

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: tak1973@mail.ru

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

**қаңтар – наурыз
1 (48) 2013
январь - март**

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. Жужжанов – 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
А. Шарман – д.м.н., профессор
М.З. Шайдаров – д.м.н.



УДК: 65.011.4

А.А. АХЕТОВ, Ш.А. АЮПОВА, Г.З. ТАНБАЕВА, Д.Б. АМАНГАЛИЕВ,
М.О. ОРАЗКУЛОВ

ОРГАНИЗАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕПРЕРЫВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Представлены результаты организационно-практического моделирования процессов непрерывной медицинской помощи прикрепленному контингенту. Показано, что базовой основой для определения дальнейшей тактики диагностики, стратегии лечения и оздоровления прикрепленного контингента, являются данные комплексных профилактических осмотров, на основании которых проводится определение объемов и структуры предстоящей амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Дано обоснование, что реализация модели имеет не только экономическую, но и социальную цель и позволит эффективно использовать государственные ресурсы здравоохранения.

Ключевые слова: непрерывное медобслуживание, модель, эффективность, доступность.

В условиях расширения хозяйственной самостоятельности медицинских организации, формирования конкурентной среды при получении государственного заказа на все виды медицинской помощи, вопросы преемственности, обратной связи между медицинскими организациями, являющимися обязательными звеньями в непрерывной цепи организации медицинской помощи населению, приобретают особую актуальность [1,2,3].

В этом контексте Центральная клиническая больница Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан (далее - Больница) представляет собой идеальную модель, так как в ее структуре функционируют основные звенья непрерывной медицинской помощи -поликлиника, стационар и лечебно-диагностические службы. В настоящем исследовании представлены результаты организационно-практического моделирования процессов непрерывной медицинской помощи прикрепленному контингенту (рис.).

Первичным контактом прикрепленного к больнице контингента являются комплексные медицинские осмотры. На этом, начальном этапе непрерывного медицинского обслуживания прикрепленного контингента осуществляется тестовая лабораторная, инструментальная и клиническая диагностика предболезненных состояний и заболеваний. В результате этой кропотливой работы формируется группы обслуживаемого контингента. I группа - это практически здоровые люди, но нуждающиеся в систематическом мониторинге основных параметров гомеостаза и уровня приспособительных механизмов устойчивости организма к влиянию неблагоприятных факторов окружающей среды.

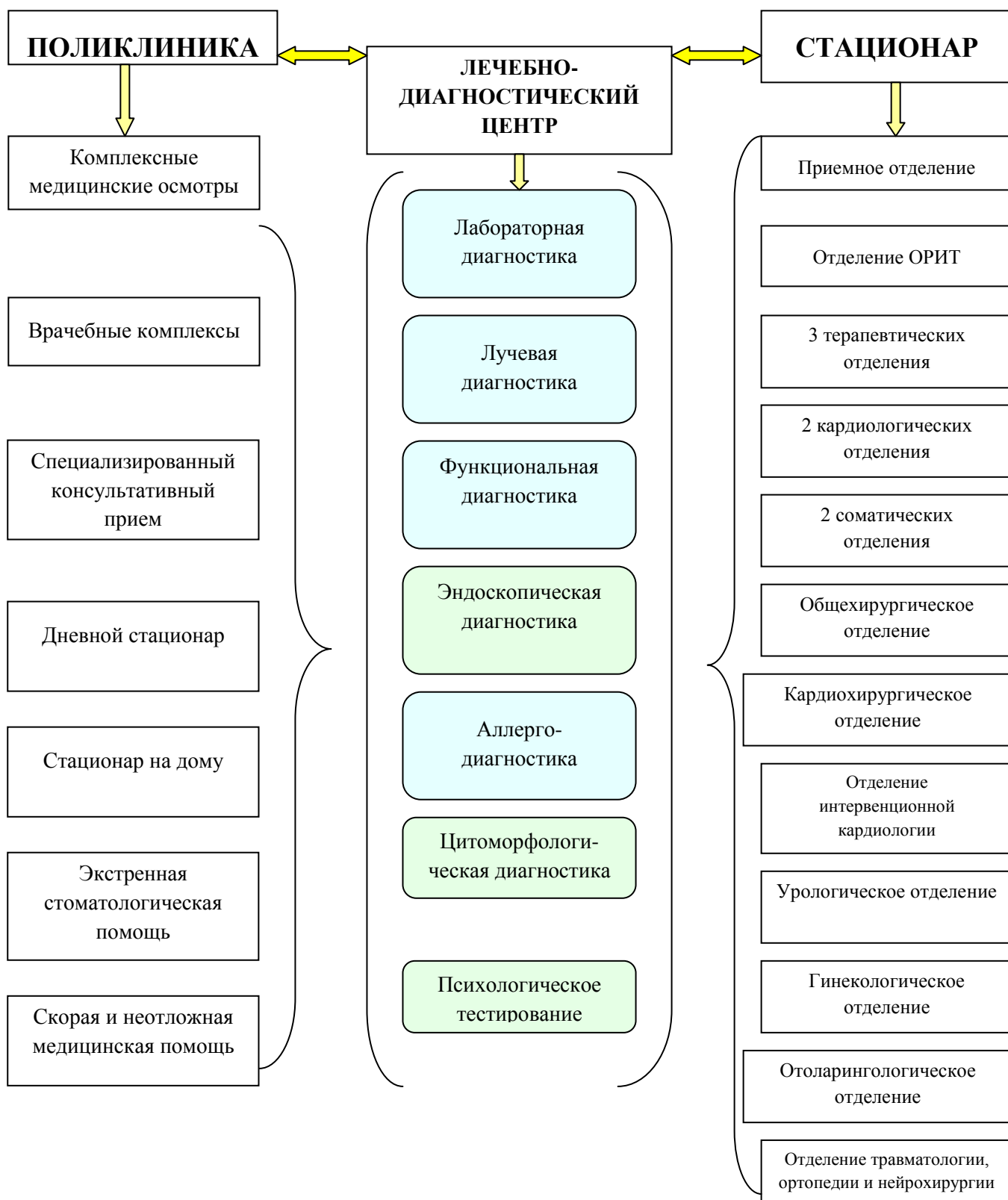


Рисунок - Модель непрерывной медицинской помощи прикрепленному контингенту

II группу составляют лица, с высоким риском развития основных социально-значимых заболеваний (болезни сердечно-сосудистой системы, опухолевые, обменные, эндокринные заболевания и психосоматические

расстройств), которые нуждаются в пристальном динамическом наблюдении и проведении профилактических и оздоровительных мероприятий.

В третью группу включается прикрепленный контингент, у которого в процессе комплексных медицинских осмотров и динамического наблюдения выявляются явные признаки заболеваний, получивших клиническую аккредитацию.

Четвертая группа формируется из числа прикрепленного контингента, у которого выявляются клинически обоснованные заболевания, требующие принятия целенаправленных, плановых и экстренных лечебно-диагностических мер.

Таким образом, базовой основой для определения дальнейшей тактики дифференциальной диагностики и определения стратегии лечения и оздоровления прикрепленного контингента, являются данные комплексных профилактических осмотров. На следующем этапе непрерывной медицинской помощи прикрепленному контингенту, проводится определение объемов и структуры предстоящей амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. При этом для каждой из групп, сформированных по результатам профилактических осмотров, разрабатываются целевые программы профилактических, диагностических, лечебных и оздоровительных мероприятий, обеспечивающих последовательность и целенаправленность непрерывной медицинской помощи.

Конечно, большая часть прикрепленного контингента получают необходимую профилактическую и медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе в дневном стационаре.

Однако, при необходимости пациенты из наиболее «рискованных» групп преимущественно в плановом порядке направляются в стационар.

Здесь уместно упомянуть, что в больнице функционирует автоматизированная система управления лечебно-диагностическим процессом, позволяющая в режиме «реального времени» формировать и отслеживать «досье» на каждого пациента, накапливаемого в процессе комплексных профилактических осмотров, динамического наблюдения и оздоровления лиц, находящихся на диспансерном учете в поликлинике. Можно с удовлетворением отметить, что таким образом нам удалось решить главную проблему дублирования лабораторных, инструментальных и клинических исследований, так как и на поликлинику и на стационар работают одни и те же диагностические службы и традиционное недоверие врачей стационара к этим службам исключено. Этот организационный элемент является ключевым звеном улучшения преемственности между поликлиникой и стационаром и одновременно пусковым механизмом сокращения неоправданных затрат на проведение дополнительных диагностических исследований и обеспечивает рациональное использование дорогостоящих коек.

Как показали проведенные экономические исследования, такой подход позволяет на 10 - 15% сократить сроки госпитального дообследования, обеспечивать раннюю дифференциальную диагностику и повысить клиническую эффективность лечения и медицинской реабилитации больных.

При этом предыдущее диагностическое «досье» не дублируется, а безусловно учитывается при определении тактики и стратегии стационарного лечения.

На следующем этапе организации непрерывной медицинской помощи прикрепленному контингенту, постоянно обновляемые клинические данные на каждого больного в автоматизированном режиме передаются в поликлинику, врачи которой безусловно их учитывают при построении динамического наблюдения и определении тактики дальнейшего ведения больных.

Казалось бы в этой модели нет ничего нового, но в условиях организационной и экономической разобщенности медицинских организации, которая детерминирована новыми условиями отдельного финансирования амбулаторно-поликлинических и больничных организаций, эта проблема становится наиболее актуальной [4,5].

Задача территориальных органов управления здравоохранением и оплаты медицинских услуг, на наш взгляд, заключается в том, чтобы добиваться не только экономической самостоятельности медицинских организаций, но и восстанавливать в новом формате непрерывность медицинской помощи, оказываемой населению страны.

Поэтому очевидно, что при конкурсном получении государственного заказа на те виды медицинской помощи, которые должны оказываться населению непрерывно, наряду с уже действующими правилами, приоритет должен отдаваться тем медицинским организациям, которые берут на себя именно эти обязательства [6,7].

Это не только экономическая, но и социальная цель, реализация которой позволит не только эффективно использовать государственные ресурсы здравоохранения, но и увеличить доступность самых широких слоев населения к качественной и безопасной медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

2 Рахыпбеков Т.К. Теоретические основы и практика развития новых экономических отношений в здравоохранении республики Казахстан. //Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Алматы. - 2001. – 44 с.

3 Линденбратен А.Л., Шипова В.М., Мурузов В.Х., Шуршуков Ю. Ю. Опыт оценки организации медицинской помощи //Здравоохранение. - 2008. - № 12. - С. 21-30.

4 Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения //Социология медицины. - 2006. - №2 (9). - С. 24–30.

5 Трофимов В.В. Структура качества медицинских услуг: методологические, методические и медико-организационные аспекты экспертизы. Архангельск: Издательский центр СГМУ. 2007.-260с.

6 Хабриев Р.У., И.Ф. Серегина. О результатах социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению //Здравоохранение. - 2007. - № 6. - С. 31 – 43.

7 Goncharova Ye.Yu., Rykova I.V., Starchenko A.A., et al. Nezavisimaya ekspertiza kak instrument vliyaniya strakhovykh meditsinskikh organizatsiy na pokazateli deyatelnosti ispolnitelnoy vlasti subyektov Rossiyskoy Federatsii v sfere zdavookhraneniya [An independent examination as a tool of influence of health insurance corporations on health care indicators of executive activity in the RF subjects]. O meditsinskom strakhovanii 2011; (23):9 - 18.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил 25.02.13.

Түйін

Ә.А. АХЕТОВ, Ш.Ә. АЮПОВА, Г.З. ТАҢБАЕВА, Д.Б. АМАНҒАЛИЕВ, М.О. ОРАЗҚҰЛОВ

БІРЛЕСКЕН КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА ЖАҒДАЙЫНДА
ҮЗДІКСІЗ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ
ҰЙЫМДАСТЫРУ ҮЛГІСІ

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

Тіркелген құрамға үздіксіз медициналық көмек үдерістерін ұйымдастыру-тәжірибелік үлгілеу нәтижелері келтірілген. Бұдан былай тіркелген құрамды диагностикалау тәсілдерін, емдеу және сауықтыру стратегиясын анықтау үшін, алдағы уақыттағы амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмек көлемі мен құрылымын анықтау негізінде жүргізілетін кешенді профилактикалық тексеру деректері базалық негіз болып табылатындығы көрсетілді. Үлгіні жүзеге асырудың тек экономикалық қана емес, сонымен қатар әлеуметтік мақсаты да бар екендігін және денсаулық сақтаудың мемлекеттік ресурстарын тиімді пайдалануға мүмкіндік беретіндігін түсіндіреді.

Кілтті сөздер: үздіксіз медициналық қызмет көрсету, үлгі, нәтижелілік, қол жетерлік

Abstract

A.A. AKHET, S.A. AYUPOVA, G.Z. TANBAEVA, D.B. AMANGALIEV,
M.O. ORAZKULOV

ORGANIZATIONAL MODELING CONTINUITY OF CARE
IN A JOINT CLINICAL HOSPITAL

Central clinical hospital of Medical center of the Presidential administration of Republic of
Kazakhstan

The results of the organizational and practical modeling of continuous care attached contingent. It is shown that the basic foundation for the definition of further tactics of diagnosis, treatment and rehabilitation strategies attached contingent data are complex preventive examinations, which are conducted on the basis of the definition of the scope and structure of the coming of outpatient and inpatient care. We justify that the implementation of the model is not only an economic but also a social purpose and will enable efficient use of public health resources.

Key words: continuous medical care, the model, the effectiveness, accessibility.



УДК: 617-089

Д.Б. АМАНГАЛИЕВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Представлены основные результаты развития хирургической службы в Центральной клинической больнице МЦ УДПРК в 2011-2012 годах благодаря инвестиционно – инновационным процессам, позволившим модернизировать технологии оказания хирургической помощи. Показано, что в этот период увеличился перечень выполняемых операций, число пролеченных в хирургических отделениях больницы; работа койки в году; оборот койки; улучшилось качество и безопасность оказываемых услуг.

Ключевые слова: развитие, хирургическая служба, результативность, модернизация.

Известно, что в последнее десятилетие благодаря беспрецедентным инвестициям в здравоохранение страны достигнут значительный прорыв в организации хирургической помощи населению [1,2].

При этом строящиеся новые медицинские организации оснащаются высокотехнологичным оборудованием и аппаратурой, внедряются эффективные технологии оперативных вмешательств, позволяющие обеспечивать высокое качество, безопасность и сокращение сроков послеоперационной реабилитации больных [3,4].

В Центральной Клинической больнице МЦ УДП РК (далее - ЦКБ) в хирургической службе происходили инвестиционно – инновационные процессы, позволившие модернизировать технологии подготовки больных к операциям; проведение самих операций под безопасным обезболиванием и с преимущественным использованием эндовидеодоступа; методов раннего пробуждения и ускоренного восстановления функций организма.

В настоящем исследовании приводятся результаты деятельности хирургической службы ЦКБ в 2011-2012 годах.

В структуре коечного фонда больницы хирургическая служба представлена общехирургическим, гинекологическим, урологическим, офтальмохирургическим, отоларингологическим отделениями, а также отделением травматологии, ортопедии и нейрохирургии, развернутых на 107 койках, составляющих 35,5% от общей их численности.

При этом в течение 2011-2012 годов была произведена их реструктуризация в соответствии со стратегией развития больницы и в целях обеспечения их конкурентоспособности на рынке государственных и частных медицинских услуг. Так, в результате тщательного медико-статистического анализа деятельности отделений хирургического профиля показана, что увеличена мощность отделений кардиохирургии, травматологии, ортопедии и

нейрохирургии и, наоборот, сокращена часть не востребованных коек в общехирургическом и гинекологическом отделениях. При этом основными критериями реструктуризации стали: активность во внедрении высокотехнологичных методов хирургических вмешательств и реальные доходы при выполнении госзаказа МЗ РК, а также при оказании платных медицинских услуг населению.

Одновременно для отделений, которые недостаточно справлялись с этой важной задачей, поставлена конкретная цель - сосредоточить свою инновационную деятельность именно на развитии хирургических вмешательств, относящихся к высокоспециализированным видам медицинской помощи.

В рамках проведенного исследования интересно было проследить, как за последние 2 года изменились основные индикаторы, отражающие количественные и качественные изменения в деятельности хирургической службы больницы.

Результаты проведенных сравнительных исследований показали, что в период 2011 – 2012 годов, число пролеченных в хирургических отделениях больницы увеличилось на 14%; работа койки в году увеличилась на 5,6%; оборот койки – на 6,5%; средняя продолжительность пребывания больных на койках хирургического профиля не изменилась и составила 8,2 дня.

Однако наиболее важные позитивные сдвиги происходили в показателях, характеризующих хирургическую работу. Так, среднее пребывание планового хирургического больного до операции продолжало оставаться предельным и составило 1,6 дня; число проведенных операций увеличилось с 2572 в 2011 году до 3229 – в 2012 или увеличилось на 25,5%, а хирургическая активность достигла 69,7%. Причем особенно важно, что в течении исследуемых лет число эндоскопических операций увеличилось на 31,0%, а процент послеоперационных осложнений, напротив, уменьшился с 0,5% в 2011 до 0,1% - в 2012 году.

В хирургических подразделениях больницы проводятся уникальные операции на коронарных сосудах, при пороках сердца; ЛОР-органах; на желудке, 12-перстной кишке, тонком и толстом кишечнике; на органах мочеполовой системы; осуществляется эндопротезирование крупных суставов, вертебропластика при грыжах и опухолях позвоночника; внедрены в повседневную клиническую практику реконструктивные гинекологические операции, а также операции по восстановлению зрения при катаракте и глаукоме.

Таким образом, можно констатировать, что основные тренды развития хирургической службы адекватно отражают инвестиции, осуществленные в ее медико-технологическое обновление.

Однако на 2013 год перед хирургической службой больницы поставлена более амбициозная цель – довести оперативную активность до 75,0%; максимально сократить сроки предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации оперированных больных; значительно расширить перечень и увеличить число операций, производимых эндоскопическим путем под непрерывным видеонаблюдением.

В 2013 году, по-прежнему, основными приоритетами в деятельности хирургической службы больницы будут: обеспечение полной доступности прикрепленного контингента ко всем видам специализированной и высокоспециализированной хирургической помощи; обеспечение высокой конкурентоспособности на рынке государственных и частных медицинских услуг за счет ускоренного внедрения высокотехнологичных и безопасных хирургических вмешательств для оказания качественной хирургической помощи всему населению страны.

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 Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы. //Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - № 3. – 2010 (15).

3 Ермекбаев К.К., Телеуов М.К., Кульжанов М.К. – Методические указания по разработке «Бизнес-плана» для организаций здравоохранения. - Алматы. - 2012. – 22 с.

4 Баймаханов А.Н. с соавт. Опыт применения эндовидеохирургических технологий в ургентной хирургии.-Вестник КазНМУ. - 2012. - № 4. - С. 44-48.

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, г. Алматы. Материал поступил 26.02.13.

Түйін

Д.Б. АМАНГАЛИЕВ

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАДА ХИРУРГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

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

Бұл жұмыста ҚР ПБ МО Орталық клиникалық ауруханасында 2011-2012 жылдардағы хирургиялық көмек көрсету технологиясын жаңартуға мүмкіндік беретін инвестициялы-инновациялық үрдістердің арқасында хирургиялық қызметті дамытудың негізгі нәтижелері көрсетілген. Осы кезеңде орындалған оталар тізімінің, аурухананың хирургиялық бөлімшесіндегі емделіп шыққан адамдар санының, жылдағы кереует жұмысының, кереует айналымының көбейгені, сонымен қатар көрсетілетін қызметтердің сапасы және қауіпсіздігі жақсарғаны көрсетілген. Осылайша, хирургиялық қызметті дамытудың негізгі трендтері оның медико-технологиялық жаңартылуында жүзеге асырылған инвестицияларды шын тұрғыда айқындайды деп толыққанды айтуға болады.

Кілтті сөздер: даму, хирургия қызметі, нәтижелілік, жаңғырту

Abstract

D.B. AMANGALIEV

CURRENT ISSUES IN MODERN SURGICAL SERVICES CLINICAL HOSPITAL

Central clinical hospital of Medical center of the Presidential administration of Republic of Kazakhstan

The paper presents the main results of the surgical service at the Central Clinical Hospital MC UDPRK in 2011-2012, thanks to an investment - an innovative process, allowing upgrade technologies surgical care. It is shown that in this period, a list of the operations has increased, the number of patients treated in the surgical departments of the hospital, work bunk in a year; bed turnover, and improve the quality and safety of services. Thus, we can say that the main trends of the surgical service adequately reflect investments made in its medical-technological innovation.

Key words: development, surgical service, efficiency, modernization

УДК 614.21-07-005.332.3

В.И. АХМЕТОВ, А.А. АХЕТОВ

ДИНАМИКА, ОБЪЕМНЫЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СЛУЖБ БОЛЬНИЦЫ

Результаты исследования показали, что применяемый методический подход к изучению медико-технологических процессов, позволяет обнаруживать количественные и структурные изменения в показателях, характеризующих важнейшие индикаторы их оценки.

Ключевые слова: медицинская помощь, совершенствование, анализ, высокотехнологичность, методический подход.

В условиях реализации Государственной Программы развития здравоохранения в Республике Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, предусматривающей дальнейшее совершенствование и развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, возрастает значение современных лабораторных и инструментальных методов диагностики, обеспечивающих своевременность, полноту и качества лечения [1].

Для решения этой приоритетной задачи в больнице функционируют все необходимые диагностические подразделения, в которых используется высокоточное медицинское оборудование, аппаратура последнего поколения и международные стандарты оценки их качества; проводится систематический анализ уровневых, объемных и структурных показателей их деятельности. При этом поток пациентов, направляемых на различные диагностические исследования, был разделен на 4 группы: прикрепленный контингент; пациенты, обследованные на платной основе; по госзаказу МЗ РК и по договорам с юридическими физическими лицами (таблица).

Таблица – Динамика, объем и структура посещений в диагностические подразделения в период 2008-2012 годах

Наименование диагностическ их отделений	2008			2010			% к 2008			2012			% к 2010		
	Контингент	за оплату	По госзаказу и договорам	Контингент	за оплату	По госзаказу и договорам	Контингент	за оплату	По госзаказу и договорам	Контингент	за оплату	По госзаказу и договорам	Контингент	за оплату	По госзаказу и договорам
Отделение функциональной диагностики	5995	18608	1142	9065	14708	1239	+33,8	-26,5	+7,8	9073	11997	3776	100	-22,5	+67,1
Отделение УЗ-диагностики	14623	35703	1386	21645	25558	913	+32,4	-39,6	51,8	26239	23238	4296	+17,5	-10	-78,7
Центр лабораторной диагностики	286724	607368	60817	339191	483629	61639	+15,5	-20,3	+1,3	430263	422007	81718	+26,8	-12,7	+32,5
Рентгенологическое отделение	3224	10063	т. 348 д. 299	3900	7284	т.171 д. 557	+17	-38	т.-103 д. +46,3	3257	6905	т.635 д.240	-19,7	-5,4	т. +73 д. 132
Центр ядерно-магнитной и компьютерной томографии	1182	5676	274	957	283	239	-23,5	-97	-10	2315	5102	665	+58,6	+43,6	+64

Из таблицы видно, что в 2010 году в отделение функциональной диагностики отмечалось увеличение числа посещений отделения, по сравнению с 2008 годом: среди прикрепленного контингента на +33,8% по госзаказу МЗ РК и по договорам с юридическими и физическими лицами - 7,8%. Однако, в это же время число платных посещений уменьшилось на 26,5%. В 2012 году эта тенденция была более выражена и отмечался рост числа посещений среди прикрепленного контингента (+100%), по госзаказу МЗ РК и договорам (+67,1%). При этом число платных посещений этого отделения по сравнению с 2010 годом также уменьшилось на 22,5%.

Установлено, что в отделение УЗ - диагностики в 2010 году по сравнению с 2008, а в 2012 году по сравнению с 2010 годом, число посещений прикрепленного контингента по госзаказу МЗ РК и договорам увеличилось, а за оплату, как в 2010 году, так и в 2012 году – уменьшилось. Примерно также выглядела динамика числа посещений в рентгенологическое отделение: снижение числа платных посещений в 2010 году в сравнении с 2008, а так же в 2012 году в сравнении с 2010 (-20,3%; - 5,4%, соответственно). В 2012 году отмечалось уменьшение числа посещений отделения среди прикрепленного контингента по сравнению с 2010 годом (-19,7%).

Как показали следующие исследования, в 2010 году число посещений в центр магнитно-ядерной и компьютерной томографии (МРТ и КТ) снизилось во всех исследуемых группах (23,5% среди прикрепленного контингента; 97,0% за оплату и 10% по госзаказу и договорам), а в 2012, наоборот, повысилась в каждой из них (соответственно, +58,6%; +43,6% и +64%).

Следующей задачей проведенного исследования было проанализировать динамику изменения объемов средств, заработанных больницей при оказании диагностической помощи различным категориям населения. Данные рисунка показывают, что динамика роста заработанных средств во все анализируемые годы, была положительной и составила в течение 2008 - 2010 годов от +11,2% по эндоскопическому отделению до 27,8% – по отделению функциональной диагностики. В 2010 - 2012 годах динамика роста заработанных средств по диагностическим отделениям колебалась в более высоких пределах: от +19,5% по центру лабораторной диагностики (ЦЛД), до +46% по отделению ультразвуковой (УЗ) - диагностики и до +57% по центру компьютерной и магнитно-ядерной томографии.

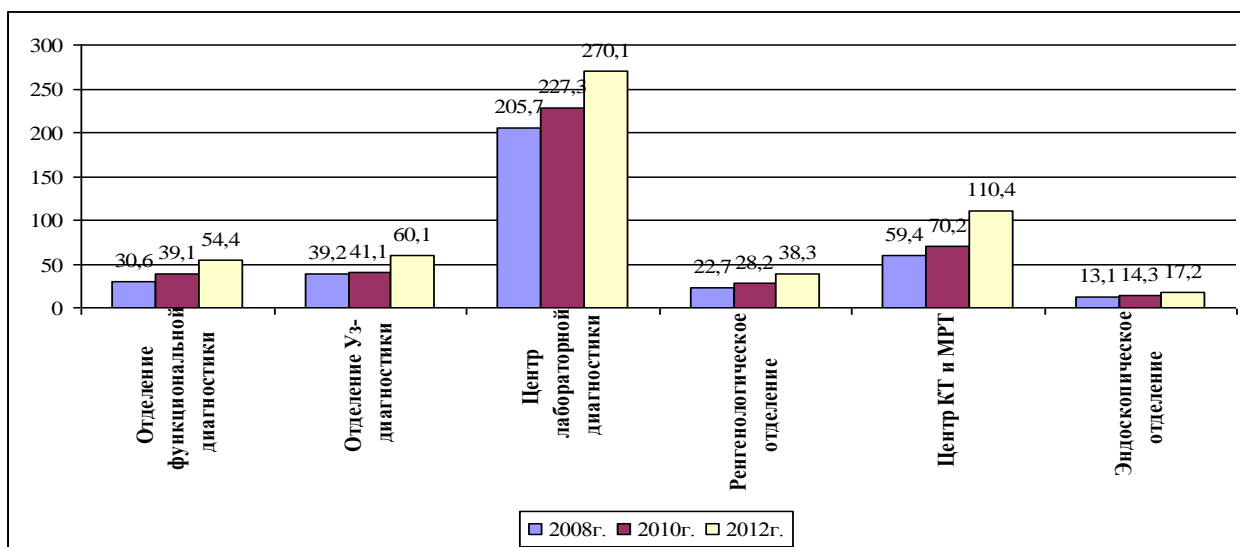


Рисунок - Динамика объемов средств, заработанных 2007-2011 годах при оказании диагностической помощи (млн.тг)

В целом (рис.), исследования показали, что в 2010 году поступление в кассу больницы составляло 420,3 млн. тг., что, по сравнению с 2008 годом было на 370,7 млн.тг. больше (рост +13,4%); в 2012 году заработанные в диагностических отделениях больницы денежные средства, составили 550,5 млн.тг., и, по сравнению с 2010 годом, выросли на 20%.

Таким образом, медико-статистические исследования динамических, объемных и структурных изменений в деятельности диагностических подразделений больницы показали, что такой методический подход к изучению медико-технологических процессов, позволяет обнаруживать количественные и структурные изменения в показателях, характеризующих важнейшие индикаторы их оценки. Результаты такой многофакторной оценки могут служить основной доказательной базой при определении основных приоритетов их институционального развития и совершенствования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Утверждена Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113.

2 Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике.-М.:МЕДпресинформ. - 2009. - 896 с.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Материал поступил 10.02.13.

Түйін

В.И. АХМЕТОВ, А.А. АХЕТОВ

ДИНАМИКА, АУРУХАНАНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРІНІҢ ЖҰМЫСЫНДАҒЫ АУҚЫМДЫ ЖӘНЕ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

Алматы мемлекеттік дәрігерлердің білімін жетілдіру институты, Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Зерттеуде ауруханада медициналық көмектің жоғары технологиялық түрлерін бұдан кейін жетілдіру мен дамытудың маңыздығына назар аударылған; бұл үшін барлық медициналық технологиялық мүмкіндіктер жеткілікті. 2008-2012 жылдар ішінде тіркелген құрамға, ақылы негізде және ҚР ДСМ мемлекеттік тапсырысы бойынша, сондай-ақ заңды және жеке тұлғалармен жасалған шарттар негізінде қаралған емделушілерге қызмет көрсету кезінде емдеу-диагностикалық бөлімшелер қызметінің деңгейлік, ауқымды және құрылымдық көрсеткіштерін талдау нәтижелері ұсынылған. Зерттеу нәтижелері медициналық-технологиялық процестерді зерделеуде қолданылатын әдістемелік тәсіл көрсеткіштерді бағалаудың маңызды индикаторларын сипаттайтын олардың сандық және құрылымдық өзгерістерін анықтауға мүмкіндік береді. Осындай көпфакторлық бағалаудың нәтижелері институциялық даму мен жетілдірудің негізгі басымдықтарын анықтау кезінде негізгі дәлелдемелік база бола алады.

Кілтті сөздер: медициналық көмек, жетілдіру, талдау, жоғары технологиялық, әдістемелік тәсіл.

Abstract

V.I. AKHMETOV, A.A. AKHET

DYNAMICS, VOLUME AND STRUCTURAL CHANGES OF DIAGNOSTIC SERVICES HOSPITALS

Almaty State Institute of Advanced Medical, Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan

The study highlighted the importance of further improvement and development of high-tech medical care in hospital showed that this has all the medical technology opportunities. The author presents an analysis of level, volume and structural performance of diagnostic and treatment services for offices attached contingent; patients examined for a fee, the state order MoH and contracts with legal individuals for 2008-2012. The results showed that a methodical approach to the study of medical and technological processes that can detect quantitative and structural changes in terms of characterizing the most important indicators for their evaluation.

Key words: medical care, improvement, analysis, high-tech, methodical approach.

УДК 615.38:614.21-005.591.1

М.А. БУРКУТОВА

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ТРАНСФУЗИОННОЙ СЛУЖБЫ В БОЛЬНИЦЕ

Представлены данные о мероприятиях по безопасному и рациональному использованию компонентов и препаратов крови, мониторингу и оценке трансфузионной терапии, проводимой в больнице. Показано, что основные мероприятия направлены на: непрерывное обучение медицинского персонала, участвующего в проведении трансфузионной терапии; оптимизацию всех основных процессов мониторинга трансфузионной терапии и рациональное использование компонентов и препаратов крови, в том числе применение альтернативных методов кровесбережения.

Ключевые слова: трансфузионная терапия, мониторинг, рациональное использование, эффективность, безопасность.

В соответствии с возрастающими требованиями к качеству оказываемых медицинских услуг, безопасности пациентов, нормативно-правовыми актами Правительства Республики Казахстан (№ 666 от 6 ноября 2009 года «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и её компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, её компонентов и препаратов»), в больнице проводится активная работа по безопасному и рациональному использованию компонентов и препаратов крови, проводится мониторинг и оценка трансфузионной терапии [1,2,3].

При этом основные мероприятия направлены на: непрерывное обучение медицинского персонала, участвующего в проведении трансфузионной терапии; оптимизацию всех основных процессов мониторинга трансфузионной терапии; рациональное использование компонентов и препаратов крови, в том числе применение альтернативных методов кровесбережения.

Для непрерывного обучения медицинского персонала, участвующего в проведении трансфузионной терапии проводятся на регулярной основе занятия по вопросам правильного проведения трансфузионной терапии, обоснования назначений, по вопросам иммуногематологических исследований, посттрансфузионным осложнениям. Занятия проводятся в общепольничной обстановке, отдельно с сотрудниками отделений и персональные - с врачами отделений. Повышение грамотности также способствует вдумчивому и обоснованному назначению трансфузий.

В целях оптимизации и автоматизации регистрации процесса оказания медицинских услуг и минимизации бумажного документооборота, в больнице внедрена система КМИС (Компьютерная Медицинская Информационная Система). Одним из её составляющих является блок по крови, который называется «Банк крови». Процедура мониторинга трансфузионной терапии первоначально проводится на уровне лечащего

врача, затем осуществляется заведующим отделением и врачом - трансфузиологом, которые заносят данные в электронную базу. Затем Экспертная комиссия при больнице контролирует обоснованность назначений компонентов и препаратов крови, оформление документации.

Переливание компонентов и препаратов крови, которые также находятся в базе, проводятся на основании лабораторных показателей крови пациента и клинических данных. В основном назначения согласовываются с врачом трансфузиологом. Для обеспечения круглосуточного лабораторного контроля у нас есть лаборатория с самым современным оборудованием, позволяющая обосновать необходимость в трансфузии компонентов и препаратов крови, в ночное время - дежурные по лаборатории. Имеется необходимый объем исследований: общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов и тромбоцитов), анализ кислотно-щелочного состояния и газов крови, общий анализ мочи, общий белок (альбумин), основные показатели коагулограммы.

Затем возможности КМИС позволяют производить учёт, анализ трансфузионной терапии по каждому из подразделений и, в целом - по больнице.

С целью рационального использования компонентов крови нами стали активно применяться альтернативные методы кровесбережения [3,4]. Кроме таких общепринятых методов, как использование стимуляторов гемопоэза, перфторана, соблюдение оптимального температурного режима в операционных и палатах интенсивной терапии (не менее +25°C), согревание переливаемых растворов и компонентов крови, согревание тела пациента и поддержание температуры не менее 36°C, используются и другие методы.

Так, врачи - травматологи стали шире использовать при обширных травматологических операциях препарат «Трамин», позволяющий эффективно контролировать гемодинамику без применения препаратов крови. При операциях на коленном суставе трамин вводится в конце операции, при операциях на тазобедренном суставе – в начале. Применение этого метода позволило значительно сократить использование компонентов крови при операциях и на сегодняшний день травматологами во время и после операций компоненты крови практически не используются, не смотря на большие объёмы операций, даже у пациентов старшего возраста.

Следует отметить важность температурного режима в операционной и в палатах интенсивной терапии, согревания переливаемых растворов и компонентов крови, согревания тела пациента и поддержания температуры не менее 36°C, что стало обязательно учитываться нами при проведении операций, т.к. гипотермия – один из факторов, ответственных за развитие коагулопатии при массивной трансфузии [5]. При этом лабораторные показатели свёртывания крови могут быть и в норме, поскольку лабораторные исследования выполняются *in vitro* при температуре 37°C, а реальная температура крови в организме может быть сниженной.

Активность же факторов свёртывания при снижении температуры тела значительно падает, нарушается работа системы гемостаза [6]. При гипотермии возможны следующие осложнения: увеличение объёма кровопотери; повышение частоты кардиологических осложнений; замедление репаративных процессов; увеличение частоты инфицирования ран; увеличение срока пребывания в стационаре. Поэтому очень важно поддерживать необходимую температуру тела и помещения, в котором находится пациент. После реконструкции операционного блока в 2011-2012 годах температурный режим стал постоянно поддерживаться на оптимальном уровне.

Врачи - реаниматологи и врачи вновь созданной кардиохирургической службы, где операции характеризуются массивными кровопотерями, также стали широко использовать вышеназванные альтернативные методы и рациональнее переливать компоненты крови.

В результате, в 2012 году, несмотря на повышение хирургической активности и увеличение количества пролеченных больных, проведение кардиохирургических операций, которые раньше в нашей больнице не проводились, удалось снизить количество переливаний компонентов крови на 53,6 литра (меньше на 22,8%), в основном за счёт снижения количества переливаний свежзамороженной плазмы. Эритроцитсодержащих компонентов крови было перелито всего на 3,2% меньше, а СЗП (свежзамороженная плазма) – меньше на 41%. Раствора альбумина перелили на 44,6 % меньше. Соотношение между эритроцитами и плазмой составило за 2012 год в дозах 1,5; что является положительным моментом (в 2011 году это соотношение составляло 0,9). Так, соотношение перелитых доз эритроцитов: СЗП в развитых странах составляет от 3,2 до 7,4; в России 0,7; в Пироговском центре в 2006г. – 0,7 (2007 – 1,7). Здесь необходимо учесть наличие в развитых странах рекомбинантных препаратов крови (в основном факторов свёртывания крови), что позволяет переливать меньше СЗП.

Анализ эффективности внедрения альтернативных методов кровесбережения показал, что качество всех проведенных операций не ухудшилось; не наблюдалось ни одного случая побочного действия применяемых препаратов и методик.

Таким образом, использование всех этих мероприятий позволило минимизировать возможные ошибки, избежать излишних трансфузионных вмешательств, значительно уменьшить потребность в компонентах крови, что в целом, обеспечило более высокое качество оказываемых медицинских услуг и безопасность пациентов при переливаниях компонентов и препаратов крови.

Такие результаты стали возможными вследствие общего понимания и стремления врачей к снижению потребления продукции крови с целью уменьшения рисков для больных, связанных с переливанием крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чурсин В.В. «Трансфузионная терапия при острой массивной кровопотере» Методические рекомендации, АГИУВ, каф. Анестезиологии и реаниматологии, Алматы 2008, 25 с.

2 Приказ РК № 666 от «6» ноября 2009 года « Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».

3 Жибурт Е.Б. «Трансфузиология» Учебник, Санкт-Петербург «Питер» 2002. - 735 с.

4 Жибурт Е.Б. «Правила использования плазмы» Москва, «Медицина», «Шико», 2008. - 211 с.

5 Hardy J.-F. ISBT Science Series 2007: 2; 168-177.

6 Seekamp A. Eur J Emerg Med 1995: 2; 28.

Центральная клиническая больница Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы. Материал поступил 11.02.13.

Түйін

М.А. БҮРКІТОВА

АУРУХАНАНЫҢ ТРАНСФУЗИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІН ЖЕТІЛДІРУ

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

Мақалада қан компоненттері мен препараттарын қауіпсіз және ұтымды пайдалану шаралары, ауруханада қолданылатын трансфузиялық терапияны бағалау мониторингі туралы деректер ұсынылған. Негізгі шаралар трансфузиялық терапияны жүргізуге қатысатын медициналық қызметшілерді үздіксіз оқытуға, трансфузиялық терапия мониторингінің барлық негізгі процестерін оңтайландыруға және қан компоненттері мен препараттарын ұтымды пайдалануға, оның ішінде қан сақтаудың баламалы әдістерін қолдануға бағытталған. Осы шараларды қолдану кезінде орын алуы ықтимал қателерді барынша азайтуға, артық трансфузиялық араласуларды қолданбауға, қан компоненттеріне қажеттілікті едәуір азайтуға мүмкіндік берді, жалпы айтқанда, көрсетілетін медициналық қызметтердің бұдан да жоғары сапасын және қан компоненттері мен препараттарын құю кезінде емделушілердің қауіпсіздігін қамтамасыз етті.

Кілтті сөздер: трансфузиялық терапия, мониторинг, ұтымды пайдалану, тиімділік, қауіпсіздік.

Abstract

M.A. BURKUTOVA

ABOUT IMPROVEMENT OF TRANSFUSION SERVICE IN HOSPITAL

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan, Almaty

The paper presents data on the measures for the safe and sustainable use of components and blood products, monitoring and evaluation of transfusion therapy in hospitals. Shown that the main activities are focused on: the continuous training of the medical staff involved in transfusion therapy, optimization of all key processes for monitoring transfusion therapy and management of components and blood products, including alternative methods of preservation of blood. The use of all these measures will minimize errors, avoid unnecessary transfusion interventions significantly reduce the need for blood components that, in general, provide a higher quality of care and patient safety components, and transfusion of blood products.

Key words: transfusion therapy, monitoring, management, efficiency, and security.

УДК 616.31:331.108-005.7

А.Ж. ЖАНАБЕКОВА, Д.М. ИМАШПАЕВ, Д.К. ЖУНУСОВА,
Л.М. АТАБИЕВА

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМ СОСТАВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Стоматологическая помощь является одной из наиболее трудоемких и дорогостоящих видов амбулаторно-поликлинической помощи, где выбор кадров - это первое, с чем приходится сталкиваться любому руководителю особенно в сфере медицинских услуг.

Ключевые слова: стоматологическая служба, кадровый состав.

Введение. Реформы здравоохранения, в том числе в стоматологии, требуют коренного улучшения качества медицинского обслуживания населения. Реализация этой задачи во многом зависит от наличия достаточного количества квалифицированных профессионально подготовленных врачей и средних медицинских кадров в соответствии с их потребностями [1].

В стоматологической службе особую актуальность имеют вопросы изучения современного состояния и перспектив дальнейшего развития стоматологической помощи, для этого необходима разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию организационных форм работы в стоматологии, обеспечение населения доступной, квалифицированной стоматологической помощью в необходимом объеме и высокого качества [2].

Одной из нерешенных проблем в функционировании стоматологической службы в настоящее время является отсутствие научно обоснованного ресурсного обеспечения. Новые условия функционирования отрасли предъявляют повышение требования к потенциалу кадров в стоматологии [3].

Весьма актуальна проблема подготовки руководящих кадров в стоматологии. Отсутствие системы обязательной специальной подготовки организаторов стоматологической службы является результатом того, что

управление этим сектором здравоохранения осуществляется в нашей стране непрофессионально [4].

Совершенствование стоматологической помощи населению во многом зависит от состояния кадровых ресурсов здравоохранения [5,6,7].

В настоящее время имеются исследования, посвященные вопросам организации лечебно-профилактической деятельности стоматологических учреждений, однако вопросы подбора и управления кадровым составом таких учреждений до сих пор остаются нерассмотренными, что сказывается на полноте научных исследований.

С аналогичными трудностями сталкиваются и руководители этих учреждений. Не имея соответствующих знаний в данной области, они не могут целенаправленно организовать лечебную работу стоматологического лечебно-профилактического учреждения. В связи, с чем **целью нашего исследования** явилось совершенствование эффективности оказания стоматологической помощи населению на основе изучения особенностей организации и управления кадровым составом. **Задача:** изучить клинико-организационную структуру кадрового состава.

Материалы и методы. С целью исследования основных направлений деятельности стоматологической помощи населению на основе изучения особенностей организации и управления кадровым составом проведено анкетирование врачей, пациентов и самих руководителей стоматологических учреждений, врачи - 101, пациенты - 420, руководители - 15 работающих в стоматологических клиниках г. Астаны. Анкета включала 14 вопросов для врачей, 15 - для руководителей, 15 - для пациентов, позволяющих получить представление о мнении респондентов относительно к организации и управления стоматологической службой.

Объектом исследования были крупнейшие стоматологические клиники «Diamond star», «Doctor dent», «Dent Lux», «The best clinic», «Dental clinic», «Анга», «Альфа - стом», «Учебно-клинический центр стоматология», «Стомед», «Голливудская улыбка».

Результаты и обсуждение. Как показало исследование, среди респондентов руководителей по возрастному составу составили лица от 31-45 лет - 73,33%, а больше 45 лет лица - 26,66% . По специальности 87% являлись врачами-стоматологами, 13% врачами - терапевтами. Были определены, проходили ли курсы подготовки по менеджменту в здравоохранении, что ответили «да» - 33,33%, «нет» - 66,66%. Какого стиля управления придерживаются, большинство респондентов ответили что, придерживаются демократического стиля управления 86,66%, а остальные 13,33% выбрали авторитарный. Также определены ценные качества. Из предложенных ценных качеств подчиненных 100% выбрали исполнительность, дисциплинированность, ответственность, 40% компетентность, 60% креативность (рис.1).

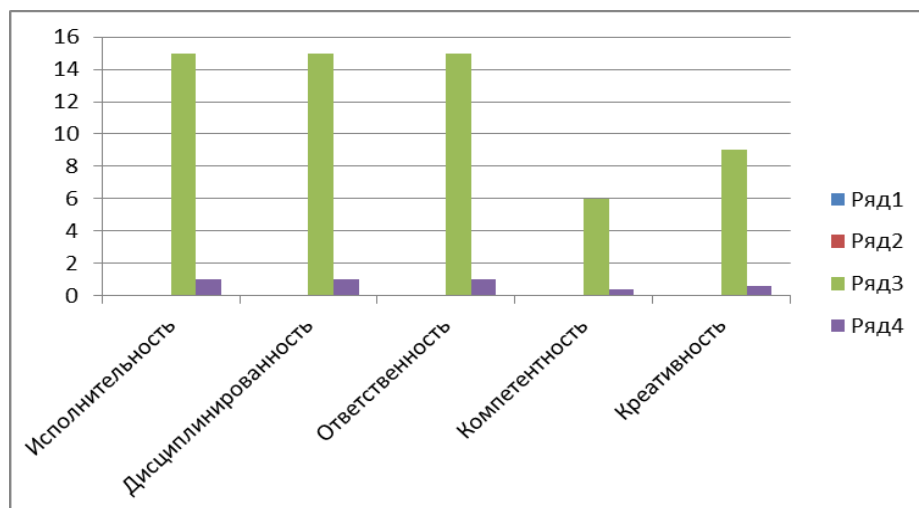


Рисунок 1 – Ценные качества, определенные респондентами

Укомплектованность врачами данных стоматологических клиник составляет не менее 96% при этом около половины (48,51%) врачей являются совместителями. Квалификационные категории имеют 69,30% врачей, 15,84% врачи с высшей категории, 16,83% с первой, 23,76% со второй, 12,87% с третьей. В исследуемых стоматологических клиниках весьма мало число врачей, имеющих ученную степень (кандидаты медицинских наук – из врачей всего составили 13,86 %). Общий врачебный стаж у каждого третьего врача -10 и более лет. На вопрос «Что является вашими основными мотивациями в работе?», респонденты поставили на первое место - деньги 38,61%, на второе - удовлетворение от результатов работы 26,73%, на третье - радость от признания Ваших профессиональных заслуг и достижений 21,78%, на четвертое - возможность профессионального роста 12,87%.

Для определения удовлетворенности врачей к организации стоматологической клиники в той, где работают, были таковы: 42% респондентов ответили «да», а остальные 56% ответили «нет».

Также определялось расположение к пациентам медицинского персонала в стоматологических клиниках (внимательность, заинтересованность, доброжелательность, бескорыстие). Из всех респондентов 23,50% оценили расположение медицинского персонала к пациентам очень высоко, а 10,90% оценили очень низко (рис.2).

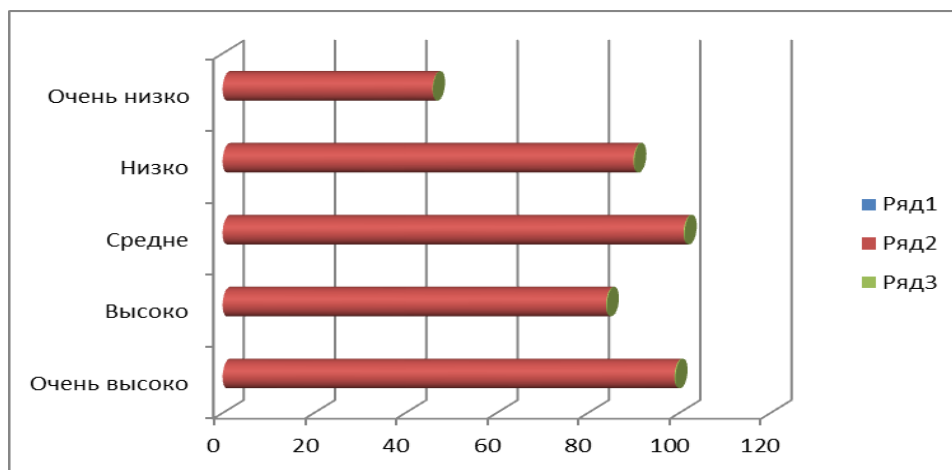


Рисунок 2 - Расположенность к пациентам медицинского персонала в стоматологических клиниках

Довольны ли результатами обращения/лечения в нашем учреждений, 57,38% опрошенных респондентов ответили «вполне доволен» (рис. 3).

