

Учредители журнала:
Управление Делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
В.В. Бенберин

**Заместители 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 г. 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: 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 журнал

**шілде - қыркүйек
3 (51) 2013
июль - сентябрь**

ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления Делами Президента
Республики Казахстан**

Ежеквартальный научно-практический журнал

*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. Батпенов – 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



УДК 614.52.1.

Н.Е.БЕЙСЕН

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, г.Астана

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ЕДИНОЙ ДИСТРИБУЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

В статье приведены данные о динамике бюджетного финансирования ГОБМП, в том числе ее лекарственного обеспечения единой дистрибуцией ЛС и ИМН, особенно отечественного производства с разработкой нового механизма заключения долгосрочных договоров. Установлено увеличение в динамике бюджетного финансирования ГОБМП и ее лекарственного обеспечения. Единая дистрибуция ЛС и ИМН явилась эффективной в ее решении и поддержке отечественных производителей. В политике их поддержания разработан новый механизм заключения долгосрочных договоров.

Ключевые слова: лекарственные средства, изделия медицинского назначения, единая дистрибуция, механизм совершенствования.

В Послании Президента страны Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан - 2050» особое внимание уделяется социальным вопросам, особенно улучшению медицинской помощи населению (1). В сфере отмеченного кардинально меняется текущее состояние лекарственного обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и возрастает роль единой дистрибуции как для развития фармацевтической отрасли, так и для улучшения социальных условий жизни граждан в рамках участия Единого дистрибьютора (ЕД) в лице «СК-Фармации» в осуществлении государственной программы «Саламатты Казахстан» (2).

Основная деятельность ЕД регламентируется Постановлениями Правительства РК (3,4) и регулируется периодическими приказами Министерства здравоохранения РК. Централизованный закуп лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения (ИМН) единым оператором проводится с соблюдением принципов: добросовестной конкуренции среди потенциальных поставщиков, гласности и прозрачности процесса закупок и поддержки отечественных производителей.

В целях добросовестной конкуренции ЕД проводит тендер с использованием 2-х этапных процедур с соблюдением всех соответствующих требований государственного закупа с определением наименьшей цены по принципам аукциона на понижение. Для обеспечения прозрачности процесса

закупок приглашаются СМИ, представители отраслевых ассоциаций и государственных органов. Для оказания поддержки отечественным производителям, в случае если в качестве потенциальных поставщиков участвуют два и более казахстанских производителей по одному и тому же лоту, то рассматриваются только их ценовые предложения. Кроме того, с целью содействия развитию казахстанской фармацевтической индустрии осуществляется закуп ЛС и ИМН путем предоставления преференций при проведении тендеров и заключения долгосрочных контрактов с отечественными производителями. В случае, если в республике зарегистрировано только одно ЛС иностранного производства, не имеющего аналогов по международному непатентованному наименованию или составу, то заключаются прямые договора с иностранными производителями.

Как было отмечено, централизованный закуп ЛС и ИМН через ЕД проводится для лекарственного обеспечения ГОБМП за счет выделенных государством бюджетных средств, динамика которых за 2010-2012гг. представлена в таблице 1.

Таблица 1. Динамика бюджетных средств на единую дистрибуцию ЛС и ИМН в рамках ГОБМП

| Годы | Бюджетные средства на: | | |
|------|------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| | ГОБМП, млрд тенге | закуп ЛС в рамках ГОБМП, млрд тенге | Удельный вес, % |
| 2010 | 73,0 | 36,0 | 49,3 |
| 2011 | 90,0 | 48,0 | 53,3 |
| 2012 | 100,0 | 72,8 | 72,8 |

Анализ данных таблицы 1 показывает, что бюджетные средства, выделенные на ГОБМП населению, из года в год заметно увеличиваются. Так, если в 2010г на финансирование ГОБМП выделено 73,0 млрд тенге, то в 2011г эта сумма увеличена на 12,3 % (до 90,0 млрд тенге), а в 2012г по сравнению с 2010г она возросла на 13,7 % (до 100,0 млрд тенге) и по сравнению с 2011г - на 11,1 %.

Отмечается также рост бюджетного финансирования на единую дистрибуцию ЛС и ИМН в рамках данной программы. Так, если в 2010г на их централизованный закуп было выделено 36,0 млрд тенге, то в 2011г их объемы увеличились на 33,3 %, составив 48,0 млрд тенге. Еще больший рост финансирования отмечен в 2012г (72,8 млрд тенге), когда его объемы возросли по сравнению с 2010г на 102,2 %, а по сравнению с 2011г - на 51,7 %. Тенденция увеличения удельного веса бюджетных средств, выделенных на

единую дистрибуцию ЛС и ИМН, в общем объеме финансирования ГОБМП. Так, если в 2010г этот показатель составил 49,3 %, то в 2011г он достиг 53,3 %, а в 2012г достиг почти 3/4 (72,8 %) всего объема.

Проанализированы также материалы по разным механизмам (способам) единой дистрибуции ЛС и ИМН на 2012г (закуп проведен в 2011г) и на 2013г (закуп проведен в 2012г) в динамике (таблица 2).

Таблица 2. Динамика разных механизмов (способов) единой дистрибуции ЛС и ИМН, млрд тенге

| Способы закупа | на 2012г | на 2013г | Динамика, % |
|-----------------------|----------|----------|-------------|
| 2-х этапный тендер | 32,4 | 44,1 | +36,1 |
| Из одного источника | 28,4 | 18,3 | -35,6 |
| Прямые договора | 4,1 | 6,6 | +61,0 |
| Долгосрочные договора | 2,4 | 6,6 | +175,0 |

Из данных таблицы 2 видно, что абсолютное большинство проведенных закупок ЛС и ИМН осуществлялось способом 2-х этапного тендера и его удельный вес в 2012г (закуп на 2013г) заметно возрос по сравнению с 2011г (закуп на 2012г) - с 32,4 млрд тенге до 44,1 млрд тенге и при этом рост составил 36,1 %. В то же время наблюдается заметное снижение (на 35,6 %) удельного веса закупок ЛС и ИМН из одного источника - с 28,4 млрд тенге до 18,3 млрд тенге в общем объеме единой дистрибуции. Заметно также возрастает (на 61,0 %) сумма закупа ЛС и ИМН на основании заключенных прямых договоров с иностранными производителями. Значительно (на 175,0 %) увеличилась сумма закупа на основании долгосрочных договоров с отечественными производителями. В целях поддержания казахстанской фарминдустрии последняя позиция всегда была приоритетной в политике деятельности ЕД, о которой подтверждают данные таблицы 3.

Таблица 3. Динамика доли казахстанского содержания в единой дистрибуции ЛС и ИМН в натуральном выражении, млн ед.

| Производство ЛС | на 2012г | | на 2013г | | Динамика |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | млн ед | % | млн ед | % | |
| Импортные | 157,0 | 31,4 | 111,1 | 21,7 | -30,9 % |
| Отечественные | 343,0 | 68,6 | 462,2 | 78,3 | +14,1 % |
| Всего | 500,0 | 100,0 | 513,3 | 100,0 | - |

Из данных таблицы 3 видно, что в закупках, проведенных в 2011г (на 2012г) общее количество приобретенных медикаментов в натуральном выражении составило 500 млн ед, а в закупках на 2013г их число увеличилось до 513,3 млн ед. Во все анализируемые годы удельный вес ЛС отечественного

производства был преобладающим. Так, если в закупках на 2012г они составили 68,6 %, то на 2013г их доля увеличилась до 78,3 %. Соответственно этому имеется тенденция уменьшения доли закупаемых ЛС импортного производства (с 31,4 % до 21,7 %). Эти данные свидетельствуют о том, что фармацевтическая индустрия Казахстана прочно занимает твердую позицию на фармрынке и в настоящее время более чем 3/4 лекарственных потребностей населения страны в рамках ГОБМП удовлетворяются медикаментами отечественного производства в натуральном выражении.

С учетом политики дальнейшего поддержания отечественных фармпроизводителей разработан новый механизм заключения долгосрочных договоров поставки ЛС (схема).

Новый механизм заключения долгосрочных договоров поставки ЛС через ЕД преследует цель совершенствования механизмов процесса закупа медикаментов и всемерной поддержки развития отечественных фармпроизводителей. Данный порядок и его реализация охватывают весь процесс закупа ЛС и оптимизирует сроки заключения долгосрочных договоров сроком на 3 года, предусматривает прозрачность проведения договорной компании, в ходе которой действуют все заинтересованные стороны (заказчики, ЕД, МЗ, МИНТ, АЗК, прокуратура, общественные объединения и поставщики - фармпроизводители). На наш взгляд, предлагаемый механизм будет способствовать также соблюдению добросовестности конкуренции среди реальных поставщиков фармпродукции и демократичности проведения закупок медикаментов.

Таким образом, можно отметить, что в динамике увеличивается государственное финансирование системы лекарственного обеспечения ГОБМП населению страны и в этом плане установлена эффективная работа единой дистрибуции ЛС и ИМН, которая призвана и проводит политику всемерной поддержки отечественных производителей. С этой целью разработан и внедрен новый механизм процесса заключения долгосрочных договоров с последними.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства.
2. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010г. № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг».
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 февраля 2009г. № 134 «О некоторых вопросах по внедрению единой системы дистрибуции лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009г. №1729 «Об утверждении Правил организации и проведении закупок лекарственных средств, профилактических, (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.05.2012г.).

Түйін

Н.Е.БЕЙСЕН

ҚАЗАҚСТАНДА ДӘРІ-ДӘРМЕК ПЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРДЫ БІРЫҢҒАЙ ДИСТРИБУЦИЯЛАУ МЕХАНИЗМІН ЖЕТІЛДІРУ

Мақалада халыққа кепілді тегін көрсетілетін медициналық көмекті бюджеттік қаржыландыруының динамикасы, оның ішінде оны дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі бірыңғай дистрибуцияның, әсіресе отанда өндірілген дәрілер мен медициналық құрал-жабдықтарды сатып алу жөнінде мәліметтер және ұзақ мерзімді келісім-шарттар жасаудың жаңа механизмі келтірілген. Динамикада кепілді тегін көрсетілетін медициналық көмекті және оны дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуде бюджеттік қаржыландырудың өсуі анықталған. Дәрі-дәрмекті, оның ішінде отанда өндірілгендерін, бірыңғай дистрибуциялаудың тиімді екендігі көрсетілген. Отандық өндірушілерді қолдаудағы саясатта ұзақ мерзімді келісім-шарт жасаудың тиімділігін арттырудың жаңа механизмі жасалған.

Summary

N.E.BEISEN

THE DEVELOPMENT IN A COMMON DISTRIBUTION OF MEDICAMENTS AND MEDICAL DEVICES IN KAZAKHSTAN

There was introduced the information about the dynamics of public funding GVFMA including a medical support of a common medical distribution, specially national production medicaments with the development of a new mechanism by execution of long-term contracts. The increased dynamics in public funding GVFMA and medical support was settled. A common distribution of medicaments and medical devices appeared an effective one in its solution and support of domestic producers. The development of a new mechanism by execution of long-term contracts was effective at the political support.

УДК. 616-005

ZH.ORMAN, S.SAX, P.CAMPBELL
Heidelberg University, Heidelberg, Germany

IMPACT OF THE UPGRADED HEALTHCARE ACCREDITATION PROGRAM IN KAZAKHSTAN: HEALTHCARE FACILITIES' PERCEPTION

This article presents the study on the upgraded healthcare accreditation program. Under this program national accreditation standards were aligned with international principles and implemented into pilot healthcare facilities. The goal of the study was to identify influence of the upgraded accreditation program on quality of organization and services of healthcare facilities.

Key words: impact, healthcare accreditation, Kazakhstan, perception.

Introduction

Quality of healthcare is one of the greatest concerns for the health systems worldwide including low and middle income countries. Countries seek for ways to improve healthcare quality and Kazakhstan is not an exception. Kazakhstan has opted for healthcare accreditation as one of the main tools to improve quality. Healthcare accreditation is an external evaluation process that involves self-assessment against a given set of standards and an on-site survey followed by a report with or without recommendations and the approval or refusal of accreditation status (Pomey et al., 2010).

Kazakhstan introduced national healthcare accreditation in the middle of 2000's. But in 2010 Kazakhstan initiated a project with World Bank in order to modernize and strengthen its health system including national healthcare accreditation system. Thus the Ministry of Health has aligned its national accreditation standards with international principles. The achievements included establishing a national accreditation center, upgrading national accreditation standards and processes, piloting accreditation in 20 healthcare facilities, training and preparing accreditation surveyors. Assessing the impact of what had been developed and methods to do so needed to be done.

The overall goal of our study was to assess the impact of the upgraded accreditation program. To achieve this goal we needed to answer a question: Do changes promoted by the upgraded accreditation program have a positive influence on the quality of organization and healthcare services at healthcare facilities? We set a primary objective for the study – to identify perceived positive or negative influence of changes within healthcare facilities. Following secondary objectives had helped us to achieve the goal of the study: 1) Identify changes resulting from the upgraded accreditation processes and standards; 2) Design and test appropriate methods for assessment; 3) Measure changes within healthcare facility resulting from the upgraded accreditation processes and standards.

Methods

A mixed method approach, incorporating quantitative and qualitative methods, was chosen for our study in order to strengthen results. The study involved three steps. On the first step, a literature review and comparative document analysis of national accreditation standards and upgraded accreditation standards were carried out in order to identify key changes in the upgraded accreditation program. On the second step, information from the literature and comparative analysis was used to develop research tools. Finally, designed and tested research tools, which are a questionnaire and interview guide, were used to measure perceived changes within healthcare facilities influenced by the upgraded accreditation program. 10 healthcare facilities out of 15 met inclusion criteria and selected for the study. At these healthcare facilities overall 169 study participants (response rate 94%) including management staff, physicians and nurses filled out 5-point Likert scale questionnaires. Semi-structured telephone interviews were conducted with 4 top management representatives from different healthcare facilities.

Results and discussion

Results of the study suggested that changes promoted by the upgraded accreditation program had strongly and positively influenced healthcare facilities. Findings showed that quality of organization and services of healthcare facilities improved since the upgraded accreditation.

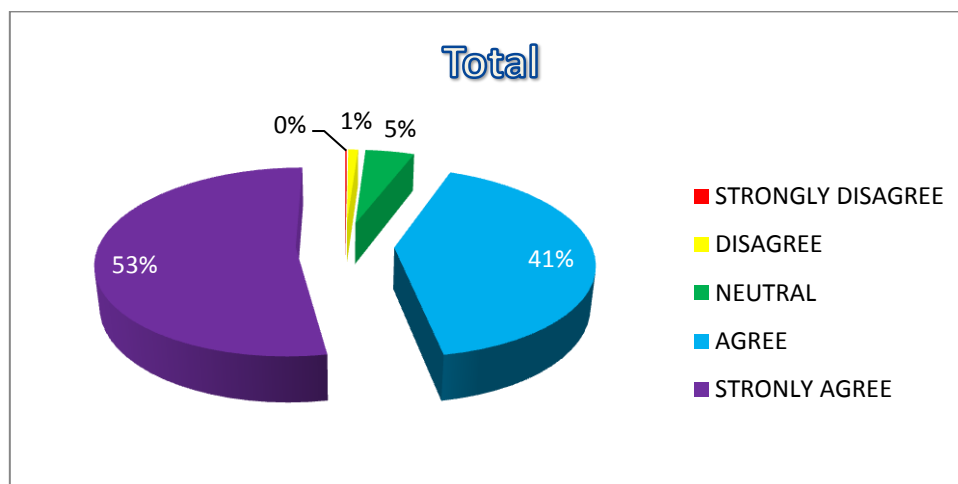


Figure 1 Distribution of total responses

In particular, the study identified 5 positively affected key areas of healthcare facilities. In the quantitative part of the study the overall mean score was 4.45 with standard deviation of 0.65. Internal consistency of the test was high (Cronbach's alpha 0.99). Quantitative results revealed that key areas leadership and patient care were more positively affected than the other 3 key areas perception on the upgraded accreditation, resource and safety management.

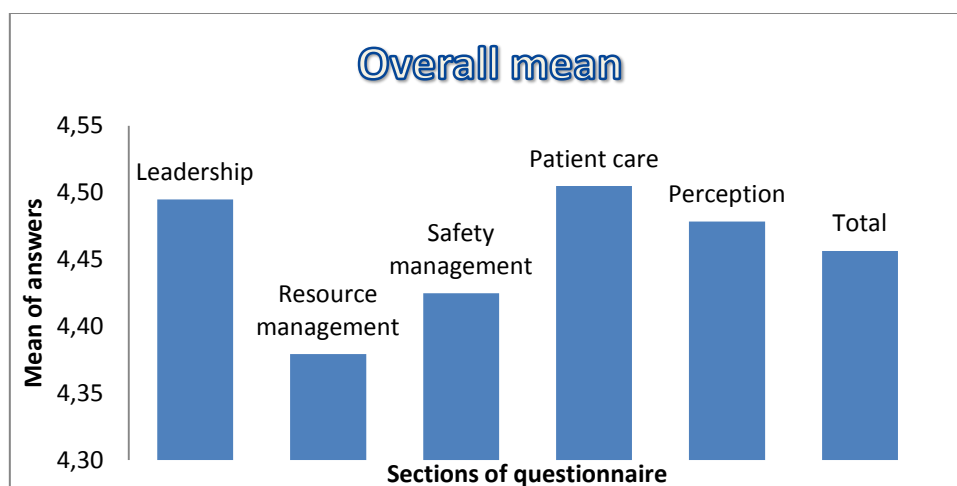


Figure 2 Means of each section of the questionnaire

These findings clarified and emphasized the main difference of the upgraded accreditation from the previous accreditation that is a patient centeredness of care. Moreover this study also found a favorable perception of all level staff including medical and non medical professions towards the upgraded accreditation program. These results were matched and supported by those from the qualitative part of the study. Findings from interviews enriched results from questionnaires with clear explanations and live examples from experience.

However, there were some limitations which resulted from the restricted time and budget allocated for the study. Firstly, the scope of the study was limited to assessing the influence of the upgraded accreditation program on quality of organization and services of healthcare facilities but not on quality of actual care. The study was not intended to find improved healthcare quality in terms of health outcomes but rather improved organization and services of healthcare facilities which ease and contribute to further quality improvement in created favorable environment of healthcare facilities. Secondly, the study was based on the perception of healthcare staff. However, perceived quality improvement by staff can be used as a proxy to actual quality improvement and it can also be considered as an additional indicator of healthcare quality (Lammers et al., 1996, Arnetz, 1999).

Conclusions

This study has shown that the upgrading process of national accreditation benefited healthcare facilities across the country. The upgraded accreditation was found an accepted and valuable tool for quality improvement in Kazakhstan. Additionally, this study justified the implementation of the main principles of the upgraded accreditation which previous national accreditation lacked such as patient centered care, clarity of management processes and continuous professional

improvement of staff. Therefore the upgraded accreditation program should be further continued and promoted throughout the country.

Even though we managed to conduct a literature review and comparative document analysis, and examined ten inpatient and outpatient healthcare facilities, surveyed a considerable number of staff, and interviewed top management and carefully analyzed and interpreted triangulated results of effects of the upgraded accreditation, a study with a larger sample size investigating accredited and non accredited healthcare facilities and comparing results over time would have provided more thorough answers about impact of accreditation on healthcare quality.

This study has put the base for further studies on clinical effectiveness and cost-effectiveness of the upgraded accreditation system in Kazakhstan which are unknown and need to be studied. This study has not only assessed the upgraded accreditation program and identified positive influence but also developed research tools for future evaluations and further investigations in this field.

LITERATURE

- Arnetz, B. B. 1999. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 11, pp. 345-51.
- Lammers, J. C., Cretin, S., Gilman, S. & Calingo, E. 1996. Total quality management in hospitals: the contributions of commitment, quality councils, teams, budgets, and training to perceived improvement at Veterans Health Administration hospitals. *Medical care*, 34, 463-78.
- Pomey, M. P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A. & Contandriopoulos, A. P. 2010. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation science : IS*, 5, 31.

Резюме

Ж.ОРМАН, С.САКС, П.КЭМПБЕЛЛ

ВЛИЯНИЕ ОБНОВЛЕННОЙ ПРОГРАММЫ АККРЕДИТАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ВОСПРИЯТИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В статье представлено исследование обновленной программы аккредитации здравоохранения в Казахстане. В рамках данной программы были приведены национальные стандарты аккредитации в соответствие с международными принципами и внедрены в пилотные медицинские учреждения. Целью данного исследования было определение влияния обновленной программы аккредитации на качество организации медицинских учреждений.

Түйін

Ж.ОРМАН, С.САКС, П.КЭМПБЕЛЛ

ҚАЗАҚСТАНДА ЖАҢҒЫРТЫЛҒАН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ АККРЕДИТТЕУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ ЫҚПАЛЫ: МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДІҢ ТҮСІНІГІ

Мақалада Қазақстанда жаңғыртылған денсаулық сақтаудағы аккредиттеу бағдарламасын зерттеу баяндалған. Аталған бағдарлама шеңберінде ұлттық аккредиттеу стандарттар халықаралық қағидаларға сәйкестендірілген және пилоттық медициналық мекемелерге ендірілген. Аталған зерттеудің мақсаты медициналық мекемелердің ұйымдастыру сапасына жаңғыртылған аккредиттеу бағдарламасының әсерін анықтау болып табылады.

УДК 614.52.1.

Н.Е. БЕЙСЕН, Ш.И. АХМЕТ, Е.К. САРСЕБЕКОВ

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЕДИНОЙ ДИСТРИБУЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МОНИТОРИНГ ОЦЕНКИ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

В статье приведены основные принципы системы централизованного закупа лекарственных средств для населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и изложены новые критерии мониторинга оценки эффективности системы единой дистрибуции фармацевтических препаратов в стране.

Ключевые слова: лекарственные средства, единая дистрибуция, принципы, мониторинг эффективности.

Известно, что лекарственное обеспечение является важной составной частью в системе оказания медицинской помощи населению и в сохранении здоровья граждан.

Сравнительный исторический анализ мирового фармацевтического рынка показал, что в разных странах существуют различные подходы и принципы лекарственного обеспечения своих граждан. При этом была установлена тенденция к консолидации закупок на государственном уровне вне зависимости от моделей функционирования системы здравоохранения и передачи функций по запуску и логистике лекарственных средств (ЛС) специализированным частным компаниям. Такие подходы к этому важному вопросу действуют в ряде европейских стран (Великобритания, Германия, Франция), а также в Малайзии и Новой Зеландии (1).

На основе анализа мирового передового опыта системы лекарственного обеспечения населения Правительство Республики Казахстан в 2009г постановило создать единый дистрибьютор (оператор), призванный решать данный актуальный вопрос в стране. Для реализации этой задачи в составе Фонда национального благосостояния «Самрук-Казына» было создано ТОО «Самрук Казына - Фармация» (2). Данной структуре придан статус Единого дистрибьютора лекарственного обеспечения населения в рамках государственных программ гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) населению страны (3).

Единая дистрибуция ЛС была основана на принципах, которые преследовали достижение стратегических целей деятельности «СК-Фармации»:

- предварительная аттестация поставщиков качественных ЛС;
- закуп наиболее рентабельных ЛС в адекватном количестве;
- закуп ЛС при минимальных общих затратах;
- обеспечение своевременных поставок ЛС.

Задачей 1-го принципа является выбор поставщика ЛС и обеспечение их качества системой предварительной аттестации производителя фармпрепаратов и контроля.

Задачей 2-го принципа является выбор ЛС и расчет необходимого их количества. Необходимо указать, что единым дистрибьютором закупаются только те ЛС, которые включены в утвержденный МЗ РК Список основных ЛС, а объем государственного заказа определяется на основании комиссионной оценки реальной потребности заказчиков на основе их заявки. При этом реализация этого принципа осуществляется через механизмы, гарантирующие надежное финансирование закупа ЛС, последние закупаются в необходимых количествах, размещение заказов проводится на конкурсной основе, а условия договора строго соблюдаются всеми участниками закупок и контролируются.

Задачей 3-го принципа является соблюдение надлежащей практики закупа ЛС, основанное на эффективном и прозрачном управлении. При этом механизмы, связанные с закупом ЛС, отделены от заказчиков и потребителей. Конкурс проводится прозрачно в соответствии с требованиями и в соответствии с формальными процедурами, заблаговременно планируется и регулярно контролируется. Соблюдение условий устойчивого финансирования и конкуренции являются центральным звеном в деятельности «СК-Фармации», ее взаимодействия с заказчиками и снижения цен на закупаемые ЛС.

Задачей 4-го принципа является соблюдение всех условий контракта по срокам поставки ЛС заказчикам, приверженности компании к соблюдению международных стандартов доставки, хранения и транспортировки ЛС для обеспечения их качества для потребителей.

Анализ деятельности Единого дистрибьютора в лице ТОО «СК-Фармация» за период его функционирования показал, что соблюдение основных принципов надлежащей практики закупа ЛС позволяет расширять перечень закупаемых ЛС, повышать равнодоступность населения страны к ГОБМП, экономить бюджетные средства при выполнении государственных программ здравоохранения.

Важным в деятельности Единого дистрибьютора было соблюдение указанных основных принципов в достижении стратегических целей компании. Кроме того, актуален был вопрос мониторинга за эффективностью всей системы лекарственного обеспечения населения в рамках ГОБМП (4). Данное положение явилось основой для разработки модели мониторинга за эффективностью государственной поддержки лекарственного обеспечения населения при условии соблюдения вышеперечисленных принципов. При этом реализация модели была основана на использовании следующих критериев.

1. Способность контролировать уровень расходов на лекарственное обеспечение льготных категорий - каждая структура в цепи участников

системы лекарственного обеспечения имеет возможность планировать объем деятельности, свои затраты и бюджет с определенной степенью надежности. Действующая система мониторинга за эффективностью функционирования позволяет формировать реалистичные и выполнимые бюджеты, основанные на возможности контролировать и прогнозировать расходы. Этот критерий отражает способность системы являться средством контроля за уровнем затрат.

2. Доступность основных ЛС для пациентов - препараты по Списку Министерства здравоохранения должны быть в наличии по доступной цене, что важно как для пациентов без льгот, так и для структур, обеспечивающих льготные категории населения. Важно, чтобы система лекарственного обеспечения сводила к минимуму дефицит основных ЛС и обеспечивала осведомленность пациентов о возможностях их приобретения.

3. Стимулы для назначения генерических ЛС – система создает эффективные стимулы для назначения генерических препаратов, принимая во внимание их качество. Финансовые интересы аптек не ущемляются при отпуске менее дорогих препаратов, а для врачей и провизоров действуют стимулы выписывать и отпускать наиболее эффективные с точки зрения затрат ЛС.

4. Гарантия обслуживания льготных рецептов – для льготных категорий населения создает возможности приобретать ЛС в максимальном объеме и по простой схеме.

Таким образом, становится очевидным, что разработанная и внедренная система принципов и критериев мониторинга оценки эффективности государственной поддержки лекарственного обеспечения населения отражает социальную направленность лекарственной политики в Республике Казахстан, позволяет обеспечить гарантии государства при реализации программ бесплатной медицинской помощи и обеспечивает ее институциональное развитие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мнушко З.М., Горбенко А.Б., Слободянюк Н.Н. Исследование потребительских предпочтении и конкурентоспособности лекарственных препаратов//Фармация.-1998.-№2.-с.42-43.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 февраля 2009г. №134 «О некоторых вопросах по внедрению единой системы дистрибуции лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
3. Устав Товарищества с ограниченной ответственностью «СК-Фармация» -Астана, 2009г.
4. Фармацевтическая промышленность в условиях реализации государственных программ//Фармацевтический вестник.- № 7 (412), 28 февраля 2006г.

Түйін

Н.Е.БЕЙСЕН, Ш.И.АХМЕТ, Е.К.САРСЕБЕКОВ

ДӘРЛІК ЗАТТАРДЫ БІРЫҢҒАЙ ДИСТРИБУЦИЯЛАУДЫҢ НЕГІЗГІ
ҚАҒИДАЛАРЫЖӘНЕ ОНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУДЫҢ МОНИТОРИНГІ

Мақылада тегін көрсетілетін медициналық көмек шеңберінде халықты қамтамасыз ету үшін дәрілік заттарды орталықтан тандырылған бірыңғай дистрибуция жүйесінің негізгі қағидалары келтірілген және оның тиімділігін бағалаудың жаңа дишемдері берілген.

Кілттік сөздер: дәрілік заттар, бірыңғай дистрибуция, қағидалар, бағалау.

Summary

N.E. BEISEN, SH.I.AHMET, E.K.SARSEBEKOV

THE MAIN PRINCIPLES OF THE SINGLE MEDICINE DISTRIBUTION AND AN EFFECTIVE ASSESSMENT OF THE MONITORING

The main principles of the centralized procurements with medicaments for the country within a free and guaranteed medical aid are described in this article. New criterias of an effective assessment of the monitoring and pharmaceutical preparations around the country are showed here.

Key terms: medicaments, the single distribution, principles, an effective monitoring.

УДК 614.2

Б.Ш.СЕРГАЗИН, Н.С.АХИЛЬБЕКОВ, Л.В.БЮРАБЕКОВА,
Н.Ж.ЫРЫМБАЕВА

РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г.Астана

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ЗА 8 МЕСЯЦЕВ 2013 ГОДА

В статье изложены итоги деятельности Республиканского центра санитарной авиации за 8 месяцев 2013 года.

Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр санитарной авиации» (далее - РЦСА) Министерства здравоохранения Республики Казахстан создано в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2012 года №1724 «О создании Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр санитарной авиации» Министерства здравоохранения Республики Казахстан» в г. Астана.

Основной задачей РЦСА является организация и координация оказания неотложной медицинской помощи населению Республики Казахстан с использованием воздушного санитарного транспорта.

