

Учредители журнала:
Управление Делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления Делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
В.В. Бенберин

Заместитель главного редактора -
Е.К.Сарсебеков

Ответственный секретарь –
А.К. Тургамбаева

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

С 2005 года входит в перечень журналов,
рекомендованных Комитетом по контролю
в сфере образования и науки МОН РК

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: +7 (7172) 53-95-43
e-mail: vestnik@mcudprk.kz

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.

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс Басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журналының

**қаңтар - наурыз
1 (54) 2014
январь - март**

Ежеквартальный научно-практический журнал
ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления Делами Президента
Республики Казахстан**

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

Редакционный совет:

А.А. Аканов – д.м.н., профессор
Р.А. Бакенова – д.м.н.
А.К. Байгенжин – д.м.н., профессор
Н.Д. Батпенев – д.м.н., профессор
Р.Р. Бектаева - д.м.н., профессор
А.Г. Дерновой – д.м.н.
В.Ю. Дудник – д.м.н.
О.Т. Жузжанов – д.м.н., профессор
А.С. Жусупова – д.м.н., профессор
С.Е. Ибраев – д.м.н., профессор
Р.Ж. Карабаева – д.м.н.
С.З. Каирбекова – д.м.н., профессор
Kenneth Alibek – Ph.D., профессор (США)
М.К. Кульжанов – д.м.н., профессор
А.Х. Мустафин – д.м.н., профессор
Е.М. Раманкулов – д.м.н., профессор
Н.А. Стороженко (Россия) – д.м.н., профессор
И.Н. Ступаков (Россия) – д.м.н., профессор
Т.З. Сейсембеков – д.м.н., профессор
С.И. Токпанов – д.м.н., профессор
Р.К. Тулебаев – д.м.н., профессор
В. Х. Хавинсон - профессор, член-корр. РАМН
Т.Ш. Шарманов – д.м.н., профессор, академик НАН РК
А. Шарман – д.м.н., профессор
М.З.Шайдаров – д.м.н.

МАЗМҰНЫ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару
Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Public Health and Healthcare Management

- В.В. Бенберин, Т.С. Сұлтанғазиев, Д.В. Бюрабекова, Н.Т. Мұқашев**
 2013 жылдың нәтижелері бойынша «Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасының Медициналық орталығы» ММ-нің ведомстволық қарасты ұйымдардың қызметінің негізгі көрсеткіштері
В.В. Бенберин, Т.С. Сұлтанғазиев, Д.В. Бюрабекова, Н.Т. Мұқашев
 Основные показатели деятельности подведомственных организаций ГУ «Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан» по итогам 2013 года
V.V. Benberin, T.S. Sultangaziyev, L.V. Byurabekova, N.T. Mukashev
 Performance Indicators of the Subsidiary Organizations of Medical Center of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan in 2013.....5
- Ж.С. Исмаилова**
 Астана қаласының қалалық жедел медициналық жәрдем станциясының көрсететін қызметтерін әлеуметтік талдау
Ж.С. Исмаилова
 Социологический анализ оказанных услуг Городской станции скорой медицинской помощи г.Астана
Zh.S. Ismailova
 Sociological Analysis of Services Provided by Astana Emergency Ambulance Service Stations.....10
- С.М. Чуткова**
 Trauma Score іріктеу коэффициенті
С.М. Чуткова
 Сортировочный коэффициент Trauma Score
S.M. Chutkova
 Trauma Score Triaging Coefficient.....16
- А.Т. Қалмағамбетова**
 Денсаулық сақтау ресурстарын қолданудың экономикалық тиімділігін жоғарлату
А.Т. Қалмағамбетова
 Повышение экономической эффективности использования ресурсов здравоохранения
А.Т. Kalmagambetova
 Increasing Economic Efficiency of Health Care Resources.....20
- Ю.П. Алаев, Г.А. Галунщикова**
 Көп салалы ауруханада емделушілер мен қызметкерлердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін технологиялық процестерді стандарттаудың өзекті мәселелері
Ю.П. Алаев, Г.А. Галунщикова
 Актуальные вопросы стандартизации технологических процессов для обеспечения безопасности пациентов и персонала в многопрофильной больнице
Y.P. Alayev, G.A. Galunschikova
 Current Issues in Standardization Process to Insure Patient and Personel Safety in Multispecialty Hospital.....26
- А.С. Байбекова**
 Көп салалы ауруханаға ақпараттық қауіпсіздікті енгізу
А.С. Байбекова
 Внедрение информационной безопасности в многопрофильной больнице
A.S. Baybekova
 Implementation of Information Security in General Hospital.....29
- Н.М. Койшанбаева**
 Медициналық ұйымдардағы емделушілердің тамақтануды өз бетімен таңдаудың маңызы
Н.М. Койшанбаева
 Значение самостоятельного выбора питания пациентами в медицинских организациях
N.M. Koysanbaeva
 Importance of Independent Nutrition Choice for Patients in Healthcare Organizations.....31
- М.О. Оразқұлов, Ә. Қалиасқарқызы**
 Аурухананың маркетингтік қызметін оңтайландыру
М.О. Оразқұлов, А. Калиасқарқызы
 Оптимизация маркетинговой деятельности больницы
M.O. Orazkulov, A. Kaliaskarkyzy
 Optimization of Marketing Activity in Hospitals.....33
- Ж.С. Исмаилова**
 Жедел жәрдем станциясының қызметін жетілдіру және оптимизациялау жолдары
Ж.С. Исмаилова

Пути оптимизации и совершенствования службы скорой медицинской помощи
Zh.S. Ismailova
 Ways of Optimization and Improvement Ambulance Services.....36

Н.С. Ахильбеков, Г.Х. Нурутдинова, Л.В. Бюрабекова, Д.Р. Джулсайтова
 Қазақстан Республикасы санитарлық авиация қызметінің 2013 жылға қызмет ету қорытындысы

Н.С. Ахильбеков, Г.Х. Нурутдинова, Л.В. Бюрабекова, Д.Р. Джулсайтова
 Итоги деятельности службы санитарной авиации Республики Казахстан в 2013 году
N. Akhilbekov, G. Nurutdinova, L. Byurabekova, D.R. Julsaitova
 Results of Air Ambulance Service of the Republic of Kazakhstan Activities in 201340

Клиникалық зерттеулер Клинические исследования Clinical Research

Б.Х. Әбішев, М.Т. Әлиакпаров, Д.М. Тәжібаев, Е.С. Питель
 Жатыр миомасының жатыр артерияларын эмболизациялау отасынан кейінгі өзгеруі
Б.Х. Абишев, М.Т. Алиакпаров, Д.М. Тажибаев, Е.С. Питель
 Изменение миомы матки после эмболизации маточных артерий
В.Кh. Abishev, M.T. Aliakparov, D.M. Tazhibayev, L.S. Pitel
 Changing of Leiomyoma after Uterine Artery Embolization.....45

В.В. Бенберин, А.Н. Калашникова
 Метаболизмдік синдром: қауіп-қатер факторлары және алдын алу
В.В. Бенберин, А.Н. Калашникова
 Метаболический синдром: факторы риска и профилактика
V.V. Benberin, A.N. Kalashnikova
 Metabolic Syndrome: Risk Factors and Prevention Role.....49

Ғ.М. Құрманова, А.М. Тоқтарбаева
 HCV ассоциациялық 2-ші типтік қант диабеті
Г.М. Курманова, А.М. Токтарбаева
 HCV-ассоциированный сахарный диабет 2 типа
G.M. Kurmanova, A.M. Toktarbaeva
 HCV-associated 2 type Diabetes.....53

Г.Ж. Үдербаева, М.А. Карташова
 Полип пен және эндометрий гиперплазиясымен аурауындарда тұрақсыз микросателлиттік және ESR геннің метилденген гормоналдық-метаболикалық бұзылуының өзара байланысуы
Г.Ж. Удербаева, М.А. Карташова
 Взаимосвязь гормонально-метаболических нарушений с микросателлитной нестабильностью и

метилированием гена ESR у больных с полипами и гиперплазией эндометрия
G.J. Uderbaeva, M.A. Kartashova
 Interrelation of Hormonal and Metabolic Disorders with Microsatellite Instability and Gene ESR Methylation at Patients with Polyps and Endometrial Hyperplasia.....62

О.В. Васьковская, Н.А. Шаназаров, А.И. Козышко, Н.А. Малтабарова, Д.Н. Козьменко, А.Х. Исламғалиев
 Спазмолитиктердің жедел гинекологияда қолданылуы
О.В. Васьковская, Н.А. Шаназаров, А.И. Козышко, Н.А. Малтабарова, Д.Н. Козьменко, А.Х. Исламғалиев
 Применение спазмолитиков в экстренной гинекологии
O.V. Vaskovskaya, N.A. Shanazarov, A.I. Kokoshko, N.A. Maltabarova, D.N. Kozmenko, A.Kh. Islamgaliyev
 Using Antispasmodics in Emergency Gynecology.....68

А.Х. Ибадильдина
 Цереброваскуляр патологиясымен емделушілерінде қолқа доғасы және брахицефал дінгегінің бұтақтарының өзгерістерін ультрадыбыс диагностикасы
А.Х. Ибадильдина
 Ультразвуковая диагностика поражений ветвей дуги аорты и брахицефального ствола у пациентов с цереброваскулярной патологией
A.Kh. Ibadildina
 Ultrasound Diagnosis of Aortic Arch Branch and Brachiocephalic Trunk in Patients with Cerebrovascular Disease71

И.В. Бабакова Егде жастағы адамдарды пневмонияны диагностикалау және емдеу	Prevention of Postintubation Complications of Throat and Trachea.....87
И.В. Бабакова Диагностика и лечение пневмонии у лиц старческого возраста	Г.А. Рахымбекова, Г.А. Ақшалава, Х.А. Рахимберлина, С.Ж. Майлина, Н.В. Ким Жүйелі склеродермиядағы сүйек кемігінің аутологиялық дің жасушаларын трансплантациялау
I.V. Babakova Diagnosis and Treatment of Pneumonia in Elderly75	Г.А. Рахымбекова, Г.А. Ақшалава, Х.А. Рахимберлина, С.Ж. Майлина, Н.В. Ким Применение аутологических стволовых клеток костного мозга при системной склеродермии
М.Б. Ли Асқазан патологиясын клиникаға дейінгі диагностикада гастропанельді қолдану	Г.А. Rakhimbekova, G.A. Akshalova, Kh.A. Rakhimberlina, S.Zh. Mailina, N.V. Kim Autologous Stem Cell Transplantation of Bone Marrow at Systemic Sclerodermia89
М.Б. Ли Использование гастропанели в доклинической диагностике патологии желудка	К.С. Асанова Деформациялаушы остеоартрозы бар науқастарды кешенді физиотерапиялық емдеу тиімділігін бағалау
М.В. Lee Use of Gastropanel in Preclinical Diagnosis of Gastric Pathology.....79	К.С. Асанова Оценка эффективности комплексного физиотерапевтического лечения больных с деформирующим остеоартрозом
А.В. Мартынова Тиотропий бромиді СОӨА-мен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасына әсер етуі	K.S. Asanova G.A Performance Evaluation of Comprehensive Physiotherapy Treatment of Patients with Osteoarthritis.....96
А.В. Мартынова Влияние на качество жизни больных с ХОБЛ тиотропия бромиді	Б.Р. Аманжолов, Р.И. Тәшімов, А.Ж. Ысмайылов, Ж.К. Тыңқозиев, А.Т. Уәлиханов Дәстүрлі емдеуге келіспейтін өңештің өатерсіз стриктурасын биодырайтын өңеш стентімен эндоскопиялық стенттеуді қолданудың алғаш тәжірибесі
A.V. Martynova Impact of Tiotropium Bromide on Quality of Life of COPD Patients81	Б.Р. Аманжолов, Р.И. Ташимов, А.Ж. Исмаилов, Ж.К. Тыңқозиев, А.Т. Уалиханов Первый опыт применения эндоскопического стентирования биодegradирующим пищеводным стентом, при доброкачественной стриктуре пищевода не поддающейся традиционному лечению
Г.К. Канафин, А.К. Маткенов, А.М. Маханбетова Севофлюранмен ингаляциялық индукцияның тәжірибесі	B.R. Amanzholov, R.I. Tashimov, A.Zh. Ismailov, Zh.K. Tynkoziyev, A.T. Ualikhanov The First Experience of Using Endoscopic Stenting with Biodegradable Oesophageal Stent in Benign Stricture of Oesophagus Resistant to Traditional Treatment.....98
Г.К. Канафин, А.К. Маткенов, А.М. Маханбетова Опыт ингаляционной индукции севофлюраном	
G.K. Kanafin, A.K. Matkenov, A.M. Makhanbetova Experience of Using Inhalation Induction with Sevoflurane.....84	
Ж.Б. Каримова, К.К. Джексембаева, Ж.С. Даниярова, А.Е. Саменбетова, А.К. Смагулова Жұтқыншақ және трахеяның постинтубациялық асқынуларын алдын алу	
Ж.Б. Каримова, К.К. Джексембаева, Ж.С. Даниярова, А.Е. Саменбетова, А.К. Смагулова Профилактика постинтубационных осложнений гортани и трахеи	
G.K. Kanafin, A.K. Matkenov, A.M. Makhanbetova	

Мақалаларды әзірлеу сімдеу ережелері
Правила оформления статей
Submission Guidelines

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

УДК 614.2

**В.В. БЕНБЕРИН¹, Т.С. СУЛТАНГАЗИЕВ², Л.В. БЮРАБЕКОВА²,
Н.Т. МУКАШЕВ²***ГУ «Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан»¹
АО «Центр медицинских технологий и информационных систем»², Астана***ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ ГУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ
ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН» ПО ИТОГАМ 2013 ГОДА**

В статье изложены итоги деятельности подведомственных организаций ГУ «Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан», оказывающих стационарную помощь за 2013 год. Приведены результаты основных показателей использования коечного фонда, научно-инновационной и образовательной деятельности.

Ключевые слова: Медицинский центр УДП РК, показатели, инновации, образование.

Введение. ГУ «Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан» (далее – МЦ УДП РК) в системе Управления делами Президента объединяет 9 объектов – это два круглосуточных стационара – Центральная клиническая больница г.Алматы (далее – ЦКБ), Больница медицинского центра г. Астана (далее – БМЦ), 4 санатория – Ок-Жетпес (Боровое), Алматы Резорт (г.Алматы), Казахстан (Ессентуки, Российская Федерация), Казахстан (Киргизская Республика), АО «Центр медицинских технологий и информационных систем», Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и детский сад «Карлыгаш» [1].

Целью МЦ УДП РК является профилактика заболеваний и

своевременное оздоровление прикрепленного контингента. Основные задачи – это организация медицинского обслуживания, реабилитации и санаторно-курортного лечения прикрепленного контингента, а также обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности прикрепленного контингента и официальных лиц при проведении официальных мероприятий и визитов. Немаловажное значение придается развитию человеческих ресурсов и образовательной деятельности. Общая численность медицинских работников составляет 1445 сотрудников, среди них врачей 593, медицинских сестер 852.

Коечный фонд клиник МЦ УДП РК по состоянию на конец 2013 года составил 338 коек (рисунок 1).

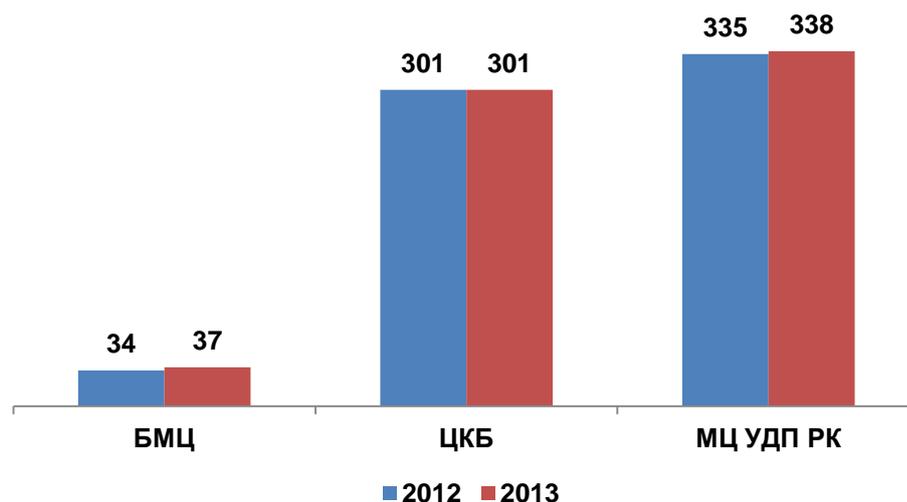


Рисунок 1 - Коечный фонд МЦ УДП РК

Следуя одной из основных стратегических задач клиник МЦ УДП РК – организация медицинского обслуживания прикрепленного контингента в 2013 году в клиниках МЦ

УДП РК получили стационарную медицинскую помощь 12742 пациентов (рисунок 2), что на 189 больных больше, чем в 2012 году (12553 пациентов) [2].

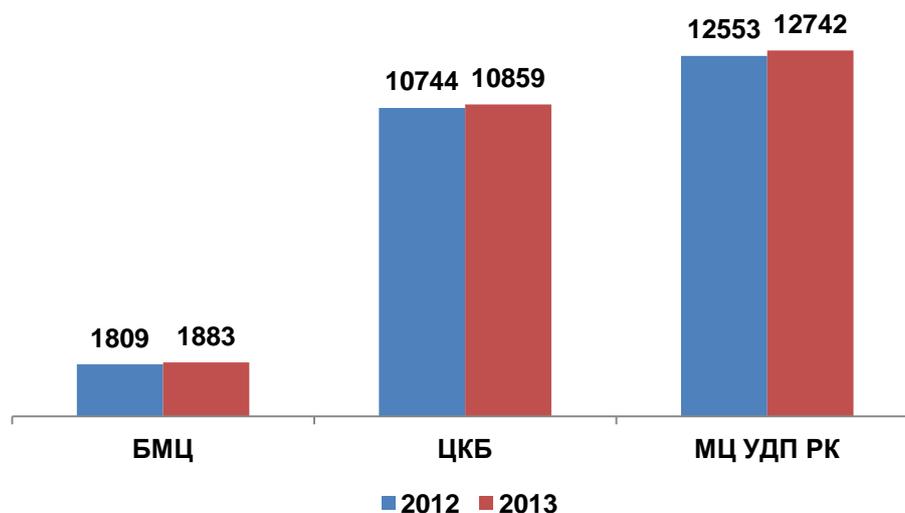


Рисунок 2 - Количество пациентов

Оказана медицинская помощь прикрепленному контингенту 5362 (41%), на платной основе обслужено 6112 пациентов (48%) и 1268 (11%) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по заказу г.Алматы.

В 2013 году занятость койки в днях составила в среднем 331,5, при этом средняя длительность пребывания пациента составила 6,5 койко-дней в БМЦ и 8,7 койко-дней в ЦКБ, что на 0,1 койко-

дня меньше, чем в 2012 году. Оборот койки увеличился незначительно в сравнении с аналогичным периодом 2012 года и составил 38,1 в ЦКБ (37 в 2012 году) и сохранился на прежнем уровне в БМЦ 52,3 в 2013 году против 52,6 в 2012 году[3].

В структуре пролеченных пациентов по нозологиям терапевтического профиля в БМЦ на первое место приходятся болезни системы

кровообращения, которые составили 33% (447) от общего количества пролеченных пациентов, на второе место приходятся болезни органов пищеварения – 16% (211), на третьем месте находятся болезни системы органов дыхания 11% (154), далее болезни эндокринной системы – 9,8% (133), на пятое место приходятся болезни костно-мышечной системы и мочеполовой системы, на которые

приходится по 9% (122) соответственно. Далее по убыванию новообразования 4% (48 случаев), болезни кожи и подкожной клетчатки 3% (34), травмы и отравления 1,5% (21), болезни уха и сосцевидного отростка 1% (15), а также единичные случаи (менее 1%) болезней крови, инфекционных и паразитарных заболеваний и другое (рисунок 3).



Рисунок 3 - Структура пролеченных пациентов терапевтического профиля

В ЦКБ в структуре пролеченных пациентов терапевтического профиля на первом месте также находятся болезни системы кровообращения, 41,2% (4447), на втором месте болезни органов пищеварения 12,2% (1315), на третье

место приходятся болезни мочеполовой системы 10,7% (1153), далее болезни органов дыхания 7,6% (817) и на пятом месте новообразования 513 (4,8%).

Хирургическая деятельность стационаров. Количество оперированных

больных в БМЦ за отчетный период составило 881 или 92,3% от всех госпитализаций в хирургическое отделение стационара. Количество операций - 1135, из них 38,8% (440) общей хирургии, отоларингология 30% (341), гинекология и урология 13,3% (151) и 10% (114) соответственно. При этом количество операций с использованием эндоскопической аппаратуры составило 955 или 82,1% от общего количества прооперированных пациентов и 15,3% (135) пациентов пролечено с применением технологий высокоспециализированной медицинской помощи. Хирургическая активность составила 92,3%.

В ЦКБ за отчетный период прооперировано 2931 больных или 93% от всех госпитализированных в хирургическое отделение. Хирургическая активность в стационаре составила 70%, отмечается увеличение объема высокоспециализированной медицинской помощи. В разрезе отделений выглядит следующим образом: хирургическое – 63,8%, гинекологическое – 88,4%, урологическое – 34,8%, травматологическое – 62,7%, кардиохирургическое – 69,6%, офтальмологическое – 65,6%, отоларингологическое отделение – 72,5%.

Научно-инновационная деятельность. Для развития научно-инновационной деятельности в 2013 году в указанных подведомственных организациях МЦ УДП РК внедрено 174 инновационных метода, из них БМЦ – 40 и ЦКБ – 134 технологии. По квалификационным группам внедренные технологии распределились следующим образом: 85,6% (149) медицинские технологии в области интервенционной кардиологии, кардиохирургии, кардиореанимации, травматологии, ортопедии и нейрохирургия, а также гинекологии, офтальмохирургии и отоларингологии, 13,2% (23) – организационные технологии, связанные с внедрением международных стандартов качества и безопасности пациентов Joint Commission International (JCI) и 2 образовательные технологии.

Следует отметить, что в ЦКБ в отчетном году было получено 9 инновационных патентов Республики Казахстан на изобретения, такие как, «способ комплексного лечения туннельных невропатий», «способ определения тяжести течения хронической обструктивной болезни легких», «способ диагностики лабильной АГ у подростков и лиц молодого возраста», «способ прогнозирования риска развития артериальной гипертонии у подростков и лиц молодого возраста», «способ комплексного лечения диабетической ангиопатии», «способ лечения аллергических заболеваний», «способ прогнозирования риска развития коронарного атеросклероза», «способ лечения хронического рецидивирующего фурункулеза», «способ проведения сеансов гипербарической оксигенации».

Образовательная деятельность. В целях развития медицинской науки и образования в клиниках МЦ УДП РК было проведено 6 образовательных мероприятий (мастер-классов и семинаров) с привлечением ведущих международных специалистов стран ближнего и дальнего зарубежья, где обучено 82 врача и 57 средних медицинских работников.

За 2013 год проведено 22 научно-практических конференций, из них 21 конференция были внутрибольничными и 1 - с международным участием «Развитие высокотехнологичной хирургической помощи в условиях современной клинической больницы», посвященная памяти Н. Казыбаева.

Всего за отчетный период было обучено 350 специалистов подведомственных организаций, из них 186 врачей и 243 средних медицинских работников.

В рамках реализации 011 республиканской бюджетной программы на базах Литвы, Израиля, Южной Кореи, Германии и Российской Федерации прошли обучение 50 специалистов (БМЦ – 27 врачей и 4 средних медицинских работника, ЦКБ – 17 врачей и 2 средних медицинских работника).

Заключение. Таким образом, непрерывно осуществляется инновационная и образовательная деятельность, что способствует внедрению высоких технологий во всех видах оказываемых медицинских услуг, больничного управления и образовательной деятельности, что позволяет непрерывно совершенствовать качество и безопасность медицинской помощи прикрепленному контингенту и обеспечивает конкурентоспособность на рынке государственных и частных медицинских услуг.

Выводы:

1. Анализ деятельности стационаров подведомственных организаций МЦ УДП РК показал, что лечебно-диагностическая работа ведется на должном уровне, достигнуты основные целевые показатели.
2. Осваиваются и внедряются в практику новые методики диагностики и лечения.
3. Проводится работа по непрерывному профессиональному развитию сотрудников подведомственных организаций МЦ УДП РК.
4. Внедряются международные стандарты качества и безопасности пациентов JCI.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет ГУ «Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан» за 2013 год.
2. Отчет о деятельности РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан» за 2013 год.
3. Отчет о деятельности РГП «Центральная клиническая больница» Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан» за 2013 год.

Түйін

В.В. БЕНБЕРИН¹, Т.С. СҰЛТАНҒАЗИЕВ², Л.В. БЮРАБЕКОВА², Н.Т. МҰҚАШЕВ²

¹«Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасының Медициналық орталығы» ММ

²«Медициналық технологиялар және ақпараттық жүйелер орталығы» АҚ

2013 ЖЫЛДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ БОЙЫНША «ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІНІҢ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ» ММ-НІҢ ВЕДОМСТВОЛЫҚ ҚАРАСТЫ ҰЙЫМДАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Қазіргі заманғы денсаулық сақтау саласында ағымдағы қызмет мониторингісі (операциялық мониторинг) медициналық ұйымның стратегиялық даму мониторингісінің міндетті бөлігі болып табылады. Сол кезде медициналық ұйымдар қызметінің өндірістік көрсеткіштері басқарушы индикаторларымен қамтылуы тиіс екендігін ескеру қажет. Мақалада «Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасының Медициналық орталығы» ММ-ң ведомстволық қарасты ұйымдарының 2013 жылы стационарлық көмек көрсеткен қызмет қорытындылары баяндалған, төсек-орын қорының, ғылыми-инновациялық және білім беру қызметінің негізгі көрсеткіштер қорытындылары келтірілген.

Түйін сөздер: ҚР ПБ Медициналық орталығы, көрсеткіштер, инновациялар, білім.

Summary

V.V. BENBERIN¹, T.S. SULTANGAZIYEV², L.V. BYURABEKOVA², N.T. MUKASHEV²
¹«Medical Center of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan» SE

²«Center of Medical Technologies and Information Systems» JSC

PERFORMANCE INDICATORS OF THE SUBSIDIARY ORGANIZATIONS MEDICAL CENTER OF PRESIDENT'S AFFAIRS ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN IN 2013

In modern healthcare monitoring ongoing activities (operational monitoring) is a prerequisite for the strategic development monitoring of medical organizations. It should be noted that production performance of medical organizations should be supported by management indicators. The article presents the results of the activities of dependent organizations such as "Medical Center of the President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan", providing inpatient care in 2013. The results of the main indicators of hospital beds, scientific innovation and education activities.

Keywords: Medical Center, performance, innovation, education.

Материал поступил 21.01.2014.

Ж.С. ИСМАИЛОВА

ГКП на ПХВ «Городская станция скорой медицинской помощи» акимата г.Астаны

СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОКАЗАННЫХ УСЛУГ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. АСТАНА

В статье отражены результаты проведения социологического опроса лиц, обращающихся за экстренной скорой медицинской помощью, определены основные индикаторы эффективности и качества полученных услуг. 81% удовлетворены исполнением профессиональных обязанностей персоналом СМП. Однако, каждый пятый недоволен оказанными СМП услугами. При этом удовлетворенность населения полученными услугами в наибольшей степени зависят как от своевременности прибытия и полноты обследования, так и от повышения уровня квалификации самого персонала.

Ключевые слова: социологический опрос, удовлетворенность населения оказанными СМП услугами, основные индикаторы эффективности и качества медицинских услуг.

Введение. Обеспечение качества оказываемой медицинской помощи является важнейшей задачей в решении проблемы охраны здоровья населения.

Отношение населения к лечебно-профилактическим учреждениям во многом определяет установление доверия между врачом и больным, своевременность оказания медицинской помощи. Соответственно, в оценке работы медицинских учреждений и повышении эффективности приобретают значение не только данные об изменении состояния здоровья, но и мнение населения о качестве лечебно-профилактического обслуживания. Изучение коллективного мнения населения, как и использование социологических методов в отечественном и зарубежном здравоохранении проводятся многими исследователями [5,6,7]. Анкетирование пациентов помогает ориентироваться в

проблемных вопросах качества оказания медицинской помощи, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации.

Целью исследования - оценить удовлетворенность населения полученными услугами скорой медицинской помощи (СМП) и разработать рекомендаций по улучшению сложившейся ситуации.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели проведено анкетирование среди лиц, обращающихся за скорой медицинской помощью.

В 2013 году проведен опрос 287 респондентов, получивших скорую медицинскую помощь в г. Астана. Исследование основано на статистической выборке.

Повозрастная принадлежность респондентов представлена на рисунке 1.

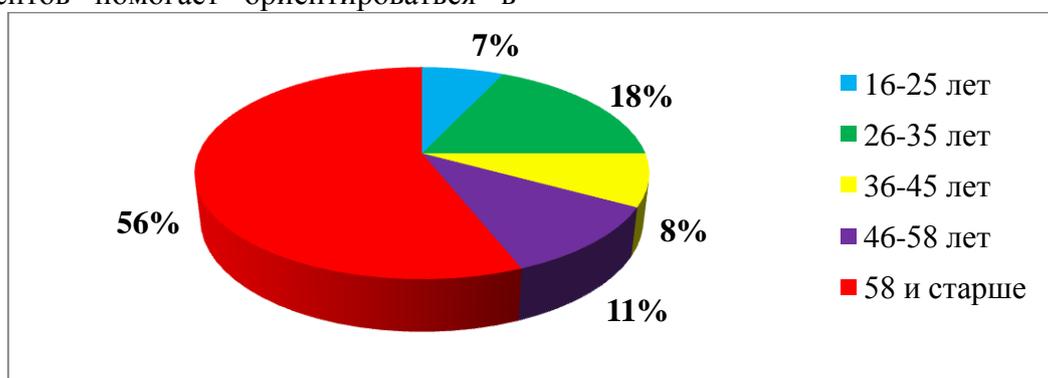


Рисунок 1- Распределение опрошенных по возрасту (%)

Среди опрошенных потребителей услуг скорой медицинской помощи преобладают лица пенсионного возраста

от 58 лет и старше (56%), более половины всех обращающихся. Следующую наиболее значительную группу

составляют лица в возрасте от 26-35 лет (18%). Каждый десятый потребитель услуг СМП в возрасте от 46-58 лет (11%). Практически в равных долях представлены возрастные группы от 16 до 25 лет (7%) и 36-45 лет (8%).

Результаты и обсуждение. Данные опроса свидетельствует о том, что основная доля опрошенных в возрасте от 46 лет (67%), является наиболее активной в плане потребления медицинских услуг СМП, что возможно связано с ростом хронических заболеваний. Каждый третий из респондентов (33%) в возрасте от 16 до 45 лет, что свидетельствует о значительной части вызовов СМП, и быть обусловленными случаями травматизма и неотложных состояний, возникающих при ДТП.

Возрастной контингент лиц, обслуженные бригадами СМП, - это

больные преимущественно пенсионного возраста с хроническими заболеваниями. При этом по данным литературных источников среди вызовов, выполненных к пациентам старших возрастных групп, лишь 1/4 часть была обоснованной. Пациенты старших возрастных групп в 80% случаев обращаются за СМП, минуя поликлинику. Эти проблемы могли быть решены путем ускорения плановой госпитализации, организации стационаров дневного пребывания, в процессе постоянного медицинского наблюдения в амбулаторно-поликлинических учреждениях (в т.ч. дневном стационаре).

Анализ полового распределения респондентов показал, что среди потребителей услуг данного вида помощи преобладают лица мужского пола.

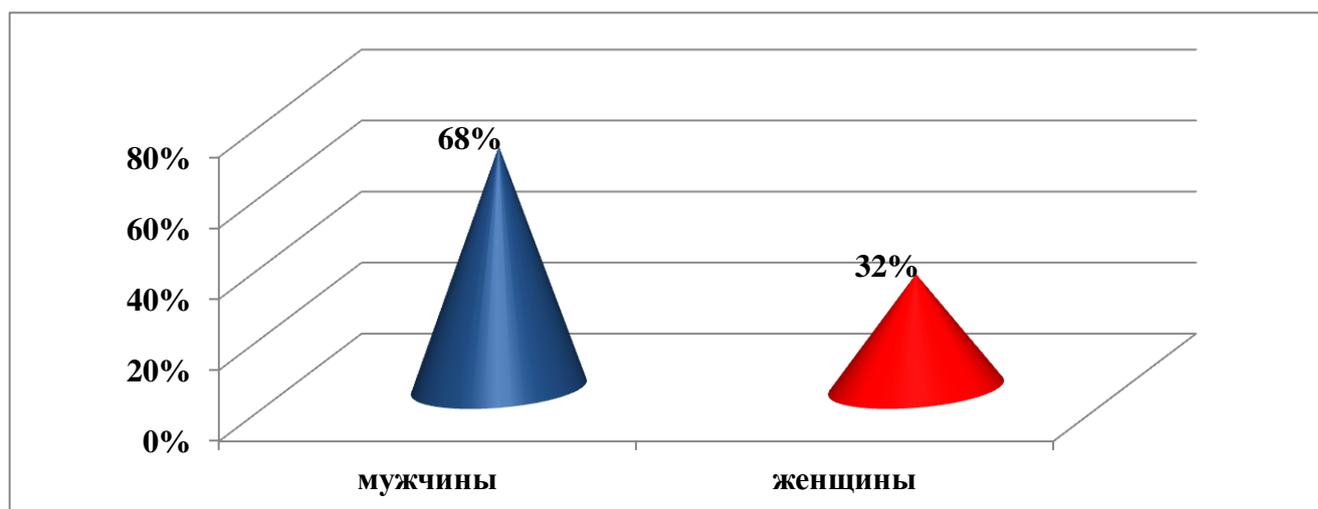


Рисунок 2 - Распределение опрошенных лиц в зависимости от пола (%)

Исходя из рис.2, среди опрошенных отмечено значительное преобладание лиц мужского пола (в 1,5 раза), таким образом, мужчины чаще обращаются за скорой медицинской помощью (преимущественно

хирургического, травматологического профилей).

Также исследован общественный статус опрашиваемых лиц, данные представлены на рисунке 3.

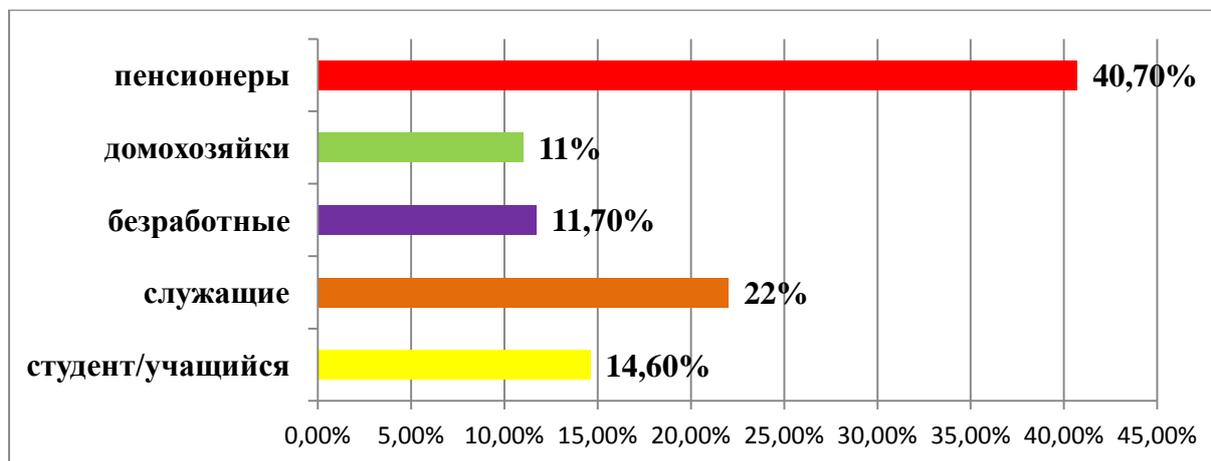


Рисунок 3 - Распределение респондентов в зависимости от общественной занятости (%).

