

Учредители журнала:
Управление делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
В.В. Бенберин

Заместители главного редактора
А.З. Бралов
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

Қазақстан Республикасы
Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журнал

сәуір - маусым
2 (45) 2012
апрель-июнь

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
А.Г. Дерновой – д.м.н.
В.Ю. Дудник – д.м.н.
О.Т. Жузжанов – д.м.н., профессор
А.С. Жусупова – д.м.н., профессор
С.Е. Ибраев – д.м.н., профессор
Р.Ж. Карабаева – д.м.н.
С.З. Каирбекова – д.м.н., профессор
Kenneth Alibek – Ph.D., профессор (США)
М.К. Кульжанов – д.м.н., профессор
А.Х. Мустафин – д.м.н., профессор
Е.М. Раманкулов – д.м.н., профессор
Е.К. Сарсебеков – 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.



ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*д.м.н., профессор В.В. Бенберин, Д.И. Маханов, к.м.н., доцент К.Р. Карибаев
Медицинский центр Управления делами Президента
Республики Казахстан, г. Астана
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы*

Одним из основных факторов риска развития сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС), является сахарный диабет. В современном мире неуклонно растет число пациентов с нарушениями углеводного обмена, что, несомненно, вносит определенный вклад в увеличение количества больных ИБС, особенно молодого возраста. В последнее время, в связи с интенсивным развитием современных интервенционных методов лечения коронарной болезни сердца, особое внимание исследователей привлекает сочетание ИБС и сахарного диабета.

Особенностью поражения коронарных сосудов у больных сахарным диабетом являются: диффузное поражение артерий с вовлечением дистального русла, достоверно высокая частота поражения ствола ЛКА, наличие большего количества осложненных атеросклеротических бляшек и распространенность «сложных» стенозов [1, 2, 3, 4].

К. Кір и соавт. [5] выявили тенденцию к высокой частоте двух- и трехсосудистых поражений, а также большее число тотальных окклюзий при сахарном диабете. Так же, ими указано о диффузном атеросклерозе коронарных артерий, многососудистом поражении и большей протяженности стеноза у больных с инсулинозависимым сахарным диабетом, по сравнению с инсулинонезависимыми пациентами. Некоторые авторы показали, что ишемическая болезнь сердца в 40% случаях является причиной смертности у больных с сахарным диабетом [6, 7].

Появление в клинической практике коронарного стентирования открыло новые возможности в эндоваскулярном лечении многососудистых поражений. В настоящее время, больные сахарным диабетом составляют 25-32% от числа пациентов, подвергающихся реваскуляризации миокарда [8].

Применение стентов позволило практически полностью контролировать непосредственные результаты лечения и радикально снизить частоту острых осложнений. В работе Moussa I. и соав. [9] сообщается о достижении непосредственного успеха в 97% случаев при стентировании многососудистых поражений.

Прогноз для больных сахарным диабетом с инфарктом миокарда остается неблагоприятным, и смертность от инфаркта миокарда у этой категории пациентов до сих пор остается высокой. Повышенная смертность больных диабетом обусловлена различными механизмами, влияющими на функцию и кровоснабжение миокарда и, склонностью к тромбозу, характерной для этих больных. Не меньшее значение имеет и поздняя смертность, обусловленная частыми повторными инфарктами и фатальными желудочковыми аритмиями, особенно в сочетании с более частыми эпизодами безболевого ишемии миокарда (БИМ) [10]. БИМ диагностируют у 20–35 % пациентов с различными формами сахарного диабета. У пациентов с сахарным диабетом 1-го или 2-го типа БИМ диагностируется в 2–7 раз чаще, чем в общей популяции [11].

Нами проведен ретроспективный анализ протоколов больных ИБС, которым проводилась коронарография и операция стентирования.

За этот период времени пациенты с сахарным диабетом, подвергшиеся коронарной ангиопластике составили 51 (31,2%) человек. Большинство пациентов из этой группы были мужчины 36 (70,5%).

Функциональный класс стабильной стенокардии определялся согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации – NYHA, нестабильной – по С.W.Namm и E.Braunwald (2000). Стабильная стенокардия напряжения III ФК наблюдалась у 6 (11,8%) пациентов, нестабильная стенокардия II-III В класса отмечена у 45 (88,2%) пациентов,

Число стенозированных коронарных артерий у обследованных составило: однососудистое поражение – 4 (7,9%), двухсосудистое – 17 (33,3%), трехсосудистое – 30 (58,8%). Гемодинамически значимый атеросклероз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) выявлен в 38 случаях, огибающей артерии (ОА) – у 18 больных, правой коронарной артерии (ПКА) в 31 случае. Гемодинамически незначимый стеноз ствола левой коронарной артерии встречался у 12 пациентов.

Всем обследованным пациентам проведена коронарная ангиопластика (у 7 пациентов было выполнено по два вмешательства) с имплантацией стентов.

Частота ангиографического успеха составила 98,1%. Подострый тромбоз стента возник у 1 пациента (1,9%) на 7-е сутки после вмешательства, в связи, с чем была выполнена тромболитическая терапия (из-за категорического отказа пациента от экстренной коронарной ангиопластики передней межжелудочковой ветви). За период наблюдения летальных случаев не было.

В качестве иллюстративного материала представляем на рассмотрение клинический случай.

Пациент Б. 73 лет, находился в Центральной клинической больнице Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (1992, дважды в 2011). Желудочковая экстрасистолия V градации по Лауну. Атриовентрикулярная блокада I ст. Состояние после стентирования ПМЖВ (июнь 2011г). Риск по шкале GRACE до 3%. ТИМ1 40,9%. ХСН IIБ. ФК IV. Артериальная гипертензия III степени Фактор риска IV. Дисциркуляторная энцефалопатия II степени, в стадии субкомпенсации. Последствия ОНМК (2004). Сахарный диабет II типа, тяжелое течение, инсулинозависимая фаза, в стадии субкомпенсации.

Краткий анамнез. 30 мая 2011г. пациент перенес повторный мелкоочаговый передне-распространенный инфаркт миокарда. 22 июня 2011г. была выполнена коронарная ангиопластика, которая выявила: левый тип коронарного кровообращения; неровность контуров средней трети ствола левой коронарной артерии; окклюзию ПМЖВ в средней трети и стеноз 65% в проксимальной трети от устья, ТИМ1 0; ОА - крупного диаметра до 6,0мм., окклюзию в дистальной трети, ретроградное контрастирование дистального русла, ТИМ1 I; ПКА – развита слабо, множественные стенозы до 80-90% на всем протяжении.

Учитывая тяжесть состояния и категорический отказ пациента от хирургической реваскуляризации миокарда, по жизненным показаниям, проведена коронарная ангиопластика ПМЖВ 6 стентами (Endeavor Resolute) с формированием минимального наложения краев стентов с постдилатацией зоны наложения, ТИМ1 3.

В ранний постоперационном периоде, пациент отмечал значительное улучшение, проявившееся в исчезновении одышки и прекращении приступов стенокардии во время ходьбы, нивелировались признаки сердечной недостаточности (отеки нижних конечностей, уменьшение размеров печени).

В ночь на 7-е сутки у пациента развился приступ стенокардии, который купировался одной дозой изокет-спрея. После завтрака появилась тошнота с многократной рвотой. На ЭКГ – без отрицательной динамики. Вскоре стал беспокоить выраженный болевой синдром. При контрольной ЭКГ выявлен острый крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки, с эпизодом желудочковой тахикардии. Учитывая клинику и данные ЭКГ возникло подозрение на подострый тромбоз стентов и больному была предложена

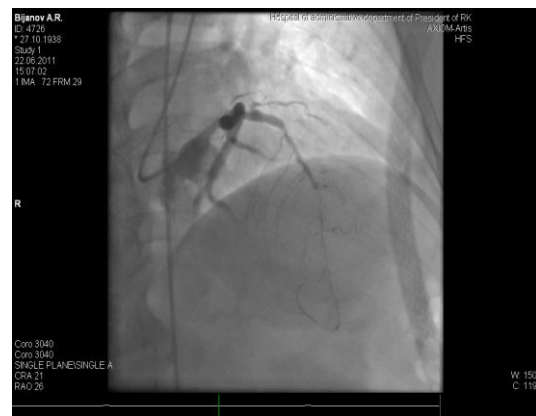
экстренная коронарография, от которой он отказался. Проведена тромболитическая терапия с положительным эффектом. Однако, в ранний постинфарктный период, у пациента стала нарастать сердечная недостаточность с появлением гидроторакса, ортопноэ и снижением фракции выброса до 32% (исход 56%). На фоне медикаментозной терапии в течение 3 месяцев состояние больного стало улучшаться: отсутствие одышки, гидроторакса, ортопноэ, отеков нижних конечностей, повышение фракции выброса до 50%.

При контрольной коронарографии от 14 сентября 2011 года была выявлена проходимость всех шести стентов имплантированных в ПМЖВ, TIMI III.

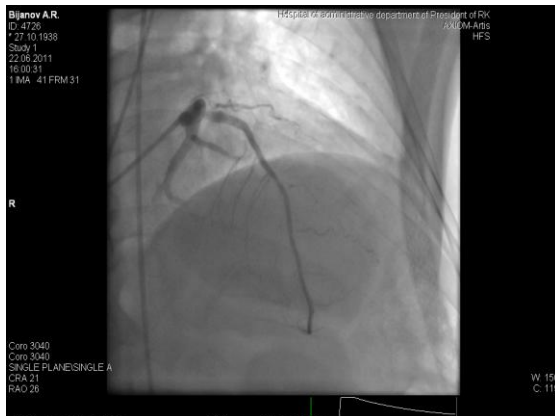
Коронарограммы больного Б. 73 лет с ИБС в сочетании с сахарным диабетом II типа.



А) Исходная коронарограмма: окклюзия ПМЖВ, ОА



В) Коронарный проводник проведен дистальнее места окклюзии ПМЖВ, проведена баллонная ангиопластика



С) Результат стентирования ПМЖВ 6 стентами (CRA/RAO)

Ниже представлены контрольные коронарограммы через 3 месяца



Д) Результат стентирования ПМЖВ 6 стентами (CAU/RAO)



Е) Контрольные коронарограммы



Таким образом, учитывая неуклонный рост числа пациентов с сочетанием ИБС и сахарным диабетом можно говорить о том, что проблемы своевременной диагностики,

оптимального лечебного подхода и профилактики осложнений у этого контингента больных далеки от окончательного решения.

Стентирование коронарных артерий является высокоэффективным методом лечения больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом II типа: частота ангиографического успеха составила 98,1%; серьезных осложнений – 1,9%.

Наличие характерного для диабетической ангиопатии многососудистого и диффузного поражения коронарного русла, частое вовлечение в процесс ствола ЛКА, сложная морфология стенозов и малый диаметр артерий, а также высокая частота рестенозирования, обусловленная дисфункцией эндотелия при диабете, являются факторами, которые могут препятствовать достижению оптимальных результатов и повысить риск вмешательства. Подход к лечению с учетом этих факторов, а также совершенствование рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения ИБС при сахарном диабете - одно из важных направлений в решении этой комплексной проблемы.

Литература

- 1 Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Бузиашвили Ю.И. и др. Непосредственные и отдаленные результаты стентирования коронарных артерий у больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа// Грудная и серд.-сосуд. хир. - 2008.- №
- 2 Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов 2008; Т.3: 456-469.
- 3 Mazeika P., Prasad N., Bui S., Seidelin P. Predictors of angiographic restenosis after coronary intervention in patients with diabetes mellitus Ibid;2003:Vol. 145:1013-1021.
- 4 Moussa I., Moses J. and Wang X. et al. Why do the coronary vessels in diabetics appear to be angiographically small J. Amer. Coll. Cardiol.;1999: Vol. 33 (Suppl. A):78A (abstr).
- 5 Kip K.E., Faxon D.P., Detre K.M. et al. Coronary angioplasty in diabetic patients. The National Heart, Lung, and Blood Institute PTCI Registry Circulation;1996:Vol. 94:1818-1825.
- 6 Ефимов А.С., Соколова Л.К., Маньковский Б.Н. и др. Особенности атеросклеротического поражения венечных артерий у больных сахарным диабетом Клиническая диабетология; ШК: Здоровья:1998: 320-328.
- 7 World Health Organisation Expert Committee Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. - Geneva: WHO:1999.
- 8 Араблинский А.В., Овесьян З.В., Куликов А.В., Шаноян А.С. Результаты эндоваскулярной и хирургической реваскуляризации у больных сахарным диабетом II типа Клиническая медицина;2005:5:14-19.
- 9 Moussa I., Reimmers B., Moses J. Et al. Long-term angiographic and clinical outcome of patients undergoing multivessel coronary stenting Circ; 1997:96:3873-79.
- 10 Карибаев К.Р., Ошурбаев Х.А. Суточное мониторирование ЭКГ в диагностике и лечении больных нестабильной стенокардией с эпизодами безболевого ишемии Вестник аритмологии 2000;17:40-42.
- 11 Cohn PF, Fox KM: Silent Myocardial Ischemia.Circulation 2003;108:1263-1290.

Түйін

Жүректің ишемиялық ауруымен қосарласқан қантты диабеті бар науқастардың коронарлық артериясын стенттеу тәжірибесі

В.В. Бенберин, Д.И. Маханов, К.Р. Кәрібаев

Мақалада жүректің ишемиялық ауруымен және оған қосарласқан қантты диабеттің II типімен ауыратын науқастарды емдеудің аса тиімді әдісі - коронарлық артерияларды стенттеу нәтижесі баяндалған. Ангиографиялық жетістіктің жиілігі 98,1%-ды, аурудың қатты асқынуы – 1,9%-ды құрады.

Summary

Experience of coronary artery stenting in patients with ischemic heart disease combined with diabetes mellitus

V.Benberin, D.Makhanov, K.Karibayev

The article describes the results of coronary artery stenting - a highly efficient method of treatment of CHD and diabetes mellitus type II. The frequency of angiographic success was 98.1%, serious complications - 1.9%.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Г.Тулегалиева

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

г.Астана

Введение. Врожденные пороки сердца (далее - ВПС) определяют уровень детской смертности и темпы ее роста. На сегодняшний день ВПС составляют около 50% от всех врожденных аномалий развития. При отсутствии своевременного кардиохирургического лечения до 80% этих детей не переживают рубеж первого года. Одной из основных причин смерти детей первых месяцев жизни является синдром внезапной смерти, у каждого пятого ребенка обусловленный кардиальным генезом и отсутствием своевременной профилактики. У детей более старшего возраста своевременной диагностики и неотложных мероприятий требуют жизнеугрожаемые аритмии, кардиомиопатии, воспалительные заболевания оболочек сердца. Каждый третий кардиологический больной страдает нарушением ритма.

В Казахстане структуре детской смертности ВПС занимают одно из первых мест. С каждым годом увеличивается процент выявляемости и рождаемости детей с данной патологией. В республике ежегодно рождается около 3000 детей с ВПС, из них 80% умирает до года, в первые недели жизни - до 20%, в первый месяц - до 27%. В возрастной структуре смертности от врожденных аномалий сердца и магистральных сосудов - 91% составляют дети первого года жизни, среди них более половины составляют дети неонатального периода (первые 28 дней жизни).

Современная кардиохирургия направлена на раннюю коррекцию ВПС. В мировой практике число ранних операций у новорожденных в настоящее время составляет от 40 до 90%. Хирургические вмешательства у детей старше одного года уже менее эффективны, так как последствия порока могут стать необратимыми. Оказания кардиохирургической помощи новорожденным и детям первого года жизни с ВПС в странах Европы и США имеет начало с 60 годов прошлого столетия, в России с 80-х годов.

Своевременная диагностика и оперативное лечение в раннем возрасте позволяют сохранить жизни 1000 детей с ВПС, что не только положительно влияет на демографическую ситуацию в республике, но и позволяет сократить затраты на социальное и медицинское обеспечение этой категории больных.

Благодаря своевременно принятой Правительством республики Казахстан отраслевой программы по развитию кардиологической и кардиохирургической помощи на 2007-2009 годы в стране создана эффективная кардиологическая и кардиохирургическая служба. Увеличен коечный фонд и улучшена материально-техническая база организаций здравоохранения, оказывающих кардиохирургическую помощь детям.

В настоящее время кардиохирургическая помощь детям оказывается в 9 организациях здравоохранения (3 - республиканского уровня, 6 - регионального уровня), в том числе: АО «Национальный научный медицинский центр», АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», АО «Национальный научный кардиохирургический центр», ТОО «Центр кардиохирургии» г. Тараз, областной кардиологический центр, г. Караганды, областной кардиологический центр, г. Шымкент, городской центр педиатрии и детской кардиохирургии, г. Алматы, Западно - Казахстанский государственный университет им. М. Оспанова, научный центр перинатологии и детской хирургии, г. Алматы

В течение 2011 года проведено более 8 тыс. оперативных вмешательств на сердце, из них 6,5 тыс. на открытом сердце. Внедрены передовые технологии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, проводятся уникальные операции, которые не были возможны в нашей медицине еще совсем недавно.

При поддержке Главы Государства в городе Астане в октябре 2011 года открыт Национальный научный кардиохирургический центр, который позволяет оказывать медицинскую помощь на международном уровне. Благодаря открытию данного кардиохирургического центра в 2011 году по сравнению с 2010 годом на 21 % увеличилось число операций и интервенционных вмешательств детям с ВПС, на 50% - операций на открытом сердце новорожденным, на 26% детям от 1 года до 5 лет, на 8% детям от 5 до 14 лет, на 12% детям от 15 до 17 лет, на 56% - эндоваскулярных вмешательств детям с ВПС до 1 года жизни, на 32 % детям от 1 года до 5 лет, на 11 % детям от 15 до 17 лет.

Создана нормативная правовая база по организации и оказанию кардиологической, интервенционной кардиологической и кардиохирургической помощи населению Республики Казахстан. В целях регулирования деятельности медицинских организаций, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую, кардиохирургическую помощь независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности утвержден Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22.09.2011 года № 647 «Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан». Разработаны и утверждены планы мероприятия, в которой предусмотрены меры по эффективной организации медицинской помощи детям с ВПС, алгоритмы оказания неотложной и плановой медицинской помощи беременным с ВПС у плода, новорожденным и детям с ВПС, сроки проведения хирургической коррекции ВПС у детей в зависимости от формы и тяжести порока, памятка для родителей по уходу за детьми с ВПС перед госпитализацией в кардиохирургические стационары, а также график проведения кураторами регионов телеконсультаций по отбору детей с ВПС на оперативное лечение и формы отчетности по организации оказания кардиохирургической помощи детям.

Выводы и предложения. В республике созданы все условия для оказания кардиохирургической помощи детям в соответствии с международными стандартами, с привлечением высокопрофессиональных кадров нескольких смежных специальностей, использованием современной сложной, высокоточной, дорогостоящей аппаратуры и оборудования, дорогостоящих лекарственных средств, применения новейших технологий диагностики и послеоперационной реабилитации больных.

Вместе с тем, имеются проблемные вопросы в оказании медицинской помощи детям с кардиохирургической патологией.

1. Недостаток врачей - детских кардиологов на амбулаторном и стационарном уровнях. С целью решения данной проблемы АО «Национальный научный кардиохирургический центр» проводит курсы по повышению квалификации врачей кардиологов, в том числе детских кардиологов, педиатров, специалистов УЗИ по циклам «Актуальные вопросы в кардиологии», «Функциональная диагностика в кардиологии», «Неотложные состояния с кардиологии», «Критерии диагностики ВПС у детей, ведение больных с ВПС», «Ультразвуковая диагностика ВПС».

2. Недостаток реабилитационных отделений для проведения ранней реабилитации детей после кардиохирургических операций. В этом направлении проводится интенсивная работа, как по подготовке кадров, так и по перепрофилированию существующих отделений или увеличению количества коек для реабилитации детей после кардиохирургических операций.

Таким образом, все мероприятия проводимые государством по проблемам детской кардиохирургии направлены на снижение смертности, своевременную диагностику и проведение лечебных мероприятий в соответствии с международным стандартом

Работа по организации оказания кардиохирургической помощи детскому населению продолжается и постоянно совершенствуется.

Литература

- 1 Детская кардиологи / под ред. Дж. Хоффмана. – М.: Практика, 2006. – 543с. (Шифр 616.12-053.2 Д-38).
- 2 Митина, И. Н. Неинвазивная ультразвуковая диагностика врожденных пороков сердца : [атлас] / И. Н. Митина, Ю. И. Бондарев. - М.: Изд. дом «Видар-М», 2004. - 304 с (Шифр 616.12-007.2-073. М66).
- 3 Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / О. А. Мутафьян. - СПб: Изд. дом СПбМАПО, 2005. - 480 с. (Шифр 616.12-007.2-053 М-918)
- 4 Судоргина, Е. Ф. Медико-социальные аспекты инвалидности детей с патологией сердечно-сосудистой системы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Е. Ф. Судоргина. - Екатеринбург, 2007. - 25 с (Шифр А С89)
- 5 Шарыкин, А. С. Врожденные пороки сердца : руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А. С. Шарыкин. - М: Теремок, 2005. - 384 с.: (Шифр 616.12 Ш-269).

Түйін

Қазақстан Республикасында жүректің туа біткен ақауы бар балаларға кардиохирургиялық көмекті ұйымдастыру туралы

А.Г.Төлегалиева

Балалар кардиохирургиясының мәселелері бойынша мемлекет өткізіп жатқан барлық іс-шаралар өлім-жітімді төмендетуге, өз уақытында диагностикалауға және халықаралық стандарттарға сәйкес емдік іс-шараларды өткізуге бағытталған.

Балаларға кардиохирургиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру жұмыстары жалғасуда және әрдайым жетілдірілуде.

Summary

Organization of pediatric cardiac surgery in the Republic of Kazakhstan

A. Tulegenieva

Hereby, all activities undertaken by the State on pediatric cardiac surgery directed at reducing of mortality, timely diagnostics' and carrying out therapeutic measures in accordance with international standard.

The organization of pediatric cardiac surgery is continued and always improved.

МОДЕЛИРОВАНИЕ И ТЕХНОЛОГИИ МОДЕРНИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ БОЛЬНИЦЫ

д.м.н. В.Ю.Дудник

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Центральная клиническая больница является одной из старейших медицинских организаций страны. Все 80 с лишним лет своего существования позиционировала себя, как медицинское учреждение с лучшей клинической практикой и передовыми технологиями работы.

Последнее десятилетие ознаменовалось бурным прогрессом медицинской науки в Казахстане. Новые вызовы времени, новые задачи, стоящие перед отраслью здравоохранения страны, диктовали настоятельную необходимость перемен, обеспечивающих поступательное развитие больницы в новой конкурентной медицинской среде.

Для обеспечения комплексного подхода к определению стратегии модернизации больницы, ее дальнейшего инвестиционно - инновационного развития, было проведено социологическое исследование мнения медицинского персонала и пациентов больницы, а также экспертов - ведущих клиницистов и организаторов здравоохранения.

Проведенные исследования показали, что понимание необходимости перемен в больнице выразили большинство респондентов. При этом установлено, что в модернизации больницы были в большей степени заинтересованы врачи, чем пациенты (рис.1).

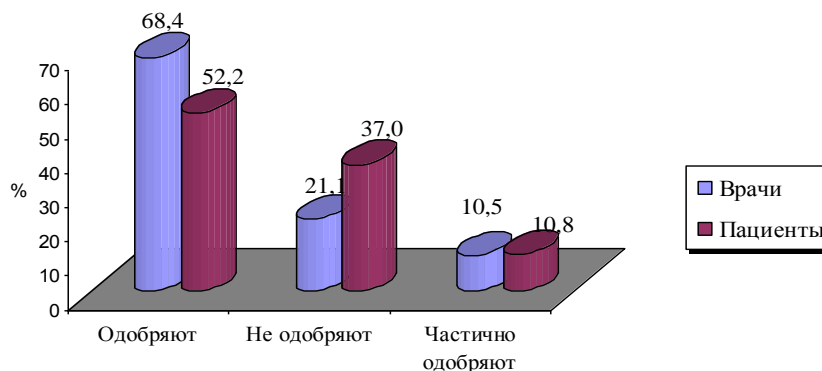


Рисунок 1 - Поддержка преобразований в больнице

Изучение мнения респондентов о направлениях модернизации больницы показало, что оно совпадает с основными приоритетами инвестиционно-инновационного развития больницы (рис. 2).

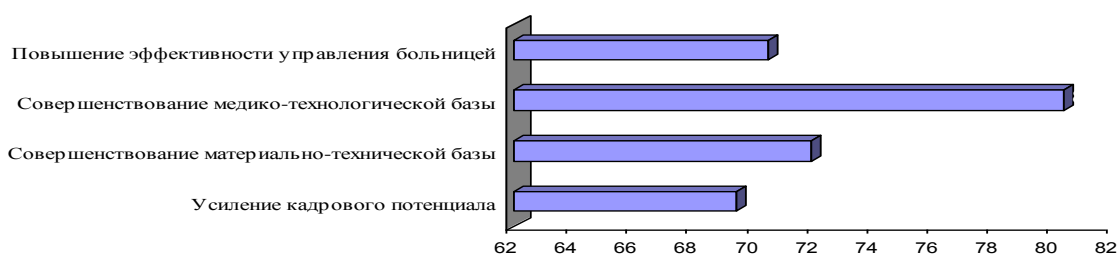


Рисунок 2 – Оценка направлений инновационной деятельности в больнице.

По степени влияния на работу больницы необходимые для внедрения новшества были разделены на 2 группы – требующие существенной перестройки внутри больницы и нет. Большинство новшеств, по мнению большинства экспертов, требовало достаточно глубоких изменений, в то время как остальная, существенно меньшая, часть экспертов была склонна считать, что не обязательно затрагивать базовые основы деятельности и вносить изменения в организационную структуру и техническое состояние больницы.

Негативное или безразличное отношение некоторых медицинских работников и пациентов к инновационной деятельности эксперты объяснили недостаточной информированностью о целях перемен.

Результаты проведенных исследований стали дополнительной доказательной базой и помогли разработать модель модернизации больницы (рис.3), основной целью которой является достижение большей интеллектуализации медицинской деятельности, высокотехнологичности и безопасности медицинских услуг, оказываемых прикрепленному контингенту и населению.



Рисунок 3 - Организационно-функциональная модель модернизации больницы

При этом основными структурно-функциональными элементами этой модели являются: повышение уровня профессиональной компетентности медицинского персонала; модернизация материально-технической и медико-технологической базы; внедрение современных клинических технологий профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации; обеспечение высокого качества и безопасности медицинских услуг, оказываемых прикрепленному контингенту и населению; создание высокотехнологичных рабочих мест и автоматизация основных медико-технологических процессов и другие составляющие.

На основе этой модели была разработана целевая инвестиционно-инновационная Программа модернизации больницы, которая после всесторонней экспертизы получила одобрение Руководства Уполномоченного органа и была наполнена соответствующими финансовыми ресурсами.

Центральным звеном наших инноваций являлось создание новых клинических подразделений – отделения травматологии, ортопедии и нейрохирургии, отделения интервенционной кардиологии, кардиохирургии и отделения офтальмологии.

В кратчайшие сроки были осуществлены инвестиции в материально-техническую, медико-технологическую базу и кадровый потенциал больницы. Эти меры позволили модернизировать и довести до уровня мировых стандартов дизайн и оснащение операционного блока, централизованной стерилизационной, хирургического и гинекологического отделений, а также осуществить ряд новых инновационных проектов.

В результате реализации всех направлений модели инновационного развития больницы достигнут новый высокий уровень лечебно – профилактического процесса. За 2011 год повысили свой профессиональный уровень более 500 специалистов больницы участием в 53 республиканских и международных конференциях, обучающих семинарах, в том числе путем видеосвязи. Ряд ведущих специалистов больницы освоили новые медицинские технологии в лучших клиниках России, Германии, Израиля и Республики Корея.

После проведения крупной модернизации хирургической службы больницы в 2011 году выполнено около 2000 операции, половина из них – эндоскопическим методом. В отделении интервенционной кардиологии, оборудованном новейшей ангиографической

установкой, за короткий период успешно проведено около 300 интервенционных операций: коронарография, вентрикулография, аортография, имплантация различных видов антиаритмических устройств, в том числе – имплантация 3-х камерных кардиовертеров-дефибрилляторов с ресинхронизирующей терапией, а также ангиография сосудов почек и нижних конечностей.

Кардиохирургические операции в настоящее время проводятся в операционной, оборудованной современной аппаратурой, инструментарием и расходным материалом в соответствии с международными стандартами. Впервые в больнице было успешно проведено 20 операций, в том числе: на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения больным с ишемической болезнью сердца - аортокоронарное шунтирование аутовенами (3-5 шунтов), маммарокоронарное шунтирование на работающем сердце; пластические операции по устранению пороков сердца и протезированием клапанов. Результатом деятельности отделений явилось улучшение качества жизни пациентов, прогноза заболевания и снижение риска возникновения угрожающих состояний: инфаркта миокарда, внезапной смерти.

В отделении офтальмологии, оснащенном самой современной лечебно-диагностической аппаратурой ведущих производителей США и Японии: проектором тестовых знаков для определения остроты зрения, щелевой лампой, авторефкератометром, бесконтактным тонометром, компьютерным периметром, прямым офтальмоскопом, офтальмологической ультразвуковой системой, более 120 больным оказана офтальмохирургическая помощь. Особого внимания заслуживает новая возможность для пациентов с катарактой повысить остроту зрения в результате проведения бесшовной операции - фактоэмульсификации катаракты с использованием офтальмологической системы Infiniti Vision и операционного микроскопа последнего поколения Lumera с имплантацией самых современных моделей интраокулярных линз. У больных глаукомой проведено эффективное хирургическое лечение - гипотензивные и вазореконструктивные операции с использованием новых высокоэффективных технологий (полимерных дренажей, вискоэластичных растворов и т.д.).

Травматологическая хирургическая помощь: эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов, реконструктивные операции на стопах, оказана более 200 пациентам. В практику больницы впервые внедрены операции по удалению опухолей головного мозга с использованием новейшей нейрохирургической оптической аппаратуры, также успешно проведено около 20 вертебропластических операций при грыжах дисков.

Инновации хирургической службы в больнице способствовали возможности более широко и доступно оказывать прикрепленному контингенту и населению высокоспециализированную медицинскую помощь.

В больнице сегодня успешно функционирует Центр современной стоматологии, в котором врачи с помощью новейших технологий эстетического протезирования, реконструкции и восстановления зубного ряда повышают качество жизни пациентов. Этой же цели служит Центр современной дерматокосметологии, где с использованием инновационных аппаратных и мануальных методов избавляют пациентов от лишнего веса, проводят очищение и омоложение кожи лица и тела, что также повышает эстетическую удовлетворенность пациентов.

За 2011 год в больнице внедрено 126 новых технологий. Внедрения касались совершенствования диагностики, лечения и организационно-методического обеспечения больницы. В больнице на стадии завершения внедрение КМИС, которая позволяет обеспечить информационную поддержку лечебно-диагностического процесса и перевести на качественно новый уровень документооборот в больнице.

Практика показывает, что уже сейчас проявляются ощутимые результаты происходящих в больнице инвестиционно - инновационных процессов: удается продлевать жизнь тем пациентам, которые раньше преждевременно умирали; улучшать качество их жизни; укрепились позиции и конкурентоспособность больницы на рынке медицинских

услуг; создана эффективная система экономических мотиваций для профессионального роста врачей.

Конкурентноспособность больницы обеспечивает модернизацию рабочих мест, постоянное обновление организационных и клинических технологий; стабильность и необходимый морально – психологический климат в коллективе больницы, создана эффективная система экономических мотиваций для профессионального роста врачей.

Таким образом, в результате моделирования инновационного развития и осуществления модернизации, больница, располагая беспрецедентными материально – техническими, медико – технологическими ресурсами и научными кадрами, стала площадкой для разработки и внедрения современной модели организации медицинской и социальной помощи людям, и впредь будет проявлять себя в качестве медицинской организации, в которой объективно отражаются инвестиционно – инновационные процессы, происходящие в национальном здравоохранении.

Түйін

Қазіргі заманғы аурухана үлгісін модельдеу және жаңғырту технологиясы

В. Дудник

Бұл еңбекте аурухананың үдемелі дамуын қамтамасыз ететін дамыту процесінің ұйымдастырушылық-функциональқ үлгісін құру және іске асыру жолымен қазіргі заманғы клиникалық аурухана үлгісін модельдеу тәжірибесі және жаңғырту технологиясы ұсынылған.

Summary

Modeling and technology modernization of modern hospital

V. Dudnik

Present article presents the experience of modeling and modern technology modernization of hospital by constructing and implementing the organizational and functional model of the hospital, providing its ongoing development.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДИНАМИКЕ

*д.м.н., профессор Е.К.Сарсебеков, С.Ч.Бейсембаева, Н.С.Тюрина
Лечебно-оздоровительный комплекс «Ок жетпес»,
пос. Бурабай, Акмолинская область*

Известно, что санаторий - основной тип медицинских организаций на курортах, где в лечебных целях применяются различные природные факторы в сочетании с физио - и диетотерапией, лечебной физкультурой и другими методами лечения. Санаторно-курортное лечение является одним из основных этапов в реабилитации больных с различными заболеваниями (А.Г. Дерновой, 2002).

С целью улучшения качества медицинской помощи государственным служащим и в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-14 « О здоровье народа и системе здравоохранения», приказа Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан от 26.04.10 года №47 «Правила направления и проведения восстановительного лечения и медицинской реабилитации государственным служащим» в нашем санаторий проводится реабилитационное лечение, которое выполняется в соответствии с медико-экономическими стандартами.

Медицинская реабилитация государственных служащих, прикрепленных к Медицинскому центру Управления делами Президента Республики Казахстан, проводится в соответствии с бюджетной программой и по утвержденному годовому плану.

В санаторий реабилитация пациентов основана на применении природных лечебных факторов, медикаментозной терапии по показаниям, физических методов лечения (электро-, свето-, тепло-, грязе-, водолечения, ультразвуковом, бальнео-, кислородно- и ингаляционной терапии). Кроме того, в лечении больных применяются лечебная физическая культура, массаж, психо- и диетотерапия, кумысолечение и другие методы.

Санаторий располагает 6 физиотерапевтическими кабинетами, где установлены аппараты для проведения электро-, светолечения, в т.ч.: «Волна -2-М» - ДМВ-терапия, УВЧ-80-04 «Стрела+», «Поток-1», «ЕТ-20», «ЕТ-10» – для проведения процедур гальванизации и лекарственного электрофореза, ДД-терапии, ELF-984, АМТ-02 «Магнитер» - для локальной магнитотерапии, аппарат «Алма» - для общесистемной магнитотерапии, Аппарат «Искра-3» - для дарсонвализации, «NT-10» – аппарат для проведения ультразвуковой терапии и фонофореза лекарственных препаратов, аппарат «Мустанг» - для лазеротерапии, аппарат «Лимфостим» - для прерывистой пневмокомпрессии, аппарат «ЛСН-1-соллюкс», аппарат «УГН-1 –УФО» и аппарат «Андро-Гин» - для электро-лазерно-магнитной терапии урологических заболеваний.

Функционирует водолечебница с 7 ваннами с гидромассажем, где отпускаются ванны с минеральной водой озера «Май-Балык», ароматические, пантовые, радоновые ванны и из отваров лекарственных трав. Действует душевой зал с отпуском процедур подводного душа-массажа, душа Шарко, верного и восходящего душа по единой методологии их проведения.

Функционирует грязелечебница на 4 кушетки для проведения процедур аппликационного грязелечения и 2 кушетки для отпуска гальваногрязей с использованием иловых грязей озера «Балпаш-Сор». В 2-х кабинетах отпускаются процедуры паросауны с пантовым раствором. В кабинете озокеритолечения установлены с 4 кушетки для отпуска озокеритовых аппликаций.

Действует ингаляторий с установкой “Salina”, ультразвуковыми небулайзерными аппаратами для проведения разнообразных индивидуальных ингаляций, в том числе минеральной водой «Май-Балык», отварами лекарственных, щелочных. Действуют 7 массажных кабинетов, оборудованных кушетками с электроподъемниками. Работает галокамера, где создается микроклимат солевых пещер с помощью распыления через галогенератор мелкозернистой хлоридно-натриевой соли.

Все реабилитационные пациенты принимаются лечащим врачом в день пребывания в санаторий и в соответствии с заболеванием составляются планы обследования и лечебных мероприятий согласно индикаторам оценки качества медицинских услуг (эффективность, полнота и соответствие медицинских услуг стандартам в области здравоохранения). На реабилитационных пациентов заводится медицинская карта стационарного больного (форма №003/у) и по окончании курса лечения оформляется Карта пациента, получившего реабилитационное лечение.

При анализе всех реабилитационных пациентов, получивших лечение за 2009-2011 гг (таблица 1) по классам заболеваний, можно отметить, что на первом ранговом месте находятся заболевания органов пищеварения (40,6%), на втором - сердечно-сосудистой системы (24,6%), на третьем – органов дыхания (10,9%), далее опорно-двигательного аппарата (7,7%), эндокринной системы (7,6%) и мочеполовой системы (6,8%). Низкий удельный вес составили пациенты с заболеваниями нервной системы-1,7% всех пребывавших в санаторий (реабилитационные пациенты + отдыхающие)

В санаторий, кроме реабилитационных пациентов, принимаются все желающие по предварительной брони и по договору с различными юридическими лицами. Весь указанный контингент мы объединяем под понятием общее число пребывавших в санаторий.

В динамике общее количество пребывавших в санаторий имеет тенденцию к увеличению (таблица 2). Так, по сравнению с 2009 г их число в 2010г увеличилось на 1041 (27,7%) человек, в 2011 г – на 973 (25,9%) человека.

Таблица 1- Структура пациентов, получивших реабилитационное лечение по классам заболеваний

Классы болезней	2009г		2010г		2011г		За 2009-2011 гг	
	абс. число	%	абс.чис.	%	абс.число	%	абс.число	%
Сердечно-сосудистой системы	254	30,3	317	22,6	215	22,6	786	24,6
Органов дыхания	66	7,9	168	12,0	113	11,9	347	10,9
Органов пищеварения	335	40,0	561	40,0	398	41,9	1294	40,6
Эндокринной системы	72	8,6	110	7,8	61	6,4	243	7,6
Мочеполовой системы	59	7,0	106	7,6	53	5,6	218	6,8
Опорно-двигательной системы	41	4,9	115	8,2	90	9,5	246	7,7
Нервной системы	10	1,2	25	1,8	20	2,1	55	1,7
Всего	837	100,0	1402	100,0	950	100,0	3189	100,0

Таблица 2 - Количество пролеченных пациентов и лечебных процедур в динамике

	2009г	2010г	2011г
Общее число пребывавших в санаторий	3759	4800	4732
Отпущено процедур	113215	148069	155931
Число процедурных единиц	165209	221349	232962

Из всех пребывавших в санаторий в среднем 87% получали различные виды санаторного лечения. Этот показатель в 2009 г составил 89,7%, в 2010 г – 88,2%, в 2011 г - 86,9%. Остальным пациентам физиопроцедуры были противопоказаны по тем или иным причинам.

В связи с ростом числа отдохавших увеличивается и число отпущенных процедур. Так, по сравнению с 2009 г число отпущенных процедур увеличилось на 34854 (30,8%), в 2011 г - на 42722 (37,7%). В соответствии с количеством отпущенных процедур в динамике увеличивается число процедурных единиц. Так, по сравнению с 2009 г это число в 2010 г увеличилось на 56140 (34,0%), а в 2011г –на 67753 (41,0%). Среднее число процедур на одного человека составляло 5,8, оставаясь стабильным за весь анализируемый период. Средняя длительность пребывания пациентов в санаторий за 2010 и 2011 гг составила 8,7 дней, что на 0,3 дня больше, чем в 2009 г (8,4 дней).

В условиях санатория 87% всех пребывавших получают различные виды физиотерапии (таблица 3).

Как видно из данных таблицы 3, наибольший удельный вес из всех пребывавших в санаторий получает различные виды электролечения (в среднем за 2009-2011гг -96,0%), (а в динамике за последние 2 года 100%). 86,7% из всех пребывавших в санаторий получили различные ингаляций, 77,1%- бальнеолечение, из числа которых 85,9% составили минеральные ванны. 73,0% пациентов получили различные виды теплотечения, из числа которых 35,8% было грязелечение. Лечебный массаж получали 62,8% пребывавших в санаторий, галотерапию – 62,1% и гидротерапию -60,6%. Остальные виды физиотерапии получали заметно меньший удельный вес пребывавших в санаторий. Так, озокеритолечение получили 37,2%, светолечение – 34,7%. Процент получивших другие виды физиолечения

был еще меньше. При этом орошение кишечника выполнено 24,4%, лазеротерапия -21,4% пациентам, а паросауну с пантовым отварами получили 20,8 % пребывавших в санаторий.

Следует отметить, что в динамике за 2009 -2011гг число пациентов, принимавших большинство из применяемых видов физиолечения, имеет тенденцию к росту. По видимому, это связано с тем, что многие из используемых аппаратов в динамике модернизируются и обновляются, а перечень видов реабилитационных услуг расширяется.

Во исполнении приказа №69 от 31 мая 2010 года «Об утверждении Правил организации и проведения внешней внутриведомственной экспертизы качества медицинских и санаторно- курортных услуг» в санаторий действует трехуровневая система внутренней экспертизы качества реабилитационной помощи. За анализируемый период по эффективности санаторной реабилитации все 100% пациентов выписаны с улучшением, а пациентов, выписанных без перемен и с ухудшением, не было.

Таблица 3 - Количественные показатели отпуски различных лечебных процедур в динамике

Наименование процедуры	2009 г.		2010 г.		2011г.	
	Число принимавших процедуру	% от общего числа пребывавших в санаторий	Число принимавших процедуру	% от общего числа пребывавших в санаторий	Число принимавших процедуру	% от общего числа пребывавших в санаторий
Бальнеолечение,	2005	62,2	3478	82,1	3582	87,0
в т.ч. минер ванны	1836	91,6	2877	82,7	2984	83,3
Гидротерапия	2000	62,0	2634	62,2	2366	57,5
Теплолечение,	2225	69,0	3264	77,0	2998	72,9
в т.ч. грязелечение	1100	34,1	1648	39,0	1410	34,3
Озокеритолечение	1125	34,9	1616	38,1	1588	38,6
Массаж	1869	58,0	2769	65,4	2624	65,0
Светолечение	1184	36,7	683	15,0	1169	28,4
Лазеротерапия	841	26,1	559	13,2	1029	25,0
Электролечение	2833	87,9	4304	100,0	4111	100,0

Внедрение новых оздоровительных технологий является важным вопросом и всегда этот вопрос считается приоритетным в практике санатория. Так, только в 2011 г практику внедрены прерывистая пневмокомпрессия в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей, применение постоянных пульсирующих токов низкой частоты (ДДТ) при нарушении дренажной функции у больных ХОБЛ; применение пантовых ванн с добавлением пихтового масла, суточное мониторирование артериального давления.

В целях повышения эффективности реабилитационного лечения и его интеграции с диетическим питанием в 2012 г разработано и внедрено в практику санатория 10 лечебно-оздоровительных программ: «Легкое дыхание», «Антистресс», «Здоровое сердце», «Укрепление мужского здоровья», «Женское здоровье», «Профилактика преждевременного старения», «Укрепление суставов», «Стройная фигура», «Здоровый позвоночник», «Очищение организма от шлаков, восстановление нарушенных функций». В первых 6 программах используются номерные диеты по Певзнеру. Основу последних 4 программ составляют принципы диетического питания.

Для постоянного улучшения качества медицинских услуг, максимально полного санаторно-курортного лечения, привлечения большего числа пациентов в перспективе предусматривается обеспечение высококвалифицированными профессиональными медицинскими кадрами и приобретение нового современного медицинского оборудования. Важным перспективным направлением нашей деятельности является разработка и внедрение нелекарственных методик восстановительной медицины и современных медицинских технологий, совершенствование ранее разработанных оздоровительных программ.

Таким образом, анализ основной деятельности санатория за 2009-2011 гг показал увеличение числа пребывающих, в том числе реабилитационных пациентов, рост количества отпускаемых лечебных процедур, модернизацию лечебно-реабилитационного процесса и внедрение новых оздоровительных программ, способствующие оказание санаторно-курортных услуг на современном конкурентоспособном уровне .

Литература

1 Дерновой А.Г. Управление эффективностью санаторно- курортного обслуживания в условиях рыночных отношений – Алматы, 2002.

Түйін

Шипажайлы-курорттық оңалтудың сандық және сапалық көрсеткіштерінің динамикадағы тиімділігі

Е.Қ. Сәрсембеков, С.Ч. Бейсембаева, Н.С. Тюрина

«Оқжетпес» емдеу-сауықтыру кешені» АҚ негізгі қызметінің 2009-2011жж. сандық және сапалық көрсеткіштерінің талдауы жүргізілді. Талдау жүргізілген мерзім ішінде шипажайға келушілер, оның ішінде оңалтуға келген емделушілердің саны көбейгені, қолданылатын емдік шаралардың саны ұлғайғаны анықталды, емдеу-оңалту қызметі жаңартылды және сауықтырудың жаңа бағдарламалары енгізілді.

Summary

Quantitative and qualitative parameters of effectiveness of sanatorium-resort rehabilitation in dynamics.

Ye.Sarssebekov, S.Beissembayeva, N.Turina

Quantitative and qualitative parameters of the main function of JSC «Therapeutic-recreational complex Okzhetpes» for 2009-2011 were analyzed in this work. As the result it was fixed that the number of patients in the sanatorium during analyzed period has increased. The number of rehabilitation patients and some medical procedures increased as well. Medical-rehabilitation process was modernized and new health-improving programmers were implemented.

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ УСЛУГАМИ
ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ**

А.Тумарбаева

Республиканский центр развития здравоохранения

г. Астана

Введение. Процесс реформирования здравоохранения требует радикальных перемен в организации оказания медицинской помощи. На сегодняшний день первостепенными являются задачи и проблемы, связанные с качественно новыми процессами управления и планирования материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами, их рациональным и эффективным использованием в связи с происходящими изменениями в больничном секторе системы здравоохранения.