За последние два десятилетия произошел процесс концентрации в городах республиканского значения и областных центрах медико-технических и кадровых ресурсов, где также активно внедряются новые медицинские технологии, в том числе высокоспециализированная медицинская помощь. Это

обстоятельство еще более усилило потребность в санитарной авиации для увеличения доступности населения к качественной медицинской помощи. Кроме того, в стране ежегодно регистрируется рост числа дорожно-транспортных происшествий. Организовать своевременное оказание медицинской помощи пострадавшим, особенно в труднодоступной местности, призвана именно санитарная авиация.

На сегодняшний день во всех регионах страны работают 15 координаторов санитарной авиации, располагающиеся на 11 базах областных больниц (Акмолинская, Алматинская, Атырауская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Восточно-Казахстанская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Костанайская, Мангыстауская, Южно-Казахстанская области), в г.Алматы на базах Алматинской многопрофильной клинической больницы и Алматинской региональной детской больницы, а также в Актюбинской больнице скорой медицинской помощи, Карагандинской областной станции скорой медицинской помощи и Кызылординского областного медицинского центра.

Все областные центры Республики Казахстан охвачены транспортными средствами службы санитарной авиации, в г.Алматы расположен самолет «Цесна-Караван» для более полного охвата южных регионов и в г.Астана расположен турбореактивный самолет Nowker - 400 (всего 12 самолетов и 5 вертолетов).

По итогам 8 месяцев 2013 года мобильными бригадами санитарной авиации совершено 848 вылетов, из них 619 самолетом и 229 вертолетом, оказана медицинская помощь 1111 пациентам.

Наибольшее количество вылетов совершено в Южно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Кызылординской, Атырауской, Западно-Казахстанской областях. Наименьшее количество вылетов осуществлено в Жамбылской и Акмолинской областях. Это связано в первую очередь с тем, что санитарная авиация в Жамбылской области финансируется дополнительно за счет средств местного бюджета и большая часть нагрузки по вылетам приходится на местный бюджет, а также в связи с низкой информированностью населения и региональных организаций здравоохранения о службе санитарной авиации (Рисунок 1).



Рисунок 1

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

За 8 месяцев 2013 года из 1165 оказанных медицинских услуг транспортировано 715 пациентов (61,5%), проконсультировано 359 пациентов (31%), прооперирован 91 пациент (8%) (Рисунок 2).

Количество услуг санитарной авиации

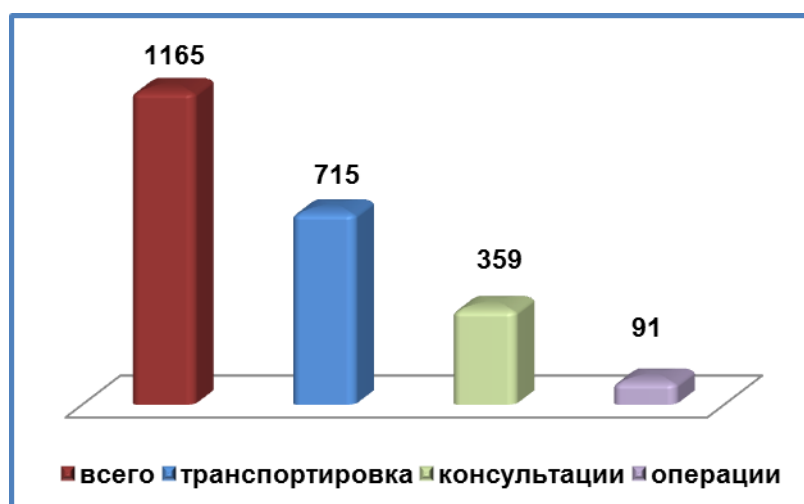


Рисунок 2

Из 715 транспортированных пациентов, 251 пациент (35%) госпитализированы в республиканские медицинские организации и 464 пациента (65%) - в областные медицинские организации. 223 (31%) транспортировки осуществлены мобильными бригадами РЦСА.

В том числе, 1 пациент был транспортирован из зарубежной клиники (Хатай, Турция) в Республику Казахстан.

Проведены 111(39%) консультаций и 24 (26%) оперативных вмешательств специалистами из республиканских организаций г.Астана и 248 (61%) консультаций, 67 (74%) оперативных вмешательства специалистами из областных медицинских организаций.

В структуре услуг на первое место приходится медицинская помощь при травмах, в том числе при дорожно-транспортных происшествиях 228 (21%) из них пострадавшие при ДТП – 110 пациентов (49% от всех травм), на втором месте женщинам с акушерско-гинекологической патологией 226 (20%), затем патология новорожденных 191 (17%) и 177 детей с патологией детского возраста (16%), с болезнями системы кровообращения обслужен 171 пациент (15%) и с прочими заболеваниями 118 пациентов (11%) (Рисунок 3).

Структура услуг санитарной авиации

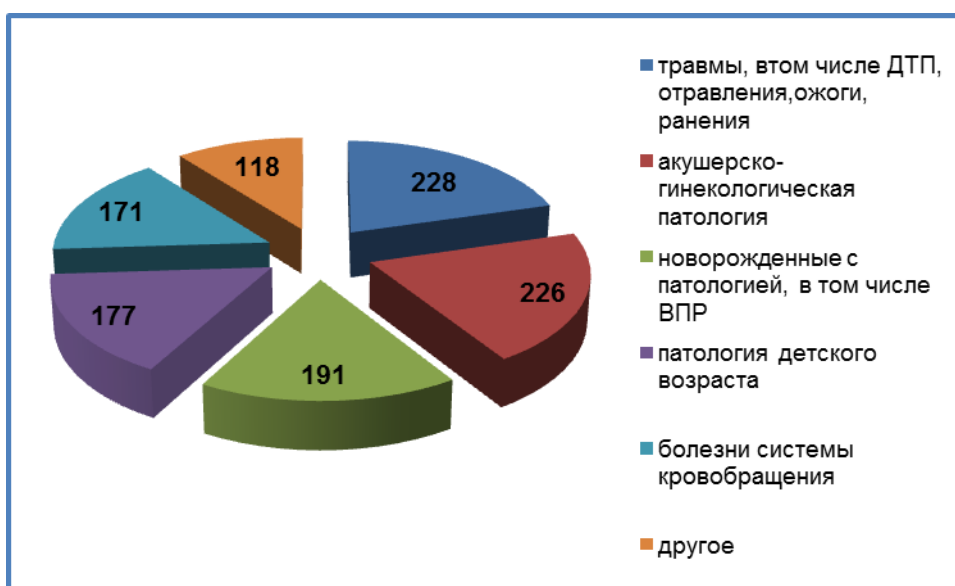


Рисунок 3

Наибольшее количество медицинской помощи оказано пациентам из Южно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Кызылординской, Атырауской, Мангистауской и Западно-Казахстанской областей.

Выводы:

1. Отмечается увеличение количества вылетов на 52% в сравнении с аналогичным периодом 2012 года (557 вылетов);
2. Увеличилось количество оказанной медицинской помощи пациентам 1111 (8 мес. 2012г. – 751 пациенту), т.е. на 360, и выполнено на 54,7% услуг больше, чем за аналогичный период прошлого года.
3. В структуре услуг впервые на первом месте медицинская помощь при травматизме, в том числе при дорожно-транспортных происшествиях, на втором месте сохраняется медицинская помощь пациентам с акушерско-гинекологической патологией.

Түйін

Б.Ш.СЕРГАЗИН, Н.С.АХИЛЬБЕКОВ, Л.В.БЮРАБЕКОВА, Н.Ж.ЫРЫМБАЕВА

2013 ЖЫЛДЫҢ 8 АЙЫНДАҒЫ САНИТАРИЯЛЫҚ АВИАЦИЯ ҚЫЗМЕТІНІҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ

Мақалада 2013 жылдың 8 айы үшін Республикалық санитариялық авиация орталығының қызмет ету қорытындысы жазылған.

Summary

B.SERGHAZIN, N.AHILBEKOV, L.BYURABEKOVA, N.YRYMBAYEVA

THE RESULTS OF THE AIR AMBULANCE SERVICE FOR 8 MONTHS OF 2013

The article presents the results of the National Center air ambulance for 8 months of 2013.

УДК 614.52.1.

Н.Е. БЕЙСЕН

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, г.Астана

МЕТОДИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТОО «СК-ФАРМАЦИЯ»

В статье приводятся экономические результаты установления прямых связей компании «СК-Фармация» с непосредственными производителями лекарственных средств и изделий медицинского назначения; обсуждаются экономические и социально-медицинские выгоды.

Ключевые слова: прямые договора, лекарственные средства, изделия медицинского назначения, экономия бюджетных средств, новый механизм процедур государственных закупок.

Известно, что наиболее эффективным инструментом повышения эффективности деятельности Единого дистрибьютора лекарственного обеспечения государственных программ здравоохранения в Республике Казахстан, является установление прямых связей с непосредственными производителями лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения (ИМН).

Поэтому в последние 3 года ТОО «СК-Фармация», наряду с расширением списка ЛС и ИМН, необходимых для реализации территориальных и республиканских программ гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), приоритетное внимание уделяет использованию экономических инструментов обеспечивающих ограничение непроизводительных затрат при их закупе и логистических процедурах.

В настоящем исследовании приводятся результаты изучения экономии бюджетных средств, достигаемой при заключении прямых договоров с непосредственными производителями фармацевтической и медицинской продукции.

Как показано в таблице 1, в 2011 году прямые договора были заключены с 5 производителями ЛС и ИМН. При этом эти договора ограничивались лишь 6 наименованиями ЛС и ИМН, а объем их поставок составлял 4,1 млрд.тенге

Таблица 1. Динамика основных показателей прямых договоров на поставку ЛС и ИМН в рамках ГОБМП

| Год | Число прямых договоров поставок ЛС и ИМН | Число наименований ЛС и ИМН | Сумма поставок, млрд.тенге |
|------|--|-----------------------------|----------------------------|
| 2011 | 5 | 6 | 4,1 |

| | | | |
|---------------|--------|---------|--------|
| 2012 | 11 | 20 | 6,5 |
| % к 2011 году | 220,0% | 181,0% | 158,5% |
| 2013 (план) | 18 | 400 | 15,0 |
| % к 2012 году | 163,6% | 200 раз | 230,0% |

В 2012 году число прямых договоров увеличилось почти вдвое; список поставляемых ЛС и ИМН расширен до 20 наименований или в 1,8 раза. Причем объем их закупок увеличился по сравнению с 2011 годом в 1,6 раза.

На 2012 год запланировано заключение 18 прямых договоров, что в 1,6 раза будет больше, чем в 2012 году. Причем ожидается, что объем поставок в денежном выражении возрастет в 2,3 раза по сравнению с предыдущим годом.

В таблице 2 представлена сравнительная характеристика экономии бюджетных средств, при заключении прямых договоров с непосредственными производителями фармацевтической продукции.

Таблица 2. Сравнительная характеристика экономии бюджетных средств при прямых договорах с производителями фармацевтической продукции в млрд.тенге

| Год | Объем заключенных прямых договоров | Экономия бюджетных средств |
|----------------|------------------------------------|----------------------------|
| 2011 | 6,33 | 2,23 |
| 2012 | 6,81 | 0,254 |
| % к 2011 году | 107,6 | 11,4 |
| 2013 (прогноз) | 15,5 | 0,508 |
| % к 2012 году | 62,3 раза | В 2 раза |

Проведенные исследования показали, что в 2011 году прямых договоров с непосредственными поставщиками ЛС и ИМН было заключено на сумму 6,33 млрд.тенге.

При этом сэкономлено 2,23 млн.тенге бюджетных средств. В 2012 году объем заключенных договоров составил уже 6,81 млрд.тенге. Однако сэкономлено почти в 10 раз меньше (254 млн.тенге). Понятно, что с установлением этого института, экономия бюджетных средств будет уменьшаться, а возможности для дополнительного закупа – увеличиваться.

По прогнозу кампании, в 2013 году объем заключенных прямых договоров увеличится более чем в 2 раза по сравнению с 2012 годом. При этом уровень экономии бюджетных средств сохранится.

Достигнутые результаты - только начало целеустремленной работы кампании по увеличению числа непосредственных производителей ЛС и ИМН, с которыми заключаются прямые договора поставок.

Для повышения эффективности использования этого важнейшего механизма экономии бюджетных средств в организационные технологии на всех этапах взаимодействия и обратной связи с производителями ЛС и ИМН, внесены соответствующие изменения и дополнения

На первом этапе нового механизма взаимодействия осуществлялась системная маркетинговая работа, в ходе которой всесторонне изучались предложения непосредственных производителей ЛС и ИМН.

В тех случаях, когда интересы производителей и кампании совпадали, до них доводилась исчерпывающая информация о потребности, объемах и наших ценовых предложениях.

На следующем этапе менеджеры кампании в ходе переговоров с потенциальными поставщиками ЛС и ИМН оговаривали пакет условий заключения прямых договоров.

Особенностью следующего этапа взаимодействия является значительное сокращение (до 10 дней) рассмотрения в Министерство здравоохранения согласованных предложений компании и потенциального поставщика.

В течение этого короткого срока Министерство выдает заключение о целесообразности заключения прямого договора. Ускорение этого наиболее бюрократического этапа государственных закупок позволяет поставщикам раньше начать составлять конкурсную заявку; сокращает затраты времени на выработку рекомендаций по выбору поставщика ЛС и ИМН; убыстряет конкурсные процедуры, заключение прямых договоров и сами поставки.

Таким образом, исследования показали, что при установлении прямых связей кампании с непосредственными производителями ЛС и ИМН, во-первых, достигается значительная экономия, так как из договорного процесса исключаются многочисленные посредники; деятельность которых только увеличивает отпускную стоимость лекарственных средств. Во-вторых, ускоряются процедуры согласования, проведения конкурентных и логистических процедур. В-третьих, уменьшается стоимость закупаемых ЛС и ИМН и появляется возможность на сэкономленные бюджетные средства осуществлять дополнительный закуп последних.

И, наконец, поскольку прямые договора заключаются не менее чем на 3 года, поставщики обеспечены стабильным заказом; компания имеет

гарантированные объемы бюджетного финансирования, а организации здравоохранения – бесперебойные поставки ЛС и ИМН. Все эти преференции обеспечивают государственный подход к реализации программ ГОБМП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.05.2012 г.)

2. О состоянии фармацевтической отрасли в Республике Казахстан. МЗ РК. - октябрь, 2011г.

3. Ташбаев Ы.Э. Без логистики нет эффективного бизнеса// Фармацевтический вестник, 2002. -№11(250)

4. Баимбетова О. С., Кузнецова Л.С. Динамика медианных оптовых цен на // Итоги трех лет.- Казахстанский фармацевтический вестник, 2010-№10, с.22-25.

Түйін

Н.Е.БЕЙСЕН

«СК-ФАРМАЦИЯ» ЖШС ҚЫЗМЕТІНДЕГІ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІКТІ АРТТЫРУДЫҢ МЕТОДИКАЛЫҚ ҚҰРАЛДАРЫ

Мақалада дәрі-дәрмектер және медициналық құрал-жабдықтарды өндерушілермен тікелей байланыс жасаудың «СК-Фармация» ЖШС үшін экономикалық тиімділігі келтірілген және оның экономикалық және әлеуметтік-медициналық пайдалары қарастырылған.

Summary

N.E.BEISEN

METHODICAL APPROACHES TO THE INCREASING THE ECONOMIC EFFECTIVENESS AT THE «SK-PHARMACEUTICALS» LLP'S BUSINESS

Economic results at the establishment of the «SK-Pharmaceuticals» LLP's relations with the direct producers the medicaments and medical preparations are described in this article. The economic and social-medical advantages have been discussed.

УДК 61.614

Н.Е.ИСАЕВ

ГКП «Областной центр крови», г. Талдыкорган

ОБРАЩАЕМОСТЬ И ПРИЧИНЫ ОТВОДОВ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ДОНОРОВ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2012 ГОДЫ И I ПОЛУГОДИЕ 2013 ГОДА

В данной статье представлен материал по мониторингу деятельности службы крови Алматинской области и отражены основные причины отводов от донорства крови среди населения региона. Наблюдается тенденция увеличения отводов граждан от донорства крови, что диктует условия для необходимости наращивания донорского потенциала региона.

Ключевые слова: Донорство крови. Организация донорства

Введение. Донорство крови во всем мире является одной из важнейших проблем, которая требует постоянного внимания к себе [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Положение с донорством в настоящее время является особенно сложным, поскольку за последние 15 лет утрачены многие существовавшие ранее методы поощрения донорства, престиж донорства, механизмы взаимодействия с предприятиями — источником донорских ресурсов [7,8].

Количество доноров значительно сократилось, что, естественно, явилось причиной уменьшения числа кроводач и ухудшения обеспечения компонентами и препаратами крови всех контингентов больных, нуждающихся в этом виде терапии [9,10].

Цель исследования. Изучить обращаемость и причины отводов доноров крови Алматинской области за последние годы.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ статистических данных мониторинга основных показателей деятельности службы крови в Алматинской области за последние 4 года. Всего были изучены данные об обращаемости населения в Центры крови (далее - ЦК) Алматинской области (ГКП Областной центр крови г. Талдыкорган, «Городской центр крови» г. Каскелен) с 2010 - 2012 гг., а также I полугодие 2013 года для участия в донорстве крови.

Согласно данным Агентства республики Казахстан по статистике в 2010 – 2013 гг. в Алматинской области численность населения варьировала от 1 836,1 тыс. человек до 1 946,7 тыс. человек [11].

Результаты и обсуждение:

Согласно анализу статистических данных в 2010 – 2012 гг. в ЦК для участия в донорстве обратились в 2010 году 0,65%, в 2011 - 0,71% и в 2012 году 0,82% населения региона, проводя «линию тренда» линейного прогноза на последующие пять лет то к 2017 году ожидается 1,4% населения будут обращаться ЦК для участия в донорстве крови (Рис 1.).

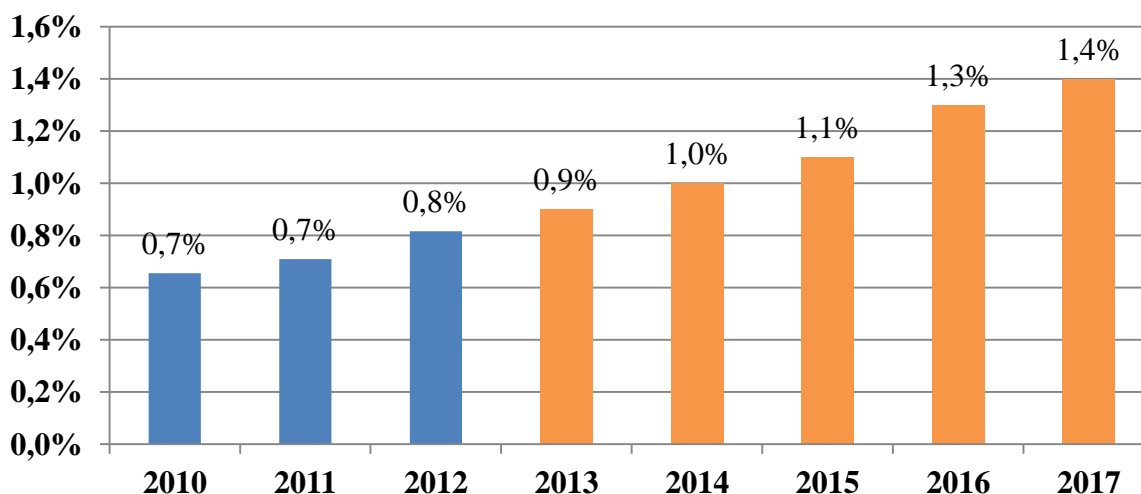


Рисунок 1. Удельный вес обратившихся граждан для участия в донорстве крови по Алматинской области 2010-2012 гг. с линейным прогнозом.

За последние 4 года в Алматинской области количество обращений выросло, в тоже время и выросло количество отведенных граждан на этапе до донации в 2010 году удельный вес составил - 7,7% отведенных, в 2011 - году 7,8%, в 2012 году – 9,3% и за I полугодие 2013 – 12,6% (Рис.2).

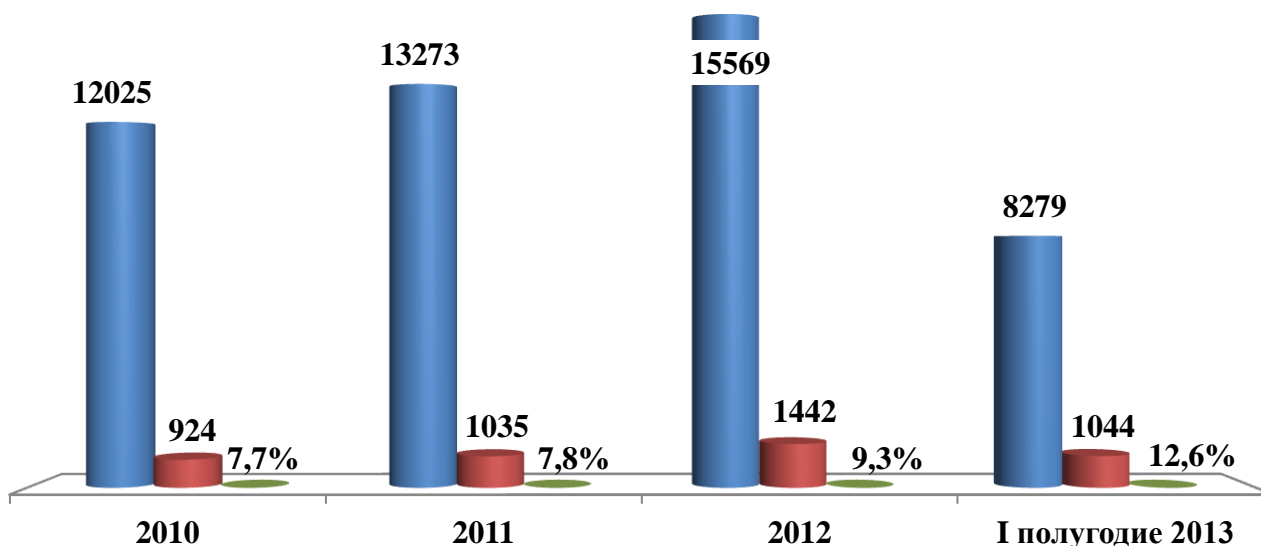


Рисунок №2. Соотношение обратившихся граждан для участия в донорстве крови и отведенных на этапе до донации с указанием удельного веса отведенных по Алматинской области 2010-2012 гг. и I полугодие 2013 года.

По причинам отведения потенциальных доноров в 2010 году в Алматинской области стали больше половины потенциальных доноров «отсеивались» на приеме у врача – 58,7%, по данным лабораторного обследования 28,9%, по данным единого донорского информационного центра (далее – ЕДИЦ) - 9,7%, по другим причинам – 2,7% (Рис.3).

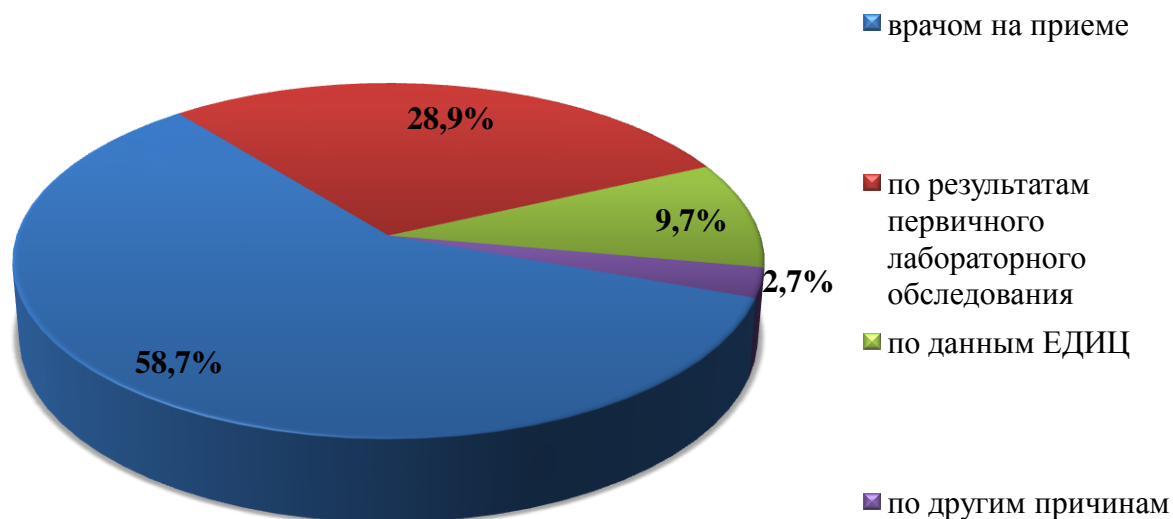


Рисунок 3. Соотношение причин отведения доноров крови на этапе до донации в 2010 году.

В 2011 году по причинам отведения от донорства крови в Алматинской области наиболее значимой причиной стала отведение на приеме у врача – 72,5%, по данным лабораторного обследования 23,7%, по данным ЕДИЦ – 3,3%, по другим причинам – 0,6% (Рис.4).

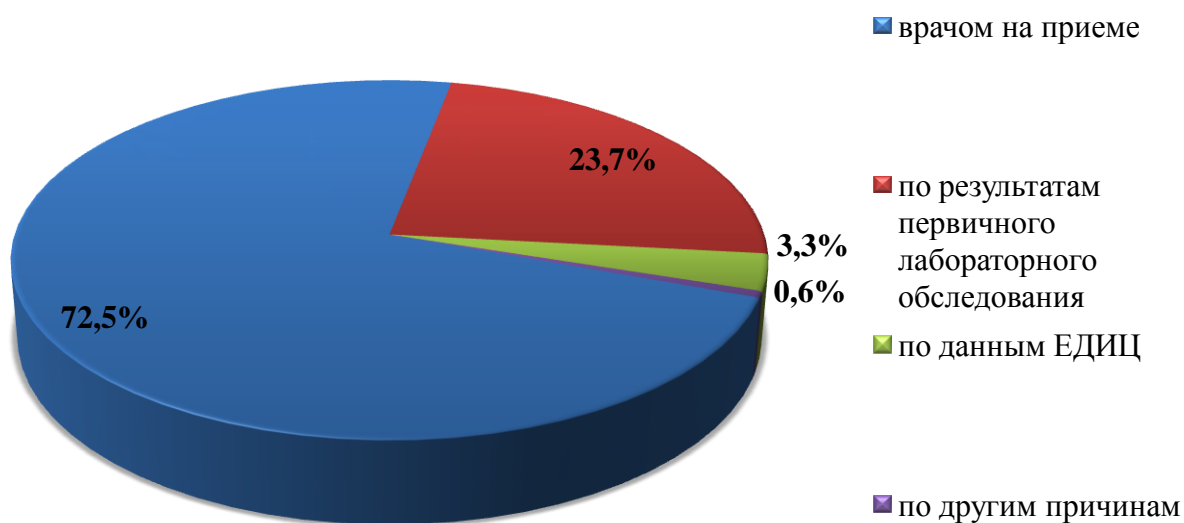


Рисунок 4. Соотношение причин отведения доноров крови на этапе до донации в 2011 году.

В 2012 году система мониторинга деятельности службы крови была видоизменен, появилась дополнительная графа - «по причине самоотвода», вследствие чего градация по причинам отводов на этапе до донации расположилась следующим образом, наиболее значимой причиной стала

отведение на приеме у врача – 31,4%, по данным лабораторного обследования - 30,4%, по другим причинам – 25,2% по данным ЕДИЦ – 8,8%, по причине самоотвода 4,2%. Кроме того причина отвода на приеме у врача также дифференцированы на причины – по соматическим заболеваниям – 79,2%; по причине отнесения к группе риска по инфекционным заболеваниям 20,8% (Рис.5).

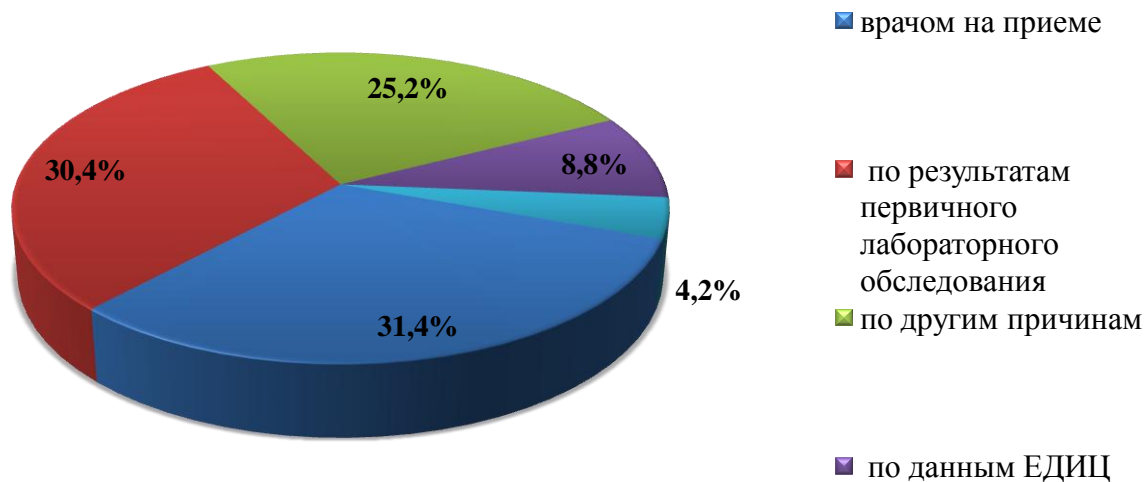


Рисунок 5. Соотношение причин отведения доноров крови на этапе донации в 2012 году.