Исследование социального статуса лиц, обращающихся за медицинскими услугами СМП, показало, что значительную часть обратившихся (40,7%) составляют пенсионеры. Следующей социальной группой, которая довольно часто обращается за СМП, являются служащие (22%). Затем следуют студенты/учащиеся (14,6%), безработные (11,7%) и домохозяйки (11,0%). Преобладание среди обращающихся пенсионеров обусловлено увеличением, как самих хронических заболеваний, так и частотой их осложнений с возрастом.

Наряду с этим, анализируя динамику вызовов, следует отметить, что значительное увеличение числа связаны с не экстренными показаниями, а с состояниями, с которыми можно было бы обратиться в поликлинику по месту жительства [1,2,3,4].

Известно, что для удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг, необходимо не только своевременное получение медицинской помощи, но и в полном объеме.

Данные по удовлетворенности работой службы СМП представлены на рисунке 4.

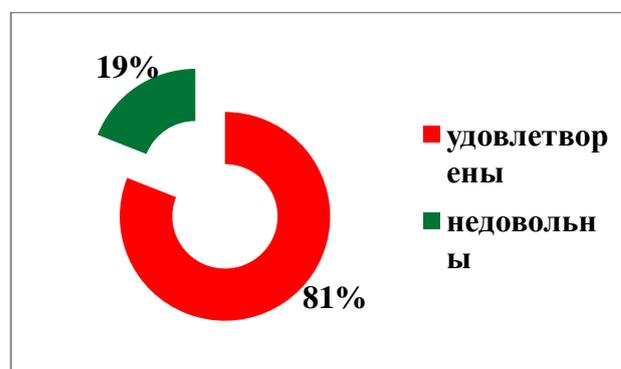


Рисунок 4 - Распределение респондентов в зависимости от удовлетворенности работой персонала СМП (%)

Как показал опрос (рис.4), большинство опрошенных (81%) удовлетворены исполнением профессиональных обязанностей персоналом СМП. Однако, каждый пятый недоволен оказанием услуг.

Оценка своевременности оказания скорой медицинской помощи представлена на рисунке 5.

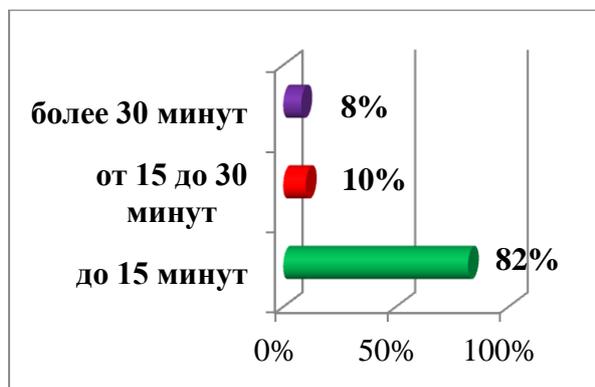


Рисунок 5 - Распределение ответов респондентов о времени прибытия бригады скорой помощи (%).

Как показал опрос (рис.5), 82% опрошенных лиц отметили быстрое прибытие бригады скорой помощи – до 15 минут. Каждому десятому (10%) респонденту пришлось ждать скорую помощь от 15 до 30 минут. Однако 8%

обратившихся за услугами СМП отметили довольно длительное ожидание помощи (более 30 минут), что могло повлиять на удовлетворенность в целом работой службы СМП. Более длительное время прибытия бригады СМП может связано со значительным потоком больных, нуждавшихся в медицинской помощи, а также с наличием транспортных пробок, осложняющих передвижение по городу.

Таким образом, большинство респондентов (82%) отметили своевременность оказания квалифицированной помощи персоналом приемного покоя в первые 15 минут.

Оценка оказанной медицинской помощи бригадой СМП представлена на рисунке 6.

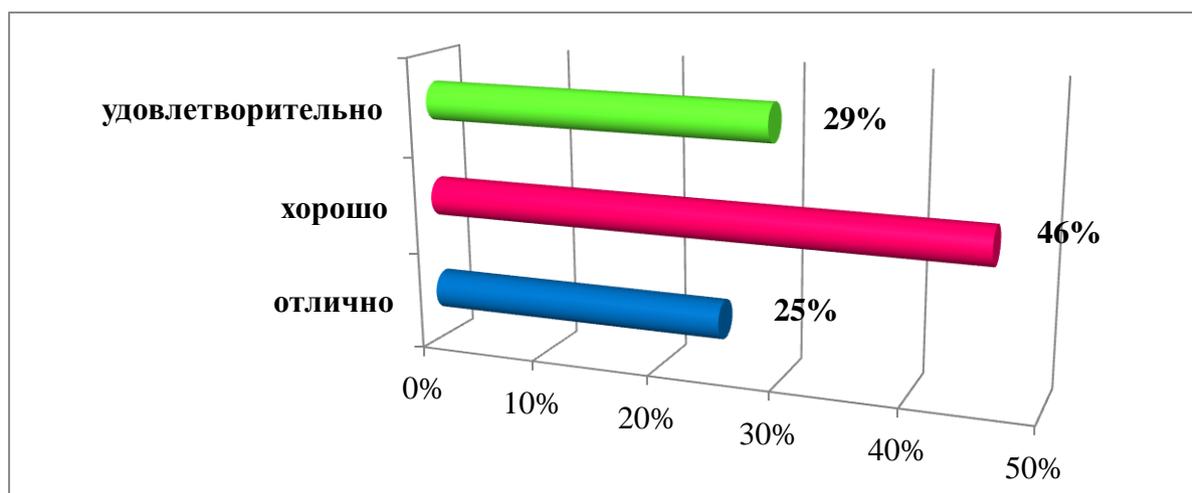


Рисунок 6 - Распределение оценок качества работы бригад СМП (%)

Среди удовлетворенных качеством работы бригад СМП (рис.6), большинство (71%) дали оценку «хорошо» и «отлично», что свидетельствует о высоком профессиональном уровне медицинского персонала ВБ. Однако, практически 30%, т.е. каждый третий выставил оценку

«удовлетворительно», что подтверждает актуальность вопросов повышения качества медицинского обслуживания.

Причины недовольства работой врачей СМП пятой части опрошенных представлены на рисунке 7.

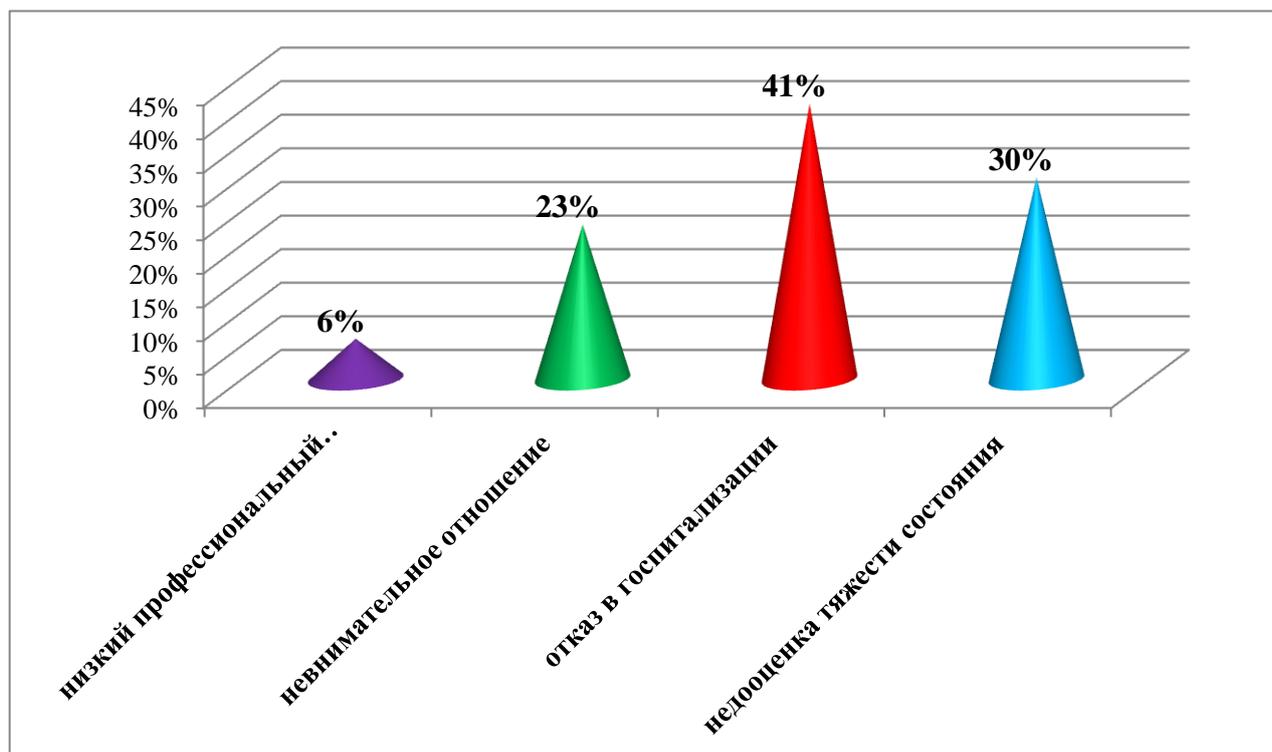


Рисунок 7 – Распределение причин недовольства респондентов работой скорой помощи (%)

Как видно (рис.7) из полученных данных, основными причинами (71%) недовольства респондентов являются отказ в госпитализации и недооценка тяжести состояния, что зачастую бывает причиной повторного вызова бригады скорой помощи. С.К. Нурашева связывает причину повторных вызовов скорой помощи как с трудностью диагностики на догоспитальном этапе, так и с приходом молодых неопытных сотрудников.

Также опрошенные отметили невнимательное отношение со стороны персонала СМП (23%) и 6% -недовольны уровнем профессиональной подготовки персонала СМП. Возможно, данное число недовольных респондентов связано с субъективной оценкой длительности ожидания приезда ВБ при наличии болевых ощущений, и как следствие восприятие работы бригады скорой помощи как «невнимательное отношение». Кроме, того по данным анализа деятельности ГССМП г. Астаны, в СМП работают преимущественно медицинские работники, имеющие небольшой стаж до 5 лет, и как следствие имеющие недостаточный опыт для работы в службе скорой медицинской помощи.

Заключение. Таким образом, для потребителей услуг СМП, важное значение имеет фактор получения полного объема медицинской помощи, квалификация медицинского персонала, личное общение и внимание со стороны персонала бригад.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Бойков А.А., Ханин А.З. Основные направления организационно-методической работы станции скорой медицинской помощи (Методические рекомендации) – СПб, «Политехника-сервис» . – 2004. –56 с.
- 2 Матер Адам Абдалла. Медико-социальный анализ и совершенствование скорой медицинской помощи в условиях крупного города. Автореф... к.м.н. – СПб. – 2006. – 18 с.
- 3 Дарменов О.К., Базарбекова Ш.К. Инновации в организации экстренной медицинской помощи на амбулаторном этапе: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана, 2007. – С. 151-157.
- 4 Киялова А.В., Ниязова Г.И., Каупбаева Б.Т. Анализ повторных вызовов как индикатор качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». Астана. – 2010. – С. 149-151.

- 5 Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надиров Ж.К., Сманов К.Д., Байгурина Н.М., Садыков О.С., Байжунусов Э.А., Рустемова А.Ш., Ергешова М.Б. Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. 2007. – №2-3. – С. 46.
- 6 Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, РАМН.- Москва. – 2002. - часть II. - С.15-19.
- 7 Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. – Астана-Алматы, 2006. – 231с.

Түйін

Ж.С. ИСМАИЛОВА

ШЖҚ-дағы МҚМ «Медициналық жедел-жәрдем орталығының қалалық станциясы» Астана қаласының әкімшілігі

АСТАНА ҚАЛАСЫНЫҢ ҚАЛАЛЫҚ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ СТАНЦИЯСЫНЫҢ КӨРСЕТЕТІН ҚЫЗМЕТТЕРІН ӘЛЕУМЕТТІК ТАЛДАУ

Кезек күттірмейтін жедел медициналық жәрдемге жүгінетін азаматтардың арасында әлеуметтік сауалнама өткізу нәтижесінде олар мұқтаж болған қызметтердің тиімділігі мен сапасының негізгі индикаторлары анықталды.

Сауалнамаға жауап бергендердің басым көпшілігі (81 %) ЖМК қызметкерлерінің кәсіби міндеттерін орындауына қанағаттанатынын көрсетті. Алайда, әрбір бесінші наукастың ЖМК көрсететін қызметтерге көңілі толмайды. Бұл ретте, халықтың жедел медициналық жәрдем

қызметтерімен қанағаттануы осы медициналық жәрдемнің уақтылы жетіп келуіне және толық зерттеу өткізуіне, сондай-ақ персоналдың біліктілігі деңгейінің жоғары болғанына байланысты.

Түйін сөздер: әлеуметтік сауалнама, халықтың жедел медициналық жәрдем қызметтерімен қанағаттануы, медициналық қызметтердің тиімділігі мен сапасының негізгі индикаторлары.

Summary

ZH.S. ISMAILOVA

State Enterprise on right of economic management «City ambulance station» Astana

SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF SERVICES PROVIDED BY ASTANA EMERGENCY AMBULANCE SERVICE STATIONS

A recent sociological survey of people who called for emergency medical help identified a number of main performance indicators assessing the quality and effectiveness of the received medical aid.

A majority of respondents (81%) were in general happy with the way the ambulance crews performed their professional duties. However, each one in five expressed dissatisfaction with the quality of service. It is important that the extent, to which population is satisfied with ambulance performance, very much depends on how quickly the ambulance arrives, and how thoroughly the medical personnel examines and treats, as well as personnel level of competence.

Keywords: sociological survey, population satisfaction with ambulance service, main performance indicators of emergency service effectiveness and quality

Материал поступил 03.02.2014.

УДК: 616-083.98-001.891.54

С.М. ЧУТКОВА

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

СОРТИРОВОЧНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ TRAUMA SCORE

Сортировочный коэффициент Trauma Score на этапе скорой помощи позволяет произвести расчет вероятности выживания пациентов, целесообразности проведения реанимационных мероприятий и определения оптимального места лечения.

Ключевые слова: сортировочный коэффициент, Trauma Score, скорая и неотложная медицинская помощь.

Введение: в мире существует большое разнообразие систем здравоохранения. Уровень централизации, регулирования, роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются. Система здравоохранения в каждой стране — это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса, и национального характера народа. Одним из важных разделов здравоохранения является служба скорой помощи. Скорая и неотложная медицинская помощь носит приоритетный характер в системе обеспечения населения первичной медико-санитарной помощью.

Цель исследования:

провести сравнение моделей оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе в Израиле и в Республике Казахстан (в частности в г. Астане) и применение сортировочного коэффициента Trauma Score.

Материалы и методы:

использовались методы наблюдения и сравнительного анализа работы службы скорой помощи Израиля и Казахстана.

Скорая медицинская помощь - форма предоставления медицинской помощи при возникновении заболеваний и состояний, требующих экстренной медицинской помощи для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни.

Служба скорой помощи в Израиле называется МАДА ("Красный крест"), является общественной организацией, не относящейся к государственным

структурам или к больничным кассам; а также есть частная скорая помощь. Телефон скорой помощи — 101. Оказание срочной медицинской помощи в Израиле осуществляет служба "Амбуланс". Существует 2 вида машин скорой помощи. Первый - "белый амбуланс" предназначен для доставки неосложненных случаев в приемный покой больницы, не требующих специальной помощи в дороге. Такая бригада состоит из фельдшера и санитар-добровольца (волонтера) для оказания первой медицинской помощи. Тем не менее, эта бригада при необходимости может провести начальную реанимацию, дать больному кислород, сделать электрошок при некоторых сердечных аритмиях и вызвать на себя реанимационную бригаду. Второй вид амбулансов - это передвижные реанимационные машины, оранжевого цвета. Эта бригада в своем составе имеет врача и парамедика, но из-за нехватки врачей работают 2 парамедика, либо парамедик и фельдшер. Парамедики не являются врачами или медсестрами, но они специально обучены и тренированы выполнять различные неотложные процедуры, на проведение которых имеют лицензии. Главная цель парамедиков определить ведущий синдром, оценить тяжесть состояния, обеспечить жизнедеятельность важнейших органов и систем, купировать жизнеугрожающие состояния, организовать лечебные мероприятия во время транспортировки и своевременно доставить пострадавшего в

отделение неотложной медицины (emergency department). Машина такой бригады оснащена как отделение реанимации в клинике, также установлены компьютеры с функциями оформления карты вызова, сопроводительного листа и путевым навигатором. Бригада выезжает на все неотложные состояния - тяжелые аварии, инфаркты, утопления, отравления и пр., все пациенты доставляются в стационар. На каждом вызове заполняется соответствующий документ (квитанция), который подписывает больной, либо родственники. Оплачивает страховая компания, а если нет страховки – сам больной в течении месяца. Решение о направлении на вызов той или иной бригады принимает диспетчер службы скорой помощи.

В Республике Казахстан согласно Конституции граждане вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) включается скорая медицинская помощь. Перечень ГОБМП в форме скорой медицинской помощи входит:

- оказание медицинской помощи по экстренным показаниям и обеспечение лекарственными средствами в соответствии с лекарственными формулами;
- доставку больных по медицинским показаниям в медицинские организации;
- медицинское обеспечение массовых мероприятий.

Выездные бригады скорой медицинской помощи подразделяются на фельдшерские и врачебные. Фельдшерская выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав двух фельдшеров, санитаря и

водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи, в тяжелых случаях может вызвать на себя врачебную бригаду.

Врачебная выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав врача, двух фельдшеров, санитаря и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи. Вызов бригады осуществляется при состояниях, требующих высококвалифицированной помощи. Врач выездной бригады скорой медицинской помощи обязан обосновать поставленный диагноз, план и тактику ведения больного, показания к госпитализации.

Выездная бригада скорой медицинской помощи осуществляет:

- установление диагноза, проведение мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировка его в лечебно-профилактическое учреждение;
- передачу пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу стационара лечебно-профилактического учреждения;
- обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение и проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в установленном порядке.

В Израиле на этапе скорой помощи используют сортировочный коэффициент **Trauma Score:**

1	2	3	4	5	Количественные коды
Систолическое АД мм. рт. ст.	Наполняемость капилляров	Частота дыхания	Характер дыхания	Шкала ком Глазго	
				норма	5
>90		10-24		отдергивание	4

70-90		25- 35		сгибание	3
50-69	быстрая < 2 с.	> 35		разгибание	2
<50	медленная < 2 с.	< 10	нормальное	отсутствует	1
0	отсутствует	отсутствует	прерывистое		0

Значения **Trauma Score (TS)** и вероятность выживания (**Ps**)

TS	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	4	3	2	1
Ps %	99	98	95	91	83	71	55	37	22	12	07	04	02	01	0

Trauma Score ориентирован на облегчение сортировки раненых в военно-полевых условиях. Он включает оценку основных объективных параметров жизнедеятельности и функциональных нарушений деятельности центральной нервной системы. В практике расчет тяжести травм предназначен для решения вопроса о реанимационных мероприятиях и определения оптимального места лечения.

Данный сортировочный коэффициент был адаптирован для работы в условиях Больницы МЦ УДП РК. Для оценки тяжести травм используют следующие показатели: систолическое АД мм. рт. ст., наполняемость капилляров, частота дыхания, характер дыхания, шкала ком Глазго. Каждому симптому присваивается количественный код, далее коды складываются, и определяется процент вероятности выживания (**Ps**) пациента.

- Ps 0-4%- травма несовместимая с жизнью, реанимационные мероприятия не показаны.
- Ps 7-12% - крайне тяжелое состояние больного, показано проведение сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии. Госпитализация в ближайшую больницу в отделение реанимации.
- Ps 22-55% - тяжелое состояние больного, показано проведение сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии. Госпитализация в политравму или профильный стационар.

- Ps 71-83% - состояние больного средней степени тяжести, показано проведение интенсивной терапии. Госпитализация в профильный стационар.
- Ps 91-99% - состояние больного легкой степени тяжести, показано проведение интенсивной терапии. Госпитализация в профильный стационар или травмпункт.

Выводы:

- 1) экстренная медицинская помощь в Израиле входит в перечень медицинских услуг, предусмотренных государственным страхованием; если нет страховки, сам больной оплачивает вызов скорой помощи в течение месяца. В Республике Казахстан скорая медицинская помощь входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.
- 2) в Израиле работает два вида бригад: врач с парамедиком (либо 2 парамедика) и фельдшер с волонтером. В Казахстане также два вида бригад: фельдшерские и врачебные; парамедиков нет.
- 3) на этапе скорой помощи в Израиле лечение осуществляется по синдромно. В Казахстане врач или фельдшер после осмотра выставляет диагноз и проводит патогенетическое и симптоматическое лечение.
- 4) в Израиле на этапе скорой помощи для оценки тяжести травм вероятности выживания пациентов, целесообразности проведения реанимационных мероприятий и определения оптимального места лечения, используют сортировочный коэффициент Trauma

Score, который мы адаптировали для работы в условиях больницы МЦ УДП РК.

Заключение.

Таким образом, были представлены к рассмотрению две модели оказания экстренной медицинской помощи в разных странах. Каждая модель имеет свои плюсы и минусы. В системе здравоохранения регулярно проводятся реформы – это говорит о том, что универсальной и идеальной модели организации здравоохранения не существует. Каждая страна должна найти свою собственную модель, при этом решается целый ряд задач: обеспечение всеобщности, всеобъемлемости, эффективности, свободы выбора и т. д. В настоящем в Казахстане бесплатное здравоохранение, но будущее – за страхованием в медицине. Планируется внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за своё здоровье: сам человек несет ответственность, его работодатель и государство.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. А. Алексеев, К.Н. Борисов, С.В. Рожецкая, М.Ю. Сафонова «Здравоохранение Израиля». Журнал "Здравоохранение", №11, 2010г. – С.12-14
2. И. Илевский «Медицинское страхование в Израиле». Журнал «Здравоохранение за рубежом», №1, 2007г., стр. 53-54.
3. К. Котенко «Здравоохранение Израиля». Медицинская газета «Здоровье Украины», №7, 2008 г., стр. 10-11.
4. Б.А. Сулейменова, А.А. Дубицкий «Принципы организации скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в Республике Казахстан». Астана, 2002 г., стр. 62-65, 84-92.
5. Конституция Республики Казахстан от 30.08.1995 года. Раздел II. Человек и гражданин. Статья 29.
6. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.02.2012 г.). Статья 49.
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 г. № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
8. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана. 27.01.2012г.

Түйін

С.М. ЧУТКОВА

РММ «Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы», Астана қаласы

TRAUMA SCORE ІРІКТЕУ КОЭФФИЦИЕНТІ

Trauma Score сұрыптау коэффициенті жедел жәрдем кезеңінде науқастардың өмірін аман сақтап қалу мүмкіндігін есептеуге, жан сақтау шараларын өткізудің орындылығын және емдеу үшін оңтайлы орын анықтауға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: іріктелген коэффициент, Trauma Score, жедел және кейінге қалдырылмайтын медициналық көмек.

Summary

S.M.CHUTKOVA

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

TRAUMA SCORE TRIAGING COEFFICIENT

The sorting coefficient of Trauma Score at a stage of ambulance allows making calculation of probability of a survival of patients, expediency of carrying out resuscitation actions and definition of an optimum place of treatment.

Keywords: sorting coefficient, Trauma Score, ambulance and emergency medical services.

Материал поступил 13.03.2014.

А.Т. КАЛМАГАМБЕТОВА

РГП «Городская больница №1», Астана

ПОВЫШЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В современных условиях повышения сложности и динамизма внешней и внутренней среды медицинской организации трудоемкость обеспечения эффективного функционирования данной системы постоянно возрастает. Именно поэтому медицинские организации нуждаются в совершенствовании системы обеспечения достоверной информацией.

Ключевые слова: стационар, финансы, мониторинг затрат, информационная система.

Введение.

Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы одним из сильных сторон отрасли здравоохранения определено существенное увеличение государственного финансирования здравоохранения [1с.4].

В республике продолжается переход на новый государственный норматив сети организаций здравоохранения. В реализацию Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» разработан и утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2131 новый государственный норматив сети организаций здравоохранения, предусматривающий упорядочение сети государственных организаций здравоохранения, создание сети многопрофильных больниц, обеспечение доступности ПМСП, в первую очередь сельскому населению.

Вместе с тем в отрасли здравоохранения имеется ряд фундаментальных проблем. Так, здравоохранение нуждается в дополнительных вложениях, особенно в развитие первичной медико-санитарной помощи. Финансирование стационарной помощи, несмотря на ежегодное увеличение, также нуждается в дополнительных расходах. Ключевые проблемы связаны не только с недостатком ресурсов, но и с низкой эффективностью их использования, то есть на сегодняшний день управление и

финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность.

Кроме того, необъективная система тарифообразования, низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров существенно тормозят развитие конкурентоспособности поставщиков медицинских услуг.

Несмотря на активное внедрение ЕИСЗ на сегодняшний день сохраняется недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинского персонала и отсутствие автоматизации лечебно-профилактического процесса [1с.6].

В целях повышения экономической эффективности существующего объема финансирования сектора стационарной помощи с 2012 года произведен переход от финансирования, основанного на мощности существующей сети больничных учреждений, к финансированию по конкретному результату их деятельности, с учетом видов и объемов оказываемой помощи, что должно повлиять на качество и доступность оказания услуг населению [2с.11].

С 2012 года рассматривается метод оплаты, основанный на объемных показателях (результатах) деятельности стационаров, т.е. на количестве пролеченных случаев по КЗГ. В рамках этого метода оплачиваются все виды

стационарной помощи, финансируемые из государственного бюджета, за исключением отдельных узкоспециализированных, социально значимых видов (туберкулезные), которые целесообразно финансировать по иным принципам, не предусматривающим конкуренцию между поставщиками. Стационар за каждого выписанного пациента получает возмещение по заранее установленному тарифу с относительно стабильными параметрами финансирования. Клинико-затратные группы (далее – КЗГ) - клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение, перечень которых утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения.

Тарифы определяются как усредненные затраты случая по группе стационаров, но не отражают фактическую стоимость каждого отдельного пролеченного случая в конкретно взятой медицинской организации.

Оплаты по средним тарифам создает предпосылки для экономической

конкуренции между стационарами, стимулируют стационары более внимательно анализировать свои внутренние затраты и искать пути повышения экономической эффективности оказания стационарной помощи [2с.15].

Рост затрат (таб.) на медицинскую помощь при ограниченных возможностях финансирования заставляет организаторов здравоохранения искать пути рационализации (оптимизации) расходования ресурсов. Важнейшая проблема современного здравоохранения состоит в том, чтобы определить, как можно ограничить расходы, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний, не снижая качества медицинской помощи, и как обеспечить максимально эффективное использование ограниченных ресурсов здравоохранения. Комитетом оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан разработана матрица пороговых уровней затрат здравоохранения, которая представлена таблицей.

Таблица - Матрица пороговых уровней затрат здравоохранения

Уровни	Заработная плата		Приобретение продуктов питания		Приобретение медикаментов		Приобретение прочих товаров		Оплата коммунальных услуг		Прочие услуги и работы, всего		Другие текущие затраты	
	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max
Стационары в том числе:														
Областные	40 %	65 %	3%	10%	25 %	45%	1%	5%	2%	5%	1%	10%	0 %	5%
Городские	50 %	65 %	5%	15%	15 %	30%	1%	5%	2%	5%	1%	10%	0 %	5%
Районные	60 %	80 %	5%	25%	5%	20%	1%	5%	2%	10%	1%	10%	0 %	5%
Родильные дома	50 %	70 %	4%	10%	15 %	30%	1%	5%	2%	5%	1%	10%	0 %	5%
Республиканские	20 %	40 %	1%	15%	5%	40%	1%	5%	2%	5%	1%	15%	0 %	5%

Клиники Холдинг	25 %	50 %	1%	5%	10 %	25%	1%	10%	2%	5%	1%	20%	0 %	5%
Онкодиспанс еры	20 %	40 %	1%	5%	45 %	65%	1%	5%	1%	5%	1%	10%	0 %	5%

Анализ Матрицы показал (таб.), что основные медицинские расходы составляют заработная плата работников, которая составляет от 40 до 80%. Расходы на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов составили от 20 до 65%. Расходы на приобретение продуктов питания для пациентов составили от 5% до 25%.

Дополнительные расходы включая коммунальные и прочие расходы: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода, затраты на повышение квалификации и переподготовку кадров, оплата банковских услуг, услуг связи, приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, проведение текущего ремонта, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и обслуживание медицинского оборудования составляют от 25% до 40% затрат.

Необходимо отметить, что в районных, городских и областных медицинских организациях уровень затрат на прочие услуги меньше чем в стационарах республиканского уровня и клиник Холдинга.

Важную роль играет в здравоохранении автоматизация задач мониторинга, анализ и планирование затрат в медицинских организациях. Без автоматизации невозможно оперативно рассчитать несколько альтернативных вариантов плана, выбрать оптимальный.

Кроме того, сокращение времени рутинной обработки информации позволит работникам финансовой службы медицинской организации больше времени уделять таким актуальным задачам, как анализ и разработка ценовой и ассортиментной политики, анализ и планирование объемов медицинских

услуг, подготовка эффективных решений по управлению издержками.

Изменения организационной и финансовой структур, переход на современные методы управления являются достаточно сложными процессами в организационном и техническом плане, требуют много сил и времени. Но они жизненно необходимы в современных рыночных условиях, так как позволяют внедрять и развивать информационные технологии, предназначенные для того, чтобы сделать предприятие максимально эффективным за счет достижения высокого качества управления.

На сегодняшний день учет затрат с применением 1С осуществляется из 794 медицинских организациях Республики Казахстан в 689, что составляет 86,8%, 39 медицинских организации ведут учет с применением программ К2, инфо-бух и другие программы, что составляет 4,9%. В 66 медицинских организациях бухгалтерский учет ведется ручным методом, что составляет 8,3%.

Нами проведен анализ применения программного обеспечения в медицинских организациях города Астана. Так, из 45 медицинских организаций в городе Астане, работающих по программе 1С Бухгалтерия в версии 7.7 – работают 15 медицинских организаций, версии 8.1 – 6, версии – 8.2 – 24. В 9 –ти медицинских организациях города установлены программы ведения учета медикаментов и ИМН, из них в 7 ведется детализированный учет затрат по пациентам.

Отсутствие детализированного учета затрат на пациента в отделениях приводит к предоставлению отчетности материально – ответственными лицами по

сводным данным, в результате нет возможности контроля затрат отделений.

Пути решения. Для решения вышеуказанных проблем в ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата города Астаны внедрена информационная система по управления затратами стационара.

Анализ результатов обследования показал приоритетность создания информационной системы, что обусловлено следующими потребностями Больницы:

1) усовершенствовать систему и методы управления затратами с помощью автоматизированной системы, внедрить эффективные механизмы координации и контроля;

2) сформировать многоуровневую систему стратегического управления;

3) повысить эффективность и достичь снижения затрат за счет автоматизации и детализации учета затрат при формировании базы данных по виду деятельности,

4) усилить горизонтальное взаимодействие подразделений путем разграничения полномочий и ответственности, доступа к общей информации с установленными ограничениями.

5) определить и ввести механизмы, способствующие повышению рентабельности отделений.

Работы по созданию и внедрению информационной системы управления затратами осуществлялась поэтапно, путем постепенной интеграции комплексов программ в функции и далее в модули.

Программное обеспечение 1С: Предприятие, версия 8.2 дополнена Модулем учет затрат КЗГ.

Основными направлениями автоматизации управление затрат являются: финансовый, статистический и управленческий учет оказанных медицинских услуг с развитой аналитикой нагрузки, востребованности и доходности подразделений, персонала, услуг и специальностей; технологическая и информационная поддержка лечебно-

диагностической деятельности медицинских организации; формирование детализированной базы данных по пациентам.

Система электронных записей медицинских данных сопряжена с системой финансового учета, важной для административного и финансового управления.

Медицинская информационная система управление затратами базируется на клиент-серверной архитектуре. Сбор и хранение информации осуществляется на основе электронных формализованных документов.

Применяемые в системе механизмы и технологии обеспечивают согласованность, целостность и сохранность используемой информации.

На основании данного внедрения реализовано 10 финансовых - статистических направлений: «Приемное отделение» предназначено для автоматизации работы приемного отделения, которое позволяет вести учет затрат на пациентов, госпитализируемых плановом и экстренном порядке, а также пациентов не госпитализируемых, но получающих экстренную медицинскую помощь, затраты которых не возмещаются для больницы.

▪ «Стационар» предназначен для автоматизации круглосуточного и дневного стационара больницы. Позволяет учитывать затраты с момента поступления больного в приемный покой до выписки из отделения, включая установление диагнозов, проведения операций и т.д.

▪ «Лаборатория» предназначена для автоматизации клиничко-диагностической лаборатории больницы. Позволяет учитывать выполненные исследования врачами лаборатории, одновременно признание затрат пациент в бухгалтерском учете согласно спецификации услуг. Данная подсистема обеспечивает организацию внесения данных по проведенным лабораторным исследованиям, а также получение необходимых отчетов.

▪ «*Лекарственное обеспечение*» предназначено для автоматизации учета медикаментов и ИМН. Позволяет отделениям выписывать электронные требования и фиксирует время по статусам «Принять к исполнению», «Обработано», «Исполнено» процесса исполнения требований. Имеет обратную связь по потребностям отделений по больнице в медикаментах и ИМН на основании листов назначений.

▪ «*Диагностика*» предназначена для автоматизации учета по проведенным диагностическим исследованиям в больнице, одновременно признание затрат пациентов согласно спецификации услуг. Данная подсистема предназначена для детализированного учета затрат на пациентов по диагностическим услугам, а также получение необходимых отчетов.

▪ «*Регистратура*» предназначена для подготовки необходимой отчетности для регистратуры о пациентах. Формирует данные согласно введенных данных старшими медицинскими сестрами отделений.

▪ «*Централизованное стерилизационное отделение*» предназначено для автоматизации производства марлевой продукции по установленным размерам и перемещения их в отделения, а также получение необходимых отчетов.

▪ «*Отчетность*» предназначено для автоматизации формирования ежемесячных бухгалтерских и управленческих отчетов по затратам отделения сводном и детализированном варианте.

▪ «*Аналитика*» предназначена для контроля вводимых данных в электронном виде отделом контроля качества медицинских услуг и курирующими заместителями главного врача, а также получение сводных и детализированных необходимых финансовых и статических отчетов по больнице и по пациенту.