Поэтому возникает необходимость изучения более эффективных способов финансирования, поиска путей оптимизации динамики объемов медицинской помощи населению, изучения целесообразности имеющейся структуры и мощности организаций здравоохранения, распределения коечного фонда по интенсивности лечения.

Целью исследования является сравнительное изучение динамики внедрения высокоспециализированной медицинской помощи и их трансферт по регионам страны.

Материалы и методы исследования: в изучение включены все пролеченные случаи по данным АИС «Стационар» за 2010-2011 годы и «Электронный регистр стационарных больных» за 2011 год.

Результаты. Информация медицинского и экономического характера, играет всё более значимую роль при решении задач повышения качества оказываемой населению медицинской помощи и главное, для совершенствования процессов управления здравоохранением и его ресурсами. Особенно важно при использовании медицинских стандартов, внедрять экономически более выгодные технологии лечебно-диагностического процесса, наиболее эффективно использовать имеющиеся ресурсы, проводить экономический анализ расходов учреждений здравоохранения и себестоимости медицинских услуг.

Известно, что самая крупная доля постоянных издержек в организациях системы здравоохранения связана, главным образом, с расходами на содержание медицинского и прочего персонала, в связи, с чем одним из элементов повышения результативности является правильное управление человеческими ресурсами.

Успешное решение задач, стоящих перед здравоохранением на современном этапе, зависит от многих факторов, в том числе от уровня организации и управления первичным звеном системы здравоохранения, а также развитием и внедрением принципиально новых технологий оказания высокоспециализированной медицинской помощи (далее - ВСМП).

Мониторинг внедрения Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ) показывает результативность и постепенное расширение доступа к услугам ВСМП на территории страны независимо от социального статуса граждан и уровня их доходов.

Развитие ВСМП в Республике Казахстан происходит в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Основными задачами развития услуг ВСМП являются: расширение и совершенствование деятельности медицинских организаций, оказывающих ВСМП; повышение доступности, качества и эффективности оказания ВСМП населению; увеличение объема мероприятий по профилактике инвалидности; внедрение в практическую деятельность современных, эффективных и экономически оправданных высокоспециализированных видов медицинской помощи при различных заболеваниях.

Отбор медицинской организации для оказания услуг ВСМП должен соответствовать международным требованиям Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ): должны соответствовать основным компонентам качества медицинской помощи; соответствовать современному уровню оснащения, высокой квалификации специалистов, иметь достаточное финансирование и осуществлять объективный контроль качества; соответствовать требованиям, установленным к специалистам (наличие определенных навыков и стажа).

Перечень организаций, которые могут оказывать ВСМП, утверждается нормативными документами РК. Оценка медицинских технологий (далее – МТ) для включения их к ВСМП осуществляется комиссионно, руководствуясь утвержденными критериями.

Критериями оценки медицинской технологии для отнесения ее к ВСМП являются: ресурсоемкость МТ оценивается по прямым, косвенным затратам, общим операционным расходам на выполнение услуги и численностью целевой группы пациентов (минимальный пороговый уровень численности целевой группы пациентов – 30 чел.); клиническая эффективность и безопасность пациентов, для верификации целесообразности включения МТ в перечень ВСМП эксперты оценивают убедительность имеющихся научных доказательств их клинической эффективности; экономическая эффективность, применяется анализ эффективности затрат, позволяющий выбрать МТ, которая отвечала бы ряду требований по стоимости и дополнительными преимуществами, что оправдывает их по сравнению с менее затратными технологиям; социальная значимость, где основными критериями отбора МТ является ее применение при наиболее распространенных заболеваниях, имеющих значительные медицинские/экономические/социальные последствия для населения (категорий населения): уровень смертности, заболеваемости, инвалидизации.

Кроме того, дополнительно может быть применен следующий критерий: новизна, то есть критерий отражает наличие в ожидаемых результатах применения технологии новой научной информации. Выделяется абсолютная новизна (не имеющая аналогов и прототипов), относительная новизна (в отдельных элементах новшества).

Применяются критерии исключения из перечня ВСМП, и предусматривает отказ от морально устаревших МТ и ориентирует на новые технологии, т.е. своевременное исключение из перечня ВСМП технологий, потерявших соответствие утвержденным критериям.

Основанием для исключения технологии из перечня ВСМП является состоявшийся трансферт МТ в медицинские организации регионов РК, МТ используется самостоятельно в медицинской организации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; включение в перечень ВСМП более современной однородной МТ; потеря соответствия критериям включения в перечень ВСМП.

Трансферт ВСМП в регионы расширяет спектр внедряемых медицинских технологий, в том числе международного уровня, для развития конкурентного оказания ВСМП между региональными больницами и республиканскими клиниками.

Внедрение ВСМП и трансферт проводится с учетом сохранения эффективности услуги ВСМП независимо от места внедрения (создание условий для внедрения). Процесс мониторинга эффективности процесса внедрения МТ обеспечивает адекватную экспертную оценку значимости и эффективности ВСМП на всех уровнях ее внедрения: клиническая эффективность, экономическая обоснованность и социальная значимость ее использования.

Таблица 1 - Динамика внедрения новых технологий (ВСМП) в разрезе регионов за 2010 - 2011 гг.

Регион	2010 год		2011 год		из них новые технологии за 2011г.	
	Виды технологий	Всего оказано услуг	Виды технологий	Всего оказано услуг	Кол-во новых технологий	Всего оказано услуг
Акмолинская	15	105	33	1019	19	89
Актюбинская	24	442	39	760	16	57
Алматинская	6	9	42	626	39	489
Атырауская	9	35	28	468	19	122
ВКО	22	171	52	1074	38	339
Жамбылская	48	664	67	1781	30	274
ЗКО	17	67	36	1205	22	133
Карагандинская	39	781	112	3558	72	803
Костанайская	9	62	26	1342	18	407
Кызылординская	24	84	45	940	28	296
Мангистауская	9	34	42	611	32	194
Павлодарская	11	183	92	4383	80	532
СКО	15	141	58	1855	44	614
ЮКО	33	424	79	2528	46	1543
Алматы	161	2953	339	10030	208	3031
Астана	259	6183	467	11746	242	4007
Итого по РК	701	12338	1557	43926	953	12930

В таблице 1 представлены данные программного комплекса АИС «Стационар» где отражена динамика расширения объема и географической доступности услуг ВСМП по РК.

В разрезе регионов наибольший процент внедренных технологий ВСМП, а так же оказанных услуг ВСМП наблюдается в медицинских организациях городов Астаны, Алматы, Карагандинской и Павлодарской областей. По всем группам наблюдается

увеличение количества оказанных технологий: наибольший процент изменения наблюдается по оказанию услуг коронарографии и стентированию - 840,5%, экстракорпоральному оплодотворению (далее – ЭКО) - 596,6% и по нейрохирургическому профилю - 185,4%.

Для обеспечения мотивации медицинского персонала совершенствуется система финансового стимулирования для дальнейшего более быстрого развития ВСМП, которая предусматривает введение: поправочного стимулирующего коэффициента ВСМП – доплата за применение ВСМП из перечня, утвержденного приказом МЗ РК; стимулирование медицинских организаций областного и городского уровней к внедрению ВСМП, предусматривающий представление права выполнять дополнительные функции организации, осуществляющей поставку медицинского оборудования на условиях лизинга (лизингодатель) – закуп у республиканских организаций здравоохранения медицинского оборудования взамен более усовершенствованного с последующей его продажей городским и областным медицинским организациям по остаточной балансовой стоимости.

Приоритетными направлениями развития услуг ВСМП являются кардиохирургические, нейрохирургические, ЭКО, и эндопротезирование (Таблица 2). Высокая динамика роста услуг ВСМП по коронарографии и ангиопластике в таких регионах как ЮКО, СКО, Костанайская и Павлодарская области.

В связи с тем, что приказом МЗ РК от 27 декабря 2011 года №920 утвержден новый перечень технологий ВСМП по профилям, сравнение периода прошлого года с настоящим отчетным периодом несколько затруднено, и мониторинг ведется по программным комплексам порталов «Электронный регистр стационарного больного» (далее - ЭРСБ) и «Система управления качеством медицинских услуг» (далее - СУКМУ), которые позволяют в режиме онлайн наблюдать изменение объема и стоимости стационарных услуг.

Таблица 2 - Приоритетные направления ВСМП за 2010-2011г.

Группы ВСМП	Год	Всего оказано технологий	Актолинская	Актюбинская	Алматинская	Атырауская	ЭКО	Жамбылская	Карагандинская	Костанайская	КЗО	Мангистауская	ЮКО	Павлодарская	СКО	ВКО	Астана	Алматы
Нейрохирургия	2010	876	6	18					110	2	9	2	34	6	3	26	546	114
	2011	2500	47	33	162	4	9		321	7	128	11	54	79		258	921	466
Операции при пороках сердца	2010	2223	9	129		6		435	128		43	11	63	2	21	11	927	438
	2011	2631	2	115	6	4	11	369	133	2	63	19	262	44	57	11	1001	532
АКШ	2010	1478	36	55	2	14	20	84	119	3	15	1	227	11	60	35	572	224
	2011	2182	145	67	15	37	62	180	145	28	69	9	187	190	124	32	567	325
КГ, ангиопластика	2010	1829	23	104		7	10	32	141	1	9	9		82	27	5	615	764
	2011	17201	720	205	337	353	897	639	1506	1112	616	516	1264	1905	1272	334	1318	4207
ЭКО	2010	264						50									76	138
	2011	1839						300									668	871
Эндопротезирование	2010	1332	23	10		5	3	34	81	51		10	26		20	65	653	351
	2011	2780	40	11	12	16	21	81	366	142	5	21	86	35	16	206	670	1052

Всего за 1 квартал 2012 года по РК исполнение услуг ВСМП достигло 1434, в сравнении с аналогичным периодом прошлого года эта цифра выросла более чем в 1,5 раза, что свидетельствует о повышении уровня внедрения новейших технологий в медицине.

Наибольший удельный вес исполнения услуг по ВСМП наблюдается по городу Астана и составил 2962 по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (1916), увеличение составило почти в 1,5 раза; по городу Алматы наблюдается незначительное уменьшение услуг ВСМП с 3 210 до 3 225 случаев.

Из регионов заметно отличается Карагандинская область, где исполнение услуг ВСМП за 1 квартал увеличилось почти в 3 раза с 474 случаев до 1 426. Южно-Казахстанская область сделала значительный рывок вперед в освоении новейших технологий и увеличила свои услуги по ВСМП почти в 4 раза (с 155 случаев в прошлом году до 634 - в этом году). Также значительный рост оказания услуг ВСМП наблюдается в ВКО с 275 до 686 случаев в этом году (в 2,5 раза увеличение), исполнение – 149%.

За 1 квартал текущего года по РК пролечено по ВСМП без учета пролеченных в республиканских клиниках - 2 554, что составляет более 40%. Это свидетельствует о том, что многие регионы на местах могут оказать ВСМП, не отправляя больных в Научно-исследовательские институты, Научные центры и республиканские клиники.

На областном уровне значительный рост услуг ВСМП наблюдается по Карагандинской области – 1 424 (Областной центр травматологии и ортопедии им. Макажанова – 202, Областной кардиохирургический центр – 458), по ВКО – 650 (ГБ №1, ГБ №2 города Оскемен – 254), по Южно-Казахстанской области – 634 (Областная больница города Шымкент – 298, Областной кардиологический центр – 160), по городу Алматы – 1 392 (Городская клиническая больница №7 – 204, Городская клиническая больница №4 – 470, Городской кардиологический центр – 210), по городу Астана – 528 (Городская больница №2 - 502).

Необходимо отметить, что предпринимаемые Правительством усилия по развитию кардиохирургической помощи дают весомые результаты. В частности, Казахстан в настоящее время является одной из наиболее успешных стран СНГ по снижению показателя смертности от болезней системы кровообращения (далее - БСК). Для сравнения, по данным официальных статистических органов Узбекистана, в структуре общей смертности - 58,9% составляют БСК. В России данный показатель составляет 56,2%, Беларуси - 54%, в Казахстане аналогичный показатель составляет 35,5%.

Выводы. В результате реализации ЕНСЗ гражданам Республики Казахстан расширяется географическая доступность к высокотехнологичным медицинским услугам, особенно к услугам кардиохирургического профиля. Принимаемые меры позволили снизить смертность от БСК от 403,9 в 2010 году до 309,6 в 2011 году на 100 000 населения.

Новые нормативные документы по дифференциации высокотехнологичных услуг и программное обеспечение через информационные web-порталы ЭРСБ и СУКМУ позволяют в режиме on-line мониторировать динамику внедрения объема и видов новых технологий в разрезе медицинских организаций и регионов.

Эффективный менеджмент подразумевает мониторинг, сохранение и использование накопленной информации для сравнительного анализа и принятия оптимальных управленческих решений.

Литература:

1. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения, Москва, 2010 г., под редакцией акад. РАМН, проф. О.П.Щепина, чл.- корр. РАМН, проф. В.А.Медика.
2. О.Т. Жужжанов, Б.С. Туткушев, Ф.Б. Бисмильдин Стратегия и тактика законодательного обеспечения развития здравоохранения Республики Казахстан. Астана, 2003.- 194с.
3. Е.А. Биртанов, В. Ахметов, С. Гаврилов и др. Проблемы стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан. Алматы, 2007.
4. Ежемесячная аналитическая информация по реализации ЕНСЗ за 2011-2012гг. по РК под руководством д.м.н., проф. М.К. Кульжанова, д.м.н. К.К. Ермекбаева, д.м.н., проф. С.Е. Ибраев, Д.М. Макашев, А.К. Тумарбаева и др., Астана, 2011-2012гг.

Түйін

Стационарлық деңгейде жоғары мамандандырылған технологиялардың қызметін басқару нәтижелілігі
Ә. Тұмарбаева

Мақалада Қазақстан Республикасында Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін (БҰДЖ) енгізу шеңберінде жоғары технологиялық медициналық қызметті дамыту динамикасы зерттелуде. ЖММК қызметі дамуының басым бағыттары және халыққа қол жетімді қызметтің географиялық кеңейтілуі көрсетілген. Бағдарламалық қамтымның негізінде мониторинг деректері келтірілген.

Summary

The effectiveness of service management of highly technologies at hospital level

A.Tumarbaeva

The dynamic of development of high-tech medical services within a framework of implementation of the UNHS in the Republic of Kazakhstan is investigated in this article. The priority guidelines for development of HSMC service and the enlargement of the geographical accessibility of services for the public are reflected. Monitoring data based on the software also are given.

УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА
РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ
ПРИКРЕПЛЕННОГО КОНТИНГЕНТА

Б.Р.Абдильманова

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Введение. Известно, что распространенность артериальной гипертонии (АГ), курения, ожирения, а также низкой физической активности среди населения, являются важнейшими факторами риска развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). При этом многочисленные исследования ученых [1-4], показывают, что в последнее время наряду с выраженной устойчивой тенденцией их накопления с увеличением возраста, наблюдается их «омоложение». Другие исследования указывают [5-7] на существенные половые различия в их распространенности среди различных возрастных групп населения.

Исходя из этих объективных посылок и для получения дополнительной доказательной базы исследования, была проведена социологическая оценка распространенности факторов риска развития ОНМК среди прикрепленного контингента.

Материалы и методы исследования. С этой целью по специально разработанной анкете было всего опрошено 426 человек, в том числе 296 бывших и 130 действующих государственных служащих. При этом выборка из генеральной статистической совокупности составила 9,2%. Установлено, что из общего числа респондентов, наибольшую долю составляли лица старше 70 лет, а наименьшую – в возрасте от 29 до 39 лет, а доля респондентов остальных возрастных групп колебалась в пределах от 9,9% до 13,8%.

При изучении распределения респондентов по половой принадлежности установлено, что, в общем, их числе 58,0% составляли мужчины, а 42% - женщины. При этом среди самых «молодых» респондентов женщин было заметно больше, а с увеличением возраста

респондентов наблюдалась прогрессивное доли мужчин. Такое распределение респондентов соответствовало реальному половозрастному распределению прикрепленного контингента, в структуре которого лица трудоспособного возраста составляют действующие государственные служащие, а лица пенсионного возраста - бывшие государственные служащие. Таким образом, можно полагать, что долевое и структурное распределение опрошенных полностью соответствует генеральной статистической совокупности и обеспечивает необходимую достоверность полученных результатов социологического исследования.

На первом этапе проведенного социологического исследования была изучена осведомленность пациентов о факторах риска развития ОНМК. При этом респондентом было предложено ранжировать по степени важности известные факторы риска его развития. Результаты анализа ответов показали, что I ранговое место в важности факторов риска развития ОНМК 89,5% опрошенных мужчин и 85,4% женщин отдали АГ.

Второе ранговое место 74,1% мужчин отдали избыточному весу тела, а 79,3% женщин - злоупотреблению курением. На третье ранговое место 76,5% мужчин поставили «частые стрессы на работе и в семье», а 77,6% - остановили свой выбор на избыточном весе тела. На четвертое ранговое место среди факторов риска развития НМК 69,2% мужчин поставили фактор злоупотребление курением, а 73% женщин - злоупотребление алкоголем. Пятое ранговое место 61,1% - мужчин отдали злоупотреблению алкоголем, 72,1% женщин - недостаточной физической активности и, наконец, на шестое ранговое место 56,3% мужчин поставили недостаточную физическую активность.

Полученные результаты показали существенные половые различия в понимании респондентами приоритетов важности факторов риска развития НМК. С одной стороны, эти результаты отражают традиционное отношение мужчин и женщин к своему здоровью, а с другой, подтверждают приверженность мужчин к преуменьшению значения факторов риска, связанных с их вредными привычками и, напротив, их способностью преувеличить значение факторов, непосредственно не связанных с ними.

На следующем этапе социологического исследования были изучены и оценены ответы респондентов на вопросы, касающиеся АГ. Распределение позитивных ответов на заданные вопросы по возрастным группам респондентов показало, что в самой «молодой» возрастной группе (29-39 лет) из общего числа опрошенных только 7,6% проходили обследование по поводу обнаруженной АГ. В группе респондентов в возрасте от 40 до 49 лет лиц, проходивших указанное обследование, было уже 53,0%; в возрастной группе от 50 до 59 лет 88,9%; в следующей возрастной группе (60-70 лет) - 95,2%, а среди лиц в возрасте 71 год и старше - 97,6%.

Такая же тенденция увеличения позитивных ответов, выявлялась и при анализе ответов на вопрос: «состоите ли Вы на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии?».

Далее при анализе положительных ответов респондентов на вопрос: «Принимаете ли Вы лечение строго по назначению врача?» установлено, что дисциплинированность опрошенных растет с увеличением их возраста. Причем, по сравнению с самой «молодой» возрастной группой (29-39 лет), во II возрастной группе (40-49 лет) наблюдалось 4-х кратное увеличение доли респондентов, положительно ответивших на заданный вопрос. Такая же тенденция наблюдалась и при анализе положительных ответов на вопрос: «Были ли у Вас приступы преходящего нарушения мозгового кровообращения?». Здесь также не отмечались в самой «молодой» возрастной группе респондентов, а среди лиц возрастных групп от 60 до 70 лет и 71 года старше, приступы преходящего НМК наблюдались, соответственно, 41,3% и 15,5% опрошенных.

Таким образом, обобщение результатов этого фрагмента социологического исследования показало, что распространенность АГ, частота диспансерного наблюдения, дисциплинированность при выполнении назначенного лечения, а также случаи преходящего НМК, прогрессивно увеличиваются с возрастом опрошенных.

По данным зарубежных и отечественных ученых [6,7] частота табакокурения среди различных контингентов населения не только не уменьшается, но и имеет устойчивую тенденцию к росту, а табакокурение после АГ, является вторым по значимости фактором риска развития НМК.

Проведенный анализ показал, что в самой малочисленной и «молодой» возрастной группе, доля курящих среди мужчин составила 34,6%, а среди женщин -15,3%. В двух последующих группах респондентов доля курящих мужчин была стабильно высокой и колебалась в пределах 50,8% -53,7%, а среди женщин этот показатель, наоборот, уменьшался с 15,3% до 7,4%; в старших возрастных группах респондентов, доля курящих мужчин уменьшилась почти в 1,5 раза по сравнению с предыдущей группой.

Как известно, третьим по важности фактором риска развития НМК, является избыточная масса тела и ожирение. Нами установлено, что в 1 возрастной группе, 23,1% мужчин и 11,5% женщин считают, что у них наблюдается избыточная масса тела, а врачами установлена различная степень ожирения. В следующей возрастной группе респондентов – лиц, признающих у себя наличие избыточной массы тела среди мужчин было 37,8%, а среди женщин - 40,6%. В возрастной группе опрошенных от 50 до 59 лет, доля таких респондентов среди мужчин повысилась до 44,4%, а среди женщин – до 46,3%. Среди самых «старших» возрастных групп мужчин, доля респондентов, указавших на наличие избыточной массы тела и установленного врачами ожирения, достигла, соответственно, 45,2% и 48,2%, а среди женщин, напротив, прогрессивно снижалась.

Далее нами было проведено изучение частоты стрессов на работе и в семье. Установлено, что на наличие стрессов указали респонденты всех возрастных групп. Причем в возрастных группах от 29 до 39 лет; 40-49 лет и 50-59 лет, доля опрошенных, положительно ответивших на этот вопрос, возрастала с 46,1% до 55,6%.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что среди всех половозрастных групп, прикрепленного к больнице контингента, все еще высока распространенность факторов риска развития НМК. При этом знания факторов риска, готовность к их продолжению является хорошей доказательной базой для формирования целевых профилактических программ по ограничению факторов риска развития НМК.

Литература:

- 1 Танбаева Г.З., Исакова Ф.Е. Применение новых организационных методов наблюдения и оздоровления больных, перенесших ОНМК. Материалы тр. научно-практической конференции «Метаболический синдром: состояние, проблемы, пути решения». Алматы.-2010.-с.59-61.
- 2 Абдильманова Б.Р. О риске развития НМК с учетом возрастного фактора. Материалы тр. научно-практической конференции «Метаболический синдром: состояние, проблемы, пути решения». Алматы.-2010.-с.111-113.
- 3 Суслина З.А. Ишемические нарушения мозгового кровообращения. Дисс. докт. мед. наук. - М., 1990.
- 4 Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб, 1999.
- 5 Верещагин Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. М., 1997.
- 6 Трошин В.Д., Густов А.В., А.А. Смирнов Сосудистые заболевания нервной системы. Нижний Новгород, 2006г., 533с.
- 7 Каменова С.У. Дандыбаева Ш.Б., Кужибаева Н.К., Кондыбаева А.М. Инсульт. Диагностика, тактика ведения больных на до- госпитальном этапе, лечение. Алматы, 2006г.-67с.

Түйін

Тіркелген құрам арасында ми қанайналымының жіті бұзылуы дамуының қауіп-қатер факторлары таралуын әлеуметтік тұрғыдан бағалау

Б.Р.Әбділманова

Бұл еңбекте тіркелген құрам арасында ми қанайналымының бұзылуы дамуының қауіп-қатер факторлары таралуын бағалау мақсатында жүргізілген әлеуметтік зерттеулердің нәтижелері ұсынылған. Автор респонденттердің түсінігінде МҚЖБ дамуының қауіп-қатер факторлары маңызды басымдықтарының елеулі жыныстық-жас ерекшелігі бар екенін анықтады.

Summary

Sociological assessment of risk factors prevalence of acute ischemic stroke in attached contingent

B.Abdilmanova

Present article presents the results of the survey estimates of the risk factors prevalence stroke in attached contingent. The author found significant gender and age differences in the understanding of respondents' priorities, the importance of risk factors of stroke.

УДК[616.98:578.828НIV] – 056.24:061.2

О РОЛИ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

*И.Б. Аймагамбетова, А.С. Токпанова, С.Б. Мусина, Е.С. Абдрахманов
Центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Астана*

В статье представлено отношение государства по профилактике ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе и основные задачи по усовершенствованию и оказанию медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы, а также направления по реализации профилактики ВИЧ/СПИД в местах заключения и проведение программы социального сопровождения для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы.

Международные организации постоянно подчеркивают необходимость вовлечения гражданского общества в борьбу с эпидемией, что в свою очередь укрепило позиции организаций, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа. Участие гражданского общества является принципом междуна-родной стратегии противодействия распространению эпидемии, такое положение отражено в Декларации Специальной сессии Ассамблеи ООН по борьбе с ВИЧ/СПИД, согласно которой «полноценное участие деятелей гражданского общества в разработке, планировании, внедрении и оценке программ является основополагающим для развития эффективных методов противодействия эпидемии» [1].

В Республике Казахстан работают около 5 тысяч неправительственных организаций (НПО), которые оформились в устойчивые группы по различным направлениям: экологические – 15%, детские и молодежные – 13,6%, женские – 13,3%, медицинские 13,1%, в области культуры, науки и образования – 12,5%, правозащитные – 7,6%, по социальной защите – 6,8%, по поддержке общественных инициатив – 6%, многопрофильные – 4,7%, общества инвалидов – 4,4%, по реабилитации детей-инвалидов – 3%. Пятая часть из них, т.е. около 1000 неправительственных организаций занимается медицинскими проблемами и оказанием социальных услуг. В 2006 в стране действовали 62 некоммерческие общественные организации, работавшие в области профилактики ВИЧ/СПИДа, из которых 36 работали с уязвимыми группами населения и только 3 – с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом [2].

Несомненно, неправительственные организации могут способствовать изменениям государственной политики в сфере ВИЧ/СПИДа, а также содействовать налаживанию связи с социальными группами, особо подверженными риску инфицирования ВИЧ. Но в контексте развития гражданского общества это требует усилий и государственной поддержки. При всей важности консолидации усилий НПО следует признать, что эти объединения, во многом ориентированы на внешнего донора, поддерживающего ту или

иную группу НПО, поскольку именно политика донора определяет их выживание. Возможности самих НПО все еще ограничены.

В настоящее время финансирование проектов некоммерческих НПО, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа, осуществляется исключительно зарубежными грантодателями. Главным стимулом к некоторому расширению данных НПО в последние годы послужил грант Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Однако стабильность существования и деятельность неправительственных общественных объединений не гарантирована вне зависимости от результатов их деятельности. Поскольку собственных источников финансовых поступлений НПО, работающие по профилактике ВИЧ/СПИДа не имеют, и ряд НПО претворяет в жизнь политику зарубежных донорских организаций, которая может не всегда согласовываться с реальными нуждами страны. Более того, целый ряд НПО учрежден под конкретные гранты. Зачастую подобные НПО возникали в общественном секторе стихийно, не обладая потенциалом влияния на государственную политику и в целом на развитие гражданского общества, также быстро закрывались. Вместе с тем, нельзя недооценивать тот факт, что международное финансирование и помощь сыграли важную роль в развитии сектора НПО по сфере ВИЧ/СПИД.

Казахстанские НПО, работающие в области ВИЧ/СПИДа различаются по программным направлениям, целевым аудиториям, финансовым возможностям и стратегиям. С 2011 года государство закрепило новую стратегию профилактики ВИЧ в пенитенциарной системе через государственную программу, что дало новый старт отношениям государства и НПО.

Лица, содержащиеся в пенитенциарных учреждениях по приговору суда (заключенные) во всем мире представляют собой потенциальных распространителей ВИЧ в силу их поведенческих стереотипов. Заболеваемость ВИЧ среди заключенных следует рассматривать в качестве угрозы не только для здоровья окружающих, но и для общества в целом.

На сегодняшний день власти Казахстана уделяют большое внимание проблеме распространения ВИЧ в стране, что подтверждается принимаемыми мерами на всех уровнях.

Отношение со стороны государства к данной проблеме подтверждается тем, что в принятой недавно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы профилактики ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе отведено специальное место [2].

С целью снижения уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе в Программе поставлены следующие основные задачи: 1) совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – УИС); 2) повышение информированности контингента пенитенциарной системы по вопросам распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД.

Данную Программу отличает четкий прогноз, согласно которому при выполнении всех мероприятий предполагается достижение следующих контролируемых показателей: 1) снижение заболеваемости туберкулезом среди осужденных в расчете на 100 тыс. тюремного населения в 2013 году до 643,0 и в 2015 году до 642,9 (2009 г. – 643,9); 2) снижение общей смертности среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, в 2013 году – 2,89 и в 2015 году – 2,8 на 1000 человек (2009 г. – 2,91); 3) к 2015 году уровень распространенности ВИЧ-инфицированных среди заключенных не должен превышать 5%. По данным дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией среди осужденных в 2011г. распространенность ВИЧ инфекции составило – 3,3%, уровень информированности по вопросам ВИЧ – 82,7%, доступность презервативов в ИУ составила – 53,3%.

Данная программа ориентирована как на новые направления, так и на продолжение реализации программ профилактики ВИЧ/СПИД в местах заключения и проведение программ социального сопровождения для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы. Кроме того, планируется разработка нормативных правовых актов, регулирующих механизмы поиска и продолжения лечения освобожденных из мест лишения свободы лиц, больных туберкулезом с незавершенным лечением. Будет создана система мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан.

На наш взгляд, смысл всех усилий по профилактике ВИЧ/СПИД в местах лишения свободы заключается в непрерывности превентивного воздействия. При этом такое воздействие должно быть усилено именно после освобождения лица из МЛС, поскольку с освобождением лица связаны определенные риски:

- остаться одному без непосредственного участия исполнительной власти, которая все решала за осужденного;
- связанный с преодолением чувства свободы, которое может спровоцировать психологическую растерянность;
- попадания в среду негативного общения и т.д.

Именно поэтому процесс профилактики ВИЧ в местах лишения свободы должен быть гармонично связан с процессом подготовки к освобождению и социальной адаптации лиц, освобожденных из МЛС.

В данном аспекте практический интерес вызывают наработки организации «СПИД Фонд Восток-Запад», проект «Старт», в г. Астане работает НПО «Право». Это программа по снижению риска ВИЧ/ИППП/гепатитов/туберкулеза для людей, возвращающихся из исправительных учреждений в общество. В программе с каждым клиентом проводится шесть сессий, работа ведется на индивидуальной основе и служит «мостиком» при возвращении заключенных в общество. Программа начинается за 1-2 месяца до освобождения клиента и продолжается в течение 3 месяцев после выхода клиента из исправительного учреждения.

Основная цель НПО «Право» заключается в социализации профилактики и Реализации уязвимых групп населения к которым и относятся осужденные для того чтобы, снизить риск заражения ВИЧ, инфекций, и инфекции передающимися половым путем (ИППП), а также гепатитов и туберкулеза. Проект также предоставляет разнообразные консультативные и профилактические стратегии. Эти стратегии включают определение целей, решение проблем, повышение мотивации, принятие решений, а также поддержку в получении направлений к специалистам. Наряду с этим, проект помогает в решении множества других социальных проблем, с которыми сталкивается человек, выходящий из исправительного учреждения и возвращающийся в общество.

Во время сессии сотрудник программы и клиент проводят анализ рисков, связанных с заражением или передачей ВИЧ, инфекций, передающихся половым путем, гепатитов и туберкулеза. Затем сотрудник программы совместно с клиентом разрабатывает план по снижению этих рисков после выхода на свободу. Далее сотрудник и клиент проводят анализ потребностей клиента в переходном периоде. Потребности переходного периода – это ресурсы и услуги, которые могут понадобиться клиенту для того, чтобы ему было проще вернуться в общество. Потребности клиента на переходном этапе – это, к примеру, жилье, трудоустройство и лечение наркотической зависимости. Задача сотрудника программы заключается в том, чтобы вместе с клиентом определить приоритетные потребности и разработать план по их удовлетворению. В рамках мероприятий, которые проводятся после выхода клиента из исправительного учреждения, сотрудник программы и клиент анализируют потребности и цели, а также корректируют план по снижению риска и план переходного этапа. Клиентам предлагают презервативы и предоставляются направления к специалистам.

По мнению сотрудников НПО, большинство заключенных в конце концов возвращаются в общество. Результаты исследования показали, что в течение первой недели после освобождения самое большое количество сексуальных контактов происходит в течение первых 24 часов. Исследование показало, что менее стабильные респонденты, например, не имеющие нормального жилья или работы, а также те, чьи друзья или члены семьи практикуют рискованное поведение, сообщили о большем числе сексуальных партнеров и более высоком уровне повторного попадания в заключение. В связи с этим, существует необходимость проведения программ по профилактике ВИЧ, ИППП, гепатита, туберкулеза для заключенных, которые готовятся выйти на свободу. Такие программы помогут снизить распространение этих инфекционных заболеваний после возвращения людей в общество.

Опыт подтверждает, что после выхода на свободу из исправительного учреждения, человек может оказаться в стрессовом состоянии из-за наличия противоречивых потребностей. Пытаясь начать жизнь с нуля, они сталкиваются со многими трудностями, связанными с: поиском жилья; получением работы; налаживанием взаимоотношений с семьей и друзьями; употреблением психоактивных веществ, а также с проявлениями наркотической и алкогольной зависимости; депрессией и другими психическими проблемами; необходимостью соблюдения правил условно досрочного освобождения и практики поведения, позволяющего избежать повторного заключения.

Все это может усложнить процесс минимизации рискованного поведения для этих людей. Например, люди, которые не могут найти постоянное место жительства, часто возобновляют употребление наркотиков и вовлекаются в незаконные виды деятельности. Эти ситуации, в свою очередь, повышают вероятность поведения, опасного в отношении передачи ВИЧ, ИППП и гепатитов, так как, среди таких людей в большей степени распространен незащищенный секс, потребление наркотиков и совместное использование шприцев.

Таким образом, необходимо четко обозначить минимальный объем профилактических мероприятий как в период отбывания наказания в виде лишения свободы, так и после освобождения. При этом, на наш взгляд, объем профилактики после освобождения не должен быть менее эффективнее, чем в местах лишения свободы. Такое превентивное сопровождение лиц, освободившихся из мест лишения свободы, позволит компенсировать их оторванность от контролируемого воздействия внутри колонии.

Следует обратить внимание на то, что раздача шприцев и презервативов даже после освобождения для выявленной категории лиц должна быть бесплатна, поскольку в силу отсутствия заработка, при платности профилактики ВИЧ, эти лица будут вынуждены неоднократно использовать шприцы и заниматься незащищенным сексом.

На сегодняшний день только таким образом общество может обезопасить свое здоровье на многие поколения.

Выводы. Отношение государства по профилактике ВИЧ/ СПИД в пенитенциарной системе. Данные Государственной программы по выполнению всех мероприятий с контролируруемыми показателями.

Профилактические мероприятия по социальному сопровождению после освобождения из мест лишения свободы и оказание поддержки при трудоустройстве, в получение жилья и лечение наркотической зависимости.

Литература

- 1 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015 годы, Утвержденная Президентом Республики Казахстан от 29.11. 2010 г. №1113.
- 2 Основные статьи по вопросам охраны здоровья в пенитенциарной системе, ЮНЭЙДС, 2006 г., 60с.
- 3 «СПИД Фонд Восток-Запад» проект «Старт» ЮНЭЙДС, 2011г., 327с.
- 4 Рекомендации ВОЗ по ВИЧ- инфекции и СПИДу в тюрьмах, ЮНЭЙДС 2009г., 7с.

**Пенитенциарлық жүйеде АИТВ-инфекциясының алдын алу жөніндегі
үкіметтік емес ұйымдардың рөлі**

И.Б.Аймағамбетова, А.С.Тоқпанова, С.Б.Мусина, Е.С.Әбдірахманов

Мақалада пенитенциарлық жүйеде АИТВ/ЖИТС-тің алдын алуға мемлекеттің қатысы және қылмыстық-атқарушылық жүйе мекемелерінде туберкулез бен АИТВ/ЖИТС ауруларымен сырқаттанатын науқастарға медициналық көмекті көрсету мен оны жетілдірудің негізгі мәселелері, сондай-ақ бас бостандығынан айыру орындарында АИТВ/ЖИТС-тің алдын алуды іске асырудың бағыттары және бас бостандығынан айыру орындарынан босатылатын тұлғаларды әлеуметтік сүйемелдеу бағдарламаларын жүргізу ұсынылған.

Summary

About the role of non-governmental organizations in preventing HIV-infection within the penitentiary system

I.Aimagambetova, A.Tokpanova, S.Mussina, Ye.Abdrakhmanov

The article represents the governments attitude towards the prevention of HIV/AIDS within the penitentiary system and the fundamental tasks of improving and rendering medical aid to TBC patients and HIV/AIDS patients at the institutions of criminal& correctional system as well as the lines for implementation of the HIV/AIDS prophylaxis in the places of confinement and carrying out the social service program for those released from freedom deprivation places.

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОЧЕРНИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ»
ПО ИТОГАМ I КВАРТАЛА 2012 ГОДА**

*д.м.н. Л.М. Актаева, Л.В. Бюрабекова, магистр делового администрирования
Б.А. Джусипов,
А.И. Сайлыбаева, З.Т.Хамитова, Т.С. Султангазиев
Национальный медицинский холдинг*

АО «Национальный медицинский холдинг» в составе интегрированной академической системы «Назарбаев Университет» объединяет 6 инновационных объектов здравоохранения – это Национальный научный центр материнства и детства (ННЦМД), Республиканский детский реабилитационный центр (РДРЦ), Республиканский диагностический центр (РДЦ), Республиканский научный центр нейрохирургии (РНЦНХ), Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи (РНЦНМП) и Национальный научный кардиохирургический центр (ННКЦ).

Миссией Холдинга является улучшение качества жизни населения путем предоставления медицинских услуг, основанных на высоких международных стандартах качества и безопасности, передовых медицинских и управленческих технологиях, обеспечение их трансферта в систему здравоохранения Республики Казахстан, а также способствование развитию отечественной медицинской науки и образования.

Кочный фонд клиник Холдинга по состоянию на первый квартал 2012 года составляет 1396 коек. На сегодняшний день это единственный уникальный многопрофильный медицинский кластер в Республике Казахстан и странах Содружества Независимых Государств. Для сравнения, ведущее медицинское учреждение в Турции «Группа Здравоохранения Аджибадем» состоит из 717 стационарных коек.

Следуя одной из основных стратегических задач клиник Холдинга – удовлетворение потребностей пациентов в высокотехнологичной, качественной и доступной медицинской помощи, за I квартал 2012 года в клиниках Холдинга получили стационарную

медицинскую помощь 9134 пациентов (рисунок 1), при плане - 8791, что на 1829 больных больше, чем в 2011 году (7305 больных).

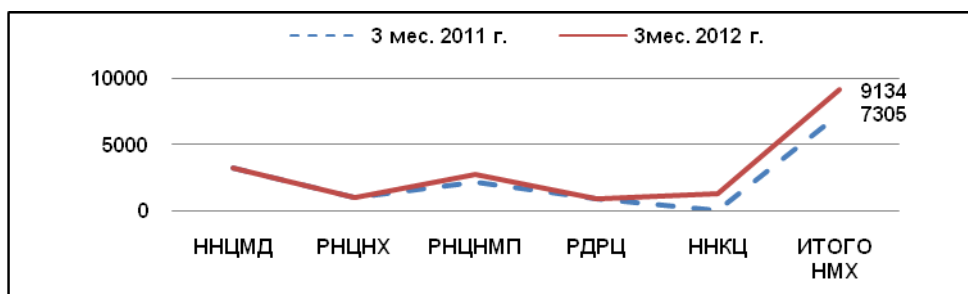


Рисунок 1 - Динамика роста числа пациентов, получивших лечение в клиниках Холдинга.

В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи оказано 8612 (94%) пациентам. Доля высокоспециализированной медицинской помощи составило 11% (910 случаев) против 12% за аналогичный период прошлого года.

Также в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в Республиканском диагностическом центре оказано 107394 услуг, что на 14674 услуг больше, чем в 2011 году (92720 – в 2011 году).

Число платных консультативно-диагностических услуг по всем клиникам Холдинга составило 104123.

В первом квартале 2012 года было занято 96% коечного фонда дочерних организаций Холдинга (1299 коек) против 76 % за аналогичный период 2011 года.

Такой основной показатель использования коечного фонда, как средняя длительность пребывания пациента, за первый квартал 2012 года составил 15 койко-дней, что на 0,5 койко-дня меньше, чем в 2011 году (15,5 койко-дней). Уровень средней длительности пребывания, в основном, определяет Республиканский детский реабилитационный центр, где находятся тяжелые дети с неврологической патологией, требующей длительной реабилитации.

Отмечается увеличение оборота койки: в первом квартале 2012 года он увеличился до 7 пациентов на койку, что на 2 больше, чем за аналогичный период 2011 года (5 пациентов на койку).

Пациенты с регионов Республики Казахстан составляют основной поток больных, доля их составила 69% (6155 случаев), что на 22% больше, чем за аналогичный период 2010 года (47%).

С каждым годом увеличивается число иностранных пациентов, получивших лечение в клиниках Холдинга. За первый квартал 2012 года доля иностранных пациентов составила 0,75% (69 случаев).

На базе Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи в июне 2011 года был открыт Республиканский координационный центр санитарной авиации.

За первый квартал выполнено 160 вылетов. Оказана медицинская помощь 207 пациентам, 133 пациентов были доставлены в республиканские и областные клиники, оказано на месте медицинской помощи 16 больным, оказано консультаций – 58 пациентам. Санитарной авиацией было произведено внутрирегиональных вылетов – 89, межрегиональных – 43, международных – 1. В структуре причин вызовов неотложные состояния в акушерстве составляют 36%, заболевания детского возраста – 19%, неотложные состояния новорожденных – 11%, травмы – 2% и прочая патология – 32%.

Для развития научно-инновационной деятельности и обеспечение эффективного трансферта технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан в 2012 году в клиниках Холдинга запланировано внедрение 38 инновационных технологий для 5820

пациентов. За первый квартал 2012 года в Национальном научном центре материнства и детства внедрено 4 технологии, такие как: применение нейропротекции у новорожденных с тяжелой асфиксией, разработка дифференциально-диагностического протокола при использовании генно-инженерных биологических препаратов у детей с ревматологическими заболеваниями, диагностика и лечение редких форм эпилепсии у детей раннего возраста, лапараскопическая латеральная фиксация шейки матки. По данным технологиям помощь оказана 22 пациентам.

В целях развития медицинской науки и образования в клиниках Холдинга за первый квартал текущего года проведено 9 образовательных мероприятий (мастер-классов и семинаров), где обучено 368 специалистов, в т.ч. из РК – 42. Прошло обучение 326 специалистов Холдинга, в т.ч. за рубежом – 38. На сегодняшний день продолжают обучение 64 резидентов на базе Холдинга.

За первый квартал 2012 год проведено 2 научно-практических конференций, где участвовали 66 специалистов Холдинга и Республики Казахстан. В республиканских журналах, зарегистрированных в Министерстве образования и науки Республики Казахстан, опубликовано 17 статей. Выполняются 7 научно-технических программ, получены 1 патент и 10 актов внедрения.

Таким образом, основой деятельности дочерних организаций АО «Национальный медицинский холдинг» является внедрение уникальных высоких технологий во всех видах оказываемых медицинских услуг, больничного управления, научной и образовательной деятельности. Для достижения необходимых параметров конкурентоспособности используются лучшие ресурсы, привлекаются высококвалифицированные отечественные и зарубежные кадры, и приобретается необходимое оборудование.

Түйін

"Ұлттық медициналық холдинг" АҚ еншілес ұйымдарының 2012 жылдың I тоқсанындағы қызметінің негізгі көрсеткіштері

*Л.М. Ақтаева, Л.В. Бұйрабекова, Б.А. Жүсіпов,
А.И. Сәйлібаева, З.Т.Хамитова, Т.С. Сұлтангазиев*

Мақалада "Ұлттық медициналық холдинг" АҚ клиникаларының 2012 жылдың I тоқсанындағы қызметінің қорытындылары берілген. Ауруханаларда төсек-орын қорын тиімді пайдалану, ғылыми-инновациялық және білім беру қызметінің, санитариялық авиацияның үйлестіру орталығы жұмысының көрсеткіштері келтірілген.

Summary

Key performance indicators of the National Medical Holding's subsidiary organizations in I quarter of 2012

*L. Aktaeva, L. Byurabekova, B. Zhussipov,
A. Sailybayeva, Z. Khamitova, T. Sultangaziyev*

The article presents the results of work of National Medical Holding clinics' for the first quarter of 2012. The key performance indicators of utilization of hospital beds, research and innovation activities, educational activities, as well as work of sanitary aviation have been presented.

К ВОПРОСУ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОМПОНЕНТАМИ И ПРЕПАРАТАМИ КРОВИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

*к.м.н. Ж.К. Буркитбаев, Н.А. Демин, Т.Н. Савчук, Е.Н. Курганская,
Л.С. Наметова, И.М. Кукеева*

*Научно-производственный центр трансфузиологии, г. Астана, Республиканская
поликлиника КНБ, Военно-медицинский центр КНБ РК*

Введение: Эффективность оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций зависит от своевременной и правильной оценки возможных медико-социальных последствий произошедшей ситуации [1]. Прогнозирование возможных чрезвычайных ситуаций на определенной административной территории и связанных с ними санитарных потерь определяют возможность повышения готовности организаций службы крови к работе в данных условиях [2,3].

Вместе с тем, в настоящее время отсутствуют разработанные нормативные документы по планированию обеспечения компонентами и препаратами крови медицинских организаций при одновременном массовом поступлении пострадавших

Материалы и методы: В связи с этим, нами был проведен анализ последствий различных чрезвычайных ситуаций, произошедших в разное время на территории стран Содружества, и накопленного службами других стран опыта организации трансфузионной терапии при одновременном массовом поступлении пострадавших. Результаты анализа показывают, что наиболее часто чрезвычайные ситуации, имевшие место в странах СНГ, связаны с транспортными катастрофами. Среди них первое место занимают дорожно-транспортные происшествия – 94,2%, на водном транспорте – 3,9%, на авиационном – 1,4%, на железнодорожном – 0,5%.

Наибольшее число пострадавших в одном происшествии зарегистрировано в железнодорожных катастрофах – от 64 до 1000 человек, и в авиационных – от 125 до 258 человек.

В мире ежегодно в среднем происходит до 60 авиакатастроф, из которых в 50% гибнут все пассажиры и экипажи. При наземном происшествии (аварийная посадка с возгоранием), у оставшихся в живых от 40 до 90% отмечались механические травмы, из которых тяжелые повреждения имели до 60% пострадавших.

