



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖАРШЫСЫ

ВЕСТНИК МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

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

4 (57) 2014

ISSN 2075-8790

Учредители журнала:
Управление Делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления Делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
Бенберин В.В.

Заместитель главного редактора -
Сарсебеков Е.К.

Ответственный секретарь –
Куанышкалиева А.Н.

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

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

**қазан –желтоқсан
4 (57) 2014
октябрь - декабрь**

Ежеквартальный научно-практический журнал

**ВЕСТНИК
Медицинского центра
Управления Делами Президента
Республики Казахстан**

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

Редакционный совет:

Аканов А.А. – д.м.н., профессор
Бакенова Р.А. – д.м.н.
Байгенжин А.К. – д.м.н., профессор
Батпенев Н.Д. – д.м.н., профессор
Бектаева Р.Р.- д.м.н., профессор
Дерновой А.Г. – д.м.н.
Дудник В.Ю. – д.м.н.
Жузжанов О.Т. – д.м.н., профессор
Жусупова А.С. – д.м.н., профессор
Ибраев С.Е. – д.м.н., профессор
Карабаева Р.Ж. – д.м.н.
Каирбекова С.З. – д.м.н., профессор
Kenneth Alibek – Ph.D., профессор
Кульжанов М.К. – д.м.н., профессор
Кветной И.М.– д.м.н., профессор (РФ)
Мустафин А.Х. – д.м.н., профессор
Раманкулов Е.М. – д.м.н., профессор
Разумов А.Н. - д.м.н., профессор, академик РАН (РФ)
Сейсембеков Т.З. – д.м.н., профессор
Танбаева Г.З. - д.м.н., профессор
Токпанов С.И. – д.м.н., профессор
Тулбаев Р.К. – д.м.н., профессор
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
Шарман А. – д.м.н., профессор
Шайдаров М.З.– д.м.н., профессор

МАЗМҰНЫ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ БАСҚАРУ УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE MANAGEMENT

Бенберин В.В., Ахетов А.А., Танбаева Г.З., Ысқақова С.А. Егде және қарт жастағы адамдардың белсенді ұзақ өмір сүруі үшін қолайлы әлеуметтік орта қалыптастыру Бенберин В.В., Ахетов А.А., Танбаева Г.З., Исақова С.А. Формирование благоприятной социальной среды для активного долголетия лиц пожилого и старческого возраста Benberin V.V., Akhetov A.A.², Tanbayeva G.Z., Iskakova S.A. Creating a favorable social environment for active longevity elderly and senile.....	8
Мырзалиева Д.Б., Бактыбаева Л.К. Оқытудың әртүрлі кезеңіндегі студенттердің жүрек-қантамырлар жүйесінің көрсеткіштерін талдау Мирзалиева Д., Бактыбаева Л.К. Анализ показателей сердечно-сосудистой системы у студентов в различные периоды обучения Mirzaliyeva D., Baktybaeva L.K. Analysis of cardiovascular system of students in different periods of training.....	12
Ш.С. Гулямова, А.Г. Гадаев, Н.А. Муминова Пациенттердің артериялық гипертония профилактикасы бойынша білім деңгейін арттыру Ш.С. Гулямова, А.Г. Гадаев, Н.А. Муминова Повышение образовательного уровня пациентов в профилактике артериальной гипертонии Gulyamova S.S., Gadayev A.G., Muminova N.A. Improvement of the educational level of patients in prevention of arterial hypertension.....	16
Танбаева Г.З. Қазіргі заманғы аурухананың тұрақты дамуы тәуекелдерінің мәнмәтіні және сәйкестігі Танбаева Г.З. Контекст и идентификация рисков устойчивого развития современной больницы Tanbayeva G.Z. Context and hazards identification of sustainable development risks of modern hospital.....	21
Сүгіралиев А.Б. ауруханада тромбоздар қауіп-қатерін бағалаудың қазіргі заманғы моделі Сугралиев А.Б. Современная модель оценки риска тромбозов в больнице Sugraliyev A.B. Updated thrombosis risk assessment model in hospital.....	25

Бенберин В.В., Бұйрабекова Л.В., Төлеуова А.С.

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығы ұйымдарының кадрлар ресурсының әлеуетін жоғарылату – халыққа сапалы және қолжетімді медициналық көмек көрсетуге ықпал ететін негізгі фактор

Benberin V.V., Byurabekova L.V., Tuleuova A.S.

Повышение потенциала кадровых ресурсов организаций Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан как основной фактор, способствующий оказанию качественной и доступной медицинской помощи населению

Benberin V.V., Byurabekova L.V., Tuleuova A.S.

Improvement of potential of personnel resources of the organizations of Medical center of President's Affairs of the Republic of Kazakhstan as the major factor promoting rendering high-quality and available medical care to population..... 30

**КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
CLINICAL RESEARCH**

Коновалов Р.Н., Матвиевский В.Я., Мұхаметжанова С.В., Суслин А.С.

Сөйлеу парадигмасын талдау: аутизмнан шыққан балалардың функциялық магниттік-резонанстық томографиясының деректері

Коновалов Р.Н., Матвиевский В.Я., Мухаметжанова С.В., Суслин А.С.

Анализ речевых парадигм: данные функциональной магнитно-резонансной томографии детей, выведенных из аутизма

Konovarov R.N., Matvievskiy V.J., Mukhametzhanova S.V., Suslin A.S.

Talking brain: fMRI data of the former autistic children..... 34

Бенберин В.В., Ахетов А.А., Танбаева Г.З., Сугралиев А.Б., Актаева Ш.С.

Стационар жағдайында өкпе артериясы тромбоэмболиясының ауырлық дәрежесін бағалау және диагностикалық алгоритмі

Benberin V.V., Akhetov A.A., Tanbaeva G.Z., Sugraliev A.B., Aktaeva Sh.S.

Диагностический алгоритм и оценка степени тяжести тромбоэмболии легочных артерий в условиях стационара

Benberin V.V., Akhetov A.A., Tanbaeva G.Z., Sugraliev A.B., Aktaeva Sh.S.

Diagnostic algorithm and evaluation severity index in patients with pulmonary embolism..... 46

Шұбатқалиева А.Х., Әмірқұлова А.А.

Ішек метаплазиясы және дисплазиясы белгілерімен атрофиялық гастритке шалдыққан науқастарға Helicobacter pylori эррадикациялық терапиясын қолданудың тиімділігін бағалау

Шубатқалиева А.Х., Амирқұлова А.А.

Оценка эффективности эррадикационной терапии Helicobacter pylori у больных с атрофическим гастритом с явлениями кишечной метаплазии и дисплазии

Shubatkalieva A.Kh., Amirkulova A.A.

Performance evaluation of Helicobacter pylori eradication therapy on patients with atrophic gastritis with symptoms of intestinal metaplasia and dysplasia..... 52

Нагина Е.Н., Духно А.В., Рой С.В., Масюкова Э.А., Рысмендиева А.Д.

Дентальды имплантациялауға ауыз қуысын дайындаудың құрамдас бөлігі

Нагина Е.Н., Духно А.В., Рой С.В., Масюкова Э.А., Рысмендиева А.Д.

Комбинированный метод подготовки полости рта к дентальной имплантации

Nagina E.N., Duhno A.V., Roy S.V, Masyukova E.A., Rysmendieva A.D.
Комбинированный метод подготовки полости рта к дентальной имплантации..... 56

Салаева М. С., Худайберганаева Н.Х., Рахматова Ф.У.
Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруына және бронх астмасына шалдыққандар өмірі сапасының параметрлерін салыстырмалы бағалау
Салаева М. С., Худайберганаева Н.Х., Рахматова Ф.У.
Сравнительная оценка параметров качества жизни у больных хроническими обструктивными болезнями легких и бронхиальной астмой
Salayeva M.S., Hudoyberganova N.H., Rakhmatova F.W.
Comparative evaluation of parameters of quality of life in patients chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma..... 60

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

Бейсембаева С.Ч., Омаркулова Ж.К., Сейдахметова Г.У.
Созылмалы вирусты В және С гепатиттерімен ауыратын науқастардың вирусқа қарсы терапиясын талдау
Бейсембаева С.Ч., Омаркулова Ж.К., Сейдахметова Г.У.
Анализ противовирусной терапии больных хроническими вирусными гепатитами В и С
Beisebayeva S.Ch., Omarkulova Zh.K., Seidakhmetova G.U.
Analysis of antiviral therapy of patients with chronic viral hepatitis B and C in Astana..... 65

Худайберганаева Н.Х., Мухитдинова Р.Ф., Абзалова Д.А., Муминова Н.А., Алимова Г.У.
Ташкент қаласының денсаулық сақтау ісінің алғашқы буынында теміртапшылықты анемияны емдеуде ферлатум препаратын қолданудың клиникалық тәжірибесі
Худайберганаева Н.Х., Мухитдинова Р.Ф., Абзалова Д.А., Муминова Н.А., Алимова Г.У.
Клинический опыт применения препарата ферлатум в лечении железодефицитной анемии в условиях первичного звена здравоохранения г.Ташкент
Beisebayeva S.Ch., Omarkulova Zh.K., Seidakhmetova G.U.
Analysis of antiviral therapy of patients with chronic viral hepatitis in the city of Tashkent..... 68

Қиясов Е.А., Габбасова Г.С., Ахметов М.З
Жануарлар етіндегі антибиотиктерге скрининг жүргізу
Қиясов Е.А., Габбасова Г.С., Ахметов М.З.
Скрининг антибиотиков в пищевых продуктах животного происхождения
Kiyasov E.K., Gabbasova G.S., Akhmetov M.Z.
Screening of antibiotics in foods of animal origin..... 71

Рахметова В.С., Андреев В.Е., Галиакбарова А.А., Мұсабеков Д.К.
Жіңішке ішек ауруын диагностикалаудағы жаңа әдісі
Рахметова В.С., Андреев В.Е., Галиакбарова А.А., Мұсабеков Д.К.
Новое в диагностике заболеваний тонкой кишки
Rahmetova V.S., Andreev V.E., Galiakbarova A.A., Musabekov D.K.
New in the diagnosis of diseases of the intestine..... 76

ШОЛУ
ОБЗОРЫ
REVIEW

Душняк Л.В.
Литва Денсаулық Ғылымдары Университеті Клиникасының мысалында пульмонология саласындағы функциялық диагностиканың мүмкіндіктері
Душняк Л.В.
Возможности функциональной диагностики в пульмонологии на примере Клиники Литовского Университета Наук Здоровья
Dushnyak L.
The possibility of functional diagnostics in pulmonology as the example of Clinics Lithuanian University of health sciences..... 79

Танбаева Г.З.
Тәуекел-менеджментін қазіргі заманғы клиникалық аурухананы басқару құралы ретінде қолдану
Танбаева Г.З.
Использование риск-менеджмента, как инструмента управления современной клинической больницей
Tanbayeva G.Z.
Using of risk management as a management tool of modern clinical hospital..... 83

Өтениязова Л.А.
Әлеуметтік стресс жағдайында жасөспірімдерге психологиялық көмек көрсетудің теориялық-практикалық-құндылықты тұжырымдамасы
Утениязова Л.А.
Теоретико-практико-ценностная концепция психологической помощи подросткам в условиях социального стрессирования
Uteniyazova L.A.
Theoretical practice and value concept of psychological care for adolescents with social of stressing..... 87

Түсіпбекова Г.М., Сыздықова А.А., Ан В.А.
Өзіңде аллергияның бар- жоғын қалай анықтауға болады?
Тусупбекова Г.М., Сыздыкова А.А., Ан В.А.
Как заподозрить у себя аллергию?
Tusupbekova G.M., Syzdykova A.A., An V.A.
How to suspect that at allergies?..... 96

«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫ МЕН
ҚАУІПСІЗДІГІН ҰЙЫМДАСТЫРУ АСПЕКТТЕРІ» ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-
ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ
МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН»
MATERIALS OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE "MODERN
ASPECTS OF QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL CARE AND PATIENT SAFETY IN
KAZAKHSTAN

Вощенко Т.А.
«Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы» АҚ-да медициналық қызметтер сапасына ішкі

аудит ұйымдастыру

Вощенко Т.А.

Организация внутреннего аудита качества медицинских услуг в АО «Национальный научный центр материнства и детства»

Voschenkova T.A.

Organization of internal audit quality medical services in JSC "National Research Center for Maternal and Child".....

101

Отарбаев Н.К.

«Республикалық диагностикалық орталығы» АҚ-да Joint Commission International (JCI) медициналық көмек пен аурулар қауіпсіздігі стандарттарын енгізу тәжірибесі

Отарбаев Н.К.

Опыт внедрения международных стандартов Joint Commission International (JCI) по качеству медицинской помощи и безопасности пациентов в АО «Республиканский диагностический центр»

Otarbayev N.K.

Experience of implementation of international standards Joint Commission International (JCI) the quality of care and patient safety in the "Republican diagnostic center" JSC.....

107

Байбекова А.С.

Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасында пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету

Байбекова А.С.

Обеспечение безопасности пациентов в Центральной клинической больнице Медицинского центра Управления делами Президента

Baybekova A.S.

Patient safety in the Central Clinical Hospital of the Medical Center of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan.....

112

**«АС ҚОРЫТУ ОРГАНДАРЫНЫҢ ОБЫР АЛДЫ ЖӘНЕ ЕРТЕ ОБЫРЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ» АТТЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ
МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕДРАКА И РАННЕГО РАКА ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ»
MATERIALS OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
"MODERN PROBLEMS PRECANCER AND EARLY CANCER DIGESTIVE"**

Ахметжанов О.Т., Батырбеков Қ.У., Шаназаров Н.А., Машкин А.М.

Қазақстан Республикасында өткізілген колоноскопиялық скринингтің алғашқы қорытындылары

Ахметжанов О.Т., Батырбеков Қ.У., Шаназаров Н.А., Машкин А.М.

Предварительные результаты скрининговой колоноскопии в Республике Казахстан

Akhmetzhanov O.T., Baturbekov K.U., Shanazarov N.A., Mashkin A.M.

Preliminary results of screening colonoscopy in the Republic

of Kazakhstan.....

118

Қалиасқарова К.С., Қонысбекова А.А., Отарбаев Н.К., Бақыров И.К.

Қазақ популяциясындағы гепатоцелюлярлық карцинома: вирустық цирроздың этиологиялық маңызы

Қалиасқарова К.С., Қонысбекова А.А., Отарбаев Н.К., Бакиров И.К.

Гепатоцелюлярная карцинома в казахской популяции: этиологическая роль вирусного цирроза

K.S.Kaliaskarova, A.A.Konysbekova, N.K.Otarbayev, I.K.Bakirov Hepatocellular carcinoma in the kazakh population: etiological role of virus cirrhosis.....	124
Аманжолов Б.Р., Ташимов Р.И., Исмаилов А.Ж., Уалиханов А.Т. Өнештің қатерсіз тарылысы кезінде биодеградалайтын өнештік стентімен эндоскопиялық стенттеуді қолданудың алғашқы тәжірибесі Аманжолов Б.Р., Ташимов Р.И., Исмаилов А.Ж., Уалиханов А.Т. Первый опыт применения эндоскопического стентирования биодиградирующим пищеводным стентом при доброкачественной стриктуре пищевода Amanzholov B.R., Tashimov R.I., Ismailov A., Zh., Ualikhanov A.T. The first experience with endoscopic stenting by biodigradiruyuschim esophageal stents for benign esophageal strictures.....	134
Жүсіпова Б.Т., Шаназаров Н.А., Бейсеуова Ж.А., Ковальчук Д.А., Күмісбекова Р.К., Ушаков С.А. Асқазанның метастаздық обырының химиятаргеттік терапиясы: емдеудің клиникалық тәжірибесі Жусупова Б.Т., Шаназаров Н.А., Бейсеуова Ж.А., Ковальчук Д.А., Кумисбекова Р.К., Ушаков С.А. Химиотаргетная терапия метастатического рака желудка: клинический опыт лечения Zhusupova B.T., Shanazarov N.A., Beyseuova J.A., Kovalchuk D.A., Kumisbekova R.K., Ushakov S.A. Chemotarget therapy of metastatic gastric cancer: clinical experience of successful treatment of a patient.....	136
Машкин А.М., Шаназаров Н.А., Ахметжанов О.Т., Батырбеков Қ.У. Скринингтік колоноскопия. Ұйымдастыру және өткізу мәселелері Машкин А.М., Шаназаров Н.А., Ахметжанов О.Т., Батырбеков Қ.У. Скрининговая колоноскопия. Вопросы организации и проведения Mashkin A.M., Shanazarov N.A., Akhmetzhanov O.T., Bатыrbekov K.U. Screening colonoscopy. Arranging and conducting.....	140
МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ SUBMISSION GUIDELINES.....	148

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ БАСҚАРУ
УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ
ИЗДРАВООХРАНЕНИЕМ
PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE MANAGEMENT**

УДК: 364.278.2:364.242

БЕНБЕРИН В.В.¹, АХЕТОВ А.А.², ТАНБАЕВА Г.З.², ИСКАКОВА С.А.²
*Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, Астана¹
РГП «Центральная клиническая больница» Медицинского центра УДП РК, Алматы²*

**ФОРМИРОВАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ
АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА**

В работе представлен анализ существующей ситуации по качеству жизни, социальной адаптации и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста в Республике Казахстан; обозначены проблемные вопросы социально-психологического состояния населения пожилого возраста и показана необходимость разработки Государственной Программы по формированию благоприятной социальной среды на пути достижения активного долголетия.

Ключевые слова: активное долголетие, пожилой и старческий возраст, социализация, социальная среда.

В последнее десятилетие показатель средней продолжительности жизни в Казахстане, повысился с 67 до 69 лет [1]. В стране значительно укрепилась материально-техническая база здравоохранения, инфраструктура социальной помощи. Однако, по-прежнему, остро стоят вопросы повышения уровня социальной адаптации и реабилитации, качества жизни лиц так называемого «третьего возраста» [2,3]. Продолжают оставаться актуальными вопросы подготовки и переподготовки квалифицированных медицинских кадров, в частности, патронажных и социальных работников; вопросы формирования благополучной социальной среды для активного долголетия лиц пожилого и старческого возраста. В связи с ожидаемым повышением продолжительности жизни, экспертами ООН Казахстан отнесен к государствам с ускоренным темпом старения. По их прогнозам в 2050 году в стране ожидается 25% пожилых людей [1,4,5].

В условиях объединения Министерств здравоохранения и социального обеспечения в единое Министерство здравоохранения и социального развития, для формирования благополучной социальной среды для лиц пожилого и старческого возраста, необходимо разрабатывать дополнительные меры по дальнейшему совершенствованию медико-социальной помощи населению страны. Целевыми индикаторами этих мероприятий должны являться: увеличение продолжительности жизни населения и повышение качества жизни граждан пожилого возраста.

По состоянию на 1 января 2013 года в Казахстане, доля лиц в возрасте 65 лет и старше достигла 11,6% от общей численности населения и такая тенденция будет продолжаться в ближайшие годы.

Целью государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения, является устойчивое повышение уровня и качества жизни пожилых людей на основе социальной солидарности и справедливости; соблюдение интересов всех социально-демографических групп населения и рационального использования финансовых и других ресурсов [6]. Устойчивый рост доли пожилых людей в структуре населения страны обуславливает формирование

новых представлений о старости как особом этапе социальной жизни человека, роли пожилых людей в социальном развитии государства. Люди старшего поколения нуждаются в повышенном внимании общества и представляют собой специфический объект социальной работы, так как они подвержены одновременному действию целого ряда неблагоприятных факторов социальной среды, обуславливающих их физическое, психическое, социальное, экономическое благополучие.

Характерными чертами социально-экономического положения значительной части пожилых людей, является неустойчивое материальное положение. Средний размер пенсии по возрасту в Республике Казахстан составляет 32400 тенге. Более 80% пенсионеров не владеют навыками работы с современными информационными технологиями (персональный компьютер, банкомат, мобильный телефон), что ограничивает их доступ к общественным благам и услугам.

В то же время медленно решаются вопросы открытия комплексных центров медико-социального обслуживания населения; наблюдается недостаток методического сопровождения организаторов медико-социальной работы с людьми пожилого возраста; не проводится проектирование индивидуальных маршрутов социальной активности пенсионеров на основе изучения их потенциала и социальных проблем.

При этом низкая информированность пожилых людей о медико-социальных возможностях в ближайшем социальном окружении, снижает мотивацию пенсионеров на участие в неформальных общественных объединениях, творческих коллективах;

В результате социально-психологическое состояние населения пожилого возраста характеризуется следующими трендами:

1. Наблюдается снижение социальной активности пожилых людей после выхода их на пенсию, что связано с прекращением или ограничением трудовой деятельности, пересмотром ценностных ориентиров образа жизни и круга общения, возникновением различных затруднений в социально-бытовой сфере, в психологической адаптации к новым условиям жизни, что, в свою очередь, негативно влияет на психическое и физическое здоровье пожилых людей и продолжительность их жизни.

2. Возможности пожилых людей по осуществлению полноценного участия в жизни общества значительно ограничены, что связано с неудовлетворительным состоянием здоровья этой категории населения, а также со слабой информированностью и правовой безграмотностью пожилых людей в сфере получения социальных услуг и льгот.

3. Изменения, связанные с процессами переустройства общественной жизни, в значительной мере влияют на социальное положение и самочувствие пожилых людей, которым трудно адаптироваться в динамично меняющихся экономических и социально-культурных условиях. При этом растет их зависимость от экономически и социально активного населения, что ведет к потере пожилыми людьми ориентации в быстро меняющемся информационном и коммуникационном пространстве.

4. В силу возрастных особенностей пожилым людям трудно адаптироваться к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни. Создание условий для повышения уровня и качества жизни пожилых людей и обеспечения их активного участия в жизни общества на основе усиления правовой защиты пожилых, развития и интеграции сети учреждений социального и медицинского обеспечения и совершенствования их деятельности, должны стать приоритетами государственной социальной политики в Казахстане.

Анализ факторов, влияющих на долголетие и активность граждан пожилого возраста, позволил обозначить следующие проблемы:

1. Недостаточно развиты и используются междисциплинарные механизмы комплексной медико-социальной реабилитации, адаптации, социализации и интеграции пожилых людей;

2. Отсутствует единая система планирования деятельности различных учреждений, общественных организаций и организованных сообществ, осуществляющих медико-социальную интеграцию пожилых людей (гериатрические центры, дома временного пребывания, мобильные службы, медико-социальной службы, хосписы, дома престарелых, патронажные и социальные службы, пансионаты и клубы для пожилых);

3. Сложившаяся система медико-социальной и адресной помощи не в полной мере обеспечивает участие пенсионеров в общественной жизни страны;

4. Отсутствует мониторинг уровня социальной и экономической адаптации пожилых людей, развития их социальных связей через учреждения социальной сферы, общественные объединения, а также потребность в обучающих программах, обеспечения медико-социальной помощи, физкультурно-оздоровительной занятости и социальной активности пенсионеров.

5. Недостаточная информированность пожилых людей о культурных, образовательных, просветительских, консультативных и развлекательных программах, а также ограниченный их доступ к современным информационным технологиям.

Поэтому вопросы активного долголетия в Республике Казахстан требуют комплексного и системного подхода. В этой связи требуется разработка Государственной Программы по формированию благоприятной социальной среды для лиц пожилого и старческого возраста, которая явилась бы оптимальным решением проблемы.

В целом в предлагаемой Программе акцент должен быть сделан на развитие социализации и активного долголетия лиц пожилого и старческого возраста. При этом инвестиционные и инновационные ресурсы должны направляться, в первую очередь, на развитие и модернизацию инфраструктуры медико-социальной помощи; повышение эффективности лечебно-оздоровительных услуг, а также уровня компьютерной грамотности и информированности пожилых людей. Одновременно должно проводиться постоянное наблюдение за степенью удовлетворенности пожилого и старшего населения в области социальной адаптации и реабилитации; формированием активной гражданской позиции у пожилых людей, осуществляющих свой посильный вклад в развитие Республики Казахстан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года принятый второй Всемирной ассамблеей по проблемам старения, Мадрид, 8-12 апреля 2002 года// сайт- <http://www.un.org/ru/>. [Электронный ресурс].

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 23 августа 2012 года № 1078 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы»

3. Аканов А., Ямашита С., Мейрманов С. и др. Пожилые люди и их проблемы: опыт Японии и Казахстана. Нагасаки; Алматы, 2008.

4. Артемин В.А., Гречухина И.В., Исаев А.П. К вопросу о доступности гериатрической консультативной помощи населению // Клиническая геронтология. 2006. Т12, № 9.- С. 94.

5. Безруков В.В., Чайковська В.В., Вержиковська Н.В., Хаджинова Н.А Шляхи підвищення якості і доступності надання первинної медичної допомоги людям літнього віку // Журнал АМН України. 2007. Т13.№ 2.С. 291 – 303.

6. Чайковская В.В. Психологические аспекты социальной работы с пожилыми людьми. К.: «Кисор», 2011.-75с.

Түйін

*Бенберин В.В.¹, Ахетов А.А.², Танбаева Г.З.², Ысқақова С.А.²
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығы, Астана, Қазақстан¹
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы, Қазақстан²*

ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ БЕЛСЕНДІ ҰЗАҚ ӨМІР СҮРУІ ҮШІН ҚОЛАЙЛЫ ӘЛЕУМЕТТІК ОРТА ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Мақалада Қазақстан Республикасында егде және қарт жастағы адамдардың өмір сапасы, әлеуметтік бейімделу және оңалту бойынша қалыптасқан қазіргі жағдайға талдау ұсынылған; егде жастағы халықтың әлеуметтік-психологиялық жағдайының күрделі мәселелері белгіленіп, белсенді ұзақ өмір сүруге қол жеткізу жолында қолайлы әлеуметтік орта қалыптастыру жөніндегі Мемлекеттік Бағдарлама әзірлеу қажеттілігі көрсетілген.

Түйін сөздер: белсенді ұзақ өмір сүру, егде және қарт жас, әлеуметтендіру, әлеуметтік орта.

Summary

*Benberin V.V.¹, Akhetov A.A.², Tanbayeva G.Z.², Iskakova S.A.²
Medical Center of President's Affairs Administration
of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan¹
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs
Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan²*

CREATING A FAVORABLE SOCIAL ENVIRONMENT FOR ACTIVE LONGEVITY ELDERLY AND SENILE

The paper presents an analysis of the current situation on the quality of life, social adaptation and rehabilitation of elderly in the Republic of Kazakhstan; marked the problematic issues of social and psychological state of the elderly population and the necessity of development of the State Program on formation of favorable social environment for achieving active longevity.

Keywords: active longevity, elderly age, socialization, social environment.

Поступила 12.12.2014

МЫРЗАЛИЕВА Д.Б., БАҚТЫБАЕВА Л.К.

*ҚР Білім және Ғылым Министрлігі,
Экология мәселелері ғылыми-зерттеу институты,
Алматы, Қазақстан*

ОҚЫТУДЫҢ ӘРТҮРЛІ КЕЗЕҢІНДЕГІ СТУДЕНТТЕРДІҢ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІН ТАЛДАУ

Студенттердің көпшілігі емтихан тапсыру жағдайын стресс күйі ретінде қабылдап, жүрек-қан тамырлар жүйесінің қызметіне ықпал ететін едәуір психологиялық эмоциялық жүктеме әсерінде болады. Студенттердің психологиялық эмоциялық стрессіне жүрек-қантaмыр жүйесі реакциясының сипаттамасы емтиханды тапсыру нәтижелілігін субъективті болжамдауға қарай түрленеді.

Түйін сөздер: психологиялық эмоциялық стресс, абыржудың даму деңгейі, жүрек-қантaмыр жүйесі.

Оқу процесі кезіндегі студенттердің физиологиялық жағдайын қамтып көрсететін, денсаулықтың нашарлауы мен патологияға алып келетін жағдайлар қатары едәуір психоэмоционалды жүктемемен бақыланады [1,2]. Емтихандық сессиядағы мұндай жағдайлардың студенттер үшін үлкен әлеуметтік маңызы бар. Емтихандық жүктемелер эмоционалды күйзеліспен бірге жүреді. Бұлар психоэмоционалды жүктеменің басым түрінің пайда болуына алып келетін әртүрлі дербес күйзелістер болып табылады [3]. Индивидуалды кері әсер етудің ерекшелігі - организмдегі бейімделу процесінің өзгерісіне функционалды жүйенің тұтас қатыспауы нәтижесінде қалыптасатындығы. Сондықтан жеке функционалды өзгерістердің ерекшелігі мен оқу процесі кезіндегі стресті жүктемелерге студенттердің бейімделуін зерттеу маңызды физиологиялық мәселе болып табылады.

Зерттеу мақсаты емтиханның әсерінен пайда болған әртүрлі деңгейлі психоэмоционалды жүктемеден студенттердің жүрек-қантaмыр жүйесінің көрсеткіштеріндегі өзгерістерді зерттеу болып табылады.

Зерттеу әдістері мен материалдары

Зерттеу жұмысы екі этап бойынша жүргізілді: бірінші этапта әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университетінің, биология және биотехнология факультетінің оқу семестрі кезіндегі 18 бен 23 жас аралығындағы 38 студенті зерттелді (біркелкі зерттеу), ал екіншісінде – осы студенттер емтихандық сессия кезеңінде зерттелді. Соңғы жағдай емтиханға дейінгі 30-35 минутта және емтиханнан кейінгі бір сағаттан соң жүргізілді. CardioVit 2.2.3 электрокардиографиялық аппаратының көмегімен электрокардиограммасын тіркеп, оны 12 бөлікке бөліп алып, Рива-Роччи аппаратының көмегімен гемодинамикалық зерттеу жүргіздік. Алынған кардиограммалар шифрлап, гемодинамикалық көрсеткіштерін есептедік: қанның салыстырмалы көлемі (ҚСК), жүрек индексі (ЖИ), орташа динамикалық қысым (ОДҚ), жалпы перифериялық қарсылығы (ЖПҚ), реографиялық индексі (РИ) және сол жақ асқазаннан қанның шығу уақыты (ТЕ).

Абыржу даму деңгейінің психофизиологиялық диагностикасы – психофизиологиялық тестер: Тейлор тесті, Р. Тэммл, М. Дорки, В. Аментесті, «Жаңбырастындағыадам»тесті, Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин тесті көмегімен жүргізілді.

Математикалық анализі А.П. Кулачев құрастырған «STADIA 4.5» программасының көмегімен жүргізілді. Онда мыналар қамтылған: орташа шамасы есептелген статистикалық параметрлердің сипаттамасы, қателіктердің орташа шамасы, дисперсия, стандарты ауытқу, медианалар, кварталдер, орташа шама мен дисперсиялардың сенімділігі; талданған мәліметтердің қалыпты бөлініп орналасуын және “ХИ-квадрат” критерийі бойынша функционалды жағдайдың әртүрлі топтарының салыстырмалы абсолюттік шамаларының параметрлерін анықтау.

Зерттеу нәтижелері

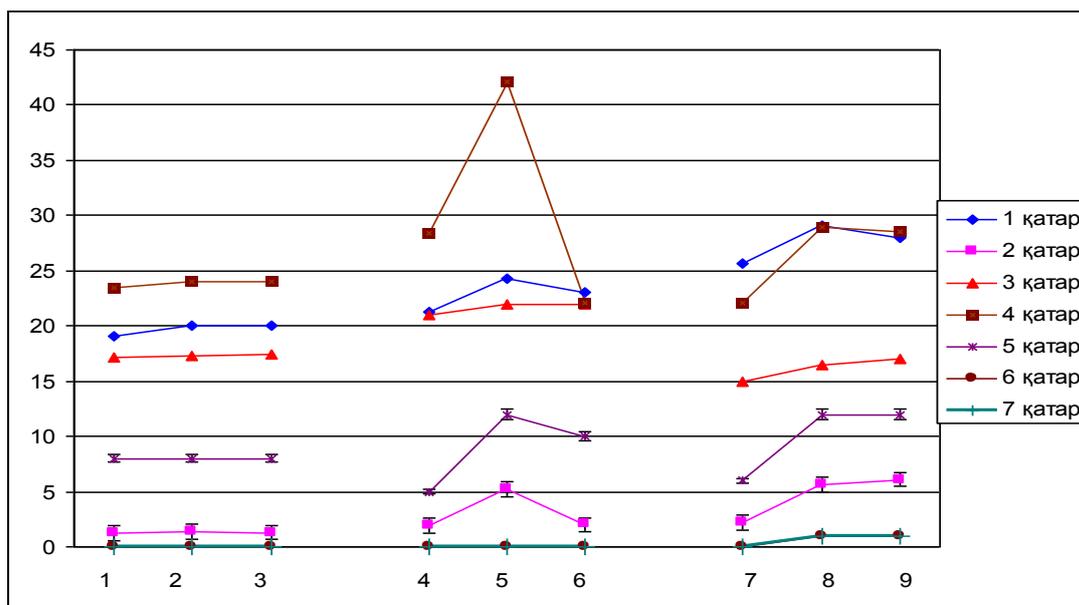
Жүргізілген психофизиологиялық тесттердің нәтижесі бойынша студенттер 3 топқа бөлінді. Бірінші топты абыржу дамуының минималды деңгейін көрсеткен 12 студент, екінші топты абыржу дамуының орташа деңгейін көрсеткен 19 студент және үшінші топты абыржу дамуының максималды деңгейін көрсеткен 7 студент құрады.

Тәжірибені жүргізу барысында жүрек-қантамыр жүйесінің гемодинамикалық және электрокардиографиялық көрсеткіштері алынды. Алынған мәліметтерден студенттерге емтихандық стресс кезінде күшті психофизиологиялық жүктеме түсетіндігі анықталды.

Кесте - Оқытудың әртүрлі кезеңіндегі абыржудың түрлі деңгейін көрсеткен студенттердің кардиоваскулярлық жүйесінің гемодинамикалық көрсеткіштері

Кардиоваскулярлы жүйелердің реологиялық көрсеткіштері	Абыржудың әртүрлі деңгейін көрсеткен студенттер топтары								
	төменгі деңгейі			орташа деңгейі			жоғары деңгейі		
	Семестрлік оқу кезінде	Емтиханға дейін	Емтиханнан кейін	Семестрлік оқу кезінде	Емтиханға дейін	Емтиханнан кейін	Семестрлік оқу кезінде	Емтиханға дейін	Емтиханнан кейін
ЖИ, ш.б.	2,25±0,12	2,63±0,37	2,49±0,37	2,46±0,11	2,73±0,16	2,34±0,11	2,59±0,37	3,25±0,12	3,45±0,11
								$p_{7-8} \leq 0.05$	$p_{7-9} \leq 0.05$
ЖПҚ, ш.б.	1078±8,25	1597±180	1004±75,5	1721±82,45	1733±168	1511±99	1704±75,5	1878±8,25	1777±7,25
		$p_{1-2} \leq 0.05$							
ОДҚ, мм рт.ст.	83,2±2,5	84,0±3,4	85,7±0,99	87,7±0,96	89,8±1,31	86,4±1,6	87,7±0,99	87,2±2,5	87,2±2,5
ҚСК, мл.	58,3±1,7	59,2±5,6	56,45±2,8	52,15±2,6	53,3±5,4	52,6±5,4	58,45±2,8	88,3±1,7	85,3±1,7
								$p_{7-8} \leq 0.05$	$p_{7-9} \leq 0.05$
ТЕ, с.	0,23±0,023	0,2±0,014	0,2±0,013	0,18±0,013	0,18±0,017	0,17±0,012	0,2±0,013	0,43±0,023	0,42±0,033
								$p_{7-8} \leq 0.05$	$p_{7-9} \leq 0.05$
РИ, ш.б.	0,61±0,04	0,58±0,07	0,6±0,06	0,96±0,06	0,6±0,01	0,64±0,06	0,9±0,06	0,71±0,04	0,69±0,05

Студенттердегі абыржу деңгейінің өсу динамикасы жүрек ырғағының әртүрлі бұзылыстары түріндегі ЭКГ-нің кардиографиялық көрсеткіштерінен дәлелденді. Бұл анықталған бұзылыстар әсіресе, абыржудың орташа деңгейін көрсеткен топта емтихан кезінде байқалды. Алайда, емтихан тапсыру кезінде пайда болған кардиографиялық көрсеткіштердегі өзгерістер емтиханнан соң тез арада қалыпты орнына келді (сурет 1). Мұндай параметрлер емтиханға дейінгі 42,1 % студенттерде болатын, инфаркт алды күйді сипаттайтын, ST интервалы мен Т тісшесіндегі спецификалық емес өзгерістерге ұқсайды. ЭКГ-дағы барлық патологиялық өзгерістердің кейбірі 42,1% студенттердің 20%-ы емтиханнан соң бір сағатта тіркелмеген ($p \leq 0.05$).



X осі бойынша – абыржудың әртүрлі деңгейіндегі студенттер топтары: 1,2,3 – абыржудың төмен деңгейін көрсеткен студенттердің ЭКГ көрсеткіштері, 4,5,6, - абыржудың орташа деңгейін көрсеткен студенттердің ЭКГ көрсеткіштері, 7,8,9 – абыржудың жоғарғы деңгейін көрсеткен студенттердің ЭКГ көрсеткіштері(1, 4, 7 көрсеткіштер – семестрлік оқу кезіндегі ЭКГ көрсеткіштері; 2, 5, 8 – емтиханға дейінгі ЭКГ көрсеткіштері; 3, 6, 9 – емтиханнан кейінгі ЭКГ көрсеткіштері); у осі бойынша – ЭКГ-дағы өзгерген көрсеткіштердегі студенттердің проценттік көрсеткіштері
 1 қатар – оң жақ Гиса шоғының толық емес блокадасы, 2 қатар – сол жақ Гиса шоғының блокадасы, 3 қатар – қарыншасының гипертрофиясы, 4 қатар – ST интервалы мен Т тісшесіндегі спецификалық емес өзгерістері, 5 қатар – субэпикардальды ишемия, 6 қатар – қарыншасының ішілік блокадасы, 7 қатар – инфарктқа деген күдік.

Сурет – Абыржудың әртүрлі деңгейін көрсеткен студенттер топтарының ЭКГ көрсеткіштерінің өзгеру динамикасы

Субэпикардальды ишемияның семестрлік көрсеткіші 5%-дан емтихандық стресс кезінде 12%-ға дейін артты, бірақ көрсеткіштер емтихандық стресспен салыстырғанда төмендей бастады (кесте 1). ЭКГ-дағы абыржудың жоғарғы деңгейін көрсеткен топтағы өзгерістерде жоғары көрсеткіштер көрсетпеді, абыржу дамуының орта деңгейін көрсеткен топтағы сияқты болды, бірақта тұрақтырақ болды және емтиханнан кейін де төмендемеді. Абыржудың жоғары деңгейін көрсеткен топта субэпикардальды бұлшықет ишемиясы, сол жақ Гиса блокадалары, қарыншасының ішілік блокадалар, ST интервалы мен Т тісшесіндегі спецификалық емес өзгерістер, инфаркт алды күйді дәлелдемелерінің белгілері тіпті емтихан тапсырған соң да болған жоқ. Аталған топта ЭКГ-дағы патологиялық белгілерімен студенттердің проценттік құрамы 2-5 %- ға едәуір артты, алайда көрсеткіштер емтиханнан кейін де тұрақты түрді төмендемеді. Сондықтан, абыржудың төменгі және орташа деңгейін көрсеткен көптеген студенттерде салыстырмалы стресс факторы кезіндегі қалыпты жағдайда вегетативті дисбаланс төмендейді, бірақ салыстырмалы емтихандық стресстен кейін вегетативті реттелудегі баланстың жасалуы бірде-бір жағдайда байқалмады. Ең жеңіл стреске төзе алмайтын студенттер – абыржудың жоғарғы деңгейін көрсеткен студенттер. Олардың гемодинамикалық және ЭКГ көрсеткіштері патологиялық жағынан өте тез өзгерді және емтиханнан кейін де қалыпты орнына келмеді. Бұл топта емтиханнан жоғары баға алуға деген күйзеліс пен сенімсіздік байқалды. Дәл осы топтағы студенттерде GPA көрсеткіші жоғары болды. Жүрек-қантамырлар жүйесіндегі өзгерістердің ең азы абыржудың төмен деңгейін көрсеткен топта болды. Оларда емтихан тапсыру кезінде айтарлықтай өзгерістер болмады және емтиханнан кейін тез қалыпты жағдайда келді. Бұл топтағы GPA деңгейі 3,0 төмен болды.

Қорытынды. Нәтижелердің талдауы бойынша студенттердің көпшілігі емтихан тапсыру жағдайын стресс күйі ретінде қабылдап, жүрек-қан тамырлар жүйесінің қызметіне ықпал ететін едәуір психологиялық эмоциялық жүктеме әсерінде болады. Студенттердің психологиялық эмоциялық стрессіне жүрек-қан тамыр жүйесі реакциясының сипаттамасы емтиханды тапсыру нәтижелілігін субъективті болжамдауға қарай түрленеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Геворкян Э.С., Даян А.В. Влияние экзаменационного стресса на психофизиологические показатели и ритм сердца студентов // Высшая нервная деятельность. — 2003. — Т. 53. — Вып. 1. — С. 46.
2. Юматов Е.А., Кузьменко В.А., Бадесков В.И. Экзаменационный стресс у студентов // Фи-зиология человека. — 2001. — Т. 27. — № 2. — С. 104.
3. Зарипов В.Н., Баринаева М.О. Изменения показателей кардиоинтервалографии и вариабельности ритма сердца у студентов с разным уровнем психоэмоционального напряжения и типом темперамента на зачетной неделе // Физиология человека. — 2008. — Т. 34. — № 4. — С. 73.
4. Березина М.Г. Роль психофизиологических особенностей студентов в адаптации к учебной деятельности: автореф. дис. ... канд. биол. наук. — Новосибирск, 2000. — 21 с.
5. Агаджанян Н.А., Руженкова И.В., Старшинов Ю.П. Особенности адаптации сердечно-сосудистой системы юношеского организма // Физиология человека. — 1997. — Т. 23. — № 1. — С. 93.
6. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. — Иваново: ИВГМА, 2002. — 288 с.

Резюме

*Мирзалиева Д., Бактыбаева Л.К.
НИИ Проблем экологии МОН РК, Алматы, Казахстан*

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Основная масса студентов реагирует на экзаменационную ситуацию как на стрессорную и испытывают значительные психоэмоциональные нагрузки, которые отражаются на функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы. Характер реакции сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс у студентов значительно варьирует в зависимости от субъективного прогноза успешности сдачи экзамена.

Ключевые слова: психоэмоциональный стресс, уровень развития тревожности, сердечно-сосудистая система.

Summary

*Mirzaliyeva D., Baktybaeva L.K.
Research Institute of Ecology MEdSc RK, Almaty, Kazakhstan*

ANALYSIS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF STUDENTS IN DIFFERENT PERIODS OF TRAINING

The main part of the students responding to the examination situation as a stressor and experience significant psycho-emotional stress, which are reflected in the functional state of the cardiovascular system. Character of the reaction of the cardiovascular system on the psycho-emotional stress at the students varies considerably, depending on the subjective forecast the success of the examination.

Keywords: psycho-emotional stress, the level of anxiety, the cardiovascular system.

Поступила 21.11.2014

ГУЛЯМОВА Ш.С., ГАДАЕВ А.Г., МУМИНОВА Н.А.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

ПОВЫШЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УРОВНЯ ПАЦИЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

В статье представлены данные исследования, целью которого являлось повышение эффективности профилактики, лечения и диспансеризации пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) на амбулаторном этапе путем обучения пациентов в «школах гипертоников», организованных в семейной поликлинике (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП).

Полученные результаты свидетельствуют о важности использования обучающей программы в комплексной терапии больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Достижение и поддержание целевых уровней АД требует длительного врачебного наблюдения с регулярным контролем выполнения пациентом рекомендаций по изменению образа жизни и соблюдению режима приема назначенных антигипертензивных препаратов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, семейные клиники, антигипертензивная терапия.

Сегодня профилактика неинфекционных заболеваний заняла достойное место в системе государственных приоритетов. «Сейчас, наконец, все осознали, что профилактика неинфекционных заболеваний – действительно, важная задача. Тот факт, что неинфекционные заболевания являются серьёзной проблемой экономически развитых стран, а также развивающихся – по мере улучшения их экономического и социального положения, признан Генеральной Ассамблеей ООН», - говорит профессор Оганов. – «Но, очевидно, что если улучшать только диагностику и лечение этих заболеваний, то желаемого эффекта по снижению уровня заболеваемости мы не получим. Современные методы лечения позволяют продлить жизнь пациента, сократить уровень смертности от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, но причины их возникновения среди населения они не устраняют. Это может сделать только профилактика. Поэтому профилактическое направление стало одним из приоритетов ВОЗ. Такая стратегия даёт ощутимые результаты. За последние 30 лет США и многим странам Западной Европы удалось сократить смертность от ишемической болезни сердца более, чем на 50%. Причём, если опираться на опубликованные данные, это снижение обусловлено примерно на 40-45% эффективным лечением и на 55-60% - изменением уровня факторов риска среди населения.

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением [1]. Профилактика и лечение гипертонической болезни (ГБ), представляющей собой хроническую прогрессирующую сосудистую патологию, является непростой задачей. Учитывая ее широкую распространенность, особая роль в работе с пациентами принадлежит врачам амбулаторного звена.

Одним из приоритетных направлений Государственной программы реформирования системы здравоохранения Узбекистана, является развитие первичного звена здравоохранения и совершенствование структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи. За последние 10 лет в республике организованы сельские врачебные пункты (СВП) и введена новая специальность – врач общей практики. Он осуществляет первичную медико-санитарную помощь: охрану здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни, диагностику,

лечение и профилактику заболеваний, наиболее часто встречающихся среди населения. АГ также является наиболее часто встречающимся состоянием, требующим постоянного наблюдения врачей общей практики и, рассматривается, как неинфекционная пандемия, влияющая на социально-экономические потери общества [2]. У 30-40% взрослого населения регистрируется уровень артериального давления (АД) более 140/90 мм.рт.ст. [3]. В Узбекистане, по данным Республиканского научно-практического центра кардиологии, распространенность АГ составляет 18-20% [4]. Длительное время заболевание протекает бессимптомно, вызывая повреждение органов-мишеней: сердца, головного мозга, почек, периферических сосудов, способствует развитию сердечно-сосудистых осложнений и увеличению показателей смертности [5]. В развитых странах в результате профилактических мероприятий смертность больных АГ значительно снизилась благодаря систематическому контролю уровня АД, своевременной медикаментозной коррекции и достижение его целевого уровня [6]. Этот контроль осуществляют врачи общей практики. Многочисленные исследования посвящены оценке эффективности применения различных групп антигипертензивных препаратов, разработаны рекомендации по диагностике, лечению и профилактике АГ [7]. Подавляющее большинство врачей знают и применяют эти рекомендации, однако показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний продолжают расти, чаще смерть наступает от развившихся осложнений на догоспитальном этапе. Согласно литературным данным, смерть от инсульта регистрируется у больных на дому в 56,3% случаев, в стационаре, значительно реже – в 18,9% [8]. Неотъемлемой частью мероприятий по длительной профилактике сердечно-сосудистых осложнений у больных ГБ должно стать повышение образовательного уровня пациентов. Врачу необходимо информировать больного ГБ о факторах и заболеваниях, сопутствующих артериальной гипертензии, риске развития осложнений и рассказать о пользе медикаментозного и немедикаментозного лечения.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики, лечения и диспансеризации ГБ на амбулаторном этапе путем обучения пациентов в «школах гипертоников», организованных в семейной поликлинике (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП).

Объект и предмет исследования

В исследование включено 236 больных ГБ, средний возраст которых составлял ($51,75 \pm 1,85$ – основной группы; $52,6 \pm 1,62$ – группы сравнения). Также включен анализ ретроспективного исследования за последние 5 лет 222 случайно отобранных амбулаторных карт из числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении с ГБ в СП № 32 ($n=54$) и в ряде СВП республики Узбекистан ($n=168$); анализ проведенного анонимного анкетирования врачей общей практики СП г. Ташкента и СВП Ташкентской, Ферганской, Наманганской, Сырдарьинской и Кашкадарьинской областей, проходившие 10-месячные курсы переподготовки ВОП в учебно-врачебных центрах (№1, 3, 4) ТМА в 2005-2006 учебном году. До обучения анкетированы 156 врачей (63 работают в СП г. Ташкента, 93 – в СВП), после обучения 119 (соответственно 52 и 67).

Полученные результаты и обсуждение

Разработаны методические материалы, с учетом специфики работы семейных врачей и организованы «школы гипертоников» на базе Учебно-врачебного центра № 3 при Ташкентской медицинской академии, расположенного в СП № 32 г. Ташкента и СВП двух областей республики. По нашему мнению, методическое обеспечение группового обучения пациентов предполагает создание и разработку программы по укреплению здоровья

пациентов с ГБ и методики преподавания по этой программе. Данная программа является инструментом профилактического воздействия на пациентов, ее наличие – необходимый компонент для организации школ. Разработанное практическое пособие «Управлять гипертонией можно и нужно» и структурированная программа для семейных врачей вместе с дневником самоконтроля рассчитана на 10 занятий. Темы и расписание занятий сформированы в структурно-логической последовательности.

Обучение пациентов в «школе гипертоников» проводилось согласно структурированной программе в группах по 10-12-14 человек, которые на основании предварительного отбора объединялись по возрасту, уровню интеллекта, образования, интересам, что с точки зрения группового психотерапевтического эффекта повышало способность пациентов к усвоению учебного материала. Помимо информирования больных по указанным темам, решающим звеном для создания мотивации являлось постоянное вовлечение их в дискуссию, поощрение стремления поделиться собственными эмоциональными переживаниями, возникшими в связи с заболеванием, накопленным индивидуальным опытом по лечению и профилактике АГ. Обсуждение актуальных для каждого участника проблем позволяло сплотить группу и выработать правильные групповые установки и активную позицию больных.

Метод изложения материала: лекция – интерактивная беседа. Использовались мультимедийные и другие технические средства обучения, собственные методические пособия, видеоролики, буклеты и в конце каждого занятия все пациенты получали письменный раздаточный материал по соответствующей теме.

На занятиях, длительность которых составляла 1,5-2 часа с 15-20 минутным перерывом раскрывались причины возникновения болезней, методы их профилактики и лечения, способы восстановления здоровья. Особое внимание уделялось способам преодоления проблем, связанных с новым для пациентов психологическим статусом. Результатом обучения должны были явиться изменения в образе мышления, эмоциях и действиях обучающихся пациентов.

Разработанная нами структурированная программа обучения в «школе гипертоников» включает 10 занятий. Изложение учебного материала необходимо осуществлять в хронологической последовательности по следующим разделам:

1. *Знакомство с группой, беседа о необходимости обучения в «школе гипертоников» и проведение анкетирования. Что такое артериальная гипертония? Механизмы регуляции АД в организме. ССЗ – болезни образа жизни. Факторы риска АГ.*
2. *Осложнения АГ – мозговой инсульт, инфаркт миокарда, гипертонические кризы. Обучение методу измерения артериального давления, определению частоты пульса, ведению дневника самоконтроля.*
3. *Что приводит к повышению АД и как этого избежать. Немедикаментозные методы лечения и предупреждение АГ. Избыточная масса тела – как весомый фактор риска ССЗ. Контроль веса. Типы ожирения. Определение ИМТ.*
4. *Рациональное питание при ГБ и ожирении. Влияние поваренной соли на организм, взаимосвязь натрия хлорида и высокого АД.*
5. *Лечебная гимнастика при АГ. Что такое регулярные дозированные физические нагрузки и как их выполнять?*
6. *Основы медикаментозного лечения ГБ. Понятие и принципы базисной гипотензивной терапии. Недопустимость курсового лечения АГ и лечения от «случая к случаю». Понятие целевого АД - ниже 140/90 мм.рт.ст.*

7. Основные проявления ГК и факторы, провоцирующие его. Самопомощь при остром повышении АД, аптечка неотложной помощи при ГБ.
8. Усовершенствование и отработка практических навыков, приобретённых на занятиях. Обучение самостоятельному амбулаторному дневному мониторингованию АД (САДМАД) и его значение.
9. Анализ дневников самоконтроля с пациентами. Проведение повторного анкетирования пациентов по факторам риска, по вопросам тактики ведения и лечения гипертонической болезни после прохождения курса обучения в «школе гипертоников».
10. Заключительное занятие. Психологические причины АГ. Обучение адекватному отношению к стрессу. Анализ анкет, заполненных на занятиях до и после обучения.

На занятиях в школе особое внимание уделялось немедикаментозным методам воздействия, оптимизации здорового образа жизни. С целью улучшения качества лечения больных ГБ в процесс обучения вовлекались и члены их семей, имеющие возможность влиять на образ жизни близких родственников.

