

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

**қазан - желтоқсан
4 (53) 2013
октябрь - декабрь**

Ежеквартальный научно-практический журнал
ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления Делами Президента
Республики Казахстан**

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

Редакционный совет:

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**

| | |
|--|----|
| К. Н. Апсалықов, Б.И. Гусев, Т.И. Белихина, Р.Т. Бөлеуханова, Т.Ж. Мұлдағалиев, А.В. Липихина Семей полигонында ядролық қару-жарақты сынау нәтижесінде пайда болған Қазақстан аумағындағы қоршаған ортаның тарихи және медициналық-гигиеналық аспектілері К.Н. Апсаликов, Б.И. Гусев, Т.И. Белихина, Р.Т. Булеуханова, Т.Ж. Мұлдағалиев, А.В. Липихина Исторические и медико-гигиенические аспекты состояния окружающей среды территорий Казахстана, сформированные в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне К.N. Apsalikov, B.I. Gusev, T.I. Belikhina, R.T. Buleukhanova, T.Zh. Muldagaliyev, A.V. Lipikhina Historical and Medical Aspects of Medical and Hygiene Conditions of Environment in Territories of Kazakhstan formed as the Result of Nuclear Weapon Tests in Semipalatinsk Test Site..... | 4 |
| Н.К. Рахимжанова, Д.Н. Нұрлан, А.К. Науанова, Ж.С. Әжімова Аурухананың қабылдау бөлімшесінде медициналық көмекті ұйымдастыру кезінде JCI стандарттарын қолдану Н.К. Рахимжанова, Д.Н. Нурлан, А.К. Науанова, Ж.С. Ажимова Использование стандартов JCI при организации медицинской помощи в приемном отделении больницы N.K. Rakhimzhanova, D.N. Nurlan, A.K. Nauanova, Zh.S. Azhimova Application of the Joint Commission International Standards during Care Delivery at Emergency Room..... | 9 |
| К.Н. Апсалықов, Т. И. Белихина, Т.М. Молдағалиев, Т.Ж. Мұлдағалиев Семей полигонының іргелес аумақтарында тұратын Қазақстан халқының арасында медикопсихологиялық кернеулілігінің мәселелері К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина, Т.М. Молдағалиев, Т.Ж. Мұлдағалиев Проблемы медико-психологической напряженности среди населения Казахстана, проживающего на территориях, прилегающих к Семипалатинскому полигону К.N. Apsalikov, T.I. Belikhina, T.M. Moldagaliyev, T.Zh. Muldagaliyev Health Problems of Psychological Stress in the Population of Kazakhstan Living on the Territory Adjacent to the Semipalatinsk Nuclear Test Site..... | 12 |
| А.Т. Қалмағамбетова Ауруханада шығындарды басқарудың ерекшеліктері А.Т. Калмағамбетова Особенности управления затратами в больничных организациях А.Т. Kalmagambetova Features of Cost Management in a Hospital Organization..... | 17 |
| Клиникалық зерттеулер Клинические исследования Clinical Research | |
| Б.Р. Аманжолов, Р.И. Тәшімов, А.Ж. Исмайылов, Ж.К. Тыңқозиев, А.Т. Уәлиханов Колоноскопия сапасын бағалау өлшемдері Б.Р. Аманжолов, Р.И. Ташимов, А.Ж. Исмайлов, Ж.К. Тынқозиев, А.Т. Уалиханов Критерии оценки качества колоноскопии B.R. Amanzholov, R.I. Tashimov, A.Zh. Ismailov, Zh.K. Tynkoziyev, A.T. Ualikhanov Quality Criteria for Colonoscopy | 22 |

| | |
|---|----|
| Д. Р. Оразбаева, А.А. Жақыпова, Ш.Д. Бейсенова, З.П. Сайдахметова, М.К. Қамалиденова, Ж.А. Әбішева Ауыстырып қондырылған бүйректің функционалдық жағдайын кешенді бағалауда ультрадыбыстық және доплерографиялық зерттеудің ролі Д. Р. Оразбаева, А.А. Жакупова, Ш.Д. Бейсенова, З.П. Сайдахметова, М.К. Камалиденова, Ж.А. Абишева Роль ультразвукового и доплерографического исследования в комплексной оценке функционального состояния трансплантированной почки D.R. Orazbayeva, A.A. Zhakupova, Sh.D. Beissenova, Z.P. Saidakhmetova, M.K. Kamalidenova, Zh.A. Abisheva Role of Ultrasound and Doppler in Complex Examination of the Functional Condition of the Transplanted Kidney..... | 25 |
| Д. Р. Оразбаева, А.А. Жақыпова, Ж.К. Қозыбаева, Ш.Д. Бейсенова, З.П. Сайдахметова, М.К. Қамалиденова, С.Б. Абсатова Тері арқылы шағын инвазиялық әрекеттердегі ультрафонография мүмкіндіктері Д. Р. Оразбаева, А.А. Жакупова, Ж.К. Қозыбаева, Ш.Д. Бейсенова, З.П. Сайдахметова, М.К. Камалиденова, С.Б. Абсатова Возможности ультрафонографии при малоинвазивных чрескожных вмешательствах D.R. Orazbayeva, A.A. Zhakupova, Zh.K. Kozybayeva, Sh.D. Beissenova, Z.P. Saidakhmetova, M.K. Kamalidenova, S.B. Absatova Ultrasonography Opportunities in Minimally Invasive Percutaneous Interventions..... | 30 |
| А.В. Мартынова Жүректің сол жақ қарыншасының систолалық бұзылуын емдеу А.В. Мартынова Лечение больных пожилого возраста с систолической дисфункцией левого желудочка A.V. Martynova Treatment of Elderly Patients with Left Ventricular Systolic Dysfunction..... | 34 |
| Б.К. Орынбасарова Ревматизмдік ауруларын антицитокинмен емдеу Б.К. Орынбасарова Антицитокинная терапия при ревматических болезнях B.K. Orynbasarova Anticytokine Therapy in Patients with Rheumatic Diseases..... | 36 |
| Б.С. Сейдуалиева, З.О. Жақсылықова, Д.А. Баймаханова, Г.Н. Оразбекова Асқазан сілемейлігі функционалдық жағдайын анықтауда гастропанелін қолдану Б.С. Сейдуалиева, З.О. Жақсылықова, Д.А. Баймаханова, Г.Н. Оразбекова Использование гастропанели для диагностики функционального состояния слизистой желудка B.S. Seidualiyeva, Z.O. Zhaksylykova, D.A. Baimakhanova, G.N. Orazbekova Use of Gastropanel in Diagnostics of Functional State of the Gastric Mucosa | 39 |

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 614.7-614.876(574)

К.Н. АПСАЛИКОВ, Б.И. ГУСЕВ, Т.И. БЕЛИХИНА, Р.Т. БУЛЕУХАНОВА,
Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ, А.В. ЛИПИХИНА

Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей

**ИСТОРИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ТЕРРИТОРИЙ КАЗАХСТАНА,
СФОРМИРОВАННЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПЫТАНИЙ ЯДЕРНОГО ОРУЖИЯ
НА СЕМИПАЛАТИНСКОМ ПОЛИГОНЕ**

В статье дана научная оценка радиационных эффектов, проведенная по международным стандартам, разработка и практическое внедрение эффективных методов профилактики заболеваний среди населения Семипалатинского региона.

Ключевые слова: Семипалатинский испытательный ядерный полигоны, радиация, медицинские последствия, заболеваемость, смертность.

Введение. Указом Президента Казахстана Н. Назарбаева №409 от 29 августа 1991 года был закрыт Семипалатинский испытательный ядерный полигон (СИЯП).

Для решения проблемы ликвидации деятельности СИЯП были приняты Закон РК от 18.12.1992г. №1787-ХІІ «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне», Постановление Правительства РК №336 от 17.03.1997г. «О программе медицинской реабилитации населения, пострадавшего вследствие ядерных испытаний на бывшем Семипалатинском ядерном полигоне в 1949-1990 гг.», Постановление Правительства РК от 20 сентября 2005 года №927 «Об утверждении Программы по комплексному решению проблем бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона на 2005-2007 годы» определены основные объемы и характер медицинской помощи пострадавшему населению.

Широкомасштабные испытания ядерного и термоядерного оружия, проводившиеся в течение 40 лет на СИЯП, стали причиной облучения сотен тысяч жителей и радиоактивного загрязнения

обширных территорий Казахстана. Несмотря на закрытие полигона, медико-социальные и экологические проблемы остаются актуальными и требуют решения [1]. Исследования радиозоологической обстановки, влияния ядерных испытаний на окружающую среду и здоровье людей за пределами полигона, проводились со времен начала испытаний, но они носили нерегулярный характер и результаты исследований не систематизировались [4].

Для минимизации медицинских последствий ядерных испытаний большое значение имеет корректная научная оценка радиационных эффектов, проведенная по международным стандартам, разработка и практическое внедрение эффективных методов профилактики заболеваний среди населения Семипалатинского региона.

Кроме того необходимо информационное сопровождение инициативы Президента РК Назарбаева Н.А. по запуску Проекта «Атом», озвученной в ходе международной конференции «От запрета ядерных испытаний к миру, свободному от ядерного оружия» от 29 августа 2012 года.

Результаты и обсуждение исследования. Всего на бывшем

постсоветском пространстве произведено 720 ядерных взрывов, из них 456 на СИЯП (64%). Площадь СИЯП 18500 км², из них площади Восточно-Казахстанской 54%, Павлодарской 39% и Карагандинской 7% областей. Площадь пострадавших земель в 16 раз больше самого полигона – 304000 км² (Рисунок 1).

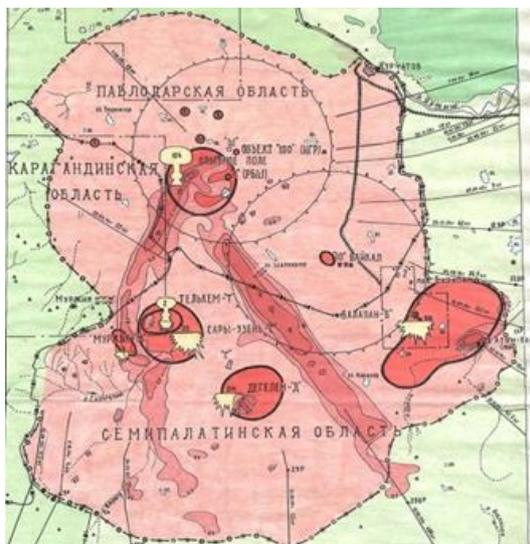


Рисунок 1 – Карта-схема расположения СИЯП

29 августа 1949 года было произведено первое ядерное испытание в СССР, явившееся одновременно первым испытанием на СИЯП и первым наземным ядерным испытанием. Последнее ядерное испытание проведено 19.10.1989 году, когда 3 ядерных заряда были взорваны под землей. С 1948 года все вопросы изучения радиационного воздействия на организм человека, а так же разработка нормативов, регламентирующих работы с использованием ионизирующего излучения были поручены Институту биофизики, подчиненному Главному управлению при МЗ СССР.

Радиационная безопасность населения, проживающего на территориях, прилегающих к полигону, осуществлялась не путем измерения индивидуальных доз облучения, а по результатам наблюдений за радиационной обстановкой на территориях и были строго засекречены.

В состав руководства испытаниями на полигоне всегда входил представитель Минздрава СССР, на которого возлагался

контроль за правильностью выполнения мероприятий по обеспечению безопасности персонала и населения при проведении ядерных испытаний.

24 августа 1956 года в результате наземного ядерного взрыва радиоактивные осадки выпали на территории г. Усть-Каменогорска и его окрестности. В больницы города были госпитализированы люди с острой лучевой реакцией, зашифрованной как вегетососудистая дистония. Для анализа ситуации в город прибыла государственная комиссия МЗ СССР. По ее решению был открыт Диспансер №3, в задачи которого вошли анализ радиационно-гигиенической ситуации и помощь пострадавшему населению.

Радиационное загрязнение почвы, растительности, животных, облучение людей свидетельствуют о радиозэкологической проблеме, ставящей под угрозу жизнь и здоровье облученных жителей Семейского региона и их потомков в последующих поколениях [2, 3].

В марте 1957 года в г. Семипалатинске открыто секретное учреждение Диспансер №4 МЗ СССР, который был переименован в «Противобруцеллезный диспансер» №4 МЗ СССР. Руководство Диспансера осуществляло Третье главное управление при МЗ СССР.

Задачами Диспансера были: оценка радиационно-гигиенической обстановки на территориях Семипалатинской области, прилегающих к полигону; контроль за состоянием здоровья населения области.

Диспансер осуществлял свою деятельность под грифом «Совершенно секретно», были запрещены любые контакты с Военным ведомством, осуществлявшим руководство деятельностью СИЯП.

После распада СССР Указом Президента РК Н.А. Назарбаева №409 от 29.08.1991г. был закрыт Семипалатинский ядерный полигон.

8 августа 1991 года на базе Диспансера №4 МЗ СССР создан Научно-исследовательский институт

радиационной медицины и экологии (НИИ РМиЭ).

Основными задачами института являются: радиоэкологическая оценка состояния территорий Казахстана, прилегающих к СИЯП; оценка медико-демографических последствий испытаний для населения, проживающего на этих территориях.

Радиоэкологическая катастрофа, связанная с испытанием ядерного оружия на СИЯП стала причиной следующих государственных проблем: необходимость реконструкции и расчета доз облучения населения; установление количественного и возрастно-полового состава групп радиационного риска; оценки медико-демографических последствий и расчеты медицинских потерь; проведение профилактики индуцированных радиацией заболеваний и реабилитации пострадавшего населения (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Основные направления государственных мероприятий по преодолению последствий деятельности СИЯП

На карте схематично показаны радиоактивные следы основных дозообразующих взрывов, проведенных на СИЯП (Рисунок 3).

Закон РК «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском испытательном полигоне» классифицирует территории, пострадавшие от воздействия ядерных взрывов.



Рисунок 3 - Карта-схема основных дозообразующих взрывов

Согласно Закону загрязненными территориями считаются те, на которых эффективная эквивалентная доза облучения для населения превышает 0,1 бэр за весь период испытаний. Карта-схема ранжирования территорий по зонам радиационного риска представлена на Рисунке 4.



Рисунок 4 - Карта-схема ранжирования территорий по зонам радиационного риска

Исследования радиоэкологической обстановки на территориях, прилегающих к СИЯП, проводились с момента первого взрыва. В первые десять лет испытаний (1949-1959гг.) измерялась только мощность дозы гамма-излучения по пути прохождения радиоактивного облака в 15 районах 75 населенных пунктов. Диспансером №4 МЗ СССР в период 1953-1996гг. проведены исследования по изучению радиационной обстановки населенных пунктах Семипалатинской области, прилегающих к полигону. С 1959г. начали определять удельную суммарную бета-активность объектов

внешней среды. К 1962г. начались планомерные изучения радиоэкологической обстановки. С этого времени изучались как объекты окружающей среды, так и продукты питания на достаточно широких территориях. НИИ РМиЭ располагает вышеназванными архивными данными, частично сохранившимися после распада СССР и закрытия полигона.