За I полугодие 2013 года по Алматинской области, наиболее значимой причиной стала отведение на приеме у врача – 40%, по данным лабораторного обследования – 28,8%, по другим причинам – 24,5%, по данным ЕДИЦ – 5,5%, по причине самоотвода 1,1%. По причине отвода - на приеме у врача в 79,7% случаев причиной послужили соматические заболевания; в 20,3% случаев по причине отнесения к группе риска по инфекционным заболеваниям 20,8% (Рис.6).

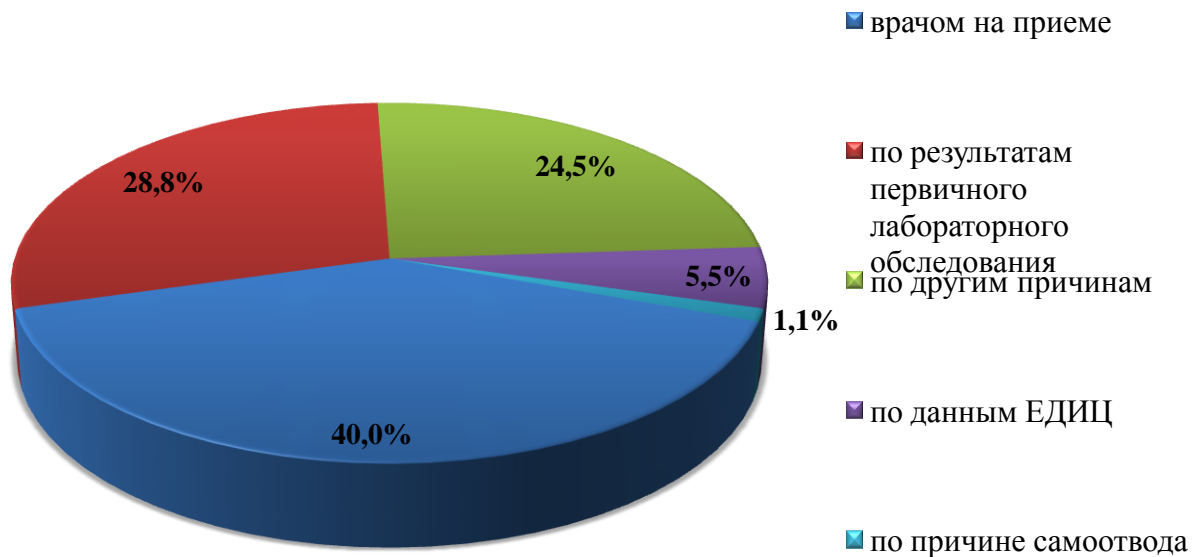


Рисунок 6. Соотношение причин отведения доноров крови на этапе донации в I полугодии 2013 года.

Заключение. Резюмируя данное исследование, можно сделать следующие выводы:

1. Тенденция к увеличению числа населения отведенных на этапе донации говорит о необходимости развития безвозмездного донорства крови в Алматинской области для увеличения донорского потенциала;
2. Высокий показатель отводов на приеме у врача по соматическим заболеваниям говорит о необходимости агитации здорового образа жизни наряду с донорством крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аграненко В.А., Алексеев В.Е., Суханов Ю.С. Служба крови и трансфузиология на пути в XXI столетие (состояние, задачи, перспектива) // Вестник службы крови России. — 1999. — №4. — С. 3-10;
2. Калинина О.В., Мукомолов С.И. Молекулярная эпидемиология гепатита С // Вирусные гепатиты. Информ. бюлл. — 2000. — №3. — С. 9-14;
3. Amponsah-Afuwape S.A., Myers L.B., Newman S. P. Cognitive predictors of ethnic minorities' blood donation intention // Psychol. Health Med. -2002. Vol. 7, N 3. - P. 357 – 361;
4. Baggaley R.F., Boily M.C., White R.G., Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis // AIDS. 2006. - Vol. 20, N 6. - P.805-812;
5. Lyons M., Fabiansson C. Is volunteering declining in Australia? // Aust. J. Volunerring. 1988. - Vol. 2. - P. 15-21;
6. McVittie C., Harris L., Tiliopoulos N. "I intend to donate but .": Non-donors' views of blood donation in the UK // Psychol.Health Med. 2006. - Vol. 11,N1.-P. 1-6;
7. Калинина О.В., Мукомолов С.И. Молекулярная эпидемиология гепатита С // Вирусные гепатиты. Информ. бюлл. — 2000. — №3. — С. 9-14;
8. Селиванов Е.А., Данилова Т.Н. Настоящее и будущее службы крови России // Проблемы гематологии и переливания крови,- 2005.- №3.- С.55-59;

9. Воробьев А.И. 75-летие Гематологического научного центра Российской академии медицинских наук // Гематология и трансфузиология. 2001. - Т.46, №2-3. - С. 5-10;
10. Спасокукоцкий С.И. Переливание крови в военной обстановке// Труды академика С.И. Спасокукоцкого. М.: Медгиз, 1948. — Т.1. — С.98-105;
11. <http://www.stat.kz/digital/naselsenie/Pages/default.aspx>.

Түйін

Н.Е.ИСАЕВ

АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ХАЛҚЫ АРАСЫНДА 2010-2012 ЖЫЛДАРЫ ЖӘНЕ 2013 ЖЫЛҒЫ I-ЖАРТЫЖЫЛДЫҚТА ҚАН ЖӘНЕ ОНЫҢ КОМПОНЕНТТЕРІНІҢ ӘЛЕУЕТТІ ДОНОРЛАРЫНЫҢ ЖҮГІНУЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ШЕТТЕТУ СЕБЕПТЕРІ

Осы мақалада Алматы облысының қан қызметі жұмысының мониторингі бойынша материалдар ұсынылады және өңірдегі халық арасында қан донорлығынан шеттетудің негізгі себептері сөз болады. Азаматтарды қан донорлығынан шеттетудің өсіп келе жатқан тенденциясы байқалуда, бұл болса өңірдегі донорлық потенциалын арттыру қажеттілігін талап етеді.

Негізгі сөздер: Қан донорлығы. Донорлықты ұйымдастыру.

Summary

N.E.ISAEV

APPEALABILITY AND EXCEPTION REASONS OF BLOOD AND BLOOD COMPONENTS POTENTIAL DONORS AMONGST ALMATY REGION POPULATION FOR 2010-2012 AND FIRST HALF OF 2013

This article contains material on the monitoring of the blood service of Almaty region and reflects the main causes of exception of blood donation among the population of the region. The tendency of increase of blood donation exceptions dictates the need of developing of donor capacity in the region.

Keywords: Blood donation. Organization of donorship

УДК 339.14:615.1

Н.З. ИСКАКОВ, Н.Е.БЕЙСЕН

Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г.Астана
ТОО «СК-Фармация»

VENDOR MANAGEMENT INVENTORY ТЕХНОЛОГИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ СЕТЬЮ ДИСТРИБУЦИИ

В статье рассматривается возможность применения VMI технологии для повышения эффективности управления сетью дистрибуции на примере ТОО «СК-Фармация». Данная технология для заказчиков подразумевает передачу дистрибьютору функции по определению потребности и поддержанию уровня запасов

на основании непрерывной информации о продажах и запасах. Что позволит заказчику сфокусироваться на своей основной деятельности, а дистрибьютору гарантировать заказчику наличие оптимального уровня запасов.

Одним из направлений формирования национальной лекарственной политики в Республике Казахстан является повышение эффективности планирования медицинскими организациями потребностей в лекарственных средствах.

Рассмотрим возможности повышения эффективности лекарственного обеспечения и планирования потребностей медицинскими организациями (МО) путем взаимодействия с ТОО «СК-Фармация» через внедрение Vendor management inventory (VMI) технологии.

ТОО «СК-Фармация» является Единым дистрибьютором (ЕД), созданным с целью обеспечения населения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и содействия развитию фармацевтической отрасли в Республике Казахстан.

С созданием системы Единой дистрибуции, образовалась цепочка поставок лекарственных средств в адрес медицинских организаций. Хотя в последнее время в мире наблюдаются тенденции к смещению влияния в цепи поставок в сторону розницы, в нашем случае ТОО «СК-Фармация» выступает фокусной компанией, которая определяет политику всей цепи как звено, обладающее наибольшим весом. Соответственно на ней и лежит ответственность за эффективное функционирование цепочки поставок.

Проведенные исследования деятельности системы Единой дистрибуции выявили ряд проблем:

- заявки от медицинских организаций (далее – МО) часто корректируются значительно больше регламентированной величины;
- количество дополнительных закупок не поддается систематизации, вследствие несовершенства системы планирования МО своих потребностей;
- при заказе дополнительного объема ЕД сталкивается с требованиями по минимальному размеру партии;
- цикл исполнения дополнительных заявок выполняется с задержкой от 1 до 4 месяцев, вследствие запаздывающего информационного обмена (Рисунок 1).

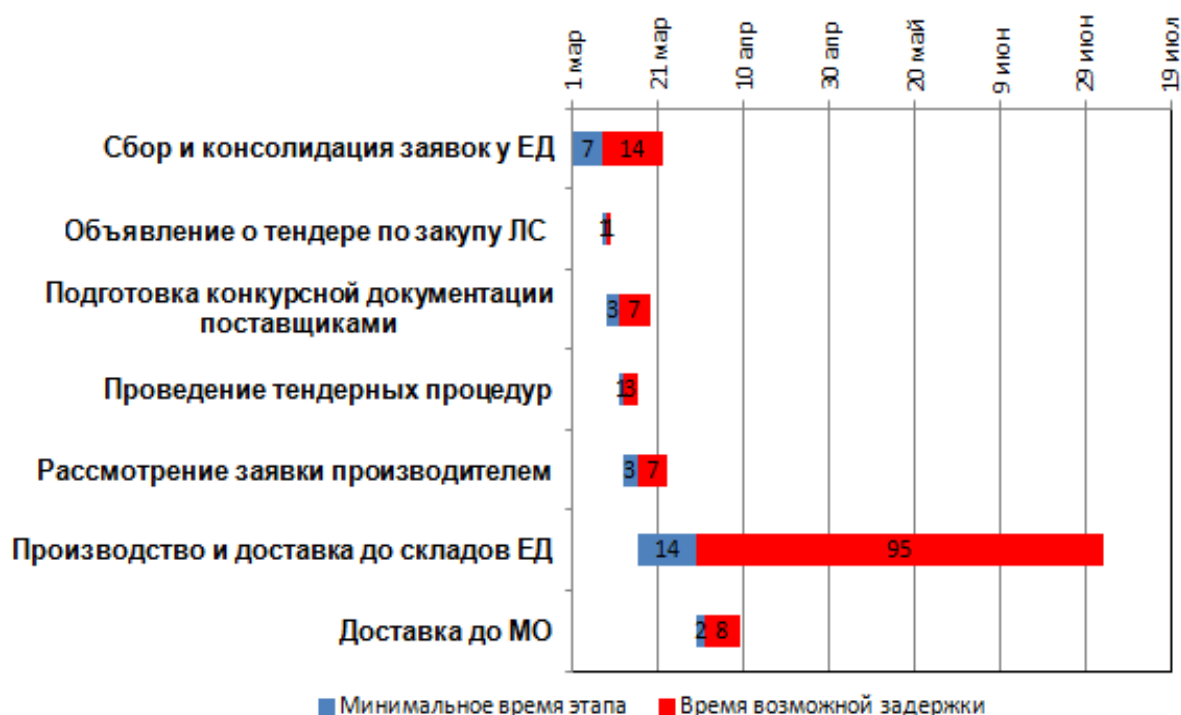


Рисунок 1. Этапы удовлетворения дополнительных заявок МО при отсутствии у ЕД запасов, покрывающих потребность

Таким образом, выявленное несовершенство системы планирования МО своих потребностей в лекарственных средствах не позволяет ЕД оптимально обеспечить выполнение ключевой задачи по их своевременному обеспечению.

Перечисленные проблемы также приводят к эффекту «хлыста», когда слабый скачок спроса МО приводит к значительным отклонениям в планах других участников цепи поставок, что провоцирует чрезмерный уровень запасов.

Проведенный обзор концепций по управлению сетью дистрибуции показал, что в большинстве случаев передовые управленческие концепции не применимы без использования информационных технологий, позволяющих при необходимости осуществлять тотальный учет и во много раз сокращать время передачи информации. Vendor management inventory (управление запасами поставщиком) - интегрированная технология управления запасами (Рисунок 2), при которой поставщик (дистрибьютор, производитель) централизованно планирует, контролирует и поддерживает уровень запасов у своих заказчиков (сетей дистрибуции, магазинов, аптек, ресторанов и т.п.) на основании непрерывной информации о продажах и запасах заказчиков получаемой посредством Electronic data interchange (электронного обмена данными) [1]. Заказчик освобождается от необходимости самостоятельно управлять запасами, а поставщик получает доступ к чистой информации, что повышает общую эффективность взаимодействия.

Опыт дистрибьюторов в других странах использующих VMI технологию демонстрирует снижение уровня запасов на 40%, увеличение уровня обслуживания до 97-99%, повышение степени использования мощностей до

40%, и снижение транспортных затрат с 7% до 2,5% от себестоимости продукции [2].

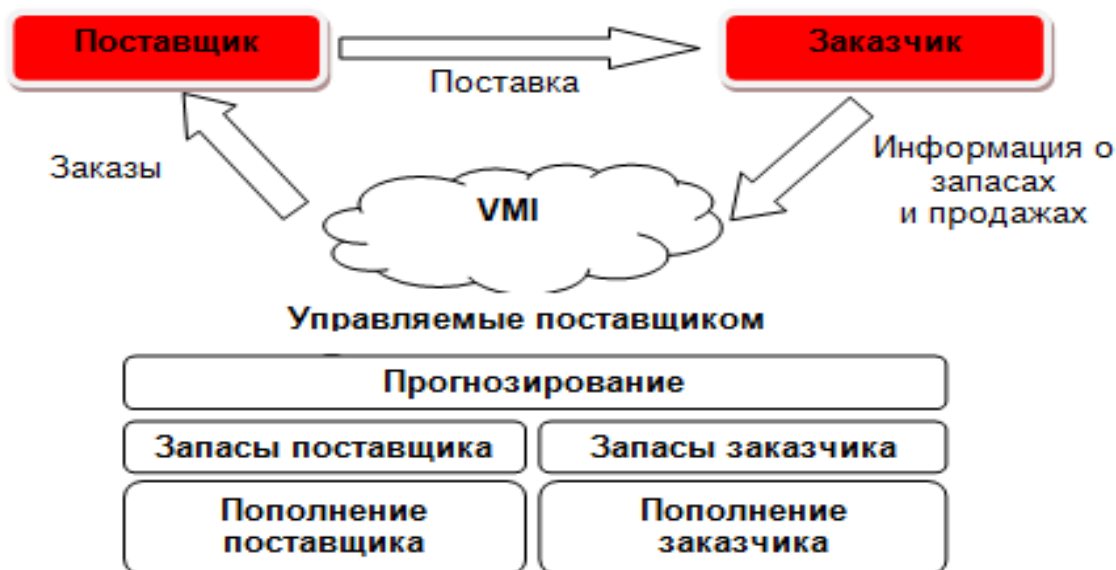


Рисунок 2. Управление запасами поставщиком

Рассмотренная VMI технология, направленная на интегрированное взаимодействие в цепи поставок, продемонстрировала ряд ключевых характеристик, которые показали ее применимость в системе Единой дистрибуции:

- высокий уровень продаж;
- реализация скоропортящихся товаров;
- дорогостоящие запасы с трудно прогнозируемым спросом;
- ошибки и просчеты, вызванные человеческим фактором, влекут серьезные последствия для бизнеса [3].

С передачей ответственности за принятие решения об уровне запасов и создание заказов ЕД и предоставлением ему доступа к данным о запасах, медицинские организации будут находиться в лучшем положении, чтобы способствовать достижению целей всей цепи поставок по повышению уровня медицинского обслуживания населения.

В свою очередь доступность информации о продажах заказчиков для ЕД сделает прогнозирование спроса более простым, точным и эффективным, тем самым снизит неопределенность спроса [4]. Также использование VMI технологии, обеспечит ЕД дополнительными преимуществами:

- повышение скорости обмена точной информацией и расчетов заказа;
- исключение субъективного фактора по отражению данных;
- размещение заказов поставщикам на регулярной основе;
- оптимизация нормативов уровней запасов;
- сокращение времени подготовки и повышение надежность доставки;
- формирование отношений реального сотрудничества [5].

В отличие от существующих методов VMI технология позволит Единому дистрибьютору нейтрализовать проблемы планирования МО своих потребностей, забрав эту функцию на себя, снизить общие запасы, и тем самым

повысить эффективность лекарственного обеспечения сети дистрибуции ввиду следующих факторов:

- «укорачивание» цепи поставок и ее оптимизация [6];
- централизованное прогнозирование Единым дистрибьютором;
- увеличение прозрачности поставок;
- сокращение затрат на поддержание запаса;
- снижения дефицита товаров;
- увеличение скорости обмена актуальными данными.
- более качественное взаимодействие в цепи поставок и др.

Таким образом, впервые для компании с государственным участием разработаны предложения, учитывающие особенности ее функционирования, по внедрению VMI бизнес - технологии, позволяющей повысить эффективность управления запасами.

Следовательно, применение VMI технологии позволит решить большинство проблем по управлению сетью дистрибуции ТОО «СК-Фармация» типичных для большинства дистрибьюторских компаний Казахстана, потенциальные выгоды для обеих сторон - поставщика и заказчика – очевидны и привлекательны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Saxena R. «Vendor-Managed Inventory», 2009 Industrial Engineer, Vol. 41, Iss.7;
- 2 Иванов Д.А. «Управление цепями поставок» – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2009. – 660 с.;
- 3 Сведения и материал с сайта: www.12manage.com;
- 4 Lapide L. «Use VMI to Improve Forecasting» (2008), Journal of Business Forecasting, Vol. 27, Iss. 3;
- 5 Добронравин Е.Р. «VMI - запас, управляемый поставщиком» // Экономический вестник ЯрГУ. – 2008. – № 20;
- 6 Evanko P. «Vendor Managed Inventory» (2010), HVACR Distribution Business, Vol. 75, Iss. 12.

ТҮЙІН

Н.З.ЫСҚАҚОВ, Н.Е.БЕЙСЕН

VENTOR MANAGEMENT INVENTORY ТЕХНОЛОГИЯСЫ ДИСТРИБУЦИЯ ЖҮЙЕСІН БАСҚАРУДЫҢ ТИІМДІ ҚҰРАЛЫ

Мақалада “СК-Фармация” ЖШС мысалы негізінде дистрибуция жүйесін басқарудың тиімділігін арттыруда VMI технологияларын қолдану мүмкіншіліктері қарастырылып отыр. Бұл технология бойынша тапсырыс беруші өзінің сату амалдары мен қорлар деңгейлері туралы ақпаратты үзіліссіз түрде пайдалана отырып, сұраныстары мен қорлар деңгейлерін бірқалыпты түрде сақтауды анықтайтын қызметтерін дистрибьюторға беру болып табылады. Осы тұрғыдан алғанда, тапсырыс беруші өзінің атқаратын негізгі қызметтеріне молырақ көңіл бөледі, ал дистрибьютор тапсырыс берушіге қорлар деңгейлерінің бірқалыпты оптималды түрде болуына кепілдік береді.

Summary

N.Z. ISKAKOV, N.E. BEISEN

VENDOR MANAGEMENT INVENTORY TECHNOLOGY AS AN EFFECTIVE TOOL OF MANAGING OF DISTRIBUTION NETWORK

At this article consider the possibilities of increasing the efficiency of managing of distribution network by VMI technology using LLP "SK-Pharmacy" as a sample. This technology means that customer gives all functions of stock management to the distributor and distributor determines needs and stock levels by using continuous information of sales and stocks levels. It will gives to customer more time to do own important tasks, by the way distributor gives warranty to customer to availabilities of optimal stock levels.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



УДК 616-089.819.843

Б.К.ЖАРКИМБЕКОВ, М.С.САДВАКАСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ,
А.С.ИЗМАЙЛОВА, Ж.Д.УНИСОВ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»,
Астана

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КРУПНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Исключительные достижения сосудистой хирургии стали возможными с улучшениями и развитием обезболивания. Круг хирургических специальностей, где анестезия сильно влияет на исход операции у пациентов с высоким риском, весьма ограничен. Здесь необходимо обеспечить четкое взаимодействие между анестезиологами, хирургами и ангиологами для наилучших результатов для пациентов и для достижения оптимального баланса затрат и полезности.

Ключевые слова: анестезия, сосудистая хирургия

Введение: Качественная анестезиологическая помощь с особым вниманием к деталям может значительно повысить безопасность пациента и улучшить результаты. Пренебрежение мелочами может привести к катастрофе.

Актуальность: В сосудистой хирургии важной задачей анестезиологов являются обеспечение анестезии и послеоперационного ухода. Значительная заболеваемость и смертность пациентов, подвергающихся операциям на сосудах, связана с множественностью атеросклеротических поражений артерий у данного контингента больных.

В нашем обзоре мы акцентируем внимание на анестезиологическом пособии, применяемых в АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», при оперативном лечении и обструктивном или

аневризматическом поражении абдоминальной аорты и ее ветвей, питающих нижнюю часть туловища и ноги. Большинство представленных данных имеет значение также у пациентов, подвергающихся каротидной эндартерэктомии, хотя далеко не все применимо для анестезии при операциях на каротидах.

В нашем центре производили следующие оперативные вмешательства:

1. Резекция аневризмы, введение трубчатого или бифуркационного протеза – 4.
2. Эмболэктомия – 10.
3. Тромбэндартерэктомия – 25.
4. Наложение обходных сосудистых шунтов (аортоподвздошный, подвздошно-подвздошный, подвздошно-бедренный, бедренно-подколенный, бедренно-большеберцовый, малоберцовый и педальный)- 20.
5. Экстраанатомический бедренно бедренный и сосудистые шунты – 5.
6. Имплантация стент-графтов в брюшную и грудную аорту – 15..

Мы относили при предоперационной оценке сердечно сосудистой системы к категории "высокого кардиального риска " отнесены следующие хирургические вмешательства (сердечный риск > 5%) экстренные большие операции на аорте и других магистральных сосудах; операции на периферических сосудах; длительно идущие операции, связанные с большими водно-электролитными сдвигами и/или с потерей крови. Следует отметить, что значительная часть сосудистой хирургии имеет высокий риск сердечных осложнений, связанных с операцией, таких как нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, угрожающие жизни аритмии и сердечная смерть. Совпадение заболеваемости и смертности при операциях на аорте и подвздошных сосудах объясняется тем, что риск, главным образом, определяется не столько сложностью самого оперативного вмешательства, сколько состоянием пациента. Атеросклероз редко поражает лишь одну часть артериальной системы, как правило, он затрагивает систему в целом. Вот почему 50–70% пациентов с окклюзией периферических артерий имеют также сопутствующее поражение коронарных артерий, у них же могут поражаться и вносить свой вклад в операционный риск каротидные, церебральные, почечные и висцеральные артерии. Более того, пациенты, подвергающиеся сосудистым операциям, являются пожилыми людьми и страдают от гипертензии (до 60 %), диабета (10 %), хронической обструктивной болезни легких, хронической почечной недостаточности (5 %), как правило, принимают множество медикаментов, которые могут взаимодействовать с препаратами анестезии.

Анестезиологи должны взаимодействовать с кардиологами и хирургами в предоперационной оценке пациентов с высоким риском при выборе наиболее оптимальных методики и времени операции, а также предоперационной терапии. Заблаговременное привлечение анестезиологов необходимо для оптимальной

подготовки пациентов, снижения количества осложнений и стоимости операций, а также для улучшения исходов.

Цель: Улучшение проведения анестезиологического обеспечения и послеоперационного ухода, при крупных сосудистых операциях.

Задачи: Проведение адекватной подготовки сосудистых пациентов, снижение количества интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы: Предоперационная подготовка и определение риска

Необходимость точного предоперационного выявления пациентов с угрозой неблагоприятных исходов привела к определению значимости различных показателей, основанных на анамнезе, физикальном обследовании, ЭКГ и биохимических данных. Многофакторный показатель кардиального риска Голдмана и его последующая модификация по Petsky являются наиболее известными из них. Показатель Голдмана был получен при исследовании контингента больных, включающего в себя несколько групп сосудистых пациентов, однако этот показатель недооценивает риск при самой операции. Амбулаторная ЭКГ (холтеровское мониторирование), а также определение фракции выброса в покое и на высоте нагрузки были добавлены к клиническим параметрам данного показателя, но их ценность остается спорной. Вид нагрузки и ее исследование нередко вводят в заблуждение, поскольку пациенты часто прекращают выполнять упражнение из-за появления перемежающейся хромоты задолго до развития стенокардии напряжения и/ или изменений сегмента ST. Длительная ишемия миокарда при фармакологической нагрузке является признаком, который использовали для определения тяжести поражения коронарных артерий и предупреждения неблагоприятного исхода.

Пациенты с непостоянными клиническими признаками коронарной недостаточности и наличием достаточного функционального резерва хорошо переносят плановые операции низкого или среднего операционного риска.

Выбор мониторинга функции сердечно сосудистой системы зависит от степени операционного риска каждого пациента, который определяется состоянием его исходного здоровья и риском хирургического вмешательства. Хирургия аорты и магистральных сосудов требует использования центральных артериальных и венозных доступов. Операции на периферических сосудах у пациентов с низким риском можно без проблем проводить с использованием неинвазивного мониторинга. У пациентов с высоким "сердечным" риском обычно используется катетеризация легочной артерии, хотя положительное значение этой манипуляции на исходы операций не доказано. Тем не менее, знание давления наполнения левого желудочка, сердечного выброса и периферического сопротивления помогает в управлении гемодинамикой во время наложения и снятия зажима с аорты, а также в послеоперационном

периоде. Трансэзофагеальная эхокардиография позволяет получить у отдельных пациентов важную дополнительную информацию об общей и регионарной функции желудочков. Кишечная или желудочная тонометрия отражает уровень рН слизистой и позволяет определить как органную гиперперфузию, так и ишемию, что в случае неадекватного ведения анестезии является предшественником послеоперационных осложнений.

Клинические предвестники повышенного риска связанных с операцией сердечных осложнений

Большим предвестникам относили

Синдромы коронарной нестабильности.

- недавний инфаркт миокарда (7 - 30 дней) с признаком значительного риска ишемии - 5 пациентов;
- нестабильная или тяжелая стенокардия. Декомпенсированная застойная сердечная недостаточность. Тяжелые аритмии. Состояние после АКШ - 7 пациентов:
 - АВ блокада высокой градации - 8 пациентов;
 - симптоматические желудочковые аритмии - 4 пациента;
 - суправентрикулярные аритмии с неконтролируемым желудочковым ритмом. Серьезные поражения клапанного аппарата - 1 пациент. Всего у 25 пациентов.

Умеренные предвестники

Нетяжелая стенокардия. Перенесенный инфаркт миокарда (анамнез или Q волны) - 22 пациентов.

Компенсированная или перенесенная застойная сердечная недостаточность. Сахарный диабет - 7 пациентов. Всего у 29 пациентов

Малые предвестники

Престарелый возраст (> 65 70 лет) - 6 пациентов.

Неконтролируемая системная гипертензия. - 4 пациента. Всего у 10 пациентов

Эффекты наложения и снятия зажима с аорты

Эффекты от пережатия аорты возрастают с уровнем пережатия и наиболее выражены на уровне выше чревного ствола. Пережатие на этом уровне резко

увеличивает сопротивление аортальному выбросу, что приводит к увеличению постнагрузки левого желудочка. Ниже уровня пережатия происходит снижение венозного объема, вызывающее перераспределение ОЦК в пользу верхней части тела и сердца, что сопровождается увеличением преднагрузки. Левый желудочек может использовать механизм Франка Стерлинга и эффект Анрепа (увеличение сократимости, вызванное повышением постнагрузки, которое сопровождается увеличением коронарного кровотока) для обеспечения адекватного сердечного выброса. У сердца, имеющего ограниченный коронарный резерв, который не способен удовлетворить увеличенный кислородный запрос миокарда, может развиться ишемия или даже недостаточность. При наложении зажима на аорту ниже чревного ствола или ниже почечных артерий увеличение влияния на постнагрузку и функцию левого желудочка выражено меньше, а эффект преднагрузки непостоянен. За счет скопления объема крови в органах депо преднагрузка может оставаться на прежнем уровне или даже снижаться. Поскольку тканевая перфузия (через коллатеральные сосуды) ниже уровня пережатия зависит от давления крови, чрезмерное снижение артериального давления может увеличить ишемию нижней части туловища.

Снятие зажима с аорты обычно сопровождается немедленным снижением артериального давления ("гипотония снятия зажима"). Это вызвано реперфузией ранее ишемизированных участков, что сопровождается вазодилатацией, скоплением крови на периферии, вымыванием скопившихся продуктов метаболизма и высвобождением различных медиаторов. Реперфузия может вызывать повреждение органов, особенно легких, что обусловлено стимуляцией системы комплемента активированными нейтрофилами и свободными кислородными радикалами.

Ведение анестезии

За день до операции отменяли такие препараты, как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина и антагонисты кальция второго поколения длительного действия, так как они могут стать помехой в интраоперационной регуляции артериального давления. Проверили наличие в операционной следующего оборудования: комплект гелевых подушек, подогревной матрац, два фена с комплектом термоодеял для верхней и нижней половины туловища, церебральный оксиметр, монитор PICCO plus, дефибриллятор, аппарат для аутогематрансфузии CATS Fresenius, аппарат для быстрой инфузии Level 1. Проверили наличие в операционной расходного материала: 4-хпросветные катетеры, интродьюсер и катетер Сван-Ганца, диализный катетер, артериальные катетеры, артериальный катетер PICCO (при необходимости), датчики и камеры для измерения инвазивного давления, наклейки для BIS-мониторинга, наклейки для мониторинга оксиметрии, сетки к аппарату CATS Fresenius, инфузионная система для аппарата Level 1, система для почасового учета диуреза. Подготовили операционный стол, укладывание пациента на операционный стол. Наладили подогрев операционного стола до

температуры 370С – включали матрац. Уложили пациента с использованием комплекта гелиевых подушек под голову, руки, крестец, колени, пятки. Установили периферический венозный катетер большого диаметра (14-16 G) в вену в локтевой ямке.