Предложенная программа обучения пациентов в условиях СП и СВП показала свою эффективность – повысилась дисциплина и качество лечения, позитивно изменился образ жизни больных. Так, в группе пациентов, прошедших обучение стабилизация состояния произошла в 96,7% ($p < 0,001$) случаев, целевые уровни артериального давления (АД) достигнуты у 82,7% ($p < 0,001$) больных, гипертонические кризы отмечались в 3,2% ($p < 0,001$) случаев. В группе пациентов, не прошедших обучение кризовое течение ГБ сохранялось у 37 больных (33,0%), целевого уровня АД удалось достичь только у 29 пациентов (25,8%), в двух случаях инфаркта миокарда на фоне гипертонического криза наступил летальный исход.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о важности использования обучающей программы в комплексной терапии больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Достижение и поддержание целевых уровней АД требует длительного врачебного наблюдения с регулярным контролем выполнения пациентом рекомендаций по изменению образа жизни и соблюдению режима приема назначенных антигипертензивных препаратов. При динамическом наблюдении решающее значение имеют установление личного контакта между врачом и больным, обучение пациентов в школах для больных ГБ, повышающее приверженность больного к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. РКЖ. 2006; 4: 45-50.
2. Карпов Ю.А. Клиническая гипертензиология: анализ завершённых исследований. 2001-2002 гг. Кардиология. 2002; 10: 62-66.
3. Тожиев М.С., Хван Ю.С., Шестов Л.Б., Таджиев Ф.С., Воробьев А.М. Распространенность артериальной гипертонии и эффективность многофакторной профилактики в ряде регионов России. Тер. арх. 2007; 1: 27-32.
4. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертонии у взрослых в первичном звене здравоохранения. Ташкент. 2005; 73.

5. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь – основная причина, определяющая сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность в стране. Тер. арх. 2003; 9: 31-36.
6. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим. 1999; 1049.
7. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии. Рекомендации ВНОК. М. 2004; 17.
8. Бриттов А.Н., Быстрова М.М., Орлов А.А. Профилактика инсульта – реальная задача в практике кардиологов и терапевтов. Кардиоваск. Тер. и проф. 2002; 1: 53-60.

Түйін

Ш.С. Гулямова, А.Г. Гадаев, Н.А. Муминова
Ташкент медициналық академиясы, Өзбекстан

ПАЦИЕНТТЕРДІҢ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯ ПРОФИЛАКТИКАСЫ БОЙЫНША БІЛІМ ДЕҢГЕЙІН АРТТЫРУ

Мақалада отбасылық емханада (ОЕ) және ауылдық дәрігерлік пунктерде (АДП) ұйымдастырылған «гипертониктер мектебінде» пациенттерді амбулаториялық деңгейде оқыту жолымен науқастардың гипертониялық ауруының профилактикасы, емі және диспансеризациясының тиімділігін жоғарлату мақсатын көздеген зерттеудің нәтижелері ұсынылған.

Алынған нәтижелер оқыту бағдарламасын жүрек-қан тамыры ауруына шалдыққан науқастардың кешенді терапиясында пайдалану маңыздығын дәлелдейді. Артериялық қан қысымының мақсатты деңгейлеріне қол жеткізу және ұстап тұру ұзақ мерзімді дәрігерлік бақылауды, науқастың өмір салтын өзгерту бойынша ұсынымдарды орындауын және тағайындалған антигипертензиялық препараттарды қабылдау тәртібін сақтауын тұрақты қадағалауды талап етеді.

Түйін сөздер: артериялық гипертензия, жанұялық клиникалар, антигипертензиялық терапия

Summary

Gulyamova S.S., Gadayev A.G., Muminova N.A.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

IMPROVEMENT OF THE EDUCATIONAL LEVEL OF PATIENTS IN PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION

The article presents data from a study which aims to improve the effectiveness of prevention, treatment and clinical examination of patients with essential hypertension (EH) in the outpatient by teaching patients 'schools of hypertensives', organized in family clinic (FC) and rural health units (RHU).

The results indicate the importance of using a training program in the treatment of patients suffering from cardiovascular diseases. To achieve and maintain target levels of blood pressure requires a long medical supervision with regular monitoring of implementation of the recommendations of the patient to change lifestyle and adherence to prescribed antihypertensive drugs.

Keywords: arterial hypertension, family clinic, antihypertensive therapy

Поступило 03.10.2014

УДК 658.5.012.1

ТАНБАЕВА Г.З.

*РГП «Центральная клиническая больница» Медицинского центра
Управления делами Президента РК, Алматы, Казахстан*

КОНТЕКСТ И ИДЕНТИФИКАЦИЯ РИСКОВ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ БОЛЬНИЦЫ

В работе обосновано, что инновационным в развитии современного эффективного предприятия является использование приемов риск-менеджмента. Основы бизнес процессов применены в организации больничной помощи населению: показано, что контекст и идентификация рисков устойчивого развития являются действенным инструментом управления рисками, сопровождающими повседневную деятельность больницы.

Ключевые слова: контекст, идентификация рисков, риск-менеджмент, развитие больницы.

Контекст и идентификация рисков устойчивого развития в постоянно меняющихся условиях функционирования, является базовой основой применения риск-менеджмента в организации больничной помощи населению.

Под контекстом риск-менеджмента больницы следует понимать совокупность внутренних и внешних условий, в которых осуществляется управление рисками. При этом пусковым механизмом формулирования контекста риск-менеджмента должна являться постановка новых целей и задач в ответ на увеличение рисков, связанных с негативными явлениями во внешнем окружении и внутренней среде больницы [1,2].

При этом процесс формулирования контекста риск-менеджмента должен состоять из следующих последовательных этапов (таб.).

Это далеко неполный список возможных внешних и внутренних рисков, который может пополняться в зависимости от конкретных риск-ситуаций.

Таблица - Структура и этапы формулирования контекста риск-менеджмента в больнице

Этапы	Инструменты реализации
1. Формулирование новых целей и задач.	Стратегия устойчивого развития больницы
2. Определение рисков, связанных с возможными изменениями во внешнем окружении: - нормативно-правовые - финансовые - экономические - демографические - конкурентные - логистические (госзакупки, поставки)	Анализ и объективная оценка ожиданий в изменении нормативно-правовой; сокращение численности прикрепленных контингентов финансирования, здравоохранения, условий и способов оплаты медицинских услуг, усиление конкуренции на рынке больничных услуг
3. Определение рисков, связанных с неустойчивым состоянием внутренней среды больницы: - сокращение доходов и увеличение расходов; - незавершенность инфраструктурных, организационных и клинических инвестиционно-инновационных проектов; - снижение финансовых возможностей для обеспечения необходимых мотиваций, обучения и увеличение текучести персонала; - нарушение непрерывности, этапности и последовательности лечебно-диагностического процесса; качества и безопасности оказываемых медицинских услуг	Изыскание дополнительных источников финансирования, разработка и внедрение конкурентноспособных медицинских услуг; сокращение клинически и экономически нецелесообразных затрат; использование прогрессивных методов дифференцированной оплаты труда и др.

В действительности, этот список должны быть максимально полным, так как неучтенные риски могут предоставлять существенную опасность для достижения поставленных целей и решаемых задач [3].

Следует отметить, что контекст риск-менеджмента должен распространяться по всей вертикали управления больницей с одновременной горизонтальной интеграцией и укреплением межподразделенческих производственных связей.

Под идентификацией рисков понимается совокупность оценок риск-менеджеров, направленных на определение степени опасности наступления рисков ситуаций и поиска способов для преодоления их последствий [4,5].

Для обеспечения гарантий результативности рисков, необходима их классификация с учетом специфики и типа и больничных организации.

При этом классификация рисков дает возможность систематизировать и разделить их на однородные кластеры.

В наиболее общем виде все риски, сопровождающие деятельность современной больницы можно разделить на 3 большие группы: производственные, коммерческие и финансовые. В свою очередь, совокупность производственных рисков предлагается классифицировать следующим образом:

Производственные риски

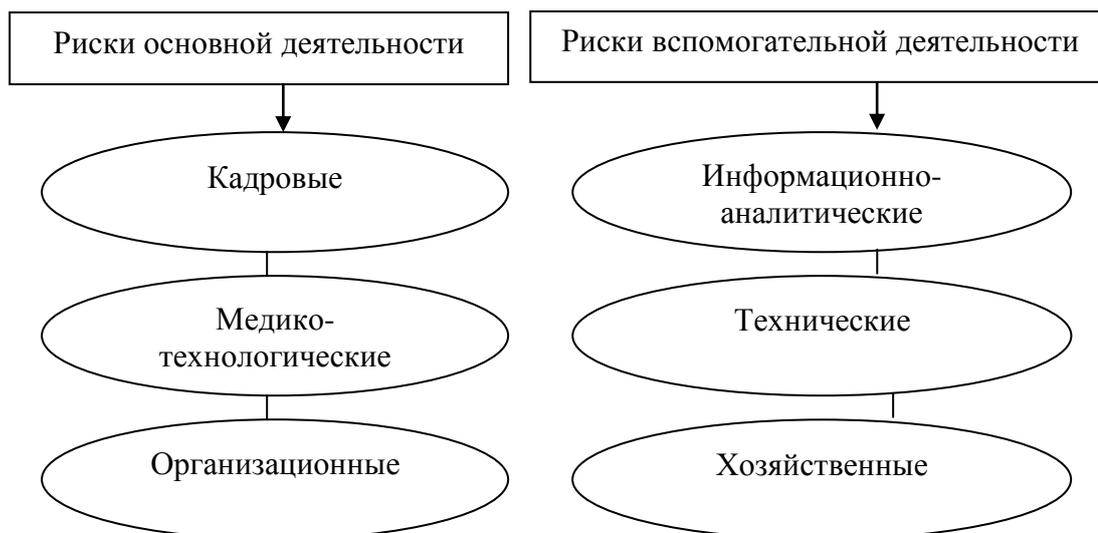


Рисунок - Классификация производственных рисков

При осуществлении основной деятельности больницы кадровые риски могут быть связаны с высоким уровнем текучести врачебного и сестринского персонала; совмещения должностей; высокой долей персонала пенсионного, предпенсионного возраста и молодых специалистов; дороговизной и недостаточностью средств для освоения высоко-технологичных конкурентоспособных больничных услуг; отсутствием резерва на вакантные должности. Все эти рисковые ситуации могут привести к снижению целевых объемных и качественных показателей основной деятельности больницы.

К числу медико-технологических рисков можно отнести: систематическое нарушение установленных клинических стандартов и снижение уровня экспертизы качества оказываемых медицинских услуг; увеличение количества и объема штрафных санкций; сбой в работе диагностического и лечебного

оборудования; несоблюдение правил противоинфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса, пациентов и персонала; перерывы в поставках лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов питания; участвовавшие объективные жалобы пациентов и неудовлетворительные результаты проверок уполномоченного органа и независимых экспертов.

Не трудно догадаться, что все вышеперечисленные рискованные ситуации, каждая в отдельности и особенно все в купе, оказывают негативное влияние на достижение плановых показателей в основной деятельности больницы в целом.

Организационные производственные риски, как правило, возникают тогда, когда менеджмент больницы в своей повседневной деятельности не осуществляет необходимого контроля за реализацией собственных планов и решений; когда, например, внедрение инновационных клинических технологий не обеспечивается необходимыми ресурсами; когда не достигается вертикальная и горизонтальная интеграция структурно функциональных подразделений в единую медико-технологическую цепочку. Естественно, что эти рискованные ситуации, неминуемо приводят к срывам в организации текущей и перспективной деятельности больницы.

Не менее важное значение для ритмичной, непрерывной деятельности больницы, имеют рискованные ситуации, возникающие во вспомогательных службах больницы. Например, сбои в работе комплексной медицинской информационной системы, могут привести к приостановке электронного оформления основных носителей медико-статистической и аналитической информации; к удлинению сроков дифференциальной диагностики; к срыву своевременного лекарственного обеспечения лечебного процесса и в целом к дезинтеграции диагностических, лечебных и вспомогательных подразделений и недостижению основных целей в деятельности больницы.

Не менее важное значение для бесперебойной работы больницы имеют риски, возникающие в системах жизнеобеспечения: электро-, водо-, тепло-снабжения; при недостаточном контроле за физическими и производственными факторами, оказывающими негативное влияние на здоровье пациентов и персонала. Такую же негативную роль играют риски, исходящие от хозяйственных служб. Например, использование устаревших технологий дезинфекции производственных помещений; стирки, глажения и стерилизации белья, одежды; стерилизации расходных материалов, хирургических инструментов, приводит к преждевременному износу и риску развития внутрибольничных инфекций, к срыву оперативных вмешательств и врачебных манипуляций и увеличению числа послеоперационных осложнений.

Предупреждение и ограничение частоты вышеназванных рискованных производственных ситуаций как раз и является предметом повседневной деятельности риск-менеджмента больницы.

Коммерческие риски представляют опасность убытков в процессе осуществления финансово-хозяйственной деятельности больницы. Эти риски возникают тогда, когда затраты на внедрение новых клинических технологий не приводят к ожидаемому спросу на рынке медицинских услуг, когда на рынке медицинских услуг в результате конкуренции цены на аналоговые медицинские услуги снижаются, а в больнице остаются высокими; когда задерживаются платежи, а то и вовсе пациенты отказываются от оплаты за оказанные медицинские услуги; когда лекарственные средства, расходные материалы, другие товары и услуги заказываются по одним ценам, а покупаются по другим уже повышенным.

Эти риски, как правило, являются следствием негативных изменений в финансовой сфере и в качестве организационной деятельности больницы.

При этом сами финансовые риски могут возникать при инфляции девальвации национальной валюты; сокращение объемов финансирования государственных программ здравоохранения, а также в связи нарушениями бюджетной дисциплины и организации бухгалтерского учета и отчетности.

Таким образом, можно резюмировать, что риск-менеджмент является необходимой составной частью текущего и стратегического планирования и действенным инструментом управления рисками, сопровождающие повседневную деятельность больницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по риск-менеджменту // Д.А. Марцынковский, А. В. Владимирцев, О. А. Марцынковский; Ассоциация по сертификации «Русский Регистр». Санкт-Петербург: Береста, 2007.
2. Объединенный стандарт Австралии и Новой Зеландии AS/NZS 4360:2004 «Риск-менеджмент».
3. Ступаков В.С., Токаренко Г.С. Риск-менеджмент. М.: Финансы и статистика, 2005.
4. ИСО 4360:2004. Руководство по риск-менеджменту. Справочник по AS/NZS 4360:2004. — Jointly published by Standards Australia International Ltd. and Standards New Zealand, 2004.
5. Руководство к интеграции систем менеджмента // Д.А. Марцынковский, А.В. Владимирцев, О.А. Марцынковский; Ассоциация по сертификации «Русский Регистр». Санкт-Петербург: Береста, 2008.

Түйін

Танбаева Г.З.

ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы, Қазақстан

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ АУРУХАНАНЫҢ ТҰРАҚТЫ ДАМУЫ ТӘУЕКЕЛДЕРІНІҢ МӘНМӘТІНІ ЖӘНЕ СӘЙКЕСТІГІ

Мақалада қазіргі заманғы тиімді кәсіпорынның дамуында тәуекел-менеджмент тәсілдерін қолдану инновация болып табылатындықтың негіздемесі көрсетілген. Халыққа ауруханалық көмек көрсетуді ұйымдастыруда бизнес үдерістерінің негіздері қолданылған: тұрақты дамудың мәнмәтіні мен сәйкестігі аурухананың күнделікті қызметін сүйемелдейтін қауіптерді тиімді басқарудың құралы болып табылады.

Түйін сөздер: мәнмәтін, қауіптерді сәйкестендіру, тәуекел-менеджменті, аурухана дамуы.

Summary

Tanbayeva G.Z.

Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs
Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan

CONTEXT AND HAZARDS IDENTIFICATION OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT RISKS OF MODERN HOSPITAL

We justify that innovation in the development of modern enterprise is an effective use of risk management techniques. Fundamentals of business processes used in the organization of hospital care to the population: it is shown that the context and the identification of risks for sustainable development are an effective risk management tool that accompany the daily activities of the hospital.
Keywords: context, risk identification, risk management, the development of the hospital.

Поступила 20.12.2014

УДК 616-005.755

СУГРАЛИЕВ А.Б.

*РГП «Центральная клиническая больница» Медицинского центра
Управления делами Президента РК, Алматы, Казахстан*

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ РИСКА ТРОМБОЗОВ В БОЛЬНИЦЕ

Тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочных артерий, вместе их называют венозной тромбоэмболией, являются серьезным и довольно частым осложнением у больных, которые поступают на стационарное лечение. Оценка степени риска с использованием модифицированной нами модели оценки риска ВТЭ Caprini является надежным инструментом для адекватной оценки риска ВТЭ у госпитализированных больных. Проведение постоянной образовательной программы является основой успеха при борьбе с ВТЭ в условиях стационара.

Ключевые слова: венозная тромбоэмболия, модель оценки риска тромбоза

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), вместе их называют венозной тромбоэмболией (ВТЭ), являются жизнеугрожающими и довольно частыми осложнениями после хирургических вмешательств тяжелых постельных больных во время стационарного лечения и после выписки из больницы [1-3]. Согласно зарубежным данным, ежегодно в США приблизительно 2 миллиона заболевают ТГВ, и примерно у 600 000 из них развивается ТЭЛА, которая является фатальной у 200 000 пациентов [2,3]. У половины больных с ТЭЛА, т.е. 300 000 пациентов, развивается легочная гипертензия (ЛГ). Приблизительно у 800 000 пациентов развивается посттромботический синдром (ПТС), при этом у 7% - в тяжелой форме с инвалидизацией на всю жизнь [4].

Если экстраполировать вышеуказанные статистические данные, рассчитанные на 316 миллионов жителей США, то в Казахстане на 17 миллионов жителей ежегодно у 107 100 жителей разовьется ВТЭ, из них примерно у 53 550 больных- ТЭЛА. Приблизительно 5890 больных будут умирать в больницах от различных ошибочных диагнозов и 3745 больных станут инвалидами на всю жизнь. Однако таких данных не существует в официальной статистике, следовательно, необходима разработка специальной программы по развитию данной службы в стране.

Установлено, что у 50% пациентов заболевание протекает в «бессимптомной» форме [4], т.е. у 53 550 из 107 100 казахстанских больных. Поэтому, нередко, первым проявлением ВТЭ является фатальная ТЭЛА [5].

Клинические проявления ТГВ неспецифичны и проявляются в виде отечности или изменения цвета кожи нижних конечностей, пальпируемого тяжа по ходу вен при ТГВ. Вероятной клинической симптоматикой ТЭЛА являются появление или усиление существующей одышки, тахикардии, реже кровохарканья. В тяжелых случаях снижается АД, в более тяжелых случаях- в виде коллапса или шока. Если подобные состояния развиваются после проведения хирургических вмешательств, то необходимо подтвердить форму ВТЭ для проведения соответствующей терапии.

Установлено, что ВТЭ развиваются уже через несколько недель после выписки из больницы. Следовательно, считается оправданным осуществление длительной профилактики у больных с риском, особенно, после проведения ортопедических операций и у больных, находящихся на длительном постельном режиме. Многие считают, что ВТЭ осложнения после успешной операции и

выписки из больницы не имеют отношения к профессиональной деятельности стационарных врачей. Однако необходимо бороться с таким ошибочным утверждением, бытующим среди врачей, с помощью проведения постоянной образовательной программы (ПОП), проведения внутренних аудитов по профилактике ВТЭ [2,3].

Анализ деятельности по профилактике ВТЭ в ЦКБ УДП РК до начала ПОП, т.е. в 2008г. и через 5 лет в 2013г. Показал увеличение на 48% количества больных с риском развития ВТЭ. Количество диагностированных больных с ТГВ увеличилось на 168% в 2013г. по сравнению с данными 2009г. В то же время врачи стали больше определять Д-Димер, что несколько не соответствует международным рекомендациям, которые указывают на необходимость дальнейшего продолжения ПОП. При этом уменьшилась смертность от ТЭЛА и увеличились показатели прижизненной диагностики ВТЭ [6,7]. Важным итогом проведения ПОП явились модификация и внедрение международной модели оценки риска ВТЭ (MOR) Caprini [8,9], как части истории болезни больницы (Таблицы 1-3) [1].

Таблица 1-Модифицированная модель Caprini оценки риска тромбоза

Ф.И.О.пациента: _____ Возраст: _____ Пол: _____ Вес: _____ кг
Отметьте соответствующие пункты

Каждому фактору риска соответствует 1 балл	Каждому фактору риска соответствует 2 балла
<input type="checkbox"/> Возраст 41-60 лет <input type="checkbox"/> Запланирована несложная операция <input type="checkbox"/> Сложные операции в анамнезе (< 1мес) <input type="checkbox"/> Варикозное расширение вен н/к <input type="checkbox"/> Перенесенные воспалительные заболевания кишечника <input type="checkbox"/> Отеки ног (в настоящий момент) <input type="checkbox"/> Ожирение (ИМТ > 25 кг/м2) <input type="checkbox"/> Острый инфаркт миокарда <input type="checkbox"/> Застойная НК(< 1 месяца) <input type="checkbox"/> Сепсис (< 1 месяца) <input type="checkbox"/> Тяжелые заболевания легких, включая пневмонию (< 1 месяца) <input type="checkbox"/> Нарушение легочных функций (ХОБЛ) <input type="checkbox"/> Постельный режим <input type="checkbox"/> Другие факторы риска _____ _____	<input type="checkbox"/> Возраст 60-74 лет <input type="checkbox"/> Артроскопические вмешательства <input type="checkbox"/> Злокачественные опухоли (в настоящее время или в анамнезе) <input type="checkbox"/> Сложная операция (> 45 минут) <input type="checkbox"/> Лапароскопическая операция (> 45 минут) <input type="checkbox"/> Длительный постельный режим (> 72 ч) <input type="checkbox"/> Гипсовая иммобилизация (< 1 месяца) <input type="checkbox"/> Наличие центральных венозных катетеров
Каждому фактору риска соответствует 3 балла	Каждому фактору риска соответствует 5 баллов
<input type="checkbox"/> Возраст 75 лет и более <input type="checkbox"/> Перенесенный ранее ТГВ или ТЭЛА <input type="checkbox"/> Тромботические осложнения в семейном анамнезе* <input type="checkbox"/> Наличие фактора Лейдена V <input type="checkbox"/> Наличие протромбина 20210A <input type="checkbox"/> Повышенный уровень гомоцистеина плазмы крови <input type="checkbox"/> Наличие волчаночного антикоагулянта <input type="checkbox"/> Повышенный уровень антител к кардиолипину <input type="checkbox"/> Тромбоцитопения на фоне гепаринотерапии <input type="checkbox"/> Другие врожденные или приобретенные гемофилии Если присутствует: Указать тип _____ *Этот фактор риска чаще всего не учитывается, что является ошибкой.	<input type="checkbox"/> Сложные операции на суставах нижних конечностей <input type="checkbox"/> Переломы бедренной кости, костей таза или голени (меньше 1 месяца назад) <input type="checkbox"/> Инсульт (меньше 1 месяца назад) <input type="checkbox"/> Политравма (меньше 1 месяца назад) <input type="checkbox"/> Травма спинного мозга (паралич) (меньше 1 месяца назад)
	Только для женщин (каждый фактор риска соответствует 1 баллу)
	<input type="checkbox"/> Прием пероральных контрацептивов или заместительная гормональная терапия <input type="checkbox"/> Беременность и послеродовый период (менее 1 месяца после родов) <input type="checkbox"/> Наличие в анамнезе замершей беременности, спонтанных абортов (3 и более), преждевременных родов на фоне токсикоза, а также рождения недоношенного ребенка

Общий показатель риска

Согласно модели необходимо провести количественную оценку факторов риска и по сумме полученных баллов определить степень риска ВТЭ для больного (таблица 1). После оценки степени риска необходимо выбрать режим профилактики (Таблица 2) на основе количественной оценки рисков с учетом потенциальных опасностей при применении антикоагулянтов (АК) и механической профилактики (Таблица 3) [10,11]. МОР по Carini была разработана после публикации седьмой версии АССР и не обновлялась после появления последних обновленных вариантов рекомендаций и сейчас, согласно переписке с авторами, находится в процессе обновления. Поэтому на основании анализа литературных данных и существующих рекомендаций были внесены определенные изменения в режимы профилактики МОР (таблица 2) [1]. При оценке риска ВТЭ согласно МОР используется гибридный подход, основанный на международных рекомендациях, где логическая оценка также зависит от опыта врача, который проводит оценку. В данной модели также учтены случаи, когда нет доказательств 1-го уровня из-за отсутствия результатов исследований, так как подобные больные обычно исключаются из рандомизированных исследований в виду определенных причин, однако эти больные нуждаются в профилактике. В таких случаях практическому врачу при оценке рисков развития ВТЭ и принятии решения по профилактике необходимо адекватно использовать результаты последних исследований, логическое мышление и клинический опыт [12,13].

Как сбалансировать эффективность и безопасность профилактики ВТЭ?

Важным моментом при выборе метода профилактики ВТЭ является создание оптимального баланса эффективности и безопасности. Некоторые хирурги не всегда справедливо избегают применение профилактики из-за страха кровотечения, несмотря на высокий риск развития ВТЭ. В таких случаях пора менять устаревший парадигм мышления. Подобный подход связан с тем, что больные высокого риска ВТЭ нуждаются в применении усиленной профилактики, который увеличивает риск кровотечения. В данном случае увеличение риска кровотечения является оправданным, если принять во внимание последствия фатальной ВТЭ. Противопоказания для проведения ВТЭ представлены в таблице 3, которая требует специального внимания врача.

Если у пациента с очень высокой степенью риска ВТЭ развивается кровотечение, то необходимо прекратить использование АК и немедленно приступить к гемостазу. Важно выделить риск развития спинальной гематомы с развитием паралича нижних конечностей на фоне применения АК при наличии эпидурального катетера. Поэтому необходимо начинать прием АК не ранее 6-8 часов после удаления спинального катетера и за 12 часов до его установления. В противном случае риск развития спинальной гематомы очень высокий.

Наш опыт показывает, что детальная индивидуальная оценка риска тромбоза у пациентов с применением модифицированной МОР Carini поможет минимизировать бремя ВТЭ и определить оптимальную продолжительность профилактики.

Часто задаваемые врачами вопросы при использовании данной модели.

1. Должен ли больной, находящийся в терапевтических отделениях (в кардиологии, неврологии) или в хирургии без вмешательства, но после оценки риска относящийся к категории высокого риска ≥ 5 баллов, получать дополнительную профилактику, если пациент принимает аспирин? - Нет.

Таблица 2 - Режим профилактики

Общий показатель риска	Частота тромбоза глубоких вен*	Уровень риска	Режим профилактики ¹	Сокращения
0-1	меньше 10%	Низкий риск	Специальных мер не требуется. Ранняя активизация	КТ: компрессионный трикотаж ППК: перемежающаяся пневматическая компрессия НГНД: Нефракционированный гепарин в низкой дозе НМГ: Низкомолекулярный гепарин
2	10-20%	Умеренный риск	НГНД (каждые 12 ч), НМГ (до 3400 МЕ/сутки) †, КТ или ППК	
3-4	20-40%	Высокий риск	НГНД (каждые 8 ч), НМГ (больше 3400 МЕ/сутки), † ППК	
5 и более	40-80%	Очень высокий риск	НМГ (> 3400 МЕ/сутки) † ; фондапаринукс (ортопедия) †; Дабигатран 75 мг или 110мг через 4 часа после операции, затем 220мг/сутки, Ривароксабан 10 мг/сут†, †. варфарин, МНО 2-3 (ортопедия) или ППК/КТ + НГНД/НМГ/Аспирин†	

При наличии эпидурального катетера первая доза антикоагулянта должна вводиться не ранее 8 часов, при применении дабигатрана не менее 4чпосле удаления катетера во избежание паралича из-за спинальной гематомы!

Таблица 3 - Противопоказания для профилактики (Отметить соответствующие пункты)

Антикоагулянты: факторы, повышающие риск кровотечений	
<input type="checkbox"/>	Есть ли у пациента кровотечение в настоящий момент?
<input type="checkbox"/>	Гепариновая тромбоцитопения в момент обследования или в анамнезе
<input type="checkbox"/>	Число тромбоцитов ниже 100000/мкл
<input type="checkbox"/>	Прием пероральных антикоагулянтов, антитромбоцитарных средств (например, НПВС, клопидогреля, тикагрелора, прасугреля, салицилатов)
<input type="checkbox"/>	Нарушенный клиренс креатинина. Указать значение: _____
Если отмечен хотя бы один пункт, возможно больному не следует рекомендовать антикоагулянтную терапию, очевидно необходимо выбрать иной режим профилактики.	
Перемежающаяся пневматическая компрессия (ППК)	
<input type="checkbox"/>	Наличие выраженного атеросклероза артерий нижних конечностей
<input type="checkbox"/>	Наличие ХСН
<input type="checkbox"/>	Наличие поверхностного или глубокого тромбоза вен нижних конечностей
Если отмечен хотя бы один пункт, ППК использовать не следует – необходимо выбрать иной режим профилактики.	

Составлено на базе модели Caprini JA, Arcelus JI и соавт. State-of-the-art venous thromboembolism prophylaxis. *Scope*. 2001;8:228-240.

† См. рекомендации производителя по дозировке препарата.

Библиография: 1. Guyatt GH, Akl EA, Crowther Met al , MD ; *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th edition. Chest* 2012; 141(2)(Suppl):7S–47S. 2. Nicolaidis AN. *Prevention of venous thromboembolism. International Consensus Statement Guidelines compiled in accordance with the scientific evidence. J Vasc Br*. 2002;1:133-170. 3. Caprini JA, Arcelus JI, et al. *State-of-the-art venous thromboembolism prophylaxis. Scope*. 2001;8:228-240. 4. Oger E. *Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France. EPI-GETBP Study Group. Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale. Thromb Haemost*. 2000;83:657-660. 5. Turpie AG, Bauer KA, Eriksson BI, Lassen MR. *Fondaparinux vs enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism in major orthopedic surgery: a meta-analysis of 4 randomized double-blind studies. Arch Intern Med*. 2002;162:1833-1840. 6. Ringley CD, Johanning JM, Gruenberg JC, Veverka TJ, Barber KR. *Evaluation of pulmonary arterial catheter parameters utilizing intermittent pneumatic compression boots in congestive heart failure. Am Surg*. 2002;68:286-289. 7. Morris RJ, Woodcock JP. *Effects of supine intermittent compression on arterial inflow to the lower limb. Arch Surg*. 2002;137:1269-1273. 8. Eriksson BI, Dahl OE, Huo MH et al. *Oral dabigatran versus enoxaparin for thromboprophylaxis after primary total hip arthroplasty (RE-NOVATE II*)Thrombosis and Haemostasis ; 2011;105:1-11. 9. Eriksson BI, Borris LC, Friedman RJet al. Rivaroxaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Hip Arthroplasty NEJM2008;358:2765-75.*

Подпись врача, проводящего обследование: _____

Дата: _____

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенберин В.В., Сугралиев А.Б., Ахетов А.А., Танбаева Г.З., Актаева Ш.С. и др. Оценка риска тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочных артерий как основа для оказания квалифицированной помощи стационарным больным. Человек и Лекарство. 2014;1(34) 107-113
2. Hirsh J., Guyatt G., Albers G. et al. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8-th Edition) Chest 2008; 133:71S–105S
3. Guyatt G.H., Akl E.A., Crowther M. et al. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, Chest 2012; 141(2)(Suppl):7S–47S
4. Heit J.A., Rooke T.W., Silverstein M. et al. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. J Vasc Surg 2001;33(5):1022-7.
5. PBaglin T.P, White K., Charles A. Fatal pulmonary embolism in hospitalised medical patients. J. Clin Pathol 1997;50(7):609-10.
6. Сугралиев А.Б., Ахетов А.А., Танбаева Г.З., Актаева Ш.С. Влияние постоянной образовательной программы на клинические исходы по венозной тромбоэмболии в больнице. Терапевтический вестник 2014;2: 122
7. Sugraliyev A., Akhetov A., Tanbayeva G. Continuing Medical Education (CME) effect on clinical outcomes of VTE in hospital of Kazakhstan. www.eurothrombosis-summit2014org Eurothrombosis Summit 2014, P-13
8. Caprini J.A. Thrombosis Risk Assessment as a Guide to Quality Patient Care. Dis Mon 2005;51:70-78
9. Caprini J.A., Arcelus I., Traverso C.I., et al. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. Semin Thromb Hemost 1991;17(suppl 3):304-10.
10. Motykie G.D., Zebala L.P., Caprini J.A., et al. Risk factor assessment in the management of patients with suspected deep venous thrombosis. Int Angiol 2000;19(1):47-51.
11. Caprini J.A., Arcelus J.I., Reyna J.J.. Effective risk stratification of surgical and nonsurgical patients for venous thromboembolic disease. Semin Hematol 2001; 38(2 suppl 5):12-9.
12. Eriksson B.I.; Dahl O.E.; Huo M.H. et al. Oral dabigatran versus enoxaparin for thromboprophylaxis after primary total hip arthroplasty (RE-NOVATE II) Thrombosis and Haemostasis; 2011;105:1-11.
13. Eriksson B.I., Borris L.C., Friedman R. et al. Rivaroxaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Hip Arthroplasty NEJM 2008;358:2765-75.

Түйін

Сугралиев А.Б.

ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы, Қазақстан

АУРУХАНАДА ТРОМБОЗДАР ҚАУІП-ҚАТЕРІН БАҒАЛАУДЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МОДЕЛІ

Терең көктамыр тромбозы (ТКТ) және өкпе артериясы тромбоэмболиясы (ӨАТЭ), оларды бірге венозды тромбоэмболия (ВТЭ) деп атайды, бұл стационарлық емдеуге келіп түсетін науқастардың күрделі және жиі асқынуы болып табылады. Біз модификациялаған (МОР) ВТЭ Caprini қауіпті бағалау үлгісін қолдана отырып, қауіп-қатер дәрежесін бағалау емдеуге жатқызылған науқастарда ВТЭ қауіп-қатер баламалы бағалауға арналған сенімді құрал болып табылады. Тұрақты білім беру бағдарламасын жүргізу стационар жағдайында ВТЭ-мен күресуде негізгі жетістік болып табылады.

Түйін сөздер: венозды тромбоэмболия, тромбоз қауіпін бағалау үлгісі.

Summary

Sugraliyev A.B.

*Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs
Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan*

UPDATED THROMBOSIS RISK ASSESSMENT MODEL IN HOSPITAL

Venous thromboembolism (VTE) consists of two interrelated conditions that usually occur following hospitalization for serious illness or major surgery: deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE). One of the most common causes of death in the hospitalized patient is PE. Evaluation of risk of VTE using of validated individual risk assessment models (RAM) of Caprini in our modifications reliable tool for adequate evaluation of general risk of VTE among hospitalized patients. Continuing medical education is key success factor in implementation DVT against program in the hospital.

Keywords: Thrombosis Risk Factor Assessment, Risk Assessment Model, Venous thromboembolism.

Поступила 18.12.2014

УДК 61:331: 614.2

БЕНБЕРИН В.В.¹, БЮРАБЕКОВА Л.В.², ТУЛЕУОВА А.С.³

*Медицинский центр Управления делами Президента
Республики Казахстан, Астана, Казахстан¹*

Управление делами Президента Республики Казахстан²

*АО «Центр медицинских технологий и информационных систем»,
Астана, Казахстан³*

**ПОВЫШЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИЙ
МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР,
СПОСОБСТВУЮЩИЙ ОКАЗАНИЮ КАЧЕСТВЕННОЙ И ДОСТУПНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

В статье отражены результаты проводимой работы, направленной на повышение потенциала медицинских работников подведомственных организациях Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан на базах ведущих медицинских университетов ближнего и дальнего зарубежья по приоритетным направлениям. Проводимые мероприятия способствуют созданию пула высококвалифицированных медицинских работников, способных оказывать своевременную и качественную помощь населению, и зарекомендовать себя как конкурентоспособных специалистов на мировом рынке услуг.

Ключевые слова: кадровые ресурсы, повышение потенциала специалистов, медицинские работники.

Определяя на сегодняшний день одним из основополагающих факторов необходимость в развитии кадровых ресурсов здравоохранения, способствующих оказанию доступной и качественной медицинской помощи, в стране принят ряд стратегических инициатив способствующих достижению основополагающей цели – сохранению здоровья населения Казахстана. В своих ежегодных посланиях к народу Лидер нации Н. А. Назарбаев указывает на важность развития человеческого потенциала для построения конкурентоспособного государства.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, наиболее результативными и продуктивными в системе здравоохранения являются те действия, которые направлены на совершенствование управления

кадровыми ресурсами. Сегодня в стране реализуется Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011 – 2015 годы, чьи вопросы касательно совершенствования кадровой службы в здравоохранении, нашли свое отражение в утвержденном Премьер – министром Комплексном плане развития каровых ресурсов системы здравоохранения на 2013-2016 годы. Красной нитью данных стратегических документов определено повышение потенциала медицинских работников наилучшей международной практике через трансферт новых инновационных технологий в лечебный процесс.

Подведомственные организации Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан вопросу повышения потенциала медицинских работников определяют одно из главенствующих позиций, связывая с данным аспектом все направления своей деятельности. Обусловливая миссией всех организаций построение высококвалифицированной медицинской помощи, выделяются значительные бюджетные средства, направленные на повышение квалификации специалистов посредством проведения обучающих семинаров внутри страны с привлечением ведущих экспертов международных университетов, так и через посещение самих ведущих мировых медицинских организаций.

Только за 2014 год было проведено 10 мастер – классов для отечественных специалистов с приглашением ведущих экспертов из 6 зарубежных учебных центров Израиля, России и США по таким актуальным вопросам как: современные подходы к персонифицированной диагностике и оптимизации лечения социально – значимых заболеваний; лапароскопической колопроктологии органосохраняющие операции; диагностика и лечение в гериатрии и геронтологии; медицинская генетика; кардиология, катетеризация и эхокардиографическая диагностика; электрофизиология и аритмология; кардиохирургия и острый коронарный синдром; и др. Немаловажным мероприятием было проведение мастер- класса по «Менеджмент в здравоохранении», благодаря которому руководители и специалисты подведомственных организаций получили навыки менеджмента, управления человеческими ресурсами и юридического права в здравоохранении. В данных мастер – классах приняло участие 230 специалистов из подведомственных организаций.

В процессе проведения данных мастер – классов в качестве практического обучения слушателей лекторами проводились консультации пациентов, хирургические и диагностические манипуляции (например, аутовенозное аортокоронарное шунтирование ВТК 2 –ОВ, замена митрального клапана с использованием тканевого транспланта, имплантация ЭКС – ADAPTA ADDR01 и др.), наблюдение послеоперационных пациентов. Такой подход к проведению мастер – классов, призванный освещать не только теоретический компонент изучаемой темы, но и проведение демонстрации (практических мероприятий) является сегодня рациональным подходом к непрерывному развитию потенциала медицинских кадров.

Определяя в качестве эффективного подхода повышение потенциала работающих специалистов подведомственных организаций непосредственно на базах ведущих медицинских университетов ближнего и дальнего зарубежья Медицинским Центром Управления делами Президента Республики Казахстан, посредством Центра медицинских технологий и информационных систем, ежегодно направляются на стажировки медицинские работники по приоритетным направлениям (кардиология, кардиохирургия, анестезиология и реанимация, диагностическая и лечебная эндоскопия, функциональная диагностика, эндокринология, офтальмология, стоматология,

урология, гинекология, сестринское дело). Так, только за текущий год данную стажировку прошло 72 специалиста, и 41 специалист в 2013 году. Данный вид обучения, ориентированный на получение практических знаний «рука об руку» с ведущими профессорами, позволяет эффективно внедрять передовые технологий в свою практику.

Для качественной организации данного образовательного процесса нами проводится тщательный отбор баз обучения в соответствии с установленными критериями к ним, в частности, наличие передовых методов и технологий, необходимых в перспективе в деятельности новой Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан (далее – БМЦ); и доступ к практической деятельности обучающей организации. Сегодня в качестве таких баз определены передовые медицинские центр и университеты Литвы, Израиля, России, Южной Кореи, Японии, Польши и Турции (14 организаций).

Учитывая важность данного методологического подхода в образовательном процессе и необходимость повышения потенциала БМЦ сегодня остается приоритетным повышение квалификации специалистов всех подведомственных организаций Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, создавая необходимый балласт высококвалифицированных медицинских кадров. Так, в 2015 году планируется проведение 4 мастер – классов и привлечение 4 организации по менторству, а также направление на обучение специалистов в медицинские организации дальнего и ближнего зарубежья.

Таким образом, проводимая работа Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан выстроена в соответствии с потребностями и приоритетным направления деятельности своих подведомственных организаций, соответствуя общей идеологии в области развития кадровых ресурсов системы здравоохранения страны. Сегодня важно создать пул высококвалифицированных медицинских работников, способных оказывать своевременную и качественную помощь населению, способных зарекомендовать себя как конкурентоспособных специалистов на мировом рынке услуг здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050»: новый политический курс состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года, №1113;
3. Об утверждении Комплексного плана мероприятий по развитию кадровых ресурсов здравоохранения на 2013-2016 годы, утвержденного Премьер – Министра Республики Казахстан от 20 декабря 2013 года №190-р.

Түйін

*Бенберин В.В.¹, Бұйрабекова Л.В.², Төлеуова А.С.³
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығы, Астана, Қазақстан¹
ҚР Президенті Іс Басқармасы²
«Медициналық технологиялар және ақпараттық жүйелер орталығы АҚ»³*

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ
ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ВЕДОМСТВОЛЫҚ ҚАРАСТЫ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ КАДРЛАР
РЕСУРСЫНЫҢ ӨЛЕУЕТІН ЖОҒАРЫЛАТУ – ХАЛЫҚҚА САПАЛЫ ЖӘНЕ ҚОЛЖЕТІМДІ
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ ЫҚПАЛ ЕТЕТІН НЕГІЗГІ ФАКТОР

Осы мақалада таяу және қиыр шетелдік жетекші медициналық университеттердің базасында басым бағыттар бойынша Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының ведомстволық қарасты ұйымдарының медициналық қызметкерлерінің әлеуетін жоғарлату мақсатында жүргізілген жұмыстың нәтижелері ұсынылған. Жүргізілетін іс-шаралар халыққа дер кезінде сапалы көмек көрсететін және өздерін медициналық қызметтердің әлемдік нарығында бәсекеге қабілетті мамандар ретінде көрсете алатын жоғары білікті медициналық қызметкерлердің базасын құруға ықпал етеді/

Түйін сөздер: кадрлықресурстар, мамандардың әлеуетін жоғарылату, медициналық мамандар.

Summary

Benberin V.V.¹, Byurabekova L.V.², Tuleuova A.S.³

Medical Center of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan,
Astana, Kazakhstan¹

President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan²

«Center for Medical technologies and information systems» JCR, Astana, Kazakhstan³

IMPROVEMENT OF POTENTIAL OF PERSONNEL RESOURCES OF THE SUBSIDIARY ORGANIZATIONS OF MEDICAL CENTER OF PRESIDENT'S AFFAIRS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AS THE MAJOR FACTOR PROMOTING RENDERING HIGH-QUALITY AND AVAILABLE MEDICAL CARE TO POPULATION

This article indicates results of the carried-out work directed to improvement of potential of medical workers the subsidiary organizations of Medical center of President's Affairs of the Republic of Kazakhstan on bases of the leading medical universities of the near and far abroad in the priority directions. The held events promote creation of a pool of the highly skilled medical workers capable to give timely and qualitative help to the population, and to prove as competitive experts in the world market of services.

Keywords: human resources, increasing the capacity of professionals, health care employers.

Поступила 22.12.2014

**КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
CLINICAL RESEARCH**

УДК 615.47:616-073

**KONOVALOV R.N.¹, MATVIEVSKIY V.J.²,
MUKHAMETZHANOVA S.V.³, SUSLIN A.S.¹**
*Scientific Center of Neurology, Moscow, Russian Federation¹
Innovative educational center, Moscow, Russian Federation²
Republican Diagnostic Center, Astana, Kazakhstan³*

**TALKING BRAIN: FMRI DATA OF THE FORMER AUTISTIC
CHILDREN**

Converging neuroscientific evidence has suggested that the neuropathology of autism spectrum disorders is widely distributed, involving impaired connectivity throughout the brain. The purpose of the fMRI paradigms is to study positive changes in the brain functional connectivity on the assumption of vision, learning and talking within the actual 3D scenes.

As participants of our fMRI study we recruited children who predictably overcame an autistic state. Visual perception, learning and talking in the actual 3D scenes were critical for their treatment. For the purpose of comparison we involved a normal child who didn't have such experience. Besides for the same purpose of comparison we recruited healthy child and mothers of autistic children with the experience vision, learning, talking in the actual 3D scenes and without.

We hypothesize that due the visual perception, learning and talking in the actual 3D scenes brain functional connectivity changes structurally so that leads to much more effective way of real 3D environment acquirement.

Keywords: autism spectrum disorders; visual perception, learning and talking in the actual 3D scenes; functional connectivity, resting state, fMRI, neuroimaging.

Introduction

Signs of Autism

It is well known that autistic child lacks the direct eye contact and that prevents him from social communication, from normal verbal development, causes pervasive disorders in brain and body. He exhibits challenging behaviors, including noncompliance, aggression, repetitive actions, and that interfere with daily life.

Crucial problem for an autistic child is total lack of the actual sense of presence within the real 3D world. He doesn't have any experience relative to the actual 3D space. He is behind the screen of the real 3D scene which he perceives as flattened and stereotyped. The actual depth of the real 3D scene is totally unknown to him.

An autistic child can learn, and sometimes a lot, but only on his flattened screen. He cannot actually breakthrough into the real 3D scene with the actual sense of presence. Hence, he cannot breakthrough into the direct human interactions with the actual sense-of-the other, with the direct eye contact.

No wonder that an autistic child lacks insight into the mental life of other people, he cannot appreciate other's points of view, and he is impaired in recognizing other people's emotions and reactions in natural situations. He behaves inappropriately in a natural scene because he cannot actually sense it and adequately regulate his own behavior.

Nowadays, many fMRI studies explore dynamic reconfiguration of human brain functional networks. Recent evidence suggests that functional connectivity can be modulated by the proper persistent self-regulating learning (Bassett et al., 2011).

The critical changes in functional connectivity can be targeted at the brain networks involved in the cycle of the actual 3D visual perception, learning and talking in the actual 3D scenes. In our work with autistic children we explore the actual learning in the actual 3D scenes and it brings visible, predictable, positive results (Matvievskiy, 2013).

An autistic child in 3D scene

For the actual 3D visual perception an autistic child requires the corresponding 3D optic flow. Perspective, relative size, occlusion, motion parallax, depth from motion, kinetic depth effect, intensity, contrast of light and shading, aerial perspective, elevation and texture gradients of natural, pictorial and video scenes may provide him with retinal (binocular) disparity or stereopsis.

Because of stereopsis the two eyeballs follow the same linear perspective which continually provides depth cues and searching convergence. A child escapes direct focusing and explores direct searching convergence as persistent papillary light searching reflex and learns to look directly globally along the linear perspective.

The process of continuous convergence keeps stretching the extraocular muscles. Vestibular-proprioceptive and kinesthetic sensations not only from the extraocular muscles, but from the body as a whole may provide the breakthrough into the real 3D scene with the actual sense of continuous presence. The e-book “Holistic functional approach to autism” describes the details and show video- procedures of such procedure in 3D scenes (Matvievskiy, 2013 ;).

It is widely accepted that the cortical visual pathway is divided in two parallel streams, the so—called dorsal (from V1 to the parietal lobe) and ventral (from V1 to the inferotemporal cortex) pathways, that are relatively independent (Ungerleider and Mishkin, 1982).

Binocular disparity, which is a critical for the perception of 3D scene, is coded in the dorsal pathway. Functionally the dorsal pathway mediates the visual perception of the movement and location of objects in 3D scene relative to the observer (“where”), and the observer’s own movement and location in 3D scene. The dorsal stream plays a role in 3D space-oriented action relative to an object and subject. Conversely, the ventral stream seems to be mainly involved in object recognition and identification (“what”).

Children’s autistic perception is stereotyped. One cannot take one’s sight away from the electric lamp or from rotating or moving objects; others listen attentively to monotonous sounds. Some autistic children receive pleasure from stereotypical skin-muscle irritation. No wonder that typically their ventral visual stream is stereotyped and the dorsal visual stream is immature.

The target and hypothesis of the fMRI study

In our self-regulation learning in the actual 3D scenes we assume that the dorsal stream in conjunction with the parietal lobe may play the critical role in the reconfiguration of the brain functional networks. Thus, conventional view is that the posterior parietal lobe specifically devoted to space representation. And it might serve for intentional saccadic planning, for reaching, for grasping. The inferior parietal lobe (angular gyrus and supramarginal gyrus) also contributes greatly into the actual presence in 3D space. Besides, it plays a role in language processing in conjunction with Wernicke’s area.

It is known that executive functions of any brain networks headquarter in the prefrontal cortex. In case of autism it is mute. And self-regulation in 3D scenes is impossible without active prefrontal areas.

We hypothesize that visual perception, learning, and talking in the actual 3D scenes may develop the dynamic configuration of brain functional networks and make them more effective in the real 3D acquirement.

Participants and data acquisition

Twelve participants were recruited from Social Fund “MILOSERDIE” (Almaty, Kazakhstan): two former autistic children (child A., 10 years old; child C., 9 years), two children who are not diagnosed as autists but with deficit in eye contact, social communication and self-regulation (both 6 years old) and quite a normal child without any signs of autism or any developmental disorders (6 years old).

The treatment of child A and child C was based on the self-regulation learning in the actual 3D scenes. Vladimir Matvievskiy in his e-book shows quite observable, predictable and measurable way of such treatment (Matvievskiy, 2014). The other children were trained thoroughly to the self-regulation in the actual 3D scenes and they did their best to follow the instructions.

Paradigms

During one session of scanning each participant of research performed a task which was mastered by it in advance. The visual presentation of incentives was used: videos for each task through a projector in the console it was output to the translucent screen installed in the patient's feet, from where through mirror system of the image were directly available to perception of the participant of research.

Each paradigm had the block structure consisting of 4 alternating blocks of the period of activation and a dormant period lasting 21 about everyone (the general duration of each paradigm – 2,48 min.). The task began with a dormant period during which the look of the participant was fixed on the white cross displayed. Then the activation period consisting of display of the video followed (for example, the avenue going to depth in pine forest). Display was followed by speech instructions.

In general research consisted of seven paradigms. Three of them allowed to investigate activation of spatial structures, and four paradigms on activation of speech ways.

Scanning protocol

MRT-data were received on the MR-tomograph with intensity of a magnetic field of 3 T of Magnetom Verio of Siemens, Germany. Research began with the standard T2 mode a gradient echo in an axial projection for an exception of pathological changes of substance of a brain. For obtaining anatomic data research in the mode 3D-T1 a gradient echo (T1-mpr) with receiving a set from 176 sagittal cuts covering all volume of substance of a brain was carried out (time of repetition (TR) - 1940 ms, time an echo (TE) - 3,1 ms, a tilt angle – the 15th hail, a matrix – 256 x 256 mm, cut thickness – 1,0 mm, the voxel size – 1 x 1 x 1 mm).

Then 7 sets of functional data (for each of paradigms) in the T2*-gradient mode an echo in an axial projection were consistently received (time of repetition (TR) - 3000 ms, time an echo (TE) - 30 ms, a tilt angle – the 90th hail, a matrix – 64 x 64 mm, cut thickness – 3,0 mm, the voxel size – 3 x 3 x 3 mm). Each T2 * the mode included the 56 measurements of all volume of substance of a brain.

Analysis of data

Functional MRI data were then analyzed using SPM8 analysis software. Images were realigned to correct for motion, corrected for errors in slice timing, after that the first for correction, then the average functional file coregistered linearly with the corresponding anatomic file with the subsequent spatial normalization of the first (3 x 3 x 3 mm) and the second (1 x 1 x 1 mm) spatially transformed to standard stereotaxic space (based on the Montreal Neurological Institute coordinate system). Before the statistical analysis the transformed functional data were washed away by means of Gaussian kernel size (10 x 10 x 10 mm) to decrease spatial noise (due to weakening of

high-frequency noise) and compensations of variability of a structure of crinkles between subjects. Statistical parametrical cards were generated on the voxel-basis of comparison by means of the general linear model. For decrease in artifacts from the movement of the patient parameters of rigid transformation at alignment were entered as regressors at statistical processing of the first level (for each examinee).

Talking brain

In the fMRI study we explore the idea of the global modulation in the actual 3D scenes as a framework of language development. Adil (child A) and Aruzhan (child C) are participants of our fMRI study. Both due to the behavioral learning in the actual 3D scenes successfully overcame severe autistic states and developed language processing.

In the Task of fMRI study we compare brain images of child A and child C to clear up the common features of the talking brain in the actual 3D scenes at the moment of its global modulation.