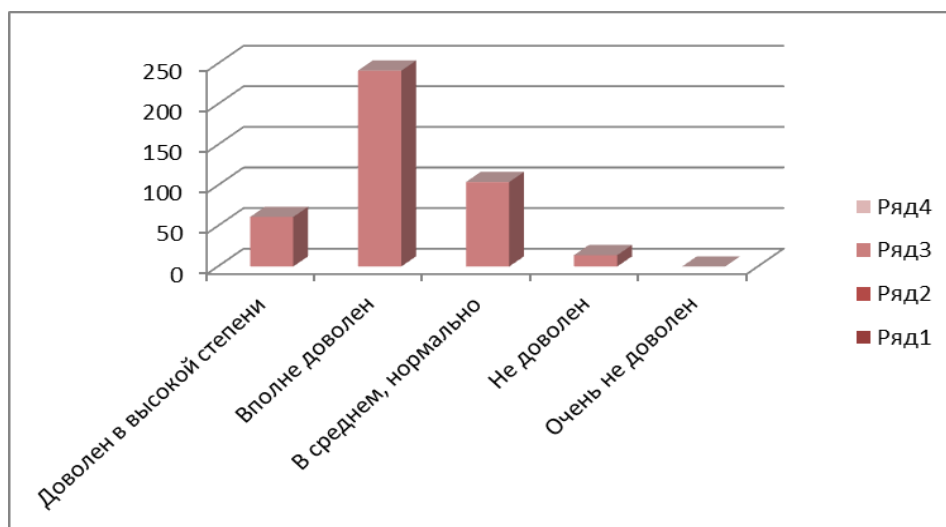


Рисунок 3 - Удовлетворенность результатами обращения/лечения в данное учреждение

Немаловажное значение имело условия предоставления медицинских услуг, соответствует ли современному уровню. В результате чего 56,42% респондентов ответили «да», 37,38% затруднялись, 6,19% ответили «нет».

Заключение. Как подчеркивается в большинстве научных исследований и в официальных документах, одной из главных задач органов и учреждений здравоохранения является своевременное, полное и повсеместное удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи. Эта проблема в настоящее время успешно реализуется в государственном и негосударственном секторах стоматологической службы.

Следует отметить, что в сложившихся социально-экономических условиях перехода к рынку необходимо решение проблем кадрового потенциала и материальных ресурсах здравоохранения, обработки в условиях эксперимента новых организационных форм работы в стоматологии и разработки нормативной базы их деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кузнецов В.В. Менеджмент стоматологической организации. - М.: Медицинская книга, Стоматология, 2007. - 664 с.
- 2 Пивень Д.В., Кицул И.С., Даценко С.О. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы // Менеджер №2 - 2010 – 30 с.
- 3 Кабушкин Н.И. //Основы менеджмента. Издательство: Новое знание, 2009 – 336с.
- 4 Гинали Н.В. // Экономика и менеджмент в стоматологии. - №3 (32), 2010.
- 5 Зайцева О.А., Радугин А.А., Радугин К.А., Рогачева Н.И. Основы менеджмента: Учебное пособие для вузов. – М.: Центр, 2007. – 432 с.
- 6 Кривошеев Г.Г. Проблема кадрового развития стоматологической службы //В кн.: Управление, организация и социально-экономические проблемы стоматологической службы страны, Тр. ЦНИИС, М. - 2001 - С.73-77
- 7 Кузьмина Н.Б., Садовский В.В. Мониторинг стоматологической помощи в г. Москве в 2002 году //Экономика и менеджмент в стоматологии, 2002. - № 1 (6). - С. 26 - 32.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил 06.02.13.

Түйін

А.Ж. ЖАҢАБЕКОВА, Д.М. ИМАШПАЕВ, Д.К. ЖҮНІСОВА, Л.М. АТАБИЕВА

СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ КАДРЛАР ҚҰРАМЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ
ЖӘНЕ БАСҚАРУ

«Астана Медициналық университеті» АҚ

Стоматологиялық көмек науқастарды мамандандырылған емдеу-профилактикалық мекемелерде емдеу тиімділігін арттыру арқасында амбулаториялық-емханалық жәрдемнің еңбегі ауқымды және ең қымбат түрлерінің бірі болып табылады. Екінші жағынан кадрларды таңдау, әсіресе медициналық қызметтер саласында, әрбір басшы тап келетін басты мәселе.

Кілтті сөздер: ұйымдастыру, басқару, стоматологиялық қызмет, кадрлар құрамы.

Abstract

A.ZH. ZHANABEKOVA, D.M. IMASHPAEV, D.K. ZHUNUSOVA, L.M. ATABIEVA

ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF THE HUMAN RESOURCES OF THE STOMATOLOGICAL SERVICE

Astana medical University JSC

The stomatological help is one of the most labor-consumer and an expensive type of the patient and polyclinic help, by increase of stomatologic's patients treatment efficiency in specialized treatment-and-prophylactic institutions. On the other hand, the choice of staff is the first what any head should face especially in the sphere of medical services.

Key words: organization, management, stomatological service, staff.

УДК 614.253.5:572.025-005.6

А.Н. ИЛЬДЕРЯКОВА, А.К. ТУРГАМБАЕВА

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Профессиональный труд медицинской сестры отличается высокой эмоциональной, психической и физической нагрузкой и в ее деятельности существует широкий спектр причин, способствующих развитию профессиональной деформации личности.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, качество трудовой деятельности, профессиональная деформация, конфликтные взаимоотношения.

Введение. Профессиональный труд медицинской сестры отличается высокой эмоциональной, психической и физической нагрузкой (Т.М. Максимова 2000 г., А.А.Калининская с соавт. 2000 г., М.Я. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. 2002 г.). В деятельности медсестры существует широкий спектр причин, способствующих развитию профессиональной деформации личности: перегрузки от профессиональной деятельности, удовлетворенность материальным положением, особенности взаимодействия с пациентами, с врачами, с коллегами/членами медицинской бригады, конфликтные взаимоотношения в рабочем коллективе, проблемы профессионального роста и карьеры, осложненные условия личной жизни (Н. Ito, S.V.Eisen, L.I. Sederer, etal. 2001 г., А. Yildirim, D. Yildirim 2007 г., С.Л. Соловьева 2003 г., Ю.В. Заманаева, А.А.2005 г. Фрумкин 2004 г.).

Профессионализация является сложным целостным процессом становления личности специалиста, который начинается с момента выбора профессии, длится в течение всей профессиональной жизни человека и завершается только тогда, когда человек прекращает свою профессиональную деятельность. Взаимовлияние профессии и личности признается большинством зарубежных и отечественных исследователей. Взаимодействие между личностью и профессией может осуществляться по двум основным направлениям. Первое направление заключается в активном

воздействии самого человека на профессию: изменении способов выполнения деятельности, модернизации орудий труда и т.д. С другой стороны, профессия может оказывать влияние на личность, изменяя и развивая ее [1].

Это взаимовлияние может носить как позитивный, так и негативный характер. Комплекс негативных последствий воздействия профессии на личность в отечественной психологии получил название профессиональная деформация. Одним из негативных проявлений профессиональной деформации личности является синдром «психического выгорания»[2].

Материалы и методы исследования. Выбор методов исследования определяется целью и задачами исследования. Для реализации поставленных задач нами были применены методы, такие как: библиографический, ретроспективный, социологический, математико – статистический.

Сбор материала исследования проводился на базе ГККП ГДБ №2; ГККП МЦППЗ; ГККП поликлиника № 8 г .Астана.

Анкетирование медицинского персонала проводилось регулярно. Для получения более полной и объективной информации мы придерживались принципа анонимности опроса. В анкетах разработанных для проведения социологического опроса медицинских сестер, использовались различные вопросы, предполагающие выбор одного ответа.

Было опрошено 418 респондентов (главных и старших медицинских сестер). По возрастной категории результаты анкетирования приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение сотрудников среднего звена по возрасту

возраст	До 20		20-29		30-39		40-49		50-59		Старше 60		Общее кол-во
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
ГККП пол-ка № 8	5	2,8	46	25,8	67	37,6	43	24,1	17	9,5	-	-	178
ГККП МЦППЗ	-	-	11	15,1	17	23,38	12	16,4	27	36,9	6	8,22	73
ГККП ГДБ №2	-	-	43	25,7	64	38,3	38	22,8	22	13,2	-	-	167

Результаты и обсуждение. На базах ГККП ГДБ №2; ГККП МЦППЗ; ГККП пол. №8.г.Астана. проведено исследование, которое основывалось на мнении среднего медицинского персонала о наличие профессиональной деформации в своей трудовой деятельности. В социологическом опросе участвовала вся численность сотрудников среднего медицинского персонала – всего 418 человек (рис.).

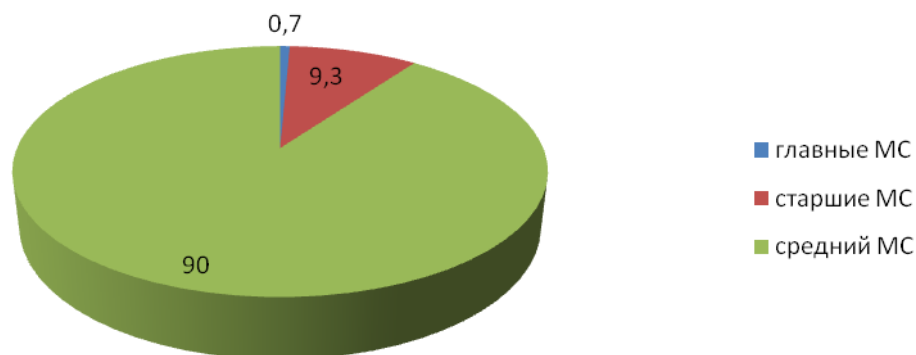


Рисунок - Сотрудники медицинских учреждений, участвовавшие в социологическом опросе

Для оценки профессиональной деформации были высчитаны следующие данные (ответы приведены в таблице 2). Анализ связи между профессиональной деформацией и факторами заинтересованности сотрудников трудовой деятельностью показал, что на формирование феномена профессиональной деформации оказывают влияние, отсутствие сплоченности в сестринском коллективе, отсутствие свободы действий и несамостоятельность в принятии решений и много других факторов. Так, на вопрос анкеты «кажется ли Вам работа такой же интересной как в начале?» сотрудники ГККП МЦППЗ что составило 73 ответа (100%) ответили положительно. Так, как в ГККП ГДБ№ 2 и ГККП пол. № 8 сотрудники ответили иначе, на данный вопрос в Городской детской больнице № 2 из 167 сотрудников 9 (5,4%) ответили отрицательно и 158 (94,6) сотрудника ответили положительно, а в поликлинике № 8 из 178 сотрудников среднего звена 7(3,9%) человек ответили отрицательно, оставшиеся 171(96,1) ответ дали положительный. Важно также понимать, что причина профессиональной деформации – это в первую очередь особенность отношения человека к своей деятельности, а не количество работы.

Таблица 2 - Оценка профессиональной деформации среднего медицинского персонала

Организация	ГККП МЦППЗ				ГККП ГДБ№2				ГККП Пол. № 8			
	ДА		НЕТ		ДА		НЕТ		ДА		НЕТ	
Вопросы:	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кажется ли Вам работа такой же интересной, как в начале?	73	100	-	-	158	94,6	9	5,4	171	96,1	7	3,9
Хотелось ли Вам когда-либо поменять профессию?	-	-	73	100	7	4,2	160	95,8	8	4,5	170	95,5
Портится ли у Вас настроение, когда Вы	-	-	73	100	3	1,8	164	98,2	5	2,8	173	97,2

вспоминаете что завтра на работу?												
Часто ли Вас раздражают коллеги?	-	-	73	100	2	1,2	165	98,8	4	2,2	174	97,8
Часто ли Вас раздражают пациенты?	-	-	73	100	-	-	167	100	-	-	178	100
Я сплю спокойно и просыпаюсь отдохнувшим (отдохнувшей).	73	100	-	-	160	95,8	7	4,2	170	95,5	8	4,5
Тех денег, которые я зарабатываю, вполне хватает, чтобы удовлетворить мои потребности.	3	20,5	70	79,5	10	6	157	94	3	1,7	175	98,3
Когда я зол(зла) или раздражен(раздражена), я могу вслух выразить свое состояние.	-	-	73	100	2	1,2	165	98,8	-	-	178	100
У меня сейчас хорошее настроение.	73	100	-	-	161	96,4	6	3,6	175	98,3	3	1,7
Результат	89,3%			89,4%			86,8%					

В настоящее время существует несколько теорий, выделяющих стадии эмоционального выгорания:

1. Первая стадия эмоционального выгорания ("медовый месяц"). Работник обычно доволен работой и заданиями, относится к ним с энтузиазмом. Однако по мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия и работник становится менее энергичным.

2. Вторая стадия ("недостаток топлива") - появляются усталость, апатия, могут возникнуть проблемы со сном. При опросе на данную проблему все сотрудники МЦППЗ - 73 (100%) ответили, что проблем со сном у них не бывает, они спят спокойно просыпаются выспавшимися и отдохнувшими. Проблемы со сном были у сотрудников ГДБ № 2 - 7 (4,2%) и Поликлиника № 8 - 8 (4,5%) При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника теряется интерес к своему труду или исчезают привлекательность работы в данной организации и продуктивность его деятельности. Возможны нарушения трудовой дисциплины и отстраненность (дистанцирование) от профессиональных обязанностей. В случае высокой мотивации работник может продолжать гореть, подпитываясь внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью.

3. Третья стадия (хронические симптомы). Чрезмерная работа без отдыха, особенно "трудоголиков", приводит к таким физическим явлениям, как измождение и подверженность заболеваниям, а также к психологическим переживаниям - хронической раздражительности, обостренной злобе или чувству подавленности, "загнанности в угол". Постоянное переживание нехватки времени (синдром менеджера) [3]. Данные критерии не исключают

тот факт, что в связи с этим сотрудников могут раздражать в работе не только коллеги но и сами пациенты. В случае с сотрудниками данных медицинских учреждений результаты анкетирования показали: 2(1,2%) сотрудника ГККП ГДБ №2 указали на то, что у них бывают случаи того, что их раздражают коллеги. В поликлинике № 8 так же у 4 (2,2%) сотрудников присутствует данный факт по отношению к коллегам. К пациентам сотрудники среднего звена данных организации раздражительности не испытывают.

Заключение. Таким образом, эффективная деятельность работника во многом зависит от его удовлетворенности трудом. Это возможно, если человек ориентирован на содержание труда, когда он работает в благоприятных условиях, у него хорошо организовано рабочее место и трудовой процесс, благоприятные отношения с руководителем и коллегами, достаточное материальное положение (уровень заработной платы), есть перспектива профессионального роста и многое другое. К числу факторов, способствующих появлению и развитию удовлетворенности работой можно отнести уровень автономности деятельности, стимулирование труда, перспективы профессионального роста и характер включения в управление.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Коростылева Л.А. Психология самореализации личности в профессиональной сфере //Л. А. Коростылева — Спб.: Питер, 2005. — 220 с.

2 Кравченко А.И. Общая психология: учеб.пособие /А.И. Кравченко.- М.: Проспект, 2009.-432с.

3 Леонова А.Б., С.Б. Величковская Дифференциальная диагностика состояний сниженной работоспособности // Психология психических состояний / Под ред. А. О. Прохорова. Вып. 6. – Казань, 2006.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил 16.02.13.

Түйін

А.Н. ИЛЬДЕРЯКОВА, Ә.К.ТУРҒАМБАЕВА

КӘСІБИ ДЕФОРМАЦИЯ - ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТШІЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ САПАСЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОР
«Астана Медициналық университеті» АҚ

Мейірбикенің кәсіби еңбегі жоғары эмоциялық, психикалық және тәни жүктемемен ерекшеленеді. Мейірбике қызметінде тұлғаның кәсіби деформациясы дамуына ықпал ететін бір қатар себептер бар, олар: кәсіби қызметтің артық жүктемесі, материалдық жағдайымен қанағаттануы, науқастармен, дәрігерлермен, әріптерімен/ медициналық бригада мүшелерімен өзара іс-әрекетінің ерекшеліктері, жұмыс ұжымындағы қатығысты өзара қатынастар, кәсіби тұрғыдан жоғарлау мен мансап мәселелері, жеке өмірінің қиындаған жағдайы.

Кілтті сөздер: кәсіби деформация, еңбек қызметінің сапасы, орта медициналық персонал, қатығысты өзара қатынастар.

Abstract

A.N. ILDERYAKOVA, A.K. TURGAMBAEVA

PROFESSIONAL DISTORTION AS A FACTOR OF INFLUENCE ON THE
QUALITY OF LABOUR ACTIVITY OF THE NURSES

Astana medical University JSC

Professional work of the nurses is highly emotional, mental and physical activity. The activities of the nurses there is a wide range of causes, contributing to the development of professional deformation of the personality: overload from the professional activity, satisfaction with financial situation, especially the interaction with patients, doctors, with colleagues or members of the medical brigade, adversarial relationships in the workplace, problems of professional growth and career, the complicated conditions of personal life.

Key words: professional distortion, quality of labour activity, nurses, adversarial relationships.

УДК 614.253.5-005.6(574)

Д. ИМАШПАЕВ, А.К. ТУРГАМБАЕВА, Г.Б. САРБАСОВА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТРЕБОВАНИЙ К РАЗВИТИЮ
СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Совершенствование требований к развитию сестринских служб в Республике Казахстан является актуальной, так как стоят очень серьезные задачи, выполнение которых позволит в корне изменить существующее положение в сестринском деле, как составной части организационной технологии здравоохранения, направленной на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в сегодняшних сложных и быстроменяющихся условиях.

Ключевые слова: сестринская служба, сестринское дело, совершенствование, здоровье населения.

Сегодня сестринское дело – это искусство, наука, оно требует понимания, применения специальных знаний и умений [1,2]. Сестринское дело включает в себя планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации, рассматривает влияние различных аспектов жизни человека на здоровье, болезнь, инвалидность и смерть [3].

Большая часть информации по сестринскому делу в годы становления ВОЗ как лидера в международном здравоохранении исходила из США, где этот раздел услуг в медицинском обслуживании получил наибольшее развитие. Там же впервые введено университетское образование для медицинских сестер. Вирджиния Хендерсон была одной из первых, кто, обобщив принципы ухода за больным, в 1955 г. сформулировала теорию сестринского дела и изложила ее в форме учебного пособия, которое неоднократно цитировалось в экспертных оценках ВОЗ [4].

Нужно отметить, что эта публикация была переведена на русский язык и выпущена издательством «Медицина» по поручению Министерства здравоохранения СССР. При этом в одном из приложений был представлен, так называемый, балансовый метод планирования национального здравоохранения в СССР, суть которого представлялась в «достижении соответствия между потребностями и имеющимися ресурсами» [5].

Между тем период бурного развития технологий по совершенствованию диагностической и лечебно-реабилитационной работы медицинских работников в крупных больницах постоянно требовал дополнительных усилий и времени для повышения квалификации персонала, в том числе и сестер. По мере расширения функций медсестры в работе стационаров сестринская профессия приобретала все большую значимость. Работа медсестер раньше была менее заметной, а теперь стала вызывать ревностное отношение со стороны врачей и желание ее контролирования. Марит Киркевольд в своей монографии [6] дает достаточно подробную оценку эволюции в те годы, подчёркивая, что «как ответ на этот контроль и недоверие к уровню компетентности медсестер, лидеры сестринского дела приступили к разработке теорий и моделей, которые смогли бы прояснить, каковы обязанности медсестры и что является областью ее ответственности» [7,8] с целью прояснения потенциального вклада, который может внести сестринская служба в улучшение здоровья населения, так как этот «участок» работы, учитывая нехватку и загруженность работой врачей оставался «ничейным».

Учитывая многолетние наблюдения и исследования в Европе, высказывалось мнение, что именно сестринский персонал, составлявший по численности самую большую часть кадровой структуры (более 5 миллионов в абсолютных цифрах) в системах здравоохранения, более заметно подвергался изменениям в ходе их реформирования и совершенствования, следуя необходимости удовлетворения, возрастающих потребностей населения стран европейского региона [9,10]. В частности, в декларации, озвученной на Венской конференции в 1988 году говорилось, что ее участники берут на себя обязательства сыграть новую роль в эру реализации ЗДВ в Европе, привлекая внимание министерств, профсоюзов, профессиональных организаций и законодательных органов.

Если взять за пример, Российскую Федерацию современная концепция сестринского дела, направленная на укрепление статуса медицинской сестры принята в 1993 году на международной конференции «Новые сестры для новой России. Заметным событием последнего времени явился II Всероссийский съезд медицинских работников в октябре 2004 года, на котором обсуждалась реформа здравоохранения.

На сегодняшний день тема «Совершенствование требований к развитию сестринской службы» является очень актуальной, так как стоят очень серьезные задачи, выполнение которых позволит в корне изменить существующее положение в сестринском деле, как составной части организационной технологии здравоохранения, направленной на решение

проблем индивидуального и общественного здоровья населения в сегодняшних сложных и быстроменяющихся условиях.

Медицинские сестры во всех странах мира все с большей решительностью заявляют о своем желании внести профессиональный вклад в создание качественно нового уровня медицинской помощи населению. В условиях глобальных и региональных, социальных и экономических, политических и национальных преобразований они по-иному видят свою роль в обществе, выступая порой в качестве не только медицинского работника, но и воспитателя, учителя, адвоката пациента. На совещании национальных представителей Международного Совета сестер, проходившем в 1987 году в Новой Зеландии, единогласно была принята такая формулировка: "Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность" [11].

В настоящее время стало очевидным, что комплекс неблагоприятных демографических, социально-экономических, политических и экологических факторов, возникших в последние годы в стране, крайне негативно сказался на состоянии здоровья населения.

Повышение спроса на медицинские услуги происходит на фоне все возрастающего дефицита материальных и финансовых ресурсов. Размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и за счет средств обязательного медицинского страхования не могут обеспечить население общедоступной бесплатной медицинской помощью.

В сложившейся ситуации сестринский персонал, составляющий самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощи.

Проводимая в стране реформа сестринского образования дала конкретные результаты, выразившиеся в создании многоуровневой системы подготовки сестринских кадров, повышении качества профессионального образования, впервые в России осуществлена подготовка специалистов с высшим сестринским образованием [12].

В то же время отсутствие правовой основы деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты и мотивации квалифицированных кадров оставляют декларированной, но до настоящего времени так и не реализованной потребность практического здравоохранения в использовании имеющегося сестринского потенциала. В отрасли сохраняется значительный кадровый дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом, продолжается отток

квалифицированных сестринских кадров из государственных учреждений здравоохранения, возрастают нагрузки, неудовлетворенность персонала и социальная напряженность.

В этой связи в стране назрела крайняя необходимость в продуманной государственной программе реформирования и развития сестринского дела. Программа должна основываться на реальных условиях и возможностях государственного и муниципального здравоохранения. Основные направления, подходы и принципы, заложенные в Программу, должны послужить ориентиром для программных и иных управленческих действий на региональном и местном уровнях.

Медико-социальная и экономическая эффективность Программы будет оцениваться, исходя из показателей эффективности и качества работы сестринских служб сестринского персонала учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты населения, а также их структурных подразделений, в ходе реализации основных направлений, положений и мероприятий Программы [13].

Хочется верить в то, что и у наших казахстанских сестер пробуждается чувство профессионального самосознания, что мы станем равноправными участниками преобразований национальной системы здравоохранения и членами международного сестринского сообщества. Будущее сестринского дела в Казахстане в наших с вами руках, оно зависит от каждого из нас, от каждого сестринского коллектива.

Сегодня медицинские сестры должны иметь иное мышление, иной подход в решении профессиональных задач и более широкие полномочия, так как меняется их роль и миссия в оказании первичной медико-санитарной помощи. В связи с чем должны меняться как философия сестринского дела, так и сам сестринский процесс, предусматривающий расширение профессиональной деятельности, которая должна быть нацелена на здоровый образ жизни, на сохранение здоровья каждого человека, семьи, общества, профилактику заболеваний в зависимости от социально-демографических условий, возрастных, половых отличий и т.д.

Начатая на основе принятой в Казахстане концепции реформа сестринского образования необходима для подготовки медицинских кадров, способных осуществлять реформу сестринского дела, а для этого необходимы медицинские сестры, способные выполнять руководящую, управленческую и лидерскую роль. Медицинские сестры, способные вносить значительные изменения во всей системе сестринской службы, направленные не только на улучшение качества оказания медицинской помощи, но и на сохранение и укрепление здоровья. Медицинские сестры, способные вносить неординарные, творческие предложения по решению хронических проблем, проявляющие инициативу первыми осуществлять новые предложения, направленные на апробирование новых подходов, технологий, в принятии радикальных мер, эффективно использующие финансовые ресурсы, умеющие максимально использовать свой штат, его возможности, талант и профессионализм сотрудников, умеющие

балансировать между ценами и качеством для обеспечения высокой эффективности в различных ситуациях и имеющихся условиях.

Реформа сестринского образования хотя медленно и зачастую болезненно, но продвигается, причем с использованием не революционного, а, скорее, разумного, прагматического подхода: не разрушая то ценное, что накапливалось годами и используя весь передовой зарубежный опыт, но ни в коем случае не копируя его слепо.

В нынешнее время все усилия необходимо направить на достижение цели реформы сестринского образования - подготовку нового поколения медицинских сестер как со средним, так и с высшим образованием по программе бакалавриат, магистратура и докторантура. Было бы целесообразным исключить из перечня существующей номенклатуры специальностей определение “средний медицинский работник”, которое даже своим названием “средний” принижает роль и значимость данной категории медицинских работников. Возможно, следует перейти к такому их определению, как “специалисты сестринского дела”, при этом отнести к данной группе работников не только медицинских сестер различного уровня, но и фельдшеров, акушерок и т. д.

Сегодня уже существуют такие специалисты, как “медицинская сестра в неотложной терапии”, выполняющая функции фельдшера, “специализированная медсестра в акушерстве”, выполняющая функции акушерки. На основе базового сестринского образования можно также осуществлять подготовку медицинских сестер для общественного здравоохранения вместо санитарных фельдшеров, медицинских сестер, специализированных для семейной практики, для фтизиатрии и т. д.

Реформа сестринского дела это подготовка и переподготовка управленческих кадров, в том числе медицинских сестер-менеджеров. В первую очередь потому, что повышается роль первичной медико-санитарной помощи. Именно на этот участок работы должны быть максимально привлечены медицинские сестры нового типа. Ни у кого не вызывает сомнения, что это экономически выгодно.

Таким образом, сегодня необходим принципиальный, конструктивный и обязательно коллегиальный подход в решении вопросов подготовки специалистов сестринского дела, который будет способствовать становлению системы непрерывного сестринского образования для более полного удовлетворения нужд здравоохранения в вопросах оказания медицинской помощи и укрепления здоровья населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пресс-служба Министерства здравоохранения РК, 09.11.2012 год.
- 2 Мухина С.А., Тарковская И.И. //«Теоретические основы сестринского дела» часть I – II 1996г., Москва.

3 Двойникоова С. И., Карасева Л. А. // «Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями» Мед. Помощь 1996. - № 3. - С. 17-19.

4 Планирование и разработка программ для сестринских служб. Всемирная Организация здравоохранения, Женева. - 1974. - 139 с.

5 Мухина С. А., Тарковская И. И. //«Теоретические основы сестринского дела» часть I – II 1996., Москва.

6 Марит Киркевольд. Сестринское дело. Анализ и оценка теорий. Москва: ПЕР СЕ, 2001. – 191 с.

7 Barnum B.S. (1990) Nursing theory: analysis, application, evaluation. 3. UTG. Glenview, Illinois: Scott, Foresman \ Little, Brown, Higher Education.

8 Community Health Nursing. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 558. WHO, Geneva. – 1974.

9 Medicosocial work and nursing: the changing needs. EURO, Reports and Studies 79. WHO Denmark 1983. - 70 p., Nursing care. Summary of a European study. WHO EURO, Copenhagen, 1987. - 74 p.

10 European Conference on Nursing. Nursing & Midwifery in Europe. WHO EURO, vol.5 - № 3. - 8 p. Dec. 1988.

11 Романюк В.П. История сестринского дела в России, СПб., 1998 г.

12 Государственная программа развития сестринского дела в Российской Федерации разработана в соответствии с приказом Минздрава РФ от 31.12.97 № 390 "О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации".

13 Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации".

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил 06.02.13.

Түйін

Д. ИМАШПАЕВ, Ә.К. ТҮРҒАМБАЕВА, Г.Б. САРБАСОВА

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕЙІРБИКЕЛІК ҚЫЗМЕТТІ ДАМУҒА ҚОЙЫЛАТЫН ТАЛАПТАРДЫ ЖЕТІЛДІРУ
«Астана Медициналық университеті» АҚ

Қазіргі таңда «Қазақстан Республикасында мейірбикелік қызметті дамытуға қойылатын талаптарды жетілдіру» тақырыбы өзекті болып тұр. Бұл мақалада мейірбике ісінде бүгін күні орын алған жағдайды түбегейлі өзгертуге мүмкіндік беретін, қазіргі қиын әрі тез өзгеріп тұратын жағдайларда жеке тұлғаның және халықтың қоғамдық денсаулығына байланысты мәселелерді шешуге бағытталған маңызды мәселелер баяндалған.

Кілтті сөздер: жетілдіру, мейірбикелік қызмет, мейірбике ісі, халық денсаулығы.

Abstract

D. IMASHPAEV, A.K. TURGAMBAEVA, G.B. SARBASOVA

IMPROVEMENT OF THE REQUIREMENT FOR THE DEVELOPMENT OF
NURSING SERVICE IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
«Astana medical university» JSC

Today the theme «Improvement of the requirement for the development of nursing service in Republic of Kazakhstan» is very relevant. This article describes the major tasks, that will allow to change the current situation in nursing service, which will address on the solving the problems of individual and public health in today's complex and rapidly changing environment.

Key words: improving, nursing service, nursing, population health.

УДК 614.2-005.591.4

С.Б. РАХИМЖАНОВА, А.К. ТУРГАМБАЕВА

РЕОРГАНИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРЕДПРИЯТИЯ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ

Существовавшая система ведения хозяйства ограничивала применение экономических механизмов распределения бюджета организации. Переход на право самостоятельного ведения финансово-хозяйственной деятельности (как один из механизмов) в медицинских организациях дает возможность изменить сложившуюся ситуацию в благоприятную сторону.

Ключевые слова: реорганизация организаций здравоохранения, право хозяйственного ведения, реформирования системы здравоохранения.

Современное казахстанское общество преодолевает непростой этап своего укрепления на позициях сильного государства, развитой экономики и возможностей всеобщего труда. Здравоохранение является сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье, которая рассматривается как одна из приоритетных в политической, экономической и социальной жизни государства и общества [1]. Изменения, происходящее в социуме, сказывается на деятельности всех социальных институтов и, в частности, здравоохранения. Крупные преобразования направлены на переход от здравоохранения, основанного на потребностях, к здравоохранению, опирающемуся на финансовые возможности [2].

Определяющим значением на современном этапе приобретает повышение качества медицинской помощи, населению. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит о множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управлением качеством медицинских услуг занимает

важное место в контексте стратегического развития Казахстана до 2020 года. В связи с этим в последнее время идет поиск новых, наиболее совершенных, эффективных и экономических форм медицинского обслуживания населения в системе как бюджетных, так и частных медицинских организаций [3].

За рубежом накоплен богатый опыт перехода на право хозяйственного ведения предприятиями. Кроме традиционных рыночных и институциональных реформ, развития системы социальной защиты, реформирование на уровне предприятий, прежде всего, предусматривало следующие изменения: акционирование предприятия и установление его автономии, сокращение количества уровней наблюдательных органов за деятельностью предприятия (на местные органы власти возлагалась полная ответственность за деятельность их предприятий); конкурентные условия, сокращение субсидий, возможность предприятий заниматься непрофильными видами деятельности и передача социальных функций местным или региональным властям [4].

В развитых странах мира, особенно в тех, где существует система государственного медицинского страхования, лечебная сеть, принадлежащая государству, осуществляет работу в жестких финансовых ограничениях (Канада, Италия, Испания, Великобритания и др.) [5].

Как отмечает Г.Р. Колоколов [6], исторически государственная система здравоохранения в России была преемницей так называемой благотворительной медицины, при которой церковь и государство принимали на себя финансирование медицинской помощи неимущим слоям населения. Основным источником финансирования здравоохранения при такой системе являются государственные налоги, а структурами, аккумулирующими финансовые ресурсы здравоохранения, выступают бюджеты различного уровня. Финансирование медицинской помощи осуществляется преимущественно по структурному принципу (возмещение расходов учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг). При этом медицинские учреждения, как правило, имеют государственный некоммерческий статус и являются исполнителями социального заказа, напрямую подчиняясь государственным финансовым правилам. Планирование и управление государственной системой происходит централизованно (унитарно). Государственная система здравоохранения предусматривает административный контроль качества оказания медицинской помощи. С 60-х годов прошлого века вещное право в России именовалось «правом оперативного управления», впоследствии в законах о собственности было разделено на более широкое по содержанию «право полного хозяйственного ведения», предназначенное для производственных предприятий, и более узкое «право оперативного управления» — для госбюджетных и аналогичных им учреждений. В дальнейшем (до вступления в силу ГК РФ) в законе «О предприятиях и предпринимательской деятельности» уже отсутствует понятие «право полного хозяйственного ведения», а вводится в правовой обиход категория

«право хозяйственного ведения», которая сохранена и в ныне действующем Гражданском кодексе, естественно, с несколько иным правовым статусом [7].

Как отмечает Т.В. Ерохина [8], многим нормативным правовым актам в сфере здравоохранения России присущи такие недостатки, как: недостаточное финансовое подкрепление, декларативность положений, противоречивость отдельных норм, недостаточная ясность в вопросах распределения полномочий между разными уровнями и др. Такое сходство сравнимо с проблемами в здравоохранении Казахстана.

Об актуальности и необходимости исследования по выбранной мной теме говорит и то, что рассматриваемое право претерпевало существенные изменения в Казахстане в течение довольно короткого временного периода.

Поскольку в дореформенный период (до 90-х годов XX-го века) наше государство являлось собственником основной массы имущества, то при переходе к рыночным отношениям, государство, будучи не в состоянии непосредственно хозяйствовать с принадлежащими ему объектами и одновременно не желая утратить на них право собственности (и с целью того, чтобы избежать социальных потрясений от скачкообразного перехода к рынку — в случае продажи (приватизации) большей части имущества в частную собственность), объективно было вынуждено выпускать в имущественный оборот «самостоятельные» юридические лица — «предприятия» и «учреждения», закрепляя за ними своё имущество на определённом вещном праве. Внешнее управление предприятиями существенно изменилось при переходе к рыночной экономике

В 1995-1996 гг. началась реорганизация системы здравоохранения Казахстана. Основным направлением реформирования стало введение многоукладной медицины (государственное здравоохранение, обязательное медицинское страхование, частный сектор). Только в 1997 году было закрыто 181 амбулаторно-поликлиническое учреждение, сокращено 26 тысяч больничных коек [9].

С первых дней независимости Казахстан взял курс на построение рыночной экономики. Этот достаточно болезненный и сложный процесс сопровождался различного рода социальными проблемами и потрясениями. Изменения в хозяйственном законодательстве формировали новые правоотношения хозяйствующих субъектов и органов исполнительной власти и делали правовой механизм их регулирования более эффективным. Важнейшими появления в управлении организациями наряду с другими вещными правами стали права хозяйственного ведения, правовой статус которого определён Гражданским кодексом РК, статьями 102, 119, 196, 198-200 [10].

Если в прошлом управление предприятиями основывалось на директивных плановых заданиях, то теперь в управлении предприятиями преобладают методы экономического стимулирования их деятельности. Особенно это относится к частным предприятиям, на которые государство воздействует с помощью установления общих параметров их деятельности.

В этих целях проводится прогнозирование и программирование хозяйственной деятельности, применяются государственная регистрация предприятий, лицензирование отдельных видов хозяйственной деятельности, техническое регулирование и другие меры, направленные на обеспечение интересов государства и общества. Важной формой государственного регулирования экономики является государственная поддержка экономически и социально значимых предприятий.

В 2009 году, в соответствии с Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, были разработаны методические рекомендации по реорганизации организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения [11].

В настоящее время Министерством совместно с Всемирным Банком реализуется инновационный проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения. Проект предусматривает модернизацию финансирования и управления здравоохранением, реструктуризацию больничного сектора, реформирование медицинского образования и науки, развитие информационной системы здравоохранения, совершенствование лекарственного обеспечения, безопасность пищевой продукции по программе вступления в ВТО.

Глава Минздрава отмечает, что разработаны новые квалификационные стандарты для менеджеров здравоохранения и разрабатываются планы по реструктуризации больничного сектора. В рамках проекта уже обучено более 3 тысяч менеджеров в системе здравоохранения [12].

На данный момент, в рамках реализации приказа МЗ РК по поэтапной реорганизации организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения, общее количество медицинских организаций перешедших на ПХВ - 346:

- на 1 января т.г. 2010 года – 23 организаций;
- на 1 января т.г. 2011 года – 72 организаций;
- на 1 января т.г. 2012 года – 192 организаций;
- на 1 января т.г. 2013 года – 346 организаций [13].

Важно заметить, что если в условиях большей численности и широкого спектра предоставления услуг медицинскими организациями на городском уровне смогут сохранять безубыточное состояние и выводить прибыль, то для уровня центральных районных больниц (ЦРБ) с низкой вероятностью формирования конкурентной среды, необходимы дополнительные корректирующие действия. Также необходимо проведения анализа фактических затрат больницы, определения стоимости затрат и средней стоимости пролеченного случая, сравнение фактических затрат с суммой оплаты в рамках КЗГ, сравнение фактических затрат за пролеченный случай по отделению со средней стоимостью оплаты за пролеченный случай.

Таким образом, анализ литературы показал актуальность поставленных задачи работы и необходимость их решения. Поиск подходов к менее подследственной реорганизации организаций на праве хозяйственного ведения в системе здравоохранения являются важным направлением в современных условиях.

Очевидным является то, что требуется своеобразная ревизия законодательства в области здравоохранения. Несмотря на многообразие нормативных актов разного уровня, принятых в сфере охраны здоровья, по-прежнему актуальными остаются вопросы совершенствования законодательства по вопросам организации и функционирования казахстанской системы государственного управления здравоохранением, повышения эффективности управленческой деятельности в данной сфере.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послания Президента РК к народу Казахстана, 14.12.2012 г.
- 2 Health care systems in transition, 2003. - P. 26.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 годы
- 4 выступление Luca Brusati – Удинский государственный университет, Милан, Италия, 2012.
- 5 Джеймс, А. Преобразование здравоохранения в США в контексте процесса реформ / А. Джеймс, Д.Райс// Проблемы соц.гиг. и мед. - № 3 - 4. – С. 47-52.
- 6 Колоколов Г.Р. Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность. Статья размещена в базе данных Консультант Плюс.
- 7 Гражданский кодекс Российской Федерации. Части первая и вторая. — 15-е изд., с изм. И доп. По сост. На 15 октября 1999. — М.: Издательская группа НОРМА–ИНФРА - М, 1999. — 560 с.
- 8 Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации. Статья размещена в базе данных Консультант Плюс.
- 9 Концепция перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 года/ Казахстанская правда. - № 8. - 2006.
- 10 Гражданский кодекс Республики Казахстан от 24.12.1994.
- 11 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 августа 2009 года № 407 Об утверждении Методических рекомендаций по реорганизации организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения
- 12 Информационная служба, интервью с ответственным секретарем ведомства С.Р. Мусиновым.
- 13 Согласно интернет - ресурса www.gosreestr.kz АО «Информационно-учетный центр».

АО «Медицинский Университет Астана». Материал поступил 06.02.13.

Түйін

С.Б. РАХЫМЖАНОВА, Ә.К. ТҰРҒАМБАЕВА

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМДАРЫН ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ
ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛКЕТТІК КӘСПОРЫНДАРҒА ҚАЙТА
ҰЙЫМДАСТЫРУ
«Астана Медициналық университеті» АҚ

Шаруашылық жүргізудің қолданыста болған жүйесі ұйым бюджетін бөлудің экономикалық механизмдерін қолдануға шектеу қойған болатын. Шаруашылық қызметті дербес жүргізу құқығына өту (механизмдердің бірі) медициналық ұйымдарда қалыптасқан жағдайда қолайлы жаққа қарай өзгертуге мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: денсаулық сақтау ұйымдарын қайта ұйымдастыру, шаруашылық жүргізу құқығы, денсаулық сақтау жүйесін реформалау.

Abstract

S. RAKHIMZHANOVA, A. TURGAMBAEVA

REORGANIZATION OF HEALTH CARE IN THE STATE-OWNED ENTERPRISES
ON THE RIGHT TO RUN
JSC "Astana Medical University"

The existing system of farming restricts the application of economic mechanisms for the distribution of the budget of the organization. Moving to the right to self-management of financial and economic activity (as a mechanism) in health care organizations an opportunity to change the situation in a favorable direction.

Key words: reorganization of healthcare organizations, state-owned enterprises, reforming the health care system.

УДК 614.253.5:331.214.72

Ю.О. СИЗИКОВА, А.К. ТУРҒАМБАЕВА, Б.К. БЕКИШЕВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ,
ЦЕННОСТЕЙ В РАБОТЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА

Изложены основные вопросы проведенного социологического исследования на базе ГДБ №2, г. Астаны. По итогам исследования предложены рекомендации по усовершенствованию организации и управления медицинскими сестрами и повышению качества их работы среднего медицинского персонала.

Ключевые слова: ценности, экономическая заинтересованность, средний медицинский персонал, удовлетворенность работой.

Введение. Среди жизненных сфер профессиональная деятельность занимает существенное место, поэтому удовлетворенность работой является важной характеристикой качества жизни. С ней связаны психическое и соматическое здоровье людей, текучесть кадров и результаты труда [К.А. Аяпов, 2002 г., К.Т. Уразалинова, 2011 г.].

Целью исследования явилось оценка удовлетворенности среднего медицинского персонала своей работой.

Материалы и методы. Проведены социологические и статистические методы анализа, автоматизированная обработка данных. С помощью прикладной программы Microsoft Excell обработан материал, полученный при исследовании. Нами проведено анкетирование медицинского персонала в Городской детской больнице (ГДБ) № 2 г. Астаны.

Из общего числа среднего медицинского персонала - 21 находятся в декретном отпуске. Высшее сестринское образование имеют 9 медицинских сестер, 134 имеют квалификационную категорию. В 2012 году прошли специализацию 20 человек. Совет сестер состоит из 4 секторов: производственный сектор, учебно-воспитательный сектор, сектор лечебного питания, санитарный сектор. Согласно таблице 1, в ГДБ № 2 на 1 июля 2012 года при штатной численности 335,75 работает 296 средних медицинских работников, что составляет 84,5% укомплектованности процент совместительства составляет – 1,5.

Таблица 1 – распределение респондентов по должности

	Специальность	Количество
1	Старшая медицинская сестра	19
2	Медицинская сестра	251
3	Лаборант клинико-диагностической лаборатории	13
4	Рентген-лаборант	9
5	Фармацевт	1
6	Диетсестра	2
7	Дезинфектор	1

Возрастной состав и удельный вес каждой возрастной группы указан в таблице 2.

Таблица 2 - Возрастной состав среднего медперсонала

Возраст	до 25 лет	от 25 до 35 лет	от 35 до 45 лет	от 45 до 55 лет	свыше 55 лет	Всего
Количество	56	83	82	63	12	296
Удельный вес	19,0	28,0	28,0	21,0	4,0	100,0

Согласно таблице 2, одинаковое количество медсестер (28%) приходится на возрастные групп от 25 до 35 лет и от 35 до 45 лет, 21% среднего медицинского персонала находятся в возрастной категории от 45

до 55 лет, 19% респондентов – до 25 лет, и всего 4% - свыше 55 лет. Исходя из этого, можем сделать вывод, что в данном учреждении в большей степени работает персонал в среднем возрасте, тогда как совсем небольшое количество молодых специалистов.

Для определения лиц, кто наиболее точно способен оценить текущие результаты и качество работы, по мнению среднего медицинского персонала, респондентам был предложен вопрос: «Как вы считаете, кто может наиболее точно оценить текущие результаты и качество вашей работы?» Исходя из расчетов, наибольшая часть опрошенных ($37\% \pm 3,02$) считает, что старшая медицинская сестра наиболее точно может оценить качество работы среднего медперсонала. Далее, $27\% \pm 2,78$ респондента ответили – заведующий отделением, $15\% \pm 2,23$ – главная медицинская сестра. Остальные мнения распределились следующим образом: врачи отделения ответили - $9\% \pm 1,79$ респондентов, коллеги из отделения – $7\% \pm 1,59$, и всего лишь 3% медсестер считают - пациенты, остальные 2% опрошенных – главный врач больницы (рисунок 1).



Рисунок 1 – распределение мнения среднего медперсонала о субъекте оценки качества их работы

По нашему мнению, в настоящее время необходимо больше внимания уделять оценке работы медицинских сестер именно глазами пациентов, так как порой только они способны дать объективную оценку качеству выполнения манипуляции и других сестринских вмешательств.

Причины увольнений могут быть разными, однако последствия (экономические, финансовые и психологические) значительны и касаются всех субъектов социально-трудовых отношений. Высокая текучесть кадров - одна из серьезных проблем современных предприятий. В научной литературе определяют естественный (в рамках 3-5% от общей численности персонала) и повышенный уровни текучести. Так, расходы на замену одного рабочего составляют 7-20% от его годовой заработной платы, специалиста - 18-30%, управленца - 70-100%.

Реален ли для сотрудников риск потери работы, большинство респондентов ($56\% \pm 2,89$) ответили – нет, $18\% \pm 2,24$ дали положительный

ответ, лишь 6% ответили – скорее да, чем нет, 13%±1,9 медсестер затруднились с ответом. Данные анкетирования показывают, что в большей степени медицинские сестры уверены в занимаемой должности, а так же в долгосрочной работе в данном учреждении.

Смогут ли сотрудники при потере работы, найти равноценное место (рисунок 2), подавляющая часть медсестер (66%±2,75) ответили – да, без проблем, четверть респондентов (25%±2,51) – да, но это будет непросто, всего лишь 2%±0,8 опрошенных отметили – скорее всего, нет, 7% затруднились с ответом.

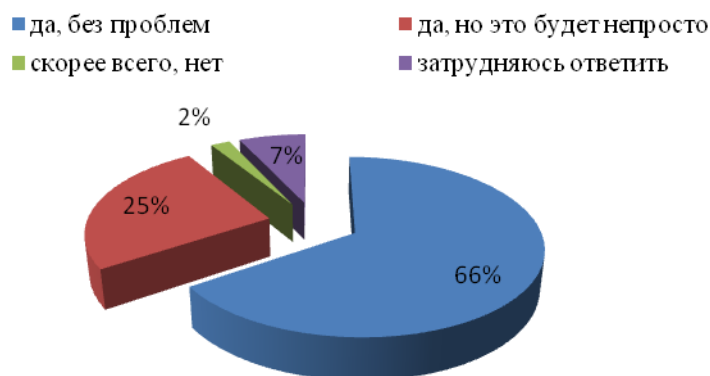


Рисунок 2 – распределение мнения среднего медперсонала о возможности найти другую работу

В практике управления одной из самых распространенных форм стимулирования является материальное стимулирование. Роль данной формы стимулирования исключительно велика. Для определения степени удовлетворенности заработной платой, мы оценили мнения респондентов об уровне заработной платы (рисунок 3). По нашим расчетам, треть опрошенных (33%±2,72) указали уровень заработной платы как средний, 36%±2,78 респондентов – низкий, 30%±2,65 - очень низкий, и всего 1% из числа среднего медперсонала отметил уровень заработной платы как высокий.