Совместные научно-исследовательские работы проводились специалистами НИИ РМиЭ и Исследовательским институтом радиационной биологии и медицины (Университет Хиросимы, Япония) с 1995 года с целью изучения воздействия радиоактивных выпадений, как на окружающую среду, так и на население Семипалатинского региона. Основная задача на современном этапе - создание системы мониторинга радиационной обстановки в основных населенных пунктах, расположенных в зоне влияния СИЯП, и обеспечение ее функционирования.

Проблема оценки опасности длительного облучения в малых дозах достаточно сложная, и для статистически значимого установления зависимости возникновения отдаленных эффектов требуются эпидемиологические исследования на больших популяциях, которые возможно проводить при наличии достаточной базы данных, какой может стать база данных регистра пострадавших при испытаниях ядерного оружия. Цели создания регистра: обеспечение долговременного персонального учета лиц, непосредственно подвергавшихся радиационному воздействию и их последующих поколений, расчет доз облучения и мониторинг состояния здоровья.

Медико-демографические последствия облучения населения Казахстана (дозы облучения 250 и более мЗв) регистрировались в течение трех временных промежутков.

Первый период (первое поколение) - 1-5 лет от начала облучения (острые и ранние эффекты облучения). Имеющиеся

в нашем распоряжении данные (Министерство обороны бывшего СССР) указывают на существенный рост (в этом временном периоде) младенческой смертности (до 100-110 случаев на 1000 новорожденных), причиной которой являлись инфекционные заболевания, заболевания органов дыхания и пороки развития.

Среди части населения, подвергавшегося облучению в высоких дозах, фиксировались нарушения свертывающей системы крови, анемия с последующей лейкопенией. Имеются сообщения о возникновении острой лучевой болезни (гематологическая форма).

Второй период (первое и второе поколение) – 6-19 лет от начала облучения (ранние отдаленные эффекты). В этот период среди облучавшегося населения регистрируется резкий подъем онкологической заболеваемости, в структуре онкологической заболеваемости и смертности в этот период преобладали злокачественные опухоли, локализованные в ЖКТ.

Зафиксирован резкий рост болезней системы крови и кроветворных органов, регистрировался рост показателей смертности от лейкозов (острый и хронический миелобластный лейкоз) до 12-15 случаев на 100000 населения. Установлено 3-кратное превышение уровней болезней системы кровообращения.

В этот период клинические исследования позволили установить «омоложение» заболеваний системы кровообращения. Основная часть этой патологии диагностировалась в возрастных группах 40-49 лет, а среди контрольных групп - в возрастных группах 50 лет и старше.

В облучавшихся группах населения репродуктивного возраста существенно был увеличен уровень пороков развития (уродств) среди новорожденных. Так, в исходном периоде этот уровень составлял 1-3 случая на 1000 новорожденных, по состоянию на 1965-1980гг. – 17-19 случаев на 1000 новорожденных. Одновременно в

структуре общей заболеваемости облучавшегося населения в этот период регистрировался существенный рост числа заболеваний эндокринной системы, в структуре которых первое место занимали заболевания щитовидной железы, в том числе папиллярный рак как маркер радиационного неблагополучия.

Третий период (второе и третье поколение) - 23-48 лет от начала облучения (поздние отдаленные эффекты). С 1980 по 1995гг. был зафиксирован второй подъем онкологической заболеваемости и онкологической смертности (в 4-5 раз выше, чем в 1970-1975гг.). В этот период уровень общей онкозаболеваемости достигает 410-420 случаев на 100000 населения, а смертности – до 280-320 случаев на 100000 населения, что в 2-3 раза превосходило показатели контроля.

В структуре онкозаболеваемости и онкосмертности в этот период среди облучавшегося населения существенно снижается удельный вес злокачественных опухолей, локализованных в ЖКТ (почти в три раза – 25-35 случаев на 100000 населения) с одновременным достоверным ростом уровня рака легких и бронхов, молочной железы женщин.

В отдельные годы уровень рака легких и бронхов составлял 45-50 случаев на 100000 населения (в исходном периоде – 6-7 случаев на 100000 населения). В общей структуре онкологической заболеваемости и смертности в первом и втором периодах опухоли, локализованные в ЖКТ, составляли 70-75%. В третьем периоде картина резко меняется. На первое место выходит рак легких и бронхов (30-35%), рак ЖКТ (15-20%), рак молочной железы (15-20%).

Существенное снижение средней продолжительности жизни экспонированного радиацией населения ВКО было зарегистрировано в период с 1995 по 2007гг. В Абайском районе в целом средняя продолжительность жизни мужчин на 5,2-7,3 лет, а женщин – на 2,3-3,4 лет была ниже, чем в контрольном районе и составляла 51,3-61,8 и 67,2-70,3 лет соответственно. В Жанасемейском и

Бескарагайском районах эти показатели практически соответствовали показателям Абайского района.

Заключение. Таким образом, представленные нами сведения, в полной мере, демонстрировали желание Правительства РК, органов здравоохранения, социальной защиты, науки и образования как можно полнее использовать существующие человеческие, технические и финансовые ресурсы для решения главного вопроса – преодоления последствий деятельности СИАП для территорий и населения. Естественно, как и для любой другой страны, в Казахстане существуют, по ряду направлений, определенные проблемы, особенно в медико-социальной сфере, которые определили те недоработки, устранение которых возможно в более поздние сроки. Особенно это касается работ по реконструкции дозовых нагрузок на территории и население, рекультивации и введение в сельскохозяйственный и технический оборот некоторых территорий СИАП. Однако эти трудности не могут быть препятствием для эффективного продолжения работ по профилактике заболеваний, связанных с радиационным воздействием и полномасштабной реабилитацией пострадавшего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аканов А., Ямаишта С., Мейрманов С., Индершиев А., Мусаханова А.* Атомные взрывы и развитие общественного здравоохранения – Нагасаки-Алматы. - 2008. – 276 с.
2. *Назарбаев Н.А.* «Глобальная энергоэкологическая стратегия устойчивого развития в 21 веке» (Научное видение) - 2001.
3. *Balmukhanov S.B., Abdrakhmanov J.N., Balmukhanov T.S., Gusev B.I., Kurakina N.N., Raisov T.G.* Medical Effects and Dosimetric Data from Nuclear Tests at the Semipalatinsk Test Site / Technical Report for Defense Threat Reduction Agency. - 2006. - 124 p.
4. *Rakhypbekov T.K.* «The Health Status of the Population in the Semey Region and Scientifically Proven Measures to Improve It» // Radiation Health Risk Sciences. Proceedings of the First International Symposium of the Nagasaki University Global COE Program “Global Strategic Center for Radiation Health Risk Control”. - Nagasaki, Japan.-2008. - P. 322 - 327.

Abstract

Түйін

К.Н. АПСАЛИКОВ, Б.И. ГУСЕВ,
Т.И. БЕЛИХИНА, Р.Т. БӨЛЕУХАНОВА,
Т.Ж. МУЛДАҒАЛИЕВ, А.В. ЛИПИХИНА
Радиациялық медицина және экология ғылыми зерттеу институты, Семей қ.

СЕМЕЙ ПОЛИГОНЫНДА ЯДРОЛЫҚ ҚАРУ-ЖАРАҚТЫ СЫНАУ НӘТИЖЕСІНДЕ ПАЙДА БОЛҒАН ҚАЗАҚСТАН АУМАҒЫНДАҒЫ ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ТАРИХИ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ АСПЕКТТІЛЕРІ

Қорыта келгенде, кез келген елдегіндей, Қазақстанда да бірқатар бағыттар бойынша, әсіресе медициналық-әлеуметтік салада шешілмеген мәселелер бар. Бұл әсіресе аумаққа және халыққа дозалық жүктемесін қайта жасауға, СЯСП кейбір аумақтарын ауыл шаруашылық пен техникалық қолдануға және топырақ құнарлығын жаңарту жасауына қатысты.

Түйін сөздер: Семей ядролық сынақ полигоны, радиация, медициналық салдар, сырқаттану, өлім-жітім.

K.N. APSALIKOV, B.I. GUSEV, T.I. BELIKHINA,
R.T. BULEUKHANOVA, T.ZH. MULDAGALIYEV,
A.V. LIPIKHINA
Radiation Medicine and Ecology Research Institute, Semey

HISTORICAL AND MEDICAL ASPECTS OF MEDICAL AND HYGIENE CONDITIONS OF ENVIRONMENT IN TERRITORIES OF KAZAKHSTAN, FORMED AS THE RESULT OF NUCLEAR WEAPON TESTS IN SEMIPALATINSK TEST SITE

Thus, like any other country, in Kazakhstan there are, in some areas, some problems, especially in the medical and social spheres, which have identified shortcomings, the removal of which is possible at a later date. This is especially true of works on the reconstruction of doses to the territory and population, and the introduction of reclamation in the agricultural and technological process in some areas of SNTS.

Key words: Semipalatinsk nuclear test site, radiation, medical consequences, morbidity, mortality.

Материал поступил 20.10.13.

УДК: 614.2

Н.К. РАХИМЖАНОВА, Д.Н. НУРЛАН, А.К. НАУАНОВА, Ж.С. АЖИМОВА

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТОВ JCI ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ

В статье освещены вопросы постепенного перехода медицинской организации на международные стандарты деятельности JCI, обеспечивающие необходимое качество и безопасность оказываемых медицинских услуг. При этом больница становится узнаваемой, признаваемой в международном медицинском пространстве, и перед ней раскрываются перспективы участия в наиболее престижных программах межправительственного сотрудничества в области здравоохранения.

Ключевые слова: международные стандарты деятельности медицинской организации, качество медицинских услуг, безопасность пациентов, документооборот.

Введение. В государственной Программе «Саламатты Қазақстан» развития здравоохранения РК в 2011-2015гг., вопросы постепенного перехода деятельности больничных и других медицинских организаций на международные стандарты деятельности, обеспечивающие необходимое качество и безопасность оказываемых медицинских услуг, становятся все более актуальными [1].

Для решения этой важной задачи в течении последних лет в наиболее высокотехнологичных медицинских организациях (медицинский холдинг в г. Астаны, подведомственные организации МЦ УДП РК) проводится работа по внедрению стандартов Joint Commission International (JCI) с последующей их аккредитацией [2].

Стандарты группируют в соответствии с функциями, которые

относятся к оказанию медицинской помощи пациентам и связаны с безопасностью и эффективным управлением медицинской организацией. Эти функции применимы как для всей организации в целом, так и для каждого отделения, блока или службы в пределах организации.

Целью исследования явилось разработка и внедрение алгоритмов организации медицинской помощи в приемном отделении многопрофильной больницы в соответствии со стандартами международной аккредитации JCI.

Учитывая, что приемное отделение в стационаре играет ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и принятии решения необходимости госпитализации больного, первоначально были определены процессы, требующие стандартизации.

В первую очередь решали вопросы обеспечения безопасности пациентов и качества медицинской помощи на этапе приемного отделения. С этой целью определены и проработаны следующие задачи: точная идентификация пациента; установление эффективного взаимодействия; безопасное применение препаратов, опасных при ошибочном введении; снижение риска повреждений пациента в результате падений.

Рассматривая оказание медицинской помощи на этапе приемного отделения, как составную часть всего процесса лечения пациента, следующим важным вопросом было обеспечение доступности и преемственности лечения. При этом в первую очередь необходимо правильно сопоставить потребности пациента в медицинской помощи и доступных услугах с возможностями больницы. С этой целью разработан протокол скрининговой оценки для всех сотрудников, ответственных за прием, перевод или направление пациентов. В служебных инструкциях установлен перечень стандартных диагностических тестов, необходимых для приема

пациента. Процесс госпитализации пациентов в стационар также был стандартизован, при этом разработаны алгоритм экстренной госпитализации пациентов и инструкции по динамическому наблюдению пациентов, устанавливаются критерии перевода в специализированные отделения и отделение интенсивной терапии, а также определен порядок работы с пациентами при отсутствии свободных коек в нужном отделении.

При госпитализации пациентам и их семьям предоставляют информацию о предлагаемых медицинских услугах, прогнозе заболевания в случае использования данных услуг, а также обо всех ожидаемых издержках для пациента, что отражается в истории болезни.

Для создания целостной цепочки оказания медицинской помощи, начиная с приемного отделения, разработаны алгоритмы обеспечения преемственности и координации работы врачей, среднего медицинского персонала и иных сотрудников между: службой скорой помощи и приемным отделением; приемным отделением и диагностическими отделениями; приемным отделением и хирургическими и терапевтическими стационарами; приемным отделением и другими медицинскими организациями.

При установлении необходимости перевода пациентов в другие лечебно-диагностические организации заполняется протокол направления. Нами был разработан протокол направления в соответствии с международными стандартами, где содержалась следующая информация: как распределяется ответственность между принимающей и направляющей организациями и врачами; критерии перевода с учетом удовлетворения первоочередных потребностей пациента; кто отвечает за пациента в период его транспортировки; стандарт, необходимый для перевода оборудования; порядок действий врачей

приемного отделения, если перевод в другую организацию невозможен.

Уважение прав пациента на всех этапах лечения является неотъемлемой частью качества оказания медицинской помощи и начинается с определения этих прав с последующим разъяснением их пациентам и сотрудникам организации. В связи с этим пациентов необходимо знакомить с их правами и правилами их соблюдения, а сотрудников обучать оказанию внимательного и почтительного ухода за пациентами, защищая их достоинство.

В связи с этим разработаны алгоритмы, рассматривающие следующие процессы: идентификации, защиты и поддержания прав пациентов; информирования пациентов об их правах; подключения семей пациентов в соответствии с действующим законодательством к принятию ответственных решений; получения информированного согласия; знакомства сотрудников приемного покоя с правами пациентов.

Заключение. Таким образом, внедрение международных стандартов JCI на этапе приемного отделения многопрофильной больницы включает в себя многие аспекты, регламентирующие улучшение качества лечения и безопасности пациентов, а их использование необходимо не только для улучшения качества больничной помощи, но и для вхождения больницы в международное медицинское пространство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113.
2. Международная аккредитация Joint Commission International, 4е издание. - 2011.
3. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.

4. Sharp HealthCare Expands Premier Healthcare Alliance Affiliation to Include Web-based Infection Tracking Tool // Women's Health Weekly, 2008, September.
5. Health Quality Council of Alberta. Patient Safety Framework for Albertans. - 2010.

Түйін

Н.К. РАХЫМЖАНОВА, Д.Н. НҰРЛАН,
А.К. НАУАНОВА, Ж.С. ӘЖИМОВА

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

АУРУХАНАНЫҢ ҚАБЫЛДАУ БӨЛІМШЕСІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ КЕЗІНДЕ JCI СТАНДАРТТАРЫН ҚОЛДАНУ

Мақалада медициналық ұйымның көрсететін медициналық қызметтерінің қажетті сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ететін JCI қызметтерінің халықаралық стандарттарына біртіндеп көшу мәселесі баяндалған. Осыған орай, аурухана халықаралық медициналық кеңістікте танылған, мойындалған болып, денсаулық сақтау аясында оның үкіметаралық ынтымақтастықтағы айтарлықтай беделді бағдарламаларға қатысу мүмкіндігі ашыла түседі.