На рисунке представлена схема функционирования информационной системы Городской больницы №1

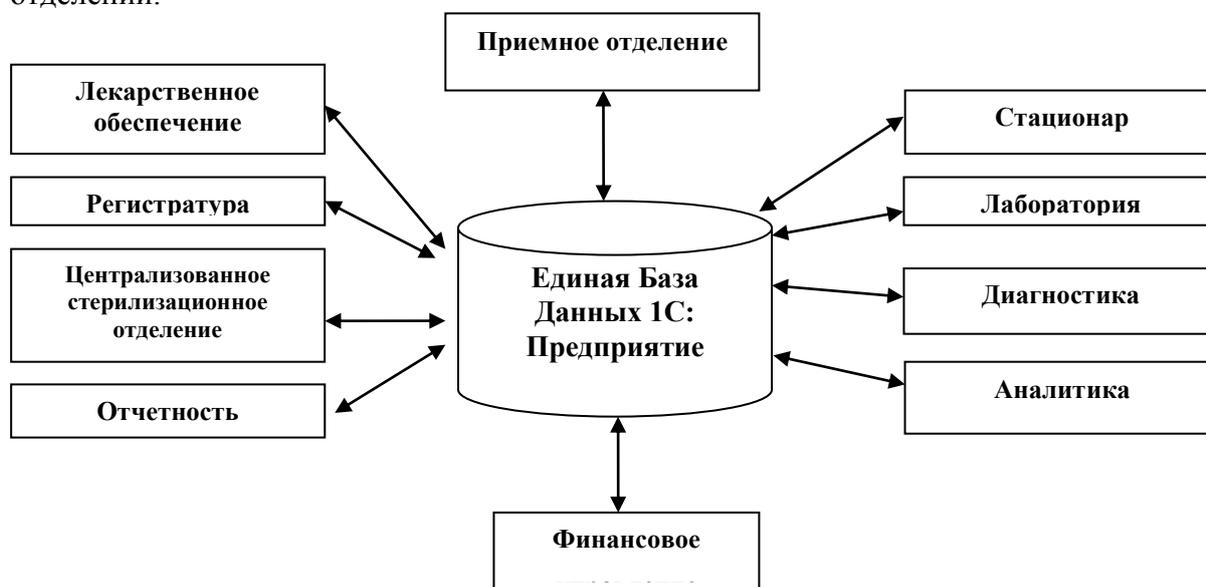


Рисунок - Схема функционирования информационной системы

Для унификации процесса управления затратами создан отдел финансового мониторинга КЗГ, штатной численностью 4 единицы, за счет сокращения штатных единиц отдела бухгалтерского учета и отдела ИТ, который осуществляет ежедневный мониторинг затрат отделений на

пациентов с применением информационной системы и ежемесячный прием детализированных отчетов по затратам; повышение эффективности обслуживания за счет автоматизации процессов поддержки оказанных услуг, сокращения времени на решение простых или типовых прецедентов, оперативного

устранения сбоев и неполадок; координацию общего процесса устранения проблем; информирование обслуживаемых лиц о ходе выполнения заявок.

Заключение. Реализация данного внедрения имеет значение для эффективного управления государственными финансами, являющимися одним из основополагающих факторов стабильного социально-экономического развития государства. Для достижения эффективности в управлении государственными финансами необходимо решать вопросы не только бюджетного планирования, но и качественного его исполнения, эффективного контроля исполнения проекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011 – 2015 годы». - www.zakon.kz.
2. *Туртаев М.Р., Орынбасарова С.Е., Бекенова Д.З.* Методические рекомендации по переходу стационаров на новую систему финансирования (пошаговое руководство для внедрения в практику). Методические рекомендации - Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан РГП ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» 2011. – С. 11-15
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801. Зарегистрирован в Министерстве юстиции

Республики Казахстан 30 ноября 2009 года № 5946Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи - С. 3-4

Түйін

А.Т. ҚАЛМАГАМБЕТОВА
Астана қ. №1 Қалалық ауруханасы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ РЕСУРСТАРЫН
ҚОЛДАНУДЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ
ТИІМДІЛІГІН ЖОҒАРЛАТУ

Қазіргі заман жағдайларында медициналық ұйымның сыртқы және ішкі орталарының күрделілігі мен динамизмнің жоғарылауы, осы жүйенің тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз етуіне жұмсалған еңбек әрдайым өсуде. Дәл сол себепті медициналық ұйымдар жүйені сенімді ақпаратпен қамтамасыз етуді жетілдіруін қажетсінеді.

Түйін сөздер: аурухана, қаржы-қаражат, шығындарды бақылау, ақпараттық жүйе.

Summary

A.T. KALMAGAMBETOVA
City Hospital №1, Astana

INCREASING ECONOMIC EFFICIENCY OF
HEALTH CARE RESOURCES

In modern conditions of increasing complexity and dynamism of the external environment of the complexity of medical organizations to ensure the effective functioning of this system is constantly increasing. This paper presents the rationale for the use of an integrated system for monitoring costs of the medical organization to optimize costs.

Keywords: hospital, finance, monitoring costs.

Материал поступил 12.02.2014.

УДК: 614.217:648.112

Ю.П. АЛАЕВ, Г.А. ГАЛУНЩИКОВА

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

В статье описывается опыт стандартизации технологических процессов в больнице для обеспечения качественной системы управления по безопасности и охране труда. Описаны принятые меры повышения безопасности пациентов и персонала, а также минимизации риска падения и травмоопасности.

Ключевые слова: безопасность пациентов и персонала, управление охраной труда, риск падения, профилактика травматизма.

Введение.

В течении последних лет в наиболее высокотехнологичных медицинских организациях проводится работа по внедрению международных стандартов JCI (Joint Commission International) с последующей их аккредитацией. Международная аккредитация значительно повышает конкурентоспособность медицинского учреждения на рынке медицинских услуг.

Внедрение международных стандартов подразумевает, в первую очередь, стандартизацию всех технологических процессов в медицинской организации, направленных на повышение качества оказываемых услуг и обеспечение безопасности пациентов и персонала. По стандартам JCI оцениваются все структурные подразделения и процессы: от лечения, проводимого врачом, и сестринского ухода до безопасности здания [1].

Стандартизация технологических процессов в больнице, в свою очередь, обеспечивает качественную систему управления по безопасности пациентов и охране труда. При этом устанавливаются целевые показатели и принятие необходимых мер повышения результативности безопасности и охраны труда, а также минимизации вреда в результате аварий, инцидентов и несчастных случаев [2].

Цель исследования - разработка и внедрение стандартов обеспечения безопасности пациентов и персонала на

основе методологии, применяемой в соответствии с ГОСТ 12.0.230-2007 «Система стандартов безопасности труда. Системы управления охраной труда. Общие требования» и международным стандартам JCI.

Материалы и методы:

Для создания системы управления безопасностью и охраны труда и обеспечения ее функционирования, прежде всего, был проведен анализ видов производственной деятельности с целью проведения идентификации и оценки рисков на рабочих местах и подбора безопасного производственного процесса. Далее проводили изучение и анализ условий труда и уровня травмобезопасности действующих рабочих мест с целью подбора безопасного производственного оборудования, транспорта, подъемных устройств, оснастки, инструмента, средств подготовки инструмента.

Тщательный анализ функционирования системы управления безопасностью и охраны труда и соответствия международным стандартам показал необходимость разработки дополнительных алгоритмов и доработки имеющейся документации.

Были разработаны документы, необходимые для обеспечения эффективного планирования, функционирования и контроля за процессами, относящимися к системе

управления охраной труда и управления рисками в области охраны труда.

В соответствии с требованиями нормативных правовых актов были разработаны инструкции: по приобретению сертифицированных средств индивидуальной и коллективной защиты, смывающих и обезвреживающих средств, знаков безопасности; по организации и проведению предварительного и периодического медицинского осмотра (обследования) в соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения, а также алгоритм предупреждающих действий по профилактике профессиональных заболеваний и травматизма [3]. Кроме того, в соответствии со стандартами международной аккредитации JCI были разработаны и внедряются алгоритмы по безопасности пациентов и персонала больницы.

Система управления охраной труда предусматривает ведение соответствующей документации (проектные решения, экспертные заключения, акты ввода в эксплуатацию, руководства, приказы, положения, инструкции по охране труда по профессиям и видам работ и т.д.) и журналов (регистрации инструктажей, несчастных случаев, несоответствий и корректирующих действий и т.д.), которые также были доработаны [4].

Результаты и обсуждение.

В рамках обеспечения функционирования системы безопасности и охраны труда и соответствия международным стандартам проводилось обучение персонала с контролем знаний в начале и после обучения [5].

С целью снижения риска падения и профилактики травматизма пациентов и персонала были проведены следующие мероприятия: на пандусах и поверхностях под уклоном установлены ленты против скольжения; на первую и последнюю ступени лестничных пролетов наклеены сигнальные стикеры красного цвета; закуплены пластиковые знаки безопасности ярко-желтого цвета с

упреждающими надписями «Осторожно, мокрый пол» для техничек; в местах общественного пользования вмонтированы поручни для пожилых людей и пациентов с травмами, а на лестничных проемах - откидные пандусы для колясочных больных; на желобах и карнизах крыш установлена система обогрева сливов во избежание образования льда и сосулек.

Для повышения пожарной безопасности была произведена установка пожарной сигнализации в помещениях главного лечебного корпуса, обновлены схемы эвакуации с учетом реструктуризации и реконструкции отделений.

Для эффективного контроля проводимых мероприятий начальником административно-хозяйственной службы совместно с начальником службы безопасности и охраны труда осуществлялся еженедельный обход рабочих мест, обнаруженные неполадки устранялись немедленно. Нарушения, не устраненные на месте, отражались в протоколах обхода с ознакомлением ответственных лиц.

Проводится ежемесячное обследование состояния безопасности условий труда руководителем с участием ведущих специалистов. По итогам проверки оформляется акт о нарушениях и издается приказ об их устранении.

Внутренняя проверка (аудит) безопасности труда позволяет регулярно контролировать выполнение функций (элементов) системы управления безопасностью и охраны труда и соблюдения соответствующих нормативных документов.

Заключение. Таким образом, стандартизация всех технологических процессов больницы согласно международным стандартам позволила проводить анализ системы управления безопасностью и охраны труда предприятия с запланированной периодичностью, принимать при необходимости дополнительные управленческие решения, чтобы обеспечить ее постоянную пригодность, адекватность и

результативность.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Международная аккредитация Joint Commission International, 4е издание, 2011 год.
- 2 *Бальчевский В.В., Воробьев П.А., Тюрина И.В., Барышев П.М.* Информатизация здравоохранения и стандартизация. Итоги и перспективы// Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2012.- №1-2.- С.3-9.
- 3 Правила принятия нормативных правовых актов в области безопасности и охраны труда соответствующими уполномоченными органами, утверждены постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 августа 2007 года № 721.
- 4 Правила разработки и утверждения инструкции по безопасности и охране труда работодателем, утверждены приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 16.07.2007г. № 157-п.
- 5 Правила проведения обучения, инструктирования и проверок знаний работников по вопросам безопасности и охраны труда, утверждены приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 23 августа 2007 года № 205-п.

Түйін

Ю.П. АЛАЕВ, Г.А. ГАЛУНЩИКОВА
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

КӨП САЛАЛЫ АУРУХАНАДА ЕМДЕЛУШІЛЕР МЕН ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ҮШІН ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ПРОЦЕСТЕРДІ СТАНДАРТТАУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Ауруханада қауіпсіздік және еңбекті қорғау бойынша сапалы басқару жүйесін қамтамасыз ету үшін технологиялық процесстерді стандарттау тәжірибесі келтірілген. Емделушілер мен қызметкерлердің қауіпсіздігін арттыру, сондай-ақ құлау және жарақат қаупін азайту үшін қабылданған шаралар сипатталған.

Түйін сөздер: емделушілер мен қызметкерлердің қауіпсіздігі, еңбекті қорғауды басқару, құлау қаупі, жарақаттанушылықтың алдын алу.

Summary

Y.P. ALAEV, G.A. GALUNSHIKOVA
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty

CURRENT ISSUES IN STANDARDIZATION PROCESS TO ENSURE PATIENT AND PERSONEL SAFETY IN MULTISPECIALTY HOSPITAL

The experience of standardization processes in the hospital to ensure quality management system for occupational safety and health. Describes the safety measures taken by patients and staff, as well as minimize the risk of falling and injury hazards.

Keywords: patient safety and staff safety management, risk of falling, injury prevention.

А.С. БАЙБЕКОВА

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

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНУЮ БОЛЬНИЦУ

В статье представлены цели, принципы и организация внедрения информационной безопасности ISO 27001:2013 в деятельность больницы, которая состояла из трех основных этапов.

Ключевые слова: системы менеджмента информационной безопасности, стандарт ISO 27001, многопрофильная больница.

Введение.

Концепция информационной безопасности Республики Казахстан (далее - Концепция) разработана в целях обеспечения интересов общества и государства в информационной сфере, а также защиты конституционных прав гражданина. Она отвечает основным положениям Стратегии развития Республики Казахстан до 2030 года: «Прцветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев», в которой обеспечение информационной безопасности, как составляющей национальной безопасности, определено одним из основных долгосрочных приоритетов [1].

В связи с внедрением в деятельность больницы комплексной медицинской информационной системы (далее КМИС) появилась настоятельная потребность в информационной защите.

Целью внедрения системы менеджмента информационной безопасности было обеспечение оптимальной с точки зрения «эффект - расходы» системной защиты всех информационных активов больницы.

Для реализации цели был выбран стандарт ISO/IEC 27001:2005, который определяет информационную безопасность как «сохранение конфиденциальности, целостности и доступности информации; а также такие свойства, как подлинность, невозможность отказа от авторства, достоверность» [2].

Объектами системы менеджмента информационной безопасности (далее СМИБ) являлись простые и сложные

информационные активы. Простые – это законодательная база, технологические регламенты, тендерные предложения, рабочие журналы, отчеты для руководства, электронные документы, документы на бумажном носителе. Сложные - это компьютеры с информацией о пациентах; сервер, обеспечивающий электронный документооборот больницы; архив с документами на бумажных носителях; а также информация руководства больницы.

Большое значение при этом придавалось обеспечению: конфиденциальности – доступ для лиц с соответствующими полномочиями; доступности – обеспечение доступа к информации авторизованным пользователям в нужный момент времени; целостности – обеспечение точности и полноты информации и методов ее обработки.

Для разработки нормативно-технической документации (НТД) и внедрения системы менеджмента качества согласно требованиям ISO 27001:2013г. в больнице была создана рабочая группа.

Для управления информационными активами был определен их полный перечень или реестр информационных активов. Далее было произведено ранжирование активов, начиная с наиболее критичных, и составлена система классификации по ключевым параметрам.

Такие информационные активы были созданы по всем структурным подразделениям больницы, определены реестр информационных рисков,

вероятность ущерба и меры по снижению рисков.

Результаты и обсуждение. Общая схема внедрения СМИБ в больнице была разделена на несколько этапов:

I этап – Система управления рисками;

II этап – Определение направлений защиты;

III этап – Реализация мер защиты.

Риск-менеджмент больницы направлен на определение и оценку вариантов обработки рисков. Согласно стандарту ISO 27001 существуют следующие варианты: применение соответствующих средств; разумное и целевое принятие рисков, обеспечивающее полное удовлетворение политике больницы и ее критериям принятия рисков; избегание рисков; перенос связанных бизнес-рисков на другие стороны, например на страховщиков, поставщиков и др.

В больнице и ранее существовала система по защите физической безопасности и безопасности окружения пациентов и персонала: имеется постовая служба, организовано видеонаблюдение. При этом территория просматривается по периметру, с выделением особо важных мест, зон общего доступа для контроля за их деятельностью.

Рабочая группа занимается регулярным обучением персонала больницы требованиям информационной безопасности. Так, со всеми сотрудниками проведены занятия по приверженности политике чистого рабочего стола и экрана – это правила работы с документами на бумажных носителях или в электронном виде, содержащих конфиденциальную информацию. Большое внимание уделяется вопросам безопасности электронных информационных ресурсов или информационной базы данных (КМИС) больницы. Для полного контроля над КМИС действия системного администратора и системного оператора записываются в журнал.

В больнице используются права интеллектуальной собственности, в основе которого лежит соблюдение «Закона о защите авторских и смежных

прав» для исключения использования нелицензионного программного обеспечения и незаконного использования авторских разработок.

Под особым контролем находится основное и вспомогательное оборудование, сервисное обслуживание проводится инженерами отдела внедрения и эксплуатации медоборудования, а вновь приобретаемое оборудование находится на гарантийном обслуживании.

Заключение.

Таким образом, внедрение СМИБ позволило стандартизировать и контролировать процессы обеспечения информационной безопасности в многопрофильной больнице.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция информационной безопасности Казахстана, утверждена 14 ноября 2011 года Указом №174 Президента Республики Казахстан.
2. Международный стандарт ISO/IEC 27001:2005 «Системы менеджмента информационной безопасности. Требования»

Түйін

А.С. БАЙБЕКОВА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

КӨПСАЛАЛЫ АУРУХАНАҒА АҚПАРАТТЫҚ ҚАУІПСІЗДІКТІ ЕНГІЗУ

Мақалада аурухана қызметіне үш кезеңнен тұратын ISO 27001:2013 ақпараттық қауіпсіздігін енгізуді ұйымдастыру, оның мақсаттары мен қағидаттары ұсынылған.

Түйін сөздер: ақпараттық қауіпсіздік менеджментінің жүйелері, ISO 27001 стандарты, көпсалалы аурухана

Summary

A.S. BAYBEKOVA

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

IMPLEMENTATION OF INFORMATION SECURITY IN GENERAL HOSPITAL

The article presents the objectives, principles and organization of the implementation of information security ISO 27001:2013 in hospital activity, which consisted of three main stages.

Keywords: Information Security Management System, ISO 27001, General Hospital.

УДК: 614.2

Н.М. КОЙШАНБАЕВА*РГП «Центральная клиническая больница» Медицинский центр
Управления делами Президента Республики Казахстан, Алматы*

ЗНАЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ВЫБОРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В статье описывается меню санаторно-курортного типа для пациентов, находящихся стационаре, и предоставление самостоятельного выбора диетических блюд позволило не только обучить правилам приема пищи (режим питания, рекомендованные блюда, нормы выхода), но и повысить их психоэмоциональное состояние и общую удовлетворенность от полученных медицинских услуг.

Ключевые слова: меню санаторно-курортного типа, лечебное питание, нутриционный состав.

Введение.

Лечебное питание чаще всего используется в комплексе с другими методами лечения, предупреждая осложнения и прогрессирование заболеваний. Вид лечебного питания зависит от конкретного заболевания и преследует свои цели: уменьшить простые углеводы в рационе, стимулировать работу кишечника, максимально снизить нагрузку на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и т.д. [1].

В системе здравоохранения лечебное питание является важнейшим фактором, оказывающим влияние не только на эффективность лечения и процесс выздоровления, но и на удовлетворенность пациентов, что является одним из показателей качества оказываемой медицинской помощи. Формирование показателя удовлетворенности пациентов происходит при совпадении ожиданий пациента и фактически полученной медицинской услуги [2].

Особый подход к питанию осуществляется в санаторно-курортных учреждениях, в основе которого применяется частично ресторанная система предварительных заказов на следующий день, с представлением возможности выбора отдыхающими одного из 2-3 вариантов комплексных рационов по каждой диете, равноценных по химическому составу, но с разностью блюд. В санаториях максимально

расширен выбор диетических блюд для пациентов, так как они находятся в период реабилитации или ремиссии основного заболевания [3].

Соответственно в лечебных организациях для пациентов, находящихся в острый период заболевания и имеющих строгие ограничения в питании, затруднено предоставление широко выбора блюд [4].

Цель исследования – оценить влияние самостоятельного выбора питания на повышение уровня удовлетворенности пациентов, находящихся на лечении стационаре.

Материалы и методы. Для достижения цели в больнице было принято решение предоставлять пациентам стационара возможность самостоятельного выбора блюд.

При этом врачом диетологом разрабатывались блюда лечебного питания в двух разных вариантах, но схожих по нутриционному составу, для каждого вида диеты. Соблюдение нутриционного состава блюд с учетом норм потребности человека в энергии и основных пищевых веществах не нарушало сбалансированности лечебного питания, необходимого в остром периоде заболевания.

Уровень удовлетворенности пациентов предоставленной возможностью самостоятельного выбора того или иного меню оценивали с помощью проведения опроса. Анкета

содержала всего 5 вопросов, в которых по 5-ти балльной системе пациентам предлагалось оценить предыдущее и новое меню, в том числе по таким критериям, как вкусовые качества, внешний вид и разнообразие блюд, а также дать общую оценку уровню удовлетворенности лечебным питанием.

Результаты и обсуждения. В опросе согласились принять участие 50 пациентов, из них 46% (23 человека) - мужчины, остальные женщины. Возраст колебался от 46 до 82 лет. Средний возраст - 66 лет.

Опрос показал, что возможность самостоятельного выбора меню пациентам понравилась больше и получила наивысшую оценку 5 баллов во всех случаях, предыдущий тип питания был оценен в среднем на 4 балла. При этом оценка самих блюд по качественным критериям не отличалась. Общая удовлетворенность лечебным питанием в стационаре повысилась с 81% до 100%.

Кроме того, предоставление самостоятельного выбора диетических блюд дает возможность участия пациентов в собственном лечении, обучает правилам приема пищи (режим питания, рекомендованные блюда, нормы выхода), помогает осознать основные правила питания с учетом своего заболевания.

Заключение. Таким образом, введение возможности самостоятельного выбора меню позволило пациентам не только осознать необходимость соблюдения диетического питания, запомнить блюда, разрешенные при их заболевании, но и повысить их психоэмоциональное состояние и общую удовлетворенность от полученных медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сивохина И.К. Справочник по лечебному питанию./ Монография- М.: Новая волна. - 2012. - 351 с.

2. Суханов Б.П., Керимова М.Г., Елизарова Е.В. Актуальные аспекты надзора за диетическим лечебным и профилактическим питанием в медицинских организациях // Вопросы питания.- 2014.- Т. 83. №1.- С. 12-19.
3. Субботина Е.В. Основные подходы к организации лечебного питания в санаторно-курортных предприятиях //Современные проблемы сервиса и туризма.- 2009.- №3.- С. 35-42.
4. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние удовлетворенности от лечения в стационаре и в поликлинике пациентов кардиологического профиля на их комплайнс // Успехи современного естествознания. - 2007.- № 6.- С.103-104.

Түйін

Н.М. ҚОЙШАНБАЕВА

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДАҒЫ
ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҢ ТАМАҚТАНУДЫ ӨЗ
БЕТІМЕН ТАНДАУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Стационар емделушілерінің тамақтануды өз бетімен таңдауды қолдану оларды тамақтану ережелеріне үйретіп қана қоймай, олардың психоэмоциялық жағдайын және көрсетілген медициналық қызметтерден жалпы қанағаттануын жоғарылуға мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: емдік тағам, нутрициондық құрам, өз бетімен таңдау

Summary

N.M. KOYSHANBAEVA

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

IMPORTANCE OF INDEPENDENT NUTRITION
CHOICE FOR PATIENTS IN HEALTHCARE
ORGANIZATIONS

The article describes the menu of sanatorium type patients in the hospital, and the provision of independent choice of dietary dishes allowed not only to teach the rules of eating (diet, recommended dishes, the norm of output), but also improve their emotional state and overall satisfaction derived from medical services.

Keywords: menu of sanatorium type, health food, nutritional composition.

М.О. ОРАЗКУЛОВ, А. КАЛИАСКАРКЫЗЫ

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

ОПТИМИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ

При создании Web-сайта больницы использовали маркетинговые технологии по обеспечению посещаемости сайта целевыми посетителями и комплекс мер по повышению позиции сайта в поисковых системах. Создание сайта, отвечающего всем требованиям интернет-маркетинга и потенциальных потребителей медицинских услуг, способствовал оптимизации маркетинговой деятельности больницы в целом и привлечению пациентов в клинику.

Ключевые слова: Web-сайт, интернет-маркетинг, рынок медицинских услуг, конкурентоспособность.

В условиях конкурентной среды на рынке медицинских услуг произошло некоторое переориентирование внутренней организации работы медицинских учреждений. Маркетинговая направленность клиник, медицинских центров и больниц государственного значения связана с постепенным переходом от полного финансирования со стороны государства к финансовой свободе в определенной мере. Правильный выбор способов в продвижении своей организации и предоставляемых ею медицинских услуг положительно отражается на финансовой рентабельности и прибыльности предприятия [1].

Используя различные коммуникации информирования населения, медицинская организация демонстрирует уровень своего соответствия современным технологическим процессам [2].

Огромный потенциал онлайн-ресурсов на сегодняшний день стал не просто актуальной, скорее неотъемлемой частью работы учреждений всех сфер профессиональной деятельности [3].

Преследуя цель оповестить население о том, что больница, некогда предназначавшаяся для оказания медицинской помощи советско-партийному активу страны, узкому кругу людей, сегодня открыла двери всему населению, администрацией больницы было принято решение выйти на независимые источники информирования

населения посредством Web-сайта, то есть использовать интернет-маркетинг.

Такое решение связано с несколькими основными тенденциями в медицинском интернет-маркетинге [4]:

- все больше пациентов ищут врачей или лечебные учреждения и поставщиков товаров медицинского назначения через Интернет;

- перед тем, как воспользоваться медицинскими услугами той или иной клиники, пациенты знакомятся с отзывами на сайтах и информацией, размещенной в Интернете;

- все больше медицинских услуг предоставляется дистанционно. Так, например, стремительно развивается рынок онлайн-консультаций врачей.

Посравнению с другими видами маркетинга интернет-маркетинг обладает рядом специфических особенностей, часть из которых относится к неоспоримым преимуществам [5].

Сравнительно невысокая стоимость. Цена рекламы в интернете либо продвижение услуг организации намного ниже, чем на телевидении. Эффективность международного маркетинга через интернет может составить тысячи процентов. Разработка и изготовление рекламных носителей в интернете, как правило, также значительно дешевле производства своих обычных аналогов.

Высокий уровень восприятия или, так называемый, «индекс внимания» к рекламе в интернете составляет около 40%, в то время как в прессе – 10-15%, на

телевидении – 5-8%, на баннерах – 4-5%. При этом на специализированных тематических сайтах индекс внимания близок к 100%.

Широкая интернет-аудитория состоит, как правило, из людей с высоким уровнем покупательской активности и наиболее интересна для маркетологов с точки зрения продвижения услуг.

Информирование посредством Web-сайта представляется потребителю психологически более комфортным, так как позволяет получить объективную информацию о товаре или услуге в удобное для него время самостоятельно определить свои потребности, не вступая в личный контакт и не подвергаясь психологическому давлению со стороны поставщика услуги.

Интернет-маркетинг позволяет потребителю легко получить дополнительную информацию, а поставщику – наладить обратную связь.

Кроме того, маркетинговая кампания на Web-сайте более гибкая - ее легко организовать, измерять и менять непосредственно по ходу выполнения без значительных дополнительных вложений.

При создании Web-сайта больницы использовали маркетинговые технологии по обеспечению посещаемости сайта целевыми посетителями, то есть потенциальными потребителями услуг, предоставляемых больницей. Для этого информация о больнице и медицинских услугах предоставлялась на доступном языке и не была загружена специфическими терминами, а о новейших высокотехнологичных методах диагностики и лечения - в виде красочных баннеров и контекстной рекламы.

Одним из важнейших этапов продвижения сайта являлась поисковая оптимизация (SEO), которая представляла собой комплекс мер по повышению позиции сайта в поисковых системах, и, таким образом, позволила увеличить его целевую посещаемость. Учитывая, что поисковые системы определяют наличие ключевых слов, составляли тексты с большим количеством и плотностью ключевых слов.

Эффективность проведенной интернет-маркетинговой работы оценивали путем анкетирования и интервьюирования населения. Опрос населения показал, что поставленная задача – довести до масс путем площадки интернета информацию о доступности профилактики и лечения в клинике - была достигнута, так как 75% респондентов указали, что получили ту или иную информацию из интернета.

Стоит отметить, что социальные акции «День открытых дверей» с проведением бесплатных консультаций врачей разных специальностей, пользовались большей популярностью среди населения по сравнению с прошлым годом. При этом информирование населения об акции происходило в основном посредством интернет-ресурсов. Более того, интернет, не имея каких-либо географических ограничений, подтолкнул клинику на путь развития «медицинского туризма». Так, на сайт клиники приходили запросы от желающих воспользоваться услугами нашей больницы жителей ближнего и дальнего зарубежья.

Таким образом, создание сайта, отвечающего всем требованиям интернет-маркетинга и потенциальных потребителей медицинских услуг, способствовал оптимизации маркетинговой деятельности больницы в целом и привлечению пациентов в клинику.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Армстронг Г.* Основы маркетинга /Г. Армстронг [и др.]; пер. с англ. - Европ. изд.-М.: ИД Вильямс, 2008.- 375 с.
- 2 *Алексунин В.А., Митьков С.В.* Медицинские услуги: специальные маркетинговые исследования //Маркетинг и маркетинговые исследования.-2005. -№ 5.- С. 15-17
- 3 *Коковин Л.Л.* Некоторые аспекты конкуренции на рынке медицинских услуг //Вестник Московского городского научного общества терапевтов.-2006. -№ 18.- С.23-25
- 4 *Столяров А.С.* Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления /3-е изд. испр. и доп. - Барнаул: Аз Бука, 2005.- 239 с.
- 5 *Скопина И.В., Бакланова Ю.О., Пименова А.Е.* Маркетинговые коммуникации в

социальных web-ресурсах //Маркетинг.- 2008.-
№5.- С. 43-50

Түйін

М.О. ОРАЗҚҰЛОВ, Ә. ҚАЛИАСҚАРҚЫЗЫ
*Қазақстан Республикасы Президенті Іс
басқармасы Медициналық орталығының Орталық
клиникалық ауруханасы, Алматы қ.*

АУРУХАНАНЫҢ МАРКЕТИНГТІК ҚЫЗМЕТІН
ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Аурухананың Web-сайтын жасау барысында сайтты мақсаттық пайдаланушылардың санын және іздеу жүйелеріндегі сайттың орнын жоғарылату үшін іс-шаралар кешенін қамтамасыз ету бойынша маркетингтік технологиялар қолданылды. Ғаламтор-маркетингі және медициналық қызметтерді әлеуетті тұтынушылардың талаптарына жауап беретін сайтты жасау аурухананың маркетингтік қызметін жалпы оңтайландыру және клиникаға емделушілерді тартуға жағдай жасады.

Түйін сөздер: Web-сайт, ғаламтор-маркетингі, медициналық қызметтер нарығы, бәсекелесу қабілеті.

Summary

M.O.ORAZKULOV, A.KALIASKARKYZY
*Central Clinical Hospital of Medical Center of
President's Affairs Administration of Republic of
Kazakhstan, Almaty*

OPTIMIZATION OF MARKETING ACTIVITY IN
HOSPITALS

When you create a Web-site hospital marketing techniques used to ensure the attendance of a site targeted visitors and a range of measures to improve the position of the site in search engines. Creating a site that meets all the requirements of Internet marketing and potential consumers of health services promote the optimization of marketing activities in general hospitals and attract patients to the clinic.

Keywords: Web-site, internet marketing, health care market competitiveness.

Ж.С. ИСМАИЛОВА

ГКП на ПХВ «Городская станция скорой медицинской помощи» Акимата г. Астаны

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Представлен обзор литературы посвященный актуальным вопросам организации службы скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, станция скорой медицинской помощи.

В послании Президента Республики Казахстан – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан -2050» от 14 декабря 2012г. указано, что главным в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по предоставлению качественных и доступных медицинских услуг для улучшения состояния здоровья населения [1].

Происходящие в последние годы преобразования в системе здравоохранения Республики Казахстан, оптимизация и совершенствовании службы скорой медицинской помощи, увеличение объемов его финансирования и ресурсного обеспечения, пересмотр объемов и видов медицинской помощи в соответствии с протоколами диагностики и лечения направлены на достижение цели в виде высокого качества их деятельности.

Известно, что деятельность по обеспечению качества медицинской помощи должна проводиться, в основном, на уровне медицинской организаций [2,3]. При этом повышение качества скорой медицинской помощи основывается на принципах, с одной стороны, непрерывности и, с другой стороны, на обеспечении удовлетворенности пациента, разработки механизмов оперативного реагирования руководителей на жалобы пациентов [4].

В настоящее время в условиях завершения реализации Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан

на 2011-2015 годы одной из основных задач является именно повышение качества и доступности медицинской помощи [5].

Проблема обеспечения высокого качества медицинской скорой помощи актуальна для стран СНГ. Низкое ресурсное обеспечение, недостаток денежных средств существенно осложняют решение данной проблемы [6,7].

В «Концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы» в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 14 ноября 2006 года №216 сказано, что «для обеспечения устойчивого развития казахстанского общества необходимо совершенствование системы здравоохранения, в том числе: выбор оптимальной экономической модели развития здравоохранения; создание центров высоких медицинских технологий с привлечением ведущих мировых специалистов». Особую актуальность данное направление приобрело в рамках общенациональной идеи вхождения Казахстана в число наиболее конкурентоспособных стран мира.

Проблема оценки качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется [8,9]. Согласно Европейскому бюро для решения данной проблемы необходимо учитывать: квалификацию медицинского персонала, оптимальность использования ресурсов;

риск для пациента; удовлетворенность пациента оказанными услугами.

Проблема повышения качества медицинской помощи является актуальной как во всем мире, так и в нашей стране. Во многих экономически развитых странах идет активный процесс реформ, так как ни одно государство не удовлетворено существующими медицинскими финансовыми структурами или стоимостью медицинских услуг. Данные проведенных исследований указывают на то, что низкое качество медицинских услуг ведет к увеличению финансовых расходов [10].

Удовлетворенность пациентов как потребителей медицинских услуг занимает особое место в системе оценок состояния, эффективности и качества деятельности системы здравоохранения в целом. Уровень удовлетворенности напрямую зависит от непосредственного опыта общения пациента с системой здравоохранения и личных впечатлений от этого.

К характеристикам качества медицинской помощи, в том числе и скорой помощи, относятся: доступность, безопасность, удовлетворенность, оптимальность (соответствие стандартам качества и нормам этики), стабильность процесса и результата, обеспечение качества (как совершенствование и улучшение процесса и результата), обоснованность действий, технологии и адекватности (адекватность) и эффективность, проведение внешней и независимой экспертизы, сертификации и лицензирования ЛПО, а также постоянный контроль и управление качеством.

Обеспечение качества оказываемой медицинской помощи является важнейшей задачей в решении проблемы охраны здоровья населения.

Отношение населения к лечебно-профилактическим учреждениям во многом определяет установление доверия между врачом и больным, своевременность оказания медицинской помощи. Соответственно, в оценке работы медицинских учреждений и повышении

эффективности приобретают значение не только данные об изменении состояния здоровья, но и мнение населения о качестве лечебно-профилактического обслуживания. Изучение коллективного мнения населения, как и использование социологических методов в отечественном и зарубежном здравоохранении проводятся многими исследователями [11,12,13].

В современных литературных источниках отмечается недостаток работ по исследованию индикаторов качественной и эффективной работы службы скорой помощи в республике [21-25], что необходимость анализа и оценки показателей деятельности службы, обоснование внедрения, выявление преимуществ и, возможно, недостатков инновационных управленческих технологий скорой медицинской помощи населению в крупном городе республике - Астана.

Таким образом, развитие службы скорой и неотложной медицинской помощи нуждается в изучении путей оптимизации, в новых современных подходах [14-18], требующих совершенствовании ресурсного обеспечения, наличия квалифицированного персонала и рациональной организации труда и внедрения инновационных управленческих решений. Приоритетность Скорой и неотложной медицинской помощи в системе здравоохранения обусловлена высоким уровнем обращаемости населения в экстренном порядке за медицинской помощью [19,20].

Именно от работы этой службы зависит качество и своевременность оказания специализированной помощи больным с экстренной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан -2050» от 14 декабря 2012г.