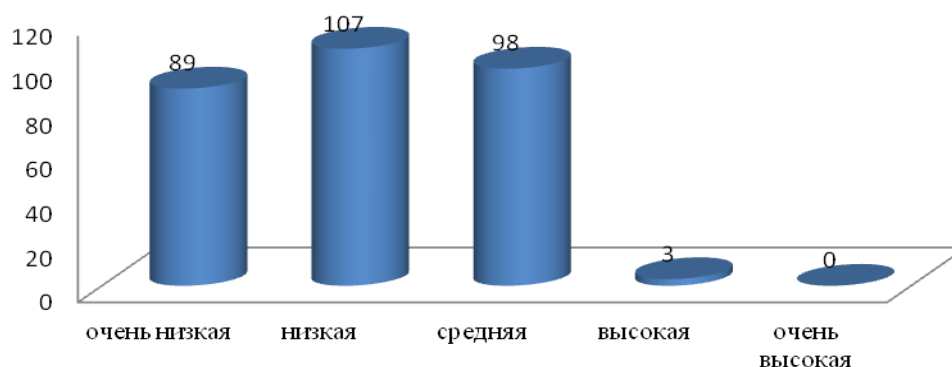


Рисунок 3 – Распределение мнения респондентов об уровне заработной платы

На этапе исследование основных ценностей в работе, мнение среднего медперсонала разошлись, что дало нам понять о различиях в системе ценностей респондентов (таблица 3).

Таблица 3 – Ценности в работе

Показатель	Абс.	%
Хороший трудовой коллектив	117	17
Это интересная работа	94	14
Удобный график работы	80	12
Удобное месторасположение, транспортная доступность	78	11
Общение с пациентами	57	8
Гарантия сохранения рабочего места	48	7
Перспективы карьерного роста	39	6
Возможность хорошо зарабатывать	34	5
Социальная значимость	31	4
Свобода организации своей деятельности	31	4
Возможность продолжать работать, выйдя на пенсию	30	3
Рабочее место, отвечающее самым современным требованиям	29	3
Возможность творческой самореализации	7	1

При оценке мнения среднего медперсонала о коллегах с низким уровнем профессиональной подготовки треть респондентов ($31\% \pm 2,86$) ответили - были единичные случаи, $20\% \pm 2,48$ медсестер считают, что таких много (в числе их коллег), $18\% \pm 2,38$ ответили – нередко встречается такой контингент сотрудников. Однако $31\% \pm 2,86$ опрошенных считают, что не встречали медсестер с низким уровнем профессиональной подготовки в числе своих коллег. На качество работы среднего медицинского персонала влияют многие факторы, в том числе их мотивация к трудовой деятельности. Считается, что хорошо мотивированный работник, способствует повышению не только эффективности и результативности организации, но и также улучшению качества медицинской помощи в целом. Для выявления мотивации к труду, мы установили связь финансового мотива с личным вкладом работника.

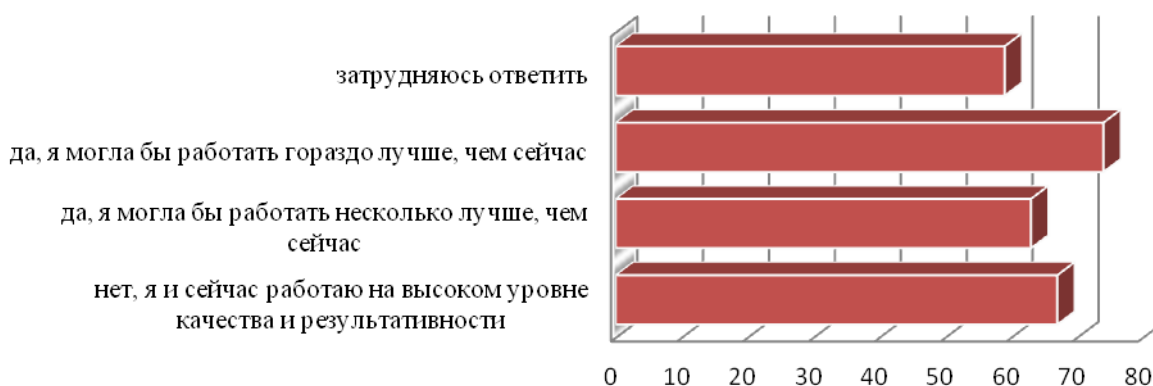


Рисунок 4 – Распределение мнения среднего медперсонала о возможности улучшить качество своей работы

Исходя из данных, изображенных на рисунке 4, видно, что большая часть медицинских сестер могут, а самое важное, что хотят и готовы работать лучше, если бы заработная плата была связана с качеством выполнения работы, а также личным трудовым вкладом.

Удовлетворенность работой зависит от многих факторов, таких как имидж организации, техническая оснащенность, размер заработной платы, психологический климат в коллективе и т.д. С учетом положительных и отрицательных сторон работы, в целом в какой степени удовлетворяет работа сотрудников? Результаты отразились следующим образом: $\frac{1}{4}$ часть медперсонала ($25\% \pm 2,51$) ответили – полностью удовлетворяет, $28\% \pm 2,6$ респондентов частично удовлетворяет работа, $18\% \pm 2,3$ удовлетворяет в большей степени, скорее не удовлетворяет – $13\% \pm 1,95$ опрошенных, совершенно не удовлетворяет – $12\% \pm 1,8$.

Заключение. Таким образом, полученные данные поспособствовали в исследовании экономической привлекательности работы в учреждении здравоохранения, определению системы ценностей медицинских сестер, оценки удовлетворенности работой.

Изучение теоретических и практических аспектов в управлении сестринской службой, позволили определить сущность проблем в социально-экономической категории деятельности среднего медицинского персонала. В качестве решения данных проблем предлагаем следующие практические рекомендации:

1. Для повышения удовлетворенности среднего медицинского персонала необходимо провести реорганизацию функций и обязанностей медицинских сестер.
2. Внедрить новые должности для контроля качества работы среднего медицинского персонала.
3. Систематически оценивать качество работы медицинских сестер с помощью проведения социологических опросов пациентов и врачей.
4. Необходимо создать научные центры для развития сестринских исследований и внедрения их в практику.
5. Создать учебно-методические подразделения в ЛПУ для систематического повышения профессиональных компетенций и навыков среднего медицинского персонала посредством непрерывного обучения и развития.
6. Использовать метод сбалансированной системы показателей для планирования деятельности медицинских сестер, которая включает 4 проекции (финансовая, внутренние бизнес-процессы, пациенты, обучение и развитие персонала).
7. Разработать ключевые показатели результативности (КПР) среднего медицинского персонала, которые способствуют рациональной организации работы медсестер, а также формируют мотивационный потенциал персонала. Согласно системе КПР легко оценить вклад каждого сотрудника, его эффективность работы, полученный результат, тем самым обеспечить справедливую оплату труда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аяпов К.А. Влияние важнейших медико-социальных проблем в Казахстане на развитие сестринского дела // Медицинская помощь . — 2002. — N 3. — С. 40-41.

2 Гажева А.В. Алгоритм разработки и внедрения индикаторов качества деятельности медицинских сестер // Журнал «Главная медицинская сестра» №7, - Москва, 2011. - С.43-51

3 Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. // Теория сестринского дела: Учебное пособие для студентов факультетов высшего сестринского образования.- Самара: ГП «Перспектива», 2002. - с.160.

ГКП на ПХВ «Городская детская больница№2», г. Астана. АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил 17.01.13.

Түйін

Ю.О. СИЗИКОВА, Ә.К. ТҮРҒАМБАЕВА, Б.К. БЕКИШЕВА

ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТШІЛЕРДІҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ МҮДДЕСІН,
ЖҰМЫСТАҒЫ ҚҰНДЫЛЫҚТАРЫН АНЫҚТАУ

«Балалардың №2 қалалық ауруханасы» ШЖҚ МКК, «Астана Медициналық университеті» АҚ

Бұл мақалада Балалардың №2 қалалық ауруханасы базасында өткізілген әлеуметтік зерттеудің негізгі мәселелері баяндалған. Зерттеу нәтижелері бойынша мейірбикелерді басқару және ұйымдастыруды жетілдіру, орта медициналық қызметшілер жұмысының сапасын арттыру ұсынымдары берілді.

Кілтті сөздер: құндылықтар, экономикалық мүдде, орта медициналық қызметшілер, жұмыспен қанағаттану.

Abstract

Yu.O. SIZIKOVA, A.K. TURGAMBAEVA, B.K. BEKISHEVA

DETERMINATION OF THE ECONOMIC INTERESTS AND NON-MATERIAL
VALUES IN THE WORK OF NURSES

RSE on SOE «City children's hospital №2», Astana city. «Astana medical university»
JSC

This article describes the key issues of the sociological research which was conducted in the City Children's Hospital number 2. The study made recommendations to improve the organization and management by nurses, improve the quality of nursing.

Key words: values, economic interest, nurses, job satisfaction.



УДК 618.211:618.38

Г.Б. БАПАЕВА, Ж.К. КУРМАНГАЛИ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Представлены данные о возможности лечения задержки внутриутробного развития плода при недоношенной беременности и критическом кровотоке в плодово-плацентарном звене путем введения питательных веществ (аминокислоты и глюкоза) через вену пуповины плода в комплексе с гипербарической оксигенацией.

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития плода, аминокислоты, глюкоза, гипербарическая оксигенация.

Задержка внутриутробного развития плода (далее – ЗВУР) остается актуальной проблемой современного акушерства, в связи с тем, что данная патология характеризуется высокими фетоинфантильными потерями [1].

На протяжении многих лет проводились исследования по вопросам прогнозирования данной патологии, совершенствования методов диагностики, оптимизации ведения беременных и их рационального родоразрешения.

На сегодняшний день существует две основные тактики ведения ЗВУР: первая - медикаментозная и немедикаментозная терапия, вторая - динамическое наблюдение и родоразрешение в оптимальные сроки.

Первая тактика ведения продолжает применяться в некоторых странах СНГ. Медикаментозная терапия направлена на поддержание компенсаторно-приспособительных механизмов и улучшение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, обеспечивающих возможность пролонгирования беременности; нормализацию метаболических и обменных процессов [2]. В этих случаях введение препаратов с целью медикаментозной коррекции данной патологии проводится непосредственно беременным женщинам. Однако данные методы лечения не имеют доказанной эффективности в связи с тем, что вследствие патологических процессов плацента не способна осуществить транспортную функцию по доставке нутриентов внутриутробному плоду. Немедикаментозная терапия предполагает использование гипербарической оксигенации с целью улучшения метаболических процессов в фетоплацентарном комплексе.

Выжидательная тактика предполагает динамическое наблюдение и мониторинг внутриутробного состояния плода и родоразрешение при появлении признаков угрожающего состояния плода. Данная тактика ведения при ЗВУР плода применяется в Республике Казахстан [3].

В последние годы в медицинской литературе [4] появились данные о возможности введения питательных веществ непосредственно плоду через фетальную интраваскулярную порт-систему. При этом беременной женщине устанавливается подкожный «порт», соединенный через катетер с пупочной веной, через который можно вводить питательные вещества (аминокислоты, глюкозу) непосредственно внутриутробному плоду.

На базе Национального научного центра материнства и детства внедряется новая инновационная технология по введению нутриентов внутриутробному плоду через фетальную интраваскулярную порт-систему. Цель применения новой методики заключается в максимальном пролонгировании беременности при ЗВУР в случае неблагоприятного прогноза для плода, т.е. когда имеет место декомпенсированная плацентарная недостаточность при критическом кровотоке в плодово-плацентарном звене в сроке гестации менее 30 недель. Известно, что с увеличением срока гестации шансы недоношенных плодов на выживание повышаются. По данным литературы [5], глюкоза необходима для поддержания энергетических ресурсов плода. Глюкоза улучшает газообмен плода путем повышения к нему транспорта кислорода и выведения углекислоты, увеличивает содержание гликогена. Одной из причин снижения функции клеточных мембран при истощении компенсаторных возможностей фетоплацентарной системы является нарушение пентозофосфатного пути окисления глюкозы, в связи с этим ее введение при выраженной гипоксии плода может привести к значительному накоплению продуктов перекисного окисления липидов в организме, развитию ацидоза и снижению утилизации кислорода тканями. То же самое касается аминокислот, которые играют важную роль в метаболических процессах, связанных с ростом и развитием плода. Однако при декомпенсированных состояниях фетоплацентарного комплекса, аминокислоты утрачивают способность усваиваться, в связи, с чем необходимы механизмы, которые стимулируют метаболические процессы.

Одним из таких механизмов может служить гипербарическая оксигенация, которая может влиять на процессы нормализации клеточных и тканевых процессов в фетоплацентарном комплексе. Гипербарическая оксигенация (ГБО) – метод, предусматривающий насильственное увеличение кислородных запасов организма. При этом возрастает парциальное давление кислорода в легочных альвеолах и соответственно увеличивается количество оксигемоглобина, особенно кислорода, физически растворенного в плазме артериальной крови. Это ведет к усилению диффузии кислорода из артериального участка капилляра в «гипоксические ткани», которые, в свою очередь, забирают кислород, физически растворенный в плазме крови, а не связанный с гемоглобином, что существенно облегчает поступление его к тканям. Кроме того, растворенный кислород легко проникает через плацентарный барьер, диффундируя из плазмы через оболочки капилляра в околокапиллярное пространство. По мнению ряда авторов [6], в механизме положительного

действия кислорода лежит его способность восстанавливать на тканевом уровне угнетенные после гипоксии дыхательные ферменты. Многие позитивные эффекты ГБО, которые обнаруживаются при лечении ряда патологических (в том числе и гипоксических) состояний, не являются прямым следствием ликвидации гипоксии, а обусловлены влиянием кислорода на различные уровни систем адаптации.

Нами применена инновационная методика - введение питательных веществ внутриутробному плоду через фетальную порт - систему в комплексе с сеансами ГБО у беременной с ЗВУР.

Беременная Б., 22 лет поступила в акушерский стационар с диагнозом «Беременность 30 недель. Рубец на матке. Преэклампсия легкой степени. Хронический пиелонефрит, ремиссия. ЗВУР плода, симметричная форма. НМПК 2 степени». По данным фетометрии при поступлении - плод соответствовал 28 неделям беременности. Головное предлежание плода. Симметричная форма задержки внутриутробного развития плода. Преждевременное созревание плаценты. По результатам лабораторного обследования - суточная протеинурия - 0,90г/л, остальные анализы в пределах нормы.

По данным доплерометрии - нарушение гемодинамики плода 2 степени в сочетании с нарушением плодово-плацентарного кровотока, достигающее критических значений (нулевой диастолический компонент в обеих артериях пуповины). Нарушение маточно-плацентарного кровотока. По данным кардиотокографии – базальный ритм 146 уд/мин, акцелераций 1, децелераций 1 (длительность 2,5 мин, до 60 уд,) нестрессовый тест слабо положительный, STV - 7,0.

Учитывая срок гестации – 30 недель, результаты доплерометрии (нулевой кровоток в артерии пуповины), локализацию плаценты по передней стенке, беременной предложена установка фетальной интраваскулярной порт - системы для инфузии питательных веществ (аминокислот и глюкозы) внутриутробному плоду в сочетании с сеансами ГБО. После получения информированного согласия установлена порт-система и начаты ежедневные инфузии аминокислот и глюкозы с инсулином в вену пуповины плода. В комплексе терапии начаты сеансы ГБО в режиме 0,4 АТИ в течении 50 минут под ежедневным мониторингом доплерометрии и КТГ. На фоне комплексной терапии на 3 сутки наблюдалась положительная динамика - по данным доплерометрии в одной артерии пуповины появился сниженный кровоток, КТГ – близко к норме. Инфузия аминокислот и глюкозы с инсулином проведена в течении 8 дней, а сеансы ГБО – 7 дней с последующим перерывом. На фоне прекращения сеансов гипербарической оксигенации, отмечает ухудшение шевеления плода, по данным доплерометрии отмечено критическое нарушение МППК – реверсный кровоток в артерии пуповины, нулевой кровоток в венозном протоке, в связи с чем был поставлен вопрос о досрочном родоразрешении. На 12 сутки пребывания в стационаре беременная была родоразрешена путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. Извлечен живой

недоношенный плод, массой 1378,0 с оценкой по шкале Апгар 4-6 баллов, в течение 3-суток находился в отделении реанимации новорожденных, затем переведен на 2-ой этап выхаживания, откуда на 30 сутки после рождения выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в результате применения новой методики в сочетании с ГБО удалось пролонгировать беременность при критическом кровотоке у плода с ЗВУР при недоношенной беременности и получить благоприятный исход для плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Савельева Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины /Российский вестник акушера-гинеколога. 2003. - № 2. – С. 62-65.

2 Серов В.Н. Синдром задержки развития плода // Русский медицинский журнал. 2005. - Т.13. - № 1. - С. 31 - 33.

3 Приказ МЗ РК №239 от 07.04.2010 «Об утверждении протоколов диагностики лечения».

4 Tchirikov M., Kharkevich O., Steetskamp J., Beluga M., Strohner M.//Treatment of growth-restricted human fetuses with amino acids and glucose supplementation through a chronicfetal intravascular perinatal port system.//EurSurg Res. 2010;45(1):45-9.

5 Nardoza L.M., AraujoJunior E., Barbosa M.M. et al //Fetal growth restriction: current knowledge to the general Obs/Gyn.//Arch.Gynecol.Obstet. 2012 Jul; 286(1):1 - 28.

6 Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Абдурахманова О.Г. и др. Эффективность энтеральной оксигенации в комплексной профилактике и лечении ранней плацентарной недостаточности при невынашивании // РМЖ. 2006. - Т. 14. - № 18. - С. 1325 – 1328.

АО «Национальный научный центр материнства и детства», ЧУ «Центр наук о жизни», г.Астана. Материал поступил 08.02.13.

Түйін

Г.Б. БАПАЕВА, Ж.К. ҚҰРМАНҒАЛИ

ҚҰРСАҚШІЛІК ДАМУДЫҢ ТЕЖЕЛУІН ЕМДЕУДЕ ИННОВАЦИЯЛЫҚ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ПАЙДАЛАНУ

«Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы» АҚ, «Өмір туралы ғылым орталығы»
ЖМ, Астана қ.

Мақалада мерзіміне жетпеген жүктілік кезінде және нәрестелік-плаценталық бөлігіндегі қанағамы нашарлағанда гипербарикалық оксигенация кешенімен бірге қоректік заттарды (аминқышқылдар мен глюкоза) нәрестенің кіндік күре тамырына салу арқылы нәресте дамуының тежелуін емдеу мүмкіндіктері туралы деректер ұсынылған.

Кілтті сөздер: нәрестенің құрсақшілік дамудың тежелуі, аминқышқыл, глюкоза, гипербарикалық оттегі.

Abstract

G. BAPAEVA, J. KURMANGALI

INNOVATIVE TECHNOLOGIES FOR THE TREATMENT OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

«National research center of mother and child» JSC, «Center for life sciences» PI, Astana city

In the article gives information about treatment of intrauterine growth retardation in premature pregnancy and critical blood flow in fetoplacental system with injection nutrients (amino acids and glucose) in umbilical vein in combination with hyperbaric oxygenation has been reported in the article.

Key words: intrauterine growth retardation, amino acids, glucose, hyperbaric oxygenation.

УДК : 616.66-007.26-07-08-053.2

А.С. БОТАБАЕВА, В.М. ЛОЗОВОЙ, А.М. КАЛИМКУЛОВ,
Л.К. АЙТКОЖИНА, М.У. УЦИЕВА

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Описываются особенности диагностики при лечении гипоспадии у детей. В послеоперационном периоде только у 3-х больных (4,5 % случаев) наблюдались осложнения в виде свищей неоуретры, которые в последующем были устранены одновременно с этапом отделения полового члена от мошонки (по Дюплею), а у 1-го (1,5 %) больного отмечены осложнения в виде свищей неоуретры, которые в последующем устранены по Клепикову- Лапшину.

Ключевые слова: гипоспадия у детей, способ Дюплея, Клепикову- Лапшину.

Введение. Гипоспадия – один из распространенных пороков развития полового члена [1-3]. Встречается в среднем у одного на 150 - 200 новорожденных мальчиков [4,5]. Гипоспадия относится к полиэтиологическому заболеванию и вызывается различными внутренними и внешними факторами, влияющими на эмбриогенез мочеиспускательного канала [6]. D. Matney и соавт. рассматривают гипоспадию как результат неправильного сочетания или деления хромосом [7]. За последние 30 лет в мире отмечено повышение частоты этой аномалии с 0,4 % до 0,6 % [8]. По данным мировой литературы частота послеоперационных осложнений после коррекции гипоспадии на протяжении последних 25 лет остается высокой и составляет от 15 % до 45 % [9].

C. J. Devine [10], S. C. J. Van der Putte [11], Van der Werf [12] на основании результатов исследований получили новые данные нарушений в формировании мочеполовой системы при проведении гистопатологических исследований. По данным C.J. Devine, S.C.J. Van der Putte, Van der Werf

причина развития гипоспадии может быть вызвана нарушением кожно-фасциальных структур что, в свою очередь, приводит к образованию грубой соединительной ткани и искривлению кавернозных тел полового члена [10,11,12]. С учетом современных представлений об этиопатогенезе гипоспадии можно выбрать наиболее оптимальные подходы для решения проблемы хирургического лечения [13,14]. Основной причиной является несовершенство тактики и техники хирургического лечения гипоспадии [15-16]. В настоящее время существует более 350 способов оперативной коррекции гипоспадии с использованием, как тканей самого полового члена, так и заимствованных тканей [17]. Однако полученные результаты использования разрабатываемых способов хирургической коррекции весьма противоречивы, остается высоким количество послеоперационных осложнений [18]. Мы считаем, что основной причиной развития осложнения заключается в нарушении кровоснабжения кожных лоскутов при формировании искусственной уретры, тактика и техника выполнения способа уретропластики. Таким образом, проблема диагностики и оперативного лечения гипоспадии в настоящее время окончательно не решена и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения детей с гипоспадией.

Материалы и методы: В период 2005 – 2012 гг. в условиях хирургического и уро-нефрологического отделений ГДБ № 2 (г. Астана) находилось на стационарном лечении 66 мальчиков с гипоспадией, пролеченные с использованием разработанного способа с учетом сохранения кровоснабжения кожного лоскута формирования неоуретры.

В работе использовались принятая в СНГ классификация Н.Е. Савченко (1974), где учитываются формы гипоспадии и классификация Рудина Э.Ю. для определения степени искривления кавернозных тел полового члена. Возраст больных составлял от 1,5 до 14 лет. Статистическая обработка данного исследования проводилась компьютерной программой «Biostat» (F дисперсионный анализ), коэффициент Стьюдента, MS Excel 2003.

Стволовая форма дистальной трети – 42,4 % случаев, проксимальная форма – 21,3 % наблюдений. Члено-мошоночная форма – 10,6 % случаев, мошоночная форма в 22,7 % случаев. Промежностная форма – 1,5 % случаев, форма «гипоспадия без гипоспадии» 1,5 % случаев. Таким образом, наиболее часто встречающаяся – стволовая форма гипоспадии.

У детей с гипоспадией в 70% случаев выявлено наличие сопутствующих заболеваний, из них у 17% наблюдений больных сопутствующие заболевания не были связаны с мочеполовой системой. В 50 % наблюдений случаях гипоспадия сопровождалась другими пороками половой системы.

Разработан и внедрен «Способ выбора максимально адекватных тканей для формирования мочеиспускательного канала при гипоспадии» с целью уменьшения риска осложнений (Предварительный патент МЮ РК №

21613). Исследование заключалось в определении с помощью оксигемометра уровня оксигенации тканей полового члена (крайняя плоть, кожа вентральной и дорзальной поверхностей) и участков кожи лобковой, паховых областей, мошонки, потенциально являющихся донорским материалом для формирования искусственной уретры. Результаты исследования позволили определить максимально кровоснабжаемую ткань, в наибольшей степени насыщенную оксигемоглобином.

Для определения оксигенации мягких тканей использовали оксигемометр «Олтон – 2000», который предназначен для определения насыщения парциального давления в крови (сатурация), фотоэлектрический датчик которого устанавливали в зону исследования мягких тканей (крайняя плоть, кожа дорзальной поверхности полового члена, кожа вентральной поверхности, кожа мошонки, лобковой, паховых областей). Показания оксигемометра считывали с монитора (процент насыщения оксигемоглобином тканей). Исследование позволило выявить максимально кровоснабжаемую ткань, в наибольшей степени снабженную оксигемоглобином. Мы апробировали данное исследование у 30 здоровых детей в различных возрастных группах.

Результаты и обсуждение. Определение уровня кровоснабжения кожи и подкожных структур различных отделов (крайняя плоть, вентральная и дорзальная поверхности) полового члена и кожи из зон возможного заимствования (мошонка, лобковая, паховые области) для выбора материала с целью уменьшения риска осложнений при пластике мочеиспускательного канала проведено у 30 здоровых детей. Результаты исследования свидетельствуют, что кожа вентральной поверхности полового члена - менее кровоснабжаемая область, а кожа крайней плоти полового члена, кожа дорзальной поверхности полового члена и кожа мошонки, наоборот, максимально кровоснабжаемые.

При рассмотрении отдельных вопросов больные были подразделены на подгруппы: 1 - больные с дистальной формой гипоспадии, 2 - больные с проксимальной формой гипоспадии.

Для сравнения проведено определение уровня кровоснабжения кожи полового члена и из зон заимствования у здоровых и у детей с дистальной формой гипоспадии, приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Уровень кровоснабжения кожи полового члена и из зон заимствования у здоровых детей в зависимости от возраста n = 30 (в процентах)

Возраст (лет)	Крайняя плоть	Дорзальная поверхность	Вентральная поверхность	Лобковая область	Мошоночная область	Паховые области
1,5 - 3 n=7	88±0,42	88±0,37	79±0,36	75±0,55	85±0,37	75±0,55
4-7 n=7	89±0,58	89±0,37	80±0,61	76±0,52	85±0,57	78±0,62

8-11 n=8	90±0,58	90±0,61	82±0,58	77±0,59	87±0,32	77±0,65
12 – 14 n=8	90±0,58	90±0,55	82±0,58	78±0,58	86±0,37	78±0,64

По данным таблицы 1 видно, что кожа вентральной поверхности полового члена - наименее кровоснабжаемая сосудами область полового члена, а кожа крайней плоти полового члена, кожа дорзальной поверхности полового члена и кожа мошонки, наоборот, максимально кровоснабжаемые.

Уровень определения кровоснабжения кожи полового члена и из зон заимствования у детей с дистальной формой гипоспадии в зависимости от возраста представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Уровень кровоснабжения кожи полового члена и из зон заимствования у детей с дистальной формой гипоспадии в зависимости от возраста n= 28 (в процентах)

Возраст (лет)	Крайняя плоть	Дорзальная поверхность	Вентральная поверхность	Лобковая область	Мошоночная область	Паховые области
1,5 - 3 л n=7	86±0,31**	86±0,58*	75±0,58	72±0,43*	83±0,67**	73±0,88
4 - 7 л n=10	88±0,50*	88±0,55*	80±0,50	73±0,55*	85±1,50	73±0,50*
8 - 11 лет n=10	89±0,50**	88±0,33**	82±0,33	75±0,50**	85±0,33*	75±0,88*
12 - 14лет n=3	88±0,33**	88±0,41**	82±0,33	75±0,25**	85±0,55*	74±0,63**

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$ по сравнению с кровоснабжением вентральной поверхности полового члена (F дисперсионный анализ).

Данные таблицы 2 однозначно свидетельствуют о том, что при дистальных формах гипоспадии крайняя плоть полового члена, кожа дорзальной поверхности полового члена, кожа вентральной поверхности полового члена, кожа мошонки кровоснабжаются не одинаково, отмечается наибольшая степень оксигенации кожи крайней плоти и кожи дорзальной поверхности полового члена ($p < 0,001$), в меньшей степени - кожи мошонки, затем - кожи вентральной поверхности полового члена ($p < 0,001$). Минимальный уровень оксигенации кожи лобковой и паховых областей ($p < 0,05$). По этим данным можно судить, о том, что адекватным кожным материалом для формирования мочеиспускательного канала в случае дистальных форм гипоспадии являются: кожа крайней плоти полового члена, кожа дорзальной поверхности полового члена, кожа мошонки, кожа вентральной поверхности полового члена в убывающей последовательности. Использование кожи паховых и лобковой областей для формирования неоуретры нежелательно.

Таблица 3 - Уровень кровоснабжения кожи полового члена и из зон заимствования у детей с проксимальной формой гипоспадии в зависимости от возраста n = 38 (в процентах)

Возраст (лет)	Крайняя плоть	Дорзальная поверхность	Вентральная поверхность	Лобковая область	Мошоночная область	Паховые области
1,5 -3 л n=7	86±0,21 **	86±0,26**	58±0,60	73±0,49**	80±0,40**	73±0,43**
4-7 n=12	88±0,33**	87±0,31**	60±0,61	73±0,79**	84±0,57**	73±0,32**
8 - 11 n=12	88±0,35**	88±0,41**	62±0,52	73±0,36**	85±0,29**	75±0,55**
12 -14 n=7	89±0,52**	89±0,33**	62±1,19	75±0,63**	86±0,33**	75±0,65**

Примечание: *p<0,05, **p<0,001 по сравнению с кровоснабжением вентральной поверхности полового члена (F дисперсионный анализ).

Данные таблицы 3 однозначно свидетельствуют, что наиболее кровоснабжаемыми при проксимальных формах гипоспадии являются: крайняя плоть и кожа дорзальной поверхности полового члена ($p<0,001$), кожа мошонки, кожа лобковой и паховых областей в убывающей последовательности ($p<0,001$). Менее кровоснабжаемой является кожа вентральной поверхности полового члена. В силу указанных обстоятельств, наиболее оптимальным материалом для формирования мочеиспускательного канала при проксимальных формах гипоспадии являются крайняя плоть, кожа дорзальной поверхности полового члена, кожа мошонки. Кожа паховых областей, кожа лобковой области, кожа вентральной поверхности полового члена – менее предпочтительны в качестве пластического материала для формирования искусственной уретры при проксимальных формах гипоспадии.

При дистальных формах гипоспадии использовалась одноэтапная коррекция по способу Рудину Э.Ю. - Алексееву Е.Б. (аналог из множества подобных операций, используемых при дистальных формах гипоспадии). По способу описанным Рудиным Э.Ю. и Алексеевым Е.Б. оперировано 26 детей (39,4 %) больных. В послеоперационном периоде у одного больного сформировался свищ уретры (3,8 %), который был устранен по Дюплею. Пластика крайней плотью полового члена – 1 (1,5 %), Snodgrass 1 (1,5 %). В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось.

При проксимальных формах гипоспадии проводилась этапная уретропластика по способу Cecil - Culp - Backnellae (аналог из множества подобных операций, используемых при проксимальных формах гипоспадии). По способу уретропластики Cecil – Culp - Backnellae у 28 (42,4 %) больных. В послеоперационном периоде только у 3-х больных (4,5 % случаев) наблюдались осложнения в виде свищей неоуретры, которые в

последующем были устранены одновременно с этапом отделения полового члена от мошонки. По способу Дюплея - 7 (10,6%), в послеоперационном периоде у 1-го (1,5%) больного отмечены осложнения в виде свищей неоуретры, которые в последующем устранены по Клепикову- Лапшину.

Из вышеперечисленного, следует утверждать, что наиболее адекватными пластическими материалами для формирования искусственной уретры при гипоспадии являются: крайняя плоть полового члена, кожа дорзальной поверхности полового члена, кожа мошонки, кожа вентральной поверхности полового члена, кожа паховых областей, кожа лобковой области. Кожные лоскуты из смежных зон заимствования (кожа лобковой, паховой области) не являются адекватным материалом для уретропластики. Использование разработанного способа выбора адекватного пластического материала для пластики неоуретры позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 47,8% до 7,5% случаев ($p < 0,05$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Файзулин А.К. Современные аспекты хирургического лечения гипоспадии у детей: автореф... докт. мед. наук: 14.00.35. – М., 2002.- С. 32.
- 2 Аникиев А.В. Лечение дистальных форм гипоспадии у мальчиков: автореф... канд. мед. наук: – М., 2002. – С. 28.
- 3 E. Willingham and L.S. Baskin Candidate genes and their response to environmental agents in the etiology of hypospadias // Nat. Clin. Pract. Urol. - 2007. – Vol. 4 (5) - P. 270 - 279.
- 4 Brettville G. Hypospadias simple, safe and complete correction in two stage // Ann. Plast. Surg. – 2006. – Vol. 29. – P. 526 - 531.
- 5 Гуджабидзе Д.Б., Гиоргадзе И.В., Туркия А.А., Тория Д.Д. Редкие аномалии мочеиспускательного канала детей. // Урология. - 2003. - № 3. – С. 51 – 56.
- 6 Грона В.Н., Мальцев В.Н., Щербинин А.В. Эпидемиология гипоспадии Донецкой области Украины. // Материалы российского симпозиума детских хирургов. - Саратов, 2007. – С. 62 - 63.
- 7 Продеус П.П., Староверов О.В. «Гипоспадия». - М., 2003. - С. 152.
- 8 W. Snodgrass and S. Yucel Tubularized incised plate for mid shaft and proximal hypospadias repair // J. Urol. - 2007. - P. 698 - 702.
- 9 Романов Д.В., Королькова И.А. Осложнения оперативного лечения гипоспадии. // Урология. - 2004. - № 4. - С. 40 - 44.
- 10 C. J. Devine. Embryology and morphology hypospadias // Br. J. Plast. Surg. - 2005. – Vol. 32. - P. 225 - 230.
- 11 S. C. J. Van der Putte The development of the perineum in the human // Adv. Anat. Embryol. Cell. Biol. - 2005. – Vol. 177. - P. 129 - 135.
- 12 Van der Werff JFA. The assesment of hypospadias // Thesis Rotterdam. - 2002. - P. 33 - 46.

13 Retik A.B, Atala A. Complication of hypospadias repair // Urol. Clin. Am. - 2002. - P. 329 - 339.

14 L.S. Baskin, M.B. Ebberts Hypospadias: anatomy, etiology and technique // J. Pediatr Surg. - 2006. - Vol. 41 (3). - P. 463 - 472.

15 Brettiville G. Hypospadias simple, safe and complete correction in two stage // Ann. Plast. Surg. – 2006. – Vol. 29. – P. 526 - 531.

16 Коган М.И., Новикова Л.И., Сизонов В.В. Комбинация методов и приемов пластики уретры при стволовой форме гипоспадии. // Материалы российского симпозиума детских хирургов. - Саратов, 2007. – С. 64.

17 Рудин Э. Ю. Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии деэпителизированным лоскутом крайней плоти. // Урология. - 2002. - № 5. - С. 58 - 63.

18 Бобокулов И.Х., Насыров А.А. Хирургическое лечение детей больных гипоспадией без гипоспадии. // Материалы российского симпозиума детских хирургов. - Саратов, 2007. – С. 61 – 62.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил 08.02.13.

Түйін

А.С. БОТАБАЕВА, В.М. ЛОЗОВОЙ, А.М. ҚАЛИМҚҰЛОВ, Л.К. АЙТҚОЖИНА, М.У. УЦИЕВА

БАЛАЛАРДЫ ГИПОСПАДИЯДАН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ДИАГНОСТИКАНЫҢ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
«Астана Медициналық университеті» АҚ

Операциядан кейінгі кезеңде тек 3 науқаста (4,5 % жағдайда) неоуретра жыланкөзі түріндегі асқынулар орын алған, олар ұмадан жыныс мүшесі ажыраған кезеңімен бірге жойылған болатын. Дюплей тәсілімен – 7 науқаста (10,6 %), операциядан кейінгі кезеңде 1 науқаста (1,5 %) неоуретра жыланкөзі түріндегі асқынулар болған, бұл асқынулар кейінгі кезеңде Клепиков- Лапшин тәсілімен жойылған.

Кілтті сөздер: балалардағы гипоспадия, Дюплей, Клепиков- Лапшин тәсілдері.

Abstract

A.S. BOTABAEVA, V.M. LOZOVJOJ, A.M. KALIMKULOV, L.K. AJTKOGINA, M.U. UCIEVA

DIAGNOSTIC FEATURES IN THE TREATMENT OF HYPOSPADIAS IN
CHILDREN
«Astana medical university» JSC

In the postoperative period only 3 patients (4,5% of cases) had complications of fistula neourethra, which were eliminated at the same time with the stage of separation of the penis from the scrotum. By Dyupley's way – 7 patient (10,6 %), in postoperative period in 1 patient (1,5%) observed complications of fistula neourethra, which were eliminated by Klepikov – Lapshin's way.

Key words: hypospadias in children, Dyupley's way, Klepikov – Lapshin's way.

УДК 616.65-002.2-007.61-085.84

Р.М. ДОЩАНОВА, Д.Т. КАРИБАЕВА, Е.К. ШИЛЬДЕБАЕВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Описаны результаты сочетанного применения грязелечения и ультрафонофореза в комплексном лечении 14 больных хроническим простатитом. Подобное сочетание позволяет оптимизировать терапевтическое воздействие лекарственных препаратов и сократить сроки лечения с максимальным процентом благоприятных исходов, обеспечивает более быстрый и значительный клинический эффект.

Ключевые слова: хронический простатит, физиотерапевтические методы лечения, грязевые аппликации, ультрафонофорез.

Введение. Простатит является третьим по значимости заболеванием предстательной железы (ПЖ) после рака и доброкачественной гиперплазии и составляет более 20% среди андрологической патологии [1].

По данным литературы, каждый третий мужчина страдает этим заболеванием. В последнее время заболевание все чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста (85% случаев), как правило, перенесших трихомонадную, гонококковую, хламидийную и другие инфекции, передающиеся половым путем [2].

В комплексном лечении хронического простатита широко применяются разнообразные физиотерапевтические методы, которые направлены на купирование воспаления, застойных явлений, уменьшение боли и склеротических изменений в последующем [3].

Целью исследования явилось изучение эффективности сочетанного применения грязелечения и ультрафонофореза в комплексном лечении больных хроническим простатитом.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 30 больных с хроническим простатитом в возрасте от 22 до 42 лет и длительностью заболевания от 3 до 8 лет. Практически все пациенты предъявляли жалобы на боли, дизурические явления, ослабление струи мочи и нарушения половой функции. Помимо стандартного клинико-лабораторного обследования всем больным было проведено исследование секрета предстательной железы, ультразвуковое и пальпаторное исследование простаты.

По применяемому методу физиотерапевтического лечения пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 14 больных, получавших стандартное медикаментозное лечение в сочетании с ежедневным сочетанным воздействием грязевых аппликаций и ультрафонофореза. Контрольную группу составили 16 пациентов, получавших стандартное лечение с ультразвуковой терапией.

Для проведения грязевых аппликаций применялись иловые грязи (Тузколь). Грязевые аппликации применялись в виде «трусов» и ректальных тампонов (200 г лечебной грязи на 1 тампон). Температура грязи достигала 39-40°C. Продолжительность процедуры составляла 20-30 мин., в количестве 10 процедур на курс.

Механизм действия грязевых аппликаций основан на тепловом воздействии, усиливающем всасывание микроэлементов и биологически активных веществ, уменьшающем воспалительные явления в простате. Воздействие на нервные окончания кожи и слизистых рефлекторно, по принципу обратной связи, стимулирует защитные реакции организма, в результате чего происходит рассасывание остаточных поствоспалительных очагов в ПЖ [4].

Ультразвуковую терапию проводили на аппарате ВТЛ 5000 с применением фонофореза 1% гидрокортизоновой мази трансуретральным методом, интенсивностью ультразвука 0,3-0,4 Вт/см в импульсном режиме (10 мс). Продолжительность процедуры составляла 10 минут, количество – 10 процедур на курс.

Использование ультразвука оказывало выраженное противовоспалительное и анальгезирующее действие при тазовой симпаталгии, болевых ощущениях в подлонной области, промежности, паховых областях, благодаря частотному, силовому (микромассаж слизистой уретры за счет колебаний уретрального катетера) и форетическому (способность создавать в тканях высокую концентрацию лекарственных препаратов) эффектам [5].

При сочетании двух методов действие одного фактора дополняло и усиливало действие другого с достижением максимального лечебного эффекта.

Результаты и обсуждение. Уже после 3-4 сеансов физиотерапевтического лечения в обеих группах наблюдались нормализация мочеиспускания, исчезновение императивных позывов на мочеиспускание. Исчезновение болевых ощущений наблюдалось после 4-5 сеансов комплексного лечения в основной группе и после 7-9 сеансов ультразвука в контрольной группе.

Отмечена нормализация показателей лабораторных методов исследований: улучшение качества секрета предстательной железы; увеличение числа лецитиновых зерен; уменьшение содержания лейкоцитов. При этом, в основной группе через 7-9 дней, а в контрольной группе через 11-14 дней от момента начала лечения.

Оценка субъективных показателей (самочувствия, активности и настроения) пациентов показала более выраженное улучшение в основной группе, чем в контрольной.

Таблица - Сравнительная характеристика показателей здоровья у больных с хроническим простатитом после лечения

Группа пациентов	Начало положительной динамики	Улучшение	Без изменений
Основная	3-4 сеанс	85,8%	14,2%
Контрольная	4-5 сеанс	77,7%	22,3%

Заключение. Таким образом, в основной группе наиболее отчетливо отмечались положительные изменения субъективных и объективных показателей общего состояния здоровья и проявлений болезни. Анализ результатов проведенных клинических и лабораторных исследований показал, что применение ультразвуковой терапии в сочетании с грязелечением в комплексном лечении больных с хроническим простатитом позволяет оптимизировать терапевтическое воздействие лекарственных препаратов и сократить сроки лечения с максимальным процентом благоприятных исходов, обеспечивает более быстрый и более значительный клинический эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пушкарь Д.Ю. Хронический абактериальный простатит: современное понимание проблемы // Врачебное сословие. - 2004. - № 5 - 6. - С. 9-11.
- 2 Литвинец С.А. Хронический абактериальный простатит: новые возможности в диагностике и контроле за лечением больных// Андрология и генитальная хирургия.- 2011.- №2.- С.107-108.
- 3 Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация (руководство): в 3 т. - М.- 2007. - С. 23-25.
- 4 Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия: учеб. Пособие.- М.: ОАО «Изд-во «Медицина». - 2005. - 744 с.
- 5 Физиотерапия: национальное руководство / под ред.Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - С. 102-105.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил 06.02.13.

Түйін

Р.М. ДОСЖАНОВА, Д.Т. КӘРІБАЕВА, Е.К. ШІЛДЕБАЕВ

СОЗЫЛМАЛЫ ПРОСТАТИТКЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ
КЕШЕНДІ ТӘСІЛДІ ҚОЛДАНУ

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

Мақалада 14 науқасты созылмалы простатиттен кешенді емдеуде балшық пен ультрафонофорезді үйлестіре қолданудың нәтижелері келтірілген. Мұндай үйлесімдік дәрі-дәрмектердің терапиялық әсерін оңтайландыруға және барынша жоғары пайыздағы оң нәтижемен емдеу мерзімін қысқартуға мүмкіндік береді, оған қоса бұдан жылдам және маңызды клиникалық әсерді қамтамасыз етеді.

Кілтті сөздер: Созылмалы простатит, емдеудің физиотерапиялық әдістері, балшық аппликациялары, ультрафонофорез.

Abstract

R.M. DOSCHANOVA, D.T. KARIBAEVA, E.K. SHILDEBAEV

AN INTEGRATED APPROACH IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan, Almaty

The paper describes the results of a combined use of mud and phonophoresis in treatment of 14 patients with chronic prostatitis. This combination allows you to optimize the therapeutic effects of drugs and to reduce the duration of treatment with the maximum percentage of favorable outcomes, provides a faster and more significant clinical effect.

Key words: chronic prostatitis, physiotherapy treatments, mud baths, phonophoresis.

УДК 616.12-007.331.1

К.Р. КАРИБАЕВ, Д.И. МАХАНОВ, Ш.С. АКТАЕВА

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Проведено обследование состояния вегетативной нервной системы и дисфункции эндотелия у 54 больных нестабильной стенокардией II В класса высокого риска. Выявлена корреляционная связь средней силы между интегральным показателем ИН и содержанием метаболитов оксида азота.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, вариационная интервалометрия, вегетативная нервная система.

Введение. Острые формы ИБС являются определяющими в плане развития неблагоприятных его исходов. Внезапная коронарная смерть (ВКС) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) обуславливают значительный процент 70-80 смертности больных ИБС [1,2]. В последние десятилетия доказанным является факт о существовании тесной связи между смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и состоянием вегетативной нервной системы (ВНС) [3]. В настоящее время, в центре внимания ученых-кардиологов находится изучение клинко-патогенетической роли эндотелиальной дисфункции (ЭД) у больных ССЗ, в первую очередь острых форм ИБС, во взаимосвязи с нейровегетативным статусом [4,5]. До сих пор в поле активного внимания исследователей

остаются аспекты взаимодействия нарушений вегетативной регуляции центральной гемодинамики, дисфункции эндотелия.

Целью нашего исследования являлось комплексная характеристика состояния ВНС и эндотелиальной дисфункции у больных нестабильной стенокардией.

Материал и методы. Основную группу составили 54 больных нестабильной стенокардией (НС) II В класса высокого риска. Средний возраст больных составил $54,2 \pm 1,1$ года. Контрольную группу составили 30 человек, без клиники ИБС.

Больным, включенным в обследование, проводились следующие дополнительные исследования: вариационная интервалометрия с целью оценки показателей ВНС и определение уровня метаболитов NO в крови для определения дисфункции эндотелия.

При проведении интервалометрии высчитывались индекс напряжения (ИН), характеризующий активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регуляции. При этом в виде нагрузочной пробы использовали холодовую пробу – кисть правой руки опускалась на одну минуту в тающий лед.

Результаты и обсуждение. При анализе исходных показателей у всех больных ИБС выявлен высокий симпатический тонус – ИН $152,34 \pm 17,89$, в сравнении с группой сравнения – ИН $74,99 \pm 8,18$. Во время проведения холодового теста, у больных ИБС ИН возрос до $448,67 \pm 31,78$, тогда как у здоровых $253,56 \pm 29,12$. Период восстановления характеризовался некоторым снижением этого показателя, как у больных, так и здоровых ($348,71 \pm 35,45$ и $100,14 \pm 11,34$).

Таким образом, у больных НС высокого риска определяется чрезмерная симпатическая реактивность с замедленным восстановлением исходных показателей, что характеризуется как состояние вегетативной дезадаптации.

При анализе NO-продуцирующей функции сосудистого эндотелия у больных нестабильной стенокардией, полученные данные свидетельствуют о наличие четкой закономерности содержания нитритов в крови у больных ИБС и здоровыми лицами. В группе НС содержание метаболитов NO составило $1,64 \pm 0,10$ мкг/мл, в сравнении со здоровыми - $0,80 \pm 0,10$ мкг/мл.

Корреляционный анализ в данном исследовании показал наличие связи средней силы: интегральный показатель – ИН, положительно коррелировал с метаболитами NO ($r=0,32$).