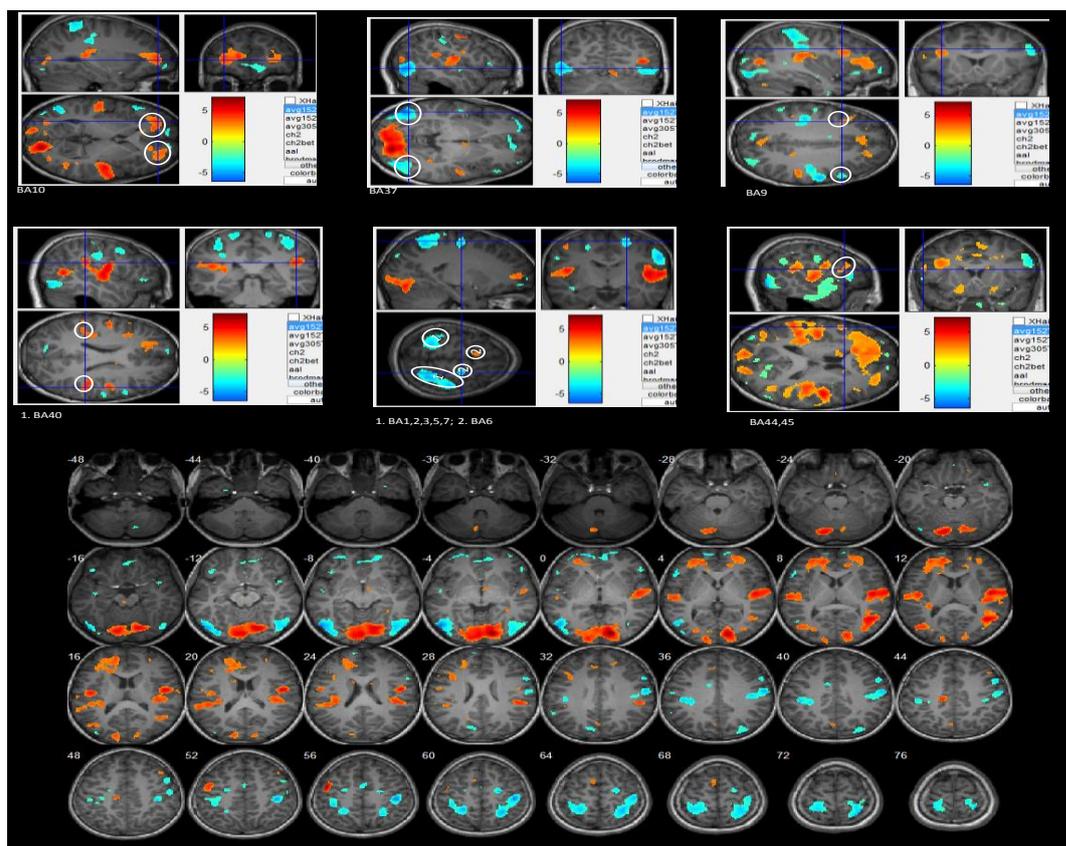


Image 1 (child A)

Paradigm 1: “Global phonologic sounding”

Phonology should be distinguished from phonetics. While phonetics concerns the sound production, phonology concerns the way sounds function within a given speech situation to encode meaning. Child A and child C learned to separate global meaning in the actual 3D space sounding in phrases, words, syllables, separate vowel sounds and that was the subject of modulation. Thus are accented not only articulation, but also acoustic properties of the sounds allowing and to the child reproducing them and listening obviously to separate and globality of sounding from its phonetic form.

An instructor asks participants to make an impulse into the sea perspective via the pine opening, to generate modulation of the actual global presence and to produce serial global phonological sounding: phrases, words, syllables, separate vowel sounds. We hypothesize that the serial may activate Broca’s area 40 and 6. The first plays the key

role in generation of phonological sounding, and the second contributes into tonotopic state of the Broca's area, hence in the speech production.

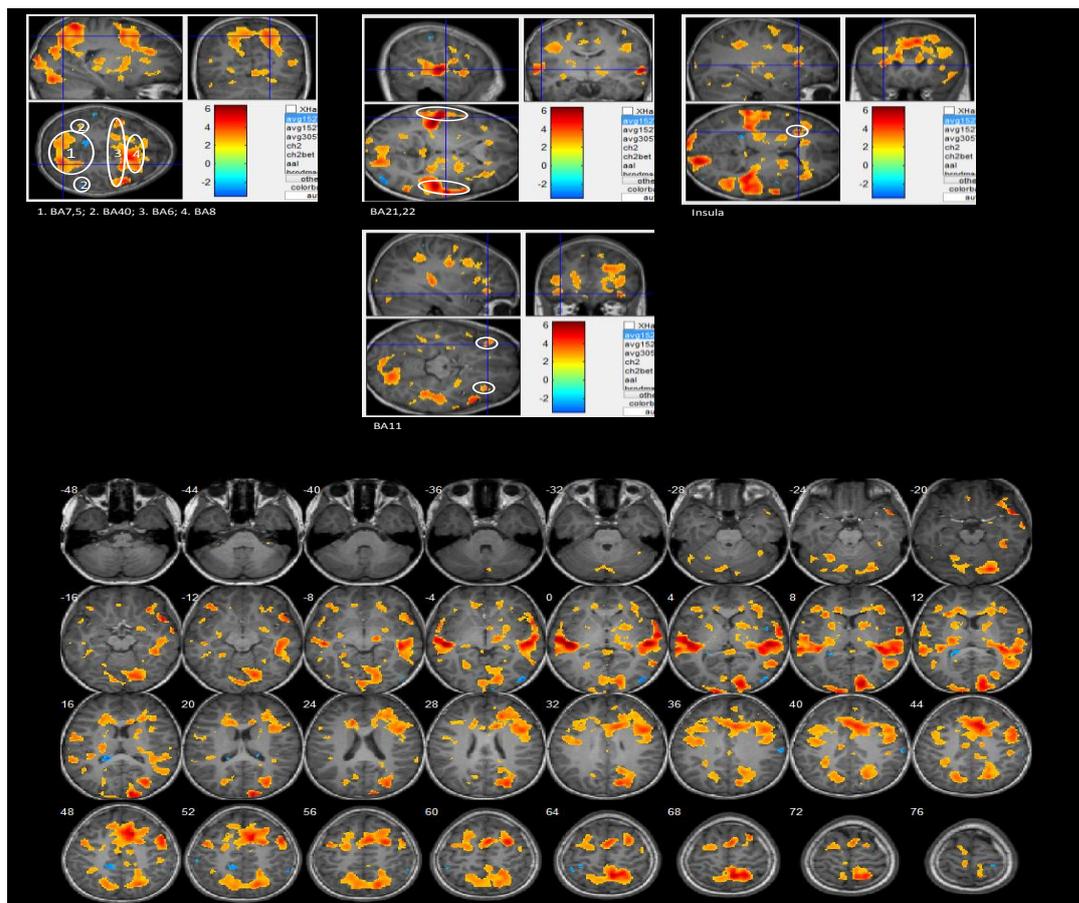


Image 2 (child C)

Both brain images prove our hypothesis, indicated areas are active. Moreover, the child's A brain image shows active Broca's center (areas 44, 45) and the child's C brain image shows active Wernicke's area (area 22); both are speech areas.

It is necessary to stress that children learned perfectly well visual perception and phonologic sounding in the actual 3D space and that is why the results might be predictable. The learning process we can also observe in the brain images. The child's A BA 6 and the child's BA 40 are partially in the active state and partially in the resting state. The data indicate, as it was admitted above, the process of state transformation and accumulation of the experience as the resting state under the impact of the global modulation. The total resting state of the child's A somatosensory brain area (BA 1, 2, 3, 5, 7) is the result of the long-term global modulation in the actual 3D space.

Paradigm 2: "Actual meaning of the global modulation"

Video shows the growing up pine-tree. Child A and child C know that the tree takes power (photon energy) from the sun, transfers it (through photosynthesis) into growing higher and higher. An instructor asks children actually to sense global liner perspective of the growing up tree. Besides, children pay attention to phonologic sounding and global modulation.

Nowadays, in above paradigm connected to activity of areas 40 and 6 consider in framework of the dual pathway model for language processing (*Hickok G, Poeppel D. (2004) Dorsal and ventral streams: a framework for understanding aspects of the functional anatomy of language. Cognition 92(1-2):67-99. Review*). It corresponds to the dorsal pathway I.

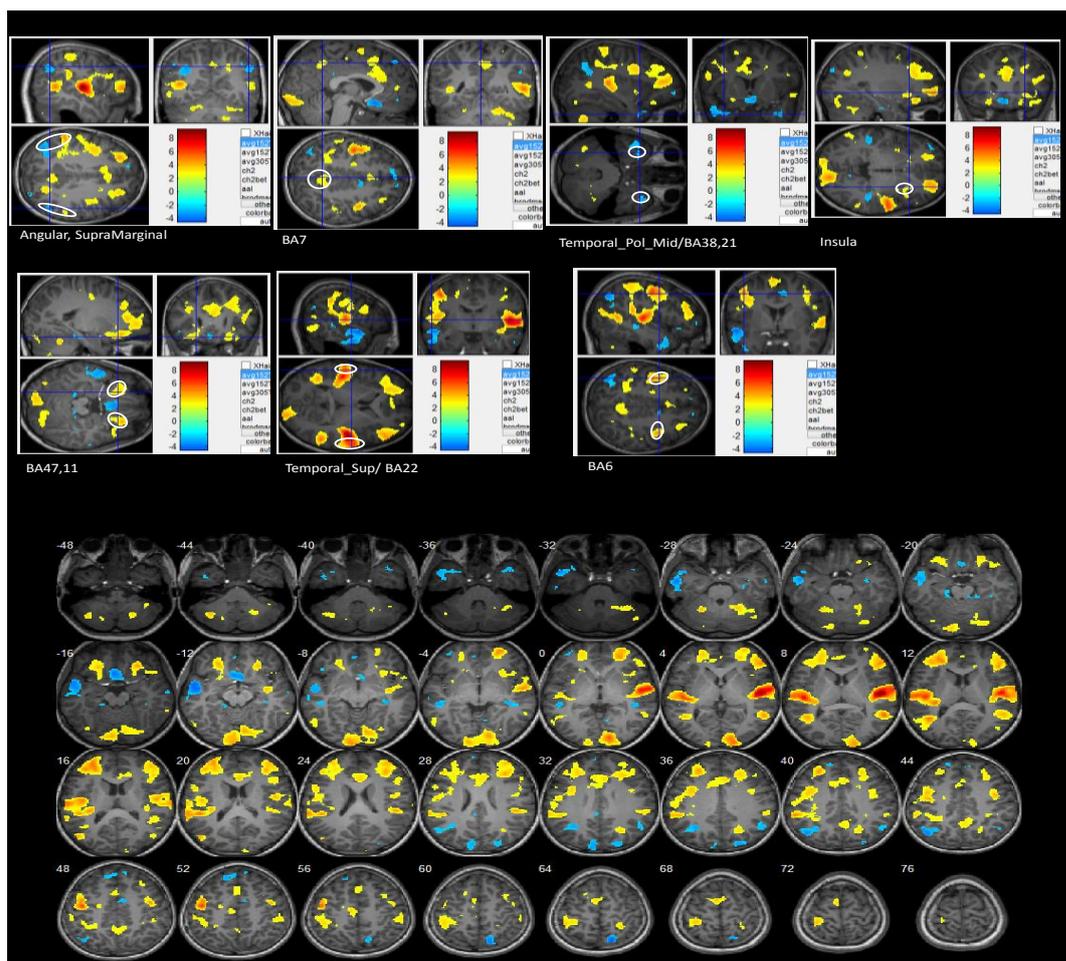


Image 3 (Child A)

The meaning of the phrase “growing up tree” deals with semantics. Semantics might be elicited from the generalization. But in case of severe autism, formal way of generalization (trunk plus branches plus leaves, etc.) is impossible. Child A and child C could elicit the meaning of the phrase “growing up tree” from the actual sense of the global liner perspective of the really observable growing up tree.

Such way of learning semantics solves the crucial problem of autism: sense-of-the-other. And Insula/frontal operculum plays an important role by way of self-regulating homeostasis. The experience of such self-regulation might be secured in anterior part of the superior temporal gyrus. The ventral pathway II (from anterior part of superior gyrus to frontal operculum/insula/Broca’s area) is the subject of the second fMRI paradigm.

Both images demonstrate the key-areas of the ventral pathway II.

Child A shows in active state Temporal Sup/BA 22 and Insula/BA 47, Broca’s area. Moreover, his Temporal Sup (or Pol)/BA 38 correlates with BA 21 (MT/V5) which is exclusively indicates 3D vision and that proves his 3D homeostasis. Angular and supramarginal gyri are partially in active but partially in habitual resting state. It may indicate their modulation during global out-of body-experience and global phonological sounding.

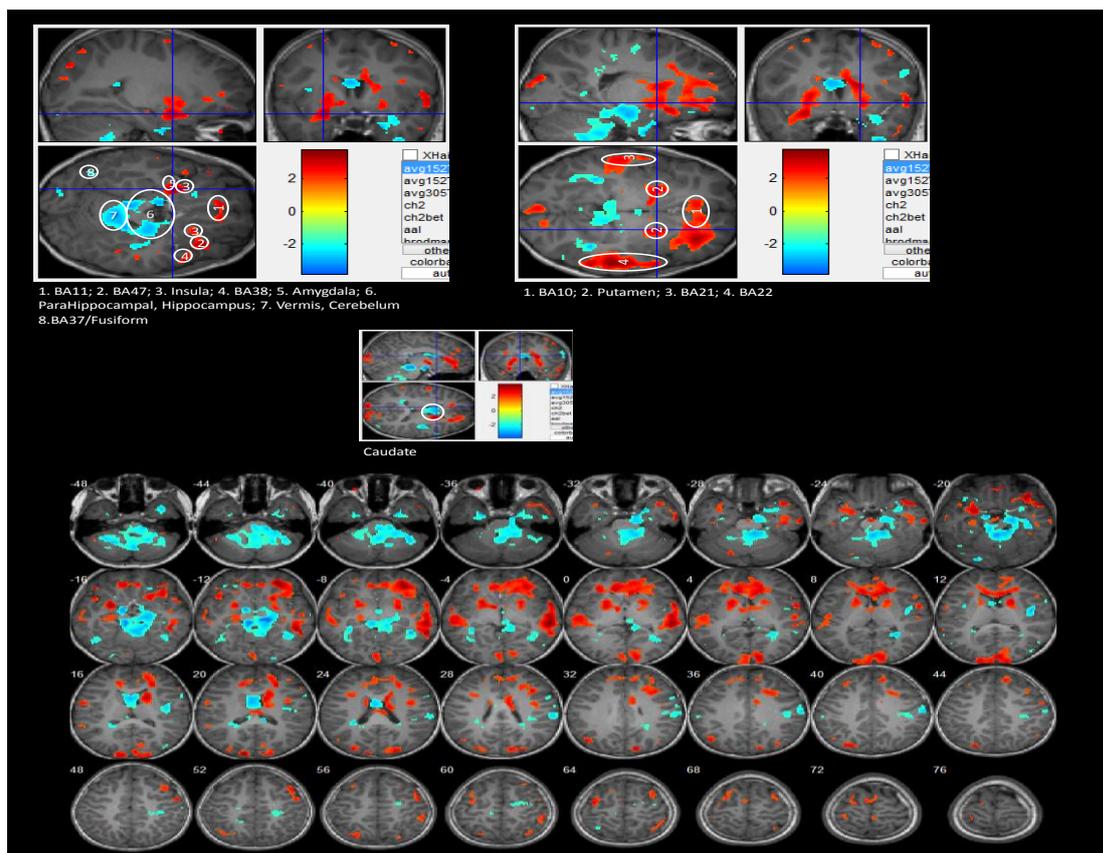


Image 4 (Child C)

Child C also shows active BA 38/Temporal Sup/BA 22 and Insula/BA 47, Broca’s area. We also see correlation with BA 21 (MT/V5). Besides her brain image demonstrates active Caudate/Putamen and it indicates global command “GO”. ParaHippocampal gyrus and Hippocampus are in the resting state. They are responsible for the episodic memory consolidation.

Both brain images show active prefrontal cortex: BA 6, 11 (child A) and BA 10, 11 (child C).

Paradigm 3: “Articulation of the global modulation”

The above described ventral pathway II provides actual meaning of the global modulation. The critical point is the corresponding articulation, articulation of the global modulation to reveal the actual meaning of speech.

Child A and child C learned the phonemes/syllables/words sequence as sequence of phonological chunks as subjects of global modulation. In this way of syllabification/verbalization they learned step by step to transduce the actual phonological processing into sensory-motor articulation based on the global modulation in the actual 3D space.

The phonemes/syllables/words sequence might be chunked and automated as verbal units. One can see that the global modulation of the units is critical for articulatory acquisition and for new vocabulary development. The global modulation of the verbal units provides articulatory taste and internal motivation, which is a crucial point of language development in case of autism.

Video shows the growing up pine tree and an instructor asks children to articulate global liner perspective of the growing up tree with the articulation as the subject of global modulation.

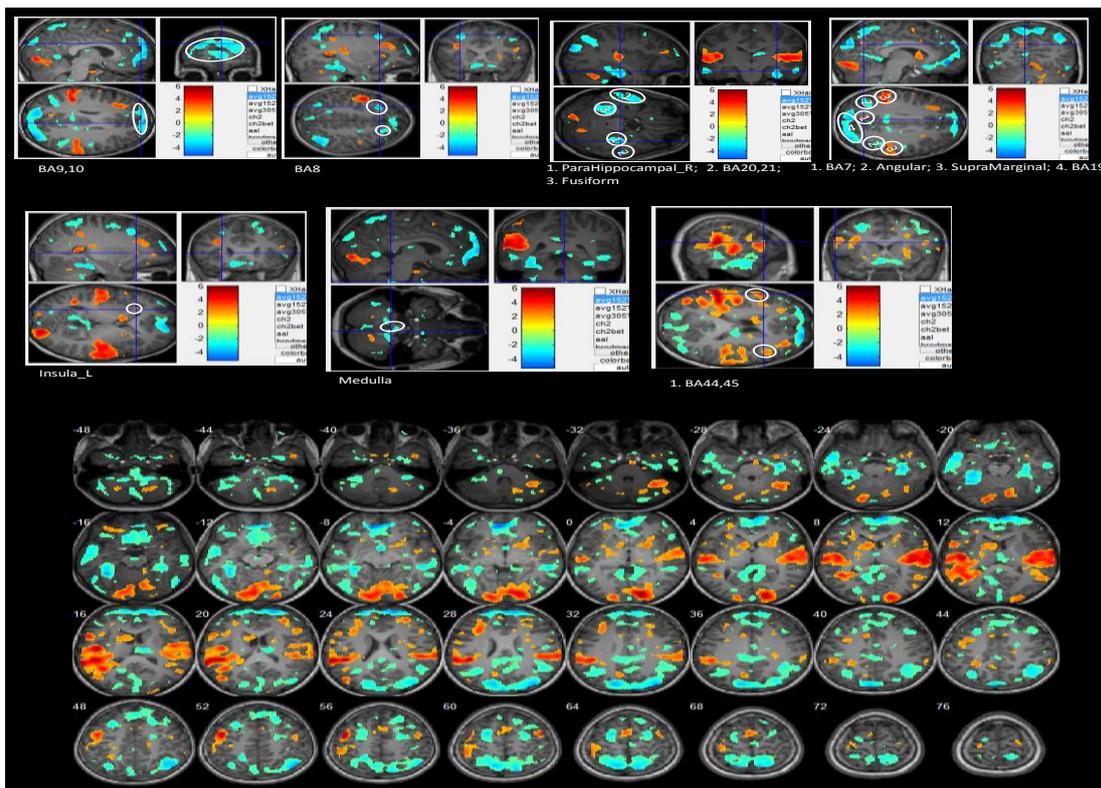


Image 6 (Child A brain image)

The dorsal pathway II goes from the angular and supramarginal gyri to Broca's area. These are the key brain areas of the third fMRI paradigm. As we can see in both cases the key brain areas of the dorsal pathway II are in the active state.

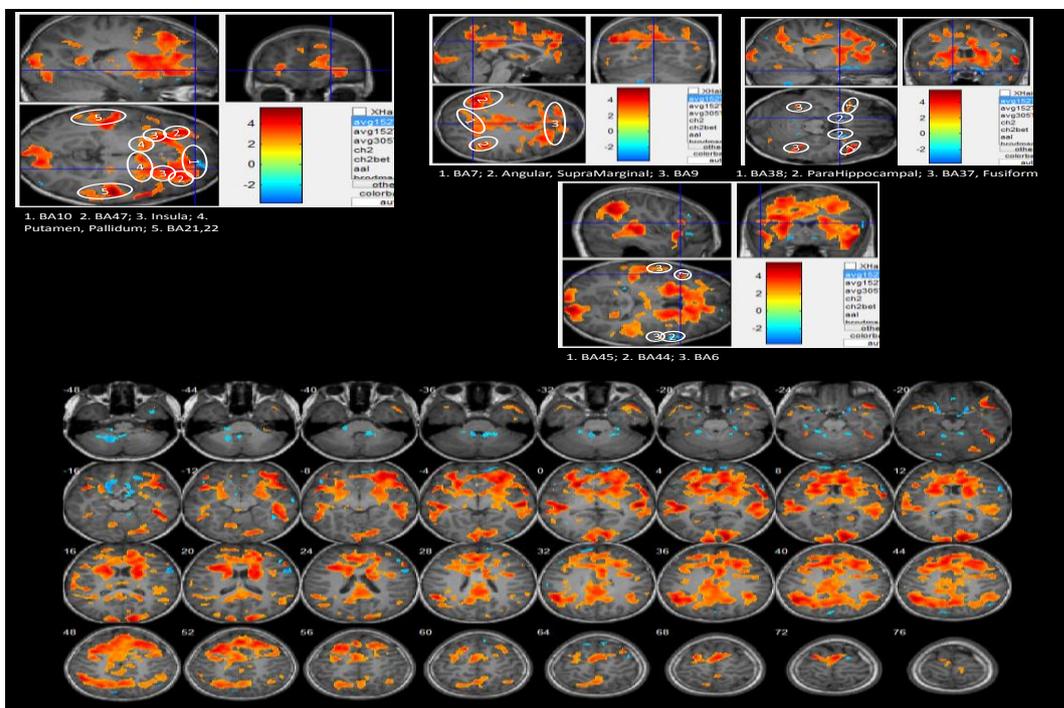


Image 7 (Child C brain image)

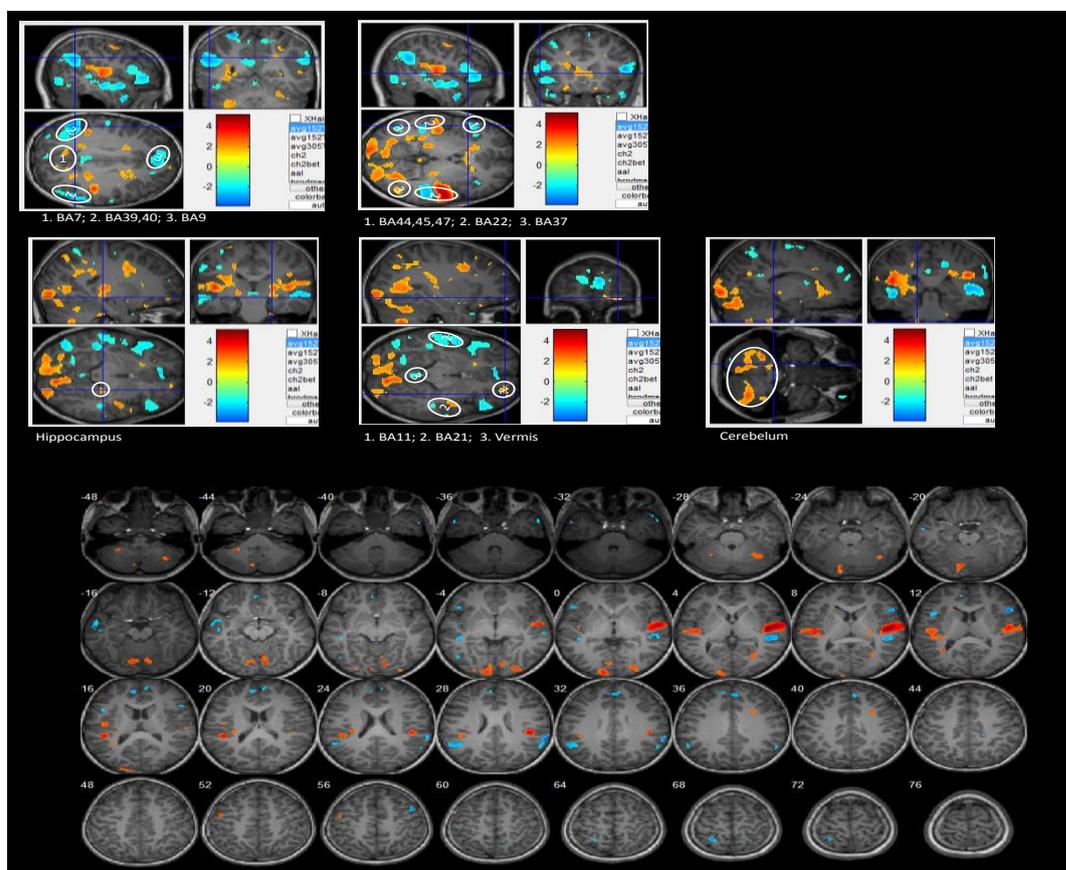
Child A shows active BA 40/ supramarginal gyrus/BA 7 and BA 44, 45/ Broca's area/Insula. It is worth to admit that he is not active in talking and therefore his habitual brain functional configuration in the resting state serves as the background of the actual

intentional self-regulation in 3D: BA 8, 9, 10 habitually serve to self-regulation in 3D scene; BA 39/Angular usually serve 3D out-of-body experience; BA 19, 20, 21, fusiform gyrus indicate the actual presence in 3D scenes; ParaHippocampal play a role in episodic memory consolidation; and last but not least Medulla in conjunction with Amygdala keeps control over unconditional responses, over homeostasis. Thus, we can observe the real power of the resting brain functional configuration.

Child C also shows BA 40/ supramarginal gyrus/BA 7 and BA 44, 47/ Broca's area/Insula. She is active in talking and therefore her actual intentional articulation supported by: active prefrontal cortex BA 6, 9, 10 and BA 39/Angular; by active temporal functional connectivity BA 20, 21, 38, fusiform gyrus and motor command system Putamen, Pallidum.

Paradigm 4: "Talking experience as the resting state"

Child A and child C show global modulation as phonologic sounding (fMRI paradigm 1), as verbal meaning (fMRI paradigm 2), as articulation (fMRI paradigm 3) in the actual 3D space. Quite logically that the last fMRI paradigm 4 sums up the previous results as the accumulation of talking experience causing global modulation as the resting state.



The picture shows small, middle, and big growing up pine trees. An instructor asks children sequentially articulate in a different way the global verbal meaning "the power of growth" relative to the first tree, to the second, and to the third tree. Such talking experience should lead to accumulation of the global modulation and, hence, the resting state.

Visually we can observe at both images mainly blue colors. It reveals the resting state as the main accumulative experience. But active brain areas are also indicative.

Thus, child A shows three active areas definitely indicative for increasing his global modulation: BA 7, the main contributor into the global modulation ;

Hippocampus, the consolidator of the global modulation episodes; and BA 11 which is involved in current planning, reasoning, decision making, and in perception of novel pieces of information in actual 3D actions. BA 22 (talking experience) is partially active but partially in the resting state, and that reveals the transduction of activity in the resting state due to the verbal global modulation.

Image8 (Child A)

Child C is rather successful in language processing and therefore her only active area is speech area (BA 22). BA 6, as the area of tonotopic modulation of the Broca's area is partially active but partially in the resting state, i.e., it is in the state of transduction.

Her resting state is similar to Adil: prefrontal areas which provide direct short-term memory in the actual 3D scenes (BA 6, 8, 10, etc.); areas involved directly in actual sense of presence in 3D scenes (BA 7, 20, 21, 39, 40, 37/fusiform gyrus, BA/24/limbic lobe, etc.).

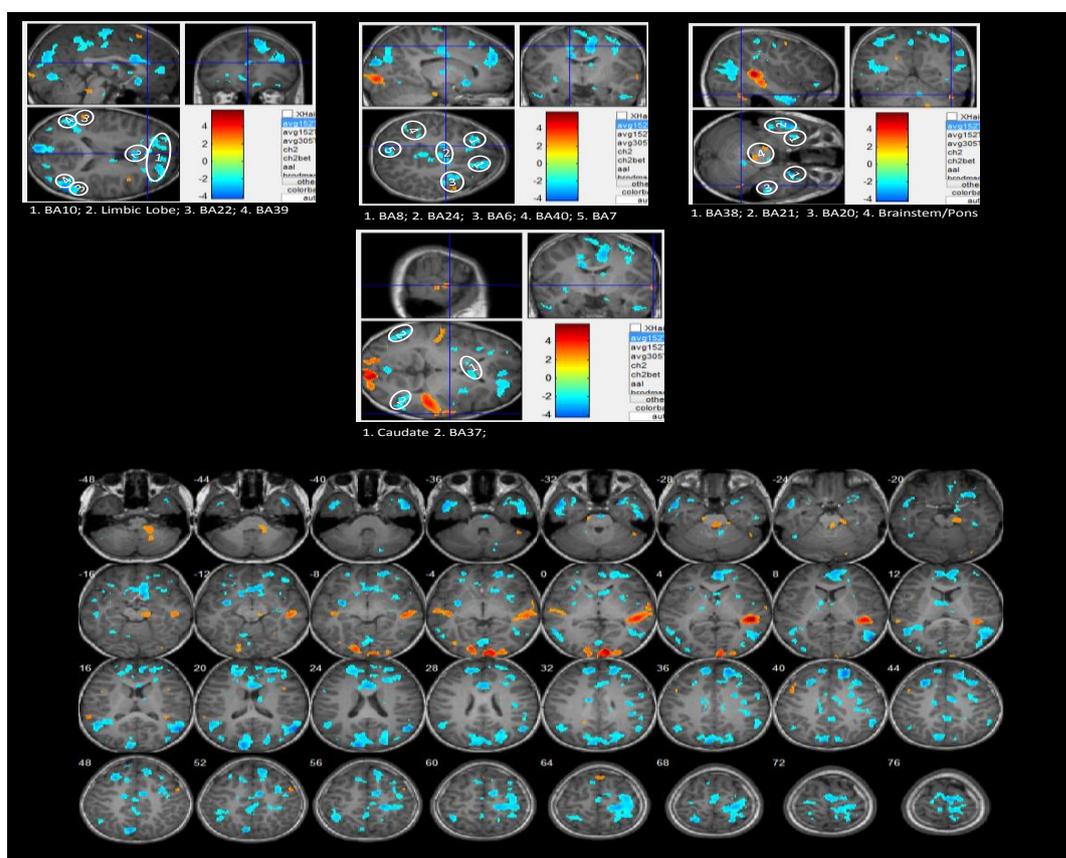


Image 9 (Child C)

Both brain images obviously show the transduction of the talking experience into the resting state of the brain functional connectivity. We can also assume that they show the direct interlink between speech and brain functional development.

Discussion

The fMRI study proves our hypothesis that visual perception, learning, and talking in the actual 3D scenes may contribute into developing the dynamic configuration of brain functional networks and make brain more effective in the real 3D acquirement.

Thus, persistence in the visual perception of the actual 3D scenes contributes into correspondent dynamic structure of the brain as the salient functional network. The network includes prefrontal areas, posterior parietal cortex, dorsal visual pathway,

angular and supramarginal gyri, etc. In case of autism these areas, as a rule, are in the state of dysfunction.

Visual perception in the actual 3D space plays a role in dysfunction corrections and fMRI study former autistic children (child A and child C) shows the results of such correction.

Problem of self-regulation is the real problem of autism. Self-regulatory learning in the actual 3D space helps to solve the problem. It plays a role in the development of the correspondent brain functional executive network. Our fMRI study shows that development of the executive network leads to increase in modulation of the salient functional network, in the total structural brain functional development. Our fMRI data shows that structures of the middle brain (hippocampus, amygdala, basal ganglia) and even of the brainstem (medulla) may be involved in the functional salience connectivity.

Perhaps, the most pressing problem at a conclusion from autism it is a problem of development of the speech. All attempts to solve this problem out of communication with complete functioning of a brain didn't lead to a little satisfactory results. In this fMRT research possibility of transformation of global 3D modulation in a resting state of functional neural networks is shown. Namely these networks, when training in actual 3D space, are peculiar stores of experience and building of complete functional structure of a brain.

In our fMRI paradigms we show the way this dual pathway system may work as a part of the executive functional brain network. It is quite observable that the language processing modulates key brain areas and in such a way strengthens the resting state of the brain networks which might be involved in the further actual verbal self-regulation within 3D scene. Language development as actual self-regulation in 3D scenes provokes challenging interpretation of verbal short-term memory, intentional talking brain, generalization and cognitive development in general, etc. Besides the language and cognitive development the dynamic brain functional network can be developed immensely. But these are problems which demand further study.

Thus, still in before talking the period actual preparation of the main speech ways on the basis of visual perception and global phonologic sounding is possible. However full development of the speech begins with global modulation of an articulating and verbal values. Thus the formed speech experience itself becomes more and more notable source of modulation that is shown in increase of speech intension. The most important result of speech development is the sustainable development of a dynamic configuration of functional neural networks of a brain, doing a brain more and more effective in actual mastering real 3D space.

REFERENCES

1. Bassett S.D., Wymbs N.F., Porter M.A., Mucha P. J., Carlson J.M., and Scott T. Grafton S. T. (2011). Dynamic reconfiguration of human brain networks during learning. PNAS | May 3, 2011 | vol. 108 | no. 18 | 7641–7646
2. Hickok G, Poeppel D. (2004) Dorsal and ventral streams: a framework for understanding aspects of the functional anatomy of language. Cognition 92(1-2):67-99. Review
3. Northoff G., Heinze A.I, Greck M., Bermpohl F., Dobrowolny H., and Panksepp J.(2006) Self-referential processing in our brain—A meta-analysis of imaging studies on the self. NeuroImage 31, 440 – 457
4. Matvievskiy V. (2013). E-book: Holistic functional approach to autism: a case study. Authorhouse
5. Mishkin M, Ungerleider LG. (1982). Contribution of striate inputs to the visuospatial functions of parieto-preoccipital cortex in monkeys. Behav Brain Res, 6 (1): 57–77

6. Gotts S. J., Simmons W., K., Milbury L., A., Wallace G., L., Cox R., W., and Martin A. (2012) Fractionation of social brain circuits in autism spectrum disorders. *Brain*: 135; 2711–2725
7. Wicker B., Keysers C., Plailly J., Royet J., Gallese V., and Giacomo Rizzolatti G. (2003). Both of Us Disgusted in My Insula: The Common Neural Basis of Seeing and Feeling Disgust. *Neuron*, Vol. 40, 655–664.

Түйін

Коновалов Р.Н.¹, Матвиевский В.Я.², Мұхаметжанова С.В.³, Суслин А.С.²
РМФА неврология ғылыми орталығы, Мәскеу, Ресей Федерациясы¹
Инновациялық оқу орталығы, Мәскеу, Ресей Федерациясы²
Республикалық диагностикалық орталық, Астана, Қазақстан³

СӨЙЛЕУ ПАРАДИГМАСЫН ТАЛДАУ: АУТИЗМНАН ШЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫҢ ФУНКЦИЯЛЫҚ МАГНИТТІК-РЕЗОНАНСТЫҚ ТОМОГРАФИЯСЫНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ

Әдетте, аутизмде нейрондық желілер жұмыс істеуінің бұзылуы бүкіл ми аумағында орын алады. Осы зерттеудің мақсаты өзекті 3D кеңістігінде көзбен көріп қабылдау, оқу және сөйлеу белсенділігі процессінде ми жүйесінің нейрондық қызметінің дамуы мен позитивтік бақыланатын өзгерістерді зерттеу болды.

Зерттеуге қатысушылар ретінде біз аутизмді еңсерген балаларды тарттық. Маңызды 3D кеңістігінде көзбен қабылдауды, оқытуды және сөйлеу процессін саналы игеру аутизмнен шығудың негізі болды. Салыстыру мақсатында біз зерттеуге дені сау балаларды және аутист-балалардың аналарын енгіздік.

Өзекті 3D кеңістігінде көзбен қабылдауды, оқытуды және сөйлеу процесін саналы игеру арқылы мидың функциялық желілерінде тұтас құрылымдық өзгерістер орнап, осы желілерді нақты 3D кеңістігін игеруде өте тиімді етеді деген гипотезаны басшылыққа аламыз.

Түйін сөздер: аутизм, көзбен қабылдау, 3D кеңістігіне оқыту және сөйлеу процесі, функциялық нейрондық желі, дайын күйінде нейрондық желі, фМРТ, нейровизуализация.

Резюме

Коновалов Р.Н.¹, Матвиевский В.Я.², Мухаметжанова С.В.³, Суслин А.С.¹
Научный центр неврологии РАМН, Москва, Российская федерация¹
Инновационный образовательный центр, Москва, Российская федерация²
Республиканский диагностический центр, Астана, Казахстан³

АНАЛИЗ РЕЧЕВЫХ ПАРАДИГМ: ДАННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЕТЕЙ, ВЫВЕДЕННЫХ ИЗ АУТИЗМА

Общепризнано, что при аутизме нарушения в функционировании нейронных сетей имеют место по всему мозгу. Целью данного исследования было изучение позитивных контролируемых изменений и развитие функционирования нейронных сетей мозга в процессе зрительного восприятия, обучения и речевой активности в актуальном 3D пространстве.

В качестве участников исследования мы привлекли детей, преодолевших аутизм. Сознательное освоение визуального восприятия, обучения и речевого процесса в актуальном 3D пространстве было основой их выхода из аутизма. В целях сравнения мы включили в исследование здорового ребенка, а также мам детей-аутистов.

Мы исходим из гипотезы, что благодаря визуальному восприятию, обучению и речевому процессу в актуальном 3D пространстве в функциональных сетях мозга происходят целостные структурные изменения, что делает эти сети значительно более эффективными в овладении реальным 3D пространством.

Ключевые слова: аутизм, визуальное восприятие, обучение и речевой процесс в актуальном 3D пространстве, функциональная нейронная сеть, фМРТ, нейровизуализация.

Поступило 15.12.2014

УДК 616-005.755

**БЕНБЕРИН В.В.¹, АХЕТОВ А.А.², ТАНБАЕВА Г.З.²,
СУГРАЛИЕВ А.Б.², АКТАЕВА Ш.С.²**

*Медицинский Центр Управления Делами Президента РК, Астана, Казахстан¹
Центральная клиническая больница Медицинского Центра
Управления Делами Президента РК, Алматы, Казахстан²*

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Оценка клинической вероятности тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) является важной частью диагностического и лечебного процесса, особенно, в условиях отделения интенсивной терапии. При высокой степени вероятности процесс диагностики ТЭЛА основывается на таких важных клинических данных, как шок и гипотензия ниже 90 мм рт.ст., и данных эхокардиографического исследования при отсутствии компьютерно-томографической ангиографии (КТ-ангиография). У данной группы больных определение Д-димера не имеет диагностической и прогностической ценности. В то же время у больных с умеренной и низкой вероятностью ТЭЛА определение Д-димера улучшает степень диагностической вероятности в сочетании с результатами клинической оценки по шкалам Wells и Genova. Более того, использование шкал Wells и Genova помогает определить степень диагностической вероятности ТЭЛА даже при отсутствии подтверждения мелких тромбов на уровне сегментарных или субсегментарных легочных артерий на КТ-ангиографии. В последнем случае важное значение имеет клиническое мышление лечащего врача.

Ключевые слова: диагностический алгоритм, тромбоэмболия легочных артерий, риск развития ранней смертности

Диагностика тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) – очень сложная, в связи с чем заболевание часто пропускается из-за отсутствия специфических клинических симптомов. В то же время ранняя диагностика является очень важной, так как немедленное начало лечения действительно спасает больных от смерти и инвалидизации [1].

ТЭЛА и тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей являются двумя клиническими проявлениями одной болезни под названием «венозная тромбоэмболия (ВТЭ)», имеют общие предрасполагающие факторы, но разные клинические проявления.

ВТЭ – третье по частоте сердечно-сосудистое заболевание с распространенностью 100-200 случаев на 100 000 населения в год [2]. В острой стадии ВТЭ характеризуется высокой смертностью, в хронической стадии – тяжелой инвалидизацией в результате посттромботического синдрома и легочной гипертензии, что можно было предотвратить при правильном лечении [3]. Согласно данным из 6 стран Европейского союза с населением 454,5 миллиона, в 2004 году было зарегистрировано свыше 317 000 смертей в результате ВТЭ. При этом 34% проявлялось в виде фатальной ТЭЛА, а 50% больных умерло в результате недиагностированного ТЭЛА, и лишь у 7% был установлен диагноз правильно при жизни. В США распространенность ТЭЛА среди госпитализированных пациентов, согласно данным, собранным в период с 1979 по 1999 гг., составила 0,4 %, хотя клинический диагноз устанавливался лишь у 40-53 на 100 000 населения в год. При этом ежегодная заболеваемость в США по приблизительным расчетам оценивается в 600 000 случаев [4]. В Казахстане и других странах СНГ данные по частоте ВТЭ отсутствуют.

ТЭЛА в 90% случаев является осложнением ТГВ нижних конечностей с летальностью, в среднем, до 11%. Согласно данным международного регистра (ICOPER), доля пациентов с идиопатической или неспровоцированной ТЭЛА или без каких-либо факторов риска (ФР) составляет около 20% [5]. В то же время у 80% больных выявляется наличие одного или нескольких ФР, в таких случаях ТЭЛА считается спровоцированной. К ФР, провоцирующим развитие ВТЭ, связанным с состоянием пациента, относятся: возраст ≥ 60 лет, наличие в анамнезе предыдущих ВТЭ, активный рак, неврологические заболевания с парезами конечностей, состояния, вызывающие длительный постельный режим, например, острая сердечная или дыхательная недостаточность, врожденные или приобретенные тромбофилии, химио- и гормональная или терапия пероральными контрацептивами, беременность, хирургические вмешательства при травме и ортопедических операциях [6].

Полагают, что через 3-7 дней после развития проксимального ТГВ с клиническими проявлениями у 40-50% развивается ТЭЛА, которая в 10% случаев может привести к смерти больного в течение 1 ч после появления первых симптомов. Поэтому при подозрении на ТГВ необходимо сделать компрессионное УЗИ. При положительном диагнозе необходимо соответствующее лечение. В случае отрицательных данных необходимо сделать тест на Д-димер. В случае положительно теста повторить КУЗИ, и при наличии ТГВ провести соответствующее лечение. Отрицательный анализ Д-димера после отрицательного КУЗИ позволяет исключить ТГВ [6].

Оценка степени тяжести состояния больного является важной задачей для определения ранней смертности при ТЭЛА. Согласно обновленной рекомендации Европейского общества кардиологов 2014 года, что представлено в таблице 1, к маркерам развития ранней смертности относятся наличие шока, выраженной гипотензии < 90 мм рт.ст. при отсутствии аритмии или сепсиса, гипокинез или дилатация правого желудочка, повышение давления в легочной артерий, повышение уровня биомаркеров (тропонинов и NT-проBNP) и высокий индекс степени тяжести [7]. При этом стратификация риска должна быть применена у всех пациентов с подозрением на ТЭЛА, что позволяет оптимизировать диагностическую стратегию и начало своевременной терапии [8].

Таблица 1- Стратификация риска развития ранней смертности, связанной с ТЭЛА

Риск смерти		Маркеры риска			
		Шок, гипотензия	Класс ИТ ТЭЛА ≥ 1	Дисфункция ПЖ	Сердечные биомаркеры
Высокий		+	(+)*	(+)*	(+)*
Промежуточный	Про-высокий	-	+	+ оба	
	Про-низкий	-	+	+ один или отрицательные оба	
Низкий		-	-	Оценка при необходимости, но при анализе оба (-)	

*При наличии шока или гипотензии нет необходимости подтверждать правожелудочковую недостаточность для подтверждения высокого риска смертности, связанной с ТЭЛА.

Степень тяжести ТЭЛА, особенно, в условиях отделения интенсивной терапии нужно оценить на основании электронных систем, набрав PESI (pulmonary embolism severity index) score MDcalc в режиме он-лайн, которые позволяют быстро за считанные минуты прогнозировать развитие фатальных и

нефатальных осложнений (таблица 2). При отсутствии доступа в электронные системы можно использовать таблицу 2.

Как видно из таблицы 2, степень тяжести больных ТЭЛА определяется суммированием возраста пациента в годах и баллов за каждое клиническое состояние в определенных количественных баллах

- 65 - класс I, очень низкий риск;
- 66-85 - класс II, низкий риск;
- 86-105 - класс III, промежуточный риск;
- 106-125 - IV класс, высокий риск;
- 106-126 125- V класс, очень высокий риск.

Таблица 2 - Количественные предикторы степени тяжести ТЭЛА

Предикторы	Возраст, в годах
Демографические характеристики Возраст, в годах Мужской пол	+ 10
Сопутствующие заболевания Рак Сердечная недостаточность Хроническое заболевание легких	+30 +10 +10
Клинические данные Пульс ≥ 110 в мин Систолическое артериальное давление < 100 мм рт ст Частота дыхания ≥ 30 /мин Температура < 36 °C Изменение психического состояния * Насыщение артериальной крови кислородом $< 90\%$	+20 +30 +20 +20 +60 +20

* Определяется как дезориентация, летаргия, ступор или кома.

Оценка вероятности ТЭЛА у пациента на основании клинических проявлений, которые неспецифичны, имеет первостепенное значение для выбора соответствующей лечебно-диагностической стратегии. В 90 % случаев подозрение на ТЭЛА возникает при наличии клинических симптомов, таких, как: боль в груди, обмороки, внезапно возникшая и нарастающая одышка, тахипноэ, реже кровохарканье. Поэтому полученные клиничко-инструментальные данные необходимо вводить в утвержденные шкалы Wells и Genova для увеличения диагностической вероятности ТЭЛА.

Таблица 3 - Объединенная шкала Wells и Genova

Предрасполагающие факторы	Wells	Genova
Возраст > 65 лет	-	+1
ТГВ и ТЭЛА в анамнезе	+1,5	+3
Недавняя операция/иммобилизация	+1,5	+2
Рак	+1	+2
Симптомы		
Боль в одной ноге	-	+3
Кровохарканье	+1	+2
Клинические проявления		
ЧСС 75-94 в мин		+3
ЧСС ≥ 95 -100 в мин	+1,5	+5
Клинические признаки ТГВ	+3	+4
Клиническая оценка		
Альтернативный диагноз маловероятен	+3	

Клиническая вероятность 3 уровня Низкая Промежуточная Высокая	Всего 0-1 2-6 ≥7	Всего 0-3 4-10 ≥11
Клиническая вероятность 2 уровня ТЭЛА маловероятна ТЭЛА вероятна	Всего 0-4 >4	

Алгоритм действий при подозрении на ТЭЛА высокого риска представлен на рис. 1. Как видно из рис. 1, при высокой степени вероятности ТЭЛА, особенно, у нестабильных больных наиболее приемлемым начальным тестом является трансторакальная ЭхоКГ, которая позволяет выявить признаки перегрузки и наличие тромба в правых отделах сердца, косвенные признаки острой легочной гипертензии. Чреспищеводная эхокардиография может визуализировать тромб в легочной артерий. В этом случае нет необходимости определения Д-димера из-за отсутствия прогностической значимости определения Д-димера у данной популяции, кроме того, его уровень не определяет лечебную тактику.

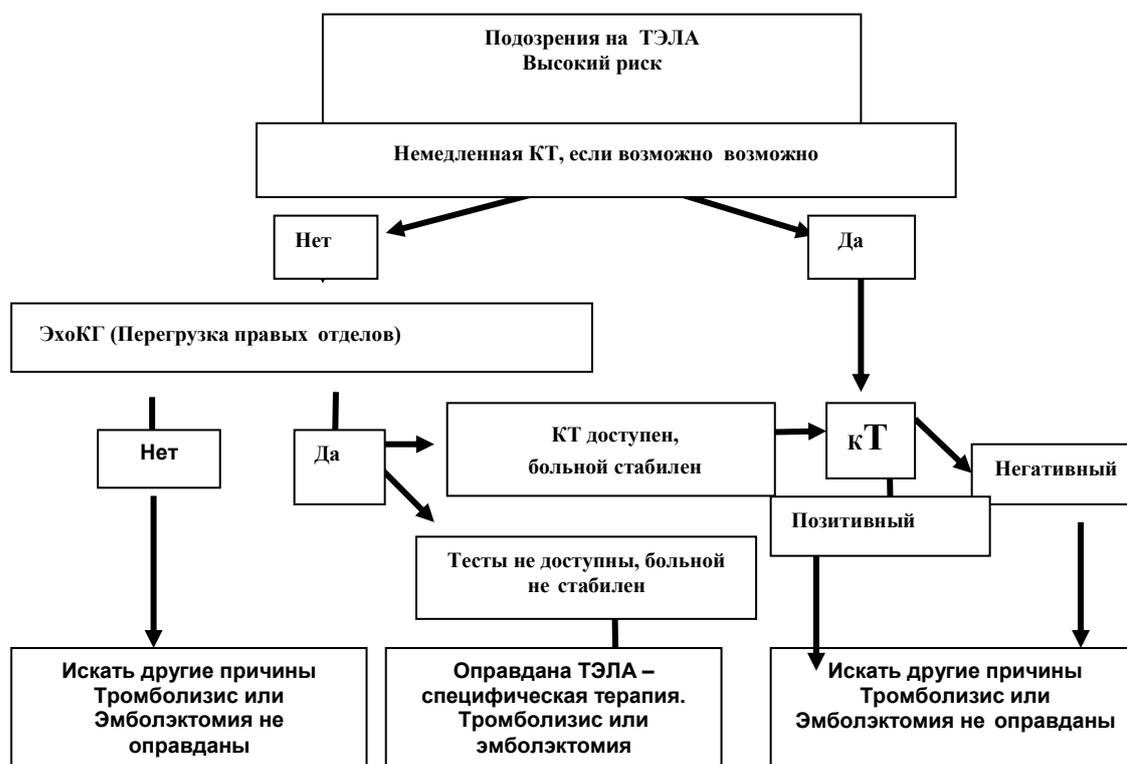


Рисунок 1- Алгоритм действий при подозрении на ТЭЛА высокого риска

Алгоритм действия при подозрений на ТЭЛА невысокого риска представлен на рис. 2. Определение D-димера в сочетании с оценкой клинической вероятности является первым шагом и позволяет исключить ТЭЛА у больных с низкой и умеренной вероятностью ТЭЛА. КТ-ангиография является тестом второй линии у пациентов с повышенным уровнем D-димера и методом первой линии у пациентов с высокой клинической вероятностью, а также для диагностики тромба на уровне сегментарных артерий легких (рис. 4). Отрицательные результаты КТ ангиографии и КУЗИ вен нижних конечностей помогут исключить ТЭЛА [17-19].

Таким образом, гипотензия или шок, оценка индекса степени тяжести, данные ЭхоКГ и повышение уровня биомаркеров позволяют оценить риск ближайшей смертности при ТЭЛА. Использование шкал клинической вероятности Wells и Genova, особенно, у больных с низкой и умеренной вероятностью и определение Д-димера с последующим проведением КТ позволяют установить правильный диагноз. В то же время проведение ЭхоКГ является ключевым моментом диагностики и определения тактики у больных с высокой вероятностью ТЭЛА. Кроме того, использование представленных алгоритмов является полезным для быстрой диагностики и определения тактики.

