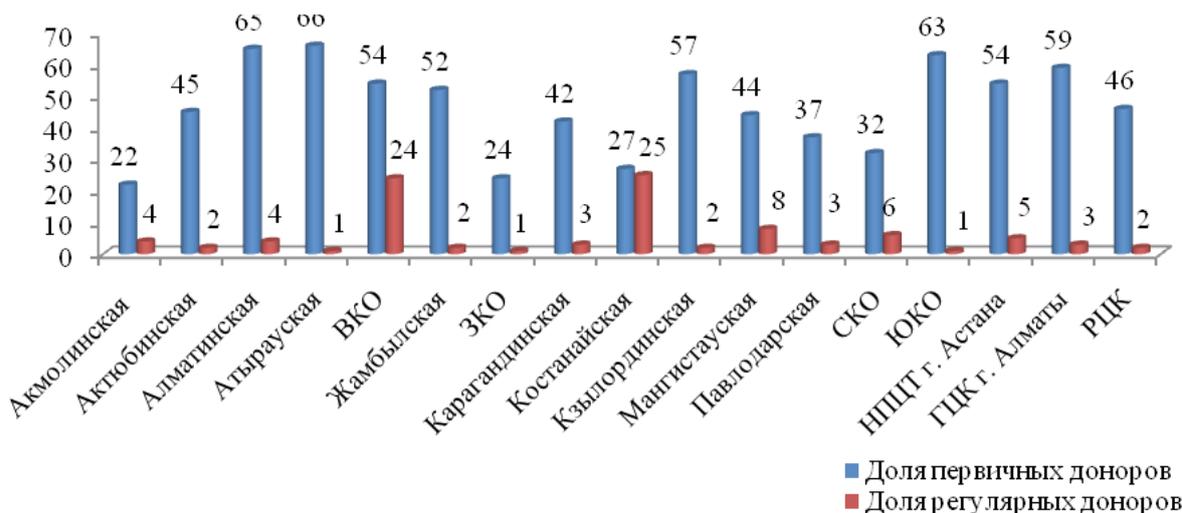


Рисунок 2 - Показатели первичных и регулярных доноров в 2015 году

Общее число донаций крови и ее компонентов в 2015 году уменьшилось на 2,3% (на 6 707 донации) и составило 285 484 против 292 191 в 2014 году. Увеличение числа донаций отмечено в Научно-производственном центре трансфузиологии (далее - ННЦТ) г. Астана на 6% (на 2 530 донаций), в Городском центре крови (далее - ГЦК) г. Алматы на 6% (на 1 157 донаций). В части регионов республики отмечено уменьшение числа донаций: в Актюбинской области на 7%, в Карагандинской области на 9%, в Павлодарской 11%, в Восточно-Казахстанской области на 12%, в Костанайской области 13% [2].

Средний республиканский показатель числа донаций на тысячу населения за 2015 год составляет 16. При этом сохраняются значительные колебания данного показателя по отдельным регионам, так наименьший показатель отмечается в Алматинской области 8, Южно-Казахстанской

области 8, а наибольший в ННЦТ 54 донации на 1000 населения.

На протяжении последних 5 лет количество донаций на 1000 населения в среднем по республике составляет 17 (при рекомендуемых 20- 25 донаций в год на 1000 населения, т.е. для удовлетворения потенциальных потребностей на долю донаций должно приходиться 2,5% населения страны). Лишь в Астане число донаций составляет 54 на 1000 населения, при этом порядка 35-40% доноров являются «заместительными» донорами, то есть родственниками и друзьями людей, находящихся на лечении в стационарах города. Для сравнения: в США этот показатель составляет 109, в Дании – 67, Германии – 52, России – 25 [3].

Население Республики Казахстан будет обеспечено качественными компонентами и препаратами донорской крови [4].

Таблица 1 - Сравнительные показатели донаций по Республике за 2014 -2015 гг.

Область	Всего донаций крови и ее компонентов		Уд. вес безвозмездных донаций (%)		Уд. вес донаций в выездных условиях (%)		Донации на 1000 населения	
	2014г	2015г	2014г	2015г	2014г	2015г	2014г	2015г
Акмолинская	15695	15290	96	97	9	6	21	21
Актюбинская	11894	11085	94	96	19	7	15	13
Алматинская	15488	15675	92	92	28	27	8	8
Атырауская	7900	8144	85	88	12	13	14	14
Восточно-Казахстанская	26985	23818	74	83	18	16	19	17
Жамбылская	17270	17530	93	94	37	38	16	16
Западно-Казахстанская	15100	15100	100	100	54	55	24	24
Карагандинская	15495	14114	99	99	10	10	11	10

Костанайская	19149	16753	89	91	38	30	22	19
Кызылординская	7528	7483	96	97	10	6	10	10
Мангистауская	7577	7029	83	86	12	11	11	11
Павлодарская	13589	12140	86	89	6	3	18	16
Северо-Казахстанская	10072	10754	76	79	16	14	17	19
Южно-Казахстанская	24935	23314	95	94	34	16	9	8
НПЦТ г. Астана	44113	46643	77	78	15	10	54	54
ГЦК г. Алматы	19282	20439	94	94	28	28	13	24
РЦК	20119	20173	80	84	56	49	13	24
По РК	292 191	285484	87	89	25	21	17	16

Показатели - «удельный вес безвозмездных донаций», «удельный вес платных донаций», «количество донаций в выездных условиях» в 2015 году возросли и составили 89%, 11% и 21%, соответственно в 2014 году эти показатели составляли 87%, 13% и 25%.

В структуре донорства при общем росте донаций снижается уровень платных донаций (2012 год – 16%, 2013 – 15%, 2014 – 13%, 2015 – 11%) и родственных донаций (с 43% в 2012 и 2013 годах

до 41% в 2014 году и до 34% в 2015 году), соответственно растет доля безвозмездных добровольных донаций. Высокие показатели безвозмездных добровольных донаций в Западно-Казахстанской области - 89%, в Кызылординской области - 87%, в Республиканском центре крови (далее – РЦК) г. Алматы - 81%. Низкие показатели безвозмездных добровольных донаций в Актюбинской области - 28%, в Мангистауской области - 32%, в Алматинской области - 35%, ГЦК г. Алматы -38% (Рисунок 3).

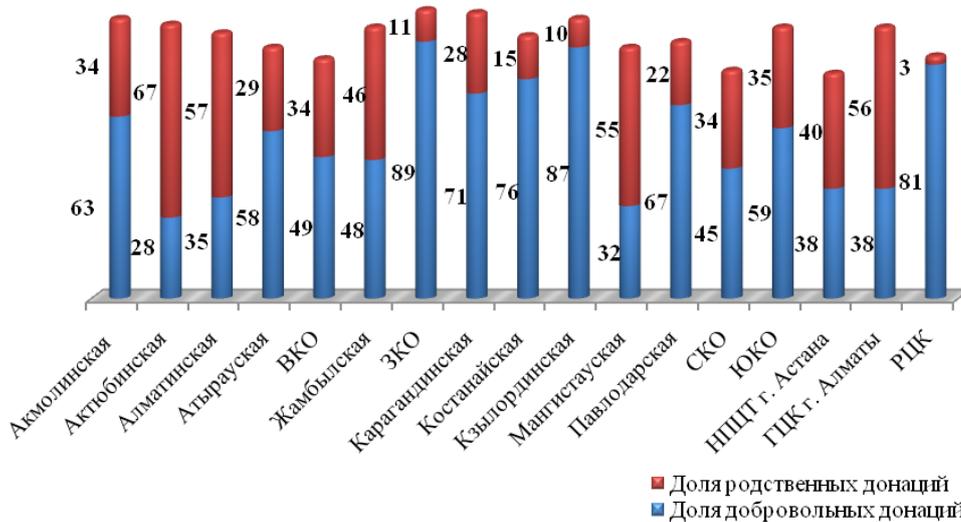


Рисунок 3 - Структура добровольных и родственных безвозмездных донаций по Республике Казахстан в 2015 году

Наибольший показатель безвозмездных донаций в Западно-Казахстанской области 100%, в Карагандинской области 98%, Акмолинской и Кызылординской областях 97%.

В целях развития добровольного безвозмездного донорства планируется разработать программу межведомственного взаимодействия, которая будет направлена на повышение

информированности населения по проблемам донорства крови на всех уровнях образования, начиная с дошкольного.

Кроме того, предусматривается повышение размера компенсации донорам для восполнения энергетических затрат при осуществлении донорской функции [5].

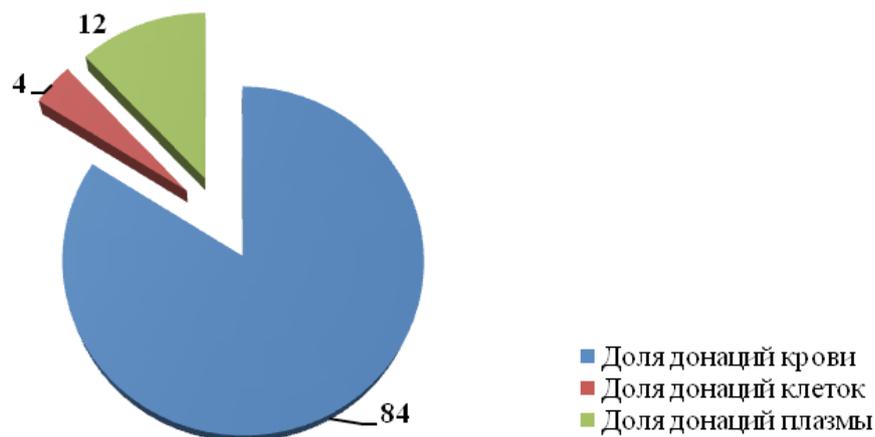


Рисунок 4 - Структура донаций по Республике за 2015 год

В структуре донаций в 2015 году показатели те же, что и в 2014 году: доля донаций клеток 4%, доля донаций крови 84%, а доля донаций плазмы 12%. Доля аппаратного плазмафереза от всего количества процедур плазмафереза в среднем по республике за отчетный период возросла до 81%, против 78% в 2014 году. Ниже республиканского показателя аппаратный плазмаферез в ГЦК г. Алматы 26% и в Жамбылской области 54%. В НПЦТ, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Актюбинской и Мангистауской областях доля аппаратного плазма-

мафереза от всего количества процедур плазмафереза составила 100%.

Средний республиканский показатель донаций в выездных условиях в 2015 году незначительно снизился и составил 21%, против 25% в 2014 году. Показатели выездных донаций выше среднего республиканского отмечаются в Западно-Казахстанской области (55%), в РЦК г. Алматы (49%), в Жамбылской области (38%). Наиболее низкие показатели донаций в выездных условиях отмечены в Павлодарской области 3%, в Акмолинской и Кызылординской областях 6%.

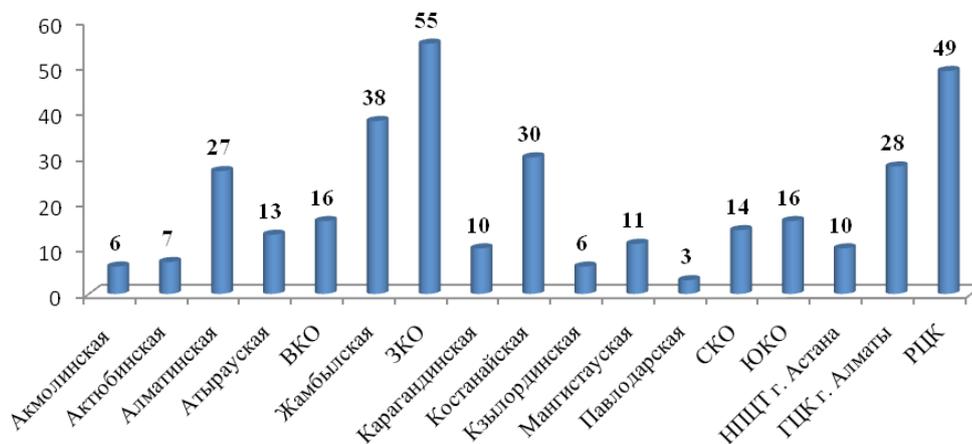


Рисунок 5 - Доля донаций в выездных условиях за 2015 год

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проведён анализ состояния донорства за период 2014-2015 гг. на основании данных ежегодных сводных годовых отчётов, данных информационной базы Единого донорского информационного центра республики, данных анализа деятельности центров крови Республики Казахстан. Рассмотрены динамика общего количества доноров, изменения в структуре донорского контингента, динамика донорской активности.

Установлено, что в настоящее время отсутствует необходимость резкого увеличения донорского контингента, поскольку современные методы заготовки позволяют добиться увеличения объёмов заготовки востребованных гемокомпонентов другими путями.

Создание и активное использование электронной базы данных позволяет исключать людей с заболеваниями, являющимися абсолютным противопоказанием к донорству.

С целью эффективного продвижения в казахстанском обществе идей донорства крови и ее компонентов необходимо разработать межведомственную программу с привлечением СМИ, НПО, религиозных, образовательных и других организаций, а также государственных органов (акиматы, маслихаты, Агентство информатизации и связи, Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения и социального развития, Департамент организаций медицинской помощи).

В связи с планируемой реализацией проекта контрактного фракционирования казахстанской плазмы на зарубежных заводах-производителях препаратов крови количество донаций крови и ее компонентов в республике должно неуклонно возрастать.

*ЛИТЕРАТУРА:*

1. Мониторинг основных показателей деятельности службы крови Республики Казахстан.
2. Отчет организаций, осуществляющих деятельность в сфере службы крови (свод по Республике Казахстан, форма 39.)
3. Стратегический план РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии» на 2016-2019 годы.
4. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы.
5. Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2016-2020 годы.

Поступило 10.08.2016г.

УДК 338.2

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ БЮДЖЕТНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ КВАЗИГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

ЖУСУПОВ Е.З.

Центр медицинских технологий и информационных систем МЦ УДП РК,  
г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** В публикации определена роль бюджетирования в системе управления предприятием, выявлены приоритетные проблемы развития и постановки бюджетирования в системе финансового планирования государственных медицинских организаций, обозначена необходимость тесной связи бюджетов предприятия со стратегическими показателями его деятельности, показана роль экономической самостоятельности подразделений предприятия при создании центров финансовой ответственности.

**Ключевые слова:** бюджетирование, бюджет, стратегические показатели, центры финансовой ответственности, финансовое планирование.

**Түйіндем:** ЭКОНОМИКАЛЫҚ ДАҒДАРЫС ЖАҒДАЙЫНДА КВАЗИМЕМЛЕКЕТТІК СЕКТОР КӘСІПОРЫНДАҒЫ БЮДЖЕТТІК ЖОСПАРЛАУДЫ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ. Жүсіпов Е.З. Жарияланымда кәсіпорынды басқару жүйесіндегі бюджеттеу ролі анықталған, медициналық медицина ұйымдарының қаржылық жоспарлау жүйесіндегі бюджеттеудің дамытудың басым бағыттары айқындалған, кәсіпорын бюджетінің кәсіпорын қызметінің стратегиялық көрсеткітерімен тығыз байланысының болу қажеттігі белгіленген, қаржылық жауапкершілік орталықтарын құру кезінде кәсіпорын бөлімшелерінің экономикалық дербестігінің ролі көрсетілген.

**Түйін сөздер:** бюджеттеу, бюджет, стратегиялық көрсеткіштер, қаржылық жауапкершілік орталықтары, қаржылық жоспарлау

**Summary:** IMPROVEMENT OF THE BUDGETARY PLANNING AT THE ENTERPRISE QUASI-PUBLIC SECTOR DURING THE ECONOMIC CRISIS. Zhusupov E.Z. The publication defines the role of budgeting in enterprise management system, identified priority development problems of budgeting and financial planning in the system of public health organizations, highlighted the need for close communication enterprise budgets with strategic indicators of its activity, shows the role of the economic independence of the enterprise units to create centers of financial responsibility.

**Keywords:** budgeting, budget, strategic indicators, financial responsibility centers, financial planning

Функционирование предприятий квазигосударственного сектора в условиях рыночных отношений обусловлено двумя разнонаправленными факторами:

- выполнение основной задачи государственного предприятия – достижение уставной цели предприятия;
- достижение максимальной экономической эффективности и прибыльности предприятия в процессе его функционирования.

В большинстве случаев приоритет отдается достижению уставной цели предприятия и на это, как правило, расходуется значительное количество финансовых и материальных ресурсов.

Однако, в условиях экономического кризиса, падения цен на нефть и, как следствие, снижение бюджетных доходов важнейшей задачей становится снижение зависимости государственных предприятий от бюджетного финансирования, обеспечение роста внебюджетных поступлений, а также эффективное использование бюджетных средств для достижения уставных стратегических целей предприятия.

Основной проблемой предприятий квазигосударственного сектора является отсутствие современных подходов к бюджетному планированию, отсутствие полной экономической информации необходимой для принятия правильных управленческих решений, а также несовершенная система государственного бюджетного финансирования.

Так, к примеру, принимаемые менеджментом решения по организации и развитию производства не обосновываются соответствующими расчетами и, как правило, носят интуитивный характер. Отсутствие у руководства четкого понимания целей, сложность ориентации в рыночных условиях, приводит к тому, что планирование отодвигается на второй план, неизбежно уступая место решению текущих дел.

Помимо решения текущих дел, главным задачей финансовых менеджеров государственных предприятий остается своевременное и полное освоение бюджетных средств, при этом теряется из виду экономическая эффективность осуществляемых затрат.

Кроме того, существующие форма и содержание плановой информации, оперативность ее предоставления часто не позволяют использовать ее для целей управления. Далее, нечеткие цели и отсутствие технологии планирования приводят к тому, что сотрудники финансовых и планово-экономических служб подготавливают документы, по которым затруднительно принимать оперативные

решения по управлению финансами и экономикой предприятия.

Подготовленная информация часто не может быть оперативно сопоставлена с фактическими данными, а когда (много позже, например, через месяц), такая возможность появляется, проведение анализа уже становится не актуальным, поскольку корректирующие план решения принимать слишком поздно.

Можно смело утверждать о распространенности ситуации, когда планово-экономический отдел рассчитывает плановые данные на основе фактических данных по оказанным услугам за аналогичные периоды в прошлом, при этом, как правило, теряется связь с планом продаж, который должен являться основой комплексного финансового плана предприятия.

Существенным недостатком работы планово-экономических отделов является отсутствие документов, предоставляющих руководству возможность оценить будущее состояние предприятия (например, через месяц), знать, какими оборотными средствами оно будет располагать, принимать решения по их наиболее эффективному распределению.

Важным моментом финансового планирования является его стратегия, т.е. определение центров доходов (прибыли) и центров расходов хозяйствующего субъекта.

Центр дохода хозяйствующего субъекта - это его подразделение, которое приносит ему максимальную прибыль. Центр расходов - подразделение хозяйствующего субъекта, являющееся малорентабельным или вообще некоммерческим, но играющее важную роль в общем производственном процессе.

Планирование на сегодняшний день представляется трудоемким, мало автоматизированным процессом. Зачастую планово-экономические службы продолжают подготавливать огромное количество документов, при этом большинство из них не пригодны для финансового анализа. Процесс планирования затянут по времени, что делает его непригодным для принятия оперативных управленческих решений. Плановые данные значительно отличаются от фактических данных. Процесс планирования по традиции начинается от производства, а не от сбыта продукции, что ставит под сомнение возможность осуществления продаж, а значит и притока активов компании.

Решением выявленных в ходе проведенного описания и анализа проблем в современных рыночных условиях становится организация на

предприятия эффективной системы финансового планирования. Прежде всего, именно финансовый план дает четкое понимание и возможность анализа различных вариантов достижения поставленных целей, с последующим выбором оптимального по заданным критериям (прибыль, поступление денежных средств, структура баланса).

Как и любая другая система управления предприятием, бюджетирование направлено на достижение стратегических и тактических целей путем наиболее эффективного использования ресурсов. Бюджетирование представляется не только как важнейшая задача в области управления финансами предприятия, но и как способ ведения бизнеса, как инструмент контроля над деятельностью предприятия на различных уровнях управления: как предприятия в целом, так и отдельных подразделений.

Итак, основную цель системы бюджетирования можно определить, как повышение эффективности деятельности компании. Система бюджетирования же обеспечивает взвешенное планирование финансовых ресурсов и мощную аналитическую поддержку управленческих решений. Бюджетирование является первым шагом к воплощению в жизнь стратегического плана компании.

Появляется возможность определения затратных и убыточных видов бизнеса. Грамотно налаженная система бюджетирования дает руководителю возможность оценить, с одной стороны, как идут дела в различных подразделениях компании, а с другой, как складывается ситуация в целом.

Несмотря на очевидность необходимости бюджетирования, в процессе его реализации на практике приходится сталкиваться с рядом факторов, ограничивающих его использование.

В первую очередь это высокая нестабильность внешней среды. Это и экономическая ситуация в стране, и инфляция, и несовершенство действующего законодательства в налоговой и банковской сферах, это и действующая система взаимоотношений между контрагентами (срывы поставок, дебиторская и кредиторская задолженность).

К числу внутренних факторов приходится относить дефицит времени, связанный с приоритетом текущих дел; убежденность в том, что главным фактором успеха фирмы является предпринимательский талант менеджмента, его интуиция и деловые связи; недостаточная квалификация служащих; негативное отношение к планированию, как несущественному фактору в деятельности предприятия.

Следует особо обратить внимание на то, что в процессе внедрения системы бюджетирования приходится сталкиваться со множеством проблем. В первую очередь процесс составления планов, как правило, затягивается на достаточно долгий период.

К примеру, принятие годового бюджета предприятия осуществляется в марте планируемого года. Отсутствие единой системы отчетных и плановых документов зачастую приводит к суммированию несопоставимых данных.

Также существует проблема согласования бюджетов, обусловленная отсутствием необходимых инструментов и достаточно длительным сроком прохождения документов между уровнями управления; в результате чего не остается времени на окончательное согласование бюджетов.

Из-за того, что процесс бюджетирования не связан со стратегическими целями, картина всего бизнеса теряет целостность. Из поля зрения топ-менеджеров выпадают стратегические интересы в угоду тактическим задачам, тем более что последние всегда кажутся срочными и важными.

Не увязывая бюджетирование со стратегическими целями, менеджеры упускают возможность сформировать набор показателей финансовой эффективности, позволяющий получать ответы на такие важные вопросы, как рентабельность собственного капитала, рентабельность активов, оборачиваемость активов, финансовая устойчивость и ликвидность, которые являются индикаторами успешности деятельности предприятия.

И, наконец, система бюджетирования не станет эффективным инструментом управления, если она не включает систему мотивации. Так, отсутствие мотивации в достижении чистой прибыли по услугам оказываемым республиканскому бюджету приводит к тому, что предприятие не заинтересовано в чистой прибыли и как следствие не заинтересовано в повышении эффективности оказания услуг. Все это приводит к потребительскому отношению к бюджетным средствам и их значительному расходованию.

Квазигосударственному сектору сегодня явно недостаточно бюджетных средств на содержание и эксплуатацию зданий, приобретение и ремонт оборудования, оплату коммунальных расходов, повышение заработной платы, тем более учитываемая оптимизацию бюджетов всех уровней.

Одним из направлений повышения эффективности бюджетного планирования на конкретном предприятии предлагается (на примере РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан») реше-

ние следующих задач:

- определение ключевых финансовых показателей деятельности предприятия;
- внедрение системы бюджетирования, в том числе в разрезе медицинских подразделений, определение центров затрат и центров дохода;
- оптимизация наиболее крупных статей расхода, в том числе за счет снижения складских запасов, оптимизации штатного расписания, внедрения аутсорсинга и операционного менеджмента;
- изменение системы финансирования по республиканскому бюджету с использованием тарификации всех оказываемых услуг;
- пересмотр системы калькуляции себестоимости медицинских услуг.

В заключение хотелось бы отметить, что пересмотр системы бюджетного планирования смо-

жет обеспечить лучшую координацию хозяйственной деятельности, повысить управляемость и адаптивность предприятия к изменениям во внутренней (организационная структура, ресурсы, потенциал предприятия) и внешней (рыночная конъюнктура) среде.

Эффективная система бюджетного планирования способна снизить возможность злоупотреблений и ошибок в управлении, обеспечить взаимосвязь различных аспектов финансово-хозяйственной деятельности, сформировать единое видение планов предприятия и возникающих в процессе их осуществления проблем всеми ответственными работниками, обеспечить более ответственный подход специалистов к принятию решений, лучшую мотивацию их деятельности и ее оценку.

Поступило 20.09.2016г.

УДК 614

## ПМСП – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДУДНИК М.Ю.

Городская поликлиника №1, г. Костанай, Казахстан

**Аннотация.** В работе представлены материалы анализа данных функционирования городской поликлиники №1 г. Костаная как одного из основных субъектов службы ПМСП. Приведены данные об организации обслуживания прикрепленного населения, посещениях, их структуре, профилактических осмотрах, выявляемости заболеваний, работе стационарзамещающих структур.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, стационарзамещающая технология, скрининговый осмотр

**Түйіндемe.** БМСК – ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ БАСЫМ БАҒЫТТАРЫНЫҢ БІРІ. Дудник М.Ю. Мақалада алғашқы медициналық-санитарлық көмек қызметінің негізгі субъектісі болып табылатын Қостанай қаласының №1 емханасының қызмет көрсету сипаттамасы сарапталған. Жұмыста бекітілген халыққа медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыру, емханаға тіркелу мен келу, олардың құрылымы, профилактикалық тексерістер мен ауруларды анықтау және стационарды алмастыру бөлімшелерінде көмек көрсету туралы деректер келтірілген.

**Түйін сөздер:** біріншілік медициналық-санитарлық көмек, стационар алмастырушы технология, скринингтік тексеру

**Summary.** PHC - PRIORITY HEALTH SYSTEM. Dudnik M.Y. The paper presents the analysis of the functioning of materials of City Polyclinic №1 of the city Kostanay as one of the main subjects of the primary health care service. The data on the service organization shown by attached population, their visits, their structure, preventive examinations, detection of diseases, the stationary structures.

**Keywords:** primary health care, stationary technology, screening inspection.

Одной из основных задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық на 2016-2020 годы» является повышение эффективности использования

ресурсов здравоохранения [1]. Доступность для населения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и экономическая эффективность функционирования медицинских организаций.

Известно, что в советский период в Казахстане большая часть бюджетных средств вкладывалась в развитие стационарных учреждений в ущерб менее дорогостоящим амбулаторно-поликлиническим. В связи с этим больничные организации потребляли более 70,0% ресурсов здравоохранения страны [2].

Программа государственных гарантий, обязательная к выполнению, во всех регионах страны, с одной стороны, предполагает сокращение значительных объемов стационарной помощи и, с другой, развитие организаций ПМСП с рациональным использованием всех выделяемых ресурсов [3].

Медицинская помощь является составным элементом социальной ответственности государства за эффективную охрану здоровья своих граждан, имея своей целью сохранение и укрепление здоровья населения.

Поэтому развитие ПМСП в Республике Казахстан является одним из приоритетных направлений развития системы здравоохранения [4].

Особое значение для повышения социальной ответственности государства имеют «Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.01.2011г.), утвержденная Указом Президента РК «Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық на 2016-2020 годы» и ее отдельные целевые подпрограммы.

Ярким примером реализации политики Главы государства в области повышения уровня социальной ответственности, является Президентская Программа «100 школ, 100 больниц», а также осуществленная Государственная Программа «Единая Национальная Система здравоохранения» и реализуемая в настоящее время Государственная Программа «Денсаулық».

Последовательные системные в системе ПМСП преобразования, направленные на всемерное улучшение благосостояния граждан страны, создают беспрецедентные условия для качественного изменения в совершенствовании охраны здоровья людей и повышения результативности услуг здравоохранения. Для решения этих важных задач Правительством Республики Казахстан, Министерством здравоохранения и социального развития созданы адекватная законодательная и устойчивая финансовая база, обеспечивающая благоприятные условия для развития ПМСП, ее инфраструктуры, а также модернизации используемых клинических технологий и современных

инструментов управления.

Суть этих перемен заключается в том, что сельское здравоохранение пополняется современными врачебными амбулаториями, центральными районными больницами и поликлиниками, в городах построены и успешно функционируют новые поликлиники, диспансеры, больницы и перинатальные центры. Причем, в отличие от прежних советских времен, когда при строительстве объектов здравоохранения главным было возвести здания, а вопросы оснащения высокотехнологичным медицинским оборудованием, отодвигались на второй план, в настоящее время все строящиеся объекты здравоохранения ПМСП оснащаются в соответствии с новыми стандартами. К примеру, в сельских амбулаториях устанавливаются лабораторные автоматические анализаторы, рентген- и УЗИ аппараты и другим современным медицинским оборудованием.

Цель настоящей работы - анализ функционирования одного из основных субъектов ПМСП-городской поликлиники №1 г.Костаная.

Поликлиника №1 г Костаная - одно из 4-х амбулаторно-поликлинических учреждений города, оказывающих ПМСП населению областного центра с численностью прикрепленного населения 70223 человек. Поликлиника была организована в 2001 году, а в 2015 году переехала в типовое пятиэтажное здание. Все службы поликлиники расположены в одном здании, что очень удобно пациентам и сотрудников. Территория, обслуживаемая поликлиникой - центральные районы города, районы ЖД вокзала и Костаная-2 и прикрепленное население со всего города.

Поликлиника оказывает ПМСП, квалифицированную и специализированную помощь прикрепленному населению согласно Приказа МЗСР РК от 28 апреля 2015 года №281 и выполняются консультации взрослому и детскому населению по 19 профилям, оказывается широкий спектр диагностических услуг - лабораторные, эндоскопические, рентгенологические, УЗИ исследования, все виды функциональной диагностики, значительный перечень хирургических манипуляций и т.д.

Для удобства обслуживания населения в поликлинике используются современные IT-технологии - функционирует собственный сайт [www.poliklinika.kz](http://www.poliklinika.kz), предназначенный для предоставления всей информации и работе служб, круглосуточной предварительной записи на прием в режиме он-лайн в Интернет-регистратуре, осуществления «обратной связи» и т.д. Для работы с населением открыто 2 Cool-центра. На фасаде

здания размещено электронное табло «бегущая строка» с информацией для населения о проводимом скрининге, работе Школ пациента и др.

Поликлиника полностью укомплектована врачебными, сестринскими кадрами и другим персоналом. Кадровая политика в учреждении определяет философию и принципы, реализуемые руководством в отношении своего персонала. Кадровую политику можно определить как систему целей, принципов и вытекающих из них форм, методов и критериев работы с кадрами, распространяемые на все категории работников.

Количество обслуживаемого населения в 2015 году увеличилось на 9% по сравнению с 2014 годом, что связано с эффективной работой во время свободного прикрепления. При этом фактическая мощность поликлиники в 2014 году составила 596,4 посещения в смену, а в 2015 году - 617,8 при плановой мощности 436 посещений. В их структуре наибольшую долю составляют посещения по поводу острых и обострения хронических заболеваний, диспансеризаций и профилактических осмотров.

Число выявленных заболеваний у взрослого населения в 2015 году по сравнению с 2014 годом увеличилось на 39%, что связано с ростом прикрепленного населения и увеличением посещаемости обслуживаемого контингента. При этом на первом месте среди выявленных заболеваний находятся болезни системы кровообращения, что связано с их выявлением при скрининговых осмотрах целевых групп населения. На втором месте находятся болезни органов дыхания, на третьем - мочеполовой системы и травмы. Выявление социально-значимых заболеваний в динамике остается стабильным.

При поликлинике развивается стационарзамещающая технология. Так, организован дневной стационар на 50 коек для амбулаторного лечения прикрепленного населения, в том числе 47 коек для соматических больных, палата в акушерско-гинекологическом отделении на 2 койки и палата в центре амбулаторной хирургии на 1 койку. Стационарзамещающую помощь в 2014 году получили 5144 больных, а в 2015 году - 4933. При этом основной контингент составили пациенты с болезнями органов кровообращения, дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. В условиях центра амбулатор-

ной хирургии в 2015 году выполнены 4595 оперативных вмешательств при плане 4500. В связи с эти малоинвазивные оперативные вмешательства, необходимые для оказания хирургической помощи, не требуют госпитализации в круглосуточный стационар.

Лабораторная служба поликлиники оснащена всем необходимым оборудованием и выполняет все необходимые общеклинические, гематологические, биохимические, микробиологические, иммунологические и цитологические диагностические исследования. Кабинеты лучевой (рентгенологический и УЗИ) и функциональной диагностики также оснащены современным оборудованием и выполняют все необходимые исследования.

В поликлинике в полном объеме выполняются скрининговые и профилактические осмотры для раннего выявления заболеваний. Проводится целенаправленная санитарно-просветительная и социально-психологическая работа. Работают школы здоровья, направленные на повышение уровня знаний, информированности и практических навыков у населения по рациональной профилактике заболеваний, ведению здорового образа и повышению качества жизни.

Таким образом, можно отметить, что ПМСП является приоритетным направлением развития отечественной системы здравоохранения. При этом основным функционирующим звеном является поликлиническая служба.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная Программа развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2020 годы. –Астана, 2016.
2. Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения (от Алматы к новому тысячелетию человеческого развития). –Алматы-Вашингтон-Женева. –2008, 184с.
3. Аканов А.А., Кульжанов М.К., Камалиев М.А. Новое общественное здравоохранение в Казахстане// Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению. -2005. -№2-3. =С. 14-20.
4. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК в 2005-2010 годах. –Астана, 2004.