При железнодорожных катастрофах (столкновения, взрывы, сходы с железной дороги) по среднестатистическим данным 33% составляли погибшие, 40-45% пострадавших нуждались в госпитализации, 20-24% - в амбулаторном лечении. Среднее число пострадавших в одном вагоне при различных факторах травмогенного воздействия может составить порядка 25-60% от числа пассажиров.

Автомобильные аварии по количеству пострадавших самые малочисленные, число пострадавших в них возможно в пределах 5-30 человек.

Химические аварии в 55% случаев совершаются при транспортировке сильнодействующих и ядовитых веществ, а также в 45% случаев на стационарных объектах. При этом, по оперативным расчетным данным у 60-75% пострадавших может быть легкая степень поражения и только у 4-10% тяжелая. На основе анализа 50 случаев химических аварий, произошедших на территории России, согласно исследованиям российских ученых, установлено математическое расчетное ожидаемое число пострадавших, нуждающихся в медицинской помощи, которое может составить 250-350 человек.

При террористических актах (взрывы в домах, метрополитене, поездах, местах массового отдыха) число пострадавших составляло от 13 до 220 человек, без учета безвозвратных потерь.

Анализ полученных статистических данных и практического опыта работы медицинских организаций по организации трансфузионной терапии при террористических актах в России позволяет выработать предварительные рекомендации по планированию обеспечения медицинских организаций компонентами крови и препаратами для оказания медицинской помощи пострадавшему населению при ЧС.

Доля пострадавших, нуждающихся в инфузионной терапии может составить -30%, а в гемотрансфузионной -20%. Ориентировочные расчетные потребности в гемотрансфузионных средствах составляют: СЗП из расчета 1,5 л на пациента, нуждающегося в гемотрансфузии; эритроцитсодержащие компоненты из расчета 1,0 л на пациента, нуждающегося в гемотрансфузионной терапии; альбумин 10% 400 мл на пациента, нуждающегося в гемотрансфузии.

При этом, статистические данные свидетельствуют о том, что, как правило, в первые сутки переливается 60%, вторые - 30% , третьи -10% от общего объема применяемых в лечении компонентов крови.

Выводы:

- 1 Целесообразно в каждом областном центре крови создать неснижаемый запас компонентов крови из расчета первого дня оказания медицинской помощи (60%) в следующих объемах: ЭМ – 20 литров, СЗП – 32 литра, альбумин – 14 литров.
- 2 Остальной объем компонентов пополняется за счет заготовки крови при возникновении ЧС согласно заявок медицинских организаций.
- 3 Учитывая, что поступление пострадавших в стационар будет одномоментным и массовым следует создавать запасы преимущественно компонентов универсальных групп: ЭМ – 0 (I), СЗП – АВ (IV).

Литература:

- 1 «Рекомендуемые нормы расхода компонентов крови», приложение №3 к приказу МЗРК СССР от 12 04. 1990г. №155.
- 2 Мельников А.В. Трансфузиология. 2004г. №2 с. 35-39.
- 3 «Прогнозирование величины и структуры санитарных потерь населения при чрезвычайных ситуациях» «Методические рекомендации ГУ «Центр медицины катастроф МЧС РК. 2010г.

Түйін

Төтенше жағдайлар орын алған кезде медициналық ұйымдарды қанның құрамбөлігімен және препараттарымен қамтамасыз ету мәселесі

к.м.н. Ж.К. Буркитбаев, Н.А. Демин, Т.Н. Савчук, Е.Н. Курганская,
Л.С. Наметова, И.М. Кукеева

Төтенше жағдайлар кезінде жалпы зардап шеккендердің 30% қан құюға мұқтаж болуы мүмкін. Қан құюды қажет ететін емделушіге шаққанда қан құрамбөліктері мен препараттарының болжамдалатын қажеттігі жаңа мұздатылған плазманың 1,5 литрін, эритроциттер бар құрамбөліктердің 1,0 литрін,, 10% альбуминнің 400 мл. құрайды.

Summary

On software and components drugs blood of medical organizations with respect to any emergency

Zh.Burkitbaev, N.Demin, T. Savchuk, Ye. Kurganskaya,
L.Nametova, I.Kukeeva

Percentage of injured people required blood transfusion equals to 30%. Approximate needs of blood components in case of an emergency are as follows: fresh frozen plasma is 1.5 liter per one injured person required blood transfusion, packed red blood cells - 1,0 liter, albumin - 10⁴ by 100 ml each.

АНАЛИЗ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН КАЧЕСТВЕННЫМ МЕТОДОМ SWOT-АНАЛИЗА

*к.м.н. Ж.К.Буркитбаев, С.А. Абдрахманова, Р.З. Магзумова, Б.К. Тусупова,
Ж.Н. Алиева, Г.Ж. Ушатова, Л.С. Наметова, И.М. Кукеева,
Научно-производственный центр трансфузиологии РК
Республиканский диагностический центр,
Республиканская поликлиника КНБ РК,
Военно-медицинский центр КНБ РК*

Введение: Необходимость принятия мер по совершенствованию деятельности службы крови определена Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

В современных условиях необходима правильная стратегия деятельности отечественной трансфузиологической службы, и для направления курса, анализ текущей ситуации и ее оценка.

SWOT-анализ - это одна из важнейших диагностических процедур, используемых консультационными фирмами мира. Кроме того, ее можно и нужно рассматривать как важную для любой организации бизнес-технологию, технологию оценки исходного состояния, незадействованных ресурсов и угроз деятельности предприятия. Методика SWOT-анализа исключительно эффективный, доступный, дешевый способ оценки состояния проблемной и управленческой ситуации в организации. Консультанты рекомендуют регулярно, по крайней мере, раз в год проводить SWOT-анализ деятельности организации собственными силами руководства организации [1-4].

Цель исследования: Выявить внутренние возможности трансфузиологической службы Казахстана и потенциал, на который можно рассчитывать в конкурентоспособности процесса достижения целей.

Материалы и методы: Нами был проведен ситуационный анализ внутренней среды качественным методом SWOT-анализа.

В 2007 году, по поручению Главы государства Н.А. Назарбаева, Правительством Республики Казахстан принята Отраслевая программа развития службы крови. В целях реализации Программы: в 10 регионах страны построены новые Центры крови, оснащенные современным оборудованием, 8 из них – в рамках Программы, в ЮКО и Атырау центры построены вне программы; за 2008-2010 годы в ведущих зарубежных обучающих центрах повысили свою квалификацию порядка 180 специалистов службы крови; усовершенствованы нормативные акты по службе крови; приобретено оборудование для проведения ПЦР-диагностики трансфузионных инфекций, для инактивации компонентов крови; в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 11.02.2011 г. № 111 на базе Центра крови г. Астаны создан Научно-производственный центр трансфузиологии (далее – НПЦТ); условия заготовки в НПЦТ отвечают самым высоким международным стандартам; внедрены технологии аппаратной заготовки компонентов крови, скрининг донорской крови на инфекции полностью автоматизирован; приказом Министра здравоохранения РК НПЦТ определен базой для реализации компонента В4 «Развитие службы крови» совместного проекта Всемирного банка и Правительства РК по институциональной реформе здравоохранения и трансферту технологий; в соответствии с протокольным решением совещания у Премьер-Министра Республики Казахстан от 21 января 2010 года № 20-5/И-56 Центр крови г.Астана определен научно-производственной базой для координации деятельности службы крови РК и развития производства препаратов крови; тенденция роста показателей донорства; в связи с ростом показателей донорства выросли и показатели заготовки крови; на национальном

уровне отсутствует программа по развитию и поддержке донорского движения, отменены льготы и преференции для почетных доноров, предлагаемая компенсация энергетических затрат донора не соответствует необходимому уровню; в регионах финансовая поддержка пропаганды донорства со стороны местных исполнительных органов носит локальный, бессистемный характер (только в двух регионах – Акмолинской и Западно-Казахстанской областях – маслихатами приняты решения о дополнительном выделении средств на компенсацию энергетических затрат доноров при сдаче крови); отсутствует практика благотворительности и социальной ответственности со стороны бизнеса (администрация предприятий, где работают доноры, зачастую противодействуют участию своих работников в донорстве); средства массовой информации вместо информационного содействия приняли тактику нападения, формируя в обществе необоснованный страх перед трансфузионной терапией и негативное отношение к службе крови; несовершенство системы контроля качества компонентов крови, отсутствие референс-лаборатории; с 2012 года НПЦТ получила аккредитацию на научную деятельность и базовое и целевое финансирование; с 2012 года начато обучение курса трансфузиологии на бюджетной и договорной основе для врачей и средних медицинских работников.

Распределяем изученные факторы по группам в четырехпольной табл.1: сильные и слабые стороны трансфузиологической службы Республики Казахстан, его возможности и угрозы.

Таблица 1- Результаты качественного SWOT-анализа трансфузиологической службы Республики Казахстан

Сильные стороны	Благоприятные возможности
<ol style="list-style-type: none"> 1. Финансирование по нескольким статьям 2. Большая мощность НПЦТ 3. Низкий % износа оборудования 4. Наличие аккредитации научной деятельности 5. Наличие образовательной деятельности курса трансфузиологии, постдипломное образование в НПЦТ 6. Высокая потребность гемопродукции 7. Наличие вивария 8. Создание ОО «Капля жизни», способствующей активному привлечению населения к донорству. 9. Оказание платных медицинских услуг 10. Наличие многопрофильных медицинских организаций, нуждающихся в продукциях службы крови. 11. Создание Научно-производственного центра трансфузиологии, обладающего высокопрофессиональным кадровым потенциалом, в т.ч. научным, для проведения анализа деятельности службы крови республики и выработки соответствующих проектов управленческих решений, направленных на ее дальнейшее совершенствование 12. В 10 регионах страны, с учетом состояния имеющихся помещений, построены новые центры, оснащенные современным оборудованием, в оставшихся регионах осуществляется дооснащение действующих центров крови. 13. В течение последних 3-х лет 180 специалистов службы крови имели возможность повысить свою квалификацию в институтах и центрах крови ближнего и дальнего зарубежья. 14. В развитие положений Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» приняты нормативные акты, регулирующие деятельность службы 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение безопасности трансфузионной терапии путем внедрения двухступенчатого скрининга (ИФА, ПЦР). 2. Наличие реальных потребителей продукции и услуг 3. Увеличение оказания платных услуг, в т.ч. образовательной деятельности 4. Повышение заработной платы за счет оказания платных услуг 5. Привлечение выпускников из медицинских институтов и училищ 6. Увеличение количества среднего медперсонала имеющего квалификационную категорию и сертификат специалиста 7. Получение грантов для научных исследований 8. Заинтересовать молодых врачей соцпакетами (арендное жилье, подъемные). 9. Обеспечение центров крови автономной системой энергоснабжения 10. Совершенствование системы госзакупок, акцент на качество товаров, работ и услуг. 11. Создание и обеспечение единой информационной базой по всем донорам на территории РК, электронного документооборота между всеми медицинскими организациями и центрами крови в РК 12. Отсутствие производств по

<p>крови. 15. Регулярное повышение квалификации сотрудников без отрыва от производства 16. Компьютеризация рабочих мест 17. Хорошие условия для работников и доноров - евроремонт в большинстве структурных подразделений</p>	<p>переработке компонентов крови в препараты крови. 13. Ограниченный срок хранения некоторых компонентов крови. 14. Внедрение новых диагностических технологий и исследований.</p>
Слабые стороны	Угрозы
<p>1. Заработная плата персонала низкая 2. Нагрузка на персонал высокая 3. Низкий % медсестер имеющих сертификаты и квалификационные категории 4. Высокий коэффициент совместительства среди среднего и младшего медперсонала (=1,3) 5. Недостаточное финансирование службы крови, препятствующее широкому внедрению инновационных технологий в области внедрения лейкофильтрации, карантинизации, вирусной инаktivации компонентов крови. 6. Отсутствие действующих стандартов, требований к материально-технической базе, в результате чего используются оборудование, реактивы, тест-системы различных производителей, что приводит к отсутствию единой централизованной сервисной службы для поддержания оборудования в хорошем техническом состоянии. 7. Недостаточная укомплектованность и старение врачебных кадров, недостаточное владение иностранными языками. 8. Недостаточно эффективная система возмещения энергетических затрат и поощрения доноров 9. Недостаток средств на агитационно-просветительскую работу по пропаганде донорства 10. Недостаток научных кадров, обученных за рубежом менеджменту научных исследований</p>	<p>1. Текучесть медперсонала и низкая мотивация 2. Высокая заработная плата у конкурентов 3. Иски со стороны пациентов 4. Низкая платежеспособность населения 5. Увеличение количества конкурентов 6. Инертность врачей и медицинских сестер к переменам во врачебной и сестринской практике 7. Перебои в снабжении электроэнергией 8. Наличие «сероокна» у ГТИ (геотрансмиссивных инфекции) 9. Снижение донорской активности населения 10. Возможное увеличение тенденции роста ВИЧ/СПИД, гепатитов типа «В», «С», сифилиса и наркомании среди населения РК. 11. Слабая рекламная деятельность платных услуг</p>

Вывод: Исходя из числа факторов, сильные стороны преобладают над слабыми, а возможности - угрозам. Эффективное управление позволит создать конкурентоспособность службы в целом.

Литература

- 1 Лебедев А.А. Введение в маркетинг / экономика и управление здравоохранением / под.ред. Ю.П.Лисицина. М., 1993.
- 2 Васнецова О.А. Маркетинг в здравоохранении // Управление здравоохранением. №2, 2001.
- 3 Токарев В. Применение SWOT-анализа при разработке стратегии фирмы. // Управление компанией. 2002, №3. С. 18-20.
- 4 Управление организацией: Учебник. / Под ред. А.Г. Поршнева, З.П. Румянцевой, Н.А. Саломатина. М., 1999.

Түйін

SWOT-анализінің сапалы әдісімен Қазақстан Республикасының трансфузиологиялық қызметін талдау

Ж.К. Буркитбаев, С.А. Абдрахманова, Р.З. Магзумова, Б.К. Тусупова, Ж.Н. Алиева, Г.Ж. Ушатова, Л.С. Наметова, И.М. Кукеева

Қазақстанның трансфузиологиялық қызметінен алынған анализ нәтижесінде факторлар есебінен қарағанда күшті жақтары әлсіз жақтарының үстімен өтеді, ал мүмкіндіктері – қарсылықтарға. Маңызды басқару тұтастай қызметтің бәсекелестігін құуға мүмкіндік береді.

Summary

Analysis of transfuziology service in the Republic of Kazakhstan by quality SWOT-analysis

Zh. Burkitbaev, S. Abdrakhmanova, R. Magzumova, B. Tussupova, J. Aliyev, G. Ushatova,
L. Nametova, I. Kukeeva

Based on the number of factors derived from the analysis transfuziology services in Kazakhstan, the strengths outweigh weaknesses, and opportunities - threats. Effective management will create a competitive service as a whole.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

Н.А. Демин

Научно- производственный центр трансфузиологии, г.Астана

Введение: Доноры крови являются типичными представителями общей популяции населения и потому имеют риск инфицирования ВИЧ. Уровень распространения ВИЧ среди доноров крови обусловлен уровнем распространения ВИЧ в общей популяции населения. В этих условиях чрезвычайно важно проведение мероприятий, направленных на предупреждение передачи ВИЧ через донорскую кровь и ее компоненты [1,2].

Известно, что положительный эффект в этой чрезвычайно важной работе может быть обеспечен лишь при комплексном подходе проведения профилактических, диагностических и специальных технологических мероприятий [3].

Целью исследования является анализ текущей ситуации распространенности ВИЧ среди доноров крови по г.Астана.

Материалы и обсуждения: На первом этапе отбора доноров по результатам проверки информационной базе данных единого донорского центра (ЕДЦ) анализа анкеты донора, врачебного обследования донора и собеседования в Научно-производственном центре трансфузиологии (НПЦТ), г.Астана отводится порядка 13-14% лиц обратившихся для сдачи крови.

Наибольшее значение в выявлении ВИЧ-инфицированных донорах и дальнейшего их отстранения имеет тестирование донора и каждой кроводачи на антитела к ВИЧ-1, 2. При этом валидация методов исследования, чувствительности и специфичности диагностических тест-систем и особенно диагностической аппаратуры исключает влияние на результат, тестирования человеческого фактора. Поэтому в лаборатории диагностики трансфузионных инфекций НПЦТ для тестирования ВИЧ используются методы ИФА, ИХЛА, а с июля 2010 года метод ПЦР.

Для проведения исследований методами ИФА, ИХЛА используются полуавтоматические системы Architect I 200 SZ (ABBOT), автоматический ИФА-анализатор Fzeedon Evolysez 150/418 (TECAN). Для исследования методом ПЦР используются система режима реального времени COBAS Roche.

Скрининг донорской крови проводится на высокочувствительных диагностических тест-системах производства ABBOT, Bio-RAD и Roche. Все скрининговые исследования проводится в автоматическом режиме. Подбор таких аппаратов и диагностических тест-систем обеспечивает надлежащее качество лабораторных исследований, минимизируя получения ложно отрицательных результатов, что при скрининге донорской крови имеет приоритетное значение (таб.1).

Таблица 1 - Результаты исследования на антитела к ВИЧ доноров крови по г. Астана

Годы	Число	Число первично	% от общего	Подтвержденных	%
------	-------	----------------	-------------	----------------	---

	протестированных	положительных	числа обследованных	в иммуноблоте	выявленных
2006	30991	89	0,28	1	0,003
2007	29856	153	0,51	4	0,01
2008	27684	69	0,24	1	0,003
2009	35578	132	0,37	8	0,02
2010	43210	108	0,25	3	0,006
2011	47106	63	0,13	9	0,02

Выявление ВИЧ- инфицированных среди лиц, обратившихся для сдачи крови за анализируемый период не превысило 0,02% . Динамика выявления ВИЧ в общей популяции населения г. Астаны и среди доноров характеризуется (таб.1) заметной тенденцией прироста вновь выявленных ВИЧ-инфицированных. Данные показатели обуславливают необходимость эффективности мероприятий по отбору донорских кадров на этапе долабораторного тестирования.

Применение метода ПЦР в скрининге донорской крови позволило минимизировать получение ложноотрицательных результатов, что является очень важным в обеспечении безопасности донорской крови и ее компонентов. При проведении ПЦР исследований отрицательных сывороток прошедших скрининг методом ИФА в 2010г. были повторно выявлены – 10 образцов с положительными результатами, по итогам 2011 года – составило 31. В тоже время, эти данные свидетельствуют, что к донорству обращаются не только здоровые лица, но и серопозитивные.

Дальнейшие мероприятия повышения безопасности крови осуществляется на этапе заготовки, применение лейкофилтрации в процессе производства компонентов и специальных методов обработки готовых компонентов – карантинизации и инактивации вирусов.

В НПЦТ вся эритроносодержащая продукция выдаваемая в медицинские организации в 100% случаях подвергается лейкофилтрации.

Карантинизация как метод повышающий безопасность компонентов крови проводится с 2007 года и в 2010-2011 годах достигла 3,5-4,0 тысяч литров, при этом доля карантинизированной СЗП выданной в медицинские организации составила 31,0 %, а лейкофилтрированной- 37,4%.

Инактивация вирусов в компонентах крови в г. Астана проводится с 2010 года и по итогам 2011 года в медицинские организации выдано вирусинактивированной СЗП 37,8%, концентрата тромбоцита -78,7%.

Таким образом, вся гемопродукция произведенная НПЦТ медицинским организациям г. Астаны выдается в 100% прошедшей специальные методы обработки - лейкофилтрацию, карантинизацию, инактивацию вирусов.

Выводы: Необходимо дальнейшее совершенствование единой информационной базы на лиц с постоянными противопоказаниями в донорству в целом по Республике Казахстан. Необходимо внедрение в тестирование доноров, скрининг донорского крови диагностического лабораторного оборудования и аппаратуры с автоматическим режимом исследования и выдачи результатов и высокочувствительных тест-систем. Для увеличения объемов лейкофилтрации и вирус инактивации важно обеспечение достаточного финансирования Центров крови.

Литература:

- 1 Приказ МЗ РК от 06.11.2009г. №666 «Об утверждении номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения и реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».
- 2 Приказ МЗ РК от 10.11.2009г. №680 «Об утверждении Правил медицинского обследования доноров перед сдачи крови (донацией) и ее компонентов».
- 3 А.В. Корякин. Ситуация с обеспечением вирусной безопасности продуктов донорской крови в Российской Федерации. Инф. веб портал «Всероссийское общество гемофилии » 2009г.

Түйін

Донарлар арасында адамның имундық тапшылығы вирусының таралуы және қан құрамбөліктерінің қауіпсіздігін қамтасыз ету

Н.А. Демин

Трансфузияға мұқтаж зардап шеккендердің үлесі 30%-ды құрауы мүмкін. Төтенше жағдайлар пйда болған кезде қан компоненттері мен препараттарының болжамды қажеттілігі: қан құюды қажет ететін пациентке шаққанда жаңа мұздатылған плазма 1,5 литрді, қан құюға мұқтажға шаққанда эритроциттер массасы 1,0 литрді, 10% альбумин 400 мл-ді құрайды.

Summary

Prevalence of HIV among blood donors and security of blood components

N.DEMIN

Percentage of injured people required blood transfusion equals to 30%. Approximate needs of blood components in case of an emergency are as follows: fresh frozen plasma is 1.5 liter per one injured person required blood transfusion, packed red blood cells - 1,0 liter, albumin - 10 by 400 ml each.

УДК 616.241.2-3

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Ф. Деньгуб¹, Л.Е. Рыскельдинова¹, Р.О. Молдабекова¹, М.Ж. Бисимбаева²

¹Больница Медицинского центра УДП РК,

²Республиканский Национальный центр неотложной помощи

Врачебные ошибки, их частота, характер и причины, являясь предметом исследования медицинской эрологии, продолжительное время служат объектом анализа и изучения со стороны руководителей учреждений здравоохранения, экспертов страховых компаний, и реже психологов [1].

При обзоре литературы было выявлено, что в настоящий момент наиболее полно изучены вопросы врачебных ошибок в условиях стационара и поликлиник. Причина медицинских ошибок, возникающих на этапе оказания скорой медицинской помощи в условиях тройного дефицита: времени, информации и ресурсов, а также стрессового характера работы, - изучена мало и недостаточно освещена в отечественной литературе [2].

Изучение роли причин возникновения ошибок показало, что на долю субъективных ошибок приходится 13,8% от их общего числа. Наибольшее значение для возникновения субъективных ошибок имеют профессионально-психологические факторы (перемена места работы, профиля работы, должности) и сложный характер врача [3].

Большое значение придается характерологическим особенностям личности врача, напрямую связанным с его профессиональной пригодностью для работы в специфических условиях скорой медицинской помощи, в том числе так называемая профессиональная деформация личности врача.

Так, например, в начале 90-х годов в городе Астане был проведен своеобразный эксперимент. В зимний период, в период эпидемии гриппа на работу на станцию скорой помощи была направлена группа врачей-терапевтов из стационаров и поликлиник, ранее не работавших на станции скорой медицинской помощи. Каждый из них, несмотря на солидный стаж работы и специально проведенный предварительный инструктаж по скорой помощи, допустил ряд тактических и диагностических ошибок, превосходивших по частоте

встречаемости и тяжести таковые у постоянно работающих на станции скорой медицинской помощи врачей.

Таким образом, попытки использовать на станции скорой помощи врачей других специальностей без предварительной психологической подготовки и стажировки окончились неудачно.

В связи с этим была выдвинута рабочая гипотеза: сочетание определенных качеств личности врача может повлиять на принятие им неверного решения и привести к возникновению ошибки.

В рамках проверки правильности данной гипотезы были использованы методики, наиболее подходящие для психологического исследования в условиях дефицита времени у врача: на умение слушать; на адекватность самооценки; на стратегию поведения в конфликтных ситуациях; на уровень субъективного контроля; многопрофильный опросник личности.

Исследование проводилось у случайно выбранных врачей линейных бригад и бригад интенсивной терапии станции скорой медицинской помощи г. Астаны.

В результате исследования выявились качества личности врача, влияющие на возникновение врачебных ошибок: низкий уровень аудирования (неумение выслушать и адекватно воспринять вербальную информацию); неадекватная оценка себя и своих возможностей; отсутствие гибкости в выполнении социальных установок и преодолении психологических барьеров; неумение выбрать индивидуальную тактику оказания экстренной медицинской помощи; склонность к риску, беспечность, предпочтение собственных решений установленным алгоритмам действий. Агрессивность по отношению к окружающим; неадекватный выбор стратегии поведения в разрешении конфликтных ситуаций.

Сочетание именно этих качеств личности врача способствует принятию неверного решения и может привести к возникновению врачебной ошибки, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. При приеме на работу на должность врача, фельдшера выездной бригады скорой помощи целесообразно проведение комплексной оценки личностных качеств при помощи специально подобранных методик (тестов) специалистом – психологом;
2. Важно проведение психологического консультирования по оказанию помощи в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем как в обычных, так и, особенно, в кризисных ситуациях, а также тренингов по психокоррекции.
3. В программы подготовки медицинского персонала скорой медицинской помощи необходимо включать вопросы медицинской, социальной психологии и конфликтологии. Приобретение знаний в области психологии дает дополнительные возможности для предупреждения врачебных ошибок у выездного персонала скорой медицинской помощи.

Литература

- 1 Мещерская Л.А. Социально-гигиеническая оценка качества организации скорой медицинской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004. – 18 с.
- 2 Немытова Л.Л. Психологическая подготовка персонала скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. - 2003. - №3. – С. 42-43.
- 3 Дубицкий А.А. Портрет врача скорой помощи XXI века. – Астана медициналык журналы. – 2011. - №5. – С. 16-18.

Түйін

Ауруханага жатқызуға дейінгі кезеңде жедел медициналық жәрдем көрсету сапасына әсерін тигізетін факторлар

В.Ф. Деньгуб, Л.Е. Рыскельдинова, Р.О. Молдабекова, М.Ж. Бисимбаева²

Ауруханаға жатқызуға дейін жедел медициналық жәрдем көрсету кезінде жіберілетін қателердің себептерін зерделеу жалпы қателердің 13,8% субъективті қателерге жататынын көрсетті. Жеке қателердің пайда болуының негізгі себебі - кәсіби-психологиялық факторлар және дәрігер жұмысының күрделілігі.

Summary

The factors influencing quality of rendering of the emergency medical service at the pre-hospital stage

V.Dengub, L.Riskeldinova, R.Moldabekova, M.Bissimbaeva

Studying of a role of the reasons of emergence of mistakes showed that 13,8 % are the share of a share of subjective mistakes from their total number. For emergence of subjective mistakes professional and psychological factors and difficult kind of work of the doctor have the greatest value.

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА ОТ ТРАВМ ГОЛОВЫ

д.м.н., профессор Н.С. Игусинов^{1,2}, докторант PhD С.А. Сыздыков²,

*¹Институт общественного здравоохранения
АО «Медицинский университет Астана»*

²ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана

Введение. Уровень смертности зависит от социально-экономического развития страны, благосостояния населения, развития системы здравоохранения, доступности медицинской помощи и т.д. [1]. Анализ динамики показателей смертности дает возможность учесть влияние различных факторов на ее изменения. Безопасное и устойчивое развитие любой страны зависит от динамики демографического развития, поскольку население страны представляет как цель, так и фактор развития [2]. При этом изучение смертности населения от травм имеет особую медико-социальную значимость.

В настоящей статье проанализированы показатели смертности населения республики от травм головы.

Материал и методы исследования. Исследование ретроспективное. Изучаемый период составил 8 лет (2004-2011 гг.). Используются данные Агентства Республики Казахстан по статистике о смертности от травм головы (таблица С51) и численности населения [3, 4, 5].

По общепринятым методам санитарной статистики [6, 7] вычислены экстенсивные, интенсивные, стандартизованные (мировой стандарт) и выравненные показатели смертности населения от травм головы. Динамика показателей смертности изучена за 8 лет, при этом тренды определены методом наименьших квадратов. Определены среднегодовые значения (M), средняя ошибка (m), критерий Стьюдента, 95% доверительный интервал (95% ДИ), среднегодовые темпы прироста (T_{пр}, %) и убыли (T_{уб}, %).

Результаты и обсуждение. За изучаемый период в республике умерло 31 941 человек от травм головы. Распределение по возрастным группам представлено на рисунке 1. При этом наибольший удельный вес умерших приходится на возраст до 30 лет – 33,8%.

Среднегодовой возраст умерших от травм головы составил 37,9±0,2 года (95% ДИ=37,4-38,3 года). При этом отмечена незначительная тенденция к увеличению данного показателя (T_{пр}=+0,1%).

Среднегодовой показатель смертности населения республики от травм головы составил 25,7±1,7⁰/₀₀₀₀ (95% ДИ=22,5-29,0⁰/₀₀₀₀).

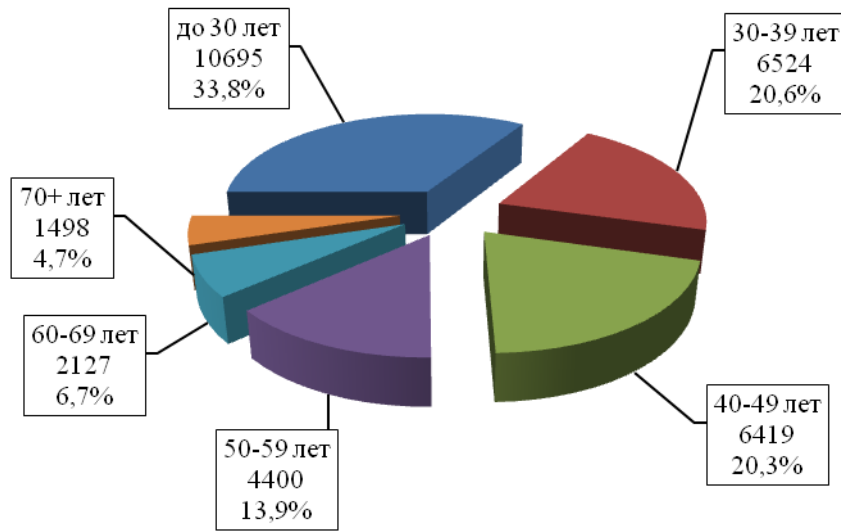


Рисунок 1 – Абсолютное число и удельный вес умерших от травм головы в Казахстане за период 2004-2011 гг.

В динамике показатели смертности от травм головы имели тенденцию к снижению с $27,5 \pm 0,4^0/0000$ (2004 г.) до $18,9 \pm 0,3^0/0000$ в 2011 году. Выравненные показатели смертности также снижались. При этом среднегодовой темп убыли составил $T_{y6} = -5,0\%$ (рисунок 2).



Рисунок 2 – Динамика показателей смертности населения Казахстана от травм головы за 2004-2011 гг.

Возрастные показатели смертности от травм головы имели унимодальный рост с пиком в 40-49 лет – $37,5 \pm 2,5^0/0000$ (95% ДИ=32,5-42,5⁰/0000). Выравненные показатели смертности в данной возрастной группе имели тенденцию к снижению $T_{y6} = -6,1\%$ (таблица 1).

Таблица 1 – Среднегодовые возрастные показатели смертности населения Казахстана от травм головы за 2004-2011 гг.

Возрастные группы, лет	Смертность, ⁰ /0000	T_{y6} , %
------------------------	--------------------------------	--------------

	M±m	95% ДИ	
до 30	16,6±1,3	14,1-19,1	-4,8
30-39	36,2±2,4	31,4-40,9	-4,4
40-49	37,5±2,5	32,5-42,5	-5,8
50-59	37,1±2,4	32,4-41,8	-6,2
60-69	30,8±1,4	28,1-33,5	-4,0
70+	26,3±1,4	23,5-29,2	-4,4
Всего	25,5±1,6	22,3-28,7	-5,0

В остальных возрастных группах показатели смертности снижались: у лиц до 30 лет – $T_{y6}=-4,8\%$, 30-39 лет – $T_{y6}=-4,4\%$, 50-59 лет – $T_{y6}=-6,2\%$, 60-69 лет – $T_{y6}=-4,0\%$ и в 70 лет и старше – $T_{y6}=-4,4\%$ (таблица 1).

С целью элиминирования возрастного состава населения республики были вычислены стандартизованные показатели (мировой стандарт). Так, среднегодовой стандартизованный показатель смертности населения от травм головы составил $24,7\pm 1,6^0/0000$ (95% ДИ=21,6-27,8⁰/0000). В динамике стандартизованный показатель имел тенденцию к снижению с $26,7\pm 0,4^0/0000$ (2004 г.) до $18,3\pm 0,3^0/0000$ в 2011 году. При выравнивании показателей также отмечена тенденция к снижению ($T_{y6}=-5,0\%$) (рисунок 3).



Рисунок 3 – Динамика стандартизованных показателей смертности населения Казахстана от травм головы за 2004-2011 гг.

Выводы: Средний возраст умерших от травм головы имели тенденцию к «старению».

Среднегодовой грубый показатель смертности всего населения республики от травм головы составил $25,5\pm 1,6^0/0000$ и в динамике имел тенденцию к снижению ($T_{y6}=-5,0\%$). Высокие показатели смертности установлены у лиц в 40-49 лет ($37,5\pm 2,5^0/0000$). Тренды возрастных показателей смертности снижались. При этом наиболее выраженное снижение показателей было установлено в возрастных группах 40-49 лет и 50-59 лет, где среднегодовые темпы убывали составили $T_{y6}=-5,8\%$ и $T_{y6}=-6,2\%$ соответственно.

Среднегодовой стандартизованный (мировой стандарт) показатель смертности от травм головы ($24,7\pm 1,6^0/0000$), практически не отличался от грубого показателя смертности, что говорит об однородности возрастного состава республики и мира.

Выяснение региональных особенностей смертности от травм головы в Казахстане с

учетом влияния различных эндогенных и экзогенных факторов риска будет приоритетом наших будущих исследований.

Литература

- 1 Вунш Г. От смерти к ее причине. Сборник статей. Под ред. Денисенко М.Б., Бахметовой Г.Ш. – М., 2007. – С. 11-43.
- 2 Кузьмин А.И. Курс лекций «Основы демографии» – М, 2003. – 440 с.
- 3 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548с.
- 4 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астана, 2007. –392с.
- 5 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
- 6 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л.: Медицина, 1974. – 384с.
- 7 СтентонГланц. Медико-биологическая статистика. – М., 1999 – 460с.

Түйін

Бас жарақаты салдарынан Қазақстан халқы арасындағы өлім-жітімнің көрсеткіші

Н.С. Игісінов, Б.А. Сыздықов

2004-2011 жылдар арасында бас жарақаттарынан 31 941 адам қайтыс болды. Бас жарақаттары салдарынан болатын өлім-жітімнің үдемелі (интенсивті) көрсеткіші $25,7 \pm 1,7^{0/0000}$, ал дүниежүзілік көрсеткіш $24,7 \pm 1,6^{0/0000}$ құрады. Жас ерекшелігі бойынша өлім-жітімнің ең жоғары көрсеткіші - $37,5 \pm 2,5^{0/0000}$ 40-49 жастағы адамдар арасында анықталды. Сондай-ақ жас ерекшелігі бойынша өлім-жітім көрсеткішінің трендтері төмендегені байқалды. Осы ретте көрсеткіштердің ең айқын төмендегені 40-49 жастағы ($T=-5.8\%$) және 50-59 жастағы ($T=-6.2\%$) топтар арасында белгіленді.

Summary

The mortality from head injuries in Kazakhstan

N.Igissinov, B.Syzdykov

31,941 people died from head injuries for 8 years (2004-2011). It is found that the crude rate of head injuries mortality was $25.7 \pm 1.7^{0/0000}$, a world standard was $24.7 \pm 1.6^{0/0000}$. The peak age rate mortality between the ages 40-49 years – $37.5 \pm 2.5^{0/0000}$. Trends in mortality, both overall and by age groups declined. In this case, the highest rate of decline were 40-49 ($T=-5.8\%$) and 50-59 ($T=-6.2\%$).

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В КАЗАХСТАНЕ

д.м.н., профессор Н.С. Игісінов^{1,2}, докторант PhD С.А. Сыздықов²,

¹Институт общественного здравоохранения

АО «Медицинский университет Астана»

²ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана

Введение. В последние десятилетия в большинстве стран наблюдается значительное увеличение числатравматических повреждений груди, в частности автотранспортных. По относительной частоте случаи травмы груди (20-25%) занимают третье место послеповрежденийконечностей (41,3%) и головы (32,5%) [1, 2, 3].В мирное времяпострадавшиеес травмой груди составляют 8-10% среди всех случаев механических повреждений. Социальная значимость травмы груди определяется тем, что почти $\frac{3}{4}$ пострадавших составляют лица активного трудоспособного возраста – от 20 до 50 лет. По данным судебно-медицинских исследований травма груди является причиной смерти у 43% погибших от механических повреждений [4, 5]. Изучение смертности от травм, в частности от травм грудной клетки, представляют собой научный и практический интересы.

Цель исследования: провести анализ смертности от травм грудной клетки у всего населения в целом по республике.

Материалы и методы. Источником информации послужили данные из таблицы С51 Агентства Республики Казахстан по статистике, также были использованы данные о численности населения республики [5, 6]. Изучаемый период составил 8 лет (2004-2011 гг.) и от травм грудной клетки умерло 14 225 человек. При анализе были использованы общепринятые методы медико-биологической статистики [7]. Определены среднегодовые значения (M), средняя ошибка (m), критерий Стьюдента, 95% доверительный интервал (95% ДИ), среднегодовые темпы прироста ($T_{пр}$, %) и убыли ($T_{уб}$, %).

Результаты и обсуждение. Средний возраст умерших от травм грудной клетки составил $39,1 \pm 0,3$ года, а в динамике при выравнивании имел тенденцию к росту – среднегодовой темп прироста: $T_{пр} = +0,4\%$ (рисунок 1).

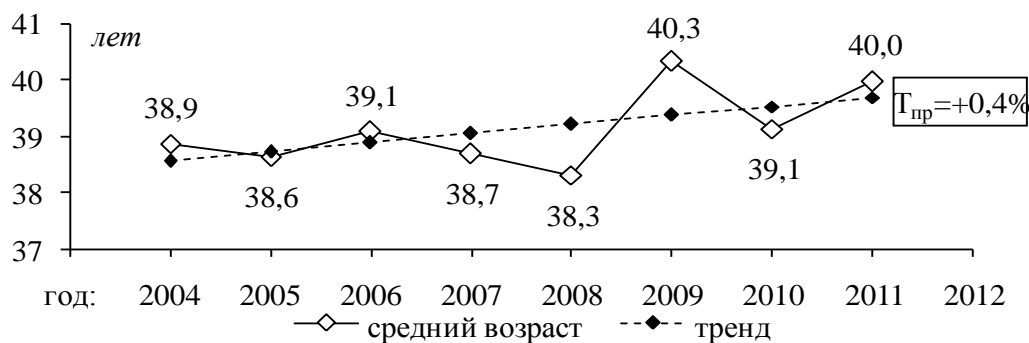


Рисунок 1 – Динамика среднего возраста умерших от травм грудной клетки в Казахстане за 2004-2011 гг.

Анализ возрастных показателей смертности населения от травм грудной клетки выявил унимодальный рост и пик приходился на возрастную группу 30-39 лет – $18,6 \pm 1,5^{0/0000}$ (рисунок 2).

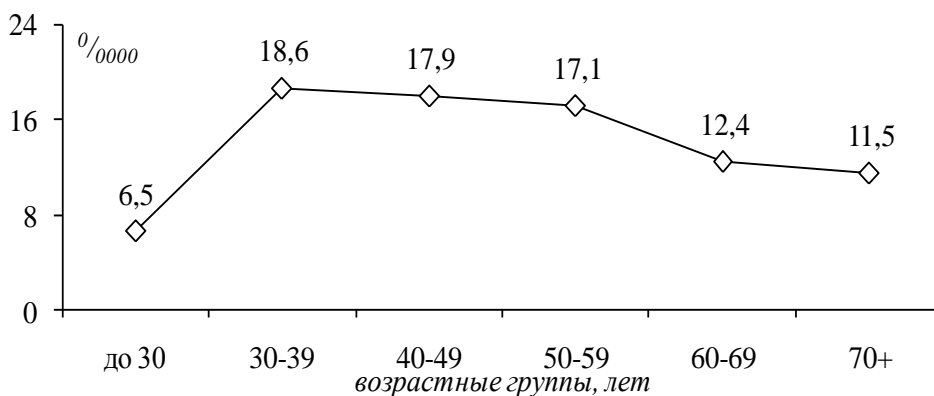


Рисунок 2 – Возрастные показатели смертности от травм грудной клетки в Казахстане за период 2004-2011 гг.

Среднегодовой грубый показатель смертности населения республики от травм грудной клетки за изучаемые годы составил $11,4 \pm 0,9^{0/0000}$. Мировой стандарт был ниже грубого и составил $10,9 \pm 0,9^{0/0000}$, а европейский наоборот был выше грубого показателя – $12,1 \pm 1,0^{0/0000}$. Различия в между указанными показателями смертности не были статистически значимыми ($p > 0,05$), поскольку их 95% ДИ накладывались друг на друга (рисунок 3).

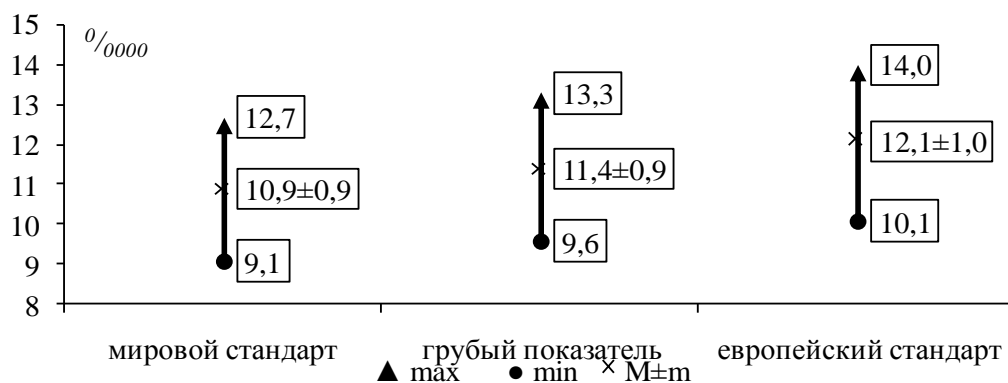


Рисунок 3 – 95% ДИ показателей смертности от травм грудной клетки в Казахстане за период 2004-2011 гг.

В динамике показатели смертности от травм грудной клетки снижались. При выравнивании также установилось снижение, при этом среднегодовые темпы прироста грубого показателя, мирового и европейского стандартов составили соответственно $T_{y6} = -7,7\%$, $T_{y6} = -7,8\%$ и $T_{y6} = -7,7\%$.

Анализ трендов возрастных показателей смертности от травм грудной клетки показал, что наблюдается снижение во всех изучаемых группах. При этом, тренды выровненных показателей смертности у лиц до 30 лет и 50-59 лет имели выраженные среднегодовые темпы убыли, $T_{y6} = -8,4\%$ и $T_{y6} = -9,1\%$ соответственно (таблица 1).

Среднегодовые темпы убыли смертности от травм грудной клетки в старших возрастах 60-69 лет ($T_{y6} = -5,4\%$) и 70 лет и старше ($T_{y6} = -5,5\%$) были менее выраженными по сравнению с другими возрастными группами.

Таблица 1 – Выровненные возрастные показатели смертности от травм грудной клетки в Казахстане за 2004-2011 гг.

Возрастные группы, лет	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	$T_{y6}, \%$
до 30	8,5	7,9	7,4	6,8	6,3	5,7	5,1	4,6	-8,4
30-39	23,8	22,3	20,8	19,4	17,9	16,4	14,9	13,4	-7,9
40-49	22,4	21,1	19,8	18,5	17,2	16,0	14,7	13,4	-7,0
50-59	22,6	21,0	19,4	17,9	16,3	14,7	13,1	11,5	-9,1
60-69	14,8	14,1	13,4	12,7	12,1	11,4	10,7	10,0	-5,4
70+	13,7	13,1	12,4	11,8	11,1	10,5	9,8	9,2	-5,5

Выводы: Средний возраст умерших от травм грудной клетки составил $39,1 \pm 0,3$ года и в динамике отмечен рост данного показателя. Возрастные показатели имели пик смертности в 30-39 лет. Высокие тренды снижения смертности от травм грудной клетки установлены у лиц до 30 лет ($T_{y6} = -8,4\%$) и в 50-59 лет ($T_{y6} = -9,1\%$). Стандартизованные показатели смертности были следующими: мировой – $10,9 \pm 0,9$ ‰/0000 и европейский – $12,1 \pm 1,0$ ‰/0000, тренды которых в динамике также снижались.

Полученные результаты рекомендуются использовать органам здравоохранения республики для совершенствования мероприятий по снижению смертности от травм грудной клетки.

Литература:

- 1 Ruskey J. Unusual subclavian artery lacerations resulting from lap shoulder seatbelt trauma: Case reports // J. Trauma. 1989. – Vol. 29. – P. 1598-1600.
- 2 Hill J.R., Mackay G.M., Morris A.P. Chest and abdominal injuries caused by seat belt loading // Accid. Anal. Prev.

1994. –Vol.26. –P. 11.

3 Kraus J.F.,Peek-AsaC.,Cryer H.G. Incidence, Severity, and Patterns of Intrathoracic and Intraabdominal Injuries in Motorcycle Crashes // J. Trauma. 2002. –Vol.52, № 3. –P. 548-553.

4 ВагнерЕ.А. Лечение поражённых в грудь нагоспитальном этапе. –Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 1994. – 200 с.

5 Burkhart H.M. Gomez G.A., Jacobson L.E., Pless J.E., BroadieT.A. Fatal Blunt Aortic Injuries: A Review of 242 Autopsy Cases // J. Trauma. – 2001. –January. – Vol. 50, № 1. – P. 113-115.

6 Официальный сайт Агентства РК по статистике: www.stat.kz

7 ГланцС. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.