Түйін сөздер: медициналық ұйым қызметінің халықаралық стандарттары, медициналық қызметтердің сапасы, емделушілердің қауіпсіздігі, құжат айналымы.

Abstract

N.K. RAKHIMZHANOVA, D.N. NURLAN,
A.K. NAUANOVA, ZH.S. AZHIMOVA
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty

APPLICATION OF JOINT COMMISSION INTERNATIONAL STANDARDS DURING CARE DELIVERY AT EMERGENCY ROOM

The article highlights the issues of the gradual transition of a medical organization to the international standards of the Joint Commission international, consisting of six building blocks, and delivers the quality and safety of health services. In this case, the hospital becomes known as recognized in international medical space, and revealed to her prospects of participation in the most prestigious programs for intergovernmental cooperation in the health field.

Keywords: international standards for medical organization services, quality of medical services, patient safety, documentation management.

Материал поступил 10.11.13.

УДК 614.7-371.78(574)

К.Н. АПСАЛИКОВ¹, Т.И. БЕЛИХИНА¹, Т.М. МОЛДАГАЛИЕВ², Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ¹

¹Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей

²Государственный медицинский университет г. Семей

ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ПОЛИГОНУ

В статье описывается выполнение комплексного медицинского обследования жителей конкретных населенных пунктов, расположенных на радиоактивно-загрязненных территориях, которое включало социологический опрос по специально разработанной методике, медико-психологическое тестирование и скрининговое обследование с целью объективизации соматоформных и психосоматических расстройств.

Ключевые слова: Семипалатинский испытательный ядерный полигон, радиация, психологическая напряженность, радиотревожность, стресс, доза облучения.

Введение. По разработанным в НИИ радиационной медицины и экологии алгоритмам движения населения, контролируемых районов ВКО, было установлено, что предположительно группы радиационного риска из числа населения 2 городов и 10 районов, где в прошлые годы выпадали радиоактивные осадки, составляют 356 000 человек, из них – лица, подвергавшиеся прямому облучению – 30,1%, их потомки во втором и третьем поколениях – 69,9% человек. Естественно, сложившаяся ситуация, требует постоянного контроля и решений медицинского и социального характера.

Установлено, что даже через 40-48 лет после формирования эффективных доз облучения среднегодовая распространенность уровней большинства рубрик и классов заболеваний среди экспонированного радиацией населения и их потомков были достоверно более высокими, чем в контрольных группах. По 7 классам заболеваний относительные риски среди облучавшегося населения регистрировались в пределах от 1,54 (БСК) до 2,37 (болезни щитовидной железы) [1, 2].

По сведениям различных авторов в 28-40% случаев радиационные факторы субъективного дистресса вызывают нарушения психической адаптации и формируют пограничные психические

расстройства. Психотравмирующее значение установленной дозы облучения, в отличие от официально зафиксированной, как правило, связано не только с характеристиками возникновения и механизмами развития пограничных психических расстройств, но и степенью нарушений церебральной гемодинамики, нарушений вегетативной регуляции и функционирования иммунной системы, активацией свободно-радикального окисления - с соматическим здоровьем [3,4].

По данным казахстанских и международных исследователей, одно из лидирующих мест в структуре стресс-факторов испытаний ядерного оружия на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне (СИЯП) занимает психологический фактор, связанный с неадекватной информацией и, как следствие, формированием радиотревожности [5]. Его воздействие детерминирует высокие уровни психосоматических нарушений, снижение качества жизни и состояния здоровья, возникновение паники и слухов у населения.

Проблема информационно-психологической безопасности населения от неадекватной психотравмирующей информации тесно связана с проблемами социальной защиты, что требует

обоснования и детальной проработки ее механизма на государственном и, особенно, региональном уровнях. Недооценка мер информационно-психологической безопасности населения, проживающего на потенциально радиационно-опасных территориях, часто приводит к ошибкам в выборе тактики и форм социальной работы, возникновению недоверия к органам власти.

Многие исследователи подчеркивают, что эпидемиологическая оценка состояния психического здоровья пострадавших в результате радиационных ситуаций крайне затруднительна, в связи со сложностью выявляемости психических расстройств, не сопровождающихся органичной патологией.

По мнению ряда авторов, характерной чертой психогений экологических катастроф, в отличие от войн и стихийных бедствий, является ориентация опасений за здоровье в будущем. У населения, подвергшегося радиационному воздействию, восприятие радиационного риска как возможности возникновения отдаленных и генетических последствий облучения является мощным хроническим психотравмирующим фактором, приводящим к формированию синдрома “безнадежного” будущего.

Нужно отметить, что помимо радиационных, на уровень социально-психологической напряженности населения пострадавших районов оказали влияние и нерадиационные факторы. Радиоактивное загрязнение серьезно сказалось и на социально-экономическом развитии загрязненных территорий, так как на них был введен жесткий ограничительный режим. Были ограничены капитальные вложения в социальную сферу этих районов. На отставании уровня жизни населения контролируемых территорий сказалось и тяжелое социально-экономическое состояние, сложившееся в Республике после развала СССР.

После закрытия СИЯП в средствах массовой информации появилось достаточно много сведений, не всегда достоверно отражающих реальную ситуацию с радиационным загрязнением и его последствиями для здоровья населения, что способствовало не только реальному просвещению населения, так и формированию необоснованных слухов, нагнетанию страхов и возникновению радиофобий и радиотревожности. Население в течение многих десятилетий живет под угрозой радиации, опасаясь за свою жизнь, здоровье и будущее потомков.

Как показывает опыт работы с населением, большинство сельских жителей пострадавших районов, не представляет тесной связи между деятельностью человека и окружающей средой, поскольку не располагает соответствующей информацией и уровнем образования. В то время как стресс и беспокойство нельзя рассматривать в качестве непосредственных пагубных физических медицинских последствий облучения, они могут оказать негативное влияние на здоровье людей, которые подверглись воздействию радиации или которые считают, что они могли подвергнуться такому воздействию.

Результаты и обсуждение исследования.

В течение многих десятков лет среди населения, проживающего на значительных по площади территориях Казахстана, пострадавших вследствие деятельности СИЯП, формировалась кризисная ситуация, характеризующаяся состоянием психологического напряжения и стресса. В данной ситуации многие жители этих территорий сталкиваются с невозможностью реализации внутренних потребностей (мотивов, стремлений, ценностей), состоянием дезадаптации, что служит причиной формирования психосоматических и соматоформных расстройств.

Поэтому необходимо проведение комплексного исследования медико-психологической напряженности и ее

патопсихологических проявлений у населения Казахстана, проживающего на территориях, прилегающих к СИЯП, что предполагает разработку методов медико-психологической защиты.

Выполнение комплексного медицинского обследования жителей конкретных населенных пунктов, расположенных на радиоактивно-загрязненных территориях включает социологический опрос по специально разработанной методике, медико-психологическое тестирование и скрининговое обследование с целью объективизации соматоформных и психосоматических расстройств.

Изучение жилого фонда контролируемых контингентов является одной из приоритетных задач радиационной безопасности населения. Измерение мощности экспозиционной дозы, концентрации радона (основных дозообразующих факторов на сегодняшний день) непосредственно в жилых помещениях (квартира, частный дом) и предоставление населению информации о результатах исследования окажет положительное влияние на состояние психологической напряженности. В случае же превышения полученных результатов над нормативно-установленными, данные исследования помогут соответствующим службам принять оперативные меры защиты по радиационной безопасности населения. Кроме того, полученные и донесенные до населения, объективные данные о радиационных параметрах жилых помещений, будут способствовать расширению информированности населения по вопросам радиоэкологии региона.

На наш взгляд, методология научного поиска должна формироваться на основе учета всех факторов риска реализации нервно-психического компонента негативного влияния радиационных факторов риска и, в первую очередь объективных сведений о наличии или отсутствие величин доз облучения,

способных вызвать медико-демографические последствия.

В основе исследовательской работы необходим анализ результатов комплексного клинико-эпидемиологического и патопсихологического исследования населения, подвергшихся радиационному воздействию, в результате испытаний ядерного оружия на СИЯП, и их потомков.

Основой выборки численного состава групп исследования является анализ ежегодного распределения лиц при скрининговых обследованиях населения изучаемых районов, вошедших в базу данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергшегося действию ионизирующего излучения в результате испытаний ядерного оружия на СИЯП.

Основными методами исследования должны быть: изучение и выкопировка данных из Государственного научного автоматизированного медицинского регистра (ГНАМР) пострадавших; скрининговые исследования (в целях получения недостающих данных по заболеваемости и смертности в исследуемых населенных пунктах); расчет индивидуальных эффективных доз облучения; радиоэкологические исследования (измерение мощности экспозиционной дозы на местности и внутри жилых помещений; определение концентрации радона в воздухе жилых домов, в зданиях социально-общественного назначения; определение количественного и качественного содержания радионуклидов в изучаемых объектах окружающей среды (почва, растительность, воздух, вода, продукты питания).

Дизайн исследований предполагает 2 направления: медико-психологическое обследование (Рисунок 1) и проведение радиоэкологических исследований.



Рисунок 1 – Дизайн медико-психологических исследований

Проведение психологического и медицинского обследования жителей конкретных населенных пунктов, проживающих на территориях, прилегающих к СИЯП включает изучение общественного мнения и социально-психологическое исследование уровня стресса жизни населения конкретных населенных пунктов, расположенных в различных зонах радиационного риска, по специально разработанным анкетам с учетом возрастной, половой характеристики изучаемого населения, занятости, социального положения и состояния здоровья населения. Это послужит основой для анализа и оценки социально-психологической напряженности населения, непосредственно подвергавшегося облучению, и их потомков, а так же позволит обосновать принципы обеспечения информационно-психологической безопасности населения от неадекватной психотравмирующей информации, связанной с возможным воздействием радиационного фактора.

Проведение анкетирования с целью оценки восприятия экологического риска населением пострадавших территорий позволит разработать рекомендации по снижению радиотревожности и

улучшению социально-экономических условий жизни изучаемого населения.

Методика исследования необходима при оценке эффективности комплекса реабилитационных мероприятий по критерию социально-психологического состояния населения на территории радиоактивного загрязнения. Основным определяющим фактором социально-психологической напряженности является социальное благополучие населения (социальное здоровье), которое может быть субъективно оценено на основании подобного социологического мониторинга.

При изучении общественного мнения при этом нужно учитывать тот факт, что отобранные для опроса лица должны отражать мнение всего населения изучаемой территории. Поэтому выборочная совокупность должна отражать всю исследуемую генеральную совокупность.

Использование данного подхода позволит выявить вклад психосоматической патологии в формировании здоровья критических групп населения, а также определить наиболее неблагоприятные территории для выявления эффективных форм и методов, помощи по минимизации медицинских последствий облучения и социально-психологического напряжения населения.

Для оценки социально-экономического состояния изучаемых территорий предлагается специально разработанная методика, основанная на системе статистических данных по показателям, сгруппированным в проблемно-содержательные блоки по анализу состояния: демографических показателей (коэффициенты естественного прироста населения, рождаемости, смертности, брачности, разводимости) и показателей занятости населения; социальной сферы, включая оценку состояния жилищно-коммунального хозяйства, системы здравоохранения (заболеваемость, обеспеченность населения амбулаторно-

поликлиническими учреждениями, врачами, больничными койками), системы образования, уровня жизни; состояния окружающей среды; системы финансирования и инвестиций.

Проведение вышеуказанных исследований позволит оптимизировать адресность социально-экономической помощи пострадавшим в результате ядерных испытаний районам, а также установить индикаторы социально-психологической напряженности по проблеме анализа и управления информационно-психологической защитой населения.

Предлагаемый методический подход к оценке социально-экономического состояния радиоактивно-загрязненных территорий определит его динамику, установит направления, способствующие развитию этих территорий в экономике, экологии и социальной сфере, тем самым уменьшая социально-психологическую напряженность населения.

Комплексная оценка радиоэкологического состояния окружающей среды исследуемой территории (населенный пункт, район, область) позволит получить объективную, реальную и достоверную информацию о современной радиоэкологической ситуации территорий, которые подверглись воздействию деятельности ядерного полигона. Результаты этих исследований лягут в основу проведения реабилитационных мероприятий среди населения, позволят оптимизировать адресную социально-экономическую помощь пострадавшему населению, будут способствовать управлению социально-психологическим состоянием населения.

Заключение. Таким образом, полученные данные и обязательная разъяснительная информация об их значении для жизнедеятельности и здоровья человека, будут способствовать снижению субъективного представления о радиационной опасности и радиационном риске, а, следовательно, и снижению радиотревожности, вызывающей

психологическую напряженность и стрессовые состояния среди населения, проживающего на территориях, прилегающих к СИЯП.

ЛИТЕРАТУРА

1. *N.Y. Mudie, A.J. Swerdlow, B.I. Gusev, M.J. Schoemaker, L.M. Pivina, S. Chsherbakova, A. Mansarina, S. Bauer, Y. Jakovlev, K. N. Apsalikov.* Twinning in the Offspring of Parents with Chronic Radiation Exposure from Nuclear testing in Kazakhstan // Radiation Research Society. - 2010. - P. 829 - 836.
2. *Гусев Б.И., Пивина Л.М., Ансаликов К.Н., Рыженкова О.Н., Токанова Ш.Е., Белихина Т.И., Мансарина А.Е., Щербакова С.В., Кенжина Л.Б., Кошпесова Г.К.* Отдаленные медицинские последствия облучения населения некоторых районов Казахстана в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне. // Материалы международной конференции «Медико-социальная реабилитация населения экологически неблагоприятных регионов. – Семипалатинск. – 2006. – С. 43.
3. *Зотова С.А.* Роль радиационного фактора в формировании нервно-психических нарушений у детей, родившихся в семьях ликвидаторов аварии на ЧАЭС и обоснование тактики диагностических и лечебно-профилактических мероприятий: автореферат дисс. канд. мед. наук. - 2007. - 23 с.
4. *Т.И. Белихина, Б.В. Галич, Г.С.Турсунгожинова, Е.Б.Кучина.* Личностные особенности лиц, проживающих на территории бывшего Семипалатинского ядерного полигона // IV Международная научно-практическая конференция «Хроническое радиационное воздействие: эффекты малых доз» Россия, Челябинск, 9-11 ноября 2010 г.
5. *Турсунгожинова А.И., Шпаковский А.И.* К вопросу выявления тревожной составляющей в психологическом статусе лиц, проживающих на территориях подвергшихся вредностям Семипалатинского ядерного полигона. //IV Международная научно-практическая конференция СГМУ «Экология. Радиация. Здоровье». - 28 августа, 2010 г. - Семей. – С. 241.

Түйін

К.Н. АПСАЛЫҚОВ¹, Т.И. БЕЛИХИНА¹,
Т.М. МОЛДАҒАЛИЕВ², Т.Ж. МУЛДАҒАЛИЕВ¹
¹Радиациялық медицина және экология ғылыми зерттеу институты, Семей қ.