Поступило 30.09.2016г.

УДК 614.2

**УПРАВЛЕНИЕ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ  
(на примере КГКП «Областная детская больница» Управления здравоохранения  
Южно-Казахстанской области)»**

ВОЩЕНКОВА Т.А., МАЙМАКОВ А.А.<sup>1</sup>, БАЙСАЛОВ А.М.<sup>1</sup>, МАЙМАКОВ Т.А.<sup>2</sup>,  
РАХИМЖАНОВА У.О.<sup>3</sup>, БЕКЗАТОВ Е.Д.<sup>2</sup>

КГКП «Областная детская больница» УЗ ЮКО<sup>1</sup>, г. Шымкент, Казахстан  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия<sup>2</sup>, г. Шымкент, Казахстан  
ГККА «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ЮКО<sup>3</sup>, г.Шымкент, Казахстан

**Аннотация.** В статье представлены результаты изучения соответствия коечного фонда областной детской больницы потребностям пациентов, впервые рассмотрены возможности его управлением для региона с высоким удельным весом детского населения.

В ходе исследования использовались статистический и аналитический методы по данным годовых отчетов Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстана и больницы в период 2013-2015 годы.

**Ключевые слова:** коечный фонд, областная детская больница, потребности пациентов

**Түйіндеме:** Мақалада облыстық балалар ауруханасының төсек қорының пациенттердің қажеттілігіне сәйкестігін зерттеу нәтижелері берілген, тұрғындар арасында балалардың үлесі жоғары болатын аймақ үшін төсек қорын басқару мүмкіндігі алғаш рет қарастырылып отыр.

Зерттеу барысында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің және аурухананың 2013-2015 жылдар аралығындағы жылдық есептерінің мәліметтері бойынша статистикалық және талдамалық әдістер қолданылды.

**Түйін сөздер:** төсек қоры, облыстық балалар ауруханасы, пациенттердің қажеттілігі

**Summary.** CONTROLLING OF BEDS' FUND IN REGIONAL CHILDREN'S HOSPITAL (ON EXAMPLE OF CSSE"CHILDREN'S HOSPITAL", REGIONAL HEALTH DEPARTMENT OF SOUTH KAZAKHSTAN). Voshenkova T.A., Maimakov A.A., Baisalov A.M., Maimakov T.A., Rakhimzhanova U.O., Bekzatov E.D. The article presents the results of study the compliance of hospital beds in regional children's hospitals for patients' needs. There is a first time considered the possibility of process management for the region with a high proportion of the child population.

The study were used statistical and analytical methods according to the annual data reports of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan and the hospital database during the period of 2013-2015 years.

**Keywords:** the number of hospital beds, the regional children's hospital, patients' needs

Возможности управления коечным фондом детских больниц всегда вызывают дискуссии из-за чрезвычайной социальной значимости доступности и качества медицинской помощи детям. Однако общепризнанно, что рациональное использование имеющихся ресурсов является определяющей частью всех программ улучшения качества медицинских услуг, особенно в условиях ограниченных ресурсов [1]. Важную роль для характеристики качества деятельности больничных организаций играют показатели использования коечного фонда.

Целью настоящего исследования явилось изучение соответствия коечного фонда областной детской больницы потребностям пациентов.

Новизна исследования: впервые рассмотрены возможности управления коечным фондом областной детской больницы для региона с высоким

удельным весом детского населения.

Практическая значимость: предложены конкретные рекомендации, позволяющие управлять эффективностью коечного фонда детской больницы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Базой для исследования выбрано Государственное коммунальное казенное предприятие «Областная детская больница» Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области (далее – Больница). Это современное и хорошо оснащенное предприятие размещено в 6 зданиях общей площадью свыше 34 743,6 кв.м, в его составе 11 клинических отделений для 28 клинических направлений с коечным фондом в 427 коек. Больница оказывает специализированную плановую, экстренную, стационарозамещающую и консуль-

тативно- диагностическую помощь детям 0-17 лет Южно-Казахстанской области. За последние три года коечный фонд и структура Больницы не менялись.

В ходе исследования использовались статистический и аналитический методы по данным годовых отчетов Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстана и Больницы в период 2013-2015 годы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе исследования мы отметили следующие особенности структуры детского населения и его обеспечения медицинской помощью в течение 2013-2015 годов [2]:

- удельный вес детского (до 18 лет) населения составляет 39,6% от всего населения области при среднем 30,2% по РК;
- удельный вес детей, проживающих в сельской местности, составляет 57,6% от общей численности детского населения при среднем 47,9% – по РК;
- показатели младенческой и детской смертности выше среднереспубликанского показателя на 11 %;
- обеспеченность детскими койками уменьшается, будучи ниже 73% от среднереспубликанского показателя;

Таким образом, детское население Южно-Казахстанской области – это преимущественно сельские жители, редко обращающиеся за амбулаторной помощью, имеющие ограниченную доступность стационарной помощи и высокие показатели детской и младенческой смертности.

На втором этапе исследования, изучив производственную деятельность Больницы в 2012-2015 годах, мы отметили ряд особенностей:

- в исследуемый период удельный вес простаивающих коек составил 13,3%, однако имеется динамическое снижение занятости более, чем на 2 % в год;

- среднее пребывание на койке на уровне среднереспубликанского показателя, имеется незначительная тенденция к его уменьшению (около 2% ежегодно);
- имеет место высокий удельный вес пациентов с весовым коэффициентом до 1,0 (более 45%), однако есть незначительная тенденция к усложнению пролеченных больных (снижение на 2% ежегодно).

Таким образом, производственная деятельность Больницы стабильная, имеется избыток коек около 14% (63 койки), при этом каждый третий пациент, получающий стационарную помощь, мог бы ее получить в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара.

На третьем этапе свое исследования мы проанализировали производственную деятельность клинических подразделений Больницы, что позволило в зависимости от ее активности сформировать три группы.

В группу № 1 вошли клинические отделения, средняя занятость коек которых в исследуемый период (2013-2015 г.г.) была выше 320 дней в году (таблица 1). Таких отделений всего 2 из 11, что составило 11% от общего больничного фонда Больницы, дополнительная потребность составила 4 койки. Однако удельный вес пациентов с коэффициентом возмещения затрат по пролеченному заболеванию до 1,0 базовой ставки составил более 50%, что является свидетельством госпитализации пациентов, которые могли бы получить медицинскую помощь на уровне городского или районного стационара, дневного стационара или в амбулаторных условиях [3]. С учетом 50% допустимости таких случаев для госпитализации в Больницу (трудности диагностики, требование близких, социальные условия, проживание в сельской местности, пр.) мы определили 10 условно неработающих коек, что позволило нам сделать вывод об избытке по крайней мере 3 коек для каждого отделения (всего 6 коек), несмотря на фактическую перегрузку имеющихся коек.

Таблица 1 - Клинические подразделения, средняя (2013-2015 гг) занятость коек которых выше 320 дней в году

Профиль детских отделений	Всего коек	Фактическая работа (%)	Дополнительная потребность в койках	Уд. вес с ВК >1 (%)	Условно неработающие койки	Общий коечный резерв
Нейрохирургический	50	101,45	+1	46,2	-4	3
Онкогематологический	30	110,45	+3	54,2	-6	3
Итого	80	106,9	+4	50,1	-10	6

Для этой группы клинических отделений в рамках управления коечным фондом наши предложения следующие:

1. Не увеличивать число коек.
2. Определить ТОП 5-ти самых востребованных диагнозов, имеющих весовой коэффициент ниже 1,0 и провести причинно-следственный анализ их пребывания в Больнице, определить меры, которые снизят их удельный вес среди пациентов указанных отделений: пересмотр диагноза, инициатива изменения весового коэффициента, предложение условий дневного стационара, трансферт технологии ведения таких пациентов на городской, районный или амбулаторный уровень, пр.
3. Рассмотреть причины направления профильных пациентов из области на республиканский уровень: определить пе-

речь технологий, которые необходимо выполнять в Больнице, обеспечить трансферт этих технологий.

В группу № 2 вошли клинические отделения, средняя занятость коек которых в исследуемый период (2013-2015 г.г.) была на уровне 320 дней в году (таблица 2). Таких отделений было также 2, с той же долей в общем коечном фонде Больницы в 11%, без дополнительной потребности в койках. Однако удельный вес пациентов с коэффициентом возмещения затрат по пролеченному заболеванию до 1,0 базовой ставки в 2 раза ниже, чем в предыдущей группе – всего 25%. С учетом оговоренной ранее 50% допустимости таких случаев для госпитализации в Больницу мы определили необходимость одной дополнительной койки для кардиохирургического отделения и бти условно не работающих коек в офтальмологическом отделении.

Таблица 2 - Клинические подразделения, средняя (2013-2015 гг) занятость коек которых соответствует 320 дней в году

Профиль детских отделений	Всего коек	Фактическая работа (%)	Простаивающие койки	Уд. вес с ВК >1 (%)	Условно неработающие койки	Общий коечный резерв
Кардиохирургический	17	100	0	99,2	+1	-1
Офтальмологический	30	99.55	0	55,9	-6	6
Итого	47	99,8	0	75	-5	5

Для этой группы клинических отделений в рамках управления коечным фондом мы сделали следующие предложения:

1. Не сокращать выявленный резерв коек.
2. Сделать оценку технологий, в каких нуждаются профильные пациенты Южного региона Казахстана, на ее основании разработать и реализовать меры, которые позволят укрепить и развить лидерство детской кардиохирургической и офтальмологической помощи Больницы в Южном регионе страны.
3. Рассмотреть возможность менторства республиканских специалистов с целью трансферта новейших современных эффективных технологий на областной уровень.

Стать инициаторами новых услуг и клинических групп для Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

В группу № 3 вошли клинические отделения, средняя занятость коек которых в исследуемый период (2013-2015 г.г.) была ниже 320 дней в году (таблица 3). Таких отделений было большинство, 7 из 11, с долей в общем коечном фонде Больницы почти в 78%, с числом простаивающих коек – 63. Удельный вес пациентов с коэффициентом возмещения затрат по пролеченному заболеванию до 1,0 базовой ставки почти 56 %, следовательно, число условно неработающих коек составило 83, таких коек не оказалось только в ожоговом отделении.

Таблица 3 - Клинические подразделения, средняя (2013-2015 г.г.) занятость коек которых ниже 320 дней в году

Профиль детских отделений	Всего коек	Фактическая работа (%)	Простаивающие койки	Уд. вес с ВК >1 (%)	Условно неработающие койки	Общий коечный резерв
Хирургический	50	73.75	-13	22,5	-14	27
Травматологический	45	83.25	-7	25	-13	20
Ожоговый	35	82.6	-6	94.2	0	6
Неврологический	40	86.1	-5	24,1	-13	18
Патологии новорожденных	45	81.65	-8	58,0	-14	22
Педиатрический	50	71.5	-14	21,8	-21	35
Педиатрический	35	68.2	-11	33,0	-8	19
Итого	300	79,8	- 63	44,1	- 83	- 147

Для этой группы клинических отделений в рамках управления коечным фондом наши предложения следующие:

Принять меры к сокращению простаивающих 63 коек в течение ближайшего квартала (действовать уверенно, решительно, без сомнений, что будет способствовать собранности коллектива).

Из освободившихся коек сформировать два новых отделения дневного пребывания: реабилитационные отделения разных профилей, диагностическое отделение, пр.

Срочно активизировать связь с родителями, руководством и медицинскими работниками региональных медицинских организаций: есть проблемы неэффективной обратной связи, которые существенно снижают доступность Больницы для пациентов. Необходимо разобраться и устранить все проблемы.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные исследования подтвердили с одной стороны - наличие неработающего (простаивающие койки) и нерационально используемого (условно простаивающие койки) в коечном фонде Больницы. С другой стороны – есть серьезные проблемы в обеспечении доступности медицинской помощи на уровне Больницы. Эти проблемы прежде всего в недостаточных коммуникациях на уровне: «больной ребенок - амбулатория», «больной ребенок - Больница», «амбулатория – Больница», «городская и районная больница – Больница». Решение этих проблем – залог не только рационального использования коечного фонда Больницы, но, прежде всего, снижения показателей младенческой и детской смертности в области.

Рекомендации. Необходимо понимать, что управление эффективностью коечного фонда

должно осуществляться в рамках единой стратегии развития Больницы, объединяющей финансовую устойчивость предприятия, его пациенториентированность, совершенствование внутренних процессов, а также рост и развитие персонала [4]. С точки зрения такого понимания решения имеющихся проблем рекомендуем:

1. разработать дорожную карту управления эффективностью коечного фонда, в которую в числе других включить мероприятия, исходящие из наших рекомендаций для каждой группы клинических отделений;
2. определить ключевые показатели эффективности (КПР) для каждого мероприятия, обеспечить их объективную и оперативную оценку;
3. ответственные за выполнение мероприятий и достижение КПР обязаны предоставить отчет и должны быть обязательно заслушаны руководством Больницы и руководителями клинических подразделений не реже 1 раза в месяц, для контроля ситуации и принятия дополнительных мер.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Перхов В.И. Организация работы медицинских отделений и служб, обеспечение качества медицинской помощи Журнал «Здравоохранение», №9 – 2009.
2. Статистический справочник Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения» в 2013, 2014, 2015 годах.
3. Какие уроки извлекли страны, осуществившие резкое сокращение своего коечного фон-

да? // *Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN), 2003.*

4. Новик И.И., Русенчик А.И., Седых А.И.,

Ясюля Т.В. Коечный фонд: Сокращение или перепрофилирование? Журнал «Вопросы организации и информатизации здравоохранения», №1 – 2014 Минск, Беларусь.

Поступило 28.09.2016г.

УДК 615.12

## РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАЦИИ ПРИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ВЫДАЧЕ МЕДИКАМЕНТОВ НА ПАЦИЕНТОВ В БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКЕ

БЕЙСЕМБАЕВА Г.М.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г.Астана, Казахстан

**Аннотация:** В публикации отражен опыт и знания в менеджменте фармацевтических услуг в условиях больницы, приобретенные в ходе повышения квалификации на базе клиник и университета Аджибадем в Стамбуле, Турция.

**Ключевые слова:** централизованная аптека, клиническая фармация

**Түйіндеме:** АУРУХАНА ДӘРІХАНАСЫНДА ПАЦИЕНТТЕРГЕ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫП БЕРУ КЕЗІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ФАРМАЦИЯ РӨЛІ. Бейсембаева Г.М. Жарияланымда Түркияның Ыстамбұл қаласындағы Аджибадем университеті мен клиникасында біліктілікті арттыру барысында игерілген, аурухана жағдайында фармацевтикалық қызмет менеджментіндегі тәжірибе мен білім көрсетілген.

**Түйін сөздер:** орталықтандырылған дәріхана, клиникалық фармация

**Summary:** THE ROLE OF CLINICAL PHARMACY AT THE CENTRALIZED ISSUANCE OF MEDICINES TO PATIENTS IN THE HOSPITAL PHARMACY. Beysembaeva G.M. The publication reflects the experience and knowledge gained by the author during a refresher course in the management of pharmaceutical services in a hospital setting in the Acibadem clinics and university in Istanbul, Turkey.

**Keywords:** Central Pharmacy, Clinical Pharmacology

### ВВЕДЕНИЕ

История фармации как аптечного дела неразрывно связана с деятельностью больничных аптек. Сегодня трудно представить себе работу современного лечебного учреждения без такого подразделения как аптека. Непосредственная близость больничной аптеки к стационару создает оптимальные условия для лекарственного обеспечения лечебного процесса.

Аптека является структурным подразделением больницы, которое предназначено для обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Основными задачами аптеки является:

- своевременное и качественное обеспечение отделений больницы медикаментами, изделиями медицинского назначения, реагентами для лаборатории, а также необходимым медицинским инструментарием.

- выявление потребности в медикаментах, из-

делиях медицинского назначения, реагентов, медицинского инструментария для отделений больницы в соответствии с их спецификой работы.

- формировании заявки для отделения больницы на приобретение медикаментов и других товаров аптечного ассортимента на текущий и будущий года.

Для выполнения этих задач подразделение аптеки должно выполнять следующие функции:

- осуществлять своевременное пополнение медикаментов;

- при централизованной выдаче доставлять медикаменты для пациентов больницы в разбавленном, готовом для применения виде;

- осуществлять контроль за правильным назначением и хранением медикаментов;

- сообщать врачам всю необходимую информацию о медикаментах;

- обеспечивать соблюдение фармацевтического порядка и санитарного режима.

В Казахстане активно осуществляются ре-

формы направленные на повышение качества и безопасности в здравоохранении. К ним относятся и аккредитация медицинских организаций по стандартам соответствующим международным требованиям безопасности и качества. Аккредитация подтверждает соответствие медицинской организации установленным стандартам качества, а также реализует право пациентов на получение услуг высокого качества и безопасности.

В настоящее время в больницах процесс выдачи лекарств происходит по схеме: врач выписывает назначения в историю и лист назначения, медицинская сестра постовая выдает энтеральные лекарственные формы, процедурная сестра выполняет парентеральные лекарственные формы пациентам. Контроль над назначениями проводится заведующими при подписывании истории болезни после общих обходов или консилиумов, при сдаче истории в статистический отдел. Чаще контроль носит формальный характер. В отделениях у старшей сестры должен иметься запас лекарственных средств на 10 дней работы, на посту и процедурных кабинетах – на 3 дня работы. Фактически запасы лекарственных средств либо превышают, либо имеется недостаток по некоторым наименованиям, так как очень сложно прогнозировать или контролировать запас. В итоге в больницах имеется один большой склад медикаментов в аптеке и множество «мини-складов» в отделениях, которые требуют постоянного мониторинга и контроля.

В связи с этим во многих больницах введена централизованная выдача лекарственных средств в структурные подразделения, в разведенном готовом к употреблению виде, на каждого пациента индивидуально.

#### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

1. Внедрение и изучение централизованной выдачи лекарственных средств в структурные подразделения больницы.
2. Организация и обеспечение эффективного, безопасного, рационального лечения пациентов.
3. Централизованный учет и мониторинг движения лекарственных средств.

#### **ЗАДАЧИ**

- 1) производить оценку всех врачебных назначений;
- 2) централизовать выдачу лекарственных средств всем пациентам круглосуточно, кроме пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии;

3) мониторинг эффектов лекарственной терапии, в том числе побочных эффектов;

4) учет и отчетность по движению лекарственных средств;

5) анализ фармакотерапии;

6) предоставление информации врачам по лекарственным препаратам.

**Материалы и методы исследования**

Согласно правил больницы, назначать лекарственное средство имеют право только врачи (имеющие необходимые документы об образовании и квалификации). Каждое назначение подтверждается подписью назначившего врача и проверяется вторым врачом, который ставит подпись для каждого проверенного назначения. Исключение – это экстренные ситуации, когда медицинская сестра имеет право выполнить назначение врача (ввести лекарственное средство пациенту) без подписи второго врача. Также согласно правил, назначение может быть устным с записью в листке или без записи, если ситуация не позволяет, однако такое практикуется в экстренных ситуациях.

Клинический фармаколог имеет квалификацию и допущен проводить аудит назначений лекарственного средства

– например, проверять обоснованность назначений, правильность названия, дозы, времени, длительности назначения.

Основные проблемы на этапе назначения лекарственного средства врачами-это:

- необоснованное назначение лекарственного средства, не входящих в протокол диагностики и лечения или назначение лекарственного средства без показаний;

- отсутствие проверки (подписи) вторым врачом;

- назначение отсутствующих в аптеки больницы лекарственных средств (врачи не информированы об отсутствующих лекарственных средствах, врачи не назначили аналогичное альтернативное лекарственное средство).

Выполнять назначенные лекарственные средства имеют право только медицинские сестры (имеющие необходимые документы об образовании и квалификации). Есть исключения, когда пациент может сам принимать лекарственное средство – об этом прописано в правилах больницы. Каждое выполненное медицинской сестрой лекарственное средство подтверждается ее подписью.

Мониторинг состояния пациента после при-

ема или введения лекарственного средства также проводится медицинской сестрой.

Основные проблемы на этапе выполнения назначения лекарственного средства составили:

- отсутствие назначенного лекарственного средства в аптеке;
- нехватка времени медицинских сестер для тщательного наблюдения за состоянием пациента;
- отсутствие второй подписи врача.

Основные проблемы на этапе хранения лекарственных средств в отделениях больницы:

- не все лекарственные средства хранятся в соответствии с требованиями производителя по условиям хранения с учетом физико-химических свойств и агрегатного состояния, по фармакологическим группам;
- нет жесткого контроля сроков годности.

Результаты исследования и их обсуждения

При централизованной выдаче медикаментов в разбавленном готовом к употреблению виде пациентам стационара существуют следующие преимущества:

- возможность подбора индивидуального состава и дозы медикамента с учетом особенностей пациента. Медикаменты отправляются на каждого пациента индивидуально;
- каждый препарат снабжается стикером с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты его рождения, наименовании препарата, его дозировки и времени назначения;
- все препараты разбавляются в асептических условиях в специально оборудованном помещении согласно их времени назначения;
- все растворы имеют этикетку с указанием фамилии, имени и отчества пациента, даты его рождения, наименовании отделения, состава лекарственной формы, времени приготовления раствора, фамилии кто приготовил и кто проверил раствор, срока хранения данной формы. При необходимости добавляются предупредительные надписи;
- правильный подбор нужной дозировки и подбор медикаментов по международному непатентованному наименованию;
- экономия денежных средств и рациональное использование человеческих ресурсов за счет централизации лекарственного обеспечения: процедурная и постовые медицинские сестры больше времени уделяют пациентам, у старшей медицинской сестры нет «мини-скла-

дов» лекарственных средств;

- рациональное и безопасное лечение за счет двойного контроля при назначении и при выдаче медикаментов и проведении процедур пациенту, что исключает ошибки;
- унифицированный учет движения лекарств на всех этапах;
- возможность проведения анализа и исправления ошибок на всех этапах организации проведения лекарственной терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проект по централизации приготовления лекарственных средств был обоснован доказательной базой из литературы и лучшей мировой практикой. Ниже приведены данные из проверенного сотрудниками литературного обзора для обоснования внедрения централизации приготовления лекарственных средств совместно с отделом клинической фармации.

Клиническая фармация - это интегративная векторно-прикладная наука, связывающая фармацевтические и клинические аспекты лечения лекарственными препаратами [1]. Основными целями клинической фармации являются создание систематического, безопасного, рационального и эффективного использования медикаментов в медицинских учреждениях, а также оптимизированное управление данным процессом [2]. По сравнению с традиционной фармацией, которая в основном основывается на знаниях химии, синтеза и приготовления медикаментов, фокус клинической фармации передвигается на здравоохранительные нужды пациента в отношении использования эффективных медикаментов, путей введения, формы, побочных действий [2]. В настоящий момент, основываясь на данные мировой статистики развитых стран, можно увидеть, что, например, доля клинических фармацевтов во Франции составляет четверть всех фармацевтов в системе здравоохранения.

Сфера занятия этих специалистов не столько представлена работой в аптеке, сколько направлена на консультирование врачей в рациональном, комплексном и наиболее адекватном подборе лекарственных препаратов с учетом их фармакокинетики, фармакодинамики, взаимодействия с другими лекарственными средствами, особенностей физиологии и патологии пациента, и что не маловажно с учетом фармакоэкономических характеристик проводимого лечения [2,3]. Роль кли-

нического фармацевта (провизора) – чрезвычайно высока. Он должен участвовать в формировании политики применения лекарственных препаратов, сотрудничать с профессионалами в разработке руководств и методических рекомендаций по лечению тех или иных заболеваний, участвовать в системе закупки и распределения лекарственных средств. Не менее значительна роль клинического фармацевта как источника точной и объективной информации о медикаментах для врачей и пациентов [3]. В экономически развитых странах клиническая фармация, как и клинический провизор, фармацевт, появилась 30 лет назад и сегодня является необходимой и полноправной составляющей медицины, и фармации, полностью оправдывающей себя [1,3].

Другим важным аспектом централизованной аптеки является экстремальное приготовление лекарственных средств в условиях антисептической среды, которую не всегда возможно создать в отделениях по таким причинам как отсутствие подходящего оборудования, персонал с неподходящей квалификацией для приготовления ЛС в асептических условиях [4]. Более того, огромным преимуществом наличия отдельного сектора клинической фармации в медицинской организации является то, что существует четкая систематизация управления круговорота медикаментов в учреждении. Фокус особого внимания передвигается с технических аспектов ЛС (знания химии, синтеза и производство медикаментов) на отдельного пациента, где берутся под особое внимание такие эксперименты как рациональность и эффективность использования какого-либо препарата для того или иного заболевания, дозировка препарата, путь введения, кратность введения, фармакокинетика, фармакодинамика, побочные действия медикаментов, взаимодействия с другими препаратами и продукты питания [2].

Также, стоит отметить, что значительная необходимость существования и эффективного функционирования централизованной аптеки обуславливается тем фактом, что ведется постоянный анализ медицинских назначений, и по необходимости, совместно с врачом, назначившим лечение, производится корректировка медицинских ошибок и неточностей, которые могли привести к неблагоприятным последствиям. Это является критически важным аспектом в эффек-

тивном и безопасном использовании медикаментозной терапии с максимальным удовлетворением потребностей пациента [2]. Стоит принять во внимание, что несколько исследований, изучавших значимость сектора клинической фармации в медицинских учреждениях, пришли к выводу, что интервенции по назначениям (таких как назначение медикаментов, отсутствующих в больнице; завышенная или заниженная дозировка; неправильная /неподходящая лекарственная форма; путь введения; несовместимый с лекарством растворитель для приготовления раствора препарата, терапевтическое дублирование, несовместимость лекарственных средств и взаимодействие с другими лекарственными средствами), производимые централизованной аптекой, в первую очередь улучшают общую заботу о здоровье пациента, а также уменьшают затраты медицинского учреждения по закупке дополнительных лекарственных средств для восполнения чрезмерных расходов лекарственных средств (когда это не имеет необходимости) и /или устранению побочных и/или нежелательных действий лекарственных средств [5].

Исходя, из выше описанного видно, как важна работа клинической фармации при централизованной выдаче медикаментов на пациента, одной из главных целей которого является оптимизация безопасного и эффективного менеджмента и использование медикаментов в больнице для предоставления пациентам высококачественного медицинского обслуживания, учитывая их нужды и потребности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зацепина Е.Е., Ивашев М.Н., 2013. *Значимость и необходимость специальности провизора в клинической фармакологии.*
2. *Европейское общество клинической фармации, 2010.*
3. Ивашев М.Н., [и др.], 2012. *Пути совершенствования преподавания клинической фармакологии.*
4. *Портал информационной поддержки медицинских руководителей, 2008.*
5. Миранда., [и др.], 2012. *Вмешательства, выполняемые клиническим фармацевтом в отделение неотложной помощи.*

Поступило 04.10.2016г.

УДК 614.2

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ К 25-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ТАБЫНБАЕВ Н.Б., ЖУМАДИЛОВ А.Ш., САРСЕБЕКОВ Е.К.

АО «Научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** В этом году наша страна отмечает знаменательную дату – 25-летие независимости. Трудовые коллективы республики встречают данное историческое событие новыми успехами и достижениями. Определенный вклад в эти достижения вносят и коллективы медицинских организаций, в том числе и наш Центр.

**Ключевые слова:** онкогематология, трансплантология, гепатобилиарная трансплантология, многопрофильный стационар

**Түйіндеме.** ОНКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТӘУЕЛСІЗДІГІНІҢ 25-ЖЫЛДЫҒЫНА. Табынбаев Н.Б., Жұмаділов А.Ш., Сәрсебеков Е.Қ. Биыл біздің еліміз айтарлықтай күн тәуелсіздіктің 25-жылдығын атап өтеді. Республиканың еңбек ұжымдары бұл тарихи оқиғаны жаңа табыстармен және жетістіктермен қарсы алғалы отыр. Осы жетістікке медициналық ұйымдардың да, оның ішінде біздің Орталық ұжымы да өз үлестерін қосты.

**Түйін сөздер:** онкогематология, трансплантология, гепатобилиарлы трансплантология, көп салалы аурухана

**Summary.** NATIONAL RESEARCH CENTER OF ONCOLOGY AND TRANSPLANTATION OF THE 25TH ANNIVERSARY OF INDEPENDENCE OF KAZAKHSTAN. Tabynbaev N.B., Zhumadylov A.Sh., Sarsebekov E.K. This year our country celebrates the landmark date - the 25th anniversary of independence. Labor collectives of the republic meet this historic event with new successes and achievements. Certain contribution to these achievements and make groups of medical organizations, including our Centre.

**Keywords:** oncohematology, transplantation, hepatobiliary transplantation, a multidisciplinary hospital

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан 13 июня 2008 года было создано акционерное общество «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», который открыл свои двери 24 октября 2009 года в составе Национального медицинского холдинга 7 февраля 2014 года. Центр был трансформирован в АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии». Целью создания Центра является обеспечение предоставления высококачественной и конкурентоспособной медицинской помощи, а также внедрение и распространение современных технологий в области медицинской науки, образования и практики. Инструментом для построения этой модели является тандем Клинической и Научно-образовательной деятельности Центра при эффективном развитии таких направлений как онкогематология, трансплантология, сосудистая кардиология с аритмологией, гепатология, общая терапия и др.

При этом, особая роль отводится и социально-значимым проектам, связанным с участием Центра в оказании высокоспециализированной медицинской помощи пациентам из регионов по линии Санитарной авиации Республики Казахстан, в том числе беременным женщинам сроком гестации до 32 недель и послеродовым пациенткам с экстрагенитальными осложнениями. Оптимальная структура Центра на существующей клинической базе со штатной численностью персонала 1000 единиц и мощности коечного фонда 240 коек, позволяет эффективно развиваться в указанных направлениях.

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» - представляет собой уникальную современную клинику мирового класса, специализирующуюся в области многопрофильной медицины. Это во многом позволило внедрять в практику Центра и развивать одну из наиболее сложных и высокотехнологичных обла-

стей медицины – трансплантацию органов и тканей. За весь период существования в стенах Центра пролечено более 56 000 пациентов, проведено 41 000 оперативных вмешательств, из которых около 11 000 операций по высокоспециализированной помощи. Особого внимания заслуживают внедрение в отечественную практику здравоохранения таких эксклюзивных технологий, как аллогенная и гаплоидная трансплантация костного мозга, трансплантация кожи (имеется патент на ксенотрансплантации), трансплантация печени и кадавра, ортопедия модульных суставов при гемофилии и остеонкологии, комплексное лечение аневризма аорты.

Открытие в августе 2010 года отделения онкогематологии и трансплантологии костного мозга явилось парадигмой в истории отечественной гематологии.

Гематологическая служба Республики Казахстан, благодаря инициативе Министерства здравоохранения и социального развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» в 2010 году получила возможность проводить уникальную технологию лечения онкогематологических патологий – трансплантацию костного мозга.

Именно с 2010 года, после начала проведения трансплантаций костного мозга больным с гемобластозами позволило сократить лист ожидания пациентов, стоящих в очереди на лечение за рубежом. Ежегодно, увеличивая количество трансплантаций, казахстанские гематологи внедряют новые методы лечения и диагностики заболеваний крови, имеющие широкое распространение за рубежом: аллогенная (от донора) трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (костного мозга), интеграция в международный регистр, проведение неродственной трансплантации с привлечением зарубежных доноров.

Развитие одного из основных приоритетов в клинической деятельности Центра – гепатобилиарной трансплантологии – также предоставляет собой передовую площадку отечественного здравоохранения. Так, в 2011 году на базе Центра был произведено первое в Республике Казахстан лапароскопическое изъятие почки от живого донора, в 2012 году – первое в РК мультиорганное изъятие органов от трупного донора (почки, сердце), в 2013 году – первая в РК трансплантация печени от живого донора пациенту детского возраста. В

2015 году – первая самостоятельная трансплантация печени от живого донора. За весь период функционирования Центра проведено более 220 трансплантаций почки, 170-трансплантаций костного мозга, около 100-кожи и более 22-печени.

В 2015 году в рамках мероприятий, посвященных чествованию Дня Первого Президента Республики Казахстан специалистами Центра, было проведено более 222 трансплантаций, а также согласно протоколу №4 от 13.08.2015 года, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК открылся Республиканский координационный центр по гастроэнтерологии и гепатологии на базе АО «ННЦОТ». Целью, которого является отбор, сопровождение и наблюдение пациентов, нуждающихся в трансплантации печени.

Практически весь ключевой клинический персонал Центра (243 человек) 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 59 резидентоа по 6 специальностям.

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

Высокая компетентность и профессионализм наших специалистов, подкрепленные обновленной материально-технической базой Центра, позволяют с высокой точностью проводить обследования и осуществлять диагностику и лечение заболеваний в самых сложных клинических случаях. В штате Центра кандидаты и доктора медицинских наук, врачи высшей категории, имеющие широкий опыт работы и владеющие современными методиками диагностики и лечения, апробированными в ведущих клиниках по всему миру.