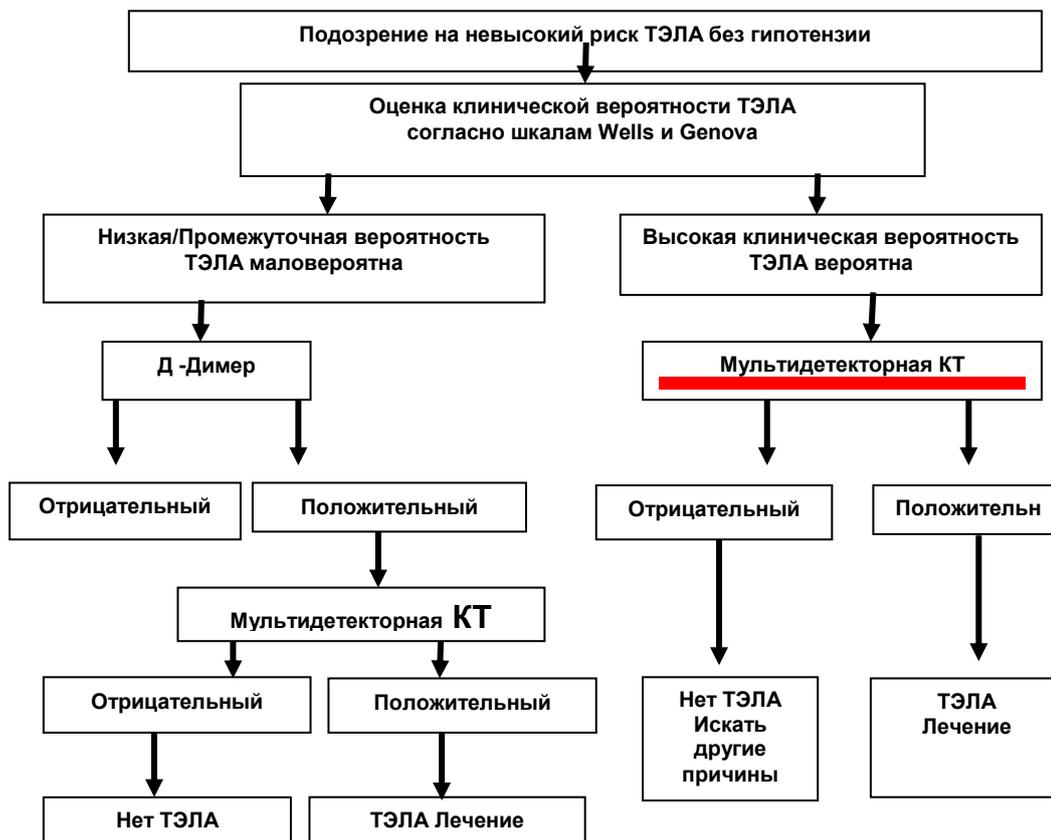


Рисунок 2 - Алгоритм действия при подозрении на ТЭЛА невысокого риска

ЛИТЕРАТУРА

1. Roy PM, Meyer G, Vielle B et al. Appropriateness of diagnostic management and outcomes of suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 2006; 144: 157–164.
2. Heit JA. The epidemiology of venous thromboembolism in the community. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008; 28(3): 370–372
3. Klok FA, van Kralingen KW, van Dijk AP et al. Quality of life in long-term survivors of acute pulmonary embolism. *Chest* 2010; 138(6):1432–1440.
4. Anderson FA Jr., Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation* 2003;107(23 Suppl 1):I9–I16.
5. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). *Lancet* 1999; 353: 1386–1389.
6. Heit JA, O’Fallon WM, Petterson TM et al. Relative impact of risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based study. *Arch Intern Med* 2002; 162:1245–1248.

8. Torbicki A., Perrier A., Konstantinides S. et al Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism European Heart Journal 2008; 29: 2276–2315
9. Konstantinides S, Torbick A, Agnelli G. et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehu283
10. Aujesky D., Obrosky S., Stone RA. et al Derivation and Validation of a Prognostic Model for Pulmonary Embolism Am J Respir Crit Care Med 2005; 172:1041–1046
11. Wells PS, Ginsberg JS, Anderson DR et al. Use of a clinical model for safe management of patients with suspected pulmonary embolism. Ann Intern Med 1998;129:997–1005.
12. Wells PS, Ginsberg JS, Anderson DR et al. Use of a clinical model for safe management of patients with suspected pulmonary embolism. Ann Intern Med 1998;129:997–1005.
13. Le Gal G, Righini M, Roy PM et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med 2006;144:165–171.

Түйін

Бенберин В.В.¹, Ахетов А.А.², Танбаева Г.З.²,
Сугралиев А.Б.², Актаева Ш.С.²

ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығы, Астана, Қазақстан¹
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы, Қазақстан²

СТАЦИОНАР ЖАҒДАЙЫНДА ӨКПЕ АРТЕРИЯСЫ ТРОМБОЭМБОЛИЯСЫНЫҢ АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕСІН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ АЛГОРИТМІ

Өкпе артериясы тромбоэмболиясының (ӨАТЭ) клиникалық мүмкіндігін бағалау диагностикалық және емдеу үдерісінің, әсіресе интенсивті терапия бөлімшесі жағдайында, маңызды бөлігі болып табылады. Жоғары дәрежедегі мүмкіндікте ӨАТЭ диагностикалау үдерісі шок және сынап бағанасынан 90 мм төмен гипотензия сияқты клиникалық деректерге және компьютерлік-томографиялық ангиография (КТ-ангиография) болмаған жағдайда эхокардиографиялық зерттеу деректеріне негізделеді. Осы топтағы науқастар үшін Д-димерді анықтаудың диагностикалық және болжадық құндылығы жоқ. ӨАТЭ қалыпты және төмен ықтималдығы бар науқастарда Д-димерді анықтау Wells және Geneva шкалалары бойынша клиникалық бағалау нәтижелерімен бірге диагностикалық ықтималдық деңгейін жақсарттады. Одан басқа, Wells және Geneva шкалаларын пайдалану КТ-ангиографияда сегментарлық және субсегментарлық өкпе артерияларының деңгейінде ұсақ тромбалардың расталмағандығы кезінде де ӨАТЭ диагностикалық ықтималдық деңгейін анықтауға көмектеседі. Соңғы жағдайда емдеуші дәрігердің клиникалық ойлау қабілеті өте маңызды болып табылады.

Түйін сөздер: диагностикалық алгоритм, өкпе артериясы тромбоэмболиясы, ерте өлімнің даму қаупі

Summary

Benberin V.V.¹, Akhetov AA.², Tanbaeva G.Z.²,
Sugraliev A.B.², Aktaeva SH.S.²

Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan,
Astana, Kazakhstan¹
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs
Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan²

DIAGNOSTIC ALGORITHM AND EVALUATION SEVERITY INDEX IN PATIENTS WITH PULMONARY EMBOLISM

Evaluation of clinical probability of pulmonary embolism (PE) is important during diagnostic process especially in the department of intensive care. In suspected high-risk PE patients presenting with

shock or hypotension the most useful initial test in this situation is bedside transthoracic echocardiography even in case of absence CT-angiography. D-Dimer test is not reliable to confirm diagnosis in this group of patients. In the other hand measurement of D-Dimer test is important in group of patients with low and moderate clinical probability of PE in combination using of Wells and Geneva rules can help in diagnostic process of PE even in case CT-confirmation. In such cases key role play clinical experience of treating doctor.

Keywords: diagnostic algorithm, pulmonary embolism, early mortality risk

Поступила 17.12.2014

УДК 616.33-002.27

ШУБАТКАЛИЕВА А.Х. , АМИРКУЛОВА А.А.
РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента
Республики Казахстан», Астана

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ С АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ЯВЛЕНИЯМИ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ И ДИСПЛАЗИИ

Хронический атрофический гастрит относят к предраковым состояниям желудка, на фоне данного заболевания часто развиваются такие предраковые изменения, как кишечная метаплазия и дисплазия эпителия слизистой желудка.

*В работе представлены данные обследования 71 пациентов в возрасте от 20 до 80 лет, с различными формами атрофического гастрита, в том числе с очаговой кишечной метаплазией. Эффективность эрадикации при использовании предложенных схем лечения составила 96,6 %, что доказывает высокую степень эрадикации *H. pylori*. Кроме того, эффективная эрадикация *H. pylori* даже на этапе атрофии приводит к прерыванию каскада патологических реакций в слизистой оболочке желудка и может рассматриваться, как профилактика развития рака желудка.*

Ключевые слова: атрофический гастрит, эрадикация Хеликобактер пилори, дисплазия.

Введение. С *H. pylori* связывают возникновение подавляющего большинства атрофических гастритов. Бактерии *H. pylori*, персистируя на желудочном эпителии, вызывают хронический хеликобактерный поверхностный гастрит. Длительно существующий поверхностный хеликобактерный гастрит без соответствующего лечения трансформируется в атрофический

Под атрофическим гастритом понимают прогрессирующий воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, характеризующийся утратой желудочных желез. Клинико-морфологической особенностью атрофического гастрита являются уменьшение числа специализированных glanduloцитов, обеспечивающих секреторную функцию желудка, и замещение их клетками более простыми, в том числе вырабатывающими слизь. Обширная атрофия слизистой оболочки тела желудка, как правило, ассоциируется с гипосекрецией соляной кислоты и нарушением выработки пепсиногена.

Хронический атрофический гастрит относят к предраковым состояниям желудка, на фоне данного заболевания часто развиваются такие предраковые изменения, как кишечная метаплазия и дисплазия эпителия слизистой желудка, а

также гиперпролиферация эпителия слизистой желудка, способствующая развитию опухолей [1].

Цель работы: определить значение эрадикации *Helicobacter pylori* (далее - *H. pylori*) у пациентов с атрофическим гастритом, доказывающем, что эффективная эрадикация *H. pylori* даже на этапе атрофии приводит к прерыванию каскада патологических реакций в слизистой оболочке желудка и может рассматриваться, как профилактика развития рака желудка.

Материалы и методы: обследован 71 пациент в возрасте от 20 до 80 лет, из них 27 женщин и 44 мужчины с различными формами атрофического гастрита, из них 42 человек с очаговой кишечной метаплазией.

Таблица №1- Возрастные критерии пациентов

Возраст	20-40	41- 60	61- 80	Всего
Мужчин	3	18	9	44
Женщин	7	23	11	27

Критерии выбора пациентов:

1. Жалобы больного (боли, изжога, переполнение в эпигастральной области, отрыжка, неприятный запах изо рта).

2. Отсутствие аутоиммунных заболеваний, системных ревматологических заболеваний, предшествующих оперативных вмешательств на желудке и пищеводе, воспалительных заболеваний печени различной этиологии.

3. Пол.

4. Возраст (20-81лет).

5. Лабораторные показатели (АЛТ, АСТ, билирубин общий, прямой) и инструментальные методы исследования (ЭФГДС с гистологией).

Обследованные больные с данной патологией были подразделены на две группы в зависимости от схем фармакотерапии, а так же форм атрофии слизистой оболочки желудка. Первая группа (60 человек) получала одну из схем квадротерапии эрадикационной терапии [8]. Амоксицилин (Флемоксин солютаб) в дозе 1,0 г 2 раза в день, курс лечения 10 дней; Кларитромицин (Фромилид) в дозе 0,5 г 2 раза в день, курс лечения 10 дней; Висмута трикалия дицитрат (Де-нол) 240 мг 2 раза в сутки, курс лечения 21 день; Пантопразол 40 мг 1таб 2 раза в день, курс лечения 14 дней согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III.

Данная группа из 60 человек имеет 3 подгруппы в зависимости от форм атрофии:

А) атрофия слизистой оболочки желудка 1-2 степени без кишечной метаплазии (42 человека);

Б) очаговая атрофия слизистой оболочки желудка 2-3 степени с кишечной метаплазией (15человек);

В) атрофия слизистой оболочки желудка с очагами дисплазии легкой и средней степени (3 человека);

Вторая группа (11 человек) получала альтернативную терапию с включением тетрациклина при наличии у пациентов аллергии на Амоксицилин.

Данная группа из 11 человек имеет 3 подгруппы в зависимости от форм атрофии:

А) атрофия слизистой оболочки желудка 1-2 степени без кишечной метаплазии (5 человек);

Б) очаговая атрофия слизистой оболочки желудка 2-3 степени с кишечной метаплазией (4человека);

В) атрофия слизистой оболочки желудка с очагами дисплазии легкой и средней степени (2 человека).

Наряду с общеклиническими наблюдениями было проведено следующее: определение *H. pylori*-инфекции в слизистой оболочке желудка и ДПК с использованием неинвазивного уреазного дыхательного теста и гистологическое исследование биопсии на *H. pylori*-инфекцию, полученной при ФГДС. [6].

Результаты и обсуждение. Эрадикационная терапия считалась успешной, когда результаты уреазного дыхательного теста на *H. pylori*, проведенного на 6 неделе после прекращения лекарственной терапии, оказались отрицательными.

Элиминация *H. pylori* в первой группе произошла у 55 из 60 человек, во второй у 11 из 11 человек.

При этом при контроле гистологического обследования через 6 недель после проведенной эрадикации *H. pylori* выявлено в первой группе:

в подгруппе А) атрофия СОЖ 2 степени без кишечной метаплазии из 42 пациентов у 40 человек *H. pylori* был отрицательным и атрофия СОЖ регрессировала в 1 стадию у 6 пациентов;

в подгруппе Б) очаговая атрофия СОЖ 2-3 степени с кишечной метаплазией из 15 пациентов у 13 человек *H. pylori* был отрицательным и атрофия СОЖ регрессировала в 1-2 стадию без выявления кишечной метаплазии у 3 человек;

в подгруппе В) атрофия СОЖ с очагами дисплазии легкой и средней степени из 3 человек у 2 пациентов *H. pylori* был отрицательным, дисплазия средней степени при контрольной гистологическом исследовании не выявлена у 1 человека.

Выводы. Таким образом, эффективность эрадикации при использовании данных схем лечения составила 96,6 %, что доказывает высокую степень эрадикации *H. pylori* и преимущество данных схем. Кроме того, эффективная эрадикация *H. pylori* даже на этапе атрофии приводит к прерыванию каскада патологических реакций в слизистой оболочке желудка и может рассматриваться, как профилактика развития рака желудка. [7].

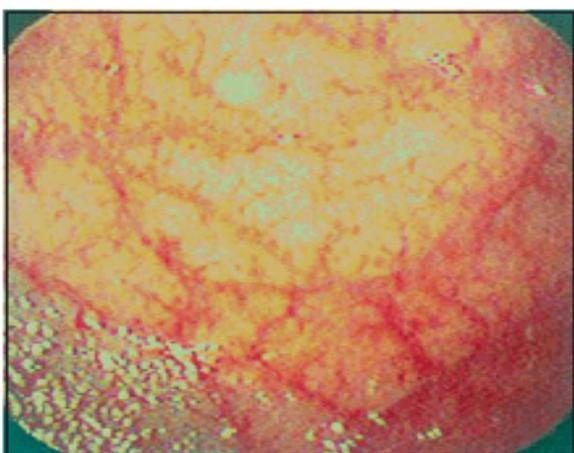


Рис. 1. Атрофия тела желудка



Рис. 2. Антральная атрофия



Рис. 3. Кишечная метаплазия антрального отдела при эндоскопическом исследовании

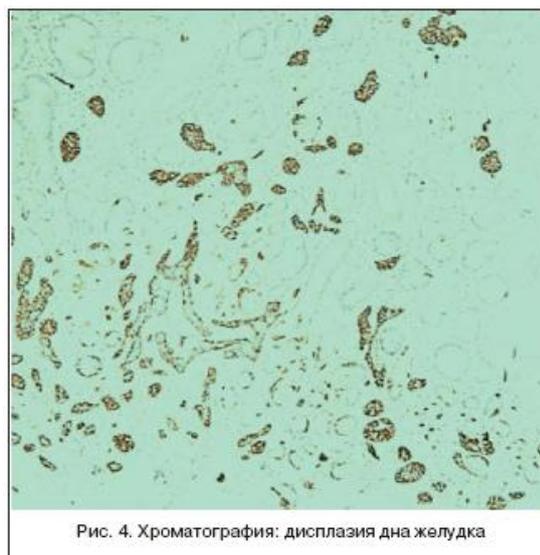


Рис. 4. Хроматография: дисплазия дна желудка

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998.– С. 269–300; Genta R.M., Rugge M. Review article: pre-neoplastic states of the gastric mucosa – a practical approach for the perplexed clinician// Aliment. Pharmacol. Ther.– 2001.– Vol. 15 (Suppl 1).– Р. 43–50
2. Богданов И.В., Гриневич В.Б., Першко А.М. и др. Хронический гастрит// Новые Санкт–Петербург, учеб. ведомости (Приложение).– 2001.– 3.– С. 4–13
Айзенбарт Д. Глава 49.
3. Аутоиммунные полигландулярные синдромы// Эндокринология/ Под ред. Н. Лавин. — 1999. — Практика. — 1128 с.
4. Лысиков Ю.А., Малицына Т.А., Рославцева Е.А. Трудности в диагностике атрофических гастритов у детей Журнал «Трудный пациент» №6–2006– Педиатрия
5. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. Амстердам, 1993. 362 с.
6. Х. Ваананен, М. Ваухконен, Т. Хэлске, И. Каариянен, М. Расмуссен, Х. Тунтури–Хихнала, Дж. Коскенпато, М. Сотка, М. Турунен, Р. Сандстрем, М.Ристиканкаре, А. Юссилла, П. Сиппонен // Неэндоскопическая диагностика атрофического гастрита на основании анализа крови: корреляция между результатами гистологического исследования желудка и уровнями гастрин–17 и пепсиногена I в сыворотке // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии, 2003, № 4, с. 26–32.
7. Камаров Ф.И., Рапопорт С.И. Руководство по гастроэнтерологии//Москва 2010
8. Шептулин А.А., Киприанис В.А. Диагностика и лечение инфекции Helicobacter pylori: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3»// Рос. журн. Гастроэнтерол. гепатол. колонопроктол. 2006 №2 С. 88-91

Түйін

*Шұбатқалиева А.Х., Әмірқұлова А.А.
"Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының ауруханасы" РМҚ, Астана, Қазақстан*

ШЕК МЕТАПЛАЗИЯСЫ ЖӘНЕ ДИСПЛАЗИЯСЫ БЕЛГІЛЕРІМЕН АТРОФИЯЛЫҚ ГАСТРИТКЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРҒА HELICOBACTER PYLORI ЭРРАДИКАЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Созылмалы атрофиялық гастрит асқазанның обыр алды ауруына жатады, оның негізінде жиі ішек метаплазиясы және асқазан сілемей қабығының эпителий дисплазиясы секілді обыр алды өзгерістер өршиді.

Мақалада атрофиялық гастриттің түрлі формаларына, оның ішінде ішектің ошақты метаплазиясына шалдыққан 20 және 80 жас аралығындағы 71 науқасты зерттеу нәтижелері ұсынылған. Ұсынылған схемалар бойынша емдеу нәтижесінде эрадикацияның тиімділігі 96,6 % құрап, *H. Pylori* эрадикациясының жоғары емдік дәрежесін дәлелдеді. Оған қоса, *Хеликобактер пилоридің* тиімді эрадикациясы атрофия кезеңінде де асқазанның сілемей қабығындағы патологиялық реакциялардың өшуін тоқтатуға мүмкіндік береді және асқазан обырының (қатерлі ісігінің) профилактикасы ретінде қаралуы мүмкін.

Түйін сөздер атрофиялық гастрит, *Хеликобактер пилоридің* эрадикациясы, дисплазия

Summary

Shubatkalieva A.Kh., Amirkulova A.A.
Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration
of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan

PERFORMANCE EVALUATION OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION THERAPY ON PATIENTS WITH ATROPHIC GASTRITIS WITH SYMPTOMS OF INTESTINAL METAPLASIA AND DYSPLASIA

Chronic atrophic gastritis include precancerous stomach, against the background of this disease often develop precancerous changes such as intestinal metaplasia and dysplasia of the epithelium of the gastric mucosa.

That work presents the survey data of 71 patients aged from 20 to 80 years old, with various forms of atrophic gastritis, including focal intestinal metaplasia. Eradication efficiency was 96.6%, using the proposed schemes of treatment, which demonstrates a high degree of eradication of *H. pylori*. Furthermore, *H. pylori* eradication rates even at step atrophy leads to interruption of the cascade of pathological reactions in the gastric mucosa and can be regarded as the prevention of development of gastric cancer.

Keywords: atrophic gastritis, *Helicobacter pylori* eradication, dysplasia.

Поступило 22.11.2014

УДК 616.31;617.52-089

**НАГИНА Е.Н., ДУХНО А.В., РОЙ С.В., МАСЮКОВА Э.А.,
РЫСМЕНДИЕВА А.Д.**

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента РК, Алматы, Казахстан

**КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

В работе показан анализ и оценка применения инновационного метода подготовки полости рта в предимплантационный период. Наряду с традиционными подходами авторами впервые в больнице применен аппарат «VECTOR» (Германия), оснащенный специальными насадками для более глубокого, полного, мощного и качественного воздействия ультразвука на

пораженные участки парадонта, что позволило избежать осложнений во время и после операций, а также ускорить процесс репарации.

Ключевые слова: адентия, дентальная имплантация, подготовка полости рта, аппарат «VECTOR»

Адентия – отсутствие зуба(ов) существенно снижает качество жизни многих пациентов и встречается достаточно часто, в связи с чем проблема лечения и реабилитации пациентов с частичными и полными адентиями челюстей сохраняет свою актуальность [1,2].

На современном этапе при одиночных дефектах зубного ряда; включенных дефектах зубного ряда; концевых дефектах зубного ряда и полном отсутствии зубов дентальная имплантация является методом выбора и имеет преимущества перед протезированием зубов.

Зубная имплантация, позволяющая создать искусственные опоры для укрепления различных типов зубных протезов, стала одним из наиболее перспективных методов ортопедического лечения больных с дефектами зубных рядов; она открывает новые возможности повышения качества и эффективности протезирования.

Сенека говорил: «Величие некоторых дел состоит не столько в размерах, сколько в своевременности их». Применительно к имплантологии это означает, что потерянный зуб необходимо восстанавливать своевременно в стоматологической клинике, лишь в этом случае можно со временем оценить все величие данного поступка.

Под длительно отсутствующим зубом изменяется структура костной ткани, десны, что значительно уменьшает шансы на качественную установку корневых имплантатов. Поэтому результативность дентальной имплантации, кроме правильно определенной тактики, во многом зависит от качественной подготовки к ней [2,3].

При определении возможности оперативного вмешательства оценивается все местные факторы и, в первую очередь такие, как объем костной ткани (ширина альвеолярного отростка), его направление по отношению к телу верхней челюсти и по отношению к нижней челюсти; состояние слизистой оболочки и наличие зоны прикрепленной слизистой оболочки в зоне планируемого вмешательства; межальвеолярную высоту (при адентии) или расстояние от альвеолярного гребня верхней челюсти до жевательной поверхности зубов на нижней челюсти) и состояние десен. Оценивается также состояние сохранившихся зубов, так как после завершения всего комплекса лечения с использованием имплантатов жевательная нагрузка должна равномерно распределяться на все отделы зубных рядов [4,5].

Широко применяемая в настоящее время дентальная имплантация требует тщательной подготовки полости рта.

Цель исследования – оценить эффективность комбинированного метода подготовки полости рта к дентальной имплантации.

Материалы и методы

Метод оценен у 21 пациента. Мужчин было больше – 61,9%, чем женщин (38,1%). У большинства наблюдавшихся имело место отсутствие 1-2 зубов, реже – отсутствие более 2-х зубов.

Новизна метода, проводимого в основной группе, заключалась в применении в комплексе с традиционными подходами современной технологии - аппарата «VECTOR» (Германия), оснащенного специальными насадками для более глубокого, полного, мощного и качественного воздействия ультразвука на

пораженные участки парадонта. Осуществлялось посегментное проведение процедур (5-6 зубов в день) в течение 6-7 дней.

Контрольной группой была сопоставимая по полу, возрасту и состоянию полости рта группа из 10 пациентов, у которых при лечении заболеваний парадонта этот метод не применялся, все остальные процедуры выполнялись в полном объеме.

Результаты

Прежде чем начать лечение врачом собирался общемедицинский и стоматологический анамнезы пациента. Эта информация была очень важна для подготовки плана лечения и помогла оценить общее состояние здоровья и состояние полости рта. Для этого проводились различные варианты рентгенодиагностики (в т.ч. панорамный снимок), осмотр мягких и твердых тканей полости рта, оценивалась плотность кости, состояние слизистой оболочки полости рта (учитываются толщина и подвижность), гигиена полости рта и т.д.

Наиболее важным исследованием, проводимым перед установкой имплантатов у 9,5% пациентов, являлась компьютерная томография (КТ) – послойное исследование тканей челюстно-лицевой области. Полученное при этом трехмерное изображение давало возможность выполнять все необходимые измерения не в одной, а в трех плоскостях. КТ позволила увидеть положение нижнечелюстного канала, дно верхнечелюстной пазухи, височно-нижнечелюстные суставы. Она предназначена для точного и детального исследования различных участков челюстно-лицевой области с целью планирования и трехмерного моделирования хирургических вмешательств.

Кроме обследования зубочелюстной системы у 1 больного понадобилось обследование других органов и систем для последующего лечения перед имплантацией (рентгенография легких, фиброгастроскопия).

В процессе подготовки к имплантации в 100% случаях проводилась профессиональная гигиена и общая санация полости рта: лечение кариеса, при выявлении – гингивита и пародонтита. У двух пациентов потребовалась замена ранее изготовленных и установленных ортопедических конструкций. Всем пациентам была проведена полная санация кариозных очагов и осуществлено парадонтологическое лечение (снятие зубных отложений, лечение пародонтита, обработка парадонтальных карманов).

Далее проводился хирургический этап по базовым методикам; формирование имплантационного ложа; установка имплантата и ушивание.

Во время и после выполненных операций в основной группе не наблюдалось никаких воспалительных изменений, бактериальных осложнений, в то время как в контрольной группе у 2 человек, что составило 9,5%, отмечались гингивит и обострение пародонтита. Посегментное проведение аппаратных процедур с ультразвуком у 100,0% пациентов обеспечило более эффективное воздействие и более быстрое заживление тканей: в 3-5 раз (с применением аппарата – через 4 дня, без его использования - через 1,5 -2 недели).

В 1 группе период заживления длился от 2 до 6 месяцев и протекал гладко. В этот период происходило сращение имплантата с живой костью. В контрольной группе, в связи с наступлением осложнений, период репарации затянулся на 10-14 дней и имелись легкие симптомы отторжения имплантата - легкая подвижность и чувствительность тканей вокруг него.

Приживление зубных имплантатов произошло у всех пациентов обеих групп. Пациентам была составлена индивидуальная программа гигиенических мероприятий, обеспечивающая хорошие гигиенические условия в полости рта.

Заклучение

Таким образом, исследования показали, что комплексный метод подготовки к дентальной имплантации с использованием аппарата «VECTOR» (Германия), оснащенного специальными насадками для более глубокого, полного, мощного и качественного воздействия ультразвука на пораженные участки парадонта, является важной составляющей ее успешного проведения и позволяет избежать осложнений во время и после операций, а также ускоряет процесс репарации и восстановления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробышев А.Ю., Матыцин О.М., Дронов М.В. Современные подходы к немедленной дентальной имплантации // Современные проблемы имплантологии. Саратов, 2004.- С. 98-99.
2. Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Ломакин М.В. с соавт. Стоматологическая имплантация. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 96 с.
3. Wan K., Jing Q., Liu D., Zhao J. Evaluation of midazolam intravenous sedated patient's comfort degree in mandibular third molar surgery. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2007 Sep;42(9):568-9.
4. Кузнецов С.В. Дентальная имплантация у пациентов с соматической патологией. Автореферат канд.мед. наук. Москва. 2009.-40с.
5. Мустафаев Н.М. Реабилитация пациентов с полной или частичной адентией челюстей с применением метода дентальной имплантации. Дентальная имплантология и хирургия.- № 3(16).-2014.-С.56

Түйін

*Е.Н.Нагина, А.В.Духно, С.В.Рой, Э.А.Масюкова, А.Д.Рысмендиева
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы, Қазақстан*

ДЕНТАЛЬДЫ ИМПЛАНТАЦИЯЛАУҒА АУЫЗ ҚУЫСЫН ДАЙЫНДАУДЫҢ ҚҰРАМДАС БӨЛІГІ

Жұмыста имплантациялаудың алдығы кезеңінде ауыз қуысын дайындаудың инновациялық әдісін қолданудың талдауы мен бағалауы көрсетілген. Дәстүрлі тәсілдермен қатар авторлар ауруханада алғашқы рет парадонттың зақымданған учаскесіне ультрадыбыстың тереңірек, толық, күштірек және сапалы әсер етуі үшін арнайы қондырғымен жабдықталған «VECTOR» (Германия) аппаратын қолданды, бұл операция кезінде және операциядан кейін асқынуларды болдырмауға, сондай-ақ репарация үдерісін жылдамдатуға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: адентия, дентальды имплантациялау, ауыз қуысын дайындау, аппарат «VECTOR»

Summary

*Nagina E.N., Duhno A.V., Roy S.V, Masyukova E.A., Rysmendieva A.D.
Central Clinical Hospital Medical Center
Office of the President of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan*

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

The paper shows the analysis and evaluation of the application of an innovative method of preparation of the oral cavity in the preimplantation period. Along with the traditional approach, the authors used the first time in the hospital unit «VECTOR» (Germany), equipped with special nozzles for a deeper, full, powerful and qualitative effects of ultrasound on the affected areas of periodontal, thus avoiding complications during and after surgery, as well as to accelerate the process reparations.

Поступило 18.12.2014

САЛАЕВА М. С., ХУДАЙБЕРГАНОВА Н.Х., РАХМАТОВА Ф.У.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Целью данной работы было исследование и сравнение параметров КЖ у больных ХОБЛ и БА. Скрининг-анкетирование КЖ проведено у 182 больных ХОБЛ и 318 больных БА по специальному опроснику во время обострения заболевания. Возраст больных составляет от 17 до 72 лет. Контрольную группу составили практически здоровые лица – 18 мужчин и 26 женщин.

Параметры КЖ у больных ХОБЛ и БА в 2 раза снижены по всем показателям по сравнению с контрольной группой здоровых лиц.

Установлена низкая адаптированность больных ХОБЛ не только к активной физической нагрузке, но и к объему этой нагрузки без клинических выраженных проявлений. Определен высокий уровень эмоционального дистресса и больший негативизм к жизни у больных БА.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма, качество жизни

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) является актуальной проблемой пульмонологии, так как ХОБЛ относится к числу наиболее распространенных заболеваний. В развитых странах мира прогнозируется увеличение смертности от ХОБЛ в недалеком будущем. ХОБЛ наносит значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения [1].

В Узбекистане болезни органов дыхания занимают первое место. Показатель заболеваемости за последние 5 лет увеличился в 2,5 раза. Частота временной нетрудоспособности и инвалидности от ХОБЛ в Республике ежегодно увеличивается. Смертность от этой патологии в 1,5-2 раза превышает соответствующие показатели в России [2].

ХОБЛ характеризуется неуклонным прогрессированием бронхиальной обструкции, что ведет к постепенной утрате обратимого компонента бронхиальной обструкции, нарастанию симптоматики болезни и снижением качеством жизни (КЖ) пациента [3].

В последние десятилетия для оценки характера течения заболевания и адаптации пациента с ХОБЛ определяют КЖ [4]. Исследование КЖ дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние больных. Качество жизни - субъективный показатель удовлетворения личных потребностей в жизни. КЖ из общего понятия превратилось в предмет научных исследований, и определяет степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках цивилизованного общества [5,6].

Сравнивая показатели КЖ больных ХОБЛ и бронхиальной астмой (БА) с показателями КЖ здоровых людей, можно получить представление о характере и выраженности влияния заболевания на КЖ больного [7]. По сравнению КЖ больных ХОБЛ и БА выявлено более существенное негативное влияние ХОБЛ на КЖ, чем БА, и сделан вывод о более неблагоприятном прогнозе ХОБЛ для жизни больного. У больных БА более выраженное снижение социальной активности, чем у больных ХОБЛ, при лучшем прогнозе [6].

Целью данной работы было исследование и сравнение параметров КЖ у больных ХОБЛ и БА.

Материалы и методы

Скрининг-анкетирование КЖ проведено у 182 больных ХОБЛ и 318 больных БА по специальному опроснику во время обострения заболевания. Возраст больных составляет от 17 до 72 лет. Контрольную группу составили практически здоровые лица – 18 мужчин и 26 женщин.

Сиэтлский опросник состоит из 4 шкал, включающих 29 вопросов. Первая шкала оценки физического состояния, состоит из 18 вопросов и оценивается максимально возможным - 5,2 баллами; вторая шкала – эмоционального состояния, состоит из 5 вопросов и оценивается максимально возможным – 7 баллами; третья шкала – профессиональной пригодности, состоит из 4 вопросов и оценивается тоже 7 баллами; четвертая шкала – удовлетворенности лечением, состоит из 2 вопросов и оценивается максимально возможным – 5 баллами.

Результаты и обсуждение

Результатами исследований показано, что физическое состояние больных ХОБЛ и БА оценивалось в $2,62 \pm 0,06$ и $2,67 \pm 0,04$ баллов, при максимально возможной оценке в 5,2 балла, что определило резкое ограничение активной физической деятельности как у больных данных нозологий, по сравнению со здоровыми лицами. Детальный анализ физического состояния каждого из 18 вопросов показал, что больные ХОБЛ хуже адаптированы к активной физической деятельности и среди них достоверно чаще ($80,2 \pm 2,9\%$) отмечалось резкое ограничение энергичной физической деятельности или участие в активных видах спорта, ограничен подъем на несколько лестничных пролетов ($60,4 \pm 3,4\%$) или прогулка на несколько кварталов ($74,1 \pm 3,2\%$), что среди больных БА отмечалось достоверно реже в 69,4%, 53,1% и 60,6% соответственно. Характерно, что резкое ограничение физической активности у больных ХОБЛ не сопровождалось резко выраженной клинической симптоматикой и не приводило к возникновению приступов удушья или одышки, но они не могут переносить определенные объемы физических нагрузок. Больные БА достоверно чаще ($36,7 \pm 2,7\%$) отмечали появление затрудненного дыхания во время физической деятельности в течение дня по сравнению с больными ХОБЛ ($21,9 \pm 3,1\%$).

Результатами исследований установлен более выраженный эмоциональный дистресс у больных БА, проявляющейся низкими ($3,12 \pm 0,10$) баллами оценки эмоционального состояния по сравнению с больными ХОБЛ ($4,0 \pm 0,10$ балла) и максимально возможной оценки (7 балла).

Эмоциональное состояние больных ХОБЛ и БА определялось по специальному опросу, состоящего из 5 вопросов, отражающих способность больных эмоционально переживать свою болезнь. У подавляющего большинства больных БА ($76 \pm 5,8\%$) определялось ощущение душевного дискомфорта, не позволяющее им наслаждаться жизнью, что реже отмечалось у больных ХОБЛ ($34,6 \pm 3,5\%$). У 58,2% больных БА отмечено присутствие стеснения или смущения при возникновении кашля или затрудненного дыхания. Больные БА достоверно чаще испытывают боязнь физической активности ($46,8 \pm 2,8\%$ против $30,2 \pm 3,4\%$ у больных ХОБЛ) и боязнь ухудшения дыхания при стрессовых состояниях ($48,4 \pm 2,8\%$ против $19,2 \pm 2,9\%$ у больных ХОБЛ). Больные БА в большей степени определяют себя «бременем для семьи и друзей» ($44,3 \pm 2,8\%$ против $34,6 \pm 3,5\%$ при ХОБЛ).

Оценка профессиональной пригодности складывалась из суммы баллов ответов на 4 вопроса, отражающих способность больных выполнять свои обычные профессиональные обязанности и была выше у больных ХОБЛ

($4,19 \pm 0,09$ балла), чем у больных БА ($3,56 \pm 0,07$ балла). Полученные данные свидетельствуют о снижении профессиональной пригодности у больных БА и ХОБЛ по сравнению со здоровыми в 2,0 и 1,75 раз соответственно. Причем отмечается достоверная разница ($p < 0,001$) в снижении профессиональной пригодности у больных БА по сравнению с больными ХОБЛ. Что, по всей видимости, свидетельствует о лучшей адаптации к условиям труда у больных ХОБЛ.

Оценка удовлетворенности лечением как параметр КЖ снижена как у больных ХОБ ($2,82 \pm 0,07$), так и у больных БА ($2,78 \pm 0,05$). 50,3% больных имеют малую информацию о причинах и факторах развития своего заболевания. В этом плане информированность больных ХОБЛ несколько выше или лишь 37,3% больных имеют ограниченную информацию о причинах и факторах развития своего заболевания. Удовлетворенность текущим лечением у больных БА выше, чем у больных ХОБ, что объясняется обратимостью обструктивных нарушений у больных БА.

В целом результатами исследования установлено, что критерий параметров качества жизни снижены как среди больных БА, так и больных ХОБЛ (рис.1).

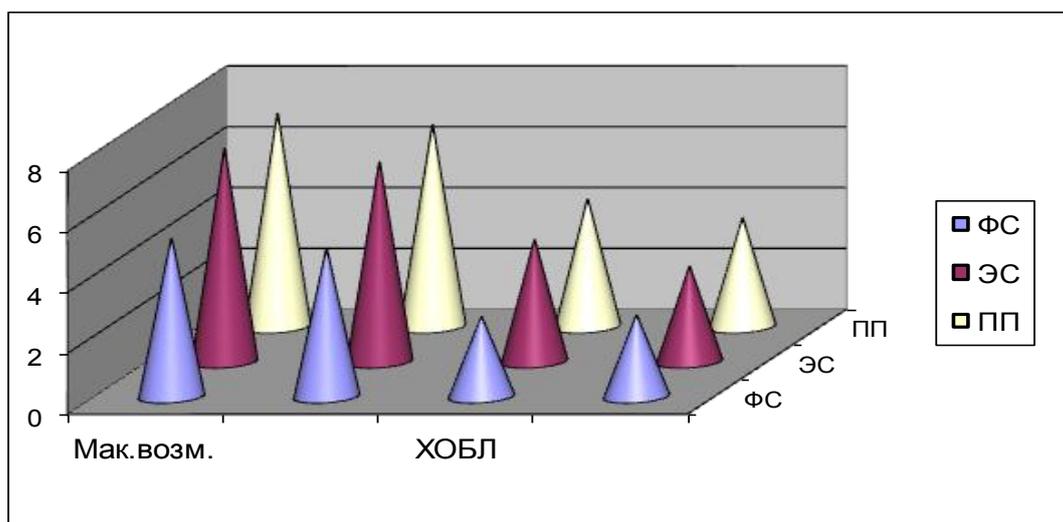


Рис.1 - Показатели качества жизни (в баллах) у больных ХОБЛ и БА. ФС – физическое состояние, ЭС – эмоциональное состояние, ПП – профессиональные пригодности.

Выраженность изменений данных параметров также не однозначно. Отмечено более выраженное снижение параметров качества жизни по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности у больных БА.

При сравнении параметров качества жизни у мужчин и женщин (таблица 1), страдающих с БА и ХОБЛ, выявили более выраженное снижение всех показателей у женщин по сравнению с мужчинами. Причем более выраженные различия отмечаются в физическом и эмоциональном состояниях ($p < 0,001$, $p < 0,02$).

Таблица 1- Сравнение параметров качества жизни (в баллах) у мужчин и женщин

Параметры	ХОБЛ (n=182)		БА (n=318)	
	Женщин (n=72)	Мужчин (n=110)	Женщин (n=176)	Мужчин (n=142)
ФС	2,54±0,08	2,66±0,06*	2,53±0,05	2,8±0,06*
ЭС	3,76±0,13	4,19±0,13*	2,90±0,10	3,37±0,12*
ПП	4,17±0,15	4,18±0,13	3,38±0,10	3,85±0,12*
УЛ	2,75±0,15	2,87±0,09	2,76±0,07	2,81±0,07

Примечание: *- достоверность различий между мужчинами и женщинами.

Заключение

1. Параметры КЖ у больных ХОБЛ и БА в 2 раза снижены по всем показателям по сравнению с контрольной группой здоровых лиц.

2. Установлена низкая адаптированность больных ХОБЛ не только к активной физической нагрузке, но и к объему этой нагрузки без клинических выраженных проявлений. Определен высокий уровень эмоционального дистресса и большой негативизм к жизни у больных БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.И. и др. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа // Русский мед. журнал. – 2001. - № 1. –С. 1-44.
2. Убайдуллаев А.М. Функциональные методы исследования бронхолегочного аппарата в пульмонологии // Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. – 2000. – Вып.4 (№ 1-4). – С.79-95.
3. Шмелев Е.И., Шмелева Н.М., Дидковский Н.А и др. Изменение качества жизни у больных хроническим обструктивным бронхитом под влиянием сальметерола // Пульмонология. – 2000. - № 4. – С.78-82.
4. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школы) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии) // Пульмонология. – 1997. - № 3. – С.18-22.
5. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии (по материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) // Тер.архив. – 2000. - № 3. – С.36-41.
6. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания // Проблемы туберкулеза. – 2002. - № 5. = С.55-61.
7. Ловицкий С.В., Новик А.А., Трофимов В.И. и др. Динамика показателей качества жизни у больных хроническим бронхитом в процессе лечения // Пульмонология. – 2002. - № 5. – С.25-28.

Түйін

*Салаева М. С., Худайберганава Н.Х., Рахматова Ф.У.
Ташкент медициналық академиясы, Ташкент қаласы*

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫНА ЖӘНЕ БРОНХ АСТМАСЫНА ШАЛДЫҚҚАНДАР ӨМІРІ САПАСЫНЫҢ ПАРАМЕТРЛЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ

Осы еңбектің мақсаты өкпенің созылмалы обструкциялық ауруына (ӨСОА) және бронх астмасына (БА) шалдыққан науқастар өмірі сапасының параметрлерін зерттеу және салыстыру болып табылады.

Өмір сапасының скрининг-сауалнамасы аурудың асқыну кезеңінде арнайы сауалнама бойынша ӨСОА-ға шалдыққан 182 науқасқа және БА-мен зардап шегетін 318 науқасқа жүргізілді. Науқастардың жасы 17-72 аралығында белгіленді. Бақылауға алынған топқа негізінен дені сау адамдар – 18 ер азамат, 26 әйел кірді.

ӨСОА және БА аурулары бар науқастардың өмірі сапасының параметрлері барлық көрсеткіштері бойынша бақылауға алынған дені сау адамдар тобымен салыстырғанда 2 есе төмен болып анықталды. ӨСОА-мен ауыратын науқастардың клиникалық тұрғыдан байқалған ешбір көрініссіз белсенді дене шынықтыру жүктемелеріне ғана емес, сондай-ақ осы жүктемелердің көлеміне де бейімделуінің төмендігі, БА-ға шалдыққандарда эмоциялық дистрестің жоғары деңгейі және өмірге деген едәуір негативизмі анықталды.

Түйін сөздер: өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы, бронх астмасы, өмір сапасы

Summary

*Salayeva M.S., Hudoyberganova N.H., Rakhmatova F.W.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

COMPARATIVE EVALUATION OF PARAMETERS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND BRONCHIAL ASTHMA

The article presents the results of clinical studies and comparison of parameters of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma.

Screening questionnaire QOL performed in 182 patients with COPD and 318 asthmatic patients aged 17 to 72 years. The control group consisted of practically healthy people - 18 men and 26 women.

Slow adaptation of COPD patients not only to the active physical activity, but also to the volume of the load without clinically significant symptoms. Identified a high level of emotional distress and more negativity to life in patients with asthma.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, asthma, quality of life life.

Поступило 23.10.2014

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

УДК 615.281:(616.36-002-036.1)

**БЕЙСЕМБАЕВА С.Ч., ОМАРКУЛОВА Ж.К.,
СЕЙДАХМЕТОВА Г.У.**

*РГП «Больница Медицинского центра Управления делами
Президента РК»
Астана, Казахстан*

***АНАЛИЗ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ
ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С***

В статье представлены данные лечения 3 больных вирусным гепатитом В пегилированным интерфероном в течение 48 недель как монотерапия, и 15 пациентов с вирусным гепатитом С в зависимости от генотипа в течение 24 или 48 недель пегилированным интерфероном рифафурином.

Ключевые слова: противовирусная терапия, хронические вирусные гепатиты В и С, генотипы, вирусологический ответ.

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) являются глобальной проблемой здравоохранения во всем мире. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) вирусные гепатиты являются повсеместно распространенными инфекциями и наносят значительный социально-экономический ущерб. В настоящее время в мире насчитываются более 350 миллионов человек, инфицированных вирусом гепатита В, и более 500 миллионов больных гепатитом С. Каждый год от этих инфекций умирает более одного миллиона человек. Ежегодно в мире регистрируются 57% случаев цирроза печени и 78% случаев первичного рака печени, которые обусловлены инфекцией, вызванной вирусами гепатита В или С. Гепатит С является основной причиной пересадки печени.

Высокий риск вирусных гепатитов в качестве предшественников цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы создает необходимость своевременной диагностики и дифференцированного подхода при определении лечебной стратегии.

В Республике Казахстан на фоне снижения смертности от злокачественных новообразований, болезней органов пищеварения и дыхания наблюдается тенденция роста смертности от болезней печени, и в структуре смертности органов пищеварения эта патология выходит на первое место.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года №2018 вирусные гепатиты внесены в перечень социально-значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Следует отметить, что в мире ни одна страна не проводит противовирусную терапию бесплатно, только Казахстан обеспечивает лечение больных с ХВГ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

В сентябре 2013 года на базе поликлиники стартовала Программа лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП по проведению противовирусной терапии среди больных, страдающих ХВГ, прикрепленных к системе Медицинского центра УДП РК. Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК проводит противовирусную терапию в рамках ГОБМП.

Материалы и методы

Пациенты с ХВГ в соответствии с вышеуказанной программой получают комбинированную противовирусную терапию пегилированными интерферонами (Пег-ИФН) и рибаверином при ХВГС и монотерапию Пег-ИФН при ХВГВ.

В рамках ГОБМП за период с 2013г. по 01.11.2014гг. закончили курс ПВТ всего 18 пациентов: 15 больных с ХВГС (из них один пациент был с не удовлетворительными результатами после двойной ПВТ, на данный период получал препарат прямого противовирусного действия Боцепревир в сочетании с Пегинтерфероном и Рибаверином) и 3 – с ХВГВ (из них ХВГВ+Д – 2).

При изучении генотипического спектра ХВГС выявлялось 1 генотип (53,3%), 2 генотипа- в 6,6%, и 3 генотипа – в 40%. Пациентам с ХВГС назначалась комбинированная терапия пегилированными интерферонами (Пегасис) с рибавирином.

Результаты

У 100% пациентов со 2 и 3 генотипами наблюдали стойкий вирусологический ответ, при первом генотипе – 87,5%. Рецидив после ПВТ отмечен при 1 генотипе – 6,6% (1 больной) среди пациентов со 2 и 3 генотипом – 0%. Таких неблагоприятных ответов при противовирусной терапии ХВГС комбинацией пегилированного интерферона-а и рибавирина, как вирусологический «прорыв», отсутствие ответа не было. Пациент с рецидивом после двойной противовирусной терапии на данный период завершил повторную противовирусную терапию новыми пероральными препаратами прямого противовирусного действия (софосбувир + симепревир) без ПЕГ-ИФН, ведется наблюдение. Отмена терапии вследствие побочных явлений противовирусной терапии отмечен в одном случае 6,6% (1 больной).

Таблица 1- Побочные эффекты на противовирусную терапию вирусных гепатитов

№п/п	Симптомы побочных эффектов	Всего случаев	%
1	Анемия, лейкопения	6	33,3
2	Тромбоцитопения	3	16,6
3	Нарушение функции щитовидной железы	1	5,5
4	Кожные изменения (дерматозы)	8	44,4
5	Выпадение волос	8	44,4
6	Нейропсихические нарушения	1	5,5

Основной целью терапии при HBe-положительном ХВГВ являются достижение сероконверсии по HBeAg, не определяемого современными методами уровня ДНК ВГВ в крови, и нормализация показателей АлТ. Основной целью терапии при HBe-негативном хроническом гепатите «В» являются клиренс ДНК HBV и нормализация активности АлТ.

Лечение ХВГВ возможно препаратами стандартного пегилированного интерферона-а и аналогами нуклео(зи)тидов. Надежный критерий окончания лечения при ХВГВ является элиминация HBsAg (происходит редко). Пег-ИФН применяли в течение 48 недель. Кратность применения и дозы аналогичны как при HBe-положительном, так и HBe-негативном ХВГВ: Пегасис в стандартных дозах 1 раз в неделю. При проведении противовирусной терапии ПЕГ-ИФН больным с хронической инфекцией В через 48 недель у одного пациента уровень вирусной нагрузки был неопределяем (33,3%). Первичными «неответчиками» были двое

больных (66,6%). Ни в одном случае не произошло элиминации HBsAg, т.е. не было полного вирусологического ответа.

Заключение

Неэффективность комбинации пегилированного интерферона и рибавирин у 7% больных хроническим вирусным гепатитом «С», инфицированных HCV 1 генотипа, показывает необходимость внедрить в практику новые противовирусные препараты, в частности использовать ингибиторы протеаз.

Решение о назначении противовирусного лечения (препаратов) при хроническом вирусном гепатите В должно быть аргументированным и взвешенным из-за побочных эффектов, его высокой стоимости, а в случае назначения аналогов нуклеозидов - неопределенность продолжительности курса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурневич Э.З. Новая парадигма индивидуализированной противовирусной терапии хронического гепатита «С» // Гепатологический форум -2011г., №4, стр.21-32.
2. Калиаскарова К.С. Современные аспекты рациональной диагностики и лечения хронических вирусных гепатитов. Методические рекомендации для практических врачей, г.Астана, 2011г. -44стр.
3. Калиаскарова К.С. Критерии эффективности и прогностические факторы лечения хронических вирусных гепатитов в Казахстане //Человек и Лекарство - 2012г, №5 (9) – стр.71-73
4. Приказ МЗ РК №92 от 17/02/2012г. «Об утверждении Правил обследования больных вирусными гепатитами».

Түйін

*Бейсембаева С.Ч., Омаркулова Ж.К., Сейдахметова Г.У.
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Ауруханасы, Астана, Қазақстан*

СОЗЫЛМАЛЫ ВИРУСТЫ В ЖӘНЕ С ГЕПАТИТТЕРІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ВИРУСҚА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯСЫН ТАЛДАУ

Мақалада соңғы бір жыл ішінде созылмалы вирусты В гепатитіне шалдыққан 3 науқасқа монотерапия ретінде пегилірі интерферонмен 48 апта емдеу нәтижесі және созылмалы вирусты С гепатиті бар 15 науқасқа генотипіне байланысты 24 немесе 48 апта вирусқа қарсы ем ретінде пегилірі интерферонды рибавиринмен қосып емдеу нәтижелері көрсетілген.

Незізгі сөздер: вирусқа қарсы ем, созылмалы вирусты гепатиттер В және С, генотиптер, вирусологиялық жауап.

Summary

*Beisembayeva S.Ch., Omarkulova Zh.K., Seidakhmetova G.U.
Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration
of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan*

ANALYSIS OF ANTIVIRAL THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN THE CITY OF ASTANA

This article represents results of antiviral therapy in Astana city from September 2013 till October 2014 with 15 patients with hepatitis C and 3 patients with hepatitis B with delta agent receiving combined regime of pegylated interferon and ribavirine, with duration from 24 to 48 weeks, depending on genotype and patients with hepatitis B receiving monotherapy of pegylated interferon. Investigation of genotype spectrum indentified: 1st genotype – 53,3% of patients , 2 genotype 6,6% of patient, 3d genotype – 40% patients. SVR in patients with Hep C discovered in genotype 2 and 3 in 100% cases, in 1st genotype in

46,6% cases. In hepatitis B 66,6% had response at the end of the therapy. Viralologic "breakthrough" in this group identified in 33,3%. Elimination of HbsAg was not discovered in any of this cases.

Key words: antiviral therapy, chronic viral B hepatitis, genetic factor, criteria.

Поступило 18.12.2014

УДК: 616. 155. 194: 615. 2/3: 614.2 – 085

**ХУДАЙБЕРГАНОВА Н.Х., МУХИТДИНОВА Р.Ф.,
АБЗАЛОВА Д.А., МУМИНОВА Н.А., АЛИМОВА Г.У.**
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕРЛАТУМ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА

Приведен опыт изучения динамики уровней гемоглобина и сывороточного железа во время применения препарата Ферлатум для лечения анемии у женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения.

Исследовано 45 женщин в возрасте от 20 до 43 лет с признаками ЖДА в семейной поликлинике города Ташкент. Доступность, простота использования, хорошая переносимость позволяет рекомендовать Ферлатум для широкого применения в первичном звене здравоохранения при лечении анемии у женщин репродуктивного периода.

Ключевые слова: Ферлатум, железодефицитная анемия.

Ферлатум – полусинтетический железо-протеиновый комплекс, в котором атомы трехвалентного железа округлены белковым носителем, вырабатываемым из белка коровьего молока (казеина). Ферлатум обладает уникальными физико-химическими свойствами: в кислой среде желудка вокруг атома железа образуется защитно-белковая оболочка, которая исключает раздражающее действие на желудочно-кишечный тракт [1,2].

Ферлатум не раздражает слизистую желудка и максимально всасывается в кишечнике, поэтому практически не имеет побочных эффектов (болей в эпигастрии, тошнота, привкус железа на языке, нарушения стула). Степень усвояемости Ферлатума не зависит от приёма пищи: его можно принимать как до, так и после еды и натощак [3].