Түйін

Қазақстан бойынша кеуде қуысы жарақаттарынан өлім көрсеткішін талдау

Н.С. Игісінов, Б.А. Сыздықов

Бұл мақалада Қазақстан халқы арасында кеуде қуысы жарақаттары салдарынан өлім-жітім көрсеткішіне жүргізілген талдау ұсынылған. 2004-2011 жылдар арасында аталған патология салдарынан қайтыс болғандар туралы мәліметтер сарапталды. Өлім-жітім көрсеткіштері анықталып, олардың динамикадағы өзгерістері бағаланды. Кеуде қуысы жарақаттары салдарынан қайтыс болғандардың орташа жасы – 39,1. Өлім-жітімнің үдемелі көрсеткіші барлық қайтыс болғандардың 100 000-на 11,5 ті құрады, ал жас ерекшеліктері көрсеткішін талдау қорытындысы бойынша жоғарғы көрсеткіш - 18,6⁰/₀₀₀₀. 30-39 жас арасында анықталды. Өлім-жітімнің стандартты көрсеткіштері: дүниежүзілік стандарт – 10,9⁰/₀₀₀₀ және еуропалық – 12,1⁰/₀₀₀₀. Динамикада өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеуі байқалды.

Summary

Analysis of mortality of chest injuries in Kazakhstan

N.Igissinov, B. Syzdykov

Article presents an analysis of chest injuries mortality in Kazakhstan. Data on death from this disease was analyzed in recent years (2004-2011). Mortality rates, estimated changes in their dynamics were calculated. It is established that the average age of death from chest injuries was 39.1 years. A crude mortality rate was 11.5 per 100,000 population, with age-related analysis revealed high mortality rates in the 30-39 years – 18.6⁰/₀₀₀₀. Standardized mortality rates were as follows: a world standard – 10.9⁰/₀₀₀₀ and European – 12.1⁰/₀₀₀₀. In the dynamics of mortality rates tended to decrease.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*Н.М. Кабдрахманова, д.м.н., профессор Л.Н. Салпынов
Медицинский Университет Астана*

Введение. В соответствии со Стратегией развития «Казахстан – 2030» одним из долгосрочных приоритетов является здоровье граждан Казахстана. В настоящее время в организациях промышленности, строительства, транспорта и связи, Агро производстве, во вредных и опасных условиях труда работают около полутора миллиона человек. Производственный травматизм, профессиональные, производственно обусловленные заболевания наносят огромный материальный вред и уносят человеческие жизни[1].

Оценка риска – это преимущественно прикладное исследование по анализу дозо – эффективных зависимостей, выбору критериев нарушения здоровья, прогнозу вероятности их возникновения, а также практическая работа по гигиенической оценке условий труда, в том числе при аттестации рабочих мест. Управление же риском это выбор приоритетов, решений и действий по предупреждению и устранению причин нарушения здоровья, профилактике (первичной, вторичной, третичной) профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний [2].

Цель работы. Дать оценку профессионального риска горнорабочих угольной промышленности.

Материалы и методы. Объектами исследования явились горнорабочие УД АО «АрселорМиттал Темиртау» Шахтинского региона.

Оценку риска проводили согласно «Критериям оценки и показателям производственно обусловленной заболеваемости для комплексного анализа влияния условий труда на состояние здоровья работников, оценки профессионального риска» утвержденным от 24.11.2009 г. за №062-1109.

Результаты и обсуждение. Для определения влияния производственных факторов на здоровье работников используется ряд показателей, одним из которых является показатель относительного риска (ОР), определяемый как отношение показателя заболеваемости (ПЗ) в основной группе к аналогичному в контроле: $ОР = ПЗ_о / ПЗ_к$, (1) где ПЗ_о — показатель заболеваемости (число болевших лиц, случаев ВН, календарных дней на 100 работающих и др.) в основной группе; ПЗ_к — аналогичный показатель заболеваемости в контроле

За основную группу были взяты данные «Управления по медицинским вопросам и вопросам профилактики здоровья работников компании АрселорМиттал» по ЗВУТ горнорабочих Шахтинского региона за 2009 – 2010 годы (таблица 1), за контрольную группу были взяты данные проведенного анкетирования горнорабочих ш.Шахтинской.

Таблица 1 – Число случаев и дней на 100 работающих с ВУТ за 2009 – 2010г.

Наименование предприятия	2009 год		2010 год	
	случаи	дни	случаи	дни
ш.Казахстанская	85,5	1266,7	76,3	1223,6
ш.им.Ленина	79,0	1506	71,6	1248,6
ш.Тентекская	75,8	1229,5	66,9	1325,2
ш.Шахтинская	70,8	1266,7	54	1030

По формуле нами был рассчитан относительный риск, который в 2009 году на ш.Шахтинской составил 4,84, ш.Тентекской 5,19, ш.им.Ленина 5,44, ш.Казахстанской 5,9 (рисунок 1). В 2010 относительный риск по шахтам Шахтинского региона составил: ш.Шахтинская 3,69, ш. Тентекская 4,5, ш.им.Ленина 4,9, ш.Казахстанская 5,22 (рисунок 2).

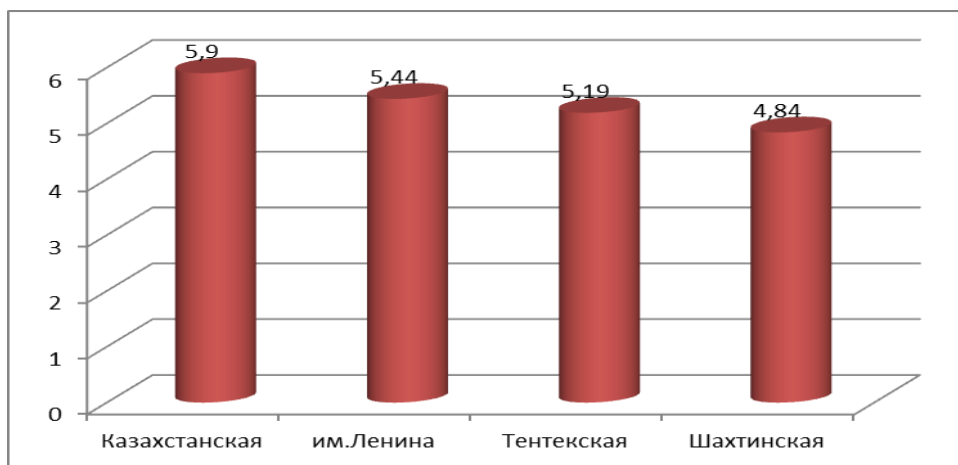


Рисунок 1 – Относительный риск заболеваемости на шахтах Шахтинского региона за 2009 год

Из рисунка 1 видно, что наибольший относительный риск в 2009 году наблюдался на ш.Казахстанской, а наименьший на ш.Шахтинской.

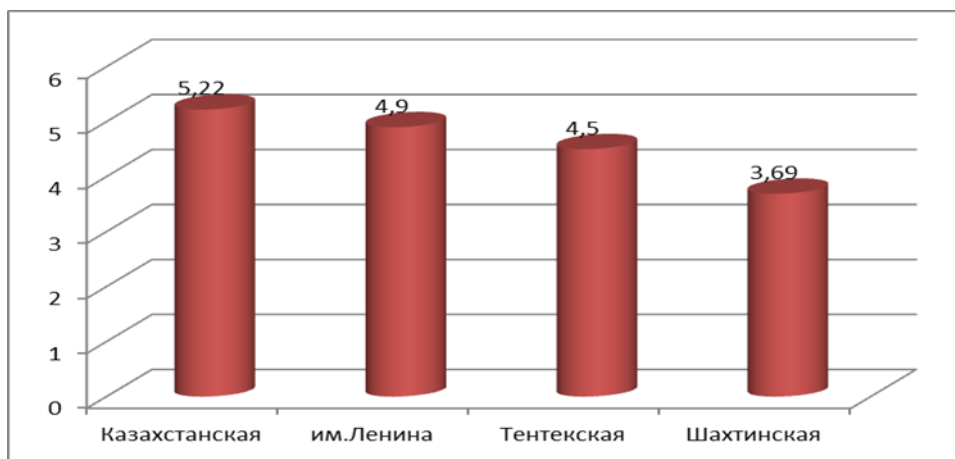


Рисунок 2 – Относительный риск заболеваемости на шахтах Шахтинского региона за 2010 год

Из рисунка 2 видно, что наибольший относительный риск выявлен на ш.Казахстанской, а наименьший на ш.Шахтинской. Отмечена тенденция к снижению относительного риска на всех шахтах Шахтинского региона по сравнению с 2009 годом.

Для оценки состояния здоровья горнорабочих АО «АрселорМиттал Темиртау» был рассчитан нормирующий показатель случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности, среднегодовые показатели и случаи на 100 работающих по формуле:

$ИП = \sqrt{сл. * дни}$, где (сл) случаи - количество случаев с ЗВУТ на 100 работающих; дни - количество дней с ЗВУТ на 100 работающих.

Для проведения расчета приведены годовые данные числа случаев и числа дней заболеваний на 100 работающих (таблица 1).

Согласно формуле интегральный показатель за 2009 год на ш.Казахстанской составил 329, ш.им. Ленина 344, ш.Тентекской 305 и на ш.Шахтинской 299. В 2010 году по проведенным расчетам интегральный показатель составил на ш.Казахстанской 305, ш.им.Ленина 299, ш.Тентекской 298 и на ш.Шахтинской 236. В таблице 2 представлена сравнительная шкала оценки показателей заболеваемости.

Таблица 2- Шкала сравнительной оценки показателей заболеваемости с ВУТ

Уровень заболеваемости	Число случаев, на 100 работающих	Число дней, на 100 работающих	Интегральный показатель (Сл *Дни)
Очень высокий	>150	>1500	>474
Высокий	120–149	1200–1499	380–474
Выше среднего	100–119	1000–1199	316–379
Средний	80–99	800–999	253–315
Ниже среднего	60–79	600–799	190–252
Низкий	50–59	500–599	159–189
Очень низкий	<50	<500	<159

При сравнении полученных результатов расчета интегральных показателей и при сравнении их со сравнительной шкалой оценки показателей заболеваемости с ВУТ установлено, что уровень заболеваемости выше среднего отмечается на шахтах Казахстанская и им. Ленина в 2009г, а на шахтах Тентекская и Шахтинская средний уровень заболеваемости. В 2010 году уровень заболеваемости на всех шахтах Шахтинского региона находился на среднем уровне (рисунок 3 и 4).

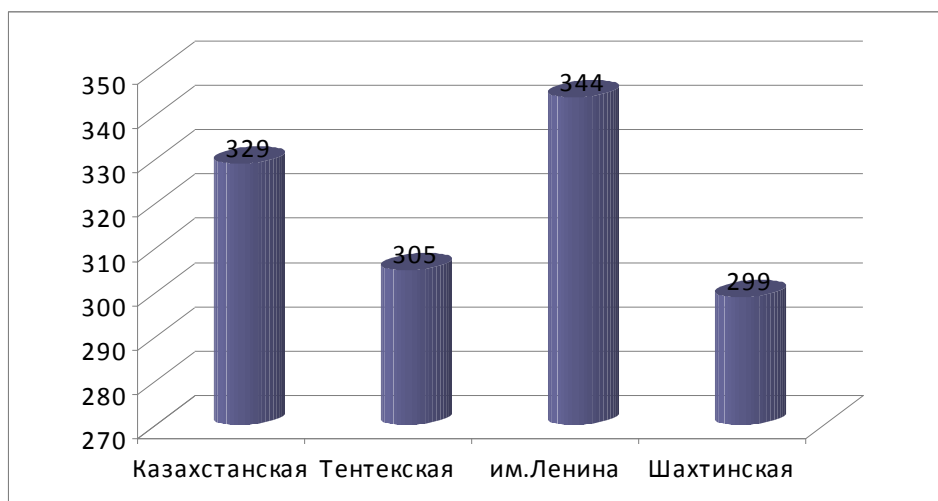


Рисунок 3 – Уровень заболеваемости горнорабочих АО « АрселорМиттал Темиртау» согласно шкале сравнительной оценки показателей заболеваемости с ВУТ за 2009

Из рисунка видно, что пик уровня заболеваемости по сравнительной шкале оценки показателей заболеваемости с ВУТ приходится на 2009 год на шахтах им. Ленина и Казахстанская.

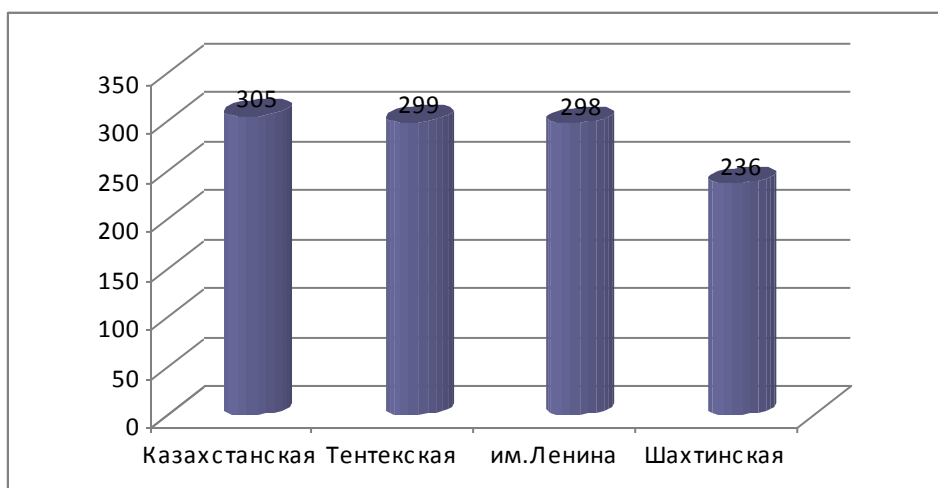


Рисунок 4 – Уровень заболеваемости горнорабочих АО « АрселорМиттал Темиртау» согласно шкале сравнительной оценки показателей заболеваемости с ВУТ за 2010 год

В 2010 году уровень заболеваемости на всех шахтах снизился по сравнению с предыдущим годом. Наименьший уровень в 2009 и 2010 годах отмечался на ш. Шахтинской.

Для проведения оценки профессионального риска нами был высчитан суммарный коэффициент условий труда, определяемый по формуле:

$$K_{\text{сум}} = K_{\text{б}} * N, \text{ где} \quad (3)$$

$K_{\text{б}}$ – балльный коэффициент для каждого класса условий труда

N – число работников в соответствующей группе, полученная сумма баллов делится на число работников в цехе.

Для расчёта суммарного коэффициента условий труда были использованы данные количества работающих во вредных условиях труда за 2009-2010 гг.(таблицы 3 и 4).

Таблица 3 - Количество работающих во вредных условиях труда за 2009 год

№	Отрасль производства	Количество работающих	В том числе женщин	Кол-во работающих во вредных условиях	В т.ч женщин
1	ш.Казахстанская	1955	309	1756	197
2	ш. Шахтинская	1720	295	1538	283
3	ш.Тентекская	1695	352	1450	183
4	ш.им.Ленина	2138	374	1949	364
	Итого	7508	1330	6693	1027

Таблица 4 -Количество работающих во вредных условиях труда , в т.ч. женщин за 2010 год

№	Отрасль производства	Количество работающих	В том числе женщин	Кол-во работающих во вредных условиях	В т.ч женщин
1	ш.Казахстанская	1935	309	1783	251
2	ш. Шахтинская	1615	295	1400	217
3	ш.Тентекская	1639	352	1422	206
4.	ш.им.Ленина	2103	374	1710	168
	Итого	7292	1330	6315	842

Согласно проведенным расчетам суммарный коэффициент условий труда (Ксум) во всех шахтах Шахтинского региона на 2009 составил 5,5 на шахтах Казахстанской и Тентекской, Шахтинской 5,2 и им. Ленина 5,3. В 2010 году Ксум составил на всех шахтах 5,4 и только на ш.им.Ленина 5,6.

По результатам расчетов была определена величина интегрального показателя (таблица 5, таблица 6, таблица 7).

Таблица 5 – Матрица для определения величины интегрального показателя по показателям «Класс условий труда» и «Заболеваемость с ВУТ»

Вероятность вреда, опасности; фактор условий труда	Тяжесть последствий, интегральный показатель ЗВУТ ИП = √(сучаи*дни)						
	< 159	159-189	190-252	253-315	316-379	380-474	>474
1-2	1	2	3	4	5	6	7
3.1	2	3	4	5	6	7	8
3.2	3	4	5	6	7	8	9
3.3	4	5	6	7	8	9	10
3.4	5	6	7	8	9	10	11
4	6	7	8	9	10	11	12

Таблица 6- Матрица для определения величины интегрального показателя по показателям суммарного коэффициента условий труда и «Заболеваемости с ВУТ»

Вероятность вреда, опасности; условия труда, балл	Тяжесть последствий, интегральный показатель ЗВУТ ИП = √(сучаи*дни)						
	< 159	159-189	190-252	253-315	316-379	380-474	>474
1,0-2,5	1	2	3	4	6	7	8
2,6-4,5	2	3	4	5	7	8	10
4,6-7,0	3	4	5	6	8	9	11
Более 7,0	4	5	6	7	9	10	12

Таблица 7 - Матрица для определения величины интегрального показателя по показателям «Класс условий труда» и «Относительный риск»

Вероятность вреда, опасности; фактор условий труда	Тяжесть последствий, показатели ОР					
	< 1	1.0-1.5	1.51-2.0	2.1-3.2	3.21-5.0	>5
1-2	1	2	3	4	5	6
3.1	2	3	4	5	6	7
3.2	3	4	5	6	7	8
3.3	4	5	6	7	8	9
3.4	5	6	7	8	9	10
4	6	7	8	9	10	12

По таблицам 3, 4 и 5 была определена величина Ипр, которая равна 6,7,8,9 согласно шкале оценки профессионального риска.

Заключение. Таким образом, согласно шкале профессионального риска, установлены средний, существенный, нежелательный риски. Требуется меры по снижению степени риска и установление сроков выполнения. В наибольшей степени отмечен риск выше среднего, непереносимый, где требуется применение неотложных мер по его снижению, с учетом числа работников, подверженных риску. При этом, высокая степень интегрального показателя, согласно шкале профессионального риска свидетельствует о том, что наблюдается неприемлемый профессиональный риск.

Литература

- 1 Мамырбаев А.А. Основы медицины труда// учебное пособие. – Актобе.- 2010.- с.3-118
- 2 Оракбай Л.Ж. Некоторые подходы оценки риска нарушения здоровья при воздействии неблагоприятных факторов // Гигиена труда и медицинская экология. –2007.-№3(16).-с.10

Түйін

Көмір өнеркәсібінің тау-кен жұмысшыларының кәсіби қауіп-қатерін бағалау

Н.М. Кабдрахманова, Л.Н. Салпынов

Бұл мақалада көмір өнеркәсібінің тау-кен жұмысшыларына кәсіби қауіп-қатердің әсерін анықтау және оны төмендету шараларын белгілеу мақсатында көмір өнеркәсібінің тау-кен жұмысшыларының еңбек жағдайындағы кәсіби қауіп – қатерге баға берілген.

Summary

Assessment of professional risk in minors of coal industry

N. Kabdrakhmanova, L.Salpynov

There is assessment of professional risks of minors of coal industry in this article. With the aim to set degree of professional risks of minors of coal industry and take measures to decrease them.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ПОСЕЩЕНИЙ К ВРАЧУ - ГАСТРОЭНТЕРОЛОГУ ПОЛИКЛИНИКИ

Л.О. Казанбаева

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Введение. Оказание лечебной гастроэнтерологической помощи является одним из приоритетных направлений деятельности поликлиники и обуславливается высокой долей

гастроэнтерологической патологии в структуре заболеваемости прикрепленного контингента и других категорий обслуживаемого населения.

Цель исследования – комплексная оценка динамики индикаторов, характеризующих структурные изменения оказываемой гастроэнтерологической помощи.

Материалы и методы. Для проведения исследования выбрана методика изучения вышеуказанных показателей за последние 6 лет (с 2007 по 2011 годы) с интервалом 2 года, что позволило выявить динамические количественные и качественные изменения и более объективно оценивать наметившиеся тенденции. При этом методом сплошной выборки использовались официальные статистические показатели деятельности гастроэнтерологической службы в поликлинике в период 2007-2011 годах.

Результаты и обсуждение. Изучение динамики изменения числа посещений к врачу-гастроэнтерологу различных категорий населения, обслуживаемых в поликлинике, показало, что в 2009 году число посещений к врачам-гастроэнтерологам поликлиники по сравнению с 2007 годом уменьшилось с 12103 до 11593 или на 4,2%, а в 2011 году по отношению к 2009 году – еще на 5,1%. Динамика посещений среди прикрепленного контингента в течение 2007-2011 годов статистически не изменялась, а их доля в общем числе посещений составляла от 68,8% в 2007 году до 72,1% - в 2011. Несколько иная тенденция обнаруживалась в изменении числа посещений, осуществленных к гастроэнтерологу на платной основе.

Так, показано, что число платных посещений в течение 2007 – 2011 годов уменьшилось на 7,8%, а их доля в общей структуре в 2007 году составляла 26,6%; в 2009 – 26,9% и в 2011 – 24,8%. Динамика посещений по договорам с юридическими и физическими лицами, а также по государственному заказу МЗ РК была ниже предсказуемой, так как зависела от объема заключенных договоров. При этом в первом случае, их число было наименьшим и в течение 2007-2009 годов уменьшилось на 7,7%, а в 2011 году достигло уровня 2007 года. Во втором случае, число посещений в течение 2007-2009 годов уменьшилось почти в 2 раза, а в 2009 – 2011 годах – еще на 4,3 %.

Таким образом, основную нагрузку на врачей гастроэнтерологов поликлиники составляют посещения прикрепленного контингента и платных больных.

Изучение изменений структуры посещений к врачу гастроэнтерологу поликлиники в 2007-2011 годах свидетельствует, что в 2007 году среди прикрепленного контингента в общем числе посещений 52,0% составляли лечебные; 26,2% - диагностические и 21,8% - профилактические. В 2009 году распределение посещений по цели почти не изменилось, но доля профилактических уменьшилась на 4,5%, а удельный вес диагностических и лечебных, хотя и статистически недостоверно, но увеличился. Еще через 2 года, в 2011 году, доля профилактических посещений еще уменьшилась и составляла 80% от уровня 2009 года, а удельный вес диагностических и лечебных посещений продолжал медленно увеличиваться.

Среди платных посещений наблюдались другие структурные изменения. Во все исследуемые годы преобладали диагностические и лечебные посещения. Так, в 2007 году они соответственно составляли 61,0% и 36,7%; в 2009 – 58,5% и 39,1% и в 2011 – 51,3 и 46,8%. В течение 2007-2011 годов число и доля профилактических и диагностических посещений постепенно уменьшались, а лечебных, напротив, увеличивались.

В динамике структуры посещений по договору с юридическими и физическими лицами наибольшую долю во все исследуемые годы составляли диагностические посещения, колеблясь от 60,9% в 2007 году до 62,4% – в 2011, а удельный вес профилактических и лечебных посещений разделился почти поровну - в пределах 20% от общего их числа. Причем, обнаруживалась тенденция к увеличению доли лечебных посещений и уменьшению удельного веса профилактических.

Изучение структуры посещений, выполненных по государственному заказу МЗ РК, показало, что в течение 2007-2011 годов основную долю посещений составляли лечебные, колеблясь в диапазоне от 96,7% в 2007 году до 97,5% - в 2011, профилактических

посещений вообще не было, а удельный вес диагностических посещений уменьшился с 12 в 2007 году до 5 – в 2011.

Таким образом, выявленные структурные изменения в долях посещений к гастроэнтерологу, могут быть использованы при планировании видов посещений; определении объемов профилактической, диагностической и лечебной деятельности, а также нагрузки на врачей гастроэнтерологов.

Результаты изучения нозологической структуры посещений показали, что во все исследуемые годы наибольшую долю составляли болезни пищевода и желудка, колеблясь в пределах 26,7% - 25,7%. При этом обнаружено, что их число в течение 2007-2011 годов медленно (на 2,0% - 2,5% в год) уменьшалось. На втором ранговом месте стояли болезни печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей и составляли в 2007 году 24,4%; в 2009 – 27,7% и в 2011 году – 25,1% от общего их числа. Причем их число в 2007-2011 годах медленно уменьшалось, находясь в пределах статистически недостоверных границ. Третье ранговое место в нозологической структуре посещений принадлежало болезням 12-перстной кишки и поджелудочной железы, и их удельный вес в общем числе посещений составлял в 2007 году 23,4%; в 2009 – 23,9% и в 2011 году – 23,5%. На четвертом ранговом месте находились болезни тонкого и толстого кишечника. При этом в 2007 году их доля составляла 17,0%; в 2009 – 16,2% и в 2011 – 16,3% от общего числа посещений. Установлено также, что в течение 2007-2011 годов число этих посещений уменьшилось на 8,3%, а в период 2009-2011 годов почти не изменилось. Последнее, пятое ранговое место в нозологической структуре посещений к гастроэнтерологу заняли расстройства питания и обмена веществ. Причем их доля в общей структуре посещений в течение 2007-2011 годов колебалась в диапазоне от 8,5% до 9,4%, а число – статистически достоверно не изменялось.

Таким образом, результаты исследования показали, что повседневный мониторинг за изменениями в нозологической структуре посещений у гастроэнтеролога, является важным моментом аналитической деятельности руководства поликлиники. При этом очевидно, что проведение такого анализа помогает определять сложность медицинского обслуживания; объем предстоящей диагностической и лечебной помощи; обеспечивает постоянное слежение за изменениями в потребности обслуживаемых групп населения в тех или иных видах гастроэнтерологической помощи.

Түйін

Емхана гастроэнтерологіне қаралу құрылымын және динамикасын кешенді бағалау

Л.О.Қазанбаева

Мақалада соңғы 6 жыл ішінде емхана гастроэнтерологіне қаралу құрылымы мен динамикасын зерттеу нәтижелері келтірілген, олар емхана басшылығының аналитикалық қызметінің аса маңызды бөлігі болып табылады және қызмет көрсетілетін емделушілер санатының гастроэнтерологтік көмек түрлеріне қажеттілігінің өзгеруін тұрақты қадағалауды қамтамасыз етеді.

Summary

Comprehensive assessment of the structure and dynamics of visitors to gastroenterologist polyclinics

L.Kazanbaeva

The result of studying the structure and dynamics of the clinic visits to gastroenterologist for the last 6 year, which is an important aspect of analytical guidance clinics and provide constant monitoring changes in the needs of population served in various types of gastroenterological care.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ КАЗАХСТАНА И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

В.В.Пицук

Педиатрический центр «Медикер», г.Астана

Введение. Двадцать лет, прошедшие с момента обретения суверенитета в Республике Казахстан (РК) характеризовались глубокими социально-экономическими переменами во всех сферах жизни государства [1-3]. Дети относятся к той части населения, которая наиболее чувствительно реагирует на любые изменения в обществе, особенно такого характера, как происходившие на постсоветском пространстве в 90-е годы [4].

Информация о состоянии здоровья детей играет важную роль в изучении здоровья населения. Здоровье детского населения является составной частью общественного здоровья, так как, складываясь из совокупности признаков индивидуального здоровья и интегрируя социально-экономические черты общества, оно приобретает новые признаки и качества. Уровень здоровья детей не только иллюстрирует многообразие воздействующих на человека природных, социально-экономических и медико-организационных проблем, но и косвенным образом отражает здоровье родителей.

В современной медицинской литературе прослеживается отчетливая тенденция рассматривать детей как составную часть более широкой социальной формации, а не как отдельную изолированную группу. Здоровье детей совершенно обоснованно рассматривается в качестве особой гуманитарной ценности, перспективного ресурса экономики и безопасности. Социальная ответственность за состояние здоровья детей в большинстве современных обществ возлагается преимущественно на государство и родителей. Она подкрепляется особыми программами системы здравоохранения. В реализуемой в настоящее время в стране Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы предусмотрен комплекс мер по решению приоритетных проблем здравоохранения, в том числе и системы охраны здоровья детского населения.

Адекватно воздействуя на здоровье детей, общество тем самым закладывает основу для оптимального воспроизводства населения и состояния его здоровья в будущем [5].

Особую значимость приобретают исследования, направленные на анализ и изучение состояния здоровья детского населения на региональном уровне, разработку мер по улучшению состояния здоровья детей, совершенствование организации и повышение качества медицинской помощи этой группе населения, поиск и внедрение оптимальных организационных форм межведомственного взаимодействия [6].

При нынешних тенденциях динамики демографических показателей и показателей заболеваемости сохранение и укрепление здоровья детей всех возрастов в Республике являются приоритетными государственными задачами. Проблемы состояния здоровья детей и их медико-социальная направленность в современных условиях Казахстана являются актуальными, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. На основании комплексного изучения заболеваемости детей Казахстана, оценки состояния и качества педиатрической лечебно-профилактической помощи выявить основные тенденции состояния здоровья детского населения и разработать меры, направленные на его сохранение и улучшение.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать заболеваемость детей по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) Республики.
2. Разработать научно-практические рекомендации по оптимизации педиатрической службы.

Материалы и методы. При изучении здоровья детей обычно имеется в виду, что детский возраст – от рождения до юношества – включает много различных периодов, отличающихся друг от друга. Однако в здравоохранении приняты и используются в медицинской статистике границы детского возраста в диапазоне от 0 до 14 лет.

Материалом исследования служили результаты изучения данных о заболеваемости детского населения РК за 2001-2010гг. Информационной базой послужили данные Министерства здравоохранения РК (статистические ежегодники за указанные годы).

В качестве математического инструментария использован статистический анализ динамических рядов.

Оценка качества лечебно-профилактической помощи детям проводилась путем оценки основных показателей работы организаций здравоохранения РК.

Результаты и обсуждение. Уровень первичной заболеваемости детей составил в 2010 году 1014,8‰, причем за последние 10 лет отмечена тенденция роста заболеваемости, отчетливо выраженная в первое пятилетие нынешнего века. В целом, по сравнению с уровнем 2001 года, показатель первичной заболеваемости детей в 2010 году увеличился на 36,8% (рисунок 1).

Отмечено, что первичная заболеваемость детей, проживающих в сельской местности почти в 2 раз ниже (710,7‰ против 1339,6‰), чем проживающих в городах. Любопытно, что данная диспропорция в Российской Федерации еще более выражена (в 5 раз в Новгородской области, по данным Л.В.Сеченовой, 2007). В структуре первичной заболеваемости детей наибольший удельный вес занимают болезни органов дыхания, на долю которых приходится 58,1% (в городах 57,4%, в сельской местности 59,3%). На долю других болезней (системы пищеварения, травм и отравлений, кожи и подкожной клетчатки) приходится значительно меньший удельный вес. Структура первичной заболеваемости детей, проживающих в сельской местности и в городах, различается весьма незначительно.

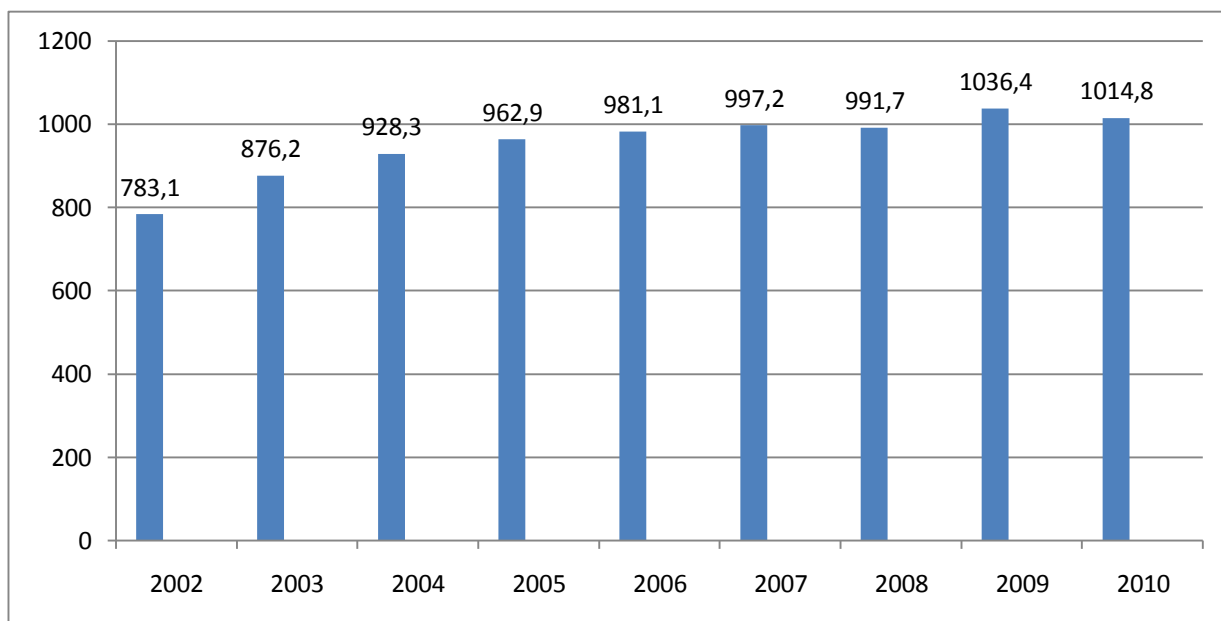


Рисунок 1- Динамика первичной заболеваемости детей в Казахстане в период 2001-2010 гг. (‰)

В то же время динамика первичной заболеваемости детей по регионам страны значительно различается. Нами выделены регионы, где за 2001-2010гг. произошел наибольший рост детской заболеваемости. Это Жамбылская и Павлодарская области, в которых за последние 10 лет наблюдался рост заболеваемости в 2,1 раза, а также

Алматинская и Костанайская области, где отмечено увеличение первичной заболеваемости детей в 1,8 раза. В столице Республики г.Астана заболеваемость в 2010г. превысила аналогичный показатель в 2001г. в 1,5 раза (таблица 2).

Таблица 2- Динамика первичной заболеваемости детей в отдельных областях Казахстана в 2001-2010 гг. (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Республика Казахстан	741,6	783,1	876,2	928,3	962,9	981,1	997,2	991,7	1036,4	1014,8 *
Акмолинск.	565,6	601,7	632,7	792,7	860,9	891,1	962,4	808,4	966,2	860,9
Актюбинск.	720,1	861,3	889,6	894,5	859,2	873,8	962,4	862,1	811,1	801,6
Алматинск.	597,5	762,5	907,7	952,9	1054,3	1063,6	869,9	1147,7	1162,9	1080,8 *
Атырауская	430,7	409,9	435,0	493,8	509,0	535,7	559,0	517,9	521,6	489,2
ВКО	1068,1	1075,8	1204,8	1347,7	1321,8	1343,6	1318,4	1271,2	1312,8	1383,4
Жамбылск.	491,3	518,7	600,4	679,9	732,1	860,8	982,6	948,6	1019,4	1007,2 *
ЗКО	836,4	859,2	899,7	965,5	966,6	1001,1	976,9	1072,8	1089,1	957,1
Караганд.	786,5	902,4	1038,5	1022,2	1032,4	1066,6	1142,5	1142,7	1185,9	1110,9
Костанайск.	594,2	561,3	748,0	844,2	882,5	963,1	985,0	972,0	1102,7	1059,1 *
Кызылорд.	813,2	802,8	840,0	844,3	913,9	933,0	1001,1	1010,6	938,6	926,2
Мангыст.	922,0	943,0	988,3	1036,8	1018,3	944,7	951,0	914,8	896,4	927,5
Павлодарск.	833,4	866,0	1034,4	1237,0	1392,3	1411,6	1586,0	1568,6	1639,9	1730,8 *
СКО	830,5	631,6	692,1	777,4	808,7	920,5	906,2	981,6	1072,2	1149,9.
ЮКО	428,1	481,0	517,3	556,4	612,6	588,6	546,7	568,7	593,9	589,5
г. Алматы	1900,7	1944,0	2090,0	1960,2	1896,7	1849,5	1812,0	1689,1	1820,8	1882,2
г.Астана	791,8	815,3	1191,8	1210,8	1169,9	1128,6	1112,3	1069,7	1169,6	1218,5 *
Примечание - * отмечены области, в которых произошло значительное увеличение заболеваемости										

Показатель общей заболеваемости детей в 2010 году составил 1357,0‰, что в 1,3 раза выше уровня первичной заболеваемости. Уровень заболеваемости детей в значительной мере зависит от возраста – наиболее высокие показатели регистрируются в возрасте до 1 года, а затем по мере взросления общая заболеваемость снижается. Показатель общей заболеваемости мальчиков несколько выше показателя заболеваемости девочек.

В таблицах 3 и 4 представлена динамика первичной заболеваемости детей первого года жизни и до 5 лет в РК в 2003-2010гг. Отмечено, что за последние 8 лет уровень первичной заболеваемости детей первого года жизни в РК практически не изменился, составив в 2010 г. 2105,6 на 1000 детей. В то же время в 3-х областях произошло значительное увеличение уровня заболеваемости (в Южно-Казахстанской в 1,2 раза, в Павлодарской области в 1,3 раза и в Северо-Казахстанской в 1,5 раза).

Таблица 3- Динамика первичной заболеваемости детей первого года жизни в РК в 2003-2010гг. (на 1000 детей соответствующего возраста)

	Всего заболеваний у детей от 0 до 1 года							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Республика Казахстан	2156.7	2247.9	2347.2	2381.9	2367.0	2353.4	2313.3	2105.6
Акмолинская	1238.3	1757.4	2548.9	2620.0	2084.5	2234.3	2151.8	1929.6
Актюбинская	2361.0	2216.2	1998.0	1858.3	1807.8	1747.4	1710.6	1598.4
Алматинская	1569.4	1627.7	1729.6	1867.6	1895.7	1917.3	2063.3	2251.3
Атырауская	1588.5	1545.5	1119.7	1608.3	1420.8	1525.7	1561.3	1597.7
В-Казахстанская	2640.9	2569.2	2953.7	2666.7	2560.0	2394.0	2428.4	2251.8
Жамбылская	2387.0	2608.9	2828.3	3136.3	2983.1	2791.0	2698.0	1813.2
З-Казахстанская	2730.2	2581.9	2602.5	2548.6	2669.6	2834.9	2498.8	2220.1
Карагандинская	2102.1	2375.0	2460.3	2560.2	2573.2	2547.6	2473.9	2176.3
Костанайская	1917.5	1875.5	2176.2	2197.8	2221.7	2959.9	2317.9	2043.0
Кызылординская	2294.3	2410.3	2437.7	2526.3	2785.4	2681.2	2501.6	2487.0
Мангыстауская	3027.9	3419.7	2992.1	2891.8	3081.4	2742.1	2423.9	2347.0
Павлодарская	2514.9	2828.7	3371.8	3197.3	3883.5	3573.8	3240.0	3352.2*
С-Казахстанская	1572.9	1982.5	2185.7	2484.4	2568.8	2772.8	2538.4	2410.4*
Ю-Казахстанск.	1593.9	1625.9	1889.4	1845.6	1763.4	1761.5	1992.2	1849.7*
г.Алматы	3892.4	3751.3	3226.4	3118.2	3027.3	3075.7	3042.8	2561.9
г.Астана	2882.2	2993.4	2867.9	2502.5	2561.3	2495.9	2104.6	1516.8

Примечание * -отмечены области, в которых произошло значительное увеличение заболеваемости

В динамике первичной заболеваемости детей 0-5 лет жизни в РК в 2003-2010гг. отмечается несколько иная картина в разрезе по областям Республики: в 7 областях за истекший период наблюдался значительный рост заболеваемости (Акмолинская, Алматинская, Жамбылская, Кызылординская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская). В целом, первичная заболеваемость детей 0-5 лет жизни в РК возросла на 17,0%.

Таблица 4- Динамика первичной заболеваемости детей 0-5 лет жизни в РК в 2003-2010гг. (на 1000 детей соответствующего возраста)

	Всего заболеваний у детей до 5 лет							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
РК	1150.0	1191.9	1249.2	1301.6	1310.6	1329.1	1387.0	1346.0*
Акмолинская	657.9	891.4	1145.2	1266.4	1284.7	1226.2	1260.8	1264.1*
Актюбинская	1312.4	1295.2	1223.7	1171.0	1148.1	1122.8	1051.2	982.8
Алматинская	1001.5	1049.4	1187.8	1192.9	1182.0	1154.1	1212.2	1306.1*
Атырауская	601.2	541.3	753.1	797.6	684.8	688.5	776.1	795.2
В-Казахстанская	1448.6	1440.8	1444.5	1489.2	1404.0	1244.1	1366.4	1366.9
Жамбылская	976.8	1133.0	1220.1	1354.6	1412.3	1477.6	1552.3	1519.4*
З-Казахстанская	1193.0	1103.5	1150.6	1349.6	1291.8	1278.2	979.0	1116.8
Карагандинская	1224.5	1312.1	1370.8	1524.1	1558.3	1559.8	1527.4	1358.4
Костанайская	1016.2	1336.1	1308.6	1303.8	1351.6	1691.2	1530.9	1313.8*
Кызылординская	1301.2	1030.4	1308.8	1373.1	1317.3	1236.0	1245.6	1167.2
Мангыстауская	1915.2	1497.7	1401.3	1396.0	1369.6	1245.7	1241.8	1337.1
Павлодарская	1371.9	1750.9	2110.4	2095.5	2552.8	2462.9	2357.7	2523.7*
С-Казахстанская	882.8	1073.7	1237.7	1480.0	1670.9	1640.9	1817.7	1771.3*
Ю-Казахстанск.	674.2	773.2	779.3	810.8	814.0	891.7	1064.0	996.4*
г.Алматы	2442.6	2267.4	2037.8	2005.2	1872.9	2132.2	2275.1	2068.0
г.Астана	1966.0	1886.0	1748.8	1568.3	1591.2	1578.0	1718.7	1498.5

Примечание * -отмечены области, в которых произошло значительное увеличение заболеваемости

Статистические данные показывают, что в России около 40% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее время [7].

В структуре общей заболеваемости преобладает класс болезней органов дыхания, на долю которого приходится почти половина (49,4%) всех заболеваний. Далее с существенно меньшим удельным весом идут болезни органов пищеварения (9,8%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (7,8%), болезни нервной системы (4,6%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,5%). Структура общей заболеваемости существенно зависит от возраста. Имеются значительные различия в зависимости от места проживания (области страны).

В РК наблюдается увеличение числа новорожденных детей с малым весом (меньше 2500 грамм). В результате, самое высокое число детей, рождённых с малым весом, отмечалось в 2007 г. (почти 18 тысяч детей). Также постепенно увеличивается со временем количество детей, рождённых с очень малым весом.

Ценным дополнением и даже проверкой статистики заболеваемости, основанной на обращаемости, является статистика медицинских осмотров. Вместе с тем, при однократном медицинском осмотре нельзя обнаружить всего разнообразия заболеваний, в частности, невозможно выявить острые, быстро проходящие заболевания. Результаты профилактических осмотров детей до 14 лет в РК в 2010 году демонстрируют наличие заболеваний, не учтенных при обращаемости (таблица 5).

Таблица 5- Результаты профилактических осмотров детей до 14 лет в РК в 2010 г.

Области РК	Выявлено заболеваний на 1000 осмотренных детей			
	с понижением остроты слуха	с понижением остроты зрения	со сколиозом	с нарушением осанки
РК	2,1	21,9	3,4	4,8
Акмолинская	1,5	28,6	2,1	2,7
Актюбинская	1,3	13,8	2,2	5,1
Алматинская	2,2	12,8	2,4	4,7
Атырауская	1,9	25,7	1,5	1,3
ЗКО	1,5	34,1	3,8	0,8
Жамбылская	1,5	10,3	1,0	1,0
Карагандинская	4,4	45,3	3,7	6,9
Костанайская	1,9	24,8	4,2	4,9
Кызылординская	0,6	14,5	1,8	3,1
Мангистауская	3,0	8,9	1,4	1,4
ЮКО	2,8	45,8	3,8	10,6
Павлодарская	1,3	32,8	17,9	21,8
СКО	2,3	16,6	2,5	6,9
ВКО	1,5	24,7	6,7	3,9
г. Астана	0,9	48,7	3,9	6,9
г. Алматы	1,6	27,3	4,7	8,6

Из данных таблицы видно, что при осмотрах выявлено значительное количество детей с понижением остроты зрения (21,9 на 1000 осмотренных детей). Вызывает тревогу тот факт, что аналогичный показатель в Карагандинской, Южно-Казахстанской областях и в г.Астане в 2 раза превышает среднереспубликанский уровень.

Совокупное использование для характеристики состояния здоровья детей данных заболеваемости и медицинских осмотрах позволяет получить более точное и полное представление о распространенности острых и хронических заболеваний. Однако сочетание статистики обращаемости со статистикой медосмотров возможно только в условиях правильно организованной диспансерной работы, то есть когда проводится постоянное наблюдение за больными детьми.

Нами также дана оценка состояния и качества медицинской помощи детям. Всего в РК лечебно-профилактическую помощь детям оказывает широкая сеть организаций здравоохранения.

Основной объем первичной медицинской помощи детям оказывают детские поликлиники. По данным Министерства здравоохранения РК в 2008 году в Республике действовало 1392 организаций, имеющих детские поликлинические отделения и кабинеты, что на 539 организаций больше, чем в 2000г. По данным Агентства РК по статистике, в 2008 году для детей было предусмотрено 20,4 тыс. больничных коек, что почти в шесть раз меньше, чем для взрослых. В 2008 году по сравнению с 1991 годом количество больничных коек для детей уменьшилось почти в два раза (с 46,1 тыс. до 20,4 тыс.), однако относительно 1999 года – несколько увеличилось (на 1,5 тысячи единиц). При рассмотрении обеспеченности детского населения 0-14 лет больничными койками в региональном разрезе можно отметить относительно неплохую ситуацию в Акмолинской, Северо-Казахстанской, Павлодарской, Костанайской областях, гг. Астане и Алматы, где обеспеченность койко-местами составляет 6- 7 на 1000 детского населения. В то же время наименьшая обеспеченность наблюдается в южных регионах республики – Алматинской и Южно-Казахстанской областях (3-4 койки на 1000 детей).

В целом, показатель обеспеченности детей больничными койками дает наиболее общую характеристику удовлетворения стационарной помощью. В последние годы за счет внедрения стационарозамещающих технологий (дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, стационары дневного пребывания на базе больничных учреждений, стационары на дому) данный показатель за период 2001–2010 гг. снизился до 4,85 на 1 тыс. детей, что позволило повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, не снижая качества медицинской помощи (таблица 6). Всего в 2011 году в больничных организациях Республики пролечено 481,5 тысяч детей в возрасте до 14 лет.