Врачи Центра высоко востребованы в плане проведения консультаций для всех регионов республики по широкому кругу заболеваний посредством телемедицинских конференций. Также специалисты осуществляют выездные консультации и лечение больных из разных регионов стра-

ны, в том числе с доставкой пациентов по линии санитарной авиации для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на базе нашего центра. За весь период функционирования Центра оказана такая медицинская помощь около 1 000 больным. Так, только за период с 2013-2015 годы выполнено 325 консультаций больных по телемедицине и при этом 307 пациентов доставлены в наш Центр для проведения интенсивной терапии, из них беременных и родильниц было 287 с различной патологией во время беременности и в послеродовом периоде. Особое место среди этих пациентов занимали больные с сепсисом, панкреонекрозом и тотальными двухсторонними пневмониями и другими тяжелыми заболеваниями.

В честь 25-летия независимости Республики Казахстан с 21 по 23 сентября 2016 года, в

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» прошли Дни открытых дверей, с целью привлечения внимания населения к своему здоровью и выявление заболеваний на ранней стадии. Более 752 жителей получили бесплатные консультации врачей высшей категории Центра.

На сегодняшний день АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» - это мощный многопрофильный стационар четвертого уровня, который на протяжении 7 лет остается ведущим учреждением, оказывающим высокоспециализированную медицинскую помощь в Республике Казахстан, а по отдельным клиническим направлениям и на территории Центральной Азии.

**КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА  
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА  
CLINICAL MEDICINE**

УДК 616.006.04

**АНАЛИЗ ПРОТОКОЛОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ С  
ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА**

**18F-NAF НА ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОМ ТОМОГРАФЕ**

ТЛЕУЛЕСОВА И.К., САДУАКАСОВА А.Б.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан,  
Астана, Казахстан

**Аннотация.** В данной работе представлены результаты проведенного анализа протоколов выполнения позитронно-эмиссионной томографии с применением радиофармпрепарата 18F-NaF. Исследование проводится для выявления костных метастазов у пациентов с раком молочной железы и раком предстательной железы.

**Ключевые слова:** ПЭТ/КТ, 18F-NaF, костные метастазы.

**Түйіндеме.** ПОЗИТРОНДЫ-ЭМИССИОНДЫ ТОМОГРАФТА 18F-NaF РАДИОФАРМПРЕПАРАТ-ТЫҢ ҚОЛДАНУМЕН СҮЙЕК МЕТАСТАЗДАРЫҢ ЗЕРТТЕУ ПРОТОКОЛДАРЫНЫҢ АНАЛИЗИ. Тлеулесова И.К., Садуақасова А.Б. Ұсынылған жұмыста 18F-NaF радиофармпрепаратын қолдана отырып, позитронды-эмиссионды томографияны орындау протоколдар талдауының нәтижелері көрсетілген. Зерттеу сүт бездері мен қуық асты безі қатерлі ісік науқастарда сүйек метастаздарын анықтау үшін өткізіледі.

**Түйін сөздер:** ПЭТ/КТ, 18- NaF, сүйек метастаздары.

**Summary.** THE ANALYSIS OF STUDY PROTOCOLS OF BONE METASTASES WITH USING 18F-NaF RADIOPHARMACEUTICAL ON POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY. Tleulesova I.K., Saduakasova A.B. This paper presents the results of the positron emission tomography protocols analysis using 18F-NaF radiopharmaceutical. Study is carried out identify bone metastases in patients with breast cancer and prostate cancer.

**Keywords:** PET/CT study, 18-NaF, bone metastases.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** отработать протокол ПЭТ/КТ исследования с радиофармпрепаратом «18-фторид натрия» (далее – 18F- NaF) для проведения диагностики костных метастазов при раке молочной железы и раке предстательной железы.

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** В последнее десятилетие отмечается рост онкологической заболеваемости в Казахстане. Заболеваемость постоянно растет — ежегодный рост от 700 до 1200 человек. Вторичное (метастатическое) поражение органов и тканей является одной из главных проблем в лечении онкологических заболеваний. Новейшим методом диагностики онкопатологий (первичный очаг, метастазы) на данный момент является позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), позволяющая проводить диагностику на молекулярном уровне.

Позитронно-эмиссионная томография с применением препарата 18F-NaF может быть про-

ведена для выявления различных типов костных метастазов у пациентов со злокачественными заболеваниями молочной железы, предстательной железы и т.д. Для этого необходима разработка оптимизированного протокола ПЭТ/КТ исследования с радиофармпрепаратом 18F-NaF.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** радиоизотопный метод исследования – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) с применением радиофармпрепарата 18F- NaF.

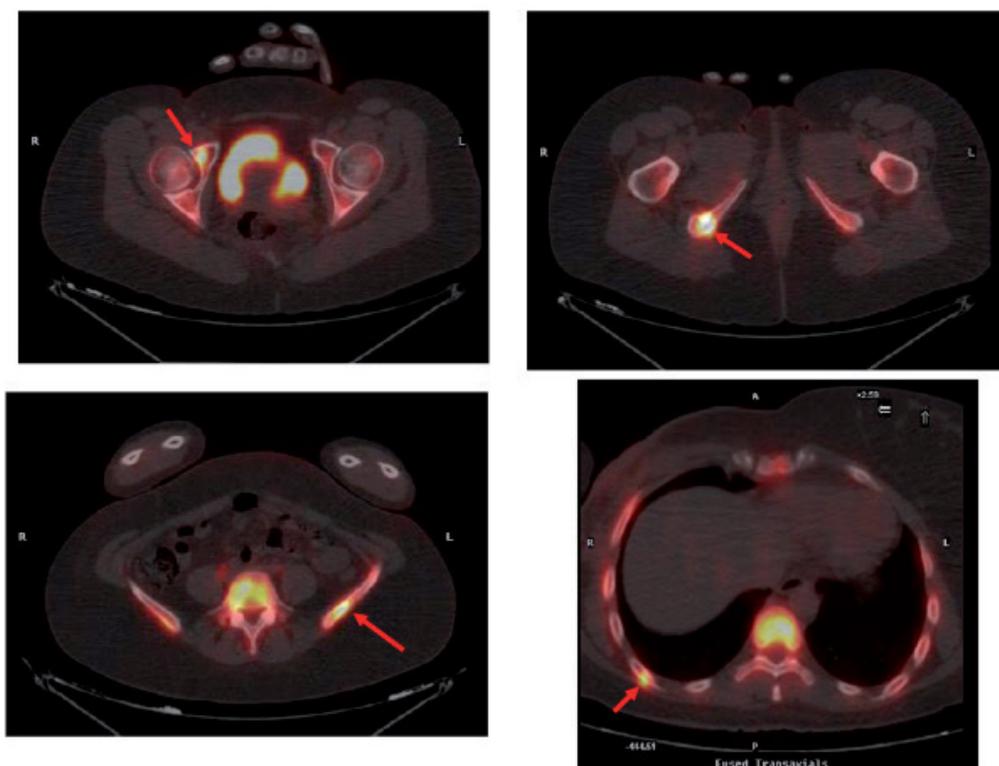
18F-фторид натрия является старейшим из всех ПЭТ-трейсеров помимо 18F-FDG. Его использование в ядерной медицине началось в 1960-х годах с прямолинейными сканерами для визуализации костной ткани. В 1970-х годах он был полностью заменен стандартным сканированием скелета с применением 99mTc-дифосфонатов. Тем не менее, оба трейсера метаболизируются аналогичными способами, хотя и с некоторыми

важными различиями. Фторид натрия ведет себя в организме таким же образом, как и ионы кальция, и осаждаются в кристаллах гидроксиапатита кости в пропорции, непосредственно связанной с костной тканью и кровотоком. Преимуществом фторида натрия перед дифосфонатами является то, что он меньше связан с белками крови и большая его доля накапливается в скелете (80% против 60%). Таким образом, при использовании фторида натрия, сбор данных может быть начат через 1 ч после инъекции, в то время как для  $^{99m}\text{Tc}$ -дифосфонатов необходимо как минимум 2 часа ожидания [1].

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:** Результаты ряда исследований показали, что метод визуализации ПЭТ/КТ с фторидом натрия превосходит стандартную остеосцинтиграфию (рисунок 1), даже при использовании ОФЭКТ. Он не только быстрее, чем обычное сканирование костей и обеспечивает более четкие изображения скелета с аналогичными дозами облучения на пациента,

но также значительно чувствительнее для обнаружения остеобластических и даже остеолитических метастазов кости [1]. Кроме того, с помощью ПЭТ/КТ специфичность и точность метода улучшается из-за точной локализации и характеристики скелетных поражений.

Радиоизотопное сканирование используется для определения поражения костей опухолевым или воспалительным процессом, оценки локализации и распространенности этого поражения, а также при выборе места возможной биопсии. Радионуклидные методы, основанные на гиперфиксации радиофармпрепарата (изотопы фосфора, стронция, технеция) в измененных участках кости, в том числе и вторичного характера. Основным диагностическим критерием является показатель концентрации препарата - избыточный или недостаточный по сравнению с нормальной губчатой костной тканью. Анализ публикаций показывает значительную диагностическую ценность метода в идентификации этой патологии.



*Рисунок 1 – Аксиальные ПЭТ/КТ изображения малого таза и грудного сегмента с применением  $^{18}\text{F}$ -NaF у пациента с раком молочной железы. Стрелки указывают на костные метастазы, не выявленные при ранее проведенной скintiграфии скелета*

Использование гибридной ПЭТ/КТ-системы значительно улучшает специфичность визуализации  $^{18}\text{F}$ -фторида, потому что КТ компонент исследования позволяет получить морфологическую характеристику функционального поражения и более четкое разграничение между доброкачественными поражениями и метастазами.

Предварительным этапом проведения ПЭТ/КТ исследования с применением  $^{18}\text{F}$ -NaF является правильно поставленный клинический запрос и подготовка пациента. По данным современной литературы, большинство авторов признают следующий подход к данным вопросам [2]:

## ЗАПРОС

Запрос на обследование должен включать достаточную медицинскую информацию, чтобы продемонстрировать необходимость исследования и должен включать диагноз, соответствующую историю, и вопросы, требующие ответы.

Должна быть пересмотрена медицинская запись. История травм, ортопедических операций, рака, артрита, остеомиелита, лучевой терапии или других условий, влияющих на костный скелет, что может повлиять на распределение <sup>18</sup>F-фторида. Также должны быть рассмотрены соответствующие лабораторные тесты, такие как простат-специфичный антиген у пациентов с раком простаты, и щелочная фосфатаза. Необходим пересмотр результатов предыдущих исследований, в том числе рентгенографии, КТ, МРТ, сцинтиграфии скелета, и <sup>18</sup>F-FDG ПЭТ/КТ.

Подготовка пациента и меры предосторожности

- Исследование противопоказано беременным и кормящим женщинам.

- Пациенты должны быть хорошо регидрированы, чтобы способствовать быстрому выведению РФП, позволяющему уменьшить дозу облучения и улучшить качество изображения. Если нет противопоказаний, пациенты должны выпить 2 или более стакана воды в течение 1 ч до введения, и еще 2 стакана воды после введения <sup>18</sup>F. Пациенты должны быть проинструктированы о необходимости опустошения мочевого пузыря перед исследованием.

- Пациенты не должны поститься и могут продолжать назначенное ранее медикаментозное лечение. Влияние лечения, такого как бисфосфонаты, антигормональная терапия, химиотерапия, лучевая терапия, на поглощение <sup>18</sup>F-NaF еще предстоит определить.

### 3) Радиофармпрепарат

Опираясь на данные различных исследований [2,3,4] сделан вывод, что <sup>18</sup>F-фторид предпочтительней вводить через внутривенный катетер. Активность для взрослых составляет 185-370 МБк (5-10 мКи). Максимальная активность (370 МБк) может быть использована для пациентов с высоким индексом массы тела.

4) Протокол сбора данных согласно рекомендациям Европейской ассоциации ядерной медицины [2]:

#### Позиционирование пациента

Для исследования пациент находится в положении лежа на спине. Положение рук во время сканирования зависит от показаний для исследования. Руки должны быть расположены вдоль

тела для основных исследований и над головой при сканировании только осевого скелета.

#### Протокол КТ сканирования

КТ исследование проводится для коррекции аттенюации эмиссионных изображений и локализации сцинтиграфических обнаружений. При необходимости может быть проведено диагностическое КТ, но параметры протокола всегда должны соответствовать принципу ALARA (as low as reasonably achievable).

#### Протокол ПЭТ сканирования

- Сбор данных осевого скелета может начаться через 30-45 мин после введения РФП у пациентов с нормальной функцией почек, из-за быстрой локализации <sup>18</sup>F в скелете и быстрого выведения из обращения. Для получения качественных изображений конечностей или для получения изображений всего тела необходимо начать исследование через 90-120 минут после введения РФП.

- Изображения могут быть получены в режиме 2- или 3D. Трехмерный режим рекомендуется для получения изображения всего тела, поскольку более высокая скорость счета компенсирует укороченное время сбора данных, необходимое для визуализации большой площади.

- Время сбора на одну позицию стола варьируется в зависимости от количества введенной активности, времени распада, индекса массы тела, и факторов аппарата. Стандартным временем сбора данных на позицию стола 2-5 мин.

- У пациента с нормальным индексом массы тела, изображения осевого скелета могут быть получены при скорости 3 мин/поз.стола через 45 мин после инъекции 185 МБк <sup>18</sup>F. Качественные изображения всего тела могут быть получены при скорости 3 мин/поз.стола через 2 ч после инъекции 370 МБк <sup>18</sup>F.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

Интенсивное накопление РФП в мочевом пузыре ухудшает качество изображения и может помешать интерпретации различных накоплений в области таза. Гидратация и диуретики, с или без катетеризации, могут быть использованы для уменьшения накопленной активности в мочевом пузыре.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ

Изображения, как правило, получают с 128×128 матрицей, хотя 256×256 матрица может иметь больше преимуществ. Оптимальное количество итераций и подмножеств, фильтров и других параметров реконструкции, зависят от пациента и факторов аппарата. В целом, могут быть использованы протоколы реконструкции, что и при ПЭТ/КТ исследованиях с <sup>18</sup>F-FDG. Для об-

легчения обнаружения поражения, должны быть сформированы максимально интенсивные проекции изображений.

Проведенные в Тель-Авиве исследования [3] также показали, что для ПЭТ/КТ визуализации с  $^{18}\text{F}$ -фторидом не требуется специальной подготовки. Сканирование проводится приблизительно через 60 минут после инъекции. Однако качественные ПЭТ изображения могут быть получены в очень широком интервале времени от 30 минут до 4 часов после инъекции. Средняя вводимая доза  $^{18}\text{F}$ -фторида, как правило, 370 МБк (10 мКи). Для снижения дозы облучения, в основном больным, направляемым с онкологическими показаниями, можно вводить только 185 МБк (5 мКи) из  $^{18}\text{F}$ -фторида и увеличить время сбора данных, тем самым поддерживая высокое качество изображений. КТ может быть, как диагностическим, так и низкодозным с параметрами 140 кВ, 80 мА, 0,8 секунды за одно вращение, питч 6, скорость стола 22,5 мм/с, без каких-либо конкретных инструкций по задержке дыхания. Сбор данных ПЭТ выполняется сразу после получения КТ, без изменения позиции пациента. При стандартном исследовании от нижней границы глазных орбит до средней трети бедра, сбор данных проводится с 5-9 позиций стола с временем 3 мин на единицу (5 минут при введении сниженной дозы). Если локализация повреждений подозревается на дистальных периферических костях, то исследование ПЭТ/КТ будет включать в себя эту область [4,5]. В дополнение к морфологическим данным, КТ часть исследования используется для коррекции ослабления. Необходимость выполнения коррекции ослабления при ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -фторидом еще предстоит определить. Таяма и др. [6] рассчитали соотношения кости к мышцам для ПЭТ изображений с  $^{18}\text{F}$ -фторидом с и без коррекции ослабления. Они пришли к выводу, что коррекция ослабления не является необходимым для точной визуальной интерпретации ПЭТ изображений с  $^{18}\text{F}$ -фторидом. Лим и др. [7] оценили роль ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -фторидом у молодых пациентов с болью в спине. В некоторых случаях высокое накопление в ренальной системе привело к артефактам в реконструированных ПЭТ изображениях, которые привели к низкому накоплению трейсера и плохой визуализации смежного позвоночника. В этих случаях, вычисленная корректировка ослабления устранила артефакт. Последнее коррекция может применяться ретроспективно.

Облучение от  $^{18}\text{F}$ -фторида имеет сходство с  $^{99\text{mTc}}$ -MDP. Результаты исследований из разных медицинских центров показали, что инъекция 185 МБк  $^{18}\text{F}$ -фторида для взрослого пациента в

среднем соответствует эффективной дозе в 4,25 мГр, что сопоставимо с 4,75 мГр при 740 МБк от  $^{99\text{mTc}}$ -MDP [7,8,9]. Протокол КТ исследования связан с воздействием радиации в 7,3 мГр. Снижение от 140 кВ до 120 кВ может привести к снижению радиационного воздействия до 5,1 мГр. Можно также изменять рабочий процесс так, что вместо КТ всего тела, можно проводить региональный КТ после ПЭТ, на основе результатов скинтиграфии.

Общество ядерной медицины и молекулярной визуализации США опубликовало последние практические рекомендации для визуализации  $^{18}\text{F}$ -NaF ПЭТ/КТ костей [2]. Современные ПЭТ/КТ сканеры используют низкодозные КТ для коррекции ослабления и анатомической локализации, что заметно улучшает специфичность метода. КТ всего тела выполняется непосредственно перед или после сбора данных ПЭТ. Согласно рекомендациям, эмиссионная визуализация может быть начата через 30-45 минут после введения  $^{18}\text{F}$ -NaF; однако, предпочтительней выждать больше времени для получения высококачественных изображений всего тела. Рекомендуемая активность для взрослых 185-370 МБк и активность для детей в расчете на массу, как правило, 2,22 МБк/кг (0,06 мКи/кг), не должна превышать 185 МБк (5 мКи). ПЭТ/КТ всего тела можно проводить после внутривенного введения  $^{18}\text{F}$ -NaF дозой в 370 МБк, предварительно проверив, не совпадает ли место инъекции с зоной интереса. По данным исследований, проведенных в Сиэтле (Штат Вашингтон, США) [10], сбор данных эмиссионных изображений желательно проводить через 90 минут после инъекции в трехмерном режиме. Пациенты укладываются на спину на стол аппарата, и визуализируется область от верхней части черепа до середины бедра, со скоростью сбора данных 2-5 минут на позицию стола, однако это время будет варьироваться в зависимости от индекса массы тела пациента, количества вводимой дозы и характеристик аппарата. Для изображений всего тела, если необходимы изображения конечностей, сбор данных увеличивается на дополнительные 5-7 позиций стола от таза до пальцев ног, со скоростью 3 минуты на позицию стола [2]. Для визуализации онкологических обследований, область интереса может быть, к примеру, локализована в крестцовом отделе позвоночника, и в этом случае, одной или двух позиций стола будет достаточно [11]. Изображения получают с матрицей 128×128 или 256×256; и для реконструкции обычно используется трехмерный алгоритм MLEM. Оптимальное количество итераций и подмножеств, а также дру-

гие параметры реконструкции, будут зависеть от типа камеры и особенностей пациента. МР изображения могут быть получены для облегчения обнаружения подозрительных областей [2,12].

$^{18}\text{F-NaF}$  хорошо распределяется по всему скелету, и, следовательно, соответствующие изображения могут быть получены без использования коррекции ослабления; однако не рекомендуется интерпретация изображений без корректировки ослаблений. Интерпретация с корректировкой ослабления оказывает неоценимую анатомическую информацию, улучшает точность дифференциации между доброкачественными и злокачественными поражениями, а также увеличивает обнаружение мелких очагов. Интерпретация исследований без коррекции ослабления не рекомендуется из-за повышенной вероятности артефактов [2,11]. Например, без коррекции ослабления грудного отдела позвоночника появится повышенное накопление РФП, по сравнению с поясничным отделом позвоночника, из-за меньшего ослабления фотонов из легких по сравнению с поясничными мягкими тканями. Кроме того, накопление  $^{18}\text{F-NaF}$  в почечной лоханке и мочеточниках могут вызвать артефакты в близлежащем позвоночнике.

Для проведения ПЭТ/КТ исследования с использованием  $^{18}\text{F-NaF}$  не требуется специальной подготовки пациента. Металлические объекты должны быть удалены для предотвращения артефактов ослабления. Гидратация также повышает работу почек для выведения РФП, что улучшает соотношение объекта к фону, и уменьшает дозу облучения [2].

Радиационная дозиметрия ПЭТ/КТ с  $^{18}\text{F-NaF}$  предполагает рассмотрение нескольких факторов, частично связанных с дозой облучения  $^{99\text{mTc-MDP}}$ . Такие факторы включают в себя вводимую дозу, различные энергии - 511 кэВ у позитронов  $^{18}\text{F}$  и 140 кэВ у фотонов  $^{99\text{mTc}}$ , с разными формами излучения. 511 кэВ фотон имеет длину пробега в мягких тканях 7,3 см, по сравнению с 4,6 см для 140 кэВ фотона  $^{99\text{mTc}}$ . Эта разница означает, что 511-кэВ фотоны передают энергию более отдаленным органам, а 140 кэВ фотоны передают энергию структурам около исходного органа. Короткий период полураспада  $^{18}\text{F-NaF}$  (110 минут), по сравнению с периодом полураспада  $^{99\text{mTc-MDP}}$  (6 часов), обеспечивает более короткое время экспозиции, что приводит к снижению радиационного воздействия [2]. С учетом указанных выше индивидуальных особенностей, общая эффективная доза для всего тела для большинства пациентов в предписанной дозе с  $^{18}\text{F-NaF}$  выше, по сравне-

нию с  $^{99\text{mTc-MDP}}$ . Для стандартной введенной дозы 370 МБк (10мКи)  $^{18}\text{F-NaF}$ , эффективная доза составляет 8,9 мЗв. Для сравнения, эффективная доза составляет 5,3 мЗв для 925 МБк (25 мКи) вводимого  $^{99\text{mTc-MDP}}$  [2,10]. Указанная эффективная доза  $^{18}\text{F-NaF}$  относится только к ПЭТ части исследования. Добавление КТ компонента в исследование дает дополнительную дозу, которая сильно варьируется в зависимости от протоколов и характеристик компьютерных томографов. Был зафиксирован диапазон <1 мЗв для КТ коррекции ослабления до 8 мЗв для диагностического КТ исследования [12]. Для компьютерной томографии всего тела, расчетное значение для эффективной дозы КТ, используемого для локализации и коррекции ослабления составляет 3,2 мЗв [2]. В повседневной клинической практике, все исследование  $^{18}\text{F-NaF}$  будут проводиться с гибридной визуализацией ПЭТ/КТ. Общая эффективная доза ПЭТ/КТ исследования с  $^{18}\text{F-NaF}$  составляет примерно 12,1 мЗв, по сравнению с 7,4 мЗв ОФ-ЭКТ исследования с  $^{99\text{mTc-MDP}}$  [12]. Мочевой пузырь получает высокую дозу излучения с  $^{18}\text{F-NaF}$ , эффективная доза составляет 0,024 мЗв/МБк, и пациенты должны быть прегидрированы перед исследованием для обеспечения быстрой экскреции радиофармпрепарата. Костные поверхности получают самую высокую дозу с  $^{99\text{mTc-MDP}}$ , с эффективной дозой 0,0057 мЗв/МБк [2,10].

В настоящее время  $^{18}\text{F-FDG}$  и  $^{18}\text{F-NaF}$  могут быть объединены в одно ПЭТ/КТ сканирование, используя два радиофармпрепарата одновременно в один и тот же день. Снижая воздействие излучения от КТ компонентов, объединенные  $^{18}\text{F-FDG}/^{18}\text{F-NaF}$  ПЭТ/КТ могут привести к увеличению чувствительности для обнаружения костных поражений по сравнению с использованием только  $^{18}\text{F-FDG}$ . Был проведен ряд проспективных исследований с применением коктейля  $^{18}\text{F-FDG}/^{18}\text{F-NaF}$  для оценки пациентов с установленным раком и проведено сравнение отдельно с  $^{18}\text{F-NaF}$  ПЭТ/КТ и  $^{18}\text{F-FDG}$  ПЭТ/КТ [4,5,7,11].

Изображения всего тела были получены с использованием гибридных ПЭТ/КТ сканеров. Пациенты постились по меньшей мере 6 ч до сканирования с  $^{18}\text{F-FDG}$  (отдельного или комбинированного), и уровень глюкозы в крови был менее 150 мг/дл в момент инъекции  $^{18}\text{F-FDG}$ . Примерно через 60 мин после внутривенного введения радиофармпрепарата, проводилось спиральное КТ сканирование области от тмени до кончиков пальцев ног, без контрастного усиления. Это сканирование использовалось для коррекции ослабления и ана-

томической локализации вводимых радиофармпрепаратов. Сразу после КТ, проводился сбор данных ПЭТ той же анатомической области. Изображения ПЭТ были откорректированы при помощи данных ослабления от КТ изображения. ПЭТ изображения были реконструированы с помощью стандартного итеративного алгоритма, затем перематрированы в аксиальные, корональные, сагиттальные срезы. Предписанные дозы были 370-555 МБк (10-15 мКи) для 18F-FDG, 185-370 МБк (5-10 мКи) для 18F-NaF, и 555 МБк для 18F-FDG + 185 МБк для 18F-NaF для комбинированного исследования. Для комбинированного сканирования с применением 18F-NaF/18F-FDG, радиофармпрепараты вводились последовательно в отдельных шприцах, с интервалом менее одной минуты. Порядок введения не контролировался.

В результате проведенных исследований, введенные дозы для 18F-FDG варьировались в диапазоне от 358,9 до 684,5 МБк (в среднем  $503,2 \pm 92,5$  МБк) для отдельных сканирований и от 162,8 до 662,3 МБк (в среднем  $444 \pm 88,8$  МБк) для комбинированных сканирований. Введенные дозы для 18F-NaF варьировались в диапазоне от 144,3 до 503,2 МБк (в среднем  $251,6 \pm 96,2$  МБк) для отдельных сканирований и от 136,9 до 518 МБк (в среднем  $196,1 \pm 51,8$  МБк) для комбинированных сканирований. Время от внутривенного введения радиофармпрепаратов до сбора данных было в диапазоне от 43 до 157 мин (в среднем  $81,1 \pm 20,2$ ) для отдельных сканирований с 18F-FDG, от 39 до 154 мин (в среднем  $84,5 \pm 23,7$ ) для отдельных сканирований с 18F-NaF, и от 52 до 213 мин (в среднем  $86,0 \pm 26,5$ ) для комбинированных сканирований. Данные различия во времени не были статистически значимыми. Изменения в дозах и времени до начала сбора данных являются частью повседневной клинической практики во многих крупных научных центрах. Период между последним курсом какого-либо лечения до первого сканирования варьировался от 1,5 до 204 месяцев (в среднем 44,4 месяца) [13].

Другие проведенные клинические исследования [14] подтвердили использование подобных протоколов ПЭТ/КТ исследований с применением коктейля 18F-FDG и 18F-NaF. Однако соотношение препаратов было 2:4 соответственно, с общей активностью приблизительно 370 МБк (10 мКи). Изображения были получены в 3-D режиме при 2 мин/ позиция стола, через 60 минут после введения РФП на аппарате ПЭТ/КТ. Полученные данные были реконструированы с использованием итеративного алгоритма (две итерации и 20 подмножеств).

**ВЫВОДЫ:** На основании проведенного анализа существующих протоколов ПЭТ/КТ исследований с использованием радиофармпрепарата 18F-NaF и коктейля радиофармпрепаратов 18F-NaF и 18F-FDG, выбраны оптимальные характеристики и параметры протоколов исследования [2,13], контроля качества изображений, которые в дальнейшей работе будут использованы в качестве образца протокола.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Standard Operating Procedures for PET/CT: A Practical Approach for Use in Adult Oncology. International Atomic Energy Agency.- IAEA Human Health Series.- No.26.- Vienna, 2013.*
2. *Segall G, Delbeke D, Stabin MG, et al. SNM practice guideline for sodium 18F-fluoride PET/CT bone scans 1.0. // J Nucl Med.- 2010. – Vol.51(11).- P.1813–1820.*
3. *Einat Even-Sapir et al. 18F-Fluoride Positron Emission Tomography and Positron Emission Tomography/Computed Tomography // Semin Nucl Med. 2007.- Vol.37. – P.462-469.*
4. *Even-Sapir E, Metser U, Mishani E, et al. The detection of bone metastases in patients with high-risk prostate cancer: 99mTc-MDP planar bone scintigraphy, single- and multi-field-of-view SPECT, 18F-fluoride PET, and 18F-fluoride PET/CT // J Nucl Med.2006.- Vol.47. – P.287-297.*
5. *Even-Sapir E, Metser U, Flusser G, et al. Assessment of malignant skeletal disease with 18F-Fluoride PET/CT // J Nucl Med.- 2004.- Vol.45. – P.272-278.*
6. *Tayama Y, Takahashi N, Oka T, et al. Clinical evaluation of the effect of attenuation correction technique on 18F-fluoride PET images // Ann Nucl Med.- 2007.- Vol.21. – P.93-99.*
7. *Lim R, Fahey FH, Drubach LA, et al. Early experience with fluorine-18 sodium fluoride bone PET in young patients with back pain // J Pediatr Orthop.- 2007.- Vol.27. – P.277-282.*
8. *Brix G, Lechel U, Glatting G, et al. Radiation exposure of patients undergoing whole-body dual-modality 18F-FDG PET/CT examinations // J Nucl Med.- 2005.- Vol.46. – P.608-613.*
9. *Fahey FH, Palmer MR, Strauss KJ, et al. Dosimetry and adequacy of CT-based attenuation correction for pediatric PET: Phantom study // Radiology.- 2007.- Vol.243.- P.96-104.*
10. *Sarah Bastawrous et al. Newer PET Application with an Old Tracer: Role of 18F-NaF Skeletal PET/CT in Oncologic Practice // RadioGraphics.- 2014. – Vol.34.- P.1295–131.*
11. *Grant FD, Fahey FH, Packard AB, Davis RT, Alavi A, Treves ST. Skeletal PET with 18F-fluoride:*

*applying new technology to an old tracer // J Nucl Med.- 2008. – Vol.49(1).- P.68–78.*

12. *Abikhzer G, Kennedy J, Israel O. 18F NaF PET/CT and conventional bone scanning in routine clinical practice: comparative analysis of tracers, clinical acquisition protocols, and performance indices // PET Clin.- 2012. – Vol.7(3).- P.315–328.*

13. *Andrei Iagaru, Erik Mittra. Combined 18F-Fluoride and 18F-FDG PET/CT Scanning for*

*Evaluation of Malignancy: Results of an International Multicenter Trial // J Nucl Med.- 2013. - Vol.54.- P.176–183.*

14. *Harisankar CB, Agrawal K, Bhattacharya A, Mittal BR. F-18 fluoro-deoxy-glucose and F-18 sodium fluoride cocktail PET/CT scan in patients with breast cancer having equivocal bone SPECT/CT // Indian J Nucl Med.- 2014. – Vol.29.-P.81-86.*

Поступило 06.09.2016 г.

УДК 616.33-073.75

## ПРЕИМУЩЕСТВА ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ЧОРМАНОВА Р.Р.

Центральная клиническая больница Медицинского центра  
Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы, Казахстан

**Аннотация.** В статье представлены результаты выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта цифровыми рентгенологическими методами у пациентов ЦКБ МЦ УДП РК.

**Ключевые слова:** рентгеноскопия, желудочно-кишечный тракт

**Түйіндемe.** АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫН САНДЫҚ РЕНТГЕНМЕН АНЫҚТАУДЫҢ АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ. Чорманова Р.Р. Мақалада ҚРПБМОКА емделушілерінің асқазан-ішек жолдары ауруларын сандық рентген әдісімен анықтаудың нәтижелері ұсынылды.

**Түйін сөздер:** рентгеноскопия, асқазан-ішек жолдары.

**Summary.** ADVANTAGES OF DIGITAL VERIFICATION RADIOGRAPHICALLY GASTROINTESTINAL DISEASE. Chormanova R.R. The article presents the results of detection of gastrointestinal diseases digital radiographic methods in CCH patients .

**Keywords:** X-ray, gastrointestinal tract

Каждый второй житель планеты страдает каким-либо заболеванием желудочно-кишечного тракта. Поэтому одно из особых мест в выявлении патологических процессов ЖКТ занимает рентгенология. При этом основными требованиями к данному виду исследований являются высокое качество и информативность рентгеновского изображения, наименьший радиационный риск и минимальная стоимость исследования [1]. Рентгенологические неинвазивные методы исследования успешно дополняют эндоскопические методики.

Развитие цифровых технологий позволяет качественное информативное изображение. Качество изображения зависит от многих факторов, а именно от физико-технических параметров (кВ, мА, с), фильтрации, фокусировки, расстояния «фокус-пациент-пленка», отсеивающей решетки, свойства объекта, рентгенографических «шумов»,

воспринимающего устройства, обработки рентген-пленки (проявочные машины).