Мониторинг

Пациента подключили к базовому мониторингу: ЭКГ, SpO₂, неинвазивное АД, FiO₂, ETco₂. установили – BIS, мониторинг церебральной оксиметрии, оксиметрии почек, нейро-мышечной проводимости. Подготовили наборы шприцев с лекарственными препаратами. Проверили правильность подготовки средним медицинским персоналом шприцев со следующими препаратами:

Для введения через шприцевые дозаторы: норадреналин 5 мг (5 мл) до 50 мл физ. раствора, по указанию врача – инсулин 20 ЕД на 20 мл, апротинин 500.000 КИЕ на 50 мл.

В шприцах для болюсного введения: норадреналин 1 мл на 10 мл физ. раствора – 1 шприц; норадреналин в разведении 1 к 100 – в шприцах по 20 мл – 2 шприца; фенилэфрин в разведении 1 мл на 20 мл физ. раствора – в шприцах по 20 мл – 1 шприц; глюконат кальция 10% - 20 мл – 4 шприца; атропин 0,1% - 1 мл на 2 мл физ. раствора – 1 шприц; адреналин 0,18% - 1 мл на 2 физ. раствора – 1 шприц; астмопент – 1мл на 5 мл физ. раствора – 1 шприц; метилпреднизолон – 500 мг на 20 мл физ. раствора – 1 шприц.

Провели перед началом операции антибиотикопрофилактику.

Цефтриаксон 2 гр болюсно, метронидазол 0,5%-100 мл в периферический катетер быстро капельно. Повторение антибиотикопрофилактики через 6 часов. Если пациент поступает из отделения реанимации, то вводятся те же антибиотики и в той же дозе, что вводились в отделении.

Во время индукции в анестезию ввели: Фентанил 1-3 мкг/кг ± мидазолам 2,5-5 мг, по показаниям – атропин 0,3-0,6 мг, лидокаин 1,5 мг/кг. Релаксант для интубации – дитилин 1,5 мг/кг (с прекурарезацией), по показаниям рокурониум 0,6 мг/кг, атракуриум – 0,5 мг/кг. Индукция - пропофол 2-2,5 мг/кг. Фиксировали ЭТТ лейкопластырем. Закапали в глаза офтагель, укрыли глаза салфеткой.

Поддерживающую анестезию проводили: Низкопоточной анестезией кислород-воздух-сево(изо-)флюран, поток свежего газа 1-2 л/мин. Обезболивание проводили с фентанилом 0,005% - 20 мл или суфентанилом 200 мкг до + 20 мл физ. раствора через шприцевой дозатор со скоростью 2-6 мл/час.

Миорелаксацию проводили: атракуриумом 0,15-0,25 мг/кг по требованию.

Мероприятия, выполняемые после введения в анестезию.

Врачами проводились до разреза кожи: Установили под УЗ-контролем 4-хпросветный катетер и интродьюсер катетера Сван-Ганца. Установили артериальный катетер PICCO, при необходимости – под УЗ-контролем. Установили назогастральный зонд. Установили в пищевод температурный датчик. Наладили инвазивный мониторинг центрального венозного давления, артериального давления. Проверили правильность выполнения средним медицинским персоналом мероприятий.

Мероприятия, выполняемые средним медицинским персоналом: Установили мочевого катетер и присоединили к нему системы для почасового измерения диуреза. Укрыли нижнюю половину тела термоодеялом и подключили к нему фен. Укрыли верхнюю половину тела термоодеялом и подключили к нему фен. Заполнили контур аппарата для быстрой инфузии (Level 1) раствором гелофузина. Подготовили аппарат для аутотрансфузии собираемой крови (CATS Fresenius).

Ведение анестезии.

Проводили коррекцию метаболического ацидоза. Не допуская снижения рН ниже 7,25. Проводили коррекцию электролитных нарушений – поддерживая уровень кальция не ниже 1,2 ммоль/л, уровень калия – на нижней границе нормы.

Принципы инфузионно-трансфузионной терапии.

Дефицит внеклеточной жидкости, потери с перспирацией (не более 1 мл/кг/час) и в виде диуреза восполняли сбалансированными растворами кристаллоидов в том же объеме. Дефицит внутрисосудистой жидкости восполняли растворами коллоидов (предпочтительнее использовали гелофузин). Редко проводили коррекцию гипоальбуминемии – поддерживали уровень альбумина не ниже 25 г/л. Проводили коррекцию анемии – поддерживали гемоглобин не ниже 80 г/л, гематокрит – не ниже 25%. Целевые уровни к концу операции должны быть : гемоглобин 90-100 г/л, гематокрит 28-33%.

Особенности на этапах операции.

Поддерживали среднее артериальное давление (СрАД) не ниже 75 мм рт. ст. Держали ЦВД не выше 10 мм рт. ст. При необходимости – ограничивали инфузии и проводили стимуляцию диуреза. СрАД снижается ниже 75 мм рт. ст., важнее поддерживать СрАД выше 75 мм рт. ст. чем при снижении ЦВД ниже 10 см. Поддерживали диурез не ниже 0,5 мл/кг/час. При необходимости –

проводили стимуляцию диуреза фуросемидом.

Проводили умеренную гипервентиляцию для поддержания ET_{CO_2} 36-38 мм рт. ст. Учитывая значительный положительный баланс жидкости за время операционного периода и негативное влияние гиперволемии на функцию органов, пытались как можно раньше добиться диуреза. С этой целью вводили: маннитол 15% 100-200 мл быстро капельно, фуросемид 40 мг. При неэффективности – повторное введение маннитола и фуросемида в тех же дозах \pm дофамин 2-3 мкг/кг/мин

Наиболее оптимальной методикой признана комбинация низких доз опиоидов в сочетании с ингаляционными препаратами, что ведет к стабильной гемодинамике, а также ранняя экстубация. Для предупреждения тахикардии и ишемии у пациентов с поражением коронарных сосудов назначали введение бета-адреноблокаторов. Однако во время пережатия аорты стойкая бета блокада нежелательна, поэтому во время операции использовали бета блокаторы короткого действия, типа эсмолола. Для коррекции преднагрузки в этот период проводили инфузию нитроглицерина. Перед снятием зажима с аорты венодилатирующий эффект нитроглицерина позволяет увеличить возвращаемый объем крови, предупреждая таким образом последующую гипотензию. Повторных введений урапидила обычно достаточно для поддержания артериального давления на приемлемом уровне. Несмотря на то, что альфа₂агонисты могут вызывать нежелательную гипотензию, они все чаще применяются в сосудистой хирургии для снижения симпатического тонуса до и после операции. Использование буферных растворов и вазопрессоров во время реакции гемодинамики на снятие зажима остается спорным решением, хотя порой необходимым. Обязательным является поддержание нормоволемии и избегание чрезмерной гемодилуции (поддержание гемоглобина > 80 г/л). Доказано, что при разрыве аневризмы брюшного отдела аорты интраоперационная аутогемотрансфузия улучшает исходы. Более того, максимальные усилия должны быть приложены для снижения операционных потерь тепла и для предотвращения гипотермии. Считается, что введение во время операции низких доз дофамина (24 мкг/кг/мин) позволяет оптимизировать состояние почек.

Роль регионарной анестезии

Множество оперативных вмешательств на периферических сосудах могут быть проведены под спинальной или эпидуральной анестезией. Под эпидуральной анестезией при ретроперитонеальном подходе можно оперировать даже на абдоминальном отделе аорты, /Преимуществами эпидуральной анестезии при использовании отдельно или в сочетании с общей анестезией являются: ослабление нейрогуморальной реакции на стресс; снижение гипертензионной реакции; уменьшение количества легочных осложнений; улучшение перфузии периферических тканей; снижение послеоперационной тенденции к

гиперкоагуляции; снижение числа тромботических осложнений (в том числе окклюзии трансплантата) и обеспечение более эффективной послеоперационной аналгезии. При проведении ЭА особое внимание обращали на повышенную потребность в инфузионном подпоре и склонность к гипотензии. Необходимыми условиями к использованию эпидуральной анестезии в сосудистой хирургии являются атравматичная техника операции, отсутствие нарушений свертывания крови; возможность отложить операцию при появлении крови в катетере; соблюдение не менее 2х часового интервала между введением эпидурального катетера и назначением гепарина, мониторинг эффектов гепарина (активированное время свертывания должно не более, чем в 1.52 раза превышать норму); извлечение катетера после восстановления нормальной коагуляции; возможность неврологического мониторинга в периоперационном периоде.

Послеоперационное ведение

В основном целью ближайшего послеоперационного периода являлось: Проводили стабилизацию и улучшение гемодинамики, дыхательную и почечную функцию, согревали пациента. Проводили коррекцию кислородотранспортной функции крови и дефицита факторов свертывания. Наблюдали за уровнем глюкозы в крови, достаточная аналгезия, своевременная диагностика и лечение любых нарушений (например, кровотечение, гипергликемия, ишемия миокарда, гипоксемия, неврологические расстройства), тщательное наблюдение за состоянием периферического кровообращения для раннего определения нарушения функции трансплантата. Наиболее частыми неблагоприятными осложнениями со стороны сердечнососудистой системы после сосудистых операций являются инфаркт миокарда, отек легких, низкий сердечный выброс, нестабильная стенокардия, аритмии и тромбоэмболия легочной артерии. Острая дыхательная недостаточность, ателектаз, пневмония, параличи, параплегии, паралитический илеус, а также острая почечная недостаточность представляют другие типичные, хотя и более редко встречающиеся осложнения после сосудистых операций. Главными проблемами в первый час после операции являются кровотечение и коагулопатия различной этиологии, в то же время усиленный тромбогенез может угрожать пациенту или успеху операции, поэтому необходимо назначение адекватной антикоагуляционной терапии. Необходимо также заранее видеть возможные последствия длительной мышечной ишемии (некроз мышц, позиционный синдром) и ишемии кишечника (ишемический колит, перфорация кишечника). Несмотря на то, что полиорганная недостаточность, являясь самым опасным осложнением, начинает развиваться еще в операционной, именно раннее послеоперационное ведение определяет, можно или нет избежать столь неблагоприятного течения.

Эндоваскулярная технология и анестезия

В течение последних двух десятилетий происходили непрерывные поиски в технике лечения окклюзионных поражений артерий. Чрескожная баллонная ангиопластика, эндоваскулярная установка стенторасширителей, чрескатетерное введение литических веществ, чрескатетерная аспирационная тромбэндартерэктомия, эндоваскулярная лазеротерапия и атероэктомия у многих пациентов заменили хирургические вмешательства или помогли в усиленном разрешении трудных случаев. Недавно в лечении аневризм брюшного отдела аорты были применены расширяющиеся с помощью баллона или саморасширяющиеся устройства для восстановления просвета. В добавление к этому, трубчатые протезы и протезы с бифуркацией стали проводить транслюминально в аорту через бедренную артерию (или артерии) и устанавливать в аневризматической мешок под рентген контролем. Эти процедуры значительно менее инвазивны, чем открытые хирургические вмешательства, и могут безопасно выполняться под общей, эпидуральной или местной анестезией. В послеоперационном периоде у большинства пациентов развивается преходящая воспалительная реакция ("постимплантационный синдром").

Нами проведено в условиях АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» г. Астаны , за последние два года: Стентирование коронарных артерий с ЧТКА в том числе и сонных артерий более 140 случаев, имплантация стент-графтов в грудную и брюшную аорту более 27 случаев, в условиях анестезиологического обеспечения: под общей и спинальной анестезиях.

Выводы: Впечатляющие современные достижения сосудистой хирургии стали возможны при условии совершенствования и развития анестезии. Мало других хирургических специальностей, где анестезиологическое пособие имеет такое большое влияние на исход операции у пациентов с высоким риском. Необходимо тесное взаимодействие между анестезиологами, хирургами и ангиологами для получения наилучших исходов у пациентов и достижения оптимального соотношения затрат и выгоды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. BJORCK M, HEDBERG B (1994) Early detection of major complications after abdominal aortic surgery: predictive value of sigmoid colon and gastric intramucosal pH monitoring. *Br J Surg* 81: 2530
2. Detsky AS, Abrams HB, Forbath N, Scott JG, Milliard JR (1986) Cardiac assessment for patients undergoing noncardiac surgery. A multifactorial clinical risk index. *Arch Intern Med* 146: 2131-2134
3. Eberle B, Weiler N, Dueber C, et al (1996) Anaesthesia zur endovaskulären Therapie aortaler Aneurysmen. *Anesthesist* 45: 931-940
4. Reisher LA, Eagle KA (1996) Screening for cardiac disease in patients having noncardiac surgery. *Ann Med* 124: 767-772
5. Gelman S (1995) The pathophysiology of aortic crossclamping and unclamping. *Anesthesiology*

82: 10261060

6. Goldman L (1987) Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgery: ten year status report. J Anesth 1: 237246
7. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. (1996) Report of the American of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guide. Circulation 93: 12781317
8. Hallett JW Jr, Brewster DC, Darling RC Jr (1995) Handbook of patient care in vascular surgery. Little, Brown and Co. Boston
9. Krupski WC, Layug EL, Reilly LM, et al (1992) Comparison of cardiac morbidity between aortic and infrainguinal operations. J Vase Surg 15: 354365
10. MartyAne CH, Alric P, Picot C, et al (1995) Ruptured abdominal aortic aneurysm: influence of intraoperativemanagement on surgical outcome. J Vase Surg 22: 780786
11. OToole DP, Cunningham AJ (1994) Regional anesthesia for major vascular surgery. Yale J Biol Med 66: 447456
12. Rosenbaum GJ, Arroyo PJ, Sivina M (1994) Retroperitoneal approach used exclusively with epiduralanesthesia for infernal aortic disease. Am J Surge 168: 136139
13. Rosenfeld BA, Beattie C, Christopherson R, et al (1993) The effect of different anesthetic regimens onfibrinolysis and the development of postoperative arterial thrombosis. Anesthesiology 79: 435443
14. Tuman KJ, McCarthy RJ; March JR, et al (1991) Effect of epidural anesthesia and analgesia on coagulationand outcome after major vascular surgery. Anesth Analg 73: 696704

Түйін

В.Қ.ЖАРҚЫМБЕКОВ, М.С.СӘДУАҚАСОВ, А.А.БЕКМҰХАНБЕТОВ, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Ж.Д.УНИСОВ

ІРІ ҚАН ТАМЫРЛАРЫНА ОТАЛАУ ЖҮРГІЗГЕНДЕГІ ЖАНСЫЗДАНДЫРУ

Қан-тамыр хирургиясында анағұрлым жегістіктерге жету себебі жансыздандыру ғылымының алға жүруі болып табылады. Қан-тамыр бөлімшесіне басқа бөлімшкелер жансыздандырудың үлкен ықпалын сезетін бөлімше аз. Бұл салада үлкен нәтижелерге жетуі үшін анестезиологтар мен хирургтардың және ангиологтардың қарым қатынасы сол себепті тығыз болуы тиіс.

Summary

В.К.ДЖАРКИМБЕКОВ, М.С.САДВАКАСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Ж.Д.УНИСОВ

ANESTHESIA FOR MAJOR VASCULAR OPERATIONS

Impressive advancements vascular surgery became feasible with the improvement and development of anesthesia. Few other surgical specialties, where the anesthetic has such a great influence on the outcome of surgery in patients with high risk. Requires close interaction between anesthesiologists, surgeons, and angiologists to get the best outcomes for patients and to achieve the optimal balance of costs and benefits.

УДК 616.61-089.87:616.833-089.843-072.1.

А.Г.АЛЬМАМБЕТОВ, Г.Д.КУТАТЕЛАДЗЕ, Г.М.КУТТЫМУРАТОВ, В.В.РИБ,
А.А.ГНИНЕНКО, Т.А.КУРМАНОВ, Ж.А.АБИШЕВА

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»,
г.Астана

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕФРУРЕТЕРЭКТОМИИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Рост числа трансплантаций в настоящее время ограничен только доступностью органов. Внедрение лапароскопической мануально ассистированной нефруретерэктомии от живого донора для трансплантации расширяет возможности использования доноров с ожирением, наличием нескольких артерий почки, рубцовых деформациях мягких тканей и спаечных процессах после перенесенных ранее операций.

Ключевые слова: Трансплантация почки, тепловая ишемия, лапароскопическая нефруретерэктомия.

Введение. Терминальная стадия почечной недостаточности (ТХПН) остается актуальной медицинской проблемой во всем мире, и, хотя существуют другие формы почечно-заместительной терапии (программный гемодиализ, перитонеальный диализ), трансплантация почек обеспечивает более длительный успех при лечении ТХПН, чем консервативная терапия, с точки зрения качества жизни пациента и экономического эффекта [1].

Среди трансплантологов общепринято, что трансплантат, полученный от живого донора, способствует улучшению результатов операции, которая характеризуется лучшей выживаемостью. Данные Научного регистра реципиентов для трансплантации (The Scientific Registry of Transplant Recipients) свидетельствуют о росте числа трансплантаций от живых доноров, проведенных за последние 10 лет [2]. В России до 20% трансплантаций почек выполняется с привлечением живых родственных доноров, в то время как во многих странах Европы и США этот показатель достигает 40% и более [3].

Наличие послеоперационных осложнений и длительное выздоровление донора после открытой нефруретерэктомии препятствуют расширению круга доноров [4]. В современной мировой хирургической практике все более широкое применение получают операции нефруретерэктомии у живого донора с использованием различных минимально инвазивных методов: полностью лапароскопического, мануально-ассистированного лапароскопического, мануально-ассистированного ретроперитонеоскопического, полностью ретроперитонеоскопического, робот-ассистированного [4,12]. В целом по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами операции с применением эндоскопической техники обладают такими преимуществами, как

снижение травматичности, выраженности послеоперационного болевого синдрома, сокращения сроков восстановительного периода, пребывания в стационаре и периода нетрудоспособности, и обеспечивают лучший косметический эффект [11,12].

Лапароскопический доступ для операций на почках является мировым «золотым стандартом», к примеру, в США около 75% донорских нефруретерэктомий осуществляется с использованием того или иного эндоскопического метода [12,17]. Однако, при всех положительных качествах лапароскопической нефруретерэктомии, это технически сложная процедура, которая может привести к возможным осложнениям у здорового донора, что требует определенных навыков у хирурга [2,4].

Одним из способов увеличения безопасности эндоскопического метода является использование лапароскопической техники с ассистенцией рукой хирурга [14]. Особенностью метода является введение руки хирурга в брюшную полость через мини-доступ до 5–7 см с использованием специального устройства, сохраняющего карбоксиперитонеум. Этот метод имеет ряд дополнительных преимуществ по сравнению с полностью лапароскопической нефрэктомией: уменьшение времени первичной тепловой ишемии, снижение риска развития кровотечений, более короткое время операции, существенное уменьшение частоты урологических осложнений у реципиента [12,13,14,15,17].

В недавнем сообщении Pareek и его коллеги описали осложнения, связанные с различными лапароскопическими подходами на примере метаанализа литературных данных [5]. В этот анализ были включены и в том числе лапароскопическая донорская нефрэктомия (LDN) и мануально-ассистированная лапароскопическая донорская нефрэктомия (HALDN). Серьезные осложнения лапароскопической почечной хирургии (кровотечения из почечной артерии, гематома ложа эксплантированной почки, глубокое инфицирование раны) составили 9,5%, незначительные осложнения составили 1,9% (подкожная гематома). Высокая степень раневых осложнений наблюдалась в случаях с мануально-ассистированным подходом [5,6]. Это связано с высоким уровнем нагрузки на участке ручного доступа, который не используется при традиционном лапароскопическом методе, но его добавление помогает врачам при освоении ручного ассистированного способа минимизировать количество других, более серьезных осложнений.

Целью исследования явилась сравнительная оценка результатов традиционного открытого и лапароскопического (мануально-ассистированного) методов эксплантации почки от живого донора.

Материал и методы исследования. В АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» (далее – Центр) программа трансплантации почки реализуется в течение 3-х лет. За это время выполнено 46 операций эксплантации почки от живого донора, из них 21 - методом

открытой нефруретерэктомии (ОН) и 25 - методом лапароскопической нефруретерэктомии (ЛН). Нами обобщены результаты операций; статистическая обработка полученных результатов произведена с помощью программы Microsoft Excel 2003 с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Таблица 1. Половозрастная и антропометрическая характеристика доноров и предоперационная анатомическая оценка трансплантатов (по данным УЗДГ сосудов почечной ножки и селективной брюшной аортографии с ангиографией почек).

| Параметры | ОН, n = 21 | ЛН, n = 25 |
|---------------------|------------|------------|
| ИМТ, кг/м.кв | 25,7±2,33 | 28,5±2,85 |
| ИМТ ≤ 30 кг/м.кв | 21 | 18 |
| ИМТ >30 кг/м.кв | 0 | 7 |
| Пол доноров, м/ж | 13/8 | 14/11 |
| Возраст, лет | | |
| 18-29 лет | 4 | 6 |
| 30-39 лет | 5 | 8 |
| 40-49 лет | 8 | 6 |
| 50-59 лет | 4 | 5 |
| ≥ 60 лет | - | - |
| Почка, правая/левая | 3/18 | 5/20 |
| > 1 артерии | 8 | 11 |

Примечание: ИМТ - индекс массы тела, ОН - открытая нефруретерэктомия, ЛН - лапароскопическая нефруретерэктомия.

Из числа оперированных мужчин было 27 (58,7%), женщин 19 (41,3%). В возрастном аспекте в обеих группах распределение доноров примерно одинаковое. В первой группе пациентов в 8 (38,1%) случаях на основании комплексного обследования выявлено наличие добавочных почечных артерий слева, во второй группе в 11 (44,0%) случаях. В этой связи в первой группе пациентов в 3 (14,3%) случаях, во второй группе в 5 (20,0%) случаях произведена эксплантация правой почки.

По представленным в Таблице 1 данным обращает на себя внимание, что все доноры, имеющие индекс массы тела более 30 кг/м.кв. были в группе лапароскопической нефруретерэктомии.

Результаты исследования.

Из проведенных нами открытых нефруретерэктомий в 1 случае операция выполнена из люмботомного (бокового ретроперитонеального) доступа, и 20 передним параректальным (ретроперитонеальным) доступом. Для лапароскопических вмешательств мы во всех 25 случаях использовали технику мануально-ассистированной лапароскопической нефруретерэктомии.

При использовании открытой техники нефруретерэктомии продолжительность операции составляла от 160 до 260 мин. При лапароскопических операциях продолжительность составляла 155–290 мин. Период первичной тепловой ишемии при лапароскопической нефруретерэктомии превышает таковой при открытой операции (табл. 2).

Таблица 2. Интраоперационные данные при эксплантации почки от живого донора.

| Параметры | ОН, n = 21 | ЛН, n = 25 | p |
|--------------------------------------|------------|------------|-------|
| Длительность изъятия, мин | 197±32 | 226±36 | ≥0,05 |
| Время первичной тепловой ишемии, сек | 8,4±2,12 | 30,2±5,02 | <0,05 |

Таблица 3. Послеоперационные показатели в обеих группах.

| Показатель | Количество | | p |
|---|------------|---------|--------|
| | ОН | ЛН | |
| Применение антибиотиков, дни | 8,0±2,2 | 6,3±2,1 | > 0,05 |
| Применение анальгетиков, дни | 6,0±1,8 | 4,0±1,1 | > 0,05 |
| Сроки послеоперационного пребывания в стационаре, дни | 8±2,1 | 6±1,4 | > 0,05 |

Обсуждение полученных данных.

Техника донорской нефруретерэктомии широко варьируется в различных центрах. Преимуществами переднего параректального доступа при открытой эксплантации почки являются следующие параметры: при его выполнении не

требуется пересечения поясничных мышц, а достаточная экспозиция позволяет минимизировать тракции почки и мочеточника, упрощает мобилизацию почечных сосудов, особенно при наличии множественных артерий и вен. Кроме того, при использовании переднего параректального доступа пациент во время операции лежит на спине, и это благоприятно влияет на проведение искусственной вентиляции легких и поддержание стабильной гемодинамики в ходе общей анестезии. Этот доступ мы считаем методом выбора при выполнении открытой нефруретерэктомии у живого донора.

После проведенных нами 21 открытой донорской нефруретерэктомии в послеоперационном периоде осложнений не было.

Преимущества лапароскопической мануально ассистированной нефруретерэктомии состоят в наличии руки в операционном поле, что облегчает определение синтопии почки, сосудов, мочеточника и выполнение пальпации, диссекции и ретракции тканей, рациональное использование разреза на передней брюшной стенке, неизбежно выполняемого для извлечения органа при лапароскопической операции; быстрое извлечение трансплантата из брюшной полости; максимальное сокращение периода тепловой ишемии; сокращение продолжительности вмешательства и повышение его безопасности. Для лапароскопической нефруретерэктомии разработаны алгоритмы, которые позволяют успешно производить изъятие как правой, так и левой почки [1,6,16].

При выполнении лапароскопической мануально ассистированной нефруретерэктомии нами отмечена простота и надежность визуализации почечных артерии и вены, в том числе добавочных сосудов, с целью определения оптимальных границ пересечения для дальнейшей трансплантации.

На этапе внедрения данного метода в нашем Центре в 1 (4,0%) случае во время операции имело место поверхностное повреждение селезенки, выполнен гемостаз. Также в 1 (4,0%) случае развилась ранняя послеоперационная спаечная непроходимость, произведена лапаротомия, устранение спаек. Оба пациента выписаны в удовлетворительном состоянии. Других осложнений не было.

Заключение. В целом, использование обеих методик нефруретерэктомии значительно расширяет оперативные возможности для эксплантации донорской почки. Каждый из методов имеет свои недостатки и преимущества, однако при достаточном опыте и навыке выполнения стоит отметить опережающий положительный эффект лапароскопической (в частности мануально-ассистированной) нефруретерэктомии перед открытой при сходных изначальных условиях.

При условии использования техники лапароскопической мануально ассистированной нефрэктомии в Центре стало возможно принимать к рассмотрению доноров с ожирением, наличием нескольких артерий почки, рубцовых деформациях мягких тканей и спаечных процессах после перенесенных ранее операций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Готье С.В. Очерки клинической трансплантологии. М. 2009. С. 108–109
2. Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф., Перлин Д.В., Уренков С.Б. Урологические осложнения при трансплантации почки. //Геотар-Мед, стр. 15, 2004г.
3. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Ибрагимова О.С. Органное донорство и трансплантация в Российской Федерации в 2009 году. II сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2010. № 3. С. 6–16.
4. Белорусов О.С., Горяйнов В.А. Выбор доступа при нефрэктомии у живого родственного донора // Клиническая хирургия. 1991. № 2. С. 82–84.
5. Pareek G, Hedican SP, Gee JR, Bruskewitz RC, Nakada SY. — J Urol. 2006 Apr; 175(4):1208–13.
6. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Толстых М.П. и др. Эндовидеохирургическая мануально-ассистированная(гибридная) нефрэктомия. Учебно-методическое пособие. М. 2008. С. 3–25.
7. Перлин Д.В., Александров И.В., Анашкин В.А. Первый опыт лапароскопической донорской нефрэктомии в России // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2009. № 1. С. 34–39.
8. Шаршаткин А.В. Клинические и хирургические аспекты трансплантации почки от живого родственного донора. Дисс. докт. мед. наук. М. 2009. С. 160–162.
9. Peters T.G., Repper S.M., Jones K.W. et al. Living kidney donation: recovery and return to activities of daily living // Clin. Transplant. 2000. Vol. 14. P. 433–438.
10. Wadstrom J., Lindstrom P. Hand-assisted retroperitoneoscopic living-donor nephrectomy: initial 10 cases // Transplantation. 2002. Vol. 73. P. 1839–1840.
11. Wadstrom J. Surgical advances in living donor nephrectomy. Abstr. of the E.S.O.T. Satellite Symposium on Living Donor Kidney Transplantation, Venice Lido. 2003. P. 18–19.
12. Dols L.F.C., Kok N.F.M., Ijzermans J.N.M. Live donor nephrectomy: a review of evidence for surgical techniques // Transplant. Int. 2010 Vol. 23. P. 121–127.
13. Knoepp L., Smith M., Huey J., Mancino A., Barber H. Complication after laparoscopic donor nephrectomy: a case report and review // Transplantation. 1999. Vol. 68. P. 449–451
14. Wadstrom J. Surgical advances in living donor nephrectomy. Abstr. of the E.S.O.T. Satellite Symposium on Living Donor Kidney Transplantation, Venice Lido. 2003. P. 18–19.
15. Yang S.C., Ko W.J., Byun Y.J., Rha K.H. Retroperitoneoscopy assisted live donor nephrectomy: the Yonsei experience // J. Urol., 2001. Vol. 165. P. 1099.

16. Kalble T., Alcaraz A., Budde K., Humke U., Karam G., Lucan M., Nicita G., Susal C. //Kidney Transplantation. Jour. of Eur.Society of Urology. Vol. 58. P. 211–238// 2009

17. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Ефимкин А.С., Корнилов М.Н., Шаршаткин А.В. Сравнительный анализ результатов донорской нефрэктомии, выполненной открытым и различными модификациями лапароскопического доступа. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2011. № 1. С. 6–17.

Тұжырым

А.Г.АЛЬМАМБЕТОВ, Г.Д.КУТАТЕЛАДЗЕ, Г.М.КУТТЫМУРАТОВ, В.В.РИБ,
А.А.ГНИНЕНКО, Т.А.КУРМАНОВ, Ж.А.АБИШЕВА

ТІРІ ТУЫС ДОНОРДАН БҮЙРЕК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ДОНОРЛЫҚ НЕФРЭКТОМИЯНЫҢ ТЕХНИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ.