Заключение. Таким образом, применение вариационной интервалометрии послужило дополнительным диагностическим критерием тяжести состояния больных нестабильной стенокардией. При этом характерны следующие нарушения вегетативной регуляции кардиогемодинамики: относительно низкий симпатический тонус, высокая реактивность и недостаточное обеспечение. Кроме того, выявлена корреляционная связь средней силы между интегральным показателем ВНС ИН и содержанием метаболитов оксида азота для больных нестабильной стенокардией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Escanec J., Ryden L., Zamorano J.L et al. Тенденции и размышления о развитии кардиологической помощи в Европе следующие 15 лет. Мадридская декларация: доклад с Европейской Конференции о будущем кардиологии, Мадрид, 2-3 июня 2006.//Eur Heart J. - 2007. - V. 28. – P. 634-637.

2 Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики.// Кардиология. - 2009. - № 6. - С. 3-7.

3 Hamaad A., Sosin M.D., Cip G.Y. VcFabyen A. Markers of thrombosis and hemostasis in acseretionship to increased heart rate and reduced heart-rate variability. Clin Cardiol; 2009: apr; 32(4); 204 - 209.

4 Forsterman U., Biossel J.P., Kleinert H. Expressional control of the constitute isoforms of nitric oxide syntase (NOS I and NOS III).//FASEB J.- 1998.-№12.-С.773-790.

5 Li D., Walleraty., Munzel T., Fostermann U.Regulation on the endothelial-type NO-synthase expression in pathophysiology and in Responce of to drags //Nitric oxide.- 2002.-V. 65(3). - P. 149 - 164.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК. Материал поступил 28.02.13.

Түйін

Қ.Р. КӘРІБАЕВ, Д.Ү. МАХАНОВ, Ш.С. АҚТАЕВА

ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ВЕГЕТАТИВТІ БҰЗЫЛЫСТАР ДИАГНОСТИКАСЫ

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

Жоғары қауіпті II B класстық тұрақсыз стенокардиясы бар 54 науқастың вегетативті нервтік жүйесінің және эндотели дисфункциясының жағдайына зерттеу жүргізілді. КИ-нің интегралды көрсеткіші мен азот оксидінің метаболиттері құрылымы арасындағы орта күштің корреляциялық байланысы анықталды.

Кілтті сөздер: тұрақсыз стенокардия, вариационды интервалометрия, вегетативті нервтік жүйе.

Abstract

K. KARIBAEV, D.I. MAKHANOV, S.S. AKTAEVA

DIAGNOSIS OF AUTONOMIC DISORDERS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan

The examination of the state of the autonomic nervous system, and endothelial dysfunction in 54 patients with unstable angina class II B high risk. Correlation between the mean force integral index ID and the content of nitric oxide.

Keywords: unstable angina, variational intervalometer, autonomic nervous system.

УДК: 618.3-06

Б.Д. КАРИБАЕВА, Г.А.ТАНЫШЕВА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ К БЕРЕМЕННОСТИ

Описываются результаты проведения СЭТ, где у женщин с АФС, получавших программу подготовки к беременности, было выявлено улучшение показателей иммунной системы, проявляющееся нормализацией показателей гуморальных механизмов и состояния цитокиновой регуляции. Использование препарата СЭТ в составе подготовки к беременности снизить частоту выявления маркеров АФС в 2 раза. Частота развития беременности у женщин с АФС при подготовке с использованием препарата СЭТ увеличивается в 2,5 раза, частота осложнений развившейся беременности и неблагоприятных исходов - снижается.

Ключевые слова: беременность, невынашивание, АФС, энзимотерапия, эффективность.

Введение. В настоящее время антифосфолипидный синдром (АФС) относят к числу важных причин развития бесплодия у женщин репродуктивного возраста [1,2]. До настоящего времени разработано немного подходов к лечению АФС. Их эффективность и особенно соотношение эффективности и безопасности зачастую сомнительны. В то же время большинство исследователей, осуществлявших разработку подходов к коррекции АФС, выделяют в качестве перспективного использование препаратов системной энзимотерапии (СЭТ) [3-5]. Эти средства обладают комплексным нормализующим воздействием на состояние иммунной системы, а также позитивно влияют на прочие патогенетические механизмы АФС, задействованные, в частности, при невынашивании беременности [6]. Соответственно, применение препаратов СЭТ может оказывать позитивное влияние не только у беременных с АФС, но и при подготовке к беременности у женщин данной категории.

Цель исследования – определить эффективность СЭТ в подготовке к беременности женщин с первичным невынашиванием на фоне АФС.

Материалы и методы: Проведено обследование 95 женщин с первичным невынашиванием беременности, в течение 3 - 7 лет, в возрасте 22-35 лет. У всех женщин был выявлен клинико-лабораторный симптомокомплекс на наличие АФС. Обследованные распределены на 2 группы: в 1 - 46 женщин, которым проводилась традиционная подготовка в случае привычного невынашивания беременности, заключающаяся в применении гормональных препаратов и проведении противовоспалительной и рассасывающей терапии в зависимости от причины бесплодия. Женщинам 2 группы (49 жен.) на фоне традиционного ведения было назначено курсовое применение препарата СЭТ Вобэнзим курсом 1 месяц с нагрузочной дозой по 5 таб.х3 р/день в течение 5 дней и

поддерживающей – по 3 таб.х3 р/день. Женщины, включенные в сравниваемые группы, были репрезентативны по возрасту, длительности анамнеза невынашивания беременности и особенностям клинико-лабораторной характеристики АФС. В динамике исследовано содержание в крови ряда показателей иммунной системы (IgG, IgM, ЦИК, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10), содержания в крови маркеров АФС (волчаночный антикоагулянт – ВА, антифосфолипидные антитела – АФЛ). Определены исходы ведения в течение 1 года после завершения курса СЭТ и традиционной подготовки.

Результаты и обсуждение. Для анализа влияния использованных способов подготовки на иммунологические механизмы патогенеза АФС изучены показатели гуморального иммунитета и содержания некоторых иммунорегуляторных субстанций (цитокинов) в крови. Полученные данные представлены в таблице.

Таблица - Влияние СЭТ на исследованные иммунологические показатели у женщин репродуктивного возраста с АФС при подготовке к беременности

Показатели	Контроль, n=40	Традиционная схема подготовки, n=46		Дополнительное применение препарата СЭТ, n=49	
		исход	1 мес.	исход	1 мес.
IgG, г/л	11,83±0,45	10,56± 0,48	11,27± 0,54	11,04± 0,51	12,02± 0,54
IgM, г/л	1,30±0,10	1,73± 0,16*	1,69± 0,16*	1,66± 0,16	1,40± 0,13
ЦИК, ЕОП	7,50±0,39	19,21± 1,20**	15,95± 1,05**^	22,53± 1,43**	9,26± 0,57*^^@
IL-2, пг/мл	8,15±0,59	11,58± 1,01*	12,09± 1,10*	12,07± 1,07*	9,54± 0,82
IL-4, пг/мл	6,40±0,40	8,37± 0,63*	9,12± 0,72*	8,55± 0,65*	7,28± 0,54@
IL-6, пг/мл	5,73±0,39	5,21± 0,43	6,05± 0,52	4,69± 0,39	5,63± 0,45
IL-10, пг/мл	9,44±0,57	8,39± 0,61	7,09± 0,54*	8,21± 0,61	9,27± 0,66@

Примечания: * - различия с показателем контр. группы достоверны, p<0,05; ^ - различия с исходным показателем достоверны, p<0,05; @ - различия между схемами подготовки достоверны, p<0,05

Как видно из таблицы, в динамике подготовки к беременности у женщин 1 группы, сохранялось достоверное превышение содержания IgM над контролем, чего не отмечалось при применении препарата СЭТ. Была выявлена только умеренная, хотя и достоверная динамика к снижению

концентрации ЦИК в крови, $p < 0,05$. При этом сохранялось более чем двукратное превышение по данному показателю над контролем, $p < 0,01$. Во 2 группе, степень снижения содержания ЦИК относительно исходного составила 58,9%, а в сравнении с традиционной схемой - 41,9% ($p < 0,01$). Степень достоверности различий с контрольной группой снизилась до уровня $p < 0,05$. Исходно повышенное среднее содержание IL-2 в 1 группе имело тенденцию к дальнейшему росту, тогда как во 2 группе - к снижению, нивелировавшему достоверные различия с контролем. Аналогичная динамика в обследованных группах отмечалась по содержанию IL-4, причем через 1 месяц различия по данному показателю между группами были достоверными (на 20,2%, $p < 0,05$). Средний уровень содержания противовоспалительного цитокина IL-10, напротив, снижался в 1 группе и возрастал - во 2-й (на 30,7%, достоверность $p < 0,05$).

При анализе содержания ВА и аФЛ в крови у женщин репродуктивного возраста с АФС при применении СЭТ выявлено, что в исходном периоде, до проведения курса подготовительных мероприятий в 1 и 2 группах, положительное диагностическое содержание ВА в крови было выявлено в 91,3% случаев в группе сравнения и 91,8% - в основной. Аналогичные показатели для содержания аФЛ составили 84,8% и 81,6%, соответственно. В динамике у женщин обеих групп удалось добиться снижения частоты выявления маркеров АФС. Однако при традиционной схеме эта динамика была недостоверной. Напротив, при дополнительном применении препарата СЭТ удалось снизить частоту выявления диагностических титров маркеров АФС более чем вдвое, при этом различия с исходной частотой и показателем группы сравнения после курса подготовки были достоверными ($p < 0,05$). Частота развития беременности в сравниваемых группах женщин оценивалась в течение 12 месяцев после начала подготовки. Выявлено, что развитие беременности в 1 группе наблюдалось только в 10,9% случаев из числа обследованных женщин с АФС данной группы. Во 2 группе соответствующий показатель оказался почти в 2,5 раза выше и достиг 24,5% ($p < 0,05$). Дальнейший анализ был проведен в отношении частоты осложнений развившихся беременностей у женщин сравниваемых групп.

Выявлено, что течение беременности без осложнений было характерно только для 1 женщины группы сравнения (20%) и для половины - при использовании разработанного способа подготовки и ведения. В 20% случаев в первой группе и 16,7% - во 2 имелась угроза самопроизвольного выкидыша. В то же время осложнения II половины беременности у женщин группы сравнения встречались гораздо чаще. Так, всего они имели место в 60% случаев и 16,7%, соответственно, преэклампсии - 40,0% и 16,7%, ХФПН - 60,0% и 8,3% ($p < 0,05$). Угроза преждевременных родов имелась в 20% и 16,7% случаев, соответственно. При анализе общей структуры исходов беременности и родов у женщин с АФС, выявлено, что из 5 случаев беременности в группе сравнения 2 имели неблагоприятный исход - 40,2% (1-потеря плода и 1-мертворождение); а при применении разработанной

схемы подготовки имел место только 1 неблагоприятный исход - самопроизвольный выкидыш в срок 2 месяца (8,3%, $p < 0,05$).

Выводы.

- 1) При проведении СЭТ у женщин с АФС, получавших программу подготовки к беременности, выявлено улучшение показателей иммунной системы, проявляющееся нормализацией показателей гуморальных механизмов и состояния цитокиновой регуляции.
- 2) Использование препарата СЭТ в составе подготовки к беременности позволяет снизить частоту выявления маркеров АФС в 2 раза.
- 3) Частота развития беременности у женщин с АФС при проведении подготовки с использованием препарата СЭТ увеличивается в 2,5 раза, частота осложнений развившейся беременности и неблагоприятных исходов - снижается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Макацария А.Д. и др. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. Научное издание. Под ред. А.Д. Макацария. М: РУССО, 2001. – 304 с.

2 Кулаков В.И. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // Акуш и гин. – 1996. - № 4. – С. 3- 6.

3 Нарытник Т.Т., Куш В.Н. Гемостазиологические нарушения у беременных с патологическим уровнем АФС при угрозе ранних преждевременных родов // Здоровье женщины. - 2007. - № 4.

4 Агаджанова А.А. Основные подходы к комплексной терапии АФС в клинике невынашивания // Акуш и гин. – 1999. - № 3. – С. 6 - 11.

5 Репина М.А., Корзо Т.М. Системная энзимотерапия как метод коррекции нарушений гемостаза у беременных с гестозом // Вест. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2005. - № 1. - С. 90.

6 Сапина Т.Е., Мищенко А.Л. Клиническое значение раннего выявления антикоагулянта волчаночного типа в противотромботической терапии у беременных с потерями плода в анамнезе // Акуш и гин. – 1999. - № 2. – С. 30-33.

Центральная клиническая больница УДП РК , г. Алматы. Государственный медицинский университет г. Семей. Материал поступил 10.02.13.

Түйін

Б.Ж. КӘРІБАЕВА, Г.А. ТАНЫШЕВА

АФС-Ы БАР ӘЙЕЛДЕРДІ ЖҮКТІЛІККЕ ДАЙЫНДАУДА ЖҮЙЕЛІ
ЭНЗИМОТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

ҚР ШБ Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.
Мемлекеттік медициналық университет, Семей қ.

Зерттеу мақсаты – АФС жағдайында бастапқы жүктілікті аяғына дейін көтере алмаған әйелдерді жүктілікке дайындауда жүйелі энзимотерапияның тиімділігін анықтау. Зерттеу аясында 3-7 жыл бақылауға алынған 22-35 жас аралығындағы, алғашқы жүктілігін аяғына дейін көтере алмаған 95 әйелге тексеру жүргізілді. Жүктілікке дайындық бағдарламасынан өтіп жатқан, АФС-ы бар әйелдерге ЖЭТ жүргізу кезінде гуморалды механизмдер және цитокинді реттеу жағдайының көрсеткіштері қалыпқа келуімен байқалатын иммундық жүйе көрсеткіштері жақсарғаны анықталды. Жүктілікке дайындықпен қатар ЖЭТ препаратын қолдану АФС маркерлерінің байқалу жиілігін 2 есе төмендетуге мүмкіндік берді. ЖЭТ препаратын қолдана отырып, АФС-ы бар әйелдерді жүктілікке дайындау кезінде жүктіліктің даму жиілігі 2,5 есеге көбейіп, дамыған жүктіліктің асқынуы мен жағымсыз жағдайлардың жиілігі төмендейді.

Кілтті сөздер: жүктілік, жүктілікті аяғына дейін көтере алмау, АФС, энзимотерапия, тиімділік

Abstract

B. ZH. KARIBAEVA , G.A.TANYSHEVA

USE SYSTEM ENZIMOTHERAPY IN PREPARATION OF WOMEN WITH APS TO PREGNANCY

Central clinical hospital PA of RK, Almaty city. Semei State medical university

Research objective – to define efficiency system enzimototherapy in preparation for pregnancy of women with primary miscarriage against APS. Within the limits of research investigation of 95 women with primary abnormal pregnancy, at the age from 22 till 35 years which are under supervision during from 3 till 7th years has been carried. At carrying out SET at women with APS, receiving the program of preparation for pregnancy, improvement of indicators of the immune system, shown by normalization of indicators of humoral mechanisms and conditions cytokine regulation has been revealed. Use of preparation SET as a part of preparation for pregnancy allows to lower frequency of revealing of markers APS in 2 times. Frequency of development of pregnancy at women with APS at miscarriage out of preparation with use of preparation SET increases in 2,5 times, frequency of complications of the developed pregnancy and failures - decreases.

Key words: pregnancy, miscarriage, APS, enzyme therapy, the effectiveness.

УДК:618.3-06

Б.Ж. КАРИБАЕВА, С.А. КАБЫЛОВА, Н.М. МАМЕДАЛИЕВА

СНИЖЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЯМИ

Полученны данные о наличии отклонений функционального состояния гомеостатических систем костной ткани у беременных с преэклампсией. Отмечено значительное увеличение показателей, свидетельствующих об ускоренной резорбции костной ткани на фоне снижения содержания факторов остеогенеза.

Ключевые слова: минеральная плотность костной ткани, беременные женщины, преэклампсия.

Введение. В ряде исследований [1-4] содержатся данные о возможности значительного снижения минеральной плотности костной ткани в течении беременности. К сожалению, практически отсутствуют сведения, характеризующие основные патогенетические механизмы данного снижения и их связь с осложнениями течения беременности. Однако имеются данные, говорящие в пользу наличия клинических взаимосвязей между осложнениями беременности и минеральной плотностью костной ткани [5], и материалы настоящего исследования подтверждают наличие патогенетических связей на уровне метаболических показателей.

Цель исследования: сравнительный анализ показателей минеральной плотности и метаболизма костной ткани у беременных в зависимости от развития преэклампсии.

Материалы и методы. Для решения этих задач была обследована выборка в объеме 311 женщин, в том числе 50 человек – в возрасте старше 40 лет. Возрастное распределение беременных не было строго зависимым от популяционного – группа беременных старшего возраста отбиралась отдельно.

При распределении обследованных по возрасту наибольшей по численности группой оказалась 21-25 лет, контроль по уровню МПКТ (t-критерий) соответствовал данной подгруппе, поскольку именно в этом возрасте формируется пик плотности костной ткани. Подгруппа 26-30 лет находилась на втором месте, 31-35 лет – на третьем месте, и на четвертом – 41-45 лет.

Почти в половине случаев у обследованных женщин беременность была первая, хотя в подгруппе старше 40 лет на данную категорию приходилось только 12%. Более 4-х беременностей в анамнезе имелось 5,7% у женщин младшей и 32,0% - старшей возрастной категории, т.е. фактор риска остеопенического синдрома, связанный с высокой частотой беременности в анамнезе был более характерен для старшей группы.

При анализе осложнений текущей беременности (проведенного проспективно на всем её протяжении) преобладали преэклампсии, причем если легкие формы данной патологии наблюдались с одинаковой частотой в обеих категориях, то относительное число тяжелых преэклампсий у беременных старшего возраста было втрое выше. Также превышали показатели группы женщин в возрасте до 40 лет частота угрозы прерывания беременности.

Осложнения в родах также чаще отмечались у беременных старше 40 лет, их общая распространенность превышала 50% от числа обследованных, по частоте в их структуре доминировали атонические кровотечения и слабость родовой деятельности.

Установление диагноза преэклампсии осуществлялось на основании классификации, принятой МЗ РК (согласно клинических Протоколов диагностики и лечения).

Измерение минеральной плотности костной ткани проводили методом количественной ультразвуковой денситометрии на аппарате «Sonost 2000» (Южная Корея).

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены данные, характеризующие уровень МПКТ в I триместре беременности в обследованных группах.

Таблица 1 - Показатели МПКТ в I триместре беременности в зависимости от последующего развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
ИП	90,3±5,2	84,7±4,9	81,9±4,4
t-критерий	-0,55±0,03	-0,83±0,05*	-0,89±0,06**
z-критерий	-0,30±0,02	-0,33±0,02	-0,38±0,02*

Примечания: * - различия с группой беременных без преэклампсии достоверны, $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

В первом триместре беременности не было зарегистрировано статистически значимых различий непосредственного ультразвукографического показателя МПКТ между беременным без последующего развития преэклампсии и в подгруппах с легкой и тяжелой преэклампсией. Однако в обоих случаях средние значения параметра были ниже, чем в контроле, а при тяжелой преэклампсии – ниже, чем при легкой.

Статистически значимые различия с контролем были зарегистрированы по t-критерию. Это связано с большей «плотностью» результатов в группах по данному показателю, поскольку он является относительным. Различия между беременными без развития преэклампсии в группе беременных, у которых во второй половине беременности развилась легкая преэклампсия, составили 50,9% ($p < 0,05$), тяжелая преэклампсия – 61,8% ($p < 0,01$).

По z-критерию различия между группами были значительно менее выражены, поскольку среди обследованных с последующим развитием преэклампсии преобладали женщины старшего репродуктивного возраста. Однако в подгруппе развития тяжелой преэклампсии и по данному показателю МПКТ отмечались статистически значимые различия (на 26,7%, $p < 0,05$).

Совокупность данных моментов позволяет сделать заключение о наличии связи риска развития преэклампсии с показателями МПКТ в I триместре.

В таблице 2 показаны данные кальций-фосфорного обмена в I триместре беременности при аналогичном распределении.

Таблица 2 – Исследованные показатели в I триместре беременности в зависимости от последующего развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
Содержание кальция в крови, ммоль/л	2,86±0,23	2,83±0,27	2,73±0,24
Содержание неорганического фосфора в крови, ммоль/л	1,37±0,11	1,29±0,10	1,22±0,10
ПТГ	7,2±0,8	6,1±0,5	5,4±0,5
Витамин D	22,6±1,8	24,1±1,9	20,8±1,4
Остеокальцин	8,65±1,5	8,13±1,2	7,55±1,7
Щелочная фосфатаза	71,2±6,8	84,5±7,7	96,8±10,5*
β-изомер C-терминального телопептида коллагена 1 типа	0,15±0,02	0,14±0,01	0,14±0,02
Примечание * - различия с группой беременных без преэклампсии статистически значимы, p<0,05			

В I триместре, в отличие от ситуации с наличием предшествующей остеопении, у беременных группы развития преэклампсии не наблюдалось существенных особенностей показателей содержания кальция и неорганического фосфора в крови. Имелись только умеренные и незначимые различия в сторону снижения по обоим параметрам в подгруппе тяжелой преэклампсии.

Статистически значимых различий и по показателям данной группы факторов в I триместре не наблюдалось, хотя, например, в подгруппе последующего развития легкой преэклампсии уровень ПТГ был на 15,3% ниже, чем в контроле, а тяжелой – на 52,2% ниже. По содержанию остеокальцина существенных различий не было, хотя значения показателя в основной группе были ниже, чем в контрольной, а при последующем развитии тяжелой преэклампсии – ниже, чем легкой.

Определенные различия, в том числе имеющие статистическую значимость, уже в I триместре беременности были выявлены по величине активности щелочной фосфатазы. Следует учитывать тот факт, что в данный срок обследования плацента как источник ЩФ не может обеспечивать существенные различия по уровню активности фермента в крови. Поэтому мы полагаем, что основным источником повышения содержания активности ЩФ являлась костная ткань. Исходя из этой гипотезы, а также учитывая то, что ЩФ является показателем активности остеобласта, мы считаем, что в данный срок у беременных старшего возраста, в особенности при последующем развитии преэклампсии, имеется неэффективная активация механизма остеогенеза, связанная со снижением МПКТ в исходе, т.е. до развития беременности.

Содержание β -изомера С-терминального телопептида коллагена 1 типа не имело различий во всех группах обследованных. Во II триместре беременности были проанализированы показатели МПКТ и содержания кальция и фосфора в крови у женщин тех же ретроспективно выделенных групп.

Таблица 3 - Показатели МПКТ в II триместре беременности в зависимости от последующего развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
ИП	87,4±6,7	79,5±5,8	74,2±5,3
t-критерий	-0,61±0,07	-0,97±0,12*	-1,13±0,2*
z-критерий	-0,33±0,08	-0,40±0,06	-0,49±0,08
Примечание* - различия с группой беременных без преэклампсии достоверны, $p<0,05$			

Уровень ИП в группах беременных с развитием преэклампсии оставался более низким, чем в контроле, хотя достоверных различий в этот срок обследования также не было. В динамике относительно первого триместра снижение ИП у беременных без последующего развития преэклампсии составило 3,2%, подгруппы легкой преэклампсии – 6,1%, а тяжелой – 10,6%, т.е. потеря минеральной составляющей костной ткани была у беременных с последующим развитием осложнений более быстрой.

Аналогичное заключение надлежит сделать и по величине t-критерия. Степень снижения его в подгруппе легкой преэклампсии составила 59,0% относительно контроля, а тяжелой – 85,2% ($p<0,05$). При этом если в

контрольной группе степень снижения относительно исхода составила 10,9%, то при тяжелой преэклампсии – 27,2%.

По величине z-критерия уменьшение в динамике при легкой преэклампсии достигало 19,4%, а при тяжелой – 28,9% ($p < 0,05$).

Таблица 4 - Показатели кальций-фосфорного обмена в II триместре беременности в зависимости от развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
Содержание кальция в крови, ммоль/л	2,90±0,31	2,63±0,25	2,50±0,30
Содержание неорганического фосфора в крови, ммоль/л	1,40±0,09	1,27±0,06	1,19±0,08

Во всех трёх группах отмечалась лишь статистически незначимая динамика обоих параметров. Однако среднее содержание кальция в крови у беременных без развития преэклампсии не изменялось, тогда как при последующем её развитии – имело примерно равную тенденцию к снижению. Содержание неорганического фосфора в крови было также снижено в группах беременных с последующим развитием преэклампсии, однако статистической значимости различия, как с контрольной группой, так и с исходным уровнем показателя не достигали.

В отличие от двух ранее представленных клинических ситуаций, в III триместре обследованные беременные имели соответствующие осложнения течения (преэклампсии), поэтому различия ряда параметров были более существенными (таблицы 5,6).

Таблица 5 – Показатели МПКТ в III триместре беременности в зависимости от развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без преэклампсии	Беременные с преэклампсией	
		легкой	тяжелой
ИП	84,0±10,3	72,6±8,5	69,5±8,9
t-критерий	-0,69±0,08	-1,15±0,16*	-1,34±0,22*
z-критерий	-0,35±0,06	-0,46±0,09	-0,62±0,13

Примечание * - различия с группой беременных без преэклампсии достоверны, $p < 0,05$

Тенденция к снижению МПКТ отмечалась во всех группах обследованных беременных. В результате достаточно значительного разброса уровня показателя ИП внутри групп не было зарегистрировано статистически значимых различий с контролем, хотя в среднем при легкой преэклампсии они достигали 13,6%, а при тяжелой – 17,3%.

По t-критерию различия оставались достоверными (66,7% и 94,2% соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях). Степень снижения показателя относительно I триместра у беременных без преэклампсии составила 25,5%, с легкой преэклампсией – 38,6% и с тяжелой – 50,6% ($p < 0,05$).

По z-критерию различия с контрольной группой беременных без преэклампсии у обследованных с легкой её степенью составили 31,4%, с тяжелой – 77,1%. По отношению к I триместру различия в контрольной группе составили 16,7%, при легкой преэклампсии – 39,4% и при тяжелой – 63,4% ($p < 0,05$). Последнее свидетельствует о значительно более быстрой динамике к снижению МПКТ не только по «вневозрастном» t-критерию, но и по отношению к возрастному стандарту плотности костной ткани при развитии преэклампсии, притом связанной с их тяжестью.

Таблица 6 – Показатели кальций-фосфорного обмена в III триместре беременности в зависимости от развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без преэклампсии	Беременные с преэклампсией	
		легкой	тяжелой
Содержание кальция в крови, ммоль/л	3,02±0,16	2,75±0,11	2,61±0,20
Содержание неорганического фосфора в крови, ммоль/л	1,64±0,12	1,32±0,14	1,15±0,09*
ПТГ	12,5±0,8	11,3±1,0	9,8±0,6*
Витамин D3	24,8±1,9	26,3±2,3	23,7±2,8
Остеокальцин	8,32±0,72	7,90±0,70	7,15±0,66
Щелочная фосфатаза	88,6±9,5	100,2±11,7	148,4±22,8*
β-изомер С-терминального телопептида коллагена I типа	0,09±0,01	0,13±0,01*	0,18±0,02*
Примечание * - различия с группой беременных без преэклампсии статистически значимы, $p < 0,05$			

Более значительное снижение прослеживалось по среднему содержанию неорганического фосфора, нежели кальция у женщин с осложненным течением беременности. В частности, отмечалось статистически значимое более низкое содержание фосфора в группе с тяжелой преэклампсией (на 30,1%, $p < 0,05$). В динамике только в этой подгруппе отмечалось снижение показателей кальций-фосфорного обмена по отношению к I триместру беременности.

Концентрация ПТГ у беременных с легкой преэклампсией характеризовалась снижением относительно контрольной группы, хотя различия были статистически незначимыми. Более выраженными оказались различия по отношению к группе с тяжелой преэклампсией, где они составили 21,6% ($p < 0,05$).

Особо следует отметить динамику концентрации ПТГ по отношению к исходному уровню исследования (I триместр). Во всех трёх подгруппах она повышалась статистически значимо. Различия с исходом составили соответственно 73,6%, 85,2% и 81,7% ($p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,01$). Несмотря на такой рост, уровень ПТГ оставался ниже во всех группах, чем у здоровых женщин репродуктивного возраста вне беременности.

Содержание витамина D не имело существенных особенностей ни между выделенными группами, ни с уровнем показателя в I триместре, ни со значениями, характерными для здоровых женщин репродуктивного возраста.

Уровень остеокальцина у беременных с преэклампсией был также несколько ниже, чем в контрольной группе, однако различия оставались статистически незначимыми. Следует отметить, что сохранялась тенденция к более быстрому снижению данного показателя при преэклампсии, особенно тяжелой. Активность ЩФ в этот срок резко превышала исходные показатели и средние величины, зарегистрированные во II триместре беременности. Активность фермента была статистически значимо выше, чем в контрольной группе у беременных с тяжелой преэклампсией (на 67,9%, $p < 0,05$).

β -изомер C-терминального телопептида коллагена I типа в обеих подгруппах группы беременных с преэклампсией был статистически значимо выше, чем при отсутствии осложнений течения беременности. Различия в подгруппе с легкой преэклампсией составили 44,6%, а с тяжелой – 99,7% ($p < 0,05$ в обоих случаях). При этом только в контрольной группе отмечались статистически значимые различия с I триместром (в сторону снижения). При легкой преэклампсии существенной разницы не было, а при тяжелой – отмечалась тенденция к дальнейшему росту показателя, и его среднее значение было самым высоким за весь период исследования. Это свидетельствует о значительном повышении скорости резорбции костной ткани у женщин с преэклампсией.

Заключение. В целом полученные данные свидетельствуют о наличии отклонений функционального состояния систем, обеспечивающих гомеостаз костной ткани, у беременных с преэклампсией относительно

группы сравнения – физиологического течения беременности. Отмечено значительное увеличение показателей, свидетельствующих об ускоренной резорбции костной ткани на фоне снижения содержания факторов остеогенеза, что соответствует некоторым литературным данным [1,6].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Щербавская Э.А., Кочеткова Е.А., Гельцер Б.И. Кальций-фосфорный обмен и костный метаболизм при нормально протекающей беременности и осложненной поздним токсикозом // Гинекология: Журнал для практических врачей. – 2001. – Т.3, N5. – С.187-190.

2 Moltó A., Holgado S., Mateo L., Olivé A. Transient osteoporosis of the hip and pregnancy // Med Clin (Barc). – 2010. – Vol.135(14). – P. 678-679.

3 Sarli M., Hakim C., Rey P., Zanchetta J. Osteoporosis during pregnancy and lactation // Medicina (B Aires). – 2005. – Vol.65(6). – P. 533-540.

4 Glerean M., Plantalech L. Osteoporosis in pregnancy and lactation // Medicina (B Aires). – 2000. – Vol.60(6). – P. 973-981.

5 Кабылова С.А., Рахыпбеков Т.К., Акылжанова Ж.Е. Остеопенический синдром у женщин репродуктивного возраста в г.Павлодар и факторы риска его развития // Наука и здравоохранение. – 2010. - №1, Т.1. – С.109 - 111.

6 Щербавская Э.А., Гельцер Б.И. Обмен кальция и метаболизм костной ткани при беременности // Остеопороз и остеопатии. - 2002. - № 2.

ЦКБ МЦ УДП РК г. Алматы¹, Государственный медицинский университет, г. Семей², Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы³.
Материал поступил 28.02.13.

Түйін

Б.Ж. КӘРІБАЕВА, С.А. ҚАБЫЛОВА, Н.М. МӘМЕДӘЛИЕВА

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ЖӘНЕ ОНЫҢ КЕЙБІР ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ
МЕХАНИЗМДЕРІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ СҮЙЕК ТІНІНІҢ МИНЕРАЛДЫ
ТЫҒЫЗДЫҒЫНЫҢ ТӨМЕНДЕУІ

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

Мемлекеттік медициналық университет, Семей қ.

Акушерлік, гинекологиялық, перинаталды ғылыми орталығы, Алматы қ.

Алынған мәліметтер преэклампсиясы бар жүкті әйелдердегі сүйек тіндерінің гомеостатикалық жүйелері функциялық жағдайы ауытқуының бар екендігін куәландырады. Остеогенез факторларының төмендеу фонындағы сүйек тіндерінің жылдамдатылған резорбциясын куәландыратын көрсеткіштердің айтарлықтай ұлғайғандығы байқалды.

Кілтті сөздер: сүйек тінінің минералды тығыздығының, екіқабат әйелдер, преэклампсия

Abstract

B.ZH. KARIBAEVA, S.A. KABYLOVA, N.M. MAMEDALIEVA

DECREASE OF BONE MINERAL DENSITY AT PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA AND ITS PATHOGENETIC MECHANISMS

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan, Almaty, Semey State medical university, Scientific center of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty

The obtained data testify about presence of deviations of a functional condition of homeostatic systems of bone tissues at pregnant women with pre-eclampsia. Substantial growth of the indicators testifying about accelerated desorption of a bone tissues on the background of decrease of osteogenic factors.

Key words: bone mineral density, pregnant women, pre-eclampsia

УДК 615.032-053.9

З. А. КАСЕНОВА

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФИЗИОТЕНЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Представлены статистические данные о том, что и пожилых и престарелых людей артериальная гипертензия является одним из главных факторов риска, определяющих прогноз и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Показаны результаты оценки эффективности препарата «Физиотенз» для лечения АГ у лиц старшего и пожилого возраста.

Ключевые слова: пожилые люди, артериальная гипертензия, физиотенз, эффективность.

Введение. В большинстве развитых стран мира пожилые и престарелые люди являются самой быстрорастущей частью населения. К 2025 г. 20% населения промышленно развитых стран будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше, из которых группа в возрасте 80 лет и старше составит 27% [1].

В Казахстане число людей старше 60 лет в 2010г. составляло 11,2% от всего населения Казахстана, и, по прогнозам ООН, в 2050г. будет составлять 25,4% [2].

Как и во всем мире, среди прикрепленного контингента ЦКБ МЦ УДП РК, идет «процесс постарения». Так, на конец 2010г. лица старше 60 лет составляли 69,0% от всего прикрепленного контингента, на конец 2011г. - 69,6%, на конец 2012г. - 70,2% от прикрепленного контингента. Соответственно, идет рост в числе долгожителей среди прикрепленного контингента: число лиц старше 90 лет составляет в 2010г. 4,5%, в 2011г. - 4,9% и к концу 2012г. достигло 5,8% от числа прикрепленного контингента [3].

В условиях дальнейшего роста лиц старшего и пожилого возраста артериальная гипертензия (АГ) является одним из главных факторов риска, определяющих прогноз и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Значимость АГ как фактора риска ССЗ существенно увеличивается с возрастом, и риск развития основных ССЗ в возрастной группе 65–75 лет составляет 30% и более. У лиц старше 65 лет АГ встречается у 50% и, приблизительно в 2/3 случаев, диагностируется изолированная систолическая АГ (ИСАГ) – особая форма эссенциальной АГ [4]. Учитывая постепенное старение населения, ИСАГ представляет собой одну из основных медицинских проблем в развитых странах. Вместе с тем, ни для кого не секрет, что долгое время повышение АД с возрастом ошибочно считалось нормальным явлением, а главным фактором риска ССЗ считалось повышение диастолического АД. При этом больные с изолированным повышением АД не лечились [4].

На фармацевтическом рынке Казахстана существует очень большое количество гипотензивных препаратов различных групп и механизмов действия. Это создает определенные трудности при выборе оптимального медикамента для коррекции АД. Физиотенз является препаратом центрального действия последнего поколения, при этом у него менее выражены побочные действия в виде сухости во рту, менее выражен седативный эффект. Также препарат имеет преимущества перед другими группами гипотензивных в виде отсутствия побочных действий на бронхо-легочную систему. Снижение АД происходит постепенно.

Целью исследования являлась оценка эффективности препарата центрального действия последнего поколения моксонидина (физиотенза) для лечения АГ у лиц старшего и пожилого возраста в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 больных (11 мужчин, 17 женщин) в возрасте 60–78 лет (средний возраст $65,3 \pm 4,2$ года) с АГ I–II степени (систолическое АД (САД) – более 140, но менее 180 мм.рт.ст. и/или диастолическое (ДАД) – более 90, но менее 110 мм.рт.ст.) по классификации ВОЗ, не проходившие лечение, или лица, у которых ожидаемый эффект от лечения не был достигнут. Следует отметить, что у всех наблюдавшихся пациентов имела место фоновая и сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой, брохо-легочной, нервной систем и др., что необходимо было учитывать при назначении терапии. Средняя длительность АГ составила $16 \pm 5,3$ года. Критериями исключения являлись зависимость от алкоголя, инсульт, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда в течение 3 месяцев до исследования, сердечная недостаточность II–IV фазы по NYHA, стеноз аорты, двусторонний стеноз почечных артерий, нестабильная стенокардия или стенокардия напряжения III–IV функционального класса, тяжелые нарушения ритма и проводимости сердца, хронические заболевания органов дыхания. Больным, получавшим ранее гипотензивную терапию, за 2 недели до включения в исследование, отменяли все гипотензивные препараты, при этом контролировали АД.

Пациенты продолжали получать все другие медикаментозные средства, необходимые для лечения сопутствующих заболеваний.

Результаты и обсуждение. После проведения первичного обследования (суточное мониторирование АД–СМАД, лабораторные исследования – холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой плотности, глюкоза, креатинин, калий сыворотки крови, эхокардиография (ЭхоКГ), всем пациентам был назначен физиотенз, в качестве монотерапии, в дозе 0,2–0,4 мг/сут (1 раз в сутки). Окончательной считали либо максимальную дозу препарата (0,4 мг/сут), либо ту дозу физиотенза, при приеме которой у больного не возникали побочные эффекты, либо дозу препарата, на которой были достигнуты критерии эффективности коррекции АД (среднесуточное АД по данным СМАД менее 135/85 мм рт. ст.). После достижения окончательной дозы препарата она оставалась неизменной до конца исследования, т.е. до 24-й недели лечения (Н24). На 24-й неделе исследования при финальном визите пациенту повторно проводили суточное мониторирование АД, ЭхоКГ, лабораторные исследования.

Указанные лабораторные исследования проводили с использованием общепринятых методик и повторяли их в конце лечения. Переносимость лечения оценивали по следующим критериям: отсутствие побочных эффектов – "отличная"; нерезко выраженные побочные эффекты, не требующие коррекции дозы – "хорошая"; побочные эффекты, проходящие после коррекции дозы – "удовлетворительная" и тяжелые побочные эффекты, требующие отмены препарата – "неудовлетворительная".

После достижения окончательной дозы физиотенза (0,2 мг/сут– 12 пациентов, 0,4 мг/сут– 16) отмечено достоверное снижение как САД, так и ДАД в дневные и ночные часы. Аналогичная закономерность обнаружена и через 24 недели лечения. При этом уровни САД и ДАД (днем и ночью) при последнем визите практически не отличались от таковых в момент достижения окончательной дозы. Следовательно, при лечении физиотензом мы не наблюдали так называемого феномена ускользания гипотензивного эффекта. Не отмечено также и достоверного изменения средней частоты сердечных сокращений (ЧСС) как в дневные, так и в ночные часы.

При анализе данных эхокардиографии через 24 недели лечения физиотензом установлено достоверное снижение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) в среднем на 20%, индекса ММЛЖ, а также толщины стенок левого желудочка в среднем на 13%.

У 46,4% больных при лечении физиотензом побочных эффектов не зарегистрировано – отличная переносимость. Хорошая переносимость установлена у 53,5% пациентов. Тяжелых побочных эффектов, требующих отмены препарата (неудовлетворительная переносимость), не зарегистрировано. Самый распространенный побочный эффект – сухость в полости рта, однако она была нерезко выражена, имела транзиторный характер и не требовала коррекции дозы.

Достоверных изменений биохимических показателей (холестерин, триглицериды, ЛПВП, глюкоза, креатинин, калий) выявлено не было.

Результаты наблюдения позволяют сделать вывод, что при приеме Физиотенза надежно контролируется уровень АД в течение суток, отсутствует феномен ускользания гипотензивного эффекта, менее выражены побочные действия, такие как сухость во рту и седативный эффект.

Заключение. Таким образом, Физиотенз рекомендуется для лечения АГ у лиц пожилого возраста в виде монотерапии т.к. у него менее выражены побочные действия, препарат хорошо переносится, постепенно снижает АД и не влияет на бронхо-легочную систему, что является преимуществом перед другими группами препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. АРГУС: Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2002. - С. 72 - 75.

2 Здоровье населения РК и деятельность организации здравоохранения в 2011. Стат. сборник Астана – 2012.

3 Анализ деятельности поликлиники ЦКБ МЦ УДП РК за 2012г.

4 Жданова О.Н. Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых людей. Артериальная гипертензия 2002. - С. 31-33.

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК. Материал поступил 16.02.13.

Түйін

З. А. КАСЕНОВА

ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРҒА ФИЗИОТЕНЗ ДӘРІСІН
ҚОЛДАНЫ ТӘЖІРИБЕСІ

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

Автор осы мақалада егде және қарт жастағы адамдар халықтың ең жылдам көбейіп жатқан бөлігі болып табылатынын растайтын статистикалық деректерді ұсынды. Бұл ретте артериялық гипертензия жүрек-қан тамыр ауруларынан өлім-жітімнің болжамын айқындайтын басты қауіп-қатер факторы болып табылады. Егде және қарт жастағы адамдарды артериялық гипертензиядан емдеуде қолданылған «Физиотенз» дәрісінің тиімділігін бағалау нәтижелері көрсетілген. 24 апта «Физиотенз» дәрісімен емдеуден кейінгі эхокардиография деректерінің талдауы сол жақ қарынша миокардының салмағы (СҚМС) СҚМС индексінен орташа есеппен 20%-ға, сондай-ақ сол жақ қарынша қабырғалары орташа 13% төмендеді. Бақылау нәтижелерінің дәлелдегені: Физиотенз қабылдаған кезде қан қысымның деңгейі бір қалыпта ұсталады, гипотензиялық әсердің қайту феномені жоқ, теріс әсерлері айтарлықтай байқалмайды.

Кілтті сөздер: егде адамдар, артериялық гипертензия, физиотенз, тиімділігі

Abstract

Z.A. KASENOVA

USE OF THE DRUG FIZIOTENZA ELDERLY AND SENILE

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan

The author presented statistic datas that elderly and old people are the fastest growing part of the population. In this case, hypertension is a major risk factor for determining prognosis and mortality from cardiovascular disease. Shows the results of evaluation of the effectiveness of the drug "Fiziotenz" for the treatment of hypertension in older persons and the elderly. Data analysis echocardiography at 24 weeks of treatment showed a significant reduction fiziotenzom left ventricular mass by an average of 20%, LVM index, and left ventricular wall thickness, an average of 13%. The results of observations show that when taking Fiziotenza positively controlled blood pressure, there is no escaping the phenomenon of the hypotensive effect is less pronounced side effects.

Key words: elderly, hypertension, fiziotenz, efficiency.

УДК:616.381-002-089.168.1-053.2

В. М. ЛОЗОВОЙ, М. К. ХАМИТОВ, С. А. АБДЫРОВА, Д. Б. ОРЛОВА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Представлены результаты анализа частоты встречаемости признаков синдрома системной воспалительной реакции при различных видах осложнений (инфильтрат послеоперационной раны, абсцесс брюшной полости, инфильтрат брюшной полости, ранняя инфильтративно-спаечная кишечная непроходимость), возникших в процессе лечения детей с распространенными формами аппендикулярного перитонита. Установлено, что наличие ССВР 4 в первые сутки после операции, ССВР 4 и 3 в период до третьих суток, а так же ССВР 1 и 2 в пятые сутки с большей вероятностью позволяют прогнозировать возникновение и характер послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: дети, перитонит, синдром системной воспалительной реакции, прогнозирование осложнений.

Введение. Одну из наиболее актуальных и сложных проблем абдоминальной хирургии у детей представляют послеоперационные осложнения при аппендикулярном перитоните - 5,5-40,3% [1,2]. При возникновении осложнений резко снижается качество лечения и нередко возникает опасность для жизни больного [3]. Причиной неудовлетворительных результатов лечения послеоперационных осложнений является несвоевременная их диагностика и промедление с выполнением необходимого лечения [4,5]. В связи с чем, прогнозирование развития осложнений является весьма актуальной задачей.

Цель исследования: оценить возможность использования признаков синдрома системного воспалительного ответа (ССВР) для прогнозирования послеоперационных осложнений распространенного перитонита у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении детской хирургии ГКП на ПХВ «ГДБ №2». Проведен анализ 47 историй болезней детей с распространенными формами аппендикулярных перитонитов за период 2006 – 2011 гг. Возраст больных от 1 года до 15 лет. Больные разделены на 4 группы по характеру возникших осложнений. Первая группа (12 пациентов) – образование инфильтрата послеоперационной раны (ИПОР). Вторая (4 ребенка) – формирование абсцесса брюшной полости (АБП). Третья группа (9 наблюдений) – развитие инфильтрата брюшной полости (ИБП). Четвертая группа (7 больных) – пациенты с ранней инфильтративно-спаечной кишечной непроходимостью (РИСКН). В контрольную группу (15 пациентов) вошли больные (БО), пролеченные за период с 2009 по 2011 гг., не имевшие осложнений в послеоперационном периоде.

Исследование включало оценку 4 симптомов ССВР (Чикагская согласительная конференция, 1991 г.) в разные временные периоды (от 1-го по 5-го дня после операции), с учетом особенностей детского возраста (Российский симпозиум детских хирургов "Хирургическая инфекция у детей". РФ г. Воронеж, 2004 г.): 1) температура тела аксиллярная $> 37,2^{\circ}\text{C}$ или $< 35,2^{\circ}\text{C}$; 2) увеличение ЧСС выше верхней границы возрастной нормы 3) увеличение ЧД выше верхней границы возрастной нормы; 4) лейкоциты $> 12 \cdot 10^9/\text{л}$ или $< 4 \cdot 10^9/\text{л}$ или 10 % незрелых форм [6]. Статистический анализ проводился с помощью программы BIOSTAT (Критерий Хи-квадрат).

Результаты и обсуждение. При анализе клинических данных в группе больных с благоприятным исходом заболевания было выявлено, что в 13% случаев в дооперационном периоде признаки ССВР отсутствовали. В таблице 1 представлены полученные данные.

Таблица 1 – Частота встречаемости ССВР в до и после операционном периодах

Осложнения	n	дни											
		до операции		1		2		3		4		5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ИПОР	12	12	100	12	100	12	100	9	75	9	75*	8	67*
АБП	4	4	100	4	100	4	100	4	100*	4	100**	3	75*
ИБП	9	9	100	9	100	9	100	9	100*	8	89*	4	44*
РСКН	7	7	100	7	100	6	86	7	100*	6	86*	5	71*
БО	15	13	87	15	100	15	100	11	73	2	13	0	0

Примечания: * достоверное отличие от показателей контрольной группы ($p \leq 0,05$).
 ** достоверное отличие от показателей основных групп ($p \leq 0,05$).

В послеоперационном периоде выявлено сохранение симптомов ССВР у 100 % больных с ИПРО в плоть до 3 суток с момента операции, у 75 % по 4 сутки и у 67 % в 5-е сутки. Наиболее длительно ССВР сохранялся у детей с АБП – до 4 суток 100 % и до 5 суток у 75 % пациентов. Симптомы ССВР в группе с ИБП отмечались в 100 % наблюдений детей до 3 суток, у 89 % - на 4 сутки, у 44 % на 5 сутки. Такая же тенденция к сохранению ССВР имела место и у больных с РСКН (у 100 % пациентов симптомы сохранялись до 3 суток, продолжали проявляться у 86 % на 4 сутки и у 71 % детей в 5-е сутки). В то же время в контрольной группе в 100 % случаях ССВР сохранялся лишь до 2-х суток, на 3-е сутки имел место у 73 % пациентов. На 4 сутки 87 % больных уже не имели симптомов ССВР, на 5-е сутки ССВР отсутствовал во всех случаях.

С целью выявления групп с высокой степенью ССВР нами проведен анализ по временным периодам. В таблице 2 представлены данные полученные в первый день послеоперационного периода.