При жестких требованиях к рентгеновским аппаратам, важнейшим является обнаружение мелких и малоконтрастных деталей, причем следует различать выявляемость неподвижных и движущихся деталей, при этом важную роль играет скорость движения. Речь идет о характеристиках рельефа слизистой пищевода, желудка, кишечника, когда необходимо различить детали от 0,2-0,3 мм до 1-2 мм [2].

Во всех случаях основной задачей рентгенологического исследования является получение максимального количества диагностической информации при минимальной лучевой нагрузке персонала и обследуемого. Решающее значение имеет высокая разрешающая способность рентгеновского оборудования, которая присуща циф-

ровым технологиям, способным к подавлению шумов, усилению контуров, контрастности, т.е. автоматической цифровой обработке в реальном масштабе времени.

Исследования органов желудочно-кишечного тракта невозможны без визуального контроля. Импульсная рентгеноскопия в цифровом формате значительно снижает лучевую нагрузку на пациента, дает возможность выполнить серии снимков движущихся объектов за короткий промежуток времени, с последующим анализом сохраненных в памяти изображений.

Главным преимуществом рентгеноскопии является факт исследования в реальном масштабе времени. При этом дается оценка не только структуре органа, но и его смещаемости, сократимости или растяжимости, скорости прохождения контрастного вещества, наполняемости. Метод достаточно быстро позволяет оценить локализацию некоторых изменений за счет полипозиционного исследования объекта во время просвечивания.

Главными отличиями цифровой рентгеноскопии является использование современных детекторов рентгеновского излучения и возможность производить цифровую обработку рентгеновского изображения с одновременным выводом его на экран монитора или устройство записи изображения. С приходом цифровых технологий исчезли 3 основных недостатка присущих аналоговой рентгеноскопии:

1. Высокая доза облучения, снижающаяся при импульсной копии до 90%
2. Низкое пространственное разрешение при

аналоговой копии существенно не отличается дистанционного исследования при цифровой копии

3. При аналоговой копии изображение сохраняется на пленке, без возможности копирования и сохранения в памяти, тогда как цифровые технологии позволяют сохранять материал исследования как покадрово, так и виде видеоряда. Изображения могут переноситься на электронные носители или могут быть помещены в сетевое хранилище.

**ЦЕЛЮ ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось установление возможностей рентгеноскопии в диагностике патологических изменений желудочно-кишечного тракта.

Материалом исследования послужили 75 пациентов, находившихся на лечении в ЦКБ.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, была выбрана как неинвазивная диагностическая методика, была выполнена на универсальной цифровой рентгендиагностической системе AXIOM Luminos dRF. Установка представляет собой современную многофункциональную систему 2-в-1, с дистанционным управлением на основе технологии плоского цифрового детектора, на телеуправляемой рентгенодиагностической системе CLINODIGIT, цифровой C-дуге ARCADIS VARIC. Исследуемый объект подвергается воздействию небольших доз ионизирующего излучения и изменения фиксируются на снимке [3].

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Полученные нами данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение обследованных больных

Метод исследования	Число обследованных (n=397)	Возраст	Пол	Заключение
Рентгеноскопия желудка	192	20-85 лет	Мужчины - 159 (40%) Женщины - 238 (60%)	Опухоли желудка - 12 Язвенные дефекты - 58 Гастрит - 122
Ирригоскопия	130			Дивертикулы толстого кишечника 26
Пассаж по ЖКТ	75			Функциональные нарушения - 68

Нами были выявлены опухоли желудка (6,2%), язвенные дефекты (30,2%), гастриты (63,5%), дивертикулы кишечника (20%) и функциональные изменения (90,1%) [4].

Выполнялись интраоперационные исследования желчевыводящих путей, позволяющие выявить наличие камней в протоках в режиме реального времени.

Таким образом, исследования выполняющиеся на цифровом оборудовании значительно снижают лучевую нагрузку на пациента и персонал и имеют большую диагностическую ценность, качественно дополняя инвазивные методы исследования. Позволяют идентифицировать мельчайшие детали исследуемого объекта. Установить правильный диагноз и провести своевременное лечение [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.Ю. Атлас по цифровой рентгенографии//ГЭОТАР-Медиа, 2008, С.506.
2. Меллер Т. Норма при рентгенологических исследованиях//МЕДпресс-информ, 2009, С.387.
3. Васильев А.Ю. Анализ данных лучевых методов исследования на основе принципов доказательной медицины//ГЭОТАР-Медиа, 2008, С.453.
4. Труфанов А.Ю. Лучевая диагностика опухолей желудка//ЭЛБИ-СПб, 2007, С.201.
5. Калинин А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение//МЕДпресс-информ, 2011, С.430.

Поступило 28.07.2016г.

УДК 616.314

**ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НА ФОНЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

ЦЫГАНОК А. В., ЛУНЬКОВА Ю. С., НОВИКОВ В. М.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»,  
г. Полтава, Украина

**Аннотация.** В статье обсуждаются вопросы важности гендерных различий при формировании алгоритмов диагностики и терапии у пациентов с разнообразными соматическими заболеваниями. Целью исследования явилось обнаружение гендерных различий у пациентов с окклюзионными нарушениями на фоне неврологической патологии. Объектом исследования стали окклюзионные нарушения в виде дефектов зубных рядов у пациентов с неврологическими болезнями разного пола. Среди двух групп пациентов с окклюзионными нарушениями в виде дефектов зубных рядов на фоне неврологической патологии, которая проявляется нарушениями моторики языка, наиболее частой патологией стали дефекты зубного ряда третьего класса. Среди пациентов женской и мужской групп обнаружено приблизительно одинаковое количество пациентов, которые не имели окклюзионной патологии в виде дефектов зубных рядов. Следовательно, гендерные отличия у пациентов с окклюзионными нарушениями на фоне неврологической патологии отсутствуют.

**Ключевые слова:** гендерные различия, окклюзионные патология, дефекты зубных рядов

**Түйіндеме.** НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯ ФОНЫНДА ОККЛЮЗИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ ГЕНДЕРЛІК АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫ. Цыганок А. В., Лунькова Ю. С., Новиков В. М. Мақалада әртүрлі соматикалық аурулары бар пациенттерде диагностика және терапия алгоритмін құру кезінде гендерлік айырмашылықтардың маңыздылығы туралы мәселелер талқыланады. Зерттеудің мақсаты - неврологиялық патология фонында окклюзиялық бұзылыстары бар пациенттерде гендерлік айырмашылықтарды анықтау. Зерттеу объектісіне неврологиялық аурулары бар әртүрлі жыныстағы пациенттердің тіс қатарының ақауы түріндегі окклюзиялық бұзылыстары алынды. Тіл моторикасының бұзылуы түрінде білінетін, неврологиялық патология фонында тіс қатарының ақауы түрінде окклюзиялық бұзылыстары бар пациенттердің екі тобының арасында, үшінші кластағы тіс қатарының ақауларының патологиясы жиі байқалады. Әйелдер мен ерлер топтарындағы пациенттердің арасында тіс қатарының ақауы түріндегі окклюзиялық патологиясы жоқ пациенттердің саны бірдей екені байқалды. Сәйкесінше, неврологиялық патология фонында окклюзиялық бұзылыстары бар пациенттердің гендерлік айырмашылықтары жоқ.

**Түйін сөздер:** гендерлік айырмашылықтар, окклюзиялық патология, тіс қатарының ақауы

**Summary.** GENDER DIFFERENCES IN PREVALENCE OF OCCLUSAL DISORDERS ON THE BACKGROUND OF NEUROLOGICAL PATHOLOGY. Tsyganok A. V., Lunkova Yu. S., Novikov V. M. The article discusses the importance of gender differences in the formation of algorithms of diagnostics and therapy in patients with a variety of somatic pathology. The aim of the study was to detect gender differences in patients with occlusal disorders on the background of neurological pathology. The object of

the study were occlusive disorders in the form of defects of dentition in patients with neurological diseases of different sexes. Among the two groups of patients with occlusive disorders in the form of dentition defects on the background of neurological pathology, that manifested with tongue motility disorders, the most common pathology became dentition defects of the third class. Among patients of female and male groups revealed approximately the same number of patients who had occlusal pathology in the form of dentition defects. Consequently gender differences in patients with occlusal disorders on the background of neurological pathology are absent.

**Keywords:** gender differences, occlusive pathology, dental defects

## **ВВЕДЕНИЕ**

Пациенты со стоматологической патологией на фоне соматических заболеваний достаточно часто встречаются в практике врача-стоматолога. Среди распространенных соматических патологий, которыми сталкивается врач-стоматолог, часто встречаются болезни сердечно-сосудистой системы, болезни органов пищеварения, эндокринные, ревматические патологии [1]. Большую часть (до 14%) соматических патологий составляют болезни нервной системы [2]. Следует отметить, что врач-стоматолог во время приема сталкивается, как со слабо манифестирующей патологией [3,4], так и с тяжелыми симптомами неврологических болезней [5]. Поиск гендерных различий в данных патологиях даст возможность более точной диагностики неврологических отклонений во время установления стоматологического статуса первичного пациента [6]. С литературных источников доподлинно известно, что значительное количество соматических отклонений имеет гендерные различия. В научных статьях описана сердечно-сосудистая, ревматическая, эндокринная патологии и различия в их патогенезе, клинике и терапии у лиц разного пола [7]. Многие научные труды посвящены гендерным различиям в области неврологических болезней [8]. В то же время отсутствуют гендерные различия у неврологических больных с окклюзионной патологией, что и послужило основанием для проведения данного исследования.

## **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Обнаружить гендерные различия у пациентов с окклюзионными нарушениями на фоне неврологической патологии.

## **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 1) Выяснить характер и распространенность окклюзионных нарушений на фоне неврологической патологии у пациентов мужского пола.
- 2) Выяснить характер и распространенность окклюзионных нарушений на фоне неврологической патологии у пациентов женского пола.
- 3) Сравнить характер и распространенность окклюзионных нарушений на фоне неврологической патологии между двумя группами пациентов разного пола.

## **ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Объектом исследования стали окклюзионные нарушения в виде дефектов зубных рядов у пациентов с неврологическими болезнями разного пола.

Нами было сформировано 2 группы пациентов.

В первую группу пациентов вошли мужчины с расстройствами моторики языка неврологического генеза (26 лиц).

Во вторую группу пациентов вошли женщины с расстройствами моторики языка неврологического генеза (24 лица).

Средний возраст пациентов составил 51 год в обеих группах.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Клинические наблюдения за первой группой пациентов с неврологической патологией показали, что 18 пациентов (69%) имеют дефекты зубных рядов и нуждаются в помощи стоматолога-ортопеда, 8 пациентов (31%) не имеют окклюзионных нарушений в форме дефектов зубных рядов.

Оценка окклюзионной патологии в виде дефектов зубных рядов проводилась в соответствии с классификацией Кеннеди.

Распространенность и класс дефектов зубных рядов у пациентов с неврологической патологией мужского пола изложены в таблице 1.

Таблица 1 - Распространенность и класс дефектов зубных рядов у пациентов с неврологической патологией мужского пола

Класс дефекта зубного ряда в соответствии с классификацией Кеннеди	Количество пациентов мужского пола с нарушениями моторики языка
I	2
II	0
III	15
IV	1
Дефекты зубных рядов отсутствуют	8

Из данных таблицы 1 видно, что дефекты зубных рядов встречаются у 18 пациентов (69%). Из них первого класса 4 пациента (15%), второго класса – 0, третьего класса – 12 (46%) и четвертого класса – 2 (7%). У 8 пациентов (31%) дефекты

зубного ряда отсутствуют.

Распространенность и класс дефектов зубных рядов у пациентов с неврологической патологией женского пола изложены в таблице 2.

Таблица 2 - Распространенность и класс дефектов зубных рядов у пациентов с неврологической патологией женского пола

Класс дефекта зубного ряда в соответствии с классификацией Кеннеди	Количество пациентов женского пола с нарушениями моторики языка
I	2
II	0
III	15
IV	1
Дефекты зубных рядов отсутствуют	6

Из данных таблицы 1 видно, что дефекты зубных рядов встречаются у 18 пациентов (75%). Из них первого класса 2 пациента (8%), второго класса – 0, третьего класса – 15 (63%) и четвертого класса – 1 (4%). У 6 пациентов (25%) дефекты

зубного ряда отсутствуют.

Сравнение распространенности и классов дефектов у пациентов первой и второй групп изложено в таблице 3

Таблица 3 - Сравнение распространенности и классов дефектов у пациентов первой и второй групп

Класс дефекта зубного ряда в соответствии с классификацией Кеннеди	Количество пациентов мужского пола в с нарушениями моторики языка	Количество пациентов женского пола в с нарушениями моторики языка
I	4	2
II	0	0
III	12	15
IV	2	1
Дефекты зубных рядов отсутствуют	8	6

Из данных таблицы 3 видно, что дефекты зубного ряда первого класса встречаются у лиц мужского пола в 4 случаях (15%). У лиц женского пола в 2 случаях (8%), дефекты зубного ряда второго класса отсутствуют в обеих группах, дефекты зубного ряда третьего класса распространены, как и исследуемых мужчин – 12 случаев (46%), так и у

исследуемых женщин – 15 случаев (63%), дефекты зубного ряда 4 класса встречаются у мужчин в 2 случаях (7%), у женщин – 1 случай (4%). Дефекты зубного ряда отсутствуют у 8 пациентов первой группы (31%) и 6 второй группы (25%).

Обсуждение полученных результатов  
Среди обследованных нами двух групп па-

циентов с окклюзионными нарушениями в виде дефектов зубных рядов на фоне неврологической патологии, которая проявляется нарушениями моторики языка, наиболее частой патологией стали дефекты зубного ряда третьего класса, которые распространены как у исследуемых мужчин – 12 случаев (46%), так и у исследуемых женщин – 15 случаев (63%). Дефекты зубного ряда первого класса и четвертого класса встречаются у лиц мужского пола в два раза чаще чем у женщин. Дефекты зубного ряда второго класса отсутствуют в обеих группах. Среди пациентов женской и мужской групп обнаружена приблизительно одинаковое количество пациентов, которые не имели окклюзионной патологии в виде дефектов зубных рядов.

#### ВЫВОД

В результате проведенного нами исследования выяснено, что у пациентов как мужского, так и женского пола наиболее распространенным классом дефектов зубных рядов является третий, наименее распространенным – второй. В обеих группах наблюдалось приблизительно равное количество пациентов, которые не имели окклюзионной патологии в виде дефектов зубных рядов. Следовательно, гендерные отличия у пациентов с окклюзионными нарушениями на фоне неврологической патологии отсутствуют.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров А. Ю. Изменения функций языка при различных формах неврологической патологии / А. Ю. Макаров. // *Неврологический журнал.* – 2006. – №3. – С. 5–12.

2. Цыганок А. В. Диагностика нарушений моторики языка у пациентов с неврологической патологией различной этиологии / А. В. Цыганок, В. М. Новиков. // *Український медичний альманах.* – 2014. – №2. – С. 61–63.

3. Новиков В.М., Кобзистая Н.А. Ортопедические методы в комплексном лечении парафункции языка (клинический случай). // *ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ : Український науково-практичний журнал.* – 2012. – Том 2, N 2. – С. 248-250: граф. – Библиогр. в конце ст.

4. Dysarthria and mutism / N.Sternic, M. Mijajlovic, G. Tomic, A. Pavlovic. // *Front Neurol Neurosci.* – 2012. – №30. – С. 83–85.

5. Outcomes of tongue-pressure strength and accuracy training for dysphagia following acquired brain injury / [C. M. Steele, G. L. Bailey, R. E. Polacco *ma in.*]. // *Int J Speech Lang Pathol.* – 2013. – №15. – С. 492–502.

6. Harris E. F. Effects of patient age and sex on treatment: correction of Class II malocclusion with the Begg technique / E. F. Harris. // *Angle Orthod.* – 2001. – №71. – С. 433–441.

7. Study of auditory brainstem response to speech sounds in sex differences / [Y. Fu, X. Xi, W. Shi *ma in.*]. // *Journal of clinical otorhinolaryngology, head, and neck surgery.* – 2015. – №29. – С. 1984–1987.

8. A Cross-Sectional Voxel-Based Morphometric Study of Age- and Sex-Related Changes in Gray Matter Volume in the Normal Aging Brain / [F. Peng, L. Wang, Z. Geng *ma in.*]. // *J Comput Assist Tomogr.* – 2016. – №40. – С. 307–315.

Поступило 11.09.2016г.

УДК: 616.62

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ЕНСЕБАЕВ Е.Ж., БАЙГАСКИНОВ Ж.К., ШОЛОХ П.И., АБДРАХМАНОВА А.А.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента  
Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** В отделении урологии БМЦ УДП г. Астана проведены исследования с целью организации и внедрения метода ДЛТ в амбулаторных условиях. Для ДЛТ отбирались пациенты с локализацией конкремента в верхних мочевых путях, которые можно было визуализировать с помощью рентген или ультразвукового исследования. ДЛТ проводилось на литотрипторе «Dornie». По нашим наблюдениям, эффективное применение сеансов ДЛТ у определённой категории пациентов возможно проводить в амбулаторных условиях. При этом необходимо соблюдать критерии отбора пациентов, что обеспечивает минимальный риск развития осложнений.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, дистанционная литотрипсия.

**Түйіндеме.** Астана қаласының ҚР ПІБ МОА-ның урология бөлімшесінде дистанциялық литотрипсияны амбулаторлық жағдайда қолдануды енгізу және ұйымдастыру мақсатымен зерттеулер жүргізілді. ДЛТ үшін рентген немесе ультродыбысты зерттеу көмегімен көруге болатын жоғарғы несеп жолдарында орналасқан тастары бар науқастар арнайы таңдап алынды. Литотрипсия «Dornie» құрылғысы арқылы жүргізілді. Біздің байқауымызша пациенттердің белгілі бір категорияларында ДЛТ сеанстарын амбулаторлық жағдайда тиімді қолдануға болады. Сонымен қатар асқынулардың дамуын мейлінше азайту мақсатымен науқастарды таңдау критерийлерін сақтау керек.

**Summary.** EXPERIENCE OF USING DISTANCE LITOTRIPSATION IN AMBULANCE PRACTICE. Ensebayev E. Zh., Baigaskinov Zh. K., Sholoh P. I., Abdrahmanova A.A. The Department of Urology of Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan in the period 2015-2016 has studied the method of extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) in order to implement it in the outpatient setting. For ESWL patients with localization of calculus in the upper urinary tract were selected, that could be visualized by X-ray and ultrasound. ESWL was performed with lithotripter «Dornie Litotripter S». According to our observations, the effective use of the ESWL sessions of the certain patients may be carried out in outpatient setting. It is necessary to observe the patient selection criteria, which ensures a minimal risk of complications.

**Keywords:** Urolithiasis, remote shock-wave lithotripsy.

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время накоплен большой опыт применения дистанционной литотрипсии (ДЛТ) в лечении мочекаменной болезни (МКБ). Данный метод лечения МКБ применяется и в амбулаторной практике, что позволяет значительно высвободить стационарные койки и улучшить их оборот [1-5].

В литературе имеются данные о применении ДЛТ в амбулаторных условиях [6-8]. По наблюдениям Д.А. Бушлиева и Н.К. Дзеранова [2] при амбулаторном применении ДЛТ у пациентов возникали осложнения в 3.7% случаев, такие как субкапсулярные гематомы, почечные колики, обострения хронического обструктивного пиелонефрита и пациенты с осложнениями госпитализировались в урологическое отделение данного стационара. В литературе также представлен опыт применения ДЛТ в амбулаторных условиях при отсутствии стационара. Так, по мнению В.А. Максимов и Л.А. Логвинов [9-10] для проведения ДЛТ в амбулаторных условиях при отсутствии стационара требуется тщательный отбор пациентов для исключения осложнений, при этом пациентам должен быть проведен предварительный определённый объем исследования.

В современных условиях значительно расширились возможности ранней диагностики МКБ, что позволяет проводить эффективное малоинвазивное лечение данной патологии на ранних стадиях заболевания. Это способствует снижению сложных случаев МКБ, таких как коралловидный нефролитиаз и снизить вероятность развития серьёзных осложнений, таких как обострение

хронического обструктивного пиелонефрита.

Большое значение имеет выбор литотриптора для проведения ДЛТ в амбулаторных условиях, его технические характеристики. Наведение на конкремент должно проводиться как методом рентген, так и методом ультразвуковой визуализации. В амбулаторных условиях проведение сеансов ДЛТ необходимо проводить без анестезии.

По нашему мнению, обязательным объемом обследования является: клиничко-лабораторные показатели, ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей, обзорная и экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография с денситометрией.

При отборе пациентов для проведения сеансов ДЛТ в амбулаторных условиях необходимо учитывать размеры конкрементов, функциональное состояние почек, активность хронического обструктивного пиелонефрита, сопутствующую патологию.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении урологии БМЦ УДП РК г. Астана проведены исследования с целью организации и внедрения метода ДЛТ в амбулаторных условиях.

Для ДЛТ отбирались пациенты с локализацией конкремента в верхних мочевых путях, которые можно было визуализировать с помощью рентген или ультразвукового исследования: конкременты чашечек, почечной лоханки и мочеточника. Кроме того, ДЛТ в амбулаторных условиях мы проводили пациентам, плотность конкрементов у которых по данным денситометрии не превышало 800 НУ.

ДЛТ проводилось на литотрипторе «Dornie»,

который состоит из генератора ударных волн, пульта управления, системы водоснабжения, операционного стола. Визуализация конкремента возможна с рентген и ультразвуковым наведением.

В амбулаторных условиях сеансы ДЛТ были проведены 28 пациентам (18 мужчины и 10 женщины) различных возрастных групп (от 26 до 58 лет).

Всего было проведено 109 сеанса литотрипсии у 28 пациентов.

Для проведения ДЛТ в амбулаторных условиях были выбраны пациенты с одиночными кон-

крементами, размер конкрементов не превышал 20 мм. При размере конкремента более 10 мм и при локализации его в полостной системе почек пациенту амбулаторно устанавливался стент катетер № 4 по Шарьеру. Если размер конкремента не превышал 10 мм дренирование верхних мочевых (ВМП) путей не проводилось.

У 16 пациентов конкременты локализовались в полостной системе почек, у 12 - в различных отделах мочеточника. Данные о локализации, размерах конкрементов отображены в таблице 1.

Таблица 1 - Данные о локализации, размерах, плотности конкрементов, количестве сеансов и результатах литотрипсии.

Локализация конкрементов	Число больных	Размер конкремента	Плотность конкрементов в НУ	Количество сеансов ДЛТ	Результат литотрипсии
Лоханка	3	13-16 мм	600-800	5	дезинтеграция
	3	8-10	400-800	4	
Верхняя группа чашечек	2	12-13 мм	600-900	5	дезинтеграция
	2	8-10 мм	500-800	4	
Средняя группа чашечек	2	12-13 мм	600-800	5	дезинтеграция
	1	8 мм	800	4	
Нижняя группа чашечек	2	12-15 мм	500-700	5	дезинтеграция
	1	10 мм	600	4	
Мочеточник: -верхняя треть -средняя треть -нижняя треть	2	5-8 мм	500-800	3	Дезинтеграция
	2	5 мм	600-800	3	Дезинтеграция
	8	5 мм	500-800	3	дезинтеграция

У 2 пациентов из 16 с локализацией конкрементов в полостной системе почек конкременты были рентгеннегативными, и наведение на все конкременты проводилось методом ультразвуковой визуализации. Все конкременты мочеточников были рентгенпозитивными, наведение на них производилось с помощью С-дуги. Сеансы ДЛТ проводились без обезболивания. При первом сеансе литотрипсии на конкремент воздействовали 3000 импульсов. При всех повторных – 4000 импульсов. Сила ударно-волнового импульса составляла 35-55% от максимальной мощности. Сеансы литотрипсии при локализации конкрементов в полостной системе почек производились через день. Конкременты мочеточников подвергались литотрипсии ежедневно.

Результаты лечения оценивались по степени фрагментации конкрементов после каждого сеанса литотрипсии. Для оценки результатов ДЛТ

использовалась рентгеноскопия, проводимая с помощью С-дуги литотриптера и ультразвуковая визуализация.

При проведении сеансов литотрипсии пациенты получали консервативную терапию: но-шпа таблетки по 40 мг 3 раза в день, «Канефрон Н» по 2 таблетки 3 раза в день, отвары почечных трав.

Результаты. За время проведения исследования нами было проведено 109 сеансов литотрипсии у 28 пациентов с единственным конкрементом. Среднее количество сеансов на 1 больного составило более 3.8.

Конкременты в полостной системе почек размером более 10 мм требовали по 5 сеансов литотрипсии при силе ударно-волнового импульса 50 - 55% до полной дезинтеграции. После 2 сеанса ДЛТ мы при контрольной рентгеноскопии отмечали фрагментацию конкрементов, однако до полной дезинтеграции потребовалось ещё 3 сеанса.

При проведении ДЛТ конкрементов полостной системы почек мы первые три сеанса литотрипсии проводили через день, остальные два с интервалом два дня. Элиминация фрагментированного и дезинтегрированного конкремента при наличии стента № 4 по Шарьеру проходила без осложнений. Быстрее элиминация дезинтегрированного конкремента происходила при локализации его в верхней группе чашечек и лоханки. Конкременты размером до 10 мм подвергались фрагментации после 1 – 2 сеансов, полная дезинтеграция происходила после четвертого сеанса ДЛТ. Элиминация дезинтегрированного конкремента происходила без осложнений на фоне проведения консервативной литокинетической терапии.

Литотрипсия в мочеточнике проводилась без установки стент-катетеров учитывая небольшие размеры конкрементов. Фрагментация конкрементов происходила после 1 -2 сеансов, после третьего сеанса отмечалась элиминация дезинтегрированных конкрементов.

В ходе проведения сеансов литотрипсии конкрементов полостной системы почек и верхней трети мочеточников пациенты отмечали незначительную гематурию, которая носила кратковременный характер, не более 4-6 часов. Также пациенты отмечали наличие в осадке мочи после 2 и 3 сеансов микролиты.

Стент–катетеры удалялись пациентам в срок 4 – 6 недель после окончания проведения ДЛТ. В течении всего времени до удаления стента пациенты продолжали принимать препараты группы уроантисептиков и уrolитиков.

После проведения сеансов ДЛТ всем пациентам проводилось контрольное ультразвуковое исследование, по результатам которого не было выявлено повреждений почек.

Обсуждение. В амбулаторных условиях для проведения сеансов ДЛТ необходимо полноценное обследование пациентов, которое включает клинико-лабораторное исследование, ультразвуковое обследование верхних и нижних мочевых путей, обзорную и экскреторную урографию, компьютерную томографию.

Для проведения литотрипсии амбулаторно необходимо отсутствие у пациентов активной фазы хронического пиелонефрита. Плотность конкремента по нашему мнению не должна превышать 800 НУ.

Проведение сеансов ДЛТ возможно без обезболивания с применением литотриптера «Dornie» с возможностью наведения на конкремент как с рентген, так и с ультразвуковой визуализацией.

Необходимым условием проведения лито-

трипсии в амбулаторных условиях при размере конкрементов более 10 мм является стентирование ВМП стент- катетером № 4 по Шарьеру.

При проведении литотрипсии необходимо проводить пациентам консервативную литокинетическую терапию.

Анализ результатов ДЛТ показал, что при проведении сеансов ДЛТ для фрагментации конкрементов в почке размером более 10 мм потребовалось 2 сеанса, для достижения полной дезинтеграции еще 3 сеанса. Фрагментация и дезинтеграция конкрементов в почке размером до 10 мм проходит быстрее.

По нашему наблюдению при литотрипсии конкрементов мочеточника размером до 10 мм и плотностью менее 800 НУ достаточно 3 сеансов ДЛТ.

При соблюдении вышеперечисленных условий проведения литотрипсии осложнений, вызванных сеансами ДЛТ, не выявлено.

Заключение. По нашим наблюдениям, эффективное применение сеансов ДЛТ у определённой категории пациентов возможно проводить в амбулаторных условиях. При этом необходимо соблюдать критерии отбора пациентов, что обеспечивает минимальный риск развития осложнений.

Необходимо отметить, что амбулаторная литотрипсия играет важную роль в высвобождении и обороте стационарного коечного фонда. Отсутствие необходимости в госпитализации улучшает качество жизни пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ. В кн.: Материалы пленума правления Российского общества урологов, Сочи. М.; 2003. 5-25.
2. Александров В.П., Назаров Т.Н., Гулямов С.А. Профилактика осложнений дистанционной ударно-волновой литотрипсии. СПб.: Изд. Дом СПбМАПО; 2005.
3. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н., Дубинский В.Я. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия при различных клинических формах нефролитиаза. СПб; 1997.
4. Дзеранов Н.К. . Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни: Дис. д-ра мед. Наук. М.; 1994.
5. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб.: Питер; 2000.
6. Бешиев Д.А., Дзеранов Н.К. В кн.: Мате-

риалы Российского симпозиума по дистанционной литотрипсии в урологии I-го: Тезисы докладов. М.; 1992. 11-12.

7. Лопаткин Н.А., Симонов В.Я., Мартов А.Г. и др. Дистанционная ударно-волновая нефруретеролитотрипсия в амбулаторных условиях. В кн.: Сборник научных трудов «Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия». М.: 1992. 124-127.

8. Авдейчук Ю.И., Гарилевич Б.А. Показания к амбулаторной дистанционной литотрипсии. В кн.: Материалы научно-практической конференции. «Актуальные вопросы совершенствования

амбулаторно-поликлинической помощи у летного состава ВВС МО РФ». М.: 1994. 6-7.

9. Авдошин В.П., Андрюхин М.И., Ширишов В.П. Оценка повреждающего действия ДУВЛ на канальцевый аппарат почки. В кн.: Материалы Пленума правления Российского общества уролога (Сочи, 28-30 апреля 2003 г.) М.; 2003. 45.

10. Гулямов С., Александров В.П., Алешин Р.Р. и др. Профилактика осложнений дистанционной ударно-волновой литотрипсии. В кн.: Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003 г.) М.; 2003. 117-118.

Поступило 20.09.2016г.

УДК: 616.33-006.6-089

**ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ EMR (ENDOSCOPY MUCOSAL RESECTION) ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ И ESD (ENDOSCOPY SUBMUCOSAL DISSECTION) ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИСЕКЦИИ**  
ТУСУПБАЕВ А.И.

Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК,  
г. Астана, Казахстан

**Аннотация:** В публикации отражен опыт и знания, приобретенные автором во время курса повышения квалификации на тему «Эндоскопическая подслизистая хирургия, эндоскопическая резекция слизистой, эндоскопическая подслизистая диссекция» в университетской клинике Чунг Анг, Южная Корея.

**Ключевые слова:** рак органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопические операции.

**Түйіндемe.** EMR (ENDOSCOPY MUCOSAL RESECTION) СІЛЕМЕЙЛІ ESD (ENDOSCOPY SUBMUCOSAL DISSECTION) ЖӘНЕ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ РЕЗЕКЦИЯ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ СІЛЕМЕЙҚАБЫҚАСТЫ ДИСЕКЦИЯСЫН ОРЫНДАУ ТӘЖІРИБЕСІ. Түсіпбаев А.И. Жарияланымда Чунг Анг университеттік клиникасында, Оңтүстік Корея, «Эндоскопиялық сілемейқабықасты хирургия, сілемейлінің эндоскопиялық резекциясы, эндоскопиялық сілемейқабықасты диссекция» тақырыбына біліктілікті арттыру курсы кезінде автор жинақтаған тәжірибе мен білім көрсетілген.

**Түйін сөздер:** асқазан-ішек жолдары ағзаларының обыры, эндоскопиялық операциялар.

**Summary.** EXPERIENCE OF PERFORMANCE OF ENDOSCOPY MUCOSAL RESECTION, ENDOSCOPY SUBMUCOSAL DISSECTION AND ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION AFTER THE TRAINING PROVIDED IN GASTROENTEROLOGY CLINIC OF THE UNIVERSITY «CHUNG-ANG», SEOUL, REPUBLIC OF SOUTH KOREA. Tusupbayev A. The publication reflects the experience and knowledge gained by the author during a refresher course on “Endoscopic submucosal surgery, endoscopic mucosal resection, endoscopic submucosal dissection” in the Chung Ang University Hospital, Korea.

**Keywords:** cancer of the gastrointestinal tract, endoscopic surgery.

## ВВЕДЕНИЕ

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) является одной из самых частых локализаций онкологической патологии. Так, например, рак желудка занимает 4-е место в мире среди злокачественных заболеваний и имеет очень высокий показатель смертности (более 700,000 человек в год) - второй в структуре онкологической смертности после рака легких. В Казахстане рак желудка стабильно занимает второе место в структуре онкологических заболеваний (15,8 % у мужчин и 12,4 % у женщин), что делает его не только медицинской, но и социальной проблемой. Не менее серьезной проблемой является злокачественная патология пищевода и толстого кишечника.

В настоящее время высокая актуальность лечения онкологических заболеваний пищевода, желудка и толстого кишечника обусловлена появлением малоинвазивных и высокоэффективных методов лечения раннего рака данной локализации.

Эндоскопические оперативные вмешательства при доброкачественных и злокачественных новообразованиях пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки - являются высокоэффективным малоинвазивным методом лечения. Неоспоримым преимуществом эндоскопических вмешательств для пациента является малотравматичный характер операции, ведь доступ к патологическим образованиям в желудке или кишечнике врач осуществляет через естественные отверстия с помощью эндоскопа, не нарушая целостность тканей (без разрезов).