- 2 *Кульжанов М.К.* Здравоохранение РК в свете проводимых реформ // Open medical channel. - 2006. - № 4. - С. 11-12.
- 3 *Щепин О.П., Линденбраген А.Л., Голодненко В.Н., Зволинская Р.М.* Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению. – М., 2002. - С. 24-36.
- 4 *Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И.* Качество медицинской помощи. - М.: Медицина, 2000. – 299 с.
- 5 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
- 6 Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – С.57.
- 7 Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы/ Под ред. *Моссиалоса Э., Диксон А., Фигераса Дж., Кутцина Д.* - М., Весь мир, 2002. – 332 с.
- 8 *Олесов А.Е., Уйба В.В.* Управление качеством медицинских услуг в сети государственных лечебно-профилактических учреждений // Социально-экономические системы: вопросы государственного регулирования и управления. Сборник научных трудов каф. государственного и муниципального управления Государственной полярной академии. Вып.4. – СПб.: Изд-во «Лемма», 2008.- 142с.
- 9 Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. О сохранении используемого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (КС) и используемого общесоюзного классификатора профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов: утв. 22 октября 1997 года №181-п.
- 10 *Sindall C.* Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times // Health Promotion International. - 1997. - Vol. 12(1). – P. 5-6.
- 11 *Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надилов Ж.К., Сманов К.Д., Байтурина Н.М., Садыков О.С., Байжунусов Э.А., Рустемова А.Ш., Ергешова М.Б.* Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. 2007. – №2-3. – С. 46.
- 12 *Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С.* К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, РАМН.- Москва. – 2002. - часть II. - С.15-19.
- 13 *Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И.* Организация здравоохранения Казахстана. – Астана-Алматы, 2006. – 231с.
- 14 *Баркляя В.И.* Совершенствование системы подготовки фельдшеров скорой медицинской помощи для работы в условиях ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций. Дисс... к.м.н., М., 2007. - 88 с.
- 15 *Гаркалов К.А., Распекова Р.Д., Абдугожина Г.Х. с соавт.* О необходимости создания и внедрения стандартов диагностики и лечения заболеваний во врачебную практику //Астана медициналык журналы, 2003. - №1. – С.34-36.
- 16 *Каирбекова С.З.* Методологические основы организационно-управленческих технологий формирования профессиональной компетенции специалистов системы здравоохранения в Республике Казахстан. Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – Астана. – 2007. – 212 с.
- 17 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26.11.2009 г. № 785 «Об утверждении Правил взаимодействия организаций здравоохранения» зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 01.12.2009 г. № 5948.
- 18 *Абдрахманов А.А.* ИСО 9000: Менеджмент качества медицинских услуг//Мир качества, №1 – 2005. – с.2.
- 19 *Абильдинова Н.А.* Управление материально-техническими ресурсами организации здравоохранения в условиях крупного города. Автореферат на соискание ученой степени д.м.н. – Алматы. – 2010. – 45 с.
- 20 *Тосекбаев К.Д., Алтысбекова Г.М., Жузжанов О.Т. с соавт.* К вопросу улучшения качества оказания скорой медицинской помощи // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». – Астана. 2010. – С. 97-99.
- 21 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11.11.2009 г. №691 «Об утверждении Правил повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров» зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26.11.2009 г. № 5904.
- 22 *Сулейменова Б.А., Дубицкий А.А.* Службе скорой медицинской помощи города Астаны 70 лет. – Астана, 2002. – 52 с.
- 23 *Тайжанов А.Т., Кумыспаев С.С.* Социальные аспекты реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4(12). – С.64-66.
- 24 *Бойков А.А., Михайлов В.Н., Налитов В.Н.* Тактика, протоколы действий и должностные инструкции среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи (методические рекомендации). – СПб, «Политехника-сервис» . – 2005. – 165 с.
- 25 *Бойков А.А.* Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на

догоспитальном этапе. Дисс д.м.н. – СПб. – 2006. – 314 с.

Summary

Түйін

Ж.С. ИСМАИЛОВА

*ШЖҚ МҚМ Астана қаласының әкімшілігінің
«Қалалық жедел жәрдем станциясы»*

ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ СТАНЦИЯСЫНЫҢ
ҚЫЗМЕТІН ЖЕТІЛДІРУ ЖӘНЕ
ОПТИМИЗАЦИЯЛАУ ЖОЛДАРЫ

Жедел және шұғыл медициналық көмек көрсету саласындағы адамдық қорларды дұрыс толығымен қамсыздандыруды, жоғарғы білікті мамандардың болуын, еңбек етуді тиімді ұйымдастыруды, басқаруда инновациялық шешімдерді енгізу жолдарының мәселелерін шешуде, заманауи талаптарға сай зерттеп қолданысқа енгізуді қажет етеді. Тек осы саланың жұмысына жіті патологиялы науқасқа сол мезетте жағарғы білікті медициналық көмек көрсету сапасы тікелей байланысты екенін көреміз.

Түйін сөздер: медициналық жәрдем, жедел жәрдем станциясы.

ZH.S. ISMAILOVA

*State Enterprise on right of economic management
«City Ambulance Station» Astana*

WAYS OF OPTIMIZATION AND IMPROVEMENT
AMBULANCE SERVICES

Development of emergency ambulance service requires a closer look at the ways of optimization and new contemporary approaches, which include enhancement in the resources, qualified personnel, and rational organization of work as well as introduction of innovative management solutions.

In the end, it is the emergency service, which performance defines the quality and timeliness of specialized care rendered to patient in critical condition.

Keywords: emergency ambulance service, emergency ambulance station.

Материал поступил 15.01.2014.

УДК 614.2.

Н.С. АХИЛЬБЕКОВ, Г.Х. НУРУТДИНОВА, Л.В. БЮРАБЕКОВА, Д.Р. ДЖУЛСАИТОВА
РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В 2013 ГОДУ

В статье изложены итоги деятельности Республиканского центра санитарной авиации в 2013 году. Описаны услуги, оказываемые службой санитарной авиации. Проведен анализ структуры причин вызовов в сравнении с 2012 годом.

Ключевые слова: санитарная авиация, скорая медицинская помощь, авиационная транспортировка, дорожно-транспортные происшествия.

В своем ежегодном Послании народу Казахстана 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» Президент Республики Казахстан Назарбаев Н.А. определил главные ориентиры развития социальной сферы до 2050 года, в том числе развитие первичной медико-социальной службы, снижение инвалидизации и увеличение средней продолжительности жизни граждан республики.

Основной задачей Республиканского центра санитарной авиации Министерства здравоохранения Республики Казахстана (далее – РЦСА) является оказание экстренной, квалифицированной, специализированной, высокоспециализированной и консультативно-диагностической медицинской помощи в форме санитарной авиации на областном или республиканском уровне, при невозможности оказания помощи на региональном уровне, транспортировки больных, рожениц, пострадавших, находящихся на расстоянии более 150 километров от места расположения медицинской организации при невозможности транспортировки наземными видами транспорта,

экстренной и неотложной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях на автомагистралях.

В 2013 году поставщики транспортных услуг по линии санитарной авиации представлены во всех регионах, всего оказывали услуги 8 компаний, из них 2 государственные (АО «Казавиаспас» и АК «ВКО»). Воздушные суда в разрезе регионов распределились следующим образом:

- самолеты марки АН - 2, АН - 24 в Актюбинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Кызылординской, Мангыстауской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях;

- самолёты, предназначенные для межрегиональных рейсов, АН - 24 и Hawker-400XP - в г. Астана и «Cessna Caravan» - в г. Алматы;

- вертолеты марки ЕС-145, МД600N, МИ-8МТВ в гг.Астана, Алматы, Алматинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях.

По итогам 2013 года осуществлено 1355 вылетов, число оказанных медицинских услуг составило 1813 (рисунок №1).

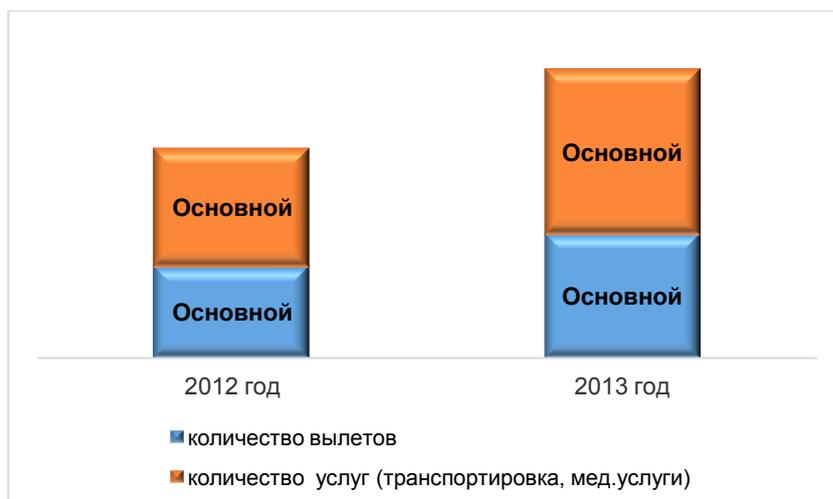


Рисунок 1

Отмечается увеличение количества вылетов в 2013 году в сравнении с 2012 годом на 25,8% (350 вылетов), количество оказанных медицинских услуг увеличилось на 28,1% (509).

Медицинские услуги санитарной авиации представлены в 3 видах - выезд с оказанием медицинской помощи на месте, в том числе оперативные вмешательства, консультативная помощь и транспортировка пациентов. Из 1813

оказанных медицинских услуг транспортировано 1176 пациентов (64,9%), проконсультировано 502 пациента (27,7%), прооперировано 135 пациентов (7,4%) (рисунок №2).

В 2012 году оказано 1304 медицинских услуг, из них транспортировано 763 (59%), оказана 451 консультация (34%) и выполнено 64 (7%) операций.



Рисунок 2

Для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи наибольшее число специалистов привлекалось из клиник города Астана, ими выполнено 176 консультаций (35,1%) и 36 операций (36,7%).

В структуре причин вызовов – на первом месте травмы 389 случаев (22,2%), из них 155 (39,8%) случаев составляют травмы при ДТП, на втором месте неотложные состояния в акушерской

практике, они составили 337 случаев (19,2%), затем неотложные состояния у новорожденных – 305 (17,4%), на четвертом месте патология детского возраста – 296 (16,9%), далее болезни системы кровообращения, которые составили 249 случаев (14,2%) и на прочие заболевания (болезни центральной нервной системы, органов дыхания, заболевания крови, онкология и т.д.) приходится 180 случаев (10,3%) (рисунок №3).



Рисунок 3

Следует отметить, что по итогам 2012 года в структуре причин вызовов санитарной авиации первое место занимали неотложные состояния в акушерской практике – 370 случаев (28%), затем патология детского возраста - 273 случая (21%), неотложные состояния в травматологии приходились на третье место и составили - 197 случаев (15%),

далее патология новорожденных - 156 случаев (12%) и прочие, включая БСК – 307 (24%).

Основная доля транспортировок пациентов осуществляется из больницы в больницу, в том числе и пострадавших при ДТП (рисунок №4).



Рисунок №4

При этом число транспортировок, осуществляемых внутри регионов, из районных медицинских организаций в медицинские организации городского и областного уровней, составило 714 пациентов (60,7%). На республиканский уровень госпитализировано 416 пациентов (38,8%), из них 381 (32,4%) в г.Астана и 75 пациентов (6,4%) в г.Алматы.

Также 2-х пациентов транспортировали из зарубежных клиник (Хатай, Республика Турция и Паттайя, Таиланд).

По итогам 2013 года в республике количество вылетов на 100 тыс. населения составило 8,0 против 6,0 в 2012 году (рисунок №5).



Рисунок №5

В разрезе регионов в отчетном году наибольшее число вылетов на 100 тыс. населения отмечается в Павлодарской (21,7), Кызылординской (18,7), Атырауской (16,8), Восточно-Казахстанской (14,4), Северо-Казахстанской (14,4), Западно-

Казахстанской (12,7), Мангыстауской (12,7) областях при среднереспубликанском показателе 8,0.

В динамике в сравнении с прошлым годом отмечается рост данного показателя в Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Костанайской,

Кызылординской, Западно-Казахстанской, Павлодарской, Южно-Казахстанской, Актюбинской областях, что свидетельствует об улучшении доступности населению данных регионов к оказанию экстренной высокоспециализированной и специализированной медицинской помощи.

Таким образом, в республике в сравнении с 2012 годом количество вылетов увеличилось на 25,8%, количество оказанных медицинских услуг увеличилось на 28,1%, число пациентов, которым оказана экстренная специализированная и высокоспециализированная медицинская помощь, увеличилась на 24,7%.

Рост услуг, оказанных в форме санитарной авиации, свидетельствует о росте доступности населения отдалённых и труднодоступных районов к оказанию экстренной квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, а также о продолжающемся развитии данного вида помощи в стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия развития Республики Казахстан до 2020 года.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2010-2014 годы.
4. Официальный сайт Агентства Республики Казахстан по статистике.
5. Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

6. РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации» МЗ РК, отчет о деятельности за 2013 год.
7. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году» (предварительные данные).

Түйін

Н.С. АХИЛЬБЕКОВ, Ф.Х. НҰРҰТДИНОВА, Л.В. БҮРАБЕКОВА, Д.Р. ДЖУЛСАИТОВА
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Республикалық санитариялық авиация орталығы» ШҚҚ РМК

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ САНИТАРИЯЛЫҚ АВИАЦИЯ ҚЫЗМЕТІНІҢ 2013 ЖЫЛҒА ҚЫЗМЕТ ЕТУ ҚОРЫТЫНДЫСЫ

Мақалада Республикалық санитариялық авиация орталығының 2013 жылға қызмет ету қорытындылары пысықталған. Санитарлық авиация қызметтеріне 2012 жылдың қорытындыларымен салыстырмалы сипаттамасы берілген.

Түйін сөздер: санитарлық авиация, жедел медициналық жәрдем, авиациялық тасымалдау, жол-көлік апаттары.

Summary

N. AKHILBEKOV, G. NURUTDINOVA, L. BYURABEKOVA, D.D. JULSAITOVA
Republican Public Enterprise with Economic Jurisdiction «Republican Centre of Air Medical Service» Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

RESULTS OF AIR AMBULANCE SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ACTIVITIES IN 2013

The article states operational results of the Republican Centre of Air Medical Service in 2013 year. Air medical services were analyzed in comparison with 2012 results.

Keywords: air ambulance service, emergency care, aviation transportation, traffic accidents.

КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
CLINICAL RESEARCH

UDK 616; 618

В.КН. АБИШЕВ¹, М.Т. АЛИАКПАРОВ², Д.М. ТАЗИБАЙЕВ^{1,2}, Л.С. ПИТЕЛ¹

“National Research Centre of Maternity and Childhood” JSC¹, Astana
Karaganda State Medical University², Karaganda

CHANGING OF LEIOMYOMA AFTER UTERINE ARTERY EMBOLIZATION

We performed a minimally invasive operation comprising uterine artery embolization for uterine fibroids. Patients age - from 20 to 52 years (mean age 35.5 years). Prior to surgery, all patients underwent MRI and ultrasound to detect localization, diameter and volume of fibroids. After surgery, a month later, at 3, 6, 12 and 24 months was performed control MRI and ultrasound studies to identify the dynamics of reducing the volume of fibroids. Before surgery, a month later, at 3, 6 and 12 months of Doppler ultrasound performed to detect changes of speed of blood flow in the uterine arteries. Authors on the large amount of material to prove the effectiveness of uterine artery embolization for uterine fibroids.

Keywords: Reproductive system female, Interventional vascular, MR, Ultrasound, Embolisation, Uterine fibroids

Introduction

Uterine fibroids are one of the most common tumor diseases of the female genital organs. The incidence of this disease according to autopsy material ranges from 70 to 85%. Symptomatic uterine fibroids in age from 20 to 30 years occurs in 5-7% of women 30-40 years of age 20-25% of women of premenopausal leiomyomas frequency reaches 30-35%, and according to some authors, and up to 40% [1,2,3].

Uterine artery embolization (UAE) for uterine proposed J.Ravina in 1994 years, laid the groundwork for the development of new organ- intravascular treatment of common gynecological pathology.

The undoubted advantage of uterine artery embolization is a minimally traumatic, high efficiency, low complication rate, versatility, no recurrence [4,5].

Purpose

To evaluate fibroid size using ultrasonography (US) and magnetic resonance imaging (MRI) after uterine arteries embolization (UAE) of leiomyoma.

Methods and Materials

From 2008 to 2012 **391** women with symptomatic leiomyoma were treated by bilateral transcatheter UAE. Angiography and embolization were performed using 5F

Cobra and Roberts uterine catheters by 355-1000 μ m of PVA particles (Fig.1). c,d - Right uterine artery angiography before and after embolization.

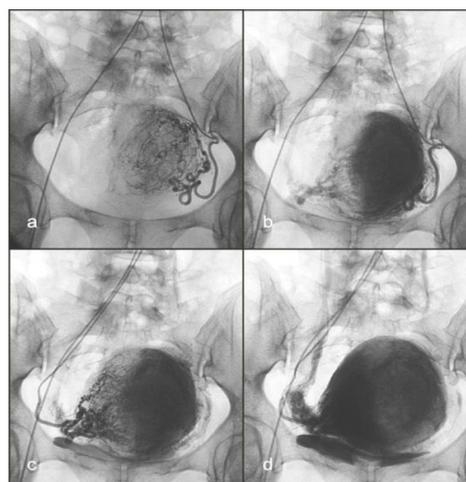


Fig.1 a,b - Left uterine artery angiography before and after embolization.

The size of particles depended on uterine arteries diameter and anastomosis between uterine and ovary arteries. Mean age 35,5 years (range – 20-52). 51% patients had dominant fibroid's size more than 8cm and different location, multiple fibroids occurred in 71% cases (Fig.2).

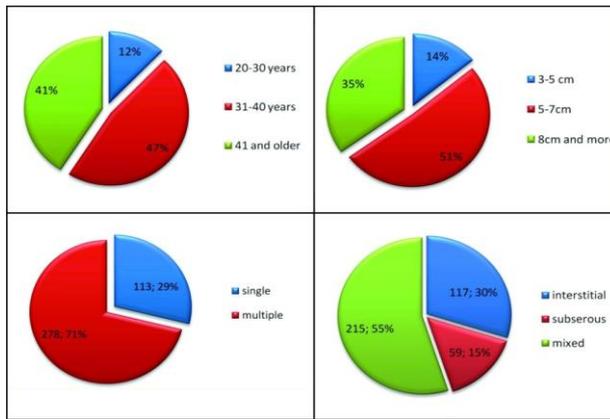


Fig. 2: Age of women, size, number and location of fibroids.

All patients underwent US and MRI before and after UAE. Analysis of fibroids was done in 1month (M), 3M, 6M, 12, 24M.

Size, volume and structure of dominant fibroid were evaluated by MRI. We calculated the volume of dominant fibroid by obtaining the largest measurements in antrioposterior, longitudinal and transverse planes and applying the formula for prolate ellipse. Volumes of fibroid, Doppler measurements in both uterine arteries were

performed by US. Vmax, Vmin, SDratio, IR were estimated in both uterine arteries.

Results

Bilateral UAE were successful in all cases. The partial vascularization of leiomyoma detected in 12M after UAE only in 1 case. It was confirmed by MRI with contrast enhancement and uterine arteries angiography. The ovarian arteries were not involved and re-embolization was done.

The moderate reduction of fibroid's size was observed in 1M after UAE. Decrease of fibroid size determined by US - 21%, by MRI - 18% in 1 month. Following reduction of fibroid's size was noticed in 3months by US - 32%, by MRI - 27%, in 6 months by US - 47%, by MRI - 42%, in 12 months by US - 72%, by MRI - 65% (Fig.3). The structure of fibroids also was changed on T2 images (Fig.4) - fibroids became darker and had more clear sharp borders. After 12M we didn't notice meaningful size changes.

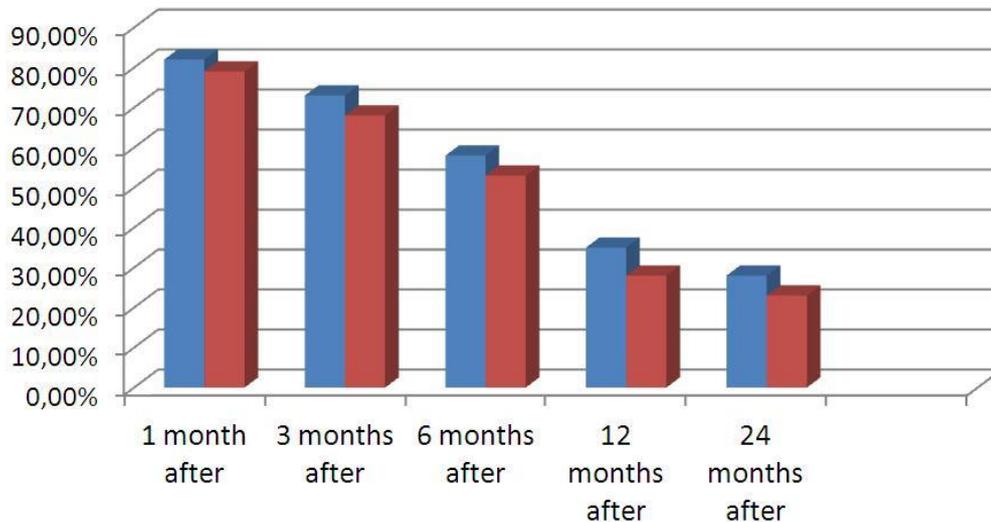


Fig.3. Shrinkage of dominant fibroid's volume after UAE from 1M to 24M

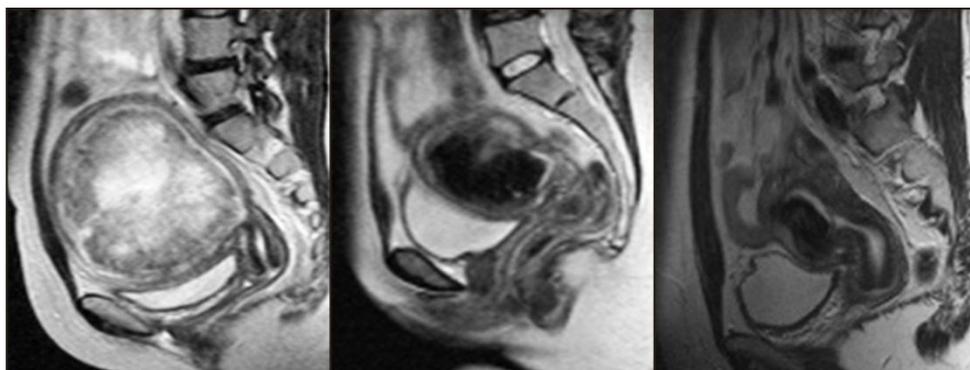


Fig. 4: Fibroid (MR sag T2) before UAE, in 3M, 12M after UAE

Doppler US-control showed blood flow decrease during first month after UAE, in 3 months blood flow data in uterine arteries

were restored. No significant changes of flow data had not been observed by 12M (Table).

Table – Doppler measurements in right and left uterine arteries before and after UAE

	V max		V min		SD ratio		IR	
	R	L	R	L	R	L	R	L
Before UAE	44,5	57,3	15	20,5	3,7	3,1	0,75	0,63
1month	31,1	25,6	9,2	8,1	4,5	4,4	0,69	0,85
3month	50	57,1	16,5	24,5	3,76	2,7	0,77	0,56
6month	36,8	55,5	10,5	17,8	3,2	2,4	0,65	0,65
12month	44,2	58,4	14,7	18,7	3,8	2,9	0,65	0,74

We noticed also disappearance or significant reduction of clinical symptoms - pain, menorrhagia, pressure symptoms.

Conclusion

UAE is an effective minimal-invasive kind of leiomyoma's treatment. MRI and US are the modalities that can accurately estimate fibroid's changes and blood flow in uterine arteries.

The tendency of fibroid's shrinkage after UAE is well-defined in period from 1M to 24M.

After UAE the blood supply of myometrium is restored according to US Doppler data in the period from 1M to 3M.

REFERENCES

1. De Leo V., Morgante G. et al. A benefit-risk assessment of medical treatment for uterine leiomyomas//Drug Saf .- 2002. – Vol. 25(11) - P.759-779.
2. McLucas B., Adler L., Perella R. Uterine fibroid embolization: nonsurgical treatment for symptomatic fibroids // J. Am.Coll.Surg. – 2001. – Vol.192(1). – P.95-105.
3. Olive D. Revitw of the evidence for treatment of leiomyomata. //Environmental Health Perspectives. - 2000. - Vol.108, Suppl.5. - P.841 – 843.
4. Pelage J.P., Beregi J., Uterine fibroid embolization uaing the calibrated mocospheros «Embosphere». // Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 2000. - Vol.23, Suppl. 1.- P.154.
5. Ravina J., Aymard A., Cinaru-Vigneron V. et al. Uterine fibroid embolization: Results about 454 cases. // Genecol. Obster. Fertil. – 2003. – Vol. 31, №708. – P.597-605.

Түйін

Б.Х. ӘБИШЕВ¹, М.Т.ӘЛИАКПАРОВ²,
Д.М.ТӘЖИБАЕВ^{1,2}, Е.С. ПИТЕЛЬ²

ЖАТЫР МИОМАСЫНЫҢ ЖАТЫР АРТЕРИЯЛАРЫН ЭМБОЛИЗАЦИЯЛАУ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КЕЙІНГІ ӨЗГЕРУІ

Ана мен Бала Ұлттық Ғылыми Орталық, Астана¹
Қарағанды Мемлекеттік Медицина
Университеті²

Авторлар жатыр миомасына шалдыққан 20-52 жас (орта жасы 35,5) аралығындағы науқастарға жатыр артерияларын эмболизациялау операциясы жасаған. Операцияға дейін және одан кейін 1, 3, 6, 12 және 24 ай аралығында жатыр миомасының көлемі кішіреюін анықтау үшін МРТ және УД зерттеу жасалды. Операцияға дейін және одан кейін 1, 3, 6 және 12 ай аралығында жатыр артерияларындағы қанағым жылдамдығы көрсеткіштерінің өзгеруін анықтау үшін УД доплерография жасалды. Авторлар үлкен материал негізінде жатыр миомасы ауруында жатыр артерияларын эмболизациялаудың жоғары тиімділігі дәлелденді.

Түйін сөздер: Репродуктивтік жүйе, интервенциялық радиология, МРТ, УД, эмболизация, жатыр миомасы.

Резюме

Б.Х. АБИШЕВ¹, М.Т. АЛИАКПАРОВ²,
Д.М. ТАЖИБАЕВ^{1,2}, Е.С. ПИТЕЛЬ²

ИЗМЕНЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Национальный Научный Центр Материнства и
Детства, Астана¹
Қарағандинский Государственный Медицинский
Университет²

В данной статье авторами описывается малоинвазивная операция, заключающиеся в эмболизации маточных артерий при различных формах миомы матки. Возраст пациенток от 20 до 52 лет, средний возраст 35,5 лет. До операции всем больным выполнены МРТ и УЗД для выявления локализации, диаметра и объема миоматозных

узлов. После операции через месяц, через 3, 6, 12 и 24 месяцев было выполнено контрольные МРТ и УЗИ исследования для выявления динамики уменьшения объема миоматозных узлов. До операции, через месяц, через 3, 6 и 12 месяцев выполнен УЗИ доплерография для выявления изменений показателей скорости кровотока по маточным артериям. Авторами доказано

эффективность эмболизации маточных артерий при миоме матки.

Ключевые слова: Репродуктивная система, интервенционная радиология, МРТ, УЗИ, эмболизация, миома матки.

Материал поступил 26.12.2013.

В.В. БЕНБЕРИН¹, А.Н. КАЛАШНИКОВА²ГУ «Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан»¹АО «Медицинский университет Астана»², Астана

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА

В статье описываются результаты анкетирования, проведенного среди государственных служащих которое показало, что данные нарушения в пищевых предпочтениях могут способствовать возникновению МС. Поэтому своевременное выявление факторов риска и внедрение в практическое здравоохранение мероприятий по выявлению ранних признаков синдрома являются актуальной задачей современной медицины, решение которой, как ожидается, позволит качественным образом изменить неблагоприятные последствия, связанные с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: метаболический синдром, анкетирование, факторы риска, профилактика, питание.

Введение. Метаболический синдром (МС) представляет собой чрезвычайно актуальную проблему современной медицины и в силу высокой распространённости, и в силу значимого влияния его компонентов на риск сердечно - сосудистых осложнений. Распространённость его среди населения растет по мере увеличения числа лиц с избыточным весом и ожирением.

Висцеральное ожирение - отложение жира в области живота и внутренних органов представляет собой повышенную опасность из-за того, что может приводить к развитию артериальной гипертензии (АГ), атеросклероза, ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, мозговым инсультам, ведет к инсулинорезистентности и СД II типа [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения 1,7 млрд. человек, или каждый четвертый житель планеты, имеют лишний вес, а у 312 млн. человек — выраженное ожирение. С 1980 по 2010 годы число лиц во всем мире, страдающих ожирением более чем удвоилось, и по прогнозам ВОЗ к 2015 г. 2,3 миллиарда взрослых людей будут иметь излишний вес, а 700 миллионов - ожирение. Распространенность ожирения на земном шаре в настоящее время рассматривается как эпидемия [2].

Ожирение является одной из важнейших проблем для здравоохранения и в Республике Казахстан. В Республике около 5 млн. человек имеют избыточный

вес или ожирение. Так, в нашей стране в 90-ые годы ИМТ выше 25 кг/м² имели 36,1% населения в возрасте старше 15 лет, в том числе ожирением страдали 17,3% респондентов. По данным Медико-демографических исследований 1999 года, выполненной Академией Профилактической медицины Казахстана, среди женщин фертильного возраста (18-49 лет) ИМТ, превышающий 25, имел место у 32,5% женщин, ожирение – у 12,7% [3].

Предполагается, что наиболее важными факторами для метаболического синдрома является: абдоминально-висцеральное ожирение, инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, дислипидемия (липидная триада), артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе/сахарный диабет (СД) 2 типа, ранний атеросклероз/ИБС, нарушения гемостаза, гиперурикемия и подагра, микроальбуминурия, гиперандрогения.

Все составляющие метаболического синдрома являются установленными факторами риска развития сердечно - сосудистых заболеваний, а их сочетание многократно ускоряет их развитие.

Причем, сочетания отдельных компонентов синдрома могут рассматриваться в рамках метаболического синдрома только при наличии инсулинорезистентности.

Нарушения, объединенные рамками метаболического синдрома, длительное время протекают бессимптомно, нередко начинают формироваться в подростковом и

юношеском возрасте, задолго до клинической манифестации СД 2 типа, АГ и атеросклеротических поражений сосудов. Наиболее ранними проявлениями метаболического синдрома являются дислипидемия и артериальная гипертензия. Разумеется, не все компоненты метаболического синдрома встречаются одновременно. Каким фенотипом проявится метаболический синдром, зависит от взаимодействия факторов генетических и внешней среды.

Результаты и обсуждение

Анализ анкетирования, проведенный в 2012-2013 гг. среди государственных служащих по вопросам здорового питания показал, что 100% респондентов относятся к 1 группе труда - работники преимущественно умственного труда.

В вопросах здоровья 62% государственных служащие доверяют медработникам, 88% опрошенных, интересуются вопросами здорового питания.

Интересен тот факт, что регулярно питаются (в определенные часы завтрак, обед и ужин) только 50% опрошенных. Следует отметить, что последний прием пищи среди опрошенных, включая чаепитие, у 40 % проходит за 1-2 часа до сна и непосредственно перед сном.

54% анкетизируемых желают изменить свое ежедневное меню и пищевые привычки, чтобы питаться правильно.

С целью профилактики метаболического синдрома следует отметить рациональное ли питание у государственных служащих, что подразумевает исключение так называемых «вредных» продуктов, рациональный прием пищи, способы приготовления без жиров, правильное сочетание продуктов.

В ходе анкетирования было выявлено, что 62% респондентов несколько раз в неделю употребляют маргарин, заменители сливочного масла, майонез, плавленый сыр. Несколько раз в неделю 42% респондентов употребляют фаст-фуд: хот-дог, гамбургер, донер, чипсы, сухарики. Кондитерские изделия: булочки,

круассаны, вафли, торты, бауырсаки, конфеты, шоколадные батончики каждый день употребляют 54% опрошенных. Следует отметить, что 56% государственных служащих ежедневно и несколько раз в неделю употребляют сладкие газированные напитки: фанта, кола, лимонад, dizzy, red bull и др. Употребляют жаренные блюда: котлеты, жаренную картошку - каждый день 18% опрошенных, несколько раз в неделю 46%.

Таким образом, анализируя ответы государственных служащих можно отметить, что данные нарушения в пищевых предпочтениях будут способствовать возникновению МС.

Первоочередным, основным и наиболее физиологическим методом профилактики является рациональное питание. Понятие «рациональное питание» включает в себя не только употребление «полезных» и исключение «вредных» продуктов, рациональный режим приемов пищи, правильное сочетание продуктов, способы приготовления пищи без жиров, но и определенное поведение в процессе каждого приема пищи.

Особое внимание рациональному питанию должны уделять не только лица, уже страдающим ожирением (вторичная профилактика), но и те, у кого имеется наследственная предрасположенность к ожирению, СД, АГ и атеросклерозу. В этом случае правильное питание будет служить средством первичной профилактики развития этих заболеваний и метаболического синдрома в целом.

По мнению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, наилучшей диетой при метаболическом синдроме является модификация диеты для гипертоников DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension – диетологический подход к лечению гипертонии) с пониженной калорийностью рациона.

Основные принципы диеты при метаболическом синдроме:

Особое внимание уделяется снижению массы тела как за счет уменьшения калорийности питания,

рационализации состава потребляемой пищи, так и за счет увеличения расхода энергии при физической активности.

Голодание противопоказано, так как является тяжелым стрессом для организма. При имеющихся метаболических нарушениях оно может привести к нарушению функции пищеварительных органов.

Основа питания — сложные углеводы с **низким** гликемическим индексом. Они должны составлять до 50–60% пищевой ценности. *Напомним, что высоким гликемическим индексом обладают большинство кондитерских изделий, сладкие напитки, сдоба, мелкие крупы; их потребление следует исключить или свести до минимума. Низкий гликемический индекс у цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов, богатых пищевыми волокнами.*

Общее количество жиров не должно превышать 30% от общей калорийности. Каждый прием пищи должен включать адекватное количество белка для стабилизации гликемии и обеспечения насыщения, приблизительно 15% общей калорийности суточного рациона.

Но основу рациона должны составлять **злаки, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы, хлеб из муки грубого помола, овощи и фрукты (50-60% углеводов общей калорийности суточного рациона), творог и кисломолочные продукты.**

Кроме того, для поддержания работы сердечно - сосудистой системы рекомендуется включать в рацион как можно больше продуктов богатых магнием – **бобовых, орехов и сухофруктов.**

Диета больного метаболическим синдромом должна не только обеспечивать снижение массы тела, но и не вызывать обменных нарушений не провоцировать повышения артериального давления.

Поэтому вводится также ограничение **поваренной соли** — не более 6 г в день, подсолить при подаче на стол.

Алкоголь, как источник «пустых калорий», стимулятор аппетита, дестабилизатор гликемии, следует исключить из рациона.

При метаболическом синдроме необходимо избегать жареной пищи. Этот способ кулинарной обработки вполне можно заменить запеканием, варить на пару, тушить, добавляя воду или бульон.

Если без жира не обойтись, то использовать лучше кукурузное, оливковое, подсолнечное масло.

Изменить пищевое поведение пациенту помогает ведение дневника питания. Это дисциплинирует пациента, способствует упорядочению рациона, формируя осознанное отношение к изменению режима и качества питания. Кроме того, ведение дневника помогает врачу оценить пищевые привычки и количество реально съедаемой пищи, что позволяет корректировать диету.