Таблица 2 – Наличие ССВР в первые сутки после операции

Осложнение	N	ССВР 1		ССВР 2		ССВР 3		ССВР 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ИПОР	12	0	0	5	41.7	5	41.2	2	15.7
АБП	4	0	0	1	25	0	0	3	75**
ИБП	9	2	22.2	0	0	2	22.2	5	55.6*
РИСКН	7	2	28.6	1	14.3	2	28.6	2	28.6*
БО	15	1	6.7	7	46.7	5	33.3	2	13.3

Примечания: * достоверное отличие показателей от контрольной ($p \leq 0,05$);
** достоверное отличие показателей от основных групп ($p \leq 0,05$).

Проведенный анализ показал, что ССВР 4 в первый день после операции чаще встречался у больных с возникновением АБП (75 % наблюдений). Показатели этой группы достоверно отличались от остальных ($p \leq 0,05$). Данные больных с ИБП (55,6 %) и РИСКН (28,6 %) так же достоверно имели отличия от контрольной группы ($p \leq 0,05$). Частота встречаемости ССВР 1, 2, 3 основных групп не имела достоверного отличия от контрольной.

Таблица 3 – Наличие симптомов ССВР на третьи сутки после операции

Осложнение	N	ССВР 1		ССВР 2		ССВР 3		ССВР 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ИПОР	12	1	8.3	3	25	2	16.7*	3	25*
АБП	4	1	25	1	25	0	0	2	50**
ИБП	9	1	11.1	3	33.3	3	33.3*	2	22.2
РИСКН	7	2	28.5	3	42.9	1	14.3	1	14.3*

БО	15	6	40	4	26.7	1	6.7	0	0
Примечания: *достоверное отличие от контрольной группы ($p \leq 0,05$). **достоверное отличие от основных групп ($p \leq 0,05$).									

Как видно из таб.3, на третьи сутки послеоперационного периода наиболее часто ССВР 4 отмечался у больных с АБП (в 50% случаев), показатели достоверно отличались от сравниваемых групп. В группах с ИПОР, ИБП и РИСКН частота встречаемости ССВР 4 составляла 25 %, 22,2 % и 14,3 % наблюдений соответственно. Так же в данный период отмечалась высокая встречаемость ССВР 3 в группах с ИПОР (16,7 %) и ИБП (33,3 %) в сравнении с больными из группы где осложнений не отмечено ($p \leq 0,05$). Частота встречаемости ССВР 1 и 2 основных групп не имела достоверного отличия от контрольной. В то же время, в контрольной группе ССВР 4 не имел места. В таблице 4 представлены полученные данные исследований проведенных на пятые сутки после операции.

Таблица 4 – Наличие симптомов ССВР на пятые сутки после операции

Осложнение	N	ССВР 1		ССВР 2		ССВР 3		ССВР 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ИПОР	12	3	25*	5	20*	0	0	0	0
АБП	4	1	25*	1	25*	0	0	1	25*
ИБП	9	1	11.1*	2	22.2*	1	11.1*	0	0
РИСКН	7	3	42.9*	2	28.6*	0	0	0	0
БО	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Примечание - *достоверное отличие от контрольной группы ($p \leq 0,05$).									

Данные, представленные в таблице свидетельствуют, что на пятые сутки послеоперационного периода ССВР 4 сохранялся лишь в группе с АБП (25 %). ССВР 3 наблюдался только в группе ИБП (11,1 %). Так же во всех группах наблюдений отмечалось от 1-го до 2-х симптомов ССВР.

При этом стоит отметить, что к данному периоду времени в контрольной группе симптомы ССВР купировались.

Таким образом, установлено, что на четвертые сутки в группе детей без осложнений ССВР купировался у 87 % и у 100% больных на пятые сутки. Наличие ССВР 4 в первые сутки после операции, ССВР 4 и 3 в период до третьих суток, а так же ССВР 1 и 2 в пятые сутки с большей вероятностью позволяют прогнозировать возникновение послеоперационных осложнений. Клинический контроль позволяет без излишних материальных затрат использовать исследование ССВР для определения фазы воспалительного процесса (стихания, развертывания, усугубления) и прогнозирования гнойно-септических осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Цуман, В.Г. Гнойно-септические осложнения острых хирургических заболеваний у детей / В. Г. Цуман, А. Е. Машков. М.: Медицина, 2005. - 286 с.
- 2 Chang, Y.T. Appendicitis in children younger than 3 years of age: an 18-year experience / Y.T. Chang, J.Y. Lin, Y.S. Huang // Kaohsiung J. Med. Sci. - 2006. Vol. 22 (9). - P. 432-436.).
- 3 Willy A., Michel M, Olivier D. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. World J Gastroenterol. 2011; 17: 4545–4553. [PubMed]
- 4 Исаков, Ю.Ф., Дронов А.Ф. Национальное руководство по детской хирургии: Москва 2009 - 1255 с.
- 5 Султангужин, А.Ф. Ранняя диагностика послеоперационных внутрибрюшных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.19 - Уфа, 2011 - 40 с.
- 6 Тусупкалиев А.Б. Синдром системной воспалительной реакции у детей и шкалы оценки тяжести больных с перитонитом и абдоминальным сепсисом // Педиатрия и детская хирургия – 2010. - № 4. – С. 57 – 61.

Кафедра детской хирургии АО «Медицинский университет Астана».

ГКП на ПХВ «Городская детская больница №2» г. Астана. Материал поступил 15.02.13.

Түйін

В.М. ЛОЗОВОЙ, М.К. ХАМИТОВ, С.А. АБДЫРОВА, Д.Б. ОРЛОВА

БАЛАЛАРДА ЖАЙЫЛҒАН ПЕРИТОНИТТИҢ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРЫН БОЛЖАМДАУ ҮШІН ЖҮЙЕЛІ ҚАБЫНУЛЫҚ СЕРПІЛІСТЕР СИНДРОМЫН ҚОЛДАНУ

«Астана Медициналық университеті» АҚ

«Балалардың №2 қалалық ауруханасы» ШЖҚ МКК, Астана қ.

Балаларды аппендикстік перитониттің жайылған формаларынан емдеу процесінде пайда болған асқынулар түрлері (операциядан кейінгі жарақат инфильтраты, ішперде қуысы абцесі, ішперде қуысының инфильтраты, ішектің ерте инфильтраттық-жабыспалы түйнегі) кезіндегі жүйелі қабынулық серпілістер синдромының (ЖҚСС) белгілері байқалу жиілігін талдау нәтижелері келтірілген. Операциядан кейін бірінші тәулікте 4 ЖҚСС, үш тәулікке дейінгі мерзімде 4 және 3 ЖҚСС, сондай-ақ бесінші тәулікте 1 және 2 ЖҚСС пайда болса, онда операциядан кейінгі асқынулардың пайда болуы және түрін барынша нақты болжамдауға мүмкіндік беретіні анықталды.

Кілтті сөздер: балалар, перитонит, жүйелі қабыну серпілістер синдромы, асқынуларды болжамдау.

Abstract

V.M. LOZOVY, M.K. KHAMITOV, S.A. ABDYROVA, D.B. ORLOVA

USE SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME FOR PREDICTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF GENERAL PERITONITIS IN CHILDREN

Chair of pediatric surgery in «Astana medical university» JSC
«City children's hospital № 2» Astana city

The results of the analysis of the frequency of occurrence of symptoms systemic inflammatory response syndrome (SIRS) in various of complications (f.e. wound infiltration, abdominal abscess, infiltrate the abdomen, early infiltrative adhesive bowel obstruction), occurred during the treatment of children with common forms of appendicular peritonitis. Established, that the existence of SIRS 4 on the 1-st day after operation, SIRS 4 and 3 in the period before the 3-rd day, and also SIRS 1 and 2 on the 5-th day more likely it possible to predict the origin and nature of postoperative.

Key words: children, peritonitis, systemic inflammatory response syndrome, prediction of complications.

УДК 618.3:616.728.18-07

А.Ж. МЫРЗАБЕКОВА, Г.У. АХМЕДЬЯНОВА,
З.Т. ГАБДИЛЬАШИМОВА, С.Б. АБДРАШИТОВА

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Выявлена корреляционная связь между степенью расхождения лонного сочленения и балльной оценкой интенсивности боли при недоношенной беременности в сроке гестации 22 – 34 недели ($r = 0,98$, $p < 0,01$), в сроке гестации 35 – 40 недель ($r = 0,85$, $p < 0,01$). По данным ультразвуковой доплерометрии области лонного сочленения для I степени его расхождения установлен высокорезистентный тип кровотока, для II и III степени расхождения лонного сочленения – низкорезистентный тип кровотока, характеризующийся низким уровнем индекса резистентности, либо его отсутствие.

Ключевые слова: беременные женщины, дисфункция, лонное сочленение, индекс резистентности, балльная оценка.

Введение. Несмотря на многочисленные исследования как зарубежных, так и отечественных авторов, направленные на изучение дисфункции лонного сочленения, данная проблема остается до настоящего времени не достаточно изученной. Частота дисфункции лонного сочленения отмечается, по данным зарубежной литературы, от 1:512 до 1:2040 случаев [1]. В тоже время по данным отечественной литературы симфизиопатия при беременности и в родах встречается гораздо реже - от 1:3400 до 1:30000 случаев [2].

Тем не менее, несмотря на различие в статистических показателях проблема дисфункции лонного сочленения из года в год приобретает все большую значимость. Это связано с возникновением в родах и в послеродовом периоде разрывов лонного сочленения, которые

сопровожаются длительным периодом реабилитации, нарушением периода грудного вскармливания, что ведет к срыву адаптационных механизмов у новорожденного. Осложненное течение разрыва лонного сочленения может привести к длительной инвалидизации [3].

Цель исследования: проанализировать клинические проявления дисфункции лонного сочленения при недоношенной и доношенной беременности в различные сроки гестации с оценкой болевого синдрома по шкале NRS. Изучить изменения степени тяжести дисфункции лонного сочленения по данным УЗИ с изучением кровотока в лонном сочленении при доношенной и недоношенной беременности.

Материалы и методы. Настоящая работа выполнена на базе ГКПнаПХВ «Городской родильный дом». Исследование было проведено в дизайне когортного открытого контролируемого, которое включало в себя 143 беременных.

Проведен ретроспективный анализ 79 историй родов с дисфункцией лонного сочленения, где применялся традиционный подход ведения беременных (группа сравнения). Беременные группы сравнения (Б) были разделены на две подгруппы IB и IB. В основную группу (А) включены 64 беременные с дисфункцией лонного сочленения, которым проводился дифференцированный подход с применением препаратов кальция, по гестационным срокам основная группа была разделена на 2 подгруппы: IA и IA. Распределение беременных с дисфункцией лонного сочленения основной группы и группы сравнения на подгруппы способствовало разделению их на недоношенные и доношенные сроки гестации. Основную группу в сроке гестации 22 – 34 недели (IA) составили 29 беременных, в то время как на этот же гестационный период в группу сравнения (IB) были включены 42 пациентки. В сроке гестации 35 – 40 недель в основную группу вошли 35 беременных с дисфункцией лонного сочленения, использовавших препараты кальция (IA), группа сравнения была представлена 37 пациентками с дисфункцией лонного сочленения, не использовавших препараты кальция (IB). В качестве группы контроля были выбраны 30 здоровых беременных, не имеющих дисфункции лонного сочленения.

Использованы следующие методы: клинико-анамнестический - проведен сбор анамнеза о наследственной патологии, перенесенных заболеваниях, репродуктивной функции, уточнены данные менструальной функции, течение и исход предыдущих беременностей, течение настоящей беременности с фактом возникновения данной патологии и момента обращения. Инструментальное обследование - ультразвуковое сканирование лонного сочленения, трехмерная доплерометрия сосудов лонного сочленения во всех исследуемых группах выполнялось на аппарате экспертного класса Voluson 730 и на аппарате экспертного класса LOGIQ - 9 в трехмерном режиме линейным датчиком 5-10 МГц.

Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась по шкале NRS. Цифровая рейтинговая шкала (NRS) предназначена для определения одного

показателя, свойства боли – ее интенсивности, которая представлена 11 пунктами от 0 («боль отсутствует, ее нет») до 10 («острая боль, какую можно представить»).

Статистические методы: математическая обработка полученного материала проводилась на персональном компьютере с применением программ Microsoft Office Excel и Statistica 6. При анализе полученных данных были применены методы описательной статистики (среднее значение M , стандартное отклонение σ , стандартная ошибка m). Для расчета достоверности различий применялись непараметрические критерии (Манна-Уитни), корреляционный анализ Спирмена (коэффициент ранговой корреляции r).

Выполненная работа не ущемляла права и не подвергала опасности субъектов исследования в соответствии с требованиями биомедицинской этики, утвержденной Хельсинской декларацией Всемирной Медицинской ассоциации (2000). Все пациентки добровольно участвовали в проведении диагностических и лечебных мероприятий.

Результаты и обсуждение. Для совершенствования методов ведения и родоразрешения данного контингента беременных в исследовании участвовали 143 пациентки с дисфункцией лонного сочленения в различные сроки гестации, которые были разделены на основную группу и группу сравнения.

В результате сравнительного исследования особенностей клинических проявлений выявлено следующее. Основной жалобой пациенток с дисфункцией лонного сочленения была боль в обеих группах. Ее интенсивность по шкале NRS в группе IA соответствовала в среднем $6,0 \pm 1,0$ балла, в группе IB она соответствовала $5,0 \pm 1,0$ баллов. Симптомы Тренделенбурга, Ласега и Патрика были положительны в обеих группах. При изменении положения тела боль только усиливалась, при отдыхе купировалась. В группах ПА и ПБ также основной жалобой у беременных с дисфункцией лонного сочленения была боль. При изменении положения тела она усиливалась, купировалась в группе ПА при отдыхе, у 37,8% пациенток в группе ПБ она исчезала при отдыхе, у остальных - не купировалась. В группе ПА у 31,4% наблюдаемых отмечалась боль при пальпации крестцово-подвздошного сочленения, у 11,4% беременных определялась щель в области симфиза, у 8,5% - наблюдалась характерная «утиная» походка. В группе ПБ у 43,0% наблюдаемых болезненность была отмечена при пальпации крестцово-подвздошного сочленения, у 17,2% наблюдалась характерная «утиная» походка. Интенсивность боли по шкале NRS в исследуемых группах была оценена следующим образом: в ПА - $9,0 \pm 1,0$ баллов, в группе ПБ - $8,5 \pm 0,5$ балла.

Таким образом, в обеих группах болевой синдром у женщин с дисфункцией лонного сочленения являлся ведущим.

Для определения степени расхождения лонного сочленения, наличия признаков воспаления, а также определения кровотока в области лона нами проводилось УЗИ с доплерометрией на аппаратах экспертного класса

Voluson 730 и LOGIQ - 9 в трехмерном режиме линейным датчиком 5-10 МГц.

Для наиболее оптимальной тактики ведения беременных с дисфункцией лонного сочленения мы позволили себе модифицировать классификацию Л.В. Ваниной, Л.С. Персианинова (1964) по расхождению лонного сочленения. Так, за I степень было принято расхождение лонного сочленения от 5 до 10 мм, за II степень – от 10 до 15 мм, за III степень - более 15 мм. Расхождение лонного сочленения более 20 мм нами расценивалось как разрыв лонного сочленения.

По нашим данным, при УЗИ лонного сочленения беременных с использованием препаратов кальция в сроке гестации 22-34 недели было отмечено, что I степень расхождения лонного сочленения (до 10 мм) имели 20 (69%) беременных, II степень (10-15 мм) – 6 (20,7%) беременных и III степень (более 15 мм) - 3 (10,3%) беременных. Ультразвуковая диагностика лонного сочленения у беременных с дисфункцией лонного сочленения, не использовавших препараты кальция в сроке гестации 22-34 недели показало, что I степень была у 38 (90,5%) беременных, II степень – у 4 (9,5%) беременных, беременных с расхождением лонного сочленения III степени в данной группе выявлено не было. В сроке гестации 35-40 недель беременные основной группы по степени расхождения лона были распределены следующим образом: I степень - у 26 (74,3%) беременных, II степень у – 7 (20%) беременных, и III степень расхождения - у 2 (5,7%) беременных. У беременных группы сравнения в этом сроке гестации степень расхождения лона по УЗИ была следующей: I степень – у 17 (46%) беременных, II степень – у 15 (40,5%) беременных и III степень расхождения – у 5 (13,5%) беременных.

По нашим данным, выявлена сильная корреляционная связь между расхождением лонного сочленения и балльной оценкой интенсивности боли (по шкале NRS): при недоношенной беременности в сроке гестации 22–34 недели - $r = 0,98$, $p < 0,01$; в сроке гестации 35–40 недель - $r = 0,85$, $p < 0,01$.

В работе мы провели исследование кровотока в области лона у 32 пациенток с дисфункцией лонного сочленения, применявших препараты кальция. По данным ультразвукового сканирования с применением доплерометрии нами было обнаружено два типа кровотока в сочленении – высокорезистентный (высокий индекс резистентности) и низкорезистентный (низкий индекс резистентности). Индекс резистентности – отношение разности максимальной систолической скорости и минимальной диастолической скорости к максимальной систолической скорости. Так при расхождении лонного сочленения I степени (до 10 мм) IR составил $0,64 \pm 0,04$, что является высокорезистентным кровотоком. При расхождении лонного сочленения II степени обнаружен низкорезистентный тип кровотока, IR составил $0,48 \pm 0,03$. При низкорезистентном кровотоке отмечалось наибольшее расхождение лонного сочленения – II и III степени ($p < 0,05$), при высокорезистентном кровотоке – I степени ($p < 0,01$).

Выводы:

1. Для беременных с дисфункцией лонного сочленения основным клиническим синдромом является интенсивность боли, которая оценивается по шкале NRS от $6,0 \pm 1,0$ до $9,0 \pm 1,0$. Выявлена корреляционная связь между степенью расхождения лонного сочленения и балльной оценкой интенсивности боли при недоношенной беременности в сроке гестации 22 – 34 недели ($r = 0,98$, $p < 0,01$), в сроке гестации 35 – 40 недель ($r = 0,85$, $p < 0,01$).
2. По данным ультразвуковой доплерометрии области лонного сочленения для I степени его расхождения установлен высокорезистентный тип кровотока, для II и III степени расхождения лонного сочленения – низкорезистентный тип кровотока, характеризующийся низким уровнем индекса резистентности, либо его отсутствие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Engelen M.J.A, Diercks R.L., Mensink W.F.A // Русский мед.журнал. - 2009. - № 12. - С. 1 - 8.

2 Баринов С.В. Резник Л.Б., Демченко С.Г. /Тактика ведения беременных с дисфункцией лонного сочленения с использованием комбинированного бандажа // «Мать и Дитя» в Кузбассе. – 2011. – № 2 (45). - С. 46 – 48.

3 Грищенко О.В., Сторчак А.В., Шевченко О.И., и др. Остеопенический синдром при беременности в период кормления грудью. Мет. рекомендации. - Харьков. - 2004. - 28 с.

АО «Медицинский университет Астана». Материал поступил в редакцию 15.01.2013.

Түйін

А. Ж. МЫРЗАБЕКОВА, Г. У. АХМЕДЬЯНОВА, З. Т. ГАБДІЛӘШІМОВА,
С. Б. ӘБДІРАШИТОВА

ҚАСАҒА СИМФИЗИНІҢ ДИСФУНКЦИЯСЫ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ
БАҚЫЛАУ ЖҮРГІЗУДІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ
«Астана Медициналық университеті» АҚ

Аталған әдісті жүргізу барысында қасаға симфизінің дисфункциясы бар жүкті әйелдерде негізгі клиникалық синдром NRS шкаласы бойынша $6,0 \pm 1,0$ ден $9,0 \pm 1,0$ дейін бағаланатын ауырсыну қарқындылығы болып анықталды. Мерзімі жетпеген жүктілік кезінде қасаға симфизінің ажырау дәрежесі мен ауырсыну қарқындылығы арасындағы корреляциялық байланыс гестацияның 22 – 34 аптасында ($r = 0,98$, $p < 0,01$) және 35 – 40 аптасында ($r = 0,85$, $p < 0,01$) анықталған. Қасаға симфизі аймағын доплерометрия әдісімен ультрадыбыстық зерттеудің көрсеткіштері бойынша қасаға симфизі ажырауының I дәрежесінде қанағымның жоғары резистенттілік түрі, қасаға симфизі ажырауының II және III дәрежесінде резистенттілік индексінің төмен деңгейімен немесе оның мүлдем жоқтығымен сипатталатын қанағымның төмен резистенттілік түрі тіркелген.

Кілтті сөздер: жүкті әйелдер, дисфункция, қасаға симфизі, резистенттілік индексі, балмен бағалау.

Abstract

A. ZH. MYRZABEKOVA, G.U. AHMEDIYANOVA, Z.T. GABDILASHIMOVA,
S.B. ABDRAHITOVA

DIAGNOSTIC ASPECTS OF PREGNANT WOMEN WITH SYMPHYSIS PUBIS
DYSFUNCTION

«Astana medical university» JSC

In conducting of this research revealed that for pregnant with symphysis pubis dysfunction the main clinical syndrome is pain intensity, which assessed on a NRS scale from $6,0 \pm 1,0$ to $9,0 \pm 1,0$. Identified correlation between the divergence symphysis pubis and point evaluation of pain intensity during unsolved pregnancy in gestation 22-23 weeks ($r=0,98$, $p<0,01$), in gestation 35-40 weeks ($r=0,85$, $p<0,01$). According to the ultrasonic Doppler in the area of symphysis pubis for I degree of its divergence high resistant blood type for the II and III degree divergence of symphysis pubis – low resistant blood type characterized by a low level of resistance index or without it.

Key words: pregnant women, dysfunction, symphysis pubis, resistance index, evaluation score.

УДК 616.36-008.8-053.2

Г.И. НУРЖАНОВА

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОЛУДЕКСАНА У
БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Описаны результаты оценки эффективности применения Холудексана при использовании которого достигнуто снижение лабораторных показателей воспаления, цитолиза, холестаза и получен выраженный гепатопротекторный, желчегонный и гипохолестериновый эффекты у 30 больных с заболеваниями гепатобилиарной системы.

Ключевые слова: хронический холецистит, холелитиаз, хронический алкогольный гепатит, Холудексана, желчегонный и гипохолестериновый эффекты.

Введение. Проблема заболеваний билиарной системы приобрела в наше время не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Распространенность патологии среди взрослой популяции населения очень велика как в Казахстане, так и в России, Европе, Северной Америке и Китае. Наблюдается выраженная тенденции к увеличению числа пациентов за последние два-три десятилетия, как среди взрослых, так и среди детей [1].

Часто причиной возникновения заболеваний билиарной системы являются нарушения двигательной функции желчного пузыря, желчевыводящих путей, что зависит от влияния симпатического и парасимпатического компонентов вегетативной нервной системы. Усиление

или ослабление вагусных и симпатических импульсов могут нарушать согласованность сокращения мускулатуры желчного пузыря и расслабление тонуса сфинктеров, вызывать задержку желчеотделения. Одновременно изменяется концентрационная и резорбционная функции желчного пузыря за счет усиления всасывания воды и некоторых органических веществ из желчи [2].

Многие исследователи указывают на то, что гипокинезия желчного пузыря является фактором риска для развития холелитиаза, последовательно проходящем взаимосвязанные фазы: дискинезий, хронического холецистита, желчнокаменной болезни [3]. Печень, как орган, метаболизирующий этанол, наиболее подвержена и влиянию алкоголя, проявляющееся тремя основными формами повреждения: стетозом, гепатитом и циррозом [4].

До настоящего времени значительной остается роль так называемых гепатопротекторных препаратов, защищающих печень от повреждающего воздействия экзогенных или эндогенных факторов или ускоряющих ее нормальную регенерацию. В свою очередь среди гепатопротекторов особое место занимают лекарственные травы. Препарат Холудексан обладает гепатопротективным, холелитолитическим, гипохолестериновым и иммуномодулирующим эффектом [5].

Цель исследования – оценить клиническую эффективность препарата Холудексана у больных заболеваниями билиарной системы.

Материалы и методы. Было пролечено 50 больных, страдающих хроническим холециститом, холелитиазом, хроническим алкогольным гепатитом в возрасте от 30-до 60 лет, преимущественно мужчины (80%). Причем больных от 30 до 41 лет было 62,5%, от 42 до 53лет - 25%, от 54 до 60 лет – 12,5%. Длительность заболевания составляла: от 2 до 5 лет- 50%, от 6 до 10 лет- 42,3%, от 11 до 15 лет- 7,3% (таб. 1).

Таблица 1 - Клиническая характеристика больных с билиарным поражением печени

наименование	абс.число	%
Боли в правом подреберье (ноющие, тупые)	50	100%
Диспепсический синдром	48	96%
Астеновегетативный синдром	37	74%
Гепатомегалия	26	52%

Кроме того, у 50% больных с алкогольным поражением печени наблюдались боли в области сердца, поражение суставов и мышц. У 14% больных выявлена одышка при нагрузке, у 10% - нарушение ритма с сопутствующей ИБС, у 10% - кожный зуд (таблица 2).

Таблица 2 - Дополнительные жалобы (симптомы)

Наименование симптомов	абс.число	%
Боли в области сердце	25	50%
Одышка	7	14%
аритмии	5	10%
артриты	8	16%
дизурия	12	24%
Кожный зуд	8	10%
Миалгии	13	26%

По данным лабораторных исследований до лечения: признаки мезенхимально-воспалительного синдрома выявились у 93%, цитолиза - у 70%, гипербилирубинемия – у 45%, холестаза – у 30%, гиперхолестеринемия – у 17,5%, гипоальбуминемия - у 80%, анемия – у 20%. На ФГДС у 6 пациентов был выявлен НР-положительный эрозивный гастрит, ГЭРБ, у 4-х больных - язвенная болезнь желудка и 12п\к. На УЗИ печени с эластографией выявлено: стеатогепатоз - у 65%, цирроз печени без декомпенсации - 25%, хронический холецистит (некалькулезный, сгущенная желчь в желном пузыре) – 10%.

Все больные были распределены на две идентичные группы: 1 группа (30 больных) получали Холудексан 300мг по 1 кап 2р в день 1 месяц, затем по 1 кап 1р в течение 2 месяц, 2 группа- 20 пациентов - принимали Гепабене по 1 кап 3р в день.

Курс стационарного терапевтического лечения составил 12 дней, далее амбулаторно в течение 3 месяцев. Лечение проводилось на фоне назначения режима, полноценного питания и симптоматической терапии (по необходимости). Эффективность лечения оценивали по регрессу клинической симптоматики и данных лабораторного исследования.

Результаты и обсуждение. На фоне терапии Холудексаном на 7-8 сутки лечения у больных наблюдался регресс клинических симптомов: исчезли тяжесть и боли в правом подреберье; улучшился аппетит, нормализовался сон на 5-6сутки; кожный зуд и желтуха прошли на 10-12 сутки. Через 4 недели от начала лечения у 90% больных нормализовались или достоверно снизились лабораторные показатели воспаления, цитолиза, холестаза (уровни билирубина, АЛТ, АСТ, гГТП, ЛДГ, белковой фракции, холестерина). У 8% пациентов положительная динамика наблюдалась несколько позже, через 1,5 месяца от начала лечения. Лишь в одном случае (2%) не было отмечено эффекта из-за нарушения режима и диеты.

В контрольной группе положительная клиничко-лабораторная динамика на 1-2 неделе лечения наблюдалась у 40%, а к концу курса - у 60% пациентов, при этом постоянно требовался дополнительный прием лекарственных препаратов, значительно увеличивший затраты на лечение (спазмолитики, другие гепатопротекторные препараты). Субъективно результаты терапии Холудексаном сами больные оценили следующим

образом: значительное улучшение - 88,8% случаев, улучшение - 10,2%, без эффекта – 1,0%.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что применение Холудексана в сравнении с Гепабене позволило добиться более значительного снижения показателей воспаления, цитолиза, холестаза и оказало выраженный гепатопротекторный, желчегонный и гипохолестериновый эффекты у больных с заболеваниями гепатобилиарной системы. Клиническая ценность гепатопротекторного препарата Холудексан определяется его эффективностью, переносимостью, безопасностью и экономичностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей.- М.: Анахарсис. - 2006. - 448 с.
- 2 Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь.- Ижевск: Экспертиза.- 2004.-76 с.
- 3 Галкин В.А. Дискинезии желчного пузыря. Принципы диагностики и лечения // Терапевтический архив.- 2005.- № 8.- Т. 77. - С. 55-57.
- 4 Buchner A.M. Factors influencing the prevalence of gallstones in liver disease: the beneficial and harmful influences of alcohol // Am. J. Gastroenterol. - 2002.- Vol. 97. - № 4.- P. 905-909.
- 5 Мараховский Ю.Х. Клиническая оценка потенциальных возможностей и ограничений гепатопротекторов.//Рецепт. - 2005. - № 1. - С. 42-50.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК. Материал поступил 28.02.13.

Түйін

Г.И. НҰРЖАНОВА

БАУЫР БИЛИАРЛЫҚ ЖҮЙЕСІ АУРУЫ КЕЗІНДЕГІ ХОЛУДЕКСАННЫҢ
КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

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

Холудександы Гепабенемен салыстыра отырып, қолдану тиімділігін бағалау нәтижелері сипатталған. Асқыну, цитолиза, холестаздың зертханалық көрсеткіштері төмендеуіне қол жетілді және гепатобилиарлық жүйесі ауыратын 30 науқас айқындалған гепатопротекті, өт қуатын және гипохолестеринді әсер алды. Гепатопротекторлы препарат Холудексанның клиникалық құндылығы оның тиімділігімен, қауіпсіздігі және үнемділігімен анықталады.

Кілтті сөздер: созылмалы холецистит, холелитиаз, созылмалы алкогольді гепатит, гепатопротекторлар, өт қуатын және гипохолестеринді әсерлер.

Abstract

G.I. NURZHANOVA

CLINICAL EFFICACY CHOLUDEXAN AT DISEASE BILIARY LIVER

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan

The results of evaluation of the effectiveness of Choludexan versus Gepabene. Achieved a reduction in laboratory parameters of inflammation, cytolysis, cholestasis and obtain an expression hepatoprotective, choleric and hypocholesterolic effects in 30 patients with diseases of the hepatobiliary system. The clinical value of hepatoprotective drug Choludexan determined by its efficacy, tolerability, safety and efficiency.

Key words: chronic cholecystitis, cholelithiasis, chronic alcoholic hepatitis, liver protecting, choleric and hypocholesterolic effects.

УДК 617.586-08-008.811.5:616-089.168.1

Н.А. ОДАРЧЕНКО, Е.А. ЖАРМУХАМБЕТОВ, Б.У. БОЗАБАЕВ

ОБ УСКОРЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПЕ

Описаны результаты использования импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭСП) в комплексном восстановительном лечении больных после операции по поводу вальгусной деформации большого пальца стопы. Метод обладает нейромиеостимулирующим, противовоспалительным, противоотечным, сосудорасширяющим и улучшающим локальное кровообращение и микроциркуляцию тканей действиями.

Ключевые слова: вальгусная деформация большого пальца стопы, ранний послеоперационный период, доплерография сосудов нижних конечностей, функциональная активность.

Введение. Вальгусная деформация большого пальца стопы представляет собой патологию плюснефаланговых суставов с многофакторным этиопатогенетическим механизмом развития и поражением соединительной, хрящевой, костной ткани; характеризуется большой распространенностью (13,2% среди женщин и 7,9% среди мужчин), упорным прогрессированием болевого синдрома и нарушением функции пораженной нижней конечности, приводящим к снижению качества жизни [1].

Выраженные боли и невозможность ношения обычной обуви являются показанием к оперативному вмешательству, эффективность которого составляет 4-42% [2]. Низкая эффективность операции может быть обусловлена осложнениями раннего послеоперационного периода: отек, послеоперационные инфильтраты, нагноение послеоперационной раны, сосудистая недостаточность и др [3]. Одной из важнейших задач

восстановительной медицины является разработка немедикаментозных методов лечения, в том числе физиотерапевтического, для эффективного купирования послеоперационных воспалительных осложнений, болевого синдрома. По данным литературы без проведения ранней реабилитации снятие швов возможно только на 12-16 сутки, а восстановление объема движения в голеностопном суставе и безболезненная ходьба - на 17-20 сутки [4].

Цель исследования - оценить эффективность использования импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭСП) в ускорении восстановительного лечения больных после операции по поводу вальгусной деформации большого пальца стопы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 79 пациентов с вальгусной деформацией большого пальца стопы, из них 65 (82,3%) женщин и 14 (17,7%) мужчин в возрасте от 54 до 73 лет, причем 20,3% (16) – пациенты трудоспособного возраста. Стаж заболевания составил в среднем 10-12 лет. Пациенты предъявляли жалобы на прогрессирование деформации большого пальца стопы, приведшее к изменению ее анатомической формы, формированию натоптышей, мозолей, и на невозможность ношения обычной обуви из-за выраженных болей, усиливающихся при ходьбе. Данные изменения, не поддающиеся консервативному лечению, способствовали снижению функциональной активности нижней конечности и качества жизни в целом, особенно работающих пациентов, и являлись показанием к оперативному лечению. В отделении травматологии, ортопедии и нейрохирургии всем пациентам была проведена реконструктивная операция по методике Шеде-Брандерса-ЦИТО по собственной модификации авторов, которая завершалась трансартикулярной фиксацией большого пальца и первой плюсневой кости металлической спицей Киршнера.

В послеоперационном периоде у пациентов преобладали жалобы на болевой синдром и отек в оперированной нижней конечности различной интенсивности. При изучении локального кровообращения методом доплерографии сосудов нижних конечностей определялось снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) тыльной артерии стопы, приводящей к дефициту ее кровоснабжения. Указанные нарушения были связаны с наличием отека тканей, воспалительного процесса, венозного застоя (конгестии), уменьшения количества функционирующих капилляров, снижения эластичности и др.

Всем пациентам с целью ускорения восстановления функционального состояния оперированных стоп на 2-3 сутки после операции назначали физиотерапевтический метод ИНЭСП, который обладает нейромиеостимулирующим, противовоспалительным, противоотечным, сосудорасширяющим и улучшающим локальное кровообращение и микроциркуляцию тканей действиями [5].

Методика лечения ИНЭСП осуществлялась на системе Хивамат-200 (фирма «Physiomed», Германия), при этом воздействовали на ткани

оперированной нижней конечности последовательно частотами 120-200, 20-30 и 100 Гц по 5-7 мин., интенсивностью 60%, соотношением длительности импульса и паузы 1:1. Одновременно мануально с помощью специальных (токонепроводящих) виниловых перчаток осуществляли равномерный массаж стоп. Курс лечения составлял 10 ежедневных процедур [6].

С целью профилактики атрофии мышц оперированной нижней конечности и стимуляции процессов регенерации поврежденных тканей в комплексном лечении назначали лечебную гимнастику на 1-2 сутки после операции и раннюю ходьбу с нагрузкой на всю стопу с 3-4 суток (при помощи «ходунков»).

Результаты и обсуждение. В процессе комплексного восстановительного лечения отек тканей оперированной стопы полностью купировался на 5-е сутки у всех пациентов. Болевой синдром после завершения курса лечения полностью купировался у 74 (93,7%) пациентов, в остальных случаях (6,6%) наблюдалось уменьшение его интенсивности. Доплерографическое исследование после применения ИНЭСП показало увеличение показателя максимальной систолической и минимальной диастолической скоростей кровотока в тыльной артерии стопы до нормальных значений, увеличение реографического индекса, ускорение времени максимального кровенаполнения в оперированной стопе.

Противовоспалительный, обезболивающий и вазокорригирующий эффекты ИНЭСП легли в основу раннего восстановления и функциональной активности оперированной конечности, когда наблюдалось увеличение объема движения в голеностопном суставе и безболезненная ходьба на расстояние не менее 100 м. в 80% случаев уже на 7-9 сутки после операции. Кроме того, применение ИНЭСП способствовало снятию швов на 7-9 сутки в 100% случаев, отсутствию необходимости гипсовой иммобилизации в послеоперационном периоде, возможности оперировать сразу обе стопы. При этом у пациентов не наблюдалось послеоперационных осложнений.

Таким образом, комплексное лечение с применением ИНЭСП является патогенетически обоснованным и высокоэффективным методом, ускоряющим раннее восстановительное лечение больных, оперированных по поводу вальгусной деформации большого пальца стопы. ИНЭСП способствует усилению притока артериальной крови к оперированной нижней конечности и восстановлению венозного оттока из ее дистального отдела с ликвидацией конгестии, отека, воспалительного процесса за счет локального воздействия на оперированную стопу. Метод позволяет в более короткие сроки устранить боль в суставе, возобновить функции конечности и способность к трудовой деятельности пациентов, что соответствует основным принципам восстановительного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Степанова В.А. Хирургическое лечение вальгусного отклонения 1 пальца стопы // Автореф. дис. канд. мед. наук. - М. - 2008. - С.
- 2 Костюшев С.М. Современные методы хирургического лечения поперечного плоскостопия с вальгусной деформацией 1 пальца стопы // Автореф. дис. канд. мед. наук. - М. - 2002. - С. 15 - 17.
- 3 Ли Э.А., Казанцев А.Б., Борисов Е.С. Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей // Всеросс. юбил. науч.-практ. конф.: Тезисы докл. - М. - 2010. - С. 199.
- 4 Разумов А.Н. Восстановительная медицина и реабилитация 2011 // Материалы 5-го Междунар. конгресса. - М. - 2011. - С. 9.
- 5 Ли К.Э. Организация восстановительного лечения с использованием импульсного низкочастотного электростатического поля у больных хроническим остеомиелитом // Автореф. дис. канд. мед. наук. - М. - 2009. - С. 21- 23.
- 6 Орехова Э.М., Миненков А.А., Портнов В.В. и др. Применение системы «Хивамат-200» в клинической практике // Пособие для врачей. - М., 2009.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил 06.02.13.

Түйін

Н.А. ОДАРЧЕНКО, Е.А. ЖАРМУХАМБЕТОВ, Б.У. БОЗАБАЕВ

ТАБАНҒА ОПЕРАЦИЯ ЖАСАҒАННАН КЕЙІН НАУҚАСТАРДЫ ҚАЛПЫНА
КЕЛТІРІП ЕМДЕУДІ ЖЕДЕЛДЕТУ

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

Мақалада аяқ бас бармағының вальгусті деформацияна операция жасаудан кейін науқастарды кешенді қалпына келтіріп емдеуде импульсті төменгі жиілікті электростатикалық өрісті (ИТЭСӨ) қолдану нәтижелері сипатталған. Әдістің нейростимуляциялаушы, қабынуға, ісінуге қарсы, тамырларды кеңейтетін, сол жердің қанайналымын және әрекеттермен тіндердің микроциркуляциясын жақсартатын қасиеті бар.

Кілтті сөздер: аяқ бас бармағының вальгусті деформациясы, операциядан кейінгі ерте кезең, аяқ тамырларының доплерографиясы, функциялық белсенділік.

Abstract

N.A. ODARCHENKO, E.A. ZHARMUKHAMBETOV, B.U. BOZABAEV

BY EXPEDITING THE REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS AFTER
SURGERY ON THE FOOT

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic
of Kazakhstan, Almaty

This article describes the results of the use of low-frequency pulsed electric field (INESP) in complex restorative treatment of patients after surgery for valgus deformity of the big toe. The method has neyromiostimuliruyuschim, anti-inflammatory, vasodilator and improves local blood circulation and microcirculation of tissue effects.

Key words: valgus deformity of the big toe, the early postoperative period, Doppler lower limb vessels, functional activity.

УДК 616-089.819.843-073.756.8-005.962.131

А.А. САВРАН

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ДАННЫХ БОЛЮСНОЙ МЮЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ АНГИОГРАФИИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Приведены данные обследования 10 реципиентов и 13 доноров, готовящихся к трансплантации печени, методом болюсной мультиспиральной компьютерной ангиографии. Полученные данные позволяют наиболее точно оценить и описать особенности сосудистой архитектоники, патологические изменения артерий и вен, структуру и размеры печени данной категории пациентов, необходимых перед проведением сложной операции.

Ключевые слова: трансплантация печени, болюсная мультиспиральная компьютерная ангиография, артериальные и венозные сосуды целиако-мезентериального бассейна, донор, реципиент.

Введение. Трансплантация печени в настоящее время является методом выбора при конечных стадиях цирроза печени различной этиологии, а также ряде врожденных нарушений метаболизма и опухолях печени. Данный вид оперативного вмешательства является технически сложным методом. В связи с этим на дооперационном этапе необходимо иметь точное представление о топографо-анатомическом взаиморасположении сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства и максимально точно оценить функциональные резервы печени [1].

Каждый реципиент и донор, готовящиеся к трансплантации печени проходят компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и мультиспиральную компьютерную (МСКТ) ангиографию, которая заняла одно из лидирующих позиций в оценке артериальных и венозных сосудов целиако-мезентериального бассейна [2].

Преимуществами метода являются высокая скорость, четкое разрешение, неинвазивность, широкая доступность, меньшее число противопоказаний, высокая чувствительность, визуализация не только просвета, но и стенки сосудов, окружающих его мягких тканей и органов, возможности построения 3D-реконструкций печеночных сосудов, аорты и ее ветвей [3].

Цель исследования – определить особенности оценки данных болюсной МСКТ ангиографии у доноров и реципиентов, готовящихся к трансплантации печени.

Материалы и методы. Было обследовано 23 пациента, 15 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет, готовящихся к трансплантации печени, из них 10 реципиентов и 13 доноров. Исследование проводили на 64-срезовом мультиспиральном компьютерном томографе SOMATOM Definition AS с применением автоматического инжектора, посредством которого достигалась максимальная концентрация контрастного вещества в просвете сосуда компактным болюсом.

Время исследования пациентов в среднем составляло 3 минуты и проходило в три этапа: артериальную, портальную и венозную фазы. Реконструкция полученных изображений осуществлялась в аксиальной, коронарной и сагиттальной плоскостях. Трехмерная обработка изображений выполнялась с помощью программы VRT 3D.

У каждого пациента оценивали состояние и варианты строения: брюшного отдела аорты, чревного ствола, общей печеночной артерии, собственной артерии печени, правой и левой печеночной артерии, печеночных вен, селезеночных артерии и вены, верхней брыжеечной артерии, воротной и нижней полой вены. Кроме того, определяли структуру и размеры правой и левой долей, контуры и объем печени.

Результаты и обсуждение. При исследовании реципиентов в 100% (10) случаев выявили расширение воротной вены свыше 1,6 см, селезеночной вены свыше 1,2 см и варикозное расширение вен пищевода у 80% (8) пациентов. Наличие тромбов в просвете селезеночной и воротной вен диагностировали в 20% (2), венозные коллатерали - в 50% (5) случаев. У 60% (6) реципиентов левая и средняя вены печени впадали в нижнюю полую вену единым руслом, а правая впадала самостоятельно, у 40% (4) вены печени впадали в нижнюю полую вену самостоятельно, что явилось вариантом анатомического строения вен печени. При исследовании артерий у 10% (1) реципиентов определили гемодинамически значимый стеноз чревного ствола за счет смешанной атеросклеротической бляшки. У всех реципиентов отмечали уменьшение размеров печени, преимущественно за счет правой доли с уменьшением объема печени в целом.



Рисунок - Портальная фаза КТ-исследования реципиентов

При исследовании артериальных и венозных сосудов целиако-мезентериального бассейна доноров, в 100% (13) случаев не было выявлено патологической извитости, расширения просвета сосудов и тромботических масс в венах исследуемой зоны, а со стороны артериальной системы не лоцировали аневризматических расширений, гемодинамических стенозов. Печень имела обычные размеры, площадь и структуру.

Таким образом, болюсная МСКТ ангиография является одним из наиболее результативных диагностических методов, позволяющих оценить и описать особенности сосудистой архитектоники, патологические изменения артерий и вен, структуру и размеры печени доноров и реципиентов, готовящихся к трансплантации печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Хубутия М.Ш., Чжао А.В., Джаграев К.Р. и др. Трансплантация печени как радикальный метод лечения конечных стадий заболеваний печени // Практическая медицина.- 2010. - № 47. - С. 13-19.

2 Давыденко П.И., Кармазановский Г.Г., Сухоленцева Е.А. Контрастные средства: их роль в дифференциальной диагностике при томографических исследованиях // Медицинский алфавит.- 2012.- Т. 1. - № 5. - С. 17-23.

3 Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г. и др. Спиральная компьютерная томография: возможности различных поколений томографов в определении нормальной сосудистой анатомии печени // Анналы хирургической гепатологии.- 2009. - Т. 14. - № 2. - С. 44-52.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил 10.02.13.

Түйін

А.А. САВРАН

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯДАҒЫ БОЛЮСТІ КӨРСПИРАЛЬДІ КОМПЬЮТЕРЛІК
АНГИОГРАФИЯ ДЕРЕКТЕРІН БАҒАЛАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Болюсті мультиспиральді компьютерлік ангиография әдісімен бауырды трансплантациялауға дайындалып жатқан 10 реципиент пен 13 донорды зерттеу деректері келтірілген. Алынған деректер тамыр архитектоника ерекшеліктерін, артерия мен венаның патологиялық өзгерістерін, күрделі операция жасар алдында қажет болатын осы санаттағы емделушілердің бауыр құрылымы мен мөлшерін өте дәл бағалауға және сипаттауға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: бауырды трансплантациялау, болюсті мультиспиральді компьютерлік ангиография, целиакомезентериалды бассейнің артериялық және веналық тамырлары, донор, реципиент.

Abstract

A. SAVRAN

FEATURES BOLUS MULTISPIRAL COMPUTED ANGIOGRAPHY
EVALUATION OF THE DATA IN TRANSPLANTATION

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic of Kazakhstan, Almaty

Data are given a survey of 10 recipients and 13 donors, preparing for a liver transplant, by bolus multislice computed angiography. These data provide the most accurate estimate and describe the features of vascular architectonics, pathological changes of the arteries and veins, the structure and size of the liver these patients needed to conduct a complex operation.

Key words: liver transplantation, bolus multidetector computed angiography, arterial and venous vessels of celiac disease, mesenteric pool, donor, recipient.

УДК 616.322-002-036.22-057.36

К.О. ТЕКЕБАЕВ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ
ТОНЗИЛЛИТОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
ГВАРДИИ

Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости ангинами военнослужащих Астанинского гарнизона Республиканской гвардии, который показал, что общая динамика заболеваемости за 2010 и 2011 годы имела тенденцию к снижению на 4,5%. Уровень заболеваемости и показатель средней пораженности в 2010 и 2011 годах был примерно одинаковым. Заболеванием ангинами больше были подвержены военнослужащие возрастной группы до 30 лет. Установлено, что военнослужащие по контракту болели чаще, чем военнослужащие по призыву. Выявлена корреляционная связь заболеваемости ангинами военнослужащих и воздействием неблагоприятных климатических факторов, а также с условиями размещения и несения службы.

Ключевые слова: военнослужащие, тонзиллит, корреляционная связь заболеваемости, неблагоприятные факторы

Введение. Современная структура инфекционной заболеваемости личного состава войск (в мирное время) характеризуется рядом особенностей. В вооруженных силах большинства государств на первом месте стоит заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями. Суммарная заболеваемость этими болезнями в отдельные годы колеблется от 70-80 и до 200% и выше. Второе место занимает стрептококковая инфекция. Показатели заболеваемости наиболее распространенной клинической формы этой болезни (ангиной) достигают от 15-30 до 50-60% и выше [1]. Колебания в показателях заболеваемости в отдельных местах связаны с особенностями регистрации заболеваний различными клиническими формами этой инфекции. Таким образом, ангины имеют особую актуальность для медицинской службы Вооруженных Сил, широкое распространение которой сопровождается значительными трудовыми потерями, нарушающими ход боевой подготовки личного состава. Актуальность стрептококковой инфекции определяется не только высокими показателями заболеваемости, но и тяжестью течения отдельных клинических проявлений (ревматизм, нефрит, сердечно-сосудистая патология и др.) [2].