Таблица 6- Обеспеченность детей врачами-педиатрами и больничными койками в РК в 2001 и 2010гг.

Наименование	Обеспеченность на 1000 детей (0 – 14 лет включительно)	
	Врачами педиатрами (включая неонатологов)	Детскими койками всех профилей
	2010	2010
РК	1.48	4.85
Акмолинская	1.37	6.84
Актюбинская	1.93	4.05
Алматинская	1.20	3.40
Атырауская	1.04	4.16
В-Казахстанская	1.45	5.56
Жамбылская	1.20	4.44
З-Казахстанская	1.51	5.95
Карагандинская	1.78	6.02
Костанайская	1.34	6.55
Кызылординская	1.37	3.80
Мангыстауская	1.17	3.81
Павлодарская	1.72	6.86
С-Казахстанская	1.45	7.56
Ю-Казахстанская	1.06	3.39
г Алматы	3.06	5.64
г.Астана	2.53	9.04

Следует отметить, что в областях, где имеются наибольшие показатели обеспеченности детей врачами-педиатрами и больничными койками (Павлодарская, Северо-Казахстанская и др.) показатели заболеваемости детей также наивысшие. Это наводит на мысль о возможной корреляционной связи этих параметров.

Мировой и отечественный опыт свидетельствует, что из всех возможных направлений медицинской профилактики следует отдать приоритет именно подрастающему поколению, поскольку именно в детском возрасте закладываются стереотипы поведения, формируется здоровый или нездоровый стиль жизни, а, следовательно, и будущее нации. Учреждения здравоохранения решают преимущественно вопросы диагностики и лечения и не могут охватить широкий спектр вопросов организации и проведения первичной профилактики – сохранение здоровья здоровых детей, выработку положительной мотивации на сохранение и укрепление их здоровья. Вышесказанное вызывает необходимость мультисистемного подхода для содействия осуществлению практических мер в области сохранения здоровья детей.

Выводы

1. Уровень первичной заболеваемости детей в РК в 2010г. составил 1014,8‰. По сравнению с уровнем 2001 года, показатель первичной заболеваемости детей увеличился на 36,8%. Показатель общей заболеваемости превышает первичную заболеваемость в 1,3 раза (1357,0‰). В структуре первичной и общей заболеваемости со значительным отрывом лидируют болезни органов дыхания (58,1% и 49,4% соответственно). Первичная заболеваемость детей, проживающих в сельской местности, значительно ниже, чем детей, проживающих в городах.
2. Уровень заболеваемости по данным обращаемости зависит от возраста и пола – наиболее высокие показатели регистрируются в возрасте до 1 года, а затем по мере взросления снижаются. Выявлено, что если показатель первичной заболеваемости детей до 1 года в целом по Республике за 2003-2010гг. не изменился, то уровень первичной заболеваемости детей до 5 лет значительно вырос, причем подобная картина характерна для большинства областей страны.
3. Здоровье детей в Республике Казахстан значительно отличается по отдельным областям и требует повышенного внимания всех заинтересованных министерств, областных и городских организаций, ведомств и общественности. Для оценки динамики состояния здоровья детского населения на этапах разработки и внедрения программ по его сохранению целесообразно внедрение систем мониторингового слежения, которые должны учитывать первоначальные данные о состоянии здоровья, использовать единые принципы и методы сбора и обработки полученной информации.

Литература

- 1 Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. Астана, 2006. 243 с.
- 2 Аканов А.А., Кульжанов М.К., Камалиев М.А. Новое общественное здравоохранение в Казахстане //Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению. 2005. № 2-3. С. 14-20.
- 3 Организация здравоохранения Казахстана /Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Астана-Алматы, 2006. 231 с.
- 4 Щепин О.П., Медик В.А., Стародубов В.И. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : научно-практический журнал / Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, Российская академия медицинских наук, АО "Ассоциация "Медицинская литература". — 2005. — N 5 . — С. 3-6. — ISSN 0869-866X.
- 5 Изучение факторов риска и прогнозирование здоровья населения на региональном уровне. Сборник научных трудов НИЦ СЗО РАМН. Том 1. Под ред. В.А. Медика М.: Медицина, 2003.
- 6 Общественное здоровье и здравоохранение. Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. –М., 2003. -528с.
- 7 Шабунова А.А. Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика. - Автореферат дисс. д-ра экономических наук. М., 2011. – 43 с.

Түйін

Қазақстанда балалар арасындағы аурушаңдықтың динамикасы және оны төмендету жолдары

В.В.Пицик

Қазақстан Республикасында облыстар бойынша балалар денсаулығы көрсеткіштерінің бір бірінен едәуір айырмашылығы бар және мүдделі министрліктердің, облыстық пен қалалық ұйымдар, ведомстволар мен жұртышылықтың барынша назар аударуын талап етеді. Балалардың денсаулығын сақтауға арналған бағдарламаларды әзірлеу және енгізу кезеңінде балалардың денсаулық жағдайының динамикасын бағалау үшін мониторингтік қадағалау жүйелерін енгізу орынды болады. Мұндай жүйелер денсаулық жағдайы туралы бастапқы деректерді есепке алуы, ақпарат жинаудың және алынған ақпаратты өңдеудің бірыңғай қағидалары мен әдістерін қолдануы тиіс.

Summary

Dynamics of disease in Kazakhstan children and ways to reduce

V.Pitsik

Children's Health in the Republic of Kazakhstan is very different from individual regions and requires the attention of all concerned ministries, regional and municipal organizations, agencies and the public. To assess the dynamics of the health in child population in the stage of development and implementation of programs to conserve it expedient to introduce systems of monitoring surveillance, which should take into account the initial data on health status, use the same principles and methods of collecting and processing the information received

**ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ
СОДЕРЖАНИЯ РАДИОНУКЛИДОВ И ТОКСИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В
ПРОДУКТАХ РАСТЕНИЕВОДСТВА**

*Н.К. Хожамуратова, А.М. Текебаева, Г.С. Габбасова
Медицинский центр
Управления делами Президента Республики Казахстан,
Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы
Медицинского центра УДП РК*

Введение. Важнейшим направлением в области охраны здоровья населения является научная оценка степени риска для здоровья населения, обусловленная поступлением с пищей, водой, атмосферным воздухом, почвой различных контаминантов.

Современное состояние здоровья населения и качество окружающей среды определяют необходимость внедрения методологии оценки риска в систему социально-гигиенического мониторинга и ее применения для выявления приоритетных региональных гигиенических проблем. Такой комплексный подход позволяет получить сведения о здоровье на популяционном уровне, установить реальную нагрузку на организм конкретных факторов среды, сделать гигиенические рекомендации более детальными, а потому более эффективными.

Цель исследования. Комплексная гигиеническая оценка содержания потенциально опасных химических соединений и естественных радионуклидов в продуктах растениеводства.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили отобранные на подконтрольных объектах общественного питания и продовольственных складов образцы продуктов растениеводства, закупаемые на рынках городов Астаны и Алматы, Алматинской и Акмолинской областей.

В контрольную группу вошли образцы продуктов растениеводства и почвы, отобранные в тепличном хозяйстве участка №1 РГП «Дирекция госрезиденций» Управления делами Президента Республики Казахстан.

Определение содержания тяжелых металлов проведено методом атомно-абсорбционной спектрометрии в пламенной атомной абсорбции и в холодных парах согласно ГОСТ 30178 «Сырье и продукты пищевые. Атомно-абсорбционный метод определения токсичных элементов», ГОСТ Р 51766 «Сырье и продукты пищевые. Атомно-абсорбционный метод определения мышьяка», ГОСТ 26927 «Сырье и продукты пищевые. Методы определения ртути», ИСО 11047 «Определение содержания кадмия, хрома, кобальта, меди, свинца, марганца, никеля и цинка в экстрактах почвы в царской водке. Спектрометрические методы атомной-абсорбции в пламени и с электротермическим распылением» и «Руководство по санитарно-химическому исследованию почвы (нормативные материалы)».

Определение содержания нитратов проведено ионо-потенциометрическим методом на иономере И-160 согласно ГОСТ 29270-95 «Продукты переработки плодов и овощей, методы определения нитратов», ГОСТ 26951 «Почвы определение нитратов ионометрическим методом».

Определение радионуклидов проводили спектрометрическим методом в соответствии с СТ РК 1623-2007 «Радиационный контроль. Стронций-90 и цезий-137. Пищевые продукты. Отбор проб, анализ и гигиеническая оценка», ГОСТ 30108-94 «Определение удельной эффективной активности естественных радионуклидов».

Качество пищевых продуктов оценивали по данным лабораторного контроля в соответствии санитарных правил Республики Казахстан «Санитарно-эпидемиологические требования к пищевой продукции», утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан №611 от 6 августа 2010 года.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов, полученных в ходе санитарно-химических исследований, свидетельствуют о том, что содержание нитратов в овощных культурах, доставляемых на подконтрольные объекты, колеблется в пределах менее 2,5- 5,0 предельно-допустимых концентраций (далее - ПДК). Наименьшее накопление наблюдается в листовых овощах (салат, петрушка, лук перо) по сравнению с культурами, у которых в пищу употребляются корне- и клубнеплоды. При проведении анализа содержания нитратов нами установлено заметное различие овощных культур по насыщенности нитратов: меньше их в моркови, томатах и бахчевых культурах (огурцы), больше - в свекле, капусте, картофеле.

Нитраты и нитриты являются распространенными элементами круговорота азота в природе, которые попадают во внутреннюю среду человека практически по всем каналам связи живого организма с внешней средой. В организме животных и человека одним из путей биотрансформации нитратов является восстановление их в нитриты и образование N-нитрозосоединений. Широкое использование этих соединений в виде удобрений привело к тому, что в продуктах растениеводства и животноводства их количество резко возросло до уровня, опасного для здоровья. Нитрат-нитритная нагрузка в организме сопровождается развитием гемической гипоксии из-за перехода оксигемоглобина в метгемоглобин, угнетением тканевого дыхания, формированием метаболического ацидоза. В связи с этим нагрузка токсичными оксидами азота у человека представляет собой серьезную медико-биологическую проблему.

Обработка данных, полученных в ходе исследования, показала, что загрязнение овощной продукции токсичными тяжелыми металлами и естественными радионуклидами: мышьяком, ртутью, кадмием, свинцом, стронция-90 и цезия-137, можно рассматривать как незначительное. Среднее содержание перечисленных токсикантов было обнаружено на следовом уровне и составляет менее 0,01 ПДК.

В тоже время, выявленное в ходе исследования низкое количественное содержание в овощных культурах эссенциальных (медь, цинк, железо) микроэлементов заставляет

обратить на этот факт особо пристальное внимание. Так, содержание меди, цинка в 10 раз и железа в 23 раза меньше установленных среднестатистических уровней.

Дело в том, что при дефиците железа введение нитратов приводит к усилению проявления токсического действия последних, что проявляется, в частности, в резком увеличении образования метгемоглобина в крови и снижении содержания цитохрома Р-450 в печени. Аналогичный эффект наблюдается и при сочетанном введении нитратов и свинца на фоне дефицита железа. При этом важно отметить, что поступление свинца способствует вытеснению железа и большему накоплению свинца в печени.

Полученные нами результаты указывают, что содержание нитратов в продуктах растениеводства в контрольной группе в 8-20 раз меньше ПДК. В отличие от образцов, закупаемых на рынках, в образцах, выращенных в тепличном хозяйстве участка №1 РГП «Дирекция госрезиденций» Управления делами Президента Республики Казахстан, отсутствует различие по насыщенности нитратов в овощных культурах. Содержание токсичных тяжелых металлов и естественных радионуклидов не обнаружено. Наряду с этим, количественное содержание в продуктах растениеводства эссенциальных микроэлементов выше по сравнению со значениями, обнаруженными в образцах, закупаемых на рынках - содержание меди, цинка в 6,5 раз и железа в 12 раз ниже установленных среднестатистических уровней.

Учитывая, что почва выполняет роль связующего звена всех компонентов биосферы и биогеохимического барьера и может быть использована как объективный информационный блок оценки всего биогеоциноза, нами, кроме того, проведен качественный анализ состояния почвы из тепличного хозяйства участка №1 РГП «Дирекция госрезиденций» Управления делами Президента Республики Казахстан, на котором выращивались исследуемые сельскохозяйственные продукты.

Содержание нитратов в отобранных образцах почвы в среднем в 2 раза менее ПДК. Результаты качественного состава почвы анализируемого приусадебного хозяйства указывает на отсутствии в ней кадмия, свинца, содержание мышьяка, ртути, стронция-90, цезия-137 и составляет в среднем 0,0001 ПДК. Количество цинка, меди, железа в почве 5-10 раз меньше по сравнению с ПДК.

Низкое содержание эссенциальных микроэлементов в овощных культурах и почве на наш взгляд, свидетельствует о том, что сами геохимические условия нашего региона создают предпосылки для низкого уровня эссенциальных микроэлементов.

Таким образом, учитывая то, что питание является связующим звеном между внутренней и внешней средой, и характер питания населения во многом обуславливает заболеваемость, модифицирует течение метаболических процессов в ответ на действие самых различных факторов, представляется очевидным необходимость дальнейшего постоянного и более углубленного исследования пищевых продуктов в данном направлении.

Выводы:

1 Высокое качество овощной продукции, производимой на анализируемом приусадебном тепличном хозяйстве участка №1 РГП «Дирекция госрезиденций» Управления делами Президента Республики Казахстан объясняется отсутствием на ее территории загрязнения.

2 В связи с невозможностью полного предотвращения загрязнения растительного сырья нитратами, тяжелыми металлами и естественными радионуклидами основная роль в профилактике воздействия токсикантов отводится регламентации их содержания и постоянному контролю за соблюдением этих регламентов.

3 Реально имеющие место дефициты микронутриентов могут существенно изменять токсичность чужеродных веществ.

Түйін

Өсімдік шаруашылығы өнімдері құрамындағы радионуклидтерді және токсинді элементтерді гигиеналық бақылау мәселелері

Н. Қ. Қожамұратова, А. М. Текебаева, Г. С. Ғаббасова

Өсімдік шаруашылығы өнімдері құрамында токсиканттардың болуын кешенді гигиеналық бағалау нәтижелері олардың адам ағзасына әсерлі химиялық зиян келтірілетінін растады.

Summary

Hygienic control of content of radionuclide and toxic elements are in plant-grower products

N. Khozhamuratova, A. Tekebaeva, G. Gabbassova

The results of complex hygienic estimation of content of toxic in the products of plant-grower testify to the real chemical loading on the organism of human being.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



**ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

В.Ф. Деньгуб

РГП «Больница медицинского центра УДП РК», г. Астана

Введение. Современная организация здравоохранения, создание специализированных кардиологических бригад скорой и неотложной медицинской помощи создали новые возможности для лечения инфаркта миокарда, снижения смертности от этого заболевания и восстановлению трудоспособности больных [1].

Однако необходимым условием для благоприятного исхода инфаркта миокарда является своевременная диагностика и госпитализация в первые часы заболевания, так как ранние лечебные мероприятия способствуют ограничению величины очага поражения миокарда, предотвращают развитие тяжелых осложнений [2].

Диагностика острого инфаркта миокарда в условиях службы скорой медицинской помощи базируется преимущественно на клинической картине болезни и данных электрокардиографического обследования.

Целью настоящего исследования была оценка результатов диагностики инфаркта миокарда на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации 149 больных в возрасте от 42 до 77 лет, госпитализированных врачами скорой и неотложной медицинской помощи, у которых инфаркт миокарда имел место как направительный или окончательный клинический диагноз. Из них женщин было 24,6%, мужчин 75,4%. Сроки обращения к врачу и длительность развития острого ангинозного приступа варьировали от 5 часов до 5 дней.

В первые часы и при первом обращении к врачу бригадой скорой медицинской помощи были госпитализированы 56,2% больных при наличии типичного болевого синдрома и достоверных электрокардиографических признаков инфаркта миокарда, 10,2% больных госпитализированы на 4-5 сутки из-за позднего обращения к врачу.

В 17,3 % отмечалась гипердиагностика, в 16,3% - гиподиагностика инфаркта миокарда. У последней группы (16,3%) больных с направительным диагнозом инфаркта

миокарда в стационаре были верифицированы диагнозы заболеваний, которые не связаны с поражением сердечно-сосудистой системы (пневмония, бронхиальная астма, приобретенные пороки сердца).

При нераспознавании инфаркта миокарда больным ставили диагноз других сердечно-сосудистых заболеваний – стенокардии (10,3%), артериальной гипертензии (7,0%). Среди них у 13,3% больных наблюдались сопутствующие хронические заболевания, что также затрудняло диагностику и делает необходимым электрокардиографическое исследование при их декомпенсации для своевременной госпитализации

Причинами гиподиагностики инфаркта миокарда на догоспитальном этапе были впервые зарегистрированные нарушения ритма и проводимости (6,8%), неопределенные изменения на ЭКГ как появление в динамике элевации сегмента ST более 1 мм (2,1%) или его депрессия, превышавший 2 мм (5,4%), отсутствие электрокардиографического исследования на догоспитальном этапе (3,0%), атипичная клиническая картина (4,5%). Эти больные были госпитализированы при повторном вызове скорой помощи на 2-3 сутки заболевания. Острые нарушения ритма (пароксизмальная желудочковая тахикардия, мерцание предсердий и блокады ножек пучка Гиса), кардиогенный шок, сердечная недостаточность чаще наблюдались у больных, поздно госпитализированных в стационар.

Заключение. Таким образом, ввиду полиморфности клинической картины начала инфаркта миокарда и не всегда определенных электрокардиографических динамических изменений при развитии острого коронарного синдрома необходимо врачам скорой медицинской помощи проводить тщательную оценку ангинозного приступа при обязательном электрокардиографическом исследовании больных для ранней диагностики инфаркта миокарда и своевременного лечения.

Проведение организационно-методических мероприятий позволит повысить врачебную настороженность в отношении возможного инфаркта миокарда и снизит случаи гиподиагностики.

Литература

1 Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. – 2 изд. – М.: Геотармед, 2003. – 365 с.

2 Дубицкий А.А. Совершенствование специализированной СМП на догоспитальном этапе. – Клин. медицина Казахстана. - №1 (17). – 2010. – С. 82-84.

Түйін

Аурухана жатқызуға дейінгі кезеңде миокард инфарктын диагностикалаудағы қателер

В.Ф. Деньгуб

Жасалған тиісті ұйымдастыру-әдістемелік шаралар орын алуы ықтимал миокард инфарктіне деген дәрігерлік сақтықты жоғарылатуға және гиподиагностика жағдайларын азайтуға мүмкіндік береді.

Summary

Errors of diagnostics of the myocardial infarction at the pre-hospital stage

V.Dengub

Carrying out the relevant organizational and methodical activities allows to increase medical vigilance concerning a possible myocardial infarction and to lower hypodiagnosics cases.

СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Г.А. Жуматаева

Атбасарская ЦРП РП, Акмолинская область

Введение. В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) остается одной из главных неинфекционных пандемий, определяющей структуру сердечнососудистой заболеваемости и смертности. Новое для медицины понятие стратификации риска

предусматривает общую стратегию профилактики, лечения и прогноза АГ с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента. Исследование качества жизни (КЖ) - надежный и эффективный метод оценки общего благополучия человека. В современной зарубежной медицинской литературе широко распространен термин «качество жизни, связанного со здоровьем» (Health-related Quality of life), которое оценивает компоненты, ассоциированные и неассоциированные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус [1]. Включение дополнительного метода диагностики самооценки состояния самими больными повышает достоверность клинического диагноза и эффективность лечения.

Цель исследования. Оценить состояние качества жизни, связанного со здоровьем у мужчин с артериальной гипертонией и здоровых мужчин.

Материалы и методы. Было обследовано 48 мужчины в возрасте от 35 до 84 лет с диагностированной (АГ), проходивших лечение в ГКП на ПХВ Атбасарская ЦРБ РП. Контрольную группу составили 28 практически здоровых мужчины, в возрасте от 35 до 63 лет (средний возраст $49,8 \pm 1,2$ лет).

В процессе исследования пациенты были разделены на группы в зависимости от степени АГ в соответствии с классификацией ВОЗ/МОАГ (1999 г.). Оценку качества жизни (КЖ) проводили с помощью опросника SF-36. Тестирование проводилось в течение первой недели стационарного лечения, когда клинический диагноз был установлен, а проводимая терапия еще не оказала значительного влияния на показатели КЖ пациентов. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6. Распределение переменных определяли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Данные представлены в виде медианы (V0.5), 25-го перцентиля (V0.25) и 75-го перцентиля (V0.75), сравнение проводилось по непараметрическому критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Опросник SF-36 позволяет оценить физические и психологические компоненты здоровья. Результаты показали, что самооценка физических компонентов КЖ у мужчин с АГ III степени была достоверно ниже таковой у мужчин с АГ II степени по всем шкалам на уровне значимости $p < 0,05$. С результатами мужчин с АГ I степени разница была только по шкале «Физического функционирования» (ФФ) на уровне $p < 0,01$ и шкале Боль (Б) - $p < 0,05$. От контрольной группы самооценка пациентов с АГ III отличалась по шкалам ФФ, Ролевое физическое функционирование (РФФ) и Б на уровне $p < 0,001$ и «Общее здоровье» (ОЗ) на уровне значимости $p < 0,05$. Мужчины с АГ II степени не отличались от контроля по оценке физических компонентов КЖ, а мужчины с АГ I степени - только по шкалам РФФ и Б ($p < 0,05$).

Достоверных различий в самооценке психологических компонентов КЖ между группами пациентов с различными степенями АГ не наблюдались, за исключением разницы $p < 0,05$ между мужчинами с II и III степенями АГ по шкале «Жизнеспособности» (Ж). Ниже контрольной группы была оценка мужчин с АГ I степени по шкале «Социальное функционирование» (СФ) ($p < 0,05$) и мужчин с АГ II степени по шкале «Ролевое эмоциональное функционирование» (РЭФ) ($p < 0,05$). Мужчины с III степенью гипертонии отличались в самооценке психологических компонентов здоровья от мужчин контрольной группы по результатам всех шкал. На уровне значимости $p < 0,001$ достоверны были различия этой группы с контролем для шкал Ж и СФ, а для РЭФ и «Психологическое здоровье» (ПЗ) - на уровне $p < 0,01$.

Выводы. Самооценка физических компонентов КЖ мужчинами с АГ III степени была ниже, чем в контрольной группе и группе мужчин с АГ II по всем шкалам. Психологические компоненты КЖ были ниже контроля в группе больных АГ III степени по всем шкалам, в группе с АГ II степени - только по шкале РЭФ, а группе с АГ I степени - по шкале СФ.

Исследования показали, что не осложненная мягкая и умеренная гипертония часто имеет асимптоматическое течение и не ухудшает КЖ.

Литература

1 Гумбольт фон В. О внутренней и внешней организации качества жизни, связанного со здоровьем (пер. с нем.)/Практика и анализ. –Берлин, 2010. – 539 с.

Түйін

Артериялық гипертензиямен ауыратын ер адамдардың денсаулығына байланысты өмір сапасының жағдайы

Г.А. Жуматаева

Өткізілген зерттеулер жұмысқа жарамды жастағы еркектерде кездесетін асқынбаған жеңіл гипертензия асимптомды ағымда болатындығын және өмір сүру сапасын нашарлатпайтындығын көрсетті.

Summary

Condition of quality of the life connected with health in men with the arterial hypertension

G.Zhumataeva

The carried-out researches showed that not complicated soft and moderate hypertension in men of efficient age often has a symptomless current and doesn't worsen quality of life.

ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Т.А. Курманов

*Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи,
г.Астана*

Введение. Пиелонефрит встречается у 8-12 % беременных и является распространенным экстрагенитальным заболеванием [3]. Его обострению в процессе гестации способствует комплекс гормональных, водно-электролитных, иммунных и механических факторов, неразрывно связанных с беременностью[7]. Начиная с ранних сроков беременности, у 80 % здоровых женщин возникают функциональные изменения мочевых путей, проявляющиеся снижением тонуса и гипокинезией мочеточников [2], приводящие к проникновению мочи, микробов, токсинов в ткань почки, что предрасполагает к развитию острого или обострению хронического пиелонефрита [5]. Поэтому определяющим моментом при лечении обструктивных форм заболевания является восстановление адекватной уродинамики с использованием различных методов дренирования почечной лоханки [1]. В тоже время в современной литературе недостаточно освещены показания к разгрузке верхних мочевых путей у беременных при обструктивных поражениях с выбором оптимального метода дренирования почек. Отсутствует единство взглядов на ведение обструктивного пиелонефрита у беременных, нет общей точки зрения о длительности лечения, сроках и различных подходах к катетеризации полостной системы почек.

Целью исследования явилось совершенствование комплексного лечения пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных с применением дренирования полостной системы почек.

Материал и методы. В основу работы положены результаты исследования эффективности лечения 29 беременных с пиелонефритом. урологического отделения «Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи». Анализ данных проводился с ноября 2010года по сентябрь 2011года. Больные в зависимости от тактики лечения были разделены на две клинические группы: 1-ая группа - 15 беременных, которым было проведено только консервативное комплексное лечение; 2-ая группа - 14 беременных с обструктивным пиелонефритом, которым было проведено эндоурологическое дренирование с использованием мочеточниковых стентов.

Результаты и обсуждения. При дренировании мочевых путей у больных 2-й группы по сравнению с консервативным ведением пациенток быстрее купировался болевой синдром,

лейкоцитоз, сокращался период повышенного СОЭ, выше были темпы снижения палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов. Причина такой разницы в показателях кроется в скорой и успешной нормализации уродинамики во 2-й группе. Болевой синдром быстрее купировался при дренировании верхних мочевых путей. Однако, при эндоурологических вмешательствах мочевого синдром и дизурические расстройства были более продолжительными среди пациенток 2-й группы. При эндоурологическом дренировании продолжительность лейкоцитурии ($12,41 \pm 0,23$ сут.) и эритроцитурии ($7,85 \pm 0,43$ сут.) была намного выше аналогичных величин в 1-й ($3,72 \pm 0,15$ сут. и $3,53 \pm 0,32$ сут., соответственно) группах [4].

Таким образом, лабораторные изменения в моче хуже всего нормализовались при использовании внутреннего дренирования мочевых путей. Это объясняется тем, что инородное тело в мочевыводящих путях (мочеточниковый стент-катетер) способствует длительному сохранению изменений в анализах мочи из-за персистенции воспалительного процесса. Дренирование мочевых путей стентом сопровождалось большей встречаемостью дизурических явлений у пациенток по сравнению с консервативным ведением. Частота встречаемости астенического синдрома была выше на протяжении всех этапов наблюдения у пациенток 2-й группы. Во всех группах после начала лечения содержание азотистых продуктов белкового обмена - креатинина и мочевины прогрессивно снижалось, что свидетельствовало о снижении интоксикационных явлений в организме. Наиболее благоприятная динамика креатинина и мочевины крови наблюдалась после стентирования мочеточников.

Таблица - Длительность симптомов пиелонефрита у обследованных пациенток

	Длительность симптома	1-я группа	2-я группа
1	Болевой синдром (сут.)	4,5	2,5
2	Гипертермия (сут.)	3,5	4,4
3	Лейкоцитоз (сут.)	7,3	3,2
4	СОЭ (сут.)	9,5	7,8
5	Лейкоцитурия (сут.)	3,7	12,5
6	Эритроцитурия (сут.)	3,5	7,8

Таким образом, дренирование мочевых путей при обструктивном пиелонефрите повышает эффективность комплексного лечения острого пиелонефрита. Консервативное лечение включает антибактериальную (пеницилин +аминогликозиды; фторхинолоны+цефалоспорины); инфузионно - дезинтоксикационную, противовоспалительную терапию, уросептики, физиотерапию, целесообразно применение дезагрегантов и антикоагулянтов[7]. До получения результата бактериологического исследования мочи антибактериальная терапия назначается эмпирически, а после получения результатов посева мочи лечение может быть скорректировано. Функционально-пассивная гимнастика почек, (1-2 раза в неделю назначают 20 мл лазикса). Обструктивные формы острого пиелонефрита требуют незамедлительного восстановления оттока мочи на стороне поражения, а только потом назначение антибактериальной и инфузионной терапии[8]. Наряду с общепринятым медикаментозным лечением, патогенетически оправдано назначение антиоксидантов. К антиоксидантам относятся: витамин Е (токоферол), витамин С (аскорбиновая кислота), витамин А (ретинол).

Выводы. Во всех случаях обострение хронического пиелонефрита, которые не купировались консервативными мероприятиями, где имело место сдавление верхних мочевых путей, наиболее эффективным малоинвазивным методом лечения является установка мочеточникового стент-катетера в сочетании с консервативными мероприятиями.

- У беременных с пиелонефритом своевременное, эффективное и длительное проведение эндоурологического дренирования мочевых путей способствует быстрому снижению симптомов интоксикации, купированию воспалительных реакций.

Литература

- 1 Еникеев Д.В. Определение стадии острого пиелонефрита для выбора лечебной тактики: Автореф. дис. канд мед. наук. - М., 2009. -24 с.
- 2 Захарова Е.В. Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз) // Гинекология. - 2008. - Т.10, №6. - С.4-12.
- 3 Иремашвили В. В. Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему // Русский медицинский журнал. - 2007. - Т.15. - №29. - С.2231-2236.
- 4 Лопаткин Н.А., Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин. М.: Медицина, 1985. - 240 с.
- 5 Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капительный В.А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология. - 2007. - Т.9, №1. - С.78-84.
- 6 Почерникова М.Н., Стрельников А.И., Почерников Д.Г., Дубисская Л.А. Способ диагностики хронических нарушений уродинамики верхних мочевых путей у беременных // Патент России № 2308230.2006.Бюл.13.
- 7 Серов В. Н., Тютюнник В.Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение. - 2008. - Т.16. - №1. - С.10-13.
- 8 Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. — М.: Медицина, 2004. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е., Мойсюк Я.Г. и др. Беременность и роды у женщин с пересаженной почкой // и акушерство и гинекология. — 2004. — № 2. — С. 27–32.

Түйін

Жүкті әйелдерді бітелген пиелонефриттен емдеу тәжірибесі

Т.А. Құрманов

Жүктілік кезінде зәр шығару жүйесінің инфекциялары урология, нефрология және гинекологияның ең өзекті мәселелерінің бірі. Гестациялық пиелонефрит жүкті әйелдердің 8-12 % анықталады. Бүйрек ұлпасының сірнелі қабынуы формаларын консервативті әдістерімен тоқтатуға болады. Жүкті әйелдерді пиелонефриттен емдеудің негізгі құралы - антибиотиктер. Қазіргі кезеңде қолданылатын емдеу әдістерінің жиынтығы әрбір емделушіге тиімді ем таңдауға мүмкіндік береді. Осы зерттеу зәр шығаратын жоғарғы жолдарды зарағарлық стент-катетермен дренаждаудың тиімділігін зерделеуге негізделген. Гестациялық пиелонефритті емдеудің ең тиімді әдісі консервативті терапиямен қоса зәр шығаратын жоғарғы жолдарды дренаждау болып табылады. Пиелонефритпен ауыратын жүкті әйелдердің зәр шығару жолдарына эндоурологиялық дренаждауды дер кезінде, тиімді әрі ұзақ мерзімге қолдану интоксикация симптомдарын тез төмендетуге, қабыну реакцияларын тоқтатуға ықпалын тигізеді.

Summary

Treatment of obstructive pyelonephritis in pregnant women

T. Kurmanov

Urinary tract infection during pregnancy is one of the major problems of urology, nephrology and gynecology. Gestational pyelonephritis is diagnosed in 8-12% of pregnant women. Serous form of inflammation of the renal parenchyma can be cut short by conservative methods. The main treatment for pyelonephritis of pregnant women is antibiotics. In a contemporary stage a large diversity of available treatments can be chosen for each patient which is optimal. This study is based on a study of the effectiveness of drainage of the upper urinary tract ureteral stent-catheter. It is shown that the most effective method of treatment of gestational pyelonephritis is a drainage of the upper urinary tract in conjunction with conservative therapy. In pregnant women with pyelonephritis timely, effective and long-term holding of endourological drainage of the urinary tract contributes to the rapid reduction of symptoms of intoxication, the relief of inflammatory reactions.

BIS – МОНИТОРИНГ ГЛУБИНЫ НАРКОЗА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Н.А. Рейнгольд, Е.М. Рахманов, К.С. Турабаев, к.м.н. Б.С. Туйишев, к.м.н. А.В.Квашинин
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы*

Введение. Одной из наиболее серьезных проблем современной анестезиологии остается риск пробуждения пациентов во время выполнения оперативного вмешательства. Частота сохранения сознания во время операций, по разным данным, колеблется от 11 до 43% [1]. По данным Объединенной комиссии по аккредитации организаций здравоохранения (ЖСАНО, 2004) частота интраоперационных пробуждений у пациентов во время оперативного вмешательства в США достигает 2000–4000 случаев ежегодно, составляя 0,1–0,2% от всех пациентов, подвергающихся общей анестезии. Это подтверждается и рядом других публикаций [2]. Приведенные цифры убеждают, что проблема поверхностной анестезии не относится к разряду редких и незначительных.

Риск незапланированного пробуждения особенно велик во время операций на открытом сердце. Это обусловлено изменением концентраций лекарственных средств в крови при использовании аппарата искусственного кровообращения (АИК), в том числе, и в связи с увеличением объема распределения препаратов, гипотонией, гипотермией и непulsирующим кровотоком, градиентом температур, при согревании и охлаждении больного, а также желанием избежать отрицательного инотропного эффекта анестетиков путем снижения их дозы [3].

В силу изложенных причин, коронарное шунтирование и протезирование клапанов в условиях искусственного кровообращения (ИК) сопровождаются недостаточной глубиной сна в 4,7 и 4% случаев соответственно [4]. Большинство случаев интраоперационных воспоминаний, связанных со слуховыми восприятиями, наиболее часто встречается непосредственно в момент начала ИК, что подтверждает изменение концентраций анестетиков в первые минуты перфузии.

Для оценки глубины сна предложено несколько вариантов электрофизиологических показателей и их производных, а одним из наиболее распространенных является биспектральный индекс (BIS), который задуман как показатель, коррелирующий с уровнем седации и глубиной наркотического состояния. Однако в ряде работ выявлены некоторые недостатки метода. При моноанестезии ксеноном BIS-индекс отстает от клинических проявлений ксеноновой анестезии. В своей работе Kim H.S. с коллегами (2005), показали повышение показателей BIS при увеличении концентрации анестетика у детей младшего возраста.

При некоторых видах общей анестезии, такой как комбинированная анестезия с применением кетамина, BIS может указывать на бодрствование пациента (100%), в то время как по всем клиническим и гемодинамическим параметрам он находится в глубоком наркозе. Таким образом, разработка методов оценки глубины сна, мониторинга ее динамики, в том числе при кардиохирургических операциях в условиях ИК, на сегодняшний день не прекращается и остается актуальной [5].

Цель исследования - повысить качество анестезиологического обеспечения кардиохирургических вмешательств в условиях искусственного кровообращения посредством мониторинга и коррекции глубины сна.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов отделения анестезиологии и реанимации ЦКБ МЦ УДП РК, подвергшихся кардиохирургическому вмешательству в условиях искусственного кровообращения. Возраст пациентов колебался от 40 до 60 лет.

Всем пациентам была проведена стандартная, принятая в клинике, методика анестезии с использованием пропофола, фентанила, ардуана, ингаляционная анестезия севораном.

Критериями включения пациентов в исследование были: выполнение планового оперативного вмешательства в условиях искусственного кровообращения и одинаковая

методика внутривенной анестезии в условиях искусственной вентиляции легких. Основания для исключения: оперативные вмешательства, выполняемые на работающем сердце, некачественная регистрация BIS.

Для контроля глубины сна использовался монитор глубины наркоза «Cerebral State Monitor 2», который достаточно прост в обращении. Графические и цифровые показатели легко подвергаются клинической интерпретации. Монитор снабжен программным обеспечением для связи с персональным компьютером.

Уровень сознания оценивался по BIS-индексу от 0 до 100. Так, индекс равный 90-100 указывает на бодрствование, 90-80 - сонливость, 60-80 - легкая анестезия или седация, 40-60 – диапазон, который считается адекватным для хирургической анестезии, 10-40 - глубокая анестезия, сопровождающаяся в большинстве случаев подавлением вспышек, 0-10 – состояние близкое к коме.

Регистрация осуществлялась с помощью трех электродов. При этом данные фиксировались на этапах: до индукции, непосредственно перед подключением аппарата искусственного кровообращения (эти данные принимались за исходные), затем в течение первых 10 мин искусственного кровообращения, каждые 10 мин на этапе охлаждения, на этапе достижения целевой температуры, каждые 10 мин на этапе согревания, и через 10 мин после окончания искусственного кровообращения.

Результаты и обсуждение. В результате проведения мониторинга был определен показатель, отражающий относительное изменение глубины сна до и после подключения АИК в сравнении с уровнем активности во время бодрствования, то есть перед началом анестезии. Выявленная динамика изменений частоты спектрального индекса при подключении АИК отражала степень изменения глубины сна. Так, анализ полученных результатов показал, что в течение оперативного вмешательства динамика глубины сна различалась: от начала индукции до начала ИК разницы в глубине сна не определялось; с началом ИК значения частоты спектрального индекса повышались, что говорит об уменьшении гипнотического компонента анестезии, т.е. снижении глубины сна; на этапе подключения ИК и охлаждения наблюдалось снижение глубины сна (рис.1).

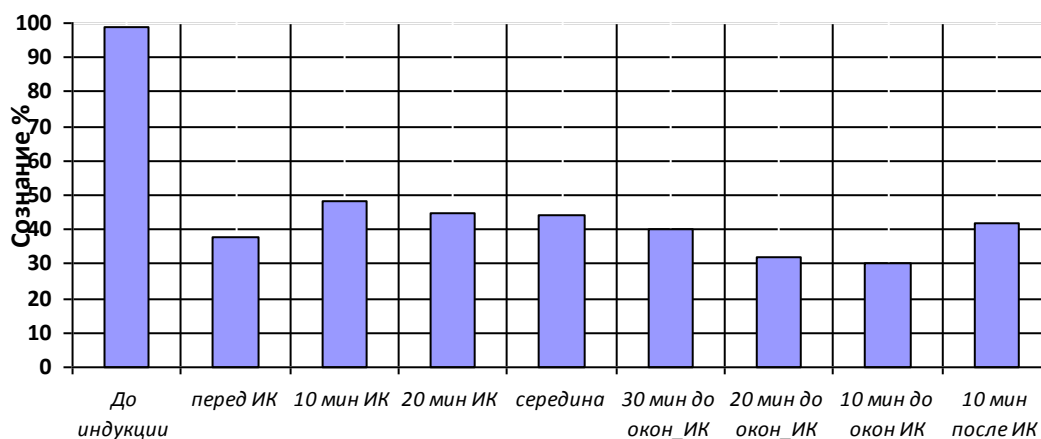


Рисунок 1 – Динамика частоты спектрального индекса на разных этапах оперативного вмешательства (среднее значение)

Причем начало ИК у всех пациентов сопровождалось значительным снижением глубины сна. Данные наблюдения подтверждают, что для операций с искусственным кровообращением одним из факторов риска является снижение концентрации гипнотика при начале ИК из-за практически одномоментного увеличения объема распределения лекарственных препаратов и по контуру АИК. Следовательно, необходимость в контроле уровня глубины сна является очевидной. Учитывая данные BIS-мониторинга, с целью

стабилизации глубины сна пациентам в период ИК проводилась коррекция: дополнительное введение анальгетиков, гипнотиков и включение в контур АИК дополнительного испарителя ингаляционных.

После проведенных манипуляций ни у одного из 20 наблюдаемых пациентов не отмечено случаев незапланированного восстановления сознания (НВС). При этом после пробуждения никто из них не сообщил об интраоперационных воспоминаниях.

Таким образом, не смотря на то, что проблема применения монитора глубины анестезии еще находится в стадии изучения, игнорирование его использования рассматривается как фактор риска НВС, особенно при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения, когда снижение глубины сна отмечается почти у всех больных. При этом добавление в объем первичного заполнения аппарата искусственного кровообращения дозы пропофола, рассчитанной по целевой концентрации препарата в плазме крови и компенсирующей дилуционный механизм непреднамеренного пробуждения, позволяет обеспечить достоверно большую стабильность глубины сна.

Литература:

- 1 Арутюнян О.М., Яворовский А.Г., Гулешов В.А. и др. Роль нейромониторинга на основе энтропии при кардиохирургических операциях // Анестезиология и реаниматология. -2010. - № 5.-С. 78-82.
- 2 Бестаев Г.Г., Лебединский К.М., Земляной В.П. Факторы, влияющие на удобство выполнения хирургической операции: оценка роли анестезиолога на фоне профессиональной эволюции хирурга // Вестник интенсивной терапии. - 2009.- № 5.- С. 12-14.
- 3 Бунятян А.А., Трекова Н.А. Руководство по кардиоанестезиологии -М.:МИА.- 2005.-688 с.
- 4 Курапеев И.С. Основы искусственного кровообращения для анестезиолога / Под редакцией К.М. Лебединского. СПб.: МАЛО.- 2009. - 127 с.
- 5 Виноградов В.Л., Лихванцев В.В., Субботин В.В. и др. Bispectral index (BIS)- новая идеология в решении старой проблемы. Анестезиология и реаниматология -2002-№1-С. 49-53.

Түйін

Жасанды қанайналымы жағдайында кардиохирургиялық операция кезінде қолданылатын наркоздың әсерлігін BIS-бақылау

Н.А.Рейнгольд, Е.М.Рахманов, К.С.Тұрабаев, Б.С.Түйішев, А.В.Квашнин

Мақалада жасанды қанайналымы жағдайында кардиохирургиялық емшараларды анестезиямен қамтамасыз ету сапасын жоғарлату мақсатында ұйқы тереңдігін бақылауды және түзетуді қолдану нәтижелері келтірілген.

Summary

BIS - Monitoring depth of anesthesia during cardiac surgery under extracorporeal circulation

N. Reingold, Ye.Rakhmanov, K.Turabaev, B. Tuishiev, A. Kvashnin

The article presents the results of the monitoring and correction of the depth of sleep in order to improve the quality of anesthetic management in cardiac surgery under extracorporeal circulation.

УДК: 617.7-007.681-07-057.34

АНАЛИЗ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ С ГЛАУКОМОЙ

*А.Ж. Смагулова, Ш.А. Ескендирова, Г.М. Оспанова
Больница МЦ УДП РК, г. Астана*

Введение. Все государственные служащие г. Астана, прикрепленные к медицинскому центру, наблюдаются в больнице Управления Делами Президента РК. Одним из важных

компонентов обязательного ежегодного скрининга прикрепленного контингента, является целевой осмотр на глаукому. «По данным ВОЗ, в мире имеется около 105 млн. больных глаукомой, из них слепых на оба глаза 9,1 млн. В Казахстане в 2009г насчитывалось 35755 больных с глаукомой, из них на диспансерном учете 62%. Доля глаукомы в структуре первичной инвалидности по зрению за последние 10 лет возросла в 5 раз (с 5,9% до 29,7%) и поднялась с пятого на второе ранговое место. Вопросы организации ранней скрининговой диагностики, диспансерного наблюдения и эффективного комплексного лечения больных глаукомой являются чрезвычайно актуальными для здравоохранения Республики Казахстан» [1].

Цель исследования: Анализ проведения целевых осмотров на предмет ранней диагностики глаукомы, а также анализ показателей динамического наблюдения диспансерной группы с диагнозом глаукома.

Материалы и методы. Целевые осмотры на глаукому проводились офтальмологом консультативно-диагностического отделения у всех пациентов в возрасте старше 40 лет. Обследование включало ряд диагностических методов, в том числе: опрос пациента, сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни, данные объективного исследования – визометрия, авторефрактометрия (на авторефрактометре PRK-5000), биомикроскопия (на целевой лампе SHIN-NIPPON SNC с применением высокодиптрийной линзы Ocular MaxField 78D), прямая и обратная офтальмоскопия (с прямым офтальмоскопом NEITZ RC-II), суточная тонометрия (с помощью аппланационного тонометра Маклакова и бесконтактного тонометра SHIN-NIPPON NCT -10), гониоскопия (с линзой Гольдмана), периметрия (на периметре ЦПЗ KOWA AR-125), лазерная сканирующая ретиномография (на Гейдельбергском лазерном сканирующем ретиномографе HRT II).

Результаты и обсуждение. Обследование прикрепленного контингента центральных государственных органов проводилось в амбулаторных условиях, динамика их среднегодового количества за последние три года отражена в таблице 1.

Таблица 1 - Количество прикрепленного контингента за период 2009-2011 гг.

№	Показатель	2009 год	2010 год	2011 год
1	Среднегодовое количество контингента	11375	11514	11742
2	В том числе государственные служащие	9158	8970	9525

Как видно из таблицы, за период 2009-2011гг отмечается постепенное увеличение среднегодового количества прикрепленного контингента.

Таблица 2 - Показатели охвата целевого осмотра прикрепленного контингента в динамике за период 2009-2011гг.

№	Показатель	2009 год	2010 год	2011 год
1	План целевого осмотра на глаукому при профосмотрах	3074	3283	4401
2	Фактическое выполнение целевого осмотра на глаукому при профосмотрах	3015	3200	4235
4	Кол-во больных с впервые выявленной глаукомой	6	7	10

При детальном анализе, можно обратить внимание на неуклонный рост запланированного осмотра на глаукому на 30% за указанный период. По-видимому, это обусловлено увеличением за тот же период общего количества прикрепленного контингента на 3,2%. Последнее привело к повышению фактического процента выполнения плана обследования на глаукому на 28,8%. Наряду с этим, показатель первичного выявления диагноза глаукома на ранних стадиях увеличился на 40%, что, в дальнейшем, при своевременном и адекватном лечении приведет к стабилизации

глаукомного процесса и более длительному сохранению зрительных функций у пациента (см. таб. 2).