Трансплантация санының өсуі бүгінгі таңда тек мүшелердің қожетімділігімен ғана шектелген. Тірі донордан трансплантацияға қолмен ассистенцияланған лапароскопиялық нефруретерэктомияны енгізу семіздікке шалдыққан, бүйрегінде бірнеше артериясы бар және басынан кешкен отадан кейінгі жұмсақ тіндерінің тыртықтық деформациялары, жабысқақтық процесі бар адамдарды донор ретінде қолдану мүмкіндігін кеңейтеді.

Summary

A.G.ALMAMBETOV, G.D.KUTATELADZE, G.M.KUTTYMURATOV, V.V.RIB,
A.A.GNINENKO, T.A.KURMANOV, ZH.A.ABISHEVA

TECHNICAL ASPECTS OF NEPHRECTOMY IN KIDNEY TRANSPLANTATION FROM ALIVE DONORS.

Currently growth of Transplantation number is limited by organs availability. Implementation of laparoscopic manual assisted nephrectomy from alive donors for transplantation extends the possibility of the use of donors with obesity, several kidney arteries availability; cicatrice soft tissue malformation and commissural process after underwent surgery.

УДК 616-089.819.843.

Б.К.ЖАРКИМБЕКОВ, Х.Б.БАУБЕКОВА, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Д.К.АУКЕТАЕВ,
А.К.МЫРЗАБОСЫНОВА, Ж.Д.УНИСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»,
Астана

АНЕСТЕЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ключевые слова: анестезиология, артериальная гипертензия, гинекология.

Актуальность. Артериальная гипертензия выявляется примерно у 35 % больных, подвергшихся оперативному лечению.(3,8) Эти пациенты относятся к группе повышенного операционно – анестезиологического риска. Это связано с тем, что сердечно – сосудистая система является наиболее подверженной влиянию операционного стресса. У больных с артериальной гипертензией повышен риск развития таких осложнений, как периперационный инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, гемодинамические нарушения-гипертензионные и гипотензивные реакции, нарушения сердечного ритма.(5,9)

Целью данного наблюдения является сравнение эффективности предоперационной гипотензивной терапии, базисной терапии и премедикации в обеспечении повышенной устойчивости органов – мишеней к ишемическим и гипоксическим влияниям.

Материалы и методы. Нами наблюдались 30 пациенток с сопутствующей артериальной гипертензией, которым планировалось проведение оперативного вмешательства лапароскопическим путем на базе АО»РНЦ НМП». Это пациентки со следующей патологией - миома матки, кисты яичников, внематочная беременность. В зависимости от гипотензивной терапии больные были разделены на 2 группы, уделялось внимание какая гипотензивная терапия проводилась.

При сборе анамнеза мы выявляли тяжесть и длительность артериальной гипертонии. Уточняли наличие и выраженность патологических изменений, сопутствующих гипертонической болезни и увеличивающих риск развития осложнений: патологию со стороны почек, наличие ИБС, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, поражение органов зрения.

Если органные изменения не выражены (гипертоническая болезнь I, II стадии), проводят общепринятые лабораторные и инструментальные исследования. Обращали внимание на уровень электролитов крови, креатинина,

наличие протеинурии, электрокардиографические изменения, рентгенограмму грудной клетки (с целью определения степени гипертрофии левого желудочка), на наличие периферических отеков (проявление сердечной или почечной недостаточности), возможные признаки гиповолемии. (2,4)

При наличии органических поражений ,обязательна оценка органов мишеней. Обязательна консультация кардиолога.

В первой группе наблюдались 15 больных ,получавших регулярную базисную терапию, до момента поступления в стационар.

Во второй группе пациенты не получающие базисную гипотензивную терапию, и с нерегулярной терапией, им оперативное лечение проводилось в экстренном или в отсроченном порядке.

В первой группе пациенты получали β -блокаторы, антагонисты кальция. Антагонисты кальция оказывали кардио – нефропротективное действие.

При длительном применении антагонисты кальция косвенно улучшали бронхиальную проходимость, что положительно влияло на течение анестезии. Применение β -блокаторов способствовало возникновению брадикардии, AV-блокаде, снижению тонуса миокарда, усилению тонуса бронхов. Нежелательные последствия приема блокаторов кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем) заключаются в снижении сократительной способности миокарда, брадикардии, нарушении проводимости, потенцирование действия недеполяризующих миорелаксантов.(1,5)

Брадикардия, депрессия миокарда при применении β -блокаторов во время анестезии обычно хорошо корригируется атропином, хлористым кальцием, в редких случаях возникает необходимость применения адреномиметиков.

В предоперационном периоде пациенты продолжали прием гипотензивных средств по обычной схеме. С целью уменьшения чувства тревоги, страха ,психоэмоционального напряжения, гемодинамических сдвигов, непосредственно перед оперативным вмешательством назначают седативные препараты. В премедикацию чаще всего включают бензодиазепины, по показаниям используют нейролептики.

Во второй группе наблюдались пациенты не получающие базисную гипотензивную терапию регулярно или получали эпизодически, оперативное лечение проводилось в экстренном или в отсроченном порядке.

В этих случаях встречались пациенты, когда на фоне гинекологической патологии развивался гипертонический криз.

В таком случае до начала операции мы пытались попытаться снизить АД до рабочего уровня. Если гипертония обусловлена стрессовой ситуацией, возможно применение бензодиазепинов (реланиум, брызепам 5-10 мг). В

случае если необходимо добиться быстрого эффекта (гипертонический криз с развитием приступа стенокардии, сердечной недостаточности). Применяли нитраты, начиная с 25 мкг/мин до достижения желаемого уровня АД.(6,7) Следует помнить, что чаще всего у пациентов с экстренной хирургической патологией имеется состояние гиповолемии, на фоне которой возможно резкое снижение АД, поэтому гипотензивная терапия должна сочетаться с устранением гиповолемии.

Для проведения анестезии у больных гипертонической болезнью использовались все известные методики и препараты. Выключение сознания во время вводной анестезии осуществляем рекофолом, пропофолом. Кроме того, хорошо себя зарекомендовала анестезия с поддержкой эбрантила, энапа. Возможно применение нейролептаналгезии. При экстренном оперативном вмешательстве часто используется атаралгезия. В любом случае, учитывая лабильность гемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией, требуется адекватная инфузионная терапия в периоперационный период с комбинацией кристаллоидных и коллоидных препаратов. Необходимо обеспечить достаточно глубокий уровень анестезии до проведения травматичных манипуляций (интубации, катетеризации мочевого пузыря, разреза кожи и т.д.). По ходу анестезии АД желательно сохранять на уровне рабочих цифр, однако снижение АД на 20-25% от исходного обычно не вызывает нарушений церебрального кровотока и почечной фильтрации.(9,10)

Функцию почек контролируют с помощью почасового диуреза. При возникновении во время анестезии гипертензии, необходимо найти ее причину (недостаточная аналгезия, гипоксия и т.д.) и предпринять соответствующие действия. Если нет результата, необходимо воспользоваться гипотензивными средствами .

Результаты и обсуждение. В ходе нашего наблюдения у 95% пациентов первой группы, течение анестезии проходило более благоприятно. Во время анестезии подъем АД не превышал 12% от рабочего АД, в послеоперационном периоде даже при наличии болевого синдрома и эмоционального фактора показатели АД не превышали 15% от нормы.

У 70% пациентов со второй группы, отмечалось «волнообразное» течение - анестезии, т.е. во время анестезии отмечался подъем АД более чем на 40% от показателей цифр рабочего АД. В послеоперационном периоде при присоединении болевого синдрома и эмоционального фактора отмечалась стойкая гипертензия превышающая более 30% от нормы, и требовала больших доз анальгетиков и гипотензивных препаратов. У 1% пациентов на этом фоне развилось ОНМК по геморрагическому типу, с последующей инвалидизацией. У 1,5% пациентов отмечались стойкие нарушения сердечно-сосудистой системы требующие более длительного лечения и реабилитации.

Выводы. В предоперационном и послеоперационном периоде необходим тщательный мониторинг АД, по возможности ранняя экстубация. При необходимости проведения продленной вентиляции легких используются седативные препараты. По мере восстановления функционального состояния пациента после операции следует стремиться к более раннему назначению привычной для него схемы терапии. Если гипертензия выявляется впервые, то следует назначить лечение с учетом стадии гипертонической болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайденко Г.В., Семиголовский Н.Ю., Минченко И.Б., Лебединский К.М. // Анестезиология и реаниматология. — 1998. — № 2. — С.71—73.
2. Гипертоническая болезнь в пожилом возрасте: распространенность, клиническое значение и медикаментозная терапия // Кардиология. — 1999. — № 12. — С. 71—76.
3. Гологорский В.А. // Руководство по анестезиологии / Под ред. А.А.Бунятына. — М.: Медицина, 1994. — С. 76—83.
4. Гурьянов В.А., Гологорский В.А., Мартынов А.Н., Ерошин Н.И. // Анестезиология и реаниматология. — 2000. — № 5. — С. 58—61.
5. Канус И.И., Прощаев К.И. Анестезиологическая подготовка больных с артериальной гипертонией к хирургическим вмешательствам. — Мн., 2002. — 23 с.
6. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. — М.: Медицина, 1982. — 288 с.
7. Лепилин М.Г. // Болезни сердца и сосудов: Руководство для врачей / Под ред. Е.И.Чазова. — Т.4. — М.: Медицина, 1992. — С. 398—411.
8. Лепилин М.Г. // Бюлл. ВКНЦ АМН СССР. — 1987. — Т.10, № 2. — С. 90—93.
9. Лепилин М.Г. Периоперационная ишемия миокарда у больных ишемической болезнью сердца (патогенез, профилактика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. — М., 1989. — 34 с.
10. Ольбинская Л.И. Артериальные гипертензии. — М.: Медицина, 1998. — 305 с.
11. Сытый В.П. // Практическая кардиология / Под ред. В.В.Горбачева. — Т. 2. — Мн.: Выш. школа, 1997. — С. 4—100.

Түйін

Б.Қ.ЖАҚЫМБЕКОВ, Х.Б.БАУБЕКОВА, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Д.К.АУКЕТАЕВ,
А.К.МЫРЗАБОСЫНОВА, Ж.Д.ҮНІСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ

ГИНЕКОЛОГИЯДА АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ
ЖАНСЫЗДАНДЫРУ

Егер гипертензия алғаш рет анықталса, онда сатысына байланысты ем тағайындауы керек. Оталаудын алдын және кейінгі кезеңде АҚҚ-ды қадағалап отыруы керек. Керек мезетте узақ уақытты жасанды тыныс алуды жүргізу керек, жәнеде ұйықтататын дәрілерді қолдануға болады. Оталаудан кейінгі кезеңнен сон анағұрлым ертерек науқасқа тиімді емді тағайындау керек.

Summary

В.К.ДЖАРКИМБЕКОВ, К.В.БАУБЕКОВА, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Д.К.АУКЕТАЕВ,
А.К.МИРЗАБОСИНОВА, Ж.Д.УНИСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ

ANESTHESIA IN GYNECOLOGY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

In the preoperative and postoperative period careful monitoring the HELL, whenever possible an early ekstubation is necessary. In need of carrying out the prolonged ventilation of lungs sedative preparations are used. In process of restoration of a functional condition of the patient after operation it is necessary to seek for earlier purpose of the scheme of therapy habitual for it. If hypertension comes to light for the first time, it is necessary to appoint treatment taking into account a stage of a hypertensive illness.

УДК: 616-08-039.35

А.М. АКИМБАЕВА

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФАПУЛЬСТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

В работе представлен материал по использованию альфапульстерапии у больных с заболеваниями верхних дыхательных путей: ее применение способствует более быстрому выздоровлению, длительности применения антибиотиков и удлинению сроков ремиссии у больных хроническим бронхитом.

Ключевые слова: заболевания верхних дыхательных путей, физиолечение, альфапульстерапия, эффективность.

Введение. Заболевания верхних дыхательных путей (ЗВДП) – одно из самых распространенных заболеваний среди взрослых и детей. Факторами, способствующими развитию ЗВДП, являются переохлаждение, эмоциональное перенапряжение, хроническая усталость, авитаминоз, снижение иммунитета и др. Острые ЗВДП, в основном, проявляются признаками вирусной инфекции и сопутствующей ей интоксикации. Нередко, особенно у лиц с ослабленным иммунитетом и детей, они осложняются затяжными синуситами, ларинготрахеитами, бронхитами и пневмониями, лечение которых требует длительного пребывания на больничном режиме, применения антибактериальных средств [1].

Одним из методов лечения ЗВДП является магнитно-лазерная терапия. В естественных условиях живые организмы подвергаются влиянию магнитного поля Земли, местных магнитных аномалий, вызванных залежами полезных ископаемых, и т.п. В современной медицине искусственные магниты и генераторы магнитных полей давно и успешно используются в лечебных целях [2].

Постоянное магнитное поле в пределах от 10 до 100 мТл является неспецифическим раздражителем биологических тканей. Терапевтический

эффект воздействия на ткани живого организма излучения (особенно инфракрасного) светодиодов и лазеров значительно усиливается в магнитном поле. Лечебный эффект магнитно-лазерной терапии (МЛТ) основан на биостимуляции и мобилизации имеющегося энергетического потенциала организма и проявляется как иммуномодулирующий, десенсибилизирующий, нейротрофический, противовоспалительный, обезболивающий, противоотечный, регенераторный, нормализующий реологию крови и гемодинамику, гипохолестеринемический. Это определяет широкий диапазон показаний для МЛТ и многообразие методических подходов [3].

МЛТ эффективна при различных заболеваниях в связи с тем, что совокупностью своих механизмов действует на общие для разноплановых по природе болезней патогенетические звенья. По спектру неспецифических регуляторных эффектов НИЛИ может быть сравнимо с группой адаптогенов различной природы, витаминов, полиненасыщенных жирных кислот, незаменимых аминокислот (не синтезируемых в организме), природных антиоксидантов, метаболически активных веществ, иммуномодуляторов и иммуностимуляторов. Необходим целостный подход к анализу патологии и тактике лечения.

Цель работы – оценить эффективность проводимой МЛТ у больных с заболеваниями ВДП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 28 пациентов, 18 из которых (исследуемая 1 группа), наряду с медикаментозным лечением в комплексной терапии получали альфапульстерапию. Во второй, контрольной, группе пациентов физиолечение не применялось. Возрастной, половой состав и распределение больных по виду и тяжести заболевания, сопутствующей патологии в обеих группах были сопоставимы. Возраст всех пациентов варьировал от 19 до 46 лет. По нозологическим формам больные распределялись следующим образом: острый синусит и острый трахеобронхит – по 37,5%; хронический бронхит – у 25% .

В нашей клинике МЛТ проводится на аппарате «Альфатрон 4100 S» производства Германии с 2003 года. Принцип устройства аппарата состоит в магнито-лазерной установке, которая включает в себя управляемый микропроцессорный генератор; 5 различных форм импульса, система паузы импульса; 8 компьютерных программ; бесступенчатый выбор частоты; аппликаторы и инфракрасный лазер.

Курс лечения и экспозиция магнито-лазерной установки подбирались индивидуально, в среднем 5 процедур длительностью по 20 минут.

Результаты и обсуждение. За время наблюдения у исследуемых пациентов 1 группы уже после второй процедуры отслеживалась положительная динамика: разжижение и лучшая эвакуация мокроты, ее

уменьшение, улучшение аускультативных данных, уменьшение головной боли, урежение кашля. Особенно отчетливо это наблюдалось в группе с хроническим бронхитом.

У пациентов 2 группы с острыми ЗВДП аналогичная динамика наступала лишь к 3-4 дню, а среди больных с хроническим бронхитом течение было торпидным и эффект наблюдался только к 5-6 дню госпитализации. Объективным критерием были и показатели гемограммы, в которой воспалительные изменения (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ) купировались значительно быстрее у больных, получавших физиолечение.

У больных 1 группы полученная положительная динамика позволила сократить сроки антибактериального лечения и пребывания в стационаре. В ходе более длительного наблюдения за исследуемыми пациентами в течение 3-х месяцев отмечалось отсутствие хронизации воспалительного процесса, а у больных с имеющимися хроническими бронхитами – удлинение срока ремиссии.

Следует учитывать, что противопоказаниями к проведению МЛТ являются: злокачественные новообразования; доброкачественные образования со склонностью к прогрессированию; системные заболевания крови; беременность, гиперпластические процессы в полости матки; острые инфекционные заболевания; тяжелые формы соматической патологии и психические заболевания в стадии обострения.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволили сделать заключение, что применение магнитно-лазерной терапии в лечении пациентов с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей наряду с медикаментозным лечением способствует более быстрому выздоровлению, соответственно укорочению сроков госпитализации (пребывания на больничном листе), длительности применения антибактериальных препаратов и удлинению сроков ремиссии у больных хроническим бронхитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей. // Российский медицинский журнал.- 2009.- т.17. №2.- С.123-131.
2. Сидоренко С.В. Резистентность микроорганизмов и антибактериальная терапия. // Российский медицинский журнал.- 1998.- Т.6.-№11.- С.17-19.
3. Морозова С.В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // Российский медицинский журнал.- 2005.- том 13.- №26.- с.1748-1751.

Түйін

А.М.ӘКІМБАЕВА

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

ЖОҒАРЫ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ АЛЬФАПУЛЬСТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

Еңбекте жоғары тыныс алу жолдарының ауруы бар науқастарды емдеуде альфапульстерапияны қолдану бойынша материал ұсынылған: оны қолдану анағұрлым жылдам сауығып кетуге, антибиотиктерді қолдану ұзақтығына және созылмалы бронхиті бар науқастардың ремиссия мерзімін ұзартуға септігін тигізеді.

Түйін сөздер: жоғары тыныс алу жолдарының ауруы, физиоёмдеу, альфапульстерапия, тиімділік.

Summary

A.M.AKIMBAEVA

EFFECTIVENESS OF ALFAPULSTHERAPY IN PATIENTS WITH UPPER RESPIRATORY TRACT DISEASES

The paper presents data on the use of alfapulsterapii in patients with diseases of the upper respiratory tract: its use contributes to a more rapid recovery, duration of antibiotic use and lengthening periods of remission in patients with chronic bronchitis.

Key words: diseases of the upper respiratory tract, physiotherapy, alfapulsterapiya, efficiency.

УДК: 616-07:616-005.8

Б.С.СЕЙДУАЛИЕВА, Г.Г.АТАБАЕВА, Н.А.ФЛАТОВА

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМАРКЕРОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Инфаркт миокарда нередко приводит к смерти и ограничению трудоспособности. Своевременная его диагностика позволяет стратифицировать пациентов с острым коронарным синдромом по степени риска и назначить соответствующее лечение. В статье приведен анализ значимости определения кардиомаркеров тропонина Т (ТнТ) и сердечных белок-связывающих жирных кислот (сБСЖК) при экстренной диагностике инфарктов миокарда.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, некроз миокарда, биомаркеры, экстренная диагностика.

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ) являются одними из основных причин заболеваемости и смертности. Биомаркеры позволяют получить количественные параметры, которые служат для оценки состояния органов и систем и определить риски заболеваний [1].

Использование биомаркеров некроза миокарда стало важнейшим инструментом, способным улучшить точность диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ). Кроме того, они позволяют определить тактику и степень агрессивности лечения [2].

Тропонин является белком, выделяющимся из кардиомиоцитов при некрозе миокарда. Уровень тропонина в крови зависит от размера инфаркта, что дает возможность оценить прогноз жизни больного в последующем периоде. Тропонин достигает своего пика через 12 часов после начала ИМ и остается повышенным в течение 10 или более дней. Повышенный уровень тропонина связан с высоким риском неблагоприятного исхода в течение 30 дней. Однако его недостатком является поздний пик в крови после начала ИМ. Новые, более чувствительные тесты с тропонином внедряются для коррекции данного недостатка [3,4].

Сердечные белок-связывающие жирные кислоты (сБСЖК) - относительно новый биомаркер, имеет низкую молекулярную массу, участвует в метаболизме жирных кислот в кардиомиоцитах [5,6]. Уровень сБСЖК резко повышается в крови при ИМ. В результате фундаментальных исследований установлено, что сБСЖК в сыворотке отмечается уже в первые часы от 30 минут до 6 часов после развития клинических симптомов инфаркта миокарда, а пиковые концентрации в крови и моче регистрируются через 5 и 10 часов соответственно [7].

Цель исследования: Анализ значимости определения кардиомаркеров тропонина Т (ТнТ) и сБСЖК при диагностике ИМ у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСБПST).

Материалы и методы. Кардиомаркеры определяли у 40 пациентов в возрасте от 45 до 82 лет, поступивших в отделение приемного покоя клиники с ОКС.

Критериями включения были диагноз ОКСБПST при поступлении и возможность первого взятия крови в пределах 12 ч. от появления эпизода ишемического дискомфорта, непосредственно предшествующего госпитализации.

Не включались больные с подъемами сегмента ST на ЭКГ, достаточными для назначения тромболитической терапии, перенесшие в последний месяц ИМ, лица с симптомами сердечной недостаточности в покое, требующей неотложного внутривенного введения диуретика, больные с температурой тела выше 38°C, имевшие частоту сердечных сокращений более 120 в минуту, лица с систолическим артериальным давлением более 180 мм.рт.ст. и (или) диастолическим более 110 мм рт.ст., страдающие анемией.

Забор крови осуществлялся из подкожной вены сразу после поступления в стационар, а также через 6 и 12 ч от начала приступа ишемического дискомфорта, предшествующего госпитализации.

У больных, поступивших позднее 6 ч после начала приступа, кровь бралась только дважды – при поступлении и через 12 ч после появления дискомфорта.

Определение сБСЖК осуществляли иммуно-турбидиметрическим методом реактивами Н-FAВ от Randox на биохимическом анализаторе «Olympus AU640» Beckman Coulter, нормальные значения 3,55 – 6,32 нг/мл.

Тропонин-Т определяли тест-системой для экспресс-обнаружения ТнТ и миоглобина на анализаторе "Cobas H232" Roche, нормальные значения до 50 нг/л, а также иммуноферментным методом на анализаторе «Elecsys 2010» реактивами от производителя Roche Diagnostics, нормальные значения до 0,01 нг/мл. Тропонин-Т, сБСЖК, миоглобина.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных больных с ОИМ при поступлении уровень сБСЖК в крови был высоким ($42,7 \pm 14,3$ нг/мл) и превышал референтные значения (до 7 нг/мл) в среднем в 5,3-6,5 раза.

Значения теста у пациентов с нестабильной стенокардией были в пределах нормы ($4,2 \pm 3,4$ нг/мл). Максимальное повышение содержания сБСЖК в крови у всех больных было выявлено в первые 6 часов после возникновения болевого приступа и постепенное снижение значений к 12 часам (78,3% пациентов) и к 24 часам (86% пациентов).

Результаты исследования динамики содержания миоглобина у пациентов этих групп показала, что кинетика его сходна с кинетикой БСЖК: его уровень повышался через 1-2 ч. после начала болевого приступа, достигая максимума через 4-6 ч. и возвращался к нормальным значениям через 18-24 ч.

При определении тропонина Т у этих больных результаты показали, что в первые часы болевого синдрома концентрация их была в пределах нормы до 50 нг/л, повышение его (от 100 до 300 нг/л) отмечалась при повторном исследовании через 6-8 часов. Высокие цифры (600 – 1300 нг/л) определялись через 12-16 часов и оставались повышенными несколько дней.

Возвращение к нормальному уровню сБСЖК также происходило через 12-24 часа после начала ишемии.

При изучении содержания сБСЖК в крови у пациентов, поступивших в стационар в ранние сроки после развития болевого приступа, было установлено, что количество больных с диагностическим увеличением уровня сБСЖК (82,4%) было достоверно больше, чем с повышенными уровнями тропонина Т (28,1%) [8].

Несмотря на то, что уровень сБСЖК в миокарде меньше, чем миоглобина (0,5 против 2,5 мг/г), минимальная определяемая концентрация сБСЖК в 15 раз ниже, чем миоглобина (2 против 32 мкг/л). Этим обусловлена большая чувствительность сБСЖК по сравнению с миоглобином при выявлении некроза миокарда [9].

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод, что повышение в крови сБСЖК в первые часы после развития острого коронарного синдрома является надежным ранним тестом, свидетельствующим о повреждении миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хафизов Р.Р., Загидуллин Б.И., Травникова Е.О. и др. Перспективы применения новых биомаркеров в диагностике острого коронарного синдрома. // Практическая медицина. - 2012. - № 60. - С. 89-92.
2. - Трифионов И.Р., Березникова А.В., Эрлих А.Д. и др. Диагностическое значение совместного определения сБСЖК и сердечного тропонина I при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2012. - № 2. - С. 42-47.
3. Гинзбург Л.М., Шевченко А.О., Шевченко О.П. Сравнительный анализ клинической эффективности биомаркеров у больных острым коронарным синдромом // Терапевт. - 2012. - № 7. - С. 4-11.
4. Шалаев С.В., Акинина С.А., Майорова Т.А. Алгоритмы ранней диагностики, выбора начальной стратегии лечения, антитромботических вмешательств при остром коронарном синдроме. // Фарматека. - 2008. - № 11. - С. 57-61.
5. Release of fatty acid-binding protein from isolated rat heart subjected to ischemia and reperfusion or to the calcium paradox / J.F. Glatz, M. van Bilsen, R.J. Paulussen et al. // Biochim Biophys Acta. — 1988. — 961. — P. 148-152.
6. Prognostic utility of heart-type fatty acid binding protein in patients with acute coronary syndromes / M. O'Donoghue, J.A. de Lemos, D.A. Morrow et al. // Circulation. - 2006. - 114. - P. 550-557.
7. Андрюков Б.Г., Гельман Е.А., Габасова Т.В. и соавт. Уровень в крови белка, связывающего жирные кислоты, в первые часы после острой ишемии миокарда, после проведения успешного тромболизиса: прогноз и риск метрия осложнений. // Фундаментальные исследования. - 2008. - № 2. - С. 15-17.
8. Рябов В.В., Сулова Т.Е., Марков В.А. Определение белка, связывающего жирные кислоты, в диагностике острого инфаркта миокарда. // Бюллетень СО РАМН. - 2005. - № 3(117). - С. 26-29.
9. Трифионов И.Р. Характеристика сердечного белка, связывающего жирные кислоты, как маркера некроза миокарда в часто встречающихся клинических ситуациях. // Дисс. докт. мед. наук. – М., 2009. – 334с.

Түйін

Б.С. СЕЙДУАЛИЕВА, Г.Г. АТАБАЕВА, Н.А. ФЛАТОВА

ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ БАРЫСЫНДА
БИОМАРКЕРЛЕРДІ ҚОЛДАНУ

Миокард инфарктісі көп жағдайда өлімге әкеледі және еңбекке жарамдылықты шектейді. Оны дер кезінде диагностикалау жіті коронарлық синдромы бар емделушілерді қауіп сатысына қарай бөлуге және тиісті емді таайындауға мүмкіндік береді. Мақалада миокард инфарктісін шұғыл диагностикалау кезінде Т (ТнТ) тропонин кардиомаркерін және жүрек нәруыз байланыстырушы майлы қышқылдарды (жНБМК) анықтаудың маңыздылығына талдау келтірілген.

Түйін сөздер: жіті коронарлық синдром, миокарди некрозы, биомаркерлер, шұғыл диагностика.

Summary

B.S.SEYDUALIEVA, G.G.ATABAEVA, N.A.FLATOVA

USE BIOMARKERS IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE CORONARY SYNDROME

Myocardial infarction often leads to death and disabilities. Timely diagnosis allows him to stratify patients with acute coronary syndrome, according to the degree of risk and appropriate treatment. The article is an analysis of the importance of determining the cardiac markers troponin T (TnT) and cardiac protein binding of fatty acids (sBSZhK) for emergency diagnosis of myocardial infarction.

Key words: acute coronary syndrome, myocardial necrosis, biomarkers, emergency diagnosis.

УДК: 616-005.2

Ж.Б.КАЙМУЛДИНА, М.А.ДАРИБАЕВА, К.Б.БАКИРОВА

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

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Описано применение алгоритма диагностики и лечения больных с ОКС на догоспитальном этапе с целью внедрения международных стандартов оказания медицинской помощи пациентам данной категории. Практика применения алгоритма позволила снизить развитие грозных осложнений заболевания у больных с ОКС на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: алгоритм диагностики и лечения больных ОКС, догоспитальная медицинская помощь.

Введение. Как и во многих странах мира, заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) продолжают занимать ведущие места, и их диагностика и лечение остаются одним из актуальных направлений здравоохранения [1]. Согласно определению, приведенному в руководстве Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца 2000 года, понятие «острый коронарный синдром» (ОКС) включает любые группы симптомов, позволяющие подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию [2,3].

Клинические варианты ОКС:

- ИМ с подъемом сегмента ST
- ИМ без подъема сегмента ST
- ИМ, диагностированный по изменениям ферментов или биомаркеров
- ИМ, диагностированный по поздним ЭКГ-признакам
- Нестабильная стенокардия (НС)

Лечение больного с ОКС представляет собой единый процесс, начинающийся на догоспитальном этапе и продолжающийся в стационаре. Система скорой медицинской помощи (СМП) и стационары должны работать по единому алгоритму, основанному на единых принципах диагностики, лечения и единому пониманию тактических вопросов [4,5,6].

Цель работы – внедрить международные стандарты диагностики и лечения больных с ОКС на догоспитальном этапе.

В период с января 2013 года была оказана СМП 36 больным с ОКС с подъемом ST (11) и без подъема ST (25), время ангинозного приступа составляло от 2 до 48 часов. Неотложная помощь на догоспитальном этапе оказывалась по алгоритму диагностики и лечения ОКС [7].