²Семей мемлекеттік медициналық университеті

СЕМЕЙ ПОЛИГОНЫНЫҢ ІРГЕЛЕС
АУМАҚТАРЫНДА ТҰРАТЫН ҚАЗАҚСТАН
ХАЛҚЫНЫҢ АРАСЫНДА
МЕДИКОПСИХОЛОГИЯЛЫҚ
КЕРНЕУЛІЛІГІНІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Зерттеуге жататын аумақтың (аудан, облыс, елді мекен) қоршаған ортасының радиоэкологиялық жағдайын кешенді бағалау ядролық полигонның әсері тиген аумақтардың қазіргі радиоэкологиялық жағдайы туралы нақты, жан-жақты және шынайы ақпаратты алуға мүмкіндік береді. Осы зерттеулер қорытындылары тұрғындар арасында өткізілетін оңалту іс-шаралар негізіне жатады, зардап шеккен халыққа атаулы әлеуметтік-экономикалық көмек көрсетуді оңтайландыруға және халықтың әлеуметтік-психологиялық ахуалын қолда ұстауға мүмкіндік тұғызады.

Түйін сөздер: Семей ядролық сынақ полигоны, радиация, психологиялық шиеленіс, радиофобия, күйзеліс, сәулелену мөлшері.

Abstract

K.N. APSALIKOV¹, T.I. BELIKHINA¹,
T.M. MOLDA GALIYEV², T.Ж. MULDA GALIYEV¹

УДК 614.212-005

¹ Radiation Medicine and Ecology Research Institute, Semey

² Semey State Medical University

HEALTH PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN THE POPULATION OF KAZAKHSTAN LIVING ON THE TERRITORY ADJACENT TO THE SEMIPALATINSK NUCLEAR TEST SITE

Comprehensive assessment of radioecological condition of environment in the study area (town, district, and region) will provide objective, real and accurate information about modern radioecological situation in territories that were exposed to the activities of the nuclear test site. The results of these studies will form the basis of the rehabilitation of the population, will optimize address socio- economic assistance to the affected population, and will facilitate the management of socio- psychological state of the population.

Key words: Semipalatinsk nuclear test site, radiation, psychological tension, radiophobia, stress, exposure dose.

Материал поступил 16.11.13.

А.Т. КАЛМАГАМБЕТОВА

Городская больница № 1 г. Астана

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ В БОЛЬНИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В современных условиях повышения сложности и динамизма внешней и внутренней среды для медицинских организаций постоянно возрастает необходимость эффективного функционирования системы финансирования. Медицинские организации нуждаются в совершенствовании системы обеспечения достоверной информацией. В настоящей статье приводится обзор и обоснование применения интегрированной системы мониторинга расходов медицинской организации.

Ключевые слова: стационар, финансы, мониторинг затрат.

Введение. Здравоохранение - ресурсоемкая отрасль, поглощающая множество материальных, финансовых, трудовых и прочих ресурсов, в рациональном использовании которых должны быть заинтересованы все субъекты экономических отношений [1]. Именно медицинская организация обладает материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами, которые расходуются в процессе оказания медицинских услуг.

Преимуществом экономического подхода при распределении ресурсов системы здравоохранения является выработка механизма расчета издержек и выгод альтернативных решений, что в условиях ограниченности ресурсов способствует обеспечению пациентов максимально возможной и эффективной медицинской помощью.

Проблема: Медицинская организация в процессе своей деятельности совершает материальные и

денежные затраты на простое и расширенное воспроизводство основных фондов и оборотных средств, производство и реализацию медицинских услуг, социальное развитие своего коллектива и другие затраты.

Наибольший удельный вес во всех расходах медицинских организаций занимают затраты на производство медицинских услуг. Совокупность производственных затрат показывает, во что обходится медицинской организации оказание тех или иных видов медицинской помощи, т.е. составляет производственную себестоимость услуги [2].

Управление затратами – это средство достижения предприятием высокого экономического результата. Оно не сводится только к снижению затрат, так как распространяется на все элементы управления. Практически на каждом предприятии существует резервы для снижения затрат до рационального уровня, что позволяет добиться роста экономической эффективности деятельности и повышения конкурентоспособности [3].

Преимущества эффективного управления затратами заключаются в следующем:

- производство конкурентоспособной продукции за счет более низких издержек и, следовательно, цен;
- возможность использования гибкого ценообразования;
- наличие качественной и реальной информации о себестоимости отдельных видов услуг и их позиции на рынке по сравнению с услугами других организаций;
- возможность оценки деятельности каждого подразделения предприятия с финансовой точки зрения;
- принятие обоснованных и эффективных управленческих решений [4].

Таким образом, можно обозначить следующие проблемы управления затратами в медицинских организациях:

- изучение зарубежного опыта организации управления затратами, создание новых нетрадиционных систем получения информации о затратах оказания медицинских услуг, применение современных подходов к калькулированию себестоимости услуг, определению финансовых результатов, а также использование этой информации для контроля, анализа, прогнозирования и регулирования производственной деятельности медицинской организации.

Производственная себестоимость и коммерческие расходы составляют полную, или коммерческую себестоимость медицинских услуг. Ее реальное определение в медицинской организации необходимо для:

- маркетинговых исследований и принятия на их основе решений о начале производства новых медицинских услуг с наименьшими затратами;
- определения степени влияния отдельных статей затрат на себестоимость услуг;
- ценообразования;
- правильного определения финансовых результатов работы, а соответственно прибыли.

Вместе с тем, в медицинских организациях, особенно в больницах имеется ряд особенностей, которые можно квалифицировать следующим образом.

Во – первых, оплата стационарных медицинских услуг проводится по числу пролеченных больных согласно государственного заказа, то оценка стоимости каждой услуги проводится согласно утвержденным коэффициентам по клинико – затратным группам.

Во – вторых, затраты на каждую услугу делятся условно на типичные, и индивидуальные в зависимости от сложности клинического случая.

В третьих, система здравоохранения относится к социальным услугам, в которой сложно подходить с экономических позиций. А именно, нельзя рассчитывать рентабельность услуг, для

некоторых категорий больных, так как они являются явно убыточными для больницы, ибо экономические издержки не покрываются реальными затратами.

В четвертых, утвержденная стоимость медицинских услуг, зачастую занижена, так как больные поступают по экстренным показаниям, т.е. с запущенными случаями болезней.

И наконец, возникает сложность при планировании деятельности каждого отделения исходя из экономических показателей, так как весьма затруднительно определить число сложных клинических случаев.

Необходимо выделить основные функции финансов в медицинской организации:

- обеспечение текущей финансово-хозяйственной деятельности, существующей структуры и технологии предоставления медицинской услуги;
- формирование оптимальной структуры медицинской организации и внедрение новых технологий;
- обеспечение социальной защищенности сотрудников.

Решения. Финансовое управление медицинской организацией предполагает применение комплекса экономических мер в области производства медицинских услуг и социального маркетинга.

Рост расходов 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. Формируется потребность в адекватной методологии анализа экономической эффективности медицинских вмешательств.

Очень важно, чтобы при принятии управленческих решений критически оценивались данные многочисленных фармакоэкономических исследований, проводимых как за рубежом, так и в нашей стране. Клинико-экономический анализ характеризуется двумя основными чертами. Во-первых, он предполагает сравнительную оценку издержек и результатов альтернативных вмешательств (схем методов лечения). Во-вторых, он всегда предполагает выбор.

Для того, чтобы оценить стоимость какого-либо метода лечения необходимо провести анализ издержек, связанных с ним. При этом вовсе недостаточно рассчитать стоимость лекарств. Данный вид экономического анализа используется в тех случаях, когда необходимо оценить два или несколько методов лечения с одинаковой эффективностью, которая доказана в ходе клинических исследований. В результате анализа устанавливается, на какой из методов лечения идет меньше затрат.

При определении видов медицинской деятельности и объемов необходимых средств предстоит рассмотреть несколько аспектов:

- эффективность самой медицинской помощи - большую или меньшую пользу принесет медицинская услуга.
- соотношение полученного результата и вложенных средств, т.е. выбора условий, при которых можно получить максимальные выгоды при минимальных затратах.
- справедливое использование государственных средств, выделяемых на здравоохранение.

В области управления здравоохранением мониторинг и анализ издержек надо ставить на самом высоком уровне, не дожидаясь пока окончательно сформируются финансово-экономические отношения между участниками системы, и определится правовой и хозяйственный статус медицинских организаций. Перевод всех медицинских организаций

на более совершенную и, по возможности, унифицированную методику мониторинга и анализа издержек поможет и держателем средств, и медикам, и потребителям медицинских услуг осознать свои экономические возможности, права и интересы в столь изменчивой обстановке реформы здравоохранения. Эффективное использование ресурсов медицинской организации может быть обеспечено только при создании надежной системы управления издержками

Следовательно, в этих условиях интегрированная система мониторинга издержек медицинской организации, как элемент финансового менеджмента, получает приоритетное значение. Финансовый менеджмент охватывает систему принципов, методов и форм и приемов управления рыночным механизмом в области управления издержками с целью повышения эффективности и конкурентоспособности и функционирования медицинской организации.

Для обеспечения контроля на каждом иерархическом уровне необходим единый подход к пониманию системы управления издержками. Система управления издержками должна давать руководству точную, достоверную и оперативную информацию о расходовании ресурсов. Кроме общих сумм израсходованных ресурсов, хорошая система управления издержками отражает причинно-следственные связи между различными статьями издержек и отдельными бизнес-процессами медицинской организации.

При оказании медицинской помощи особенно важно внедрять передовые технологии, экономически более выгодные формы ведения лечебно-диагностического процесса, наиболее эффективно использовать все имеющиеся ресурсы, создавать и совершенствовать медицинские стандарты и на их основе разрабатывать организационно-экономическое и инструментальное

обеспечение для объективной оценки издержек на производство медицинских услуг.

Процесс управления в медицинской организации обычно рассматривается как последовательное выполнение четырех управленческих функций: планирование, организация, мотивация, контроль.

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.

Выводы. Таким образом, совершенствование системы управления издержками в медицинских организациях должно вбирать в себя самые современные организационно – управленческие технологии, такие как внедрение корпоративного развития и корпоративной культуры направленной на достижение стратегической цели больницы, основанной на незыблемости объективной информации и грамотного финансового менеджмента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
2. *Ли И.И.*, Особенности совершенствование финансово-экономической системы в государственном региональном диагностическом центре при изменении правового статуса// Клиническая медицина Казахстана. - 2013г., Астана, специальный выпуск, Материалы республиканской конференции с международным участием.- С. 126-129.
3. *Гомонко Э.А., Тарасова Т.С.* Управление затратами на предприятии: Учебник. – М.: КНОРУС, 2010. – 87 с.
4. *Замураева Л.Е.* Управления затратами: Учеб. пособие. – Издательство Тюменского государственного университета, 2009. - 7- 8с.

Түйін

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

АУРУХАНАДА ШЫҒЫНДАРДЫ БАСҚАРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

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

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

Abstract

A.T. KALMAGAMBETOVA
City Hospital № 1, Astana

FEATURES OF COST MANAGEMENT IN A HOSPITAL ORGANIZATION

In modern conditions of increasing complexity and dynamism of the external and internal environment of the complexity of medical organizations to ensure the effective functioning of this system is constantly increasing. That's why healthcare organizations need to improve the system to ensure accurate information. 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 17.11.13

**КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
CLINICAL RESEARCH**

УДК 614.2-345.6

**Б.Р. АМАНЖОЛОВ, Р.И. ТАШИМОВ, А.Ж. ИСМАЙЛОВ, Ж.К. ТЫНКОЗИЕВ,
А.Т. УАЛИХАНОВ***АО «Республиканский Научный Центр Неотложной Медицинской Помощи», г. Астана***КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА КОЛОНОСКОПИИ**

В статье описываются критерии эффективности и качества проведения колоноскопии, систематизированные в измеримую оценочную шкалу. Проведен ретроспективный анализ качества проведения колоноскопии в АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» за 10 месяцев 2013г. по разработанной нами шкала измеримых качественных показателей колоноскопии.

Ключевые слова: Колоноскопия, критерии оценки качества.

Введение. В Республике Казахстан за прошедшие несколько лет произошло значительное увеличение количества проводимых колоноскопии, большей частью за счет скрининга колоректального рака. Центральную роль в скрининге играет выполнение «тотальной» колоноскопии в диагностике таких грозных заболеваний кишечника как неспецифический язвенный колит (НЯК) болезнь Лесневского-Крона, синдром Линча или «семейный» аденоматозный полипоз (САП) [1,2].

Качественная колоноскопия обусловлена не только индивидуальным мастерством эндоскописта.

Своевременное назначение, ясная инструкция для подготовки кишки, забота, современное оборудование, выбор способа седации, полный осмотр – вот существенная предпосылка качественной колоноскопии [3].

Достижение слепой кишки должно сочетаться с рутинным документированием слепой кишки, илеоцекального клапана, с обязательным проведением интубации тонкого кишечника. Хотим обратить особое внимание на то, что на сегодняшний день, интубации тонкого кишечника при колоноскопии в Казахстане не уделяется должного внимания, зачастую ограничиваясь осмотром зоны купола слепой кишки. Однако известно, что при

возможной благоприятной картине со стороны слизистой прямой и ободочной кишки, изменения слизистой терминального отдела тонкой кишки в случаях болезни Крона могут проявляться эрозивно-язвенным поражением. Вот почему, считаем важным всегда заканчивать проксимальное продвижение колоноскопа интубацией илеоцекального клапана с осмотром участка терминального отдела тощей кишки на расстоянии не менее 10 см проксимально.

Чтобы всесторонне оценить качество эндоскопического исследования, нужны критерии эффективности выполнения процедуры. В Европе применяется Глобальная Оценивающая Шкала (GRS) (<http://england.globalratingscale.com>), где каждый критерий оценивается по 4-м вариантам (A-D): информированное согласие пациента, безопасность и комфортность исследования, качество и адекватность исследования, правильное документирование [4].

Цель и задачи исследования: Определить критерии эффективности и качества проводимой колоноскопии, провести анализ деятельности отделения на основе разработанных критериев. Применить новый подход к оценке исследований в клинической практике.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ колоноскопии был проведен за период 10 месяцев

(январь – октябрь) 2013г. согласно разработанной нами шкале оценки качества, где каждый критерий имеет два варианта ответа: да и нет. Список включает двадцать критериев разделенные условно на 3 категории: безопасность пациента (А), эффективность исследования (Б), достоверность данных (В). Итог выводится по окончании исследования и высчитывается в процентном выражении.

Подготовка к колоноскопии производилась препаратом «ФОРТРАНС» (макрогол 400) по схеме, согласно расчету дозировки 1 пакетик на 20 кг массы тела пациента накануне обследования. С целью удобства и мобильности пациента и врача во время колоноскопии использовали многофункциональный стол-кушетка, для минимизирования чувства дискомфорта пациенту перед исследованием назначались в/м инъекции растворов спазмолитика и анальгетика в стандартных дозировках.