Следует отметить, что основной поток больных, направленных на детальное обследование с подозрением на глаукому, составили пациенты по направлению офтальмолога профилактического отделения. С 2007 года на базе поликлиники УДП РК применяется Гейдельбергский ретинотомограф. Уникальная лазерная сканирующая система, предназначенная для количественного определения пространственной геометрической формы центральной части глазного дна, что чрезвычайно важно для ранней диагностики изменений в области зрительного нерва. С помощью лазерного сканирования (глубина сканирования сетчатки от 1 до 4 мм) производится трёхмерная съёмка глазного дна. При обработке имеется возможность определения профилей с точностью до 300 микрон по глубине в любом сечении сетчатки. Этот прибор выбран в качестве базового для проведения долговременных клинических сравнительных исследований при глаукоме, а также для изучения эффективности применяемого лечения, которые проводятся одновременно в ряде клиник по единой международной программе. «Гейдельбергский ретинальный томограф является одним из немногих приборов, позволяющих объективно и достоверно вести продолженное наблюдение за морфометрическими параметрами диска зрительного нерва, т.е. проводить мониторинг глаукомной оптической нейропатии» [2].

Нами на лазерном ретинотомографе всего было обследовано 739 человек: в 2009 году - 312 человек, в 2010 году - 156 человек, в 2011 году - 271 человек. Таким образом, при анализе совокупных данных целевого осмотра можно отметить рост числа пациентов, обследованных на глаукому при обнаружении даже малейших офтальмоскопических отклонений. Что послужило основанием для детального исследования с помощью лазерного сканирующего ретинотомографа и динамического контроля диспансерной группы с диагнозом глаукома.

После верификации диагноза глаукома дальнейшее наблюдение пациентов проводится в диспансерной группе у офтальмолога по месту прикрепления. В диспансерной группе по офтальмопатологии в 2009 году состояло 249 человек, из них с глаукомой разных стадий – 76 человек; с подозрением на глаукому 16 человек. В 2010 году соответственно: всего – 244 человека, с глаукомой разных стадий – 69 человек, с подозрением на глаукому – 16 человек. В 2011 году соответственно: всего – 284 человека, с глаукомой разных стадий – 71 человек, с подозрением на глаукому – 16 человек.

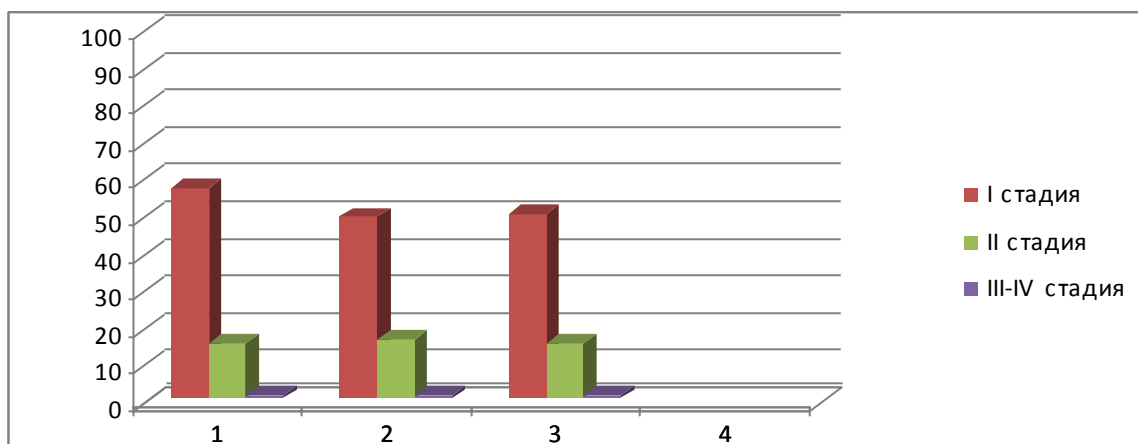


Рисунок 1 - Распределение диспансерных пациентов (в %) по стадиям глаукомы за период 2009-2011 годы.

Основную долю диспансерной группы составляют пациенты с начальной глаукомой (I стадия) - 75%, с развитой глаукомой (II стадия) соответственно 20% и с далеко зашедшей

и терминальной глаукомой (III – IV стадии) соответственно 3% из всей диспансерной группы (см. диаграмму №1). Учитывая показатели разграничения глаукомы по стадиям и динамическому наблюдению за истекший период, можно отметить относительное постоянство количества наблюдаемых пациентов с начальной стадией глаукомы. Данное обстоятельство указывает на стабилизацию глаукомного процесса у наблюдаемой диспансерной группы, и, определенно, на эффективность диспансеризации по глаукоме (см. диаграмму №2).

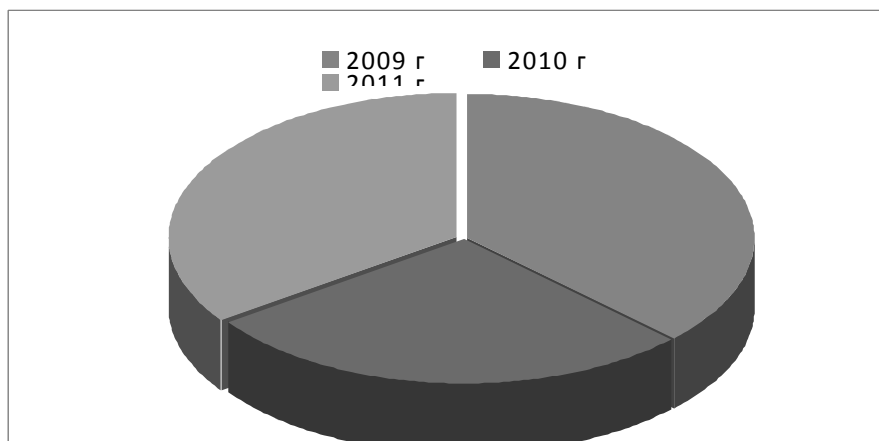


Рисунок 2 - Доля пациентов диспансерной группы, имеющих начальную стадию глаукомы за период 2009-2011 годы

Показатели получены по результатам регулярного динамического контроля диспансерной группы в течение года, с отметками – выздоровление, улучшение, без перемен и ухудшение. Так в 2009 г улучшение зрительных функций отмечалось у 62%, в 2010 году улучшение зрительных функций отмечалось у 69%, в 2011 году соответственно улучшение достигнуто у 86 % наблюдаемой группы с диагнозом глаукома. Всем пациентам регулярно проводились курсы нейроретинопротекторной терапии в условиях дневного стационара, систематически контролировались показатели внутриглазного давления с коррекцией гипотензивными препаратами.

Выводы:

1. Целевые осмотры прикрепленного контингента проводятся офтальмологической службой поликлиники Больницы УДП РК на достаточно высоком уровне, учитывая важную социальную значимость скрининговой диагностики глаукомы в рамках государственной программы «Саламатты Қазақстан», отмеченной на научно- практической конференции «Инновационные технологии реабилитации больных с социально значимой офтальмопатологией» в сентябре 2011 в г. Астана [3].
2. Ранняя верификация, взятие на диспансерный учет, активное наблюдение, все необходимые реабилитационные мероприятия среди прикрепленного контингента с уточненным диагнозом глаукома проводятся офтальмологической службой поликлиники регулярно и на должном уровне.

Литература:

- 1 Т.К. Ботабекова, З.А. Джуматаева «К вопросу организации противоглаукомной службы Республики Казахстан»// Казахстанский офтальмологический журнал 2011.№ 2-3. Стр 6-8.
- 2 А.В. Куроедов, В.В. Городничий «Компьютерная ретинотомография: Диагностика, Динамика, достоверность». Москва,2007г. С.3-5.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

Глаукомаға шалдыққан мемлекеттік қызметшілерді ерте диагностикалаудың талдауы және динамикалық бақылау

А.Ж. Смагулова, Ш.А. Ескендірова, Г.М. Оспанова.

Мақалада тіркелген құрамды глаукомаға мақсатты тексеру талдауының деректері, сондай-ақ соңғы 3 жыл ішінде осы дерт бойынша диспансерлік топты динамикалық тексеру нәтижелері берілген. Глаукоманы ерте сатысында алғашқы анықтаудың көрсеткіші 40% жоғарылаганы белгіленді. Бұған диагностикалаудың ең жаңа технологиясы HRT II қолдану арқылы қолжеткізілгені ықтимал. Сонымен бірге глаукоманың бастапқы түрімен ауыратын диспансерлік наукастар санының тұрақтығын ескерген жөн, бұл диспансеризация тиімділігі жеткілікті екенін көрсетеді.

Summary

Analysis of early diagnosis and dynamic follow-up of civil servants with glaucoma

A.Smagulova, Sh. Yeskendirowa, G.Ospanova

The article presents the data analysis of the target survey attached to the continent glaucoma, and the results of dynamic monitoring dispensary group for this disease's over the past 3 years. It was revealed that the rate of initial detection of glaucoma at an early stage has increased by 40%. Probably, by using the latest diagnostic technology – HRT II. Also note the relative constancy of the number of dispensary patients with initial stage of glaucoma, that indicating to adequate of efficiency at clinical examination.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ В СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

С.А. Со

Областная больница г. Кокшетау

Введение. В настоящее время трудной и важной остается проблема введения предоперационного введения полипозного риносинусита (ПРС) особенно в сочетании бронхиальной астмой (БА) и/или аспириновой триадой (АТ). Частота выявления данной патологии слишком высока. По данным зарубежных авторов, что у 20-40 % пациентов полипы сочетаются с БА и у 8% с АТ[1,2].

Основным достижением в лечении ПРС стало развитие эндоскопических технологий оперативного вмешательства. Эндоскопическая функциональная ринохирургия базирующаяся на концепциях Мессерклингера, дала возможность щадяще вскрыть все пораженные околоносовые пазухи, удалить из них измененную слизистую оболочку, одновременно восстанавливая условия для дренажа и аэрации[3]. Однако, эффект даже от безукоризненно сделанной операции может быть сведен к нулю и вызвать приступ БА во время или в послеоперационном периоде за счет дефектов в предоперационнойподготовке. Поэтому для подготовки больных с ПРС в сочетании БА мы применили топический глюкокортикостероидназонекс и антигистаминный препаратксизал [4,5,6].

Цель исследования: Изучить возможность применения сочетанного топического кортикостероида назонекс и антигистаминный препарат ксизалв комплексной подготовке к оперативному вмешательству.

По механизму действия назонекс угнетает синтез продуктов метаболизма арахидоновой кислоты – циклических эндопероксидов, простагландинов, уменьшает воспалительный экссудат и продукцию лимфокинов, тормозит миграцию макрофагов, что приводит к уменьшению процессов инфильтрации и грануляции, обладает выраженным и быстропроявляющимся противовоспалительным действием [7,8].

Материалы и методы: Материалом для исследования явились больные ЛОР отделения ГКП на ПХВ «Областная больница». В исследование включено 47 пациентов в возрасте от 20 до 69, в анамнезе у которых имелись неоднократные оперативные вмешательства. В предоперационном периоде в течение 21 дней больные принимали ксизал по 1 таблетке в день по 1-2 впрыскивания назонекс в каждую половину носа 1 раз в сутки. Контрольная группа велась стандартно. В ходе исследования проводилась оценка симптомов и эндоскопическое обследование носовой полости, носовых ходов, носоглотки.

Оперативное вмешательство проводилось всем при применении эндоскопической хирургии. По сравнению с контрольной группой исследуемые пациенты операцию переносили легче, кровотечений во время операции было значительно меньше, операционное поле шире за счет сокращения размера полипов и снижение отека слизистой носа и придаточных пазух, а также оперативное вмешательство было выполнено с минимальной травмой с сохранением анатомической структуры и здоровой слизистой. Заживление операционных ран, исчезновение корок и восстановление мукоцилиарного клиренса у исследуемых пациентов статистически было намного выше. Кровотечений в раннем послеоперационном периоде и ближайшие 3 месяца не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, предложенная схема лечения подтверждает высокую эффективность в комплексной предоперационной подготовке применение ксизал и назонекс у больных с полипозным риносинуситом в сочетании БА.

Литература:

- 1 Пискунов Г. З. Полипоз носа // Рос.ринология.—2002.— № 1.— С. 2–6.
- 2 Ким И. А., Носуля Е. В. Особенности эпидемиологии полипозного риносинусита // Рос.ринология.— 2007.— № 3.— С. 35–36.
- 3 Пухлик С. М., Титаренко О. В. Периоперационное ведение больных полипозным риносинуситом // Журн. вушних, носових і горловиххвороб.— 2009.— № 3.— С. 128–129.
- 4 Манакова Л. Н., Колосов В. П. Выбор метода лечения полипозного риносинусита у больных бронхиальной астмой // Бюл. физиол. и патол. дыхания.— 2006.— Вып. 23 (приложение).— С. 71–73.
- 5 Барский А. Б., Яремчук С. Э. Использование кортикостероидных препаратов в лечении лиц с полипозным риносинуситом // Ринология.— 2004.— № 1.— С. 72–74.
- 6 Badia L, Lund V. Topical corticosteroids in nasal polyposis. Drugs. -2001. Vol.61. – P.573-578.
- 7 Stjarne P. et al. A randomized controlled trial of mometasonefuroate nasal spray for the treatment of nasal polyposis // Arch Otolaryngol Head Neck Surgery. – 2006. - 132(2). – P.179-85.
- 8 Smal C.B., Hetnandes J., Reyes A. et al. Efficacy and safety of mometasonefuroate nasal spray in nasal polyposis // Allergy Clin. Immunol. – 2005. –Vol. 116. –P. 1275-1281.

Түйін

Полипозды риносинуситпен қосарласқан бронх астмасы бар науқастарды операцияға дайындау
С.А. Со

Зерттеудің мақсаты - операцияға кешенді дайындау ретінде назонекс топикалық кортикостероид спрейін және ксизал антигистаминдік дәрі-дәрмегін бірге қолдану мүмкіндігін зерделеу. Зерттеуге анамнезінде бірнеше операция жасалынған 20 және 69 жас аралығындағы 47 науқас алынды. Ұсынылған ем операция алдығы кешенді дайындық кезінде полипозды риносинуситпен қосарласқан бронх астмасы бар науқастарға ксизал және назонекс дәрі-дәрмектерін қолданудың жоғары тиімділігін дәлелдейді.

Summary

Preoperative preparation of patients with polypous rhinosinusitis in a combination of asthma

S.So

The aim of this study was the possibility of combined topical corticosteroid and antihistamine in the complex preparation for surgery. 47 patients from 20 to 69 years of age were enrolled into study. Combination method improves radicalism of the operation, reduce trauma and bleeding.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

к.м.н. Б.К. Сулейменов

Больница скорой неотложной помощи, г. Алматы

Введение: Обеспечение пораженного мозга достаточным количеством кислорода является одной из основных задач лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу находящихся в критическом состоянии [1]. Основными направлениями интенсивной терапии таких пациентов являются коррекция нарушенной гемодинамики, газообмена, кислородного транспорта и внутричерепной гипертензии [2].

С 60-х годов прошлого века для ликвидации кислородной задолженности ишемизированной ткани головного мозга стали применять лечение кислородом под повышенным давлением – гипербарическую оксигенацию (ГБО). При этом гипербарический кислород понижает напряжение кислорода в артериальной крови за счет увеличения его фракции, что приводит к нормализации метаболизма головного мозга вследствие улучшения церебральной оксигенации и уменьшения отека мозга [3].

Несмотря на большой опыт применения ГБО в неврологии, данные о ее влиянии на внутричерепное давление в остром периоде ОНМК немногочисленны и получены при исследованиях у больных, находившихся в условиях ИВЛ [4].

Целью исследования явилось оценка динамики ВЧД у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу находящихся в нейроинсультном центре больницы скорой неотложной помощи г. Алматы.

Материал и методы. Мы провели анализ динамики ВЧД во время 27 сеансов ГБО у 13 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу

Мужчин было 9, женщин – 4. Средний возраст больных составил $47,4 \pm 15,8$ года. Угнетение уровня бодрствования по шкале комы Глазго (ШКГ) к началу ГБО-терапии соответствовало 4-6 баллам у 4 больных, 7-8 баллам 5 больных, 7-8 баллам у 4 больных, 9,9 - 10 баллам. У 6 пациентов выявили выраженный ангиоспазм по среднемозговым артериям (СМА). Всем больным ГБО-терапию начинали на раннем этапе заболеваний, т.е. 1-ые и 2-ые сутки от момента поступления в нейроинсультный центр ОАРИТ.

ГБО осуществляли при помощи реанимационной барокамеры Sechrist 2800 (США), оснащенный респиратором Sechrist – 500. Сеанс ГБО продолжительностью 40 ± 10 мин проводили в режиме 1,2-1,6 абсолютных атмосфер (ата) (режим когда в барокамере превышает атмосферное давление на 0,2-0,6 атмосферы).

Противопоказаниями к применению ГБО явились нестабильность гемодинамики, требующие проведение непрерывной инфузионной поддержки симпатомиметиками, неконтролируемая внутричерепная гипертензия, нарушения легочного газообмена (наличие острого респираторного дистресс-синдрома) и наличие судорожного синдрома в анамнезе. Во время сеанса ГБО мониторировали неинвазивное АД, частоту и ритм сердечных сокращений, частоту дыхания (монитор).

Инвазивный мониторинг ВЧД проводили всем больным при помощи паренхиматозных и вентрикулярных датчиков. Для измерения ВЧД использовали паренхиматозные датчики Codman (США) или Spiegelberg (Германия). Измерение ВЧД проводили непосредственно перед началом сеанса ГБО после придания голове больного возвышенного на 30° положения и сразу же после окончания сеанса.

Для забора проб артериальной крови катетеризовали лучевую артерию. Контролировали газовый состав артериальной крови, оценивали напряжение кислорода (PO₂) и углекислоты (PCO₂) в артериальной крови. Исследование проб артериальной крови проводили в лаборатории (газоанализатор ABL-800).

Оценку внутригрупповых различий проводили при помощи критерия Вилкоксона, межгрупповых – при помощи критерия Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне критерия значимости (p) менее 0,05. Данные представлены как $M \pm \sigma$ (M – среднеарифметическая, σ – стандартное отклонение).

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных выяснили, что динамика ВЧД была различной. Во время 8 сеансов (29,6%) применение ГБО у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения сопровождалось повышением ВЧД, во время 14 (51,8%) сеансов ВЧД оставалось неизменным, а в 5 (18,6%) случаях наблюдалось снижение ВЧД.

Повышение ВЧД во время сеанса от $15,3 \pm 2,0$ до $24 \pm 3,1$ сопровождалось увеличением среднего АД со $116 \pm 12,3$ до $131,2 \pm 15,7$, что показывало тесную корреляцию между выбранными показателями ($r=0,75$) у пациентов первой группы, т.е. у больных с повышением ВЧД во время проведения сеансов ГБО (таблица 1).

При снижении ВЧД показатели среднего АД сред существенно не изменялось (до $112,5 \pm 13,4$, после $113,7 \pm 13,1$). Тем самым у пациентов второй группы корреляция между изменениями АД сред и ВЧД была умеренной, что доказывает снижение внутричерепного давления во время церебральной оксигенации больных с ОНМК и существенно не влияет на уровень среднего АД пациентов.

У третьей группы больных существенных различий между изменениями уровня среднего артериального давления до и после сеансов (до $107,6 \pm 10,4$; после $108,1 \pm 11,2$) также не удалось обнаружить, что подтверждается умеренными корреляциями ($r=0,75$) между исследуемыми показателями.

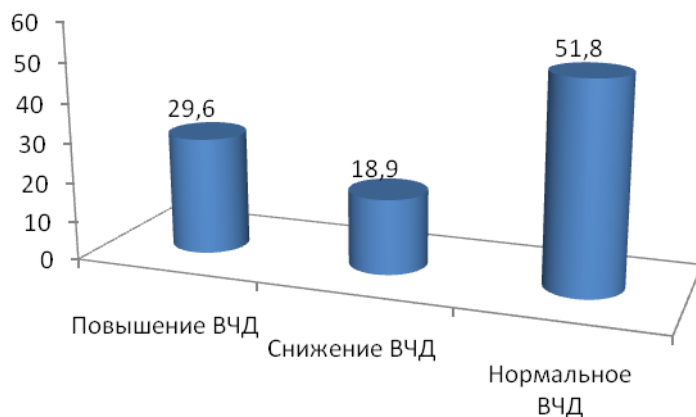


Рисунок 1- Распределение сеансов ГБО у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

Таблица – Динамика исследуемых показателей у пациентов с ОНМК

	До ГБО			После ГБО		
	ВЧД	АД сред	раСО2	ВЧД	АД сред	раСО2
Первая группа	$15,2 \pm 2,0$	$116,1 \pm 12,3$	$32,9 \pm 5,3$	$24 \pm 3,1$	$131,2 \pm 15,7$	$34,2 \pm 5,0$
Вторая группа	$17,2 \pm 2,7$	$112,5 \pm 13,4$	$33,7 \pm 5,5$	$15,4 \pm 1,9$	$113,7 \pm 13,1$	$34,8 \pm 6,1$
Третья группа	$16,4 \pm 3,1$	$107,6 \pm 10,4$	$31,5 \pm 4,7$	$16,2 \pm 3,0$	$108,1 \pm 11,2$	$32,1 \pm 4,8$

Немало информативным показателем при проведении исследования связанные с проведением ГБО явилось изменение показателя напряжение углекислоты в артериальной крови (раСО₂) у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Результаты проведения анализа показывает, что увеличение уровня напряжение артериальной крови у больных первой группы были также существенными по сравнению с данными других исследуемых групп ($p < 0,05$) (рисунок 2).

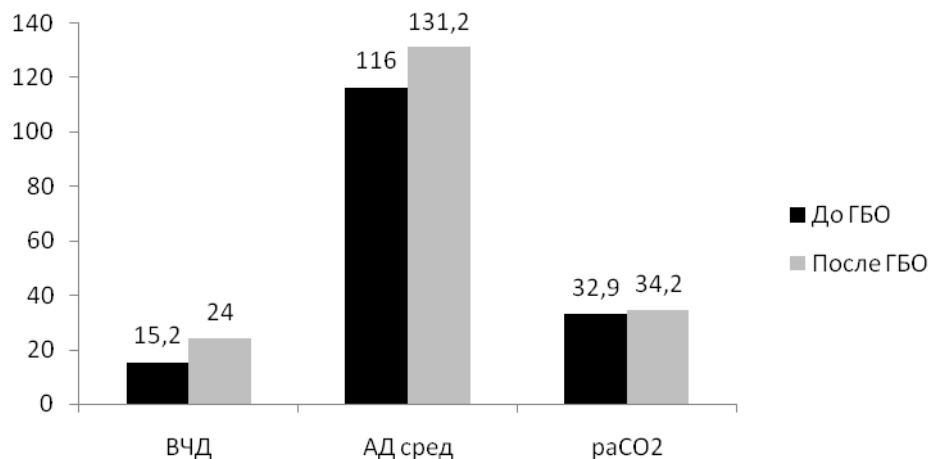


Рисунок 2 - Изменение исследуемых показателей у пациентов первой группы

У остальных пациентов из второй и третьей группы во время сеансов ГБО напряжение углекислого газа в артериальной крови не претерпело особых изменений (до $33,7 \pm 5,5$; после $34,8 \pm 6,1$ у второй группы, до $31,5 \pm 4,7$; после $32,1 \pm 4,8$ у пациентов третьей группы).

Полученные нами результаты согласуются с данными литературы, поскольку мы отмечали как повышение ВЧД во время сеанса, так и значительное его снижение. Важным результатом работы явилось выявление корреляции между повышением ВЧД, ростом параметров АД и напряжением углекислого газа артериальной крови во время проведения ГБО. Результаты исследования позволяют использовать наблюдение во время проведения сеансов ГБО пациентам с ОНМК не только за динамикой АД, но и за изменениями параметров ВЧД и напряжением углекислого газа артериальной крови.

Выводы:

1. Применение ГБО при лечении больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения сопровождается повышением ВЧД в 29,6% случаях. Во время сеансов в 51,8% случаях ВЧД остается неизменным, а в 18,6 % случаях данный показатель снижается. Динамика ВЧД большинство случаев связано с изменениями уровня среднего артериального давления и мало связано с изменениями напряжение углекислого газа в артериальной крови больных с ОНМК.

2. Повышение ВЧД во время сеансов ГБО тесно коррелирует с динамикой АД. Увеличение АД во время сеансов ГБО свидетельствует о развитии внутричерепной гипертензии.

Литература

1. Руководства по гипербарической оксигенации (теория и практика клинического применения) // Аксельрод А.Ю., Ашурова Л.Д., Бажанов Н.Н. и др. под редак. С.Н. Ефуни., М: Медицина; 1991.
2. Петровский Б.В., Ефуни С.Н. Основы гипербарической оксигенации. М. Медицина; 1976.
3. Крылов В.В., Петриков С.С., Белкин А.А. Лекции по нейрореанимации. М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2009.
4. Гипербарическая оксигенация в профилактике осложнений острого периода черепно-мозговой травмы: метод. Рекомендации / Исаков Ю.В., Ромасенко М.В., Чуркин Е.А., Шелковский В.Н. М.; 1991.

Түйін

Ми қанайналымының жіті бұзылыстары бар науқастардың бассүйекішілік қысымына гипербариялық оксигенацияның әсері

Б.К. Сүлейменов

Мақалада гипербариялық оксигенацияның (ГБО) 27 сеансы ішінде ишемиялық типі бойынша ми қанайналымының жіті бұзылыстары бар 13 науқастың бассүйекішілік қысымының (БІҚ) динамикасын зерттеу нәтижелері ұсынылған. Ми қанайналымының жіті бұзылыстары бар науқастарға ГБО қолдануы 29,6% жағдайларда науқастардың БІҚ көтерді, 51,8% жағдайларда БІҚ өзгермеді, ал 18,6% жағдайларда БІҚ төмендеп кетті. БІҚ динамикасы артериялық қандағы көмір қышқылы кернеуінің өзгеруіне байланысты емес. ГБО сеанстары кезінде БІҚ көтерілуі орташа артериалдық қысымның динамикасына тәуелді, сеанстар кезінде орташа артериалдық қысымның 11,4%-ға және одан жоғары көтерілуі бассүйекішілік гипертензияның дамуын дәлелдейді

Summary

The effect of hyperbaric oxygenation on the inside of cranial pressure in patients with acute stroke

B. Suleimenov

Results of the study allow the use of observations during the sessions of hyperbaric oxygenation patients with acute disorders of cerebral circulation is not only the dynamics of blood pressure, but also the changes of parameters within the cranial pressure and naprezenie carbon dioxide in arterial blood.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УПРАВЛЯЕМОЙ ТЕПЛОВОЙ КРОВЯНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

к.м.н. Б.С. Туйшиев, к.м.н. А.В. Квашинин, Н.А. Рейнгольд, к.м.н. Н.С. Сериков
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Введение. Наблюдаемый прогресс в кардиохирургии - радикальные коррекции сложных врожденных пороков сердца, многоклапанное протезирование, операции реваскуляризации миокарда при многососудистом поражении коронарного русла, хирургическое лечение нарушений ритма сердца, осложненного инфарктом миокарда, связаны с разработкой и использованием методов интраоперационной защиты миокарда [1].

Острая послеоперационная сердечная недостаточность, и инфаркт миокарда, как следствие его неадекватной защиты, еще продолжают оставаться одной из основных причин летальности больных после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения. Поэтому защита миокарда от ишемии при операциях является одной из центральных проблем кардиохирургии [2].

Несмотря на большое количество предложенных методов интраоперационной защиты миокарда, включающих в себя различные прописи кардиоплегических растворов, продолжается поиск оптимальных методик. В последние годы внимание исследователей и клиницистов привлечено к методу кардиopleгии и управляемой тепловой реперфузии миокарда на основе аутокрови [3,4].

Целью исследования явилось внедрение и оценка эффективности кардиopleгии с управляемой тепловой реперфузией миокарда на основе аутокрови.

Материалы и методы. Основу работы составили результаты исследований 16 больных с приобретенными пороками сердца ревматической этиологии, которым за период с августа 2011 года в Центральной клинической больнице МЦ УДП РК в отделении кардиохирургии выполнено протезирование митрального клапана с аннулопластикой

трикуспидального клапана по Де Вега. Обследованные пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методики проводимой кардиоплегии: 1-я группа (8 человек)-пациенты, которым было выполнено оперативное лечение в условиях искусственного кровообращения с фармакоолодовой кардиоплегией (кустодиол) [5]; 2-я группа (8 человек)-пациенты, которым для профилактики реперфузионных осложнений дополнительно перед снятием зажима с аорты проводилась кровяная тепловая реперфузия миокарда. По клинико-анамнестическим данным и результатам лабораторно-инструментального обследования обе группы больных до операции не различались. Возраст пациентов колебался от 30 до 62 лет.

Для профилактики реперфузионных осложнений во 2-й группе перед отжатием аорты нами использовалась методика управляемой тепловой кровяной реперфузии сердца, так называемый «тепловой выстрел». Суть методики состоит в том, что перед снятием зажима с аорты мы проводили реперфузию коронарного русла подогретой до 37,0°С артериальной кровью пациента, взятой из аппарата искусственного кровообращения. Перед введением, к этой крови объемом 10 мл/кг массы тела больного, добавляем фармакологическую часть: раствор панангина 10,0 мл; манит 15% - 10,0 мл; - бикарбонат натрия 4% - 10,0 мл; сульфат магния 25% - 10,0 мл; преднизолон 30 мг – 1,0 мл; фруктоза – 1,6 дифосфат 10 г – 100 мл, в соотношении 4:1.

Эффективность методики оценивалась по следующим показателям: время пережатия аорты, продолжительность искусственного кровообращения, характер восстановления сердечной деятельности, степень инотропной поддержки к концу операции. Степень инотропной поддержки к концу операции и характер восстановления самостоятельной сердечной деятельности после снятия зажима с аорты остается одним из основных критериев эффективности защиты миокарда при любой методике кардиоплегии [6,7].

Результаты и обсуждение. Среднее время пережатия аорты в группе №1 составило 51 мин. (min - 34 мин., max - 68 мин.), время искусственного кровообращения- 69 мин. (min- 57 мин., max-81 мин.). Среднее время пережатия аорты в группе №2 составило 57 мин.(min- 38 мин., max-71 мин.), время искусственного кровообращения - 73 мин.(min- 63 мин., max- 81 мин.). Самостоятельное восстановление сердечной деятельности достоверно чаще отмечалось в группе № 2 с управляемой реперфузией 76 % против 18 % в первой группе. Во всех остальных случаях использовалась электродефибрилляция с помощью эпикардиальных электродов.

При этом во 2 группе достоверно реже наблюдалась и мерцательная аритмия 3,7 % против 11 % в первой группе. Анализ степени инотропной поддержки в ближайшем постперфузионном периоде, которая осуществлялась при необходимости в конце операции, как правило, раствором адреналина в дозировке 0,05 мкг/кг/мин дробно и добутомина в дозировке 10 мкг/кг, показал, что частота применения адреналина и добутамина была достоверно ниже во 2 группе больных, которым проводилась кровяная тепловая реперфузия миокарда.

Применение данной методики у больных с исходно сниженными функциональными резервами миокарда обеспечивает поступление с кровью к миокарду макроэргических продуктов, способствующих поддержанию метаболизма в клетке, вымыванию свободных радикалов, согреванию миокарда.

Заключение. Таким образом, использование для защиты миокарда при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения фармакоолодовой кристаллоидной кардиоплегии, обложение ледяной крошкой, а перед снятием зажима с аорты проведение управляемой тепловой кровяной реперфузии, обеспечило более адекватную защиту миокарда при остановке сердечной деятельности и, в конечном итоге, улучшению сердечной деятельности после ее восстановления, уменьшая реперфузионные осложнения, такие как фибрилляция, ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма и проводимости, снижение кардиотропной поддержки.

Литература:

- 1 Елисеев А.А. Прерывистая антеградная тепловая кровяная кардиоплегия // Интраоперационная защита миокарда: Тез. док. и сообщ. 2-го съезда по экстракорпоральным технологиям.- Казань- 2008.-С.37-38.
- 2 Кецкало М.В. Интраоперационная защита миокарда с помощью тепловой кардиоплегии на основе оксигенированной аутокрови // Автореферат. дис. канд. мед. наук, М., 2004.-28 с.
- 3 Никитин К.Б., Левит А.Л., Николаев Э.К. и др. Искусственное кровообращение в режиме «теплотело-холодное сердце» при операциях реваскуляризации миокарда // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия-2002. -№ 4.-с. 50-53.
- 4 Шнейдер Ю.А. Сливин О.А. Шаталова А.Е. Сравнительная оценка применения прерывистой тепловой и холодной кровяной антеградной кардиоплегии при операциях прямой реваскуляризации миокарда. // Интраоперационная защита миокарда: Тез. докладов и сообщ. 6-го Всероссийского съезда серд.-сосуд. хирургов.-М.-2000.-С.17-19.
- 5 Белоус А.Е. Профилактика повреждений миокарда с помощью управляемой реперфузии при операциях на открытом сердце// Автореф. дис. канд. мед. наук. - М.- 1997.- 127с.
- 6 Дземешкевич С.Л., Лурье Г.О., Рыкунов И.Е. и др. Дискретная управляемая кардиоплегия при хирургической коррекции митральной недостаточности // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- 1997. - № 4. - С. 9-11.
- 7 Островский Ю.П., Шестакова Л.Г. Защита миокарда в хирургии сердца.- Мн. Бел.- 1999.- 172 с.

Түйін

Жүрек жұмысын қалпына келтіру кезінде басқарылатын жылы қан реперфузиясын қолдану тәжірибесі

Б.С.Түйішев, А.В.Квашнин, Н.А.Рейнгольд, Н.С.Сериков

Мақалада жасанды қанайналымы жағдайында жүрекке операция жасау кезінде миокардты қорғау үшін кардиоплегияны және аутоқан негізіндегі басқарылатын жылы реперфузияны қолдану тәжірибесі сипатталған. Бұл әдіс жүрек жұмысы тоқтаған кезде миокардты тиімді қорғауға мүмкіндік беріп, фибрилляция, миокардтағы ишемиялық өзгерістер, ырғақ пен өткізгіштіктің бұзылуы, кардиотропты қолдаудың төмендеуі секілді реперфузиялық асқынуларды азайтып, жүрек жұмысын қалпына келтіргеннен оның жақсаруына ықпал етеді.

Summary

Use controlled heat in blood reperfusion cardiopulmonary resuscitation

B.Tuyshiev, A.Kvashnin, N.Reingold, N. Serikov

The article describes the experience of cardioplegia with controlled reperfusion of myocardial heat-based autologous blood during heart surgery under extracorporeal circulation. The method allowed a more adequate protection to the myocardium during cardiac arrest, improved cardiac function after recovery, reducing reperfusion complications such as atrial fibrillation, ischemic changes in myocardium, cardiac arrhythmias and conduction, decreased cardiotropic support.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

*к.м.н. Э.А. Искендеров, А.А. Музаффарзаде
Научный Центр Хирургии имени М.А.Топчибаева,
Центральная Экспериментальная Лаборатория, Баку, Азербайджан,
Университетская Клиника Бонн, Германия*

Введение: При обширных резекциях печени для профилактики кровотечения во многих случаях применяется пережатие элементов гепатодуоденальной связки. Временная ишемия сопровождается гипоксией печеночной ткани. Интактная печень способен

нивелировать дистрофические изменения в печени во время ишемии. В случаях, когда приходится резецировать печень на фоне хронических болезней или на фоне цирроза, скорость восстановительных процессов снижается. Данные многочисленных исследований подтверждают, что в некоторых случаях восстановление кровотока после завершения операции приводит к реперфузионному повреждению печени [1;2;4]. Результаты оперативного лечения объемных образований печени на фоне цирроза неудовлетворительные, имеется огромный риск развития печеночной недостаточности. Ишемическое-реперфузионное повреждение печени является грозным осложнением, пути профилактики и лечения которого до сих пор остаются актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии [2; 6].

Предложено много методов для профилактики и терапии реперфузионного повреждения, среди которых особая роль принадлежит предварительной ишемической подготовки. Ишемическая подготовка состоит из периодически повторяющихся коротких эпизодов ишемии и реперфузии до основного этапа операции [3;5;6].

Цель исследования: оценить состояние кровообращения после обширных резекций печени на фоне цирроза, выявить изменения в структуре органа после применения ишемической подготовки.

Материалы и методы: Исследования проводилось на белых крысах Wistar, весом 250-300 грам, в экспериментальных условиях. Для анестезии применяли введение кетамин-ксилазиновой смеси внутримышечно. Печеночную микроциркуляцию изучали с помощью аппарата Laser Doppler. Аппарат имеет возможность на уровне – 4мм (surface) и на глубине 8 мм (deep) от поверхности печени вычислять ниже перечисленные параметры микроциркуляции: печеночный кровоток (hepatic flow), относительное количество гемоглобина (rHb - relative hemoglobin amount), скорость кровотока (blood flow velocity) и кислородную насыщенность тканей (Oxygen supply of tissue - SO₂). С помощью аппарата Transonc system TS – 420 методом периваскулярной флоуметрии, в течение одной минуты измеряли интенсивность портального кровотока.

Модель билиарного цирроза создавался перевязыванием и пересечением между двумя лигатурами общего желчного протока. Крыс держали в лабораторных условиях 2 недели, после чего производилась релапаротомия, измерение микроциркуляции и интенсивности портального кровотока. После мобилизации большая левая доля печени резецировалась.

В первой контрольной группе (n=30) производилась резекция печени: перед операцией накладывали сосудистый клип на магистральные сосуды у ворот печени. Во II (n=30) и IV группах (n=30) резекция печени осуществлялась на фоне билиарного цирроза. В III группе до операции применялась ишемическая подготовка путем периодических наложений и снятий клипа на магистральные сосуды у ворот печени по схеме 10 минут ишемии + 5 минут реперфузия + 15 минут ишемия + 5 минут реперфузия.

Стандартные ферменты (АлАТ, АсАТ, ЩФ, γ-ГГТ) и количество общего билирубина измеряли на биохимическом анализаторе 1, 3 и 24 часов после резекции. Изменения в структуре органа изучали под световым микроскопом, в те же часы после резекции.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе, через 1 час после резекции, параметры микроциркуляции показали достоверное повышение объема печеночного кровотока по сравнению с исходными, при этом как поверхностного (П), так и глубокого (Г) кровотока (П: 123,81±23,43 - 197,31±20,05 p<0,05; Г: 435,43±45,46 - 551,55±13,69 p<0,05), в то время как портальный кровоток снизился с 32,10±1,24 до 25,80±1,71 (p<0,05). При морфологическом обследовании, час после резекции в контрольной группе морфологические изменения незначительно отличались от нормальных показателей. После восстановления кровообращения биохимический анализ крови показал повышение активности ферментов, через 3 часа после резекции вырос до максимальных единиц и восстановил исходные цифры спустя сутки после вмешательства.

Исследование параметров микроциркуляции на фоне цирроза показали уменьшение объема печеночного кровотока, как на поверхностном (47,83%) так и на глубоком уровне

(31,56%) по сравнению со значениями до моделирования. Снизилась интенсивность портального кровотока до $14,11 \pm 4,7$ мл/мин. Резекция на фоне билиарного цирроза повлекла за собой ухудшение состояния микроциркуляторного кровообращения в оставшейся части печени. Через 1 час после резекции печеночный кровоток снизился на 40,17% поверхностно и 21,03% на глубоком уровне. Уменьшилась скорость кровотока на 22%, почти не изменилось количество относительного гемоглобина. Сатурация упала до угрожающего уровня: поверхностно - 14,05%, в глубоких тканях до 19,37%. Активность ферментов стала повышаться после резекции и через сутки после операции показатели оставались высокими. Прогрессирование патологического процесса ярко наблюдалось и в морфологическом исследовании биоптатов печеночной ткани. Через час после резекции большинство долек подвержены зернистой и гидропической дистрофии, исчезло балочно-радиальное строение. Отмечался коагуляционный и колликвационный некроз гепатоцитов в центрлобулярных участках. Через 24 часа после резекции наблюдалось слабое улучшение печеночной микроциркуляции.

Таблица - Портальный кровоток и печеночная микроциркуляция через 1 час после резекции

Параметры	Контрольная группа	Группа модели билиарного цирроза	Группа с применением «Ишемической подготовки»
Портальный кровоток	25,80±1,71	6,22±1,03**	11,2±0,55 ## ^^
SO ₂ (S)	62,43±3,61	14,05±2,34**	21,4±1,72# ^^
rHb (S)	102,71±3,34	38,46±1,48**	44,2±0,65## ^^
Flow (S)	197,31±20,05	86,65±15,07**	139±11,1# ^^
Velocity (S)	27,36±1,37	16,35±0,85**	17,8±0,43^^
SO ₂ (D)	79,11±1,1	19,37±0,37**	31,8±1,18## ^^
rHb (D)	134,36±19,15	83,71±3,20**	84,4±1,53^^
Flow (D)	531,55±21,16	285,6±30,19**	364±9,71# ^^
Velocity (D)	68,87±1,67	36,06±3,14**	38,4±0,61^^
<i>Примечания:</i> Статистическая достоверность различия среди показателей. p ₁ - p ₂ : * – p < 0,05; ** – p < 0,01; p ₂ - p ₃ : # – p < 0,05; ## – p < 0,01; p ₁ - p ₃ : ^ – p < 0,05; ^^ – p < 0,01.			

Применение ишемической подготовки в III группе до оперативного вмешательства способствовала появлению обнадеживающих результатов уже через час после резекции. Глубокий показатель кровотока показал увеличение общего объема. Также повысилась интенсивность портального кровообращения. По сравнению с лабораторными животными не получавшими подготовку, сатурация в основной группе была намного выше, но отставала от показателей в контрольной группе. Благодаря удачному применению ишемической подготовки через сутки после операции сатурации на поверхности печени повысилась до 46,2%, а в глубоких тканях до 60%. Патоморфологическая картина печени у крыс этой группы отличалась от исследований проведенных в группе цирроза без подготовки. В цитоплазме некоторых гепатоцитов отмечаются следы желчных пигментов, что свидетельствует о восстановлении функции гепатоцитов улавливать свободный билирубин.

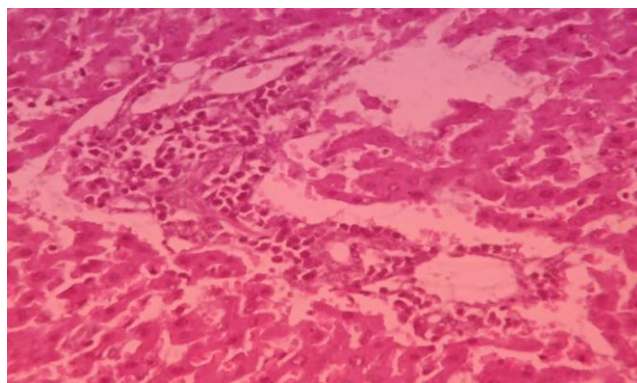


Рисунок 1 - Основная группа 1 час после резекции. Формирование псевдолобулярной структуры порто-портальных участках Окраска: Ван-гизон, пикрофуксин – 22, гемотоксиллин-эозин - 23, об.40.ок.7

Биохимический анализ крови в третьей группе показал, что на фоне билиарного цирроза, при применении ишемической подготовки печени до резекции, наблюдается умеренное повышение активности АЛАТ и АсАТ и отчетливое снижение данных показателей после оперативного вмешательства в различные сроки, по сравнению со второй группой.

Заключение: Анализ полученных данных показал эффективность предварительной ишемической подготовки на процесс восстановления нарушенного печеночного кровотока и на функциональную активность оставшейся части паренхимы печени при цирротическом ее поражении. Патоморфологическая структура печеночной ткани после ишемической подготовки проявил начальные признаки репаративных процессов, чего не наблюдалось в группе без подготовки. Предварительная ишемическая подготовка печени положительно воздействовала на мембрану гепатоцитов и повысил их устойчивость против реперфузионного повреждения.

Литература

- 1 Clavien PA, Selzner M, Rudiger HA, et al. A prospective randomized study in 100 consecutive patients undergoing major liver resection with versus without ischemic preconditioning. *Ann Surg* 2003; 238: p.843–850.
- 2 Fondevila C, Busuttil RW, Kupiec-Weglinski JW. Hepatic ischemia/reperfusion injury: a fresh look. *Exp Mol Pathol* 2003;74(2):86-93.
- 3 Kotsch K, Ulrich F, Reutzel-Selke A, Pascher A, Faber W, Warnick P et al. Methylprednisolone therapy in deceased donors reduces inflammation in the donor liver and improves outcome after liver transplantation: a prospective randomized controlled trial. *Ann Surg* 2008; 248: p.1042–1050
- 4 Menger MD, Vollmar B. Pathomechanisms of ischemia-reperfusion injury as the basis for novel preventive strategies: is it time for the introduction of pleiotropic compounds? *Transplant Proc* 2007; 39(2):485-488.
- 5 Peralta C, Serafin A, Fernandez-Zabalegui L, Wu ZY, Rosello-Catafau J. Liver ischemic preconditioning: a new strategy for the prevention of ischemia-reperfusion injury. *Transplant Proc* 2003; 35: p.1800-1802
- 6 Selzner N, Rudiger H, Graf R, and Clavien PA. Protective strategies against ischemic injury of the liver. *Gastroenterology* 2003; 125: p.917–936

Түйін

Эксперименттік жағдайда циррозды бауырды резекциялаудан кейін реперфузиялық зақымдардың алдын алу және емдеудің заманауи аспектілері

м.ғ.к. Э.А. Ескендіров

Циррозды бауырды резекциялаудан кейінгі реперфузиялық зақымдардың алдын алу гепатобилиарлық хирургияның өзекті мәселесі. Зерттеулер 3 топқа бөлінген егеуқұйрықтарға жасалды. Бақылаудағы топта бауыр резекциясы, ал басқа 2 топта ортақ өттүтікті байлау жолымен биллиарлық цирроз моделі жасалды. Үшінші топта резекцияға дейін бауырдың ИР-і мынадай ретпен қолданылды: 10мин. И+5мин.Реп.+15мин.И+5мин.Реп., мұнда И – ишемия, Реп. – реперфузия кезеңі болып белгіленген.Порталды қанағамының қарқындығы және бауыр микроциркуляциясы резекциядан кейін әр 1,3 және 24 сағат сайын

өлішеніп тұрды. Резекциядан кейін өткен әртүрлі уақытта порталдық қанағымның қарқындығы дайындықтан өткен топта басқа дайындықсыз топпен салыстырғанда жоғары болды. Тіндердің оттегімен қанығуы негізгі топта жоғарлады, бірақ бақылаудағы топпен салыстырғанда төмендеу болып белгіленді.