Цель исследования: оценить заболеваемость ангинами среди военнослужащих Республиканской гвардии.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ангинами военнослужащих срочной службы и военнослужащих по контракту за период 2010-2011 годы. Результаты исследования обрабатывались общепринятыми статическими методами.

Результаты и обсуждение. Уровень заболеваемости ангинами военнослужащих Астананинского гарнизона Республиканской гвардии в 2010 и 2011 годов составила 40,9% и 39,0% соответственно. Показатель средней пораженности личного состава от ангин в 2010 году составил 0,67% и в 2011 году 0,64%. По возрасту наиболее восприимчивы к ангине оказались военнослужащие молодого возраста. При среднем возрасте военнослужащих 35 лет, до 75 % заболеваемости ангиной давали лица в возрасте до 27 лет. Из них 40 % и больше приходилось на тех, которым от 18 до 23 лет.

Анализ заболеваемости ангинами по категориям, показал что, военнослужащие контрактной службы болели чаще (58%), чем военнослужащие по призыву (42%). Можно отметить, что уровень и динамика заболеваемости ангинами военнослужащих по контракту мало связана с таким характерным для военнослужащих по призыву факторами, как обновление воинского коллектива при прибытии нового пополнения. Здесь можно отметить преобладание таких факторов как здоровое носительство и условия несения службы.

По подразделениям большинство военнослужащих, заболевших ангинами в анализируемый период, приходилось на военнослужащих батальона охраны -48%, доля военнослужащих подразделений обеспечения

составила 21%, штаба – 16,6%, офицеров и прапорщиков ротного звена остальных подразделений – 13,4%.

В течение периода наблюдения заболеваемость военнослужащих ангинами характеризовалась отсутствием резких подъемов и спадов, не отмечено вспышек заболеваемости ангинами. Общая динамика заболеваемости за 2010 и 2011 годы имела тенденцию к снижению на 4,5%.

Распространение стрептококковой инфекции осуществляется в основном воздушно-капельным путем. Этот путь передачи имеет весьма большое значение в воинских коллективах, где постоянно имеются условия тесного и продолжительного общения людей (источников инфекции и восприимчивых лиц). На заболеваемость ангиной большое влияние оказывают также степень контакта и условия общения военнослужащих. При скученном размещении их, особенно в мало проветриваемых помещениях, количество больных ангиной всегда намного выше, чем в коллективах, проживающих и несущих службу в хороших условиях. Это связано с тем, что стрептококками в основном заражаются люди, находящиеся в непосредственной близости от источника инфекции. Носители микроорганизмов способны инфицировать в первую очередь тех лиц, которые находятся от них на расстоянии до 1—1,2 м. Такие условия часто создаются при пребывании военнослужащих в учебных классах, аудиториях, в спальнях помещений и т. д., а также во время передвижения личного состава на транспортных средствах (выезда на мероприятия, полигон, караулы).

Так анализируя заболеваемость ангинами, в воинской части 0003 выявлено, что наиболее часто болеют военнослужащие батальона охраны. Это может быть связано с условиями размещения (несоответствие норм размещения военнослужащих в казармах, скученность личного состава) несения караульной службы на открытом воздухе.

Заболеваемость ангиной на протяжении года подвержена большим колебаниям. Минимальной она является в летнее время (июнь - август) и максимальной в осенне-зимнее (октябрь - январь). Рост заболеваемости в известной мере совпадает с действием таких климатических факторов, как понижение температуры и повышение влажности воздуха.

Анализируя сезонность ангин, среди военнослужащих Республиканской гвардии отмечено, что наиболее высокие показатели заболеваемости ангинами среди военнослужащих в 2010 году зарегистрированы в декабре, январе и феврале (6,6‰, 6,6‰ и 5,5‰), что в два три раза выше, чем в другие месяцы. Увеличению числа заболевших ангинами способствовал «холодовой» фактор, особенно на фоне сезонного снижения общей резистентности организма, что подтверждается данными литературы [3].

В 2011 году помесечная динамика заболеваемости ангинами среди военнослужащих имела другие закономерности. Кроме зимних месяцев высокие средние показатели зарегистрированы в весенние и осенние

месяцы. Это может быть обусловлено повышением количества здоровых носителей стрептококка, выделяющих во внешнюю среду возбудителя.

На фоне не высокой заболеваемости и отсутствием вспышек заболеваемости ангинами за изучаемый период, нами прослеживается корреляционная зависимость между заболеваемостью и воздействием неблагоприятных климатических факторов.

На основании эпидемиологических наблюдений, В. Д. Беляков и А. П. Ходырев пришли к выводу, что подъемы заболеваемости ангиной обусловлены не климатическими факторами, а увеличением степени общения людей, а также факторами «перемешивания» воинских коллективов, которые обычно совпадают с новым пополнением, возвращением людей из отпусков.

Однако имеются многочисленные данные, не позволяющие отвергать существенное влияние метеорологических и погодных факторов на заболеваемость ангиной. Так, например, согласно наблюдениям В. И. Агафонова (1996), в коллективах, в которых в течение года отмечалось равномерное действие факторов перемешивания, заболеваемость ангиной в осенне-зимний период была в 4—6 раз выше, чем в весенне-летний. Вероятно, это обусловлено не только более тесным контактом людей в холодное время года в связи с продолжительным пребыванием их в помещениях, но и с активизацией способов распространения возбудителей. В осенне-зимний период возрастает число больных острыми респираторными заболеваниями, которые при кашле и чиханье значительно более интенсивно выделяют стрептококки во внешнюю среду, создавая благоприятные условия для быстрого заражения окружающих людей

Как известно источником основного возбудителя ангины - стрептококка группы А являются здоровые носители микробов, а также больные манифестными формами стрептококковых заболеваний — первичной и повторной ангиной. Частота здорового носительства стрептококков группы А характеризуется большими колебаниями, особенно в организованных коллективах, которым является воинский коллектив. Она резко повышается вскоре после образования или пополнения воинских коллективов. По нашим данным среди военнослужащих Республиканской гвардии заболевших ангинами можно выделить группу повторно или часто болеющих. Данная группа военнослужащих предрасположенных к частым заболеваниям являются основным поставщиком стрептококков группы А среди военнослужащих по контракту.

Вместе с тем, по многочисленным данным, уровень заболеваемости стрептококковыми болезнями далеко не всегда коррелирует с уровнем стрептококкового носительства. Это объясняется неодинаковой вирулентностью микробов, циркулирующих в различных воинских коллективах, и разными показателями коллективного иммунитета против циркулирующих штаммов микробов [4].

Также известно, что не всякое заражение патогенными стрептококками ведет к заболеванию. Исход этого явления в основном зависит от количества проникших в организм микробов, степени их вирулентности и состояния защитных механизмов организма.

Учитывая специфику несения службы в Республиканской гвардии, среди военнослужащих по контракту не исключен механизм формирования носительства определенных сероваров «эпидемических» штаммов стрептококков, обладающих повышенной вирулентностью. Таким образом, индивидуальный иммунитет к стрептококковой инфекции является одним из важных факторов поддержания коллективного иммунитета. В связи с этим необходимо проводить мероприятия по укреплению иммунитета военнослужащих и раннему выявлению лиц склонных к заболеванию острыми тонзиллитами их своевременному и полному лечению.

Проведенный эпидемиологический анализ заболеваемости ангинами военнослужащих Астанинского гарнизона Республиканской гвардии показал, что в течение периода наблюдения заболеваемость военнослужащих ангинами характеризовалась отсутствием резких подъемов и спадов, не отмечено вспышек заболеваемости ангинами. Общая динамика заболеваемости за 2010 и 2011 годы имела тенденцию к снижению на 4,5%. Уровень заболеваемости и показатель средней пораженности в 2010 и 2011 годах был примерно одинаковым. Заболеванием ангинами больше были подвержены военнослужащие возрастной группы до 30 лет. Установлено, что военнослужащие по контракту болели чаще, чем военнослужащие по призыву. Выявлена корреляционная связь заболеваемости ангинами военнослужащих и воздействием неблагоприятных климатических факторов, а также с условиями размещения и несения службы.

Выводы:

1. Ангины среди военнослужащих Астанинского гарнизона Республиканской гвардии в структуре общей заболеваемости составляли в 2010 году - 40,9‰ и в 2011 году - 39,0‰. Показатель средней пораженности личного состава от ангин составил 0,67‰ и 0,64‰ соответственно.

2. Уровень заболеваемости военнослужащих по контракту в течении 2010-2011 годов на 16% выше, чем у военнослужащих по призыву.

3. Рост случаев заболеваемости ангин у военнослужащих в изучаемом периоде приходился на зимний и весенний периоды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Валевский В.В., Алексеев В.В., Марьин Г.Г. О неспецифической профилактике инфекций, актуальных для организованных коллективов. // Военно-медицинский журнал-2012.- Т.333, №11.-С.51-56.

2 Белов А.Б., Огарков П.И. Клинико-эпидемиологические особенности стрептококковых инфекций в воинских коллективах. // Военно-медицинский журнал-2010. - Т.3313, №1. - С. 13-19.

3 Покровский В.И., Брико Н.И., Малышев Н.А. и др. Распространенность и клинико-эпидемиологическая характеристика генерализованных форм стрептококковой группы А инфекции.// Эпидемиология и инфекционные болезни – 2005.- №4.- С.26-31.

4 Беляков В.Д., Ходырев А.П., Тотолян А.А. Стрептококковая инфекция. – Л., 1978.

Госпиталь Республиканской гвардии Республики Казахстан, (г. Астана). Материал поступил 28.01.13.

Түйін

К.О. ТЕКЕБАЕВ

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҰЛАН ӘСКЕРИ ҚЫЗМЕТШІЛЕРІ АРАСЫНДАҒЫ ЖІТІ
ТОНЗИЛИТПЕН АУЫРУДЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ
Қазақстан Республикасы Республикалық Ұланының госпиталі

Республикалық Ұланның Астана гарнизоны әскери қызметшілерінің ангинамен ауыруына эпидемиологиялық талдау жасалынды, оның нәтижесінде осы аурумен сырқаттанушылықтың жалпы динамикасы 2010-2011 жылдары 4,5%-ға төмендегені анықталды. 2010-2011 жылдары сырқаттанушылық деңгейі мен зақымданудың орташа көрсеткіші шамамен бірдей болған. Ангина ауыруына 30 жасқа толмаған топтың әскери қызметшілері ең көп шалдығатыны, ал шақыртумен әскери қызметті атқарып жүргендерге қарағанда келісімшарт бойынша әскери қызметтегілер осы дертпен жиі сырқаттанатыны анықталды. Әскери қызметшілердің ангинамен ауыруының және қолайсыз климаттық факторлардың, сондай-ақ орналасу мен қызметті атқару шарттары арасындағы корреляциялық байланыс бар екені айқындалды.

Кілтті сөздер: тонзиллит, әскери қызметшілері, корреляциялық байланыс, климаттық факторлардың

Abstract

К. ТЕКЕБАЕВ

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACCUTE TONSILLITISES IN THE
MILITARY OF REPUBLICAN GUARD

Hospital of the Republican household troops of Republic of Kazakhstan, (Astana)

The epidemiology analysis of morbidity is conducted by the quinsies of servicemen of Astana garrison of the Republican guard in 2010-2011 . The general dynamics of morbidity had a tendency to the decline on 4,5%. The level of morbidity is shown by quinsies and index of middle staggered. Quinsies servicemen of the age-related group were anymore ill 30 to. It is set that servicemen by contract were ill more often, than servicemen on an appeal. Cross-correlation connection of morbidity is educed by the quinsies of servicemen and influence of unfavorable climatic factors.

Key words: tonsillitises, military, Cross-correlation connection of morbidity, risk factors

УДК 616.71 -059:615.847.8

М.Р. ЦУРКА

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДОРСОПАТИЙ МЕТОДОМ ФАРМАКОПУНКТУРЫ

Оценена эффективность фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами в лечении 30 пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Предложен новый метод лечения для пациентов с противопоказаниями для нестероидных противовоспалительных препаратов и электротерапевтических процедур.

Ключевые слова: дорсопатии, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, фармакопунктура, антигомотоксические препараты.

Введение. На протяжении последнего десятилетия дорсопатия занимает лидирующую позицию среди социально-значимых заболеваний опорно-двигательного аппарата, являющихся социально отягощающим фактором [1].

Заболевание имеет высокую распространенность в мире: от 35 до 75% среди лиц в возрасте от 20 до 50 лет, поражая, таким образом, наиболее активное трудоспособное население и являясь основной причиной его длительной нетрудоспособности и инвалидизации [2].

Обычно заболевание выявляется тогда, когда появляются осложнения - нарушения чувствительности, мышечные атрофии, нарушения работы внутренних органов. Наиболее частыми жалобами при дорсопатиях являются жалобы на боли в различных отделах позвоночника от незначительных, тупых, тянущих до сильных, порой очень интенсивных и нестерпимых (прострелы) [3].

Несмотря на применение высокоэффективных обезболивающих фармакологических препаратов, а также методов физио- и кинезотерапии, отмечается неуклонный рост заболеваний позвоночника. Стандартное медикаментозное (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики, спазмолитики, кортикостероиды, миорелаксанты, витамины и др.) и немедикаментозное (физиотерапия, лечебная физкультура, массаж и др.) лечения весьма эффективны, но могут иметь противопоказания для некоторых групп пациентов, а также побочные эффекты [4].

В настоящее время в медицине весьма актуален поиск новых эффективных методов лечения заболеваний позвоночника, учитывающих индивидуальные особенности пациента [5].

Цель исследования - оценить клиническую эффективность применения фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами в восстановительном лечении пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника в возрасте от 20 до 76 лет, из них 18 женщин (60%), 12 мужчин (40 %). При этом у пациентов наблюдали следующие синдромы: люмбалгии, люмбоишалгии, корешковые, а также соматические симптомы.

Пациенты были распределены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу составили 20 больных, которые получали стандартную медикаментозную терапию (НПВП, спазмолитики, анальгетики, миорелаксанты, витамины группы В) в сочетании с иглотерапией.

Вторую группу составили 10 пациентов, которым из-за непереносимости или сопутствующей патологии (язвенно-некротические поражения желудочно-кишечного тракта), не применяли НПВП. Этим больным лечение проводили фармакопунктурой.

Фармакопунктура (ФП) - метод лечения, основанный на введении в акупунктурные точки лекарственных веществ, с помощью специальной микроиглы. ФП проводили в корпоральные акупунктурные точки: GI4, GI11, V60, V23, V24, V27, V28, V31-V34, V35, V36, V55, V56, V57, V40, VB34, VB39, E36, T2, T3, T4, T5. Для инъекций использовали, так называемый "коктейль", состоящий из нескольких гомеопатических препаратов, улучшающих процессы метаболизма в дисках, периферическое кровообращение, способствующих снятию отека, воспаления и боли, активизирующих ферментные системы. Микроинъекции в рефлекторные зоны имеют ряд преимуществ. Во-первых, происходит механическая стимуляция акупунктурных точек, ответственных за работу взаимосвязанных с ними органов. Во-вторых, инъекция препарата действует целенаправленно и продолжительно, т.к. на месте укола под кожей создается депо лекарственных компонентов, которые расходуются постепенно [6].

Препараты вводили один раз в день подкожно или внутривожно по 0,2-0,3 мл на точку акупунктуры. Среднее количество точек на одну процедуру 5-8. На курс проводилось 10 сеансов.

Результаты и обсуждение. После курса терапии положительную динамику в виде купирования болевого синдрома наблюдали во всех группах. При изучении динамики болей установлено, что, прежде всего, уменьшались и прекращались ночные боли и боли в покое. У всех пациентов увеличивался объем движений в позвоночнике, нормализовались осанка и походка. По сравнительным данным опросов до и после лечения все пациенты отмечали повышение уровня самообслуживания, работоспособности и качества жизни в целом.

У пациентов первой группы (НПВП и иглотерапия) стихание болей происходило после первой процедуры, полное купирование выраженного болевого синдрома после 4-й. Болевой синдром до лечения $4,6 \pm 1,2$ балла (по 6 балльной шкале), после лечения $1,2 \pm 1,0$ балла, уровень боли снизился в среднем на 3,3 балла, увеличился угол движения в суставах на 10,7 и 10,5

градуса, ночная боль до лечения составляла $1,2 \pm 0,6$ часа, после лечения 0 часов, продолжительность ночного сна увеличилась на $0,9 \pm 0,1$ часа, физическая активность увеличилась в среднем на 32,5%. Купирование вегетативных симптомов, выявляемых по шкале вегетативных нарушений [7], было выражено умеренно: с $42,9 \pm 4,94$ до $30,6 \pm 3,95$, показатели реактивной тревожности снизились в среднем на 15%. При этом у 4 пациентов отмечались проявления гастропатии (изжога, боли в желудке).

Сопоставимые результаты лечения были получены во второй группе (ФП). Стихание болевого синдрома отмечали после $1,3 \pm 0,2$ процедуры, полное купирование выраженного болевого синдрома наступило к $4,4 \pm 1,2$ процедуры; болевой синдром до лечения $4,6 \pm 1,2$ балла, после лечения $1,4 \pm 1,1$ балла, продолжительность ночного сна увеличилась на 2,1 часа, физическая активность увеличилась в среднем на 30%. Купирование вегетативных симптомов было максимальным в данной группе и уменьшилось с $44,8 \pm 4,85$ балла до $25,4 \pm 2,19$ балла после лечения, снижение показателей реактивной тревожности в среднем на 21%. При этом процедуры ФП переносились хорошо, поскольку использовались безопасные гомеопатические средства, что сводит практически на нет возможность развития негативных местных реакций или системных побочных эффектов.

Данный факт положительного влияния ФП на клинику и вегетативный статус можно объяснить сочетанием рефлекторного воздействия фармакопунктуры на сегментарном уровне (с последующей активацией центральных структур и стимуляцией антиноцицептивной реакции с образованием эндогенных опиоидных пептидов) с противовоспалительным, противоотечным и регенераторным действием применяемых антигомотоксических препаратов.

Таким образом, метод фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами может с успехом применяться в лечении хронических дорсопатий, являясь как основным методом лечения, так и методом выбора у пациентов с непереносимостью и противопоказаниями к стандартной терапии, так как обладает всеми необходимыми механизмами лечебного действия: противоотечным, противовоспалительным, регенераторным, обезболивающим, седативным, иммуномодулирующим, трофико-стимулирующим

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Швырева Н.М., Егорова В.А. Дорсопатии – подходы к диагностике и лечению //Трудный пациент. – 2011. - № 11, Том 8. - С. 35 - 38.

2 Dougados K-G, Hermann, Landewe R. et al. Assess spondyloarthritis to international Society (ASAS) handbook: a guide The Assessment of spondyloArthritis. Ann Rheum Dis. 2009; 68: 1–44.

3 Жарков П.Л. Остеохондроз и боли в спине // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2003. - № 2. - С. 44-46.

4 Маркин, С.П. Лечение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2005. - № 2. – С. 36-38.

5 Путилин М.В Особенности диагностики и лечения дорсопатий в неврологической практике.- М.- 2010.- С.12 -14.

6 Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия) / Л.Г. Агасаров.-М.: Арнебия. - 2002. - 208 с.

7 Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вейна.–М.: Мед.информ. гентство. - 2003. -752 с.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы. Материал поступил 11.02.13.

Түйін

М.Р. ЦУРКА

ФАРМАКОПУНКТУРА ӘДІСІМЕН СОЗЫЛМАЛЫ ДОРСОПАТИЯНЫ ЕМДЕУ
Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының
Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

Омыртқа жотасының бел-сегізкөз бөлігінде дорсопатиясы бар 30 емделушіні антигомотоксинді препараттармен емдеуде фармакопунктураның тиімділігі бағаланды. Бейстеройдтік қабынуға қарсы дәрі-дәрмектермен электротерапиялық емшараларға қарсы көрсетілімдері бар емделушілерге арналған емдеудің жаңа әдісі ұсынылды.

Кілтті сөздер: дорсопатия, омыртқа жотасының бел-сегізкөз бөлігі, фармакопунктура, антигомотоксинді дәрі-дәрмектер.

Abstract

M.R. TSURKA

METHOD OF TREATMENT OF CHRONIC DORSOPATHIES
PHARMACOPUNCTURE

Central clinical hospital of Medical center of the presidential administration of Republic
of Kazakhstan, Almaty

The efficiency pharmacopuncture antihomotoxic preparations in the treatment of 30 patients with Dorsopathies lumbosacral spine. A new method of treatment for patients with contraindications to nonsteroidal anti-inflammatory drugs and electrotherapy.

Key words: dorsopathies, lumbosacral spine, farmakopunktura, antihomotoxic preparations.

УДК 618.916.1: 618.94.-007
D46

Н.М. ШАЯХМЕТОВА

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Представлены результаты анализа эпидемиологической ситуации по ВПС у детей раннего возраста по г. Астана. Распространенность ВПС среди детей города Астана составила 3,5 на 1000 детского населения. Представлена динамика врожденных пороков сердечно - сосудистой системы, свидетельствующая об отсутствии роста количества ВПС и повышении доли дуктус зависимых пороков сердца.

Ключевые слова: дети раннего возраста, эпидемиологические показатели, сердечно - сосудистая система, пороки развития.

Введение. По данным последних исследований врожденные пороки развития (ВПР) встречаются у 4,0-6,0% новорожденных (Самойлова Т.Н., 2004), а их вклад в структуру младенческой смертности достигает 35–40% (Новиков В.П., 2004). В целом, следует отметить, что показатели материнской и младенческой смертности в Казахстане значительно превышают аналогичные показатели стран СНГ и Европейского региона (Рахматулин О.А., 2009).

В Республике Казахстан сердечно - сосудистая патология является основной в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Первичная заболеваемость основными сердечно-сосудистыми заболеваниями выросла с 111,3 в 1992 году до 265,1 в 2002 году (на 10 тысяч взрослого населения). Болезненность основными сердечно-сосудистыми заболеваниями также увеличилась с 711,4 в 1990 году до 1123,6 в 2002 году (на 10 тысяч населения). На инвалидность ежегодно выходят около 43,9 на 10 тысяч взрослого населения. Смертность от болезней системы кровообращения также выросла с 429 в 1993 году до 511,1 в 2002 году (на 100 тысяч населения), составляя 50,3% от всех причин смертности (пресс-релиз МЗ РК, 2007).

Таким образом, ниже перечисленные факты подчеркивают актуальность проблемы врожденных пороков сердца (ВПС) в Казахстане: ВПС – самая распространенная группа ВПР: среди всех форм пороков врожденные пороки сердца и магистральных сосудов занимают около 30 процентов (Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. 1997); в Казахстане распространенность ВПС полностью не изучена; летальность новорожденных детей с ВПС составляет 40-80% в грудном возрасте (Бокерия Л.А., 2006 г., Allen H.D. et all. 1995г)

Цель исследования – провести анализ эпидемиологической обстановки ВПС у детей и дать характеристику ВПС у детей в г. Астане.

Методы: Эпидемиологический: создание регистра детей с ВПС по г. Астанай и лабораторно - инструментальный: эхокардиографическое исследование с доплеркартированием, ангиография, компьютерная томография сердца и магистральных сосудов с контрастированием, электрокардиографическое исследование и холтеровский мониторинг работы сердца, динамический контроль состояния кислородного обеспечения тканей организма, рентгенография сердца, общеклинические методы.

Объект. дети с ВПС и магистральных сосудов проживающих в г. Астане, родившиеся и находившиеся на стационарном лечении в ННЦМД.

Результаты и обсуждение. Эпидемиологические данные и структура ВПС у детей по г. Астана. Распространенность ВПС среди детского населения г. Астаны в динамике за 3 года: на 2006 г. 680,3 на 100 тыс. детского населения (681 детей); в 2007г – 542,9 (715 детей); в 2008 г. - 507 (704 ребенка), в 2009 году - 512 на 100 тыс. детского населения.

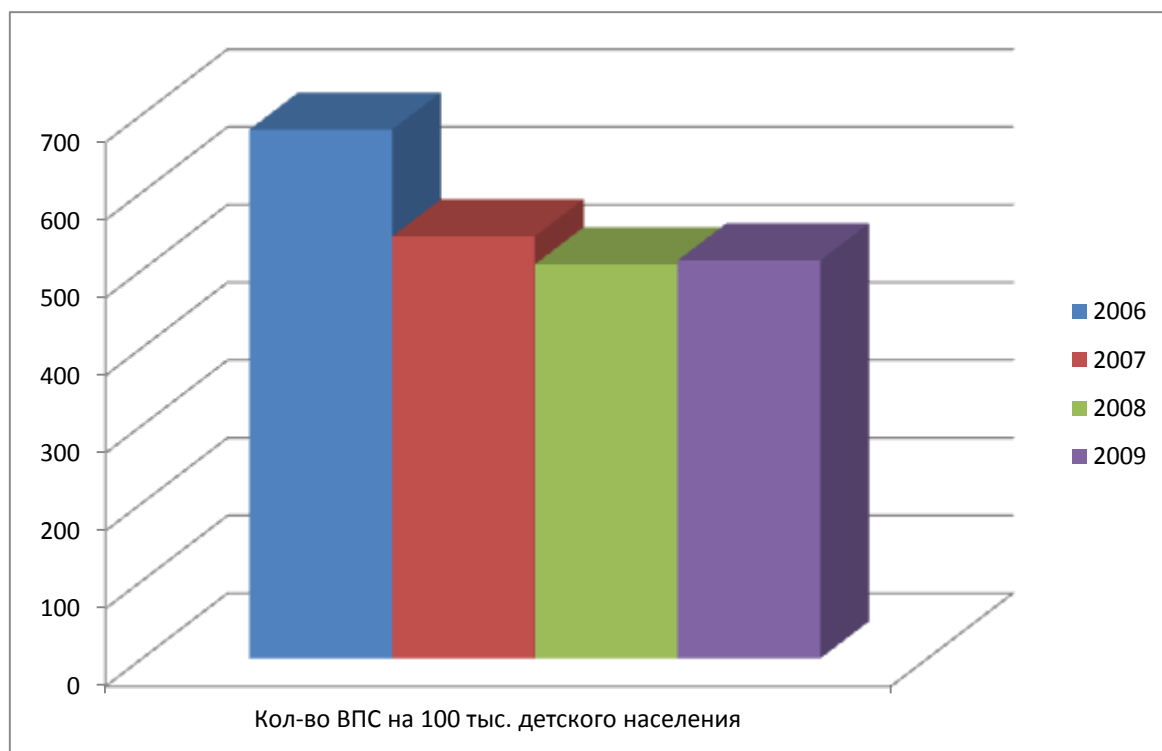


Рисунок 1 - Изучение распространенности ВПС

За период с августа 2007 г. по июнь 2009 г. в отделении кардиоревматологии были проведены обследования и лечение 74 детям раннего возраста, из них 7 детей после оперативной коррекции ВПС Открытый артериальный проток (ОАП) - 2; Стеноз легочной артерии (СЛА) - 1; трехпредсердное сердце + гипоплазия левого желудочка (ЛЖ)+ОАП – 1; дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)-1; 1- тотальный аномальный дренаж легочных вен (ТАДЛВ)+ДМПП; 1 - дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Кроме того, были

проанализированы 153 истории болезней новорожденных с ВПС находившихся в центре материнства и детства за период с сентября 2007 г. по июнь 2009 г.

Возраст матери – важный фактор, влияющий на благополучное течение беременности и формирование здоровья плода и новорожденного. Одним из факторов риска развития ВПР плода является возраст матери моложе 18 лет и старше 35 лет. Нами выделено пять возрастных групп: женщины до 18 лет; от 19 до 29 лет; от 30 до 34 лет; от 35 до 39 лет; старше 40 лет (таблица 1).

Таблица 1 - Возраст женщин в основной группе и группе сравнения

Возраст	Основная группа n=153		Группа сравнения n=30	
	Абс.	(%)	Абс.	(%)
Моложе 18	6	3,9	2	6,6
19-29 лет	112	73,3	24	80,1
30-34 года	26	17	3	10
35-39 лет	9	5,8	1	3,3
Старше 40 лет	2	---	--	--

Как видно из таблицы 1, наибольшее количество детей с ВПС патологией были рождены женщинами, которые находились в оптимальном репродуктивном возрасте от 19 до 29 лет (73,3%). В группе молодых рожениц младше 18 лет было 6 (3,9%) женщин, дети которых имели врожденные пороки развития, в старшей возрастной группе (старше 35 лет) выявлено 9 случаев рождения детей с данной патологией. Эти данные сопоставимы с группой сравнения.

В обеих группах наблюдения выделены две подгруппы: первородящие и повторнородящие. Проанализирован акушерский анамнез в подгруппе первородящих (таблица 2).

Из данных, представленных в таблице, видно, что у первородящих женщин основной группы наблюдения достоверно чаще отмечается «отягощенный акушерский анамнез».

Таблица 2 - Отягощенный акушерский анамнез первородящих основной группы и группы сравнения

Анамнез	Основная группа n=64		Группа сравнения n=21	
	Абс.	%	Абс.	%
2 и более медицинских абортов	13	21,3*	4	19
Бесплодие более 5 лет	4	6,5*	1	4,76

Самопроизвольное преждевременное прерывание беременности	5	7,8 *	1	4,76
Замершая беременность	2	3,1*	----	----
Внематочная беременность	2	3,1	----	----
Смерть ребенка	2	3,1*	----	----
Примечание * - различия статистически достоверны между основной группой и группой сравнения (p< 0,05)				

Нами проанализировано течение настоящей беременности (таблица 3).

В основной группе наблюдения течение беременности с высокой степенью достоверности чаще осложнялось хронической фетоплацентарной недостаточностью, угрозой прерывания беременности, гестационным пиелонефритом, аномальным количеством околоплодных вод (маловодием и многоводием). 15 женщин этой группы наблюдения перенесли острую респираторную вирусную инфекцию в первом триместре беременности, тогда как в группе сравнения таких случаев не зарегистрировано.

Таблица 3 - Осложнения течения беременности у женщин основной группы наблюдения и группы сравнения

Патология беременности	Основная группа n=153		Группа сравнения n=30	
	Абс.	%	Абс.	%
ХФПН	71	46,5*	9	29
анемия	40	26,6	7	24
гестоз	55	36,1	8	28
УПБ	40	26,5*	3	10
обвитие пуповины	18	12,1	4	14
маловодие	6	3,6*	1	3
многоводие	11	7,5*	1	3
гестационный пиелонефрит	8	5,6*	1	3
ОРВИ в 1-ом триместре беременности	15	9,5*	---	---
Примечание*- различия статистически достоверны между основной группой и группой сравнения (p<0,05)				

Из соматической патологии женщины чаще страдали заболеваниями воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы – 5,6% (в группе сравнения 3%, p<0,05), патологией эндокринной системы – 5,2% (в группе сравнения 2%, p<0,05). В ходе исследования выявлены социальные особенности семей, в которых были рождены дети с ВПР. Женщины, родившие детей с врожденными пороками развития, разделены, в зависимости от профессиональной принадлежности и социального статуса, на следующие подгруппы: домохозяйки, служащие, учащиеся, медицинские работники, педагоги, руководители (рисунок 2).

Из 153 детей с врожденными пороками развития – 45 (29,5%) рождены

в неполных семьях против группы сравнения, где брак не был зарегистрирован лишь в 12% случаев ($p < 0,05$). Отказных детей в основной группе было в два раза больше. В этой группе 7 новорожденных рождены от героиновых наркоманок, 4 – от женщин, злоупотребляющих алкоголем во время беременности, 20 – от беременностей, протекавших на фоне никотиновой интоксикации, что в 3,5 раза чаще, чем в группе сравнения. Перенесенный сифилис в анамнезе имели 13 (4,3%) женщин, что почти в 8 раз чаще, чем в группе сравнения.

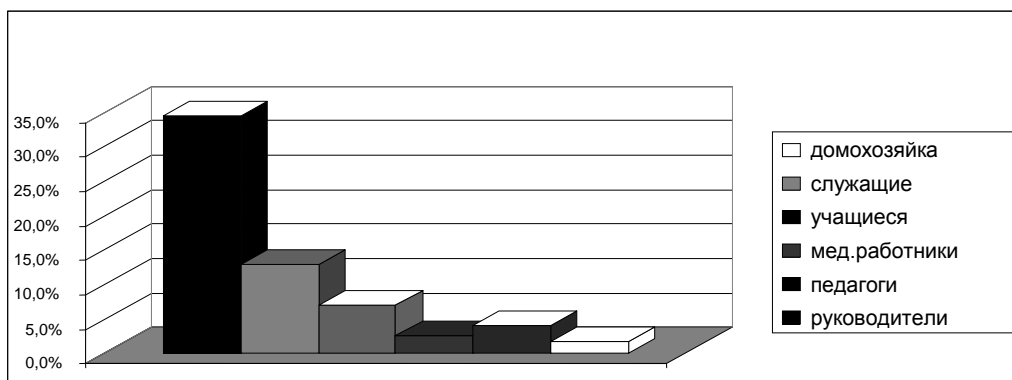


Рисунок 2 - Профессиональная принадлежность женщин в основной группе наблюдения

Нами выделена подгруппа детей с синдромом Дауна, как наиболее частым хромосомным заболеванием – 10 новорожденных (6,9%).

Течение беременности, от которых рождались дети с данной хромосомной патологией, чаще осложнялось хронической фетоплацентарной недостаточностью (в 2 раза по сравнению с группой сравнения) и угрозой прерывания на ранних сроках гестации ($p < 0,05$). В 5 (50%) случаях во время беременности определялось аномальное количество околоплодных вод: многоводие в 3 (33%) случаях, что в семь раз больше, чем в группе сравнения, маловодие – в 2 (25%) случаях, что в 9,5 раз превышает этот показатель у женщин из группы сравнения.

Результаты исследования свидетельствуют, что структура ВПР по данным отдела патологии новорожденных и отделения детской кардиоревматологии ННЦМД соответствует общереспубликанским показателям: первое место занимают врожденные пороки развития сердца и сердечно-сосудистой системы (53,1%), второе место – пороки мочевыделительной системы (19,01%), третье место – множественные пороки развития (7,2%) и хромосомные аномалии (7,5%). За период наблюдения (2004-2007 гг) в отделении получали стационарное лечение 4056 новорожденных, из них с ВПР и синдромом Дауна выявлено 305 (7,6%) детей.

Определена роль медико-социальных факторов со стороны отца и матери по данным карт скринингового анкетирования: социальные факторы

(отсутствие зарегистрированного брака), отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные прерывания беременности, смерть ребенка в анамнезе), особенности течения настоящей беременности (хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности). Таким образом, на основании оценки медико-социальных факторов родителей выявлена возможность формирования групп семей повышенного риска по рождению детей с ВПР.

Заключение. Распространенность ВПС среди детей города Астаны составляет 3,5 на 1000 детского населения, в сравнении с зарубежными данными является средним показателем (0,8-8), динамика показателей характеризуется отсутствием роста количества ВПС, при этом повышается доля сложных пороков сердца.

Структура ВПР по данным отдела патологии новорожденных и отделения детской кардиоревматологии ННЦМД соответствует общереспубликанским показателям: первое место занимают врожденные пороки развития сердца и сердечно-сосудистой системы (53,1%), второе место – пороки мочевыделительной системы (19,01%), третье место – множественные пороки развития (7,2%) и хромосомные аномалии (7,5%).

Определена роль медико-социальных факторов со стороны отца и матери по данным карт скринингового анкетирования, из них значимыми являются: социальные факторы (отсутствие зарегистрированного брака), отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные прерывания беременности, смерть ребенка в анамнезе), особенности течения настоящей беременности (хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности); высокий процент сочетания инфекции, ХМПН у матери и ВПС свидетельствуют возможной этиологической роли данных факторов в развитие ВПС. На основании оценки медико-социальных факторов родителей выявлена возможность формирования групп семей повышенного риска по рождению детей в ВПР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белозеров Ю.М., Страхова О.С. Врожденные пороки сердца у детей (генетические и средовые факторы возникновения).
- 2 Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. «Балалар аурудары» 2005г. - С. 263.
- 3 Шарыкин А.С. «Перинатальная кардиология» руководство, Москва, 2007г.
- 4 Школьников М.А. «Жизнеугрожающие аритмии у детей», Москва, 1999г.
- 5 Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца у детей, С-Пт, 2002г.
- 6 Fyler D.K. Report of New England Regional Infant Cardiac Program // Pediatrics. - 1980. - Vol. 65. - № 2 (pt2) . – Suppl.
- 7 Samanek M. ,Voriskova M., Infant with critical heart disease in territory. With cenralised care // Int. J.Cardiol. 1986. Vol. 11. – P. 63 - 74.

8 Botto L., Correa A., Erickson D. Racial and temporal variations in the prevalence of heart defects // Pediatrics. - 2001. - Vol.107. –P. 32.

9 Hoffman J.I.E. Incidence of congenital Heart Disease II. Prenatal Incidence

// Pediatrics. Cardiol. - 1995. - Vol.16. – P. 155-165.

The future of pediatric cardiology in the United Kingdom. // Br. Heart J. - 1992. - Vol. 68. – P. 630-633.

Национальный Научный Центр Материнства и Детства. Материал поступил 24.01.13.

Түйін

Н.М. ШАЯХМЕТОВА

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДА ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ АҚАУЛАРЫ ДАМУЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы

Астана қаласындағы ерте жастағы балалардың ЖТА бойынша эпидемиологиялық жағдайды талдау нәтижелері ұсынылды. Астана қаласында балалар арасында ЖТА-нің таралуы 1000 балаға шаққанда 3,5 көрсеткішті құрайды. Жүрек-қантaмыр жүйесінің туа біткен ақауының динамикасы ұсынылған, ол ЖТА-мен ауыру саны ұлғаймағанын және дуктус-тәуелді жүрек ақауы үлесінің жоғарламағанын растайды.

Кілтті сөздер: эпидемиологиялық көрсеткіштер, жүрек-қантaмыр жүйесі, даму ақаулары, ерте жас.

Abstract

N.M. SHAYAKHMETOVA

THE DYNAMICS OF EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS MALFORMATIONS OF CARDIO - VASCULAR SYSTEM IN YOUNG CHILDREN

National research center for maternal and child health, Astana

In this article was given the results of the analysis of epidemiological situation of malformations cardio - vascular in young children in the Astana city. The quantity CHD in young children in Astana was 3.5 per 1000 child population. The dynamics of congenital cardio - vascular system, indicating the absence of growth of congenital CHD and increasing the proportion of duktus heart defects.

Key words: epidemiological data, cardiovascular system, malformations, tender age.

УДК 618.916.1(050): 618.971
С87

Н.М. ШАЯХМЕТОВА, Г.С. ТОРТАЕВА, Б.А. АБЕНТАЕВА,
Б.К. МУХАМЕДЖАНОВА

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Описывается случаи врожденных пороков сердца выявленных в раннем детском возрасте, что составила 28,8 на 1000 живорожденных. Количество детей, родившихся с критическими пороками сердца, составило 19 (12,4%). Большинство ВПС были септальные пороки сердца (81%).

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, структура, дети раннего возраста.

Введение. В Республике Казахстан сердечно-сосудистая патология является основной в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Первичная заболеваемость основными сердечно-сосудистыми заболеваниями выросла с 111,3 в 1992 году до 265,1 в 2002 году (на 10 тысяч взрослого населения). Смертность от болезней системы кровообращения также выросла с 429 в 1993 году до 511,1 в 2002 году (на 100 тысяч населения), составляя 50,3% от всех причин смертности (пресс-релиз МЗ РК, 2007). ВПС – самая распространенная группа ВПР: среди всех форм пороков врожденные пороки сердца и магистральных сосудов занимают около 30 процентов (Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. 1997).

Цель исследования – изучить структуру врожденных пороков сердца у детей раннего возраста.

Методы: Эпидемиологический: создание регистра детей с ВПС по г. Астанай и лабораторно - инструментальный: эхокардиографическое исследование с доплеркартированием, ангиография, компьютерная томография сердца и магистральных сосудов с контрастированием, электрокардиографическое исследование и холтеровский мониторинг работы сердца, динамический контроль состояния кислородного обеспечения тканей организма, рентгенография сердца, общеклинические методы.

Объект: дети с ВПС, находящиеся в ННЦМД в период с 2007 по 2009 годы – 153 пациента. В изучаемой группе детей с ВПС распределение по полу представлено следующим образом: 65 (42,5%) девочек, 88 мальчиков (57,5%) . Дети родились на сроке от 27-43 недель и имели массу тела при рождении от 900 до 4570 г. Распределение детей по гестационному возрасту и массе тела представлены в таблицах:

Таблица 1 - Гестационный возраст детей с ВПС

Гестац/возраст, недели	Число детей, абс	%
До 28	1	0,6

28-35	32	20,9
37-40	100	65,3
Свыше 40 недель	20	13

Таблица 2- Распределение детей с ВПС по весовому показателю при рождении

Вес, грамм	Абс.количество	%
900-1000	2	1,3
1001-1500	14	9,2
1501-2000	12	7,8
2001-2500	16	10,5
2501-3000	19	12,4
3001-3500	49	32,0
3501-4000	27	17,6
4001-4500	13	8,5
4501-5000	1	0,7

Около 50% новорожденных с ВПС родились в доношенном сроке, что свидетельствует об отсутствии нарушения внутриутробной гемодинамики у плода. Нарушения гемодинамики появляются после рождения.

Дети при рождении имели признаки асфиксии разной степени выраженности, что отражается в балловой оценке по шкале Апгар:

Таблица 3 - Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар

Оценка, баллы	Число детей, абс	%
1-3	2	13,1
3-5	11	7,2
5-7	47	30,7
7-9	93	60,8

У 91% новорожденных по шкале Апгар оценены на 1 минуте жизни от 5 до 9 баллов, что обусловлено функционированием фетальных коммуникаций и отсутствием признаков нарушения гемодинамики.

Из патологических состояний, выявленных в раннем неонатальном периоде, выделены следующие синдромы:

Таблица 4 - Патологические состояния, выявленные у анализируемых больных в раннем неонатальном периоде

Патологическое состояние	Частота диагнозов		Патологическое состояние	Частота диагнозов	
	абс. кол-во	%		абс. кол-во	%
Церебральная ишемия	87	31,8	Диабетическая	5	1,8

			фетопатия		
Пневмония	32	11,7	Бронхолегочная дисплазия	4	1,4
ППЦНС	13	4,7	ВПР желудочно-кишечного тракта	4	1,4
Анемия	12	4,3	ВПР центральной нервной системы	4	1,4
ЗВУР	12	4,3	ВПР мочевыделительной системы	4	1,4
Конъюгационная желтуха	11	4,0	Синдром Дауна	4	1,4
Внутрижелудочковые кровоизлияния	9	3,2	Множественные врожденные пороки	22	8,0
Внутриутробная инфекция	40	14,6	Натальная травма шейного отдела	2	0,7
ВПР костно-мышечной системы	7	2,5	ВПР легких	1	0,4

Таким образом, у 153 детей с ВПС в общей структуре заболеваний (273 случая), в 40 (14,6%) отмечается внутриутробная инфекция, в 22 (8%) ВПС сочетается с МВПР, а в 4 (1,4%) с синдромом Дауна. В 12 (7,8%) случаях имело место ЗВУР, что тоже свидетельствует о генетических нарушениях. У 87 (31,8%) детей с ВПС отмечались поражения ЦНС разной степени тяжести, в том числе в 9 (3,2%) случаях внутрижелудочковые кровоизлияния, что свидетельствует о тяжелых осложнениях гипоксии плода и новорожденного на фоне ВПС (таб.5).

Таблица 5 - Структура ВПС

Нозология	Абс/количество	%
ДМЖП мышечный +ПФК	85	55,5
ДМЖП МЕМБРАНОЗНЫЙ	22	14,4
ДМПП	12	7,8
АВК ПОЛНАЯ ФОРМА	5	3,3
РАБДОМИОМА	4	2,6
ДМЖП+ДМПП	5	3,3
ОАП	3	2,0
СЛА+ДМЖП, ДМПП	2	1,3
КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ	2	1,3
СЛА КРИТ., ДМЖП, ПФК	2	1,3
ТАДЛВ	1	0,6
ТФ, ПФК	1	0,6
АВК+ТМС	1	0,6
ТФ, АЛА, ЧАДЛВ, ОАП	1	0,6
ГИПОПЛАЗИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА: АТК, ЕП, ДМЖП, СЛА КОМБ, ДЕКСТРАПОЗИЦИЯ АОРТЫ	1	0,6
ДМЖП, АЛА, ДМПП, ДЕКСТРАПОЗИЦИЯ АОРТЫ, ТФ	1	0,6
ДМЖП+АНОМАЛИЯ ОТХОЖДЕНИЯ	1	0,6

НАДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ОТ НИСХ/АОРТЫ		
ТМС	1	0,6
ДЕКСТРАКАРДИЯ	1	0,6
ДЕКСТРАКАРДИЯ +ДМЖП	1	0,6
СА	1	0,6

Дефект межжелудочковой перегородки - ДМЖП; Персистирующие фетальные коммуникации- ПФК; Дефект межпредсердной перегородки – ДМПП; Атриовентрикулярная коммуникация –АВК; Стеноз легочной артерии – СЛА; Коарктация аотры – КоА; Тотальный (частичный) аномальный дренаж легочных вен ТАДЛВ (ЧАДЛВ); Транспозиция магистральных сосудов ТМС; Атрезия трикуспидального клапана АТК; Единое предсердие – ЕП; Тетрада Фалло - ТФ; Открытый артериальный проток – ОАП.

В структуре ВПС преобладают дефекты перегородок (124 – 81%), что соответствует литературным данным (Шарыкин 2005г). Доля комбинированных ВПС составила 17 случаев (11,1%). Врожденные опухоли сердца (рабдомиомы) встречались у 4 новорожденных (2,6%). У 12,4% (19 детей) детей ВПС относились к критическим порокам, требующим экстренной помощи, из них у 14 был летальный исход - 73,7%.

Таким образом, количество родившихся детей с ВПС в ННЦМД 153, что составляет 28,8 на 1000 живорожденных, при этом общепринятой частотой врожденных пороков сердца является 8 на 1000 новорожденных. Высокий показатель объясняется концентрацией беременных с подозрением на ВПР плода в нашем центре. В 2002 году J.I. E. Hoffman, S. Kaplan систематизировали результаты 62 исследований распространенности ВПС, проведенных в разных странах мира за последние 50 лет. В их исследовании эти колебания еще более значительны — от 4 до 50 на 1000 живорожденных.

Результаты исследования свидетельствуют, что наиболее часто (81 %) встречаются септальные дефекты; количество детей родившихся с критическими пороками сердца составило 19 (12,4%), из них умерло 14 (73,7). Большинство детей 60,8% рождаются в удовлетворительном состоянии по оценке шкалы Апгар, что свидетельствует о компенсации внутриутробной гемодинамики. Высокий процент сочетания инфекции, ХМПН у матери и ВПС свидетельствуют о возможной этиологической роли данных факторов в развитие ВПС

Заключение. Количество родившихся детей с ВПС в ННЦМД составила 28,8 на 1000 живорожденных, этот высокий показатель обусловлен концентрацией беременных с подозрением на ВПС плода в Центре;

Наиболее часто (81 %) встречаются септальные дефекты; количество детей родившихся с критическими пороками сердца составило 19 (12,4%), из них умерло 14 (73,7). Летальность в этой группе составила 73,7%, что в

сравнении с литературными источниками (от 52 до 97%, О.А. Мутафьян, 2005) демонстрирует среднее значение;

Ранние сроки гестации и низкая масса тела обуславливают тяжелое течение ВПС у новорожденного; большинство детей 60,8% рождаются в удовлетворительном состоянии по оценке шкалы Апгар, что свидетельствует о компенсации внутриутробной гемодинамики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белозеров Ю.М., Страхова О.С. Врожденные пороки сердца у детей (генетические и средовые факторы возникн
- 2 Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. «Балалар аурудары» 2005г, стр 263
- 3 Шарыкин А.С. «Перинатальная кардиология» руководство, Москва, 2007 г.
- 4 Школьникова М.А. «Жизнеугрожающие аритмии у детей», Москва, 1999 г.
- 5 Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца у детей, С-Пт, 2002г.
- 6 Fyler D.K. Report of New England Regional Infant Cardiac Program // Pediatrics. - 1980.-Vol.65, № 2 (pt2) . – Suppl.
- 7 Samanek M. ,Voriskova M., Infant with critical heart disease in a territory with cenralised care // Int. J.Cardiol. 1986. Vol. 11. –P.63-74.
- 8 Botto L., Correa A., Erickson D. Racial and temporal variations in the prevalence of heart defects // Pediatrics.- 2001.-Vol.107. –P. 32.
- 9 Hoffman J.I.E. Incidence of congenital Heart Disease II. Prenatal Incidence // Pediatrics. Cardiolog.- 1995.-Vol.16. –P. 155-165. The future of pediatric cardiology in the United Kingdom. // Br. Heart J. -1992.- Vol.68. – P.630-633.
- 10 The future of pediatric cardiologi in the United Kingdom. // Br. Htart J. – 1992. – Vol. 68. - P. 630 - 633
- 11 Task Forse 1 The changing profile of congenital heart disease in adult life // J. Am. Coll. Cardiol.-2001.- 1987. Vol.37.-P.1170-1175.
- 12 Samanek M. ,Voriskova M., Infant with critical heart disease in a territory with cenralised care // Int. J.Cardiol. 1987. Vol. 16. –P.75-91.
- 13 Diskinson D.F., Arnold R., Wilkinson J.L. //Outcome of neonatales referered to a supraregional cardiac centre 1976- 1978 // Arch. Dis. Child. 1982.- Vol. 57. - P. 328 - 333.