До начала работы над изменением своего питания и в процессе приобретения навыков рационального питания пациент должен по крайней мере 1 раз в неделю записывать каждый свой прием пищи за весь день – время приема, количество порций и наименование продуктов. Затем самому или лучше с помощью врача проанализировать свои записи. Ведение дневника питания помогает понять больному ошибки в выборе продуктов и их количестве.

Особое значение имеет повышение физической активности, которое следует расценивать как важную часть программы по уменьшению массы тела. Было показано, что повышение физической активности не только способствует большему уменьшению массы тела, но и позволяет сохранить достигнутый результат.

Перед началом занятий и выбором вида физических упражнений пациенту необходимо посоветоваться с врачом.

Заключение

Таким образом, своевременное выявление факторов риска и внедрение в практическое здравоохранение мероприятий по выявлению ранних признаков синдрома являются актуальной задачей современной медицины, решение которой, как ожидается, позволит качественным образом изменить неблагоприятные последствия, связанные с метаболическим синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Токарева З.Н., Мамедов М.Н., Деев А.Д., Евдокимова А.А., Оганов Р.Г. Распространенность и особенности проявлений метаболического синдрома во взрослой городской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2010; 1: 10-14.
2. Факторы риска развития метаболического синдрома у больных профессиональными заболеваниями. // Труды XI Всероссийского конгресса «Экология и здоровье человека». – Самара, 2006. – С. 154-156
3. Шарманов Т.Ш., Тажимаев Ш.С., Балгимбеков Ш.А. Руководство по профилактике избыточной массы тела. Алматы, 2012.- 84с.

Түйін

В.В. БЕНБЕРИН¹, А.Н. КАЛАШНИКОВА²
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасының Медициналық орталығы¹
«Астана медицина университеті» АҚ²

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМ: ҚАУЫП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУЫ

Метаболизмдік синдромның (МС) компоненттері жүрек-қантамыр ауруларының асқину қауып-қатеріне ықпал етудің арқасында да, оның көп таралғандығын арқасында да ол заманауи медицинаның төтенше өзекті мәселесі болып табылады. Мемлекеттік қызметкерлердің арасында жүргізілген сауалнама анализі тағамтану талғамдарының бұзылуы МС пайда болуына әсер ететінін көрсетті. Сондықтан, қауып-қатер факторларын уақыттылы анықтауы мен синдромның ерте белгілерін анықтау шараларын практикалық денсаулық сақтау жүйесіне еңгізу заманауи медицинаның өзекті мәселесі болып табылады, оның шешімі, күтілгендей МС байланысты жағымсыз салдарынсапалы түрде өзгертеді.

Түйін сөздер: метаболизмдік синдром, сауалнама жүргізу, қауып қатер факторлары, алдын алу, тағамтану.

Summary

V.V. BENBERIN¹, A.N. KALASHNIKOVA²
Medical Center of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan¹
"Astana Medical University" JSC²

METABOLIC SYNDROME: RISK FACTORS AND PREVENTION

Metabolic syndrome (MS) is an extremely urgent problem of modern medicine because of the high prevalence and significant influence by virtue of its components on the risk of cardio - vascular complications. Analysis of the survey among civil servants showed that these violations in food preferences may contribute to MS. The timely identification of risk factors and implementation in practical public health measures to identify early symptoms of the syndrome are the actual problem of modern medicine, the solution of which is expected to qualitatively change the adverse effects associated with the metabolic syndrome.

Keywords: Metabolic syndrome, questioning, risk factors, prevention, nutrition

Материал поступил 16.01.2014.

Г.М. КУРМАНОВА¹, А.М. ТОКТАРБАЕВА²*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова¹,
Кафедра интернатуры и резидентуры по терапии №1²*

НСV-АССОЦИИРОВАННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА

Данный обзор посвящен взаимосвязи между вирусом гепатита С и расстройствами метаболизма глюкозы. Очень многие исследования показали, что хроническая инфекция гепатита С связан с повышенным риском развития резистентности к инсулину и сахарного диабета 2 типа. Прямое воздействие ВГС на передаче сигналов инсулина был проанализирован на экспериментальных моделях.

ИР и СД 2 не только могут ускорить прогрессирование хронического гепатита С, но и могут снижать ранний и устойчивый вирусологические ответы на интерферон- α основанную терапию. Таким образом, детальное знание механизмов, лежащие в основе НCV-ассоциированного расстройства метаболизма глюкозы является необходимым, в целях улучшения эффективности лечения пациентов хроническим вирусным гепатитом С.

Ключевые слова: Гепатит С; Инсулинорезистентность; Сахарный диабет 2 типа; Цирроз печени; Метаболический синдром.

Введение. Вирус гепатита С (ВГС) – частая причина острого и хронического гепатитов, и может привести к серьезным последствиям как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). Развитие цирроза печени и ГЦК в исходе хронического гепатита С зависит от нескольких, в основном, связанных с хозяином кофакторов, такие как возраст, пол, уровень потребления алкоголя, избыточный вес, иммунный статус и сопутствующие инфекции как вирусный гепатит В. Одним из этих кофакторов является сахарный диабет 2 типа, даже на стадии инсулинорезистентности (ИР) [1с.8].

Хотя ИР может развиваться независимо от ВГС, значительное количество данных клинических и экспериментальных исследований позволяют предположить, что ВГС играет роль в ее патогенезе. Этот аспект важен, потому что ИР не только может ускорить развитие цирроза и ГЦК в исходе хронического вирусного гепатита С, но также может снижать ответ на противовирусную терапию (ПВТ) [2].

Эпидемиологические данные мировой распространенности ВГС и СД. По данным ВОЗ (2011г.) 3% населения в мире инфицирован вирусным гепатитом С (ВГС) и больше 170 000 - хронические носители [3]. Кроме того, у 40-76% пациентов с ВГС проявляется минимум одно внепеченочное

проявление НCV-инфекции. Внепеченочные проявления часто могут быть первым и единственным клиническим признаком хронического вирусного гепатита С (Cascob et al, 2000).

Распространенность сахарного диабета тоже глобальная проблема сегодняшнего дня. Фактически, почти 6% населения в мире страдают сахарным диабетом, в том числе распространенность СД 2 типа составляет от 2,0% до 9,4% [4], увеличиваясь до 12,3% у взрослых в возрасте 40-74 лет. Ожидается удвоение этого числа к 2030 г. и прогнозируется преобладание у молодых, особенно, в развивающихся странах [5с.26]. Предполагаемая оценка ВОЗ, опубликованная в 2013г. более пессимистична.

Проведенные исследования для оценки причинной ассоциации между ВГС и СД. Предположение, что ВГС может стать причиной сахарного диабета, впервые было сделано Allison et al в 1994г. С тех пор были опубликованы несколько десятков научных работ по исследованиям связи между ВГС и СД 2 типа. Несколько исследований, проведенные в различных частях мира обнаружили, что от 13% до 33% пациентов с хроническим ВГС имеют СД, чаще 2 типа [6].

Распространенность антител к ВГС среди пациентов с СД 2 типа колеблется

между 1,78% и 12,1% [7]. Исследование, проведенное в Индии показало, что из 300 пациентов с СД, 33 (11%) оказались anti-HCV положительными. Все эти 33 субъекта (100%) страдали СД 2 типа [8]. В 2008 году мета-анализ нескольких эмпирических исследований показал более высокую, чем в популяции, распространенность СД 2 типа среди пациентов с ВГС [9]. После публикации этих исследований было оценена распространенность СД 2 типа среди пациентов с ВГС в эндемичных странах [1с.9]. Одним из них было рандомизированное исследование, проведенное в Египте методом «случай-контроль», совместно с национальным научно-исследовательским институтом гепатологии и тропической медицины (NHTMRI) и научно-исследовательской лабораторией вирусных гепатитов (VHRL). Основная группа состояла из 289 пациентов с ХВГС, в контрольной группе так же были 289 «здоровых» (anti-HCV негативных). Пациенты с декомпенсированным заболеванием, раком печени, пациенты на интерфероновой терапии, имеющие терминальную стадию почечного заболевания или сопутствующую вирусную инфекцию как вирусный гепатит В, беременные женщины были исключены из исследования. Диагностика СД 2 типа было проведено в соответствии с критериями Американской Диабетической Ассоциации (2008). В результате минимум одно внепеченочное проявление показали 63.3% случаи ВГС. Криоглобулинемия была найдена у 7.6% пациентов. Ревматологические проявления были обнаружены у 18.4% и дерматологические проявления у 9.6%. Из 289 случаев ВГС, у 40 пациентов (13,84%), из 289 «здоровых», у 12 (4.15%) был обнаружен СД 2 типа [10с.25].

Было проведено еще одно обширное популяционное (и до настоящего времени непревзойденное) исследование Экспертизой III Общественного Здравоохранения и Питания (NANHES-III). Это исследование, в который вошли 9841

лиц в возрасте ≥ 20 лет, показало, что у anti-HCV положительных пациентов в возрасте ≥ 40 лет наличие СД 2 было больше чем у anti-HCV отрицательных лиц [10с.27].

Таким образом, клинические исследования (Allison et al (1994), Lecube et al (2004), Casoub et al (2000)) и общепопуляционные (NANHES-III) исследования пришли к аналогичным выводам, которые подтверждают гипотезу о причинно-следственной связи между ВГС и СД2 типа [10с.31].

Патогенетические механизмы диабетогенного действия ВГС. Американская Ассоциация Диабета классифицирует сахарный диабет в четыре категории:

- Сахарный диабет 1 типа, характеризованный абсолютным дефицитом инсулина, вызванным аутоиммунной β -клеточной деструкцией (тип 1А) и, редко, идиопатический (тип 1В);
- Сахарный диабет 2 типа, характеризованный сниженной секрецией инсулина и устойчивостью к инсулину;
- Сахарный диабет беременных;
- Другие определенные типы сахарного диабета.

Последняя категория диабета широка и рассматривает множество причин, таких как лекарства, эндокринопатии, инфекции и генетическая предрасположенность, оказывающие влияние на β -клетки или на передачу сигналов инсулина. Устойчивость к инсулину - основной дефект в развитии HCV-связанного диабета.

HCV как триггер аутоиммунных реакции к β -клеткам. Многократно была доказана связь инфекции ВГС с иммунологическими нарушениями такие как криоглобулинемия, гломерулонефрит, тиреоидит, синдром Шегрена. Это позволило думать, что ВГС мог спровоцировать иммунную реакцию против β -клеток с развитием диабета. В этом случае, возможным патогенным механизмом могла стать молекулярная мимикрия, потому что HCV разделяет

региональную аминокислотную гомологию с аутоантителами декарбоксилаз глутаминовых кислот (GADA), который является одним из основных антигенов островковых клеток [11с.33].

Хотя HCV-ассоциированный сахарный диабет больше встречается в виде СД 2 типа, но ВГС может способствовать развитию латентного аутоиммунного диабета у взрослых (LADA-диабет 1 типа), медленно развивающегося аутоиммунного инсулинита, который составляет от 4% до 34% всех больных диабетом среди взрослых. Однако, ни одно из нескольких исследований, направленных на определение GADA к островковым клеткам у HCV-инфицированных пациентов не нашли повышения их частоты. Hieronimus et al (1997) нашли только один положительный случай GADA среди 47 ВГС-инфицированных пациентов [11с.22]. Mason et al. (1999) обнаружили GADA у 2 из 25 ВГС-инфицированных пациентов с сахарным диабетом, но пациенты с СД 1 типа тоже были включены в их исследование [12]. Аналогично, другие исследователи, такие как Lecube и Hernandez (2006) не нашли никаких существенных различий в частоте наличия антител к островковым клеткам среди больных сахарным диабетом, с или без инфекции ВГС [5с.45].

В целом, эти результаты указывают на недостаточную связь между ВГС и аутоиммунной реакцией к β -клеткам. Поэтому, аутоиммунные нарушения не являются основным в развитии ВГС-ассоциированного сахарного диабета [5с.51].

Прямое патогенное действие вируса на β -клетки поджелудочной железы. Хотя HCV гепатотропный вирус [13], он также был определен в внепеченочных тканях, в том числе в тканях почек, легких, яичках, мононуклеарных клеток периферической крови, а также в поджелудочной железе [14, 15с.39,16]. Laskus et al (1998) зарегистрировали наличие HCV-РНК в ацинарных клетках поджелудочной железы и в эпителиальных клетках протока

поджелудочной железы [15с.38]. Masini et al (2005) обнаружили вирусоподобных частиц в морфологически измененных β -клетках поджелудочной железы у ВГС-положительных доноров [17]. У этих клеток после стимуляцией глюкозой, способность высвободить инсулин была снижена.

Однако Lecube et al (2006) не обнаружили снижение функции β -клеток у недиабетических anti-HCV положительных пациентов по сравнению с anti-HCV отрицательных пациентов с хроническим гепатитом [5с.46]. Наоборот, у ВГС-инфицированных субъектов, они наблюдали увеличение секреции инсулина, оцененной исследованием модели гомеостаза (НОМА)- β и глюкагон-теста. Кроме того, как упомянулось выше, клинические симптомы диабета, связанного с инфекцией ВГС, подобны типу 2, но не диабету 1 типа. Поэтому, можно предположить, что снижение секреции инсулина из-за повреждения β -клеток самим вирусом гепатита С не является основным механизмом, объясняющий диабет, ассоциированный с инфекцией ВГС.

Роль провоспалительных цитокинов. Связь между воспалением и инсулинорезистентностью в патогенезе СД 2 типа хорошо известна [18,19]. Цитокины, такие как фактор некроза опухоли (ФНО)- α и интерлейкин (ИЛ)-6, были связаны, как в общей популяции, так и у больных сахарным диабетом, не только в развитии резистентности к инсулину, но и с риском развития СД 2 типа [20].

ФНО- α может индуцировать резистентность к инсулину путем различных механизмов, в частности, путем ингибирования фосфорилирования тирозина, субстрата инсулинового рецептора-1 (СИР-1) [21], что приводит к нарушению действия инсулина на периферические ткани и поглощения глюкозы печенью. ФНО- α действует через его два известных рецептора поверхности клеток (TNFR1 и TNFR2), и потеря мембран этих рецепторов отражает

активацию системы ФНО [22,23]. Несколько отчетов показали увеличение серологических уровней ФНО- α и его рецепторов у ВГС-инфицированных пациентов [24,25].

Кроме того, результаты биопсии печени anti-HCV-положительных пациентов, у которых еще не развился СД, показали значительные ухудшения в передаче сигналов инсулина [26], которые подобны действиям ФНО- α [27,28].

Активация ФНО- α системы у больных ВГС может быть связано с иммунной реакцией, что обеспечивается с помощью Th1-клеток [29]. Эти лимфоциты выделяют γ -интерферон в качестве основного цитокина, который способен усиливать выработку макрофагами ФНО- α и экспрессию его двух рецепторов в гепатоцитах и купферовских клетках (макрофагах печени) [30].

Shintani et al (2004) с использованием трансгенных мышей, которым непосредственно в гепатоциты внедрили HCV-core протеины, получили развитие экспериментальной HCV-инфекции с развитием резистентности к инсулину, которая в конце концов, привела к развитию сахарного диабета 2 типа [31]. В данном исследовании прямо указывается на роль ФНО- α в патогенезе HCV-ассоциированной инсулинорезистентности.

ИЛ-6 является многофункциональным цитокином, продуцируемым различными клетками, включая гепатоцитами [32]. Он способствует развитию резистентности к инсулину путем ингибирования транскрипции GLUT-4, СИР-1. У здоровых людей, ИЛ-6 был связан с риском развития СД 2 типа [33]. У HCV-инфицированных пациентов, уровень ИЛ-6 была выше, чем у здоровой популяции и коррелировали с гистологической тяжестью воспаления [34].

Lecube et al (2006) оценили начальные механизмы, участвующие в развитии диабета при инфекции ВГС, и предоставили доказательства того, что ВГС инфицированные пациенты, имеют более высокую инсулинорезистентность, чем пациенты с хроническими заболеваниями

печени другой этиологии, и что это было связано с активацией ФНО- α системы и высокими уровнями ИЛ-6.

Таким образом, устойчивость к инсулину, связанная с ингибцией сигнала инсулина внутри клетки, реализованная действием провоспалительных цитокинов (ФНО и ИЛ-6), уровень которых повышается у больных ХВГ С, но не с дефицитом инсулина, является одним из значимых патогенетических механизмов в развитии ВГС-ассоциированного СД 2 типа [5с.54].

Значение инсулинорезистентности и метаболического синдрома при ХВГ С

Клинические последствия ИР и метаболического синдрома при ХВГ С двойственны: ускоренное развитие фиброза и снижение ответа на IFN-основанную терапию. Поскольку одним из наиболее частых последствий ИР/СД2 на печень является стеатоз, можно сделать вывод основываясь на последние исследования, в которых была проведена оценка воздействия неалкогольного, и не вызванный вирусом стеатоза печени на прогрессирование фиброза. Фактически, в этих случаях, наиболее вероятной причиной стеатоза печени была ИР [35].

Метаболический синдром объединяет широкий спектр заболеваний, в основе которых лежит инсулинорезистентность, встречающаяся у ~30–70% больных ХВГС. В рамках этого синдрома рассматриваются абдоминально-висцеральное ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, ранний атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и ряд других патологических состояний. Это позволяет рассматривать несколько патогенетических механизмов, такие как окислительный стресс, повышенная секреция провоспалительных цитокинов и специфическая восприимчивость к апоптозу, что было связано с жировой дистрофией печени. Высокий уровень глюкозы в сыворотке крови, гиперинсулинемия и ИР, все это связано с ускоренным фиброзом при ХВГ С, и более

быстрым прогрессированием ВГС у диабетиков [1].

Возможность развития патологических изменений печени у пациентов, страдающих метаболическим синдромом, описана давно. Отражением этого стало появление в клинической практике терминов «диабетический гепатоз» и «жировой гепатоз». Любопытно, что еще в 1884 г. Frerichs изучал изменения, происходящие в печени у больных «сахарной болезнью», в 70-х гг. прошлого века постулировался факт возможной трансформации жировой дистрофии печени в цирроз, но лишь в 1980 г. Ludwig, наблюдая характер изменений печени у больных ожирением и сахарным диабетом без указаний на прием алкоголя в гепатотоксичных дозах, сформулировал понятие неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) [36].

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). Стеатоз печени чаще встречается при вирусном гепатите С, чем при гепатите В [37]. Он встречается у более чем 50% пациентов с хроническим вирусным гепатитом С [38,39с.38]. Стеатоз, выраженный незначительно, связан с высоким ИМТ и висцеральным ожирением, тогда как умеренный и выраженный стеатозы, скорее всего, вызваны непосредственно вирусом гепатита С, особенно вирусом генотипа 3 [40,41]. Стеатоз печени может способствовать развитию HCV-ассоциированного СД 2 типа, нарушая способность инсулина снижать глюконеогенез в печени и благоприятствуя фиброзу печени [39с.55]. В свою очередь, и устойчивость к инсулину, и диабет могут оказать негативное влияние на течение хронического вирусного гепатита С и приводят к диффузному стеатозу печени, стеатогепатиту и фиброзу печени.

Стеатоз печени, обусловленный избыточной массой тела, способствует более быстрому прогрессированию в цирроз печени [42]. Выявлено, что снижение массы тела на 10% ассоциируется со значительным

уменьшением стеатоза печени и повышением эффективности проводимого лечения больным ХГС [15с.21]. В целом, стеатоз печени, резистентность к инсулину и сахарный диабет 2-го типа увеличивают как риск прогрессии фиброза печени, так и риск развития ГЦК [43].

Главными факторами риска развития ГЦК являются [44]:

- *Хроническая инфекция вирусами гепатита В или С.*
- *Алкогольный цирроз.*
- *Неалкогольный стеатогепатит.*
- *Диабет (метаболический синдром – это процесс, связанный с риском развития ГЦК).*
- *Цирроз печени сам по себе, вне зависимости от этиологии.*

Тактика обследования пациентов с ХВГС и СД. Практические рекомендации у больных с ХВГС:

Определить уровень глюкозы в крови, проводить глюкозо-толерантный тест, исследовать гликозированный гемоглобин.

В связи с большой частотой выявления абдоминального ожирения и инсулинорезистентности у больных ХВГС и установленным отягощающим влиянием их на течение гепатита целесообразно всем больным измерять окружность талии и определять индекс НОМА-ИР, который определяется следующей формулой:

$$\text{НОМА-индекс} = \frac{\text{Уровень инсулина натощак (МЕ/мл)} \cdot \text{Уровень глюкозы натощак (ммоль/л)}}{22,5}$$

Выявление признаков абдоминального ожирения (окружность талии у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см) и инсулинорезистентности (НОМА-ИР более 2,77) необходимо учитывать при назначении терапии (диета, инсулиносенситайзеры и др.).

У больных ХВГС с HCV генотипа 1b при наличии инсулинорезистентности вне зависимости от возраста, длительности инфицирования и выраженности клинических проявлений показано обязательное проведение диагностической пункционной биопсии или неинвазивных

методов (фиброскан, фибротест) оценки морфологических изменений ткани печени.

В связи с тем, что снижение ХС-ЛПВП ассоциировано с большей активностью гепатита и выраженностью фиброза печени определение этого показателя может быть дополнительным критерием прогрессирующего течения заболевания [45].

У больных сахарным диабетом: стартовое обследование должно включать определение маркеров ВГС (anti-HCV, HCV-RNA), ВГВ (HBsAg, anti-HBV, HBV-DNA), гемохроматоз (железо и насыщение железом) и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Предикторная значимость УЗИ органов брюшной полости для выявления НАЖБП при отсутствии другой патологии составляет 96%. УЗИ может выявить диффузное повышение эхогенности печени. Чувствительность УЗИ у пациентов с повышенным уровнем АЛТ составляет 89%, специфичность – 93%. Магниторезонансная спектроскопия способна количественно подтвердить наличие стеатоза, однако не показана для применения в обычной клинической практике. Стандартом диагностики НАЖБП остается пункционная биопсия печени. Только посредством этого метода возможно достоверное определение прогрессирующего стеатогепатита – состояния, предшествующего ЦП. Выделить группу высокого риска относительно прогрессирования НАЖБП позволяет определение АСТ/АЛТ>1, гипертриглицеридемии и тромбоцитопении. В процессе разработки находится диагностическая панель сывороточных маркеров фиброза печени, позволяющая проводить длительное динамическое наблюдение за степенью фиброза и широко использовать его в клинической практике [45].

Исходя из того, что, по меньшей мере, 50% пациентов с СД 2 типа имеют НАЖБП, всем больным обязательно следует проводить исследования АЛТ и АСТ;

Диагноз НАЖБП или неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) следует подозревать у каждого пациента с СД 2 типа, особенно при обнаружении отклонений функциональных проб печени;

Особое внимание следует уделять больным СД 2 типа с повышенной массой тела. Обычно АЛТ превышает верхние границы норм в 2-3 раза, но может оставаться и нормальной. Часто наблюдается умеренное повышение уровней щелочной фосфатазы и глутамилтрансферазы. Уровень сывороточного ферритина часто повышен, в то время как уровень железа и железосвязывающая способность остаются нормальными.

95% пациентов с СД независимо от степени повышения АЛТ и АСТ имеют хроническое заболевание печени. Наиболее частыми причинами незначительного повышения АЛТ/АСТ являются НАЖБП, ВГС, ВГВ и злоупотребление алкоголем. Умеренное употребление алкоголя (< 20 г/сут), не приводит к повышению уровней печеночных ферментов.

Выводы

Подводя итоги, следует отметить, что СД ассоциируется с широким спектром заболеваний печени, включая повышение уровня печеночных ферментов, формирование жировой болезни печени, ЦП, ГЦК и острой печеночной недостаточности. Существует определенная связь между наличием СД и ВГС. Многие исследователи рассматривают НАЖБП как часть синдрома ИР. Идеальные схемы лечения НАЖБП у пациентов при СД, как и при сочетании СД с патологией печени до сих пор не разработаны; отсутствуют и рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины, относительно тактики ведения таких пациентов. В связи с этим в повседневной практике врач, прежде всего, должен ориентироваться на причину, лежащую в основе заболевания. Изучение взаимного влияния двух патологических состояний – хронического воспалительного процесса в печени и относительной или

абсолютной инсулиновой недостаточности – является перспективным направлением современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Negro F. «Insulin resistance and HCV: will new knowledge modify clinical management?» J Hepatol 2006; 45: 514-519
2. Zein NN, Abdulkarim AS, Wiesner RH, Egan KS, Persing DH. Prevalence of diabetes mellitus in patients with endstage liver cirrhosis due to hepatitis C, alcohol, or cholestatic disease. J Hepatol 2000; 32: 209-217
3. Tosone et al. «DM Type 2, LADA and Hepatitis C Virus: What we Know and what we Need to Know», J Diabetes Metab 2013,4:8
4. Honeyman MC, Stone NL, Harrison LC: T-cell epitopes in type 1 diabetes autoantigen tyrosine phosphatase IA2: potential for mimicry with rotavirus and other environmental agents. Mol Med 4:231–239, 1998
5. Albert Lecube, Cristina Hern'andez, Joan Genesc`a, Rafael Sim `o, «Glucose Abnormalities in Patients with Hepatitis C Virus Infection» (Diabetes care, volume 29, number 5, May 2006)
6. Dr. B. V. Ramana, Dr. K. V. Sreedhar Babu, Dr. Abhijit Chaudhury. Mintage Prevalence of hepatitis c virus infection in type 2 diabetic patients at a tertiary care hospital journal of Pharmaceutical & Medical Sciences 23-25
7. King H, Aubert RE, Herman WH: Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 21:1414–1431, 1998
8. Meeto, D; McGovern, P, Safadi, R (2007 Sep 13-27). "An epidemiological overview of diabetes across the world". British journal of nursing (Mark Allen Publishing) 16 (16): 1002–7. PMID 18026039.
9. Mason AL, Lau JY, Hoang N, Qian K, Alexander GJ, Xu L, Guo L, Jacob S, Regenstein FG, Zimmerman R, Everhart JE, Wasserfall C, Maclaren NK, Perrillo RP: Association of diabetes mellitus and chronic hepatitis C virus infection. Hepatology 29:328–333, 1999
10. Francesco Negro, Mahnaz Alaei World J Gastroenterol 2009 April 7; 15(13): 1537-1547 Hepatitis C virus and type 2 diabetes..
11. Hieronimus S, Fredenrich A, Tran A, Benzaken S, Fenichel P: Antibodies to GAD in chronic hepatitis C patients (Letter). Diabetes Care 20:1044, 1997
12. Mason AL, Lau JY, Hoang N, Qian K, Alexander GJ, Xu L, Guo L, Jacob S, Regenstein FG, Zimmerman R, Everhart JE, Wasserfall C, Maclaren NK, Perrillo RP: Association of diabetes mellitus and chronic hepatitis C virus infection. Hepatology 29:328–333, 1999
13. Nouri-Aria KT, Sallie R, Sangar D, Alexander GJ, Smith H, Byrne J, Portmann B, Eddleston AL, Williams R: Detection of genomic and intermediate replicative strands of hepatitis C virus in liver tissue by in situ hybridization. J Clin Invest 91:2226–2234, 1993
14. Muller HM, Pfaff E, Goeser T, Kallinowski B, Solbach C, Theilmann L: Peripheral blood leukocytes serve as a possible extrahepatic site for hepatitis C virus replication. J Gen Virol 74:669–676, 1993
15. Laskus T, Radkowski M, Wang LF, Vargas H, Rakela J: Search for hepatitis C virus extrahepatic replication sites in patients with acquired immunodeficiency syndrome: specific detection of negative-strand viral RNA in various tissues. Hepatology 28:1398–1401, 1998
16. Yan FM, Chen AS, Hao F, Zhao XP, Gu CH, Zhao LB, Yang DL, Hao LJ: Hepatitis C virus may infect extrahepatic tissues in patients with hepatitis C. World J Gastroenterol 6:805–811, 2002
17. Masini M, Campani D, Boggi U, Menicagli M, Funel N, Pollera M, Lupi R, Del Guerra S, Bugliani M, Torri S, Del Prato S, Mosca F, Filipponi F, Marchetti P: Hepatitis C virus infection and human pancreatic β -cell dysfunction (Brief Report). Diabetes Care 28:940–941, 2005
18. Fern'andez-Real JM, Ricart W: Insulin resistance and inflammation in an evolutionary perspective: the contribution of cytokine genotype/phenotype to thriftiness. Diabetologia 42:1367–1374, 1999
19. Pickup JC, Crook MA: Is type II diabetes mellitus a disease of the innate immune system? Diabetologia 41:1241–1248, 1998
20. Vozarova B, Weyer C, Hanson K, Tataranni PA, Bogardus C, Pratley RE: Circulating interleukin-6 in relation to adiposity, insulin action, and insulin secretion. Obes Res 9:414–417, 2001
21. Hotamisligil GS, Peraldi P, Budavari A, Ellis R, White MF, Spiegelman BM: IRS-1-mediated inhibition of insulin receptor tyrosine kinase activity in TNF- α and obesity-induced insulin resistance. Science 271:665–668, 1996
22. Aderka D, Engelmann H, Maor Y, Brakebusch C, Wallach D: Stabilization of the bioactivity of tumor necrosis factor by its soluble receptors. J Exp Med 175:323–329, 1992
23. Di'ez-Ruiz A, Tilz GP, Zangerle R, Baier-Bitterlich G, Wachter H, Fuchs D: Soluble receptors for tumour necrosis factor in clinical laboratory diagnosis. Eur J Haematol 54:1–8, 1995
24. Knobler H, Zhornicky T, Sandler A, Haran N, Ashur Y, Schattner A: Tumour necrosis factor- α -induced insulin resistance may mediate the hepatitis C virus-diabetes association. Am J Gastroenterol 98:2751–2756, 2003
25. Dumoulin FL, Wennrich U, Nischalke HD, Leifeld L, Fisher HP, Sauerbruch T, Spengler U: Intrahepatic mRNA levels of interferon gamma and

- tumor necrosis factor alpha and response to antiviral treatment of chronic hepatitis C. *J Hum Virol* 4:195–199, 2001
26. *Aytug S, Reich D, Sapiro LE, Bernstein D, Begum N*: Impaired IRS-1/PI3-kinase signaling in patients with HCV: a mechanism for increased prevalence of type 2 diabetes. *Hepatology* 38:1384–1392, 2003
 27. *Greenberg AS, McDaniel ML*: Identifying the links between obesity, insulin resistance and beta-cell function: potential role of adipocyte-derived cytokines in the pathogenesis of type 2 diabetes. *Eur J Clin Invest* 32 (Suppl. 3):24–34, 2002
 28. *Ruan H, Lodish HF*: Insulin resistance in adipose tissue: direct and indirect effects of tumor necrosis factor- α . *Cytokine Growth Factor Rev* 14:447–455, 2003
 29. *Napoli J, Bishop GA, McGuinness PH, Painter DM, McCaughan GW*: Progressive liver injury in chronic hepatitis C infection correlates with increased intrahepatic expression of Th1-associated cytokines. *Hepatology* 24:759–765, 1996
 30. *McGuinness PH, Painter D, Davies S, McCaughan GW*: Increases in intrahepatic CD68 positive cells, MAC387 positive cells, and proinflammatory cytokines (particularly interleukin 18) in chronic hepatitis C virus infection. *Gut* 46:260–269, 2000
 31. *Shintani Y, Fujie H, Miyoshi H, Tsutsumi T, Tsukamoto K, Kimura S, Moriya K, Koike K*: Hepatitis C virus infection and diabetes: direct involvement of the virus in the development of insulin resistance. *Gastroenterology* 126:840–848, 2004
 32. *Papanicolaou DA, Wilder RL, Manolagas SC, Chrousos GP*: The pathophysiologic roles of interleukin-6 in human disease. *Ann Intern Med* 128:127–137, 1998
 33. *Pradhan AD, Manson JE, Rifai N, Buring JE, Ridker PM*: C-reactive protein, interleukin 6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 286:327–334, 2001
 34. *Malaguarnera M, Di Fazio I, Romeo MA, Restuccia S, Laurino A, Trovato BA*: Elevation of interleukin 6 levels in patients with chronic hepatitis due to hepatitis C virus. *J Gastroenterol* 32:211–215, 1997
 35. *Asselah T, Rubbia-Brandt L, Marcellin P, Negro F*: Steatosis in chronic hepatitis C: why does it really matter? *Gut* 2006; 55: 123-130
 36. Гастроэнтерологические осложнения у пациентов с сахарным диабетом http://www.internist.ru/articles/gastroenterology/gastroenterology_806.html
 37. *Rozario R, Ramakrishna B*: Histopathological study of chronic hepatitis B and C: a comparison of two scoring systems. *J Hepatol* 38:223–229, 2003
 38. *Ramallo F*: Hepatitis C virus infection and liver steatosis. *Antiviral Res* 60:125–127, 2003
 39. *Camma C, Bruno S, Di Marco V, Di Bona D, Rumi M, Vinci M, Rebusci C, Cividini A, Pizzolanti G, Minola E, Mondelli MU, Colombo M, Pinzello G, Craxi A*: Insulin resistance is associated with steatosis in nondiabetic patients with genotype 1 chronic hepatitis C. *Hepatology* 43:64–71, 2006
 40. *Castera L, Chouteau P, Hezode C, Zafrani ES, Dhumeaux D, Pawlotsky JM*: Hepatitis C virus-induced hepatocellular steatosis. *Am J Gastroenterol* 100:711–715, 2005
 41. *Abid K, Paziienza V, de Gottardi A, Rubbia-Brandt L, Conne B, Pugnale P, Rossi C, Mangia A, Negro F*: An in vitro model of hepatitis C virus genotype 3a-associated triglycerides accumulation. *J Hepatol* 42:744–751, 2005
 42. *Hayman A. V. et al.* Prevalence and predictors of hepatic steatosis in adults with newly diagnosed chronic liver disease due to hepatitis C // *Medicine (Baltimore)*. 2009, 88: 302–306.
 43. *К.Р. Дудина К.А. Царук С.А. Шутько Н.О. Бокова Н.Д. Ющук* Факторы прогрессирующего течения хронического гепатита С <http://www.lvrach.ru/2013/10/15435829/?format=print>
 44. Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК): глобальная перспектива. Ноябрь 2009
 45. Научная библиотека диссертаций и авторефератов <http://www.dissercat.com/content/kliniko-patogeneticheskoe-znachenie-insulinorezistentnosti-pri-khronicheskom-gepatite-s>

Түйін

Ғ.М. ҚУРМАНОВА, А.М. ТОҚТАРБАЕВА
 С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті
 №1² Терапияның интернатура және резидентура кафедрасы

HCV-2 ТИПТІК АССОЦИЯЛЫҚ ҚАНТ ДИАБЕТІ

Бұл әдебиеттік шолу гепатит С вирусы мен глюкоза алмасуының бұзылыстарының арасындағы байланысты көрсетуге арналады. Көптеген зерттеулер созылмалы гепатит С инфекциясының инсулинге тұрақтылық пен 2 типті қант диабетінің даму қаупінің жоғарылауымен байланысын көрсетті. Гепатит С вирусының инсулин сигналдарына тікелей әсері эксперименталды үлгілерде талданды.

Инсулинге тұрақтылық пен 2 типті қант диабеті созылмалы С вирусты гепатитінің гистологиялық және клиникалық ағымын үдетіп қана қоймай, интерферон- α негізіндегі емге ерте және тұрақты вирусологиялық жауапты төмендетеді. Сондықтан, глюкоза алмасуының HCV-әсерінің негізіндегі бұзылысының механизмдерін жетік білу емнің тиімділігін арттыру мақсатында аса маңызды.

Түйін сөздер: Гепатит С; Инсулинге тұрақтылық; 2 типті қант диабеті; Бауыр циррозы; Метаболикалық синдром.