Кілтті сөздер: печень, цирроз, резекция, реперфузионное повреждение, микроциркуляция, ишемическая подготовка

Summary

The modern aspects of prophylactic and treatment of reperfusion injury after resection of cirrhotic liver

Ye. Iskenderov

The main aim of this study was to determine the influence of ischemic preconditioning (IPC) on rat liver cirrhosis. Cirrhosis was induced in Wistar rats by occlusion of the hepatic duct. The animals were divided into 3 groups: control group (liver resection only), cirrhotic control group (liver resection in cirrhotic rats), and IPC group (cirrhotic rats with ischemia, previously submitted to IPC). The parameters of liver microcirculation and portal flow intensity, changes in morphologic structure were observed after 1, 3, 24 hour of resection. Ischemia-reperfusion injury induces led to disturbances in normal rats after liver resection. Microcirculatory changes in cirrhotic liver significantly deeper. Ischemic preconditioning protects the liver from hepatic injury induced by the ischemia/reperfusion process. In IPC group the recovery process of liver microcirculation parameters were better than in group without preconditioning. IPC is the usefully technique and have a wide perspective in clinical use too.

Key words: Liver, Resection, Cirrhosis, Ischemia, Microcirculation, Ischemic Preconditioning.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.З. Хамитова,

*Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер,
г. Усть-Каменогорск*

Введение. Современная морфологическая диагностика опухолей требует не только верификации гистологического варианта и степени дифференцировки новообразования, но и обязательной оценки прогноза течения болезни и предсказания ответа на терапию [1]. Считается, что диагностика 10-15% злокачественных опухолей требует применения дополнительных методов исследования (гистохимии, иммуногистохимии, цитохимии или электронной микроскопии) [2]. В этом отношении чрезвычайно важны иммуногистохимический профиль рака, его морфофункциональная характеристика.

В настоящее время для выбора оптимальной лечебной тактики, выбора адекватного лекарственного лечения (антиэстрогены, антроциклиновые антибиотики, Герцептин и т.д.) следует установить не только стадию рака (включая систему TNM), гистологический вариант и степень злокачественности, но и обязательно – фенотип. При раке молочной железы наиболее важными прогностическими показателями являются пролиферативная активность, экспрессия эстрогенов и прогестеронов для предсказания эффективности проводимой терапии и возможности использования гормональной терапии и, безусловно, экспрессия белка HER2/neu (c-erbB-2).

Последняя характеристика, по данным многих исследователей, не только позволяет оценить прогноз болезни, особенно при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах, но и, что особенно важно, включить в лечебный комплекс патогенетический препарат «Герцептин» (транстузамаб) – высокоэффективный препарат направленного действия [4,5].

В областном онкологическом диспансере иммуногистохимический метод исследования, основанный на реакции антиген-антитело, имеющий не только диагностическое, но и тактическое значение в оценке особенностей течения и исхода онкологических заболеваний [3] используется в течение ряда лет.

Целью настоящего исследования явилась оценка работы лаборатории данных полученных в результате иммуногистохимического исследования РМЖ (рак молочной железы).

Материал и методы. В ходе исследования использовались стандартные иммуногистохимические методики, адаптированные к операционному и биопсийному материалу, залитому в парафин. Определение рецепторов эстрогена и прогестерона, с применением моноклональных антител фирм «Dako», онкобелка HER2/neu с использованием поликлональных антител той же фирмы.

Предварительно исследовали гистологические срезы опухоли, окрашенные гематоксилином и эозином для установления гистологического типа опухоли и степени злокачественности. Степень злокачественности рака молочной железы определялась методом Scarff- Bloom-Richardson в модификации Elston & Ellis.

При оценке результатов реакции учитывалась экспрессия только в инвазивном компоненте опухоли. Оценка результатов реакции экспрессии белка c-erbB-2 проводилась с помощью балльной шкалы оценки – 0, 1+, 2+, 3+, в соответствии с правилами HercepTest™ и одобренной FDA: 0 (отрицательная) – при полном отсутствии продукта реакции или выявлении его на мембранах менее чем 10% клеток опухоли, 1+ (отрицательная) – при незначительном количестве продукта реакции на части мембраны более чем 10% клеток опухоли, 2+ (слабо положительная) – слабое или средней интенсивности полное окрашивание мембран более чем 10% клеток опухоли, 3+ (резко положительная) – при наличии ярко выраженного продукта реакции на протяжении всей мембраны клетки при окрашивании более чем 10% клеток опухоли.

Экспрессия стероидных рецепторов оценивалась полуколичественным способом по D.C. Allred и соавт.(1998) указанной в таблице.

Таблица - Степень экспрессии рецепторов эстронов и прогестерона по D.C. Allred и соавт.(1998)

А. Доля положительно окрашенных клеток	Баллы
0	0
>0 и <1/10	1
≥1/10 и <1/3	2
≥1/3 и <1/2	3
≥1/2 и <2/3	4
≥2/3 и ≤1	5
Б. Интенсивность окраски	
Негативная	0
Слабая	1
Промежуточная	2
Сильная	3
В. Общая оценка (сумма баллов)	

Результаты и обсуждение. За период с 2005 по 2010гг было проведено иммуногистохимическое исследования 400 случаев женщин с раком молочной железы, с предварительной цитологической и морфологической верификацией диагноза.

Во всех случаях исследовалась экспрессия рецепторов стероидных гормонов (эстрогены, прогестероны), выявляли наличие в опухолевой ткани онкопротеинов c-erbB-2. Средний возраст пациенток составил 50,8 ± 1,2 лет. Опухоли молочной железы по гистологической классификации ВОЗ (2002) распределились следующим образом: - инфильтрирующий протоковый рак -167 случаев (42%); инфильтрирующий протоковый рак с преобладанием внутрипротокового компонента – 34 случаев (9%); инвазивный дольковый рак -104 (26%); смешанный тип рака – 66 случаев (16%); другие формы рака

(слизистый, папиллярный, тубулярный, аденокистозный, апокринный, рак с метаплазией и др.)-29 случаев(7%).

При анализе экспрессии рецепторов стероидных гормонов были выделены 4 группы больных с различным содержанием ER и PR (ER+ PR+; ER- PR-; ER+ PR-; ER- PR+).

206 пациенток (51,5%) вошли в 1 -ю группу, где отмечалась экспрессия обоих рецепторов, средний возраст больных в этой группе составил 52,9 г. Пациентки в количестве 144 женщин (36%) составили 2-ю группу - рецептор-отрицательные опухоли (средний возраст - 50,7 г.). В 42 случаях (10,5%) - 3-я группа - характеризовались «ER+ PR-» ситуацией (средний возраст больных- 53,6 г.) У 8 человек (2%) - 4-я группа - опухоли оказались «ER- PR+» (средний возраст - 47,8 г.).

Экспрессия онкопротеина c-erbB-2 наблюдалась в 54 случаях (13,5%). Минимальная положительная реакция (1+) чаще наблюдалась в II Б стадии заболевания – 26 женщин (48,2%) от общего количества случаев, имеющих положительную реакцию на онкобелок HER2 во II возрастной группе.

Уровень экспрессии 2+ выявлялся преимущественно в III возрастной группе, в III Б стадии заболевания – 12 случаев (22,2%).

Гиперпродукция онкобелка (3+) наблюдалась в большей степени в I возрастной группе 16 случаев (29,6%).

При этом практически во всех случаях, выявления c-erbB-2 позитивных опухолей, последние были гормонально не активными или слабоактивными.

Выводы: 1. Рак молочной железы в большей чем 1/2 всех случаев является гормонозависимой опухолью, и в этой связи гормонотерапия является неотъемлемым компонентом комплексного лечения пациенток страдающих данной патологией.

2. Многие опухоли не экспрессируют маркеры стероидных гормонов. При этом, исходя из полученных нами результатов, характерным их признаком, наряду с высокой степенью злокачественности и отсутствием ответа на проводимую полихимиотерапию, является высокий уровень экспрессии HER2 (c-erbB-2).

3. Определение уровня экспрессии HER2 (c-erbB-2) должно быть включено в один ряд с такими прогностическими в отношении терапии факторами, как вовлеченность в процесс лимфатических узлов, и уровень экспрессии стероидных рецепторов опухолевыми клетками.

Литература

- 1 Завалишина Л.Э., Франк Г.А.Морфологическое исследование HER2 статуса. Методика и атлас.// М.Медиа Медика. – 2006.-98с.;
- 2 Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека/под ред. С.В.Петрова, Н.Т.Райхлина.-Казань,2000;
- 3 Хамидуллина Г.А., Жигун И.М., Ибрагимова И.Ф. Методы иммуногистохимической диагностики рака молочной железы.-Алматы, 2004.;
- 4 Dowsett M., Coocket., Ellis I. Et al. Asstssment of HER2/neu status in breast cancer: why, when and who?// Eur. J.Cancer.–2000.– Vol.36.–P.170–176.;
- 5 Slamon D.J., Clark G.M., Wong S.G. et al Human breast cancer.Correlanion of replase and survival with amplification of HER2/neu oncogene. // Science.– 1987.–Vol.235. – P.177–182.

Түйін

Емшек обыры болжамын анықтау кезінде иммуногистохимиялық әдісті пайдалану

Э.З. Хамитова

Мақалада патоморфология зертханасында емшек обырын анықтау үшін жасалынған иммуногистохимиялық зерттеулердің 5жылғы деректеріне салыстырмалы талдау жүргізілген

Summary

Use of immunohistochemical method of research in determining the prognosis of breast cancer

E. Khamitova



КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНИТИТА

*К.К. Есенгожин
Городская поликлиника, г. Кокшетау*

Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП), характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами [1].

ПРС остается серьезной нерешенной проблемой современной медицины. Это заболевание часто бывает одним из проявлений системной патологии дыхательных путей, и его патогенез тесно связан с патогенезом бронхиальной астмы, с нарушениями обмена арахидоновой кислоты и водно-солевого обмена в организме, в частности с муковисцидозом [2].

На современном этапе ПРС перестал быть болезнью, которая требует исключительно хирургического лечения [3]. Современные кортикостероиды являются единственными препаратами, эффективность которых при ПРС доказана в клинических исследованиях и во многих случаях позволяют избежать операции или отложить ее на определенный срок. Опыт наблюдений, накопленный за последнее десятилетие, убедительно свидетельствует, что в настоящее время оптимальной тактикой при ПРС является комбинация щадящего эндоскопического удаления полипов с медикаментозным лечением: в первую очередь топическими и системными кортикостероидами [4].

Глюкокортикостероиды (КС) давно и широко используются в лечении ПРС. Эти препараты обладают выраженным и быстро проявляющимся противовоспалительным и иммуносупрессивным действием. Если говорить о механизме действия глюкокортикостероидов при ПРС, как топические, так и системные глюкокортикостероиды (ГКС) подавляют продукцию цитокинов, особенно ИЛ-5 и ИЛ-13, что уменьшает приток эозинофилов и др. клеток в очаге воспаления, и соответственно, выраженность эозинофильного воспаления [5]. Ингибируя синтез арахидоновой кислоты, КС уменьшают продукцию простагландинов и лейкотриенов, снижая за счет этого экстравазацию плазмы и тканевый отек. КС уменьшают секрецию желез, а также чувствительность рецепторов слизистой оболочки носа к гистамину и механическим раздражителям. Таким образом, КС воздействуют практически на все моменты патогенеза ПРС. Лечение ГКС уменьшает отек слизистой, размер полипов, улучшает носовое дыхание, возможно в какой-то мере может воздействовать на улучшение обоняния. При обтурирующей полипозе эти препараты менее эффективны, чем при начинающемся ограниченном процессе и показаны в послеоперационном периоде для предупреждения рецидивов полипоза [6].

Короткий курс системной терапии ГКС, называемый “медикаментозной полипотомией”, широко применяется в лечении ПРС, причем его эффективность в ряде случаев не уступает эффективности инструментальной полипотомии, выполненной с помощью петли [7]. Для “медикаментозной полипотомии” назначают преднизолон *regos* в дозировке 0,5–1 мг на 1 кг веса. Для профилактики побочных эффектов две трети суточной дозы следует принимать рано утром, одну треть – во время обеда. Указанную дозу

назначают на 10 дней, затем ее постепенно снижают до полной отмены на 14–16-й день лечения. Данный курс может быть назначен при наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству [8].

Попытки местного применения КС в лечении ПРС предпринимались, начиная с 50-х годов XX века, но почти 20 лет они были безуспешными из-за отсутствия препаратов с высокой топической активностью. Идеальный топический глюкокортикостероид (ГКС) должен обладать высокой местной активностью и минимальной общей биодоступностью. Первый из таких препаратов – беклометазонадипропионат (БДП) – появился в начале 1970-х годов, и уже в 1975 г. были опубликованы результаты его применения при ПРС [9]. Этот препарат произвел революцию в лечении ПРС. БДП используется в лечении аллергического ринита и ПРС до сегодняшнего дня, демонстрируя хорошую эффективность.

В последующие годы были разработаны еще два препарата – флютиказонапропионат (ФП) и мометазонафураат (МФ), которые обладают очень высокой местной активностью. В то же время биодоступность ФП составляет около 1%, а МФ – всего 0,1%. Обычная суточная дозировка БДП при ПРС – 600 мкг, МФ и ФП – 400 мкг. Эффективность всех этих препаратов при ПРС доказана в контролируемых исследованиях [10].

Отдельного внимания заслуживает применение интраназальные ГКС (ИНГКС) после хирургических вмешательств по поводу ПРС. При этом срок применения препарата различные. Дозировка и кратность приема зависят от выраженности симптомов в послеоперационном периоде, с этой целью ведется наблюдение за пациентами в динамике.

На сегодняшний день показано, что ИНГКС снижают частоту рецидивов после простой полипэктомии, однако исследования по эффективности ИНГКС после эндоскопической функциональной хирургии немногочисленны и их результаты не всегда сходны [11].

Многочисленными исследованиями выявлены и недостатки ИНГКС. Во-первых, эти препараты незначительно эффективны при гнойном воспалении. Так при ПРС, резистентном к терапии ИНГКС, нередко отмечается увеличение числа нейтрофилов, а не эозинофилов в носовом секрете и ткани полипа. Поэтому, при активном бактериальном воспалении необходимо перед назначением ИНГКС Slaviv и соавт. рекомендуют провести адекватную антибактериальную терапию [12]. Второй причиной низкой эффективности может быть полная обтурация полости носа полипами. В данном случае необходим короткий курс системной терапии ГКС или удаление обтурирующих полипов. Аномалии анатомических структур - искривление перегородки носа, гипертрофический ринит, буллезная гипертрофия средней раковины также могут снижать эффективность применения ИНГКС. Данной группе пациентов необходимо провести коррекцию имеющихся аномалий [13].

На настоящий момент длительные курсы лечения топическими КС (в виде интраназальных аэрозолей или носовых капель) остаются основным методом лечения ПРС и предупреждения рецидивов после удаления полипов. Обнадёживают результаты применения топических КС в виде монотерапии, которая в ряде случаев может стать альтернативой полипотомии. Так, назначая мометазонафураат больным, которым планировалось хирургическое лечение, у 72% больных с ПРС Лопатин А.С. и др. получили заметное улучшение носового дыхания, что не было необходимости в оперативном лечении, по крайней мере, на время лечения мометазонафураат [14].

Все члены экспертной группы, участвующие в подготовке международного консенсуса, считают, что лечение ПРС должно начинаться с назначения КС, и лишь в случае их недостаточной эффективности может рассматриваться вопрос о хирургическом вмешательстве.

С позиций современных взглядов на патогенез ПРС оптимальной лечебной тактикой при этом заболевании является рациональное сочетание щадящих хирургических вмешательств (с использованием эндоскопов и мягкотканых шейверов) и длительных противорецидивных курсов лечения ИНГКС. В качестве подготовки к операции у пациентов с сопутствующей

бронхиальной астмой следует использовать короткий курс системной кортикостероидной терапии. На сегодняшний день только такая тактика дает возможность, существенно замедлять рост новых полипов и удлинять сроки ремиссии заболевания [15].

Исходя из имеющихся литературных данных, при ПРС не всегда требуется хирургическое вмешательство. Лечение следует начинать с назначения топических ГКС, и лишь в случае их недостаточной эффективности, проводится системная терапия ГКС или хирургическое вмешательство. Наиболее оптимальной тактикой лечения рецидивирующего ПРС является комбинация минимально инвазивного эндоскопического удаления полипов с короткими курсами системной и длительными курсами топической терапии ГКС.

Литература

- 1 Johansen L., et al. Prevalence of nasal polyps in adults // *OtolRhinolLaryngol.* – 2003. – Vol 112(7). – P.625-9
- 2 Mladina R. In: Mladina R. ed. *Nasal polyposis.* - Zagreb. - 2002. P.47–9.
- 3 Castelnovo P, De Bernardi F, Delù G et al. Rational treatment of nasal polyposis // *ActaOtorhinolaryngol Ital.* – 2005. Suppl. 80. – Vol.25. - P.26-29. Italian.
- 4 Baroody F.M., Cheng C., Moylan B. et al. Absence of nasal mucosal atropy with flutcasone aqueous nasal spray. // *Otolaryngol. Head and Neck surg.* - 2001. – Vol.127. – No.2. – P.193-199.
- 5 Badia L, Lund V. Topical corticosteroids in nasal polyposis. *Drugs.* -2001. Vol.61. – P.573-578.
- 6 Patiar S, Reece P. Oral steroids for nasal polyps. *Cochrane Database Syst Rev.* - 2007;(1):CD005232.
- 7 Zhou J., Liu D.F., Liu C., et al. Glucocorticoids inhibit degranulation of mast cells in allergic asthma v ianongenomic mechanism // *Allergy.* – 2008. – 63(9). – P.1177-85.
- 8 Stjarne P. et al. A randomized controlled trial of mometasonefuroate nasal spray for the treatment of nasal polyposis // *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery.* – 2006. - 132(2). – P.179-85.
- 9 Deloire C, Brugel-Ribère L, Peynègre R *Microdebriderpolypectomy and local corticosteroids //Ann OtolaryngolChirCervicofac* – 2007. - Vol.124. – P.232-8.
- 10 Cored J. Intranasal corticosteroids for allergic rhinitis: how to different agent compare // *Allergy ClinImmunol.* – 1999. - Vol.104. - P. 144-149.
- 11 P. Stjarne, P. Ollson. Efficacy of mometasoneFuroate Nasal Spray in the postsurgical treatment of Nasal Polyposis. – 2006. – Vol. 57. – P.296.
- 12 Кочетков П.А., Лопатин А.С. Использование мометазонафуроата в лечении полипозного риносинусита // *Российская ринология.* - 2009. - №1. - С.28-33.
- 13 Лопатин А.С. , Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. и др. Эффективность Назонекса в лечении аллергического ринита и хронического полипозного риносинусита // *Вестник Оториноларингологии.* – 2000. - №4. – С.60-63.
- 14 Tuncer U, Soyulu L, Aydogan B, Karakus F, Akcali C. The effectiveness of steroid treatment in nasal polyposis. // *AurisNasus Larynx.* - 2003. – Vol. -30. – P.263-8.
- 15 Н.И. Ильина, К.С. Павлова. Дополнительные возможности выбора интраназальных глюкокортикостероидов в лечении аллергического ринита // *Пульмонология.* – 2009. -№1. – С.23-29.

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ

*С.Т. Жамукова
ГДБ №2, г. Астана*

Микоплазмы пневмонии являются важным возбудителем инфекций дыхательных путей у детей и молодых взрослых. Микоплазменная пневмония в 10-40% случаев является этиологическим фактором внебольничной пневмонии [1,2,3]. Иммунопатогенез у детей еще плохо изучен. Взаимодействия между инфекционным агентом и созреванием иммунной системы может привести к появлению различных возрастных фенотипов [4]. При М. пневмонии появление лимфопении с анергией к туберкулину, экзантемы и внелегочных проявлений, аналогичные тем, которые наблюдаются при системных вирусных инфекций, таких как корь [5,6]. Возбудитель способен размножаться на бесклеточной среде и выделять токсин (b-гемолизин) [7]. У М. пневмонии нет клеточной стенки, он не

чувствителен к β -лактамам антибиотикам и М. пневмонии имеет один из самых маленьких известных бактериальных геномов, примерно в 0,8 Мбит/с и только 688 генов. Этот геномный потенциал составляет менее 20% от других бактериальных геномов [8,9,10,11,12].

М. пневмонии инфекция является эндемическим заболеванием в с циклическим эпидемии в течение нескольких месяцев до нескольких лет. [13] Несмотря на некоторые географические и временные вариации, долгосрочных эпидемиологических исследованиях М. пневмонии в различных популяций показали, что М. пневмонии эпидемии периодически происходят каждые 3-7 лет [14,15] В США, Фуа и др.. сообщили, что М. пневмонии инфекция была эндемичной без значительных сезонных колебаний и в период между 1963 и 1974 годах, две эпидемии произошли в 1967 и 1974 годах [16]. В Европе ретроспективное исследование 50-летнего периода с 1945 по 1995 год показало: 4,5 раз в год эпидемии с периодичностью с 1958 по 1972 год [17,18]. В Японии, эпидемии пиков повторялись регулярно в 3-4-летние интервалы с 1979 по 1999 год [19]. В Корее, примерно 3-летних циклов не наблюдалось с середины 1980-х годов до начала 2000-х годов.

Микоплазменная инфекция новорожденных имеет генерализованный характер, поражается паренхима легких. Ткань бронхов и верхних дыхательных путей остается интактной, так как возбудитель проникает гематогенным путем и тропен к легочной ткани. Матери таких новорожденных имеют отягощенный акушерский анамнез (урогенитальный микоплазмоз). Дети рождаются с низкой массой тела, бледной, с желтушным прокрашиванием кожей. Пневмония развивается с первых часов жизни. К концу первой недели - менингоэнцефалит. По статистике эти дети составляют 10 - 30 % умерших новорожденных [20,21,22].

Особенности клиники у детей до 1 года: явления бронхиолита часто без температуры; анемия, умеренная желтуха, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром (что объясняют повышенной чувствительностью к в-гемолизину). На R-грамме: неоднородная негомогенная инфильтрация легких, без четких границ, в виде небольших пятнистых (или сливных) затемнений. Чаще инфильтрация в виде “тумана”, “облака”. Характерным является выраженное усиление и сгущение легочного рисунка (чаще процесс носит односторонний характер и локализуется в нижних отделах). [3,19,23] Усиленный бронхососудистый рисунок остается длительное время и после выздоровления. Параклинические данные часто без особых изменений, может быть умеренная анемия: несколько ускоренная СОЭ, моноцитоз.

У детей старшего возраста. На коже в 50 % случаев появляется пятнистая сыпь красного или фиолетового цвета, реже сыпь - везикулезная, папулезная; может быть Herpes labialis. Явления интоксикации нарастают к концу первой недели, началу второй, тогда же появляются характерные для пневмонии симптомы, выраженные нерезко (у детей до года часто бессимптомное течение). Одышка бывает редко. Мозаичность перкуссии. Физикальные данные скудные: на фоне жесткого и ослабленного дыхания выслушиваются влажные хрипы; редко - обструктивный синдром (у детей раннего возраста может быть клиника бронхиолита). Часто течение микоплазменной пневмонии может вызвать обострение бронхиальной астмы [24,25]. Внелегочные проявления: в 50% - рвота, острые боли в животе, аппендикулярный синдром; в 30% - умеренная гепатомегалия; в 20 % - геморрагический синдром (кожные геморрагии, носовые кровотечения), гематурия. Сердце: миоперикардит встречается редко, однако, может иметь большое значение в отношении заболеваемости и смертности. Сопутствующие панкреатиты могут протекать субклинически и способствовать развитию сахарного диабета. Артрит: артриты при микоплазменных инфекциях напоминают ревматоидные формы; они часто преходящи и поражают в виде отеков и выпотов крупные суставы. Неврология: у 3-5 процентов пациентов может проявиться поразительно широкий спектр нейрологических симптомов и заболеваний: фокальные или генерализованный энцефалит, изолированное поражение корешков периферических нервов, поражение спинно-мозгового канала и психозы. При

дальнейшем течении описывается появление неврологических дефицитов и даже смертельных случаев [26,27,28]. Течение заболевания монотонное. Остаточные явления сохраняются в виде сухого навязчивого кашля, субфебрилитета от 2,5 недель до 2-2,5 месяцев. У детей старшего возраста микоплазменная пневмония способствует формированию хронических бронхолегочных процессов.

В диагностике микоплазмоза используется два вида тестов: Определение ДНК бактерий методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – это наиболее чувствительный и точный метод диагностики легочного микоплазмоза. [29,30-33]. Определение специфических антител выявляет следы иммунного ответа организма на микоплазменную инфекцию. У больных перенесших микоплазмоз в прошлом определяются только антитела типа IgG (это значит, что больной перенес инфекцию и сейчас не болен)[34,35,36,37] Четырехкратное увеличение титра реакции связывания комплемента или величина титра 1:32 при соответствующей симптоматике и течении рассматриваются как убедительное. Исследования по изучению распространенности М. пневмонии показали зависимость количества антител IgG с увеличением возраста ребенка. Для детей в возрасте 7-12 месяцев антитела IgG к М. пневмонии составляют 28%, 55% для детей от 13 до 24 месяцев, 67% для детей в возрасте от 25 до 60 месяцев и 97% для лиц старше 17 лет.

Для уточнения этиологии и определения тактики терапии внебольничной пневмонии у детей может быть полезно определение в крови уровня прокальцитонина (ПКТ). При микоплазменной пневмонии значение ПКТ обычно не превышает 2 нг/мл. Показано, что уровень ПКТ коррелирует с тяжестью пневмонии, а адекватная терапия быстро приводит к снижению показателя. Имеются данные о том, что проведение антибактериальной терапии пневмонии под динамическим контролем уровня ПКТ позволяет сократить сроки применения антибиотиков [38,39,40,41]. Единственным надежным путем определения возбудителя является легочная пункция, но она не безопасна и применение ее встречает немало возражений. При наличии плеврального выпота обнаружение в нем микроорганизмов имеет важное диагностическое значение. При бронхоскопии посев лаважной жидкости также является диагностически значимым.

В последнее время обнаружена устойчивость макролидов к штаммам М. пневмонии. Эти штаммы были обнаружены в основном в Японии и, возможно, в Корее, но еще не в западных странах. В настоящее время, неизвестно, будут ли штаммы могут распространяться по всему миру и затронут макролидов терапии. [19] Микоплазменные пневмонии отвечают на эритромицин и тетрациклин, но не на пенициллин или цефалоспорины. Следует отметить, что тетрациклины следует назначать только после смены зубов, так как они могут вызвать их прокрашивание! Насколько на эту антибиотикотерапию реагируют и экстрапульмональные поражения имеется мало подтверждений. Отчасти, эти проявления самостимулирующие; при осложнениях рекомендуется лечение упомянутыми препаратами. [42,43] Эритромицин 50мг/кг/день для детей – 5-6 дней, тетрациклин, фторхинолон. Антибиотик резерва - доксициклин. При назначении макролидов надо учитывать их влияние на ферменты системы цитохрома P450 в печени. По степени угнетения цитохрома P450 они располагаются в следующем порядке: кларитромицин > эритромицин > рокситромицин > азитромицин > спирамицин. Поэтому ряд препаратов, включая сердечные гликозиды, теofilлин и ацетилцистеин должны назначаться с некоторой осторожностью, что ограничивает применение макролидов у детей с бронхиальной астмой и другими бронхообструктивными болезнями, поскольку может способствовать повышению их концентрации в крови. Противокашлевые средства могут использоваться только в начале болезни (первые 1-2 дня) для облегчения сухого мучительного кашля. Отхаркивающие средства при легочном микоплазмозе назначаются преимущественно в случае микоплазменной пневмонии или для облегчения кашля в последующие дни лечения бронхита.

Профилактические мероприятия аналогичны таковым при других острых респираторных заболеваниях. Больных микоплазмозом необходимо изолировать до исчезновения

клинических проявлений болезни (при пневмониях - на 2-3 нед, при острых респираторных заболеваниях - на 5-7 суток). Препаратов для специфической профилактики нет.

Литература:

- 1 Таточенко В.К. Клинические рекомендации. Педиатрия (Пневмония у детей) / Под ред. А.А.Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 28 с.
- 2 Community Acquired Pneumonia Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based care guideline for medical management of Community Acquired Pneumonia in children 60 days to 17 years of age. <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/pneumonia.htm>. Guideline 14, pages 1–16, 2005.
- 3 McIntosh K. Community-Acquired pneumonia in children // N.Engl. J.Med. 2002, vol. 346, № 6, p. 429–437.
- 4 Don M., Canciani M., Korppi M. Community-acquired pneumonia in children: what's old What's new // Acta Paediatr. 2010, vol. 99, № 11, p. 1602–1608.
- 5 Учайкин В.Ф., Нисевич В.И. «Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей» Учебник. М.2007,- 688с.
- 6 Michael Joseph Bono, MD, FACEP; Chief Editor: Robert E O'Connor, MD, MPH Mycoplasma Pneumonia, Mar 29,2011 <http://emedicine.medscape.com/article/1941994-overview#showall>
- 7 Archana Chatterjee, MD, PhD; Chief Editor: Russell W Steele, MD Pediatric Mycoplasma Infections // Acta Paediatr. 2007, vol. 96, № 10, p. 1502–1508.
- 8 She, R. C., Thurber, A., Hymas, W. C., Stevenson, J., Langer, J., Litwin, C. M., Petti, C. A. (2010). Limited Utility of Culture for Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae for Diagnosis of Respiratory Tract Infections. J. Clin. Microbiol. 48: 3380-3382
- 9 Lahti, E, Peltola, V, Waris, M, Virkki, R, Rantakokko-Jalava, K, Jalava, J, Eerola, E, Ruuskanen, O (2009). Induced sputum in the diagnosis of childhood community-acquired pneumonia. Thorax 64: 252-257
- 10 McCracken G. H. Jr. Diagnosis and management of pneumonia in children // Pediatr. Infect. Dis. J. 2000, vol. 19, № 9, p. 924–928.
- 11 Pelton, S. I., Hammerschlag, M. R. (2005). Overcoming Current Obstacles in the Management of Bacterial Community-Acquired Pneumonia in Ambulatory Children. CLIN PEDIATR 44: 1-17
- 12 Loens, K., Ursi, D., Goossens, H., Ieven, M. (2003). Molecular Diagnosis of Mycoplasma pneumoniae Respiratory Tract Infections. J. Clin. Microbiol. 41: 4915-4923
- 13 Tsoia, M. N., Psarras, S., Bossios, A., Audi, H., Paldanius, M., Gourgiotis, D., Kallergi, K., Kafetzis, D. A., Constantopoulos, A., Papadopoulos, N. G. (2004). Etiology of Community-Acquired Pneumonia in Hospitalized School-Age Children: Evidence for High Prevalence of Viral Infections. Clinical Infectious Diseases 39: 681-686
- 14 Neumayr, L., Lennette, E., Kelly, D., Earles, A., Embury, S., Groncy, P., Grossi, M., Grover, R., McMahon, L., Swerdlow, P., Waldron, P., Vichinsky, E. (2003). Mycoplasma Disease and Acute Chest Syndrome in Sickle Cell Disease. Pediatrics 112: 87-95
- 15 Virkki, R, Juven, T, Rikalainen, H, Svedstrom, E, Mertsola, J, Ruuskanen, O (2002). Differentiation of bacterial and viral pneumonia in children. Thorax 57: 438-441
- 16 M. Reither. Mykoplasmenpneumonie im Kindes- und Jugendalter. Padiat. prax. 55, 619-627 <http://www.medafarm.ru>
- 17 Matti E. Waris,^{1,*} Pia Toikka,² Taina Saarinen,² Simo Nikkari,³ Olli Meurman,⁴ Raija Vainionpää,¹ Jussi Mertsola,² and Olli Ruuskanen² Diagnosis of Mycoplasma pneumoniae Pneumonia in Children /Journal of Clinical Microbiology, November 1998, p. 3155-3159, Vol. 36, No. 11
- 18 Crawford S.E., Daum R. S. Bacterial pneumonia, lung abscess and empyema / Pediatric respiratory medicine ed. Taussig L. M., Landau L. I. Mosby, Inc. 2008, p. 501–553.
- 19 Kyung-Yil Lee .Pediatric Respiratory Infections by Mycoplasma pneumoniae Expert Review of Anti-Infective Therapy Posted: 09/24/2008; Expert Rev Anti Infect Ther. 2008;6(4):509-521. © 2008 Expert Reviews Ltd.
- 20 Н.А. Геппе, М.Н.Снегоцкая, Е.М. Евдокимов Внебольничные пневмонии. Диагностика и лечение. Практика педиатра Независимая экспертиза, Октябрь, 2005
- 21 Sidal, M., Kilic, A., Unuvar, E., Oguz, (2007). Frequency of Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae Infections in Children. J Trop Pediatr 53: 225-231
- 22 Principi, N., Esposito, S., Blasi, F., Allegra, L., the Mowgli Study Group, (2001). Role of Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae in Children with Community-Acquired Lower Respiratory Tract Infections. Clinical Infectious Diseases 32: 1281-1289
- 23 Susan D. John, MD, Janaki Ramanathan, MD and Leonard E. Swischuk Spectrum of Clinical and Radiographic Findings in Pediatric Mycoplasma Pneumonia January 2001 RadioGraphics, 21, 121-131.
- 24 Johnston, S. L., Martin, R. J. (2005). Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae: A Role in Asthma Pathogenesis?. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 172: 1078-1089
- 25 Biscardi, S., Lorrot, M., Marc, E., Moulin, F., Boutonnat-Faucher (2004). Mycoplasma pneumoniae and Asthma in Children. Clinical Infectious Diseases 38: 1341-1346
- 26 Daxboeck, F., Blacky, A., Seidl, R., Krause, R., Assadian, O. (2004). Diagnosis, Treatment, and Prognosis of Mycoplasma pneumoniae Childhood Encephalitis: Systematic Review of 58 Cases. J Child Neurol 19: 865-871

- 27 Bitnun, A., Ford-Jones, E. L., Petric, M., MacGregor, D., Heurter, H., Nelson, S., Johnson, G., Richardson, S. (2001). Acute Childhood Encephalitis and Mycoplasma pneumoniae. *Clinical Infectious Diseases* 32: 1674-1684
- 28 Walter, N. D., Grant, G. B., Bandy, U., Alexander, N. E., (2008). Community Outbreak of Mycoplasma pneumoniae Infection: School-Based Cluster of Neurologic Disease Associated with Household Transmission of Respiratory Illness. *The Journal of Infectious Disease* 198: 1365-1374
- 29 Yamazaki, T., Narita, M., Sasaki, N., Kenri, T., Arakawa, (2006). Comparison of PCR for Sputum Samples Obtained by Induced Cough and Serological Tests for Diagnosis of Mycoplasma pneumoniae Infection in Children. *CVI* 13: 708-710
- 30 Raggam, R. B., Leitner, E., Berg, J., Muhlbauer, G., Marth, E., Kessler, H. H. (2005). Single-Run, Parallel Detection of DNA from Three Pneumonia-Producing Bacteria by Real-Time Polymerase Chain Reaction. *J. Mol. Diagn.* 7: 133-138
- 31 Michelow, I. C., Olsen, K., Lozano, J., Duffy, L. B., McCracken, G. H., Hardy, R. D. (2004). Diagnostic Utility and Clinical Significance of Naso- and Oropharyngeal Samples Used in a PCR Assay To Diagnose Mycoplasma pneumoniae Infection in Children with Community-Acquired Pneumonia. *J. Clin. Microbiol.* 42: 3339-3341
- 32 Templeton, K. E., Scheltinga, S. A., Graffelman, A. W., van Schie, J. M., Crielaard, J. W., Sillekens, P., van den Broek, P. J. (2003). Comparison and Evaluation of Real-Time PCR, Real-Time Nucleic Acid Sequence-Based Amplification, Conventional PCR, and Serology for Diagnosis of Mycoplasma pneumoniae. *J. Clin. Microbiol.* 41: 4366-4371
- 33 Martinez, M. A., Ruiz, M., Zunino, E., Luchsinger, V., Avendano, L. F. (2008). Detection of Mycoplasma pneumoniae in adult community-acquired pneumonia by PCR and serology. *J Med Microbiol* 57: 1491-1495
- 34 Petitjean, J., Vabret, A., Gouarin, S., Freymuth, F. (2002). Evaluation of Four Commercial Immunoglobulin G (IgG)- and IgM-Specific Enzyme Immunoassays for Diagnosis of Mycoplasma pneumoniae Infections. *J. Clin. Microbiol.* 40: 165-171
- 35 Beersma, M. F. C., Dirven, K., van Dam, A. P., Templeton, K. E., Claas, E. C. J., Goossens, H. (2005). Evaluation of 12 Commercial Tests and the Complement Fixation Test for Mycoplasma pneumoniae-Specific Immunoglobulin G (IgG) and IgM Antibodies, with PCR Used as the "Gold Standard". *J. Clin. Microbiol.* 43: 2277-2285
- 36 Roth, S. B., Jalava, J., Ruuskanen, O., Ruohola, A., Nikkari, S. (2004). Use of an Oligonucleotide Array for Laboratory Diagnosis of Bacteria Responsible for Acute Upper Respiratory Infections. *J. Clin. Microbiol.* 42: 4268-4274
- 37 Talkington, D. F., Shott, S., Fallon, M. T., Schwartz, S. B., (2004). Analysis of Eight Commercial Enzyme Immunoassay Tests for Detection of Antibodies to Mycoplasma pneumoniae in Human Serum. *CVI* 11: 862-867
- 38 Moulin F., Raymond J., Lorrot M. Procalcitonin in children admitted to hospital with community acquired pneumonia // *Arch. Dis. Child.* 2001, vol. 84, № 4, p. 332–336.
- 39 Hatzistilianou M., Hitoglou S., Gougoustamou D. et al. Serum procalcitonin, adenosine deaminase and its isoenzymes in the aetiological diagnosis of pneumonia in children // *Int. J. Immunopathol. Pharmacol.* 2002, vol. 15, № 2, p. 119–127.
- 40 Garcia-Zarza Martinez E., Ramos Amador J.T., Rubio Gribble B. et al. Utility of serum procalcitonin as a diagnostic guide in children with community-acquired pneumonia // *An. Pediatr. (Barc).* 2004, vol. 60, № 3, p. 279–281.
- 41 Schuetz P., Christ-Crain M., Thomann R. et al. ProHOSP Study Group. Effect of procalcitonin-based guidelines vs standard guidelines on antibiotic use in lower respiratory tract infections: the ProHOSP randomized controlled trial // *JAMA.* 2009, vol. 302, № 10, p. 1059–1066.
- 42 А. Б. Малахов И. А. Дронов И. К. Волков Н. А. Геппе Ф. И. Кирдаков Оптимальный выбор терапии при внебольничной пневмонии у детей. #01/11 Педиатрия Симпозиум
- 43 Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии /Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова. Смоленск: МАКМАХ, 2007. 464 с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

*А.Н. Ильдерякова, к.м.н., ассоциированный профессор
А.К. Тургамбаева,
АО «Медицинский университет Астана»*

Качество трудовой деятельности средних медицинских работников является одной из составляющих результативности лечебно-профилактических учреждений считает С.И. Двойников. Руководителям учреждений здравоохранения необходимо обратить внимание на параметры, характеризующие качество трудовой деятельности сестринского персонала, и сопоставить их с реальными условиями деятельности средних медработников [1].

Е.В. Фомина считает, что трудовой коллектив характеризует социальную группу, в которой находится специалист, и принадлежность к которой составляет предмет его гордости и источник социальной удовлетворенности. Несмотря на благоприятный психологический климат в сестринских коллективах и хорошие отношения с администрацией, медицинские сестры постоянно сталкиваются с некорректным соблюдением регламентирующих документов в лечебно-профилактических учреждениях и со стрессами на рабочем месте [2].

Е.В. Богочева в своих трудах отмечает, что до сих пор недостаточно определена правовая основа деятельности специалистов сестринского дела, механизмы ее регулирования, средства и методы социальной защиты и мотивации квалифицированных кадров. Имеет место отток квалифицированных сестринских кадров из государственных организаций здравоохранения. Так же возрастают нагрузки в работе, отсутствие профессионального роста, неудовлетворенность персонала и социальная напряженность. Чтобы эффективно и качественно выполнять свои обязанности, сестринскому персоналу необходимо четко знать границы полномочий и ответственности [3,4].

Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом, а так же партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе в рамках единой лечебной бригады.

Целью данного исследования является возрастающий интерес медицинских сестер к повышению своего профессионального уровня, а также их активное участие в преподавательской и научно-исследовательской работе, обеспечение доступа к современной информации, улучшение качества своей трудовой деятельности.

Так же Е.В. Богочева отмечает, что основной целью трудовой деятельности медицинской сестры является оказание квалифицированной медицинской помощи населению в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по соответствующей медицинской специальности. Опыт ее исследований убедительно доказывает, что технологические инновации и организационные мероприятия способны обеспечить высокую эффективность трудовой деятельности среднего медицинского персонала лишь при условии оптимальной трудовой мотивации сотрудников [5,6].

С точки зрения П.В. Лопатина, О.В. Карташовой считается, что в работе среднего медицинского персонала играют вопросы профессиональной этики, и проводят компаративный анализ этических кодексов медицинских сестер. Инвариантом различных документов является положение о том, что медицинские сестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии. Это те специалисты, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции [7].

В соответствии с Этическим кодексом медицинской сестры, важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: всесторонний комплексный уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья, и предупреждение заболеваний. А так же, одной из приоритетных задач в сфере здравоохранения является обеспечение эффективности медицинской помощи, в том числе и сестринской [8].

С.А. Мухина, И.И. Тарновская в своей работе указали, что роль и функции сестринского дела в обществе требуют, чтобы каждая медицинская сестра брала на себя ответственность за непосредственное предоставление сестринской помощи и располагала бы требуемыми полномочиями для этого. Улучшение качества трудовой деятельности и повышение эффективности сестринской помощи, дальнейшее ее развитие возможно только через пересмотр реального положения вещей, то есть анализа современного состояния сестринского дела на всех этапах и звеньях [9].

В специальности «сестринское дело» основной формой трудовой деятельности является сестринский процесс. Сестринский процесс – это метод организации и оказания сестринской помощи, который включает в себя пациента и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц [10].

Сфера трудовой деятельности медицинской сестры широка и многогранна. При изучении трудовой деятельности медицинской сестры с позиций системно-структурного подхода следует рассматривать ее деятельность как социально-психологическую систему «медицинская сестра – коллектив – пациент» [11].

Медицинская сестра постоянно находится рядом с пациентом, именно от ее профессиональных действий в работе, зависит во многом не только уход за больным, но и в конечном итоге выздоровление пациента [12].

Трудовая деятельность медицинской сестры представлена следующими этапами:

- 1) обследование – сбор информации о состоянии здоровья пациента;
- 2) сестринский диагноз – установление существующих и потенциальных проблем пациента;
- 3) определение программы действий (составление плана);
- 4) реализация – действия (вмешательства), необходимые для выполнения плана;
- 5) оценка – исследование реакций пациента на вмешательство медицинской сестры.

Н.Серебренникова и Е.В. Богочева утверждают что, эффективность трудовой деятельности медицинской сестры будет заведомо низкой, если не удовлетворены базовые потребности сотрудника (низкая оплата, плохие условия труда и др) [13, 14]. При определении эффективности трудовой деятельности авторы Е.В. Богачева, Т.А. Жалагина указывают на необходимость комбинирования объективных и субъективных критериев. В качестве объективного критерия оценки эффективности трудовой деятельности понимается предметно-технологические характеристики: производительность, качество трудовой деятельности медицинской сестры и надежность. Субъективные критерии оценки эффективности представляют собой психологические и индивидуальные параметры личности (заинтересованность трудом, удовлетворенность процессом и результатом труда, вовлеченность различных уровней и сторон психики в реализацию деятельности, «вкладываемость» субъекта деятельности, степень напряженности психических функций, требующихся для достижения необходимого результата, и др.) [15].

Другие авторы отмечают что одним из наиболее значимых критериев при оценке трудовой деятельности медицинской сестры являются «Профессионально важные качества личности медицинской сестры» [16].

На основании теоретического анализа Т.А. Салимова, Н.Ш. Ватолкина установили, что личностные особенности медицинской сестры оказывают непосредственное влияние на процесс и результаты качества трудовой деятельности. Личностные качества медицинской сестры, которые необходимы для более эффективного выполнения профессиональных

функций и обязанностей, входят в структуру профессионально важных качеств трудовой деятельности и соответствуют требованиям профессии [17].

Можно сделать следующие выводы, что трудовая деятельность медицинской сестры имеет определенные специфические особенности, и ее эффективность будет определяться не столько профессиональными знаниями и умениями, сколько способностью реализовывать их в своей профессиональной деятельности за счет развития профессионально важных качеств личности. Благодаря формированию и развитию таких качеств у медицинских сестер можно достичь высокой эффективности труда [18].

Медицинские сестры должны быть компетентными, способными мыслить и анализировать, владеть этико-деонтологическими принципами.

Однако сложившиеся традиционные подходы к роли медсестры в лечебно-диагностическом процессе пока отводят медсестре роль исполнителя воли врача. В этих условиях при оценке качества медицинской помощи (услуги) следует четко представлять, что в итоге работы врача заложена немалая доля результата деятельности медицинских сестер [19].

В настоящее время значительное количество лечебно-профилактических учреждений разрабатывает и внедряет различные варианты методик оценки качества трудовой деятельности среднего медицинского персонала. Однако, вырабатываемые критерии оценки часто дублируют функциональные обязанности [20].

Например: соблюдение санитарно-эпидемиологического режима; качество выполнения врачебных назначений; обеспечение необходимого ухода за тяжелыми больными; соблюдение правил хранения лекарственных средств и т.д. в то время как все это можно объединить в один критерий - четкое выполнение должностной инструкции, что явно недостаточно для оценки качества выполняемой работы.