Цель обучения: внедрить в лечебную практику эндоскопическое лечение ранних форм онкологической патологии желудочно-кишечного тракта, с использованием нового современного эндоскопического оборудования и инструментария. Провести лечение на ранних этапах развития онкологической патологии.

Обучение проводилось по программе медицинского центра УДП РК. В течении обучения были рассмотрены принципы организации работы в гастроэнтерологическом центре клиники университета «Chung-Ang», в том числе стандарты и протоколы JCI, организация практической и академической деятельности врачей, различные аспекты работы старших врачей (участие в эндоскопической диагностике и т.д.). Рассмотрены принципы организации эндоскопической службы на всех ее этапах. Также, ознакомлен принципами организации

обработки эндоскопического оборудования и многоразового инструментария.

Результаты стажировки: для выявления ранних форм рака желудочно-кишечного тракта в отделении используется современная эндоскопическая видеоборудование экспертного класса с качеством HD изображения и возможностью осмотра в узко спектральном NBI режиме, так же выполняется хромоскопия раствором индигокармина для определения размеров и границ участков патологии.

Показания к резекции слизистой: диспластические образования, малигнизированные полипы и ранние формы рака желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, толстая кишка);

Противопоказания: аналогичны как при эндоскопических исследованиях и ограничением глубины инвазии процесса по данным эндоскопического исследования слизистой оболочки.

Предварительно проводятся основные диагностические мероприятия:

диагностическая эзофагогастродуоденоскопия;

- тотальная видеокколоноскопия;
- эндоскопическая щипковая биопсия;
- эндоскопическая для определения глубины инвазии онкологического процесса;
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ);
- коагулограмма;
- общий анализ мочи;
- группа крови;
- резус фактор;
- кал на яйца глист;
- НВсAg вируса гепатита В в сыворотке крови методом ИФА;
- анализ крови на ВИЧ методом ИФА;
- электрокардиография.
- Дополнительные диагностические обследования:
- эхокардиография;
- рентгенография органов грудной клетки.
- Техника выполнения:

Операция проводится под внутривенным наркозом, не вызывающем сильных побочных эффектов у пациента, и занимает в среднем от 1,5 до 3-х часов, в зависимости от размера и локализации опухоли.

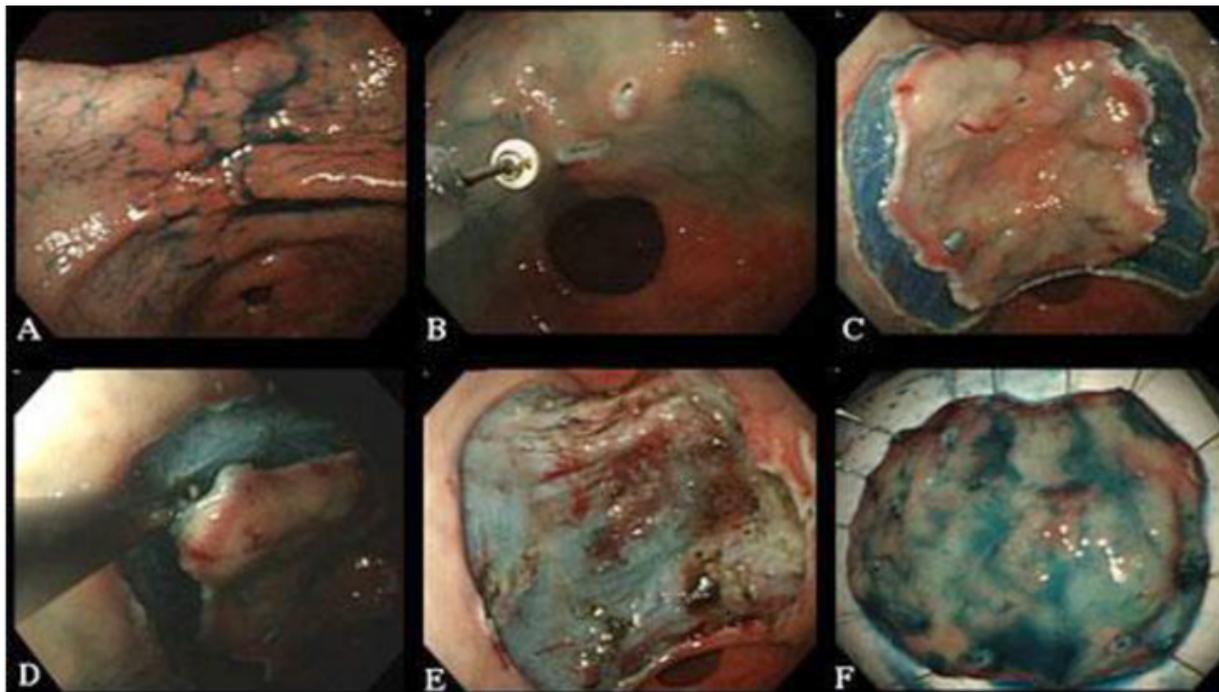


Рисунок 1 - А- эндоскопическое фото патологического очага (окраска индигокармином); В - маркировка краев резекции. Применение ножа с керамическим наконечником (IT-knife; от Intra Tumor). С- отдаление линии резекции от опухоли – более 0,5-0,7 см; D - рассечение слизистой оболочки; этап диссекции подслизистого слоя;Е - вид пострезекционной язвы желудка. F- дно язвы – мышечный слой стенки желудка (срок заживления 1,0-1,5 месяца);

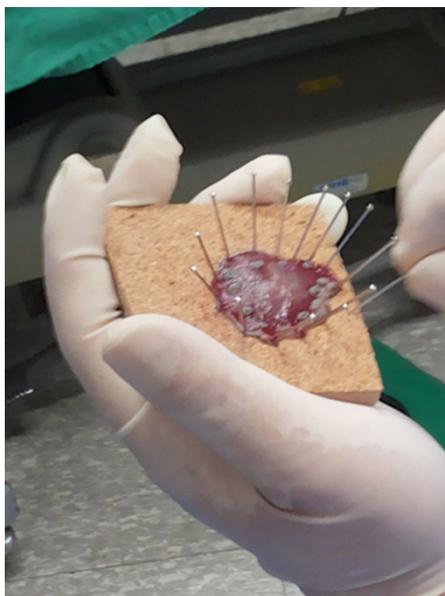


Рисунок 2 - Удаленный препарат (резецированный участок слизистой оболочки).

Средняя длительность нахождения в клинике при выполнении такой операции составляет 5-7 дней.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пройденная зарубежная стажировка позволила расширить круг показаний для эндоскопического лечения ранних форм онкологии, перенять опыт техники выполнения и принципы дальней-

шего послеоперационного ведения пациентов.

Кроме очевидных преимуществ для пациента, есть ряд не менее важных вещей: эндоскопические оперативные методики позволяют тщательно удалить опухоль в пределах здоровых тканей, с проведением дальнейшего подробного гистологического исследования, которое точно даст ответ на вопрос о характере новообразования и радикаль-

ность вмешательства (т.е. удаление новообразования полностью).

Это наиболее эффективное оперативное вмешательство при дисплазии, метаплазии, полипах, аденомах, ранних стадиях рака пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки.

Таким образом, данная методика часто позволяет полностью излечить рак за короткое время, в

случае его обнаружения на ранней стадии.

В нашей клинике есть все необходимое и условия для выполнения этого метода лечения. За половину июля этого года выполнено 6 пациентам нашей клиники резекция слизистой желудка, что составило на сумму - 480 тыс тг.

Составлен акт внедрения.

Поступило 20.09.2016г.

УДК: 616.24

## ЛЕЧЕНИЕ ХОБЛ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИЕЙ ЛЕГКИХ

АБЖАНОВА А.Е.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан,  
г. Астана, Казахстан

**Аннотация:** В публикации отражен опыт и знания в применении неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) в лечении ХОБЛ, приобретенные автором во время курса повышения квалификации в университетской клинике Чунг Анг, Южная Корея.

Возникающая аноксии у пациентов с острым респираторным синдромом очень часто улучшается особенно во время сна. При формировании эффективных алгоритмов коррекции огромная роль будет отводиться дыхательным стимулянтам и чрезмасочной НВЛ.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, неинвазивная вентиляция легких

**Түйіндемe:** ӨСОА-ЫН ӨКПЕГЕ ИНВАЗИЯЛЫ ЕМЕС ЖЕЛДЕТУДІ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ. Әбжанова А.Е. Жарияланымда Чунг Анг университеттік клиникасында, Оңтүстік Корея, біліктілікті арттыру курсы кезінде автор үйренген, ӨСОА емдеу жағдайында өкпеге инвазиялы емес желдетуді (ӨИЕЖ) қолдануда жинаған тәжірибесі мен білімі берілген.

ӨСОА бар пациенттерде ауыспалы гипоксемия ұйқы кезінде аса жиі дамиды. Түзетудің тиімді алгоритмдерін құрастырған кезде дем алу стимулянттарына және маска арқылы ӨИЕЖ ( өкпенің инвазиялық емес желдетуі) үлкен рөл бөлінетіндігі анық.

**Түйін сөздер:** ӨСОА, өкпені инвазиялы емес желдету

**Summary:** TREATMENT HOBL UNINVASIVE VENTILATION LUNGS. Abzhanova A. E. The publication reflects the experience and knowledge of lung non-invasive ventilation gained by the author during a refresher course provided in the Chung Ang University Hospital, Korea.

The occurring of anoximia in patients with acute respiratory syndrome, it gets improved very often especially during the sleep. It is obvious that the establishing of the patterns of corrections will play a critical role in breathing stimulation of overexposed NIV.

**Key words:** COPD, lung non-invasive ventilation

### ВВЕДЕНИЕ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - прогрессирующее заболевание с не полностью обратимой бронхиальной обструкцией, возникающее под воздействием различных факторов (главным из которых является курение). По данным ряда недавно выполненных исследований, распространенность ХОБЛ в мире у людей старше 40 лет составляет 10,1% (11,8% у мужчин и 8,5% у женщин) [1]. ХОБЛ является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, это обусловлено не только широкой распростра-

ненностью заболевания, но и высоким риском серьезных осложнений, которые приводят к инвалидизации и смертности, в том числе, среди трудоспособного населения.

Одним из наиболее тяжелых осложнений ХОБЛ является дыхательная недостаточность (ДН). ДН развивается на поздних (терминальных) стадиях ХОБЛ, и главным признаком ДН является развитие гипоксемии, т.е. снижения содержания кислорода в артериальной крови. ДН занимает ведущее место среди всех причин смерти больных ХОБЛ. По данным нескольких крупных про-

спективных исследований, в которых проводилось длительное наблюдение за больными ХОБЛ (средний объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составлял 50%), именно ДН опережала все другие причины смерти больных тяжелой ХОБЛ [2].

Основные показатели гипоксемии - снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (PaO<sub>2</sub>) и снижение насыщения кислородом артериальной крови (SaO<sub>2</sub>) - являются важными маркерами неблагоприятного прогноза больных ХОБЛ. Гиперкапния (т.е. повышение PaCO<sub>2</sub> более 45 мм рт.ст.) является маркером снижения вентиляционного резерва при терминальных стадиях легочных заболеваний и также является отрицательным прогностическим фактором для больных ХОБЛ.

У многих больных ХОБЛ, кислородотерапия может приводить к нарастанию гиперкапнии, особенно во время сна. Дисфункция дыхательной мускулатуры в сочетании с высокой резистивной, эластичной и пороговой нагрузкой на аппарат дыхания еще более усугубляет гиперкапнию у больных ХОБЛ, таким образом, развивается «порочный цикл», разорвать который может только проведение респираторной поддержки (вентиляции легких).

В течение двух последних десятилетий для терапии как острой, так и хронической ДН у больных ХОБЛ широко используется неинвазивная вентиляция легких (НВЛ) - респираторная поддержка без установки искусственных дыхательных путей [3]. Во время НВЛ взаимосвязь пациент-респиратор осуществляется при помощи носовых или лицевых масок. НВЛ, по сравнению с кислородотерапией, обладает потенциальными преимуществами у больных с терминальными стадиями ХОБЛ:

- позволяет осуществлять контроль PaCO<sub>2</sub> и уменьшить выраженность респираторного ацидоза;
- снижает нагрузку на дыхательную мускулатуру;
- улучшает качество жизни больных;
- снижает летальность больных

Нарушения механики дыхания при ХОБЛ

Патологические изменения механики дыхания при ХОБЛ приводят к опасным для жизни вентиляционным нарушениям. Главной характеристикой этих нарушений является ограничение экспираторного воздушного потока, воздушная

ловушка и легочная гиперинфляция, которые могут вызывать неблагоприятные последствия, которые описаны ниже. Эти же нарушения механики дыхания имеют важное значение для подбора режимов респираторной поддержки у больных ХОБЛ, в том числе и настройки режимов НВЛ.

Для проведения НВЛ могут использоваться режимы, контролируемые по объему (volume-targeted ventilation - VTV), и режимы, контролируемые по давлению (pressure-targeted ventilation - PTV).

В нескольких исследованиях было показано, что оба типа режимов способны значительно улучшить показатели газообмена, дыхательный паттерн и обеспечить парциальную разгрузку дыхательной мускулатуры [4].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преходящая гипоксемия у пациентов с ХОБЛ развивается наиболее часто в период сна, в особенности во время REM (Rapid Eye Movements) – сна.

У части пациентов с ХОБЛ наблюдается «синдром перекреста», поэтому каждый больной ХОБЛ с анамнестическими данными о возможности развития обструктивного апноэ сна должен быть подвергнут развернутому полисомнографическому исследованию. Пациентам с верифицированным обструктивным апноэ сна следует проводить НВЛ в режиме CPAP (Continuous positive Airway Pressure) или IPPV (Intermittent Positive Pressure Ventilation).

Длительная оксигенотерапия является «золотым стандартом» для больных ХОБЛ с выраженной дневной и ночной гипоксемией.

### ЛИТЕРАТУРА

1. С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймаканова. Подбор режимов неинвазивной вентиляции легких у больных с ХОБЛ // ФГУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России. 2011 с. 2-10.
2. С.Л.Бабак, Л.А.Голубева, М.В. Горбунова. Дыхательные расстройства и нарушения сна // Атмосфера. Москва. 2010 г. с.103-119.
3. Boysen P.C., block A.J., Wynne J.W. Nocturnal pulmonaryhypertension in patients with chronic obstructive sleep apnea syndrome// Chest/1979.V.76.P.536-542.
4. Douglas N.J. Breathing during sleep in patients with respiratory disease//obstructive Sleep Apnea Syndrome in Guilleminault / Ed. by M. Partinen . N.Y. Raven Press, 1990.P. 37-48.

Поступило 22.09.2016г.

УДК: 616.12-07

## РОЛЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

ТУРГУМБАЕВА Ж.К.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан,  
г. Астана, Казахстан

**Аннотация:** в публикации отражены возможности ХМЭКГ в интерпретации вариабельности сердечного ритма у пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы как наиболее актуальное направление в кардиологии на сегодняшний день.

**Ключевые слова:** ХМЭКГ, вариабельность сердечного ритма, симпатическая и парасимпатическая отделы вегетативной нервной системы, острый инфаркт миокарда

**Түйіндемe:** ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫНЫҢ ВАРИАБЕЛЬДІЛІГІН ТҮСІНДІРУДЕ ЭКГ ХОЛТЕРОВТЫҚ МОНИТОРЛАУ РОЛІ. Тұрғымбаева Ж.К. Жарияланымда жүрек-тамырлық жүйенің түрлі аурулары бар пациенттерге жүрек ырғағының түрленгіштігін түсіндіруде ЭКГХМ мүмкіндіктері бүгінгі күні кардиологиядағы анағұрлым актуальды бағыт ретінде көрсетілген.

**Түйін сөздер:** ЭКГХМ, жүрек ырғағының түрленгіштігі, вегетативті нерв жүйесінің симпатикалық және парасимпатикалық бөліктері, миокардтың жіті инфаркті

**Summary:** THE ROLE OF HOLTER ECG IN INTERPRETATION OF HEART RATE VARIABILITY. Turgumbaeva Zh. The publication reflects the possibility holter ECG in interpretation of heart rate variability in patients with various diseases of the cardiovascular system as the most current trend in cardiology today.

**Keywords:** HEKG, heart rate variability, sympathetic and parasympathetic divisions of the autonomic nervous system, acute myocardial infarction

### ВВЕДЕНИЕ

Анализ ВСР является методом оценки механизмов регуляции физиологических функций в организме человека [1,4]. Речь идет прежде всего об оценке общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [1,5].

Метод основан на распознавании и измерении временных интервалов между R- зубцами электрокардиограммы, построении динамических рядов кардиоинтервалов и последующем анализе полученных числовых рядов различными математическими методами [3].

Вариабельность сердечного ритма отражает степень напряжения регуляторных систем в ответ на любое стрессорное воздействие. Таким образом, ритм сердца является отражением интегративного взаимодействия проводящей системы сердца, вегетативной нервной системы, центральной нервной системы и регулирующих гуморальных влияний.

Система регуляции синусового узла представлена в виде взаимосвязанных двух уровней - центрального (контур симпатической регуляции)

и автономного (контур парасимпатической регуляции).

В большинстве случаев у молодых здоровых людей имеется относительное преобладание парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы. В возрасте 35 - 40 лет начинается возрастная дегенерация и уменьшение чувствительности обоих рецепторов, в результате чего мы нередко видим молодых гипертоников с тенденцией к синусовой тахикардии, что является отражением преобладающего влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы. В такой ситуации обычно не возникает вопросов с тактикой ведения пациента и ему назначаются б- блокаторы. Более серьезный вопрос- насколько значимым является конституционное преобладание тонуса одного из отделов вегетативной нервной системы («ваготоники», «симпатикотоники»). Конституционально высокий симпатический тонус вегетативной нервной системы может быть реализован в различные патологические состояния и заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, синкопальные состояния различного генеза).

Особенности вегетативного статуса человека не является болезнью, но при определенных условиях могут реализоваться в различные пато-

логические состояния [1]. Таким образом, лица с вегетативным дисбалансом составляют соответствующие группы риска и требуют динамического наблюдения.

Статистические характеристики динамического ряда кардиоинтервалов включают достаточно большое количество показателей, из которых наиболее часто используются: SDNN - общий показатель variability сердечного ритма (стандартное отклонение всех NN - интервалов), rMSSD - показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции (среднеквадратичная разница соседних интервалов R-R), pNN50 (% соседних интервалов, отличающихся более чем на 50 мсек).

По данным исследований [2] пациенты, выжившие после острого инфаркта миокарда находятся в группе высокого риска внезапной смерти в течение первого года.

Оценку проводят на ранней стадии острого инфаркта миокарда (через 2-3 дня), на 3-4 неделе перед выпиской, а также через год после острого инфаркта миокарда.

В первые дни после острого инфаркта миокарда значительно снижается удельный вес высокочастотных волн, количественным выражением которых являются - rMSSD и pNN50. Снижение этих показателей указывает на «избыточную концентрацию» ритма и отражает снижение вагусных интервенций R-R. Пик снижения rMSSD и pNN50 приходится на 3-4 неделю от момента развития острого инфаркта миокарда. Нормализация этих

показателей наступает в сроки от 6 до 12 месяцев что момента острого инфаркта миокарда. Определение этих параметров прогнозируют смертность от острого инфаркта миокарда.

Низкая ВРС является маркером многих патологических состояний, увеличивающим риск смерти. Предложены крайние значения, выход за границы которых сопряжен с плохим прогнозом и высоким риском смерти у больных с кардиоваскулярной патологией - SDNN < 50 мсек, rMSSD < 15 мсек.

Современные холтеровские системы проводят оценку variability ритма и выводят ее табличные значения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аксельрод А. С., Чомахидзе П.Ш., Сыркин А. Л. Холтеровское мониторирование ЭКГ: возможности, трудности, ошибки - 2-е издание, 2010.- 152 с.
2. Благодир Б. В. Функциональная диагностика - 2016.- 150 с.
3. Баевский Р. М., Кириллов О. И, Клецкин С. 3. Математический анализ изменений сердечного ритма при встрече - 1984.- 219 с.
4. Макаров Л. М. Особенности использования анализа variability ритма сердца у больных с болезнями сердца// Физиология человека- 2002.- Т. 28- с. 56-62.
5. Рябыкина Г.В., Соболев А. В. Variability ритма сердца.- 1998- 200 с.

Поступило 04.10.2016г.

УДК 616.3+616-089+617.5

## РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В УРГЕНТНОЙ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ТУРСУНОВ Ж.Т., ДЖАМАЛОВ С.И., НИЯЗОВ З.К. Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

**Аннотация.** С целью выявления причин, приводящих к неудовлетворительным результатам оперативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, проанализированы случаи релапаротомий после операций на желудке при язвенной болезни. Из 68 операций при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки выполнено 9 (13,2%) релапаротомий. Отмечено 2 (2,9%) летального исхода. Пути снижения частоты релапаротомий после вмешательств по поводу осложнений язвенной болезни видится в адекватной подготовке больных к первой операции, тщательном техническом её осуществлении, в комплексной профилактике её осложнений. Не маловажное значение имеет также ранняя диагностика возникших осложнений и их своевременное радикальное устранение.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, оперативная лече- ния, осложнения, релапаротомия.

**Түйіндеме.** УРГЕНТТІ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬДЫ ХИРУРГИЯДАҒЫ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙ- ІНГІ ЕРТЕ АСҚЫНУЛАР КЕЗІНДЕГІ РЕЛАПАРОТОМИЯ. Турсунов Ж.Т., Джамалов С.И., Ниязов З.К. Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасының асқынуларын операциялық жолмен емдегенде қанағаттанарлықсыз нәтижелерге әкелетін себептерді анықтау мақсатымен асқазанның ойық жара- сы кезінде операциядан кейінгі релапаротомия жағдайларына талдау жасалды. Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасына жасалған 68 операцияның 9-на (13,2%) релапаротомия жасалған. Оның ішінде 2-уі (2,9%) өлім жағдайына әкелді. Ойық жараның асқынуы бойынша хирургиялық арала- судан кейін релапаротомия жиілігін азайту жолдарына науқастарды бірінші операцияға адекватты дайындау, оны техникалық тыңғылықты жүзеге асыру, асқынулардың кешенді профилактикасын жасау жатады. Пайда болған асқынуларға ерте диагностика жасадыну және оларды өз уақытында радикальды жоюдың маңызы зор.

**Түйін сөздер:** асқазанның және он екі елі ішектің ойық жарасы, оперативті емдеу, асқынулар, релапаротомия.

**Summary.** RELAPAROTOMY IN EARLY POST-OPERATIVE COMPLICATIONS IN URGENT GASTRO-DUODENAL SURGERY. Tursunov Z.T., Jamalov S., Niyazov Z.K. In order to identify the causes that lead to unsatisfactory results of surgical treatment of complications of gastric ulcer and duodenal ulcers, analyzed cases relaparotomies after operations on the stomach with ulcers. Of the 68 transactions in gastric ulcer and duodenal ulcer passed 9 (13.2%) relaparotomies. Marked 2 (2.9%) death. Ways to reduce the frequency relaparotomies after surgery for peptic ulcer disease complications seen in patients with adequate training to the first step, a thorough technical its implementation, comprehensive prevention of its complications. Not least also important early diagnosis of complications and timely elimination of the radical.

**Keywords:** gastric ulcer and duodenal ulcer, operative treatment, complications, relaparotomy.

## ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь является одной из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. Хирургические вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относятся к числу наиболее распространенных вмешательств в абдоминальной хирургии и одной из актуальных проблем остаётся улучшение непосредственных результатов этих операций [1, 2]. Летальность при осложненных формах язвенной болезни желудка и ДПК составляет 2,7–17,0% [3]. Такая высокая летальность во многом обусловлена развитием внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде [4, 5]. И часто при возникновении послеоперационных осложнений в раннем периоде требуется выполнение релапаротомии, без которой нельзя рассчитывать на благоприятный исход [6]. Послеоперационный перитонит является самым частым осложнением операций на желудке и ДПК. Основными источниками послеоперационного перитонита являются несостоятельность швов анастомоза, культы ДПК и ушитой язвы. Среди прочих источников послеоперационного перитонита можно выделить послеоперационный панкреатит и абсцесс брюшной полости [4,5]. Не менее грозным послеопераци-

онным осложнением, требующих релапаротомии, является кровотечение, и основными причинами кровотечений после операций на органах брюшной полости являются технические трудности во время операции и врачебные ошибки [7]. Общая частота релапаротомий после операций на желудке колеблется от 11,4 до 31,9% случаев. При этом необходимость в релапаротомии может возникнуть после любого, даже технически безупречно выполненного оперативного вмешательства [6, 7].

Цель исследования: выявление причин послеоперационных внутрибрюшных осложнений, требующих выполнения релапаротомий при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и ДПК.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

нами изучены результаты лечения 68 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении РКБ-1 за период с 2009 по 2015 год. За это время на желудке по экстренным показаниям было выполнено 68 операций по поводу осложненной язвенной болезни желудка и ДПК: резекция 2/3 желудка (РЖ) (по способу Бильрот I или II) – 6 (8,8%), ТВ с АЭ или ГГЭ – 17 (25%), ТВ с пилоропластикой – 32 (47,1%), ушивание перфоративной язвы - 13 (19,1%) (таблица 1) .

Таким образом, число так называемых «радикальных» и «полурадикальных» вмешательств, составило 55 (80,9%) операций. В раннем послеоперационном периоде выполнено 9 (13,2%) релапаротомий. После релапаротомий умерло 2 (2,9%) пациентов.

С целью остановки кровотечения повторно

оперировано 3 больных. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта выявлено у 2 больных (в одном случае - с линии швов гастродуоденоанастомоза, в другом - рецидив после прошивания язвы). Кровотечение в брюшную полость выявлено в одном случае, причиной которого было соскальзывание лигатуры.

Таблица 1 - Характер первичных хирургических вмешательств

Название операций	abs	%
Резекция желудка (Бильрот I)	5	7,3
Резекция желудка (Бильрот II)	1	1,5
ТВ с АЭ	8	11,8
ТВ с ГГЭ	9	13,2
ТВ с пилоропластикой	32	47,1
Ушивание перфоративной язвы	13	19,1

Одной из причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения язвенной болезни желудка и ДПК является несостоятельность культи ДПК. У наших пациентов это осложнение наблюдалось в 1 случае. Анализ литературных источников свидетельствует, что несостоятельность культи ДПК возникает у 0,6–3,8% больных после резекции желудка, выполненной по методике Бильрот-II и с летальностью после этого осложнения до 30–40% [4, 6].

Причинами релапаротомий после операций на желудке при язвенной болезни у 2 пациентов был послеоперационный панкреатит и у 1 отмечалась несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза.

Еще одной из причин, потребовавших выполнение релапаротомий, была послеоперационная кишечная непроходимость. У наших больных при данном осложнении релапаротомия выполнена у 2 пациентов. Причиной послеоперационной кишечной непроходимости у этих больных явилась ранняя спаечная болезнь. Послеоперационную кишечную непроходимость выявляли на 6–12-е сутки послеоперационного периода. Показания к релапаротомии определяли в зависимости от локализации препятствия и предполагаемого генеза осложнения. Операция заключалась в устранении непроходимости, санации и дренировании брюшной полости, интубации кишечника.

**ВЫВОДЫ:**

1. Частота релапаротомий после операций при язвенной болезни желудка и ДПК составила 20,6%. Показаниями к повторным операциям на брюшной полости при данной патологии явились: кровотечение (в просвет ЖКТ или в брюшную полость), несостоятельность культи ДПК или анастомоза, послеоперационный панкреатит, ранняя спаечная кишечная непроходимость. Послеоперационная ле-

тальность составила 2,9%.

2. В экстренной хирургии язвенной болезни, при наличии соответствующих условий, предпочтение нужно отдавать «радикальным» и «полурадикальным» операциям, так как они не влияя на частоту ранних послеоперационных осложнений и показатель летальности, избавляют больных от повторных вмешательств по поводу язвенной болезни.

3. Пути улучшения результатов релапаротомий после операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК видятся в адекватной подготовке больных к первой операции, тщательном техническом ее осуществлении, в комплексной профилактике всех осложнений операции, а также ранней диагностике возникших осложнений.

*ЛИТЕРАТУРА*

1. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Хирургия*. 2001. № 1. С. 27–32.
2. Савельев В.С. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости*. М.: Три-ада-Х, 2004. 640 с.
3. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O.B. *Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study*. *Am J. Gastroenterol.* 2006. № 101 (5). P. 945–953.
4. Магрупов Б.А., Маликов Ю.Р., Амонов Г.М. *Летальность при гастродуоденальных кровотечениях*. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2007. № 1. С. 44–49.
5. Михайлов А.П., Данилов А.М. и др. *Тактика при послеоперационных внутрибрюшных и гастродуоденальных кровотечениях в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки*. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. Спб. 2006. № 3 (11). С. 88–97.

6. Цыбульская И.А. Релапаротомии после оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке. Автореферат к.м.н. Санкт-Петербург 2008. 20 с.

7. Галкин Р.А., Леценко И.Г. Релапаротомии при послеоперационных кровотечениях. В кн.: Ошибки в хирургической практике и их предупреждение. Самара. 2008. С. 350–355.

Поступило 27.09.2016г.

УДК 616-006.441

**УСТАНОВЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЛИМФОМАХ**  
**ТАБЫНБАЕВ Н.Б., ОРАЗБАЕВА Д.Р., АБСАТОВА С.Б., САРСЕБЕКОВ Е.К.**  
**АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан**

**Аннотация.** Установлено поражение различных внутренних органов брюшной полости и лимфатических узлов при лимфомах на основании использования УЗИ.

**Ключевые слова:** лимфома, поражение органов, УЗИ.

**Түйіндеме.** ЛИМФОМА КЕЗІНДЕ ӘРТҮРЛІ АҒЗАЛАРДЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫН АНЫҚТАУ. Табынбаев Н.Б., Оразбаева Д.Р., Абсатова С.Б., Сарсебеков Е.К. Лимфоманың әртүрлі ішкі ағзаларға таралуын ультрадыбыстық зерттеу ақылы анықталған.

**Түйін сөздер:** лимфома, ағзаларға таралуы, УДЗ.

**Summary.** ESTABLISHMENT OF VARIOUS BODIES LYMPHOMA. Tabynbaev N.B., Orzabayeva D.R., Absatova S.B., Sarsebekov E.K. The article evaluates the diagnostic efficacy of ultrasound study on parenchymatous organs of abdominal cavity and lymph nodes in order to clarify the extent of the process in lymphomas.

**Keywords:** lymphoma, Ultrasound diagnostics, prevalence of the process.

**ВВЕДЕНИЕ**

Лимфомы - это сложная группа лимфоидных опухолей, встречающихся во всех возрастных группах. Вероятность заболевания данной патологией с возрастом увеличивается [1].

Лимфомы представляют собой первичные опухоли лимфоидной ткани, относятся к опухолям иммунной системы и возникают, как правило, из ткани лимфатических узлов, которые делятся на две основные группы: болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), и злокачественные неходжкинские лимфомы. Среди всех лимфом болезнь Ходжкина встречается в 25—30% случаев [3].

Неходжкинские лимфомы нередко (15,0% - 35,0%) протекают с вовлечением в патологический процесс лимфатических узлов, лёгких, плевры, перикарда и других органов грудной полости.

Между тем, для их распознавания используются множество высокоинформативных методов диагностики компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ), между тем в связи с их дороговизной и недоступностью, наиболее приемлемой является ультразвуковое исследование (УЗИ).

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

изучить поражение различных внутренних органов при лимфомах на основании использования УЗИ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни пациентов с диагнозом ходжкинская злокачественная лимфома (ХЗЛ) и неходжкинская злокачественная лимфома (НХЗЛ), находившихся на стационарном лечении в АО «Научный национальный центр онкологии и трансплантологии» (АО «ННЦОиТ») за период 2013-2015гг. Возраст пациентов составил 16-69лет. Всем пациентам были проведены УЗИ печени, селезенки, поджелудочной железы, почек, надпочечников с оценкой размеров и эхо-структуры. Тщательно осмотрено забрюшинное пространство с целью выявления увеличенных лимфатических узлов, а также грудную клетку для верификации экссудативного плеврита.

Использованы следующие УЗ-критерии поражения абдоминальных лимфоузлов: локализация, количество, размеры, контуры, степень эхогенности. С помощью доплерографического метода изучены качественные характеристики кровотока в пораженных лимфоузлах: тип кровотока (центральный, периферический и смешанный) и интенсивность кровотока, определяемую по количеству цветовых локусов (интенсивный, неинтенсивный, умеренно интенсивный).

Результаты и обсуждения. При УЗИ гепатомегалия обнаружена у всех пациентов (100%).

При исследовании эхоструктуры печени выделены диффузные изменения в 20 (41,6%), очаговые изменения эхоструктуры в 8 (16,8%) и диффузно-очаговые в 20 (41,6%) случаях. Диффузные изменения печени были представлены гомогенным затемнением органа с нечеткостью печеночного рисунка. Очаговые изменения были представлены единичными и рассеянными гипоэхогенными очагами без четких контуров, а также гиперэхогенные (как участки фиброза) и анэхогенные как участки размягчения. Диффузно-очаговые изменения были представлены гипер- и гипоэхогенными очагами на фоне диффузно сниженной эхогенности.