Целью настоящего исследования было изучение динамики уровней гемоглобина и сывороточного железа в течение месяца применения препарата Ферлатум для лечения анемии у женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы

Проведено обследование 45 женщин в возрасте от 20 до 43 лет с признаками ЖДА в семейной поликлинике №20 города Ташкента. Из них 30 беременных (66%), 15 гинекологическими заболеваниями (миома матки, хронический сальпингоофарит, дисфункциональные кровотечения) (34%).

Лабораторная диагностика анемии основывалась на определении содержания гемоглобина, эритроцитов, цветного показателя крови (I категория услуг), сывороточного железа (II категория услуг). Коррекция железодефицитная

осуществлялось препаратом Ферлатум по одному флакону (800 мг - эквивалент 40 мг Fe^{3+}) два раза в день в течение одного месяца. Антианемический эффект его применения оценивался по клиническому состоянию больных и результатом лабораторного исследования крови еженедельно.

Результаты

У 17 пациентов (37,7%) отмечены различные экстра генитальные заболевания: хронический тонзиллит – 6 (13,3%), хронические бронхолегочные заболевания - 4 (8,8%), артериальная гипертензия – 2 (4,4%), сахарный диабет – 2 (4,4%), патология щитовидной железы – 3 (6,6%). Средний уровень гемоглобина (Hb) у наблюдавшихся пациентов составил $90,8 \pm 5,6$ г/л, сывороточного железа – $10,6 \pm 1,8$ ммоль/л. Анемия I степени (Hb – 90-120 г/л) отмечены у 26 (57,7%) пациентов, II степени (Hb- 70-90 г/л) - у 22 (48,8%), III степени (Hb \leq 70 г/л) - у 2 (4,4%).

Различные клинические проявления анемии (бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тахикардия, слабость, снижение работоспособности, головокружение, парестезии нижних конечностей) имели место в 29 (64,4%) случаях.

Антианемический эффект Ферлатума оценивался по клиническому состоянию больных и результатам лабораторного исследования крови еженедельно (рис.1)

Через четыре недели приема Ферлатума самочувствие больных улучшилось: исчезли жалобы на слабость, головокружение, парестезии, частота сердечных сокращений и окраска кожных покровов пришли в норму у 42 пациентов (93,3%) среднее увеличение гемоглобина за неделю составило 7,1г/л. Данные анализа крови свидетельствовали о повышении уровня гемоглобина к концу 4 недели на 28,7%, сывороточного железа в два раза (таблица 1).

Таблица 1- Динамика показателей анализа крови у больных с анемией до и после лечения Ферлатума

Показатели	Динамика показателей анализа крови у больных с анемией до и после лечения Ферлатума (n-45)	
	До лечения	После лечения
Гемоглобин г/л	$90,6 \pm 5,5$	$119,3 \pm 3,6$
Эритроциты	$2,5 \pm 0,8$	$3,4 \pm 0,2$
Цветной показатель	$0,83 \pm 0,01$	$0,92 \pm 0,04$
Сывороточное железо, ммоль/л	$10,6 \pm 1,6$	$21,3 \pm 1,8$

Примечание: различие с исходным уровнем достоверно $p < 0,005$.

Как показали исследования, применение препарата Ферлатума у пациентов репродуктивного возраста с анемией привело к прогрессивному увеличению содержания гемоглобина и сывороточного железа.

В дальнейшем пациентам проводилась поддерживающая терапия Ферлатума в дозе один флакон (800 мг) в сутки 1,5 месяца. Ферлатум хорошо переносился больными, не вызывал диспепсических явлений, не нарушал функцию кишечника. Побочных эффектов на фоне его применения не было отмечено ни в одном случае.

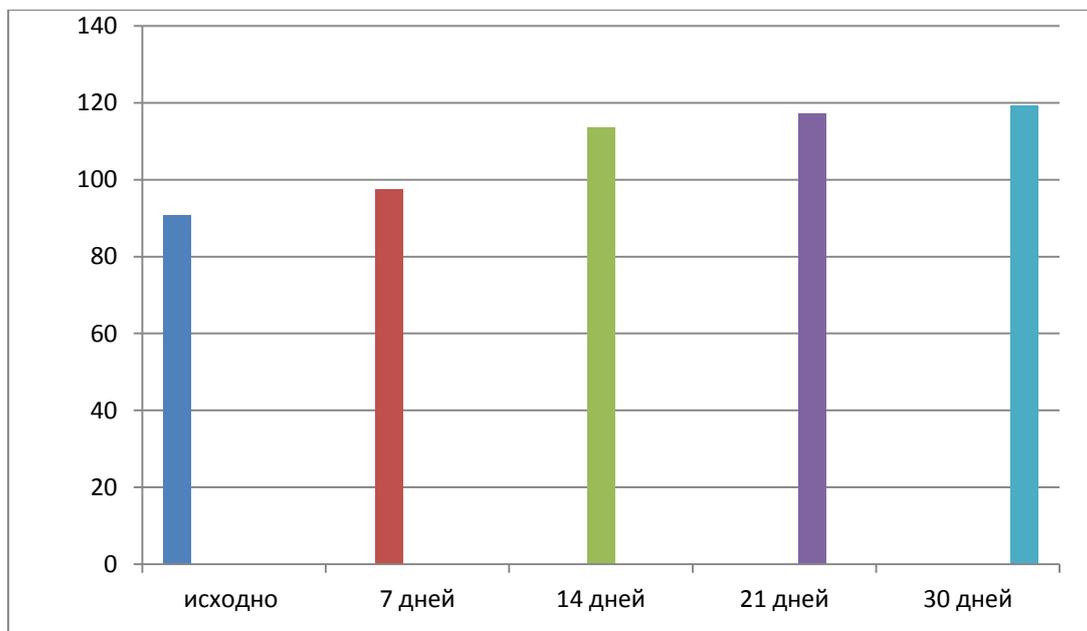


Рисунок 1- Динамика увеличения уровней гемоглобина крови еженедельно на фоне применения Ферлатума

Сывороточное железо крови проверяли в начале и в конце лечения (исходно – 90,6; 7 день - 97,6; 14 день – 113,6; 21 день – 117,1; 30 день -119,3).

Заклучение

1. Субъективные, объективные (клинико-лабораторные) показатели указывают на хороший антианемический эффект 30 дневного курса приёма Ферлатума.

2. Доступность, простота использования, хорошая переносимость позволяет рекомендовать Ферлатум для широкого применения в первичном звене здравоохранения при лечении анемии у женщин репродуктивного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по гематологии. Под. редак. Воробьева А.И. М., 2005
2. Серов В. Н., Прилепская В.Н, Жаров Е.В. и др. Железодефицитные состояния в различные периоды жизни женщин. Информационное пособие для акушеров и гинекологов. М.2008г.15
3. Харрисон Г.Р. внутренние болезни. Пер. с англ.: медицина 2006г.

Түйін

*Худайберганава Н.Х, Мухитдинова Р.Ф., Абзалова Д.А., Муминова Н.А., Алимова Г.У.
Ташкент медициналық академиясы, Ташкент, Өзбекстан*

ТАШКЕНТ ҚАЛАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ІСІНІҢ АЛҒАШҚЫ БУЫНЫНДА ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯНЫ ЕМДЕУДЕ ФЕРЛАТУМ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада денсаулық сақтаудың алғашқы буыны жағдайында бала көтеретін жастағы әйелдердің анемиясын емдеу үшін Ферлатум препаратын қолдану кезінде гемоглабин мен сарысулы темір деңгейлерінің динамикасын зерттеу тәжірибесі келтірілген.

Ташкент қаласының отбасылық емханасында теміртапшылықты анемияның белгілері бар 20 жас және 43 жас аралығындағы 45 әйел зерттелген. Ферлатум препаратының қолжетімдігі, қолданудағы қарапайымдылығы, жақсы сіңіргіштігі оны денсаулық сақтаудың

алғашқы буынында бала көтеретін жастағы әйелдердің анемиясын емдеу үшін кеңінен қолдануды ұсынуға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: Ферлатум, теміртапшылықты анемия.

Summary

*Hudoyberganova N.H., Muhitdinova R.F., Abzalova D.A., Muminova N.A., Alimova G.U.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

CLINICAL EXPERIENCE WITH THE DRUG IN FERLATUM TREAT IRON DEFICIENCY ANEMIA UNDER PRIMARY HEALTH CARE TASHKENT

The experience of studying the dynamics of the levels of hemoglobin and serum iron during the drug Ferlatum for treatment of anemia in women of reproductive age in primary health care.

Studied 45 women aged 20 to 43 years with symptoms of iron deficiency anemia in a family clinic of Tashkent. Availability, prostate use, good tolerability can be recommended for widespread use Ferlatum in primary health care in the treatment of anemia in women of reproductive age.

Keywords: Ferlatum, iron deficiency anemia.

Поступило 28.10.2014

УДК 612.392.8

КИЯСОВ Е.А., ГАББАСОВА Г.С., АХМЕТОВ М.З.
*РГП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы»
Медицинского центра Управления Делами Президента,
Астана, Республика Казахстан*

СКРИНИНГ АНТИБИОТИКОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В последнее время для скрининга остатков ветеринарных препаратов применяется удобный и быстрый метод анализа Premi® Test. В статье приведены данные по лаборатории ЦСЭЭ за 9 месяцев 2014 года, когда было исследовано 76 образцов мяса говядины, птицы, яйца куриные на содержание антибиотиков методом Premi® Test.

Ключевые слова: Premi® Test, ветеринарный контроль, тест-системы.

Введение. Высокая эффективность современных антибиотиков способствует их широкому использованию в животноводстве для профилактики и лечения инфекционных заболеваний, однако при их систематическом применении вырабатываются антибиотико-устойчивые формы патогенной микрофлоры, которые представляют угрозу и для здоровья животных, и для здоровья человека.

В Казахстане запрещено применение антибиотиков для стимулирования роста привесов животных. Но антибиотики в лечении применяются всеми ветеринарами. Прежде всего, в силу сложившихся традиций, а также и потому, что с инфекционными заболеваниями очень трудно бороться другими методами и средствами. Не отработаны новые технологии. Около 15–20% всей продукции животного происхождения в Казахстане, включая мясо, молоко и яйца, содержат антибиотики. Производители сельскохозяйственной продукции, использующие в соответствии со своим технологическим регламентом антибиотики, стимуляторы роста, пестициды должны гарантировать безопасность продукции

для здоровья человека, то есть остаточное содержание этих потенциально опасных химических соединений в готовой продукции должно быть ниже предельно допустимых уровней, определенных законодательством.

Одним из наиболее употребляемым в нашей республике мясом является говядина. В торговой сети говядина реализуется, как правило, отечественного производства. Однако, не секрет, отдельные отечественные мясоперерабатывающие предприятия, крупные торговые организации закупают более дешевое мясо крупного рогатого скота импортного производства (Бразилия, Австралия), из чего изготавливаются колбасные изделия, копчености и другие мясопродукты и деликатесы. Данные продукты требуют особого внимания при проведении оценки ее безопасности. Импортируется мясо в нашу республику в основном из Австралии, России и Белоруссии.

Остатки антибиотиков и сульфаниламидов, попадающие в пищевые продукты животного происхождения и далее, в организм человека, угнетают микрофлору кишечника, провоцируют дисбактериоз, проявления аллергического характера, вторичные грибковые инфекции, снижают сопротивляемость организма, могут провоцировать нарушения функции почек и кроветворных органов. Имеются сведения о гемотоксичности и канцерогенных свойствах некоторых сульфаниламидных препаратов, мутагенные и канцерогенные свойства обнаружены также у нитрофуранов.

Левомецетин (хлорамфеникол) обладает гемотоксическими свойствами и может вызвать аплазию костного мозга (потеря способности к кроветворению) и, вследствие этого, апластическую анемию, сопровождающуюся быстрым снижением уровня гемоглобина и эритроцитов в крови. При развитии явлений апластической анемии молодые формы эритроцитов не обнаруживаются не только в крови, но и в пунктате костного мозга.

Стрептомицин обладает ототоксичными и нефротоксичными свойствами, вызывает поражения слухового нерва (ототоксичность) и связанные с этим нарушения слуха и вестибулярные расстройства; при нарушениях функции почек возможны также нейротоксические явления. Особенно чувствительны к стрептомицину лица, перенесшие неврит слухового нерва, инфаркт, страдающие стенокардией, гипертонией, болезнями печени и почек.

Потребление человеком продуктов, содержащих остаточные количества тетрациклинов, приводит к угнетению микрофлоры кишечника, может спровоцировать дисбактериоз, вторичные грибковые инфекции, проявления аллергического характера, вызвать тошноту, рвоту, расстройства функции кишечника, изменения слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, снижает сопротивляемость организма и повышает устойчивость патогенных микроорганизмов. Особенно чувствительны к препаратам тетрациклиновой группы беременные, дети раннего возраста, лица, страдающие болезнями печени и почек.

Контроль ветеринарных препаратов, в том числе антибиотиков, занимает важнейшее место в национальных системах обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов животного происхождения.

Для определения остатков ветеринарных препаратов используются инструментальные физико-химические методы анализа, такие как жидкостная хроматография высокого давления (ВЭЖХ) и хромато-масс-спектрометрия (ГХ-МС). Эти методы, однако, предусматривают использование дорогостоящего оборудования, нуждающегося в высококвалифицированном обслуживании. В последнее время для скрининга остатков ветеринарных препаратов применяется удобный и быстрый метод анализа **Premi® Test**.



Рисунок 1 - Спецификация тест-системы Premi® Test

Формат:

- Стартовый комплект: нагревательный блок, термометр, измельчитель для мяса, ножницы и таймер. Дополнительно: 25 или 100 пробирок.
- Пробоподготовка - отжим мясного сока с помощью “мясного пресса”.
- Время инкубации - около 3 часов.
- Предел обнаружения в соответствии с максимально допустимым уровнем, установленным Еврозаконотательством и ТС.



Рисунок 2 - Схема анализа ингибиторов с помощью тест-системы Premi® Test

Объект исследования – мясо говядины.

Отрезаем необходимое количество ампул из комплекта Premi® Test (Рис.1).

Берем примерно 2 см³ постного мяса и используем мясодавку или пресс для получения сока.

Существенно: необходимо иметь отрицательный контроль, т.е. образцы с одинаковой матрицей/одного вида, не содержащие антибиотики.

Медленно вводим 0,1 см³ сока в ампулу со средой.

Оставляем на 20 мин. при комнатной температуре для предиффузии остатков антибиотиков в агаре.



Рисунок 3 – Последовательность процедуры

Смываем сок из ампулы, осторожно промывая тест дважды дистиллированной водой, и осторожно удаляем воду из теста (Рис.3). Накрываем

тестовую ампулу прилегающей пленкой, поставляемой с Premi[®]Test, во избежание испарения и начинаем инкубацию.

Устанавливаем температуру в инкубаторе 64°C и помещаем ампулы.

Оценка результатов испытаний. При температуре 64°C споры начинают прорасти, что сопровождается снижением pH среды и, соответственно, приводит к изменению цвета с фиолетового на желтый. В присутствии антибиотиков и других антибактериальных препаратов, концентрация которых превышает максимально допустимый уровень, прорастание спор и выделение кислоты не происходит. В этом случае изменение цвета не наблюдается.

По истечении 3 часов вынимаем ампулы из инкубатора. Определяем цвет нижних 2/3 твердого агара. (Рис.4).

В текущем году за 9 месяцев в лаборатории было исследовано 76 образцов мяса говядины, птицы, яйца куриные на содержание антибиотиков методом Premi[®]Test. Были получены отрицательные результаты.



Рисунок 4 – Данные скрининга мяса (образец №53 с искусственно введенным антибиотиком (хлорамфеникол); образец №40 без антибиотика).

Качество и безопасность пищевых продуктов обеспечиваются посредством:

- применения мер государственного регулирования в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов;
- проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы;
- внедрения прогрессивных систем управления качеством.

Пищевые продукты, поступающие и находящиеся в обороте на территории государств - членов таможенного союза должны сопровождаться документом изготовителя (поставщика), подтверждающим их безопасность.

Преимущества тест-системы Premi[®] Test:

- Быстрота: получение результата менее чем через 4 часа.
- Надежность: тест-система сертифицирована АОАС, валидирована официальными лабораториями во многих странах мира и широко используется государственными референс-лабораториями.
- Чувствительность: детекция большинства распространенных антибактериальных препаратов на уровне требований Еврозаконотательства (тетрациклины, сульфаниламиды, макролиды, р-лактамы, цефалоспорины, аминогликозиды, хинолоны, полипептиды, олигосахариды, ионофоры и другие).
- Доступность: анализ может быть организован в любой лаборатории.
- Экономичность: не требуется покупать дополнительного оборудования.
- Простота анализа: для выполнения анализа не требуется квалифицированный персонал.
- Гибкость формата: можно приобрести комплект на 25, 100 или более тестов.

Заключение

Таким образом, производители сельскохозяйственной продукции, использующие в соответствии со своим технологическим регламентом антибиотики, обязаны гарантировать безопасность полученной продукции для здоровья населения. Остаточное содержание этих потенциально опасных химических соединений в готовой продукции не должно быть выше предельно допустимых уровней, определенных нормативной документацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические указания по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства. МУ № 3049-84. М., 1985.
2. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Экспресс-метод определения антибиотиков в пищевых продуктах. Методические указания МУК 4.2.026-95. М., 1995.
3. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) от 28 мая 2010г. №299.
4. Закон Республики Казахстан от 4 мая 2010 года № 274-IV «О защите прав потребителей»

Түйін

Қиясов Е.А., Ғаббасова Г.С., Ахметов М.З.
Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы
Медициналық орталығының «Санитарлық-эпидемиологиялық
сараптама орталығы» РМК

ЖАНУАРЛАР ЕТІНДЕГІ АНТИБИОТИКТЕРГЕ СКРИНИНГ ЖҮРГІЗУ

Тағам өнімдеріндегі антибиотикті сапалық анықтау Premi® Test экспрессті-әдіс арқылы анықталады. Premi® Test тест-жүйесінде сезімталдығы жоғары, коммерциялық қолжетімді споралар түрлері Bacillus stearothermophilus, барлық антибиотиктер мен антибактериалды препараттарда қолданылады.

Түйін сөздер: Premi® Test, ветеринарлық қадағалау, тест-системалар.

Summary

Kiyasov E.K., Gabbassova G.S., Akhmetov M.Z.
"Center of Sanitary and Epidemiologic Examination" of
Medical Center of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan

SCREENING OF ANTIBIOTICS IN FOODS OF ANIMAL ORIGIN

Express method sets the qualitative determination (detection) of antibiotics in food method Premi® Test. In the test system Premi® Test as the test culture used spores of Bacillus stearothermophilus, of the optional gone anaerobic, highly sensitive to all commercially available antibiotics and other antibacterial drugs.

Key words: Premi® Test, veterinary checks, test-systems.

Поступила 22.11.2014

**РАХМЕТОВА В.С., АНДРЕЕВ В.Е., ГАЛИАКБАРОВА А.А.,
МУСАБЕКОВ Д.К.**

Городская больница №2, Астана, Казахстан

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Описан опыт применения капсульной эндоскопии, как нового, современного, малоинвазивного метода диагностики заболеваний тонкой кишки. За период с 2011 по 2014 г.г., данное исследование проведено более 20 пациентам. Диагностированы различные заболевания тонкой кишки. Описаны преимущества, показания и противопоказания применения капсульной эндоскопии.

Ключевые слова: капсульная эндоскопия, инвазивная диагностика

Стремительное развитие медицины в целом и эндоскопии в частности, вынуждает нас находить более информативные и менее инвазивные методы диагностических исследований желудочно-кишечного тракта.

Известно что, используемые методы традиционной эндоскопии позволяет оценивать состояния лишь небольшой части слизистой тонкой кишки. Возникающие сложности в диагностике поражения тонкой кишки, обусловлены, в первую очередь трудной доступностью данного отдела пищеварительного тракта для методов инструментальной диагностики, локальностью возникающих патологических изменений, отсутствием специфической симптоматики.

На сегодняшний день альтернативой более информативному и менее инвазивному методу диагностики заболеваний тонкой кишки, является капсульная эндоскопия, которая получила широкое применение в нашей клинике ГКП на ПХВ «Городская больница №2» г. Астаны.

Капсульная эндоскопия - процедура исследования пациента с помощью эндоскопической вид то есть встроенной в капсулу видеокамеры, совмещенной с передатчиком видеосигнала. В процессе прохождения желудочно-кишечного тракта капсула делает в течении 12 часов несколько десятков тысяч снимков, которые передаются через электроды размещенные на теле пациента, и записываются в память приёмного устройства (рис. 1). С помощью капсульной эндоскопии появилась возможность дифференциации диагноза, у пациентов которых диагностический поиск стандартной эндоскопии не привёл к значительным результатам.



Рисунок - Капсула «MiroCam» и приемное устройство с элетродами.

Преимуществами данного метода диагностики являются:

1. Технология разработана для диагностики заболеваний тонкой кишки – даёт возможность осмотреть её на всём протяжении, оценив слизистую кишки и перистальтику;
2. Легкость в применении – в качестве эндоскопа используется маленькая видеокапсула;
3. Процедура безболезненная и минимально инвазивна, капсула не травмирует желудочно-кишечный тракт;

4. Высокое качество диагностики благодаря высокочувствительной матрице, встроенной в записывающее устройство;

5. Исключен риск инфицирования, так как капсула одноразовая.

Данная процедура показана при болях в животе неясного генеза, при нормальных результатах гастроскопии и колоноскопии; скрытых желудочно-кишечных кровотечениях; анемии с дефицитом железа; опухоли тонкой кишки (полипы, синдром Peutz-Jeghers, лимфома, карцинома, липома, гемангиома, GIST-опухоль); энтериты (вздутие живота, послабление, учащение стула); туберкулез; болезнь Крона; целиакия; амилоидоз; кишечные повреждения, вызванные использованием противовоспалительных препаратов (аспирин, анальгин и т.д.).

Противопоказанием к данному методу является:

1. Беременность;
2. Нарушение глотания;
3. Обструкция (непроходимость) пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки;
4. Эпилепсия;
5. Наличие кардиостимулятора;
6. Предшествующие операции на тонкой кишке.

Исследование с помощью видеокапсулы имеет и определенные ограничения, связанные с невозможностью получения биопсии из очага поражения, невозможностью управления движением капсулы.

Проведено более 20 исследований пациентам с различными заболеваниями тонкой кишки за период с 2011г. по 2014г. С помощью капсульной эндоскопии нам удалось выявить такие заболевания как, болезнь Крона - 4 случая, синдром нарушенного кишечного всасывания - у 3-х пациентов, полипоз тонкой кишки у 2-х пациентов, целиакия в 2-х случаях. В остальных случаях нам удалось исключить патологию со стороны тонкой кишки.

Осложнений проведения видеокapsульной эндоскопии не было, длительное задержание капсулы наблюдалось у одной пациентки до 4-х суток, без патологических последствий.

Не смотря на наличие некоторых противопоказаний и ограничений, капсульная эндоскопия является «золотым стандартом» диагностики заболеваний тонкой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов А.И. Энтерология. Руководство для врачей. // Москва -2009-880с.
2. Логинов А.С., Васильев Ю.В., Парфенов Д.А. Особенности эндоскопического исследования при поражениях тощей и подвздошной кишки.
3. Домарев Л.В., Старков Ю.Г. Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова №5, 2006.
4. Праводников П.А. Капсульная эндоскопия: первые шаги. «Вестник эндоскопии», 05.2002.
5. Домарев Л.В. Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки /Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук – 2007 г. Москва.
6. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Капуллер Л.Л., Забзин А.В. Новообразования тонкой кишки // Анналы хирургии –2000. - №5 -С. 21.
7. Комаров Ф.И., Парфенов А.И. Болезни кишечника // – В кн.: Диагностика и лечение внутренних болезней. Под.ред. Ф.И. Комарова. – 1992 .- Т.3. – С.139 – 195.
8. Рысс Е.С. Некоторые актуальные вопросы энтерологии. Часть I – заболевания тонкой кишки // Мир медицины. –1998. - №3. –С. 3-5.

9. Старков Ю.Г., Домарев Л.В. Возможности капсульной эндоскопии: информативность, неудачи, недостатки // Эндоскопическая хирургия. – 2004. - № 5. – стр. 8 – 12.
10. Стрекаловский В.П., Ханкин С.Л. Эндоскопия тонкой кишки // Клиническая медицина – 1978. - №3. - С. 99–103.
11. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Шишин К.В., Домарев Л.В. Эндоскопия тонкой кишки с использованием видеокапсулы. // Медицинская визуализация – 2002. - №4. – С.4-7.
12. Хрипун А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич П.А., Кригер П.А. Первый опыт видеокапсульной энтероскопии (ВКЭ) у больных с хирургическими заболеваниями тонкой кишки. // Эндоскопическая хирургия. – 2005. - № 1. – стр. 185 – 186.
13. Цимбалова Е.Г. Клинико-лабораторные проявления и критерии активности воспалительных заболеваний кишечника у детей. // Автореферат Дисс...канд. мед.наук. Москва,-2005 г.- с. 31.
14. Лохматов М.М. Внутриспросветноэндоскопические изменения желудочно-кишечного тракта при болезнях органов пищеварения у детей.// Автореферат Дисс...докт. мед.наук. Москва,-2008 г.
15. Pink Tentacle. Sayaka: Next-generation capsule endoscope. January 1 2005.
16. Capsule Endoscopy in Gastroenterology. Mayo Clinic. Accessed October 5 2007.
17. Munoz-Navas M., Capsule endoscopy, World J Gastroenterol. 2009 Apr; 15(13): 1584-1586.
18. Lewis B, Swain P. Capsule endoscopy in the evaluation of patients with suspected small intestinal bleeding, a blinded analysis: the results of the first clinical trial. Gastrointestinal Endoscopy 2001;53:AB70.

Түйін

*Рахметова В.С., Андреев В.Е., Галиақбарова А.А., Мұсабеков Д.К.
№2 қалалық аурухана, Астана, Қазақстан*

ЖІҢІШКЕ ІШЕК АУРУЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ЖАҢА ӘДІСІ

Мақалада жіңішке ішек ауруын диагностикалаудың жаңа, заманауи және аз инвазивті әдісі ретінде капсула эндоскопиясын қолдану тәжірибесі ұсынылған. 2011-2014 жылдар аралығында осы әдіс 20-дан астам науқасқа қолданылып, жіңішке ішектің түрлі аурулары диагностикаланған. Капсула эндоскопиясының артықшылығы, қолдану көрсетімдері және қарсы көрсетімдері сипатталған.

Түйін сөздер: капсула эндоскопиясы, инвазивтік диагностика

Summary

*Rahmetova V.S., Andreev V.E., Galiakbarova A.A., Musabekov D.K.
Hospital №2, Astana, Kazakhstan*

NEW IN THE DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE INTESTINE

There are written about capsular endoscopy as a new, modern and less invasive method of diagnostics of illnesses of small intestine. This research was done during 2011-2014, where more than 20 patients was studied. There were diagnosed different illnesses of the small intestine. There were described advantages, indications and and contra-indications of using the capsular endoscopy method.

Key words: capsular endoscopy, invasive diagnostics

Поступило 28.10.2014

**ШОЛУ
ОБЗОРЫ
REVIEW**

УДК 616.24-07

Л.В. ДУШНЯК

*РГП «Больница Медицинского центра Управления делами
Президента РК», Астана, Казахстан*

**ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В
ПУЛЬМОНОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ ЛИТОВСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА НАУК**

В статье изучены особенности функциональной диагностики в клинике пульмонологии и иммунологии больницы Литовского университета наук здоровья г. Каунас (LSMU). Представлены основные принципы работы современных методов исследования функции внешнего дыхания на базе больницы LSMU и оценка их эффективности.

Ключевые слова: функциональная диагностика, пульмонология.

Введение. Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) - вторая после болезней сердца причина инвалидности и четвертая по распространенности причина смерти. По прогнозу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) к 2020 году ХОЗЛ будет занимать 3-е место среди всех причин смертности. В США около 14 миллионов людей страдают ХОЗЛ. В России официальная статистика упоминает 1 миллион больных хроническим обструктивным бронхитом, но реальная цифра близка к 11 миллионам человек [1]. В Казахстане за последние 10 лет число больных ХОЗЛ выросло более чем в 2 раза, составив в 2011 г. 321,0 на 100 тыс. населения [2]. В глобальном масштабе проблемой ХОЗЛ остается тотальная гиподиагностика. По данным Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно [3]. Распространенность ХОЗЛ, ее раннее выявление, точность диагностики зависит от применяемых критериев и качества проведения функциональных методов исследования [4].

Цель данной публикации - возможность внедрения функциональных методов исследования дыхательной системы, проводимых на базе LSMU, в отделении функциональной диагностики больницы Медицинского центра Управления делами Президента РК и оценка их эффективности.

Материалы и методы. За последние годы оборудование по функциональной диагностике достигло определенных технологических высот и находит широкое применение во всех областях медицины. В клинике LSMU вначале исследования всем пациентам проводят пульсоксиметрию. Пульсоксиметр закрепляется у человека на пальце и поступающая от датчика информация о состоянии пациента выводится на дисплей прибора. Также пациентам проводят спирометрию на аппаратах Custo Vit M (Германия), проводящих автоматизированные расчёты с учётом должных величин. Исследование диффузии газов в лёгких, бодиплетизмографию, спироэргометрию проводят на аппарате Vmax 229 фирмы Sensor Medics (США). Для проведения дыхательных провокационных тестов с метахолином используют аппарат провокационного

тестирования *Parí provocation test I* (Германия). Кроме того, в кабинете функциональной диагностики LSMU проводят индуцирование мокроты у больных БА, сбор конденсата для исследования медиаторов, рН-метрии, тест с вдыханием-выдыханием азота, сбор пота для анализа муковисцидоза. Отдельно в клинике имеется сомнологическая лаборатория в которой диагностируют и проводят терапию синдрома обструктивного апноэ сна.

Результаты и обсуждение. Исследования функции легких в клинике LSMU широко применяются на различных этапах от поликлинического звена и до отделений реанимации и интенсивной терапии.

Коротко остановимся на наиболее важных и часто используемых. Все исследования начинаются с пульсоксиметрии-это простой неинвазивный метод, который позволяет определить степень насыщения артериальной крови кислородом. Этот метод применяется для экспресс-диагностики дыхательной недостаточности.

Всем пациентам проводят спирометрию-основной обязательный метод обследования, позволяющий поставить правильный диагноз на ранних стадиях болезни, оценить степень тяжести заболевания и эффективность проводимой терапии. Результаты оценивают по трем показателям: объем форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), индекс Тиффно. Наиболее клинически значимым является $ОФВ_1$. Если он составляет меньше 80% от должного показателя-это диагностический критерий ХОЗЛ и бронхообструкции. Отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ меньше 70%-также один из диагностических критериев ХОЗЛ.

Чтобы определить возможность бронходилатации под действием фармакологических средств, проводят пробы с бронхолитиками (Сальбутамол 400мкг или Атровент 80мкг). Ингаляцию проводят с помощью спейсера. Обратимость обструкции при ХОЗЛ определяют путем записи спирограммы с регистрацией $ОФВ_1$ до ингаляции сальбутамола и через 15 минут после этого. Увеличение $ОФВ_1$ более чем на 200 мл или на 15% по сравнению с исходным свидетельствует об обратимости бронхообструкции, что дает основание для дифференциальной диагностики ХОБЛ и БА. Положительный результат пробы, когда есть прирост $ОФВ_1$ (больше 500 мл), оценивается в пользу бронхиальной астмы. При необратимости обструкции полученные данные дают основание для установления обструктивного бронхита. Обязательным критерием диагностики ХОБЛ является сохранение после бронходилатации $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$.

С помощью провокационных тестов с бронхоконстрикторными раздражителями получают преходящую обструкцию дыхательных путей. В зависимости от бронхоконстрикторного агента различают тесты с фармакологическими (метахолин, гистамин), физическими (неизотонические аэрозоли, сухой/холодный воздух, физическая нагрузка) раздражителями и сенсibiliзирующими агентами (аллергены, профессиональные сенсibiliзаторы). Показаниями к исследованию являются: сомнительный диагноз БА, диагностика ранних стадий БА, проведение профотбора при приеме на работу с неблагоприятными производственными условиями, контроль эффективности лечебных и диагностических мероприятий и т.д. При проведении теста с метахолином больной вдыхает нарастающее количество препарата. Все пациенты начинают с дозы 0,015мг препарата, затем 0,046мг, 0,106мг, 0,228мг, 0,471мг. После каждой ингаляции проводят спирометрическое исследование. Доза метахолина, приводящая к уменьшению величины $ОФВ_1$ на 20% по сравнению с исходной, указывает на степень бронхиальной гиперреактивности. Обратимость бронхоспазма, вызванного метахолином измеряется через 5, 10, 15, 20 минут после ингаляции 400 мкг сальбутамола. Сравнивается постбронходилататорная

ОФВ₁ с базовой ОФВ₁. Самочувствие пациента, восприятие метахолина оценивается с помощью шкалы Борга. Оценка степени гиперреактивности бронхов с помощью неспецифических бронхопровокационных тестов позволяет определить предрасположенность к бронхиальной астме, ее наличие и степень тяжести [5].

При БА нередко проводят тесты с физической нагрузкой для обнаружения постнагрузочного бронхоспазма (ПНБ). Нагрузку проводят на велоэргометре или тредмиле. Преимуществом использования велосипеда является то, что интенсивность работы при вращении педалей не зависит от массы тела пациента, и это делает более легким расчет требуемой мощности работы для достижения желаемой вентиляции. Скорость и угол наклона беговой дорожки изменяются на каждом этапе в зависимости от роста, веса и возраста. Исследование проводят в 3 этапа. 1 этап в течение 2 минут до достижения 50% от максимальной ЧСС, 2 этап в течение 2 минут до достижения 70% от максимальной ЧСС и 3 этап проводится до достижения 90% от максимальной ЧСС. Постоянно мониторируется ЧСС. Нагрузка прекращается при достижении субмаксимальной ЧСС, а также при появлении клинических критериев прекращения пробы. До начала тестирования проводится измерение ОФВ₁ и определяются лучшие (наибольшие) значения. Предпочтительно, чтобы расхождение для лучших значений составляло не более 10%, абсолютные значения должны быть в пределах 80% от обычных значений пациента и составлять более 75% от его должных значений. Измерение ОФВ₁ проводится дважды через каждые 5 минут в течение 45 минут после нагрузки, и каждый раз наибольшие значения записываются. По завершению протокола исследования пациенту следует дать аэрозольный бронхолитический препарат. Снижение ОФВ₁ на 10-25% расценивается как легкой степени, 25-50% – средней тяжести и более 50% – как тяжелое проявление бронхиальной обструкции [5].

Диагностика рестриктивных вентиляционных нарушений возможна при определении структуры общей емкости легких (ОЕЛ) методом плетизмографии или методом разведения инертного газа (чаще гелия) в закрытой системе. Рестриктивные нарушения диагностируются у 17% больных с хроническими бронхолегочными заболеваниями (ХБЛЗ), такими как идиопатический фиброз легких (ИФЛ), хроническое течение экзогенного аллергического альвеолита легких (ЭАА), при поражении легких у детей с врожденными иммунодефицитными состояниями.

В практике клиники LSMU широкое распространение получил тест с 6-минутной ходьбой, который оценивает субмаксимальный уровень физических возможностей, т.е. отражает функциональные возможности пациента в повседневной жизни. При подготовке пациента к 6-минутному тесту сохраняется обычный для больного режим приема медикаментов, не рекомендуются энергичные физические нагрузки в течение 2 часов до проведения теста. После завершения теста измеряют частоту пульса, одышку и степень усталости по шкале Борга, указывают причины, из-за которых пациент не мог идти быстрее.

Исследование диффузии газов в лёгких проводят на аппарате V -Max 229 фирмы Sensor Medics (США). Исследование диффузии проводится с помощью газов, хорошо растворяющихся в крови (СО, С₂Н₂, СН₄). Наиболее часто тест применяют для дифференциальной диагностики бронхиальной обструкции и эмфиземы у курильщиков, выявления преклинических интерстициальных заболеваний лёгких (ИЗЛ). Низкие показатели ДСЛ подтверждают ИЗЛ. При проведении исследования больной вдыхает смесь с низким содержанием СО. Задерживает дыхание на 10 сек, в течение которых СО диффундирует в кровь. Определяется количество СО, перешедшей в кровь. При этом измеряется СО в альвеолярном газе до и в конце задержки дыхания. Для расчётов определяется

функциональная остаточная ёмкость. Тест повторяют через 5 мин, если результаты двух попыток варьируют в пределах не более 10% (или 3 мл/мин/мм рт.ст.), то рассчитывают среднюю величину для итогового заключения. В соответствии с критериями Американской медицинской ассоциации тяжёлое респираторное нарушение интерпретируется как снижение ДСЛ ниже 40% от должных величин.

Заключение

1. Клиника пульмонологии и иммунологии больницы LSMU г. Каунас является передовой и успешной, у которой можно взять на вооружение и внедрить опыт функциональной диагностики в пульмонологии.

2. Всестороннее исследование функции внешнего дыхания, комплексный подход и ранняя диагностика заболеваний дыхательной системы, внедренные на примере клиники LSMU позволят снизить летальность, количество осложнений, улучшить функциональные исходы, уменьшить затраты на медикаментозное лечение и уход за больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI\WHO workshop report: updated 2006.
2. Авдеев С.Н., Нуралиева Г.С., Батын С.З. и соавт. Эффективность комбинированной терапии ингаляционными бета 2-агонистами и антихолинэргическими препаратами при тяжелом обострении хронической обструктивной болезни легких: рандомизированное контролируемое исследование. Пульмонология, 2007. -N3. -С.56-65.
3. Андреева Е.А., Кузнецова О.Ю., Похазникова М.А. Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии последипломного образования, 2011. -N4. -С.136-140.
4. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Пульмонология, 2006. С. 170-176.
5. K. Malakauskas, B. Sitkauskiene, K. Stravinskaite, R. Sakalauskas. Journal of Asthma, Dyspnea Perception and Reversibility of Methacholine-Induced Unlimited Airway Narrowing in Asthmatics. 2006, Vol. 43, No. 6, Pages 463-467 (doi:10.1080/02770900600758366).

Түйін

Л.В. Душняк

*"Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының ауруханасы" РМК, Астана, Қазақстан*

ЛИТВА ДЕНСАУЛЫҚ ҒЫЛЫМДАРЫ УНИВЕРСИТЕТІ КЛИНИКАСЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ САЛАСЫНДАҒЫ ФУНКЦИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ

Мақалада Каунас қаласындағы Литва денсаулық ғылымдары университеті (LSMU) ауруханасының пульмонология және иммунология клиникасындағы функциялық диагностиканың ерекшеліктері зерттелді. LSMU ауруханасының базасында тыныс алу функцияларын зерттеудің заманауи әдістерімен жұмыс істедінің негізгі принциптері ұсынылады.

Түйін сөздер: функциялық диагностика, пульмонология.

Summary

L. Dushnyak

*Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration
of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan*

**THE POSSIBILITY OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS IN PULMONOLOGY AS THE EXAMPLE OF
CLINICS LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES**

The article studied the characteristics of functional diagnostics in the clinic pulmonology and immunology of Lithuanian University of Health Sciences of Kaunas (LSMU). Presents modern methods of investigation of respiratory function in the hospital LSMU.

Keywords: functional diagnostics, pulmonology.

Поступило 27.11.2014

УДК: 658.5.012.1

ТАНБАЕВА Г.З.

*Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента РК, Алматы, Казахстан*

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА,
КАК ИНСТРУМЕНТА УПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕЙ**

В работе представлено значение риск-менеджмента в управлении медицинской организацией. Показаны последовательные этапы его реализации; обозначены цели и инструменты снижения рисков в современной клинической больнице для достижения стабильности развития и повышения эффективности управления.

Ключевые слова: риск-менеджмент, медицинская организация, снижение рисков, стабильность, эффективность.

Опыт прогрессивных государственных и частных зарубежных медицинских организаций убедительно доказывает, что в современном медицинском пространстве стабильность развития и повышение эффективности управления невозможны без активного использования риск-менеджмента, как неотъемлемой составной части системы управления медицинской организацией, вне зависимости от ее профиля, специфики деятельности и перечня предоставляемых медицинских услуг [1,2].

При этом система управления рисками направлена на достижение необходимого баланса между «доходами и расходами» [3].

В обобщенном виде по данным некоторых авторов [4,5], «Дорожная карта» риск-менеджмента в здравоохранении состоит из следующих последовательных этапов:

- выявление причин возникновения рисков;
- идентификация, анализ и оценка рисков;
- формирование Программ антирисковых мероприятий;
- принятие управленческих решений на основе производственной оценки;
- выработка антирисковых управленческих воздействий;
- снижение риска до необходимого уровня;

- анализ и оценка достигнутых результатов.

Суть управления рисками в медицинской организации состоит в том, чтобы заблаговременно определять причины и факторы, которые могут негативно влиять на достижение запланированных результатов в основной и финансовой повседневной деятельности.

Использование системы риск-менеджмента особенно актуально для медицинских организаций, которым государство за пределами своих гарантий, предоставляет право хозяйственной самостоятельности в выборе способов обеспечения доходности, а также для частных медицинских организаций, которые функционируют в условиях свободного рынка.

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, находясь в юридическом статусе государственного предприятия на праве хозяйственного ведения, как раз относится к I типу выше обозначенных медицинских организаций, которые, наряду с выполнением государственных гарантий перед обслуживаемыми контингентами населения, тоже становятся субъектами рыночных отношений в здравоохранении.

Управление рисками – это способность менеджмента больницы предугадывать возможные внешние и внутренние опасности, которые могут негативно повлиять на реализацию запланированной стратегии. С другой стороны – это готовность предупреждать также опасности путем принятия упреждающих тактических и стратегических управленческих решений.

Какие же цели преследует, и какими инструментами должен располагать риск-менеджмент в современной клинической больнице (таб.1)?

Следует особенно подчеркнуть, что управление рисками в современной клинической больнице, требует четкого распределения ответственности.

Таблица 1 - Цели и инструменты снижения рисков в современной клинической больнице

Цели	Инструменты
1. Снижение неопределенности в развитии	Повседневный мониторинг над негативными событиями и уменьшение вероятности их возникновения
2. Поиск конкретных путей противодействия возможным рискам	Вовлечение персонала в выработку организационно-клинических технологий противодействия рискам
3. Улучшение тактического и стратегического планирования и повышение эффективности деятельности	Анализ и оценка ресурсных возможностей и их рациональное распределение при решении тактических и стратегических задач
4. Экономия финансовых и медико-технологических ресурсов	Снижение уровня непроизводительных затрат и оптимизация лечебно-диагностического процесса
5. Улучшение взаимодействия и поддержка Уполномоченного органа	Двусторонний информационно-аналитический диалог о наличии потенциальных рисков и демонстрация готовности к их преодолению
6. Укрепление деловой репутации	Демонстрация надежных и прозрачных партнерских отношений с участниками рынка государственных и частных медицинских услуг
7. Постоянный мониторинг за эффективностью лечебно-профилактической деятельности и ходом реализации инвестиционно-инновационных процессов	Измерение и оценка уровней и структурных изменений, происходящих в достижении запланированных количественных и качественных индикаторов развития

полномочий между главным врачом, его заместителями, руководителями структурных подразделений и вспомогательных служб. При этом процесс риск-менеджмента должен сопровождать управленческие решения, принимаемые на всех уровнях менеджмента больницы и должен быть составной частью основной и вспомогательной деятельности больницы.

Прежде всего, это касается управления доходами и рационального распределения финансовых ресурсов на стратегических направлениях, обеспечивающих устойчивое и планомерное развитие больницы, а также их повседневного контроля за экономической эффективностью производственных расходов. Здесь принципиально важно оценивать и предупреждать риски, которые могут исходить от финансирующих организаций; поставщиков лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, продуктов питания, а также коммунальных услуг.

Другим, не менее важным инструментом риск-менеджмента является обеспечение конкурентоспособности больницы на рынке государственных и частных медицинских услуг.

Для этого необходимо планировать и принимать дополнительные управленческие решения по предупреждению негативного влияния на доходность возможных изменений в правилах и объемах бюджетного финансирования; выделения государственного заказа, а также обеспечению устойчивости на быстроменяющемся рынке платных медицинских услуг населению.

Центральное место в решении этой важнейшей задачи должно принадлежать повышению эффективности инвестиционно-инновационных процессов.

Инвестиции, обеспечивающиеся за счет собственных средств больницы, должны, прежде всего, направляться на разработку и внедрение тех высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые обладают наибольшей социальной востребованностью на рынке государственных и частных медицинских услуг.

Например, в условиях, когда во всех регионах страны функционируют областные кардиохирургические Центры, в которых оказывается высокоспециализированная интервенционно-кардиологическая и кардиохирургическая помощь, возрастает актуальность и значение разработки и внедрения эффективных технологий восстановительного лечения, медицинской и социальной реабилитации оперированных больных.

Таким образом, будет решена проблема непрерывной медицинской помощи кардиохирургическим больным, снижена частота ранних и поздних послеоперационных осложнений; необходимости проведения повторных оперативных вмешательств и в целом обеспечено эффективное использование финансовых и медико-технологических ресурсов, а также необходимое качество жизни кардиологических больных.

Решение этой важной медико-социальной задачи видится в изменении парадигмы подготовки и переподготовки высококвалифицированных медицинских кадров и формировании новой философии качества и безопасности оказываемых высокотехнологичных медицинских услуг. Стратегией обучения врачей за рубежом должно стать не только получение новых знаний в различных областях клинической медицины, но, прежде всего – практическое освоение новых медицинских технологий непрерывной медицинской помощи, оказываемой больным с наиболее распространенными и редкими заболеваниями. Эти технологии должны быть основаны на применении международных стандартов качества и безопасности лечебно-диагностического процесса, пациентов и персонала.

Наконец, формирование у персонала индивидуальной ответственности, корпоративной солидарности, консолидация и нацеленность коллектива больницы на решение тактических и стратегических задач, является базовой основой использования современных технологий риск-менеджмента больницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по риск-менеджменту / Д. А. Марцынковский, А. В. Владимирцев, О. А. Марцынковский; Ассоциация по сертификации «Русский Регистр». Санкт-Петербург: Береста, 2007.
2. Поляков Р.К. Развитие риск-менеджмента в предпринимательстве: концептуальный подход. Management in Russia and Abroad Journal.-2008.-№1.-С.34-37.
3. Ступаков В. С., Токаренко Г. С. Риск-менеджмент. М.: Финансы и статистика, 2005.
4. ИСО 436:2004. Руководство по риск-менеджменту. Справочник по AS/NZS 4360:2004. — Jointly published by Standards Australia International Ltd. and Standards New Zealand, 2004.
5. Руководство к интеграции систем менеджмента / Д. А. Марцынковский, А. В. Владимирцев, О. А. Марцынковский; Ассоциация по сертификации «Русский Регистр». Санкт-Петербург: Береста, 2008.

Түйін

Танбаева Г.З.
ҚР Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы, Қазақстан

ТӘУЕКЕЛ-МЕНЕДЖМЕНТІН ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАНЫ БАСҚАРУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ ҚОЛДАНУ

Мақалада медициналық ұйымды басқарудағы тәуекел-менеджментінің маңызы туралы айтылған. Оны іске асырудың жүйелі кезеңдері көрсетілген; даму тұрақтылығына және басқару тиімділігін арттыруға қол жеткізу үшін қазіргі заманғы клиникалық ауруханадағы қауіптерді азайту мақсаттары мен аспаптары белгіленген.

Түйін сөздер: тәуекел-менеджмент, медициналық ұйым, қауіптерді азайту, тұрақтылық, тиімділік.

Summary

Tanbayeva G.Z.
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs
Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan

USE OF RISK MANAGEMENT AS A MANAGEMENT TOOL MODERN CLINICAL HOSPITAL

The work presents the value of risk management in the management of medical organization. Showing the successive stages of its implementation; sets the goals and instruments to reduce risks in the modern hospital in order to achieve sustainable development and improve management efficiency.

Keywords: risk management, medical organization, risk reduction, stability, efficiency

Поступила 12.12.2014

УДК 159.9: 615.851

УТЕНИЯЗОВА Л.А.

*РГП «Больница Медицинского Центра Управления Делами
Президента Республики Казахстан», Астана, Казахстан*

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИКО-ЦЕННОСТНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССИРОВАНИЯ

В статье представлены данные, как психологи должны строить конституционально - ориентированный коррекционный процесс, который бы способствовал социально-психологической адаптивности, толерантности, устойчивости индивидуального барьера психической адаптации, компенсаторных возможностей личности подростка в отношении биологических, психологических, информационных и иных патогенных стрессоров. Оказываемая специализированная психологическая помощь должна иметь свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию. Определена важность роли групповой психологической коррекции с целью изменения своего отношения к социальному окружению и к собственной личности.

Ключевые слова: психологическая коррекция, психологическое вмешательство, психотерапия, социальное стрессирование, специализированная психологическая помощь.

Социально-стрессовые, информационные, экологические и другие экзогенные факторы, деструктивно влияющие на конституционально-типологическую основу личности подростка, периодически приводят к снижению функциональной активности индивидуального барьера психической и психологической адаптации, истощают психобиологические ресурсы и резервы личности и компенсаторные механизмы, которые, в свою очередь, перестают полноценно выполнять свои функции по укреплению, защите мест наименьшего сопротивления в личностно-характерологической, психобиологической структуре личности [И.В. Боев].

В словаре русского языка [С.И.Ожегов] дается определение помощи - содействие кому-нибудь в чем-нибудь, участие в чем-нибудь, приносящее облегчение. В основном, помощь рассматривается как медицинская - лечебно-профилактические мероприятия, осуществляемые при болезнях, травмах, отравлениях, родах [244].

Часто психологическую помощь рассматривают как психологическое вмешательство или психологическую интервенцию - вид, тип, форму психологического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов.

Психологические интервенции, или клинико-психологические интервенции, по мнению Перре и Бауман, составляют сущность психотерапевтического вмешательства.

С точки зрения указанных авторов, клинико-психологические интервенции характеризуются:

- 1) выбором средств (методов);
- 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация);
- 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений;
- 4) теоретической базой (теоретическая психология);
- 5) эмпирической проверкой;
- 6) профессиональными действиями.

Методы клинико-психологических интервенций - это психологические средства, которые выбирает психолог, психотерапевт. Они могут быть вербальными или

невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуемыми в контексте взаимоотношений и взаимодействий между клиентом или клиентами (теми, кто нуждается в помощи) и психологом, психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает).

Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии.

Клинико-психологические интервенции, выполняющие функцию лечения (терапии) и частично реабилитации, являются по своей сути психотерапевтическими интервенциями. Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели, так и на конкретные, более близкие цели. Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия.

Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности, они должны всегда осуществляться профессионалами.

Перре и Бауман подчеркивают, что три последние характеристики (теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка и профессиональные действия) являются существенными для разграничения клинико-психологических интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Сходных взглядов придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три цели клинико-психологической интервенции в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактику, терапию и реабилитацию.

Клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапия. Исходя из понимания психотерапевтического вмешательства как общей стратегии поведения психотерапевта, непосредственно связанной с теоретической ориентацией, можно выделить три основных типа: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический). Каждый из них характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Кроме психотерапии существует психологическая коррекция как «направленное психологическое воздействие на те или иные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и формирования личности» с.89).

Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 70-х годов. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего, групповой.

Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили, преимущественно, теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были за счет базового психологического образования в то время более подготовлены к такого рода деятельности, во всяком случае, к работе в качестве групповых психотерапевтов.

Но поскольку психотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только врач, имеющий высшее медицинское образование, то распространение термина «психологическая коррекция» в определенной мере было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог

— психологической коррекцией. Однако вопрос о соотношении понятия «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, причем здесь можно указать на две основные точки зрения.

Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия». Однако при этом не учитывается, что психологическая коррекция, как направленное психологическое воздействие, реализуется не только в медицине (можно указать две основные области ее применения: психопрофилактика и собственно лечение — психотерапия), но и в других сферах человеческой практики, например, в педагогике.

Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию.

Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики.

Однако такое жесткое ограничение сферы применения психологической коррекции в медицине представляется в определенной степени искусственным.

Во-первых, если подобные представления кажутся вполне убедительными в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов, например, полностью развести понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удастся, так как невроз — это заболевание динамическое, при котором не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в значительной степени включает

в себя и вторичную профилактику.

Во-вторых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе.

Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания определяет направленность психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии.

Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных психотерапевтических систем, направленных на личностные изменения).

Следует также подчеркнуть, что как психотерапия, так психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психотерапии, которые пересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство -психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство,

понимается как целенаправленное психологическое воздействие.

Они реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологические вмешательства в медицине (клинико-психологические

вмешательства), как уже указывалось ранее, также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации.

И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают.