Национальный научный центр материнства и детства, Астана. Материал поступил 15.01.13.

Түйін

Н.М. ШАЯХМЕТОВА, Г.С. ТОРТАЕВА, Б.А. АБЕНТАЕВА,
Б.К. МҰХАМЕДЖАНОВА

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР ЖҮРЕГІНІҢ ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРЫНЫҢ
ҚҰРЫЛЫМЫ

Национальный научный центр материнства и детства, Астана.

Орталықта ерте жастан ЖТА-мен туылған балалардың саны - 153, бұл 1000 тірі туылған нәрестеге шаққанда 28,8 көрсеткішін құрады. Жүрегінің ауыр ақауымен туылған балалардың саны 19 (21,4). ЖТА-нің басым бөлігін жүректің септалды ақаулары құрады.

Кілтті сөздер: ерте жастағы балалар жүрегінің туа біткен ақауларының құрылымы

Abstract

N.M. SHAYAKHMETOVA, G.S. TORTAYEVA, B.A. ABENTAYEVA,
B.K. MUNKAMETZHANOVA

THE STRUCTURE OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN YOUNG CHILDREN
National Research Center for Maternal and Child Health, Astana

The number of children born with CHD in infants in the center was 153, which indicates 28.8 per 1000 live births. Number of children born with critical heart defects was 19 (12.4%). Most of CHD were septal heart defects (81%).

Keywords: the structure of congenital heart defects in young children

ОБЗОРЫ



УДК 616.9-085:615.33;614.21

А.Х. МУСТАФИН, С.С. СЕЙТЕНОВ, А.М. МАХАНБЕТОВА, А.А.
МУСТАФИН, А.К. МАТКЕНОВ, Б.Т. АШИМОВ

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Многоцентровые исследования в мире свидетельствуют о том, что в отделении реанимации частыми возбудителями являются метициллинрезистентные (MRSA) штаммы *St. Aureus*, микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* которые продуцируют бета-лактамазные ферменты расширенного спектра действия (БЛРС), направленные против β -лактамазного кольца пенициллинов, цефалоспоринов, карбапенемов, неферментирующие бактерии *Ps. Aeruginosa* и *Acinobacter baumannii*, а также грибы рода *Candida*. Следует отметить, что микробиологический спектр госпитальной инфекции, так и антибиотикорезистентность возбудителей имеет значительные колебания не только в разных странах, но и в городах, лечебных учреждениях, внутри него.

Ключевые слова: антибиотикотерапия госпитальных инфекций, отделении реанимации и интенсивной терапии.

Госпитальные инфекционные (ГИ) осложнения являются одной из наиболее серьезных и далеких от решений проблем. По данным KISS

(Nasocomial Infections Surveillans System) в Германии из 897774 пациентов с назокомиальной инфекцией (НИ) летальность была у 3530. Частота ГИ в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) достигает 59 % [1,2, 3]. По мнению Gelbers С. (2001) назокомиальные инфекции составляют в ОРИТ до 57900 случаев в год.

По данным СДС (Center for Disease Control and Prevention) инфекции считаются госпитальными, если они развиваются не менее чем через 48 часов после поступления пациента в клинику. Это определение используется в США и других странах мира. Залогом успеха лечения инфекционных осложнений является начальная терапия антибиотиками. Неадекватное назначение их увеличивает риск неблагоприятного исхода в 4 раза [2] однако преобладание в этиологии госпитальных инфекции штаммов микроорганизмов с множественной устойчивостью к антибиотикам осложняет их правильный выбор.

Примером организации эпидемиологических исследований может служить система NNIS в США (National Nasocomial Infections Survelians System), которая отличается стандартизацией с использованием одинаковых протоколов и критериев назокомиальных инфекций, единой программы обработки данных, регулярностью государственной поддержки и полной конфиденциальностью, что способствует получению реальной картины по проблеме ГИ. Госпитальные инфекционные осложнения в отделениях реанимации, представлены назокомиальной пневмонией, ангиогенной, мочевыводящих путей в области операции и других локализаций.

Таблица 1 - Различия в микробном спектре госпитальной инфекции в различных отделениях стационара

Микробный спектр	Хирургические отделения, %	ОРИТ, %
Грамположительные микроорганизмы	66,9	46,6
<i>S. aureus</i> /MRSA	21	17,2
Грамотрицательные микроорганизмы	33,1	53,4
<i>P. aeruginosa</i>	3,2	24,1
Enterobacteriaceae	16,6	20,7

Микробиологической структурой пневмонии является *St. aureus* и другая кокковая флора, а так же грамотрицательная флора *Ps. Aeruginosa*, *Klebsiela*, *Acinetobacter Baumannii*. Грамположительная пневмония возникает после поступления в стационар, метицилинрезистентная (MRSA) после длительного пребывания больного в стационаре и лечения антибиотиками. При продолжительной терапии антимикробными препаратами β -лактамазапродуцирующие грамотрицательные бактерии. Причиной ангиогенной инфекции, в области операции является

грамположительные бактерии. Частой микробной флорой – кокковая. В ОРИТ при повторных операциях возбудителями являются грамотрицательные микробы семейства Enterobacteriaceae, а так же Acinetobacter baumannii. Причиной назокомиальной инфекции мочевыводящих путей является E. coli, Ps. Aeruginosa. Главные входные ворота госпитальной инфекции и сепсиса у новорожденных и детей является пупочная область, отводящие мочевые пути, ожоги; у молодых женщин - гениталии; у пожилых мужчин – отводящие мочевые пути [5]. Около 70% всех случаев сепсиса возникает во время пребывания в стационаре. Они нередко непосредственно связаны с внутрисосудистыми и внутрипросветными телами: катетерами, эндотрахеальными трубками, инструментальными манипуляциями: использованием шунтов во время гемодиализа, искусственных клапанов сердца и т.д. По данным EPIC (European Prevalence of Infection Intensive Care study) большинство пневмоний в ОРИТ развивается при проведении ИВЛ (86%), ангиогенные, урологические инфекции, при катетеризации сосудов (87%), мочевыводящих путей (95%).

J. Webster et all (2012) полагают, что возникновение флебитов и бактериемии с периферических катетеров связано с их канюлей и размером, иррадиацией лекарств, техникой введения. Они должны переставляться в течение 72-96 часов после постановки. Применение инвазивных методов повышает риск развития инфекционных осложнений в 2 раза. В США регистрируют 250000 случаев ангиогенной инфекции, что привело к увеличению стационарного лечения на 3,5 млн. дней в году [7,8]. Новорожденные и пациенты преклонного возраста, особенно мужского пола, имеют высокую склонность к госпитальной инфекции и смертности. Больные с сахарным диабетом, циррозом печени, алкоголизмом и наркоманией, СПИД, политравмой, коллагенозами, злокачественными болезнями крови, новообразованиями склоны к ГИ. При вышеуказанных заболеваниях появляется недостаточность клеточного и гуморального иммунитета. Лечебные мероприятия цитостатики, иммунодепрессанты, лучевая терапия, антибиотикотерапия, инстилляци, инвазивные вмешательства приводят к госпитальной инфекции. В Российской Федерации Руднов В.А. (2010, 2012) отмечает следующие факторы развития госпитальных инфекций: снижение иммунитета, организационные причины, инвазивность методов

Таблица 2 - Факторы развития НИ*

1	Снижение иммунитета
2	Организационные причины (дефицит площадей, расходного материала, предметов ухода и т.д.)
3	Инвазивность методов
Примечание - *НИ – назокомиальные инфекции	

Руднов В.А. (2001, 2002) отмечает, что распространение назокомиальной инфекции в ОРИТ, прежде всего, связано с концентрацией в них наиболее тяжелых больных, имеющих глубокие нарушения гомеостаза. Длительность пребывания и агрессивность методов диагностики и лечения является вторичными факторами возникновения НИ. Многочисленные исследования Donchin J, Copher D, Olin M (1995), Gurand T (1993), Tamow – Mordí V.O (2000) позволили выявить независимые факторы риска госпитальных инфекций. К ним относят тяжесть состояния, оцененную по шкале APACHE 2,3; SAPS-2, шок при поступлении в клинику, возраст более 60 лет и неврологические расстройства более 3-х дней пребывания в стационаре. Недостатки в организации ОРИТ, таким как дефицит площадей и персонала приводят к назокомиальной инфекции [13,14,15]. Так по данным Fredkin et all (1996) показано для возникновения назокомиальной инфекции имеет значение соотношение пациент/медсестра. Низкий риск развития назокомиальной инфекции отмечен при коэффициенте 1 [17]. По мнению большинства исследователей, формирование устойчивости к антибиотикам связано с модификацией микробов к их действию, разрушением молекулы, изменением структуры, активным выведением из микробной клетки, продукцией пенициллинсвязывающего белка, что придает устойчивость кокковой флоры - метициллинрезистентность [18,19,20,21,22,23,24,25,26]. Большинство штаммов MRSA бактерий частично чувствительны к фторхинолонам ципрофлоксацину (ципробай, ципрокс), левофлоксацину, авелоксу. Доказана клиническая эффективность ванкомицина - линезалида. Резистентность к антибиотикам грамотрицательных бактерий связана с продукцией беталактамаз. Наиболее часто БЛРС продуцируют клебсиелла, эшерихия колли, энтеробактер, и особенно синегнойная палочка. Опасной инфекцией, является Acinetobacter Baumanni, которую зарубежом называют грамотрицательный MRSA. В качестве первых эффективных антибиотиков и антибактериальных средств были применены пенициллины. Они действуют на грамположительную и грамотрицательную флору. Определенные надежды в повышении активности пенициллинов возлагают на ингибиторы беталактамаз: сульбактам, клавулоновую кислоту, тазобактам) которые инактивируют БЛРС. Эффективен тиментин действующий на грамположительную флору и В-лактамазопродуцирующие микробы.

Таблица 3 – Пенициллины

Аугментин	(амоксцилин + клавулоновая кислота)
Тиментин	(тикарциллин + клавулоновая кислота)
Унасин	(ампициллин + сульбактам)
Пиперациллин + тазобактам	

Цефалоспорины применяют в клинике с начала 60-х годов. Синтезировано более 50 препаратов. В большинстве случаев им отдается предпочтение в схемах начальной терапии. Цефалоспорины 1 поколения (ЦС-1) активны при терапии грамположительных и грамотрицательных бактерий. Однако в настоящее время данные препараты подвергаются гидролизу В-лактамазами микробов. Вместе с тем, преимущественное большинство плановых операций в настоящее время, должно осуществляться с использованием обычного цефазолина. Цефалоспорины 2 поколения (ЦС-2) тоже были синтезированы для терапии грамположительной и грамотрицательной флоры. Они отличаются большей стабильностью к беталактамазам по сравнению с ЦС-1. Однако со временем сформировалась низкая активность в отношении грамотрицательной флоры, особенно *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus* и природная устойчивость к ним *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*. Наиболее популярным антибиотиком во 2 поколении считается цефуроксим. В большинстве плановых кардиохирургических операциях используется этот препарат.

Появление в практике цефалоспоринов 3 поколения (ЦС-3) связано было с устойчивостью к ЦС-2 поколения грамотрицательных микробов. Так, цефобид и фортум может применяться при терапии синегнойной инфекции, а бенцефин, цефотетан, латимоксеф для лечения госпитальной инфекции, анаэробной флоры. В последние годы появилась резистентность к ним за счет продукции хромосомных беталактамаз расширенного спектра действия. В настоящее время единственным антибиотиком из ЦС-3 поколения, защищенным от действия этих ферментов сульбактамом, является цефалперазон, который называют сульперазоном. По мнению Yokota T.C (1986) сульперазон в 8 раз активнее в отношении *St. aureus* чем обычный цефалперазон. Более выраженный бактерицидный эффект этого препарата наблюдается в отношении продуцирующих пеницилиназу микробов. На грамотрицательные бактерии комбинация цефалперазона и сульбактама оказывает выраженный бактерицидный эффект Koksai (1996). Выявлено ингибирующее действие препарата в отношении анаэробных микробов [29,30]. Активность беталактамаз расширенного спектра действия (БЛРС) в отношении цефалоспоринов 3 поколения может быть различной [31]. Так, для некоторых минимальная подавляющая концентрация (МПК) фортума может быть выше 256 мг/л, что согласно современным критериям NCCLS (Национальный комитет по клиническим лабораторным стандартам, США) рассматривается как резистентные к этому антибиотику, а МПК клафорана менее 16 мг/л как чувствительные NCCLS (2000). При применении ЦС 3 поколения, выбранных на основе определения антибиотикочувствительности микробов, результаты лечения инфекционных осложнений, вызванных ими, продуцирующие БЛРС, были существенно хуже, чем полученные при терапии инфекции вызванных теми же микроорганизмами, но не способных к этому. Вот почему цефалоспорины 3 поколения не должны применяться для лечения инфекции, делающих БЛРС [32,33,34].

Цефипим (максипим) (ЦС-4) обладает более высокой стабильностью к гидролизу БЛРС по сравнению с цефалоспоридами 3 поколения *in vitro*. Имеются сведения Karas J.A. (1996) что комбинация цефипима и амикацина эффективна в отношении микробов – продуцентов БЛРС. Тем не менее не рекомендуется применять ЦС-4 поколения как стартовый препарат при терапии инфекции, вызванных продуцентами БЛРС [32].

Цефамицины (цефокситин, цефотексан) стабильны к гидролизу беталактамаз расширенного спектра действия *in vitro*. Однако результатов клинического их применения практически нет [32]. Кроме того, описано, что их использование приводило к селекции штаммов *K. pneumoniae* резистентных к цефамицинам и карбопенемам [35]. Считается, что до появления результатов клинических испытаний применение цефамицинов в отношении инфекций, продуцентов БЛРС, эти препараты не должны рассматриваться в качестве альтернативы карбопенемам и ципрофлоксацину [32]. У защищенных β -лактамовых антибиотиков (ЗБА) – тикарцилина с клавуланатом, пиперацилина с тазобактамом и других отмеченных выше защищенных пенициллинов наблюдается возрастание их МПК при увеличении концентрации микробов. Тем не менее, клинические исследования инфекции, вызванных продуцентами БЛРС, показали высокую эффективность ЗБА более чем в 50% случаев [36, 37, 38].

Карбопенемы должны рассматриваться препаратами выбора при тяжелых инфекциях, вызванных микробами продуцирующими БЛРС. Выделение беталактамаз расширенного спектра действия обуславливает способность к горизонтальному (от пациента к пациенту) распространению инфекции, необходимость исключения из применения цефалоспоринов для её лечения. Имеются клинические и микробиологические данные, что применение карбопенемов (меронем, дорипенем) приводят к снижению летальности при тяжелых инфекциях, вызванных БЛРС. Поэтому они являются препаратами выбора в режиме монотерапии при тяжелых ГИ.

Карбапенемы - Имипенем (тиенам), Меропенем (меронем), Эртапенем (инванз), Дорипенем (дорипрекс).

Аминогликозиды 3 поколения обладают бактерицидными свойствами при терапии грамположительной и грамотрицательной микробной флоры. Показана клиническая эффективность тобрамицина и амикацина в отношении синегнойной инфекции. Осложнения при применении аминогликозидов (АГ) связаны с их нефро- и ототоксичностью. В настоящее время действие АГ зачастую ингибируется бактериями, которые выделяют аминогликозидмодифицирующие ферменты (АМФ). Выделяют 3 группы АМФ: аденилтрансфераза, ацетилтрансфераза, фосфотрансфераза. У больных с инфекциями, вызванными микробами продуцентами БЛРС, аминогликозиды следует комбинировать с беталактамазными антибиотиками [32].

Таблица 4 – Аминогликозиды

1 поколение	Канамицин, мономицин, неомицин, стрептомицин
2 поколение	Гентамицин
3 поколение	Амикацин, дибекацин, нетилмицин, сизомицин, тобрамицин

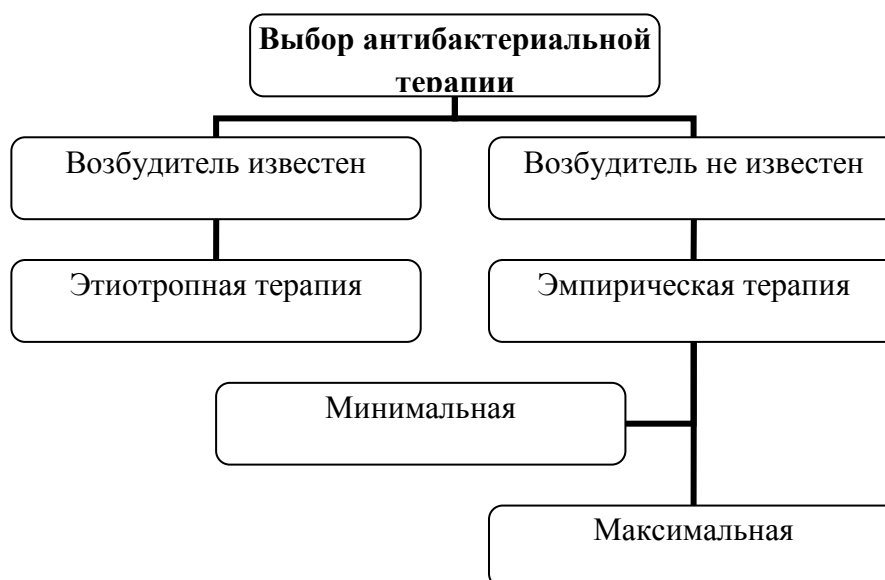
Фторхинолоны действуют больше на грамположительную флору. Используются предпочтительно для лечения инфекции дыхательных путей и уроинфекции. Широко применяется цiproфлоксацин (ципробай, ципрокс), левофлоксацин (таваник), моксифлоксацин (авелокс), дополнительно созданы гатифлоксацин и гемифлоксацин. Возрастание резистентности микробов- продуцентов БЛРС *in vitro* к фторхинолонам может привести к существенному ограничению применению их. Клиническое значение использования новых фторхинолонов при лечении таких инфекции на стадии находятся на стадии исследования.

Фторхинолоны – Ломефлоксацин, Норфлоксацин, Офлоксацин (таривид), Пефлоксацин (абактал), Цiproфлоксацин (ципробай, ципрокс, ципролет), Флефлоксацин, Эноксацин, Левофлоксацин (таваник), Моксифлоксацин (авелокс), Гатифлоксацин, Гемифлоксацин.

В настоящее время созданы новые антибиотики резерва Zyvox (линезолид) эффективный при MRSA устойчивости кокковой флоры и Cubicin Colistin sulfat или Colistimehate sodium (полимиксин) последний применяется при терапии *Ps. aeruginosa* и *Acinetobacter baumannii* устойчивым к другим антибактериальным препаратам.

При выборе антибиотиков для лечения инфекционных осложнений зачастую используется эмпирическая терапия, т.к. возбудитель не известен. В ОРИТ при тяжелых осложнениях ГИ предпочтение должно отдаваться максимальной терапии (см. схема №1).

Схема №1



Так, при пневмонии, ангиогенной инфекции, осложнениях со стороны операционной раны причиной может быть кокковая флора, в частности *St. aureus*. Устойчивость к применению антибиотиков связана с продукцией БЛРС MRSA. Поэтому рекомендуется применять защищенные пенициллины (тиментин, амоксиклав), фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин). Антибиотиком резерва является ванкомицин (вацин). При MRSA устойчивости используется Zivox (линезолид) [39,40]

При длительном стационарном лечении антибиотиками преобладающей микробной флорой зачастую бывает грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, которые включают *Esh. coli*, *Proteus*, *Klebsiela*, *Enterobacter*, *Citrobacter*. Они выделяют БЛРС. Устойчивость штаммов *Esh. coli*, *Klebsiela* продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра действия часто ассоциируется с резистентностью к действию аминогликозидов, ЦС-4 поколения [19,23]. Рекомендуется применять защищенные бета-лактамные антибиотики тиментин, сульперазон в сочетании с аминогликозидами. При неудачной стартовой терапии этими препаратами использовать карбопенемы: дорипенем, меронем. При подозрении на синегнойную инфекцию в качестве начальной терапии используют аминогликозиды тобрамицин, амикацин в сочетании с тиментином или сульперазоном. При неэффективности терапии, обусловленной устойчивостью *Ps. aeruginosa* рекомендуется незамедлительно использовать карбопенемы [41].

В заключении следует выделить следующее:

- на основании микробиологических данных строго ограничивать количество антибиотиков в лекарственных формулярах клиник;
- в отделениях реанимации и интенсивной терапии многопрофильных стационаров при тяжелой госпитальной инфекции сформировалась устойчивость микробной флоры ко многим антибиотикам из-за выработки ими бета-лактамаз расширенного спектра действия и метициллинрезистентность;
- при интенсивной терапии госпитальной инфекции в ОРИТ использовать для стартовой терапии, защищенные бета-лактамные антибиотики с аминогликозидами, современные фторхинолоны;
- антибиотиками резерва является ванкомицин, линезолид, карбопенемы (дорипрекс).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хлебников Е.П. Антибиотикопрофилактика послеоперационных осложнений в плановой абдоминальной хирургии // Дисс. ...д.м.н.-М. – 2007.
- 2 Чурадзе Б. Т. Госпитальные инфекции в отделении интенсивной терапии многопрофильной больницы: микробиологическая структура и обоснования тактики интенсивной терапии//Дисс. ...к.м.н.-М. – 2001.

3 Dominiguez E .A., Smith T.L. , Reed E., Sanders S.S., Sanders We Jr. A pilot study of antibiotic cycling in a hematology-oncology unit . *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000 ; 21: S. 4 – 8.

4 Gelbers S., Gastmer P., Nosocomial infection and multidrug-resistant organisms in Germany epidemiological from KISS *Dtsch Arzteblint* 2011;108(6) 87 - 89.

5 Чибуновский В.А. Избранные вопросы анестезиологии реаниматологии. Алматы. - 1991. - С. 102 – 119.

6 Webster J et al. *ESICM. Lives 2012, Lisbon. 25 Annual Congress*

7 Pittet D., Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infection in the critically ill *JAMA* 1994; 272:1819-1820.

8 Pittet D., Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infections: secular trends in rates, mortality, and contribution to total hospital deaths. *Arch Intern Med* 1995;155:1177-1184.

9 Руднов В.А. Опыт интегративного контроля за нозокомиальными инфекциями. *НИИ АХ СГМА* 2000, 2001, 2002.

10 Donchin Y., Gopfer, Olin M et al. A look into the nature and causes of human error in the intensive care unit. *Crit. Care Med* 1995 ; 23: 294-300.

11 Giraud T., Dhainaut J.F., Vaxelaire G.F., et al. Iatrogenic complications in adult intensive care units : prospective two-center study /*Crit Care Med* 1993; 21:40-51.

12 Tarnow - Mordi W.O., Hau C., Warden A., et al Hospital mortality in relation to staff workload : a -4 year study in an adult intensive care unit. *Lancet* 2000 ; 356:185-189.

13 Halley R.W., Bregman D.A. The role of understaffing and overcrowding in recurrent outbreaks of staphylococcal infection in a special-care unit . *J Infect Dis* 1982;145:875-885.

14 Halley R.W., Cushion N.B., Tenover F.C., et al. Eradication of endemic methicilin-resistant *Staphylococcus aureus* infections from neonatal intensive care unit . *J Infect Dis* 1995; 171:614-624.

15 Robert J., Fridkin S.K., Blumberg H.M, et al. Theinfluent of the composition of the nursing staff on primary bloodstream infection rates in a surgical intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000;21:12-17.

16 Fridkin S.K., Pear S.M., Williamson T.H., et al. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infections .*Infect Control Hosp Epidemio* 1996 ; 17: 150-15.

17 Harbarth S.Sudre P, Draran S et al. Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices. *Infect Control Hosp Epidemiol.* - 1999.

18 Карабак В.И. Микробиологический мониторинг за возбудителями назокомиальных инфекций (на примере отделений реанимации и интенсивной терапии) Антибиотики и химиотерапия. - 2000. - № 3. - С. 20 - 23.

19 Козлов Р.С. Назокомиальные инфекции эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, - 2000. - Том 2. - № 1.

20 Руднов В.А. Современное клиническое значение синегнойной инфекции и возможности её терапии у пациентов отделений реанимации. Инфекции и антимикробная терапия . Consiliun Medicum . Том 04/№6/2002

21 Руднов В.А. Инфекции в интенсивной терапии: какие антибактериальные препараты необходимы для формуляра. Инфекции и антимикробная терапия. Том 06/№1/2004.

22 Яковлев С.В. Программы микробиологической диагностики и антибактериальной терапии сепсиса. Инфекции и антимикробная терапия. Том 3/№3/2001.

23 Appelgren P., Hellstrom I., Weitberg Soderlund V., Bindslev L. , Ransjo (2001) Risk factors for nosocomial intensive care infection: a long – prospective analysis. Acta Anesthesiol. Scand 45:710 - 719.

24 Bonten M.J., Bergmans D.C., Speijer H., et al. Characteristics of polyclonal endemicity of Pseudomonas aeruginosa colonization in intensive care units. Implications for infection control. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160:1212-1219.

25 Brun-Buisson C. , Doyon f., Cartel J., Dellamonica P., Goin F., Lepoutre A., Mercier J.C. , Offenstand G. , Reginer B. (1995) Incidence , risk factors , and outcome of severe sepsis and shock in adult . A multicenter prospective study in intensive care units. JAMA 274:968-974.

26 Brun-Buisson C, Sollet JP, Schweich H, Briere S, Petit C. Treatment of ventilator-associated pneumonia with piperacillini-tazobactam/amicacin versus ceftazidime/amicacin: a multicenter, randomized controlled trial. Clin Infect Dis 1998; 26:346-54.

27 Yokota T. Clinical and bacteriological studies in sulbactam/cefoperazon. Proc. Seoul. Symp. 1986; 66-68.

28 Koksal F., Ozturk R., Basaran C. et al Antimicrobial susceptibilities of Pseudomonas and stropdomonds maltophilia strains isolated from nosocomial infections 10th Mediterranean Congr. Chemother , Antalya , 1996, Abstract № 384.

29 Яковлев В.П. , Яковлев С.В. Клинико-лабораторное обоснование назначения цефоперазона/сульбактама больным с тяжелыми госпитальными инфекциями. Инфекция и антимикробная терапия . Том 4/№3/2003.

30 Яковлев В.П., Щавелев Д.Л., Яковлев С.В. Клинико-лабораторное обоснование назначения цефоперазон/сульбактама больным с тяжелыми госпитальными инфекциями. Инфекция и антимикробная терапия. Том 04/№5/2002.

31 Белобородов В.Б. Выбор антибактериальной терапии при назокомиальных инфекциях, вызванных продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра // Антибиотики и химиотерапия. Том 46/№ 12/2001. - С. 3 - 7.

32 Белобородова Н.В., Вострикова Т.Ю., Мелько А.И. Сравнительная активность *in vitro* цефипима и других антибиотиков в отношении клинических штаммов грамотрицательных бактерий. Антибиотики и химиотерапия. Том 48/№7/2003. - С-12-15.

33 Karas J.A., Pillay D.G., Muskart D., Sturn A.W. Treatment failure due to extended-spectrum beta-lactamase. J Antimicrob Chemother 1996; 37:203-204.

34 Venezia R.A., Scarano F.J., Preston K.E., et al. Molecular epidemiology of an SHV-5 extended-spectrum beta-lactamase in Enterobacteriaceae isolated from infants in a neonatal intensive care unit. Clin Infect Dis 1995 21:915-923.

35 Bradford P. A., Urban C., Mariano N. et al. Imipenem resistance in *K. pneumoniae* is associated with the combination of ACT-1, a plasmid-mediated, and Amp beta-lactamase, and the loss of outer membrane protein. Antimicrob Agents Chemother 1997; 41:563-569.

36 Paterson D.L., Bolmstrom A., Sturn A.W. Activity of antibiotic against extended-spectrum beta-lactamase production in *K. pneumoniae* (abc2338). In program of the 39th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Francisco 1999. Washington; 1999;291.

37 Pillay T., Pillay D.G., Adhikari M., Sturn A.W. Piperacillin/tazobactam in the treatment of *K. pneumoniae* infections in neonates. Am J Perinatol 1998; 15:47-51.

38 Яковлев С.В. Тикарциллин/клавулоновая кислота: возможности монотерапии тяжелых госпитальных инфекций. //Инфекции и антимикробная терапия. – 1999 - 1(2) - С. 54-56.

39 Яковлев С.В. Линезолид - первый препарат нового класса антимикробных средств оксазолидинов: перспективы лечения грамположительных инфекций. Инфекции и антимикробная терапия. Том 3/№6/2001.

40 Яковлев С.В., Проценко Д.Н. Линезолид: новые возможности терапии инфекций, вызванных полирезистентными грамположительными микроорганизмами. Инфекции и антимикробная терапия. Том 06/№2/2004.

41 Яковлев С.В., Яковлев В.П. Меропенем – новый бета-лактамазный антибиотик карбапенемовый антибиотик для лечения тяжелых госпитальных инфекций. // Вестник интенсивной терапии. - 1996. - № 2 - 3. - С. 34 - 43.

Отделение анестезиологии и реанимации с операционным блоком.
РГП «Больница МЦ УДП РК» г. Астана. Материал поступил 26.11.12.

Түйін

А.Х. МУСТАФИН, С.С. СЕЙТЕНОВ, А.М. МАХАНБЕТОВА, А.А. МУСТАФИН,
А.К. МАТКЕНОВ, Б.Т. ӘШІМОВ

ЖАН САҚТАУ ЖӘНЕ ҚАРҚЫНДЫ ТЕРАПИЯ БӨЛІМІНДЕ ГОСПИТАЛЬДЫҚ
ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ АНТИБИОТИКТЕРМЕН ТИІМДІ ЕМДЕУ
«ҚР ПІБ МО Ауруханасы» Астана қ.

Әлемдегі жан-жақты зерттеулер жан сақтау бөлімінде St. Aureus метициленрезисттік штамдар, Enterobacteriaceae тұқымдас микроорганизмдер инфекцияларды жиі қоздыратынын растады, олар пенициллиндер, цефалоспориндер, карбапенемдердің β -лактамазалық шеңберіне қарсы әсер ететін, Ps. Aeruginosa және Acinobacter baumannii бактерияларды, сондай-ақ Candida саңырауқұлақтарын ферменттемейтін кең спектрде әсер етуші беталактамазалық ферменттер шығарады. Госпиталдық инфекциялардың микробиологиялық спектрі мен қоздырғыштардың антибиотикке резистенттілігі елдер ішінде, қалаларда, емдеу мекемелерінде біршама өзгеріп тұратынын атап өткен жөн.

Кілтті сөздер: терапия бөлімінде госпитальдық инфекцияларды антибиотиктермен тиімді емдеу.

Abstract

A.N. MUSTAFIN, S.S. SEITENOV, A.M. MAHANBETOVA, A.A. MUSTAFIN,
A.K. MATKENOV, B.T. ASHIMOV

RATIONAL ANTIBIOTIC THERAPY OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND INTENSIVE THERAPY

Department of anesthesiology and intensive care with operating unit. «Hospital of
medical center of AP of RK» Astana city

Multycenter study in the world shows that in the intensive care unite frequent pathogens are MRSA shtams St. Aureus, microorganism Enterobacteriaceae family which produce betalactosic enzymes with extended spectrum, against the β -lactosic ring of penecillins, cephalosporins, carbapenems, Ps. Aeruginosa and Acinobacter baumannii non-fermentative bacterias, and also fungi Candida. It should be noted, that microbiological spectrum of nosocomial infection, and antibiotic resistance of pathogens with significant variations not only in the different countries, but also in the cities, medical organizations.

Key words: antibiotic therapy of nosocomial infections, intensive care unit and intensive therapy.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ



УДК 581.199:678.048 (574)

А.Т. КАЗБЕКОВА, М.З. ШАЙДАРОВ, Л.И. РАТНИКОВА,
Т.С. СЕЙТЕМБЕТОВ, С.М. АДЕКЕНОВ

АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ КАЗАХСТАНА

Изучены полифенольный состав и антиоксидантная активность экстрактов растений, распространенных на территории Казахстана. Установлено наличие взаимосвязи между содержанием полифенолов и антиоксидантной активностью.

Ключевые слова: растительный экстракт, полифенолы, антиоксидантная активность.

Введение. На территории Республики Казахстан произрастает более 6000 видов растений, в том числе 1025 видов потенциальных источников эфирных масел. Известно, что полифенольные соединения обладают антимикробными и антиоксидантными свойствами [1–3], из которых полифенолами являются флавоноиды, обладающие способностью нейтрализовывать активные формы кислорода, образуя комплексные соединения с ионами переходных металлов [4]. Растения рода полынь (*Artemisia* L.) являются распространенными видами на территории республики, содержащими в своем составе группы биологически активных соединений, обладающих широким спектром фармакологической активности. Так, на территории Центрального Казахстана произрастает 44 вида полыней, в том числе *Artemisia semiarida* H. Krasch.-полынь полусухая, распространенная в Северном и Центральном Казахстане. В настоящее время изучен биохимический и элементный состав солянки холмовой (*Salsola collina* Pal., в котором содержатся флавоноиды трицин, изорамнетин, кверцетин и рутин [5]. Одним из доступных видов сырья для получения препаратов и биологически активных добавок является тополь бальзамический *Populus balsamifera*, включающий более 70 биологически активных веществ различных классов природных соединений. Вещества, полученные из тополя бальзамического, имеют очевидные преимущества перед применяемыми на практике медицинскими препаратами по эффективности, безопасности и доступности [6]. Имеющиеся литературные сведения указывают на наличие в коре и почках эндемичного тополя фенолгликозидов, фенолкарбоновых кислот, флавоноидов и дубильных веществ [7,8]. Серпуха венценосная – *Serratula coronata* L. сем. *Asteraceae*, благодаря наличию таких биологически активных веществ, как фитоэкдистероиды, флавоноиды, полисахариды, каротиноиды, является перспективным растением для применения в медицине.

Целью исследования явилось изучение антиоксидантного действия *in vitro* экстрактов тополя бальзамического (ТБ), серпухи венценосной (СВ), солянки холмовой (СХ), суммы полифенольных соединений из полыни гладкой (ПГ), из аянии кустарничковой (АК), из полыни полусухой (ПС) методом определения железо-восстанавливающего потенциала FRAP (Ferric Reducing Antioxidant Power assay), оценки антиоксидантной активности (АОА) о-фенантролиновым методом и определение общего количества полифенолов. Все образцы разработаны в АО «МНПХ «Фитохимия».

Материалы и методы. 1) Для определения железо-восстанавливающего потенциала FRAP-методом к 1 мл исследуемых экстрактов в диапазоне концентраций 0-1 мг/мл добавляется 2,5 мл 0,2 М фосфатного буфера и 2,5 мл 1% раствора гексацианоферрата калия. Смесь инкубируется в течение 20 мин. при температуре 50°C, реакция останавливается прибавлением 2,5 мл 10% раствора трихлоруксусной кислоты. Смесь центрифугируют 3 мин. (1500 об./мин.). Затем 2,5 мл верхнего слоя смешивается с 2,5 мл дистиллированной воды и 0,5 мл 0,1%

хлорида железа (III). Измерение оптической плотности производится при 700 нм. 2) Для оценки АОА по о-фенантролиновому методу к 0,198г о-фенантролина добавляют 30 мл дистиллированной воды и растворяют при слабом нагревании. Навеску 0,298 г железоаммонийных квасцов растворяют в 2 мл 1М HCl, прибавляют 30-40 мл дистиллированной воды и растворяют при слабом нагревании. Приготовленные растворы переносят в мерную колбу объемом 100мл и доводят до метки дистиллированной водой. Полученный реагент выдерживают при комнатной температуре не менее 12 час. АОА исследуемых образцов определялась с помощью коэффициента ингибирования (КИ) по уравнению: $КИ = 1 - K_{\text{контр}} / K_{\text{исслед}}$.

Результаты и обсуждение. Из данных определения количества полифенолов по методу Фолина-Чокальтеу установлено, что наибольшее содержание растворимых полифенолов имеет место в экстракте тополя бальзамического(ТБ), далее в экстракте серпухи венценосной(СВ), следующий экстракт суммы полифенольных соединений из полыни полусухой(ПС), далее суммы полифенольных соединений из аянии кустарничковой(АК), суммы полифенольных соединений из полыни гладкой(ПГ) и наименьшее количество в экстракте солянки холмовой (СХ) (рисунок 1, таблица 1).

Таблица 1- Содержание полифенолов в экстрактах (мг/мл)

Экстракты растений	Обозначения	Содержание полифенолов
Тополь бальзамический	ТБ	0,154 ± 0,018
Серпуха венценосная	СВ	0,137 ± 0,024
Сумма ПФС из полыни гладкой	ПГ	0,085 ± 0,011
Сумма ПФС из аянии кустарничковой	АК	0,093 ± 0,002
Сумма ПФС полыни полусухой	ПС	0,129 ± 0,002
Солянка холмовая	СХ	0,078 ± 0,003

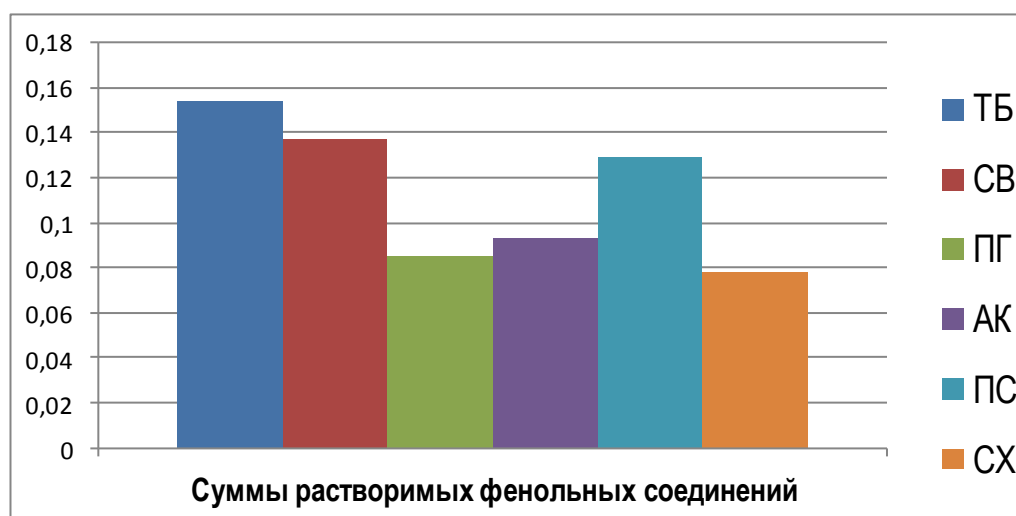


Рисунок 1- Изменение содержания растворимых фенольных соединений в экстрактах

Установлено, что наибольшее содержание растворимых полифенолов в экстракте ТБ, далее для СВ, следующий экстракт суммы ПФС из полыни полусухой, экстракт суммы ПФС из АК, экстракт суммы полифенольных соединений из ПГ и самый низкий показатель характерен для экстракта СХ. Относительно низкое содержание полифенолов в экстрактах ПГ и АК объясняется тем, что эти вещества плохо растворяются в этиловом спирте, поэтому содержание растворимых полифенолов может отличаться от полученных данных. В отличие от работ, в которых отмечается применение метанола, нами установлена растворимость экстрактов в этаноле [8]. В настоящее время одной из распространенных методик при оценке эффективности антиоксидантного действия экзогенных веществ является определение железо-восстанавливающего потенциала (FRAP-способ) [9]. Выявлено, что исследованные экстракты СВ и ТБ оказывают антиоксидантный эффект значительно выше чем суммы полифенольных соединений из ПГ, АК, ПС и экстракта СХ (рисунок 2). Имеется зависимость между концентрациями экстрактов и их АОА и существует прямо пропорциональная зависимость между полифенольным составом экстрактов и их АОА, что согласуется с литературными данными о антиоксидантном действии полифенольных соединений *in vitro*.

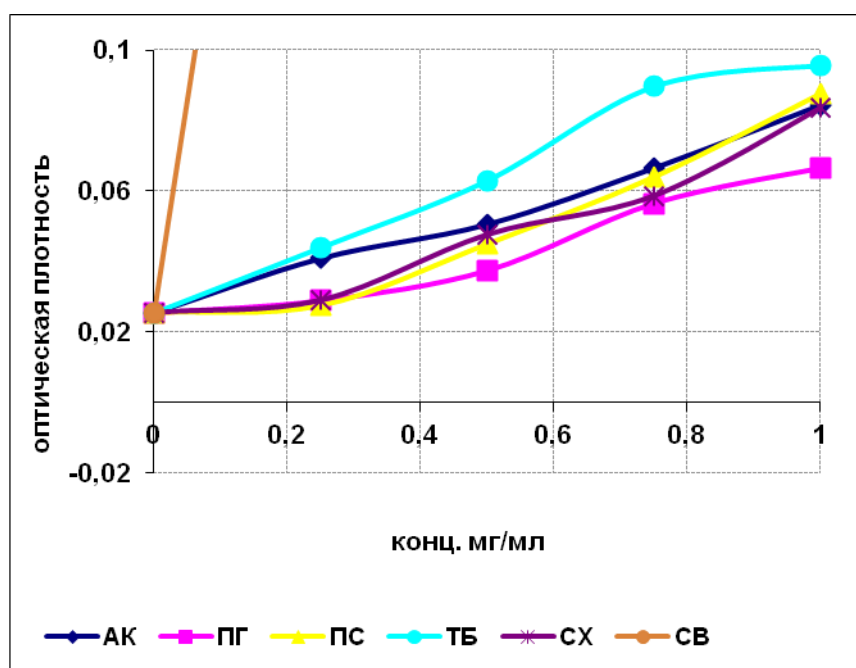


Рисунок 2 - Изменение АОА экстрактов в соответствии с FRAP – методикой

На рисунке 3 показана динамика изменения АОА суммы полифенолов из полыни гладкой в зависимости от концентраций рабочих растворов, которая имеет аналогичную закономерность и для остальных объектов. С целью повышения достоверности при оценке АОА исследованных объектов

выполнено определение данного свойства о-фенантролиновым методом. Нами выявлено, что наиболее высокие величины коэффициента ингибирования имеют суммы полифенольных соединений из ПГ и экстракт СВ, далее экстракты СХ, ТБ и суммы полифенольных соединений из АК. Низкий коэффициент ингибирования имеют суммы полифенольных соединений из ПС, который не изменяется при увеличении концентрации объекта.

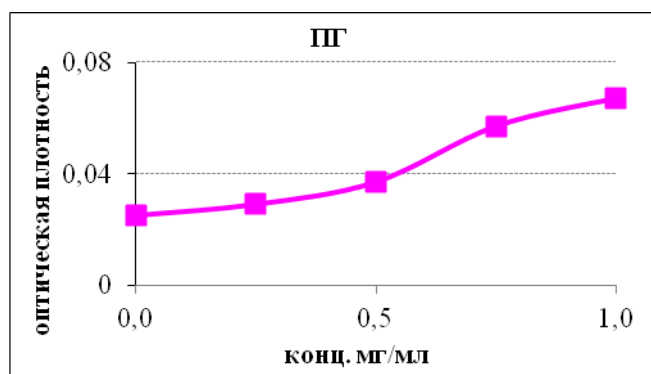


Рисунок 3 - Динамика АОА суммы полифенолов из полыни гладкой

Полученные данные в соответствии с данными FRAP-метода позволяют констатировать, что исследованные экстракты СВ и ТБ оказывают антиоксидантное действие значительно выше, чем в случае суммы полифенольных соединений из ПГ, АК, ПС и экстракта СХ.

Таблица 2 - Зависимость оптической плотности от концентрации

№	Исследуемые экстракты	Шифр	Значение оптической плотности				
			0	0,25	0,5	0,75	1
1	Аяния кустарничковая	АК	0,025±0,001	0,041±0,002	0,050±0,002	0,066±0,0025	0,086±0,03
2	Полынь гладкая	ПГ	0,025±0,001	0,029±0,001	0,037±0,001	0,057±0,001	0,067±0,001
3	Полынь полусухая	ПС	0,025±0,001	0,0283±0,0015	0,045±0,001	0,064±0,001	0,0877±0,005
4	Тополь бальзамический	ТБ	0,025±0,001	0,044±0,001	0,063±0,026	0,0897±0,0025	0,0957±0,0015
5	Солянка холмовая	СХ	0,025±0,001	0,0297±0,0015	0,047±0,006	0,0587±0,004	0,0837±0,005
6	Серпуха венценосная	СВ	0,025±0,001	0,3327±0,046	0,687±0,026	0,997±0,031	1,373±0,05

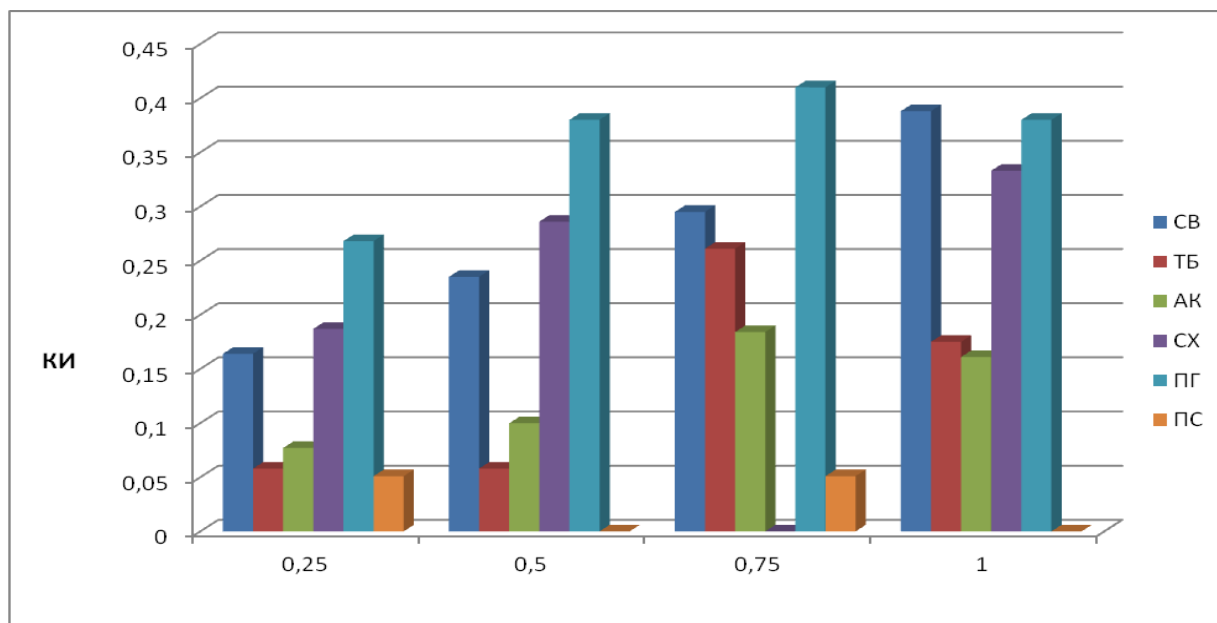


Рисунок 4 - Величины коэффициента ингибирования экстрактов

Увеличение оптической плотности с ростом концентрации указывает на существование зависимости между концентрациями экстрактов и их АОА (таб.2). Также имеет место прямо пропорциональная зависимость между фенольным составом масел и их АОА, что согласуется с литературными данными об антиоксидантном эффекте полифенольных соединений *in vitro*. Низкий КИ установлен для суммы полифенольных соединений из ПС, в частности, коэффициент ингибирования экстракта ПС не возрастает при увеличении концентрации исследуемого объекта. При измерении антиоксидантного эффекта по о-фенантролиновому методу данные коэффициентов ингибирования указывают на существование зависимости между концентрациями экстрактов и их АОА. Установлено, что коэффициенты ингибирования не всегда зависят от суммы полифенолов. Зависимость коэффициента ингибирования от суммы полифенольных соединений достоверно проявляется только у серпухи венценосной, для которой имеет место как высокий уровень коэффициента ингибирования, так и высокое содержание суммы полифенолов.