У всех больных определялось также увеличение внутрибрюшных лимфатических узлов. При исследовании внутрибрюшных лимфатических узлов выявлено их увеличение в 100% случаев. Они располагались группами по ходу магистральных сосудов (аорта, НПВ, подвздошные сосуды), чаще образуя «пакеты» или крупные конгломераты, группировались в области ворот печени, селезенки, почек. Лимфатические узлы изображались на сканограммах как овальные или округлые образования пониженной эхогенности. В 60 % случаев они выглядели эхонегативными с четкими и ровными контурами. Капсула узлов лоцировалась как эхопозитивная полоса, которая не всегда четко выражена.

У некоторых больных (в 5%) наблюдалось очень тесное прилегание лимфатических узлов одного к другому. Крупные конгломераты имели неоднородную эхоструктуру. По наружному контуру конгломерата и между отдельными узлами можно было проследить эхопозитивную капсулу. Иногда в больших конгломератах капсула прослеживалась лишь частично либо она полностью отсутствовала. Конгломерат выглядел как опухолевидное образование с бугристой поверхностью или с участками разжижения. Дифференцировать отдельные узлы в таком конгломерате не всегда представлялось возможным. Такие крупные конгломераты, в которых трудно выделить отдельные лимфатические узлы и проследить капсулу, обычно свидетельствуют об агрессивном течении заболевания с распространением процесса на прилежащие структуры, что соответствует данным литературы [5].

Крупные конгломераты приводили к заметному смещению и сдавлению сосудов брюшной полости, желудка, кишечника, мочевого пузыря. Наблюдалась отечность конечности на стороне выраженного увеличения лимфатических узлов, располагающихся в подвздошной области, малом тазу. При лимфомах нередко обнаруживается поражение (первичное или метастатическое) других

органов и тканей, в частности, желудочно-кишечного тракта, легких и плевры, перикарда, почек, молочных желез. Наши наблюдения подтверждают данные литературы, о том, что злокачественные лимфомы желудка и кишечника составляют 0,5% всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта [2,4].

По нашим данным, сонография дала возможность более четко верифицировать опухолевое поражение кишечника. Лимфома кишечника на эхограммах представляет собой неоднородное по эхоструктуре образование различных размеров с нечеткими контурами. Образование имело гипоэхогенную периферию и эхогенный центр.

При сонографии поджелудочной железы у пациентов изменений не обнаружено, лишь с возрастом отмечалось нарастание ее эхогенности. Специфическое поражение почек не выявлено, но отмечалось увеличение их размеров. Паренхима органов характеризовалась ослаблением эхоструктуры. У больных с поражением почек сонографически вблизи органов зачастую регистрировались увеличенные лимфатические узлы.

При НХЗЛ и ХЗЛ в опухолевый процесс может вовлекаться плевра. Случаи ее первичного поражения редки, однако в ходе генерализации процесса, возникновения рецидива вероятность поражения возрастает [1,5]. С учетом этого, нами проведено 91 ультразвуковое исследование плевральных полостей. При этом характерным было скопление жидкости в плевральных полостях. Сонография с большой достоверностью позволяла обнаружить наличие жидкости в плевральных полостях. Сонографический признак плеврального выпота - свободное от эхосигналов пространство вокруг легочной ткани с обеих сторон, либо с какой-то одной стороны.

Иногда у пациентов при УЗИ брюшной полости выявлялась асцитическая жидкость, которая изображается на экране монитора в виде эхонегативной структуры. Мы наблюдали 3 пациентов с наличием свободной жидкости в брюшной полости.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Резюмируя, можно подчеркнуть, что УЗИ является информативным методом установления поражения различных внутренних органов при ХЗЛ и НХЗЛ.

При обнаружении у больного лимфатических узлов необходимо осуществлять осмотр, печени и селезенки, других органов. При этом пораженные лимфатические узлы чаще всего располагаются по ходу крупных сосудов (парааортально, паракавально, вдоль подвздошных сосудов), в воротах органов (печень, селезенка, почки). При III и IV стадий, всегда выявлялось увеличение лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Довольно часто при НХЗЛ и ХЗЛ наблюдается

вовлечение в патологический процесс печени и селезенки. При диффузных поражениях селезенки и печени экзогенность их понижается. Эхосимеотика очаговых поражений печени и селезенки идентична. Наблюдается появление очагов, обедненных эхоструктурами. Мелкие очаги чаще характеризовались гипоэхогенностью, а крупные - неоднородностью, с участками разжижения или обызвествления.

УЗИ представляет важную диагностическую информацию и при других экстраганальных локализациях лимфом, в том числе при поражениях желудочно-кишечного тракта, плевры, почек и надпочечников. Правда, поражение этих органов наблюдается реже и чаще - при длительном течении опухолевого процесса, агрессивности заболевания и развитии рецидива. Выявление при помощи УЗИ увеличенных размеров селезенки, абдоминальных лимфатических узлов указывает на необходимость продолжения химиотерапии, а нередко и на целесообразность дополнительного использования локальной лучевой терапии на пораженные лимфатические узлы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бессмельцев С.С., Абдулкадыров К.М. Ультразвуковая диагностика в гематологической пра-

ктике. - СПб, 1997. - 178 с.

2. Цыб А. Ф., Байсоголов Г.Д., Нестеренко О.В., Черных С.Г. Ультразвуковая диагностика поражения забрюшинных и абдоминальных лимфатических узлов при лимфогранулематозе // Мед. радиол. - 1986. - N7. - С. 39-45.

3. Голенков А. К., Калужский А.А., Харченко Н.В., Грищенко А.Б. Сравнительная оценка эффективности ультразвукового исследования и компьютерной томографии в диагностике неходжкинских лимфом абдоминальной и ретроперитонеальной локализации // Мед. радиол. - 1992. - N3-4. - С. 40 - 42.

4. Бессмельцев С.С. Ультразвуковое исследование печени, селезенки и лимфатических узлов у больных хроническим лимфо- и миелолейкозом // SonoaceInternational. - 2000. - Вып. 6. - С. 15 - 21.

5. Семенов И. И. Клинико-рентгенологические и эхографические проявления неходжкинских лимфом и их динамика под влиянием лечения // Автореф. дис...д-ра мед наук. - СПб, 1992. - 40 с.

6. Сукиян Г. В., Карпов А.П., Вахрушева М.В. и др. Диагностические возможности методов ультразвукового исследования лимфатических узлов и непрямой лимфосцинтиграфии при лимфопролиферативных заболеваниях // Гематол. и трансфузиол. - 1993. - N7. - С. 17 - 19.

Поступило 27.09.2016г.

УДК 612.392.84

## ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОВ, ПЕСТИЦИДОВ И ДРУГИХ ИНГИБИТОРОВ НА КАЧЕСТВО, ПИЩЕВУЮ ЦЕННОСТЬ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МОЛОКА

КИЯСОВ Е.А., ГАББАСОВА Г.С., БЕЙСЕМБАЕВА А.Ж., АХМЕТОВ М.З.

Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** Статья посвящается проблемам определения количеств антибиотиков и пестицидов в сыром молоке. Метод ВЭЖХ с хроматомасс-детекцией «Agilent 1290» позволяет определить более низкую концентрацию исследуемых веществ одновременно в нескольких видах антибиотиков и пестицидов. Использование метода АОАСQuEChERS сокращает время пробоподготовки и наиболее точные результаты анализа.

**Ключевые слова:** антибиотики, пестициды, ингибирующие вещества, молоко

**Түйіндеме.** СҮТТІҢ САПАСЫНА, ТАҒАМДЫҚ ҚҰНДЫЛЫҒЫНА ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІНЕ АНТИБИОТИКТЕРДІҢ, ПЕСТИЦИДТЕРДІҢ ЖӘНЕ БАСҚА ДА ИНГИБИТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ. Қиясов Е.А., Габбасова Г.С., Бейсембаева А.Ж., Ахметов М.З. Мақала ірімшіктің, сүттің құрамындағы пестицид пен антибиотиктердің санын анықтау мәселелеріне арналады. «Agilent 1290» хроматомасс-детекциясы бар жоғары коэффициентті хроматография әдісі зерттеліп отырған заттардың бір уақытта әртүрлі антибиотиктер мен пестицидтердің ең төменгі концентрациясын анықтауға мүмкіндік береді. АОАС QuEChERS әдістері қайта даярлау уақытын азайтып, нақтырақ анализ қорытындысын жасайды.

**Түйін сөздер:** антибиотиктер, пестицидтер, енетін заттар, сүт

**Summary.** INFLUENCE ANTIBIOTICS, PESTICIDES AND OTHER INHIBITORS ON QUALITY, NUTRITIONAL VALUE AND TECHNOLOGICAL PROPERTIES OF MILK. Kiyasov E. A., Gabbasova G. S., Beisembayeva A. Zh., Akhmetov M. Z. The article is devoted to the problems of determining the quantities of antibiotics and pesticides in raw milk. The HPLC-Method with GC detection «Agilent 1290» allows to determine low concentration of analytes simultaneously in several types of pesticides and antibiotics. Using the method of AOAC QuEChERS reduces the time of sample preparation and gives the most accurate analysis results.

**Keywords:** antibiotics, pesticides, ingibiruyuschie matters, milk

#### **ВВЕДЕНИЕ:**

К посторонним веществам, которые могут содержаться в молоке и оказывать отрицательное влияние на здоровье людей, относятся антибиотики, пестициды, дезинфектанты, радиоактивные вещества, микотоксины, нитраты, нитриты и другие примеси. Многие из этих веществ способствуют нарушению технологических процессов при выработке молочных продуктов, что приводит к снижению их пищевой ценности.

**Антибиотики.** Широкое использование антибиотиков в качестве лечебных и стимулирующих рост средств привело к тому, что продукты животного происхождения, в том числе молоко, нередко содержат остаточные количества этих препаратов. Растворы антибиотиков вводят непосредственно в пораженные доли молочной железы при маститах. Пастеризация молока способствует разрушению лишь 6-28% антибиотиков, содержащихся в нем. Антибиотики ухудшают санитарные качества и технологические свойства молока, искажают результаты редуцтазной пробы, завышая классность молока по бактериальной обсемененности. Присутствие в молоке антибиотиков подавляет развитие молочнокислых бактерий, применяемых при производстве кисломолочных и других продуктов. Антибиотики нарушают сычужное свертывание молока при производстве сыра и творога, что отрицательно сказывается на вкусе и консистенции этих продуктов. Отрицательное влияние остаточных количеств антибиотиков в молоке и молочных продуктах на здоровье людей заключается в том, что они вызывают сенсibiliзирующее действие и опасность возникновения аллергических реакций, способствуют возникновению дис-бактериоза и появлению суперинфекций, образованию резистентных штаммов патогенных микроорганизмов и снижению терапевтической эффективности антибиотиков. Остаточные количества антибиотиков, содержащиеся в молоке и молочных продуктах, могут вызвать токсическое, тератогенное и мутагенное действие на организм человека.

**Пестициды.** В молоко пестициды попадают через корм, содержащий их остатки, или через

кожу при санитарной обработке животных против насекомых и их личинок. Остаточные количества пестицидов в молоке могут оказывать токсическое действие на организм человека, особенно детей. В связи с этим наличие абсолютного большинства пестицидов в молоке не допускается.

Уровень содержания хлорорганических пестицидов (гексахлоран, гамма-изомер ГХЦГ, ДДТ и его метаболиты) не должен превышать 0,05 мг/л. Моющие и дезинфицирующие вещества. Они попадают в молоко при недостаточно тщательном прополаскивании водой доильных установок и оборудования после применения этих средств. Остаточные количества их в молоке вызывают нарушение процессов сквашивания при производстве кисломолочных продуктов и сыра. Особенно опасны вещества, содержащие сульфонал, активный хлор, йод, четырехзамещенные соединения аммония.

**Микотоксины.** При поражении кормов микроскопическими грибами в них накапливаются микотоксины. Скармливание заплесневелых кормов лактирующим животным может привести к их отравлению и выделению микотоксинов с молоком. К числу наиболее изученных относятся афлатоксины, обладающие сильным канцерогенным действием. Синтезируются они грибами *Asp. flavus* и *Asp. parasiticus*. При пастеризации молока количество их снижается незначительно. К числу посторонних примесей, содержащихся в молоке, относятся также тяжелые металлы (свинец, ртуть, кадмий), мышьяк, загрязнение которыми чаще происходит эндогенно, 3,4-бензпирен, находящийся в дыме, выхлопных газах автомобилей, а также бактериальные и растительные токсины.

Появление ингибирующих веществ в молоке может быть и не случайным. Сода – (для снижения кислотности- менее 14<sup>0</sup>T). Нейтрализуя молочную кислоту, способствует разрушению витамина С. Такое молоко не пригодно в пищу.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:**

Наличие соды анализировали в семи проб молока согласно ГОСТу, так же параллельно исследовали на экспресс приборе «Premi Test». Тест-

система состоит из ампул, содержащих твердую агаровую среду, стандартизированное количество спор *Bacillus stearothermophilus* var. *Celidolactis* и питательные вещества, необходимые бактериям для роста.

1. Простоквашино 2,5%, Россия;
2. Милоко, 3,2 %, Алматинская обл.;
3. Чудо коктейль, Россия;
4. Доброе утро, 3,2%, Кокшетауская обл., г.Зеренда;
5. Новый день, 3,2%, г.Кустанай;
6. Вкусное, 3,2%, г.Павлодар;
7. Фуд Мастер, 2,5%, г.Астана

Из семи проб в пробах под № 4,5,6,7 появилось зеленое окрашивание, что указывает на наличие соды.

Разные антибиотики обладают различным аллергическим, токсическим действием и характером влияния на микрофлору. Существует специфичность в чувствительности различных микроорганизмов к действию одного и того же антибиотика, что необходимо учитывать при подборе производственно-ценных культур в составе заквасок для молочных продуктов.

Например, пенициллин обладает самой высокой антигенной активностью. По данным международной медицинской фармакологии (ММФ), аллергическая реакция на пенициллин свойственна 1-5 % людей. Аллергическую реакцию по отношению к другим антибиотикам наблюдают лишь изредка. В то же время пенициллин практически не токсичен, а стрептомицин, тетрациклин и, прежде всего, хлорамфеникол, токсичны. Стрептомицин оказывает токсичное действие на центральную и периферическую нервную систему. Тетрациклин вызывает изменение состава крови, повреждение

паренхимы печени и токсикоз нервной системы. Все антибиотики обладают иммунодепрессивным действием. Отрицательное действие различных антибиотиков на микрофлору проявляется в разной степени в изменении ее состава или в появлении у микробов резистентности к ним.

Наиболее чувствительным и высокоточным подтверждающих методом контроля антибиотиков, пестицидов в молоке и молочной продукции является метод ВЭЖХ с хроматомасс-детекцией «Agilent 1290».

Экстракцию анализируемых веществ из молока проводили с использованием метода АОАС QuEChERS. Аликвоту гомогенизированного образца объемом 10 мл поместили в центрифужную пробирку на 50 мл, после перемешивания в каждую пробирку добавили 10 мл ацетонитрила и содержимое упаковки солей способствующих экстракции Agilent Bond Elut QuEChERS AOAS. Пробирки с образцами закрыли, встряхнули, центрифугируем в течение 5 мин.

Для очистки, 8 мл супернатанта поместили в пробирку Agilent Bond Elut QuEChERS, закрыли и центрифугировали в течение 5 минут.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ:**

Метод пробоподготовки с использованием АОАС QuEChERS, занимает 15 минут с небольшими затратами реактивов и с высокой очисткой образца. По сравнению с другими методами данный метод основан на расчете выхода пика по ион массе, что позволяет точно определить данное вещество. Так, например для увеличения срока хранения в молочной продукции используют сухой порошок заменитель молока, но данной методикой рассчитывается каждый пик по ион- массе, что и определяет точное вещество.

Таблица 1 - Значения масс ионов-предшественников и ионов-фрагментов

Антибиотик тетрациклиновой группы	Ион-предшественник, m/z*	Ионы-фрагменты, m/z*
Тетрациклин	445,1	410,0 427,1
Окситетрациклин	461,1	426,1 444,2
Доксициклин	445,1	428,0 410,0
Хлортетрациклин	479,1	444,1 462,1
Демеклоциклин	465,1	448,1 430,1

\* m/z - отношение массы иона к его заряду.

Более интенсивный пик (верхний в каждой строке таблицы 1) служит для определения концентрации антибиотика, второй (нижний в каждой строке таблицы 1) используется для подтверждения правильности определения. Пики ионов-фрагментов с массой 410,1 тетрациклина и доксициклина различаются по времени их

удержания в хроматографической колонке, определяемому на стадии разработки ВЭЖХ-МС/МС метода.

Данный метод позволяет определить одновременно несколько видов антибиотиков и пестицидов, что способствует более обширному анализу, сокращению времени и точность результатов.

Таблица 2 - Наименьшие пределы определения антибиотиков

Наименование антибиотика	Наименьший предел определения, Ед/г (мкг/г)*
Бензилпенициллин	0,005
Стрептомицин	0,5-1,0
Тетрациклин	0,1
Окситетрациклин	0,1
Хлортетрациклин	0,05
Эритромицин	0,05
Неомицин	0,25
Мономицин	0,25
Левомецетин	2,5
Олеандомицин	2,5
* 1 мкг активного вещества равен 1 Ед активности.	

**ВЫВОДЫ:**

Таким образом, для увеличения срока годности производители не соблюдают технического регламента в молочных продукциях и используют различные ингибирующие вещества, которые реализуют в торговых центрах, что может привести к различным расстройствам органов пищеварения.

Из многочисленных методик определения антибиотиков и пестицидов, метод ВЭЖХ с хроматомасс-детекцией «Agilent 1290» методом пробоподготовки АОАС QuEChERS является одним из наиболее эффективным, чувствительным и специфичным, что прекрасно подходит для установления соответствия предельно допустимых концентраций, установленных в большинстве стран.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Егоров, Н.С. «Основы учения об антибиотиках». - М.: Высшая школа-1979г.-455с.  
 2. Молоко и молочная продукция. Определение

содержания консервантов и красителей методом высокоэффективной жидкостной хроматографии: ГОСТ 31504-2012-М.: Стандартиформ, 2013г.-11с.

3. Продукты пищевые. Продовольственное сырье. Метод определения остаточного содержания антибиотиков тетрациклиновой группы с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектором: ГОСТ 31694-2012-М.: Стандартиформ, 2013г.-21с.

4. Castro-Puyana, M.Grego, and Marina «Electrophoresis»-журнал «Электрофорез»-2008г.-274с.

5. Игнатенко, А.В. «Методы определения остаточных количеств антибиотиков и ингибирующих веществ в молоке». – М: Труды БГТУ. Сер.№4. Химия, технология органических веществ и биотехнология-2012г.-170-176с.

Поступило 16.08.2016г.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУ  
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
MEDICAL REHABILITATION

УДК 615.83

**САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

БЕНБЕРИН В.В., САРСЕБЕКОВ Е.К., ЖУМАТАЕВ Т.Р., ЖУМАЕВА Г.Ш.

Медицинский центр Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана  
Центр медицинских технологий и информационных систем Медицинского центра УДП РК,  
г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** В статье представлены данные о деятельности медицинских организаций Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан по санаторно-курортной реабилитации лиц пожилого возраста.

**Ключевые слова:** пожилые люди, реабилитационные услуги, прикрепленный контингент

**Түйіндеме.** ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІ САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ ОҢАЛТУ. Бенберин В.В., Сәрсебеков Е.К., Жұматаев Т.Р., Жұмаева Г.Ш. Мақалада Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының медициналық ұйымдарының тіркелген құрамындағы егде жастағы адамдарға санаториялық-курорттық оңалту бойынша қызметі туралы мәліметтер берілген.

**Түйін сөздер:** егде адамдар, оңалту қызметтері, тіркелген құрам

**Summary.** SANATORIUM REHABILITATION ELDERLY IN THE MEDICAL CENTER OF PRESIDENT'S AFFAIRS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. Benberin V.V., Sarsebekov E.K., Zhumatayev T.R., Zhumayeva G.Sh. The article presents data on the activities of health care organizations in Medical Centre of the President's Affairs of the Republic of Kazakhstan the sanatorium rehabilitation.

**Keywords:** elderly, rehabilitation services, fixed contingent

Согласно 11 Рекомендации ООН, пожилые люди должны иметь доступ к медицинскому обслуживанию, позволяющему им поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень психического и эмоционального благополучия и поддерживать активные жизненные позиции [1].

Согласно рекомендации 2 Венского международного плана по проблемам старения [2], забота о пожилых людях должна выходить за пределы того, что связано с ориентацией на болезни и предполагает обеспечение их общего благосостояния, принимая во внимание взаимосвязь физических, психических, социальных, духовных факторов, а также факторов окружающей среды. Поэтому забота о здоровье должна включать медицинский и социальный секторы. Усилия в области здравоохранения, в частности, оказание первичной медико-санитарной помощи должны быть направлены на то, чтобы позволить лицам пожилого возраста, вести независимый образ жизни

ни в своей семье и общине как можно дольше.

В результате органических изменений и функциональных перемен, происходящих в организме пожилого человека, он испытывает душевный, физический дискомфорт. Существует несколько проблем, связанных со здоровьем: пожилые страдают одновременно несколькими заболеваниями; порой они болеют болезнями без ярко выраженных симптомов.

В этой связи Концепция здорового старения в Проекте Программы ООН «Программа научных исследований по проблеме старения в 21 веке» отнесена к приоритетным направлениям в стратегии развития стран - участников.

Основная помощь пожилым людям в Республике Казахстан оказывается в рамках медико-санитарной помощи в связи с тем, что врачей - гериатров, занимающийся оказанием медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста практически нет.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане по итогам 2014 года

составил 71,62 лет, что на 4 года ниже, чем в странах с аналогичным уровнем дохода.

Медицинский центр УДП РК является ведомственной службой по охране здоровья не только государственных служащих, но и тех, кто уже находится на заслуженном отдыхе, где лечение и оздоровление проводится на всех этапах оказания медицинской помощи.

Квалифицированные медицинские и реабилитационные услуги прикрепленному контингенту оказывают многопрофильные клиники Медицинского центра УДП РК - Больница Медицинского центра (г. Астана) и Центральная клиническая больница (г. Алматы).

Цель: изучение и мониторинг показате-

лей прикрепленного контингента пожилого возраста в системе Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан.

**МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

Основными источниками информации для изучения санаторно-курортной реабилитации явились данные по прикрепленным контингентам пожилого возраста в 2011-2015 гг. в разрезе структуры заболеваний и возрастного состава РГП «Больница Медицинского центра УДП РК» (БМЦ) и РГП «Центральная клиническая больница Медицинского центра УДП РК» (ЦКБ).

На 1 рисунке показан сравнительный показатель прикрепленного контингента пожилого возраста в БМЦ и ЦКБ в 2011-2015 гг.



Рисунок 1 - Сравнительные данные прикрепленного контингента пожилого возраста по клиникам Медицинского центра УДП РК

В 2011 и 2012 годах в ЦКБ восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию получали только госслужащие. Среди госслужащих, получивших санаторную реабилитацию, контингента старше 60 лет не было.

На 2-рисунке показана структура заболеваний у лиц пожилого возраста, прошедших санаторную реабилитацию в БМЦ и ЦКБ в период с 2011г. по 2015г.

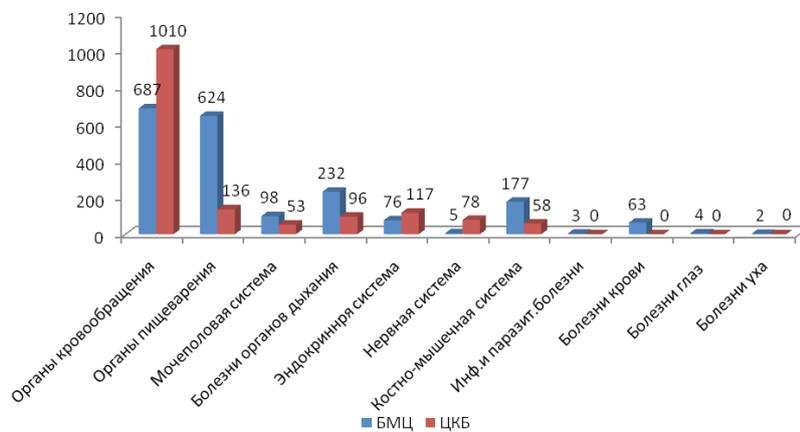


Рисунок 2 – Структура заболеваний у лиц пожилого возраста, прошедших санаторную реабилитацию

Таблица 1 – Распределение больных по старшим возрастным группам, прошедших санаторную реабилитацию в ЦКБ

Наименование классов болезней	2013			2014			2015		
	60-74	75-89	90 и старше	60-74	75-89	90 и старше	60-74	75-89	90 и старше
Болезни органов кровообращения	98	121	5	135	205	5	168	264	9
Болезни пищеварения	12	16	-	29	49	-	12	18	-
Болезни мочеполовой системы	5	3	-	13	13	-	10	9	-
Болезни органов дыхания	8	10	-	28	20	-	17	13	-
Болезни эндокринной системы	9	15	-	13	18	-	29	33	-
Болезни нервной системы	13	15	-	8	17	-	8	17	-
Болезни костно-мышечной системы	11	6	-	12	10	-	12	7	-
Всего	156	186	5	238	332	5	256	361	9

В 2013 году среди прикрепленного контингента к ЦКБ старше 60 лет, прошедших санаторную реабилитацию преобладала болезни органов кровообращения – 64,5%. В 2014 и 2015 годах доля прошедших санаторную реабилитацию по болезням кровообращения составило соответ-

ственно 60% и 70,5%.

Больше всего за санаторной реабилитацией обращались пациенты в возрасте от 75 до 89 лет, в 2013, 2014, 2015 годах их доля составила соответственно 53%, 57,7% и 57,7%.

Таблица 2 – Распределение больных по старшим возрастным группам, прошедших санаторную реабилитацию в БМЦ

Наименование классов болезней	2011			2012			2013			2014			2015		
	60-74	75-89	90 и ст.												
Болезни органов кровообращения	17	-	-	38	-	-	133	12	1	211	22	1	239	12	1
Болезни пищеварения	14	-	-	22	-	-	113	11	-	186	17	-	254	7	-
Болезни мочеполовой системы	-	-	-	-	-	-	19	-	-	26	-	-	42	11	-
Болезни органов дыхания	6	-	-	5	-	-	55	3	-	91	4	-	66	2	-
Болезни эндокринной системы	-	-	-	-	-	-	29	2	-	21	-	-	16	8	-
Болезни нервной системы	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Болезни костно-мышечной системы	-	-	-	3	-	-	49	3	-	36	2	-	64	20	-
Инф. и паразитарные болезни	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
Болезни крови	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	-	47	9	-
Болезни глаз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-
Болезни уха	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Всего	37			68			398	31	1	587	47	1	731	69	1

В 2011-2012 годах среди прикрепленного контингента к БМЦ старше 60 лет, прошедших санаторную реабилитацию, все были болезнями органов кровообращения – 100%. В 2013-2015 годах в структуре заболеваний появились болезни пищеварения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, болезни мочеполовой системы и др.

Среди обратившихся за санаторной реабилитацией преобладали пациенты в возрасте от 60 до 74 лет. Если их в 2011-2012 годах было 100%, в 2013, 2014, 2015 годах их доля соответственно составляет 92,5%, 92,4% и 91,3%.

### **ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ**

В структурах заболевания, который обращаются прикрепленный контингент пожилого возраста за санаторной реабилитацией, преобладают заболевания органов кровообращения, не боль-

шую долю составляют болезни пищеварения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, болезни мочеполовой системы.

Учитывая возрастные особенности и структуру заболеваний контингента пожилого возраста в системе Медицинского центра, рекомендуется разрабатывать программы оздоровления и реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях.

### *ЛИТЕРАТУРА*

1. Доклад Уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан «О соблюдении прав пожилых людей в Республике Казахстан». 2014г.

2. Рекомендации 2 Венского международного плана по проблемам старения (принят в г. Вене 05.08.1982г.)

Поступило 29.09.2016г.

УДК: 616.12-008-088.6

## **АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ, АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ**

**МАРДЕНОВА С.М., ЖУМАШЕВА З.А.**

Центральная Клиническая Больница Медицинского Центра  
Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы, Казахстан

**Аннотация.** В статье представлены результаты годового диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими стентирование и аорто-коронарное шунтирование, которые были включены в программу кардиореабилитации.

**Ключевые слова:** кардиореабилитация, стентирование, коронарное шунтирование

**Түйіндеме.** АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДА СТЕНТТЕУДІ, АОРТА-КОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУДЫ БАСЫНАН ӨТКЕРГЕН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ОҢАЛТУ. Марденова С.М., Жұмашева З.А. Мақалада кардио оңалту бағдарламасына енгізілген, стенттеуді және аорта коронарлық шунттауды басынан өткерген емделушілерді бір жыл диспансерлік бақылау нәтижелері көрсетілген.

**Түйін сөздер:** кардиооңалту, стенттеу, коронарлық шунттау

**Summary:** REHABILITATION OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE WITH PRIOR STENTING, CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING, IN AN OUTPATIENT SETTING. Mardenova S., Zhumasheva Z. The article presentation of the results of the annual medical check-up of patients who underwent stenting, and coronary-artery bypass grafting coronarное that were included in the program of cardiovascular rehabilitation.

**Keywords:** cardiorehabilitation, stenting, coronary artery bypass grafting

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы обрели масштабы глобальной эпидемии, потери от которой в значительной степени можно предотвратить. Правильно проведенные мероприятия, направленные на восстановление пациентов, перенесших серьезные сердечно-сосудистые катастрофы, во многом определяют конечную медицинскую и экономическую эффективность на всех этапах оказания медицинской помощи [1]. Мета-анализ эффективности комбинированных реабилитационных программ показал, что их применение позволяет добиться снижения сердечной смертности на 20-26% в течение 1-3 летнего периода [2,3,4]. Кроме того снижается риск рецидивов несмертельных сердечных событий на 46 % [5].

Традиционными компонентами кардиореабилитации являются [6]:

1. управление факторами риска образа жизни (физическая активность, питание, вредные привычки: курение, алкоголь, а также психическое здоровье и стрессоустойчивость);
2. управление медицинскими факторами риска (контроль липидного спектра и артериального давления (АД));
3. обучение пациентов.

В современных реалиях стационарозамещающей помощи большая доля кардиореабилитационных мероприятий отводится поликлиническому звену медицинской помощи [6].

Целью исследования явилось изучение эффективности длительного амбулаторного реабилитационного лечения пациентов после стентирования или шунтирования с применением стандартного медикаментозного лечения, а также дозированной физической нагрузки, включая ходьбу, лечебную физкультуру (ЛФК), снижение веса, соблюдение диеты.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Полный комплекс кардиовосстановительных мероприятий применялся в реабилитации 20 пациентов. Большинство составили мужчины 15 (75%), женщин было 25% (абсолютное число -5). Средний возраст пациентов 60,5±5,4 лет.

Критерием включения пациентов для реабилитации являлись:

- перенесенный инфаркт миокарда со стентированием;
- ишемическая болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда со стентированием;
- ИБС без инфаркта миокарда с проведением аорто-коронарного шунтирования (АКШ);
- ИБС с перенесенным инфарктом миокарда и проведением АКШ.

Кроме того, у 63 % больных ИБС сопровождалась артериальной гипертензией, у 37% - ИБС без артериальной гипертензии (АГ).

Все пациенты, согласно стандартным рекомендациям, прошли клиническое и лабораторно-инструментальное обследование: показателей липидного спектра, коагулограммы, биохимического анализа крови, ЭКГ, ЭхоКГ, и дополнительно определялась толерантность к физической нагрузке в процессе годового наблюдения.

Программа реабилитационных мероприятий заключалась в активном наблюдении поликлинического кардиолога. Так, в первые полгода после сердечно-сосудистого события 1 раз в месяц проводился контроль динамики показателей ЭКГ, липидного спектра, коагулограммы, ЭХОКГ (фракции выброса (ФВ),  $\Delta S$ ). С целью медикаментозной блокации назначались медикаментозные препараты (бета-блокаторы, статины, антиагреганты и антикоагулянты, пациентам с артериальной гипертензией – иАПФ, сартаны), оценивалась толерантность к физической нагрузке путем определения дозированной ходьбы и частоты и интенсивности появления ангинозных болей или других проявлений стенокардии (одышка, сердцебиения и др.).

Затем данные клинического состояния и лабораторно-инструментального обследования (липидный спектр, коагулограмма) оценивались через 3, 6, 9 и 12 месяцев. Также активно мониторилось возникновение побочных эффектов лекарств, и, в зависимости от их выраженности, проводилось титрование дозы статинов и антикоагулянтов.

Пациенты старше 60 лет получали рекомендации у кардиолога поликлиники и инструктора ЛФК по дозированной ходьбе в амбулаторных условиях. Более молодые пациента (до 60 лет) посещали занятия ЛФК, где для них индивидуально с инструктором ЛФК подбирались физическая нагрузка с учетом АД, веса, сопутствующих заболеваний и исходной степени тренированности.