Прежде всего, врачом СМП осуществлялась первичная диагностика и оценка риска состояния пациента в течение 10 мин от момента прибытия скорой помощи. Оценку проводили по пяти существующим критериям, которые с 90% достоверностью позволяют определять риск смерти больных с ОКС в первые 30 суток: возраст, уровень систолического АД, класс сердечной недостаточности по Killip, увеличенная ЧСС, передняя локализация инфаркта.

В зависимости от первоначально установленных критериев риска пациента незамедлительно госпитализировали: пациентов с ОКС подъемом сегмента ST, минуя приемное отделение, доставляли в ангиографическую лабораторию; пациентов с ОКС без подъема сегмента ST высокого и промежуточного риска - в отделение реанимации и интенсивной терапии для мониторинга жизненных функций и риска возникновения рецидива ишемии; пациентов с ОКС без подъема сегмента ST низкого риска – в кардиологическое или терапевтическое отделение.

При этом, во время транспортировки, осуществлялась неотложная помощь (кислород, нитраты, наркотический анальгетик (морфин), аспирин, тикагрелол или клопидогрель). При отсутствии противопоказаний и невозможности проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) начинали проведение фибринолитической терапии на догоспитальном этапе, особенно если транспортировка в стационар занимала более 30 мин.

О транспортировке больного с ОКС врач бригады СМП оповещал заведующего ОШМП. В дальнейшем эта информация передавалась руководителю кардиологического центра, заведующим отделений интервенционной кардиологии, реанимации и приемного отделения.

Использование алгоритмов догоспитальной помощи при остановке сердца способствовало качественному и быстрейшему проведению сердечно-легочной реанимации, ранней дефибрилляции (при необходимости) и эффективной поддержки жизненных функций непосредственно до госпитализации.

Заключение. Строгое соблюдение имеющихся протоколов и стандартов лечения пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST способствует слаженной работе бригады СМП по оказанию высокопрофессиональной своевременной помощи на догоспитальном этапе, что в конечном итоге позволяет избегать грозных осложнений ССЗ в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

10. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
11. Руководство по лечению острого инфаркта миокарда со стойкими подъемами сегмента ST электрокардиограммы/ Европейское общество кардиологов.- 2012.- 345 с.
12. Руководство (рекомендации) по реваскуляризации миокарда (Guidelines on myocardial revascularization), ESC/EACTS, 2010. Eur Heart J (2010) First published online August: 29, 2010.
13. Руководство Европейского общества кардиологов по лечению острого коронарного синдрома у пациентов без стойкого подъема сегмента ST.- 2011.- 403 с.
14. Первичная терапия острого коронарного синдрома. / Руководство Европейского Совета по реанимации.- 2010.- 175 с.
15. Болезни сердца и сосудов. / Руководство Европейского общества кардиологов. / Под редакцией А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса. Пер. с англ. под ред. Е.В.Шляхто.- 2011.- С. 536-604.
16. Абсеитова С.Р. Алгоритм диагностики и лечения острого коронарного синдрома./ Методические рекомендации для практического здравоохранения.- Астана.- 2012. - 167 с.

Түйін

Ж.Б. ҚАЙМУЛДИНА, М.А. ДӘРІБАЕВА, К.Б. БӘКІРОВА

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

АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗҒАНҒА ДЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМЫ
БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ АЛГОРИТМІ

Осындай санаттағы емделушілерге медициналық көмек көрсетудің халықаралық стандарттарын енгізу мақсатында ауруханаға жатқызғанға дейінгі кезеңдегі ЖКС-сі бар науқастарды диагностикалау мен емдеудің алгоритмдерін қолдану сипатталған. Алгоритмді қолдану тәжірибесі ауруханаға жатқызғанға дейінгі кезеңдегі ЖКС-сі бар науқастар ауруының қауіпті асқынуларының дамуын төмендетуге мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: ЖКС-сі бар наукастарды диагностикалау мен емдеудің алгоритмі, ауруханаға жатқызғанға дейінгі медициналық көмек.

Summary

ZH.B.KAYMULDINA, M.A.DARIBAEVA, K.B.BAKIROVA

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

ALGORITHM FOR MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME PREHOSPITAL

Describes the use of an algorithm of diagnosis and treatment of patients with ACS in the prehospital phase to the implementation of international standards of medical care for patients in this category. The practice of applying the algorithm has reduced the development of severe complications of the disease in patients with ACS in the prehospital phase.

Key words: diagnostic and treatment of ACS patients, prehospital medical care.

Г.К.КАСЕНОВА, Б.Б.ДУЙСЕН

АО «Санаторий «Алматы» Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г.Алматы

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В работе показана эффективность применения фиксированной комбинации Престанса с целью лечения больных с АГ II-III степени, среднего, высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Показаны преимущества данного метода лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальное давление, фиксированная комбинация, престанс, суточное мониторирование.

Введение. Артериальная гипертензия (далее – АГ) остается одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний и важнейшим фактором риска развития инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения. Рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и невысокая продолжительность жизни в Республике Казахстан определяют высокую социальную значимость проблемы лечения артериальной гипертензии.

Если это заболевание адекватно не лечить, то оно приводит к большому числу осложнений со стороны сердца, сосудов головного мозга и почек, соответственно артериальная гипертензия остается важнейшей причиной смертности и инвалидизации населения. Таким образом, артериальная гипертензия - это основной модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно современных рекомендаций по диагностике и лечению АГ, целевыми уровнями артериального давления (далее – АД) для всех пациентов

является значения 130-139/80-89 мм.рт.ст., а для лиц с поражением почек - менее 130/80 мм.рт.ст. Достичь таких низких уровней АД при применении одного антигипертензивного препарата, даже назначаемого в максимальных дозах, можно лишь у трети пациентов с неосложненной АГ. Если речь идет о больных с высокими цифрами АД при поражении органов - мишеней, метаболического синдрома, сахарного диабета и других ассоциированных клинических состояний, то эффективность монотерапии весьма сомнительна. Поэтому рекомендуется у больных высокого и очень высокого риска начинать терапию с назначения сразу 2-х препаратов в низких дозах.

Основываясь на результатах многоцентровых исследований, достижение целевого уровня АД с помощью комбинированной терапии в исследовании SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) было достигнуто у больных в 45%, также в рандомизированном исследовании ALLHAT (Antihypertensive and Lipid – Lowering treatment to prevent Yearly Attract Trial) - у 63 % больных, и в исследовании LIVE (the Losartan Intervention For Endpoint Reduction in Hypertension) - в 92 %.

В последние годы все больший интерес вызывает комбинация ингибиторов АПФ и антагонистов кальция. Одним из этих препаратов является фиксированная комбинация Престанс фирмы SERVIER (производство Франция).

Цель исследования: изучить эффективность и переносимость Престанса у пациентов с АГ II-III степени, среднего, высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 больных с эссенциальной АГ II-III степени, среднего, высокого и очень высокого риска. Критериями включения в основную группу исследования явились: уровень систолического АД (САД) свыше 140 мм.рт.ст, и диастолического АД (ДАД) свыше 90 мм.рт.ст. Критериями исключения пациентов из исследования были: симптоматический характер АГ, окклюзирующие, гемодинамически значимые поражения экстра и интракраниальных артерий, ХСН III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA), а также гемодинамически значимые нарушения ритма и проводимости.

Все 30 пациентов ранее получали амбулаторно антигипертензивную монотерапию. В условиях стационарного лечения им была проведена терапия фиксированной комбинацией препарата Престанс фирмы Servier в течение 10 дней.

Больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью аппарата ВТЛ – 08 АВРМ (Великобритания) с последующей компьютерной обработкой данных. Интервалы между измерениями АД в период бодрствования - 30 минут, в период ночного сна - 1 час. При исследовании суточного мониторирования АД были учтены такие показатели, как величина суточного индекса, вариабельность среднесуточного САД/ДАД, среднее ЧСС, среднее пульсовое давление, индекс времени гипертензии.

Исходно 15 пациентов получали монотерапию, остальные 15 получали комбинированную терапию 2-мя и более препаратами. Больные получали фиксированную комбинацию Престанса в дозе 5/5 мг в сутки и 5/10 мг в сутки (в зависимости от цифр АД, полученных по СМАД). Через 10 дней от начала лечения, в случае недостижения целевого АД ($\leq 140/90$ мм.рт.ст.) дозу препарата увеличивали до 5/10 мг или 10/5, а также до 10/10 мг 1 раз в сутки. Далее препарат Престанс назначался в условиях амбулаторного приема.

Таблица 1 - Клиническая характеристика больных АГ

| Показатель | Количество пациентов (30) |
|--|---------------------------|
| Мужчины (n %). | 21 (70 %). |
| Возраст . | 59.2 ± 1.8 |
| Длительность АГ | 10.2± 0.95 |
| Курение | 15 (50 %). |
| САД | 156 ± 2.9 |
| ДАД | 94.6 ± 1.9 |
| ЧСС | 76.2 ± 1.6. |
| АГ 2 степени | 12 (40 %). |
| АГ 3 степени. | 18 (60 %). |
| Риск 2 | 2 (6.67 %). |
| Риск 3 | 18 (60 %). |
| Риск 4. | 10 (33.3 %). |
| Постинфарктный кардиосклероз (риск 4). | 4 (40 %). |
| Сахарный диабет (риск 4). | 5 (50 %). |
| Ишемический инсульт (риск 4). | 1 (1 %). |

Результаты и обсуждение. По данным СМАД, антигипертензивная терапия Престансом в течение 10 дней привела к значительному снижению АД по сравнению с больными, которые получали монотерапию. Фиксированная комбинация Престанса снизила САД на 22.6 мм.рт.ст.

Кроме того, отмечено достоверное снижение скорости утреннего подъема САД на 26.4 %, ДАД 28.6 %. Показатели вариабельности АД и частоты сердечных сокращении не изменились. Достоверных изменений степени ночного снижения АД не установлено, однако при анализе суточного биоритма АД фиксированная комбинация нормализует суточный ритм АД.

В результате лечения количество больных, получавших фиксированную комбинацию с нормальным суточным типом АД «dipper», достоверно увеличилось за счет пациентов с недостаточным снижением АД в ночное время и с устойчивым повышением АД в ночные часы (night peaker и non-dipper).

Таблица 2. Антигипертензивная эффективность Престанса при суточном мониторинговании АД

| Показатели | До лечения | После лечения |
|-------------------------|---------------|---------------|
| Дневной период | | |
| Среднее САД | 157,2 ± 18.81 | 127.2 ± 22.7 |
| Среднее ДАД | 90,18 ± 19.9 | 74.6 ± 20.7 |
| Индекс времени САД | 74,25± 13,88 | 77,3± 8,67 |
| Индекс времени ДАД | 38,33± 37,11 | 17,0± 24,22 |
| Вариабельность САД | 13,67±3,94 | 14,4±4,17 |
| Вариабельность ДАД | 11,17±2,94 | 10,9±4,18 |
| ЧСС | 73,5±12,06 | 74,5±13,01 |
| Ночной период | | |
| Среднее САД | 13,82±16,07 | 126,5±16,25 |
| Среднее ДАД | 78,91±10,83 | 78,0±12,4 |
| Индекс времени САД | 63,45±33,65 | 56,13±42,05 |
| Индекс времени ДАД | 57,91±36,9 | 45,38±38,97 |
| Вариабельность САД | 12,18±3,34 | 10,25±3,33 |
| Вариабельность ДАД | 8,91±1,92 | 9,25±3,73 |
| ЧСС | 66,73±7,03 | 72,5±10,76 |
| Среднее пульсовое АД | 52,33±9,03 | 50,3±6,98 |
| Суточный индекс | 2,73±10,56 | 3,5±6,09 |
| Величина утр. Подъ. САД | 38,2±13,25 | 32,88±10,79 |
| Величина утр. Подъ. ДАД | 30,3±14,19 | 32,88±14,42 |

Выводы:

Преимущества лечения фиксированной комбинацией Престанса:

1. Усиление антигипертензивного эффекта за счет разнонаправленного действия препаратов на патогенетические механизмы развития АГ, что увеличивает число пациентов со стабильным снижением АД.

2. Уменьшение частоты возникновения побочных эффектов как за счет меньших доз комбинируемых препаратов, так и за счет взаимной нейтрализацией этих эффектов.

3. Обеспечение наиболее эффективной органопroteкции и уменьшение риска и числа сердечно - сосудистых осложнений.

4. Самая эффективная стратегия достижения и поддержания уровня АД.

5. Сокращение количества принимаемых таблеток, что существенно повышает приверженность пациентов к лечению.

Таким образом, эра господства монотерапии закончилась, и на смену ей пришло время широкого применения фиксированной комбинации, которая может назначаться широкому кругу пациентов с артериальной гипертензией, в первую очередь, с высоким и очень высоким риском вне зависимости от исходного уровня АД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Майкл Х. Кроуфорд. Диагностика и лечение в кардиологии. 2007 г.
2. Чазов И.Е. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Москва, Литтерра, 2005.
3. Джунусбекова Г.А. Человек и Лекарство - Казахстан 1 (17) Новые возможности в терапии артериальной гипертонии. Алматы, 2013.
4. Подзолков В.И. Человек и Лекарство- Казахстан 1 (17) Телмисартан в лечении артериальной гипертонии. Москва, 2013.
5. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии (РМОК), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). 2010.

Түйін

Г.К. КАСЕНОВА, Б.Б. ДҮЙСЕН

АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕ БЕЛГІЛЕНГЕН ӘДІСТЕРДІ КЛИНИКАЛЫҚ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада орта, жоғары және өте жоғары жүрек-қантамыр асқынулары бар, АГ ІІ-ІІІ деңгейдегі науқастарды емдеу мақсатында Престанс белгіленген әдісін қолданудың тиімділігі көрсетілген. Осы тәсілмен емдеудің артықшылығы көрсетілді.

Summary

G.K.KASENOVA, B.B.DUYSSEN

CLINICAL EXPERIENCE WITH THE FIXED COMBINATION USE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

This paper shows the efficacy of the fixed combination of Prestancia for the treatment of patients with hypertension II-III degree, medium, high and very high risk of cardiovascular complications. The advantages of this method of treatment.

УДК.616.33-008.17

З.К.ЖУМАДИЛОВА, Р.С.АУБАКИРОВА, К.Ш.ЖЫЛКЫБАЕВА,
Н.Р.БАРКИБАЕВА, Г.К.КАЛИМОЛДИНА

Медицинский центр Государственного медицинского университета, г. Семей
АО «Санаторий «Алматы», г. Алматы

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В статье отмечается актуальность ГЭРБ, необходимость проведения первичной профилактики данного заболевания, комплекс лечебных мероприятий, включающий медикаментозное лечение, контрольное обследование и динамическое наблюдение.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофогогастроуденоскопия, болевой синдром, антисекреторные препараты.

Введение. Как было замечено, «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век гастроэзофагеальной болезни» (Бирмингем, 1997). Действительно, в качестве самостоятельной нозологической единицы гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (далее - ГЭРБ) принят только в 1997г. Актуальность патологии обусловлена широкой распространенностью, маскировкой ГЭРБ под лор, бронхолегочные, кардиальные заболевания, диагностикой в 10-35% случаев тяжелых, в том числе предраковых форм ГЭРБ (1,2,3). Причины ГЭРБ: ожирение, стрессовые факторы, наклоны туловища, беременность, курение, хиатальная грыжа, наряду с факторами питания, способствующими развитию ГЭРБ: жирная, острая пища, кофе, алкоголь, шоколад, фруктовые соки, томаты, цитрусы, а также медикаментозными средствами: антагонистами кальция, бета-блокаторами, антихолинэргическими препаратами, нитратами, спазмолитиками, сплиторными, седативными препаратами – часто встречаются (4,5).

Целью исследования явилось проведение анализа заболеваемости ГЭРБ на современном этапе.

Материалы и методы. Приводился ретроспективный анализ заболеваемости по данным гастроэнтерологического отделения медицинского центра за 3 года (с 2008 по 2010г.г). Больные имели возможность получения высокоспециализированной медицинской помощи, включающей в себя диагностические мероприятия в условиях развернутых современных лабораторных (включая иммуноферментативные (ИФА) методики исследования), эндоскопическом, рентгенологическом подразделениях клиники, организации консультации, в случаях с ГЭРБ – невропатологов, лор-врачей, кардиологов, стоматологов, хирургов, эндоскопистов. Помимо

необходимых диагностических мероприятий, в отделении проводится терапия данной патологии, соответствующая мировым стандартам, а также внедряются новые методики лечения.

Результаты и обсуждение. Всего в гастроэнтерологическом отделении центра за 3 года (таблица 1) было пролечено 3077 больных (соответственно с 2008 г. По годам - 1052, 1001, 1024 больных), удельная доля больных с ГЭРБ составила 3,8; 3,4; 6,8, отмечен рост заболеваемости в 2 раза. Необходимо заметить, что распространенность ГЭРБ в популяции отмечена как у молодых в 17 лет, так и в пожилом возрасте – 73 года. Продолжительность заболевания - от нескольких месяцев до 3 лет. ГЭРБ была диагностирована наряду с обнаружением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастродуоденитами, дуоденогастральным рефлюксом, язвенной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица – Структура по нозологиям

| № | Нозологические единицы | 2008г. | | 2009г. | | 2010г. | |
|--------|--------------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 1. | Онкопатология | 10 | 1,9 | - | - | 3 | 0,6 |
| 2. | Эзофагиты, ГЭРБ | 40 | 3,8 | 34 | 3,4 | 70 | 6,8 |
| 3. | Гастриты, дуодениты | 123 | 16,4 | 102 | 15,7 | 32 | 7,0 |
| 4. | Язвенная болезнь желудка и ДПК | 238 | 22,6 | 289 | 28,9 | 292 | 28,5 |
| 5. | Холециститы | 202 | 22,4 | 145 | 19,0 | 110 | 10,7 |
| 6. | Гепатиты | 16 | 2,9 | 20 | 2,0 | 34 | 3,3 |
| 7. | Циррозы печени | 124 | 12,1 | 135 | 13,5 | 140 | 13,7 |
| 8. | Панкреатиты | 184 | 17,5 | 151 | 15,1 | 268 | 26,1 |
| 9. | Энтериты, колиты | 18 | 1,7 | 21 | 2,1 | 28 | 2,7 |
| 10. | Постхолецистэктом. с-м | 34 | | 35 | | - | |
| Итого: | | 1052 | | 1001 | | 1024 | |

Из клинических симптомов у 100% больных отмечались изжога, характеризующаясь больными как «несносная, постоянная» (рисунок 1), болевой синдром в эпигастрии, усиливающийся после еды. Также распространенными по частоте предъявляемых жалоб были отрыжка (75%), гиперсаливация (30%), продолжительная, «приносящая неудобства икота» (20%). Снижение качества жизни сами больные связали, прежде всего, с отрыжкой и икотой, болевые ощущения отмечались после еды. В 20% случаев наряду с характерными признаками ГЭРБ у больных встречались оториноларингологические и стоматологические жалобы: стоматиты, фарингиты, кариес, парадонтоз.

Проявления болевого синдрома соответствовали и коррелировали с тяжестью рефлюкс-эзофагита, который у 55,55% больных соответствовал неэрозивной форме ГЭРБ, а в 37,5% случаев эрозивно-язвенному эзофагиту.

Согласно классификации ГЭРБ по Savari-Millers в модификации Carisson (1996г.) у 55,55% отмечался эзофагит I ст., у 20,83% - II ст., III ст. – 9,72%, IV ст. – у 6,9%.

Применяемые методы терапии с включением орошения пищевода противовоспалительными средствами, а также с патогенетической целью назначением антисекреторных препаратов - ингибиторов протонной помпы (пантопрозол 40 мг, контролок 40 мг.) и прокинетиков (демалиум 10 мг.) позволили устранить симптомы заболевания, эпителизировать эрозивно-язвенные дефекты слизистой, значительно улучшить состояние больных. Среднее пребывание больных с ГЭРБ в отделении составляет 13,23 койко-дней. При этом достигнута суммарная эффективность терапии, представленная на рисунке 3. Преобладает достижение положительных результатов терапии, однако почти в 1/3 случаев сохранение признаков эзофагита настраивают на необходимость продления курса терапии, обязательного хирургического контроля и онкологической настороженности при четвертой стадии заболевания, актуальности рекомендации профилактики ГЭРБ.



Рисунок 3 – Суммарная эффективность терапии ГЭРБ

Выводы. Таким образом, отмечается актуальность ГЭРБ, обуславливающая необходимость проведения первичной профилактики, связанной с соблюдением ряда простых, но обязательных мероприятий, таких как: частое дробное питание; не переедать; сохранять вертикальное положение после еды; избегать физических нагрузок; спать с высоким изголовьем; последний прием пищи за 2 часа до сна; исключить кофе, алкоголь, газированные напитки, регулярное опорожнение кишечника; избегать прием лекарств вызывающих рефлюкс; не носить тугие пояса; ограничить прием продуктов, вызывающих снижение давления нижнего пищевого сфинктера. Лечебные мероприятия

должны включать комплекс препаратов, направленных на устранение механизмов патологического рефлюкса, снижение повышенной желудочной секреции, местного локального действия противовоспалительных, обволакивающих препаратов, обязательного эндоскопического контроля после основного курса терапии и дважды в год в последствии диспансерного наблюдения.

Клинические признаки ГЭРБ

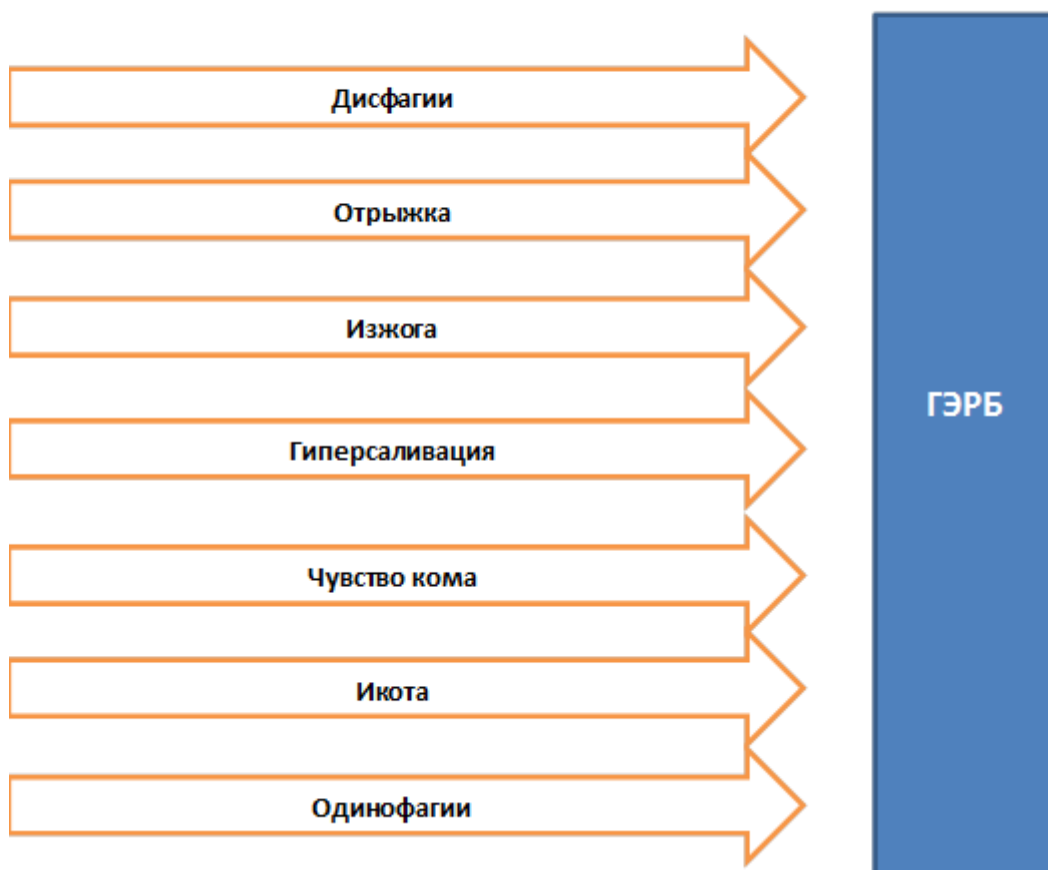


Рисунок 1 – Клинические признаки ГЭРБ

Клинико-эндоскопические формы ГЭРБ



Рисунок 2 – Клинико-эндоскопические формы ГЭРБ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С., Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной болезни» (МЭГРЭ) // Эксперим. Гастроэнтерология. – 2009. Т. 1-С.4-13
2. Ивашкин И.Т., Трухманов А.С. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции ЖКТ // Рос журн. Гастроэнтер., гепат., колопроктол. – 2007. №5 - С. 5-10
3. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. ГЭРБ – новое решение старой проблемы // Consilliummedicum. – 2009. №8 – С 5-13
4. Изатуллаев Е.А., Кульмаганбетов А.О. Применение препарата лосепразол при гастроэзофагеальной болезни методическое пособие. Алматы 2005. – 27С.
5. Лапина Т.Л. Тактика лечения больных ГЭРБ // Фарматека. – 2009 - №3. – С15-19.

Түйін

З.К.ЖҰМАДІЛОВА, Р.С.ӘУБӘКІРОВА, К.Ш.ЖЫЛҚЫБАЕВА, Н.Р.БАРКИБАЕВА,
Г.К.КАЛИМОЛДИНА

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛДЫ РЕФЛЮКС АУРУЛАРЫНЫҢ ТЕРАПЕВТИК АСПЕКТІЛЕРІ

Мақалада ГЭРБ өзектілігі, осы аурудың алғашқы профилактикасын жүргізудің қажеттілігі, дәрі-дәрмекпен емдеу, бақылау зерттеу және динамикалық бақылау жататын кешенді емдеу шаралары қарастырылады.

Summary

ZK ZHUMADILOVA, RS AUBAKIROVA , KS ZHYLKYBAEVA , NR BARKIBAEVA, GK
KALIMOLDINA

THERAPEUTIC ASPECTS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

The article points out the relevance of GERD , the need for primary prevention of the disease , combined treatment , including medication, check-up and follow-up.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, эзофагогастродуоденоскопия, pain, anti-secretory drugs.

УДК 616.62-003.7-089.878

А.И.ИСКАКОВ, Р.Р.ЧОРМАНОВА, А.К.БЕГАЛИН, Р.С.АЙТБАЕВ,
А.Ж.ЖУНУСОВА

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

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОНТРАСТИРОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Результаты лечения мочекаменной болезни показали успешность применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) с контрастированием в качестве монотерапии рентгеннегативных почечных конкрементов до 10 мм.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, дистанционная ударно-волновая литотрипсия с контрастированием.

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) или нефролитиаз встречается приблизительно у 5% населения, а риск образования камней в почках в течение жизни составляет 8-10% [1].

Повышенная распространенность мочекаменной болезни тесно взаимосвязана с расово-этнической принадлежностью и географическим регионом проживания. У мужчин камнеобразование в почках встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Возраст, в котором чаще всего отмечается нефролитиаз, у мужчин составляет 30 лет; для женщин характерно бимодальное возрастное распределение с пиками заболеваемости в 35 и 55 лет [2].

В настоящее время основным методом лечения больных с конкрементами до 15-20 мм является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) – неинвазивный метод дробления камней с помощью энергии регулируемых ударных волн, фокусируемых в нужном участке, генерируемых вне тела [3].

ДУВЛ под рентгенологическим контролем с применением контрастирования позволяет в режиме реального времени наблюдать процесс фрагментации конкремента и его выведение [4,5].

Цель исследования: изучить эффективность использования рентгенологического контроля при ДУВЛ с контрастированием.

Материалы и методы. Всего в урологическом отделении ЦКБ МЦ УДП РК было выполнено 111 литотрипсий пациентам с МКБ с конкрементами от 10

до 20мм, из них 36 (32%) пациентам с наличием рентгеннегативных конкрементов в мочеточнике - с контрастированием независимо от уровня их расположения. Средний возраст пациентов составил $49,8 \pm 3,6$ года (34-72 лет).

Всем больным проводили стандартную лабораторную диагностику, при которой оценивали показатели ОАК, почечных функций, свертывающей системы крови, наличие инфекции мочевой системы. С целью уточнения локализации конкрементов проводили ультразвуковое исследование почек, экскреторную урографию.

ДУВЛ выполнялась на аппарате фирмы Stors Medical AG Modulit SLX-F2. Для контрастирования использовались препараты Ультравист 320, и Омнипак 350.

Результаты и обсуждение. Рентгенологический контроль с применением контрастирования у пациентов рентгеннегативными конкрементами позволил во всех случаях визуализировать их локализацию, выполнить дробление камней с более высокой точностью и достигнуть положительных результатов.

С целью профилактики осложнений всем пациентам после сеанса ДУВЛ назначались нестероидные противовоспалительные средства, обладающие обезболивающим, противоотечным и противовоспалительным действием. При этом не наблюдалось таких осложнений как макрогематурия и активация мочевой инфекции.

В некоторых случаях для профилактики образования каменной дорожки производилось установление мочеточникового стент-катетера после ДУВЛ.

При этом важно, что при использовании ДУВЛ с контрастированием при рентгеннегативных конкрементах значительно сокращаются сроки госпитализации и ускоряется процесс реабилитации пациентов с МКБ, снижается риск возникновения осложнений, повышается качество жизни пациентов.