Анестезиологическое пособие согласно Европейским рекомендациям

заключается в назначении внутривенной седации (группа бензодиазепинов, гипнотиков) и применении практики внутривенного введения спазмолитиков во время исследования под постоянным мониторингом витальных функций.

Результаты и обсуждение: Нами составлена шкала оценки качества колоноскопии, которая состоит из трех основных критериев: А - безопасность пациента (Таблица 1) Б – эффективность исследования (Таблица 2) В - достоверность данных (Таблица 3). Согласно данной шкале можно вычислить эффективность службы эндоскопии или эндоскописта в частности на примере проведения колоноскопии.

Ретроспективный анализ проведен за период работы отделения эндоскопии АО «РНЦ НМП» 10 месяцев, с января по октябрь 2013г. обследовано 116 пациентов, колоноскоп LF TYPE Q 150 L фирмы «Olympus».

Таблица 1 - Категория А (безопасность пациента)

| № | Категория | Качественный показатель | Колоноскопии за 10 месяцев 2013г. | |
|--|-----------|---|-----------------------------------|--------------|
| | | | Да, % (чел) | Нет, % (чел) |
| 1 | А | Предварительная консультация эндоскописта | 0 (0) | 100 (116) |
| 2 | | Определение исходных показателей витальных функций (ЭКГ, анализы крови и др.) | 3 (3) | 97 (113) |
| 3 | | Правильные показания для колоноскопии | 98 (114) | 2 (2) |
| 4 | | Информированное согласие | 0 (0) | 100 (116) |
| 5 | | Информирование о правильной подготовке к процедуре | 96 (112) | 4 (4) |
| 6 | | Выбор адекватного анестезиологического пособия. | 34 (40) | 66 (76) |
| 7 | | Оксигенация и соответствующий мониторинг состояния | 0 (0) | 100 (116) |
| 8 | | Проведение пред/постоперационной верификации и процедуры тайм-аут | 0 (0) | 100 (116) |
| Средний показатель категории А (%): | | | 29 | 71 |

Таблица 2 - Категория Б (эффективность исследования)

| № | Категория | Качественный показатель | Колоноскопии за 10 месяцев 2013г. | |
|---|-----------|---|-----------------------------------|--------------|
| | | | Да, % (чел) | Нет, % (чел) |
| 1 | Б | Опыт врача эндоскописта (не менее 100 колоноскопии) | 88 (102) | 12 (14) |

| | | | | |
|--|--|--|-----------|-----------|
| 2 | | Использовано стандартное время обследования (20 мин.) | 84 (98) | 16 (18) |
| 3 | | Отсутствие отказа от продолжения исследования | 87 (101) | 13 (15) |
| 4 | | Осмотр толстой кишки до купола слепой кишки | 87 (101) | 13 (15) |
| 5 | | Проведение интубации терминального отдела тонкой кишки (с возможным взятием биопсии) | 0 (0) | 100 (116) |
| 6 | | Осмотр прямокишечной ампулы при ретрофлексии. | 0 (0) | 100 (116) |
| 7 | | Правильное взятие биопсии | 97 (112) | 3 (4) |
| 8 | | Отсутствие осложнений | 100 (116) | 0 (0) |
| Средний показатель категории Б (%): | | | 68 | 32 |

Таблица 3 - Категория В (достоверность данных)

| № | Категория | Качественный показатель | Колоноскопии за 10 месяцев 2013г. | |
|--|-----------|--|-----------------------------------|--------------|
| | | | Да, % (чел) | Нет, % (чел) |
| 1 | В | Документирование качества подготовки кишечника | 72 (84) | 28 (32) |
| 2 | | Описание протокола согласно терминологии OMED | 67 (78) | 33 (38) |
| 3 | | Морфологическое лабораторное подтверждение описанной эндоскопической картины патологического процесса слизистой. | 96 (68 из 71) | 4 (3 из 71) |
| 4 | | Документированное фото и видео подтверждение осмотра | 46 (53) | 54 (63) |
| Средний показатель категории В (%): | | | 70 | 30 |
| Общий средний показатель | | | 56 | 44 |

Колоноскопия считается выполненной качественно при общем среднем показателе не менее 95%. Согласно данному индикатору качества колоноскопии в отделении эндоскопии АО «РНЦ НМП» с января по октябрь 2013г. было обследовано 116 пациентов, общий средний показатель качества колоноскопии составил 56%. Низкий показатель качества исследований за анализируемый период, согласно критериям разработанной шкалы, исходит преимущественно из-за низкого числа положительных ответов относящихся к категории А (29%).

В настоящее время, по результатам самоанализа, используя данные критериев, мы получаем результаты в пределах 95-100% согласно шкалы качества проведения колоноскопии.

Ретроспективный анализ деятельности отделения эндоскопии АО

«РНЦ НМП» показал необходимость проведения системных изменений:

- обеспечение полной безопасности пациента до, во время и после обследования,
- повысить эффективность исследования за счет постоянного совершенствования техники колоноскопии.
- обязательное документирование в целях подтверждения результатов исследования.

Заключение: При значительном увеличении количества колоноскопии ведущее место занимает вопрос качества проводимой процедуры. Вышеприведенные критерии дают хорошую оценку выполнения колоноскопии. Применение в клинической практике качественных показателей колоноскопии позволят ретроспективно оценить эффективность осмотра, дать оценку компетентности в сфере оказания медицинских услуг. Необходимо продолжать развивать определение качества колоноскопии и

аудит в рамках программы качественного совершенствования. Качественная колоноскопическая практика должна быть четко отделена от некачественной, которая впоследствии будет контролироваться программой гарантии качества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jerome D. Waye, Douglas K. Rex Колоноскопия. Принципы и практика. Второй выпуск. - 2009. - С.16 -21.
2. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В., Кузьмин А.И. -2006. - С. 26-27. //Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки.
3. Helmut Messmann Атлас колоноскопии. Методы, диагноз, лечебно-диагностические процедуры. - 2006. - С.33-36.
4. Глобальная Оценивающая Шкала (GRS) <http://england.globalratingscale.com>

Түйін

Б.Р. АМАНЖОЛОВ, Р.И. ТӘШІМОВ,
А.Ж. ИСМАЙЫЛОВ, Ж.К. ТЫНҚОЗИЕВ,
А.Т. УӘЛИХАНОВ
«Республикалық медициналық жедел жәрдем ғылыми орталығы» Акционерлік қоғамы, Астана қ.

КОЛОНОСКОПИЯ САПАСЫН БАҒАЛАУ
ӨЛШЕМДЕРІ

УДК 616.61-089.843-073.432.19

Д.Р. ОРАЗБАЕВА, А.А. ЖАКУПОВА, Ш.Д. БЕЙСЕНОВА,
З.П. САЙДАХМЕТОВА, М.К. КАМАЛИДЕНОВА, Ж.А. АБИШЕВА
АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» г. Астана

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ

В статье описывается анализ ультразвуковых и доплерографических исследований почечных трансплантатов, выполненных у 70 лиц, что составило 473 исследований, за период с марта 2011г. по октябрь 2013г. Определена диагностическая значимость определения индекса резистентности в оценке функции трансплантата в ранние и отдаленные сроки наблюдения. Для оценки функции трансплантата необходимо сочетанное применение данных серошкального сканирования и доплеровских методов исследования в комплексе с клинико-лабораторными и морфологическими данными.

Ключевые слова: почечный трансплантат, ультразвуковое исследование, доплерографическое исследование, индекс резистентности.

Мақалада өлшемді бағалау шәкіліне жүйеленген колоноскопия жасау сапасы мен тиімділік өлшемдері баяндалған. «Республикалық жедел медициналық жәрдем ғылыми орталығы» АҚ 2013 жылғы 10 айы мерзімінде жасалған колоноскопия сапасына өзіміз әзірлеген колоноскопия өлшеудің сапалы көрсеткіштері бойынша ретроспективтік талдау жүргізілді.

Түйін сөздер: Колоноскопия, сапаны бағалау өлшемдер, эндоскопист.

Abstract

B.R. AMANZHOLOV, R.I. TASHIMOV,
A.ZH. ISMAILOV, ZH.K. TYNKOZIYEV,
A.T. UALIKHANOV
«Republican Research Center for Emergency Care»
JSC, Astana

QUALITY CRITERIA FOR COLONOSCOPY

We worked out the criteria for efficiency and quality of colonoscopy, systematized in a measurable scale. We conducted a retrospective analysis of the quality of colonoscopy in "Republican scientific center of emergency medical care" JSC for a period of 10 months of 2013 according to our scale of measurable quality indicators of colonoscopy.

Keywords: colonoscopy, quality, endoscopic specialist.

Материал поступил 16.10.13.

Введение: в настоящее время трансплантация почки является единственным радикальным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Являясь одним из видов заместительной почечной терапии, трансплантация позволяет не только обеспечить высокий уровень качества жизни, снизить стоимость лечения, уменьшить риски кардиоваскулярной летальности, но и достоверно увеличить продолжительность жизни данной категории пациентов [1]. Несмотря на высокую эффективность данного метода, все пациенты после операции находятся под постоянным диспансерным наблюдением [2]. Среди неинвазивных методов исследования наиболее доступным, информативным является ультразвуковое с использованием доплер режима. Цветное картирование, и импульсно - волновая доплерография считаются методами, наиболее точно отражающими состояние почечного трансплантата, представляющими уникальные возможности диагностики патологии трансплантата.

Цель исследования - оценить диагностическую значимость ультразвукового исследования (УЗИ) в комплексе с доплерографией в оценке состояния почечного трансплантата в ранние и отдаленные сроки после трансплантации.

Материалы и метод: Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах Vivid S5/6, Loqig E-9 и Sonoline G40 мультисекторным датчиком частотой 2-5 МГц и микроконвексным датчиком частотой 5-9 МГц. Анализировались индивидуальные изменения следующих параметров: размеры почки, толщина коркового слоя, ширина и высота пирамид, пиковая систолическая скорость (Vc) и конечная диастолическая скорость (Vд) с расчетом индекса резистентности (IR) по сегментарным, междолевым, дуговым артериям и венозным кровотокам

трансплантата, оценка состояния окопочечного пространства сводилась к поиску отграниченной жидкости, которая может наблюдаться при образовании гематом, урином и лимфоцеле.

За период с марта 2011г. по октябрь 2013г. в условиях АО «РНЦ НМП» было выполнено 473 ультразвуковых исследований в комплексе с доплерографией (70 лиц), из них 3 случая (4,2%) аллотрансплантата. Исследования проводились планомерно на 1,2,3,5,7,10 и 14-е сутки после операции, 1 раз в месяц в течение первого года, а также по экстренным показаниям в условиях ОАРИТ. Сроки, в которые проводились УЗИ у реципиентов донорской почки, составляли от 1 суток до 12 лет после трансплантации почки. Средний возраст пациентов составил от 23 до 55 лет.

Результаты и обсуждение. Для сравнения эффективности УЗИ в оценке состояния почечного трансплантата все результаты исследования были разделены на 2 группы: первая группа включала в себя пациентов с нормальными ультразвуковыми и доплерографическими показателями, составило 29 случаев (41%). Нормальное функциональное состояние характеризовалось адекватным диурезом, снижением скоростных показателей кровотока и отсутствием необходимости в проведении сеансов гемодиализа. Вторая группа пациентов имеющие какие-либо изменения при проведении исследования, составило 41 (59%). Повышение индекса периферического сопротивления (IR) на уровне междолевых и дуговых артерий больше 0,8, за счет умеренного снижения систолической скорости, с максимальным снижением диастолического компонента, что характерно для отторжения по интерстициальному типу.

По результатам сонографии в раннем посттрансплантационном периоде выявлено острое отторжение – 1(1,4%), по данным литературы [3, с.16, 4, с.96] составляет 40%. Достоверными эхографическими признаками острого

отторжения явились: увеличение объема трансплантата более 200см^3 , увеличение коркового слоя в виде «выделяющихся пирамидок», появление гипоэхогенных зон в паренхиме, соответствующие зонам геморагий и некроза [5, с.408], за счет отека или некроза, а так же при доплерографии выявлено повышение индекса периферического сопротивления (IR) на уровне междолевых и дуговых артерий больше 0,8, за счет умеренного снижения систолической скорости, с максимальным снижением диастолического компонента, что характерно для отторжения по интерстициальному типу.



Рисунок 1- Спектральная доплерография кровотока в междолевой артерии нормально функционирующего трансплантата

К концу 3 недели в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии было произведено трансплантатэктомия, из патолого-анатомического заключения: интерстициальный некроз. Значительное повышение индексов периферического сопротивления связано с лимфоцитарной инфильтрацией стенок сосудов, отложением фибрина, формированием тромбов в просвете мелких сосудов [4, с.98].

Пузырно - мочеточниковая несостоятельность (уринома)- выявлена в 3 случаях, что составило 4,2%, по литературным данным возникает в 3-10% [3, с.18, 4, с.99], Ультразвуковая картина уриномы была заподозрена при

выявлении отграниченной жидкости вокруг трансплантата во всех случаях (100%) и клинически снижение диуреза, а так же в 2 случаях (66,6%) наличие отграниченной жидкости с умеренно выраженным расширением чашечно-лоханочной системы.



Рисунок 2 - Ультразвуковая картина, В – режиме при остром отторжении почечного трансплантата

Двум пациентам было произведено реанастомоз в другом случае анастомоз с нативным мочеточником.

В позднем посттрансплантационном периоде выявлено хроническое отторжение - 3(5%).

При ультразвуковом исследовании отмечалось неровность контура трансплантата, объем составил около 200см^3 не увеличен, кортико-медулярная дифференциация паренхимы нечеткая, определялись единичные деформированные увеличенные до 1,0-1,2 см пирамидки, на фоне диффузного повышения коркового слоя, за счет перигломерулярной инфильтрации и кортикального фиброза [5, с.409]. Допплерографическими признаками явились снижение перфузии трансплантата без четкой визуализации дуговых артерий и повышение индекса IR в пределах 0,75-0,8 на междолевых артериях. Клинически оно характеризовалось как постепенное прогрессирующее снижение функции трансплантата при отсутствии каких-либо видимых причин, повышение АГ, повышение креатинина крови и

протеинурии различной степени выраженности.



Рисунок 3 - Спектральная доплерография кровотока в междолевой артерии при хроническом отторжении почечного трансплантата

Динамика ультразвуковых и доплерографических показателей с отсроченной функцией трансплантата 10 (2,4%) имела четкие ровные контуры, со снижением эхогенности паренхимы, увеличением размеров пирамидок до 0.9-1.0 см, без четкой дифференциации их контуров. В ЦДК режиме определялось «обеднение сосудистого рисунка», в основном на уровне дуговых артерий. При спектральной доплерографии было выявлено значительное снижение V_s до 10-20 см/с, а также снижение диастолического компонента, что приводило к повышению IR 0.7 не превышая критических цифр - 0.8, что клинически сопровождалось высокими цифрами креатинина с тенденцией к снижению.