Возможно, наиболее точным и адекватным был бы термин «психологическое вмешательство с целью психологической коррекции», однако это слишком громоздко. В отечественной литературе более распространенным является понятие «психологическая коррекция», а в зарубежной — «психологическое вмешательство».

В современной психотерапии теоретические проблемы приобретают особое значение. С одной стороны, значимость теории обусловлена распространением в последние годы множества самых разнообразных методов психотерапии, достаточно широко используемых в практике, но при этом далеко не всегда имеющими соответствующую теоретическую базу.

С другой стороны, при обоснованности метода определенной, теоретической концепцией, последняя не всегда в полной мере осознается даже профессиональными психотерапевтами. Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение» («дефект», «патология»), и определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять.

Мы рассмотрели подходы к проблеме определения нормы-патологии. В медицине в целом существует четкое соответствие между представлениями о норме, патологии и системе воздействий (лечении), в психотерапевтической практике такое соответствие просматривается далеко не всегда. Если речь идет не просто о симптоматическом лечении, а о психотерапии, направленной на личностные изменения, то здесь в качестве теории психотерапии выступает теоретическая психология, в частности, психология личности.

При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, поведенческая и гуманистическая, «опытная») соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

В рамках каждого из трех основных направлений существует разнообразие школ, но основные теоретические подходы являются общими.

Специализированная психологическая помощь, описанная в нашем исследовании, базируется на идеологии и методологии воздействия на личность подростка, находящегося в условиях социально-информационного стрессирования.

Психологическое здоровье правомерно рассматривать с позиций конституционально-психотипологической личностной изменчивости в рамках психологической нормы-акцентуации и пограничной аномальной личности.

Фундаментальная позиция исследования в выборе парадигмальных основ консультативной деятельности. С позиций объектной образовательной парадигмы психолог в рамках такого консультирования формулирует для себя определенную гипотезу по поводу наличия у клиента определенной проблемы и соответственно строит гипотетическую модель личности человека и мотивов его поведения.

При этом часто забывают, что такая гипотеза всегда носит субъективный характер и является трансляцией личности психолога, его собственных установок и образа мира [Г.А. Берулава, 2001]

В ситуациях психологического консультирования психолог подсознательно накладывает на клиента свою субъективность, навязывая ему определенную линию

поведения, исходя из своей гипотезы о его индивидуальности. При этом методы воздействия, используемые психологом, ориентированы на построенную им гипотетическую модель индивидуальности, которая никогда не бывает тождественна реальной.

В этом смысле деятельность психолога всегда феноменологична.

Данное исследование показало, что не каждый, даже в кризисных ситуациях своей жизни, обратится к психологу, не каждый имеет такую возможность, да и в принципе очень трудно ответить на вопрос: какая внешняя ситуация, когда и какое внутреннее состояние могут оказать решающее негативное влияние. Такое воздействие может оказать устойчивая цепь негативных событий, профессиональные проблемы, информационно-стрессовый фактор, однако длительное деструктивное состояние в итоге становится устойчивым для человека и также требует обращения к специалисту.

Тем более, если у подростка наблюдаются признаки аномальной личностной изменчивости в диапазонах конституционально-континуального пространства, которые выходят за пределы нормы-акцентуации, когда осуществляется негативный дрейф в сторону диапазонов пограничной аномальной личности и психопатии, помощь необходима.

Человек - это саморазвивающаяся система, одним из факторов функционирования которой является спонтанность. Поэтому «жесткое» управление такой системой очень редко дает оптимальный эффект. Немаловажно и то, что при построении своей гипотетической модели психолог в значительной степени опирается на методы современной психодиагностики, которые в теоретическом плане не являются достаточно валидными.

Консультационная деятельность практического психолога в русле субъектного подхода осуществляется с ориентацией на создание условий для продуктивного развития личности человека, обратившегося за психологической помощью. Это не работа, направленная на устранение определенных внешних деструктивных поведенческих симптомов, но исследование целостной личности клиента, направленное на выявление значимых очагов конфликта и соответственно просветительская деятельность с целью вооружения его необходимыми знаниями и умениями, помогающими ему в дальнейшем не только в вербализуемой и рефлексивной им ситуации психологического дискомфорта, но во всех других экстремальных и просто проблемных жизненных ситуациях.

С другой стороны, навязывание клиенту в процессе оказания психологической помощи определенного типа поведения, в соответствии с ложной гипотетической моделью, может иметь не просто индифферентные, но и отрицательные последствия. При этом психолог в соответствии со своей социальной ролью, несомненно, оказывает на субъекта внушающее воздействие.

Проанализируем причины отрицательного результата психологического консультирования.

Отрицательный результат может быть получен, если психолог не способен провести грамотную диагностику, увидеть признаки аномальной личностной изменчивости в диапазонах конституционально-континуального пространства, которые выходят за пределы нормы-акцентуации, негативного дрейфа в сторону диапазонов пограничной аномальной личности и психопатии, пропускает важную информацию; если действия психолога неконструктивны, если он слишком старается воздействовать на другого человека, реагирует не на клиента, а на самого себя; если психолог неверно воспринимает жалобы клиента, желаемое принимает за действительное, что приводит к симуляции симптомов; если он дает очевидные и банальные советы; личную заинтересованность в содержании интервью; уходит от профессионального взаимодействия в бытовое; использование специальной, редко употребляемой в быту

терминологии; стремление психолога занять собой и своими личными проблемами и высказываниями большую часть времени; навязывание своего мнения интервьюируемому; эмоциональное воздействие через оценку качеств интервьюируемого; отсутствие четких целей интервью; уличение интервьюируемого в неискренности, стремление «поймать» его; постоянные апелляции к мнению других людей; попытка подведения отдельной индивидуальности под условные типологии личности и т.д. [Г.С. Абрамова, 2000].

Чтобы помочь человеку противостоять негативным воздействиям на его личность со стороны других людей, а также влияниям событий его собственной жизни, очень важно дать ему психологическую подготовку. Речь собственно идет о том, что психологическая помощь нужна не только в экстремальных ситуациях, когда реально уже трудно что-либо изменить, а ежеминутно и ежечасно, чтобы он стал истинным хозяином своей жизни, своей судьбы.

Именно в этом и состоит гуманистический подход к психологической подготовке личности. Соответственно в рамках гуманистической парадигмы роль психологических знаний в жизни каждого человека резко возрастает.

Гуманистический подход в психологическом консультировании означает смещение акцентов с моделирования гипотетических механизмов тех или иных подсознательных напряжений на аналитическое понимание реальной жизни клиента как манифестации его свободной воли. Психологическая помощь предлагает субъекту осознание своей сущности, своего места в обществе коллективе, познание своих психологических особенностей, своих возможностей, состояний и т.д.

В процессе консультирования психолог должен учитывать, что самосознание в психической деятельности личности выступает как особо сложный процесс опосредованного познания себя, развернутый во времени, связанный с движением от единичных ситуативных образов через интеграцию множества таких образов в целостное образование — в понятие своего собственного «Я» как субъекта, отличного от других субъектов.

Каждый акт самосознания — это взаимодействие самопознания и самоотношения. Взаимодействие самопознания и самоотношения в едином целостном акте самосознания определяет их единство. Психологу необходимо учитывать, что феномен самосознания характеризуется ярко выраженными процессуальными параметрами, т.е. высокой степенью изменчивости.

Процессуальность самосознания обнаруживается как в динамике его содержательной, смысловой стороны, так и в динамичных проявлениях способов его реализации и, прежде всего, в процессе саморегулирования поведения. В соответствии с этим познание психологом личности другого человека не приводит к конечному, абсолютно завершённому знанию.

Любой объект познания, а человек в этом качестве особенно, является неисчерпаемым. Нередко наблюдается расхождение между реальными изменениями человека и тем, что отражается им в образе самого себя; это происходит тогда, когда новое в психическом развитии человека еще не стало содержанием его знания. Тем более заметным будет расхождение между реальным содержанием психической жизни клиента и тем, как ее фиксирует для себя психолог.

В реальной работе психолог, психотерапевт может использовать все эти стратегии в зависимости от особенностей ситуации и ее динамики; осознанный выбор стратегии и способность ее сменить и является областью его профессиональной компетенции.

Несмотря на некоторую условность границ между обозначенными стратегиями, можно отметить, что в первых пяти видах помощи (давание совета, предоставление информации, прямые действия, обучение, системные изменения) предполагается больший вес экспертных функций консультанта, тогда как в последнем виде стратегии предполагается, что сам клиент является экспертом в своей ситуации, а роль

консультанта больше заключается в обеспечении возможностей для работы клиента ("facilitation"). Подчеркнем, что эта последняя роль посредника между клиентом и его (клиента) собственными способностями работать над собой и ситуацией требует очень высокой профессиональной подготовки от консультанта; менее опытные консультанты обычно так или иначе в процессе работы с клиентом сдвигаются в сторону менее нейтрального стиля, чем стиль "фасилитатора".

Кроме того, возможно выделять различные виды консультирования в соответствии с различными принципами классификации, например, индивидуальное и групповое консультирование предъявляет различные требования к профессиональным навыкам и умениям консультанта. Можно разделять типы консультирования по принципу показаний в консультировании, например, развивающее консультирование (developmental counselling) в противо-положность консультированию в ситуации кризиса, переживаемого клиентом (crisis counselling). Состояние психологического кризиса может сопровождать такие жизненные ситуации как, например, утрата близкого человека ("острое горе" - "acute grief), значительные изменения жизненных обстоятельств ("transition"), смена социальной роли и т.п.

Многообещающей для развития методологии психотерапии и консультирования может оказаться идея Б. Карвасарского [1985] о возможности выделения 4-х моделей психотерапии: медицинской, психологической, социологической и философской. Можно спорить о конкретном содержании, вкладываемом автором в каждую модель, но, повторяем, сама идея при её развитии может представить психотерапию уже не в одномерном, а многомерном пространстве различных дисциплинарных подходов.

На наш взгляд, для уменьшения степени терминологической неопределенности следовало бы провести различия между клинической и неклинической психотерапией и между клиническим (медицинским) и психологическим консультированием.

Кроме того, целесообразным в каждом конкретном реальном случае работы с клиентом является определение характера психотерапевтической помощи, в которой он нуждается, исходя из ряда факторов, в том числе и идущих от клиента, и последующее разделение (распределение) и координация ответственности за психотерапевтический процесс между представителями медицинской и психологической служб.

В отечественной практике такие первые шаги сделаны Б. Карвасарским с сотрудниками в виде создания нормативных документов для психотерапевтической практики в лечебных учреждениях.

Формы, которые начинает принимать психотерапевтическая практика у нас в стране, начинают вызывать серьезные опасения специалистов: как медиков, так и психологов.

Одной из гарантий профессионализма оказываемой помощи является, как мы уже подчеркивали, осознанное последовательное применение психотерапевтом целостной и проинтегрированной им личностно теоретико-практико-ценностной концепции, без которой не может существовать ни один акт взаимодействия между ним и клиентом.

Кроме отчетливой тенденции поисков критериев дифференциации различных подходов в консультировании и психотерапии, прослеживается стойкая тенденция и к образованию новых, уже интегративных (основанных на "синтезе" определенных уже существовавших подходов) направлений, по поводу которых также ведутся дискуссии об их классификационной принадлежности.

Так, например, ряд теоретиков и практиков не видят в психотерапии новой волны ничего нового, кроме перефразирования, упрощений и технологизации предшествующих психотерапевтических теорий, и считают, что в теоретическом плане все существенные открытия связаны с именами З. Фрейда, К. Юнга, Б. Скиннера, К. Роджерса. [И.В. Вачков, 1995].

Возникшее в начале 30-х годов на Западе "групповое обучение" как новое научно-практическое направление, ориентировалось на решение социальных и социально-психологических проблем людей и к настоящему времени приобрело статус одного из самых популярных методов психологической помощи людям. "Групповое обучение" сегодня представлено таким многообразием конкретных методических подходов, обусловленных различными теоретическими ориентациями, что задача всеохватывающей классификации становится чрезвычайно трудноразрешимой.

Проводить такую классификацию представляется целесообразным не только по содержательным аспектам и идейно-теоретическим истокам, но и по формальным признакам и организационным целям, поскольку многие виды групп являются эклектическим и синтезирующим конгломератом различных идейных подходов.

Тем не менее, бесспорно можно говорить о наличии ключевой и ведущей идеи, объединяющей почти все имеющиеся в практической психологии подходы: стремление помочь развитию личности путем снятия ограничений, запретов, комплексов, освобождения ее потенциала; это идея изменения, трансформации человеческого «Я» в динамично изменяющемся мире.

По этому поводу А.Ф. Бондаренко очень справедливо замечает: "Выраженная в различных терминах, составляющих синонимический ряд лексем: "развитие", "рост", идея изменения, связанная с развитием и актуализацией личностного потенциала, соотносится с идеей и понятием индивидуации К.Юнга, самоактуализации А. Маслоу, личностного роста К. Роджерса и, в целом, выражает некий общепризнанный ценностный конструкт, отражающий реинтеграцию личностного "Я" на основе нового опыта и готовности к восприятию нового опыта" [А.Ф. Бондаренко, 1991].

Иными словами, речь идет о фактическом воздействии на те или иные составляющие индивидуально-типологические особенности личности, которое осуществляется в медицинской психотерапии и во всех видах групповой психокоррекционной работы, даже в тех, где подобная задача является второстепенной или совсем не ставится и не осознается.

Поэтому, разрабатывая оптимальный метод преодоления деструктивных воздействий на личностные и профессиональные черты психолога, мы должны рассмотреть и проанализировать возможно более широкий спектр тренинговых групп, представленных в западной практической психологии.

Вместе с тем, мы считаем необходимым обозначить различие между этими понятиями.

Под психотерапией в настоящее время принято понимать комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях.

Условно различают клинически ориентированную психотерапию, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и личностно ориентированную психотерапию, которая стремится помочь человеку изменить свое отношение к социальному окружению и к собственной личности.

Групповая психологическая коррекция определяется как направленное психологическое воздействие на те или иные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности [Г.Л. Исурина, 1990].

В связи с этим важное значение приобретает групповая психотерапия, предоставляющая большие возможности для осознания клиентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками группы.

В качестве исходных положений использован комплекс идей о человеке как активном субъекте, познающем и преобразующем мир и самого себя в процессе деятельности, о диалектическом единстве актуального и потенциального как

сущностных характеристиках категории развития, о самореализации и становлении индивидуальности.

Полученные результаты комплексных исследований аномальной личностной изменчивости подростков дают основания для теоретических конструкций и практических разработок, адекватных для индивидуальных психологических и терапевтических технологий, когда учитывается не только личностный психотип, но и регистр, место обследуемого в конституционально-континуальном пространстве.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. - Ставрополь, 1999.
2. С.И.Ожегов «Словарь русского языка" (1949, 22-е издание, 1990); с 1992 - "Толковый словарь русского языка", совместно с Н. Ю. Шведовой).
3. Пеппе и Бауман -Niederland W.G.Psychiatric disorders among persecution victims// Journal of Nervous and Mental Disease.-1964.-Vol.139.-P.458-474.
4. Берулава Г.А. Методологические основы деятельности современного психолога, 2001г.
5. Абрамова Г.С. Возрастная психология,1999г.
6. Карвасарский Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 303 с.;
7. Вачков И.В. «Введение в профессию»,1995г
8. Бондаренко А.Ф. Оптимизация коммуникативной деятельности учителя на уроке. Киев, 1991г
9. Исурина Г.Л. Механизмы психокоррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений //Групповая психотерапия, М; Медицина,1990г.

Түйін

Өтениязова Л.А.

"Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының ауруханасы" РМК, Астана, Қазақстан

ӘЛЕУМЕТТІК СТРЕСС ЖАҒДАЙЫНДА ЖАСӨСПІРІМДЕРГЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ-ПРАКТИКАЛЫҚ-ҚҰНДЫЛЫҚТЫ ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ

Жасөспірімдердің тұлғалық өзгерістері процесінде жеке-типологиялық (биологиялық қалыптасқан) ерекшеліктермен қоса ортаның әлеуметтік-ақпараттық жағдайлары да шешуші рөл атқарады, сондықтан әлеуметтік стресс жағдайларында жасөспірімге психологиялық көмек көрсетудің өзектілігі айқын.

Мақалада жасөспірімнің жеке тұлғасының биологиялық, психологиялық, ақпараттық және өзге де патогендік стрессорларға қатысты әлеуметтік-психологиялық бейімділігіне, төзімділігіне, психикалық бейімділіктің жеке бөгенінің тұрақтылығына, компенсаторлық мүмкіндіктеріне ықпал ететін конституционалдық бағытталған түзету процесін психологтердің қалай құруы керектігі жөніндегі деректер ұсынылған.

Көрсетілетін мамандандырылған психологиялық көмектің өз теориясы мен әдіснамасы, жеке санаттық аппараты мен терминологиясы болуы тиіс. Әлеуметтік қоршаған ортаға және жеке өзіне деген көз қарасты өзгерту мақсатында топтық психологиялық түзету рөлінің маңыздылығы анықталды.

Кілтті сөздер: психологиялық түзету, психологиялық араласу, психотерапия, әлеуметтік стресс (күйзеліс) себепшісі, мамандандырылған психологиялық көмек.

Summary

*Uteniyazova L.A.
Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration
of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan*

THEORETICAL PRACTICE AND VALUE CONCEPT OF PSYCHOLOGICAL CARE FOR ADOLESCENTS WITH SOCIAL OF STRESSING

A leading role in the process of individual changes of teenagers besides individual-typological (biologically formed) peculiarities have social-informational conditions.

Taking into account the actuality of psychological assistance for teenagers under the social stressing conditions in this case is vivid.

The psychologists are to form constitutional-oriented process that would provide social-psychological adaptation, tolerance, stability of individual barrier against compensatory individuals possibilities of teenagers in biological, psychological informational and other pathogen stresses.

This specialized psychological assistance is to have its own theory and methodology, categorical instrument and terminology.

In this article the author has determined an importance of group role of psychological correction for changing the attitude to the social society and individual.

Key words: psychological correction, psychological invasion, psychotherapy, social stressing, psychological assistance.

Поступила 28.11.2014г

УДК 616-056.3

ТУСУПБЕКОВА Г.М., СЫЗДЫКОВА А.А., АН В.А.
*РГП «Больница Медицинского Центра Управления Делами
Президента Республики Казахстан», Астана, Казахстан*

КАК ЗАПОДОЗРИТЬ У СЕБЯ АЛЛЕРГИЮ?

В статье представлен обзор клинических проявлений основных аллергических заболеваний, которые являются актуальной проблемой практического здравоохранения. Высокая распространенность аллергических заболеваний связано с отсутствием специалистов - аллергологов в городских медицинских учреждениях, отсутствие достаточных знаний пациентов о своем заболевании и навыков самоконтроля.

Ключевые слова: аллергия, поллиноз, анафилактический шок

Конец XX и начало XXI века характеризуется прогрессивным ростом аллергических и иммунозависимых состояний. Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей.

Однако, несмотря на все достижения с разработыванием и внедрением в практику новых препаратов, с высокими требованиями к их эффективности и безопасности, удобству применения, до сих пор сохраняются высокие показатели

частоты обострений аллергических заболеваний, обращений пациентов за скорой медицинской помощью, инвалидности и смертности. Одной из причин недостаточного эффекта терапии являются отрывочные знания больных о своем заболевании, профилактике обострений, соблюдении гипоаллергенного режима и уменьшении контакта с причинными аллергенами. У больных отсутствуют навыки самоконтроля и оказания себе первой помощи при развитии острых аллергических реакций или обострении хронических заболеваний.

Наиболее частой ассоциацией является бронхиальная астма и аллергический ринит. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, около 75% больных бронхиальной астмой имеют аллергический ринит, а среди больных аллергическим ринитом от 20% до 40% страдают бронхиальной астмой. Ринит нередко предшествует бронхиальной астме и рассматривается многими исследователями как фактор риска развития астмы.

Аллергический ринит (АР) — это заболевание, которое развивается в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа, формирования аллергического воспаления, и проявляющегося четырьмя основными симптомами: выделениями из носа, затруднением носового дыхания, чиханием и зудом в полости носа. Выраженность основных симптомов различна. У одних больных преобладает заложенность носа, у других чихание и ринорея изредка наряду с основными симптомами у больных возникает головная боль, нарушение обоняния. При осмотре обращает внимание приоткрытый рот, темные круги под глазами, мацерация кожи над верхней губой. Выделяют *Персистирующий* аллергический ринит (ПАР) и *Интермиттирующий* аллергический ринит (ИАР). Причиной ПАР чаще всего бывают аллергены клещей домашней пыли, тараканов, плесневых грибов, перо подушки, эпидермальные аллергены. (Симптомы ПАР присутствуют в течение года, но выраженность их изменяется в зависимости от сезона, погодных условий, что связано с концентрацией в воздухе клещей или спор и мицелия плесневых грибов. При легком течении ПАР симптомы возникают в основном при контакте с аллергеном — уборке квартиры, контакте с кошкой и проходят самостоятельно после прекращения экспозиции аллергена либо в результате лечения. Проявления ПАР могут быть обусловлены действием профессиональных факторов.

ИАР вызывается пылью растений. В соответствии с периодами цветения растений наблюдается три волны ИАР. Весной это деревья, летом — луговые травы и в конце лета и осенью - сорные травы. Симптомы ИАР могут развиваться и вне сезона цветения растений при употреблении в пищу продуктов, содержащих перекрестно реагирующие аллергены.

Замечено, что часто АР предшествует развитию бронхиальной астмы, синусита, отита, инфекций верхних дыхательных путей, поллиноза. Следовательно, своевременная диагностика АР, может привести к раннему выявлению бронхиальной астмы. Кроме этого, проведение элиминационных мероприятий и специфической иммунотерапии АР является профилактикой астмы у больных АР.

Аллергический конъюнктивит (АК) — аллергическое воспаление конъюнктивы характеризуется гиперемией и отеком век, зудом, слезотечением, светобоязнью. АК часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями: АР, бронхиальной астмой, атоическим дерматитом. Значительно реже встречается изолированное аллергическое поражение глаз. Выделяют круглогодичную и сезонную формы АК.

Поллиноз — это заболевание, обусловленное аллергией к пыльце растений, характеризуется развитием аллергического воспаления слизистых, преимущественно органов дыхания и глаз. Наиболее частыми симптомами поллиноза являются интермиттирующий аллергический ринит, интермиттирующий аллергический конъюнктивит и бронхиальная астма. К более редким симптомам относятся крапивница, отеки Квинке, контактный дерматит, аллергический вульвит. Симптомы поллиноза появляются ежегодно в одни и те же сроки, совпадающие с периодом цветения причинных растений. В сухую и ветреную погоду, когда содержание пыльцы в воздухе является максимальным, самочувствие больных ухудшается.

Крапивница — это заболевание, характеризующиеся появлением уртикарных высыпаний и кожным зудом.

Отек Квинке характеризуется отеком кожи и подкожной клетчатки, а также слизистых оболочек различной локализации. Отеки плотные, безболезненные, локализуются в местах с развитой подкожно-жировой клетчаткой. Наиболее часто это лицо, конечности, язык, мягкое небо, гортань. Крапивница сочетается с отеком Квинке приблизительно в половине случаев. Отек Квинке в 90% случаев протекает с крапивницей.

Наиболее частыми причинами развития крапивницы и отека Квинке являются: лекарственные препараты, пищевые продукты, яд перепончатокрылых насекомых (пчел и ос), бытовые, эпидермальные, пыльцевые аллергены.

Например: появление симптомов крапивницы у больного ПАР с аллергией к домашней пыли после участия в уборке квартиры; острая крапивница у ребенка с эпидермальной аллергией после контакта с кошкой.

Тяжесть течения заболевания может быть различной — от единичных волдырей, которые проходят самостоятельно, до обильных высыпаний, нередко сливных, возможно повышение температуры, слабость, снижение артериального давления. При развитии отека в области гортани, трахеи, бронхов появляется осиплость голоса, лающий кашель, возможна асфиксия. При поражении желудочно-кишечного тракта появляются боли в животе, тошнота. При поражении центральной нервной системы — головокружение, головная боль, тошнота, рвота.

Для больных аллергическими заболеваниями важно знать, что крапивница и отек Квинке могут предшествовать развитию анафилактического шока (например — на ужаление пчелы).

Атонический дерматит (АД) — хроническое заболевание, основой которого является аллергическое воспаление кожи, клинически характеризуется полиморфизмом кожных проявлений (эритема, отек, экссудация, лихенификация, папулезные высыпания), выраженным зудом кожи. АД протекает с определенной возрастной динамикой клинической картины. Первые проявления АД обычно возникают в грудном возрасте и часто связаны с введением прикорма. Преобладают кожные экзематозные проявления с преимущественной локализацией на лице. С возрастом экссудативные проявления уменьшаются, преобладают лихеноидные и пруригинозные высыпания.

АД является наиболее частым клиническим проявлением пищевой аллергии. Родителям больных детей важно знать, что АД часто предшествует появлению симптомов бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний. Лечение АД и профилактику других аллергических заболеваний следует начинать как можно раньше.

Латексная аллергия (ЛА). Рассматривается вопрос о распространении латексной аллергии не только у медицинских работников, использующих латексные перчатки, но и в быту (игрушки из латекса, презервативы, ткани, спринцовки, катетеры и т.д.). Аллергия на металлические изделия возникает чаще при использовании бижутерии или изделия из никеля, зубных протезов.

Лекарственная аллергия (ЛА). Клинические проявления ЛА отличаются полиморфизмом. Наиболее часто — это кожные проявления (крапивница, отек Квинке, контактный аллергический дерматит, реже — фиксированная эритема, буллезные дерматозы и др.). Значительно реже возможны аллергические поражения внутренних органов.

Одним из самых тяжелых проявлений ЛА является анафилактический шок.

Инсектная аллергия. Наибольшее клиническое значение имеет аллергия на укусы перепончатокрылых. Аллергические реакции на укусы пчел, ос и других перепончатокрылых развивается быстро - в течение нескольких минут. Характерны следующие симптомы: генерализованный зуд, уртикарные высыпания, общее возбуждение, отек лица, языка, гортани, спазм гладкой мускулатуры бронхов. Наиболее тяжелым проявлением является анафилактический шок.

С каждым последующим укусом тяжесть аллергической реакции, как правило, возрастает. Проявления аллергии могут угрожать жизни больного. Кроме этого, следует учесть, что реакция развивается чаще всего за городом, на даче, поэтому больному жизненно важно знать меры по предупреждению укусов и по оказанию самопомощи в случае укуса насекомым.

Риск смерти в результате системных реакций увеличивается с возрастом. У пожилых людей бригада «скорой помощи» или родственники могут ошибочно заподозрить инфаркт миокарда или нарушения мозгового кровообращения и не оказать своевременной адекватной помощи. Поэтому больным с инсектной аллергией следует иметь при себе паспорт больного с указанием диагноза.

Анафилактический шок (АШ) — генерализованная аллергическая реакция, сопровождающаяся резким снижением артериального давления и нарушением кровоснабжения жизненно важных органов. АШ является наиболее тяжелым проявлением аллергии, угрожающим жизни больного и требующим проведения неотложной терапии.

Наиболее часто АШ вызывают лекарственные препараты, укусы перепончатокрылых и пищевые продукты.

В период предвестников через несколько минут после воздействия аллергена появляется чувство тревоги, страха, озноб, слабость, головокружение, шум в ушах, онемение языка, губ, пальцев рук, боль в животе, затрудненное дыхание, крапивница и отек Квинке. При тяжелом течении АШ период предвестников отсутствует.

Период разгара характеризуется бледностью кожных покровов, цианозом губ, холодным потом, потерей сознания, резким снижением артериального давления, одышкой, непроизвольными дефекацией и мочеиспусканием.

Период выхода из АШ продолжается 3-4 недели. Сохраняется слабость, головная боль, нарушения памяти, могут развиваться серьезные осложнения — инфаркт миокарда, аллергический миокардит, нарушения мозгового кровообращения и другие.

Принципы диагностики, терапии и профилактики аллергических заболеваний. В диагностике аллергии основная роль отводится тщательному анализу истории жизни и заболевания пациента.

Противопоказания к проведению кожных проб:

- Обострение основного заболевания
- Острые инфекционные заболевания
- Тяжелые хронические заболевания (скомпенсированные заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы, онкологические, аутоиммунные, психические заболевания)
- Беременность и лактация
- Дети младшего возраста
- Необходимость приема антигистаминных препаратов
- Наличие кожных заболеваний в случае наличия противопоказаний к постановке кожных проб, больному следует провести лабораторные тесты с определением общего и специфических иммуноглобулинов класса IgE. Необходимо сопоставлять данные, полученные в результате обследования, с клиническими проявлениями заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лусс Л.В. Хроническая рецидивирующая крапивница, проблемы диагностики и терапии. Роль антигистаминных препаратов в лечении крапивницы. Русский Медицинский Журнал 2003, том 11, №5 (<http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t11/n5/302.htm>)
2. Л.А. Горячкина, Н.М. Ненашева, Е.Ю. Борзова. Крапивница. Лечащий врач, 2003, №9. (<http://www.osp.ru/doctore/2003/09>).
3. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. Перевод с английского под ред. акад. РАМН Чучалина А.Г., 252-273
4. Annesi-Maesano I. (1999) Epidemiological evidence of the occurrence of rhinitis and sinusitis in asthmatics. Allergy, 54 Suppl. 57: 7–13.
5. Bachert C., Patou J., Van Cauwenberge P. (2006) The role of sinus disease in asthma. Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol., 6(1): 29–36.
6. Bousquet J., Vignola A.M., Demoly P. (2003) Links between rhinitis and asthma. Allergy, 58(8): 691–706.

Түйін

*Түсіпбекова Г.М., Сыздықова А.А., Ан В.А.
"Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының ауруханасы" РМК, Астана, Қазақстан*

**ӨЗІНДЕ АЛЛЕРГИЯНЫҢ БАР- ЖОҒЫН ҚАЛАЙ
АНЫҚТАУҒА БОЛАДЫ?**

Мақалада практикалық денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып табылатын негізгі аллергиялық аурулардың клиникалық көріністеріне шолу ұсынылған. Аллергиялық аурулардың кеңінен таралғандығы қалалық медициналық мекемелерде алерголог мамандардың жоқтығына, пациенттердің өз ауруы туралы білімдерінің жеткіліксіздігіне және өзін өзі бақылау дағдыларының қалыптаспағанына байланысты.

Кілтті сөздер: аллергия, поллиноз, анафилактикалық шок

Summary

*Tusupbekova G.M., Syzdykova A.A., AN V.A.
RSE "Hospital of Medical Center of President's Affairs
of the Republic of Kazakhstan", Astana, Kazakhstan*

HOW TO SUSPECT THAT AT ALLERGIES?

The article provides an overview of the main clinical manifestations of allergic diseases which are the actual problem of practical public health. The high prevalence of allergic diseases due to the lack of specialists - allergists in urban health facilities, the lack of sufficient knowledge of the patients about their disease and self-management skills.

Key words: allergies, hay fever, anaphylactic shock

Поступила 24.10.2014

**«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН
ҚАУІПСІЗДІГІН ҰЙЫМДАСТЫРУ АСПЕКТТЕРІ» ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ
КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ
МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН»
MATERIALS OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE "MODERN
ASPECTS OF QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL CARE AND PATIENT SAFETY IN
KAZAKHSTAN"**

*Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан
7 ноября 2014 года, Астана*

В Астане прошла Международная конференция «Современные аспекты управления качеством медицинской помощи и безопасности пациентов в Республике Казахстан», организованная Медицинским центром Управления делами Президента Республики Казахстан совместно с АО «Центр медицинских технологий и информационных систем».

Формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи остается одной из наиболее актуальных проблем современного отечественного и зарубежного здравоохранения. Проблема менеджмента качества медицинских услуг имеет особую актуальность, так как в процессе оказания медицинской помощи населению каждая оказанная услуга является непосредственным звеном в цепи действующих причин последующих результатов лечения и профилактики.

В работе конференции приняло участие более 120 участников-руководители и специалисты, отвечающие за контроль качества медицинских услуг республики, были приглашены спикеры из одних из ведущих клиник Астаны, а также Алматинских крупных организаций.

На конференции были представлены доклады по актуальным направлениям качества медицинской помощи и безопасности пациентов, в т.ч. по вопросам организации внутреннего аудита качества медицинских услуг, Европейской модели делового совершенства, опыта внедрения международных стандартов JCI, обеспечение безопасности пациентов в многопрофильных клиниках, совершенствование потенциала медицинских работников и др.

ВОЩЕНКОВА Т.А.

*Председатель Правления АО «Национальный научный центр
материнства и детства», Астана, Казахстан*

**ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ В АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МАТЕРИНСТВА И
ДЕТСТВА»**

Понимание внутреннего аудита как объективной оценки соответствия деятельности каждого внутренним стандартам – основное предназначение службы внутреннего аудита ННЦМД.

Ключевые понятия

- **Аудит – лат. Audit – слушает**
- **Внутренний аудит** – служба, включающая в себя систему контроля над соблюдением установленного порядка и надежности функционирования системы внутреннего контроля с целью выявлять и оценивать риски и вырабатывать мероприятия, направленные на снижение этих рисков и повышение эффективности внутренних процессов.
- **Качество – соответствие стандартам.**
- **Качество медицинской помощи** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
- **Внутренний аудит качества медицинских услуг – объективная оценка соответствия деятельности каждого внутренним стандартам Общества.**

Рисунок 1 – Ключевые понятия КМП

ННЦМД - акционерное общество, работающее по правилам корпоративного управления. Собственник Общества – Назарбаев Университет, который передал полномочия управления нашим Обществом в составе 6 дочерних организаций АО «Национальный медицинский холдинг» (НМХ). Аутсорсинговые услуги в области охраны, питания ИТ сопровождения, сервисно-хозяйственной деятельности. Кроме того, лабораторные услуги мы покупаем у Республиканского диагностического центра (РДЦ), в текущем году в РДЦ передали поликлинические услуги. На рынке медицинских услуг более 7 лет, наши пациенты – дети и женщины, направления деятельности: педиатрия и детская хирургия, акушерство и гинекология, занимая более 15% высокоспециализированной медицинской помощи матери и ребенку по РК .

В составе Центра – 500 коек, более 50 тыс. кв. метров площади. Наши активы 20 млрд тенге, финансовый результат стабильно улучшается, хотя с учетом амортизации (которая не возмещается) мы только в текущем году впервые рассчитываем получить положительный финансовый результат. Общий штат 1353 человек, число оборудования 2567, стоимость оборудования 5,3 млрд тенге, стоимость здания 11,7 млрд тенге, бюджет 5,1 млрд тенге.

АО «ННЦМД» имеет международную аккредитацию в течение 3 лет в области безопасности пациентов и качества лечения, а также ИСО в области гематологических лабораторных исследований.



Рисунок 2 – Динамика финансового результата АО «ННЦМД» за 2011-2014 годы

Совершенно очевидно, что если сосредоточиться на качестве, то снизятся и затраты, и увеличатся доходы. Сосредоточение только на финансовой цели снижает возможный потенциал, поэтому Обществом в 2011 году разработана, и с тех пор при необходимости, меняется и пополняется по мере выполнения Программа по улучшению качества и безопасности пациентов. В основе Программы – Политика управления качеством медицинских услуг и безопасности пациентов АО «НМХ», Постановление Правительства РК № 1577 «Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии для больниц, 5-тое издание от 1 апреля 2014 года, Чикаго, США.

Согласно этой Программы действующая структура по управлению качеством начинается с уровня пациента:

- *Пациенты* - очень важный источник объективной информации и инициатив по улучшению качества, проводится анкетирование не менее 50% выписанных пациентов, звонок до и после полученного лечения, анкетирование, жалобы и обращения.
- *Клинический и неклинический персонал*, напрямую взаимодействуя с пациентом с одной стороны, и призванный исполнять разработанные политики и стандарты в своей работе, является самым объективным источником предложений по их изменениям.
- *Внешние поставщики*, которых становится все больше по мере централизации услуг на уровне НМХ и передачи немедицинских функций в аутсорсинг, приобретают все большее значение.
- Еще один уровень управления качеством – *проблемные комиссии Общества* по летальности, инфекционному контролю, работе с жалобами и обращениями.

Таким образом, на первом уровне (внутренний контроль) мы получаем наибольшую информацию о ситуации с одной стороны и наиболее число предложений по улучшению практики, с другой. Именно поэтому работа с этим уровнем сконцентрирована на отделе менеджмента качества и безопасности медицинских услуг, выполняющего функцию внутреннего аудита для Центра. Отдел менеджмента качества работает в реальном режиме, на уровне предупреждения реализации возможных рисков.

- Коллективным органом, объединяющим деятельность отдельных подразделений Общества на улучшение качества является *Госпитальный Совет*, именно здесь утверждаются стандартные операционные процедуры, дается оценка деятельности отдельных подразделений и преемственности.
- *Правление* несет ответственность за выполнение всех мероприятий Программы по улучшению качества и безопасности пациентов и достижение ключевых индикаторов качества.
- *Совет директоров* утверждает Программу, и ежегодно заслушивает отчет правления о ее реализации, инициирует изменения и дополнения. При СД функционирует служба внутреннего аудита, которая получает задание в виде годового плана аудита по наиболее проблемным направлениям, в т.ч. медицинской практики. Они работают по уже свершившимся фактам реализованных рисков, в этом принципиальное отличие от отдела менеджмента качества/

АНА МЕН БАЛА ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ
Ұлттық медициналық холдинг

НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
Национальный медицинский холдинг

Структура управления качеством



Рисунок 3 – Структура управления качеством АО «ННЦМД»

Таким образом, на 7 уровнях реализуются мероприятия по управлению качеством медицинских услуг, и на втором мы получаем оценку эффективности их реализации: для Центра – на уровне отдела менеджмента качества и безопасности пациентов в реальном времени прежде всего мероприятий, предупреждающих реализацию рисков, для Совета директоров – на уровне службы внутреннего аудита – оценка свершившихся рисков за отчетный период.

Отдел менеджмента качества и безопасности услуг:

- Оценивает риски: систематизирует и обобщает полученные данные, рассчитывает вероятность возникновения и значимости последствий, формируем карту рисков.
- Оценивает соблюдение установленного порядка: выборочная оценка отдельных клинических случаев, выявление отклонений от стандартов.

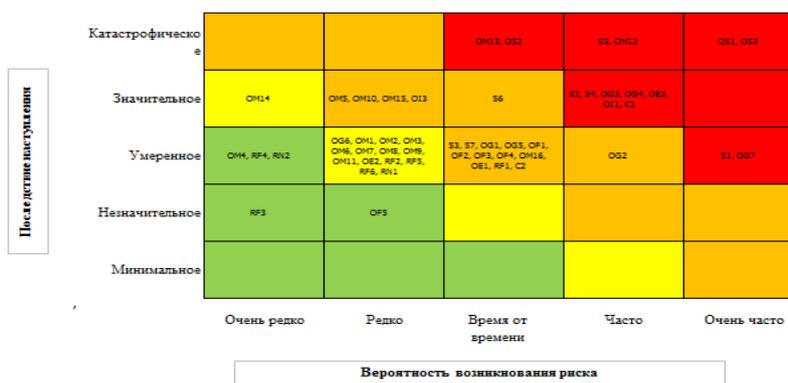
- Оценивает надежность функционирования системы внутреннего контроля: определяет роль медицинских работников в предотвращении этих отклонений.
- Оценивает эффективность мероприятий, направленных на снижение рисков и повышение эффективности внутренних процессов.

Таким образом, анализируя и оценивая, отдел менеджмента качества в рамках единого управленческого процесса фактически осуществляет управление рисками в нашем Обществе.

Карта рисков

Карта рисков разбита на несколько областей, выделенных разным цветом:

- ✓ **красная область** - это риски, которые могут оказать очень большое влияние на финансовое и операционное состояние и (или) имеют очень высокую вероятность возникновения;
- ✓ **оранжевая область** - которые могут оказать большое влияние на финансовое и операционное состояние и (или) имеют высокую вероятность возникновения;
- ✓ **желтая область** - это риски, имеющие умеренное влияние на финансовое и операционное состояние и (или) среднюю вероятность возникновения.
- ✓ **зеленая область** - это риски, имеющие незначительное финансовое и операционное влияние и (или) низкую вероятность возникновения.



Карта рисков позволяет оценить относительную значимость каждого риска (по сравнению с другими рисками).

Рисунок 4 – Карта рисков АО «ННЦМД»

Карта рисков формируется после идентификации всех потенциальных событий и расчета вероятности возникновения и значимости последствий. В нашей карте рисков – их 53, все они распределены по подразделениям и персонально по их носителям.

Касательно 13 ключевых рисков, находящихся в красной зоне, а, значит, способных оказать наибольший ущерб нашей операционной деятельности, это:

- Ухудшение деловой репутации: жалобы, обращения, оценка в анкетах.
- Дефицит финансовых средств: выполнение плана задания по доходам и расходам на уровне каждого подразделения.
- Неполное возмещение затрат по ГОБМП: удельный вес затрат по каждой КЗГ ежемесячно.
- Выход из строя медицинского оборудования: удельный вес неоказанных услуг по причине простаивания ключевого оборудования.
- Отсутствие необходимых ЛС и ИМН: удельный вес ЛС и ИМН из числа, отсутствующих в Центре.
- Избыточные запасы ЛС с ограниченным сроком: сумма стоимости со сроком годности менее 6 мес.

- Не выполнение стандартов диагностики и лечения: данные выборочной оценки 10% выписанных пациентов
- Не выполнение стандартов внутренних процессов: по результатам трейсеров.
- Недостаточные темпы формирования медицинской школы НУ.
- Недостаточный уровень инновационной активности: удельный вес услуг в статусе « впервые в Казахстане».
- Недостаточный уровень научной активности: удельный вес.
- Рост цен на ТРУ: мониторинг цен.



Рисунок 5 – Пример риска в управлении качеством АО «ННЦМД»

На данном слайде можно продемонстрировать, как работает система управления рисками на конкретном примере. Итак, выход из строя медицинского оборудования. Факторы риска: несвоевременный или некачественный сервис, неправильная эксплуатация. Таким образом, мероприятия предупреждающего действия в рамках системы сбалансированных показателей выглядят следующим образом: для отдела закупок: 100% выполнение сроков плана закупок (заключение планово-экономического отдела); для медтехников: обеспечение 100% выполнения договорных обязательств по срокам и объемам профилактических работ (заключение отдела медицинского оборудования), для сотрудника, работающего на данном оборудовании – 100% охват обучением стандартам работы и 100% следование инструкции при трейсере (заключение медтехника, курирующего работу данного оборудования). Таким образом, роль менеджера отдела менеджмента качества – выявить отклонения от планового показателя.

В случае реализации риска (например, перестал работать МРТ), есть 3 показателя: частота внеочередного вызова инженера, число пациентов, не

получивших услугу в связи с поломкой аппарата, продолжительность простоя в связи с поломкой. Анализируя эти показатели, менеджер дает оценку своевременности устранения поломки. В итоге – появляются рекомендации по отбору сервисной компании, частоте проф. осмотров, формированию потоков пациентов.

Основной инструмент в работе системы управления качеством – система сбалансированных показателей.

Заключение

- Внутренний аудит (оценка) является элементом единого управления качеством медицинских услуг, в свою очередь являющегося элементом единой стратегии Общества.

- Свое предназначение давать оценку соответствия внутренних процессов стандартам Центра внутренний аудит осуществляет через оценку рисков. Функцию внутреннего аудита качества медицинской помощи в нашем Центре осуществляет Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов

- Основным инструментом оценки является система сбалансированных показателей, разработанных в рамках основной стратегией Общества.

Тем не менее, несмотря на то, что целенаправленная работа с рисками снижает их число, даже супер больница не может быть защищена полностью, так как основной фактор влияния – человеческий фактор, в совокупности определяющий уровень культуры каждой конкретной организации. Потому невозможно создать безупречную культуру, но создать условия для ее признания – необходимо. Если врач работает в 4 больницах, где 4 разные культуры, то риск недостаточного качества существенно выше. Кроме того, известна роль внешних влияний, чем выше экономическая депрессия, изменения в системе здравоохранения – тем выше риски, поэтому мы имеем новые риски, например, связанные с внедрением ГИС.

УДК 614:338.26

ОТАРБАЕВ Н.К.

*Председатель Правления АО «Республиканский
диагностический центр», Астана, Казахстан*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) ПО КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

В работе освещен опыт внедрения международных стандартов Joint Commission International (JCI) по качеству медицинской помощи и безопасности пациентов в Республиканском диагностическом центре. Целью явилось определение путей непрерывного совершенствования качества оказываемых медицинских услуг.

На сегодняшний день аккредитацию JCI имеют всего 68 амбулаторных организаций в 21 стране мира, в число которых теперь входит Республиканский диагностический центр, который стал первой амбулаторной медицинской организацией в СНГ, аккредитованной Международной Объединенной Комиссией JCI.

Данное достижение является результатом личного вклада каждого сотрудника в общие результаты труда коллектива Республиканского диагностического центра.

Ключевые слова: международные стандарты, качество и безопасность диагностики и лечения, Joint Commission International (JCI).

На сегодняшний день одним из ключевых критериев оценки качества работы любой медицинской организации является международная аккредитация. Уровень аккредитации - это прямой показатель уровня качества предоставляемых услуг.

Иными словами, аккредитацию можно определить, как экспертную оценку показателей деятельности медицинской организации, используемую для оценки уровня функционирования установленных нормативов: от качества медицинского обслуживания до системы управления персоналом. Целью аккредитации является не только оценка качества, но и определение путей непрерывного совершенствования качества оказываемых медицинских услуг.

Основанная в США некоммерческая организация Joint Commission International (JCI) и имеющая опыт работы вот уже более 75 лет в направлении улучшения качества и безопасности в области медицины, на данный момент, бесспорно, является наиболее объективной, престижной и авторитетной аккредитующей организацией в мире, своеобразным «золотым стандартом» в оценке медицинских организаций. Безусловным преимуществом международной аккредитации является конкурентоспособность и признание на мировом уровне.

Будучи основной площадкой для внедрения инноваций в систему здравоохранения, по заданию Министерства Здравоохранения и социального развития РК в рамках Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [1], клиники Национального медицинского холдинга первые в стране начали внедрять международные стандарты по улучшению качества и безопасности лечения JCI. На данный момент, аккредитацию JCI на всем пространстве СНГ получили всего шесть медицинских организаций, из которых пять – это клиники Национального медицинского холдинга в Республике Казахстан. Получение клиниками Национального медицинского холдинга аккредитации JCI, является серьезным достижением на пути вхождения Казахстана в 30 развитых стран мира. На сегодняшний день аккредитацию JCI имеют всего 68 амбулаторных организаций в 21 стране мира, в число которых теперь входит Республиканский диагностический центр, который стал первой амбулаторной медицинской организацией в СНГ, аккредитованной Международной Объединенной Комиссией JCI.

Система оценки JCI включает такие стандарты как: стандарты управленческой деятельности медицинской организации; организация процессов самосовершенствования; общие и медицинские этические стандарты, действующие в данной организации; качество и профессионализм клинического персонала; организация документооборота в медицинской организации; профилактика и регистрация инфекционных осложнений; организация и многосторонний контроль выдачи и введения лекарственных средств; свидетельства надежной, справедливой и честной системы рассмотрения жалоб и обращений пациентов [2].

Особое внимание при аккредитации уделяется таким показателям деятельности медицинской организации, как критерии надежности обслуживания, безопасности пациентов и сопровождающих их лиц, технологической инфраструктуры, системы управления, безопасности деятельности для окружающей среды. Также в процессе получения аккредитации изучаются потенциальные риски (как они были исследованы, максимально минимизированы или устранены).

Процесс подготовки к международной аккредитации в Республиканском диагностическом центре был начат еще в 2011 году, когда впервые начали изучать требования стандартов, прописывать внутренние правила и алгоритмы работы, изменять рабочие процессы согласно лучшей мировой практике, обучать коллектив. В 2012-2013 годах Республиканский диагностический центр привлекал независимых иностранных консультантов, которые провели несколько промежуточных тестирований и дали рекомендации по улучшению работы. Была проделана огромная работа с вовлечением каждого сотрудника. В процессе подготовки были разработаны 490 индикаторов и 130 стандартов, которые объединены в 12 глав в зависимости от области работы, принята программа по улучшению качества и безопасности пациентов, адаптированы правила по регистрации, осмотру, лечению пациента, по проведению операций и анестезии, внедрена абсолютно новая система ведения медицинской карты пациента с международно-принятыми формами документации. Внедрен процесс непрерывного повышения качества и самосовершенствования, когда организация, не дожидаясь проблем и катастроф, работает над предупреждением ошибок.

В период подготовки были переведены с английского и изданы в виде сборников Книга стандартов и Руководство Международной объединенной комиссии JCI для амбулаторных организаций на казахском и русском языках, проведено каскадное обучение сотрудников, организованы внутренние перекрестные проверки отделений. В целях улучшения эффективности работы действующих советов, комитетов и комиссий, преемственности между ними, интеграции, была утверждена схема интеграции и взаимодействия Совета по качеству и действующих комитетов, комиссий, советов и рабочих групп.

Основной методологией был принят расширенный Цикл Деминга «FOCUS PDCA», который позволяет установить цели и процессы, необходимые для достижения результатов в соответствии с ожидаемым результатом. Цикл Деминга включает 7 этапов: планирование, разработка, согласование, утверждение, исполнение, проверка и исправление или совершенствование. Данный процесс является непрерывным и постоянно совершенствуется - вносятся изменения и обновления, проводится адаптация обновленных версий стандартов JCI.

Нами построена система риск-менеджмента, которая отличается высокой проективностью, т.е. ориентированной на предотвращение рисков в будущем. Наша политика – призывать сотрудников сообщать нам о подобных случаях – критических и «почти критических». Стандарты безопасности подразумевают отсутствие санкций по отношению к сотрудникам, допустившим ошибку, чтобы стимулировать их для дальнейшей работы и самосовершенствования, незамедлительное сообщение о недочетах и формирование атмосферы открытости и полного доверия.

Также была разработана модель контроля над внутренними процессами. Речь идет о тщательном, всестороннем и постоянном мониторинге качества работы и принятию мер по улучшению внутренних процессов организации. Данная модель позволяет нам всегда «держат руку на пульсе» и, по мере надобности, совершенствовать и развивать методы управления. Наша цель – свести к минимуму количество ошибок, поскольку медицина является областью, где их цена слишком высока.

Аккредитацию провела команда опытных американских экспертов, которые после детальных наблюдений и опросов высоко оценили проделанную работу. В ходе аккредитации, которая длилась четыре дня, аудиторы JCI проверили внутренние документы и правила, прослушали презентации о выполняемых

проектах по улучшению работы, рассмотрели клинические и управленческие показатели деятельности и обошли все помещения здания, с целью наблюдения процессов на практике и опроса работников. Таким образом, эксперты оценили все области работы – ведь мелочей в обеспечении качества нет.

После проведенной аккредитации в мае 2014 года, по заключению независимых экспертов JCI из США, Республиканскому диагностическому центру присвоен статус аккредитованной клиники, соответствующей стандартам Международной объединенной комиссии JCI.

Успешное прохождение международной аккредитации требует пересмотра и изменения мышления. Организация начинает смотреть на происходящее глазами пациента, становится необходимым вникать и уделять внимание даже самым, казалось бы, незначительным вопросам, чтобы выявить риски и предупредить их до того, как кому-то будет нанесен ущерб.

В результате аккредитации значительно повысилось качество оказываемой консультативно-диагностической помощи, что положительно сказалось на уровне удовлетворенности пациентов. С момента внедрения стандартов и получения сертификата JCI, изменился характер обращений пациентов. Раньше было больше обращений по проблемам сервиса, несоблюдения этических норм, то сейчас их доля сведена к минимуму и больше стало обращений по предложениям расширения перечня услуг, скидкам для всех членов семьи и др.

За два года количество желающих пройти обследование в нашем центре увеличилось на 20 тысяч пациентов и составило 50 тысяч в год. За 9 месяцев в два раза увеличилось количество иностранных граждан, выбравших обследование в нашем центре. А среди пациентов, направленных по оплаченному Государством гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи, доля сельских пациентов выросла в 2,5 раза. По результатам проведенной оценки соответствия качества лабораторных исследований международным стандартам Центр лабораторной медицины Республиканского диагностического центра получил самую высокую оценку по внешнему контролю - 99,7% соответствия (предел одной σ -сигмы) и внутреннему контролю – 99,5% соответствия (предел одной σ -сигмы). Также по оценке экспертов CDC уровень соответствия международным стандартам CICI (ISO 15 189) составил 87%. Не менее важным событием явилось прохождение и получение самого высокого показателя соответствия по оценке экспертов Национальной аккредитации.

Необходимо отметить, что статус международной аккредитации – это непрерывный процесс, направленный на постоянное улучшение качества и безопасности медицинского обслуживания. Данный процесс далеко не всегда виден пациенту, но благодаря ему пациенту обеспечивается безопасное и комфортное нахождение в стенах медицинской организации.