Заключение. Таким образом, дистанционная ударно-волновая литотрипсия с контрастированием эффективный, малоинвазивный доступный метод лечения при мочекаменной болезни с рентгеннегативными конкрементами, позволяющий за короткое время оказать радикальную помощь пациентам трудоспособного возраста, без применения оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Parks J.H. Gender differences in seasonal variation of urine stone risk factors / J.H. Parks, R. Barsky, F.L. Coe // J. Urol. -2003. - Vol. 170. - P. 384-8.
2. Дзеранов Н.К., Лопаткин Н.А. Мочекаменная болезнь. Клинические рекомендации.- М.: Оверлей, 2007.- 296 с.
3. Эрман А.М., Мирошников В.М. Дистанционная литотрипсия камня мочеточника //Урология.- 2005.-№ 2.- С. 66-68.
4. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Румянцев А.А., Туманян В.Г. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении уrolитиаза дистопированных почек// Саратовский научно-медицинский журнал.- 2011.- Т. 7.-№ 2.- С. 245-248.
5. Zanetti G. High burden stones: the role of SWL// Arch Ital. Urol. Androl. 2010 Mar; 82 (1).- P. 43-44

Түйін

А.И.ЫСҚАҚОВ, Р.Р.ЧОРМАНОВА, А.К.БЕГАЛИН, Р.С.АЙТБАЕВ, А.Ж.ЖҮНІСОВА
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық
клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ҚАШЫҚТЫҚТАН БАСҚАРЫЛАТЫН СОҚҚЫЛЫ-ТОЛҚЫНДЫ ЛИТОТРИПСИЯНЫ КОНТРАСТЫЛАУДЫ ҚОЛДАНУ КЕЗІНДЕ НЕСЕПТАСТЫ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ТӘСІЛІ

Несептасты ауруды емдеу нәтижелері 10мм-ге дейінгі рентгеннегативті бүйрек конкременттерінің монотерапиясы ретінде контрастылай отырып, қашықтықтан басқарылатын соққылы-толқынды литотрипсияны (ҚСТЛ) қолданудың жетістіктерін көрсетті.

Түйін сөздер: несептасты ауру, контрастылай отырып, қашықтықтан басқарылатын соққылы-толқынды литотрипсия.

Summary

A.I.ISKAKOV, R.R.CHORMANOVA, A.K.BEGALIN, R.S.AITBAEV, A.Z.ZHUNUSOVA
Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Affairs Administration of Republic of
Kazakhstan, Almaty city

TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS WITH THE CONTRASTING APPLICATION BY REMOTE SHOCK WAVE LITHOTRIPSY

Results of treatment of urolithiasis showed the success of the application of distance shock wave lithotripsy (ESWL) with contrast as monotherapy rentgennegativnyh kidney stones up to 10 mm.

Key words: urolithiasis, remote shock wave lithotripsy with contrast.

УДК: 616.5-002:615.218.3:545

Р.М.ДОЩАНОВА, Г.А.НЫСАНБАЕВА, Д.Т.КАРИБАЕВА

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

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТИТАМИ

В статье приведен опыт применения поляризованного света (генерируемого лампой «Биоптрон») в комплексной терапии аллергических дерматитов. Применение комплексной физиотерапии аллергических дерматитов характеризуется высокой эффективностью и безопасностью, хорошо переносится больными.

Ключевые слова: аллергический дерматит, поляризованный свет, лампа «Биоптрон», гидроколлотерапия.

Введение. В настоящее время аллергические дерматиты являются актуальной проблемой здравоохранения вследствие их широкого распространения, склонности к хроническому рецидивирующему течению,

торпидности к проводимой терапии, высокой распространенностью в детской популяции и серьезного влияния на здоровье населения [1].

Рост аллергодерматозов среди населения обусловлен поливалентной сенсибилизацией, неблагоприятной экологической обстановкой, широким внедрением полимерных материалов. Диспансерное наблюдение за больными аллергическими заболеваниями кожи показало, что у 25% больных атопическим дерматитом отмечается развитие бронхиальной астмы, у 25% - аллергических ринитов, у 41,5% - сезонных поллинозов [2].

Основная цель лечения больных аллергическими заболеваниями кожи - купирование субъективных симптомов, устранение воспалительной реакции в коже, длительное поддержание достигнутого эффекта [3].

Несмотря на обилие имеющихся на фармацевтическом рынке медикаментозных средств для местного лечения аллергических дерматитов, приходится утверждать, что желаемая степень эффекта препаратов до сих пор не достигнута. Кроме того, длительное назначение лекарственной терапии часто приводит к возникновению побочных эффектов и осложнений, что усиливает имеющиеся нарушения внутренних органов [4].

В связи с этим все больше возрастает интерес клиницистов к включению физических факторов для повышения эффективности профилактических и лечебных мероприятий. Широкое применение нашла гидроколотоерапия – очищение кишечника фильтрованной (УФО-фильтр) [5].

Для прерывания патологических реакций при аллергическом дерматите важным и перспективным представляется одновременное и комплексное воздействие лекарственных средств и физических методов лечения [6].

Наше внимание привлек поляризованный свет (ПС) видимого и инфракрасного диапазонов (450-2000 нм), генерируемый лампой «Биоптрон». Широкий спектр длин волн, представленный в ПС, оказывает на организм многообразное лечебное действие. Известно, что поляризованный свет стимулирует репаративно-трофические процессы, оказывает противовоспалительный эффект, улучшает кровообращение, обладает обезболивающим, противозудным, противоотечным действием и широко используется в различных областях медицины [7].

Целью исследования явилась оценка эффективности применения комбинированной физиотерапии: поляризованного цвета (генерируемого лампой «Биоптрон») и гидроколото терапии у больных с аллергическим дерматитом.

Материалы и методы. В физиотерапевтическом отделении больницы было пролечено 40 пациентов с аллергическими дерматитами: из них 16 (40%) мужчин и 24 (60%) женщины. Возраст пациентов варьировал от 22 до 59 лет.

Все обследованные больные получали стандартную фоновую терапию, включающую в себя элиминационную, гипоаллергенную, десенсибилизирующую терапию.

Больные были распределены на две группы, сопоставимые по половозрастному составу и клинико-лабораторному проявлению заболевания. Основную группу составили 20 больных аллергическим дерматитом, получавших дополнительно комплексное физиотерапевтическое лечение поляризованным светом в сочетании с гидроколонтерапией. В группу контроля вошли также 20 больных, которым дополнительно назначалась только гидроколонтерапия.

При этом использовались следующие схемы лечения: поляризованный свет, генерируемый лампой «Биоптрон» назначался 2 раза в день по 5 минут на область высыпаний, курсом 10 процедур.

Гидроколонтерапия проводилась на аппарате НС-2000 по 3 процедуры на курс через день.

Результаты и обсуждение. Эффективность терапии оценивали по изменению выраженности и срокам нивелирования основных симптомов заболевания (зуд, эритема, инфильтрация, папулезные высыпания).

Индивидуальная оценка степени выраженности лечебного эффекта и его продолжительности, оценка побочных эффектов терапии проводилась ежедневно, клиническое улучшение или выздоровление - по результатам лечения.

В результате комплексной терапии больных аллергическим дерматитом с применением лампы «Биоптрон» и гидроколонтерапии уменьшение субъективных ощущений в виде зуда и жжения до незначительных отмечалось в основной группе пациентов в среднем уже на 2 день лечения, у пациентов из группы контроля - на 3-4 сутки.

Оценка выраженности клинических симптомов заболевания показала, что: гиперемия кожи в основной группе уменьшилась на 2-3 день лечения, у пациентов контрольной группы на 4-5 день; инфильтрация регрессировала на 3-4 день и на 5-6 день лечения соответственно; папулезные высыпания в основной группе исчезли на 4-5 день от начала лечения, в контрольной – на 6-7 день.

Применение в лечении больных аллергическим дерматитом комплекса физиотерапевтических методов привело к клиническому выздоровлению у 92% больных основной группы и 89% - контрольной, а клиническое улучшение наступило у 8% и 11% пациентов соответственно. Побочных эффектов терапии не отмечалось.

Заключение. Таким образом, комплексное физиотерапевтическое лечение, включающее лечение поляризованным светом (генерируемого лампой «Биоптрон») и гидроколлотерапией является эффективным дополнительным методом в лечении больных аллергическим дерматитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пампура А.Н., Хавкин А.И. Современные подходы к наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита // Клиническая дерматология и венерология.- 2007.- №2.- С. 5-9
2. Скрипкин Ю.К., Дворников А.С., Круглова Л.С., Скрипкина П.А. Современный взгляд на патогенетическую терапию атопического дерматита // Вестник дерматологии и венерологии.- 2006.- №4.- С. 33-36.
3. Кауамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней.- М.: Медпресс-информ.- 2008.- 736с.
4. Короткий Н.Г., Таганов А.В. Аллергические болезни: Пособие для педиатра.-2000.-180 с.
5. Никитина И.В., Тарасова М.В. Хроническая крапивница// Русский медицинский журнал.- 2008.- №8.- с. 542-547
6. Бабов К.Д., Павлова Е.С., Горчакова Г.А. Модулирующий эффект физических факторов при действии на иммунокомпетентные органы // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.- 1999.- № 1.- С. 41-44.
7. Сейтенов Е.С., Нургожаев А.Е., Жанаева Э.Т., Сулейменова А.А., Кичикова А.Р. Использование в амбулаторно-поликлинических условиях светотехнического прибора «Bioptron compact» // Международн. научно-практ. конф., посвященная 10-летию Республики Казахстан «Актуальные проблемы эксперим. и клин. физиологии».- Алматы, 2001.- С. 304-306.

Түйін

Р.М.ДОЩАНОВА, Г.А.НЫСАНБАЕВА, Д.Т.КӘРІБАЕВА

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТІ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада аллергиялық дерматиттің кешенді терапиясында поляризацияланған жарықты (генерациялайтын «Биоптрон» шамы) қолдану тәжірибесі келтірілген. Аллергиялық дерматиттердің кешенді терапиясын қолдану жоғары тиімділігімен, қауіпсіздігімен және науқастардың жақсы көтере алуымен сипатталады.

Түйін сөздер: аллергиялық дерматит, поляризацияланған жарық, «Биоптрон» шамы, гидроколлотерапия.

Summary

R.M. DOSCHANOVA, G.A.NYSANBAEVA, D.T.KARIBAEVA

FEATURES OF COMPLEX TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

In article is shown experiment of application of polarized light (generated by "Bioptron's" lamp) in complex therapy of allergic dermatitis. Application of polarized light in complex therapy of allergic dermatitis is characterized by high efficiency and safety. This complex method well is transferred by patients, is convenient in application.

Key words: allergic dermatitis, polarized light, the lamp "bioptron", colon hydrotherapy.

УДК: 616-035

С.Е.САУРАНБАЕВА, Т.Т.РАХМЕТОВА, К.И.ТАИРОВА, Д.Ш.ШИБАНОВА,
Г.Д.МОЛДАШЕВА, А.С.САРМСАКОВА
АО «Санаторий «Алматы» МЦ УДП РК

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ АРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

В работе дана оценка применения нового комбинированного метода физиотерапии у больных с деформирующим остеоартрозом. Показано, что комбинация ударно-волновой терапии с ультразвуком и флотинг ванной позволяет добиться значительного улучшения самочувствия пациентов в кратчайшие сроки.

Ключевые слова: остеоартроз, комбинированное физиолечение, эффективность, ударно-волновая терапия, УФ, флотинг-ванна.

Введение. Деформирующий остеоартроз — хроническое заболевание суставов неизвестной этиологии, в основе которой лежат дегенеративные и деструктивные изменения суставного хряща с последующим пролиферативным процессом подлежащей костной ткани [1,2].

Неоднородность причин, механизмов развития, клиники и исходов позволяют предположить, что остеоартроз (ОА) — собирательное понятие, включающее в себя несколько заболеваний, что затрудняет выбор акцентов терапии [3]. ОА является наиболее распространенной формой суставной патологии, им болеет 10-12% населения [5,6]. По данным многоцентровых эпидемиологических исследований, распространение ОА среди населения стран постсоветского пространства соответствовало 6,4% и коррелировало с возрастом. По данным ревматологов Европы и США, на долю этого заболевания приходится до 69-70% всех ревматических болезней. Частота встречаемости ОА в семьях больных в два раза выше, чем в популяции, причем риск развития ОА у лиц с врожденными дефектами опорно-двигательного аппарата повышен в 7,7 раза, у лиц с избыточным весом — в два раза [7,8].

Цель исследования – сравнительная оценка эффективности различных физиотерапевтических методов при лечении больных с ОА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 75 пациентов с диагнозом ОА, подострая форма, средней степени тяжести, с преимущественным поражением крупных суставов (коленные и тазобедренные). Среди пациентов преобладали женщины (69,8%); средний возраст наблюдавшихся составил $55 \pm 4,5$ года.

Пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу (исследуемую) вошли 37,3% (28) пациентов, которым проводили новое комбинированное физиолечение: ударно-волновая терапия (УВТ), ультрафонофорез (УФ) с мазью диклофенак и флотинг-ванна (ФВ). Во второй группе - 36% (27) пациентам проводили традиционно используемую схему: ультрафонофорез с

диклофенаковой мазью и минеральные ванны (МВ). Третью группу - 26,7% (20 человек) наблюдения составили пациенты, которые по возрасту, полу, форме и тяжести ОА были сопоставимы с исследуемыми группами, но им по различным причинам – хроническая фоновая патология, наличие сопутствующих заболеваний и др., физиолечение было противопоказано. Все пациенты получали базовую противовоспалительную терапию в соответствии со стандартами (протоколами) лечения ОА.

Задачами физиотерапевтического воздействия на больных ОА является улучшение микроциркуляции в периферических сосудах, дегидратационного действия в зонах воспалительного очага; достижение обезболивающего эффекта; восстановление объема движения в суставе и предотвращение рубцово-спаечных процессов.

Ударно-волновая терапия (УВТ) – это новый метод в физиотерапии. Механизм влияния УВТ на мягкотканые структуры вследствие прохождения звуковых волн связан с возможностью побуждать нейрорецепторы индуцировать высокочастотные импульсы, препятствующие передаче болевой информации из зоны патологии. Вместе с тем, образующиеся при УВТ вещества и локальная гиперемия интенсифицируют распад медиаторов воспаления и индуцируют регенераторные процессы.

Флойтинг-ванна, содержащая раствор, приближенный к солям мертвого моря, с содержанием сульфата магния, вызывает расширение и расслабление сосудов системы кровообращения, что стабилизирует давление крови и улучшает питание тканей.

Критериями оценки эффективности лечения были объективные и субъективные индикаторы. В качестве субъективных критериев нами использовался опрос-анкета больных до и после комплексного лечения. У больных до лечения наблюдалась отечность суставов, боль, нарушение походки; нарушение осанки, что обусловлено рефлексорным спазмом мышц ягодиц и поясницы, ухудшение общего самочувствия. Объективными критериями были клинические данные и результаты инструментального и лабораторного обследования.

Позитивная динамика трактовалась как:

- «улучшение» - уменьшение болевого эффекта, отечности сустава и окружающих тканей, увеличение объема движений в пораженном суставе, снижение воспалительных изменений в гемограмме и положительных изменениях при лучевом обследовании;
- «значительное улучшение» - исчезновение боли, отека сустава/ов, восстановление объема движений и восстановление гемограммы;
- «без перемен» - торпидное течение без какой-либо динамики во время наблюдения.

Физиолечение проводилось с помощью современной физиотерапевтической аппаратуры: установка экстракорпоральной ударно-волновой терапии «BTL- 5000POWER»; аппарат ультразвуковой фирмы «БТЛ»; флойтинг - ванна – «Флоат система».

Пациенты получали процедуры курсом 10-15 дней по следующей схеме:

1. ударно-волновая терапия продолжительностью 25-30 минут через 3 дня по 3 процедуры на курс;
2. фонофорез с гидрокортизоновой мазью - 4 мсек, 0,4 Вт/см, продолжительностью 10 мин, ежедневно. Курс - 10-12 процедур;
3. флотинг- ванна - ежедневно, продолжительность процедуры 15-20 минут. Курс - 10-12 процедур.

Таблица - Результаты проведенных исследований

| Название процедуры | Число больных | Значительное улучшение | | Улучшение | | Без эффекта | |
|--|---------------|------------------------|------|-----------|------|-------------|-----|
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 1 гр. Комбинированный метод: УВТ, УФ, ФВ | 28 | 24 | 85,7 | 4 | 14,3 | - | - |
| 2 гр. Комбинированный метод: УФ, МВ | 27 | 9 | 33,3 | 16 | 59,3 | 2 | 7,4 |

Результаты и обсуждение. Значительное улучшение наблюдалось у преимущественного числа пациентов (85,7%) 1-ой группы с применением ударно-волновой терапии, ультрафонофореза с диклофенаковой мазью и флотинг - ванны уже на 5-6 день заболевания. Такие симптомы, как боль, отечность, ограничение движения значительно уменьшались, затем улучшалась походка; уверенней становилась осанка, улучшалось общее самочувствие. К 10-15 дню лечения проходили все воспалительные явления. У остальных 14,3% отмечено улучшение.

Во 2-ой группе пациентов наблюдалось значительное улучшение у 33,3% к концу 1 недели лечения, что достоверно меньше, чем у больных 1-ой группы. У большинства пациентов (59,3%) имело место только улучшение и у 7,4% - лечение было неэффективно.

У больных 3-ей группы патологический процесс протекал торпидно и наблюдение в течение 2-х недель не выявило заметной динамики.

Выводы. Таким образом, применение нового комбинированного метода физиолечения, состоящего из 3-х компонентов, в сочетании с базовой медикаментозной терапией, показало высокую эффективность (85,7%) у больных остеоартрозом по сравнению с традиционно применяемым методом из 2-х компонентов, а также значимость физиотерапевтического воздействия при данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В. В. Цурко, Н. А. Хитров «Остеоартроз: патогенез, клиника, лечение» // ММА им. И. М. Сеченова, МЦ УД Президента РФ, Москва, Журнал «Лечащий врач».-2010г.-№3-С.41-43.
2. Тинсли Р. Внутренние болезни. Под ред. Э.Фаучи, Браунвальда и др. – М., Практика.-2002, С.178.

3. Андриянов Ю.В., Гарилевич Б.А., Олефир Ю.В., Ротов А.Е. Перспективные разработки терапевтического применения ударных волн. Альманах клинической медицины.- 2006.-№ 12.-С.104-104.
4. Yoshida K, Hirayama A, Tanaka N, Yasukawa M, et al. Effect of pulse therapy using 1 alpha(OH)D on secondary hyperparathyroidism in patients on maintenance hemodialysis // Nihon JinzoGakkai Shi.2000;Oct;32(10):1117-23.
5. Физиотерапия и курортология под ред.В.М.Боголюбова. - Москва, изд. Бином.-2009.-книга 1.-С.92.
6. Диагностические критерии и принципы лечения основных болезней внутренних органов (практическое руководство для врачей) Алматы, 2002г.-57с.
7. Шварц В.Я. Механизмы действия минеральных вод // Актуальные вопросы пелоидобальнеотерапии: Тезисы докладов международного Симпозиума. Одесса,1990.- С.191-192.

Түйін

С.Е.САУРАНБАЕВА, Т.Т.РАХМЕТОВА, К.И.ТАЙЫРОВА, Д.Ш.ШИБАНОВА,
Г.Д.МОЛДАШЕВА, А.С. САРМСАКОВА

ІРІ БУЫНДАРДЫҢ ШОРБУЫНДАРЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИК ОҢАЛТУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада шорбуынмен ауыратын науқастарға физиотерапияның жаңа құрамдастырылған әдісін қолдануға баға беріледі. Соққылы-толқынды терапияның ультрадыбыс және флотинг ваннасымен үйлесімдігі науқастардың хал-жағдайын қысқа мерзімде айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік береді.

Summary

S.E.SAURANBAEVA, T.T.RAHMETOVA, K.I.TAIROVA, D.SH.SHIBANOVA,
G.D.MOLDASHEVA, A.S.SARMSAKOVA

EFFICIENCY OF PHYSIOTHERAPY REHABILITATION OF PATIENTS WITH LARGE JOINTS DEFORMING ARTHROSIS

In an assessment of the new combined method of physical therapy in patients with deforming osteoarthritis . It is shown that the combination of shock- wave therapy with ultrasound and floyting bathroom allows for a significant improvement in patient well-being in no time.

Keywords: osteoarthritis, combined physiotherapy, efficiency, shockwave therapy, UV, floyting tub.

УДК 616.6-616.65

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

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
ДИАГНОСТИКИ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ СЛУЖБЫ АО «РНЦ НМП».

Анализ работы отделения ультразвуковой диагностики АО «РНЦ НМП» в структуре ургентной службы за период 2012 года в диагностике патологий брюшной полости, органов малого таза, забрюшинного пространства при неотложных состояниях. За это время было диагностировано острые состояния, как аппендицит, холецистит, панкреатит, острая кишечная непроходимость, перитонит, внематочная беременность, аборт в ходу, обструкций мочевых путей, воспалительный процесс внутренних органов. Ультразвуковая диагностика является высокоинформативным, доступным, ключевым методом в диагностике при неотложных состояниях в хирургий, гинекологий, урологий.

Ключевые слова: УЗИ при неотложных состояниях, острый холецистит, внематочная беременность, апоплексии, тубовариальные образования, ультрасонографические признаки.

Введение: Проблема своевременной диагностики острой патологии органов брюшной полости сохраняет актуальность в современной ургентной медицине [1, 5,]. Термином «острый живот» описывают состояния, сопровождающиеся остро возникшей сильной болью в животе и требующие незамедлительного лечения.

Большинство нарушений, лежащих в основе острого живота, являются жизнеугрожающими и требуют срочного оперативного лечения. Однако клиническая диагностика осложняется несоответствием топической манифестации болевого синдрома и локализации патологического процесса, который может располагаться в других отделах брюшной полости, в малом тазу, забрюшинном пространстве, грудной клетке [2,4]. Таким образом, предельно важным становится использование эффективных методов диагностической визуализации. При многих заболеваниях области живота, особенно при наличии острых болей, в числе первых методов обследования проводится ультрасонография [3,4]. Опыт показывает, что нередко сонографическое исследование выполняется только в пределах зоны болевого синдрома, обозначенной в направлении на исследование, что не дает возможности получить полную информацию о состоянии всей брюшной полости и забрюшинного пространства и ведет к получению ложноотрицательных результатов.

Подобные ситуации нередко встречаются при большом потоке пациентов, поступающих по скорой помощи.

Цель работы: Мониторинг деятельности и определение возможностей отделения ультразвуковой диагностики АО «РНЦ НМП» в структуре ургентной службы, в диагностике патологии органов брюшной полости, мочевыделительной системы, органов малого таза при неотложных состояниях, оценить диагностическую эффективность ультразвукового метода исследования в установлении причины острого живота в зависимости от локализации болевого синдрома.

Материал и методы: За последние годы появились специфические области применения ультрасонографии в условиях неотложной помощи. Речь идет о диагностике острых хирургических состояний, таких как острый холецистит, панкреатит, аппендицит, перитонит, подтверждении маточной, внематочной

беременности, апоплексии, тубоовариальных образований, воспалительных процессов малого таза, мочекаменной болезни и других острых урологических патологии.

В то время как прицельное УЗИ все больше развивается, оно является, несомненно, эффективным и достоверным методом диагностики при большом числе клинических ситуаций.

Основное преимущество УЗИ перед другими методами – возможность клинициста быстро получить результаты без временных затрат.

Ретроспективно нами было проанализировано 9179 историй болезней за период с января по декабрь 2012г. За время urgentных дежурств в приемном покое АО «РНЦ НМП» было осмотрено 9179 пациентов, из них с хирургической патологией: 3701(40%), гинекологического профиля: 1969 (21%) из них УЗИ плода 107(5%), урологических: 3509 (38%)

Исследование проводилось на аппарате среднего класса Simens-sonoline G-40.

Среди больных хирургического профиля из 1969 пациентов было диагностировано: с острым аппендицитом 1345 пациентов, что составило 36%, с острым холециститом 930 (25%), с острым панкреатитом 410 (11%), с острой кишечной непроходимостью 182 (4,9%), с перитонитом 24 (0,6%), с билиарной гипертензией 38(1%), у 751 (21,8%) пациентов не было диагностировано острой хирургической патологии, 21 (0,5%) прочие заболевания.

Среди хирургической патологии острый аппендицит занимает наибольший процент (36%) по обращаемости, от общего количества пациентов.

При подозрении на аппендицит эхографическими признаками являются неравномерное утолщение стенки воспалённого аппендикса слоистость ее прерывается. Определяется жидкость вокруг аппендикса, окруженная воспалённым сальником повышенной эхогенности. Свободная жидкость в брюшной полости. [1,6].

Среди осмотренных больных с клиникой острого аппендицита при эхографии в 3 случаях была выявлена острая урологическая патология (МКБ, уретеролитиаз).

При эхографии острого холецистита наиболее частыми и характерными особенностями ультразвуковой картины являются: увеличение размеров желчного пузыря, изменения стенки желчного пузыря – толщины, эхогенности, структуры и контуров стенки, изменения полости – наличие включений и изменения консистенций желчи, изменения в окружающих тканях – инфильтрация, отек, нарушения анатомических взаимоотношений, выявление реакций лимфатической системы. [1,6].

Количество случаев острого панкреатита составило 410, это 11% от общего числа пациентов.

Эхографическая картина острого панкреатита весьма вариабельна и зависит от характера, степени и распространенности поражения поджелудочной железы. Главными параметрами, на которые необходимо обращать внимание при ультразвуковом исследований, являются: форма, контуры, размеры, эхогенность, внутренняя структура, протоковая система поджелудочной

железы. Форма поджелудочной железы чаще сохраняется, контуры железы отчетливо не дифференцируются или усиливается подчеркнутость контуров, увеличивается размеры железы, наблюдается локальное или диффузное снижение эхогенности поджелудочной железы, структура железы может быть мелко- и крупно-очагово неоднородный, часто структура не дифференцируется, отмечается расширение вирсунгова протока. Часто у пациентов с выраженными болями, с подозрениями на острый живот диагностируется острая кишечная непроходимость. Острая кишечная непроходимость диагностирована у 182(4,9%) пациентов.

Ультразвуковыми признаками кишечной непроходимости являются: расширенные петли кишечника, жидкостное неоднородное содержимое в полости кишечника, толщина стенки кишечника становится более 6 мм, неоднородность структуры стенки, отсутствует перистальтика или «маятникообразные» движения кишечника, появление свободной жидкости между петлями кишечника. [1,8].

Количество больных с урологической патологией занимает второе место в диагностике неотложных состояний 3509 (38%). В структуре урологической патологии на первом месте стоят воспалительные заболевания мочевыделительной системы, было осмотрено 1510 пациентов (47%)

Наиболее частыми эхографическими признаками воспалительных заболеваний почек являются: увеличение размеров почек с преимущественным увеличением передне-заднего размера, утолщение паренхимы и диффузное снижения эхогенности почек, появление симптома выделяющихся пирамид.

Мочекаменная болезнь является одним из распространенных урологических заболеваний, которая занимает второе место после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей, диагностировано у 27% пациентов.

В настоящее время эхография является наиболее точным методом неинвазивной диагностики нефролитиаза, уретеролитиаза, обструкций мочевых путей. Конкремент в почке визуализируется в виде гиперэхогенного округлого образования с акустической тенью. [1,6,7].

При обструктивных состояниях мочевых путей центральный эхо-комплекс может определяться анэхогенной структурой в виде лилии и до степени гидронефроза, когда чашечно-лоханочная система представлена системой кистозных полостей с концентрическим расположением, как правило, более мелких чашечек вокруг более крупной лоханки. Обструкция ЧЛС может быть изнутри – конкрементом, воспалительным эмболом, опухолью, или извне-стриктурой, стенозах мочеточника, высоким отхождением мочеточника. При выраженных дилатациях (более 0,7-0,8см) мочеточник визуализируется хорошо, и можно визуализировать на фоне уростаза конкремент в мочеточнике. [6,7].

По количеству больных обратившихся по ургентному дежурству на третьем месте стоит гинекологическая патология.

Отмечена эффективность трансвагинального УЗИ, как быстрого метода, не требующей предварительной подготовки в экстренной гинекологии. Внедрение в клиническую практику трансвагинальной эхографии позволило одновременно устранить недостатки, свойственные трансабдоминальному сканированию, такие как, уменьшения расстояния между эхопреобразователем и изучаемым органом или новообразованием, ожирения или обширного спаечного процесса. Отсутствие необходимости «наполнения» мочевого пузыря сделало возможным применение трансвагинальной эхографии в ургентной гинекологии. [3].

Из общего количества гинекологических больных основной процент 892 (47%) приходится на самопроизвольные выкидыши, аборт в ходу, состояния после медикаментозных абортов, 178 (9,5%) женщин с эхопризнаками внематочной беременности, в 156 (17,6%) случаях было диагностировано тубоовариальное образование, у 495 (26%) пациенток были диагностированы УЗ-признаки воспалительного процесса в маточных трубах (различные формы сактосальпингса), у 141 (7,5%) пациенток не было диагностировано каких либо органических изменений в придатках матки.

Основные УЗ-признаки сактосальпингса обусловлены накоплением жидкости (воспалительный экссудат) в просвете маточной трубы. В зависимости от выраженности патологического процесса и анатомических особенностей труб возможны три варианта УЗ-картины: 1 – однокамерное жидкостное образование; 2 - многокамерное жидкостное образование; 3 – абсцесс маточной трубы. [2,3].

Среди осмотренных гинекологических больных 178 (9,5%) женщин была установлена внематочная беременность.

Эхографические признаки эктопической беременности следующие: достоверный признак – обнаружение вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом, косвенные признаки – визуализация в проекции придатков матки гетерогенного образования, имеющего различную форму и размеры, отсутствие маточной беременности, увеличение размеров матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности, утолщение срединного М-эха в результате стимуляции эндометрия прогестероном (децидуальная реакция), обнаружение ложного плодного яйца в полости матки, выявление свободной жидкости в углублениях малого таза, обнаружение кисты желтого тела, зона гипervasкуляризации в придатковом образовании.