Заключение. Установлено, что экстракты серпухи венценосной и тополя бальзамического, распространенных на территории Казахстана, содержат наибольшее количество полифенольных соединений в ряду исследованных объектов, проявив наиболее выраженную АОА, что позволяет их рекомендовать для изучения на антиоксидантную активность *in vivo*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Атажанова Г.А. Терпеноиды эфирных масел растений, М.: ICSPF. - 2008. - 288 с.

2 Куркин В.А. Фенилпропаноиды лекарственных растений: итоги и перспективы исследований в области создания фитопрепаратов // Новые достижения в химии и химической технологии растительного сырья. Барнаул, 2007. - Кн. 2. - С. 236–239.

3 Тулеуов Б.И. Стероидные соединения растений и лекарственные препараты на их основе, Караганда: «Гласир».-2009.-208с.

4 Сейтеубетова А.Ж., Адекенов С.М. Природные фенольные соединения-перспективный источник антиоксидантов, Алматы: КазГосИНТИ, 2001 г. -165 с.

5 Зейнульдина А.С., Казбекова А.Т., Сейтеубетова А.Ж. и др. Взаимосвязь «структура-антиоксидантная активность» в ряду флавоноидов солянки холмовой // Вестник КарГУ. Серия химия – 2008. - № 2 (50). – С. 65-71.

6 Адекенов С.М. Биологически активные вещества растений и перспективы создания новых лекарственных препаратов // Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов, Алматы. - Ғылым. - 2004. - С. 7-17.

7 Islas J.F., Davalos-Balderas A.J., Arroyo-Curras N.et al. Comparative Evaluation of a Modified Acetic Method for Extraction of Antioxidant Compounds from Black Beans (*Phaseolus vulgaris*) // Food and Nutrition Sciences.-2012.-3.- P.348-353.

8 Enujiugha V.N., Talabi J.Y., Malomo S.A. et al. DPPH Radical Scavenging Capacity of Phenolic Extracts from African Yam Bean (*Sphenostylis stenocarpa*) // Food and Nutrition Sciences. - 2012. - 3. - P. 7-13.

9 Федосеева А.А., Лебедкова О.С., Каниболоцкая Л.В. и др. Антиоксидантная активность настоев чая // Химия растительного сырья. - 2008. - № 3. - С. 123-127.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана. АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия», Караганда. Материал поступил 11.02.13.

Түйін

А.Т. ҚАЗБЕКОВА, А.Т. ШАЙДАРОВ, Л.И. РАТНИКОВА, Т.С. СЕЙТЕМБЕТОВ,
С.М. АДЕКЕНОВ

ҚАЗАҚСТАНДА ӨСЕТІН КЕЙБІР ӨСІМДІКТЕР СЫҒЫНДЫЛАРЫНЫҢ
АНТИОКСИДАНТТЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІ

«Астана Медициналық университеті» АҚ, Астана қ., АО «Фитохимия»
Халықаралық ғылыми-өндірістік холдингі», Қарағанды қ.

Қазақстанда өсетін кейбір өсімдіктер сығындыларының антиоксиданттық белсенділігі және полифенолды құрамы зерттелді. Антиоксиданттық белсенділігі және полифенолдар мөлшері арасында белгілі бір байланыс бар екендігі анықталды.

Кілтті сөздер: өсімдік экстракты, полифенолдар, антиоксиданттық белсенділік.

Abstract

A.T. KAZBEKOVA, M.Z. SHAI DAROV, L.I. RATNIKOVA,
T.S. SEITEMBETOV, S.M. ADEKENOV

ANTIOXIDANT ACTIVITY OF THE EXTRACTS OF PLANTS OF KAZAKHSTAN
«Astana medical university», Astana city. «Phytochemistry» International scientific
production holding» JSC, Karaganda.

Polyphenolic content and antioxidant activity of the extracts of the plants growing on the territory of Kazakhstan have been studied. The presence of interconnection between polyphenolic composition and antioxidant activity has been determined.

Key words: plant extract, polyphenols, antioxidant activity.

УДК 614.3[615.9:677.042.4]

Е.А. КИЯСОВ, Г.С. ГАББАСОВА, Б.К. ИЗАТУЛЛИН

ОЦЕНКА СМЫВАЕМОСТИ И ТОКСИЧНОСТИ СРЕДСТВ ДЛЯ МЫТЬЯ ПОСУДЫ

В условиях постоянного увеличения количества новых химических средств для мытья посуды чистящих и дезинфицирующих средств встает главный вопрос — как применение этих средств могут отразиться на нашем здоровье? На сколько токсичны эти средства? - и прочее. На вышеуказанные вопросы и посвящена данная статья.

Ключевые слова: дезинфицирующие средства для мытья посуды, оценка смываемости, токсичность.

Введение. В постоянной борьбе за чистоту посуды и экономию времени мы готовы максимально использовать все средства и возможности. Производители, зная об этом, стараются с помощью показанной рекламы убедить нас в обязательной проблеме при борьбе с жиром на тарелках и угрозе со стороны болезнетворных микробов, и параллельно в эффективности и безвредности именно их средств для мытья посуды. У каждого здравомыслящего человека невольно закрадывается вопрос — если это средство с такой легкостью справляется с загрязнениями, что же оно может сделать, попав к нам на кожу или в желудок.

Проанализируем средства для мытья посуды представленные на нашем казахстанском рынке.

Цель исследования. Гигиеническая и токсикологическая оценка средств для мытья посуды выбранных из продажи. Выбрать наименее безопасный.

Задача: Определить токсическое действие средств для мытья посуды на суспензии подвижных клеток-сперматозоидах быка. Провести оценку остаточных количеств ПАВ на обрабатываемой посуде.

Отбираем:

Образец № 1 — средство для мытья посуды «Батыр». Упаковка 1000гр. Производитель: Республика Казахстан, г. Павлодар, ТОО «Казбытхим». Состав: вода деминерализованная, анионные поверхностно-активные вещества(АПАВ) не менее 5%, но не более 15%, диэтаноламид

кокосового и соевого масла, кокаmidопропилсульфобетaин, ЛАБС, алкилполиглюкозид, зеленый хелат Dissolvin, консервант, регулятор рН, отдушка.

Образец № 2 - средство для мытья посуды «Биолан Бальзам Чайное дерево». Упаковка 500гр.Производитель: Россия, г.Казань, ОАО «Нэфис Косметик». Состав: АПАВ(не менее 5%, но не 15%), неионогенные поверхностно-активные вещества(менее 5%), соль этилендиаминтетрауксусной кислоты, ароматизирующая добавка, консервант.

Образец № 3 - средство для мытья посуды «AOS Миндальное молочко». Упаковка 500гр.

Производитель: Россия, г.Казань, ОАО «Нэфис Косметик». Состав: АПАВ(не менее 5%, но не 15%), неионогенные поверхностно-активные вещества (менее 5%), соль этилендиамин-тетрауксусной кислоты, ароматизирующая добавка, консервант.

Образец № 4 - средство для мытья посуды «Fairу-сочный лимон». Упаковка 1,0л. Производитель: ООО «Проктер энд Гембл-Новомосковск», Россия, г.Новомосковск.

Состав: АПАВ (не менее 5%, но не более 15%), неионогенные ПАВ (менее 5%), консерванты, отдушка, гераниол.

Для эксперимента выбираем показатели с позиции безопасности для нашего здоровья. Это показатели: смываемость моющего средства с посуды и токсичность.

Смываемость моющего средства с посуды — важнейший показатель указывает, насколько полно моющее средство удаляется с поверхности посуды при полоскании. Испытание проводим по ГОСТ 51021-97 «Товары бытовой химии. Метод определения смываемости с посуды». Под определением «токсичность» берем общетоксическое действие средств для мытья посуды на тест - объекте. В качестве тест - объекта используем сперму крупного рогатого скота. Исследование проводим в соответствии с Методическими рекомендациями «Оценка токсичности товаров бытовой химии. Экспресс-метод оценки токсичности моющих средств с использованием в качестве тест-объекта спермы крупного рогатого скота».

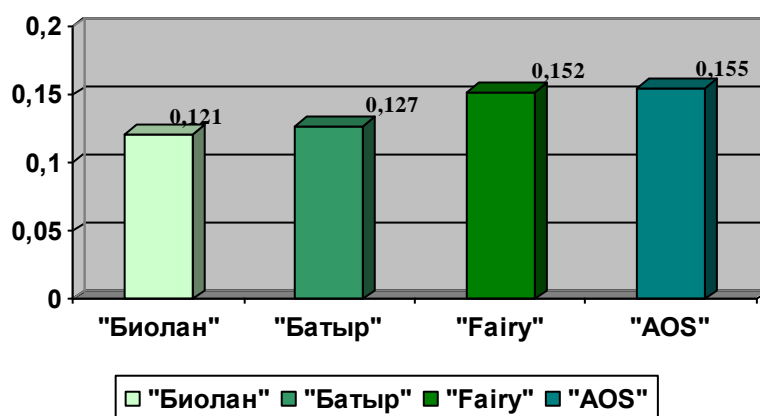
Определение токсичности растворов исследуемых образцов проводилась по индексу токсичности «Is» на анализаторе изображений АТ-05. Индекс токсичности Is (в %) вычислялся для каждого раствора как отношение средней суммарной подвижности спермиев в опыте к средней суммарной подвижности суспензии спермиев в контроле:

$$Is = (S_{cp}^{опыт} / S_{cp}^{контроль}),$$
 где $S_{cp}^{опыт}$ и $S_{cp}^{контроль}$ - среднее арифметическое значение суммарной двигательной активности сперматозоидов в опыте и контроле.

Было проведено 8 исследований по каждому образцу в течении двух осенних месяцев. За результат принимали усредненные показания (таб.1,2, рис.).

Таблица 1 – Результаты смываемости с посуды

№	Наименование	Массовая концентрация АПАВ в смыве с посуды. мг/дм ³								
		Количество исследований								ср.
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Средство для мытья посуды «Батыр»	0,135	0,122	0,126	0,142	0,148	0,120	0,105	0,118	0,127
2	Средство для мытья посуды «Биолан»	0,112	0,126	0,134	0,137	0,100	0,141	0,110	0,108	0,121
3	Средство для мытья посуды «AOS»	0,137	0,152	0,158	0,183	0,124	0,166	0,178	0,142	0,155
4	Средство для мытья посуды «Fairy-сочный лимон»	0,146	0,130	0,162	0,174	0,177	0,160	0,126	0,141	0,152

**Рисунок - Определение токсичности растворов исследуемых образцов****Таблица 2 – Результаты токсичности растворов с посуды**

№	Наименование	Индекс токсичности, I _с								
		Количество исследований								ср.
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Средство для мытья посуды «Батыр»	98,2	103,5	104,8	102,8	95,6	97,4	107,4	105,5	101,9
2	Средство для мытья посуды «Биолан»	101,4	105,8	101,2	100,8	99,3	98,6	107,8	105,1	102,5
3	Средство для мытья посуды «AOS»	99,4	103,7	102,5	101,6	100,4	97,8	106,6	103,2	101,9
4	Средство для мытья посуды «Fairy-сочный лимон»	102,1	104,9	104,3	103,7	101,2	101,6	109,1	108,3	104,4

Вывод: На основании экспериментальных данных по показателю смываемости выбираем средство для мытья посуды «Биолан» ($0,121\text{ мг/дм}^3$), при допустимом значении остаточной концентрации моющих средств не более $0,5\text{ мг/дм}^3$.

Наименее токсичным определился образец № 4 - «Fairy-сочный лимон». При обобщающей сравнительной оценке выбранных средств для мытья посуды выходит, что образец № 2 «Биолан» является наиболее привлекательным с позиции безопасности для нашего организма.

Данная оценка основана на эксперименте. А если учитывать, что состав средств для мытья посуды примерно одинаковый (ПАВ, ароматизаторы, красители, консерванты, вещества смягчающие кожу, регуляторы pH), то смываемость и токсичность практически одинаковые. Все образцы выдерживают нормативные границы: смываемость - $0,5\text{ мг/дм}^3$; токсичность — 70-120%.

Однако, для полной токсиколого-гигиенической оценки средств для мытья посуды исследования по двум показателям не достаточно. Необходимо, изучить влияние ПАВ на организм в течении длительного времени, учитывать возрастную характеристику, индивидуальную реакцию и т. д. Многочисленные исследования уже доказали, что регулярно используя средства для мытья посуды, человек приобретает серьезные заболевания — аллергии, дерматиты и множество других.

Альтернативой средствам для мытья посуды является обычное хозяйственное мыло, пищевая сода. Конечно, они уступают средствам для мытья посуды в эффективности удаления жира, зато совершенно безвредны для нас, так как не содержат ПАВ и других вредных для нашего организма веществ.

А в выборе средств для мытья посуды каждый ориентируется на эффективность, стоимость, запах, привязанность к бренду, яркость упаковки. Но не нужно забывать самое важное, что у нас есть — здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ГОСТ 51021-97 «Товары бытовой химии. Метод определения смываемости с посуды»
- 2 Методические рекомендации «Оценка токсичности товаров бытовой химии. Экспресс-метод оценки токсичности моющих средств с использованием в качестве тест-объекта спермы крупного рогатого скота».

РГП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан. Материал поступил 26.01.13.

Түйін

Е.А. КИЯСОВ, Г.С. ГАББАСОВА, Б.К. ИЗАТУЛЛИН

ЫДЫС ЖУУ ҚҰРАЛДАРЫНЫҢ ЖУЫЛЫП КЕТУІ МЕН УЫТТЫЛЫҒЫН
БАҒАЛАУ
ҚР ПІБ МО «Санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталығы» РМК

Біздің нарықта ұсынылған ыдыс жуу құралдарының жуылып кетуі мен уыттылығы шамамен бірдей. Осы құралдардың жуылып кетуі мен уыттылығы белгіленген нормативтерден аспайды. Ыдыс жуу құралдары ыдыстан нашар жуылып кетеді. Ыдыс жуу құралдарын ағынды су астында 15-20 секунд мұқият шайып жуу қажет.

Кілтті сөздер: жуылып кетуін бағалау, уыттылығы, ыдыс жууға арналған дезинфекциялау құралдары

Abstract

E.A. KIYASOV, G.S. GABBASOVA, B.K. IZATULLIN

THE SCORE OF WASH ABILITY AND TOXICITY ASSESSMENT TOOLS FOR
WASHING DISHES

RSE «Sanitary and epidemiological expertise Center» of Medical center of the
presidential administration of Republic of Kazakhstan

Dishwashing detergent, presented in our market has approximately the same wash ability and toxicity. Wash ability and toxicity of these tools does not exceed established norms. Dishwashing detergent is very difficult remove from the dishes. Recommended thoroughly wash detergent under running water for at least 15 – 20 seconds.

Key words: rating flush ability, toxicity, sanitizers for washing dishes.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

**РЕФЕРАТИВНЫЕ
СТАТЬИ**



УДК:616-091:615.065-005.52.52(574)

Б.Ж. АЛИМБАЕВА

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЯТРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Как показал анализ летальных случаев за 5 лет (2008-2012г.г.), в 7,9% была зарегистрирована ятрогенная патология. В 59,1% исследуемых случаев выявлена ятрогенная патология второго типа; 22,1% составили ятрогении третьего типа; 18,8% - первого типа. В 52,6% ятрогенная патология была связана с выполнением лечебных и диагностических мероприятий, в 37% случаев – с оперативными вмешательствами, в 10,4% - с медикаментозной терапией. С 2008 года имеет место рост количества случаев ятрогенной патологии, связанной с проведением лечебно-диагностических мероприятий и оперативных вмешательств, что обусловлено крупномасштабной лечебно-диагностической агрессией.

Ключевые слова: ятрогенная патология, патологоанатомическое бюро, побочные действие лекарственных препаратов.

Ятрогении (буквально – «болезни, порожденные врачом», от греч.: *iatros* – врач+*genes* - порождающий) это групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения. Представления о распространенности неблагоприятных последствий лечения варьируют в зависимости от того, считать ли таковыми события, не нанесшие больному значительного вреда, или если нанесенный вред был ожидаемым и ненамеренным (побочные действие лекарственных препаратов и др.) Ятрогения – в широком смысле понимается как неблагоприятные последствия любых медицинских мероприятий. Самостоятельные действия пациента, воздействия немедицинского характера, прогрессирование болезни вследствие неоказания медицинской помощи, недоступности обследования не являются причиной ятрогений. Ятрогенную патологию необходимо рассматривать как неизбежную составную часть лечебно-диагностического процесса [1,2].

Все случаи ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия, требуют постоянного анализа, предельно скрупулезного и бескомпромиссного обсуждения с определением типа ятрогении:

- Первый тип - патологические процессы, необычные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими действиями, явившиеся причиной летального исхода;
- Второй тип - патологические процессы и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным и правильно выполненным показаниям; развитие их связано с индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного, они не находятся в прямой патогенетической связи с основным заболеванием, но не всегда могут быть отграничены от его осложнений;
- Третий тип - патологические процессы, реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнением и не играющие существенной роли в танатогенезе [3].

В рамках постоянного контроля над качеством медицинской помощи и правового регулирования медицинской деятельности врачи – патологоанатомы проводят оценку дефектов лечебно-диагностической помощи у больных, умерших в медицинских учреждениях. Основная единица наблюдения – случай летального исхода в стационаре с проведенным патологоанатомическим вскрытием.

Как показал анализ летальных случаев за период 2008-2012 г.г. по данным патологоанатомического бюро г. Астана. За 5 лет, в 7,9% была зарегистрирована ятрогенная патология.

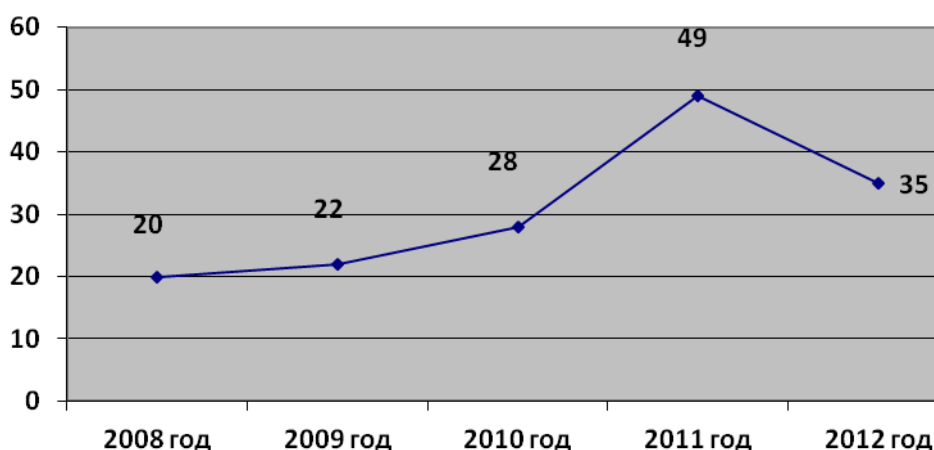


Рисунок - Число случаев ятрогенной патологии за период 2008-2012 г.г.

В 59,1% исследуемых случаев выявлена ятрогенная патология второго типа; 22,1% составили ятрогении третьего; 18,8% - первого.

В 52,6% ятрогенная патология связана с выполнением лечебных и диагностических мероприятий, в 37% случаев – с оперативными вмешательствами, в 10,4% - с медикаментозной терапией. С 2008 года имеет место рост количества случаев ятрогенной патологии, связанной с проведением лечебно-диагностических мероприятий и оперативных вмешательств, что обусловлено крупномасштабной лечебно-диагностической агрессией. Развитие медицины, научно-технический прогресс, неизбежно и объективно ведут к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль «человеческого фактора». С другой стороны, экологические и другие факторы, модифицируя реактивность организма человека, вызывая патоморфоз заболеваний, так же ведут к росту частоты неблагоприятных реакций на медицинские воздействия. В связи с этим оценка ятрогений, может выступать в качестве одного из индикаторов качества лечебно-диагностического процесса [1,2] Сегодня ятрогенная патология превратилась в серьезную медикосоциальную проблему, которую игнорировать или не замечать уже нельзя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Зайратьянц О., Кактурский Л. //Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Москва, 2011- 533 с.
- 2 Зайратьянц О., Полянко Н. //Формулировка диагноза при ятрогенных патологических процессах (проект предварительного стандарта). М.:МГМСУ, 2003.

3 Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1454 «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику, и Правил проведения патологоанатомического вскрытия».

4 Некачалов В.В. //Ятрогения. (Патология диагностики и лечения): Пособие для врачей. – СПб., 1998 –42 с.

ГКП на ПХВ «Патологоанатомическое бюро г. Астана». Материал поступил 26.02.13.

Түйін

Б.Ж. ӘЛІМБАЕВА

ЕМҚАТЕЛІКТІК ПАТОЛОГИЯ ЖАҒДАЙЛАРЫН ТАЛДАУ
«Астана қаласының патологоанатомия бюросы»

Емқателік (дәлме-дәл – «дәрігер нәтиже жасаған ауру»), грек тілінен: iatros – дәрігер+ genes – нәтиже жасаушы) ол ауруға әрбір медициналық ықпалдан жағымсыз нәтижелер әртүрлілігін бірлестіретін, оны орындаудың дұрыстығына байланысты емес топтық түсінік.

Кілтті сөздер: ятрогеналық патология, патологоанатомиялық бюросы, дәрі-дәрмектің теріс әсер.

Abstract

B. ZH. ALIMBAEVA

ANALYSIS OF CASES OF PATHOLOGY OF IATROGENIC DISEASE
"Pathological bureau of Astana"

Iatrogenic (literally - "a disease of the doctor", from the Greek.: Iatros - doctor + genes - a generator) is a group concept, bringing together all the different adverse effects on the health of any patient, regardless of the correctness of their execution.

Key words: pathology of iatrogenic disease, pathology and anatomical office, side effects of drugs.

УДК 61 (07)

С.Д. НУРСУЛТАНОВА, А.О. АБДРАХМАНОВА,
Ш.С. КОЙГЕЛЬДИНОВА, А.И. УМИРБАЕВА

ФОРМЫ РАЗВИТИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ТВОРЧЕСКОГО
ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Неуклонно растут требования к выпускникам медицинских вузов. Меняются государственные образовательные стандарты, растет объем информации, знаний, умений и навыков, что требует новых подходов в преподавании, использовании инновационных методов в обучении.

Ключевые слова: студенты-медики, интеллектуально-творческий потенциал.

Одной из приоритетных задач медицинского образования всегда была подготовка специалистов высокой квалификации, готовых к самостоятельной врачебной деятельности. От того, как будет чувствовать себя молодой специалист – вчерашний выпускник медицинского вуза, зависит его дальнейший творческий путь. Молодой теоретически грамотный врач, но психологически не подготовленный к трудовой деятельности, не умеющий оценить ситуацию, самостоятельно принять решение, неизбежно «затормозит» в начале пути. Выпускник медицинского вуза должен быть готов к огромному потоку постоянно меняющейся информации, для восприятия которой он должен уметь меняться сам, активизировать свой творческий потенциал, развивать способность к творческому мышлению.

В этой связи, приоритетная задача современного медицинского образования - стимуляция клинического мышления, развитие интеллектуально-творческого потенциала личности студента, формирование устойчивого интереса к образованию, будущей профессии.

Развитие интеллектуально-творческого потенциала проводится не на специально организованных занятиях, а в течение всего многолетнего процесса обучения. Ведущая роль в этом отводится инновационным методам образования.

Инновационные методы обучения – это активные методы, предполагающие не пассивное восприятие материала, а акцент на взаимодействие обучающихся, участие их в учебном процессе. Суть их в умении использовать на практике полученные знания, интерпретировать знания из других смежных дисциплин, адекватно воспринимать новую информацию, творчески подходить к решению самой сложной задачи, постоянно самосовершенствоваться.

Активное обучение было сформулировано еще в начале XX столетия американским философом и педагогом Джоном Дьюи, который утверждал, что традиционной системе образования, должно быть противопоставлено обучение «путем делания», то есть все знания должны приобретаться в результате самостоятельной деятельности и личного опыта [1]. Такое обучение, несомненно, более эффективно в сравнении с традиционной лекционно-семинарской формой с большим объемом готовой информации и скучными опросами, снижающими способность к творческому мышлению и интерес к познавательной деятельности. Созданные в ходе учебного процесса проблемные ситуации помогают обнаружить недостаточное усвоение материала, что побуждает к новым поискам, способствует формированию познавательной самостоятельности, развитию критического мышления и творческой активности.

Использование активных методов обучения позволяет превратить освоение самого сложного материала в увлекательный процесс. Основное правило дошкольной дидактики - «учить, играя», оказалось весьма актуальным в современном медицинском образовании.

Для студентов специальности «Общая медицина» на кафедре пропедевтики внутренних болезней разрабатываются творческие задания, представленные в табличной форме с графами: клинические симптомы и признаки; формы осмотра; виды исследования; перечень вопросов для сбора анамнеза; результаты действий; патофизиологические и патогистологические изменения; возможные последствия (осложнения); клинические симптомы, вызванные осложнениями; патофизиологическое объяснение осложнений и т.д. Для успешного решения поставленной задачи важно владение теоретическими и практическими знаниями и умениями не только данной дисциплины, но и базисных дисциплин: физиологии и патофизиологии, анатомии и патанатомии, гистологии и др.

Опыт педагогической деятельности показывает, что использование активных методов преподавания, основанных на диалоговом решении проблемных задач, учит студентов критически мыслить, анализировать, рассуждать вслух, дискутировать, принимать самостоятельные решения, искать новые пути решения.

Внедрение в образовательный процесс активных методов обучения обеспечивает достижение одной из главных задач медицинского образования - развитие интеллектуально-творческого потенциала студента-медика, стимуляция клинического мышления, тем самым повышая качество подготовки студентов с новым типом мышления, соответствующим современным требованиям и влияющим на всю систему медицинской подготовки врачей.

Традиционными на кафедре пропедевтики внутренних болезней стали новые педагогические технологии, как проблемно-ориентированное обучение (PBL), командно-ориентированный метод обучения (TBL), обучение на основе клинического случая (CBL), симуляционные технологии, которые представляют собой обсуждение теоретического материала, представленного в форме проблемы, приближенной к жизненной ситуации.

Новыми элементами и преимуществами ГОСО-2006 является внедрение интегрированного обучения, основанного на системном подходе, поэтому при разработке клинических задач учитывались такие критерии, как: единство учебного материала и содержательных линий, базовых знаний, умений, навыков и методов; обобщенность; полнота; оптимальность; методологическая значимость и др. Содержание и профессиональная направленность творческого задания учитывали характер современных и разумно-прогнозируемых требований к будущему специалисту в своей предметной области.

Опыт педагогической деятельности показывает, что использование активных методов преподавания, основанных на диалоговом решении проблемных задач, учит студентов критически мыслить, анализировать, рассуждать вслух, дискутировать, принимать самостоятельные решения, искать новые пути решения.

Внедрение в образовательный процесс активных методов обучения обеспечивает достижение главной цели пропедевтики - развитие интеллектуально-творческого потенциала студента-медика, тем самым повышая качество подготовки студентов с новым типом мышления, соответствующим современным требованиям и влияющим на всю систему медицинской подготовки врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дьюи Дж. Психология и педагогика мышления / Пер. с англ. Н.М. Никольской; Под ред. [и с предисл.] Н.Д. Виноградова. — Москва: Мир, 1915. - С. 202.

Карагандинский государственный медицинский университет. Материал поступил 26.08.12.

Түйін

С.Д. НҰРСҰЛТАНОВА, А.О. ӘБДІРАХМАНОВА, Ш.С. ҚОЙГЕЛДИНОВА,
А.И. ӨМІРБАЕВА

БОЛАШАҚ ДӘРІГЕР СТУДЕНТТЕРДІҢ ЗИЯТКЕРЛІК-ШЫҒАРМАШЫЛЫҚ
ӘЛЕУЕТІ ДАМУЫНЫҢ ФОРМАЛАРЫ

Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті

Қазіргі заманғы медициналық білімнің басты мәселесі – студенттердің клиникалық тұрғыдан ойлау қабілетін ынталандыру, студент тұлғасының зияткерлік-шығармашылық әлеуетін дамыту, білімге және болашақ кәсібіне деген тұрақты ықыласын қалыптастыру. Алға қойған мақсатқа қол жетуде маңызды элемент белсенді оқу әдістері болып табылады, олар сыни көзқараспен ойлау дағдыларын, пән мен кәсіпке деген қызығушылығын, алған білімдерін кеңейтуге әрі тереңдетуге ынтасын, ойлау, кез келген қиындықтағы мәселені шығармашылықпен шешу қабілетін қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: болашақ дәрігер студенттер, зиялық-нәтижелік әлуат.

Abstract

S. NURSULTANOVA, A. ABDRAKHMANOVA, SH. KOIGELDINOVA,
A. UMIRBAEVA

DEVELOPMENT OF INTELLECTUAL AND CREATIVE POTENTIAL STUDENTS
OF MEDICAL SCHOOLS

Karaganda state medical university

Priority problem of modern medical education - stimulation of clinical thinking, development of intellectual and creative potential of the identity of the student, formation of steady interest to education and future profession. Important element in achievement of a goal are methods of active training which promote formation of skills of critical thinking, interest to a subject and a profession, desire to expand and deepen knowledge, ability to think, creatively to approach to the solution of problems of any complexity.

Key words: students of medical schools, intellectual and creative potential.

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА № 1 (48) – 2013
№ 1 (48) – 2013 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
THE CONTENT OF THE JOURNAL № 1 (48) – 2013

Передовая статья
Бас мақала
Editorials

АХЕТОВ А.А., АЮПОВА Ш.А., ТАНБАЕВА Г.З., АМАНГАЛИЕВ Д.Б.,
ОРАЗКУЛОВ М.О.

Организационное моделирование непрерывной медицинской помощи
в условиях крупной клинической больницы

АХЕТОВ Ә.А., АЮПОВА Ш.Ә., ТАҢБАЕВА Г.З., АМАНГАЛИЕВ Д.Б.,
ОРАЗҚҰЛОВ М.О.

Бірлескен клиникалық аурухана жағдайында үздіксіз медициналық көмек көрсетудің
ұйымдастыру үлгісі

АХМЕТ А.А., АҮРҮОВА S.A., ТАНБАЕВА G.Z., AMANGALIEV D.B.,
ORAZKULOV M.O.

Organizational modeling continuity of care in a joint clinical hospital.....2

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

АМАНГАЛИЕВ Д.Б.

Актуальные вопросы развития хирургической службы в современной клинической
больнице

АМАНГАЛИЕВ Д.Б.

Қазіргі заманғы клиникалық ауруханада хирургиялық қызметті дамытудың өзекті
мәселелері

AMANGALIEV D.B.

Current issues in modern surgical services clinical hospitals.....7

АХМЕТОВ В.И., АХЕТОВ А.А.

Динамика, объемные и структурные изменения в деятельности диагностических служб
больницы

АХМЕТОВ В.И., АХЕТОВ А.А.

Динамика, аурухананың диагностикалық қызметтерінің жұмысындағы ауқымды және
құрылымдық өзгерістер

АХМЕТОВ V.I., АХМЕТ А.А.

Dynamics, volume and structural changes of diagnostic services hospitals.....10

БУРКУТОВА М.А.

О совершенствовании трансфузионной службы в больнице

БҮРКІТОВА М.А.

Аурухананың трансфузиялық қызметін жетілдіру

BURKUTOVA M.A.

About improvement of transfusion service in hospital.....15

ЖАНАБЕКОВА А.Ж., ИМАШПАЕВ Д.М., ЖУНУСОВА Д.К., АТАБИЕВА Л.М.

Организация и управления кадровым составом стоматологической службы

ЖАҢАБЕКОВА А.Ж., ИМАШПАЕВ Д.М., ЖҮНІСОВА Д.К., АТАБИЕВА Л.М.

Стоматологиялық қызметтің кадрлар құрамын ұйымдастыру және басқару

ZHANABEKOVA A.ZH., IMASHPAEV D.M., ZHUNUSOVA D.K., ATABIEVA L.M.

Organization and management of the human resources of the stomatological service.....19

ИЛЬДЕРЯКОВА А.Н., ТУРГАМБАЕВА А.К.

Профессиональная деформация как фактор, влияющий на качество трудовой деятельности среднего медицинского персонала

ИЛЬДЕРЯКОВА А.Н., ТУРГАМБАЕВА Ә.К.

Кәсіби деформация - орта медициналық қызметшілердің еңбек қызметінің сапасына әсер ететін фактор

ILDERYAKOVA A.N., TURGAMBAEVA A.K.

Professional distortion as a factor influencing on the quality of labour activity of the middle medical personnel.....24

ИМАШПАЕВ Д., ТУРГАМБАЕВА А.К., САРБАСОВА Г.Б.

Совершенствование требований к развитию сестринской службы в Республике Казахстан

ИМАШПАЕВ Д., ТУРГАМБАЕВА Ә.К., САРБАСОВА Г.Б.

Қазақстан Республикасында мейірбикелік қызметті дамытуға қойылатын талаптарды жетілдіру

IMASHPAEV D., TURGAMBAEVA A.K., G.B. SARBASOVA G.B.

Improvement of the requirement for the development of nursing service in Republic of Kazakhstan.....29

РАХИМЖАНОВА С.Б., ТУРГАМБАЕВА А.К.

Реорганизация организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения

РАХИМЖАНОВА С.Б., ТУРГАМБАЕВА Ә.К.

Денсаулық сақтау ұйымдарын шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға қайта ұйымдастыру

RAKHIMZHANOVA S., TURGAMBAEVA A.

Reorganization of health care in the state-owned enterprises on the right to run35

СИЗИКОВА Ю.О., ТУРГАМБАЕВА А.К., БЕКИШЕВА Б.К.

Определение экономической заинтересованности, ценностей в работе среднего медицинского персонала

СИЗИКОВА Ю.О., ТУРГАМБАЕВА Ә.К., БЕКИШЕВА Б.К.

Орта медициналық қызметшілердің экономикалық мүддесін, жұмыстағы құндылықтарын анықтау

SIZIKOVA Yu.O., TURGAMBAEVA A., BEKISHEVA B.K.
Determination of the economic interests and non-material
values in the work of nurses40

*Клинические исследования
Клиникалық зерттеулер
Clinical researches*

БАПАЕВА Г.Б., КУРМАНГАЛИ Ж.К.
Инновационные технологии в лечении задержки внутриутробного развития плода
БАПАЕВА Г.Б., ҚҰРМАНҒАЛИ Ж.К.
Құрсақішілік дамудың тежелуін емдеуде инновациялық технологияларды пайдалану
BARAEVA G., KURMANGALI J.
Innovative technologies for the treatment of intrauterine growth retardation.....47

БОТАБАЕВА А.С., ЛОЗОВОЙ В.М., КАЛИМКУЛОВ А.М., АЙТКОЖИНА Л.К.,
УЦИЕВА М.У.
Особенности диагностики при лечении гипоспадии у детей
БОТАБАЕВА А.С., ЛОЗОВОЙ В.М., ҚАЛИМҚҰЛОВ А.М., АЙТҚОЖИНА Л.К.,
УЦИЕВА М.У.
Балаларды гипоспадиядан емдеу кезіндегі диагностиканың ерекшеліктері
BOTABAEVA A.S., LOZOVOJ V.M., KALIMKULOV A.M., AJTKOGINA L.K.,
USIEVA M.U.
Diagnostic features in the treatment of hypospadias in children51

ДОЩАНОВА Р.М., КАРИБАЕВА Д.Т., ШИЛЬДЕБАЕВ Е.К.
Использование комплексного подхода в лечении больных хроническим простатитом
DOSZHANOVA R.M., КӘРІБАЕВА Д.Т., ШІЛДЕБАЕВ Е.К.
Созылмалы простатитке шалдыққан науқастарды емдеуде кешенді тәсілді қолдану
DOSCHANOVA R.M., KARIBAEVA D.T., SHILDEBAEV E.K.
An integrated approach in the treatment of patients with chronic prostatitis.....58

КАРИБАЕВ К.Р., МАХАНОВ Д.И., АКТАЕВА Ш.С.
Метод диагностики вегетативных нарушений у больных с ишемической болезнью
сердца
КӘРІБАЕВ Қ.Р., МАХАНОВ Д.Ү., АҚТАЕВА Ш.С.
Ишемиялық жүрек ауруы бар науқастардағы вегетативті бұзылыстар диагностикасы
KARIBAEV K., MAKHANOV D.I., AKTAEVA S.S.
Diagnosis of autonomic disorders in patients with coronary heart disease.....61

КАРИБАЕВА Б.Д., ТАНЫШЕВА Г.А.
Использование системной энзимотерапии в подготовке женщин с антифосфолипидным
синдромом к беременности
КӘРІБАЕВА Б.Ж., ТАНЫШЕВА Г.А.
АФС-ы бар әйелдерді жүктілікке дайындауда жүйелі энзимотерапияны қолдану

KARIBAEVA B.ZH., TANYSHEVA G.A.

Use system enzymotherapy in preparation of women with APS to pregnancy.....64

КАРИБАЕВА Б.Ж., КАБЫЛОВА С.А., МАМЕДАЛИЕВА Н.М.

Снижение минеральной плотности костной ткани у беременных с преэклампсиями

КӘРІБАЕВА Б.Ж., ҚАБЫЛОВА С.А., МӘМЕДӘЛИЕВА Н.М.

Преэклампсия және оның кейбір патогенетикалық механизмдері бар жүкті әйелдердегі сүйек тінінің минералды тығыздығының төмендеуі

KARIBAEVA B.ZH., KABYLOVA S.A., MAMEDALIEVA N.M.

Decrease of bone mineral density at pregnant women with pre-eclampsia and its pathogenetic mechanisms.....68

КАСЕНОВА З. А.

Применение препарата физиотенза у лиц пожилого и старческого возраста

КАСЕНОВА З. А.

Егде және қарт жастағы адамдарға физиотенз дәрісін қолданы тәжірибесі

KASENOVA Z.A.

Use of the drug fiziotenza elderly and senile77

ЛОЗОВОЙ В.М., ХАМИТОВ М.К., АБДЫРОВА С.А., ОРЛОВА Д.Б.

Использование синдрома системной воспалительной реакции для прогнозирования послеоперационных осложнений распространенного перитонита у детей

ЛОЗОВОЙ В.М., ХАМИТОВ М.К., АБДЫРОВА С.А., ОРЛОВА Д.Б.

Балаларда жайылған перитониттің операциядан кейінгі асқынуларын болжамдау үшін жүйелі қабынулық серпілістер синдромын қолдану

LOZOVY V.M., KHAMITOV M.K., ABDYROVA S.A., ORLOVA D.B.

Use systemic inflammatory response syndrome for prediction of postoperative complications of general peritonitis in children.....81

МЫРЗАБЕКОВА А.Ж., АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ГАБДИЛЬАШИМОВА З.Т., АБДРАШИТОВА С.Б.

Диагностические аспекты ведения беременных женщин с дисфункцией лонного сочленения

МЫРЗАБЕКОВА А.Ж., АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ГАБДІЛӘШІМОВА З.Т., ӘБДІРАШИТОВА С.Б.

Қасаға симфизінің дисфункциясы бар жүкті әйелдерге бақылау жүргізудің диагностикалық аспектілері

MYRZABEKOVA A.ZH., AHMEDYANOVA G.U., GABDILASHIMOVA Z.T., ABDRASHITOVA S.B.

Diagnostic aspects of pregnant women with symphysis pubis dysfunction.....86

НУРЖАНОВА Г.И.

Клиническая эффективность Холудексана при заболевании билиарной системы печени

НҰРЖАНОВА Г.И.

Бауыр билиарлық жүйесі ауруы кезіндегі Холудексанның клиникалық тиімділігі

NURZHANOVA G.I.

Clinical efficacy Choludexan at disease biliary liver.....91

ОДАРЧЕНКО Н.А., ЖАРМУХАМБЕТОВ Е.А., БОЗАБАЕВ Б.У.
Об ускорении восстановительного лечения больных после операций на стопе
ОДАРЧЕНКО Н.А., ЖАРМУХАМБЕТОВ Е.А., БОЗАБАЕВ Б.У.
Табанға операция жасағаннан кейін науқастарды қалпына келтіріп емдеуді жеделдету
ODARCHENKO N.A., ZHARMUHAMBETOV E.A., BOZABAEV B.U.
By expediting the rehabilitative treatment of patients after surgery on the foot.....95

САВРАН А.А.
Особенности оценки данных болюсной мультиспиральной компьютерной ангиографии
в трансплантологии
САВРАН А.А.
Трансплантологиядағы болусти көрспиральді компьютерлік ангиография деректерін
бағалау ерекшеліктері
SAVRAN A.
Features bolus multispiral computed angiography evaluation of the data in transplantation....99

ТЕКЕБАЕВ К.О.
Эпидемиологическая характеристика острых тонзиллитов у военнослужащих
республиканской гвардии
ТЕКЕБАЕВ К.О.
Республикалық ұлан әскери қызметшілері арасындағы жіті тонзилитпен ауырудың
эпидемиологиялық сипаттамасы
ТЕКЕБАЕВ К.
Epidemiological characteristics of accute tonsillitises in the military of republican guard....102

ЦУРКА М.Р.
Лечение хронических дорсопатий методом фармакопунктуры
ЦУРКА М.Р.
Фармакопунктура әдісімен созылмалы дорсопатияны емдеу
TSURKA M.R.
Method of treatment of chronic dorsopathies pharmacopuncture.....108

ШАЯХМЕТОВА Н.М.
Динамика эпидемиологических показателей пороков развития сердечно - сосудистой
системы у детей раннего возраста
ШАЯХМЕТОВА Н.М.
Ерте жастағы балаларда жүрек-қантамыр жүйесінің ақаулары дамуы эпидемиологиялық
көрсеткіштерінің динамикасы
SHAYAKHMETOVA N.M.
The dynamics of epidemiological indicators malformations of cardio - vascular system in
young children.....112

ШАЯХМЕТОВА Н.М., ТОРТАЕВА Г.С., АБЕНТАЕВА Б.А.,
МУХАМЕДЖАНОВА Б.К.
Структура врожденных пороков сердца у детей раннего возраста
ШАЯХМЕТОВА Н.М., ТОРТАЕВА Г.С., АБЕНТАЕВА Б.А., МҰХАМЕДЖАНОВА Б.К.
Ерте жастағы балалар жүрегінің туа біткен ақауларының құрылымы

SHAYAKHMETOVA N.M., TORTAYEVA G.S., ABENTAYEVA B.A.,
MUNKAMETZHANOVA B.K.
The structure of congenital heart defects in young children.....119

*Обзоры
Шолу
Review*

МУСТАФИН А.Х., СЕЙТЕНОВ С.С., МАХАНБЕТОВА А.М., МУСТАФИН А.А.,
МАТКЕНОВ А.К., АШИМОВ Б.Т.
Рациональная антибиотикотерапия госпитальных инфекций в отделении реанимации и
интенсивной терапии
МУСТАФИН А.Х., СЕЙТЕНОВ С.С., МАХАНБЕТОВА А.М., МУСТАФИН А.А.,
МАТКЕНОВ А.К., АШИМОВ Б.Т.
Жан сақтау және қарқынды терапия бөлімінде госпитальдық инфекцияларды
антибиотиктермен тиімді емдеу
MUSTAFIN A.H., SEITENOV S.S., MAHANBETOVA A.M., MUSTAFIN A.A.,
MATKENOV A.K., ASHIMOV B.T.
Rational antibiotic therapy of nosocomial infections in the intensive care unit and intensive
therapy.....124

*Вопросы экспериментальной медицины
Эксперименттік медицина мәселелері
Issues of experimental medicine*

КАЗБЕКОВА А.Т., ШАЙДАРОВ М.З., РАТНИКОВА Л.И., СЕЙТЕМБЕТОВ Т.С.,
АДЕКЕНОВ С.М.
Антиоксидантная активность экстрактов некоторых растений Казахстана
ҚАЗБЕКОВА А.Т., ШАЙДАРОВ М.З., РАТНИКОВА Л.И., СЕЙТЕМБЕТОВ Т.С.,
АДЕКЕНОВ С.М.
Қазақстанда өсетін кейбір өсімдіктер сығындыларының антиоксиданттық белсенділігі
KAZBEKOVA A.T., SHAI DAROV M.Z., RATNIKOVA L.I.,
SEITEMBETOV T.S., ADEKENOV S.M.
Antioxidant activity of the extracts of plants of Kazakhstan.....135

КИЯСОВ Е.А., ГАББАСОВА Г.С., ИЗАТУЛЛИН Б.К.
Оценка смываемости и токсичности средств для мытья посуды
КИЯСОВ Е.А., ГАББАСОВА Г.С., ИЗАТУЛЛИН Б.К.
Ыдыс жуу құралдарының жуылып кетуі мен уыттылығын бағалау
KIYASOV E.A., GABBASOVA G.S., IZATULLIN B.K.
The score of wash ability and toxicity assessment tools for washing dishes.....142

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

*Реферативные статьи
Реферативтік мақалалар
Essay articles*

АЛИМБАЕВА Б.Ж.

Анализ случаев ятрогенной патологии

ӘЛІМБАЕВА Б.Ж.

Емқателіктік патология жағдайларын талдау

ALIMBAEVA B. ZH.

Analysis of cases of pathology of iatrogenic disease146

НУРСУЛТАНОВА С.Д., АБДРАХМАНОВА А.О., КОЙГЕЛЬДИНОВА Ш.С.,
УМИРБАЕВА А.И.

Формы развития интеллектуально-творческого потенциала студентов-медиков

НҰРСҰЛТАНОВА С.Д., ӘБДІРАХМАНОВА А.О., ҚОЙГЕЛДИНОВА Ш.С.,

ӨМІРБАЕВА А.И.

Болашақ дәрігер студенттердің зияткерлік-шығармашылық әлеуеті дамуының
формалары

NURSULTANOVA S., ABDRAKHMANOVA A., KOIGELDINOVA SH.,

UMIRBAEVA A.

Development of intellectual and creative potential students of medical schools.....149

*Правила оформления статей
Мақалаларды әзірлеу сiмдеу ережелерi
The rules of scientific articles*

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

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

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 12. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4 (210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы.

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц.

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

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

13. 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, Кбе17, КНП 859, Код19, АО «Казкоммерцбанк».

17. Адрес редакции: 010000, г. Астана, р-н Есиль, ул. Сыганак, 29, Бизнесцентр «Евроцентр», каб.1126, тел/факс: 8 (7172) 51 69 47, 51 69 09, e-mail: vestnik@mcudprk.kz