Нарушения внутриорганной гемодинамики и медленная нормализация кровотока в раннем посттрансплантационном периоде отражались на выделительной функции, в виде снижения, для нормализации которой потребовалось проведение неоднократного сеанса гемодиализа. Выявление в динамике снижения индексов резистентности и нормализация картины спектрального кровотока в артериальном русле почечного

трансплантата свидетельствовала о восстановлении почечной функции. Стабилизация внутриорганной гемодинамики и выделительной функции трансплантата наступала к концу 3-4 недели. В раннем послеоперационном периоде (до 2 месяцев) ни у одного пациента с немедленной функцией трансплантата по клиническим и инструментальным данным не было диагностировано острое отторжение.

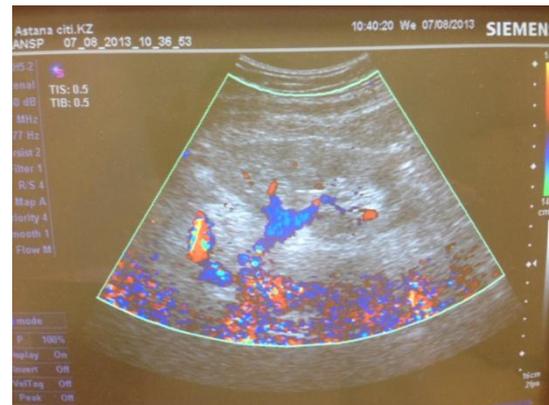


Рисунок 4 - Ультразвуковая картина и цветная доплерография с отсроченной функцией почечного трансплантата

Выводы:

1. Ультразвуковая и доплерографическая картина коррелирует с клинико-лабораторными данными с высокой степенью достоверности и отражает данные изменения и степень их проявления.
2. Для оценки функции трансплантата необходимо сочетанное применение данных серошкального сканирования и доплеровских методов исследования в комплексе с клинико-лабораторными и морфологическими данными.
3. Повышение и динамическое снижение индекса резистентности является надежным критерием, позволяющим определить нарушения в восстановлении функции почечного трансплантата и правильности выбранной тактики лечения, несмотря на то, что эти параметры не позволили установить конкретную причину дисфункции

трансплантата (острый канальцевый некроз, острая циклоспориновая нефротоксичностью тубулоинтерстициальный нефрит).

ЛИТЕРАТУРА

1. Габриэль М.Д. Руководство по трансплантации почки: перевод с англ. под редакцией Я.Г.Мойсюка-Зеизд.-Тверь: ООО «Издательство Триада», 2004. - 472с.
2. Пилатович В.С. Хроническая болезнь почек / В.С.Пилатович. В.С.Калачик-М: Медлит. 2009. -288с.
3. Догра В. Секреты ультразвуковой диагностики/ В.Догра, Д.Дж.Рубенс.-М. - 2006. - С. 16-19.
4. Назаренко Г.И. Допплерографические исследования в уронефрологии / Г.И.Назаренко, А.Н. Хитрова, Т.В.Краснова - Москва. Медицина 2002. - С.96-103.
5. Митькова В.В. //Практическое руководство по ультразвуковой диагностике /Москва. Издательский дом Видар-М, 2006. - С.408-438.

Түйін

Д. Р. ОРАЗБАЕВА, А.А.ЖАҚЫПОВА,
Ш. Д. БЕЙСЕНОВА, З.П. САЙДАХМЕТОВА,
М.К. ҚАМАЛИДЕНОВА, Ж. А. ӘБІШЕВА
«Республикалық жедел медициналық жәрдем
ғылыми орталығы» АҚ, Астана қ.

АУЫСТЫРЫП ҚОНДЫРЫЛҒАН БҮЙРЕКТІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫН КЕШЕНДІ БАҒАЛАУДА УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЖӘНЕ ДОППЛЕОРОГРАФИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ РОЛІ

Бүйрек қондырымының кешенді ультрадыбыстық зерттеу практикалық тәжірибесі жинақталды. Ауыстырып қондырылған бүйректің функциялық күйін сараптауға мүмкіндік беретін инвазиялық емес бағалау әдістемесі оңтайландырылды. Кешенді ультрадыбыстық зерттеу арқылы бүйрек қондырымын жедел түрде

шектетілуі анықталды. Талдау кезінде түсті және спектрлы доплерографияға ерекше көңіл аударылды. Спектрлы доплерографияда магистралды, бөліктік, сегментарлық доғалды және бөлік аралық артериялардың систола, диастолалық қан жылдамдығы және резистенттілік индексі анықталды.

Ультрадыбыстық зерттеу нәтижелері клиникалық-лабораториялық мәліметтермен бірге бүйрек қондырымының өзгерістерін уақытында және жоғары дәрежеде анықтайды.

Түйін сөздер: бүйрек трансплантаты, ультрадыбыстық зерттеу, доплерографиялық зерттеу, резистенттік индексі.

Abstract

D.R. ORAZBAYEVA, A.A. ZHAKUPOVA, SH.D. BEISENOVA, Z.P. SAIDAKHMETOVA, M.K. KAMALIDENOVA, ZH.A. ABISHEVA
«Republican Research Center for Emergency Care»
JSC, Astana

ROLE OF ULTRASOUND AND IN COMPLEX DOPPLER EXAMINATION OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE TRANSPLANTED KIDNEY

As a result of work performed we have gained practical experience in complex ultrasound study of kidney transplant optimized method of non-invasive assessment of the transplanted kidney in order to assess its functional status. The integrated ultrasound was proved highly informative in the diagnosis and monitoring of rejection of the transplanted kidney. Particular attention was paid to the analysis of the results of color and spectral Doppler. Thus ultrasound and Doppler pattern correlates with clinical and laboratory data with a high degree of reliability and reflects these changes and the extent of their exposure.

Keywords: kidney transplant, ultrasound examination, Doppler examination, resistance index.

Материал поступил 16.11.13.

УДК 616 - 089 - 07

Д.Р. ОРАЗБАЕВА, А.А. ЖАКУПОВА, Ж.К. КОЗЫБАЕВА, Ш.Д. БЕЙСЕНОВА,
З.П. САЙДАХМЕТОВА, М.К. КАМАЛИДЕНОВА, С.Б. АБСАТОВА
АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г.Астана

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАФОНОГРАФИИ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЧРЕЗКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

В статье даны основные показания к малоинвазивным чрескожным вмешательствам под УЗ-контролем с диагностической или лечебной целью, которыми являлись: распространенный и локальный гидроперитонеум; отграниченные внутриорганные и внеорганные жидкостные скопления брюшной полости, забрюшинного пространства, послеоперационной раны; механическая желтуха.

Ключевые слова: малоинвазивные вмешательства, отграниченные жидкостные образования, интервенционная ультрасонография, дренирование.

Введение. Интервенционная ультрасонография является одним из визуально контролируемых малоинвазивных технологий, включающее диагностические, лечебно-диагностические и лечебные вмешательства, сопровождающиеся нарушением целостности тканей организма пациента, выполнение которых контролируется на экране ультразвукового (УЗ) монитора в реальном масштабе времени [1]. Преимущества сонографии включает отсутствие воздействия ионизирующего излучения, получение изображения в реальном масштабе времени и в разных плоскостях, возможность идентификации и исключения повреждения крупных сосудов, высокую мобильность аппаратуры, детальную анатомическую оценку за счет превосходного разрешения и низкую стоимость исследования. Экономический эффект применения сонографии для контроля за проведением интервенционных процедур складывается из относительно небольших капиталовложений и текущих затрат на обслуживание УЗ-аппаратуры по сравнению со сканерами КТ, которые чаще используют для диагностических целей, но не при интервенционных процедурах [2,3]. По мнению ряда авторов, среди абсцессов брюшной полости по тяжести клинического течения и исходам наиболее опасны абсцессы

печени. Диагностика и лечения сочетанных абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства, представляют собой значительные трудности, связанные с трудностями раннего выявления причины и локализации гнойно-воспалительного процесса. Основными показаниями к малоинвазивным чрескожным вмешательствам под УЗ-контролем с диагностической или лечебной целью являлись: распространенный и локальный гидроперитонеум; отграниченные внутриорганные и внеорганные жидкостные скопления брюшной полости, забрюшинного пространства, послеоперационной раны; механическая желтуха [4,5].

Целью исследования явилось оценить и показать значимость ультразвукового исследования (УЗИ) для контроля за проведением малоинвазивных вмешательств в лечебно-диагностических целях лечения внутри- и внеорганных абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства под контролем УЗИ.

Материал и методы: За период с 2011г. по октябрь 2013г. нами проведено 65 больным лечебно-диагностические малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ (не включая гистеросальпингографии, цистостомы, дренирование плевральной полости, биопсии поверхностных органов). Из них

методом чрезкожной пункции и дренирования пролечено – 6 (9,4%) больных с абсцессами печени, с поддиафрагмальными абсцессами – 6 (9,4%) больных, полостные образования подпеченочного пространства - в 15 (23%), из них: абсцессы — у 6 (9,4%) больных, постоперационные инфицированные гематомы — у 4 (6,3%), постоперационные гематомы – 5 (7,8%) случаев; отграниченные образования забрюшинного пространства - 9(14%) больных, холецистостомия -1 случай (1,5%), нефростомия – у 4(6,3%).

Одной больной (1,5%) при сонографических признаках острого деструктивного холецистита произведена чрезкожная холецистостомия под контролем УЗИ в условиях реанимационного отделения из-за тяжести состояния и выраженной сопутствующей патологии. При длительной и тяжелой обструкции почек у онкобольных в 4 случаях (6,3%) методом лечения и декомпрессии была выбрана чрезкожная нефростомия под контролем УЗИ.

С диагностической целью проводились пункционные биопсии печени у 7 (12%) больных, в основном при впервые выявленных объемных образованиях.

Чрезкожная пункция и дренирование жидкостных образований брюшной полости осуществлялось на ультразвуковом аппарате фирмы Simmens «Sonoline G40» (Корея). Методом проведения интервенционных процедур являлась методика «свободной руки». Принцип определения безопасного доступа (траектории пункции) с использованием эхографических ориентиров реализовывался путем их разделения на «безопасные» и «опасные». К эхографическим «безопасным» ориентирам, через которые возможно выполнение пункции и последующего дренирования отнесли: клетчаточные пространства брюшной полости и забрюшинную клетчатку; элементы связочного аппарата брюшной полости; послеоперационные инфильтративные

изменения жировой клетчатки брюшной полости; свищевые ходы; паренхиму печени. К эхографическим «опасным» ориентирам, выполнение чрезкожных малоинвазивных вмешательств через которые сопряжено с развитием опасных для жизни пациента осложнений, отнесли: магистральные сосудистые структуры; внепеченочные желчные пути; полые органы (желудок, тонкая и толстая кишка); селезенку; почки; мочевой пузырь; матку; плевральные синусы. Следует отметить, что, несмотря на опасности прохождения пункционного инструмента через вышеперечисленные структуры, допускается пункция патологического очага через полые структуры и плевральный синус. Это возможно при отсутствии «безопасных» доступов и отграничения патологического очага в послеоперационном периоде спаечным процессом, сращениями париетальной плевры. От дренирования через полые органы воздерживались, ограничиваясь лечебными пункциями.

Результаты и обсуждение.

Манипуляция проводилась под местной анестезией с соблюдением правил асептики и антисептики. Во время проведения пункций полная аспирация содержимого полостного образования контролируется визуально (сонографически). Расположение иглы или дренажа в полости жидкостного образования подтверждается появлением вихревых движений при промывании катетера антисептическими растворами. Во всех случаях содержимое пунктируемых отграниченных жидкостных образований брюшной полости подвергалось микробиологическому или биохимическому исследованию. Все чрезкожные вмешательства под УЗ-контролем выполняли на фоне комплексного лечения, включавшего методы дезинтоксикации, антибактериальную, противовоспалительную и противопанкреатическую терапию. С 2011г. по октябрь 2013г. были выполнены

6 пункций и дренирований полостных образований печени. В 3-х случаях излечение абсцесса наступило после однократной пункции под УЗ-контролем с аспирацией жидкого мутного содержимого и промыванием полости раствором антибиотиков и антисептиков. В 2-х случаях потребовалось пролонгированное дренирование полости. В одном случае был диагностирован холангиогенный абсцесс печени, который в дальнейшем, несмотря на дренирование, из-за диссеминации гнойных очагов, с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности завершился летальным исходом. В лечении отграниченных жидкостных скоплений брюшной полости пункционно-дренажные методы использовались у 36 больных (56%). При дренировании поддиафрагмальных абсцессов в 5 случаях получен гной и в одном — экссудат. При пункцировании подпеченочных жидкостных скоплений в 6 случаях аспирирована гемолизированная кровь, в 6 случаях содержимым полости был гной и в 3 — инфицированная кровь. Полученный материал направлялся для микробиологического исследования. В двух случаях положительный эффект в лечении после аспирации абсцесса был достигнут только пункционным методом. В остальных потребовалось пролонгированное дренирование. При адекватном дренировании полость абсцесса спадалась уже на 2-3 сутки, что контролировалось сонографически. Одновременно проводилась консервативная дезинтоксикационная, антибактериальная и противовоспалительная терапия. Практически у всех пациентов в результате проводимого лечения наступило выздоровление. В одном случае (0,9%) была предпринята релапаротомии, в связи с неадекватным дренированием гнойных очагов после малоинвазивных чрескожных вмешательств, наличием дополнительных карманов и затеков, отсутствием

адекватного дренирования из-за множественной локализации патологических очагов. В лечении острого панкреатита и его осложнений использовали прицельную, под сонографическим контролем, пункционную биопсию сальниковой сумки (СС) и забрюшинного пространства. При пункцировании СС в одном случае получен экссудат с высоким содержанием протеолитических ферментов поджелудочной железы, удаление которого способствовало клиническому улучшению течения острого панкреатита. В другом случае производилось дренирование абсцесса СС. Процедуры проходили без осложнений. Послеоперационное ведение пациентов с абсцессами брюшной полости и забрюшинного пространства заключалось в ежедневной санации гнойной полости. Первый УЗ-контроль осуществляли через сутки после вмешательства. Оценивали размеры гнойной полости, расположение дренажей, адекватность дренирования, проверяли работу дренажей, отсутствие не дренируемых карманов и связи с полыми органами. В дальнейшем УЗИ проводили каждые 3 суток, при отрицательной динамике — УЗИ выполняли в экстренном порядке.



Рисунок 1 - Биопсия образования печени. На ультразвуковом срезе печени выявляется гипоэхогенный узел с экзогенной иглой, прошедшей почти через все образование



Рисунок 2 - Дренирование абсцесса печени больших размеров

Одной больной (1,5%) при сонографических признаках острого деструктивного холецистита произведена чрезкожная холецистостомия под контролем УЗИ в условиях реанимационного отделения из-за тяжести состояния и выраженной сопутствующей патологии. При длительной и тяжелой обструкции почек у онкобольных в 4 случаях (6,3%) методом лечения и декомпрессии была выбрана чрезкожная нефростомия под контролем УЗИ.