После успешного прохождения аккредитации, организация регулярно подает данные по индикаторам лечения и ухода в головной офис JCI, а через 3 года, если организация желает оставаться признанной в мировом пространстве, то проводится повторная аккредитация по всем стандартам. Фактически, организации, получившие сертификат аккредитации от JCI, должны непрерывно повышать качество предоставляемых медицинских услуг, совершенствовать процессы, принципы и методы работы, которые позволили получить этот престижный знак.

Кроме того, клиники Национального медицинского холдинга стремятся быть «локомотивами» во внедрении передовых технологий в систему здравоохранения страны. Республиканский диагностический центр приложит все усилия по

трансферту внедренных международных стандартов в другие отечественные амбулаторные организации. В первую очередь, это будут крупные региональные амбулаторные организации, образовавшие Ассоциацию диагностических центров Республики Казахстан.

Все внедряемые инновации, в том числе и аккредитация JCI, ориентированы на повышение качества и безопасности предоставляемой медицинской помощи, и в конечном счете, на повышение доверия пациента к нашим услугам.

Необходимо еще раз отметить, что данное достижение является результатом личного вклада каждого сотрудника в общие результаты труда коллектива Республиканского диагностического центра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы // Указ Президента Республики Казахстан // 29 ноября 2010 года № 1113 // 40 с.
2. Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care // 2010. Vol. 171. 2nd edition.

Түйін

*Отарбаев Н.К.
«Республикалық диагностикалық орталық» АҚ-ның
Басқарма Төрағасы, Астана, Қазақстан*

«РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ» АҚ-ДА ПАЦИЕНТ ҚАУІПСІЗДІГІ МЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ САПАСЫ БОЙЫНША JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) ХАЛЫҚАРАЛЫҚ СТАНДАРТТАРДЫҢ ТӘЖІРБИЕСІН ЕНГІЗУ

Мақалада Республикалық диагностикалық орталықта пациент қауіпсіздігі мен медициналық көмек көрсету сапасы бойынша Joint Commission International (JCI) халықаралық стандарттарын енгізу тәжірибесі көрсетілген. Негізгі мақсат көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын үздіксіз жақсарту жолдарын анықтау болып табылады.

Қазіргі таңда әлемнің 21 елінде 68 амбулаториялық ұйым JCI аккредитеуінен өткен, олардың қатарында ТМД елдерінде JCI халықаралық Біріккен комиссиясымен аккредиттелген бірінші амбулаториялық медициналық ұйым Республикалық диагностикалық орталығы да бар.

Аталған жетістік Республикалық диагностикалық орталық ұжымының әрбір қызметкерінің үлес қосуы арқасында қол жеткізген ортақ нәтижелер болып табылады.

Кілтті сөздер: халықаралық стандарттар, емдеу мен диагностикалаудағы сапа және қауіпсіздік, Joint Commission International (JCI).

Summary

*N.K. Otarbayev
Chief executive officer
«Republican diagnostic center» JSC*

EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF INTERNATIONAL STANDARDS JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) THE QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY IN THE "REPUBLICAN DIAGNOSTIC CENTER" JSC

It was reflected the experience of implementing international standards Joint Commission International (JCI) the quality of care and patient safety in the Republican diagnostic center. The aim of it is to find ways of constantly improving the quality of health services.

Today the JCI accreditation has only 68 outpatient organizations in 21 countries, which is now part of the Republican diagnostic center, and became the first outpatient medical organization in the CIS countries, accredited by the International joint Commission (JCI).

This achievement is the result of a personal contribution of each employee in the overall results of the efforts of the Republican diagnostic center.

Keywords: international standards, quality and safety of diagnostic and treatment, Joint Commission International (JCI).

Поступила 07.11.2014

БАЙБЕКОВА А.С.

*Руководитель информационно-аналитического центра
Центральной клинической больницы Медицинского центра
Управления делами Президента РК, Алматы*

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА

Основным факторам, влияющим на безопасность пациентов в многопрофильном стационаре, относятся осложнения медицинских вмешательств, психологические конфликты и неудовлетворенность больных качеством оказанной медицинской помощи. Для обеспечения безопасности пациентов в нашей клинике разработаны и внедрены комплекс мероприятий по профилактике отрицательных последствий медицинских вмешательств, дефектов организации работы медицинского персонала и осложнений, ассоциированных с поведением больного.

В основе профилактических мероприятий по обеспечению безопасности пациентов в нашей клинике лежат:

- Проведение точной идентификации пациентов с целью правильно идентифицировать пациента, которому должна быть оказана медицинская помощь или другие медицинские услуги и добиться, чтобы пациент получил именно те услуги и медицинскую помощь, которые ему нужны. В нашей больнице идентификация пациента проводится по двум признакам: (приказ Главного врача № 128 от 07.08.2013 года «Правила идентификации пациентов») фамилия, имя, отчество – без сокращений, число, месяц, год рождения.
- Установление эффективного взаимодействия медицинских работников, что означает своевременную, точную, полную, однозначную и понятную передачу информацию получателю, что в свою очередь исключает ошибки, когда инструкции или рекомендации даются устно или по телефону и способствует повышению безопасности пациента. Взаимодействие может быть электронным, устным и письменным. Чаще других ошибками сопровождаются устные взаимодействия или посредством телефонного звонка. В таких случаях рекомендации врача или результаты анализов должны быть записаны получателем или должны быть прочитаны вслух, т.е. точность рекомендаций врача или результаты анализов должна быть подтверждена передавшим им лицом.
- Безопасное применение препаратов, опасных при ошибочном введении. Вопрос безопасности лекарств нередко сводится к непреднамеренному введению препаратов, использование которых сопряжено

с большим количеством ошибок, с более высоким риском нежелательных эффектов, а так же лекарства с созвучными названиями и со сходным внешним видом. Наиболее эффективный способ снизить частоту или полностью устранить такие происшествия – определить места, где применение сильнодействующих препаратов клинически оправдано, такие как отделение реанимации и анестезиологии, неотложной помощи или операционная. А также установлены принципы маркировки, хранения, выдачи, применения, учета и утилизации медикаментов с высокой степенью риска, а так же действия врача, медицинской сестры позволяющие ограничить доступ и предотвратить непреднамеренное введение.

➤ С целью гарантированной достоверности оперативного доступа и приема, а также личности оперируемого пациента нами разработаны и внедрены Правила верификации пациентов по манипуляционной безопасности. В ЦКБ соблюдаются следующие основные действия: маркировка зоны предстоящей операции, уточнение техники операции до вмешательства, тайм-аут (время для обсуждения) непосредственно перед операцией. Целью предоперационной верификации является точное определение зоны и техники предстоящей операции, верификация пациента, удостовериться, что все важные документы, снимки и результаты исследований представлены и изучены, проверить наличие необходимого оборудования и/или имплантов. Тайм-аут позволяет разрешить сложные вопросы и неясные моменты предстоящей операции.

➤ Предупреждение и контроль внутрибольничных инфекций актуальны для всех медицинских организаций и рост их уровня касается прежде всего пациентов и медицинских работников. Для всех медицинских организаций типичны инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетеризацией, а также бактериемия и пневмония, связанные с применением искусственной вентиляции легких. Снижение риска госпитальных инфекций - надлежущая гигиена рук.

В основе профилактических мероприятий по обеспечению безопасности пациентов в нашей клинике лежат:

✓ Проведение точной идентификации пациентов



✓ Обеспечение эффективной передачи информации среди медицинских работников.

1. Записать
услышанное

2. Прочитать
это вслух

3. Услышать
подтверждение

✓ Безопасное использование медикаментов высокого риска



➤ В нашей больнице разработаны и внедрены правила оценки риска падений пациента и предпринимаются действия для снижения этого риска и вероятности травматизма связанного с ним. При этом учитываются

особенности прикрепленного контингента. Обследование пациента включает сбор анамнеза о падениях в прошлом, информацию и приеме лекарств или алкоголя, оценку походки или равновесия, использование пациентом дополнительных средств опоры. Наряду с этим осуществляются мероприятия по снижению риска падений, ограничительные меры, инструктаж.

В основе профилактических мероприятий по обеспечению безопасности пациентов лежат: внедрение доказательной медицинской практики; индустриальные технологии управления качеством медицинской помощи; информирование и обучение больных. Внедрение такой комплексной системы обеспечения безопасности пациентов несопровождается привлечением дополнительных материальных ресурсов, характеризуется высокой клинической результативностью и доступностью.

Одним из путей повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи является внедрение системы управления рисками, которая позволяет выявить, оценить последствия и выработать тактику противодействия, направленную на ограничение случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб организации, её персоналу и пациентам.



Одним из путей повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи является внедрение системы управления рисками (риск-менеджмент), которая позволяет выявить, оценить последствия и выработать тактику противодействия, направленную на ограничение случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб организации, её персоналу и пациентам.

Концепция управления рисками позволяет выявить скрытые источники опасности и выработать меры противодействия. Системный анализ проблемы управления рисками свидетельствует о её комплексности. Причины возникновения ошибок имеют человеческий и системный компонент.

Система анализа инцидентов включает в себя исследование причин и разработку мер противодействия инцидентам.



Методы анализа информации по инцидентам включают:

- *оценку риска (risk assessment);*
- *анализ причин (rootcause analysis);*
- *анализ существенных событий (significantevent analysis);*
- *дерево решения инцидентов (incidentdecision tree).*

Исследования ВОЗ показали, что человеческий фактор играет важную роль в возникновении дефектов, частота ошибок персонала варьирует от 30 до 80%.

Мы считаем, что в любой организации должны быть системы предотвращения ошибок. Многие дефекты не реализуются только благодаря их действию. В условиях низкой культуры безопасности, плохой организации труда, перенапряжения персонала могут возникать ситуации, когда эти барьеры не эффективны. В управлении рисками выделяют различные системы и методы, которые помогают специалисту выявлять инциденты, анализировать причины их появления и противодействовать им. Для сбора первичной информации и мониторинга в ЦКБ имеется система мониторинга и выявления инцидентов. Система анализа инцидентов включает в себя исследование причин и разработку мер противодействия инцидентам.

К системе мониторинга инцидентов относятся: регистрация инцидентов (incidentreporting); регистрация клинических происшествий (occurrencereporting); скрининг клинических происшествий (occurrencescreening). Методы анализа информации по инцидентам включают: оценку риска (riskassessment); анализ причин (rootcauseanalysis); анализ существенных событий (significanteventanalysis); дерево решения инцидентов (incidentdecisiontree).

Управление рисками мультидисциплинарная задача и включает в себя всех специалистов, которые работают в медицинском учреждении: врачи, медсестры, лаборанты, администраторы и др. Такая координирующая система обеспечивает эффективную коммуникацию, которая позволяет передавать информацию, накопленный опыт, методы борьбы с инцидентами и их последствиями между отделениями, органами управления здравоохранения различного уровня.

Вышеуказанный системный подход, ориентированный на изменение условий, и обеспечение безопасности пациентов позволило успешное прохождение Национальной аккредитации в октябре 2014 года Центральной клинической больницей МЦ УДП РК, которая подразумевает обязательство больницы гарантировать безопасность и качество медицинского обслуживания пациентов, осуществлять непрерывную деятельность по снижению рисков для пациентов и персонала.

**«АС ҚОРЫТУ ОРГАНДАРЫНЫҢ ОЫР АЛДЫ ЖӘНЕ ЕРТЕ ОЫРЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ»
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ
МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕДРАКА И РАННЕГО РАКА ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ»
MATERIALS OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
"MODERN PROBLEMS PRECANCER AND EARLY CANCER DIGESTIVE"**

*Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан
28 ноября 2014 года, Астана*

В настоящее время рак органов пищеварения остается очень серьезной проблемой как для Казахстана, так и для всего мира, занимая ведущие позиции по заболеваемости и смертности. Известно, что диагностика его на поздней стадии исключает возможность эффективного лечения. Доказано, что в здоровой слизистой рак не возникает. Раку всегда предшествует предрак. Вместе с тем, многие аспекты, касающиеся диагностики и лечения предраковой патологии, остаются спорными, а трактовки — противоречивыми, что снижает эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Очевидно, что основным путем к снижению распространенности рака органов пищеварения, повышению выживаемости и снижению смертности от него в масштабах страны является ранняя диагностика, адекватная терапия и профилактика предраковых заболеваний, а рака - на стадии предраковых изменений. Становится все более очевидным, что понимание и формирование современных представлений о механизмах развития и прогрессирования предрака до рака, а так же выработка рекомендаций по лечению возможна лишь в рамках согласованности врачей различных специальностей.

В Астане была организована Международная научно-практическая конференция «Современные проблемы предрака и раннего рака органов пищеварения», организованной Медицинским центром Управления делами Президента Республики Казахстан.

На открытии конференции с приветственным словом выступил руководитель Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, доктор медицинских наук, профессор Валерий Васильевич Бенберин. В своей речи он отметил значимость подобных мероприятий в борьбе с онкологическими патологиями.

В работе конференции принял участие главный медицинский директор Департамента клинических исследований компании Biohit Oyj профессор Кари Сюрьянен (Хельсинки, Финляндия). В своем докладе он рассказал о механизме действия комплекса лабораторных исследований крови Гатропанель.

По словам медицинского атташе посольства Японии в Казахстане Рюта Фукуя, специалистам необходимо внимательно изучать особенности питания той или иной страны. Например, в Японии до 2010 года рак желудка был на первом месте среди злокачественных новообразований, что связано с пристрастием японцев к соленой еде. Но из года в год наблюдается тенденция снижения

заболеваемости раком желудка, формирующаяся благодаря движению просвещения «соленая пища может причинить вам вред».

По результатам исследований казахстанских врачей, низкий процент выявляемости предраковых заболеваний среди населения Республики Казахстан можно обусловить главным образом недоверием населения в возможности бесплатных скрининговых обследований. Немаловажную роль играет отсутствие необходимых навыков у большей части медицинских кадров в регионах, в соответствии со стандартами скрининговых обследований.

Также из иностранных гостей с докладами выступили директор научного центра проблем питания, главный диетолог Министерства здравоохранения д.м.н., профессор Украины *Олег Швец*; руководитель отдела генетических исследований ООО «Биоген-аналитика» *Афанасьев Анатолий Геннадьевич* (Москва, Россия); заведующий отделом терапии и профпатологии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова д.м.н., профессор *Олег Саблин*; д.м.н., проф., проректор по НИР и информационной политике, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК И ППС ГБОУ-ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» *Машкин А.М.* и другие.

Интересными докладами выступили отечественные ученые: *Бектаева Р.Р.* – д.м.н., профессор, Президент Ассоциации гастроэнтерологов РК, член WGO, заведующая кафедрой гастроэнтерологии АО «Медицинский университет Астана»; *Искаков Б.С.* - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой интернатуры и резидентуры №3 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова (Алматы); *Калиаскарова К.С.*- д.м.н., профессор кафедры гастроэнтерологии АО «Медицинский Университет «Астана», главный внештатный гепатолог и гастроэнтеролог МЗиСР РК, *Шаймарданова Г.М.*-д.м.н., профессор, заведующий отделом патоморфологии АО «Национальный научный медицинский центр», *Федотовских В.Г.* - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лабораторией АО «Национальный научный медицинский центр», *Батырбеков К.У.* – эндоскопист АО «НИИ травматологии и ортопедии».

Благодаря видеоконференцсвязи, организованной АО «Центр медицинских технологий и информационных систем» в конференции смогли принять удаленное участие врачи РГП «Центральная клиническая больница» УДП РК в г. Алматы.

В завершение конференции, обсудили дальнейшие возможности развития общей работы в ходе круглого стола «Взаимодействие различных специалистов в ведении больных с предраком органов пищеварения», намечены дальнейшие планы по развитию международного сотрудничества в области медицинской науки, трансферта новых инновационных методов диагностики и лечения, практического здравоохранения, отмечена значимость совместных проектов в данных направлениях.

УДК: 616.345-072.1(574)

**АХМЕТЖАНОВ О.Т.¹, БАТЫРБЕКОВ К.У.²,
ШАНАЗАРОВ Н.А.³, МАШКИН А.М.⁴**

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии
и радиологии, Алматы, Казахстан¹*

НИИ травматологии и ортопедии, Астана, Казахстан²

*Национальный научный центр онкологии и трансплантологии,
Астана, Казахстан³*

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Российская Федерация⁴

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОЙ КОЛОНОСКОПИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В работе представлены основные положения проведения скрининга КРР в разрезе регионов Республики Казахстан, представлены поло-возрастные различия выявляемости данной нозологии. Представляют интерес особенности результатов скрининга у городского и сельского населения республики. Выявление колоректального рака на ранних этапах позволяет значительно улучшить результаты лечения. В свою очередь скрининг колоректального рака (КРР) также весьма затруднителен и требует как навыков врача, так и содействия со стороны пациента.

Ключевые слова: колоноскопия, скрининг, гемокульт-тест

Проблема раннего выявления злокачественных и доброкачественных заболеваний дистальных отделов толстого кишечника чрезвычайно актуальна. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре онкологических заболеваний в мире.

Цель работы. Оценить эффективность скрининговой колоноскопии по предварительным результатам в РК.

Материалы и методы

За 6 месяцев 2014 года обследовано 539494 пациента во всех регионах Республики Казахстан, при запланированном количестве 978 696. Согласно полученным данным, колоноскопия была проведена в 3256 случаях из 5592 случаев с положительным гемокульт-тестом - 58,2%, т.е. около половины пациентам второй этап скрининга по показаниям не был проведен, в основном из-за отказа пациентов от исследования.

Отбор пациентов на исследование производился согласно приказу руководящих органов здравоохранения при наличии определенных факторов риска.

Результаты и обсуждение

За 6 месяцев 2014 года гемокульт-тест проведен 539431 обследуемым. В разрезе город/село тест на скрытую кровь проведен у 325387 городских жителей (33,24% от плана) и 214042 сельских жителей (21,87% от запланированного контингента) (таблица 1.)

Всего с различной доброкачественной патологией толстой кишки выявлено 522 пациента (0,09% от общего числа обследованных), что значительно больше, чем 174 выявленных по результатам скрининга за первый квартал 2013 года.

Таблица 1 - Охват целевых групп населения РК на выявление КРР.

Области	Подлежит осмотру мужчин и женщин	Обследовано					
		Всего город + село		город		село	
		Абс. число	% к запланированному числу	Абс. число	% к запланированному числу	Абс. число	% к запланированному числу
Акмолинская	53293	25159	47,21	15342	52,64	9815	40,65
Актюбинская	43637	29314	67,18	21699	64,53	7615	76,06
Алматинская	106456	58601	55,05	13230	83,78	45371	50,04
Атырауская	26635	12613	47,35	6042	45,43	6571	49,27
ЗКО	39595	28219	71,27	13211	86,68	15008	61,62
Жамбылская	56103	33785	60,22	13831	57,53	19954	62,24
Карагандинская	90769	46003	50,68	36720	50,04	9283	53,4
Костанайская	58551	28122	48,03	15529	52,81	12593	43,21
Кызылординская	34492	20523	59,5	8881	67,28	11642	54,68
Мангистауская	24565	11943	48,62	7263	49,56	4680	47,23
ЮКО	112840	69035	61,18	39321	67,18	29714	54,72
Павлодарская	54526	25083	46	18083	49,66	7000	38,64
СКО	51071	20369	39,88	10779	45,25	9590	35,19
ВКО	105204	57478	54,63	32254	53,49	25224	56,17
Г.Астана	33704	15596	46,27	15596	46,27	0	0
Г.Алматы	87255	57651	66,07	57651	66,07	0	0
РК	978696	539494	55,12	325432	57,92	214060	51,35

Выявлено 703 (0,13%) случая рака и предопухолевых состояний (462 случая - 0,1% в том же периоде 2013года) (таблица 2).

На диспансерный учет было поставлено 98,15% от числа выявленных больных (97,6% тот же период 2013г) (таблица 2).

Таблица 2 - Количество выявленных больных и взятых на диспансерный учет по поводу заболеваний толстой и прямой кишки (предрак +рак)

Области	Выявлено больных		Из осмотренных взято на Д учете (всего)	
	Абс	%	абс	%
Акмолинская	25	0,099	24	96
Актюбинская	52	0,177	51	98,08
Алматинская	51	0,087	47	92,16
Атырауская	4	0,032	4	100
ЗКО	90	0,319	90	100
Жамбылская	32	0,095	32	100
Карагандинская	34	0,074	34	100
Костанайская	71	0,253	70	98,59
Кызылординская	13	0,063	8	61,54
Мангистауская	12	0,101	12	100
ЮКО	10	0,015	10	100
Павлодарская	87	0,347	87	100
СКО	14	0,069	14	100
ВКО	38	0,066	37	97,37

Г.Астана	52	0,333	52	100
Г.Алматы	118	0,205	118	100
РК	703	0,13	690	98,15

Положительный гемокульт-тест отмечен в 5592 случаях - 1,03%, что не соответствует международным данным (2-10%).

В сравнении с 2 кварталами 2013г процент положительного гемокульт-теста выше на 0,5% (за 6мес 2013г выявлено 0,53% положительного гемокульт-теста). На рисунке 1 представлено распределение положительного гемокульт-теста в разрезе по регионам.

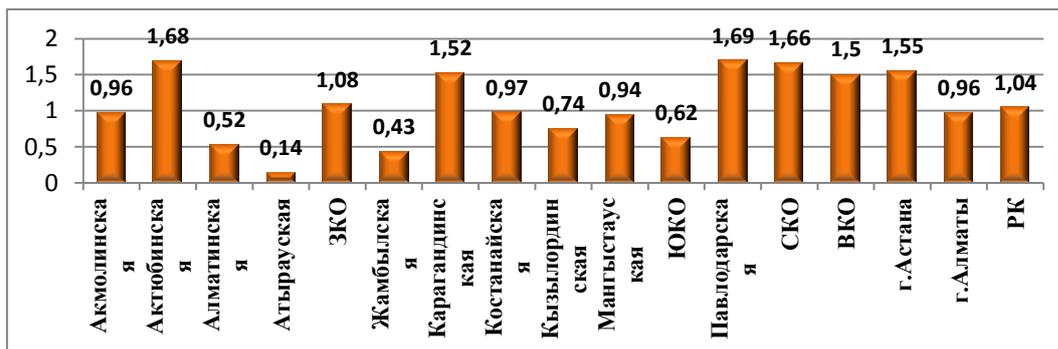


Рисунок 1 - Процент пациентов с положительным гемокульт-тестом по регионам за 2 квартала 2014 года.

В большинстве регионов тест был положительным в менее чем 1% от числа обследованных. Уровень положительного гемокульт-теста свыше 1% от числа обследований отмечен в Павлодарской (1,69%), Актюбинской (1,68%), СКО (1,66%), г.Астана (1,55%), Карагандинской (1,52%), ВКО (1,5%), ЗКО (1,08%) областях.

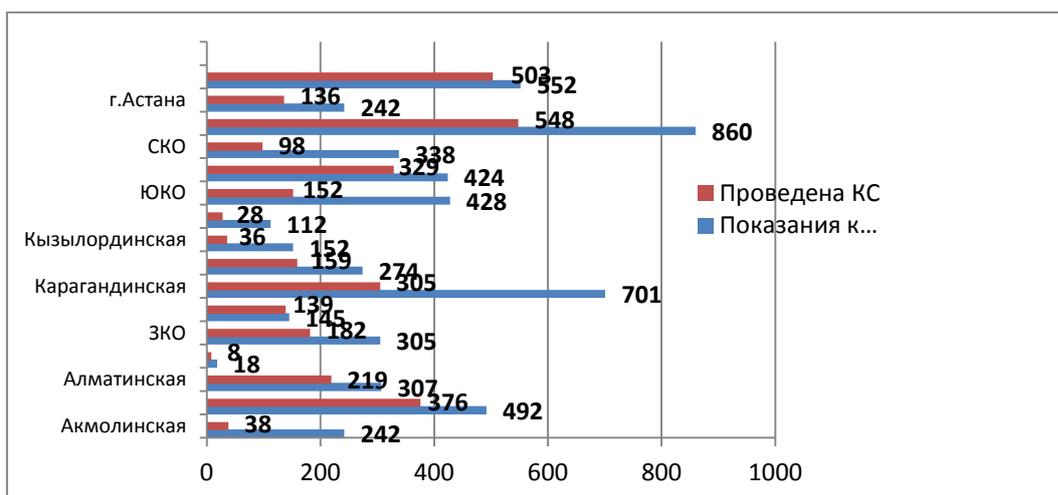


Рисунок 2 - Количество показаний к колоноскопии (положительные гемокульт-тесты) и количество колоноскопий по регионам за 2 кв.2014 г.

Также большие трудности вызвал анализ и качество проведения эндоскопических исследований. Согласно полученным данным, колоноскопия

была проведена в 3256 случаях из 5592 случаев с положительным гемокультур-тестом - 58,2%, т.е. около 1/2 пациентов 2 этап скрининга по показаниям не был проведен, в основном из-за отказа пациентов от исследования.

В сравнении со 2 кварталом 2013г (1310 колоноскопии), количество колоноскопий увеличилось на 1946 исследований.

На рисунке 1 представлено региональное распределение пациентов с количеством показаний и проведенных эндоскопических исследований. В Акмолинской области из 242 показаний было проведено только 38 колоноскопий, в Алматинской из 307 – 219, в Атырауской из 18 – 8, в СКО из 338 – 98, и т.д. Ни в одном из регионов не достигнут рекомендуемый Европейскими рекомендациями стандарт направления на колоноскопию – 95%.

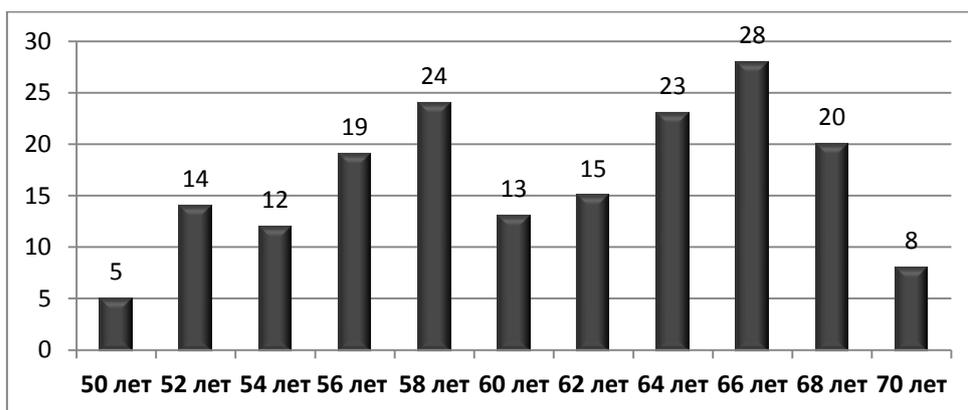


Рисунок 3 - Распределение пациентов с выявленным колоректальным раком по возрастам, город + село, за 2 квартал 2014 года.

Согласно данным ПМСП, при проведении колоноскопии было выявлено 55 полиповидных образования, 154 морфологически верифицированных случаев КРР. По другим таблицам (по выявлению КРР) было выявлено 181 пациент с КРР.

Колоректальный рак согласно данным за 2 квартала 2014 года был выявлен в 195 случаев (за тот же период 2013г - 135 случаев). По данным ПМСП(Мединформ) КРР выявлен у 181 больного.

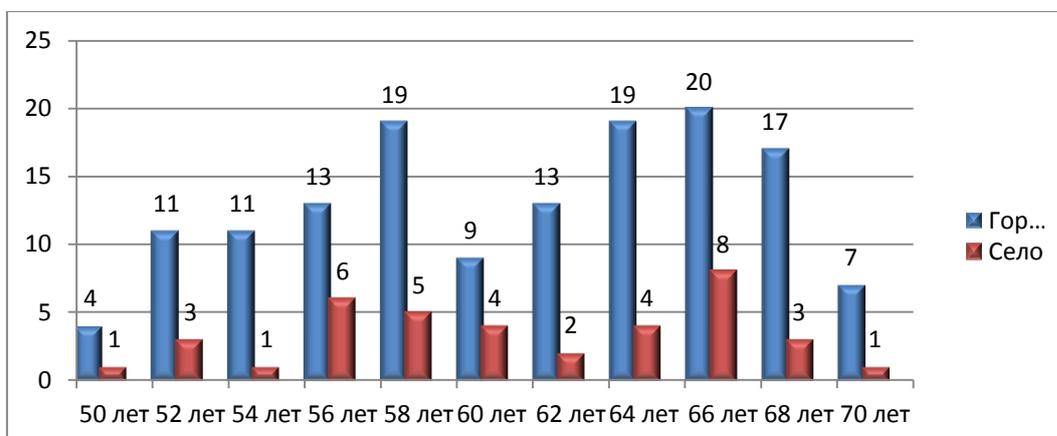


Рисунок 4 - Распределение пациентов с выявленным колоректальным раком по возрастам, город и село, 2 кв. 2014 год.

На рисунке 3,4 не отмечается четкой зависимости выявления случаев КРР от возраста. Пик выявленных больных по возрастам отмечается в 58 и 66 лет. Эта тенденция отмечена среди жителей городских поселений.

Среди сельских жителей отмечается пик выявляемости КРР в 62 года.

Таблица 3 - Распределение больных с выявленным КРР по стадиям за 2 квартала 2014г. (данные ОД)

	Область	Всего	1 квартал 2014						
			Ост	I стадии		II стадии		III стадии	IV стадии
				Ia	Iб	IIa	IIб		
1	Акмолинская	7	0	0	1	3	2	1	0
2	Актюбинская	12	0	1	0	11	0	0	0
3	Алматинская	9	0	2	0	3	0	4	0
4	Атырауская	3	0	3	0	0	0	0	0
5	ВКО	22	0	2	0	16	1	2	1
6	Жамбылская	10	0	0	0	2	5	3	0
7	ЗКО	12	0	3	0	7	0	2	0
8	Карагандинская	7	0	0	0	6	0	1	0
9	Кызылординская	2	0	0	0	2	0	0	0
10	Костанайская	33	0	1	0	16	1	14	1
11	Мангистауская	8	0	2	0	3	0	3	0
12	Павлодарская	31	1	9	0	7	11	0	3
13	СКО	17	0	3	0	9	0	5	0
14	ЮКО	8	0	1	1	2	3	1	0
15	г. Алматы	8	0	0	0	4	4	0	0
16	г. Астана	6	0	0	3	1	0	1	1
	РК:	195	1	32		119		37	6

Заключение

1. Количество выявленного и морфологически верифицированного колоректального рака 4,7 %(154 случая) при общем количестве выполненных скрининговых колоноскопий 3256 исследований за 6 месяцев 2014.

2. Эффективность скрининговой колоноскопии, нацеленной на выявление онкопатологии, усиливается выявлением большого количества пациентов с предраковой и доброкачественной патологией, что имеет чрезвычайно важное медицинское и социальное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет по профилактическим (скрининговым) осмотрам целевых групп населения групп населения Республики Казахстан.

Түйін

*Ахметжанов О.Т.¹, Батырбеков К.У.², Шаназаров Н.А.³, Машкин А.М.⁴
Онкология және радиологиялық қазақ
ғылыми-зерттеу институты, Алматы, Қазақстан¹
Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты,
Астана, Қазақстан²
Онкология және трансплантология ұлттық ғылыми орталығы,
Астана, Қазақстан³
Тюмень мемлекеттік медициналық академиясы,
Тюмень, Ресей Федерациясы⁴*

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӨТКІЗІЛГЕН КОЛОНОСКОПИЯЛЫҚ СКРИНИНГТІҢ
АЛФАШҚЫ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ**

Мақалада Қазақстан Республикасының өңірлері бойынша колоректальды обырға скрининг өткізудің негізгі ережелері, осы нозология анықталуының жыныстық-жастық айырмашылықтары ұсынылған. Республиканың қалалық және ауылдық тұрғындарының скрининг нәтижелерінің айтарлықтай ерекшеліктері анықталды.

Колоректальды обырды ерте кезеңдерінде анықтау емнің нәтижелерін едәуір жақсартуға мүмкіндік береді. Өз кезегінде колоректальды обырдың скринингі өте күрделі болғандықтан дәрігердің оны өткізуге дағдылары болғанын, сондай-ақ пациент тарабынан жәрдемдесуді талап етеді.

Түйін сөздер: колоноскопия, скрининг, гемокульт-тест.

Summary

*Akhmetzhanov O.T.¹, Batyrbek K.U.², Shanazar N.A.³, Mashkin A.M.⁴
Kazakh Research Institute of Oncology
and Radiology, Almaty, Kazakhstan¹
Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Astana, Kazakhstan²
National Scientific Center of Oncology and Transplantation,
Astana, Kazakhstan³
Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russia⁴*

**PRELIMINARY RESULTS OF SCREENING COLONOSCOPY IN THE REPUBLIC OF
KAZAKHSTAN**

That work presents the basic provisions of the CRC screening by regions of the Republic of Kazakhstan, represented in particular by sex and age differences in the detectability of nosology. Of interest are the results of screening in particular the urban and rural population. Detection of colorectal cancer in the early stages can significantly improve treatment results. In turn, screening for colorectal cancer (CRC) is also very difficult and requires skills as a doctor and assistance from the patient.

Keywords: colonoscopy, screening, test gemokult

Поступило 22.12.2014

УДК 616.36-006.6-02(574)=1.84:616.36-002.6-004

**КАЛИАСКАРОВА К.С., КОНЫСБЕКОВА А.А.,
ОТАРБАЕВ Н.К., БАКИРОВ И.К.**
Республиканский диагностический центр, Астана, Казахстан

ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВИРУСНОГО ЦИРРОЗА

В последнее время наблюдается неуклонный рост частоты выявления HB_sAg при ГЦК в Азиатском регионе. В связи с чем обсуждаются пути предупреждения опухоли. Препятствовать данному процессу можно несколькими путями: профилактикой HBV и HBC-инфекции, контролем и эрадикацией вирусной инфекции; вмешательством в факторы риска развития генетических мутаций. В исследуемой группе (n=360) гепатоцеллюлярная карциномы выявлялась у 8,6% (n=29), причем у пациентов казахской национальности (1 группа) у 23 (79,31%), чем у больных 2 группы (20,68%); у мужчин казахов чаще формируется ГЦК (12%), чем у мужчин некоренной национальности (7,69%) и чем у женщин казашек (5,5%). Во 2 группе ГЦК чаще выявлялась у мужчин (7,6%), чем у женщин (1,9%).

Ключевые слова: гепатоцеллюлярная карцинома, ФНО, цирроз, казахская популяция, вирусные гепатиты.

Многими учеными, конечной стадией прогрессирования фиброза паренхимы печени, сопровождающейся формированием узлов и нарушением функций печени, представляется цирроз. Существенным упущением этого современного определения цирроза является представление о его необратимости, поскольку имеется достаточно литературных данных, свидетельствующих о возможности обратного развития цирроза [1].

Клинические проявления цирроза печени (ЦП) чрезвычайно разнообразны и в зависимости от особенностей патологического процесса в печени и распространенности фиброза варьируют от полного отсутствия симптомов до проявления печеночной недостаточности. У больных ЦП в исходе ХВГС очень высок риск развития гепатоцеллюлярной карциномы. В настоящее время в странах Европы и США именно HCV становится основным этиологическим фактором ГЦК, что связано с быстрым увеличением числа инфицированных [2].

До 40% больных ЦП в течение длительного времени не предъявляют никаких жалоб и у них сохраняется бессимптомное течение болезни, однако, как только развиваются осложнения (асцит, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода или энцефалопатия), прогрессивное ухудшение становится неизбежным. В этих случаях пятилетняя выживаемость наблюдается у 50% больных, из них у 70% летальный исход непосредственно связан с поражением печени. При этом от цирроза ежегодно умирают 30000 человек, кроме того, 10000 умирают от рака печени, развивающегося у большинства больных на фоне ЦП [3,4,5].

В настоящее время происходит накопление информации о роли генетического полиморфизма в развитии и прогрессировании хронических заболеваний печени различной этиологии. При изучении большого числа «генов-кандидатов», предположительно определяющих риск развития ГЦК, выявлены ассоциации с полиморфизмом генов-регуляторов клеточного цикла, факторов роста, генов иммунного ответа, оксидативного стресса и антиоксидантной защиты, а также генов катаболизма ксенобиотиков. Полиморфизм ряда генов, ассоциированных с прогрессированием фиброза, также ассоциируется с развитием ГЦК [6].

ГЦК – опухоль, ассоциированная с широко распространенными в мире хроническими инфекциями вирусов В и С. Риск развития ГЦК нарастает при ЦП. Связь между инфекцией HBV и ГЦК была предположена задолго до открытия в 1965 г. HB_sAg и подтверждена эпидемиологическими исследованиями в регионах с высокой распространенностью HBV-инфекции, изучением на молекулярном уровне линий клеток ГЦК, с использованием лабораторных моделей на животных [7].

В эндемических районах с высоким уровнем носительства HB_sAg (Африка, Юго-Восточная Азия) ГЦК встречается с частотой 150 случаев на 100000 населения в год. В Европе и США, где носительство HB_sAg не превышает 1%, ежегодно наблюдается 4 случая ГЦК на 100000 населения. Среди больных ГЦК частота выявления HB_sAg в Африке и Азии составляет 85-95% и 10-25% в Западной Европе и США [8, 9].

В исследованиях А. Sangiovanni et al. (2004), в последние десятилетия отмечается рост частоты ГЦК в странах Европы и США (с 1,4 на 100000 в 1976-1980 гг. до 4,7 на 100000 населения в 1996-1997 гг.). Эти показатели, вероятно, не отражают истинную частоту ГЦК, так как основываются на данных о морфологически доказанных случаях рака печени, в то время как большинство больных погибает от печеночной недостаточности до выявления ГЦК [10].

Клинико-морфологические изменения демонстрируют, что у 20-30% больных HBV-ассоциированной ГЦК не имеют ЦП. Кроме того, ГЦК в детском возрасте обусловлена, преимущественно, хронической HBV-инфекцией. В то же время HCV-ассоциированная карцинома выявляется у больных старше 60 лет, имеющих ЦП [11].

По данным С.Ф.Галимовой и соавт. (2001) у больных циррозом печени в исходе гепатита В существуют следующие факторы, ускоряющие прогрессирование заболевания с развитием ГЦК: возраст старше 55 лет, мужской пол, длительность инфицирования, употребление алкоголя.

По другим источникам, доказанными факторами риска развития ГЦК при ХВГВ являются возраст при инфицировании, длительность инфекции, мужской пол, наличие фиброза при биопсии печени, регулярный прием алкоголя более 50 г/сут и присутствие в пище афлатоксина [12-15]. Такие факторы как алкоголь, афлатоксин, пол и наследственность действуют синергично и, возможно, влияют на скорость формирования опухоли.

Вероятными, но не доказанными факторами, определяющими риск формирования ГЦК при хронической HBV-инфекции, являются HCV или HDV-коинфекция, активность воспалительного процесса и наличие некрозов в печени, генотип HBV, наличие мутаций, сероконверсия HBeAb и уровень HBV DNA в сыворотке крови [16-18].

ГЦК проявляется выраженными геномными нарушениями, перестройкой клеточной ДНК за счет интеграции HBV DNA, точечными мутациями, потерей гетерозиготности и т.д. Сравнительный анализ генетических изменений, описанных при ГЦК, показывает наличие множества механизмов регуляции роста и дифференцировки клеток, взаимосвязанных между собой, но представляющих различные пути гепатоканцерогенеза. Каждый из этих механизмов, по-видимому, вовлечен в развитие ограниченной части опухолей. Предполагается, что ГЦК представляет гетерогенную группу опухолей [19].

При хронической HBV-инфекции, интеграция вирусной ДНК в хромосомы клеток ГЦК отмечается редко и ответственна за клеточный рост в очень ограниченных случаях. Среди генов HBV структурные белки (ядерный,

оболочечный, полимеразные) не вызывают напрямую трансформацию гепатоцитов. В настоящее время только Х-белок HBV остается наиболее вероятным белком, обуславливающим трансформацию клеток. В последнее время привлечено внимание к возможности этого полипотентного белка вызывать апоптоз клеток и влиять на апоптотические процессы, лежащие в основе гибели клетки и ее выживаемости (Т.Н. Лопаткина и соавт., 2005).

Онкогенный потенциал HBV, по-видимому, является первым шагом в целом ряду мутаций, ведущих к развитию ГЦК. Несомненно, что хроническое воспаление, обусловленное иммунным ответом организма на персистирующую инфекцию, имеет ведущее значение в канцерогенезе, что было показано на модели трансгенных мышей [20-21].

При длительности HBV-инфекции 20-30 лет, значительно возрастает доля инфицированных гепатитом, имеющих генетические мутации, что повышает риск развития ГЦК. Несмотря на то, что постоянно уточняется роль генетических мутаций в развитии ГЦК, реальное понимание гепатоканцерогенеза остается фрагментарным.

Изучаются хромосомные изменения и гены, ответственные за канцерогенез в печени. Привлекается внимание к семейным случаям ГЦК и их генетическому анализу, что позволяет улучшить диагностику и разработать генную терапию для предотвращения или лечения ГЦК [22-24].

Не менее важным представляется работа молекулярных генетиков и клинических патологов, позволяющих, на основании генетической информации, получить представление о злокачественном характере предопухолевых изменений в ткани печени. Ряд морфологических изменений – повышенная плотность ядер гепатоцитов, отчетливое изменение клеток или их дисплазия – относится к предопухолевым маркерам [25-27].

Отмечается увеличение роли основных факторов роста ЦК в популяции: HBV и HCV-инфекции и алкоголя. Рост распространенности вирусного цирроза печени является одним из объяснений высокой частоты ГЦК в последнее время: в 3 раза увеличилась частота первичного рака печени, обусловленного HCV-инфекцией (с 2,3 на 100000 населения в 1993-1995 гг. до 7,0 на 100000 населения в 1996-1998 гг.).

В то же время частота ГЦК, обусловленная HBV-инфекцией, за этот период (2,2 в сравнении с 3,1 на 100000) и алкоголем (8,4 в сравнении с 9,1 на 100000) остается относительно стабильной. Частота ГЦК у больных с HCV-инфекцией в 25 раз выше, чем в популяции, и возрастает при увеличении активного гепатита, длительности HCV-инфекции и наличии семейного анамнеза по ГЦК [28-30].

Прогноз ЦП в исходе ХВГС определяется возможностью развития ГЦК и лимфопролиферативных заболеваний. ГЦК в 97% случаев выявляется при ХВГС на стадии ЦП. Риск развития ГЦК – у 10-20% больных и он увеличивается. ГЦК является наиболее серьезным исходом гепатита С. Пятилетняя выживаемость больных с этой формой рака составляет по данным Крель П.И. и соавт. (2005) менее 5%.

Учитывая значительное количество лиц, инфицированных HCV, следует ожидать дальнейший рост частоты ГЦК в популяции. Факторами риска развития ГЦК при HCV-инфекции являются возраст старше 60 лет, генотипы HCV 1b, 2a, 2b; мужской пол, низкий уровень виремии, высокая гистологическая активность, наличие ЦП и ответ на противовирусную терапию.

Наличие нескольких факторов риска ГЦК обуславливает увеличение частоты, развитие опухоли в более раннем возрасте и быстрый рост опухолевой массы.

Так, при ЦП смешанной (вирусной и алкогольной) этиологии, риск развития первичного рака печени достигает 20%, увеличиваясь, в зависимости от длительности инфекции и стажа злоупотребления алкоголем. Особенно высок риск формирования ГЦК в старшей возрастной группе (более 60 лет). Риск ГЦК у лиц с алкогольным ЦП повышается при выявлении не только HB_sAg или HCVAg, но и других маркеров, особенно «изолированных» HB_sAg в сыворотке крови [31, 32].

Относительный риск развития ГЦК возрастает также при коинфекции HBV и HCV, что позволяет предполагать роль межвирусных взаимодействий в опухолевой трансформации. HBV отводят иницирующую роль в связи со способностью нарушать генную структуру гепатоцита, а HCV является продвигающим фактором, поддерживая постоянные некрозы и регенерацию гепатоцитов. Некоторые другие факторы усугубляют течение HCV-инфекции и способствуют формированию ГЦК: сахарный диабет, ожирение, курение, синдром перегрузки железом [34-36].

Выживаемость больных ГЦК определяется рядом факторов: классом ЦП, морфологической характеристикой (единный узел, множество очагов, диффузная опухоль) и размером опухоли по данным ультразвукового исследования - УЗИ (более или менее 50% паренхимы печени), а также уровнем α -фетопротеина (более или менее 400 нг/мл) и наличием тромбоза портальной вены.

У больных с благоприятными прогностическими признаками средняя выживаемость составляет от 1 до 4,5 мес. Значительное снижение выживаемости отмечается при нарастании печеночно-клеточной дисфункции. В связи с низкой выживаемостью больных ГЦК, в том числе после радикальных методов лечения – трансплантации печени, резекции опухоли, чрезкожного введения этанола в опухолевый узел, наиболее перспективным в настоящее время является эффективная противовирусная терапия ХВГВ и ХВГС [37-41].

В последнее время наблюдается неуклонный рост частоты выявления HB_sAg при ГЦК в Азиатском регионе. В связи с чем, обсуждаются пути предупреждения опухоли. Препятствовать данному процессу можно несколькими путями: профилактикой HBV и HCV-инфекции, контролем и эрадикацией вирусной инфекции; вмешательством в факторы риска развития генетических мутаций [42].

Профилактика гепатотропной вирусной инфекции – стратегия, имеющая преимущественное значение и обеспечиваемая активной вакцинацией населения против HBV. Влияние вакцинации на частоту ГЦК показано на основании эпидемиологических исследований в странах Юго-Восточной Азии. Спустя десятилетие после начала универсальной вакцинации в Тайване частота носительства HbsAg у детей снизилась с 155 до 1-2%, а частота ГЦК в этой популяционной группе уменьшилась на 75%

Данные о снижении частоты развития ГЦК у детей после начала программы вакцинации новорожденных подтверждают имеющуюся тесную связь между HBV-инфекцией и развитием рака печени. Авторы надеются, что программа универсальной вакцинации против HBV приведет к снижению частоты ГЦК у взрослых в ближайшее десятилетие [43, 44].

Имеются данные о влиянии интерферонотерапии на частоту развития ГЦК. Вирусологический ответ, определяемый как сероконверсия HbsAg, ассоциировался в ряде исследований со снижением риска формирования ГЦК [45, 46].

У больных ХВГВ, получавших ИФН- α , ГЦК выявлялась с частотой 2%, в отсутствии лечения 12% больных демонстрировали формирование рака печени. Однако, проведенное многоцентровое ретроспективное изучение влияния ИФН- α на развитие ГЦК, не показало снижения частоты развития опухоли у больных ЦП в исходе ХВГВ. Современная ПВТ может быть не менее ценным инструментом в руках врача-гепатолога в профилактике развития ГЦК. Вмешательство в факторы риска развития генетических мутаций,

приводящих к канцерогенезу, также может способствовать снижению частоты первичного рака печени [47, 48].

Целью исследования являлось изучение стадии и распространенности ГЦК у больных с ХВГС и ХВГВ у представителей как коренной, так и некоренной национальностей.

Материалы и методы

Из 360 обследованных больных ХВГС и ХВГВ было 241 (66,94%) пациентов казахской национальности (1 группа), из них у 143 (59,33%) определялся ХВГС и у 98 (40,66%) - ХВГВ. В 1 группе при ХВГС у 22 (22,4%) больных определялась стадия цирроза печени, при ХВГВ цирроз печени выявлен - у 23 (16%) пациентов (рисунок 1).

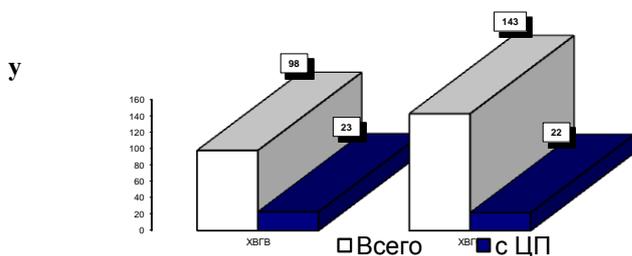


Рисунок 1 - Частота ЦП в исходе больных ХВГВ и ХВГС 1 группы, абс

Проводилось исследование 119 (33,05%) больных некоренной национальности (2 группа), из которых у 78 (65,54%) пациентов выявлялся ХВГС, у 41 (34,45%) - ХВГВ. Во 2 группе при ХВГС у 9 (11,5%) больных определялась стадия цирроза печени, при ХВГВ цирроз печени выявлен - у 6 (14,6%) пациентов (рисунок 2).

Результаты исследования

Таким образом, при хроническом вирусном гепатите С частота формирования цирроза печени в 1 группе (16%) выше, чем во 2 группе (11,5%). При хроническом вирусном гепатите В цирроз печени также выявлялся в 1 группе чаще (22,4%), чем во 2 группе (14,63%).

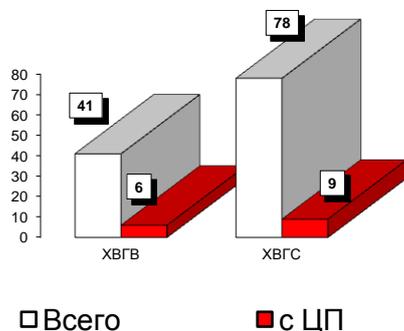


Рисунок 2 - Частота ЦП в исходе у больных ХВГВ и ХВГС 2 группы, абс

Из 360 исследованных больных было 241 (66,94%) пациентов казахской национальности (1 группа), из них 150 (62,2%) мужчин, 91 (37,8%) женщина. При этом у 18 (12%) мужчин и у 5 (5,5%) женщин выявлялась гепатоцеллюлярная карцинома. Во 2 группе из 119 пациентов было 65 (54,6%) мужчин, 54 (45,4%) женщин, из которых гепатоцеллюлярная карцинома выявлялась у 5 (7,7%) мужчин и у 1 (1,9%) женщины (рисунок 3).

Таким образом, в исследуемой группе (n=360) гепатоцеллюлярная карциномы выявлялась у 8,6% (n=29), причем у пациентов казахской национальности (1 группа) у 23 (79,31%), чем у больных 2 группы (20,68%); у мужчин казахов чаще формируется ГЦК (12%), чем у мужчин некоренной национальности (7,69%) и чем у женщин казашек (5,5%). Во 2 группе ГЦК чаще выявлялась у мужчин (7,6%), чем у женщин (1,9%).

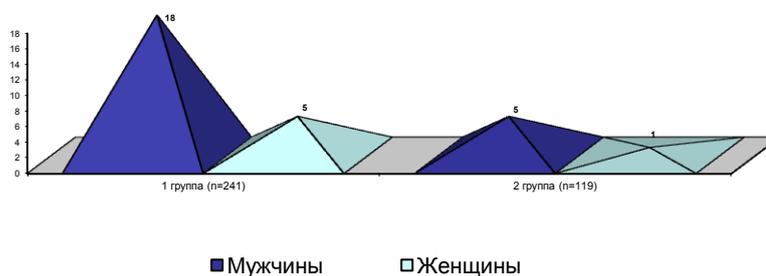


Рисунок 3 - Частота выявления гепатоцеллюлярной карциномы в 1 и 2 группах с характеристикой по половому признаку, абс

ГЦК – наиболее часто встречающаяся опухоль среди первичных злокачественных новообразований печени, развивается у 15-20% больных циррозом печени, в основном, вирусной этиологии. Известно, что при HCV-инфекции ГЦК в подавляющем большинстве наблюдений (97%) формируется на стадии цирроза печени, при HBV-инфекции возможно развитие первичного рака печени не только на стадии цирроза печени, но и при хроническом гепатите В и «неактивном» носительстве HBsAg. Современная противовирусная терапия заболеваний печени, представленная комбинацией пегилированного интерферона- α и рибавирина при хроническом гепатите С, расширяющимся спектром аналогов нуклеозидов при хроническом вирусном гепатите В позволили принципиально изменить прогноз больных с хронической гепатотропной вирусной инфекцией. Исходя из того факта, что подавляющая часть всех ГЦК носит вирусный генез, ПВТ может быть существенным способом профилактики развития рака печени.

Фиброз печени – универсальная патофизиологическая реакция на повреждение, характеризующаяся избыточным экстрацеллюлярным матриксом как в результате увеличения синтеза его компонентов, так и уменьшения скорости их разрушения. Фиброз печени сопровождает течение всех хронических диффузных заболеваний печени и является высоко достоверным признаком прогрессирования поражения печени. Поэтому, определение степени фиброза печени является прогностически значимым и используется в клинической практике - как один из важных факторов для определения тактики ведения больных, что особенно актуально при хронических вирусных гепатитах.

До недавнего времени гистологическое исследование ткани печени, полученной при биопсии печени, являлось единственным методом, позволяющим оценить степень фиброза печени. Однако, биопсия печени имеет ряд серьезных ограничений, среди которых главным является инвазивность.