УЗИ плода было проведено 107 (5,4%) пациентам, ведущей патологией является угроза прерывания беременности.

При эхографии определяют положение плода, состояние плаценты. При помощи УЗИ можно определить гипертонус матки, то есть ее избыточное напряжение, что является признаком угрозы выкидыша. [2,3,4].

Выводы: Таким образом, сонография — это мобильная методика исследования, которая проводится в условиях приемного покоя. Ультразвуковые исследования могут выполняться настолько часто, насколько

это необходимо для уточнения диагноза при неотложных состояниях. Клиническая картина острого болевого синдрома в области живота может быть вызвана различными заболеваниями, локализующимися в брюшной полости и забрюшинном пространстве. От характера этих заболеваний зависит тактика лечения, которая охватывает весь спектр — от консервативных мер до экстренного хирургического вмешательства.

Для разрешения сомнений в диагнозе или для его подтверждения прибегают к ультразвуковому методу исследования, которая в настоящее время играет ключевую роль и обладает высокой информативностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В.В. Митьков «Практическое руководство по ультразвуковой диагностике» Издательский дом «Видар» 2011г. 2-е издание. Стр.133-250., 300-330., 360-465.
2. Озерская И.А. «Эхография в гинекологии» Видар. 2005г. стр. 209-218, 175-205.
3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. «Гнойные воспалительные заболевания придатков матки». М.Медицина.1996г.
4. Хачкурузов С.Г. «УЗИ в гинекологии». С- П. 1999г.
5. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. «Ультразвуковая диагностика в гинекологии». М.Медицина. 1990г.
6. Вики Е.Нобль «УЗИ при неотложных состояниях» Медицинская литература 2009г.
7. Е. А. Квятковский, Т.А. Квятковская «Ультросонография и доплерография в диагностике заболеваний почек»
8. З.Завьялова Н.Г., Завадовская В.Д., Чернышова Г.Е. и др. Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости // Мед. визуализация. 2005. № 4. С. 76—84.

Түйін

Д.Р.ОРАЗБАЕВА, Ш.Д.БЕЙСЕНОВА, А.А.ЖАКУПОВА, М.К.КАМАЛИДЕНОВА,
Ж.К.КОЗЫБАЕВА, З.П.САЙДАХМЕТОВА

УЛЬТРА-ДЫБЫС ДИАГНОСТИКАНЫҢ АУЛАҚТАНУЫНЫҢ ЖҰМЫСЫНЫҢ
АНАЛИЗЫ

"РЖМ ЖФО" деген ургент қызметтің құрылымында үшін 2012 кезді жылдың арада диагностикада паталогия іш қуыс, жас шылапшынның органдарының, шұғыл күйлерде соңымен брюшиндік ая. үшін сол уақытты диагностика өткір күйлер болып, сияқты соқырішек, холестит, панкреатит, өткір ішекті емесөту, перитонит, сыртқары жатырлық жүктілік, аборттар арада жүріске, несеп жолдың обструкционизмдарының, ішкі органның қабыну үдеріс. Ультра-дыбыс диагностика жоғарыинформативті, бұлақты, жетімді әдіспен диагностикада шұғыл күйлерде ара хирургиясы, гинекологиясы, урологиясы болып табылады.

Resume

D.R.ORAZBAEVA, SH.D.BEISENOVA, A.A/ZHAKUPOVA, M.K.KAMALIDENOVA,
ZH.K.KOZYBAYEV, Z.P.SAYDAHMETOVA

ANALYSIS OF THE ULTRASOUND DEPARTMENT OPERATION

JSC "RSC EMC" in the structure of urgent service for the period 2012 to the diagnostic pathology of the abdomen, pelvic retroperitoneal space in case of emergency.

During this time it is diagnosed acute conditions such as appendicitis, cholecystitis, pancreatitis, acute intestinal obstruction, peritonitis, ectopic pregnancy, abortion, run, obstruction of the urinary tract, inflammation of internal organs. Ultrasound diagnosis yavdyaetsya highly informative, accessible, a key method in the diagnosis in case of emergency surgery, gynecology, urology.

УДК: 616-073.75

С.С. ЧЕШКОВ

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКИХ ТЕХНИК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В работе представлены результаты консервативного лечения 25 больных с остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника с применением в комплексном лечении остеопатических техник. Остеопатия безопасна, так как здесь применяются техники, исключая грубое воздействие, оставаясь только в пределах физиологических барьеров тканей, а значит подходит как новорожденным, так и людям преклонного возраста.

Ключевые слова: остеопатические техники, остеохондроз, боль в спине, биомеханические нарушения.

Введение. Наиболее часто встречающаяся жалоба при обращении к невропатологу – это боль в спине. Согласно статистике, боль в спине хотя бы раз в жизни возникает у 75% населения земного шара [1].

Боли в спине в настоящее время широко распространены, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигли размеров эпидемии - 2/3 населения земного шара страдает болями в спине, что в большинстве случаев связано с возрастающими нагрузками на человека [2].

Популяционные исследования выявили корреляцию боли в спине с такими факторами, как пол и возраст, осанка, мышечная сила, подвижность позвоночника. В недавно проведенном в Швеции популяционном исследовании болей в спине среди лиц в возрасте 35-45 лет установлено, что частота возникновения болей составила 66,3%, причем данный показатель среди женщин был незначительно выше, чем среди мужчин. У 25% респондентов возникли существенные проблемы с трудоспособностью, степенью нарушения функционального статуса [3].

Разработано множество способов лечения болей в спине (медикаментозное, физиотерапевтическое, хирургическое и т.д.), но все они направлены, как правило, на локальные структуры, что уменьшает болевой синдром, но длительность такого эффекта незначительна [4].

В последние годы в комплексном лечении неврологической патологии все шире применяются остеопатические техники. Основной принцип остеопатии -

это целостность подхода к лечению болей в спине с использованием щадящих, точных и высокоэффективных ручных приемов [5].

Цель исследования: оценить эффективность использования остеопатических техник в лечении больных с неврологической патологией.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось за 25 пациентами, обратившимися в неврологическое отделение больницы с выраженным болевым синдромом в поясничной области, из них 15 женщин и 10 мужчин. Возраст пациентов колебался от 38 до 53 лет. Давность заболевания составляла от 5 до 10 лет.

На основе анамнестических данных и результатов физикального обследования у пациентов диагностирован хронический компрессионный синдром поясничных (дискогенных) дорсопатий. В большинстве случаев (75%) у больных были диагностированы грыжи и протрузии уровней L_{IV}-L_V, L_V-S_I.

Выраженность болевого синдрома оценивалась по методу визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Тяжесть неврологических проявлений дорсопатии оценивалась по 5-балльной шкале.

По желанию пациентов помимо медикаментозного (обезболивающие, нестероидные противовоспалительные, мочегонные препараты, миорелаксанты, хондропротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, витамины) лечения им назначалось и остеопатическое лечение.

Используя данные объективных методов исследования, специальными мануальными тестами определялось место отклонения в структуре околопозвоночных тканей и положения позвоночника.

Лечение основывалось на применении специальных биодинамических техник влияния на зоны, сохраняющие способность к физиологическому функционированию. Очень важно вернуть телу симметрию, привести к балансу межпозвоночные суставы, мышцы спины и органы в целом.

Процедуры проводились во время стационарного лечения пациентов ежедневно или с интервалом 1-2 дня в зависимости от выраженности болевого синдрома.

Результаты и обсуждение. До лечения средний уровень интенсивности болевого синдрома по ВАШ составил $7,76 \pm 0,083$, тяжесть неврологических проявлений в баллах – в среднем $4,04 \pm 0,46$.

После первого сеанса остеопатической коррекции отмечалось значимое уменьшение интенсивности болевого синдрома по ВАШ среднее значение $3,44 \pm 1,356$ как непосредственно во время, так и в течение 1-2 дней после проведения процедуры. После 3-4 сеансов наблюдался регресс неврологической симптоматики $1,48 \pm 0,51$.

Пациентам после стационарного лечения рекомендовали завершить курс остеопатической коррекции для закрепления эффекта. Однако полный курс получили только 18 пациентов, из которых в последующем незначительный рецидив через 5 месяцев был отмечен у 3 пациентов. а у 18 пациентов наблюдается устойчивая ремиссия.

Таким образом, применяя остеопатические техники при комплексном лечении у больных с дорсопатиями с выраженным болевым синдромом, быстрее достигается купирование болевого синдрома и восстановление биомеханики опорно-двигательного аппарата.

Консервативное лечение больных с применением методов биодинамики может быть эффективным и требует пристального внимания и дальнейшего изучения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новосельцев С.В., Введение в остеопатию. Мягкотканые и суставные техники. / Практическое руководство для врачей. -СПб: Фолиант, 2009. -320 с.
2. Recommendations for Health Economic Evaluations of Interventions in Osteoporosis/ Department of noncommunicable disease management. WHO.- 1999.
3. Anderson P.A., Rouleau J.P. Intervertebral disc arthroplasty. Spine 2004;29: 2779-86.
4. Калабанов, В.К. Факты регрессии секвестра и грыж больших размеров поясничных межпозвонковых дисков в результате комплексного лечения с использованием авторского способа мануальной терапии //Мануальная терапия. -2009. -№ 1 (33). -С. 8-22.
5. Новиков Ю.О. Современные методы мануальной терапии // Материалы X Международной научной конференции «Здоровье семьи -XXI век». -Бангкок, Таиланд, 2006.- С. 36-38.

Түйін

С.С.ЧЕШКОВ

НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ОСТЕОПАТИКАЛЫҚ ТЕХНИКАНЫ ҚОЛДАНУ

Жұмыста остеопатиялық техниканы кешенді емдеуді қолдана отырып, омыртқаның мойын және бел бөлігінде остеохондрозы бар 25 науқасты консервативті емдеу нәтижелері келтірілген. Мұнда тіндердің физиологиялық шегінде ғана тұрпайы әсер етпейтін техника қолданылатындықтан, остеопатия қауіпсіз болады, сондықтан оны нәрестелерге де, егде жастағы адамдарға қолдануға болады.

Түйін сөздер: остеопатиялық техникалар, остеохондроз, арқаның ауырсыну, биомеханикалық бұзылыстар.

Summary

S.S. CHESHKOV

USE OSTEOPATHIC TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

The results of conservative treatment of 25 patients with osteochondrosis of the cervical and lumbar spine with the use in treatment of osteopathic techniques. Osteopathy is safe, as it is used machinery, excluding the impact of rough, staying only within the physiological tissue barriers, and therefore suitable for both infants and elderly people.

Key words: osteopathic techniques, low back pain, back pain, biomechanical disorders.

УДК: 616-005.2

С.М. СУЙЕНБАЕВА

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

ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТОВ JCI В СИСТЕМУ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ БОЛЬНИЦЫ

В статье освещены вопросы постепенного перехода медицинской организации на международные стандарты деятельности JCI, 5 структурным блоком которых являются вопросы инфекционного контроля. Внедрение стандартов организации профилактики внутрибольничных инфекции обеспечит необходимое качество и безопасность оказываемых медицинских услуг.

Ключевые слова: международная аккредитация, профилактика внутрибольничных инфекций, система инфекционного контроля.

Введение. Каждая медицинская организация, оказывающая гарантированный объем бесплатной медицинской помощи проходит процедуру аккредитации. Аккредитация медицинских учреждений является одним из наиболее важных механизмов, с помощью которых государство влияет на качество медицинских услуг и конкурентоспособность [1]. В свою очередь, международная аккредитация значительно повышает конкурентоспособность медицинского учреждения на мировом рынке медицинских услуг.

Аккредитация Международной Объединенной Комиссии JCI является «золотым стандартом» - самым престижным и объективным признанием качества и безопасности услуг в медицинской организации [2].

Система стандартов JCI состоит из 6 структурных блоков:

- I. Стандарты управленческой деятельности;
- II. Общемедицинские и этические стандарты поведения медперсонала;
- III. Качество работы и профессионализм медперсонала;
- IV. Организация документооборота;
- V. Организация профилактики внутрибольничных инфекции;
- VI. Организация рассмотрения и ограничения жалоб пациентов и их родственников.

По стандартам JCI оцениваются все структурные подразделения и процессы в медицинской организации: от лечения врача и сестринского ухода до безопасности здания, инфекционного контроля, обращения с медикаментами, соблюдения прав пациента, укомплектованности высококвалифицированными кадрами и т.д. [3].

Проведение процедуры аккредитации основано на качественной оценке медицинских услуг, оказываемой медицинской организацией, посредством применения индикаторов, одним из которых является оценка функционирования системы инфекционного контроля [4].

Инфекционный контроль – это система организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в медицинской организации. Технологии профилактики и ограничения внутрибольничных инфекций стандартизированы в V блоке стандартов JCI [5].

Целью работы явилась разработка и внедрение алгоритмов инфекционного контроля по совершенствованию существующих процессов профилактики и ограничения внутрибольничных инфекций в соответствии со стандартами международной аккредитации JCI.

Учитывая то, что базовой основой системы инфекционного контроля являются результаты эпидемиологической диагностики, первоначально проводили оценку риска возникновения и распространения инфекции в больнице, причем определяли эпидемиологически актуальные инфекции, объекты, устройства, процедуры и процессы, ассоциированные с риском распространения инфекций.

Причем, методической основой количественной и качественной оценки являлись действующие в стране и международной практике показатели, характеризующие санитарно-техническое состояние производственных и служебных помещений; использование современных технологий бактериологического, эпидемиологического надзора.

Следующим этапом являлась разработка программы инфекционного контроля, которая включала систему эпидемиологического надзора с учетом имеющихся ресурсов, уровня рисков возникновения нозокомиальной (внутрибольничной) инфекции.

Центральное место в этом блоке стандартов занимают вопросы личной и больничной гигиены, в связи с чем, разрабатывались алгоритмы работы медперсонала в стерильных и дезинфекционных зонах, а также работы с биоматериалами, медицинскими отходами и т.д.

Таким образом, внедрение международных стандартов в систему инфекционного контроля, адаптированных в соответствии с нормативно-правовыми актами Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и соблюдение алгоритмов оказания эпидемиологически безопасных медицинских технологий и процедур будет способствовать профилактике внутрибольничного инфицирования пациентов.

Оценка функционирования системы инфекционного контроля в медицинских организациях при проведении процедуры аккредитации является одним из элементов мониторинга качества оказываемой населению медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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 год
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

С.М. СУЙЕНБАЕВА

JCI СТАНДАРТТАРЫН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІНЕ ЕНГІЗУ

Мақалада медициналық ұйымдардың JCI халықаралық стандарттарына бірте-бірте ауысу мәселелері баяндалған, олардың 5 құрылымдық жиынтығы инфекциялық бақылау болып табылады. Аурухана ішілік инфекциялардың алдын алуын ұйымдастыру стандарттарын енгізу көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етеді.

Түйін сөздер: халықаралық аккредиттеу, аурухана ішілік инфекциялардың алдын алу, инфекциялық бақылау жүйесі.

Summary

S.M. SUYENBAEVA

IMPLEMENTATION OF JCI STANDARDS IN THE HOSPITAL INFECTION CONTROL SYSTEM

The article highlights the issues of the gradual transition of the medical organization to the international standards of JCI, 5 of which are the building block of infection control issues. Implementation of standards organizations prevention of nosocomial infections will provide the necessary quality and safety of health services.

Key words: international accreditation, the prevention of nosocomial infections, infection control system.

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА № 3 (51) – 2013
2013 - № 3 (51) ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
THE CONTENT OF THE JOURNAL № 3 (51) – 2013

*Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару
Management of public healthcare*

Н.Е.БЕЙСЕН

Совершенствование механизмов единой дистрибуции лекарственных средств и изделий
медицинского назначения в Казахстане

Н.Е.БЕЙСЕН

Қазақстанда дәрі-дәрмек пен медициналық құрал-жабдықтарды бірыңғай дистрибуциялау механизмін
жетілдіру

N.E.BEISEN

The Development in a Common Distribution of Medicaments and Medical Devices in Kazakhstan.....2

ZH.ORMAN, S.SAX, P.CAMPBELL

Impact of the Upgraded Healthcare Accreditation Program in Kazakhstan: Healthcare Facilities' Perception

Ж.ОРМАН, С.САКС, П.КЭМПБЕЛЛ

Қазақстанда медициналық мекемелерді аккредиттеу қайта қарастырылған стандарттары:

медициналық мекемелерде қабылдау

Ж.ОРМАН, С.САКС, П.КЭМПБЕЛЛ

Влияние обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций в Казахстане: восприятие
со стороны медицинских организаций6

Н.Е. БЕЙСЕН, Ш.И.АХМЕТ, Е.К.САРСЕБЕКОВ

Основные принципы единой дистрибуции лекарственных средств и мониторинг оценки ее
эффективности

Н.Е. БЕЙСЕН, Ш.И.АХМЕТ, Е.К.САРСЕБЕКОВ

Дәрілік заттарды бірыңғай дистрибуциялаудың негізгі қағидалары және оның тиімділігін бағалаудың
мониторингі

N.E. BEISEN, SH.I.AHMET, E.K.SARSEBEKOV

The Main Principles of the Common Medicine Distribution and Monitoring of Its Effective Assessment.....11

Б.Ш.СЕРГАЗИН, Н.С.АХИЛЬБЕКОВ, Л.В.БЮРАБЕКОВА, Н.Ж.ЫРЫМБАЕВА

Итоги деятельности службы санитарной авиации за 8 месяцев 2013 года

Б.Ш.СЕРГАЗИН, Н.С.АХИЛЬБЕКОВ, Л.В.БЮРАБЕКОВА, Н.Ж.ЫРЫМБАЕВА

2013 жылдың 8 айындағы санитарлық авиация қызметінің қорытындысы

B.SERGHAZIN, N.AHILBEKOV, L.BYURABEKOVA, N.YRYMBAEVA

The Results of the Air Ambulance Service for 8 Months of 2013.....14

Н.Е.БЕЙСЕН

Методические инструменты повышения экономической эффективности в деятельности ТОО «СК-
Фармация»

Н.Е.БЕЙСЕН

«СК-Фармация» ЖШС қызметіндегі экономикалық тиімділікті арттырудың методикалық құралдары

N.E.BEISEN

Methodical Approaches to the Increasing the Economic Effectiveness at the “SK-Pharmaceuticals” LLP’s
Business.....19

| | |
|--|----|
| Н.Е.ИСАЕВ Обращаемость и причины отводов потенциальных доноров крови и ее компонентов среди населения Алматинской области за 2010-2012 годы и I полугодие 2013 года Н.Е.ИСАЕВ Алматы обласының халқы арасында 2010-2012 жылдары және 2013 жылдың I-жартыжылдығында қан және оның компоненттерінің әулетті донорларының жүгінулері және оларды шеттетуге себептері N.E.ISAEV Appealability and Exclusion Reasons of Blood and Blood Components Potential Donors amongst Almaty Region Population for 2010-2012 and First Half 2013..... | 23 |
| Н.З. ИСКАКОВ, Н.Е.БЕЙСЕН Vendor Management Inventory технология как эффективный инструмент управления сетью дистрибуции Н.З.ЫСҚАҚОВ, Н.Е.БЕЙСЕН Vendor Management Inventory технологиясы дистрибуция жүйесін басқарудың тиімді құралы N.Z. ISKAKOV, N.E.BEISEN Vendor Management Inventory Technology As an Effective Tool of Managing of Distribution Network... | 28 |
| <i>Клинические исследования Клиникалық зерттеулер Clinical research</i> | |
| Б.К.ЖАРКИМБЕКОВ, М.С.САДВАКАСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Ж.Д.УНИСОВ Анестезия при крупных сосудистых операциях Б.Қ.ЖАРҚЫМБЕКОВ, М.С.СӘДУАҚАСОВ, А.А.БЕКМҰХАНБЕТОВ, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Ж.Д.УНИСОВ Ірі қан тамырларына оталау жүргізгендегі жансыздандыру B.K.DJARKIMBEKOV, M.S.SADVAKASOV, A.A.BEKMUHANBETOV, A.S.IZMAYLOVA, J.D.UNISOV ANESTHESIA FOR MAJOR VASCULAR OPERATIONS..... | 33 |
| А.Г.АЛЬМАМБЕТОВ, Г.Д.КУТАТЕЛАДЗЕ, Г.М.КУТТЫМУРАТОВ, В.В.РИБ, А.А.ГНИНЕНКО, Т.А.КУРМАНОВ, Ж.А.АБИШЕВА Технические аспекты нефруретерэктомии от живого донора для трансплантации А.Г.АЛЬМАМБЕТОВ, Г.Д.КУТАТЕЛАДЗЕ, Г.М.КУТТЫМУРАТОВ, В.В.РИБ, А.А.ГНИНЕНКО, Т.А.КУРМАНОВ, Ж.А.АБИШЕВА Тірі туыс донордан бүйрек трансплантациясы кезіндегі донорлық нефруретерэктомияның техникалық аспектітері A.G.ALMAMBETOV, G.D.KUTATELADZE, G.M.KUTTYMURATOV, V.V.RIB, A.A.GNINENKO, T.A.KURMANOV, ZH.A.ABISHEVA Technical Aspects of Nephrutherectomy in Kidney Transplantation from Alive Donors..... | 44 |
| Б.К.ЖАРКИМБЕКОВ, Х.Б.БАУБЕКОВА, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Д.К.АУКЕТАЕВ, А.К.МЫРЗАБОСЫНОВА, Ж.Д.УНИСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ Анестезия у пациентов с артериальной гипертензией в гинекологической практике Б.Қ.ЖАҚЫМБЕКОВ, Х.Б.БАУБЕКОВА, А.С.ИЗМАЙЛОВА, Д.К.АУКЕТАЕВ, А.К.МЫРЗАБОСЫНОВА, Ж.Д.УНИСОВ, А.А.БЕКМУХАНБЕТОВ Гинекологияда артериалдық гипертензиясы бар науқастарды жансыздандыру B.K.DJARKIMBEKOV, K.B.BAYBEKOVA, A.S.IZMAYLOVA, D.K.AUKETAEV, A.K.MIRZABOSINOVA, J.D.YNISOV, A.A.BEKMUHANBETOV Anesthesia in Gynecology Patients with Arterial Hypertension..... | 51 |

А.М. АКИМБАЕВА

Эффективность применения альфапульстерапии в лечении больных с заболеваниями верхних дыхательных путей

А.М.ӘКІМБАЕВА

Жоғары тыныс алу жолдарының ауруы бар науқастарды емдеуде альфапульстерапияны қолдану тиімділігі

А.М.АКИМБАЕВА

Effectiveness of Alfpulsetherapy in Patients with Upper Respiratory Tract Diseases54

Б.С.СЕЙДУАЛИЕВА, Г.Г.АТАБАЕВА, Н.А.ФЛАТОВА

Использование биомаркеров при диагностике острого коронарного синдрома

Б.С.СЕЙДУАЛИЕВА, Г.Г.АТАБАЕВА, Н.А.ФЛАТОВА

Жіті коронарлық синдромды диагностикалау барысында биомаркерлерді қолдану

B.S.SEYDUALIEVA, G.G.ATABAEVA, N.A.FLATOVA

Use of Biomarkers in the Diagnosis of Acute Coronary Syndrome.....58

Ж.Б.КАЙМУЛДИНА, М.А.ДАРИБАЕВА, К.Б.БАКИРОВА

Алгоритм ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе

Ж.Б. ҚАЙМУЛДИНА, М.А. ДӘРІБАЕВА, К.Б. БӘКІРОВА

Ауруханаға жатқызғанға дейінгі кезеңде жіті коронарлық синдромы бар науқастарды емдеу алгоритмі

ZH.B.KAYMULDINA, M.A.DARIBAEVA, K.B.BAKIROVA

Algorithm for Prehospital Management of Patients with Acute Coronary Syndrome.....62

Г.К.КАСЕНОВА, Б.Б.ДУЙСЕН

Клинический опыт применения фиксированных комбинаций при артериальной гипертензии

Г.К. КАСЕНОВА, Б.Б. ДҮЙСЕН

Артериалдық гипертензия кезінде белгіленген әдістерді клиникалық қолдану тәжірибесі

G.K.KASENOVA, B.B.DUYSEN

Clinical Experience with the Fixed Combination Use in Patients with Arterial Hypertension.....65

З.К.ЖУМАДИЛОВА, Р.С.АУБАКИРОВА, К.Ш.ЖЫЛҚЫБАЕВА, Н.Р.БАРКИБАЕВА,

Г.К.КАЛИМОЛДИНА

Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

З.К.ЖҰМАДІЛОВА, Р.С.ӘУБӘКІРОВА, К.Ш.ЖЫЛҚЫБАЕВА, Н.Р.БАРКИБАЕВА,

Г.К.КАЛИМОЛДИНА

Гастроэзофагеалды рефлюкс ауруларының терапевтік аспектілері

ZK ZHUMADILOVA, RS AUBAKIROVA , KS ZHYLKUYBAEVA , NR BARKIBAEVA, GK

KALIMOLDINA

Therapeutic Aspects of Gastroesophageal Reflux Disease.....70

А.И.ИСКАКОВ, Р.Р.ЧОРМАНОВА, А.К.БЕГАЛИН, Р.С.АЙТБАЕВ, А.Ж.ЖУНУСОВА

Тактика лечения больных мочекаменной болезнью при применении контрастирования дистанционной ударно-волновой литотрипсии

А.И.ЫСҚАҚОВ, Р.Р.ЧОРМАНОВА, А.К.БЕГАЛИН, Р.С.АЙТБАЕВ, А.Ж.ЖҮНІСОВА

Қашықтықтан басқарылатын соққылы-толқынды литотрипсияны контрастылауды қолдану кезінде несептасты ауруы бар науқастарды емдеу тәсілі

A.I.ISKAKOV, R.R.CHORMANOVA, A.K.BEGALIN, R.S.AITBAEV, A.Z.ZHUNUSOVA

Tactics of Treatment of Patients with Urolithiasis with the Contrasting Application by Remote Shock Wave Lithotripsy.....75

| | |
|---|----|
| Р.М.ДОЩАНОВА, Г.А.НЫСАНБАЕВА, Д.Т.КАРИБАЕВА Особенности комплексного лечения больных аллергическими дерматитами Р.М. ДОЩАНОВА, Г.А. НЫСАНБАЕВА, Д.Т. КӘРІБАЕВА Аллергиялық дерматиті бар науқастарды кешенді емдеу ерекшеліктері R.M. DOSCHANOVA, G.A.NYSANBAEVA, D.T.KARIBAEVA Features of Complex Treatment of Atopic Dermatitis..... | 77 |
| С.Е.САУРАНБАЕВА, Т.Т.РАХМЕТОВА, К.И.ТАИРОВА, Д.Ш.ШИБАНОВА, Г.Д.МОЛДАШЕВА, А.С.САРМСАКОВА Эффективность физиотерапевтической реабилитации больных с деформирующим артрозом крупных суставов С.Е.САУРАНБАЕВА, Т.Т.РАХМЕТОВА, К.И.ТАЙЫРОВА, Д.Ш.ШИБАНОВА, Г.Д.МОЛДАШЕВА, А.С.САРМСАКОВА Ірі буындардың шрбуындарымен ауыратын науқастарды физиотерапевтік оналтудың тиімділігі S.E.SAURANBAEVA, T.T.RAHMETOVA, K.I.TAIROVA, D.SH.SHIBANOVA, G.D.MOLDASHEVA, A.S.SARMSAKOVA Efficiency of Physiotherapy Rehabilitation of Patients with Large Joints Deforming Arthrosis..... | 81 |
| Д.Р.ОРАЗБАЕВА, Ш.Д.БЕЙСЕНОВА, А.А.ЖАКУПОВА, М.К.КАМАЛИДЕНОВА, Ж.К.КОЗЫБАЕВА, З.П.САЙДАХМЕТОВА Показатели деятельности отделения ультразвуковой диагностики в структуре ургентной службы АО «РНЦ НМП» Д.Р.ОРАЗБАЕВА, Ш.Д.БЕЙСЕНОВА, А.А.ЖАКУПОВА, М.К.КАМАЛИДЕНОВА, Ж.К.КОЗЫБАЕВА, З.П.САЙДАХМЕТОВА Ультрадыбыс диагностиканың аулактануының жұмысының анализы D.R.ORAZBAEVA, SH.D.BEISENOVA, A.A/ZHAKUPOVA, M.K.KAMALIDENOVA, ZH.K.KOZYBAYEV, Z.P.SAYDAHMETOVA Analysis of the Ultrasound Department Operation..... | 84 |
| С.С. ЧЕШКОВ Использование остеопатических техник в лечении больных с неврологической патологией С.С. ЧЕШКОВ Неврологиялық патологиясы бар науқастарды емдеуде остеопатикалық техниканы қолдану S.S. CHESHKOV Use of Osteopathic Techniques in the Treatment of Patients with Neurological Disorders..... | 90 |
| С.М. СУЙЕНБАЕВА Внедрение стандартов JCI в систему инфекционного контроля больницы С.М. СУЙЕНБАЕВА JCI стандарттарын инфекциялық бакылау жүйесіне енгізу S.M. SUYENBAEVA Implementation of JCI Standards in the Hospital Infection Control System..... | 93 |

*Правила оформления статей
Мақалаларды әзірлеу сімдеу ережелері
The Rules for Rendering of Scientific Materials*



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 выписку из протокола заседания кафедры (подразделения) с рекомендацией статьи к печати либо рецензию научного руководителя.

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 высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 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.

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

13. 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.

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

15. Согласно протокола № 31 п.16 от 27 ноября 2010 г. данный журнал будет размещаться в электронной версии на сайте: www.mcudprk.kz

16. 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»

17. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, ул. Сыганак, 29, Бизнесцентр «Евроцентр», каб.1126, тел/факс: 8 (7172) 51 70 64, 51 69 09, e-mail: vestnik@mcudprk.kz