При проведении биопсии объемных образований печени применялись иглы 20-го калибра и биопсийный пистолет со стрежнями. Уточняется расположение патологического образования и выбирается положение датчика. При проведении биопсии опухоли печени следует приложить максимальные усилия, чтобы игла проходила через мантию нормальной паренхимы печени для избежания риска кровотечения. В полученных материалах при гистологическом исследовании были диагностированы: в 2-х случаях холангиоцеллюлярный рак печени, в 4-х – гепатоцеллюлярный рак, в одном случае – гепатоцеллюлярная аденома.

При проведенных нами биопсиях объемных образований печени осложнений после процедур не было.

Вывод: УЗИ является высокоинформативным методом диагностики сочетанных гнойно-

воспалительных поражений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а применение чрескожных малоинвазивных лечебных манипуляций под контролем УЗИ может служить альтернативой к открытому оперативному вмешательству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джеральд Д., Хейден Х. Биопсия, дренирование и чрескожные методы лечения объемных образований. – 2002. – С.36-42.
2. Ившин В.Г., Лукичев О.Д. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных желтухой.- 2004.- С.36-37.
3. Митьков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. – 2010- С.11-15.
4. Роберт К. Интраоперационное УЗИ. – 2006.- С. 24-26.
5. Федорчук А.М. Ультрасонография в диагностике и лечении острого панкреатита.- 2007.- С.44-45.

Түйін

Д. Р. ОРАЗБАЕВА, А. А. ЖАҚЫПОВА,
Ж. К. ҚОЗЫБАЕВА, Ш. Д. БЕЙСЕНОВА,
З. П. САЙДАХМЕТОВА,
М. К. ҚАМАЛИДЕНОВА, С. Б. АБСАТОВА
«Республикалық жедел медициналық жәрдем
ғылыми орталығы» АҚ, Астана қ.

ТЕРІ АРҚЫЛЫ ШАҒЫН ИНВАЗИЯЛЫҚ
ӘРЕКЕТТЕРДЕГІ УЛЬТРАФОНОГРАФИЯ
МҮМКІНДІКТЕРІ

Ультрадыбыстық зерттеудің бақылауындағы шағын инвазиялық әрекеттердің негізгі көрсетімдеріне: таралған және шектелген гидроперитонеум, құрсақ қуысының, ішперде артындағы, операциядан кейінгі жаракаттың мүше ішінде және мүшеден тыс шеттелген сұйықтықтар, механикалық сарғыштану жатады.

Түйін сөздер: шағын инвазиялық әрекеттер, шеттелген сұйықтықтар, интервенциялық ультрасонография, жараға білте қою.

Abstract

D.R. ORAZBAYEVA, A.A. ZHAKUPOVA,
ZH.K. KOZYBAYEVA, SH.D. BEISSENOVA,
Z.P. SAIDAKHMETOVA,
M.K. KAMALIDENOVA, S.B. ABSATOVA
«Republican Research Center for Emergency Care»
JSC, Astana

ULTRASONOGRAPHY OPPORTUNITIES IN
MINIMALLY INVASIVE PERCUTANEOUS
INTERVENTIONS

Thus, the main indications for minimally invasive percutaneous interventions under ultrasound guidance for diagnostic or therapeutic purposes were: common and local hidroperitoneum; delimited intraorganic and extraorganic fluid accumulation in abdominal cavity, retroperitoneum, postoperative wounds, jaundice.

Keywords: minimally invasive interventions, circumscribed fluid masses, interventional ultrasonography, drainage

Материал поступил 16.11.13.

УДК: 616.12 - 008.46 - 036.12

А.В. МАРТЫНОВА

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

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

В статье описаны наблюдения за 47 пациентами пожилого возраста с систолической дисфункцией ЛЖ и проявлениями ХСН показало, что препаратами выбора для лечения пациентов данной категории являются ингибиторы АПФ в начальных минимальных дозах в сочетании с диуретиками, а также в виде монотерапии только ингибитором АПФ. β -блокаторы также достаточно эффективно снижают процент летальности и улучшают прогноз жизни пациентов с увеличением ФВ.

Ключевые слова: пожилой возраст, систолическая дисфункция левого желудочка, хроническая сердечная недостаточность, ингибиторы АПФ, диуретики, сартаны, β -блокаторы.

Введение. Трудно переоценить значение систолической функции левого желудочка (ЛЖ) для оценки прогноза больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). В большинстве исследований основные ее показатели (величина фракции выброса и другие индексы сократимости) являлись независимыми предикторами смертности и выживаемости больных ХСН. В связи с эти систолическая функция вполне оправдывает роль «сердечного» маркера заболевания и предиктора выживаемости больных ХСН [1,2].

Увеличение объема полости левого желудочка и снижение фракции выброса при систолической дисфункции ЛЖ сопряжены с повышенным риском развития ХСН и смерти, увеличение сердца по результатам рентгенологических исследований ассоциируется с троекратным увеличением смертности среди больных, перенесших инфаркт миокарда [3,4].

Учитывая, что систолическая дисфункция ЛЖ является фактором риска операционной летальности при хирургическом лечении этой тяжелой группы пациентов, большое значение приобретает изолированная медикаментозная терапия [5].

Целью исследования явилась оценка эффективности различных лекарственных препаратов и их комбинаций при лечении больных пожилого возраста с систолической дисфункцией ЛЖ.

Материалы и методы: В исследование были включены 47 пациентов (мужчин - 32, женщин - 15) с ишемической болезнью сердца (ИБС) и выраженной систолической дисфункцией ЛЖ, средний возраст которых составил 78 ± 8 лет.

Причиной систолической дисфункции ЛЖ у большинства пациентов (89%) послужил перенесенный инфаркт миокарда (ИМ). Признаки сердечной недостаточности различной

степени были выявлены у всех пациентов. Большинство (94%) пациентов относилось к III функциональному классу (ФК) сердечной недостаточности, остальные - ко II ФК.

Для оценки систолической функции сердца использовали ЭхоКГ - метод выбора в соответствии с современными рекомендациями Европейского общества кардиологов. Это обусловлено, прежде всего, неинвазивным характером исследования, отсутствием ионизирующей радиации, быстротой выполнения. У всех пациентов отмечалось снижение фракции выброса (ФВ) < 40%.

В зависимости от назначенного лечения, пациенты были распределены на 4 группы: 1 группа - 28 пациентов, которым в качестве базисной терапии был назначен ингибитор АПФ (престариум в дозе 5-10 мг, фозиноприл в дозе от 5 до 10 мг, эналаприл в дозе 5 мг); АПФ в сочетании с диуретиком (фозикардН, престариум комби); 3 группа - 10 пациентов, принимавших сартаны (лозап 50 мг в сут, валсортан в дозе 80 мг в сут), так как на прием ингибиторов АПФ отмечали кашель; 2 группа - 6 пациентов, которым был назначен ингибитор 4 группа - 3 пациентов принимали β-блокаторы (ведикарол в дозе 6,25 мг и конкор в дозе 5 мг). Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту и основным клиническим проявлениям

Эффективность лечения оценивалась по клиническим проявлениям и данным ЭхоКГ (ФВ%) в динамике на 8-12 неделе от начала лечения.

Результаты и обсуждение: в результате проведенного лечения выявлено, что в 1 группе 24 (89%) пациента, получавшие ингибиторы АПФ, отмечали клиническое улучшение, по данным ЭхоКГ – ФВ увеличилась до 54-55%.

У пациентов 2 группы, принимавших ингибиторы АПФ в сочетании с диуретиком отмечалось клиническое улучшение у 85% с увеличением ФВ до 52-53%.

В 3 группе пациентов, принимавших сартаны, клинически улучшение было достигнуто у 50% пациентов, и ФВ повышалась до 49-50%.

Пациенты 4 группы, принимавшие β-блокаторы, в 66% случаев отмечали клиническое улучшение с увеличением ФВ 51-53%.

Следовательно, наиболее эффективными препаратами в лечении пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и выраженной систолической дисфункцией ЛЖ были ингибиторы АПФ как в сочетании с диуретиками, так и при монотерапии. При этом эффективность иАПФ определялась исходной тяжестью декомпенсации и была более выражена у пациентов с высоким исходным функциональным классом декомпенсации.

Контрольное наблюдение через 12 месяцев от начала лечения показало, что у пациентов 1 и 2 группы применение иАПФ замедляло прогрессирование заболевания и привело к снижению частоты вынужденных госпитализаций из-за обострения ХСН от 3-4 раз до 1-2 раза в год. Эффективность этого влияния также зависела от тяжести декомпенсации, и была тем выраженнее, чем выше исходный функциональный класс ХСН. Наблюдение за пациентами 4 группы показало, что β-блокаторы также достаточно эффективно снижают процент летальности и улучшают прогноз жизни пациентов с увеличением ФВ по данным ЭхоКГ.

Заключение. Таким образом, препаратами выбора для лечения пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ с проявлениями ХСН являются ингибиторы АПФ в начальных минимальных дозах в сочетании с диуретиками, а также в виде монотерапии только ингибитором АПФ. β-блокаторы также входят в обязательный компонент терапии больных с систолической дисфункцией ЛЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гильяревский С.Р., Кузьмина И.М.* Клинические подходы к интерпретации результатов клинических исследований β -блокаторов при лечении больных с хронической сердечной недостаточностью //Рациональная фармакотерапия в кардиологии.- 2010.- Т. 6. №2.- С. 201-205.
2. 2009 Focused Update: American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults // J. Am. Coll. Cardiol. - 2009.- 53.-1343-1382.
3. *Бохуа М.Р., Даушвили Э.Р., Надирадзе Н.Б., Маглакелидзе Т.А.* // Гедеон Рихтер в СНГ. - 2002. - №1. - С. 19-20.
4. *Евсиков Е.М., Люсов В.А., Байкова О.А. и др.* // Рос. кардиол. журнал. - 2002. - №2. - С. 45-49.
5. *Чернявский А.М., Марченко А.В., Кливер Е.Н. и др.* Сравнительный анализ выживаемости пациентов с ишемической болезнью сердца и выраженной систолической дисфункцией левого желудочка после хирургического и медикаментозного лечения //Патология кровообращения и кардиохирургия.- 2009.- №1.- С. 65-69.

Түйін

А.В. МАРТЫНОВА

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

ЖҮРЕКТІҢ СОЛЖАҚ ҚАРЫНШАСЫНЫҢ СИСТОЛАЛЫҚ БҰЗЫЛУЫН ЕМДЕУ

Жүректің солжақ қарыншасының систолалық дисфункциясы және СЖЖ бар егде жастағы 47 науқасты жыл ішінде бақылау осы

санаттағы науқастарды емдеу үшін бастапқы аз дозадағы диуретиктермен бірге ФАА ингибиторларын, сондай-ақ монотерпия түрінде тек қана ФАА ингибиторын таңдау керектігін көрсетті. β – блокторлар да ТФ көбеюімен емделушінің өмірін жақсартады және өлім пайызын тиімді азайтады.

Түйін сөздер: егде жас, жүректің солжақ қарыншасының систолиялық дисфункциясы, созылмалы жүрек жетіспеушілігі, ФАА ингибиторлары, диуретиктер, сартандар, β – блокторлары.

Abstract

A.V. MARTYNOVA

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

TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION

Observation for 47 years for elderly patients with left ventricular systolic dysfunction and heart failure manifestations showed that the drugs of choice for the treatment of patients in this category include ACE inhibitors in primary minimal doses in combination with diuretics, as well as monotherapy with ACE inhibitor only. β -blockers are also quite effective in reducing mortality rate and improve life expectancy of patients with an increase in ejection fraction.

Keywords: elderly, left ventricular systolic dysfunction, chronic heart failure, ACE inhibitors, diuretics, sartans, β -blockers.

Материал поступил 11.10.13.

УДК: 616.72-002.77-08

Б.К. ОРЫНБАСАРОВА

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

АНТИЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

В статье описывается оценка эффективности и безопасности антицитокиновой терапии препаратами инфликсимаб (ремикеид) и ритуксимаб (мабтера) у 19 больных с высокой активностью и тяжелым течением аутоиммунно-воспалительного ревматического процесса, средний возраст которых составил $51,4 \pm 1,6$ года. Положительный эффект отмечен у всех пациентов уже после первой инфузии. Все пациенты смогли снизить дозу НПВП. Отмечен полный регресс псориаза кожи у пациентов с псориагическим спондилоартритом. Осложнений, ведущих к полной отмене препарата, не наблюдалось.

Ключевые слова: ревматические болезни, антицитокиновая терапия, инфликсимаб (ремикеид) и ритуксимаб (мабтера).

Введение. Ревматические заболевания являются одной из самых частых причин развития ранней инвалидизации и, в связи с этим, не только медицинской, но и социально-экономической проблемой общества. Целесообразность как можно более раннего агрессивного лечения аутоиммунно-воспалительного процесса позволяет существенно улучшить прогноз, предотвратить развитие более тяжелой степени осложнения - висцеральные проявления, добиться длительной ремиссии [1]. В связи с этим, в последнее время большое внимание уделяется проблеме активной агрессивной терапии ревматических болезней путем блокирования цитокинов - антицитокиновой терапии препаратами: инфликсимаб (ремикейд) и ритуксимаб (мабтера), которые в настоящее время очень широко используются в ревматологии [2].

Инфликсимаб представляет собой химерное моноклональное антитело к ФНО-альфа, состоящее на 75% из человеческого белка и на 25% - из мышинового. Благодаря блокированию ФНО-альфа и функционально связанных с ним цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8) происходит уменьшение продукции других медиаторов воспаления (простагландинов, кислородных радикалов и др.) и снижение активности металлопротеиназ (в частности, коллагеназы), участвующих в деструкции хряща и кости [3]. Ритуксимаб (мабтера) представляет собой генно-инженерное химерное моноклональное антитело, состоящее из человеческого и мышинового белка. Оно направлено против трансмембранного белка СВ20, находящегося на поверхности пре-В-клеток и зрелых В-клеток и приводит к резкому сокращению на длительный срок их популяции. Поскольку В-клетки играют важную роль в патогенезе ревматоидного артрита (РА), то их элиминация оказывается способной затормозить развитие ревматического процесса [4].

Цель исследования - оценка эффективности и безопасности биологической терапии у больных ревматическими заболеваниями с высокой активностью аутоиммунно-воспалительного процесса.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 больных (мужчин - 8, женщин - 19) с высокой активностью и тяжелым течением аутоиммунно-воспалительного ревматического процесса, средний возраст которых составил 51,4±1,6 года.

При этом больных с ревматоидным артритом (РА) было 15 (из них один с эрозивным поражением костей), с системной красной волчанкой - 3, с псориатическим артритом - 2, с анкилозирующим спондилитом - 5, с синдромом Шегрена - 4 (из них двое в сочетании с РА).