Summary

G.M. KURMANOVA, A.M. TOKTARBAEVA
*Asfendiyarov's Kazakh National Medical University ¹,
Department of internship and residency in internal
medicine №1²*

HCV-ASSOCIATED 2 TYPE DIABETES

This review focuses on the relationship between hepatitis C virus (HCV) infection and glucose metabolism derangements. Cross-sectional and longitudinal studies have shown that the chronic HCV

infection is associated with an increased risk of developing insulin resistance (IR) and type 2 diabetes (T2D). The direct effect of HCV on the insulin signaling has been analyzed in experimental models.

IR and T2D not only accelerate the histological and clinical progression of chronic hepatitis C, but also reduce the early and sustained virological response to interferonalpha- based therapy. Thus, a detailed knowledge of the mechanisms underlying the HCV-associated glucose metabolism derangements is warranted, in order to improve the clinical management of chronic hepatitis C patients.

Key words: Hepatitis C; Fibrosis; Insulin resistance; Insulin signaling; Type 2 diabetes

Г.Ж. УДЕРБАЕВА¹, М.А. КАРТАШОВА²
ГККП «Онкологический диспансер», Астана ¹
Харьковский Национальный Медицинский Университет ²

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ С МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ И МЕТИЛИРОВАНИЕМ ГЕНА ESR У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

В статье отражены результаты исследования 210 больных с патологией эндометрия. Установлено, что у больных с ожирением и сахарным диабетом в избыточно пролиферирующих клетках эндометрия чаще происходят генетические нарушения в виде микросателлитной нестабильности (MSI) и метилирования гена ESR.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, микросателлитная нестабильность (MSI), ген ESR, ожирение, сахарный диабет.

Введение.

Проблема гиперпластических процессов эндометрия в течение последних десятилетий привлекает пристальное внимание в связи с высокой частотой встречаемости, сложностью дифференциальной диагностики, возможностью рецидивирования и малигнизации [1с.18, 8с.33]. У больных с рецидивирующей формой гиперплазии эндометрия (ГЭ) возникновение рака эндометрия (РЭ) отмечено в 20—30% случаев. В ряде случаев первопричиной РЭ является полип эндометрия [1с.21, 6].

В патогенезе ГЭ основное место отводится абсолютной или относительной гиперэстрогемии, а также комплексу нейроэндокринных и метаболических нарушений: сахарному диабету, гипертонической болезни, ожирению [5с.14, 7], гипоталамическому синдрому, патологии щитовидной железы, синдрому Штейна—Левенталя [5с.27], нарушениям функции печени, которым сопутствуют изменения в эстрогенном статусе [4].

У женщин с избыточной массой тела отмечен более высокий уровень эстрогенов в крови по сравнению с женщинами, с нормальным телосложением, что является результатом периферической ароматизации предшественников эстрогенов, прежде всего андростендиона, в жировой ткани [5с.16]. Образование эстрогенов в жировой ткани у женщин за счет увеличения уровня

и активности фермента ароматазы с возрастом повышается в 1,5-2 раза, а при сочетании с ожирением в 3-4 раза [5с.26]. Этих женщин относят к группе риска по развитию РЭ. Следует отметить, что при наличии 8-23 кг лишней массы риск развития РЭ возрастает в 3 раза, при избыточном весе более 23 кг – риск увеличивается в 5- 9 раз, а в сочетании с сахарным диабетом в 8-12 раз [5с.28, 10]. Причины, по которым происходит такое повышение риска развития рака тела матки остаются до конца не изученными. По мнению большинства авторов это обусловлено воздействием эстрогенов и нарушением обменных процессов, связанных с инсулином [1с.44, 8с.42]. В то же время гормональные и обменные нарушения способствуют увеличению вероятности возникновения генетических изменений. Так в ряде исследований при ГЭ показано увеличение количества aberrаций хромосом, нестабильность их микросателлитов, что позволяет высказать предположение о наличии генного контроля над процессом пролиферации клеток эндометрия [3с.18, 9с.35]. Значительная роль в развитии гиперплазии и рака эндометрия отводят нарушению чувствительности эндометрия к внешним сигналам – рецепторам эстрогена, прогестерона, а также генетическим факторам, влияющим на данные процессы – гену рецепторов эстрогенов (ESR). По

данным литературы при ГЭ функция гена ESR чаще нарушается за счет метилирования промоторной области гена, то есть происходит эпигенетическое нарушение [1с.11, 10с.28]. В 15-40% случаев РЭ в опухоли наблюдается высокая генетическая нестабильность, которая выявляется по анализу микросателлитных маркеров (микросателлитная нестабильность – MSI). Это значит, что мутантными могут быть гены ферментов репарации ДНК – MSH2, MSH3, MSH6 и MLH1 [2с.21, 3с.22]. Однако роль данных генетических нарушений в развитии гиперпластических и неопластических процессов в эндометрии требует дальнейшего изучения [3с.28, 9с.36].

Таким образом, патогенез гиперпластических процессов эндометрия характеризуется сложным взаимодействием общих системных процессов (нейроэндокринных, метаболических, гормональных) и локальных изменений (рецепторного статуса и генетического аппарата клеток эндометрия). Знание и дальнейшее изучение механизмов развития ГЭ необходимо для выбора терапии, ее адекватной коррекции и может привести к повышению эффективности лечения доброкачественной и предраковой патологии эндометрия, определить риск малигнизации и предотвратить развитие рака.

Цель исследования – оценить частоту встречаемости MSI и метилирования гена ESR у больных с полипами и гиперплазией эндометрия в зависимости от наличия эндокринно-обменных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 210 больных с патологией эндометрия: 61 пациентка с полипами эндометрия, 80 - с ГЭ без атипии и 69 с атипической ГЭ. Диагноз во всех случаях верифицирован морфологически после диагностического выскабливания и/или гистероскопии с прицельной биопсией. Гистологическое исследование тканей

проводились в соответствии со стандартной методикой. Возраст больных колебался от 32 до 69 лет, а средний составил $54,4 \pm 2,6$ года.

При анализе сопутствующей экстрагенитальной патологии, связанной с эндокринно-обменными нарушениями, наличие ожирения выявлено в 47,6% случаев (100 больных) и сахарного диабета в 7,6% случаев (16 пациентов).

У всех больных в ткани методом полимеразно-цепной реакции изучено наличие MSI и метилирование гена ESR. После выделения ДНК из ткани (полип эндометрия, гиперплазированный эндометрий) фенольным методом определяли метилирование промоторной области гена ESR, для чего ДНК обрабатывали метилчувствительными рестриктазами. Наличие MSI генома определяли с использованием маркеров BAT 25 и BAT 26 [7]. Исследования проводили в лаборатории «Вирола» ХМАПО.

Больным с ГЭ проведена гормонотерапия по схеме согласно протоколу МОЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г.

Полученные в результате исследования данные обработаны общепринятыми методами вариационной статистики с использованием критерия критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение. Анализ полученных нами данных показал, что у женщин с полипами эндометрия фенотип MSI+ (таб. 1) был выявлен при наличии избыточной массы тела. В тоже время абсолютное большинство пациенток данной группы (80%) не имели ожирения и нарушений генома в виде микросателлитной нестабильности. Учитывая, что MSI отмечено всего у двух пациенток из 61 обследуемой, вероятно у больных с полипами эндометрия между анализируемыми критериями (ожирение и наличие MSI) нет причинно-следственной связи.

Патология эндометрия	Ожирение	MSI +(абс/%)	MSI -(абс/%)	Метилиро-ванный ген ESR(абс/%)
Полипы Эндометрия, n=61	Есть n=12	2(16,7±10,8%)	10(83,3±10,8%)	1(8,3%)
	Нет, n=49	-	49 (100,0±1,4%)	2 (4,1%)
Гиперплазия Эндометрия без атипии, n=80	Есть, n=46	9 (19,6±5,9%)	37 (80,4±5,9%)	13 (26,5±6,5 %)
	Нет, n=34	2 (5,9±4,1%) **	32 (94,1±4,1%) **	5 (14,7±6,1 %) **
Атипическая гиперплазия Эндометрия, n=69	Есть, n=42	16 (38,1±7,5%)	26 (61,9±7,5%)	25 (59,5±7,7%)
	Нет, n=27	4 (14,8±6,9%)**	23 (85,2±6,9%)**	7 (25,9±8,8 %) **

Примечание: ** $p < 0,01$ - различие в пределах группы в зависимости от наличия ожирения статистически достоверны по критерию χ^2

Таблица 1 - Частота наличия MSI и метилирования гена ESR у больных с полипами и гиперплазией эндометрия в зависимости от наличия ожирения

Оценивая полученные данные в группе пациенток, имеющих гиперпластические процессы в эндометрии, выявлены статистически достоверные различия в частоте встречаемости MSI в зависимости от наличия ожирения. В обеих группах больных отмечена четкая закономерность к большей частоте наличия микросателлитной нестабильности генома при наличии у женщин избыточной массы. Так частота фенотипа MSI+ у больных с ожирением была выше в 3,3 раза ($p < 0,01$) в группе с ГЭ без атипии и 2,6 раза выше ($p < 0,01$) при наличии в гиперплазированном эндометрии атипии.

Большая зависимость фенотипа MSI+ от ожирения у пациенток с ГЭ без атипии, в сравнении с атипической гиперплазией, с нашей точки зрения, обусловлено меньшей частой встречаемости данного типа генетических нарушений при гиперпластических процессах в эндометрии без атипии.

При оценке частоты эпигенетических нарушений у больных с патологическими процессами эндометрия и наличием ожирения метилирование гена ESR нами выявлено в 8,3% случаев при наличии полипов эндометрия; в 26,5% случаев при ГЭ; и в 59,5% случаев при

атипической ГЭ (таб. 1). При сопоставлении частоты эпигенетических нарушений гена ESR у больных с одной патологией в зависимости от наличия или отсутствия ожирения нами установлена повышение частоты встречаемости данного признака во всех группах больных с повышенной массой тела: при наличии полипов эндометрия в 2 раза ($p > 0,05$), при ГЭ в 1,8 раза ($p < 0,01$), при атипической ГЭ в 2,3 раза ($p < 0,01$) соответственно.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что как полипы, так и ГЭ у пациенток с избыточной массой тела сопровождаются более частым развитием микросателлитной нестабильности генома и эпигенетическим нарушением гена ESR. Причем у пациенток с ГЭ как с атипией, так и без атипии исследуемые генетические нарушения имеют достоверную связь с наличием у пациенток ожирения. В то же время у больных с полипами эндометрия нет четкой причинно-следственной связи между ожирением и наличием MSI и нарушением экспрессии гена ESR. Учитывая, что у женщин с ожирением наряду с метаболическими отклонениями имеется и абсолютная или относительная гиперэстрогемия [5с.16, 9с.23] можно

предполагать наличие патогенетической связи между анализируемыми критериями. Причем вероятнее всего именно ожирение и сопровождающие ее гормонально-метаболические отклонения являются первичными, а метилирование гена ESR происходит уже на этом фоне. Микросателлитная нестабильность генома, вероятнее всего, также является следствием эндокринно-обменных и, следующих за ними, гиперпролиферативных процессов в гормонозависимых тканях, в частности в эндометрии.

Результаты исследования о частоте наличия MSI и метилирования гена ESR у

больных с полипами и ГЭ в зависимости от наличия сахарного диабета представлены в таб. 2. В группе больных с полипами эндометрия микросателлитная нестабильность была выявлено только у пациентов, не имеющих сахарного диабета. При наличии гиперпластического процесса в эндометрии без атипии выявлено статистически достоверное увеличение частоты встречаемости MSI у женщин, страдающих сахарным диабетом (в 2,8 раза чаще в сравнении с пациентами без диабета).

Таблица 2 - Частота наличия MSI и метилирования гена ESR у больных с полипами и гиперплазией эндометрия в зависимости от наличия сахарного диабета

Патология эндометрия	Сахарный диабет	MSI + (абс/%)	MSI - (абс/%)	Метилиро-ванный ген ESR (абс/%)
Полипы Эндометрия, n=61	Есть, n=4	-	4 (100,0±5,0%)	1 (8,3%)
	Нет, n=57	2 (3,5±3,3%)	55 (96,5±3,3%)	2 (4,1%)**
Гиперплазия Эндометрия без атипии, n=80	Есть, n=6	2 (33,3±19,2%)	4 (66,7±19,2%)	2 (33,3 %)
	Нет, n=74	9 (12,1±3,8%)**	65 (87,9±3,8%)	16 (21,6±4,8 %)**
Атипическая гиперплазия Эндометрия, n=69	Есть, n=6	3 (50,0±20,4%)	3 (50,0±20,4%)	4 (66,7±18,9%)
	Нет, n=63	17 (27,0±5,6%)**	46 (73,0±5,6%)	28 (44,4±6,3 %)**

Примечание: *p<0,05; ** p<0,01 - различие в пределах группы в зависимости от наличия сахарного диабета статистически достоверны по критерию χ^2

Достоверная закономерность аналогичной направленности установлена нами и при атипической ГЭ: при наличии у пациенток сахарного диабета частота встречаемости фенотипа MSI+ составила половину случаев, а при отсутствии анализируемой сопутствующей патологии микросателлитная нестабильность установлена у каждой четвертой пациентки (27,0%, p<0,01).

Анализ частоты нарушения экспрессии гена ESR в группе больных с

полипами эндометрия показал большую частоту эпигенетических нарушений у пациенток, страдающих сахарным диабетом (в 2 раза, p<0,01).

В группах больных с ГЭ прослежена аналогичная зависимость – нарушение функции гена чаще выявлены у пациенток с сахарным диабетом. В частности в группе с ГЭ как без атипии, так и с атипией частота метилирования гена ESR у больных сахарным диабетом была достоверно выше (p<0,01), чем у пациенток не имеющих

данной сопутствующей патологии. При этом необходимо отметить и значительную частоту эпигенетических нарушений гена ESR в группе больных с атипической ГЭ, не имеющих сахарного диабета (44,4%).

Заключение.

Таким образом, анализ полученных данных о частоте встречаемости MSI и метилирования гена ESR у больных с полипами и различными вариантами гиперпластических процессов в эндометрии позволил установить четкую зависимость от наличия сахарного диабета. Наиболее достоверна эта зависимость была прослежена у пациентов с гиперпластическими процессами в эндометрии и менее характерной эта связь оказалась для пациентов с локальными изменениями в эндометрии – полипами. Известно, что высокая частота развития гиперпластических процессов и аденокарциномы эндометрия у женщин с сахарным диабетом связана с избыточной массой: при отсутствии ожирения частота встречаемости рака тела матки у пациенток с сахарным диабетом и без него не различается [7с.41]. У женщин с сахарным диабетом нередко развивается инсулинорезистентность.

Сопровождающие эту патологию метаболические отклонения в итоге приводят к серьезным нарушениям гомеостаза, в том числе системы противоопухолевой защиты [10с.62]. В результате, с нашей точки зрения, на таком фоне чаще происходит гиперметилование генов, в том числе исследуемого нами гена ESR. С течением времени избыточно пролиферирующие клетки эндометрия в условиях гиперацидоза и снижения антиоксидантной системы, связанной с сахарным диабетом, легче накапливают генетические нарушения [7с.44]. В случае же развития у такой пациентки MSI+, появившиеся в дальнейшем генетические отклонения не репарируются [2с.32] и, следовательно, такое стечение особенностей фенотипа и генотипа является особенно благоприятным для канцерогенеза.

Выводы

1. У больных с полипами эндометрия наличие сопутствующей патологии в виде ожирения или сахарного диабета достоверно не влияет на частоту развития микросателлитной нестабильности и метилирования гена ESR.
2. Гиперпластические процессы в эндометрии у пациенток с избыточной массой тела или сахарным диабетом сопровождаются более частым развитием микросателлитной нестабильности генома и эпигенетическими нарушениями гена ESR.
3. Гормонально-метаболические нарушения, сопутствующие ожирению и сахарному диабету, способствуют возникновению генетических нарушений в виде микросателлитной нестабильности и метилирования гена ESR в избыточно пролиферирующих клетках эндометрия.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Бочкарева Н.В. Особенности метаболизма и рецепции эстрогенов при гиперпластических процессах и раке эндометрия. Дис. док. мед. наук. – Томск, 2007. – 40 с.
- 2 Казубская Т.П. Генетические основы этиологической гетерогенности злокачественных новообразований. Дис. док. мед. наук. – М., 2010. – 36 с.
- 3 Киселев В.И., Ляшенко А.А. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов. – М.: Медицина. – 2005. – 190 с.
- 4 Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины – 2003. – Т.16, №4. – С. 107 - 114
- 5 Серов В.Н., Прилепская В.Н., Пиеничникова Т.Я. Гинекологическая эндокринология. М.: Медицина. – 2008. – 178 с.
- 6 Хужокова И.Н. Диагностика и лечение полипов эндометрия // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т.8, №1. – С. 102 - 106
- 7 De Letuw W.J., Dierssen J., Vasen H.F., et al. Prediction of a mismatch repair gene defect by microsatellite instability and immunohistochemical analysis in endometrial tumours from HNPCC patients// J. Pathol. – 2007. – V. 192, № 3. – P. 328-335
- 8 Coupier I, Pujol P. Hereditary predispositions to gynaecological cancers // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2005. – Vol. 33, № 11. – P. 851 – 856

- 9 Mutter G.L., Zaino R.J., Baak J.P., et al. Benign endometrial hyperplasia sequence and endometrial intraepithelial neoplasia // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2007. – Vol. 26, № 2. – P.103-107
- 10 Hu K, Zhong G, He F. Expression of estrogen receptors ER α and ER β in endometrial hyperplasia and adenocarcinoma // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2005. – № 15. – P.537–541

Түйін

Г.Ж. ҮДЕРБАЕВА¹, М.А. КАРТАШОВА²
Астана қаласының онкологиялық диспансері¹
Харьков атындағы Ұлттық медициналық университеті²

ПОЛИППЕН ЖӘНЕ ЭНДОМЕТРИЯ
 ГИПЕРПЛАЗИЯСЫМЕН АУРАТЫНДАРДА
 ТҰРАҚСЫЗ МИКРОСАТЕЛЛИТТІК ЖӘНЕ ESR
 ГЕННІҢ МЕТИЛДЕНГЕН ГОРМОНАЛЬДЫҚ -
 МЕТАБОЛИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЫНЫҢ ӨЗАРА
 БАЙЛАНЫСУЫ

Эндометриялық патологиясы бар 210 ауру тексерілген. Семіздікпен және қант диабетімен аурағындарда (MSI) тұрақсыз микросателлиттік және ESR метилдеген геннің түрінде артық пролиферациялық эндометрия жасушаларының генетиаклық бұзылуларда жиі болатыны анықталған.

Түйін сөздер: гиперплазия эндометрия, (MSI) тұрақсыз микросателлиттік және ESR гені, семіздік, қант диабеті.

Summary

G.J. UDERBAEVA¹, M. A. KARTASHOVA²
“Oncology center” Astana¹
Kharkov National Medical University²

INTERRELATION OF HORMONAL AND
 METABOLIC DISORDERS WITH
 MICROSATELLITE INSTABILITY AND GENE ESR
 METHYLATION AT PATIENTS WITH POLYPS
 AND ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

The article presents results of the research of 210 patients with endometrial pathology. Found that in patients with obesity and diabetes in excessively proliferating cells of the endometrial occur more frequently genetic disorders as microsatellite instability (MSI) and gene methylation ESR.

Keywords: endometrial hyperplasia, microsatellite instability (MSI), gene ESR, obesity, pancreatic diabetes.

Материал поступил 16.02.2014.

О.В. ВАСЬКОВСКАЯ¹, Н.А. ШАНАЗАРОВ¹, А.И. КОКОШКО²,
Н.А. МАЛТАБАРОВА², Д.Н. КОЗЬМЕНКО², А.Х. ИСЛАМГАЛИЕВ²
¹АО «Республиканский научный Центр неотложной медицинской помощи»,
²АО Медицинский университет Астана», Астана.

ПРИМЕНЕНИЕ СПАЗМОЛИТИКОВ В ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Проведен ретроспективный анализ терапии болевого синдрома на этапе скорой неотложной помощи с применением спазмолитиков у 163 пациенток с острой гинекологической патологией. Учитывая побочные действия препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы и неселективных холинолитиков предпочтение следует отдавать селективным холинолитикам.

Ключевые слова: неотложная помощь, гинекология, спазмолитики.

Актуальность проблемы: Свыше 90% пациентов гинекологических стационаров — это больные с острыми гинекологическими заболеваниями органов брюшной полости [1]. Предварительным диагнозом на этапе скорой неотложной медицинской помощи в большинстве случаев выставляется «острый живот» [2]. Несмотря на многообразие причин возникновения острого живота, его клиническая картина строго очерчена и определяется рядом кардинальных симптомов, ведущим из которых является болевой синдром [3]. Определение точного диагноза у больных с признаками острого живота часто затруднительно [4]. У женщин, особенно детородного возраста, всегда следует учитывать возможность гинекологических заболеваний. Вместе с тем не надо забывать, что похоже могут проявляться и многие хирургические заболевания [5]. Следует всегда соблюдать принцип гипердиагностики. В сомнительных случаях больных госпитализируют в многопрофильный стационар для совместной консультации хирурга и гинеколога. При необходимости проводят посиндромную терапию, в основном по жизненным показаниям [6]. Оперативные вмешательства при этой патологии варьируют от 20 до 40% всей оперативной деятельности хирургических гинекологических стационаров [1]. Назначение анальгетиков на догоспитальном этапе противопоказано из-за опасности стереть клиническую картину

и этим отсрочить оказание адекватной помощи [7,8].

Цель работы: Провести анализ особенностей терапии болевого синдрома в гинекологии как причины экстренной госпитализации на этапе скорой неотложной медицинской помощи.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили данные о 163 больных с патологией женской репродуктивной системы, поступивших в клиники г.Астаны в ургентном порядке за период с 2011 до 2013 годы. Возраст больных варьировал от 33 до 77 лет, средний возраст составил $51,1 \pm 3,9$ лет.

Исходя из целей и задач проводимой нами работы, в ходе исследования был проведён ретроспективный анализ карт стационарного больного на предмет выявления особенностей терапии болевого синдрома на этапе скорой неотложной помощи.

Результаты и их обсуждение: В исследуемой группе женщин болевой синдром как причина экстренной госпитализации имел место у 70 (42,9%) больных. Направительным диагнозом бригады скорой неотложной помощи в 61 случае (87,1%) обозначен «острый живот». Консервативная терапия болевого синдрома разделялась на два основных этапа. Первый на этапе скорой неотложной медицинской помощи и в условиях приемного покоя до момента установки диагноза. Второй этап после осмотра врачом гинекологом приемного покоя и установки предварительного диагноза.

Общепринятой лечебной тактикой при подозрении на «острый живот» является отказ от введения анальгетиков с целью устранения болевого синдрома до осмотра специалиста хирурга. Обоснованным, однако, является введение препаратов группы спазмолитиков которые являются основными в купировании болевого синдрома на этапе скорой неотложной помощи при абсолютном большинстве заболеваний ведущих к клинике «острого живота» [9,10,11]. Важно, что, ликвидируя или предотвращая спазмы гладкой мускулатуры, спазмолитики хотя и оказывают выраженное анальгетическое действие, нормализуя функционирование органа, но при этом не вмешиваются в механизмы боли. В отличие от ненаркотических и опиоидных анальгетиков они не представляют существенной угрозы «стирания» симптоматики при тяжелом органическом поражении [12].

Нами проведен анализ наиболее часто используемых препаратов спазмолитиков на этапе скорой неотложной помощи при наличии болевого синдрома в экстренной онкогинекологии.

В 46 случаях (65,7%) использовались ингибиторы фосфодиэстеразы: папаверин в/м - 1-2 мл 2% раствора (20-40 мг), дротаверин внутримышечно, по 2-4 мл (40-80 мг). Следует отметить, что данные препараты не отличаются селективностью и оказывают воздействие также на тонус сосудов, что в 14 случаях применения (30,4%) вызвало нежелательное снижение артериального давления, головную боль, головокружение.

В 15 (21,4%) случаях использовался неселективный холинолитик – платифиллин подкожно по 1–2 мл 0,2% раствора. В 7 (46,6%) случаях при анализе применения данного препарата выявлено его атропиноподобные нежелательные эффекты в виде снижения артериального давления, тахикардии, влияния на ЦНС.

В 9 случаях (12,8%) случаях использовался селективный холинолитик –

гиосцина бутилбромид (бускопан) по 20-40 мг путем медленного внутривенного, внутримышечного или подкожного введения. Побочных реакций при использовании гиосцина бутилбромида не выявлено, поскольку препарат не переходит гематоэнцефалический барьер и избирательно блокирует M2 и M3 холинорецепторы гладкой мускулатуры.

Выводы: Согласно полученным данным при анализе использования спазмолитиков можно сделать вывод, что несмотря на широкий спектр препаратов группы спазмолитиков их применение в условиях скорой неотложной помощи ограничено отсутствием у многих препаратов инъекционной формы. Учитывая выраженные побочные действия у препаратов группы ингибиторы фосфодиэстеразы и неселективных холинолитиков предпочтение следует отдавать селективным холинолитикам.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии: учебное пособие / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева // М.: - Н.Новгород. Изд-во НГМА. - 1996. - С. 6-34.
- 2 Гаспаров А.С. Острые гинекологические заболевания. Новый взгляд / А.С. Гаспаров, А.Ж. Косаченко // Московский медицинский журнал. - 2001. - С. 16-18.
- 3 Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли. Фарматека/ Е.К. Баранская//Гастроэнтерология. – 2005. – № 14 – С. 109.
- 4 Данилов А.Б. Нейропатическая боль: учебное пособие / А.Б.Данилов, О.С.Давыдов // М.: Боргес, 2007, С.192.
- 5 Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии: учебник / Т.Н. Колгушкина // - М.: Минск. Вышэйшая школа. - 2000. - С. 276-280.
- 6 Комаров Ф.И. Боли в животе / Ф.И. Комаров, А.А. Шептулин // Клиническая медицина – 2000. – Т. 78, № 1. – С. 46–50.
- 7 Ивашкин В.Т. Нервные механизмы болевой чувствительности/ В.Т.Ивашкин, Ю.О.Шульпекова // Рос.журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2002. – Т. 12, № 4 – С.16–20.

- 8 Пчелинцев М.В. Спазмолитики от клинической фармакологии до фармакотерапии / М.В. Пчелинцев // Лечащий врач. - 2008. № 7. - С. 73-77.
- 9 Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии / Э.П. Яковенко // Клиническая фармакология и терапия. - 2002. - Т. 11, № 1. - С. 24-27.
- 10 Drossman D.A. Chronic functional abdominal pain / D.A. Drossman // Sleisenger & Fordtrans's gastrointestinal and liver disease. - Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2003. - Vol. 1. - P. 90-97.
- 11 Glasgow R.E. Abdominal pain, including the acute abdomen / Glasgow R.E., Mulvihill S.J. // Sleisenger & Fordtrans's gastrointestinal and liver disease. - Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2003. - Vol. 1. - P. 80-90.
- 12 Daniel E.E. The preclinical pharmacology of trimebutine and its actions on gastrointestinal motility in man / E.E. Daniel, Collins S.M. // Can. J. Gastroenterol. - 1991. - Vol. 5. - P. 185-193.

Түйін

О.В. ВАСЬКОВСКАЯ, Н.А. ШАНАЗАРОВ,
А.И. КОКОШКО, Н.А. МАЛТАБАРОВА,
Д.Н. КОЗЬМЕНКО, А.Х. ИСЛАМҒАЛИЕВ

СПАЗМОЛИТИКТЕРДІҢ ЖЕДЕЛ
ГИНЕКОЛОГИЯДА ҚОЛДАНЫЛУЫ

Жедел гинекологиялық аурулармен ауыратын 163 науқастың жедел жәрдем көрсету этапында спазмолитиктердің қолданылуымен «ауыру синдромының» емделуі бойынша ретроспективті анализі жасалған. Анализдің қортындысы бойынша фосфодиэстераза ингибиторлерінің және селективті холинолитиктердің кері әсерлерін ескертіп, селективті холинолитиктерді таңдап қолдану керек.

Түйін сөздер: жедел жәрдем, гинекология, спазмолитиктер.

Summary

O.V. VASKOVSKAYA, N.A. SHANAZAROV,
A.I. KOKOSHKO, N.A. MALTABAROVA,
D.N. KOZMENKO, A.KH. ISLAMGALIYEV

USING ANTISPASMODICS IN EMERGENCY
GYNECOLOGY

Was performed a retrospective analysis 163 patients with acute gynecological pathology of pain therapy with using antispasmodics on stage for emergency assistance. Given the side effects from drugs of phosphodiesterase inhibitors and nonselective anticholinergics should be preferred selective anticholinergic

Keywords: emergency, gynecology, antispasmodics.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ И БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В результате комплексного ультразвукового исследования гемодинамически значимые изменения выявлены в 120 случаях, где преобладают стенозы сосудов 51 (42%) и окклюзий 41 (34%). При стенозе более 80% кровотока только коллатеральный, в 6 (23%) случаях кровотока не выявляется. Основной причиной поражения сосудов является атеросклероз (70%), в основном страдают мужчины (93,7%). Ультразвуковое дуплексное сканирование на данное время является современным высокоинформативным методом исследования патологии сосудов ветвей дуги аорты и брахиоцефального ствола.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, исследование сосудов, дуплексное сканирование, брахиоцефальный ствол.

Введение. Общепризнано, что поражение артерий дуги аорты и брахиоцефального ствола играют ведущую роль в патогенезе нарушения мозгового кровообращения (НМК), развития инфарктов мозга, преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК), дисциркуляторных энцефалопатий, а показатели смертности от инсульта занимают второе место после онкологических заболеваний [1, 2]. Существенную роль в повышении эффективности диагностики у цереброваскулярных ишемий играет ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстракраниальных сосудов, что позволяет с достаточной степенью точности обнаружить стеноз или окклюзию внутренней сонной артерии (ВСА) или общей сонной артерии (ОСА). Но УЗДГ в настоящее время может рассматриваться только, как метод предварительного обследования больного с подозрением на хроническую сосудисто-мозговую недостаточность. Информативность этого метода значительно уступает дуплексному сканированию (ДС).

Дуплексное сканирование – это неинвазивный метод исследования, который позволяет одновременно проводить эхотомографию и доплерографию, что обеспечивает визуализацию на экране монитора не

только функциональных показателей мозгового кровотока, но и структурно-морфологические изображения экстракраниальных сосудов. При этом обнаруживаются даже небольшие изменения диаметра исследуемых сосудов, локализация участков стенозирования, атеросклеротические бляшки в сонных и позвоночных артериях, вихревые изменения кровотока в местах сегментарного сужения артерия [2, 3]. Дуплексное сканирование серошкальная эхография с цветовым доплерографическим кодированием и спектральным доплерографическим анализом в настоящее время служит основным методом диагностики различных видов патологии сосудистой системы мозга.

Цель исследования - оценить возможности методов комплексной ультразвуковой визуализации для оценки степени поражения ветвей дуги аорты и брахиоцефального ствола у пациентов цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы: В исследования были включены 114 пациентов со цереброваскулярными заболеваниями, находившиеся на лечении в АО «Национальный научный медицинский центр», за период 2010-2013гг, в возрасте от 20 до 80 лет (средний возраст $56,5 \pm 6,5$), мужчин 93, женщин 21 (табл 1).

Таблица 1 - Распределение больных по возрасту

Возраст (лет)	20 - 40	41 - 60	61 - 80	Всего
Мужчины	15	35	43	93
Женщины	3	7	11	21
Всего	18	42	54	114

Всем пациентам проводилось комплексное ультразвуковое исследование ветвей дуги аорты и брахиоцефального ствола, включающее серошкальное сканирование (в В-режиме), цветное и спектральное доплеровское картирование скоростей. Исследование проводилось на ультразвуковом сканере «LOGIC-5» (GE, США) по стандартной методике (поперечное и продольное сканирование) с использованием линейного датчика 7,5 МГц, полипозиционно, в положении больного лежа.

Всем пациентам проводилось исследование:

- 1) дистального отдела плечеголового ствола;
- 2) общая сонная артерия на всем протяжении;
- 3) внутренняя сонная артерия до входа в полость черепа через сонный канал;
- 4) наружная сонная артерия в проксимальном отделе;
- 5) позвоночная артерия в сегментах V1 и V2.

При дуплексном сканировании экстракраниальных сосудов оценивались следующие данные:

- состояние сосудистой стенки и ее структуры, толщины, формы поверхности, степени дифференцировки на слои, нарушение целостности сосудистой стенки (диссекции);
- оценка просвета сосуда: диаметр сосуда, проходимость и степень ее нарушения при внутрисосудистых образованиях;

- характеристика периваскулярных тканей: патологические образования и их экстравазальное влияние;

- ход сосуда с целью выявления изгибов, других деформаций или аномалий развития.

Качественную информацию о состоянии кровотока получали в цветовом, а количественную - в спектральном доплеровском режиме.

Результаты и обсуждение. По результатам комплексного ультразвукового исследования 114 больных с цереброваскулярной патологией гемодинамически значимые изменения в сосудах выявлены 120 случаев. Из них стенозы сосудов составляют 51 (42%) в ВСА 31 (60,7%), ПА 17 (33,3%), ОСА 3 (5,8%). Окклюзий 41 (34%) в ВСА 19 (46%), ПА 13 (32%), подключичная артерия ПКЛА 9 (22%). Патологическая извитость 13 (11%) в ВСА 10 (8%), ОСА 3 (2%), стил-синдром 10 (8%), гипоплазия ПА 5 (4%). В структуре поражений ветвей аорты и брахиоцефального ствола превалирует гемодинамически значимый стеноз 51, окклюзия 41, патологическая извитость сосудов 13, стил-синдром 10 и гипоплазия сосудов 5 (таб. 2). Основной причиной стеноокклюзионных поражений сосудов является атеросклероз (70%), в большинстве случаев страдают мужчины (93,7%), неспецифический аортоартериит чаще встречается у женщин (81,8%) (таб.3).

Таблица 2 - Виды поражения сосудов

Уровень поражения	Стеноз	Окклюзия	Извитость	Стил-синдром	Гипоплазия
ВСА	31	19	10		0
ПА	17	13	0		5

ОСА	3	0	3	10	0
ПКЛА	0	9	0		0
Всего	51 (42%)	41 (39%)	13 (11%)	10 (8%)	5 (4%)

Таблица 3 - Причины стеноокклюзионных поражений сосудов

Причины	Мужчины	Женщины	Всего
Атеросклероз	75	5	80
Неспецифический аортоартериит	2	9	11
Диабетическая ангиопатия	10	5	15
Травматическая окклюзия	6	2	8
Всего	93	21	114

Гемодинамические нарушения в зонах выявленных стенозов при 30-50% поражении локационно гемодинамических сдвигов не наблюдалось, при 50-60% кровотоков линейный, скоростные показатели умеренно повышены, спектральное окно слабо выражено, при 60-80% кровотоков турбулентный, скоростные показатели повышены в 2-2,5 раза, индекс периферического сопротивления (RI) без изменений, при 80-90% поражений систолическое (V_{max}) и диастолическое (V_{min}) скорости мало различимы по абсолютной величине.

Изменения обнаруженные в дистальном русле при стенозе 60-80% значения V_{max} и RI снижены. В артериях с низким периферическим сопротивлением (сонные, позвоночные артерии) доплеровская кривая сглажена. При стенозе более 80% кровотоков коллатеральный, в 6 (23%) случаев кровотоков не лоцировался, 14 случаев (53,8%) при поражении подключичной артерии, выявлен синдром позвоночно-подключичного обкрадывания.

Выводы.

Ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов является современным высокоинформативным методом исследования у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, позволяющее достоверно определить уровень поражения, степень стенозирования просвета, изменения

кровотока в пораженных сосудах, что позволяет выработать тактику лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.Б. Куперберг, А.Э. Гайдашев, А.В. Лаврентьев, Клиническая доплерография окклюзирующих поражений артерий мозга и конечностей. – Москва. - 1997. - С. 63-65.
2. В.Г. Лелюк Ультразвуковая ангиология, М.: Реальное время. – 1999. - С. 235-237.
3. К.К. Оскенбаева Ультразвуковая диагностика критической ишемии нижних конечностей. // Клиническая медицина Казахстана. - №3. - 2007. - с. 54-58.

Түйін

А.Х. ИБАДИЛЬДИНА

АҚ «Ұлттық ғылыми медициналық орталық» НҒҰ терапия және ультрадыбыстық визуализация, Астана қаласы.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР ПАТОЛОГИЯСЫМЕН ЕМДЕЛУШІЛЕРІНДЕ, ҚОЛҚА ДОҒАСЫ ЖӘНЕ БРАХИОЦЕФАЛ ДІҢГЕГІНІҢ БҰТАҚТАРЫНЫҢ ӨЗГЕРІСТЕРІҢ УЛЬТРА-ДЫБЫС ДИАГНОСТИКАСЫ

Гемодинамикаға мәнді өзгерістері 120 жағдайларда анықтаған, ультра-дыбыс зерттеуінде 51 (42%) стеноз және 41 (34%) тамырдың окклюзиясы табылды. 80% тамыр стенозында қан ағу тек қана коллатерал жолдарымен, ал 6 (23%) жағдайларында қан ағуы анықтамайды. Тамыр сырқатының негізгі себебі (70%) атеросклероз болып табылады, негізі (93,7%) еркектерде кездеседі. Ультра-дыбыс дуплексті диагностика қолқаның доғасы және брахиоцефал діңгегінің бұтақтары патологиясының зерттеуінде қазіргі мерзімде мол әдіс болып табылады.

Түйін сөздер: ультрадыбыстық тексеру, тамырларды тексеру, дуплексті сканирлеу, брахиоцефалді дінгек.

Summary

A.KH. IBADILDINA

*«National Research Medical Center», JSC, HIFU
department of therapy and ultrasound imaging, Astana*THE ULTRASOUND DIAGNOSIS OF AORTIC
ARCH BRANCH AND THE BRACHIOCEPHALIC
TRUNK IN PATIENTS WITH
CEREBROVASCULAR DISEASE

A result of complex ultrasound research, the hemodynamic significant changes identified in 120

cases where prevalent vascular stenosis occupies 51 (42%), and occlusion is 41 (34%). If stenosis is more than 80%, the bloodstream will be only collateral; else it'll not detect 6 (23%). The main cause of vascular lesions is atherosclerosis (70%), where the main part of suffering is man gender (93.7%). Nowadays, the ultrasonic duplex scanning system is the most modern and highest informative method for studying vascular pathology branches of the aortic arch and the brachiocephalic trunk.

Keywords: ultrasound research, research vessels, duplex scanning, brachiocephalic trunk.

Материал поступил 06.02.2014.

И.В. БАБАКОВА

*РГП «Центральная клиническая больница» Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан, Алматы***ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

В статье приведены результаты изучения этиологических особенностей пневмонии у 93 пациентов пожилого и старческого возраста и ее лечения. Адекватная и своевременно начатая антимикробная терапия пневмонии с учетом этиологического фактора позволила добиться выздоровления во всех случаях.

Ключевые слова: этиологические особенности, пневмония пациентов пожилого и старческого возраста, первоначальный антимикробный препарат.

Введение. Пневмония у лиц пожилого и старческого возраста представляет собой одну из важных клинических проблем общемедицинской и гериатрической практики [1].

Заболеваемость и смертность от внебольничной пневмонии (ВП) у лиц старше 70 лет в несколько раз выше, чем у пациентов более молодых возрастных групп [2]. Пневмония остается одной из основных причин смерти у пожилых после ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов, злокачественных опухолей. Повышенная летальность пожилых больных от ВП связана с различными факторами и обусловлена, главным образом, запоздалой диагностикой, поздним началом антибактериальной терапии, декомпенсацией сопутствующей патологии, неадекватностью антибактериальной, патогенетической и симптоматической терапии [3].

Трудности в диагностике обусловлены особенностями течения пневмонии (П) у пожилых и стариков, такими, как: невыраженные физикальные признаки заболевания; сложность в трактовке аускультативных симптомов и рентгенологической картины в связи с фоновой патологией (ХОБЛ, легочные фиброзы, левожелудочковая недостаточность); нарушения со стороны ЦНС (апатия, заторможенность, спутанность, сопорозное состояние и др.); декомпенсация сопутствующих заболеваний (сердечная и дыхательная недостаточность, сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия), нередко

выступающая на первый план в клинической картине; тяжелое течение заболевания, обусловленное характером возбудителя (часто грамотрицательная флора, стафилококк), сопутствующей патологией, несвоевременной диагностикой [4].

Этиологический спектр возбудителей ВП в старших возрастных группах существенно не отличается от такового среди пациентов молодого и среднего возраста. Однако удельный вес отдельных патогенов в общей этиологической структуре ВП у пожилых различен и определяется многими факторами.

В отличие от внебольничных при госпитальных П значительно более вероятно этиологическая роль грамотрицательной флоры и стафилококка. При развитии П на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) частым возбудителем является гемофильная палочка, при аспирационных П - анаэробная флора и т.д.

Еще одной этиологической особенностью пневмоний у лиц старших возрастных групп является роль орофарингеальной флоры, среди которой основное место занимают анаэробные и грамотрицательные микроорганизмы. Такая особенность обусловлена, прежде всего, повышенным риском аспираций у больных пожилого и старческого возраста, связанным с нарушением глотания и угнетением кашлевого рефлекса. Нарушенное и неkoordinированное глотание способствует попаданию слюны, пищи и жидкости в дыхательные пути, что при снижении кашлевого рефлекса ведет к

задержке в них пищевых масс вместе с орофарингеальными микроорганизмами. Установлена связь между возрастом пациентов и частотой аспирационной пневмонии. Так, риск аспирационной пневмонии у лиц старше 75 лет в 6 раз выше, чем у лиц моложе 60 лет [5]. Верификация аспираций часто трудна, поскольку у пожилых они не всегда манифестируются (кашель, поперхивание), а носят латентный характер.

Определение этиологического варианта П является не менее важным этапом диагностики, чем нозологический диагноз, поскольку позволяет обосновать выбор антимикробного препарата.

Целью исследования явилось изучение этиологических особенностей пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста и ее лечения.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 93 больных ВП, средний возраст которых составил $78,5 \pm 4,5$ года, при этом 51 (54,8%) из них было от 80 до 89 лет. Группа состояла из 50 мужчин и 43 женщин. Основным сопутствующим заболеванием у всех пациентов была хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС), у 55% из общего числа пациентов в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, у 90% - различные нарушения ритма и проводимости сердца, у 34% - сахарный диабет типа 2, у 92% - артериальная гипертензия. Также проведен анализ этиологических особенностей пневмонии у больных по результатам микробиологического анализа мокроты в течение 18 месяцев.

Результаты и обсуждение. В преобладающем большинстве случаев возбудителем пневмонии оказался стрептококк у 69 больных (74,2%) из них: *Streptococcus* sp. – 39,8%, *St.pneumonia* – 24%, *St.parasanguinis* – 15,5%, *St.agalactiae* – 7,5%, *St.pyogenic* – 8,1%, *St.oralis* – 5,1% и др. Стафилококк явился возбудителем пневмонии у 35 (37,6%) больных, чаще это были *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus*

aureus. У 30% больных регистрировался рост сразу 2-х возбудителей. Кроме того, рост культуры синегнойной палочки в мокроте получен у 9 (9,7%) больных старше 80 лет. У 51 (54,8%) больного определялся рост грибов, чаще рода *Albicans*, *Glabrata*, что возможно, связано с частым приемом пациентами антибактериальных препаратов. Пневмония, вызванная клебсиеллой и другими атипичными возбудителями, диагностировалась у 11,8% больных, а в 3,2% случаев в мокроте выявлен рост кишечной палочки.

Аспирационная пневмония в нашей группе больных старше 70 лет диагностирована у 4 (4,3%) больных. Дополнительным фактором инфицирования дыхательных путей при аспирации являлись заболевания периодонта с наличием большого количества микроорганизмов в полости рта у пожилых и стариков.

Локализация и распространенность пневмонии определялась, главным образом, на основании данных рентгенологического исследования. В изучаемой группе у 54 (58,1%) больных воспалительный очаг локализовался в нижних долях с поражением обоих легких и двух сегментов. При этом у 28 (30,1%) больных были диагностированы легочные осложнения: парапневмонический плеврит, бронхообструктивный синдром, острая дыхательная недостаточность.

Основными критериями при определении тяжести пневмонии являлись распространенность процесса, выраженность интоксикации, степень дыхательной недостаточности, наличие и характер осложнений, а также выраженность декомпенсации сопутствующих заболеваний. У 72% больных была диагностирована средняя степень тяжести заболевания, у остальных – тяжелая, во всех случаях сопровождавшаяся дыхательной недостаточностью 2-3 степени.

Степень тяжести пневмонии определяла, с одной стороны, характер

противомикробной терапии и симптоматического лечения, а с другой - прогноз заболевания. Наличие и тяжесть осложнений пневмонии имело важное прогностическое значение и определяло дальнейшую тактику лечения больных.

Для этиологического лечения пневмоний у пациентов старческого возраста в 70% случаев мы использовали комбинированную терапию 2х антибактериальных препаратов с противогрибковым, остальным - комбинацию 1 антибиотик с противогрибковым препаратом. У 30% больных производится замена антибиотика, как правило, после получения микробиологического анализа мокроты с определением чувствительности этиофлоры. У 69% больных использовали цефалоспориновые антибиотики III поколения (цефтриаксон, цефтазидим), у 18% практиковали комбинацию цефалоспоринов III поколения с аминогликазидами (амикацин), у 65% - с метронидазолом.

При пневмонии, являющейся результатом аспирации микрофлоры ротоглотки (анаэробы, аэробные грамотрицательные микроорганизмы), назначали первоначальный антибактериальный препарат, активный в отношении анаэробов, в частности клиндамицин или другие препараты линкозаминовой группы, а также метронидазол. При их неэффективности назначали антибиотики с более широким спектром действия: фторхинолоны (пемфлоксацин, ципрофлоксацин) и карбапенемы. У 83,7% (90) больных применяли противогрибковый препарат, чаще флуконазол.

Больным пневмонией на фоне сахарного диабета первоначально назначали аминогликозиды, фторхинолоны, цефалоспорины II поколения. При выборе аминогликозидов, обладающих нефротоксическим действием, исключали вероятность развития диабетической нефропатии. При отсутствии эффекта

назначали макролиды с учетом возможной легионеллезной этиологии.

Адекватность выбора первоначального антимикробного препарата оценивали через 48 - 72 часа от момента начала лечения. Основным критерием эффективности считали температурную реакцию больного. В случаях с исходно нормальной температурой ориентировались на такие проявления, как интоксикационный синдром, активность больного, нарушения со стороны ЦНС и других органов и систем, отсутствие прогрессирования процесса. При неэффективности первоначального антибактериального препарата проводили его смену с учетом целесообразности назначения антибиотика другой группы.

Сроки отмены антибактериального препарата у больных пожилого и старческого возраста имеют не менее важное значение, поскольку необоснованно длительная терапия может способствовать возникновению суперинфекции, различных побочных явлений и удорожает лечение в целом.

Учитывая среднетяжелое и тяжелое течение пневмоний иногда с осложненным течением, пациентам назначалась антимикробная терапия до 14 - 20 дней.

Наряду с антимикробной терапией лечение больных пневмонией включало также симптоматические средства (муколитики, бронхолитики), коррекцию микроциркуляторных нарушений (гепарин, антиагреганты, свежезамороженная плазма), иммунокоррекцию (препараты иммуноглобулинов), антиоксидантную терапию, противовоспалительные препараты и лечение сопутствующей патологии. Во всех случаях пациенты были выписаны с выздоровлением.

Заключение. Таким образом, адекватная и своевременно начатая антимикробная терапия пневмонии с учетом этиологического фактора является важным, особенно у пожилых пациентов. Наиболее значимым и ответственным решением, от которого во многом зависит

конечный результат и эффективность лечения, является выбор первоначального антибактериального препарата.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Дворецкий Л.И.* Пневмонии у больных пожилого и старческого возраста. М., 2005. – 68с.
- 2 Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. – М., 2010.- 85с.
- 3 *Новиков Ю.К.* Современные подходы к лечению пневмоний // РМЖ: Пульмонология. Аллергология.- 2002.- № 5.- С.41-43.
- 4 *Карапетян Т.А.* Внебольничная пневмония сегодня (обзор литературы)// Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008.- №1.- С. 1-14.
- 5 *Ноников В.Е.* Диагностика болезней легких у лиц пожилого и старческого возраста и антибактериальная терапия// Клиническая геронтология.- 2010.- Т. 16. №7-8.- С. 37-41.

Түйін

И.В. БАБАКОВА

*Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының Орталық клиникалық
ауруханасы, Алматы қ.*

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДАҒЫ
ПНЕВМОНИЯНЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ
ЕМДЕУ

Мақалада егде және кәрі жастағы 93 емделуші пневмониясының этиологиялық ерекшеліктерін зерделеу нәтижелері келтірілген. Этиологиялық факторларды ескере отырып, пневмонияның барабар дер кезінде басталған микробқа қарсы терапиясы барлық жағдайда сауығып кетуге мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: этиологиялық ерекшеліктер, егде және кәрі жастағы емделушілердегі пневмония, микробқа қарсы бастапқы препарат.

Summary

I.V. BABAKOVA

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

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PNEUMONIA
IN ELDERLY

In this study, the etiological features of pneumonia in 93 patient elderly and its treatment. Adequate and timely commenced antimicrobial therapy of pneumonia based on etiologic factor has achieved recovery in all cases.

Keywords: etiological features, pneumonia patients elderly, the initial antimicrobial agent.

М.Б. ЛИ

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАСТРОПАНЕЛИ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА

В статье приведена практическая оценка значимости исследования 25 пациентов с помощью тестовой панели «Гастропанель» при скрининге пациентов на наличие инфицирования *Helicobacter pylori* и на выявление патологии желудка на доклинической стадии развития, которые в 96% были подтверждены эндоскопическим исследованием с цитологией слизистой желудка и ПЦР диагностикой на НР.

Ключевые слова: НР-инфекция, патология желудка, доклиническая диагностика, гастропанель.

Введение. Значение *Helicobacter pylori*, как одной из основных причин хронического гастрита, в последнее время не подвергается сомнению. В международную классификацию гастритов хеликобактерный гастрит внесен как гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (гастрит типа «В», активный хронический гастрит) [1].

Почти у 50% лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, имеется риск развития атрофического гастрита, который в большинстве случаев приводит к раку желудка и в 90% случаев является причиной развития язвенной болезни. Эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* приводит к излечению атрофического гастрита. Соответственно, уменьшается или полностью исчезает риск развития заболеваний, связанных с атрофическим гастритом [2].

В связи с этим, на современном этапе весьма перспективным является доклиническая диагностика гастропатий неинвазивным методом исследования, позволяющим с большой достоверностью оценить состояние слизистой желудка и факт инфицирования *Helicobacter pylori*. Одним из таких методов является тестовая панель «Гастропанель», разработанная финской компанией «Biohit», основанной на технологии иммуноферментного анализа (ИФА) [3].

С помощью тестовой панели «Гастропанель» в плазме крови определяются 4 показателя: наличие антител IgG к *Helicobacter pylori* и их

количество, уровни пепсиногена I, пепсиногена II и гастрин-17. Данные исследования этих параметров позволяет выявить факт инфицирования *Helicobacter pylori*, наличие атрофии, оценить степень и локализацию процесса. Программная обработка данных позволяет предоставить наиболее вероятную интерпретацию результатов, предполагаемый диагноз еще [4].

Целью исследования является практическая оценка значимости исследования с помощью тестовой панели «Гастропанель» при скрининге пациентов на наличие инфицирования *Helicobacter pylori* и на выявление патологии желудка на доклинической стадии развития.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 25 пациентов, которые не имели жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и были обследованы с профилактической целью, из них 15 мужчин и 10 женщин. Возраст обследуемых варьировал от 25 до 40 лет, то есть это были лица трудоспособного возраста.

Всем пациентам проводились исследования крови с использованием тестовой панели «Гастропанель» до и после стимуляции раствором пищевого белка для определения наличия НР-инфекции, состояния слизистой желудка и секреции соляной кислоты.

Обработка результатов исследования осуществлялась программой, которая выдавала отчет по процентной вероятности наличия различных состояний слизистой

желудка (норма, атрофический гастрит желудка антрального отдела, атрофический гастрит тела желудка и антрального отдела)

Результаты и обсуждения.

Результаты исследования показали, что у 20 (80%) исследуемых имеется инфицирование *Helicobacter pylori*, из них у 12 мужчин и 8 женщин, снижение уровня пепсиногена – у 5 (20%).

На основании полученного с помощью программы заключения пациентам с признаками НР-инфекции и признаками атрофии слизистой желудка проводилось эндоскопическое исследование с цитологическим исследованием слизистой желудка и ПЦР диагностикой на НР, которые в 96% совпали с результатами исследования методом «Гастропанель».

При этом по результатам исследования проводился отбор пациентов на курс эрадикационной терапии. Контроль излечиваемости от НР осуществляли через 6 месяцев после окончания терапии по количественному определению уровня антител к НР. Во всех случаях определялось снижение уровня антител до нормальных значений, что являлось четким критерием эрадикации.

Заключение. Таким образом, гастропанель позволяет поставить доклинический диагноз НР-инфекции и оценить необходимость проведения лечения, а также вероятность наличия различного состояния слизистой желудка (норма, гастрит, атрофический гастрит) и риск развития язвенной болезни, рака желудка, гастроэзофагальнорефлюксной болезни и пищевода Баррета. Кроме того, определяет целесообразность проведения гастроскопии и гистологического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит.- Амстердам, 1998.- с 151-161.
- 2 Дрыгина Л.Б., Пояркова Н.А., Саблин О.А. Клинико-лабораторная оценка эффективности

эрадикационной терапии *helicobacter pylori*.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 2. С. 27-31.

- 3 Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т., Новикова Л.И. и др. оценка инвазивных и неинвазивных методов диагностики хеликобактерной инфекции // Современные технологии в медицине.- 2011.- №2.- С. 57-60.
- 4 Маев И.В., Мельникова Е.В., Кашин С.В. и др. Серологический скрининг предопухоловой патологии и раннего рака желудка.// Клиническая медицина.- 2008.- Т. 86. №11.- С. 43-48.

Түйін

М.Б. ЛИ

*Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының Орталық
клиникалық ауруханасы, Алматы қ.*

АСҚАЗАН ПАТОЛОГИЯСЫН КЛИНИКАҒА ДЕЙІНГІ ДИАГНОСТИКАДА ГАСТРОПАНЕЛЬДІ ҚОЛДАНУ

Мақалада емделушілерде *Helicobacter pylori* инфекциясының болуына және сілемейлі асқазан цитологиясына эндоскопиялық зерттеулерімен және НР-ға ПТР диагностикасымен 96% расталған асқазан патологиясын клиникалық сатыда анықтау үшін жүргізілген скрининг кезінде «Гастропанель» тест панелі көмегімен 25 емделушіні зерттеу маңыздылығын тәжірибелік бағалау келтірілген.

Түйін сөздер: НР-инфекциясы, асқазан патологиясы, клиникаға дейінгі диагностика, гастропанель.

Summary

M.B. LEE

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

USE GASTROPANEL IN PRECLINICAL DIAGNOSIS OF GASTRIC PATHOLOGY

The article provides a practical assessment of the importance of research in 25 patients using a test panel "Gastropanel" in screening patients for the presence of *Helicobacter pylori* infection and gastric pathology detection at the preclinical stage of development, which 96% were confirmed by endoscopic examination of the gastric mucosa with cytology and PCR for diagnosis НР.

Keywords: НР infection, gastric pathology, preclinical diagnosis, gastropanel.

А.В. МАРТЫНОВА

РГП «Центральная клиническая больница» Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан, Алматы**ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА**

В статье приведены результаты эффективности применения тиотропиум бромида у пожилых пациентов с ХОБЛ по сравнению с беродуралом. Его преимущества в гериатрической практике заключаются в отсутствии кардиотоксического и аритмогенного эффекта.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, тиотропий бромид, качество жизни.

Введение.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из основных причин хронической заболеваемости и смертности во всем мире. Прогнозируется рост заболеваемости ХОБЛ в результате сохраняющегося влияния факторов риска и старения популяции. По опубликованным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предполагается, что она выйдет к 2020 году на 5 место по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе [1].

Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжают расти во всем мире. Этим заболеванием страдают 4-6% мужчин и 1-3% женщин старше 40 лет. В европейских странах оно ежегодно является причиной смерти 200-300 тыс. человек [2].

Лечение ХОБЛ у пожилых является проблемой, требующей учета целого ряда факторов, характерных для течения этого заболевания и влияющих на эффективность лечения ХОБЛ. Наличие у пожилых лиц с ХОБЛ сопутствующей патологии нередко ведет к взаимному отягощению и к нежелательным эффектам лекарственных средств, применяемых в лечении, как основного заболевания, так и сопутствующих. Нередко этим больным назначают большое количество препаратов с целью оказать лекарственное влияние на все существующие у них болезни [3].

Цель исследования - оценить качества жизни у пожилых пациентов с ХОБЛ на фоне приема тиотропиум бромида в сравнении с беродуралом.

Материалы и методы:

обследовано 38 пациентов с ХОБЛ пожилого возраста, средний возраст которых составил - 70±9 лет, из них 30 были мужчины и 8 - женщины. У всех обследуемых сопутствующей патологией была ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 35 - в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Всем больным проводили клинические, функциональные методы исследования (спирометрия и пикфлоуметрия), ЭКГ и ЭхоКГ. По данным спирометрии у 15 человек (40%) отмечалось снижение показателей ОФВ1 ниже 55% от должной и у 23 человек (60%) - ниже 60% от должной.

По данным ЭКГ выявлялись признаки легочного сердца в виде появления R-pulmonale у 15 человек (40%) и гипертрофии правого желудочка у 36 человек (95%). У 30 пациентов (81%) выявлялись неспецифические изменения на ЭКГ, характерные для миокардиодистрофии.

По данным ЭхоКГ выявлялись признаки гипертрофии правого желудочка, повышения давления в легочной артерии (ЛА) у 36 человек (95%).

У больных преобладали жалобы на кашель, сухой (39%) или с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты (60%), одышку при умеренной физической нагрузке (85%), слабость (93%), потливость (89%), повышение температуры (58%).

Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и проявлению основного заболевания. В 1 группу вошли 20 пациентов, которым

помимо антибактериальной терапии назначали один из базовых бронходилататоров - холинолитик тиотропиум бромид 18 мкг 1 раз в сутки, во 2 группу - 18 пациентов, получавших комбинированный бронходилататор беродуал (фенотерол+ ипратропиум бромид) 2 раза в сутки.

Результаты и обсуждение. Оценка эффективности лечения проводилась через 2 недели. Повторный комплекс обследования включал спирометрическое исследование и ЭхоКГ, оценку качества жизни (КЖ) проводили методом самоанкетирования с помощью международного опросника по здоровью EuroQoL.

На фоне проводимой терапии у больных сравниваемых групп, по данным ФВД, были отмечены положительные изменения.

В первой группе было отмечено увеличение таких показателей, как ЖЕЛ на 7,2%, ФЖЕЛ – на 10,61%, ОФВ1 – на 7,6%, что свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости. Во второй группе, также отмечался прирост всех показателей относительно исходных значений, однако изменения были менее выражены.

При повторном ЭхоКГ – исследовании на фоне приема препаратов в сравниваемых группах было выявлено достоверное снижение уровня легочной гипертензии в 1-й группе – с $32 \pm 0,88$ до $30 \pm 1,69$, во 2-й группе – с $32,3 \pm 1,77$ до $30,6 \pm 1,34$.

Видимое клиническое улучшение в виде значительного уменьшения одышки, кашля и выделяемой мокроты отмечалось в 1-й группе в 90% случаев, а во 2-й группе – 84%.

При анализе показателей КЖ по визуальной аналоговой шкале опросника EuroQoL в группе больных, получавших тиотропиум бромид, изменение (в баллах от исходного значения) составило 10,1.

В группе больных, получавших беродуал, изменение в баллах от исходного значения составило 8,88.

Заключение. Таким образом, у пожилых больных с ХОБЛ тиотропиум бромид вызывает большую бронходилатацию, сопровождающуюся улучшением показателей бронхиальной проходимости, уменьшением выраженности одышки, кашля и объема выделяемой мокроты по сравнению с применением беродуала. При этом, тиотропиум бромид применяется 1 раз в сутки, а беродуал - 2 раза. Субъективная оценка влияния на течение болезни по всем шкалам опросника оценки качества жизни изменяется в равной степени в обеих группах, однако динамика прироста показателей в 1-й группе больше. Кроме того, преимуществом использования тиотропиум бромид у пожилых пациентов с ХОБЛ является отсутствие кардиотоксического и аритмогенного эффекта, что важно при таких сопутствующих заболеваниях, как ИБС и нарушения сердечного ритма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснова Ю.Н., Петухова Е.Л., А.А. Дзинский. Безопасность тиотропия бромид у больных ХОЗЛ с сопутствующей ишемической болезнью сердца. // Пульмонология. - 2006. - № 1. - С.17-21
2. Чучалин А.Г. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких: можем ли мы ожидать большего? (Результаты национального исследования ИКАР-ХОБЛ) // Пульмонология. – 2006. - Вып. 5. - С. 19-27.
3. Шмелев Е.И. Применение тиотропиума бромид у больных хронической обструктивной болезнью легких в старших возрастных группах // Consilium medicum. Пульмонология. - 2006. - Прил. - С. 26-29.

Түйін

А.В. МАРТЫНОВА
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының Орталық клиникалық
ауруханасы, Алматы қ.

ТИОТРОПИЙ БРОМИДІ СОӨА-МЕН АУЫРАТЫН
НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫНА ӘСЕР ЕТУІ

Мақалада бірінші қатардағы тиоптрий бромиді препараттымен қазіргі ингаляциялық терапия нәтижелері келтірілген. Оның

гериатрикалық тәжірибедегі басымдылықтары кардиотоксиндік және аритмогендік әсерінің жоқтығында, бұл СОӨА-мен ауыратын егде жастағы науқастар үшін маңызды, оларда жүрек ырғағының бұзылуы мен ЖИА ілеспелі аурулары болып табылады.

Түйін сөздер: созылмалы обструктивті өкпе ауруы, тиоптрий бромиді, өмір сүру сапасы.

Summary

A.V. MARTYNOV

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

IMPACT OF TIOTROPIUM BROMIDE ON QUALITY OF LIFE OF COPD PATIENTS

The article presents the results of modern inhalation therapy drug of tiotropium bromide. It's advantages lie in geriatric practice in the absence of cardiotoxic and arrhythmogenic effect that it is important for elderly patients with COPD, frequent co morbidities who are ischemic heart disease and cardiac arrhythmias.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, tiotropium bromide, quality of life.

Г.К. КАНАФИН, А.К. МАТКЕНОВ, А.М. МАХАНБЕТОВА
РГП «Больница Медицинского центра
Управления делами Президента Республика Казахстан», Астана

ОПЫТ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ИНДУКЦИИ СЕВОФЛЮРАНОМ

Благодаря быстрому прогрессу анестезиологии, ингаляционная анестезия до настоящего времени остается одним из основных методов интраоперационной защиты пациентов, вследствие легкого контроля глубины анестезии, быстрого выхода из анестезии и пробуждения пациента. Используемая в последние годы методика VIMA, при которой индукцию проводят севофлюраном, может стать приемлемой альтернативой ингаляционной анестезии с индукцией внутривенными анестетиками.

Ключевые слова: опыт ингаляционной индукции севофлюраном.

Введение.

Современная ингаляционная анестезия широко используется в Казахстане. Пароборазующие анестетики - особой группы препаратов, для которых путь введения в организм и путь выведения практически совпадают. Это отличие определяет два основных преимущества ингаляционной анестезии: первое - возможность на любом этапе анестезии, в случае незапланированного изменения состояния пациента, не только быстро увеличить (как и при применении внутривенных анестетиков) глубину наркоза, но и быстро ее уменьшить. Второе важное преимущество ингаляционной анестезии - возможность постоянного количественного контроля ее глубины по концентрации анестетика в выдыхаемой газовой смеси - минимальной альвеолярной концентрации (МАК). Следует признать, однако, что в большинстве стационаров современные ингаляционные анестетики, включая севофлюран, применяют для поддержания анестезии уже после ее индукции, достигаемой внутривенным введением анестетиков, гипнотиков, анальгетиков и миорелаксантов в различных сочетаниях. Исключением является лишь педиатрическая практика, где ингаляционные анестетики, раньше галотан, а теперь - севофлюран, традиционно используют и для индукции, и для поддержания анестезии. В последние годы такую методику анестезии нередко обозначают как VIMA (Volatile Induction

and Maintenance Anesthesia). Потребность в методике VIMA при проведении анестезии взрослым больным пока не определена, однако, очевидно, что в ряде случаев VIMA может стать приемлемой альтернативой методике, при которой индукцию проводят внутривенными анестетиками, а для поддержания используют ингаляционные.

Цель исследования. Определить некоторые преимущества VIMA севофлюраном перед внутривенными анестетиками для индукции при плановых оперативных вмешательствах.

Материалы и методы: проведено 20 анестезий с использованием методики VIMA при плановых хирургических операциях на брюшной полости, голове и шее, нижних конечностях на аппарате "Dragger Primus" с контролем CO₂ на вдохе и выдохе и МАК. Противопоказаниями к VIMA были общепринятые: повышенный риск аспирации; беременность; неотложные состояния, когда методом выбора является быстрая последовательная индукция; травма костей лицевого скелета, не позволяющей использовать масочную вентиляцию; ожоги ротоглотки, верхних дыхательных путей; повышенное внутричерепное давление; высокий риск злокачественной гипертермии; наличие в анамнезе сведений об осложнениях, связанных с предыдущим применением ингаляционных анестетиков и отказ пациента.

Методика VIMA: индукция с предварительным заполнением контура наркозного аппарата смесью, содержащей

6-8% севофлурана. Контур заполнялся в течение 90 секунд. Для этого испаритель открывался на максимальную концентрацию 8%, поток газов на ротаметре 8 л/минуту, тройник дыхательного контура закрывался. Перед первым вдохом пациенту рекомендовалось сделать полный вдох и выдох воздуха. При интубации использовался листенон. Индукция не дополнялась введением внутривенных анестетиков. Для достижения анальгезии, необходимой для интубации, достаточно было продолжать насыщать пациента севофлураном после утраты сознания в течение 30-40 секунд, а затем вводить листенон. При проведении масочной вентиляции после введения листенона применялся режим ручной вентиляции. Кислород продолжался подаваться 8 л/минуту для удаления избытка газов. После интубации устанавливался низкий поток свежих газов, испаритель севофлурана временно отключался до нуля, так как объем поданного севофлурана временно обеспечивал необходимую для начала операции МАК.

Результаты и обсуждение: при проведении данной методики не отмечалось побочных эффектов, связанных с воздействием севофлурана на дыхательные пути. Прозрачная маска и голосовой контакт с пациентом исключали потенциальные эффекты клаустрофобии. В среднем продолжительность индукции составляла от 40-50 секунд.

Отмечалось быстрое достижение минимальной альвеолярной концентрации (МАК), а значит и глубины анестезии, при индукции севофлураном с предварительно заполненным контуром. При этом отсутствовали какие-либо выраженные гемодинамические эффекты. В среднем на проведение индукции VIMA затрачивалось около 5 мл севофлурана.

Заключение. При трудной интубации, когда была необходимость поддержания анестезии для повторных попыток, не возникало особых проблем, так как севофлуран и кислород в высокой

концентрации продолжались подаваться. Теоретически, могла возникнуть проблема быстрого пробуждения пациента после неоднократных попыток интубации. Для этого планировалось полностью отключить испаритель и продолжать вентилировать пациента на высокой концентрации свежих газов до окончания действия миорелаксанта. После чего можно было безопасно перевести пациента на спонтанное дыхание воздухом операционной.

Побочным эффектом при использовании методики VIMA было некоторое испарение газа в операционной, которое при правильно налаженной вентиляции быстро нивелировалось.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 М.Н.Замятин, Б.А.Теплых, В.А. Кокуев «Индукция и поддержание анестезии севофлураном: методические основы техники VIMA» //Учебно-методические рекомендации, Москва, 2010.
- 2 Pavelescu, D.; Cucoreanu Badica, I.; Barbilian, R.; Grintescu, I. "VIMA (volatile induction and maintenance anesthesia) for the geriatric patients, an alternative to choose in one-day plastic surgery: 2AP3-6" // European Journal of Anaesthesiology: 12 June 2010 - Volume 27 - Issue 47 - p 41, Ambulatory Anaesthesia
- 3 E.L Ong J.W Chiu, J.L Chong, K.M Kwan "Volatile induction and maintenance (VIMA) versus total intravenous anaesthesia (TIVA) for minor gynaecological procedures" // Ambulatory Surgery Volume 8, Issue 1, January 2000, Pages 37-40

Түйін

Г.К. КАНАФИН, А.К. МАТКЕНОВ,
А.М. МАХАНБЕТОВА

РММ «Қазақстан Республикасы президенті іс басқармасының медициналық орталығы». Астана қ.

СЕВОФЛЮРАНМЕН ИНГАЛЯЦИЯЛЫҚ
ИНДУКЦИЯНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Жансыздандырудың жылдам дамуына байланысты ингаляциялық жансыздандыру бүгінгі күнге дейін наукастың интра ота қорғанысының негізгі әдісі болып келеді. Соның салдарынан жансыздандырудың тереңдігін оңай бақылауға, жансыздандырудан тез шығуға және наукасты тез оятуға болады. Севофлуранмен жүргізілетін индукция кезінде соңғы жылдары қолданылатын

VIMA әдістемесі тамыр ішілік
жансыздандырғыштары бар индукциямен бірге
қосымша ингаляция бола алады.

Түйін сөздер: севофлюран, ингаляция,
жансыздандыру.

Summary

G.K. KANAFIN, A.K. MATKENOV,
A.M. MAKHANBETOVA
*«Medical Center of President's Affairs Administration
of the Republic of Kazakhstan», Astana*

EXPERIENCE OF USING INHALATION
INDUCTION WITH SEVOFLURANE

Inhalation anesthesia remains one of the main methods of intraoperative protection of patients due to easy control of depth of anesthesia and rapid recovery. Volatile Induction and Maintenance Anesthesia (VIMA) with “sevoflurane” induction that has been utilized in recent years could be an acceptable alternative to inhalation anesthesia with induction by intravenous anesthetics.

Keywords: experience of using inhalation induction with sevoflurane

Ж.Б. КАРИМОВА, К.К. ДЖЕКСЕМБАЕВА, Ж.С. ДАНИЯРОВА, А.Е.САМЕНБЕТОВА,
А.К.СМАГУЛОВА

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

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

В статье описывается мониторинг давления в манжете интубационной трубки, как способ профилактики постинтубационного стенозирования гортани и трахеи на примере собственного опыта изучается в данной статье. Устройство «Pressure Easy Portex» может быть использовано с целью профилактики стенозирования гортани и трахеи при применении эндотрахеальных трубок с манжеткой низкого давления.

Ключевые слова: мониторинг давления манжетки, стеноз гортани, интубационная трубка.