Здесь следует отметить, что у всех пациентов была положительная мотивация для реабилитационного наблюдения и высокий комплаенс лечения. Что не в последнюю очередь обусловлено удобством получения медицинских и диагностических услуг в отделения платных медицинских услуг (ОПМУ) поликлиники ЦКБ, где можно сразу пройти все необходимые обследования, как инструментальные (ЭКГ, ЭХОКГ, ВЭМ, Холтер-ЭКГ), так и лабораторные (коагулограмма, биохимический анализ крови, липидный спектр и др.). Все наблюдаемые пациенты не уходили в другие клиники города, а продолжали наблюдаться в условиях ОПМУ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** В результате клинических наблюдений за пациентами в течение года, перенесшими стентирование

и АКШ, получены данные, представленные в таблице 1.

Таблица 1 - Мониторинг результатов кардиореабилитации

Пол	Количество	Снижение веса	Достижение целевого уровня АД	Экстренная госпитализация в течение года наблюдения	Летальность
Мужчины	15 – 75%	60%	66%	0	0
Женщины	5 - 25%	80%	80%	0	0

Таким образом, в течение года все 20 наблюдаемых пациентов в процессе приема стандартной медикаментозной терапии не поступали в стационар по экстренным показаниям, не было летальных случаев, других сердечно-сосудистых осложнений, отмечалась положительная динамика показателей липидного спектра крови на фоне приема статинов, повысилась толерантность к физической нагрузке. У пациентов снижался вес, т.к. соблюдалась гипохолестеринемическая диета.

**ВЫВОДЫ**

Проведение комплексных мероприятий по восстановлению пациентов с ИБС, перенесших стентирование и аорто-коронарное шунтирование, позволяет улучшить качество жизни, значительно снизить факторы риска жизни пациента [7].

*ЛИТЕРАТУРА*

1. Patrick R. Lawler, MD; Kristian B. Filion, PhD; Mark J. Eisenberg Efficacy of Exercise-based Cardiac Rehabilitation Post-myocardial Infarction Am Heart J. 2011;162(4):571-584.  
 2. Campbell N, Grimshaw J, Ritchie L, Rawles

J: Outpatient cardiac rehabilitation: are the potential benefits being realised?. JR Coll Physicians Lond. 1996, 30: 514-519.

3. O’Connor G, Buring J, Yusuf S, Goldhaber S, Olmstead E, Paffenbarger R, et al: An Overview of Randomized Trials of Rehabilitation With Exercise After Myocardial Infarction. Circulation. 1999, 80: 234-244.

4. Oldridge N, Guyatt G, Fletcher B, Rimm A: Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomised trials. JAMA. 1998, 260: 945-950. 10.1001/jama.260.7.945.

5. Linden W, Stossel C, Maurice J: Psychosocial Interventions for Patients With Coronary Artery Disease. Arch Intern Med. 1996, 156: 745-752. 10.1001/archinte.156.7.745.

6. Sherry L Grace and other Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings. Consensus statement. Published Online First 15 May 2016

7. David R Thompson Management of the post-myocardial infarction patient: rehabilitation and cardiac neurosis Heart 2000; 84:101-105 doi:10.1136/heart.84.1.101.

Поступило 18.06.2016г.

УДК: 616.12-089

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ**

ОНГАРБАЕВА А.Е.

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента РК,  
 г. Астана, Казахстан

**Аннотация:** В публикации отражен опыт и знания, приобретенные автором во время курса повышения квалификации на тему реабилитация пациентов после операции на сердце в Литовском университете наук здоровья, город Каунас, Литва.

**Ключевые слова:** послеоперационный период, операция на сердце, реабилитация.

**Түйіндеме:** ЖҮРЕККЕ ОПЕРАЦИЯ ЖАСАҒАННАН КЕЙІН ПАЦИЕНТТЕРДІ ОҒАЛТУ. Оңғарбаева А.Е. Жарияланымда Литва денсаулық ғылымы университетінде, Каунас қаласы, Литва, жүрекке операция жасағаннан кейін пациенттерді оңалту (реабилитация) тақырыбына біліктілікті арттыру курсы кезінде автор жинақтаған тәжірибе мен білім көрсетілген.

**Түйін сөздер:** операциядан кейінгі кезең, жүрекке операция, оналту (реабилитация).

**Summary:** THE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HEART SURGERY. Ongarbayeva A.E. The publication reflects the experience and knowledge gained by the author during a refresher course on rehabilitation of patients after heart surgery at the Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas city, Lithuania,.

**Keywords:** postoperative period, heart surgery, rehabilitation.

По определению ВОЗ, кардиореабилитация - это комплекс мероприятий, воздействующих на причину, лежащую в основе заболевания, а также направленных на обеспечение наилучших из возможных физических и социальных условий для пациента, так чтобы он мог сохранить или вернуть себе, в случае утраты, наиболее приемлемое из возможных место в жизни общества [1, 2].

Согласно результатам контрольных мероприятий по оценке эффективности высокоспециализированной медицинской помощи (ВМП) в Российской Федерации за 2008-2011 годы среди пациентов, которым оказана ВМП, 64% опрошенных сообщили, что им было рекомендовано прохождение реабилитации. При этом 43 % респондентов на момент проведения опроса уже прошли какие-либо реабилитационные мероприятия. Наиболее распространенным видом реабилитационных мероприятий является санаторное лечение, его проходили около 18% респондентов, при этом 8-9% опрошенных проходили ЛФК или физиотерапию. Некоторым респондентам (25%) пришлось столкнуться с необходимостью оплаты реабилитационных мероприятий. При этом только 6% без труда их оплатили, в то время как 16% сочли траты существенными для своего бюджета [3, 5].

Из приведенных выше статистических данных, можно отметить, что охват реабилитацией пациентов далек от желаемого. Также кардиореабилитация в странах СНГ, в т.ч. в РК, повсеместно не проводится согласно стандартам Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs.

Кардиореабилитация в РК осуществляется согласно Приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98 «Об утверждении Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации».

Эффективность восстановления по программе реабилитации после операции на сердце и/или коронарных сосудах: удаляет приступы стенокардии; снижает риск инфаркта; восстанавливает трудоспособность; увеличивает продолжительность жизни; сводит к минимуму риск осложнений; максимально сохраняет качество жизни

и улучшает прогноз заболевания; помогает восстановить здоровье и умственную активность; позволяет избежать инвалидности; снижает риск повторных сердечных приступов и других сердечно-сосудистых катастроф; снижает вероятность повторных госпитализаций; снижает риск смерти от сердечных заболеваний; улучшает физическое состояние пациента; снижает потребность в лекарственных препаратах; снижает артериальное давление; замедляет развитие атеросклероза и его клинических последствий; улучшает сердечно-легочную активность; улучшает двигательную деятельность; улучшает психо-эмоциональное состояние; снижает страх смерти [1, 4].

Этапы реабилитации: 1 - стационарный, 2 - амбулаторный.

Стационарный этап – начало реабилитации в условиях стационара при отсутствии противопоказаний не позднее 2 суток после операции (ЧКВ, имплантации ЭКС, ИКД, АКШ, протезирования и пластики клапанов), в том числе в условиях реабилитационного отделения. Команда реабилитации для каждого пациента составляет индивидуальную программу реабилитации (ИПР), команда под руководством лечащего врача (кардиолога или реабилитолога) должна состоять из – реабилитолога, кардиолога, терапевта, при необходимости консультантов – узких специалистов, врача ЛФК, кинезотерапевта либо инструктора ЛФК, физиотерапевта, диетолога, психолога, по возможности, социального работника.

Амбулаторный этап подразделяется на несколько разделов:

- первый – сроком от 10 до 21 дня после операции, острого инфаркта миокарда в зависимости от статуса пациента, объема оперативного вмешательства (проходит при участии всей команды реабилитации),
- второй до 2 мес после оперативного лечения, острого инфаркта миокарда (на втором этапе реабилитации при отсутствии прочих противопоказаний предполагается санаторно-курортное лечение и/или продолжение реабилитации с регулярным наблюдением кардиолога или терапевта поликлиники при необходимости),

- третий предполагает долгосрочное соблюдение полученных рекомендаций, вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, Д наблюдение кардиолога или терапевта поликлиники [1, 2].

В ходе образовательной поездки были освоены следующие технологии:

Изучение медикаментозной и немедикаментозной реабилитации послеоперационных пациентов в кардиологии на стационарном и амбулаторном этапах: освоение поэтапного плана реабилитации кардиологических пациентов в раннем и позднем послеоперационном периоде. Работа в команде реабилитации. Составление индивидуальной программы реабилитации для пациента. Освоение методики подъема кардиохирургических пациентов с кровати в ранний послеоперационный период.

Изучение принципов оценки эффективности реабилитации - обследование пациентов до и после каждого этапа реабилитации, анализ адаптированных для команды реабилитации протоколов ЭХОКГ, теста с 6 минутной ходьбой, нагрузочного теста, спирометрии, участие в проведении данных исследований.

Для составления и коррекции ИПР, а также в дальнейшем, возможности оценки эффективности данного курса, необходимо регулярное обследование каждого пациента до и после каждого этапа реабилитации. В разработке данной программы, а также единого протокола (формы) ИПР должны принять участие все вышеуказанные специалисты. В нее входят: медикаментозная часть, назначаемая лечащим врачом, терапевтом, при необходимости узкими специалистами, физическая реабилитация – составляется реабилитологом и кинезотерапевтом с расчетом тренировочного пульса, желаемых краткосрочных и долгосрочных результатов (показатели ТФН, глобальной и локальной сократимости), психологическая и социальная реабилитация, под руководством психолога, социального работника, а также диетические рекомендации.

Обследование пациента.

- Инструментальные методы исследования
- ЭКГ в 12 отведениях.
- Эхокардиография, УЗИ плевральных полостей.
- Динамическое мониторирование ЭКГ.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

- Тест с 6-ти минутной ходьбой.
- Спирометрия/велометрия или тредмил-тест – обычно не ранее, чем через 1 месяц после операции на сердце.
- Коронарография.

Дополнительные – ЧПЭХОКГ, внутрисосудистое ультразвуковое исследование, зондирование полостей сердца, СМАД, ЦДС БЦА, УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости и проч.

Лабораторные исследования (кратность исследований на всех этапах определяется индивидуально в зависимости от объема оперативного лечения и статуса пациента):

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови.
- Коагулограмма.

Посев содержимого носоглотки, мочи, мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Дополнительно – гормоны щитовидной железы, натрийуретический пептид и проч.

Цели реабилитации, медикаментозная часть:

1. Предотвращение развития ранних и поздних осложнений.
2. Компенсация нарушений функции внутренних органов, развившихся на фоне предшествовавшего заболевания сердца (сердечная недостаточность, легочная гипертензия, печеночная и почечная недостаточность).
3. Оптимизация коронарного кровотока за счет расширения коронарных артерий, предотвращения их спазма.
4. Улучшение процессов микроциркуляции.
5. Воздействие на корригируемые факторы риска.

Цели реабилитации, физическая часть:

В раннем послеоперационном периоде цель: ликвидация последствий операционной травмы, восстановление функции внешнего дыхания, ЖКТ, периферической мускулатуры, борьба с гиподинамией и нарушением перфузии внутренних органов, улучшение кровообращения скелетной мускулатуры, периферических органов и тканей.

В отдаленном периоде - реадaptация к бытовым и производственным нагрузкам, позитивное воздействие на корригируемые факторы риска (гиподинамия, АГ, нарушение липидного спектра, гипергликемия, ожирение, хронический психоэмоциональный стресс), улучшение качества жизни.

Методы физической реабилитации пациентов:

- Массаж.
- Лечебная гимнастика.
- Дыхательная гимнастика.
- Физические тренировки малых мышечных групп.

Методы активной физической реабилитации (тренировки на тренажерах, дозированная ходьба).

Расширение двигательной активности:

При стабилизации состояния пациента необходимо предпринять попытку провести 6-минутный тест. Дальнейшая тактика зависит от полученных результатов. Если пройденное расстояние <200м, то пациентам рекомендуется продолжить дыхательные упражнения. Если пройденное расстояние более 200 м, то целесообразно рекомендовать физические нагрузки в форме ходьбы.

Ухудшение состояния – усиление одышки, тахикардия, прогрессирование усталости, снижение массы тела является основанием для перехода на предыдущую ступень либо возврат к дыхательным упражнениям.

Физическая работоспособность, реакция параметров гемодинамики (ЧСС и АД) определяются индивидуализированно по результатам тестов с физической нагрузкой – спировелоэргометрии и тредмил-теста.

При разработке программы реабилитации учитываются предпочтения пациента в отношении выбора тренирующего воздействия, а также данные о реакции параметров гемодинамики, пол и возраст.

В основу индивидуализированного подхода к физической реабилитации пациентов с тяжелой ХСН положено определение анаэробного порога, который является общепризнанным объективным индексом функциональных возможностей.

При достижении анаэробного порога количество потребляемого O<sub>2</sub> и выделяемого CO<sub>2</sub> сравниваются, при дальнейшем повышении нагрузки метаболические процессы осуществляются в анаэробном диапазоне, что является неприемлемым.

Последовательность лечебных мероприятий и контроль за их проведением на амбулаторном этапе реабилитации:

Координацию всех лечебных мероприятий должен осуществлять лечащий врач (кардиолог). При медицинском контроле оцениваются субъективные факторы (самочувствие больно-

го) и объективные параметры функционирования системы кровообращения, наличие или отсутствие осложнений в течении основного процесса. Обязательно следует учитывать данные самоконтроля больного по дневнику: пульс до и после нагрузки, на высоте нагрузки, интенсивность и продолжительность тренировки.

Прием лекарственных препаратов - перед завтраком, обедом и ужином.

Лечебная гимнастика - проводится до завтрака.

Массаж - проводится как до, так и после тренировки, но не ранее, чем через 40-60 мин после еды.

Физические тренировки на велотренажерах и физические тренировки малых мышечных групп проводятся в первой половине дня не ранее, чем через 1-1,5 часа после приема пищи.

Физическая реабилитация: сочетание занятий на велотренажере (интервальные с самостоятельным выбором всех параметров нагрузки) или тредмиле с физическими упражнениями; общая продолжительность - не <25-30 мин в начале тренировки и до 40-50 мин спустя месяц регулярных физических тренировок.

Дозированная ходьба - осуществляется во второй половине дня, перед ужином.

Бытовые нагрузки: полное самообслуживание; работа по дому: приготовление пищи. Подъем тяжести не свыше 4 кг.

Цели реабилитации, психологическая часть:

1. Восстановление личностного и социального статуса больного до уровня предболезни.
2. Ликвидация патологических невротических реакций в ответ на операцию.
3. Профилактика неврозов и патологического развития личности в отдаленном периоде заболевания.
4. Повышение толерантности к психоэмоциональному стрессу.

Внедрение СОП - методики подъема кардиохирургических пациентов с кровати в раннем послеоперационном периоде.

Обучение пациентов данной методике:

Данный способ позволяет не прибегать к дополнительным приспособлениям.

Методика представлена на рисунках 1-5. Данный метод успешно используется в отделении кардиохирургии Литовского университета наук здоровья, г. Каунас.



Рисунок – 1



Рисунок - 2



Рисунок – 3



Рисунок – 4



Рисунок - 5

Оценка эффективности реабилитации.

Проведение ЭХОКГ, теста с 6 минутной ходьбой, по возможности нагрузочного теста в конце каждого этапа реабилитации (стационарного - в среднем на 5-7 день после операции, первого амбулаторного - 2-3 недели, второго амбулаторного - 2 мес). Например, на стационарном этапе за 1 день до выписки проводятся ЭХОКГ, тест с 6 минутной ходьбой.

Внедрение протокола теста с 6 минутной ходьбой, совместно с врачами функциональной диагностики, лечебной физкультуры.

Тест с 6 минутной ходьбой, адаптированный для лучшей оценки реабилитации:

1. Перед исследованием - ЭКГ в покое. ЭКГ с допустимой нагрузкой - на предмет ишемической динамики. Динамическое мониторирование ЭКГ в покое в течении 15 мин либо по Холтеру по показаниям - на предмет риска возникновения

жизнеугрожающих аритмий.

2. Собственно, тест с 6 минутной ходьбой, под контролем АД, ЧСС, соблюдение условий исследования - ровная местность, не менее 60 метров, возможность постоянного наблюдения за пациентом.

3. Оценка проведенного теста - по субъективным, объективным показателям, данным ЭКГ - степени сердечного риска, гемодинамической реакции, возможной ишемической динамики.

4. Предварительный расчет тренировочного пульса индивидуально для каждого пациента (особенно актуально при невозможности проведения нагрузочного теста).

Шкала Борга (Borg), отражающая уровень переносимой нагрузки (УПН), используется для субъективной оценки восприятия человеком интенсивности выполняемой физической нагрузки (шкала от 6 до 20) и как дополнительный пара-

метр ее регулирования (табл.). Также шкала Борга применима для формирования правильной самооценки интенсивности тренировки. Прогностиче-

ское значение имеет уровень переносимой физической нагрузки, соответствующий 11-14 баллам (от легкой до умеренной степени интенсивности).

Адаптация протокола ЭХОКГ для клинических специалистов - при оценке степени нарушения локальной и глобальной сократимости на ЭХОКГ - более развернутый в описании посегментарный подсчет индекса нарушения локальной сократимости, соотношение его с фракцией выброса (уменьшение субъективности расчета данного показателя), желательно в виде таблицы или схемы. Подобное изменение протокола ЭХОКГ поможет лучше оценить эффективность проведенной реабилитации.

Аналогичная адаптация протокола коронарографии (разделение по сегментам) для соотношения результатов с показателями ЭХОКГ.

Таким образом, инновационными предложениями для внедрения в Больнице МЦ УДП РК по итогам образовательной поездки является следующее:

Внедрение СОП - адаптированного для БМЦ УДП РК поэтапного плана реабилитации кардиологических пациентов в раннем и позднем после-

операционном периоде, разработка и внедрение протокола индивидуальной программы реабилитации в программу «Инфомед».

Внедрение СОП - методики подъема кардиохирургических пациентов с кровати в раннем послеоперационном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs, Fourth edition, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2004г.*
2. *Morag K.Thow, Exercise Leadership in Cardiac Rehabilitation for High-Risk Groups, 2009г.*
3. *Арутюнов Г.П. «Кардиореабилитация» М., 2014г.*
4. *Дж.Ниебауэр «Кардиореабилитация», М., 2012г.*
5. *Под редакцией проф.Макарова И.Н., М.,2010г.*

Поступило 29.09.2016г.

УДК 616.65-002

## «АЭЛТИС-СИНХРО-02» АППАРАТТЫҚ КЕШЕНІН ПАЙДАЛАНЫП, СОЗЫЛМАЛЫ ПРОСТАТИТІ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ КЕЧЕДЖИЕВ С.Г., ВОРОНКИНА Н.Н.

«Астана» ЖШС, Ессенуки қ-сы, Ресей Федерациясы

**Түйіндеме.** Мақалада «Қазақстан» санаториясында (Ессенуки қ-сы) «Аэлтис-Синхро-02» аппараттық кешенін пайдаланып, созылмалы простатиті бар науқастарды кешенді емдеу нәтижелері берілген.

**Түйін сөздер:** созылмалы простатит, электролазерлі терапевтикалық аппарат, санаториялық-курорттық емдеу

**Аннотация.** ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО АППАРАТА «АЭЛТИС-СИНХРО-02». Кечеджиев С.Г., Воронкина Н.Н. В статье представлены результаты лечения хронического простатита с применением аппаратного комплекса «Аэлтис-Синхро-02» в санатории «Казakhstan» (г.Ессенуки).

**Ключевые слова:** хронический простатит, электролазерный терапевтический аппарат, санаторно-курортное лечение

**Summary.** TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS WITH COMPLEX APPARATUS "AELTIS-SYNCHRO-02". Kechedzhiev S.G., Voronkina N.N. The article presents the results of treatment of chronic prostatitis with the use of hardware and software complex "Aeltis-Synchro-02" in the sanatorium "Kazakhstan" (Essentuki).

**Keywords:** chronic prostatitis, Electrolaser therapeutic apparatus, spa treatment

Созылмалы простатит, өкінішке қарай, ер адамдардың урологиялық патологиясында негізгі орындардың бірін алады [1-2]. Простатит жұмысқа қабілетті және қоғамдық қызметте белсенді жас ер азаматтардың ауруы болғаны оның әлеуметтік мәнін құрайды [3].

Зерттеу мақсаты: Эссенуки курортының жағдайында физиотерапиялық процедуралармен үйлесімде созылмалы простатитке шалдыққан науқастарды кешенді емдеудің тиімділігін бағалау.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу барысында созылмалы простатитке шалдыққан 30 науқасқа бақылау жүргізілді, олар біздің санаторийде ректалды магнитотерапиямен бірге кешенді

курорттық ем қабылдады.

Біз екі емдеу кешенін қолдандық:

1-кешен (15 адам)- науқастар диетамен және ауыз су ішу емімен бірге балшықтан ректалды тампондармен үйлесімде (температура 40-42°C, экспозиция 40 мин., бір емдеу курсы - 8 процедура) және минералдық ванналармен кезектесіп (температура 36-38°C, экспозиция 15 мин., бір емдеу курсы - 8 процедура), «іш киім» түрінде балшық аппликациялар қабылдады (температура 38-40°C, экспозиция 15 мин., бір емдеу курсы - 10 процедура).

2-кешен (15 адам) – бірінші емдеу кешені аппараттық физиотерапиямен бірге жүргізілді.



Процедуралар жүргізу үшін біз «АЭЛТИС - СИНХРО – 02» электролазерлік терапиялық аппаратын қолдандық. Процедуралар күн сайын жүргізілді. Бір емдеу курсына 8 процедура тағайындалды [4-5].

Еркек бездің динамикадағы функциялық жағдайының сипаттамасы үшін құрамындағы лейкоциттер мен лецитиндік түйіршіктерге, сөлдің кристалдануына талдау жасалып, еркек бездің сөлі зерттелді (микроскопия және егу әдісі). Нәтижесінде науқастардың 90%-да ауырсыну синдромы, 65%-да астено невроздық бұзылыстар, 38%-да дизуриялық бұзылыстар, 80%-да еркек бездің ауырсынуы байқалды.

Еркек бездің функциялық жағдайының бұзылуын лейкоциттердің жоғары болуы (27,5%), лецитиндік түйіршіктердің төмендеуі (70%) және еркек без сөліндегі кристалдау феноменінің өзгеруі көрсетеді.

Нәтижелер: Эссенуки жағдайында кешенді курорттық емнің әсерінен созылмалы теліміз простатитпен ауыратын науқастарда аурудың клиникалық қолайлы көрінісі байқалды, ол науқастардың 70%-да субъективті ауырулардың және еркек безді пальпациялау кезінде ауырсынудың байқалмауымен, 78%-да

дизуриялық бұзылыстар мен астено невроздық синдромның жойылуымен сипатталады.

Клиникалық симптоматикамен бірге қолайлы өзгерістер еркек бездің функциялық жағдайын сипаттайтын көрсеткіштерде де орын алды. Мәселен, науқастардың жартысында еркек без сөліндегі лейкоциттер саны нормаға дейін төмендеді. Микробтық денелер титрінің нормаға келуі және сөл құрамындағы лецитиндік түйіршіктердің жоғарлауы науқастардың 40%-да кристалдау феноменінің жақсаруына сәйкес келді.

Аппараттық ем қабылдаған кезде ауырсыну синдромының, дизуриялық бұзылыстардың, уретранан шығындылардың, еркек без ауырсынуының жойылуы және оның көлемінің нормаға келу жағдайлары екі есе көп байқалды. Клиникалық симптоматиканың жақсаруымен қатар еркек бездің функциялық жағдайы жақсарғаны байқалды (еркек без сөлі микроскопиясының және үш стақандық сынаманың деректері бойынша).

Қорытынды: Келтірілген деректер бойынша екі емдеу кешенін салыстыру кезінде тек балшықпен емдеуге қарағанда аппараттық емді қамтитын екінші емдеу кешенінің әсерінде ауырсыну және астено-невроздық синдромдардың, сондай-ақ еркек бездің пальпаторлық ауырсынуының жойы-

луы анағұрлым жиі байқалды. Физиотерапиямен үйлесімде балшықпен емдеу әдісінің нәтижесінде тек балшықпен емдеу әдісімен салыстырғанда еркек бездегі қабыну процессінің төмендеуі анықталды.

Жоғарыда жазылғандардың негізінде курорт жағдайында созылмалы телімсіз простатитті емдеу өте тиімді деген қорытынды шығару қажет. Аппараттық физиотерапиямен үйлесімде курорттық факторларды қолдану кезінде емдеудің тиімділігі едәуір артады. Емдеу әдістемесін таңдау кезінде аурудың клиникалық ағымын ескеру қажет. Науқаста ауырсыну және астено-невроздық синдромдар, еркек безінде қабыну процессі болған жағдайда балшықпен физиотерапияны үйлестіріп қолдануды қамтитын емдеу кешенін тағайындау орынды болады.

Осылайша, алынған деректер негізінде

екінші емдеу кешені санаториялық-курорттық ем қабылдау кезінде созылмалы простатитті анағұрлым тиімді емдеуде әсерін тигізді.

#### ӘДЕБИЕТ

1. Портной А.С., Гроздовская. Рак и аденома предстательной железы. Ленинград. 1984.
2. Самсонов В.А. Опухоли и опухолевидные образования предстательной железы. Мәскеу. 1984.
3. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. Ленинград. 1984.
4. Тиктинский О.Л. Заболевания половых органов у мужчин. Ленинград. 1985
5. Жаров В.П., Мишанин Е.А. Лечение андрологических заболеваний с применением аппарата электролазерного терапевтического АЭЛТИС-Синхро-02.

Поступило 30.09.2016г.

УДК: 615.83 – 615.838

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ МАРАТОВА А.М.

АО «Санаторий «Алматы» Медицинского центра Управления Делами  
Президента Республики Казахстан, г.Астана, Казахстан

**Аннотация.** В статье приведены наиболее приемлемые методы лечения больных хронической неосложненной язвенной болезнью в условиях санатория (питье минеральной воды, грязе- и бальнеолечение, лечебное питание, климатотерапия).

**Ключевые слова:** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, минеральная вода, лечебное питание, минеральные ванны, грязелечение.

**Түйіндеме.** СОЗЫЛМАЛЫ АСҚЫНБАҒАН ОЙЫҚ ЖАРАНЫ ШИПАЖАЙ ЖАҒДАЙЫНДА ЕМДЕУ. Маратова А.М. Мақалада шипажай жағдайындағы созылмалы асқынбаған ойық жарамен ауыратын науқасқа қолданатын ең қолайлы тәсілдері түсіндірілген (минералды су ішу, шипалы балшықпен және минералды сумен емдеу, диеталық тамақтану, климатпен емдеу).

**Түйін сөздер:** асқазанның және он екі елі ішектің ойық жаралы ауруы, минералды су, диеталық тамақтану, минералды бұлау, балшықпен емдеу.

**Summary.** THE TREATMENT OF CHRONIC ULCER COMPLICATIONS IN SPA. Maratova.A.M. The article brings forward the most appropriate therapies to be applied to patients with chronic uncomplicated ulcer in a sanatorium regime (mineral water consumption, mudtherapy and balneotherapy, dietotherapy, climatotherapy).

**Keywords:** Gastric and duodenal ulcer, mineral water, dietotherapy, mineral bath, mudtherapy.

#### АКТУАЛЬНОСТЬ:

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки относится к числу часто встречающихся заболеваний. В силу этого язвенная болезнь заслуживает большого внимания, не говоря уже о ее

тяжести и тех осложнениях, которые порой возникают в процессе ее развития. Язвенная болезнь может поражать лиц различных возрастов. Чаще всего язвенная болезнь возникает в возрасте от 21 года до 40 лет. Что касается распределения боль-

ных язвенной болезнью в зависимости от пола, то подавляющее большинство, как хирургов, так и терапевтов указывают на преобладание язвенной болезни у мужчин [1-2].

Среди общего числа наших курортных больных число страдающих язвой желудка или 12-перстной кишки, по полученным мной материалам, составило 11,5%. Основную и наиболее многочисленную группу больных, прибывающих на курортное лечение, составляют больные, страдающие хронической рецидивирующей язвенной болезнью. В эту группу входят все те больные, у которых язвенная болезнь протекает хронически в течение более или менее длительного времени, не осложняясь и не сопровождаясь глубоким анатомическим процессом в виде массивных перипроцессов, стенозов, пенетраций и т. п.

Эффективность физиотерапии в санаторно-курортных условиях выше, чем в поликлинике и стационаре, так как на организм больного оказывает комплексное воздействие целый ряд факторов - климат, ландшафт, диетическое питание, прием минеральных вод, отдых и т. д.

Курортное лечение язвенной болезни, как и других заболеваний, связано с полным отдыхом и переменой окружающей обстановки. Лечение язвенных больных происходит в условиях санаторно-курортного режима, который, обеспечивая надлежащий физический покой, в то же время ограждает больного от неблагоприятного действия психотравм и отрицательно действующих эмоций. Большое значение при этом имеет вся внешняя курортная среда в целом, и в частности ее социальный компонент [1, 5].

Из курортных факторов, широко применяемых в нашем санатории, при лечении больных язвенной болезнью, отметим внутреннее и наружное применение минеральных вод, грязелечение, лечебное питание.

Внутреннее применение минеральной воды показано больным язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки преимущественно в фазе ремиссии. Успех лечения зависит от правильности применения лечебных факторов, в том числе и от применения питья минеральных вод, при назначении которых следует иметь в виду, что язвенная болезнь желудка и особенно 12-перстной кишки развивается главным образом при повышенной возбудимости основных функций желудка: его сокоотделительной, кислотообразующей, ферментативной и двигательной функций, нарушение которых, особенно пептической, имеет большое значение в генезе заболеваний и их рецидивах. Это обязывает при назначении питьевых лечебных вод больным язвенной болезнью рекомендовать те из них, которые оказывают относительно щадящее

влияние на слизистую оболочку желудка, хемо- и терморепторы. К таким водам следует отнести воды слабой минерализации. По химическому составу наша вода под названием «Алматы» относится к маломинерализованной (М 2,0-2,6 г/дм<sup>3</sup>) хлоридной кальциево-натриевой Cl<sup>-</sup> 80-85, Na<sup>+</sup> +K<sup>+</sup> 55-65, Ca<sup>2+</sup> 35-40 мг. экв. %, обладает щелочной реакцией (РН-8,3,-9,0), насыщена диоксидом углерода [2].

Минеральные воды, применяемые внутрь, должны иметь температуру от 38 до 45° С. При такой температуре становится более выраженным ее антиспастическое действие и менее выраженным сокогонное влияние. Это обстоятельство нельзя не учитывать, если принять во внимание, что у значительной части язвенных больных, особенно при дуоденальной язве, секреция и кислотность желудочного сока представляются повышенными. В таких случаях нецелесообразно стимулировать секрецию желудочного сока. Применяемая минеральная вода, как утвердила многолетняя практика и экспериментальные наблюдения (Б. М. Копытин, 1967; Г. С. Кайбанов, 1957, и др.), должна назначаться в теплом виде (40—45°С), Воды более низкой температуры перед приемом должны подогреваться. Кроме того, подогрев полезен и в том отношении, что подогретая вода не оказывает того раздражающего действия, которое свойственно холодной воде, подогрев способствует также удалению из нее избытка углекислоты, обладающей, как известно, выраженным сокогонным действием на желудочную секрецию (А.С.Вишневский) [3].

Питьевое лечение минеральной водой отдыхающие начинают с малых доз — 100—150 мл 2—3 раза в день перед приемом пищи, за 1—1½ часа до еды. Такой промежуток времени обязателен для того, чтобы дать возможность воде уйти из желудка к моменту приема пищи и таким образом исключить ее стимулирующее действие на желудочную секрецию.

Наружное применение минеральных вод

При лечении язвенной болезни чаще всего используются углекисло-сероводородно-гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые, радоновые воды и другие. В нашем санатории используется собственная минеральная гипертермальная, хлоридно-кальциево-натриевая вода. Ванна действует на организм совокупностью своих свойств. В условиях наружного применения в виде ванн минеральная вода влияет на больного механически своей массой, термически — температурой, химически — растворенными в воде солями и газами. Раздражения, обуславливаемые водой принимаемой ванны, воспринимаются нервными приборами — экстерорецепторами, которые в огромном

количестве заложены в коже. Импульсы, посылаемые экстерорецепторами, вызывают в организме ряд ответных реакций, осуществляемых в порядке рефлекса через нервную систему, в частности через высший ее отдел — кору головного мозга. Изменения, наступающие под влиянием минеральной воды, не ограничиваются только желудком [1,5].

В нашей лечебной практике обычно используются тепловые ванны (35-36°C). Минеральные ванны подобной температуры действуют как успокаивающие и болеутоляющие процедуры, они благотворно влияют и на пищеварительную систему. К числу показанных для лечения подобными ваннами относятся и заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности язвенная болезнь.