Кроме того, результаты оценки гистологических изменений ткани печени плохо воспроизводимы и определяются качеством полученного при биопсии печени материала. Так, цирроз печени при биопсии печени может быть не обнаружен у 10-20% больных.

Широкая распространенность хронических гепатитов В и С, при которых принципиально важна биопсия печени, с целью определения показаний для противовирусной терапии, заставила осуществлять поиск новых неинвазивных методов диагностики и градации степени фиброза печени. Учитывая, что цель диагностики фиброза печени в разграничении отсутствия или минимального фиброза от клинически значимого, можно предположить, что широкое использование комбинации неинвазивных методов градации фиброза печени позволит в значительной степени ограничить число биопсий печени, по крайней мере, при хронических гепатитах В и С. Поскольку экстрацеллюлярный матрикс является динамически активной тканью с параллельными процессами фиброгенеза и фибролиза, отражающими ремоделирование внеклеточного пространства, неинвазивные методы обеспечат легкое мониторирование изменений степени фиброза печени, что позволит оценивать эффективность проводимой терапии и изменение прогноза. В связи с полиэтиологичностью процесса и полиморфизмом структурных и функциональных проявлений до настоящего времени обсуждаются подходы к оценке критериев информативности основных клинических, биохимических и молекулярных маркеров [49]. Причем, в системе мониторинга заболевания наибольшее прикладное значение имеют прогностические аспекты.

Заключение

С учётом негативного прогноза ГЦК большое значение приобретает первичная профилактика. Необходимо последовательно использовать возможности профилактики ГЦК, одними из которых являются меры предупреждения и лечения вирусных гепатитов.

Перспективные исследования последних лет доказывают, что учёт основных факторов прогрессирования поражения печени не может полностью объяснить значительную вариабельность клинического течения и исходов заболевания, а активность воспалительного процесса является ключевым патологическим субстратом, ведущим к развитию фиброза и определяющим темпы его прогрессирования. Это предполагает важное значение наследственных факторов, определяющих характер иммунного ответа на один и тот же этиологический фактор, и, возможно, активность фиброгенеза. Дальнейшее изучение роли генетических факторов, в совокупности с другими известными факторами прогрессирования, уточнение независимого значения каждого из факторов, преодоление имеющейся пока разрозненности и разноречивости данных, позволит более достоверно прогнозировать течение хронических вирусных гепатитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янг-О Куеон, Гудмэн З.Д., Диенстаг Ж. Л., Шифф Ю. Р., Браун Н.А. и соавт. Снижение фиброгенеза: иммуногистохимическое исследование парной биопсии клеток печени после проведения терапии ламивудином у пациентов с

- хроническим гепатитом В // Инфекции и антимикробная терапия. – 2002. - №3. - Т.4. – С. 3-8.
2. Gross J. Nonresponders to previous chronic hepatitis C treatment // *Hepatology*. - 2006. - №43. - P.54-63.
 3. Falck-Ytter Y., Younossi Z.M. et al. Clinical features and natural history of nonalcoholic steatosis syndromes // *Semin. Liver. dis.* - 2001. - №21.- P.17-26.
 4. Fabris C., Falletti E., Federico E. et al. A comparison of four markers of fibrosis in diagnosis of cirrhosis // *Ann.Clin. Biochem.* - 1997. - №34. - P.151-155
 5. Imbert-Bismut F. Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection: a prospective study // *Lancet*. - 2001. - №357. - P.1069-1075.
 6. Некрасова Т.П. Морфологическое исследование в оценке степени фиброза при хронических вирусных заболеваниях // *Гепатологический форум*- 2007. - №2. - С.11-13.
 7. Wong J.B., McQuillan G.M., McHutchison J.G. et al. Estimating future hepatitis C morbidity, mortality, and cost in the USA // *Am. J. Public. Health*. - 2001. - №33. - P.201-206.
 8. Davis G.L., Albright J.E., Cook S.F. Projecting the future healthcare burden from hepatitis C in the USA // *Hepatology*. - 1998. - №28. - P.390.
 9. Alberti A., Chemello L., Benvenuto L. Natural history of hepatitis C // *J. Hepatology*. - 1999. - №31. - P.17-24.
 10. Sangiovani A., Del Nini E., Fasam P. et al. Increased survival of cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma detected during veillance // *Gastroenterology*. - 2004. - №126. - P.1005-1014.
 11. Kim H., Lee H., Jun J. X-gene product of hepatitis B virus induces apoptosis in liver cell // *J. Biol. Chem.* - 1998. - №273. - P.381-385.
 12. Alberti A., Benvenuto L. Boccato S. et al. Natural history of initially mild chronic hepatitis C // *Dig. Liver. Dis.* - 2004. - №36. - P.646-654.
 13. Niederau C., Lange S., Heintges T. et al. Prognosis of chronic hepatitis C: results of large prospective cohort study // *Hepatology*. - 1998. - №28. - P.1687-1695.
 14. Лопаткина Т.Н., Абдурахманов Д.Т., Крель П.Е. и др. Гепатоцеллюлярная карцинома и вирусы гепатита // *Гепатологический форум*. - 2005. - №1. - С.20-22.
 15. Zonneveld M., Honkoop A., Hansen B. et al. long-term follow-up of alpha-Interferon treatment of patients with chronic hepatitis B // *Hepatology*. - 2004.- №39.- P.804-810.
 16. Crisari F.V. The immunobiology of viral hepatitis // Ed.I.N.Crispe. Schaefer S.W. *Hepatitis B virus: Significance of genotypes* // *J.Viral Hepat.* - 2005. - №12- P.111-120.
 17. Jacobson Brown P.M., Newman M.G. Immunopathogenesis of hepatitis C viral infection: Th1/Th2 responses and the role of cytokines // *Clin. Biochem.* - 2001- Vol.34, №3. - P167-171.
 18. Арямкина О.Л. Системные проявления на фоне инфицирования HBV и HCV // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*.- 1997.- №4.- С.134.
 19. Балаян М.С., Михайлов М.И. Энциклопедический словарь «Вирусные гепатиты». - М., 1999.- 304 с.
 20. Tran T.T., Martin P. Chronic hepatitis C // *Curr. Treat. Options Gastroenterol.* - 2001. - Vol.4, №6. - P.503-510.
 21. Nakamoto J., Guidolli L.G., Kuhlen C.V. et al. Immune pathogenesis of hepatocellular carcinoma // *J. Exp. Med.* - 1998. - №188. - P.341-350.
 22. Крель П.И., Карпов С.Ю., Игнатова Т.М. Осложнения хронического гепатита С на стадии цирроза печени // *Гепатологический форум*- 2005- №1.- С.17-19
 23. Игнатова Т.М. Хронический гепатит С: клинико-морфологическая характеристика, течение, лечение: автореф. ...докт.мед.наук: 14.00.10.- М.,2000. - 34 с.
 24. Durr R., Caselmann W.H. Carcinogenesis or primary liver malignancies // *Langenbecks Arch. Chir.* – 2000. – Vol. 385. – P. 154-161.

25. Poynard T., Ratziu V., Charlotte et al Rates and risk factors of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C // J. Hepatology. - 2001. - №34. - P.730-739.
26. Seve P., Renauder P., Sasco A.J. et al. Hepatitis C virus infection and B-cell non Hodgkins lymphoma: a cross-sectional study in Lion // France. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2004. - №16. - P.1361-1365.
27. Braks R., Paries J., Fontaine H. et al. Effects of viral clearance on clinical outcome in patients with HCV-related cirrhosis or advanced fibrosis // J. Hepatology. - 2004. - №40. - P.321-324.
28. Dam-Larsen S. et al. Histology and prognosis in fatty liver patients // Hepatology. - 2004. - №40. - P.170.
29. Hiromasam J. Common pathogenic mechanismus in ASH and NASH // Hepatology research. - 2004. - Vol.28, №1. - P.18-20.
30. Ratziu V., Calvez S. Le, Messous D. et al. Diagnostic value of biochemical markers (fibrosis) in patients with non-alcoholic fatty liver diseases (NAFZD) // Hepatology. - 2004. - Vol.40. - P.175.
31. Богомолов П.О., Павлова Т.В., Цодиков Г.В. Неалкогольный стеатогепатит при сахарном диабете // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2004. - №1. - С.47.
32. Шапошников А.В., Простякова Н.А. Частота вирусных гепатитов при раке печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т. 14. - № 1. – С. 64.
33. Alberti A., Benvegnu L. Management of hepatitis C // J. Hepatology.- 2003.- Vol.38.- P.104-118.
34. Bacon B.R. Chronic hepatitis C and normal ALT: Consideration for treatment // Amer. J. Gastroenterol. - 2004. - Vol.99, №9. - P.1706-1707.
35. Bacon B.R Clinical course and prognosis of non alcoholic steatohepatitis (NASH) // Falk Symposium Steatohepatiti. - 2000. - P.17.
36. Brunt E. Histological grading and stading for nonalcoholic steatohepatitis // Falk Symposium Steatohepatiti. - 2000. - P.14-15.
37. Cayon A., Crepo J., Guezza A. et al. Cytokine expression profile in the nonalcoholic steatohepatitis patients // Hepatology. - 2003. - №38. - P.192.
38. Kasahara A., Hayashi N., Mochizuki K. et al. Risk factors for hepatocellular carcinoma and its incidence after interferon treatment in patient with chronic hepatitis C // Hepatology. - 1998. - №27. - P.1394-1402.
39. Nair S., Mason A., Eason J. et al. Is obesity an independent risk-factor for hepatocellular carcinoma in cirrhosis? // Hepatology. - 2002. - №36. - P.150-155.
40. Хазанов А.И., Васильев А.П., Родин Ю.А. и др. Исходы острого вирусного гепатита, цирроза печени и цирроза – рака печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1995. - №2. - С.10-15.
41. Шерлок Ш., Дж.Джули. Заболевания печени и желчных путей // Российские медицинские вести. - 2004. - №3. - С.4-11.
42. Блюм Х.Е. Гепатоцеллюлярная карцинома: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2005. - №2.- С.33-41.
43. Chen H.L., Chang M.H., Ni J.N. et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection of children: ten years of mass vaccinacion in Taiwan // JAMA. - 1996.- №276. - P.906-908.
44. Chang M.H., Chen H.L., Hsu H.J., Lee C.H. Maternal transmission of hepatitis B virus in Childhood hepatocellular carcinoma // Hepatology. - 2003. - №38. - P.192.
45. Chang M.H., Chen H.L., Lai M.S. et al. Universal hepatitis B vaccination in Taiwan and the incidence of hepatocellular carcinoma in children // N. Engl. J. Med. - 1997. - №336. – P. 1855-1856.

46. Ojn C.-J. Long-term survival following treatment of hepatocellular carcinoma in Singapore: evaluation of wellferon in the prophylaxis of high risk pre-cancerous condition // Cancer. Chemother. Pharmacol. - 1992. - №31. - P.137-142.
47. Ikeda K., Saitoh S., Suzuki J. et al. Interferon decreases hepatocellular carcinogenesis in patients with cirrhosis caused by the hepatitis B virus // Cancer. - 1998. - №82. - P.827-835.
48. Manns M International interferon-alfa hepatocellular carcinoma study group // Cancer.- 1989. - №64. - P.2377-2380.
49. Романюха А.А., Руднев С.Г., Зуев С.М. Анализ данных и моделирование инфекционных заболеваний // Современные проблемы вычислительной математики и математического моделирования. Математическое моделирование. Под ред. В.П.Дымникова. – М.: Наука. – 2005. - С.352-404.

Түйін

Қалиасқарова К.С., Қонысбекова А.А., Отарбаев Н.К., Бакиров И.К.
Республикалық диагностикалық орталық, Астана, Қазақстан

ҚАЗАҚ ПОПУЛЯЦИЯСЫНДАҒЫ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРЛЫҚ КАРЦИНОМА: ВИРУСТЫҚ ЦИРРОЗДЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ РӨЛІ

Соңғы уақытта Азия өңірінде гепатоцеллюлярлық карцинома кезінде $HB_{s}Ag$ анықтау жиілігінің ұдайы өсуі байқалуда. Осыған байланысты ісіктің алдын алу жолдары талқылануда. Бұл процестің асқынуына бірнеше жолдармен бөгет қоюға болады, олар: HBV және HBC -инфекциясының профилактикасы, вирустық инфекцияның эрадикациясы және бақылау, генетикалық мутациялардың даму қауіпі факторына араласу. Зерттеуге алынған топта ($n=360$) гепатоцеллюлярлық карцинома 8,6% ($n=29$) жағдайда анықталды, оның ішінде ұлты қазақ пациенттерде (1 топта) 23 адамда (79,31%) анықталды, (2 топтағы науқастарда (20,68%); өзге ұлт ер адамдарымен (7,69%) және ұлты қазақ әйелдермен (5,5%) салыстырғанда гепатоцеллюлярлық карцинома қазақ ер адамдарында жиі қалыптасады екен (12%). Екінші топта гепатоцеллюлярлық карцинома әйелдерге (1,9%) қарағанда ерлерде (7,6%) көптеу анықталды.

Түйін сөздер: гепатоцеллюлярлық карцинома, ФНО, цирроз, қазақ популяциясы, вирустық гепатит.

Summary

Kaliaskarova K.S., Konysbekova A.A., Otarbayev N.K., Bakir I.K.
Republican Diagnostic Center, Astana, Kazakhstan

HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN THE KAZAKH POPULATION: ETIOLOGICAL ROLE OF VIRUS CIRRHOSIS

Recently there has been a steady increase in the detection rate of HCC $HB_{s}Ag$ in the Asian region. In this connection, discussed ways to prevent cancer. There are several ways to interfere this process in: prevention of HBV infection and HBC , control and eradication of virus infection; intervention in the risk factors for genetic mutations. In the study group ($n = 360$) hepatocellular carcinoma was detected in 8,6% ($n = 29$), and in patients Kazakh nationality (group 1) in 23 (79.31%) than in group 2 patients (20.68%); Kazakhs men often formed HCC (12%) than non-native men (7.69%) than in women and Kazakh women (5.5%). Group 2 was more frequently detected HCC in men (7.6%) than in women (1.9%).

Keywords: hepatocellular carcinoma, tumor necrosis, cirrhosis, the Kazakh population, virus hepatitis.

Поступило 23.12.2014

УДК 617-089.844

**АМАНЖОЛОВ Б.Р., ТАШИМОВ Р.И., ИСМАИЛОВ А.Ж.,
УАЛИХАНОВ А.Т.**
*АО «Национальный Научный Центр Онкологии и Трансплантологии»,
Астана, Республика Казахстан*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ БИОДЕГРАДИРУЮЩИМ ПИЩЕВОДНЫМ СТЕНТОМ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА

В статье представлен первый опыт применения и результаты лечения после эндоскопической установки биодеградирующего стента у пациента с постоперационной рубцовой стриктурой эзофагогастроанастомоза, не поддающейся традиционным методам лечения.

Ключевые слова: биодеградирующий стент, стриктура анастомоза.

Актуальность проблемы

По данным литературы ожоги пищевода кислотами и щелочами приводят к развитию послеожоговых стриктур пищевода у 40-75% больных [1]. Послеожоговые стриктуры пищевода занимают второе место после рака данной локализации среди причин дисфагии и относятся к предраковым заболеваниям [2]. Около 85% больных с послеожоговыми стриктурами пищевода - лица трудоспособного возраста [3].

Основными методом лечения послеожоговых стриктур пищевода по сей день остаются - бужирование, баллонная дилатация под эндоскопическим контролем, а также эзофагопластика [4]. По данным литературы, около 40% пациентов после раннее проведенного бужирования нуждаются в эзофагопластике [5]. Возникающие у 25-40% больных ранние рестенозы послеожоговых стриктур являются одной из основных причин изменения тактики лечения в пользу эзофагопластики [6].

По данным сводной статистики послеоперационные осложнения встречаются в 10-42% случаев и нередко приводят к инвалидизации больных.

В настоящее время известен альтернативный метод лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода: «Эндоскопическое стентирование биодеградирующими стентами» [7]. Согласно данному способу, после предварительной максимальной дилатации стриктуры под эндоскопическим контролем в зону стеноза пищевода подводят стент, который самопроизвольно лизируется в течении 10-12 недель в зависимости от места установки. Введение стента осуществляют в сроки не ранее, чем через 6 месяцев, с момента получения травмы.

Внедрение в практику

Метод эндоскопического стентирования биодеградирующим пищеводным стентом, при доброкачественных стриктурах пищевода внедрен в практику врачами эндоскопического отделения АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» и исследован на примере одного пациента.

Больная А., 1995 г.р. с диагнозом: Постоперационная рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза. Трижды в течение года было проведена баллонная дилатация, однако симптомы дисфагии удавалось купировать лишь на относительно короткий период, который составлял не более трех месяцев.

Нами было выполнено диагностическое рентгеноскопическое и эндоскопическое исследование. Во время исследования определилась семиотика заболевания, протяженность стеноза до 25,0 мм, диаметр просвета пищевода в зоне стриктуры

составил 6,0 мм, (эндоскопическое заключение: Постоперационная рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза).

На основании отсутствия эффекта традиционными методами лечения и подробным ознакомлением с методами стентирования доброкачественных стенозов пищевода, нами было принято решение применить впервые в нашей практике биодеградирующий саморасправляющийся стент, который обладает преимуществами перед ранее существующими методами установки временных стентов.

В условиях операционной первым этапом произведена баллонная дилатация, трехкратное поочередное раздувание баллона инсуфлятором фирмы EndoFlex диаметром 18,0 мм под давлением 3 атм. с экспозицией 3 минуты. После которой диаметр сужения составил 15,0 мм вторым этапом было произведено стентирование верхней трети пищевода биодеградирующим саморасправляющимся стентом фирмы ELLA-CS размерами: длина 80,0 мм, диаметр 18,0 мм, изготовленного из монофиламентной нити полидиоксанаона, (широко используемой в хирургии в качестве рассасывающегося шовного материала), под прямым рентгенологическим и эндоскопическим контролем с установлением проксимального края стента на 20,0 мм выше сужения.

Сложность всей манипуляции заключается в локализации уровня стеноза, шейный отдел пищевода на 17,0 см от резцов привнес возможность наблюдения установления верхнего края стента на уровне черпаловидных хрящей гортани.

В течение первых трех суток пациентка отмечала боли в проекции установленного стента, это обусловлено тем, что полное раскрытие стента достигается в течение 72 часов. Для определения положения дистального края стента и степени его раскрытия через 72 часа после установки стента проведен рентгенологический контроль. Клинически у пациента отмечается улучшение соматического статуса, на пятые сутки исчезли болевые ощущения и полностью восстановлено питание. Миграции стента не наблюдается, осложнений нет, на седьмые сутки пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендацией: контрольная эзофагоскопия через один месяц.

Заключение

Протезирование биодеградирующими самораскрывающимися стентами у пациентов с постожоговыми (доброкачественными) стенозами, не поддающимися традиционными методами лечения и возможностью подбора и изготовления стента по индивидуальному заказу для конкретного пациента что, безусловно, является оптимальным выбором лечения, улучшающим качество жизни и характеризующимся малым количеством осложнений, так как при установке нитинолового саморасширяющегося стента необходима его последующее удаление, что соответственно сопровождается травматизмом с высоко вероятным развитием рестеноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусой А.Ф. с соавт., 2003; Федотов Л.Е., 2008; Kalzka D., 2001; Naidu K. et al, 2002; Keh S. et al., 2006.
2. Черноусов А.Ф. с соавт., 1998; Мирошников Б.И., 2002; Зафиров А.Г., 2006; Булынин В.В., 2007; Braghetto I. et al., 2002; КосКлар R. et al., 2006.
3. Булегенов Т.А., 2009; Gumaste V., 1992; Ogunleye A. et al., 2002; Chiu H et al., 2003.
4. Мяукина Л.М., 2003; Годжелло Э.А., Галлинггер Ю.И., 2007; Проказа М.Ю., 2008; Egan J., 2006.
5. Скворцов М.Б., 1991; Титов А.Г., 2006; Верещако Р.И., 2007; Clouse R. et al., 1996; Said A. et al., 2003.; Lew R., Kochman M., 2002; Han Y. et al., 2004.
6. Аллахвердян А.С., 2004; Said A. et al., 2003.; Poley J. et al., 2004; Siersema P. et al., 2009.
7. Королев М. П., Федотов Л.Е., Смирнов А.А., Филонов А.Л. Эндоскопическое стентирование стриктур пищевода. // Эндоскопическое стентирование стенозирующих

заболеваний желудочно-кишечного тракта; мастер-класс 19-20 июня 2008 года. –
Сборник тезисов. – 2008. - с. 35-43).

Түйін

*Аманжолов Б.Р., Ташимов Р.И., Исмаилов А.Ж., Уалиханов А.Т.
Онкология және трансплантология ұлттық
ғылыми орталығы, Астана, Қазақстан*

ӨНЕШТІҢ ҚАТЕРСІЗ ТАРЫЛЫСЫ КЕЗІНДЕ БИОДЕГРАДАЦИЯЛАЙТЫН ӨНЕШТІК СТЕНТИМЕН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ СТЕНТТЕУДІ ҚОЛДАНУДЫҢ АЛҒАШҚЫ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада дәстүрлі әдістермен емдеуге келмейтін эзофагогастроанастомозының операциядан кейінгі тыртықтық тарылысы бар науқасқа биодеграциялайтын стентті эндоскопиялық орнатуды алғашқы қолдану тәжірибесі және одан кейінгі емнің нәтижелері ұсынылған.

Ключевые слова: биодеграциялайтын стент, анастомоз тарылысы.

Summary

*Amanzholov B.R., Tashima R.I., Ismailov A., Zh., Ualikhanov A.T.
JSC "National Scientific Center of Oncology and Transplantation"
Astana, Kazakhstan*

THE FIRST EXPERIENCE WITH ENDOSCOPIC STENTING BY BIODIGRADIRUYUSCHIM ESOPHAGEAL STENTS FOR BENIGN ESOPHAGEAL STRICTURES

The article presents the first experience of and outcomes after endoscopic installation biodegradable stent in a patient with postoperative scar stricture ezofagogastranastomoz, not serve traditional therapies.

Key words: biodegradable stent, esophageal stricture.

Поступило 12.10.2014

УДК 616-006: 31. 27.51

**ЖУСУПОВА Б.Т.¹, ШАНАЗАРОВ Н.А.¹, БЕЙСЕУОВА Ж.А.¹,
КОВАЛЬЧУК Д.А.¹, КУМИСБЕКОВА Р.К.¹, УШАКОВ С.А.²**

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,
Астана, Казахстан¹
ГКП на ПХВ «Онкологический диспансер», Астана, Казахстан²*

ХИМИОТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ЖЕЛУДКА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Трастузумаб, представляющий собой рекомбинатные гуманизированные моноклональные антитела, доказал свою эффективность в лечении HER2-позитивного распространенного рака желудка (РЖ) при назначении в комбинации со стандартной химиотерапией. Описывается случай эффективного лечения пациента с присоединением отдаленных метастазов HER2-

позитивного РЖ. Включение трастузумаба в схему лекарственной терапии позволило достичь частичного ответа опухоли на лечение.

Ключевые слова: рак желудка, HER2-статус, таргетная терапия, трастузумаб.

В структуре онкологической статистики рак желудка (РЖ) по-прежнему занимает одно из ведущих мест, несмотря на некоторое снижение заболеваемости в последние десятилетия. Ежегодно в мире регистрируется около 1 миллиона новых случаев РЖ.

В Республике Казахстан РЖ занимает 4-е место в структуре онкологической заболеваемости: в 2011 году заболеваемость составила 16,2, в 2012 году – 16,3 на 100 тыс. населения (2677 и 2736 человек соответственно), из них 27,4% приходилось на IV стадию заболевания. В структуре смертности от злокачественных новообразований РЖ занимает 2-е место, при этом более 1/2 (52-53,6%) пациентов погибают в течение первого года с момента постановки диагноза. 5-летняя выживаемость в 2011 году составила 46,5%, в 2012 году – 44,9%.

Основным методом лечения операбельного РЖ является хирургический, в случаях диссеминированного РЖ – лекарственная терапия. При распространенном нерезектабельном или рецидивирующем РЖ на поздних стадиях заболевания только использование системной химиотерапии (ХТ) обеспечивает ряд преимуществ по сравнению с симптоматическим лечением, а именно увеличивает время до прогрессирования, что продемонстрировано в ряде рандомизированных исследований.

Основной спектр цитостатических препаратов, активных при РЖ, ограничен и на сегодняшний день включает фторпиримидины, антрациклины, производные платины, таксаны, ингибиторы топоизомеразы I. Несмотря на возможности паллиативной ХТ, прогноз при распространенном РЖ остается неблагоприятным (медиана общей выживаемости (ОВ) не превышает 12 месяцев). В последние годы изучение молекулярных механизмов, лежащих в основе процессов клеточного роста, клеточного цикла, ангиогенеза и опухолевой инвазии, позволило установить новые мишени для противоопухолевой терапии. Наиболее изученной терапевтической мишенью при РЖ является рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа (HER2/neu).

Рецепторы HER2 участвуют в процессе пролиферации, апоптоза, адгезии, миграции и дифференцировки опухолевых клеток, что может определять агрессивность течения заболевания и неблагоприятный прогноз. В ряде исследований продемонстрировано, что опухолевая гиперэкспрессия рецепторов HER2 определяется в 7-43% случаев РЖ, что подтверждает важную роль данного биомаркера в канцерогенезе РЖ.

Трастузумаб представляет собой рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела, которые избирательно взаимодействуют с внеклеточным доменом рецептора HER2, что в конечном итоге приводит к блокированию процессов опухолевой пролиферации и активации антителозависимой клеточной цитотоксичности. Клиническая эффективность трастузумаба при его назначении в комбинации с ХТ в 1-й линии HER2-положительного распространенного РЖ продемонстрирована в рандомизированном открытом международном исследовании III фазы TOGA (Trastuzumab for Gastric Cancer). Критериям включения в исследование соответствовали пациенты с распространенным РЖ или раком пищевода-

желудочного перехода при наличии опухолевой экспрессии HER2. 294 из 584 пациентов получали трастузумаб в комбинации с ХТ, 290 – только ХТ. Лечение проводилось до прогрессирования заболевания, появления признаков неприемлемой токсичности или отзыва согласия пациентом.

В группе пациентов, получавших трастузумаб в комбинации с ХТ, медиана ОВ составила 13,4 мес., в группе пациентов, получавших только ХТ – 11,1 мес.

На сегодняшний день комбинация трастузумаба и режима ХТ, включающих цисплатин или оксалиплатин и 5-фторурацил, является стандартом терапии пациентов с HER2-положительным распространенным РЖ или раком пищевода-желудочного перехода.

Приводим клинический опыт лечения пациента с прогрессированием РЖ.

Описание клинического случая. Пациент Ж., 1947 года рождения, с диагнозом: Рак тела желудка T₃N₂M₀, III Б ст. В сентябре 2010 года произведена гастропленэктомия с лимфодиссекцией Д2. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома, прорастающая все слои, опухолевые эмболы в лимфатических сосудах, метастазы в лимфатические узлы малой и большой кривизны. С октября 2010 года по июнь 2011 года пациент находился под наблюдением онколога, статус по ECOG = 0. В июле 2011 года установлены множественные метастазы в печень, переднюю брюшную стенку (пупочную область) по данным физикального и инструментального обследования, включая компьютерную томографию (КТ) органов брюшной и грудной полости, позитронно-эмиссионную томографию с КТ (ПЭТ-КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной стенки и органов брюшной полости, забрюшинного пространства, надключичных областей. Статус по ECOG = 0. Произведено иммуногистохимическое исследование (ИГХ) послеоперационного материала от 2010 года и биоптата из метастаза в пупочную область, при этом установлен позитивный HER2-статус опухоли (3+). С июля 2011 года начата противоопухолевая лекарственная терапия – паллиативная химиотаргетная терапия (ХТТ) – по схеме PF-Трастузумаб: цисплатин – 75 мг\м² в 1 день цикла, 5-фторурацил – по 1000 мг\м² в 1-5 дни цикла, трастузумаб – 8 мг\кг в 1 день цикла (нагрузочная доза), затем – по 6 мг\кг в последующие 1 дни 21-дневных циклов (поддерживающая доза). При контрольном обследовании после проведенных 4 циклов ХТТ отмечается уменьшение размеров метастатических очагов в печени на 40%. Лечение было продолжено в указанном режиме. После проведенных всего 8 циклов ХТТ (в декабре 2011 года) повторно произведены КТ органов брюшной полости, ПЭТ-КТ, во время которых отмечается резорбция метастатических очагов в печени (ПО), уменьшение метастатического очага в пупочную область на 70% (ЧО). Лечение было продолжено, после проведенного 10 цикла ХТТ присоединился метастаз в мягкие ткани передней брюшной стенки (область контраппертуры в месте ранее установленного дренажа после лапаротомии от 2010 года). Лекарственная терапия была продолжена с изменением режима ХТТ: доцетаксел – по 75 мг\м² в 1 день цикла, фторурацил – по 750 мг\м² в 1-4 дни цикла, натриофоллин – по 50 мг\м² в 1-4 дни цикла, цисплатин – 75 мг\м² в 1 день цикла, трастузумаб – по 6 мг\кг в 1 день 21-дневного цикла, 8 циклов по июнь 2012 года. Достигнутый эффект – «стабилизация» (регрессия метастатических очагов брюшной стенки на 20%). В связи с развивающимися после проводимых 7-8-го (15-16) циклов ХТТ явлений токсического панкреатита, энтерита, присоединением хронической сердечной недостаточности (ХСН ФК I ст.), а также – лейкопении II-III степеней,

корректируемых в течение 7-15 дней, было принято решение проводить ХТТ в монорежиме трастузумабом, что и было сделано. Достигнутый эффект – «стабилизация» - наблюдался в течение 10 месяцев. В последующем стало отмечаться прогрессирующее процесса: увеличение в размерах метастатических очагов в переднюю брюшную стенку, затем присоединился метастаз в головной мозг. Лечение трастузумабом было прекращено в связи с прогрессирующим процессом. В последующем были предложены другие схемы паллиативной ХТ.

Анализируя представленный случай, видно, что продолжительность ответа на лечение режимами с использованием трастузумаба составила почти 20 месяцев, при чем резорбция метастатических очагов в печени сохранялась на всем протяжении лечения и наблюдения. Отсутствие прогрессирования процесса отмечалось и при продолжении только паллиативной таргетной терапии (в монорежиме) еще в течение 10 месяцев после положительной динамики на фоне лечения в режиме сочетанной лекарственной терапии (ХТТ).

В представленном клиническом случае комбинированное применение трастузумаба и стандартной ХТ позволило контролировать заболевание на протяжении 20 месяцев с момента выявления отдаленных метастазов. При этом необходимо отметить относительно хорошую переносимость проводимой терапии, без признаков выраженной токсичности, что позволяло планировать дальнейшее лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. National Comprehensive Cancer Network: NCCN clinical practice guidelines in Oncology, Gastric Cancer. - 2014.
2. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Общества онкологов-химиотерапевтов. Рекомендации лекарственного лечения больных раком желудка. - 2012.

Түйін

Жүсіпова Б.Т.¹, Шаназаров Н.А.¹, Бейсеуова Ж.А.¹, Ковальчук Д.А.¹,
Күмісбекова Р.К.¹, Ушаков С.А.²

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Астана, Казахстан¹
ГКП на ПХВ «Онкологический диспансер», Астана, Казахстан²

АСҚАЗАННЫҢ МЕТАСТАЗДЫҚ ОБЫРЫНЫҢ ХИМИЯТАРГЕТТІК ТЕРАПИЯСЫ: ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Рекомбинаттық гуманизацияланған моноклонды антиденелер болып табылатын трастузумаб стандарттық химиятерапиямен қоса қолдану кезінде асқазанның HER2-позитивтік таралған обырын емдеуде тиімділігін дәлелдеді. Асқазанның HER2-позитивтік обырының алыс метастазаларын қосыммен науқасты тиімді емдеу жағдайы сипатталады. Трастузумабты дәрілік терапияға қосқанда емнің ісікке ішінара әсер етуіне қол жеткізуге мүмкіндік туды.

Түйін сөздер: асқазан обыры, HER2-статус, таргеттік терапия, трастузумаб.

Summary

Zhusupova B.T.¹, Shanazarov N.A.¹, Beyseuova J.A.¹, Kovalchuk D.A.¹,
Kumisbekova R.K.¹, Ushakov S.A.²

"National Scientific Center of Oncology and Transplantation" JSC, Astana, Kazakhstan¹
«Oncologic dispensary» SME on EMR, Astana, Kazakhstan²

**CHEMOTARGET THERAPY OF METASTATIC GASTRIC CANCER:
CLINICAL EXPERIENCE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF A PATIENT**

Trastuzumab, which is a recombinant humanized monoclonal antibody, has proven effective in the treatment of HER2-positive advanced gastric cancer (GC) with administered in combination with standard chemotherapy. There is described case of an effective treatment of the patient with the accession of distant metastasis HER2-positive gastric cancer. Switching of trastuzumab to medication scheme gave possibility to achieve a partial response of tumor to treatment.

Key words: gastric cancer, HER2-status, targeted therapy, trastuzumab.

Поступила 22.12.2014

УДК: 616.345-072.1:614.2

**МАШКИН А.М.¹, ШАНАЗАРОВ Н.А.²,
АХМЕТЖАНОВ О.Т.³, БАТЫРБЕКОВ К.У.⁴**

Тюменская Государственная Медицинская Академия, Тюмень, Россия¹
Национальный научный центр Онкологии и Трансплантологии, Астана, Казахстан²
Казахский Научно-Исследовательский Институт Онкологии
и Радиологии, Алматы, Казахстан³
НИИ травматологии и ортопедии, Астана, Казахстан⁴

**СКРИНИНГОВАЯ КОЛОНОСКОПИЯ.
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ**

Онкологическая патология, а в том числе опухоли толстого кишечника и прямой кишки, представляют собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения. Выявление опухолей данной локализации на ранних этапах позволяет улучшить результаты лечения. В свою очередь скрининг колоректального рака (КРР) также весьма затруднителен и требует как навыков врача, так и содействия со стороны пациента. В работе представлены основные положения проведения скрининга КРР с учетом современных возможностей системы здравоохранения.

Ключевые слова: скрининговая колоноскопия, колоректальный рак.

Введение. Колоректальный рак (КРР) является одной из глобальных проблем мирового здравоохранения и занимает третье место в мире в структуре заболеваемости и второе место по смертности от онкологических заболеваний.

Согласно базе данных «Globocan» Международного агентства по изучению рака (IARC) в 2008 г. заболеваемость КРР в мире составила 123,5 тыс., смертность – 609 тыс. случаев и составил 9,8% всех случаев рака в мире у лиц обоего пола. По прогнозам Национального института рака США у 5,2% мужчин и женщин, родившихся сегодня будет диагностирован рак толстой и прямой кишки в некоторый момент времени в течение своей жизни.

Скрининг КРР - это сложное мероприятие, имеющее различные варианты его организации, требующее не только создания и соблюдения алгоритмов в работе врача, но определенных усилий от пациентов (подготовка к проведению колоноскопии и др.). Для того, чтобы вся программа скрининга оказалась успешной, должен произойти последовательный ряд событий: встреча пациента с осведомленным врачом общей практики и получение от него рекомендаций о необходимости проведения скрининга, получение согласия пациента на обследование, определение группы риска, проведение обследования, своевременная диагностика, своевременное лечение, проведение соответствующего последующего наблюдения. Если хотя бы одно из этих событий выпадет или будет выполнено на недостаточно квалифицированном уровне, скрининг окажется неудачным.

Вместе с тем, существуют нерешенные вопросы при проведении колоноскопии: плохая подготовка толстой кишки к исследованию, неполный осмотр толстой кишки (при скрининговой колоноскопии он составляет 5-10%), несоблюдение врачом-эндоскопистом стандартов выполнения колоноскопии и т.д., и как результат - пропуск патологии. По результатам ряда исследований аденомы диаметром меньше 5 мм врачи-эндоскописты пропускают в 15-25% случаев, а аденомы диаметром 10 мм и больше в 0-6% случаев [1]. Поэтому одним из ключевых вопросов организации скрининга КРР является качество современной колоноскопии.

Инициативной группой Российского эндоскопического общества на основе клинических рекомендаций «Подготовка пациентов к эндоскопическому исследованию толстой кишки» Российского Эндоскопического Общества, рекомендаций Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE), Американского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE), практического руководства Всемирного гастроэнтерологического общества (WGO), Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы и Всемирной эндоскопической организации (WEO) подготовлен проект основных разделов рекомендаций, посвященных организации технического обеспечения колоноскопии, основных этапов подготовки пациента и выполнения самого эндоскопического исследования. Этот проект определяет основные показатели качества выполнения колоноскопии, которые необходимо учитывать и анализировать, если колоноскопия выполняется с целью скрининга колоректального рака [2].

Проект основных разделов рекомендаций

I. Основные этапы подготовки и организации скрининга до колоноскопии.

1. Оснащение кабинета колоноскопии.

До начала проведения скрининговой колоноскопии кабинет должен быть оснащен оборудованием и расходными материалами, позволяющими

выполнить стандарты проведения исследования. Обязательное оснащение: биопсионные щипцы, щипцы для «горячей биопсии», электрокоагулятор, клипатор с набором гемостатических и сшивающих клипс, инъектор, красители и спрей-катетер для хромоскопии, краситель для татуировки злокачественных полипов.

2. Дезинфекция оборудования:

При проведении скрининговой колоноскопии осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия

3. Сертификация специалиста:

Квалификационная характеристика врача-эндоскописта должна соответствовать высшей или первой категории.

4. Информированное добровольное согласие пациента (ИДСП) на проведение колоноскопии:

Пациенты перед началом проведения колоноскопии должны получить информацию не только о диагностической ценности исследования, но и о возможных нежелательных последствиях и осложнениях, а так же, ознакомиться с ИДСП и подписать его.

5. Подготовка пациента и толстой кишки к исследованию:

Адекватная подготовка кишечника к колоноскопии является ключевым моментом для обеспечения качества скрининговой колоноскопии. Хорошая подготовка кишечника обеспечивает возможность интубации слепой кишки, детального осмотра слизистой оболочки и выявления даже минимальных патологических изменений.

6. Медикаментозное обеспечение, седация и комфорт:

Отрицательные отзывы пациентов, прошедших колоноскопию, могут негативно повлиять на развитие скрининговых программ, поэтому пациентам следует предлагать комфортные и безопасные условия. Так же должно быть учтено наличие сопутствующей патологии.

II. Основные технические показатели качества колоноскопии, которые необходимо учитывать

1. Техника выполнения колоноскопии

Выполнение колоноскопии требует от врача специальных навыков и постоянной тренировки. Врач-эндоскопист, начинающий выполнять колоноскопии должен быть осторожным, чтобы не подвергнуть пациента риску и не причинить ему чрезмерную боль. Современная техника выполнения колоноскопии, предлагаемая ведущими японскими экспертами, предполагает проведение колоноскопа путем собирания (сбаривания) кишки во время его проведения по толстой кишке в проксимальном направлении.

2. Проведение колоноскопа в купол слепой кишки:

Показатель проведения колоноскопа в купол слепой кишки при скрининговой колоноскопии должен составлять не менее 90-95%. Случаи, в которых колоноскопия была прервана из-за плохой подготовки, стриктуры или тяжелого колита не должны учитываться.

3. Время выведения колоноскопа:

Время выведения колоноскопа из купола слепой кишки до ануса, исключая время, затраченное на выполнение биопсии и полипэктомии, должен составлять не менее 8 мин. Время этого этапа расценивается, как показатель качества проведенной колоноскопии.

4. Технологии осмотра слизистой оболочки при колоноскопии

Для детального осмотра слизистой оболочки врачу - эндоскописту необходимо выполнить ряд условий:

- a. Раздуть осматриваемый отдел толстой кишки, инсуфлируя в просвет воздух
- b. Очистить поверхность осматриваемого участка слизистой оболочки
- c. Выполнить тщательный осмотр складок толстой кишки
- d. Осмотреть пространство между складок

5. Трудности при проведении колоноскопии

В случае если при первичной скрининговой колоноскопии не удалось достичь слепой кишки, такая колоноскопия расценивается как «трудная». Основными причинами «трудных колоноскопий» являются выраженные углы сигмовидной кишки и удлиненная толстая кишка, а так же спаечный процесс в брюшной полости. В таких случаях повторное исследование необходимо повторять в отделении (кабинете) эндоскопии, которое технически укомплектовано оборудованием, позволяющим использовать весь комплекс доступных технических средств.

6. Методики контрастирования поверхности слизистой оболочки при колоноскопии:

Контрастирование поверхности слизистой оболочки толстой кишки (тотальная хромоскопия, узкоспектральная эндоскопия и др.) позволяют повысить диагностическую ценность колоноскопии и увеличить выявление колоректальных аденом.

7. Необходимость и выбор методики удаления и биопсии выявленных полипов (что и как удалять):

Врач-эндоскопист, выполняющий колоноскопию, должен владеть методиками забора материала для морфологического исследования. Биопсии должны быть подвергнуты все выявленные патологические образования толстой кишки. В настоящее время существует несколько основных методик выполнения биопсии: щипковая биопсия, «горячая» биопсия, петлевая биопсия. Врач-эндоскопист должен использовать одну из этих методик в зависимости от конкретной клинической ситуации и оснащения кабинета колоноскопии. Удалению подлежат полипы и ранние формы КРР. Исключения составляют мелкие (до 5 мм) гиперпластические полипы прямой и сигмовидной кишки. Они могут быть скусены при биопсии или оставлены на месте.

8. Татуировка предполагаемого местоположения злокачественных полипов и рака:

Местоположение полипов, подозрительных на малигнизацию и ранние формы КРР должны быть отмечены нерассасывающимся составом (индийская тушь или ее альтернатива на основе соединений углерода). Это помогает определить локализацию патологического образования при последующей эндоскопической или лапароскопической резекции, или во время хирургической операции.

III. Основные качественные и количественные показатели и рекомендации, которые необходимо учитывать и анализировать как показатель качества скрининговой колоноскопии

1. Протокол и фотодокументация проведенной колоноскопии:

Результаты выполненной колоноскопии должны быть четко описаны в стандартном протоколе исследования отдельными эндоскопическими

признаками, сводящих к минимуму вероятность дифференциально-диагностических затруднений. Фиксация эндоскопических изображений или запись видео обеспечивает высочайший уровень доказательства качества проведенной колоноскопии.

2. Показатель выявления полипов, аденом и колоректального рака:

Выявления аденом толстой кишки и ранних форм КРР является фундаментальной целью скрининговой колоноскопии. Показатель выявления аденом, является основным показателем качества выполненных колоноскопий. Показатель выявления аденом (англ. «Adenoma Detection Rate» или ADR) определен, как число колоноскопий, при которых выявлена одна или несколько гистологически подтвержденных аденом, деленное на общее число выполненных колоноскопий.

3. Показатель пропущенных аденом:

Важным показателем качества скрининговой колоноскопии, влияющей на результаты лечения КРР, являются недиагностированные («пропущенные») аденомы и рак толстой кишки. В США частота «пропущенных» аденом размерами более 1 см составляет от 0-6%, от 6-9мм 12-13%, а для аденом 5мм и меньше 15-27%.

4. Осложнения и неудачи:

Количество осложнений при колоноскопии является дополнительным показателем качества ее проведения и организации. Показателем качества является уровень перфораций менее 1:1000, перфораций после полипэктомии – меньше 1:500, кровотечений после полипэктомии <1:100.

Инфраструктура и оборудование. Пропускная способность оборудования должна соответствовать предъявляемым к нему требованиям, для обеспечения максимальной эффективности и предотвращения необоснованных задержек в обслуживании пациентов. Для обеспечения обнаружения и оценки колоректальных поражений высокой степени риска необходимо использовать видеоэндоскопы и хромоэндоскопию. Видеоскопы должны иметь возможность получения изображения в узком спектре (I-scan, Narrow band imaging (NBI)).

Узкоспектральная эндоскопия (I-scan, NBI) – это оптическая диагностическая методика, основанная на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны. Узкоспектральная система использует преимущества в основном двух световых волн длиной 415 и 445 нм в диагностике сосудистых структур слизистой оболочки пищеварительного тракта, так как эти световые волны хорошо поглощаются гемоглобином. Таким образом, световые фильтры позволяют получить детальное изображение сосудистого рисунка тканей, его изменений, характерных для патологических участков воспалительного генеза, а также для предраковых заболеваний и ранних форм рака. Кроме этого, узкоспектральная система повышает контрастность изображения, что создает эффект виртуальной хромокопии. Это позволяет определить характер образования (neoplastic или non-neoplastic) и выбрать оптимальные точки для выполнения биопсии [3,4]. Такими характеристиками обладают модели видеоэндоскопов фирмы Pentax серии I 10, I 90, а также фирмы Olympus серии 180, 190.

Таким образом, отделение (кабинет) эндоскопии, в котором выполняется удаление полипов и ранних форм рака толстой кишки должно быть обязательно оснащено оборудованием, позволяющим выполнить радикальное

удаление образования и выполнить эндоскопическое купирование и коррекцию возможных осложнений. Обязательный набор оборудования включает в себя электрокоагулятор, петли для резекции соответствующих типов и размеров, красители и спрей-катетер для хромоскопии, инъекторы, клипатор, набором гемостатических и сшивающих клипс, монополярный или биполярный зонд, аргоноплазменный коагулятор. К дополнительному оборудованию относятся водоструйная помпа, дистальный колпачок, электро-хирургический блок, инсуфлятор CO₂. Эндоскопическое оборудование, используемое при проведении скрининговой колоноскопии, в идеале должно поддерживать функции узкоспектральной эндоскопии, цифрового и оптического зума, таким параметрам соответствуют новейшие модели видеокколоноскопов фирмы Pentax, Olympus. По европейским рекомендациям использование фиброколоноскопов не допускается [5,6].

Техника проведения эндоскопических вмешательств. При проведении скрининговой колоноскопии рекомендуется использование колоноскопов с варьируемой степенью жесткости. Для контроля высокого качества колоноскопического исследования необходимо провести полную интубацию толстой кишки и тщательно исследовать состояние слизистой оболочки во время извлечения инструмента. Если эндоскопист сомневается в том, способен ли он удалить очаг поражения, характеризующийся высокой степенью риска, то очаг поражения должен быть надлежащим образом задокументирован и, при необходимости, место его расположения должно быть помечено путем нанесения татуировки. Пациента затем для удаления очага поражения (эндоскопического или хирургического) необходимо направить к другому специалисту [7].

Эффективность работы эндоскопистов и повышение качества их работы. Должно быть обеспечено наличие фотодокументации с изображениями выполненных процедур, с возможностью ее контроля, предпочтительным для этих целей является использование панорамных изображений баугиниевой заслонки и слепой кишки, или же видеоклипа с соответствующим снимком. В качестве первичного индикатора качества колоноскопии необходимо использовать нескорректированный показатель частоты выполнения интубации слепой кишки. Приемлемым стандартным значением является >90%, желательно >95%. Врач-эндоскопист, выполняющий колоноскопии, должен владеть методиками забора материала для морфологического исследования. Биопсии должны быть подвергнуты все выявленные патологические образования толстой кишки.

Протокол и фотодокументация проведенной колоноскопии. Результаты выполненной колоноскопии должны быть четко описаны в стандартном протоколе исследования отдельными эндоскопическими признаками, сводящих к минимуму вероятность дифференциально-диагностических затруднений. Важной составляющей протокола проведенной колоноскопии являются иллюстрации. Эти иллюстрации позволяют проверить вся ли толстая кишка была исследована, а так же какие патологические изменения были выявлены. Фотофиксация или запись видео обеспечивает высочайший уровень доказательства качества проведенной колоноскопии.

Подготовка толстой кишки к колоноскопии. Адекватная подготовка кишечника к колоноскопии является ключевым моментом для обеспечения качества скрининговой колоноскопии. Хорошая подготовка кишечника обеспечивает возможность интубации слепой кишки, детальный осмотр

слизистой оболочки кишки и выявление даже минимальных патологических изменений.

Заключение

Согласно данным рекомендациям, а также последним рекомендациям Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии, видеокOLONоскопы, которыми выполняются скрининговые исследования, должны отвечать следующим требованиям: изменяемая жесткость, возможность получения изображения в узком спектре (I-scan, NBI).

В рекомендациях Евросоюза по контролю качества эндоскопии в скрининге и диагностике колоректального рака указано, что для проведения качественного скрининга требуется высококвалифицированный специалист - врач, владеющий техникой полипэктомии/резекции слизистой оболочки, с ежегодной нагрузкой не менее 300 колоноскопий, среди которых тотальных более 95% .

Обязательным является фотодокументирование или видеодокументирование полностью выполненной колоноскопии (сохранение изображения, полученного в просвете подвздошной кишки или в куполе слепой кишки).

Исследования рекомендуется проводить под седацией, с использованием инсуффляции углекислым газом, при наличии системы архивации данных.

Строго обязательным является дезинфекция эндоскопов согласно современным рекомендациям, т.е. с использованием автоматического репроцессора.

ЛИТЕРАТУРА:

1. World Gastroenterology Organisation, 2008 WGO Practice Guidelines. http://oemmnndcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.nghd.pt/nghd/images/colorectal_cancer_screening.pdf
2. Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, et al. Colorectal cancer prevention 2000 Screening recommendations of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000;95:868– 77.
3. Kudo S. Early colorectal cancer. Detection of depressed types of colorectal carcinoma. Tokyo: Igaku-Shoin., 1996.;
4. Н. Kashida, Showa University Northern Yokohama Hospital, Digestive Center, Yokohama, Japan, Техника выполнения колоноскопии, «Клиническая эндоскопия», №2, 2008 г.;
5. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. European Commission. European Union; 2010: 978-92-79-16435-4 ISBN.
6. Rembacken B., Ponchon T. et al. Quality in Screening Colonoscopy. Endoscopy 2012; 44: 957– 968.
7. Кашин С.В., Завьялов Д.В., Надежин А.С., Гончаров В.И., Гвоздев А.А., Ахапкин Н. // Новые методики эндоскопического скрининга предопухолевой патологии и колоректального рака и необходимые условия их эффективного применения в клинической практике. - Клиническая эндоскопия. 2009 – 3. стр. 7-13.

Түйін

*Машкин А.М.¹, Шаназаров Н.А.², Ахметжанов О.Т.³, Батырбеков Қ.У.⁴
Тюмень мемлекеттік медициналық академиясы, Тюмень, Ресей¹
Онкология және трансплантология ұлттық ғылыми орталығы, Астана, Қазақстан²
Онкология және радиологиялық қазақ
ғылыми-зерттеу институты, Алматы, Қазақстан³
Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты, Астана, Қазақстан²⁴*

**СКРИНИНГТІК КОЛОНОСКОПИЯ.
ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ӨТКІЗУ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

Онкологиялық патология, оның ішінде тоқ ішектің және тік ішектің ісіктері қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың аса күрделі мәселелерінің бірі болып табылады. Осы органдардың ісіктерін ерте кезеңінде анықтау емнің нәтижелерін жақсартуға септігін тигізеді. Өз кезегінде колоректальды обырдың скринингі өте күрделі болғандықтан дәрігердің оны өткізуге дағдылары болғанын, сондай-ақ пациент тарабынан жәрдемдесуді талап етеді. Осы еңбекте денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі заманғы мүмкіндіктері ескеріліп, колоректальды обыр скринингін өткізудің негізгі ережелері ұсынылған.

Түйін сөздер: скринингтік колоноскопия, колоректальды обыр.

Summary

*Mashkin A.M.¹, Shanazarov N.A.², Akhmetzhanov O.T.³, Batyrbekov K.U.⁴
Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Rossiya1
National Scientific Center of Oncology and Transplantation, Astana, Kazakhstan2
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology,Almaty, Kazakhstan3
Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Astana, Kazakhstan4*

SCREENING COLONOSCOPY. ARRANGING AND CONDUCTING

Cancer pathology, and including tumors of the colon and rectum, represents one of the most important problems of modern health care. Identification of tumors on this localization in the early stages can improve the results of treatment. In turn, screening for colorectal cancer (CRC) is also very difficult and requires skills as a doctor and assistance from the patient. That work presents the basic provisions of CRC screening with current health system capacity.

Keywords: screening colonoscopy, colorectal cancer.

Поступила 22.12.2014

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 **2 (две) рецензии** 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 полторный (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 высылаеtся, 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 12. 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. Согласно протокола № 31 п.16 от 27 ноября 2010 г. журнал размещается в электронной версии на сайте журнала: www.heraldmed.org.
15. Прием статей бесплатный.
16. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, г. Астана, ул. Орынбор, 8, Дом Министерств, корпус 1В, тел: +7 (7172) 74-93-62, 51 70 64, e-mail: vestnik_2002@bk.ru, ardak_kn@mail.ru