Все пациенты прошли клинико-инструментальную диагностику: лабораторные, рентгенографические, КТ или МРТ исследования. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по 10-ти бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и составляла от 3 до 9 баллов. Степень активности процесса определялась по СОЭ и СРБ, при этом у 14 пациентов была установлена 2 степень (СОЭ 21-40 мм/ч по Панченко и положительный СРБ), у 13 - 3 степень (СОЭ свыше 40 мм/ч по Панченко и резко положительный СРБ) активности ревматического процесса.

Учитывая высокую активность, тяжелое течение и резистентность к предыдущему лечению, всем пациентам была назначена антицитокиновая терапия, из них 16 больным ритуксимабом и 11 - инфликсимабом.

Давность заболевания варьировала от 4 до 10 лет, в анамнезе у всех пациентов отмечалась резистентность к лечению классическими базисными препаратами, включая метотрексат.

В группе больных, получавших ритуксимаб, препарат назначался по 1000 мг в/в капельно на физиологическом растворе 0,9% - 200мл. по 2 введения с

интервалом 2 недели с премедикацией преднизолоном 100 мг в/в капельно, супрастин 1,0 в/м, парацетамол 1 таб внутрь. В группе больных, получавших инфликсимаб, препарат назначался по 3-5 мг/кг в/в капельно на физиологическом растворе 0,9%-200 мл., по схеме 0-2-6 нед, затем через каждые 8 недель с премедикацией преднизолоном 100 мг в/в капельно, супрастин 1,0 в/м, парацетамол 1 таб внутрь.

Инфузии проводились в течение двух часов с мониторингом артериального давления и температуры тела. После инфузии пациенты наблюдались в стационаре в течение суток для выявления посттрансфузионных побочных эффектов. Количество инфузий от 4-5 и более.

Результаты и обсуждение. На фоне антицитокиновой терапии достоверное снижение активности аутоиммунно-воспалительного процесса наблюдалось как в группе пациентов, принимавших ритуксимаб, так и в группе, принимавших инфликсимаб, без особого различия между группами. Положительный эффект отмечен у всех пациентов уже после первой инфузии. Так, оценка по ВАШ показала снижение интенсивности болевого синдрома до 2-3 баллов, уровень активности процесса также снизился до 1-2 степени. При этом у пациентов обеих групп отмечалось уменьшение выраженности субъективных симптомов и улучшение качества жизни.

Все пациенты смогли снизить дозу НПВП. Два человека получали преднизолон внутрь, дозу которого удалось постепенно снижать и отменить препарат полностью после третьей инфузии. Отмечен полный регресс псориаза кожи у пациентов с псориазическим спондилоартритом и эрозивного поражения костей.

Антицитокиновая терапия одинаково эффективна у пациентов с различной стадией заболевания. Осложнений, ведущих к полной отмене препарата, не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, применение антицитокиновой терапии у больных ревматическими заболеваниями с высокой активностью, тяжелым течением, резистентными к лечению классическими базисными препаратами оказалось эффективным. Биологическая терапия позволила добиться быстрой и выраженной положительной динамики показателей, отражающих активность воспалительного процесса (ВАШ, СОЭ, СРБ), и не только выраженного клинического улучшения заболевания, но и длительной ремиссии, что значительно повысило качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скуркович С.В., Скуркович Б.С., Kelly J.A. Антицитокиновая терапия - новый подход к лечению аутоиммунных заболеваний и цитокиновых нарушений // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии.- 2003.- Т. 2. №4.- С. 71-80.
2. Курдина М.И. Антицитокиновая терапия - новое направление в лечении псориаза // Вестник дерматологии и венерологии.- 2005.- №1.- С. 3-8.
3. Ширинский В.С., Малышева О.А., Ширинский И.В. Цитокиновая и антицитокиновая терапия ревматоидного артрита и рассеянного склероза // Медицинская иммунология.- 2001.- Т. 3.- №3.- С. 401-414.
4. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Биологическая терапия в ревматологии.- М.: Практическая медицина, 2009.- 325с.

Түйін

Б.К. ОРЫНБАСАРОВА

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

РЕВМАТИЗМДІК АУРУЛАРЫН АНТИЦИТОКИНМЕН ЕМДЕУ

Орта жасы 51,4±1,6 құраған белсенділігі жоғары, аутоиммундық-қабынған ревматизмдік процесстің ағымы ауыр 19 науқаста инфликсимаб (ремикейд) және ритуксимаб (мабтера) препараттарымен антицитокиндік емдеудің қауіпсіздігі мен тиімділігіне баға берілді. Бірінші инфузиядан кейін барлық науқастар жағымды әсер байқалған. Барлық науқастар СЕҚҚП дозасын азайта алды. Псориаздық спондилоартриті бар науқастарда тері псориазының толық регресі белгіленген. Препаратты толығымен тоқтататындай асқынулар байқалмаған.

Түйін сөздер: ревматизм аурулары, антицитокиндік ем, инфликсимаб (ремикейд), ритуксимаб (мабтера).

Abstract

В.К. ОРЫНБАССАРОВА
*Central Clinical Hospital of Medical Center of
 President's Affairs Administration of Republic of
 Kazakhstan, Almaty*
**ANTICYTOKINE THERAPY IN RHEUMATIC
 DISEASES**

We assessed the efficacy and safety of anti-cytokine therapy with infliximab (Remicade) and rituximab (MabThera) in 19 patients with high activity

and severe autoimmune inflammatory rheumatic process, whose average age was 51,4±1,6 years. Positive effect was observed in all patients after the first infusion. All patients were able to reduce the dose of NSAIDs. Observed complete regression of skin psoriasis in patients with psoriatic spondylitis. Complications leading to complete elimination of the drug were not observed.

Keywords: rheumatic diseases, anticytokine therapy, infliximab (Remicade) and rituximab (MabThera).

Материал поступил 17.10.13.

УДК 616.342-002.44

Б.С. СЕЙДУАЛИЕВА, З.О. ЖАКСЫЛЫКОВА, Д.А. БАЙМАХАНОВА, Г.Н. ОРАЗБЕКОВА
*Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента
 Республики Казахстан, г. Алматы*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАСТРОПАНЕЛИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

В статье приведены результаты обследования 98 пациентов в возрасте от 20 до 88 лет с помощью методики «Гастропанель». Полученные результаты позволили выявить атрофический гастрит и антитела к *H.pylori* даже у лиц, не имеющих жалоб и клинических проявлений гастрита, но которым необходим курс эрадикационной терапии, а также пациентов, которым действительно показано гастроскопическое исследование.

Ключевые слова: атрофический гастрит, пепсиноген, гастрин 17, *Helicobacter pylori*, гастропанель.

Введение. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одними из самых распространенных заболеваний человека и обуславливают высокие расходы на здравоохранение во всем мире. Атрофический гастрит в антральном отделе и теле желудка повышает риск развития язвенной болезни и рака желудка в 90 раз [1].

Считается, что более половины населения земного шара страдает от инфекции *Helicobacter pylori* и около 500 миллионов человек имеют атрофический гастрит. Казахстан относится к странам с высоким уровнем инфицирования *H.pylori* - от 67,5 до 92%, поэтому решение вопросов диагностики и эрадикации НР-инфекции является для страны актуальной медико-биологической задачей [2,3].

Для лабораторной диагностики атрофического гастрита и НР-инфекции были предложены различные методики. Однако с разработкой финских ученых

метода GastroPanel, основанной на технологии иммуноферментного анализа (ИФА), стало возможным по анализу крови определить состояние и функциональную активность всей слизистой оболочки желудка. Метод исследования является неинвазивным, безопасным и удобным для пациента [4,5].

Цель исследования: оценить диагностическую значимость выявления атрофического гастрита при помощи методики GastroPanel.

Материалы и методы: На базе лаборатории ЦКБ МЦ УДП РК г.Алматы исследования крови с использованием тестовой панели «Гастропанель» (компания «Biohit», Финляндия) проводилось 98 пациентам в возрасте от 20 до 88 лет, из них мужчин было 36 (36,7%), женщин – 62 (63,3%). При этом 28 (28,6%) пациентов обследовалось с профилактической целью, 40 (40,8%) - по рекомендации врачей при подозрении на

гастрит и 30 (30,6%) - уже имевшие этот диагноз в анамнезе.

С помощью тестовой панели в плазме крови определялись 4 показателя: наличие антител IgG к *H.pylori* и их количество, уровни пепсиногена I, пепсиногена II и гастрин 17b (базальный уровень). При желании и возможности пациента в исследование добавлялось определение уровня гастрин 17s после белковой стимуляции. По совокупности этих параметров можно было выявить факт инфицирования *H.pylori*, определить наличие атрофии, оценить степень и локализацию процесса. При этом новый метод исследования является неинвазивным, безопасным и удобным для пациентов.

Для написания заключения и постановки диагноза по результатам исследования «Гастропанель» использовался программный продукт «ГастроСофт®» компании «Biohit».

Результаты и обсуждение. На основании полученных результатов уровней пепсиногена I и II, гастрин 17 (базального и стимулированного), количества IgG антител к *H.pylori*, программа «ГастроСофт®» выдавала на специальной диаграмме отчет о процентной вероятности наличия различных состояний слизистой желудка (норма, атрофический гастрит антрального отдела, атрофический гастрит тела желудка и антрального отдела, атрофический гастрит тела желудка, неатрофический гастрит).

По совокупности этих параметров можно было выявить факт инфицирования *H.pylori*, определить наличие атрофии, оценить степень и локализацию процесса. При этом новый метод исследования являлся неинвазивным, безопасным и удобным для пациентов.

Для написания заключения и на основании полученного с помощью этой

программы заключения обследованных лиц можно было распределить на 3 группы: 1 группа - 21 (21,4%) человек, у которых не было выявлено патологии ЖКТ; 2 группа - 72 (73,4%) пациента, у которых выявлена НР-инфекция без атрофии желудка; 3 группа - 5 (5,1%) пациентов, у которых имела место запущенная атрофия слизистой желудка. Во второй группе оказались 7 пациентов, прошедших обследование с профилактической целью и не имевших жалоб и клинических проявлений гастрита.

Учитывая, что атрофический гастрит является основным фактором риска развития рака желудка, пациентам третьей группы в срочном порядке рекомендовалось пройти гастроэндоскопию с гистологическим исследованием биопсийного материала [6].

Далее сопоставляли данные мониторинга биомаркеров тестовой панели и гистологического исследования биоптатов желудка пациентов 3-ей группы. Во всех случаях были выявлены следующие изменения: во фрагменте слизистой желудка обнаружена лимфолейкоцитарная инфильтрация стромы с фокусами эрозии и фибриноидного некроза, слабая дисплазия эпителия желез, что морфологически подтверждает результаты, полученные тестированием на гастропанели. При этом в одном случае была выявлена тубулярная аденома двенадцатиперстной кишки с фокусами высококодифференцированной аденокарциномы - G1. При цитологическом исследовании цитогарма соответствовала аденоме с признаками малигнизации (высокодифференцированной аденокарциноме).

Результаты проведенных исследований представлены в Таблице 1.

Таблица 1 - Данные обследования пациентов на гастропанели

| № | Группа обследуемых | Удельный вес (%) | Выявлены антитела к <i>H.pylori</i> с помощью теста гастропанель | Выявлен атрофич. гастрит с помощью теста гастропанель | Гистологическое подтверждение атрофического гастрита |
|---|--------------------|------------------|--|---|--|
| 1 | 1 группа | 21,4% | - | - | |
| 2 | 2 группа | 73,4% | + | - | |
| 3 | 3 группа | 5,1% | + | + | + |

Приведенные данные показывают, что применение методики GastroPanel обладает высокой диагностической ценностью, позволяющей выявить атрофический гастрит и антитела к *H.pylori* даже у лиц, не имеющих жалоб и клинических проявлений гастрита, но которым необходим курс эрадикационной терапии, а также пациентов, которым действительно показано гастроскопическое исследование.

Заключение. Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о высокой диагностической эффективности методики GastroPanel по выявлению атрофического гастрита и НР-инфекции без эндоскопического исследования. Учитывая высокую специфичность, Гастропанель и программа Гастрософт могут использоваться в качестве скрининга у пациентов с атрофическим гастритом и повышенным риском развития рака желудка, что позволит эффективно применять мероприятия по раннему предупреждению рака желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.С., Водолагин В.Д., Жаков В.П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.
2. Европейская база данных о госпитальной заболеваемости. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.
3. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году». – Астана: 2013.
4. Леонтьева Н.И., Грачева Н.М., Новикова Л.И. Клиническая оценка диагностики хеликобактериоза у больных с хронической патологией желудочно-кишечного тракта диагностической тест-системой

«Гастропанель» // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология – 2009. – № 2, прил. 1. – С. 80.

5. Agreus L., Kuipers E.J., Kupcinskas L. et al. Rationale in diagnosis and screening of atrophic gastritis with stomach-specific plasma biomarkers // Scand. J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 47, N 2. – P. 136–147.
6. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триада-Х, 1998.- С. 269-300.

Түйін

Б.С. СЕЙДУАЛИЕВА, З.О. ЖАҚСЫБЫЛКОВА, Д.А. БАЙМАХАНОВА, Г.Н. ОРАЗБЕКОВА
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының Орталық клиникалық
ауруханасы, Алматы қ.

АСҚАЗАН СІЛЕМЕЙЛІГІ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫН АНЫҚТАУДА ГАСТРОПАНАЛДЫҢ ҚОЛДАНАУ

Мақалада 20-88 жас аралығындағы «Гастропанель» әдістемесімен тексерілген 98 емделушінің нәтижелері берілген. Алынған нәтижелер шағымдар мен гастриттің клиникалық байқаулары жоқ, алайда эрадикациялық терапия қажет, сондай-ақ гастроскопиялық зерттеу белгіленген тұлғаларда да атрофиялық гастрит және *H.pylori*-ге антиденелерін табуға мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: атрофиялық гастрит, пепсиноген, гастрин 17, *Helicobacter pylori*, гастропанель, аллергиялық дерматит, поляризацияланған жарық, «Биоптрон» шамы, гидроколлотерапия.

Abstract

B.S. SEIDUALIYEVA, Z.O. ZHAKSYLYKOVA, D.A. BAIMAKHANOVA, G.N. ORAZBEKOVA
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's
Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Almaty

USE OF GASTRO PANEL IN DIAGNOSTICS OF FUNCTIONAL STATE OF THE GASTRIC MUCOSA

These are results of the survey of 98 patients aged 20 to 88 years using the technique "Gastropanel". The results obtained revealed atrophic gastritis and *H.pylori* antibody even in persons who have no complaints and clinical manifestations of gastritis, but who needs a course of eradication therapy, as well as patients who have actually shown gastroscopic study.

Keywords: atrophic gastritis, pepsinogen, gastrin 17, *Helicobacter pylori*, gastropanel.

Материал поступил 24.10.13

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 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. Редколлегия оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи. Решение о публикации научных статей принимается на основании положительных рекомендаций независимых экспертов, не входящих в состав Редколлегии.

11. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.

12. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.

13. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.

14. Согласно протокола № 31 п.16 от 27 ноября 2010 г. данный журнал размещается в электронной версии на сайте: www.mcdprk.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: 8 (7172) 51 70 64, e-mail: vestnik@mcdprk.kz