Введение. Искусственная вентиляция легких распространенный метод в практике отделения анестезиологии и реаниматологии. Его проведение связано с интубацией трахеи, необходимостью раздувания манжеты эндотрахеальной трубки при всех проводимых при объемных, видеоэндоскопических полостных длительных операциях и условиях карбоперитонеума. Это создает условия герметичности нахождения последней в дыхательных путях пациента, нередко является причиной повреждения элементов гортани, трахеи и пищевода. Последствиями длительного нахождения интубационной трубки с раздувной манжетой и карбоперитонеума вызывает повреждение слизистой трахеи, вплоть до образования пролежня и пищеводно-трахеального свища в последствии приводит к стенозирования гортани и трахеи у 20-25% больных [2,3,4].

Материалы и методы. С целью профилактики этих осложнений нами в ОАР с ОБ применяется устройство «Pressure Easy Portex». Предназначен для заполнения манжет и мониторинга в ней давления в процессе использования на безопасном уровне 20-30 см. вод.ст. Проанализированы результаты использования данного мониторинга в 30 случаях у пациентов, оперированных по поводу хирургических патологий головы и шеи, брюшной полости в условиях

Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республика Казахстан за период с января 2013 по май 2013 года. Эксплуатация устройства крайне проста и удобна. Безопасная степень заполнения манжеты всегда легко определяется по наличию зеленой метки в нижней части устройства. Кроме того, нами использовались в работе трубки с манжеткой низкого давления, изготовленные из прозрачного нетоксического поливинилхлорида. Термопластический материал обеспечивает изменение формы изделия после интубации трахеи под воздействием температуры тела плотно облегает все складки слизистой трахей при ее раздувании. Такая трубка адаптирована к анатомическим особенностям пациента, повторяет контуры верхних дыхательных путей. Она уменьшает дискомфорт и давление на слизистую трахей. Это стимулирует местный кровоток, ведёт к снижению поверхности повреждения на трахее.

Результаты и обсуждение: у всех наблюдаемых с того периода 30 пациентов не наблюдалось каких-либо нарушений в проходимости гортани и трахеи или других осложнений. Как правило, экстубация трахеи происходила без проблем. Стойкой осиплости голоса не возникало.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность - Медицина, 1989. - 512 с.
- 2 Зенгер В.Г. Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи. Сб. научн. трудов Российской научно-практической конференции. Москва, 1999; 20-22.
- 3 Русаков М.А., Паршин В.Д. Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи. Сб. научн. трудов Российской научно-практической конференции. Москва, 1999; 46-48.
- 4 Харченко В.Д., Гваришвили А.А., Лебедев В.А., и др. Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи. Сб. научн. трудов Российской научно-практической конференции. Москва, 1999; 62-64.
- 5 Морган Д.Э. Клиническая анестезиология. Перевод с англ.- М Бином, 2005. 352с.

Түйін

Ж.Б. КАРИМОВА, К.К. ДЖЕКСЕМБАЕВА,
Ж.С. ДАНИЯРОВА, А.Е. САМЕНБЕТОВА,
А.К. СМАГУЛОВА

РММ «Қазақстан Республикасы президенті іс басқармасының медициналық орталығы». Астана қ.

ЖҰТҚЫНШАҚ ЖӘНЕ ТРАХЕЯНЫҢ
ПОСТИНТУБАЦИЯЛЫҚ АСҚЫНУЛАРЫН
АЛДЫН АЛУ

Мақалада интубациялық түтік манжетіндегі қысым мониторингі жұтқыншақ және трахеяның постинтубациялық асқынуларын алдын алу ретінде өзіндік тәжірибе мысалында қарастырылады. «Pressure Easy Portex» құрылығы жұтқыншақ және трахеяның постинтубациялық асқынуларын алдын алу мақсатында қолданылады.

Түйін сөздер: қысым манжеткасының мониторингі, жұтқыншақ стенозы, интубациялық түтік.

Summary

ZH.B. KARIMOV, K.K. DZHEKSEMBAEVA,
ZH.S. DANİYAROVA, A.E. CAMENBETOVA,
A.K. SMAGULOVA

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

PREVENTION OF POSTINTUBATION
COMPLICATIONS OF THROAT AND TRACHEA

Monitoring of pressure in cuff of intubation tube as a standard to avoid postintubation complications including the most serious as stenosis of larynx and trachea has been analyzed in this article. The device «Pressure Easy Portex» can be readily used as a tool to prevent these complications when endotracheal tubes with low pressure cuffs are utilized.

Keywords: cuff pressure monitoring, stenosis of larynx, intubation tube.

Г.А. РАХИМБЕКОВА, Г.А. АКШАЛОВА, Х.А. РАХИМБЕРЛИНА, С.Ж. МАЙЛИНА, Н.В. КИМ

*Институт внутренней медицины, отдел клеточной терапии, научно-исследовательская лаборатория
АО «Национальный научный медицинский центр», Астана*

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Введение. Еще в 1985 году известный английский ревматолог Е. Байотерс писал: «Системная склеродермия - загадка нашего поколения, драматичная и неожиданная при появлении, уникальная и мистическая в своих клинических проявлениях, прогрессирующая и упорно сопротивляющаяся лечению, приводящая в отчаяние и пациентов и врачей...».

По последним данным системная склеродермия считается - прогрессирующим системным заболеванием, в основе которого лежит поражение мелких сосудов всего организма, с последующими фиброзо-склеротическими изменениями опорно-двигательного аппарата, кожи и внутренних органов [1].

По современным представлениям, особенностью патогенеза всех диффузных болезней соединительной ткани является гиперпродукция аутоантител к компонентам ядра и цитоплазмы клеток, рецепторам иммуноглобулинов (ревматоидные факторы), компонентам свертывающей системы, фосфолипидам в сочетании с органоспецифическими аутоиммунными синдромами [2].

Аутоиммунные нарушения, как правило, сочетаются с избыточным образованием циркулирующих иммунных комплексов, которые плохо подвергаются фагоцитозу, длительно циркулируют в крови и откладываются в органах мишенях (кожа, почки, легкие), сосудах с развитием системного иммуноопосредованного воспаления. Развитие аутоиммунных реакций, в свою очередь связано с нарушением Т-супрессорной функции и повышением активности В-лимфоцитов,

продуцирующих различные аутоантитела [1,2].

Основу патогенеза ССД составляют нарушения иммунитета, фиброобразования и микроциркуляции, взаимодействующие на уровне основных клеточных и рецепторно-лигандных систем.

Изменения метаболизма соединительной ткани с повышением коллагено- и фиброобразования определяют по существу нозологическую специфику заболевания.

Выявлены фенотипически устойчивая гиперактивность фибробластов, структурные и функциональные аномалии клеточных мембран и рецепции, что позволяет предполагать также системную мембранную патологию.

Обсуждается возможность первичного, или индуцированного, метаболического дефекта фибробластов, реализующегося при воздействии дополнительных экзогенных стимулов [2].

Развитие воспаления мелких сосудов приводит к разрастанию вокруг них коллагена и фиброзной ткани, а также специфическое изменение их стенок — утолщение, потеря ими эластичности, возможно даже полное закрытие просвета мелких сосудов. Эти изменения, в свою очередь, приводят к нарушению кровоснабжения всех органов и тканей, вовлеченных в патологический процесс. Недостаточное кровоснабжение тканей приводит к их истончению (например, слизистых пищевода и желудка), или, напротив, утолщению (стенок альвеол в легких), нарушению их основных функций (всасывания в желудочно-кишечном тракте,

выведение углекислоты легкими, сокращение мышечных волокон) [1,2].

ССД распространена по всему Земному шару. Женщины болеют в среднем в 7 раз чаще, чем мужчины. Заболевание чаще диагностируется в возрасте 30-50 лет [2]. В лечении склеродермии базовыми средствами являются препараты, уменьшающие фиброзные изменения сосудов — ферментные препараты на основе лидазы или ронидазы, производные гиалуроновой кислоты и другие. Фармакологическое лечение сочетается с физиотерапией и физкультурой для предотвращения тугоподвижности в суставах. При наличии признаков гиперкоагуляции, микротромбозов рекомендуется включение в терапевтический комплекс антикоагулянтов прямого и непрямого действия, дезагрегантов - гепарина по 5000 ЕД подкожно 2-3 раза в день, фраксипарина, варфарина, малых доз аспирина [3].

Прогноз заболевания условно неблагоприятный, современная медицина не может устранить причину возникновения заболевания, воздействуя только на его симптомы. Заболевание хроническое, медленно прогрессирующее, адекватное лечение лишь улучшает качество жизни и замедляет прогрессирование болезни, трудоспособность со временем полностью утрачивается, происходит инвалидизация больного [4].

В настоящее время в Европе и Америке проходит сбор сведений о больных, получающих лечение системной склеродермии путем аутологичной пересадки стволовых клеток.

По предварительным данным ответ на терапию составляет до 93%. Первая публикация по применению ТКМ датирована 1957 годом [5].

Однако внедрение данного метода в клинику произошло значительно позднее.

В период с 1973 по 1999г.г. количество трансплантаций стволовых клеток в Европе выросло в 1000 раз и теперь ежегодно выполняется до 20 тысяч подобных операций [6].

По данным литературных источников подобные операции при ССД в Казахстане не проводились.

Материал и методы исследования. Трансплантация аутологичных стволовых клеток костного мозга (ТАСК КМ) больным с системной склеродермией (ССД) в нашей клинике проводится с июля 2011года. За период до июня 2013 года проведено 16 ТАСК, эта группа пациентов составила основную исследуемую группу. Контрольная группа (2 группа) составила 12 пациентов ССД на традиционной терапии без ТАСК.

Источником трансплантата во всех случаях являлся костный мозг самого больного.

Костный мозг (КМ) набирался из задних гребней подвздошной кости посредством многократных пункций. Процедура производилась под общей или эпидуральной анестезией в асептических условиях операционной. Объем аспириата ограничивался 5-ю мл за одну пункцию. Необходимое количество аспирируемого КМ рассчитано исходя из дозы костного мозга 10-15 мл на кг веса реципиента. Доля КМ составляла 5% от собранного объема, остальная часть — это примесь крови. Другим ориентиром при аспирации костного мозга являлась клеточность получаемого материала, оцениваемая в ходе процедуры. Оптимальной дозой считалась 100-400 миллионов ядродержащих клеток в трансплантате на 1 кг веса пациента [7].

С учетом прогрессирующего характера заболевания нами преследовалась цель путем ТАСК КМ замедлить прогрессирование, добиться стабилизации, а затем регресса клинической симптоматики.

Научную и практическую значимость представляет установление ассоциации между специфическими для ССД аутоантителами, клетками предшественниками, показателями миелограммы, показателями системы гемостаза, морфологическим исследованием биоптатов кожи, мышц и определенными клиническими характеристиками ССД после ТАСК КМ.

Нами были исследованы все ростки кроветворения (по данным миелограмм, костный мозг брали по стандартной методике) [8].

Показатели гемограммы (на гематологическом анализаторе Sysmex XT-2000i), наличие специфических антител антинуклеарные антитела-ANA, эстрагируемые нуклеарные антитела - ENA (на анализаторе Chem Well, USA).

Также проведена проточная цитофлуориметрия с определением CD3, CD4, CD8, CD13, CD19, CD20, CD38 у пациентов ССД, как в основной, так и в контрольной группах.

CD3 и CD4 являются высокоспецифичными маркерами Т-клеток, они появляются на более поздней стадии Т-клеточной дифференцировки и обнаруживаются в цитоплазме.

CD8 является маркером Т-клеток-супрессоров. CD8 экспрессирует примерно 30% периферических мононуклеарных клеток и 60-85% кортикальных тимоцитов.

CD13, CD19, CD20 присутствуют на поверхности практически всех лимфоцитов, в том числе ранних В-клетки-предшественники, но они теряются на терминальной стадии при дифференцировке в плазматические клетки. CD38 – антиген гемопоэтических клеток-предшественников, экспрессирующийся в норме на ранних гемопоэтических клетках-предшественниках и клетках эндотелия капилляров, нейронах, фибробластах. Является сосудитым маркером.

Фенотипические характеристики клеток-предшественников определяли на проточном цитофлуориметре (Becton Dickinson, FACS Calibur, USA) с

использованием флуорохромных (FITC) конъюгатов моноклональных антител, согласно инструкции фирмы-производителя.

Статистический анализ данных проводили с применением стандартных статистических методик с помощью программы STATISTICA 6,0 (IBM SPSS 18,0).

Соотношение по полу, как в основной, так и в контрольной группе было в пользу женщин, что соответствует литературным данным.

Медиана возраста составила в основной группе 45,5 (от 26 до 60 лет), коэффициент вариации составил 26,63%, в контрольной группе медиана возраста составила 50,0 (от 31 до 60 лет).

Результаты и обсуждение

Сравнительный статистический анализ системы кроветворения по данным гемограмм у больных ССД после проведенной традиционной терапии (контрольная группа) и после проведенной ТАСК КМ (основная группа) представлен таблицей 2.

При проведении сравнительного анализа показателей гемограммы отмечено, что после трансплантации аутологичных стволовых клеток у больных ССД в основной группе достоверно увеличилось число эритроцитов ($t=4,42$; $p<0,05$), повысился уровень гемоглобина ($t=1,35$; $p=0,18$), что говорит об улучшении кровоснабжения в органах, в этой же группе достоверно снизился нейтрофилез ($t=2,34$; $p<0,05$), при этом повысилось число лимфоцитов ($t=1,09$; $p=0,28$), что говорит о снижении воспалительной реакции у больных ССД после ТАСК.

Как видно из таблицы 3, проведенный сравнительный анализ показателей иммунной системы отметил достоверное снижение ANA ($t=2,71$; $p<0,05$) и ENA ($t=3,39$; $p<0,05$) у больных ССД в основной группе по сравнению с контрольной, что говорит об эффективности ТАСК КМ и о повышении иммунного статуса больных ССД после введения стволовых клеток. В таблице 4 представлены показатели

характеризующие состояние гемопоэза в основной и контрольной группах больных ССД.

Мы видим достоверное увеличение эритроидного и гранулоцитарного ростков после трансплантации стволовых клеток костного мозга, что подтверждается повышением индекса созревания эритроцитов (ИСЭ) (t-критерий=27,06; p<0,05) и индексом созревания нейтрофилов (ИСН) (t=3,27; p<0,05).

Кроветворение после трансплантации стволовых клеток достоверно стало иметь нормобластический тип и костный мозг при подсчете имел клеточный состав (t=5,629; p<0,05), в то время как у пациентов без ТАСК КМ преобладал малоклеточный костный мозг.

Таким образом, ТАСК КМ у пациентов ССД достоверно улучшило состояние гемопоэза, что привело к значительному повышению показателей эритроидного и гранулоцитарного ростков, а это в свою очередь способствовало купированию

анемического синдрома, снижению активности воспалительного процесса.

В таблице 5 представлен статистический анализ динамики клеток-предшественников в основной группе больных ССД после ТСК КМ и в контрольной группе на традиционной терапии без трансплантации стволовых клеток костного мозга.

Восстановление кроветворения произошло достоверно из стволовых клеток и коммитированных предшественников гемопоэза, которые были получены из костного мозга самого больного.

Наши исследования показали, что в результате ТАСК КМ происходит реполяризация клеток, баланс клеток меняется в сторону регуляции иммунной системы. Происходит достоверное увеличение экспрессии иммунокомпетентных клеток CD3, CD4, CD13, CD38, тогда как клетки несущие маркер цитотоксичности заметно уменьшаются.

Таблица 1- Общая характеристика пациентов

1 - Основная группа (пациенты с ССД после ТАСК КМ, n=16)				2 - Контрольная группа (ССД без ТАСК КМ, n=12)		
показатели		абс	%		абс	%
пол	ж	15	93,7	ж	10	83,3
	м	1	6,3	м	2	16,7
возраст	<40лет	7	43,75	<40лет	2	16,7
	>40лет	9	56,25	>40лет	10	83,3

Таблица 2 - Результаты статистического сравнения показателей гемограммы в 1(основной) и 2 (контрольной) группах дисперсионным методом - методом сравнения средних групп с помощью t-критерия Стьюдента

Показатели	1 группа n=16		2 группа(n=12)		Сравнение 1 и 2 групп		
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	критерии стат. сравнения 1 и 2 групп, t	Стат. значимость сравнения 1 и 2 групп	p
Гемоглобин (Hb)	123,19	8,95	114,17	24,60	1,3588	0,1859	
Эритроциты	4,71	0,37	3,96	0,53	4,4231	0,0002	p < 0,05
Лейкоциты	7,25	2,98	6,46	3,56	0,6418	0,5266	
Тромбоциты	267,15	68,23	256,92	128,19	0,2521	0,8032	
нейтрофилы	59,75	10,87	70,75	13,50	2,3483	0,0271	p < 0,05
эозинофилы	3,02	1,85	1,25	1,36	2,7892	0,0098	p < 0,05
моноциты	8,46	3,50	4,50	1,83	3,5573	0,0015	p < 0,05
лимфоциты	27,62	8,73	23,17	12,72	1,0995	0,2816	
СОЭ	20,69	12,89	33,08	24,03	1,7600	0,0902	

Таблица 3 - Результаты статистического сравнения показателей иммунной системы в 1(основной) и 2 (контрольной) группах дисперсионным методом - методом сравнения средних групп с помощью t-критерия Стьюдента

Показатели	1 группа n=16		2 группа(n=12)		Сравнение 1 и 2 групп		
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	t-критерии стат. сравнения 1 и 2 групп	Стат. значимость сравнения 1 и 2 групп	p
ANA	0,25	0,45	0,75	0,45	2,7080	0,0128	p < 0,05
ENA	0,17	0,39	0,75	0,45	3,3865	0,0027	p < 0,05

Таблица 4 - Результаты статистического сравнения показателей системы кроветворения в 1(основной) и 2 (контрольной) группах дисперсионным методом - методом сравнения средних групп с помощью t-критерия Стьюдента

Показатели	1 группа n=16		2 группа(n=12)		Сравнение 1 и 2 групп		
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	t-критерии стат. сравнения 1 и 2 групп	Стат. значимость сравнения 1 и 2 групп	p
Эритроидный росток	21,31	9,42	14,56	5,81	2,1839	0,0382	<0,05
Лейкемоидный росток	69,88	8,38	81,22	14,40	2,6225	0,0144	<0,05
Мегакариоцитарный росток	2,31	1,66	1,42	0,79	1,7202	0,0973	>0,05
ИСЭ	0,86	0,08	0,15	0,06	27,0574	0,0001	<0,05
ИСН	0,30	0,19	0,16	0,30	3,2651	0,0031	<0,05
Тип кроветворения	2,38	0,96	0,67	0,49	5,629	0,0001	<0,05

Таблица 5 - Результаты статистического сравнения динамики клеток-предшественников в 1(основной) и 2 (контрольной) группах дисперсионным методом - методом сравнения средних групп с помощью t-критерия Стьюдента

Показатели	1 группа n=16		2 группа(n=12)		Сравнение 1 и 2 групп		
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	t-критерии стат. сравнения 1 и 2 групп	Стат. значимость сравнения 1 и 2 групп	p
CD3	35,79	19,77	14,92	2,05	3,626	0,0012	<0,05
CD4	44,88	29,02	5,28	1,78	4,699	0,0001	<0,05
CD8	31,24	14,54	14,38	2,58	3,953	0,005	<0,05
CD13	30,28	17,04	47,90	14,43	2,886	0,0078	<0,05
CD19	12,63	10,03	12,53	6,85	0,0304	0,9750	>0,05
CD20	2,38	3,54	2,15	2,97	0,0833	0,8560	>0,05
CD38	27,56	33,39	42,77	14,95	1,467	0,1540	>0,05

Заключения. Введение стволовых клеток больным ССД способствовало повышению иммунного статуса, в то время как в контрольной группе сохранялось повышенное содержание ANA и ENA.

Восстановление кроветворения произошло достоверно из стволовых клеток и коммитированных предшественников гемопоэза, которые были получены из костного мозга самого больного.

Наши исследования показали, что в результате TACK КМ происходит реполяризация клеток, баланс клеток меняется в сторону регуляции иммунной системы. Происходит достоверное увеличение экспрессии иммунокомпетентных клеток CD3, CD4, CD13, CD38, тогда как клетки несущие маркер цитотоксичности после TACK КМ заметно уменьшаются.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что у пациентов ССД при трансплантации аутологичных стволовых клеток отмечается увеличение экспрессии антител к антигенам CD3, CD4, CD8, CD13, CD38. Следует отметить, что экспрессия антител к антигенам CD3, CD8 более выражена в основной группе по сравнению с контрольной, еще значительно к CD4.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о перспективности данного метода лечения и информативности иммунофенотипического метода в оценке эффективности трансплантации аутологичных стволовых клеток костного мозга у пациентов с ССД.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Гусева Н. Г. Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы. - М., 1993. - 144 с.
- 2 Гусева Н. Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение //Вестн. РАМН. - 1998. - №12. -С.27 -29.
- 3 Medsger T. A. Arthritis and Allied Condilions //Ed W. J Koopman. - Baltimore. 1997. - P. 1433 -1464.
- 4 Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheu matism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Commitee //Arthr. and Rheum - 1980.-Vol. 23. - P. 581-590.
- 5 <http://www.ebmt.org>
- 6 Apperley J., Carreras E., Gluckman E., Masszi T. ESH-EBMT Handbook on Haematopoietic Stem Cell Transplantation. 2012.- 122p.
- 7 Доскалчиев Ж.А., Григорьевский В.П., Аманбаев С.С. Инновационный патент №20472 «Способ подготовки клеточного материала» от 29.07.2008г.
- 8 Руководство по гематологии /под редакцией А.И.Воробьева.- Москва, издательство «Ньюдиамед».- 2002.- том 1.- С. 53-54.

Түйін

Summary

Г.А. РАХЫМБЕКОВА, Г.А. АҚШАЛОВА,
Х.А. РАХИМБЕРЛИНА, М.С. ЕРМОЛИНА,
Е.В. СВЕТЛИЧНАЯ

Ішкі медицина институты, клеткалық терапия бөлімшесі, ғылыми-зерттеу лабораториясы АҚ «Ұлттық ғылыми медициналық орталық», Астана қаласы

ЖҮЙЕЛІ СКЛЕРОДЕРМИЯДАҒЫ СҮЙЕК
КЕМІГІНІҢ АУТОЛОГИЯЛЫҚ ДІҢ
ЖАСУШАЛАРЫН ТРАНСПЛАНТАЦИЯЛАУ

Терінің беріштенуін және атрофиялануын жүйелі түрде емдеуге және клиникасына шолу жасалды. Ұлттық ғылыми медициналық орталықта 2011 жылдың шілде айынан бастап 2013 жылға дейін жасалған 16 сүйек кемігінің дің жасушаларын аутологиялық транспланттауынан бір сериясы баяндалған.

Науқастарға дің жасушаларын енгізу иммундық мәртебесінің өсуіне, қанжасаудың қалпына келуіне, гемопоэз көрсеткіштерінің қалыпқа түсуіне әсер етті. ТАСК арқылы аурудың дамуын төмендіруге, тұрақтануына және фиброздың иммундықфенотипиялық көріністерін бәсеңдетуге мүмкіндік туды.

Түйін сөздер: склеродермия, сүйек кемігі, трансплантация.

G.A. RAKHIMBEKOVA, G.A. AKSHALOVA,
KH.A. RAKHIMBERLINA, M.S. YERMOLINA,
Y.V. SVETLICHNAYA

Institute of Internal Medicine, Division of Cellular Therapy Research Laboratory at "National Scientific Medical Center" JSC, Astana

AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION
OF BONE MARROW AT SYSTEMIC
SCLERODERMA

Survey on clinics and treatment of systemic scleroderma (SSD) was reviewed. The series of 16 autologous stem cell transplantations of bone marrow described, which was conducted in the National Scientific Research Medical center since July 2011 till June 2013.

Injection of stem cells to patients contributed to increasing of immune status, hematopoietic regeneration, and normalization of hemopoes profile. With ASCT it became possible to slow down the progression of disease, achieve stabilization and regression of immune phenotypic pattern of fibrosis.

Keywords: scleroderma, bone marrow, transplantation.

Материал поступил 11.02.2014.

К.С. АСАНОВА

*РГП «Центральная клиническая больница» Медицинский центр
Управления делами Президента Республики Казахстан, Алматы*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

В статье дана оценка эффективности комплексного физиотерапевтического лечения 30 больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава (20) и мелких суставов (10). Методика сочетания УЗТ и электрофореза оказалась более эффективной, а курс лечения коротким в сравнении с монотерапией электрофорезом.

Ключевые слова: деформирующий остеоартроз, ультразвуковая терапия, электрофорез.

Остеоартроз является распространенным заболеванием и составляет в среднем 6-16% в популяции во всем мире. По данным различных авторов, частота этой патологии колеблется от 30 до 55% среди всех ортопедических заболеваний, по поводу которых пациенты обращаются к врачу [1, 2]. Наряду с этим известно, что поражение коленных суставов встречается наиболее часто (10%) у населения старше 55 лет, у 1/4 из которых наблюдается выраженная инвалидизация [12].

При деформирующем остеоартрозе (ДОА) в патологический процесс вовлекается не только суставная хрящ, но и весь сустав, включая субхондральную кость, связки, капсулу, синовиальную оболочку и периартикулярные мышцы.

Традиционно применяемые методы физиотерапевтического лечения, такие как ультразвук, электрофорез, магнитотерапия, озокеритовые аппликации бывают недостаточно эффективными в силу тяжести состояния данной группы пациентов, обусловленной суставной тугоподвижностью, контрактурой мягких тканей, мышечной атрофией, ограничением движения в конечностях. Вышесказанное побудило искать новые методы комплексного физиотерапевтического лечения больных с деформирующим остеоартрозом [3].

В настоящее время в лечении ДОА все чаще используется ультразвуковая терапия (УЗТ) – физиотерапевтический

метод лечения, при котором с лечебной целью используют колебания звуковых волн частотой более 2 кГц, не воспринимаемые человеческим ухом. Известно, что ультразвук проникает в ткани организма на глубину до 5-6 см и оказывает на организм механическое, тепловое и физико-химическое действие.

Цель работы – оценить эффективность комплексного физиотерапевтического лечения - УЗТ в сочетании с лекарственным электрофорезом - больных с деформирующим остеоартрозом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 больных, из них 38 мужчин и 22 женщины в возрасте от 40 до 73 лет.

При этом с диагнозом ДОА коленных суставов было 40 человек, с ДОА мелких суставов - 20 человек. Общее состояние больных, как правило, не было нарушено. Заболевание характеризовалось выраженными болями, нарушением функции и движения в суставах, а также изменением их формы.

В зависимости от назначенного физиотерапевтического лечения пациенты были распределены на 2 группы по 30 человек, приблизительно равнозначные по полу, возрасту и основному заболеванию. При этом пациенты первой группы получали комплексное физиотерапевтическое лечение: электрофорез с препаратом диклофенак и УЗТ с мазью хондроксид. Процедуры

назначались ежедневно, курс лечения 5-7 дней. Пациенты второй группы получали только электрофорез с препаратом диклофенак, ежедневно, курсом 7-10 дней. Лекарственный электрофорез – метод сочетанного воздействия на организм постоянного тока и лекарственного вещества, вводимого с его помощью в организм.

Наблюдение за пациентами обеих исследуемых групп осуществляли в течение 12 месяцев.

Результаты: Оценка результатов лечения проводилась по методике регресса экспертных признаков и данных объективного исследования.

Клинически отмечалось уменьшение болей у 96,5% больных, у 88,1% – увеличение объема движений.

Уменьшение болевых ощущений и снижение дозировки и кратности приема нестероидных противовоспалительных препаратов достигнуто у всех больных, что позволило значительно улучшить общее состояние и повысить двигательную активность пациентов.

Однако у пациентов 1 группы, получавших комбинированную методику физиотерапевтического лечения, улучшение наступило уже на 3-4-й день от начала лечения: купировались боли, исчезла отечность суставов, увеличилась амплитуда движения в суставах, улучшилось самочувствие пациентов.

У пациентов получивших только электрофорез с диклофенком – улучшение наступило на 5-7 день. Объем движений у больных с контрактурами сустава различной степени восстановлен у 67 (88,1%) пациентов, значительно увеличен – у 8 (10,5%), остался без изменений у 1 (1,3%) больного, который впоследствии был прооперирован в травматологическом отделении стационара с удовлетворительным результатом.

Болевой синдром остался без изменений у 1 больного (1,1 %), за счет сопутствующего заболевания: остеохондроз поясничного отдела

позвоночника с корешковым синдромом. Пациент продолжил лечение у невролога.

Длительность ремиссии болевого синдрома в 1 группе составила: 12 месяцев и более – 71% пролеченных больных, 8 месяцев – 25%, 6 месяцев – 4 %. Во 2 группе результаты были следующими: 8-12 месяцев - 68%, 6 месяцев- 30%, 4 месяца – 2%.

Таким образом результаты исследования показали, что сочетанное воздействие ультразвуковой терапии с препаратом хондроксид и электрофореза с препаратом диклофенак при деформирующем остеоартрозе коленного и мелких суставов имеет больший терапевтический эффект и более длительную ремиссии по сравнению с монотерапией электрофорезом. При этом курс лечения при комплексном воздействии короче на 3-5 дней.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Жупан В.Ф. Современное лечение деформирующего остеоартроза в поликлинике //Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии.- 2007.- № 1.- С. 76-80.
- 2 Гарифуллов Г.Г. Консервативное лечение деформирующего остеоартроза // Практическая медицина.- 2008.- № 1 (25).- С. 57-59.
- 3 Лопатина Д.В., Лобанов С.В. Клинический опыт применения производных гиалуроновой кислоты в комплексном лечении больных с деформирующим артрозом крупных суставов // Русский медицинский журнал.- 2010.- Т.18. №11.- С. 756-758.

Түйін

К.С. АСАНОВА

*Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының Орталық клиникалық
ауруханасы, Алматы қ.*

ДЕФОРМАЦИЯЛАШЫ ОСТЕОАРТРОЗЫ БАР
НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ
ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТИІМДІЛІГІН
БАҒАЛАУ

Мақалада тізе буындары (20) мен ұсақ буындарының (10) деформациялаушы остеоартрозы бар 30 науқасты кешенді физиотерапиялық емдеу тиімділігін бағалау берілген. УДТ мен электрофорез үйлесімділігі әдістемесі тиімдірек, ал емдеу курсы

электрофорез монотерапиясымен салыстырғанда қысқа болып шықты.

Түйін сөздер: деформациялаушы остеоартроз, ультрадыбыстық терапия, электрофорез.

Summary

K.S. ASANOVA

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

PERFORMANCE EVALUATION OF COMPREHENSIVE TREATMENT PHYSIOTHERAPY OSTEOARTHRITIS

The article assesses the effectiveness of complex physical therapy in 30 patients with osteoarthritis of the knee joint (20) and small joints (10). Technique combining UST and electrophoresis was more effective as a short course of treatment compared with monotherapy electrophoresis.

Keywords: deforming osteoarthritis, ultrasound therapy, electrophoresis.

УДК 617-089.844

Б.Р. АМАНЖОЛОВ, Р.И. ТАШИМОВ, А.Ж. ИСМАИЛОВ,
Ж.К. ТЫНКОЗИЕВ, А.Т. УАЛИХАНОВ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», Астана

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ БИОДИГРАДИРУЮЩИМ ПИЩЕВОДНЫМ СТЕНТОМ, ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА НЕ ПОДАЮЩЕЙСЯ ТРАДИЦИОННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

В статье представлен первый опыт применения и результаты лечения после эндоскопической установки биодegradирующего стента у пациента с постоперационной рубцовой стриктурой эзофагогастроанастомоза, не поддающейся традиционным методам лечения.

Ключевые слова: биодegradирующий стент, стриктура анастомоза.

Введение. 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].

Основным 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 ранее 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 биодegradирующими стентами» [7]. Согласно данному способу, после предварительной максимальной дилатации стриктуры под эндоскопическим контролем в зону стеноза пищевода подводят стент который самопроизвольно лизируется в течение 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

биodeградирующим 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 25,0мм., диаметр просвета пищевода в зоне стриктуры составил 6,0 мм, (эндоскопическое заключение: Постоперационная рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза). На основании отсутствия эффекта традиционным методам лечения и подробным ознакомлением с методами стентирования доброкачественных стенозов пищевода, нами было принято решение применить в первые в нашей практике биodeградирующий 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 биodeградирующим саморасправляющимся стентом фирмы ELLA-CS размерами: длина 80,0 мм диаметром 18,0 мм, изготовленного из монофиламентной нити полидиоксана, (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 биodeградирующими самораскрывающимися стентами у пациентов с постожоговыми (доброкачественными) стенозами, не подающимися 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. 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

Б.Р. АМАНЖОЛОВ, Р.И. ТӘШІМОВ,
А.Ж. ЫСМАЙЫЛОВ, Ж.К. ТЫҢҚОЗИЕВ,
А.Т. УӘЛИХАНОВ

«Республикалық жедел медициналық жәрдем ғылыми орталығы», Астана қ.

ДӘСТҮРЛІ ЕМДЕУГЕ КЕЛІСПЕЙТІН ӨҢЕШТІҢ ҚАТЕРСІЗ СТРИКТУРАСЫН БИОЫДЫРАЙТЫН ӨҢЕШ СТЕНТИМЕН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ СТЕНТТЕУДІ ҚОЛДАНУДЫҢ АЛҒАШ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада эндоскопиялық қондырғысының қолданыстың бірінші тәжірибесі және шипаның нәтижелерінің кейін биоазғында - стенттің емделушінің операциядан кейінгі

эзофагогастроанастомоз тыртықтың стриктурасымен емдеудің дәстүрлі әдістеріне ұсынылған.

Түйін сөздер: биоыдырайтын стент, анастомоз стриктурасы.

Summary

B.R. AMANZHOLOV, R.I. TASHIMOV,
A.ZH. ISMAILOV, ZH.K. TYNKOZIYEV,
A.T. UALIKHANOV

«Republican Research Center for Emergency Care»
JSC, Astana

THE FIRST EXPERIENCE OF USING ENDOSCOPIC STENTING WITH BIODEGRADABLE OESOPHAGEAL STENT IN BENIGN STRICTURE OF OESOPHAGUS RESISTANT TO TRADITIONAL TREATMENT

The article presents the first experience of and outcomes after endoscopic installation biodegradable stent in a patient with postoperative scar stricture ezofagogastroanastomoz, not serve traditional therapies.

Keywords: biodegradable stent, esophageal stricture.

Материал поступил 06.01.2014 г.

МАҚАЛАЛАРДЫ ӨЗІРЛЕУ СІМДЕУ ЕРЕЖЕЛЕРІ
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ
SUBMISSION GUIDELINES

К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

заявки на имя главного редактора или при наличии сопроводительного письма от руководителя учреждения, на базе которого проводилась работа.

для публикации научной статьи необходимо предоставить **2 (две) рецензии** с рекомендацией статьи к печати от независимых ученых и/или специалистов по тематике статьи.

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 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу по 2,0 и справа, слева по 2,5 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 6 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме.

4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание - слева) после инициалов и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а так же название учреждения (после текста), в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами (выравнивание по правому краю).

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. Редакция 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 Редакции.

11. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.

12. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редакция разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редакция 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. данный журнал размещается в электронной версии на сайте: www.mcupr.kz

15. Оплата за статью производится из расчета: 700 тенге за одну страницу. При оплате следует указать РНН и адрес автора.

Платежные реквизиты: «АО «Центр медицинских технологий и информационных систем» РНН 620 200 397 526 БИН 120 940 001 946 ИИК KZ669261501164996004 БИК KZKOKZKX АО «Казкоммерцбанк»

16. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, ул. Сыганак, 29, Бизнесцентр «Евроцентр», каб.1118, тел/факс: +7 (7172) 51 70 64, e-mail: dangold.kz@gmail.com