Основными видами физиотерапии, которые при лечении язвенных больных могут найти себе применение в условиях нашего курорта — это применение лечебной грязи. Лечебная грязь в санаторий «Алматы» (привозная) относится к высококачественным среднесульфидным, слабощелочным иловым грязям.

Будучи оформлено правильно и применено по показаниям, грязелечение успешно дополняет комплекс курортных средств, который эффективно применяется при лечении различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, в частности язвенной болезни.

Лечебная грязь воздействует на метаболизм и биоэнергетические процессы в организме, усиливает микроциркуляцию желудка и печени, улучшает моторику желудка, уменьшает ацидификацию двенадцатиперстной кишки, стимулирует репаративные процессы слизистой гастродуоденальной области, активизирует деятельность эндокринной системы [3-4].

Грязелечение оказывает анальгезирующее и противовоспалительное действие, улучшает обмен веществ, изменяет реактивность организма, его иммунобиологические свойства. Грязи низких температур уменьшают гиперсекрецию, нормализуют моторную функцию, улучшают кровообращение, нормализуют сниженную активность симпатoadрениновой системы. В практике лечебной работы в большинстве случаев применяются местные грязевые аппликации, которые дают достаточный терапевтический эффект и в то же время не предъявляют больших требований к организму, в частности к его сердечно-сосудистой системе. Грязевая аппликация не должна проводиться натощак, нельзя допускать, чтобы она принималась сразу после обильной еды, между едой и грязевой аппликацией должен быть интервал в 1/г — 2 часа [2].

Температура грязи при лечении язвенного больного должна быть строго индивидуальной. В общем, при неосложненной язвенной болезни она колеблется в пределах 40—44°, по 10-15-20 мин, через день. Курс лечения - 8-10-12 процедур поочередно с ваннами или душем. Иловую грязь, которая имеется у нас в санаторий, применяют при температуре 40-42 °С.

Считается общепризнанным, что число грязевых процедур на курс лечения больному язвенной болезнью не должно превышать 12—15 аппликаций. Наиболее эффективные результаты грязелечения наблюдаются при применении метода чередования грязевых процедур и минеральных ванн.

Категорическими противопоказаниями для грязелечения являются: язвенная болезнь в фазе обострения, преперфоративное состояние, язвенные больные подозрительные в смысле малигнизации язвы; недавно бывшие (1—2 месяца назад) массивные желудочные кровотечения. Резкое истощение и малокровие [2-3].

Лечебное питание почти для всех курортов является одним из основных лечебных средств, и поэтому его организации должно постоянно уделяться огромное внимание. Существующий на курортах институт специализации врачей-диетологов и диетсестер призван не только обслуживать больных питанием, но и организовать это дело на основе определенных положений, методик, указаний и т. д. Следовательно, для стабилизации установленного в санатории порядка исключительную важность следует придавать организации режима питания. Не будет преувеличением сказать, что правильное, научно организованное и рационально проводимое лечебное питание определяет характеристику и качественные показатели организации лечебного процесса [1].

Пища, как один из элементов внешней среды, играет ведущую роль в формировании организма и в поддержании его жизнедеятельности. Внутренние органы, в том числе желудок и кишечник, в нормальных условиях работают ритмично. Следовательно, чтобы восстановить нарушенные функции органов пищеварения, необходимо прежде всего организовать ритмичную согласованную деятельность организма в целом.

Повседневный опыт убеждает, что плохо организованное питание больных по качеству, количеству, ассортименту, вкусовым свойствам блюд и пр. наиболее часто вызывает недовольство у больных, раздражает их, дезорганизует лечение. Лечебное питание не исключает возможности выбора блюд. В пределах определенной стандартизации следует придерживаться индивидуализации питания, безразлично, носит ли оно лечебный или рациональный характер.

Сама формула «лечебное питание» обязывает, во-первых, к тому, чтобы питание больных было биологически полноценным и, во-вторых, чтобы оно достигало поставленной терапевтической цели. Необходимо обеспечивать больному правильный, физиологически полноценный ритм процессов пищеварения и всасывания, с тем, чтобы всосавшиеся пищевые ингредиенты выполнили свою лечебную функцию.

Основной предпосылкой для этого сложного процесса является, как известно, обеспечение условий нормального, полноценного пищеварения в желудочно-кишечном тракте [1-4].

Диета при язве желудка и 12-ти перстной кишки имеет важное значение и она учитывает такие моменты как: кулинарная обработка продуктов питания, кратность приема пищи и исключение продуктов, раздражающих слизистую оболочку ЖКТ. Диета должна обеспечить полноценным питанием, умеренно стимулировать секреторную функцию органов пищеварения, нормализовать двигательную функцию желудочно-кишечного тракта. Чаще всего назначается 1-2 диета, с умеренным механическим щажением и умеренной стимуляцией секреции пищеварительных органов. Разрешены блюда разной степени измельчения и тепловой обработки - отварные, тушеные, запеченные, жареные без образования грубой корочки (не панировать в сухарях или муке). Протертые блюда - из продуктов, богатых соединительной тканью или клетчаткой. Исключают: продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются, раздражают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, очень холодные и горячие блюда. Химический состав и калорийность: углеводы - 400-420 г, белки - 90-100 г. (60% животные), жиры

- 90-100 (25% растительные), калории - 2800-3000 ккал, натрия хлорид - до 15 г, свободная жидкость - 1,5 л [1].

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Курортное лечение благоприятно влияет на течение язвенной болезни, способствует уменьшению частоты длительности и тяжести обострений и удлинению ремиссии заболевания (Палтаранов В.В., 1977; Осипов Ю.С., Васильева Н.К., 1980) [1].

#### *ЛИТЕРАТУРА*

1. Полторанов В.В. Курортное лечение хронических заболеваний органов пищеварения // Москва: ВЦСПС Профиздат, 1979. Глава 2, - С. 74-78.
2. Наназиашвили И. С. Материалы межинститутской научной конференции по внутреннему применению минеральных вод при заболевании органов пищеварения и обмена веществ (рефераты докладов) // Пятигорск.- 1962.- С. 116-117.
3. Вишневецкий А. С., Ленский Б. С. Курортное лечение больных хроническим колитом и проктосигмоидитом (методические указания) // Пятигорск.-1962.-41с.
4. Алымкулов Д.А., Тойгиева Ф.М., Саралинова Г.М. и др. // *Вопр. курортол.* - 1996. — № 2. - С. 23-35.
5. Маньшина Н.В. *Курортология для всех. За здоровьем на курорт.* - М.: Вече, 2007. - С.105-111.
6. Бабов К.Д., Беличенко Т.А. Особенности применения маломинерализованной хлоридной натриевой воды в восстановительном лечении больных с наиболее распространенными заболеваниями внутренних органов // *Вопр. курортол.* - 1999. - № 1. - С. 47-60.

Поступило 27.09.2016г.

АҚПАРАТ  
ИНФОРМАЦИЯ  
INFORMATION

НОВОСТИ КАРДИОЛОГИИ - КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА  
КАРДИОЛОГОВ - 2016

Самый большой и самый влиятельный в мире Конгресс Европейского Общества кардиологов (ЕОК) 2016, посвященный проблеме заболевания сердечно-сосудистой системы, состоялся первый раз в вечном городе Риме с 27 августа по 31 августа. В течение пяти дней было обсуждено 150 различных тем. На более, чем 500 сессиях приняли участие 33 050 специалистов из 106 стран на месте, и 286 500 докторов участвовали в режиме он-лайн со всего мира.

Как всегда самой большой изюминкой Конгресса были заседания, где были представлены результаты оригинальных исследований:

В секции «горячей линии» были представлены результаты новых 28 клинических исследований;

Обновлены результаты 26 клинических испытаний;

Представлены результаты 24 регистров;

Переиздано 5 новых рекомендаций: по сер-

дечной недостаточности, по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и дислипидемии, фибрилляции предсердий и кардиоонкологии. Важно то, что знание содержания этих рекомендаций помогает врачам лучше лечить соответствующих больных.

Председатель Комитета по программе Конгресса Geneviève Degumeaux характеризовала Конгресс ЕОК 2016 словами великого итальянского режиссера Федерико Феллини. «Там нет конца. Там нет начала. Существует только бесконечная страсть жизни».

В рамках конгресса также состоялись заседания различных рабочих групп. Важно подчеркнуть, в заседании ядра рабочей группы по тромбозам ЕОК было особо отмечено плодотворное сотрудничество ЕОК и Казахстана, в частности, рабочей группы по тромбозам Центральной клинической больницы Медицинского Центра.

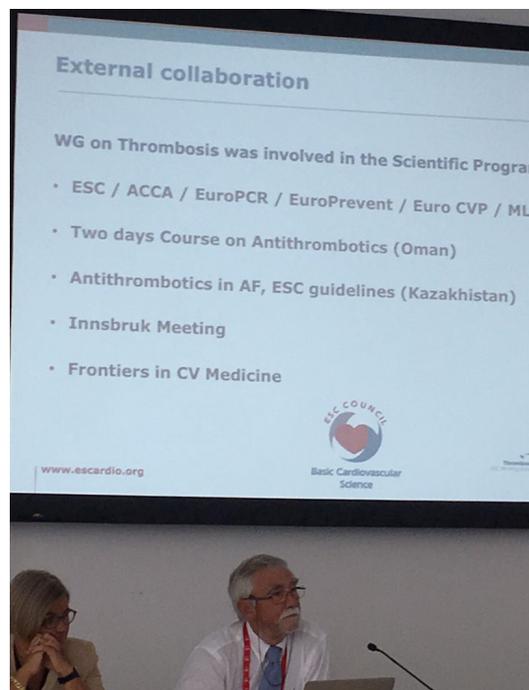


Рисунок 1 - Председатель Рабочей группы по тромбозам проф. Жоао Могайс в отчетном докладе указывает на плодотворное сотрудничество с Казахстаном в области антитромботической терапии при фибрилляции предсердий и внедрения рекомендаций Европейского Общества кардиологов.

Большой честью для участников ОЕК 2016 было посещение в последний день работы Конгресса Папы Римского Франциско, которому Президент ОЕК Fausto Pinta подарил стетоскоп от имени ЕОК.

В этом году также избран новый президент ЕОК, им стал Jeroen Вах из Лейденского Университетского Медицинского Центра. Президент ЕОК, а также Председатели Рабочих групп переизбираются каждые 2 года.

Среди представленных результатов завершенных новых исследований большой интерес участников Конгресса привлекло исследование DANISH, целью которого было изучение пользы применения имплантируемых кардиовертеров и дефибрилляторов (ИКД) у пациентов с сердечной недостаточностью (СН), не связанной с ишемической болезнью сердца (ИБС). Дело в том, что имплантация ИКД для первичной профилактики у больных с СН неишемической природы была основана на данных небольших исследований.

В исследовании DANISH было включено 1116 пациентов с СН со сниженной фракцией выброса (СНснФВ) левого желудочка; из них в группу больных с имплантацией ИКД было включено 556 больных, в контрольную группу было включено 560 больных, получавших традиционную терапию без ИКД. При этом 90% больных, которые были включены в исследование, получали ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), 90% бета-блокаторы и около 58% в каждой группе получали СРТ. Медиана наблюдения составила 67,6 месяцев. За период наблюдения смертность в группе ИКД составила 21,6%, в контрольной группе - 23,4%, разница оказалась недостоверная (ОР 0,87; 95% ДИ 0.68-1.12). Кроме того, не было обнаружено никакой разницы в частоте сердечно-сосудистой смертности. Однако отмечалась существенная разница в отношении компонентов вторичной конечной точки в отношении развития внезапной сердечной смерти (ВСС), которая имела место в 4,3% в группе ИКД по сравнению с частотой 8,2% случаями в контрольной группе (ОР 0,50; 95% ДИ 0.31-0.82; P = 0,01).

Среди представленных результатов завершенных новых исследований большой интерес участников Конгресса привлекли результаты другого исследования SAVE, которые оказались совершенно неожиданными. Исследование показало отсутствие положительного влияния применения постоянного позитивного давления во время дыхания у больных с средней и тяжелой формой апноэ сна при установленной форме ССЗ.

Третье исследование, которое также не под-

твердило начальную идею исследования, было ANтарctic, в котором оценивалась функциональная активность тромбоцитов у больных с острым коронарным синдромом для определения дозы антитромбоцитарных препаратов. Дело в том, что согласно существующим рекомендациям требуется определение функции тромбоцитов у больных высокого риска. Исследователи пытались определить оптимальную дозу антитромбоцитарных препаратов в зависимости от реактивности функции тромбоцитов. При этом, если у пациента отмечалась высокая активность тромбоцитов, увеличивалась доза препаратов и наоборот. Исследование ANтарctic показало, что лишь 44,8% больных старше 75 лет нуждались в изменении дозы антитромбоцитарных препаратов, и что нет необходимости мониторинга функции тромбоцитов во время лечения у пожилых людей.

В связи с большим количеством проведения инвазивной ангиографии несомненный интерес привлекают результаты исследования CE-MARC 2. Согласно данным больших популяционных исследований установлено, что приблизительно у 60% больных с подозрением на ОКС не выявляется значимое поражение коронарных артерий. При этом проведение инвазивной коронарной ангиографии (КАГ) является дорогостоящим методом обследования и имеет определенные риски, связанные с вмешательством.

В исследовании CE-MARC 2 проводилась сравнительная оценка диагностической ценности методов визуализации коронарных артерий - общепринятой с помощью КАГ с неинвазивными методами, как магнитно-резонансное исследование сердца (МРИС) или сцинтиграфия миокарда (СМ) согласно рекомендациям NICE. Кроме того, в рамках исследования изучалась финансовая эффективность в плане уменьшения затрат. В исследование было включено 1202 больных из шести Британских больниц с симптомами КБС. Они были случайным образом распределены согласно соответствующим руководящим принципам NICE. При этом 240 пациентам проводили КАГ, 481 пациенту - МРИС, 481 больным - СМ. Первичной конечной точкой исследования CE-MARC 2 была оценка необходимости проведения ненужной ангиографии, что определялось как отсутствие значимого стеноза, измеренного с помощью FFR или количественного КАГ. Согласно рекомендациям NICE, больным с низкой вероятностью ИБС (10-29%) была проведена компьютерная томография сердца; пациентам с промежуточной вероятностью (30% -60%) проводилось, и больным с высокой вероятностью про-

водилась КАГ. Результаты исследования показали, что 22% больных проводилась ангиопластика в течение 12 месяцев. Этим пациентам, согласно рекомендациям NICE в 43% случаев проводилась инвазивная КАГ, в 18% - МРИС и в 16% - СМ. При этом в процессе ведения больных на основании результатов визуализации по МРИС значительно уменьшилось количество проведения ненужной КАГ по сравнению с ведением больных на основе рекомендации NICE, т.е. с инвазивной КАГ. Не было никакой разницы по показателям первичной конечной точки, однако количество больших осложнений было значительно больше при КАГ. Основной исследователь Greenwood сказал: «Эти результаты свидетельствуют о необходимости более широкого использования методов функциональной визуализации – МРИС и СМ у больных с низким, средним и высоким рисками и снижения количества ненужной инвазивной КАГ, которая, в конечном счете, не выявит значимых обструкций коронарных артерий.

Известно, что венозная тромбоэмболия (ВТЭ) является третьим наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием после острых коронарных синдромов (ОКС). Определение продолжительности антикоагулянтной терапии после изначальной трехмесячной терапии является сложной задачей в виду отсутствия соответствующих данных, особенно, у больных с непровоцированным тромбозом. Согласно данным исследования REVERSE II, разработанная новая шкала HERDOO2 позволяет определить риск повторной непровоцированной ВТЭ у женщин. Разработана новая шкала HERDOO2, которая состоит из комбинации следующих четырех факторов риска:

Hyperpigmentation, edema or redness in a leg (Гиперпигментация, отек и покраснение ноги)

D-Димер (>250 пг/мл на фоне приема антикоагулянтов)

Obesity - Ожирение (ИМТ >30)

Older age - Пожилой возраст (>65)

В мультинациональное исследование REVERSE II было включено 2779 пациентов (средний возраст 54,4 лет) с эпизодами первой непровоцированной ВТЭ после завершения, по крайней мере, от 5- до 12-месячной антикоагулянтной терапии с определением валидности шкалы HERDOO2. Риск рецидива ВТЭ считался низким при уровне 622 баллов по шкале HERDOO2, и большинству пациентов этой группы исследователи давали разрешение на прекращение антикоагулянтной терапии. Большинство больных, т.е. 591 женщин с высоким риском продолжали антикоагулянтную терапию.

Первичной конечной точкой исследования REVERSE II была оценка риска развития рецидива тромбоза в группе женщин низкого риска, прекративших антикоагулянтную терапию. Результаты исследования показали 3%-ную частоту рецидива ВТЭ в год в группе низкого риска, в то же время частота рецидива в группе больных высокого риска, которые прекратили антикоагулянтную терапию, составила 8,1% и в группе больных, которые продолжали антикоагулянтную терапию, - 1,6%.

Главный исследователь Rodger из Университета Оттавы сказал, что это важное открытие, так как, применяя данную шкалу, у более половины женщин с непровоцированной ВТЭ можно смело прекратить прием антикоагулянтной терапии и избавить этих пациентов от тягот, затрат и рисков, связанных с применением длительной антикоагулянтной терапии.

Таким образом, суммируя представленные на Конгрессе ЕОК 2016 результаты клинических исследований, можно сделать следующее заключение:

Установка ИКД для снижения общей смертности у больных с ишемической сердечной недостаточностью не показана.

Не рекомендуется применение постоянного позитивного давления во время дыхания у больных с средней и тяжелой формой апноэ сна при установленной форме ССЗ.

Нет необходимости определения функциональной активности тромбоцитов для коррекции дозы антитромбоцитарных препаратов у больных с высоким риском старше 75 лет.

В связи с высокой стоимостью и риском развития осложнений во время КАГ необходимо в стране развивать неинвазивные методы диагностики ИБС, в частности, МРИС и СМ, которые в настоящее время имеются лишь в очень ограниченном количестве медицинских центров страны.

Наконец, использование новой шкалы HERDOO2 позволяет идентифицировать больных женщин с высоким риском развития рецидива тромбозов, кому требуется продолжение антикоагулянтной терапии, с одной стороны, с другой стороны, использование данной шкалы также позволит вовремя отменить антикоагулянтную терапию у больных с низким риском.

**Подготовлено участником Конгресса Европейского общества кардиологов 2016, членом Рабочей группы по тромбозам Европейского Общества кардиологов А.Б. Сугралиевым.**

Поступило 22.09.2016г.

## 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. Орынбор, 8, Дом Министерств, корпус 1В,

тел: +7 (7172) 74-97-06, e-mail: vestnik\_2002@mail.ru, gulzhanzhumayeva@gmail.com.

**[www.heraldmed.org](http://www.heraldmed.org)**

**СОДЕРЖАНИЕ / МАЗМҰНЫ / CONTENTS**

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ  
PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE**

Бенберин В.В., Бюрабекова Л.В., Тыщенко Н.В. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОШИБКИ: ВОЗМОЖНОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	3
Бенберин В.В., Бұйрабекова Л.В., Тыщенко Н.В. ДӘРЛІК ҚАТЕЛІКТЕР: ДӘРЛІК ЗАТТАРДЫҢ ТИІМДІ ЖӘНЕ ҚАУІПСІЗ ҚОЛДАНЫЛУЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ МҰМКІНДІКТЕРІ .....	3
Benberin V.V., Byurabekova L.V., Tyshenko N.V. MEDICATION ERRORS: OPPORTUNITIES TO ENSURE EFFECTIVE USE OF MEDICINES .....	3
Тышкевич Ф.А., Розенсон Н. Г. ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПО ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ В УСЛОВИЯХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ .....	7
Тышкевич Ф.А., Розенсон Н. Г. АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ БӨЛІМ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖҮКТІЛЕРДІ БОСАНУҒА ДАЙЫНДАУ ТУРАЛЫ МЕКТЕП ЖҰМЫСЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ .....	7
Tyszkiewicz F.A Rozenson N.G. EXPERIENCE TRAINING SCHOOL FOR PREGNANT WOMEN FOR CHILDBIRTH UNDER OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT .....	7
Тюлюбаева Ж.С., Байсеркина Д.С., Орынбасаров С.О., Карп Л.Л. ОЦЕНКА УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ (по данным анкетирования) .....	10
Тюлюбаева Ж.С., Байсеркина Д.С., Орынбасаров С.О., Карп Л.Л. ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА АМБУЛАТОРЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАНАФАТТАНУ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ (сауалнама мәліметтері бойынша).....	10
Tyulyubaeva J.S, Bayserkina D.S, Orynbasarov S.O, Carp L.L. ASSESSMENT OF THE LEVEL OF SATISFACTION PROVIDED TO DIABETES PATIENTS CARE AT OUTPATIENT LEVEL (according to the survey).....	10
Абдрахманова С.А., Алиева Ж.Н., Жанибекова И.А. СОСТОЯНИЕ ДОНОРСТВА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	15
Абдрахманова С.А., Әлиева Ж.Н., Жәнібекова И.А. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДОНОРЛЫҚ ҚАН МЕН ОНЫҢ КОМПОНЕНТТЕРІНІҢ ЖАЙ-КҮЙІ .....	15
Abdrakhmanov S.A, Aliyev J.N, Zhanibekova I.A. STATUS OF BLOOD DONATION AND ITS COMPONENTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN .....	15
Жусупов Е.З. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ БЮДЖЕТНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ КВАЗИГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА.....	20
Жүсіпов Е.З. ЭКОНОМИКАЛЫҚ ДАҒДАРЫС ЖАҒДАЙЫНДА КВАЗИМЕМЛЕКЕТТІК СЕКТОР КӘСІПОРЫНДАРЫНДАҒЫ БЮДЖЕТТІК ЖОСПАРЛАУДЫ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ .....	20

Zhusupov E.Z. IMPROVEMENT OF THE BUDGETARY PLANNING AT THE ENTERPRISE QUASI-PUBLIC SECTOR DURING THE ECONOMIC CRISIS .....	20
Дудник М.Ю. ПМСП – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	23
Дудник М.Ю. БМСК – ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ БАСЫМ БАҒЫТТАРЫНЫҢ БІРІ .....	23
Dudnik M.Y. PHC - PRIORITY HEALTH SYSTEM.....	23
Вощенкова Т.А., Маймаков А.А., Байсалов А.М., Маймаков Т.А., Рахимжанова У.О., Бекзатов Е.Д. УПРАВЛЕНИЕ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ .....	26
Вощенкова Т.А., Маймақов Ә.А., Байсалов А.М., Маймақов Т.Ә., Рахымжанова Ұ.О., Бекзатов Е.Д. ОБЛЫСТЫҚ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНДА ТӨСЕК ҚОРЫН БАСКАРУ .....	26
Voshenkova T.A., Maimakov A.A., Baisalov A.M., Maimakov T.A., Rakhimzhanova U.O., Bekzatov E.D. CONTROLLING OF BEDS' FUND IN REGIONAL CHILDREN'S HOSPITAL.....	26
Бейсембаева Г.М. РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАЦИИ ПРИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ВЫДАЧЕ МЕДИКАМЕНТОВ НА ПАЦИЕНТОВ В БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКЕ .....	30
Бейсембаева Г.М. АУРУХАНА ДӘРІХАНАСЫНДА ПАЦИЕНТТЕРГЕ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫП БЕРУ КЕЗІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ФАРМАЦИЯ РОЛІ .....	30
Beysymbaeva G.M. THE ROLE OF CLINICAL PHARMACY AT THE CENTRALIZED ISSUANCE OF MEDICINES TO PATIENTS IN THE HOSPITAL PHARMACY .....	30
Табынбаев Н.Б., Жумадилов А.Ш., Сарсебеков Е.К. НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ К 25-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН .....	34
Табынбаев Н.Б., Жұмаділов А.Ш., Сәрсебеков Е.Қ. ОНКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТӘУЕЛСІЗДІГІНІҢ 25-ЖЫЛДЫҒЫНА .....	34
Tabynbaev N.B., Zhumadylov A.Sh., Sarsebekov E.K. NATIONAL RESEARCH CENTER OF ONCOLOGY AND TRANSPLANTATION OF THE 25TH ANNIVERSARY OF INDEPENDENCE OF KAZAKHSTAN.....	34

**КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА  
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА  
CLINICAL MEDICINE**

Тлеулесова И.К., Сәдуақасова А.Б. АНАЛИЗ ПРОТОКОЛОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА 18F-NAF НА ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОМ ТОМОГРАФЕ .....	37
Тлеулесова И.К., Садуақасова А.Б. ПОЗИТРОНДЫ-ЭМИССИОНДЫ ТОМОГРАФТА 18F-NAF РАДИОФАРМПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУМЕН СҮЙЕК МЕТАСТАЗДАРЫН ЗЕРТТЕУ ПРОТОКОЛДАРЫНЫҢ АНАЛИЗІ.....	37
Tleulesova I.K., Saduakasova A.B. THE ANALYSIS OF STUDY PROTOCOLS OF BONE METASTASES WITH USING 18F-NAF RADIOPHARMACEUTICAL ON POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY .....	37

Чорманова Р.Р. ПРЕИМУЩЕСТВА ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	43
Чорманова Р.Р. АСҚАЗАН-ШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫН САНДЫҚ РЕНТГЕНМЕН АНЫҚТАУДЫҢ АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ.....	43
Chormanova R.R. ADVANTAGES OF DIGITAL VERIFICATION RADIOGRAPHICALLY GASTROINTESTINAL DISEASE.....	43
Цыганок А. В., Лунькова Ю. С., Новиков В. М. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НА ФОНЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	45
Цыганок А. В., Лунькова Ю. С., Новиков В. М. НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯ ФОНЫНДА ОККЛЮЗИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ ГЕНДЕРЛІК АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫ.....	45
Tsyganok A. V., Lunkova Yu. S., Novikov V. M. GENDER DIFFERENCES IN PREVALENCE OF OCCLUSAL DISORDERS ON THE BACKGROUND OF NEUROLOGICAL PATHOLOGY.....	45
Енсебаев Е.Ж., Байгаскинов Ж.К., Шолох П.И., Абдрахманова А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	48
Еңсебаев Е.Ж., Байгаскинов Ж.К., Шолох П.И., Абдрахманова А.А. АМБУЛАТОРИЯ ПРАКТИКАСЫНДА ЛИТОТРИПСИЯНЫ ҚАШЫҚТЫҚТАН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ.....	48
Ensebayev E. Zh., Baigaskinov Zh. K., Sholoh P. I., Abdrahmanova A.A. EXPERIENCE OF USING DISTANCE LITOTRIPSATION IN AMBULANCE PRACTICE.....	48
Тусупбаев А.И. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ EMR (ENDOSCOPY MUCOSAL RESECTION) ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ И ESD (ENDOSCOPY SUBMUCOSAL DISSECTION) ЭНДОС-КОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИСЕКЦИИ.....	52
Тусупбаев А.И. EMR (ENDOSCOPY MUCOSAL RESECTION) СІЛЕМЕЙЛІ ESD (ENDOSCOPY SUBMUCOSAL DISSECTION) ЖӘНЕ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ РЕЗЕКЦИЯ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ СІЛЕМЕЙҚАБЫҚАСТЫ ДИСЕКЦИЯСЫН ОРЫНДАУ ТӘЖІРИБЕСІ.....	52
Tusupbayev A. EXPERIENCE OF PERFORMANCE OF ENDOSCOPY MUCOSAL RESECTION, ENDOSCOPY SUBMUCOSAL DISSECTION AND ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION.....	52
Абжанова А.Е. ЛЕЧЕНИЕ ХОБЛ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИЕЙ ЛЕГКИХ.....	55
Әбжанова А.Е. ӨСОА-ЫН ӨКПЕГЕ ИНВАЗИЯЛЫ ЕМЕС ЖЕЛДЕТҮДІ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ.....	55
Abzhanova A. E. TREATMENT HOBL UNINVASIVE VENTILATION LUNGS.....	55
Тургумбаева Ж.К. РОЛЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА.....	57
Тұрғымбаева Ж.К. ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫНЫҢ ВАРИАБЕЛЬДІЛІГІН ТҮСІНДІРУДЕ ЭКГ ХОЛТЕРОВТЫҚ МОНИТОРЛАУДЫҢ РОЛІ.....	57

Turgumbaeva Zh. THE ROLE OF HOLTER ECG IN INTERPRETATION OF HEART RATE VARIABILITY .....	57
Турсунов Ж.Т., Джамалов С.И., Ниязов З.К. РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАННИХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В УРГЕНТНОЙ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ .....	58
Турсунов Ж.Т., Джамалов С.И., Ниязов З.К. УРГЕНТТІ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬДЫ ХИРУРГИЯДАҒЫ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ АСҚЫНУЛАР КЕЗІНДЕГІ РЕЛАПАРОТОМИЯ .....	58
Tursunov Z.T., Jamalov S., Niyazov Z.K. RELAPAROTOMY IN EARLY POST-OPERATIVE COMPLICATIONS IN URGENT GASTRO- DUODENAL SURGERY .....	58
Табынбаев Н.Б., Оразбаева Д.Р., Абсатова С.Б., Сарсебеков Е.К. УСТАНОВЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЛИМФОМАХ.....	61
Табынбаев Н.Б., Оразбаева Д.Р., Абсатова С.Б., Сарсебеков Е.К. ЛИМФОМА КЕЗІНДЕ ӘРТҮРЛІ АҒЗАЛАРДЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫН АНЫҚТАУ .....	61
Tabynbaev N.B., Orazbayeva D.R., Absatova S.B., Sarsebekov E.K. ESTABLISHMENT OF VARIOUS BODIES LYMPHOMA.....	61
Киясов Е.А., Габбасова Г.С., Бейсембаева А.Ж., Ахметов М.З. ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОВ, ПЕСТИЦИДОВ И ДРУГИХ ИНГИБИТОРОВ НА КАЧЕСТВО, ПИЩЕВУЮ ЦЕННОСТЬ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МОЛОКА .....	63
Қиясов Е.А., Ғаббасова Г.С., Бейсембаева А.Ж., Ахметов М.З. СҮТТІҢ САПАСЫНА, ТАҒАМДЫҚ ҚҰНДЫЛЫҒЫНА ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІНЕ АНТИБИОТИКТЕРДІҢ, ПЕСТИЦИДТЕРДІҢ ЖӘНЕ БАСҚА ДА ИНГИБИТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ.....	63
Kiyasov E. A., Gabbasova G. S., Beisembayeva A. Zh., Akhmetov M. Z. INFLUENCE ANTIBIOTICS, PESTICIDES AND OTHER INHIBITORS ON QUALITY, NUTRITIONAL VALUE AND TECHNOLOGICAL PROPERTIES OF MILK.....	63

## МЕДИЦИНАЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Бенберин В.В., Сарсебеков Е.К., Жуматаев Т.Р., Жумаева Г.Ш. САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	67
Бенберин В.В., Сарсебеков Е.К., Жуматаев Т.Р., Жумаева Г.Ш. ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫ САНАТОРИЯЛЫҚ- КУРОРТТЫҚ ОҒАЛТУ .....	67
Benberin V.V., Sarsebekov E.K., Zhumatayev T.R., Zhumayeva G.Sh. SANATORIUM REHABILITATION ELDERLY IN THE MEDICAL CENTER OF PRESIDENT'S AFFAIRS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN .....	67
Марденова С.М., Жумашева З.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ, АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	70
Марденова С.М., Жумашева З.А. АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДА СТЕНТТЕУДІ, АОРТА-КОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУДЫ БАСЫНАН ӨТКЕРГЕН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ОҒАЛТУ .....	70

Mardenova S., Zhumasheva Z. REHABILITATION OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE WITH PRIOR STENTING, CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING, IN AN OUTPATIENT SETTING.....	70
Онғарбаева А.Е. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ.....	72
Оңғарбаева А.Е. ЖҮРЕККЕ ОПЕРАЦИЯ ЖАСАҒАННАН КЕЙІН ПАЦИЕНТТЕРДІ ОҢАЛТУ .....	72
Ongarbayeva A.E. THE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HEART SURGERY. ....	72
Кечеджиев С.Г., Воронкина Н.Н. «АЭЛТИС-СИНХРО-02» АППАРАТТЫҚ КЕШЕНІН ПАЙДАЛАНЫП, СОЗЫЛМАЛЫ ПРОСТАТИТИ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ .....	77
Кечеджиев С.Г., Воронкина Н.Н. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО АППАРАТА «АЭЛТИС-СИНХРО-02».....	77
Kechedzhiev S.G., Voronkina N.N. TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS WITH COMPLEX APPARATUS «AELTIS- SYNCHRO-02» .....	77
Маратова А.М. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ .....	79
Маратова А.М. СОЗЫЛМАЛЫ АСҚЫНБАҒАН ОЙЫҚ ЖАРАНЫ ШИПАЖАЙ ЖАҒДАЙЫНДА ЕМДЕУ .....	79
Maratova.A.M. THE TREATMENT OF CHRONIC ULCER COMPLICATIONS IN SPA.....	79

**АҚПАРАТ  
ИНФОРМАЦИЯ  
INFORMATION**

Сугралиев А.Б. НОВОСТИ КАРДИОЛОГИИ - КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2016.....	83
--	----

**МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ  
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ  
SUBMISSION GUIDELINES**