Традиционный контроль качества работы медсестер предполагает выявление уже свершившихся ошибок, фактов некачественной работы, за которые снижаются балльные оценки или ставятся понижающие коэффициенты трудового участия [21].

Помимо традиционного ухода за больными у медицинской сестры XXI века появляются новые направления деятельности, она должна принять на себя множество разнообразных функций. С распространением высшего сестринского образования появилась возможность самостоятельно проводить научные исследования, результаты которых специалисты сестринского дела в состоянии реализовать самостоятельно, а также возможность подготовки сестринских кадров силами самих медицинских сестер. Такая подготовка специалистов сестринского дела значительно повысит качество их трудовой деятельности [22].

В настоящее время в мировой практике управления качеством происходят глубокие изменения. Суть этих изменений в том, что внимание, которое уделялось прежде повышению качества трудовой деятельности, переключается на повышение качества отношения к работе, развитие корпоративных ценностей, улучшение качества отношений с потребителем, повышение качества управления [23].

Система контроля качества сестринской помощи может быть представлена следующими уровнями:

Первый – текущая оценка качества приема и передачи дежурных смен;

Второй – периодическая оценка качества ведущим специалистом манипуляционной техники, ухода;

Третий – углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям;

Четвертый – выявление проблем и коррекция, обсуждение в школе профессионального мастерства, обучение на семинарах [24,25].

Ю.М. Комаров в своей работе указал, что перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества трудовой деятельности среднего медицинского персонала заключаются в следующем: разработка стандартов по сестринскому делу,

обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов, привлечение пациентов и их родственников, независимых экспертов для предупреждения возможного снижения качества профессиональной деятельности медицинских сестер. Так же перспективы развития системы управления заключаются в создании групп качества в отделениях, участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий [26].

Существующее до недавнего времени мнение, что сестринская деятельность является только придаточной к врачебной, не позволяло в должной мере определить степень сестринского участия в системе оказания медицинской помощи, которая во многом определяет качества медицинской помощи в целом [27].

Врачебное и сестринское дело - взаимосвязанные, гармонично дополняющие друг друга процессы, составляющие при этом две самостоятельные профессии.

Поэтому превращение медицинской сестры из «служанки» врача в полноценного коллегу дает возможность медицинским сестрам более четко определить уровень своей трудовой деятельности, а также последствия за свои действия, сознательные или совершенные по ошибке [28].

В связи с этим представляется исключительно важным выработка новых направлений совершенствования качества сестринской деятельности. В свою очередь Н.Н. Косарева отмечает, что преобразование системы сестринской помощи позволит обеспечить качественно новый уровень медицинского обеспечения населения путем привлечения и эффективного использования сестринского потенциала, а также за счет повышения требований и расширения профессиональных обязанностей медицинских сестер в предоставлении сестринской помощи, максимально удовлетворяющей потребностям населения [29].

Залогом качества любой деятельности считают А.Я. Кибанова, Г.А. Маман-Заде, Т.А. Родкина является четкая организация работы, которая предполагает внятное распределение функций и ответственности между исполнителями. Как правило, функции и ответственность каждого работника (группы работников) фиксируются в должностных инструкциях, поэтому, прежде чем оценивать качество работы медсестер, целесообразно проанализировать их должностные инструкции [30].

Выводы. В качестве примеров в литературных источниках приводится краткое описание эксперимента по организации контроля работы медицинских сестер, на основании которых старшая медсестра отделения проводит оценку качества работы среднего и младшего персонала, а главная медсестра работу старших медсестер. Для каждого профиля медработника разработана своя карта оценки качества работы персонала, в которой наименование показателей соответствует специфике выполняемой работы, согласно должностных обязанностей [31].

В настоящее время не существует единой методики оценки качества трудовой деятельности среднего медицинского персонала. В доступной литературе представлены методики, в основном разработанные и внедренные отдельными ЛПУ. При этом нет единого мнения о способах оценки качества работы среднего медицинского персонала. Проблемой является явно недостаточная теоретическая проработка оценки качества трудовой деятельности медицинских работников среднего звена. А это именно тот инструмент считает А.И. Левшанков который позволил бы руководителю и конкретному специалисту определить и оценить трудовую деятельность персонала, выявить потребности в профессиональном развитии и возможности повышения качества оказываемой помощи [32].

В целом проблема оценки качества трудовой деятельности среднего медицинского персонала заключается в отсутствии единого подхода к системе совершенствования работы медицинских сестер. Как считает А.И. Левшанков что данная проблема в свою очередь предоставляет новые возможности для проведения исследований в данном направлении и усовершенствованию работы в их сфере деятельности [33].

Таким образом, мероприятиями обеспечивающими качество трудовой деятельности среднего медицинского персонала в медицинском учреждении являются: подготовка кадров, ресурсное обеспечение деятельности медицинских сестер, внедрение стандартов сестринской помощи, использование современных сестринских технологий, экспертиза качества с последующей коррекцией [34].

Литература

- 1 С.И. Двойников Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи // Сестринское дело. - 2004. - № 3. -С. 11-13.
- 2 Е.В. Фомина «Проблемы качества сестринской помощи» //главный врач №5. 2004. с.58-61.
- 3 Е.В. Богачева Влияние профессионализации на динамику трудовой мотивации медицинских сестер // Тверь: Твер. гос. ун-т, 2011. – С. 10–14.
- 4 Е.В. Богачева Мотив как основной структурный элемент трудовой мотивации // Пенза: 2011. – С. 267–270.
- 5 Е.В. Богачева Трудовая мотивация как основа повышения эффективности деятельности медицинской сестры / Москва, 2010. – С. 86–89.
- 6 Богачева, Е.В. Формирование уверенности в профессиональной компетенции и мотивации профессионального самосовершенствования как средство оптимизации трудовой мотивации медицинских сестер/. – Тамбов: 2011. – С. 43–46.
- 7 П.В. Лопатин, О.В. Карташова// Биоэтика. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 240 с.
- 8 Л.Н. Лысенко «Контроль качества работы персонала госпиталя ветеранов войн» //старшая медицинская сестра № 2, 2010
- 9 С.А. Мухина, И.И. Тарновская// Теоретические основы сестринского дела. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 368 с.
- 10 Т.П. Обуховец, Т.А. Склярова, О.В. Чернова// Основы сестринского дела. Под редакцией. Б.В. Кабарухина. Ростов н./Д: Феникс, 2006. - 416 с.
- 11 Е.В. Богачева Психологическая структура профессиональной деятельности медицинской сестры // Вестник Тверского государственного университета. Тверь, 2011.– Вып. 1 (5). – С. 138–143.
- 12 А.А. Старченко Удовлетворенность пациента критерий качества медицинской помощи Текст. / А.А. Старченко, М.П. Карпачева, И.Н. Курило, М.Ю. Фукарлюк // Здравоохранение. - 2005. -№ 1. - С. 49-55.
- 13 Н.Серебренникова Сестринский персонал: ключевые проблемы.// Вестник ассоциации медсестер Росси. 2006. № 3 с.12-13.
- 14 Е.В. Богачева Развитие мотивации достижения и снижение уровня мотивации избегания неудач как способ оптимизации трудовой мотивации медицинских сестер // Вестник Тверского государственного университета. Тверь, 2011. – Вып. 2 (15). – С. 197–200.
- 15 Е.В. Богачева, Т.А. Жалагина Субъективные критерии эффективности трудовой деятельности медицинских сестер// Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова – Кострома, 2011. – Том 17. – № 2. – С. 83–85.
- 16 Е.В. Богачева Профессионально важные качества медицинских сестер // Среднее профессиональное образование. – М., 2011. – №7 – С. 65–67.
- 17 Т.А. Салимова, Н.Ш. Ватолкина История управления качеством. М.: КНОРУС, 2005. 256 с.
- 18 СИ. Двойников Формирование системы качества подготовки специалистов в медицинском колледже/СИ. Двойников, О.А.Смагина, Т.В.Коротеева // Сестринское дело. - 2005. - № 2. - С. 10-13.
- 19 В.Т. Карташов Качество медицинской помощи: ожидания и действительность //Здравоохранение.-2008. - №5.-С.29-38.
- 20 Е.Е. Тюлькина, Я.С. Габоян Контроль и оценка деятельности медицинских сестер лечебных отделений больницы на примере процедурной медсестры /главная медицинская сестра № 4, 2009 г.
- 21 Н.Ф. Шильникова, И.П. Карпова Методика оценки деятельности среднего медицинского персонала: Методическое пособие. - Чита: ИИЦ ЧГМА, 2007. - 30 с.
- 22 М.А. Александров Основные принципы формирования систем менеджмента качества Текст. / М.А. Александров // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2009. - № 11. - С. 8-14
- 23 И.В. Савельева Здравоохранение в Великобритании: время перемен. // Сестринское дело. №1, 2008. с. 7.
- 24 А.Н. Лисанов Управление качеством медицинской помощи, оказываемой медсестрами //Сестринское дело. 2004. № 2. С. 5-6.
- 25 Л.Ф. Мурашова Контроль качества медсестер в городской больнице.// Медицинская сестра. 2004. №4. С.7-8.
- 26 Ю.М. Комаров Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения Текст. / Ю.М. Комаров // Здравоохранение. 2009. - № 10. - С. 35-45.
- 27 С.И. Двойников. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи // Сестринское дело. - 2004. - № 3. -С. 11-13.

- 28 С.А. Гулова, Т.Ф. Казакова, И.Е. Галахова Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу. М.: ПРОФИ-ИНФОРМ, 2004. - 412 с.
- 29 Н.Н. Косарева Управление сестринским персоналом как одна из составляющих качества сестринской медицинской услуги //Главная медицинская сестра. - 2004. - № 3. - С. 29-35.
- 30 А.Я. Кибанова, Г.А. Маман-Заде, Т.А. Родкина// Управление персоналом. М.: Экзамен, 2004. - 8 с.
- 31 А.С. Хейфец Старшая медицинская сестра - непосредственный руководитель и организатор работы сестринского и младшего медицинского персонала отделений ЛПУ.// Главная медицинская сестра. 2004. № 1 с.16-23
- 32 В. Н. Фомин Квалиметрия. Управление качеством. Сертификация: учеб.пособие. 2-е изд. М.: Ось-89, 2007. 384 с.
- 33 А.И. Левшанков. Пути повышения качества сестринской помощи / Сестринское дело. - 2004. - № 4. С 55-56
- 34 Т.В. Матвейчик, В.И.Иванова// Организация сестринского дела. Минск: Высшая школа, 2006. -302 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОМ БАССЕЙНЕ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Н.Б. Малаев

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

Изучение и ранняя диагностика этиологии и патогенеза ишемических инсультов является одной из важных задач разных отраслей медицины в связи с их высоким удельным весом в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения многих стран мира. Ишемические инсульты обуславливаются инфарктами головного мозга, имеющими различные морфологические характеристики в зависимости от причины их возникновения. Средние, большие и обширные инфаркты головного мозга возникают при окклюзии мозговых артерий в результате формирования на поверхности атеросклеротических бляшек обтурирующих тромбов, эмболии из атеросклеротических бляшек, локализованных в экстракраниальных отделах сонных артерий, в дистальные отделы и ветви этих артерий (артерио-артериальная эмболия). Эти инфаркты возникают также при атеросклеротическом стенозе на 70% и более в экстракраниальных отделах сонных артерий в сочетании с экстрацеребральными причинами резкого снижения мозгового кровотока. [1].

В последнее время все большее внимание со стороны врачей самых разных специальностей уделяется проблеме стенозов экстракраниальных отделов сонных артерий. По данным НИИ неврологии РАМН, доля ишемических острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), ассоциированных с каротидными стенозами, достигает 68% [2]. Лечение и уход за пациентами с ОНМК и его последствиями представляют собой тяжелую социальную, медицинскую и экономическую проблему. Как минимум один из трех пациентов, перенесших инсульт, становится пожизненным инвалидом, один из четырех умирает, а каждый пятый пациент нуждается в уходе спустя 3 месяца [3].

Ультразвуковые методики играют ведущую роль среди инструментальных методик, используемых для диагностики каротидных стенозов, а также профилактики нарушений мозгового кровообращения.

Прямое доплеровское исследование кровотока по сонным артериям впервые было предложено Miyazaki и воплощено Planiol and Pourcelot (1974), Barnes (1978). Е.И. Гусев с соавторами (1977) показали ценность ультразвуковой флоуметрии для диагностики окклюдированных поражений экстракраниальных отделов сонных артерий и определения показаний к ангиографическому исследованию больных с ишемическим инсультом и хронической мозговой недостаточностью.

В 1980 году Ю.М.Никитин, Е.Н. Стрельцова, Е.П. Снеткова на примере 147 больных с различными видами сосудистой церебральной патологии определили ультразвуковые критерии окклюзии сонных артерий и определили основные пути коллатерального кровотока. М.А. Пирадов (1984) на основании доплерографических исследований у больных с окклюзией внутренней сонной артерии и поражением других магистральных артерий головы установил, что увеличение суммарного сужения просвета сонных и позвоночных артерий приводит к снижению мозгового кровотока в обоих полушариях головного мозга[4].

В настоящее время ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) сочетает два режима: двухмерную серошкальную эхографию и один из доплеровских режимов, работающих в реальном времени. Таким образом, имеется возможность визуализации структуры сосуда с одновременным получением цветовой картограммы или доплеровского спектра потока крови. При этом метод дуплексного сканирования сонных артерий позволяет получить информацию о состоянии артерии (ее стенки, просвета) и окружающих тканей в В-режиме и оценку гемодинамических феноменов с применением эффекта Доплера. Комплексный анализ качественных и количественных параметров во всех трех режимах позволяет получить целостное представление о характере патологического процесса. При исследовании сонных артерий оценивают следующие качественные параметры: проходимость сосуда, его геометрию, диаметр сосуда (внутрипросветный), состояние сосудистой стенки, ее целостность, толщину комплекса интима–медиа – (КИМ), эхогенность, степень дифференцировки на слои, форму поверхности, состояние просвета сосуда (наличие, локализацию, протяженность, эхогенность внутрипросветных образований, степень нарушения проходимости), состояние периваскулярных тканей (наличие, форму, степень, причину экстравазального воздействия). К анализируемым количественным параметрам кровотока относятся пиковая систолическая скорость кровотока (V_{ps} , ПСК), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (V_{ed}), индекс периферического сопротивления (Pourcelot) – RI, пульсационный индекс (Gosling) – PI и др.

К преимуществам УЗДС можно отнести: 1) неинвазивность; 2) возможность оценки состояния периваскулярных тканей; 3) относительно низкую стоимость; 4) высокую точность; 5) возможность повторения; 6) оценку характера атеросклеротической бляшки – АБ (структура, поверхность); 7) безопасность; 8) исследование в режиме реального времени.

В связи с этим рекомендуется рутинное использование УЗДС для выявления каротидных стенозов у асимптомных больных. Чувствительность УЗДС в определении или исключении стенозов ВСА более 70% составляет 77–98%, а специфичность – 53–82% [5-7]. УЗДС позволяет выявить предрасполагающие к развитию церебральной микроэмболии факторы: определенные структурные особенности атеросклеротических бляшек (АБ), конфигурацию стеноза. По данным литературы [8], источниками микроэмболии являются гомогенные АБ низкой эхогенности, гетерогенные АБ с преобладанием зон низкой эхогенности, а также изъязвленные АБ и бляшки с кровоизлиянием. Отдельные публикации свидетельствуют о том, что наличие гетерогенной атеросклеротической бляшки имеет большее значение для показаний к реваскуляризации сонных артерий, чем степень стенозирования просвета [9].

УЗДС удобно для контроля проведенной реваскуляризации как в раннем, так и в отдаленном (выявление рестенозов) послеоперационном периоде. Кроме того, УЗДС является методом выбора для динамического наблюдения за больными с гемодинамически незначимыми стенозами, получающими консервативную терапию, а также при отказе от оперативного лечения. Эхолоцирование бифуркации ОСА в предоперационном периоде и обозначение ее на кожных покровах позволяют осуществить прицельный доступ и уменьшить операционную травму.

Поскольку результаты ультразвуковых исследований являются «операторзависимыми» и субъективными, неоднократно предпринимались попытки

провести сравнительный анализ различных методов исследования сонных артерий. При этом в качестве референсных по отношению к УЗДС обычно используют рентгеноконтрастную ангиографию (РКА), магнитно-резонансную ангиографию (МРА) и мультиспиральную КТ-ангиографию (МСКТА). Ангиографические методики позволяют оценивать проходимость сосудистого русла на всех уровнях, определять степень стенооокклюзирующих поражений и их распространенность, оценивать состояние системы коллатеральной компенсации, выявлять различные аномалии строения сосудистого русла. Основным методом верификации ультразвуковых данных в ангиологии, являющимся до настоящего времени общепризнанным «золотым стандартом», остается РКА. К основным недостаткам РКА относятся инвазивность процедуры, лучевая нагрузка, сложность полиплоскостной оценки просвета сосуда, невозможность оценки структуры внутрисосудистых изменений, функционального состояния сосудистого русла, включая гемодинамические особенности кровотока на различных уровнях, невозможность выявления ранних, доклинических признаков заболевания, сопровождающихся только изменениями сосудистой стенки.

В отличие от других лучевых визуализирующих методик, за исключением ультразвука, МРА позволяет визуализировать кровеносные сосуды без применения контрастных препаратов. При этом есть возможность исследовать все сосудистые бассейны, включая артериальный и венозный отделы. Однако ее информативность и специфичность сильно уступают РКА. К основным ограничениям метода относятся невозможность полиплоскостного исследования сосудов и оценки структурных особенностей внутрисосудистого содержимого, гораздо меньшая чувствительность и специфичность метода при различных видах сосудистой патологии.

Возможность распознавания грубых стенооокклюзирующих поражений сосудов с помощью МРА ограничена [10]. Это связано с изменением скорости кровотока в пораженном сосуде (в основном с замедлением), а также с нарушением состояния однонаправленности потока (его ламинарности), что приводит к искажению результатов исследования. МСКТА позволяет диагностировать различные виды сосудистой патологии, включая аневризмы, аномалии строения, стенозы сонных артерий, проводить динамическое наблюдение за состоянием сосудистого русла при поражении сонных артерий [11]. Данный метод позволяет оценить не только просвет, но и состояние стенок сосудов, прежде всего их толщину и плотность, что определяет его своеобразие в сравнении с РКА. Несмотря на указанные возможности, метод МСКТА не нашел широкого применения вследствие достаточно высокой лучевой нагрузки на пациента и относительно высокой стоимости исследования. Информативность и специфичность данных МСКТА несколько ниже, чем РКА, и сопоставимы с этими параметрами для МРА. Применяя компьютерные технологии при получении изображения сосудов методами МРА и МСКТА, можно строить трехмерные изображения изучаемых сосудистых групп [12]. Для практикующих врачей важное значение имеют исследования сопоставимости различных диагностических методик. Еще в 1991 г. L. Gregg и соавт. была продемонстрирована корреляция между результатами РКА и УЗДС. При этом лучшие результаты отмечены при УЗДС с цветным картированием (86,6% по сравнению с 79,6% при РКА) [13]. Метод дуплексного сканирования (ДС) позволяет более точно рассчитать процент стеноза в артерии, чем по данным ангиографии, при которой невозможно визуализировать стенки сосуда. Увеличение разрешающих возможностей современных ультразвуковых приборов позволило по данным ДС достаточно точно судить о морфологических характеристиках атеросклеротической бляшки, взаимосвязи между прижизненной структурой атеросклеротической бляшки и опасностью возникновения инсульта. Так, с помощью ДС можно не только с точностью до 95% определить степень стеноза, но и одновременно получить информацию о строении атеросклеротической бляшки и ее поверхности (т.е. оценить внутренний люминальный рельеф бляшки). Этот метод также позволяет оценить эмболический потенциал бляшки, т.е. выявить такие бляшки, на поверхности которых возможно формирование микротромбов, а

также бляшки, склонные к изъязвлению и распаду, что впоследствии может служить источником тромбоэмболов. Кроме того, ДС в режиме реального времени позволяет диагностировать и оценить гемодинамическую значимость различных вариантов развития и хода артерий, таких как гипоплазии, артерии "малого диаметра", извитости, петли и перегибы артерий. Так, после внедрения в практику метода ДС варианты развития позвоночной артерии (асимметрия диаметров, гипоплазия, малый диаметр) стали выявляться в 30-35% случаев среди всех обследованных (собственные наблюдения). При окклюзиях артерий можно точно определить уровень, на котором закрыта артерия, диагностировать механизм (тромбоз или атеросклеротическая окклюзия), оценить возможные пути компенсации (усиление кровотока по другим экстракраниальным артериям). На основании косвенных признаков можно также определить давность окклюзии артерии (редукция просвета артерии дистальнее места закупорки характеризует давность поражения). По данным различных авторов, возможность ДС в определении структурных особенностей атеросклеротических бляшек варьирует от 85 до 90%. В настоящее время предлагается использовать данный метод взамен контрастной ангиографии при решении вопроса о целесообразности проведения операции каротидной эндартерэктомии. Отдельные сообщения о том, что с помощью этого метода затруднена адекватная оценка состояния внутримозговых артерий, не влияют на рекомендации о выполнении каротидной эндартерэктомии [14].

Заключение. В настоящее время ультразвуковая диагностика сонных артерий нашла признание и получила путевку в жизнь как неинвазивный, безвредный и высокоинформативный метод определения функционального состояния сосудистого русла. В установлении показаний к реваскуляризации сонных артерий УЗДС практически вытеснило рентгенконтрастную ангиографию. Кроме того, УЗДС сонных артерий может использоваться для скрининга, оценки компенсации кровообращения и результатов лечения. В сочетании с рядом других дополнительных методов исследования УЗДС позволяет получить полную информацию о состоянии сонных артерий.

Дуплексное сканирование сонных артерий в экстракраниальном бассейне дает полную информацию о состоянии просвета артерий, питающих головной мозг, характере атеросклеротических бляшек и степени поражения артерий. На основании полученной информации можно определить патогенетический механизм инсульта при патологии магистральных артерий головы, оценить эмболический потенциал атеросклеротической бляшки и провести отбор больных для последующего оперативного лечения. Техническая доступность и безболезненность метода позволяет использовать его для мониторинга состояния просвета артерий у тех больных, которым на тот момент оперативное лечение не показано или не может быть выполнено из-за сопутствующих заболеваний.

Литература

- 1 Болотова Т. А. Патогенез и основные критерии диагностики множественных инфарктов головного мозга у больных с атеросклерозом и артериальной гипертензией (клинико-морфологическое сопоставление). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва – 2009.
- 2 Суслина З.А., Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение. *Cons. Med.* 2001; 3 (5).
- 3 American Heart Association. *Stroke Statistic*. Dallas, Tex: American Heart Association; 2000.
- 4 К.А. Тимирязев. Ультразвуковая диагностика сосудов (УЗДС). Историческая справка. Об истории возникновения и развития УЗДС.
- 5 Клиническая доплерография окклюзирующих поражений артерий мозга и конечностей. Учебно-методическое руководство. НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. Москва 1997.
- 6 Ультразвуковая доплеровская диагностика в клинике. Под редакцией Ю.М. Никитина и А.И. Труханова Москва-Иваново. Издательство МИК 2004.
- 7 Комплексная ультразвуковая диагностика патологии периферических сосудов. М.В. Шумилина. Учебно-методическое руководство. НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. Москва 2007.
- 8 Orlandi G, Parenti G, Bertolucci A. Carotid plaque fetures on angiography and asymptomatic cerebral microembolism. *Acta Neurol Scand* 1997; 96: 183–6.

- 9 Leahy AL, McCollum PT, Feeley TM et al. Duplex ultrasonography and selection of patients for carotid endarterectomy: Plaque morphology or luminal narrowing. J Vasc Surgery 1988; 8 (5): 558–62.
- 10 Felber S. TCD and MRA-angiography and venography. Radiol 1989; 173: 831–7.
- 11 Bartolozzi C, Neri E, Caramella D. CT in vascular pathologies. Eur Radiol 1998; 8: 679–84.
- 12 Верещагин Н.В., Борисенко В.В., Власенко А.Г. Мозговое кровообращение. Современные методы исследования в клинической неврологии. М.: Интер-Весы, 1993.
- 13 Londrey GL, Spadone DP, Hodgson Kim J et al. Does color-flow imaging improve the accuracy of duplex carotid evaluation. J Vasc Surg 199; 13(5):65963.
- 14 Дуплексное сканирование в диагностике патологии сосудов головного мозга. О.В. Лагода, А.О. Четчин.

СБАЛАНСИРОВАННАЯ СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ

*Ю.О. Сизикова, к.м.н., ассоциированный профессор А.К. Тургамбаева
АО «Медицинский университет Астана»*

Улучшение качества и увеличение объема медицинской помощи населению требуют не только наращивания материальной и кадровой базы здравоохранения, но и изменения стиля и методов работы организационных структур и процессов на всех уровнях с учетом экономической эффективности проводимых мероприятий [1]. Одной из тенденций мирового здравоохранения является повышение роли сестринского персонала с различным уровнем подготовки, а также широкое использование сестринских кадров в управлении [2].

Сестринское дело – важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи. Средний медперсонал составляет самую многочисленную когорту работников здравоохранения. Сегодня медицинские сестры в значительной мере определяют характер и качество медицинских услуг, оказываемых населению. Однако до настоящего времени сестринское дело не развито, и среднему медицинскому персоналу отводится вспомогательная роль [3, 4].

По мнению Г.В. Дорошенко причинами слабого использования этих ресурсов здравоохранения являются отсутствие рациональной организации сестринского дела, достаточной самостоятельности, профессиональных знаний о функциях и методах управления. Изменения должны быть направлены на совершенствование подготовки специалистов, развитие новых организационных форм и технологий сестринской помощи населению, оптимизацию управления сестринской деятельностью и последовательное приведение к повышению профессиональной роли сестринского персонала в процессе организации медицинской и медико-социальной помощи, организацию и управление сестринским делом.

Управление сестринским персоналом – это целенаправленная деятельность руководителей сестринских служб лечебно-профилактических учреждений и их подразделений, использующих различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения слаженной, квалифицированной работы сестринского персонала по оказанию пациентам сестринской помощи соответствующего количества и качества.

Основными задачами менеджмента в сестринском деле являются: применение знаний по современной стратегии улучшения руководства сестринским персоналом ЛПУ; совершенствование знаний медсестры-организатора в вопросах значения коммуникаций для эффективного управления; организация и обеспечение эффективного контроля в учреждениях здравоохранения; изучение роли руководителя в решении задач управления качеством медицинской помощи; совершенствование профессиональных знаний по проведению ситуационного анализа деятельности ЛПУ и вопросам маркетинга;

совершенствование профессиональных знаний по вопросам, связанным с управлением, собственным развитием, выработки личного стиля и приемов труда работников [5].

В связи с этим необходимо внедрять элементы стратегического планирования. В настоящее время для того, чтобы иметь возможность постоянно адаптироваться к изменяющимся условиям рынка лучше своих конкурентов, превосходить их по качеству, скорости и гибкости предоставления услуг, по широте ассортимента или цене продукции руководителям ЛПУ необходимо оперативное получение информации о деятельности медицинского учреждения для своевременного принятия управленческих решений. Большое значение имеет концептуальная и технологическая связь между стратегией и используемыми организационными решениями [6, 7].

Сбалансированная система показателей (Balanced Scorecard) появилась в качестве надежного инструмента, позволяющего решить множество проблем, с которыми сталкиваются современные организации [8].

Сбалансированная система показателей (ССП) была разработана профессором Гарвардского университета Робертом Капланом и Дейвидом Нортон. В 1990 году Каплан и Нортон провели исследование десятки компаний с целью поиска новых методов оценки результатов деятельности. В ходе исследования, они остановились на идее системы показателей, с помощью которой можно отслеживать самые разные виды деятельности всей организации – клиентские вопросы, внутренние бизнес-процессы, деятельность работников и финансовая составляющая [9, 10].

Считавшуюся ранее инструментом, предназначенным исключительно для коммерческих предприятий, сбалансированную систему показателей модифицируют и эффективно внедряют в организации государственного сектора, примером которого может служить здравоохранение в частности медицинские учреждения.

Цель исследования: оценить деятельность медицинских сестер с помощью системы сбалансированных показателей. Объектом исследования являются средний медицинский персонал, пациенты ГДБ №2. Методом исследования служит сбалансированная система показателей.

Результаты и обсуждения. В быстроменяющихся условиях появились новые системы, основанные на системе сбалансированных показателей. Универсальная система показателей деятельности (Total Performance Scorecard), разработанная немецким ученым Х. Рамперсадом, объединяет и развивает такие теории, как система сбалансированных показателей (Balanced Scorecard), управление результативностью (Performance Management), управление компетенциями (Competence Management) и всеобщий менеджмент на основе качества (Total Quality Management). Вышеуказанные системы включают в себя множество понятий, среди которых: миссия и видение организации, ключевые роли, базовые ценности, ключевые факторы успеха, цели, показатели результативности, действия по совершенствованию, а также процесс непрерывного совершенствования, развития и обучения. Большинство медицинских организаций, чтобы достигнуть поставленных финансовых целей, внедряют инновации, обучают сотрудников, разрабатывают новые формы взаимодействия с потребителями, но только некоторые из них способны эффективно управлять этими бизнес-процессами. Реализация целей повышения объемов медицинских услуг, увеличения прибыли достигается при использовании различных комбинаций финансовых, трудовых, технологических и временных ресурсов. Наиболее предпочтительный способ делегирования ответственности и полномочий, осуществление своевременного контроля за реализацией стратегии, а также внедрения системы мотивации персонала в зависимости от конечных результатов его работы сочетает в себе управление на основе системы показателей. Именно поэтому среди множества других систем, комбинирующих финансовые и нефинансовые показатели, по нашему мнению, наибольший интерес представляют такие, как сбалансированные системы показателей [11].

Сбалансированную систему показателей можно определить как тщательно подобранный набор показателей, поддающихся количественному измерению и основанных на стратегии организации. Отобранные для сбалансированной системы показатели являются инструментом руководителей для ознакомления работников и внешних заинтересованных лиц с результатами и факторами эффективности, благодаря которым организация выполнит свою миссию и стратегические задачи [12].

Необходимо при разработке ССП руководствоваться миссией, ценностями, видением и стратегией организации.

Миссия определяет основную цель организации – зачем она существует. Тем самым миссия раскрывает причину существования организации. Она отражает мотивацию работников, побуждающую их принимать участие в ее деятельности. Миссия сестринской службы -предоставить пациентам, семьям услуги высочайшего качества, быть сострадательными и довести процесс коммуникации до совершенства.

Ценности – это вечные принципы, которыми руководствуется организация. Они отражают глубокие убеждения, которые разделяют сотрудники организации и которые проявляются в их повседневном поведении. Ценности организации открыто демонстрируют, какого поведения ожидают от персонала.

Видение представляет собой словесную картину того, какой организация хочет стать в будущем. Видение конкретно описывает картину желаемого состояния организации, а также является основой для формулирования стратегий и целей [13].

Роберт Каплан и Пол Р. Нивен считают, что в основе разработки сбалансированной системы показателей лежит стратегия. По словам Пола Р. Нивена стратегия представляет собой общие приоритеты, принятые организацией с учетом внешних условий ее существования и стремления к выполнению миссии. Стратегия развития лечебно-профилактического учреждения в области качества строится на основе разработки целей организации. Далее проводится детализация целей организации до целей подразделений и конкретных задач, необходимых для реализации стратегии. Описания целей должны содержать количественные и качественные показатели.

Сбалансированная система показателей предоставляет медицинской организации концепцию перехода от принятия решения о стратегии к действию. Таким образом, хорошо разработанная ССП рассказывает о стратегии, разбивая ее на составляющие с помощью целей и показателей, выбранных по каждой из четырех перспектив (клиенты, финансы, внутренние процессы, обучение и развитие персонала) [14].

SWOT анализ и разработка стратегии. Любая работа над стратегией начинается с всестороннего изучения рыночной ситуации, в которой действует организация, и оценки типов возможностей и угроз, с которыми она может столкнуться. Отправной точкой для подобного обзора может послужить SWOT анализ (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) — один из самых распространенных видов анализа в стратегическом управлении. SWOT анализ призван обнаружить, определить и отобрать основные приоритеты, проблемы и возможности, предоставляемые внешней средой, в пределах которой функционирует компания, а также непосредственно связанные с развитием компании и ее внутренней жизнью [15].

Таким образом, на основании всех вышеуказанных элементов строится сбалансированная система показателей. Подробнее о составляющих ССП сестринской службы.

Клиентская составляющая включает в себя удовлетворенность населения предоставляемой медицинской помощью, мнение пациентов о медицинской организации. Для пациентов данный показатель определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и является своевременной. С целью определения уровня удовлетворенности пациентов и их родственников результатом и процессом сестринской помощи необходимо проводить анкетирование последних с обязательным анализом ответов респондентов. Данные анализа результатов опроса окажут несомненную роль в

корректировке работы сестринской службы. Следующими элементами в клиентской составляющей выступают сохранение потребительской базы, а также привлечение новых клиентов. Эти ключевые показатели являются актуальными в условиях реализации Единой национальной системы здравоохранения, когда пациент вправе выбирать лечебное учреждение. В свою очередь, выбор пациентом того или иного учреждения влияет на структуру финансирования лечебных организаций [16].

Финансовая составляющая - издержки лечения одного больного, доля на рынке, рентабельность, чистая прибыль [17].

Составляющая внутренних процессов. На уровне бизнес-процессов контроль деятельности осуществляется через ключевые показатели эффективности, в английском варианте – Key Performance Indicator (KPI). KPI являются измерителями достижимости целей, характеристиками эффективности бизнес-процессов и работы каждого отдельного сотрудника. При этом необходимо делать упор на обеспечение высокого качества предоставляемых медицинских услуг. Для оценки качества работы среднего медицинского персонала отбираются манипуляции, невыполнение которых может повлечь за собой ухудшение состояния больного, развитие осложнений и свидетельствовать о неудовлетворительном качестве сестринской помощи [18]. Необходимы анализ деятельности медицинских сестер согласно должностным инструкциям и нормативным документам, регламентирующим их работу, а затем уже разработка перечня критериев деятельности сестринского персонала, учитывающих качество заполнения документации; проведение манипуляций; подготовки пациентов к исследованиям [19, 20, 21, 22]. Удовлетворенность среднего медперсонала, текучесть кадров также являются неотъемлемыми показателями внутренних бизнес-процессов в сестринской службе.

Составляющая инноваций, образования и обучения. Обучение, повышение квалификации, переподготовка среднего медицинского персонала. Исходя из этого, перспектива обучения и роста не только играет важную роль во внутренних процессах, но и имеет значение как составляющая отдельного направления развития. Как и во всех остальных перспективах, цели для нее устанавливаются исходя из удовлетворения интересов и достижения целей в вышестоящих перспективах. К примеру, если целью клиентской составляющей считают количество удовлетворенных пациентов, то в ЛПУ нужен знающий, профессиональный штат сотрудников, а для этого они должны обладать немалым объемом знаний и практических навыков. Поэтому необходимо совершенствовать образовательные программы медицинского образования [23, 24, 25].

Таким образом, необходимо создать условия для улучшения качества медицинской помощи, в частности повышение уровня оказания медицинских услуг средним медицинским персоналом.

Учитывая отраслевую специфику здравоохранения, мы полагаем, что только при комплексной интеграции сбалансированной системы показателей и системы управления бизнес-процессами медицинского учреждения можно обеспечить надлежащий уровень эффективности и результативности управленческого процесса, и решить основную задачу - повышение качества и доступности медицинской помощи, а также проведение модернизации здравоохранения.

Литература

- 1 Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева Качество медицинской помощи. - М., 2004. - 31с
- 2 Г.П. Касимова, К.Д. Ержанов, Ж.Е. Мусин. Стратегия развития, планирования и использования кадровых ресурсов здравоохранения // «Астана медициналык журналы» №5(57), 2009.-С.96
- 3 К.Т. Уразалинова К вопросу о роли средних медицинских работников в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи // «Денсаулык сактау дыдамыту журналы» №1(58), 2011.-С.28-32
- 4 М.А. Граф, Г.А. Ермаханова, В.В. Койков. Уровень компетенции среднего медицинского персонала - важный фактор оказания безопасной медицинской помощи // «Денсаулык сактауды дамыту журналы» №3(60), 2011.- С.40-46
- 5 Г.В. Дорошенко, Н.И. Литвинова, Н.А. Пронина Менеджмент в здравоохранении. – М.: «Форум», Москва, 2006 , 156с.

- 6 Р.А. Фатхутдинов Стратегический менеджмент. - М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2003. - 641 с.
- 7 А.А. Томпсон, А. Стрикленд Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии: Учебник. - М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 2005. - 387с
- 8 Е.Ю. Герасимов, А.Н. Русин. Сбалансированная система показателей как инструмент реализации стратегии //2010
- 9 Каплан Роберт С., Нортон Дейвид П. Организация, ориентированная на стратегию. / Пер. с англ. М: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2006. - 416 с.
- 10 Роберт Каплан, Дэйвид Нортон. Сбалансированная система показателей. перевод с английского М. Павлова // ЗАО «Олимп - Бизнес» - Москва, 2005.- 294 с
- 11 С.Э. Ермакова Роль системы сбалансированных показателей при оценке эффективности процессно-ориентированного управления организаций в сфере здравоохранения// Экономика, управление и право, 2011г.
- 12 Н.Ф. Князюк. От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей // Журнал «Менеджер здравоохранения» №4, 2010.- С.21-29
- 13 Пол Р. Нивен Сбалансированная система показателей для государственных и неприбыльных организаций/Пер с англ.; под ред. О.Б. Максимовой - Днепропетровск: Баланс Бизнес Букс, 2005. -336 с.
- 14 Роберт Каплан, Дэйвид Нортон. Стратегические карты. Трансформация нематериальных активов в материальные результаты. Перевод с английского М. Павлова // ЗАО «Олимп-Бизнес» - Москва, 2005. - 512 с
- 15 А. Гершун, М. Горский Технология сбалансированного управления М: ЗАО «Олимп-Бизнес» - Москва, 2009, 411 с.
- 16 А.С. Кашаубаева, Н. Ташпагамбетова, Г. Туякбай. Введение в универсальную систему показателей деятельности // «Астана Медициналык журналы» №3(55) - Астана, 2009.-С.36-38
- 17 О.Т. Жужжанов, А.С. Кашаубаева, Г.З. Туякбай. Система сбалансированных показателей деятельности в организации // Журнал «Астана медициналык журналы» №5(57), 2009.-С.60
- 18 Х.К. Рамперсад Универсальная система показателей: Как достигать результатов, сохраняя целостность: пер. с англ. М., 2004.
- 19 Е.С. Лаптева, Т.Ю. Павлович Организация контроля качества сестринского ухода в лечебно-профилактических учреждениях// Журнал «Медицинская сестра» №8, Москва, 2007.-С.4-13
- 20 А.В. Гажева, А.В. Новожилов, Т.А. Королева Разработка индикаторов качества сестринской деятельности (на примере отделения хирургического профиля) // Журнал «Медицинская сестра» №8,- Москва, 2007.-С.16-18
- 21 А.В. Гажева Алгоритм разработки и внедрения индикаторов качества деятельности медицинских сестер // Журнал «Главная медицинская сестра» №7, - Москва, 2011. - С.43-51
- 22 О.Г. Пронина Опыт расчета и использования количественных показателей для оценки качества труда сестринского персонала и старших медицинских сестер // Журнал «Главная медицинская сестра» начало №10, - Москва, 2007.- С.20-23, окончание №11 2007.-С.29-33
- 23 В.Н. Югай, Ж.К. Бурибаева. О необходимости совершенствования медсестринского образования и научных исследований // «Астана медициналык журналы» №5(57), 2009.-С.33-34
- 24 А.В. Пьяных, Н.А. Абрамова обучение медицинского персонала на рабочем месте //Журнал «Медицинская сестра» №8, - Москва, 2007.- С.14-15
- 25 А.Е. Шувалов, А.К. Лепляева, А.В. Володин Накопительная система повышения квалификации - эффективная форма непрерывного профессионального образования // Журнал «Главная медицинская сестра» №4, - Москва, 2011.-С.103-113

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

АККРЕДИТАЦИЯ И СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)



ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Г.А. Америкеева
Федоровская ЦРБ, Костанайская область

Введение. Процесс реформирования здравоохранения сопровождается поиском путей улучшения организации медицинской помощи и совершенствования процесса предоставления услуг. Основанием для принятия всесторонне обоснованных решений служит оценка эффективности функционирования отрасли, которая в соответствии с выдвинутыми ВОЗ требованиями осуществляется не только на базе клинических критериев, но и с учетом мнения пациентов. Оценка доступности и качества предоставляемых медицинских услуг изучается, как правило, через анализ уровней удовлетворенности пациентов [1].

Цель исследования: оценить качество оказания амбулаторной помощи по специально разработанной анкете больным артериальной гипертензией (АГ) пожилого возраста.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты 128 больных АГ II - III степени (по рекомендациям ВНОК-2008, ESH/ESC-2007) лиц пожилого (60-74 года - по классификации ВОЗ, 1963) возраста.

Все пациенты заполняли специально разработанный и адаптированный опросник, созданный на основе анкеты социологического мониторинга А.В. Решетникова (2007).

Результаты и обсуждение. Результаты исследований вносились в индивидуальные протоколы и в электронную базу данных. Статистическая обработка материала (описательная статистика, критерий Фишера при определениях различных непараметрических данных, t-критерий Стьюдента при определении различий количественных показателей, критерий Вилкоксона при определении скорости прироста или убыли показателей) производилась с помощью компьютерного пакета «STATISTICA».

Были получены следующие результаты: основная масса респондентов лечится в районной поликлинике по месту прописки – 99,3%; в ведомственной поликлинике - 0,5%; в платной поликлинике - 0,2% пациентов.

Качество оказываемых медицинских услуг: оценили, как плохое - 7,4%; как удовлетворительное - 37,3% респондентов, как хорошее - 48,1% опрошенных, как очень хорошее - 2,9%, затруднились ответить - 4,3% больных.

На дорогу до поликлиники 12,1% респондентов тратят до 5 минут, от 5 до 10 минут тратят 39,2% пациентов; от 10 минут до 30 минут - 34,5%; более 30 минут - 3,7%. Вызывают врача на дом - 11,4% опрошенных. Удобным считают график работы врачей - 59,2% опрошенных. После записи попасть на прием к врачу-специалисту по поводу АГ в тот же день удается лишь 98,4% опрошенных; на следующий день - 1,2% респондентов, в течение 2 дней – 0,4% пациентов.

На ожидание приема врача у 19,2% пациентов уходит до 15 минут; от 15 до 30 минут - у 29,7% больных; от 30 минут до 1 часа уходит у 40,1% респондентов; от 1 до 2 часов - у 11,0% опрошенных. 77,3% респондентов считают достаточной продолжительность врачебного приема, при этом 81,1% респондентов считают, что медицинские работники обладают достаточной квалификацией. 62,5% респондентов считают что, медицинские

работники проводят профилактические мероприятия (информационную, санитарно-просветительскую работу, диспансеризацию, вакцинацию).

По отношению к медицинским работникам поликлиники 68,4% пациентов испытывают симпатию и доверие, антипатию и недоверие к ним отметили 28,7% респондентов, затруднились ответить 6,9% опрошенных.

Медицинскую информацию об АГ, методах ее лечения и лекарственных препаратах 77,8% опрошенных получают от медицинских работников, 9,8% - из информационных объявлений в поликлинике, 9,3% - от знакомых и родственников, 3,1% опрошенных - из научно-популярной литературы и по телевизору.

55,4% опрошенных считают, что они получают информации о состоянии своего здоровья от медицинских работников поликлиники столько, сколько нужно; 28,1% считают, что информации слишком много; хотелось бы больше информации 18,4% респондентов. 39,9% больных АГ оценивают свое взаимодействие с врачом, как полное доверие и взаимопонимание, 42,1% пациентов оценили свое взаимодействие с врачом, как частичное доверие и понимание, 11,6% отмечают отсутствие всякого доверия и взаимопонимания с врачом, 8,4% - затруднились ответить.

Только у 79,3% опрошенных врач во время каждого посещения измеряет АД, а измерение АД в положении стоя проводилось лишь у 1,3% респондентов. Что объясняет врач во время осмотра - полностью понятно 58,1% опрошенным, ничего непонятно - 19,8% респондентам.

Сложности в понимании объяснений медицинских работников, т.к. они используют слишком много сложных, специальных терминов, непонятное; не объясняют, а пишут неразборчиво высказали 49,3% респондентов. 55,8% опрошенных отметили, что врач внимательно выслушивает жалобы, 27,4% считают, что врачи жалобы пациентов не выслушивают, 16,8% респондентов считают, что жалобы пациентов врачи выслушивают - когда как.

Профессиональные качества врача, как очень хорошие оценили 9,8% опрошенных, как хорошие - 24,7% респондентов, как удовлетворительные - 39,2%, как плохие - 19,7% пациентов, как очень плохие - 5,6%.

Также 38,1% пациентов с АГ считают, что врач вникает в их проблемы, сопереживает больным; разговаривают с врачом на темы личного характера 29,4%, но хотели бы о них говорить 74,2% опрошенных. У 56,9% опрошенных после приема врача появляется оптимизм, ощущение поддержки, понимания, доверие, ничего не меняется в состоянии у 36,2% пациентов; появляется пессимизм, удрученность, озабоченность после приема врача у 6,9% респондентов.

Менее года наблюдаются у своего врача - 11,8% опрошенных, от 1 до 3-х лет - 24,5% респондентов, от 3 до 5 лет - 21,6%, от 5 до 10 лет - 26,1% пациентов, свыше 10 лет - 16,0%. 79,1% опрошенных всегда выполняют предписания врача.

43,8% респондентов считают, что врач не проводил необходимых диагностических или лечебных процедур. По мнению 12,4% опрошенных они сталкивались с врачебными ошибками, у 16,7% пациентов были конфликты с медицинскими работниками. Среди тех медицинских работников с кем происходили конфликты - наиболее часто назывались категория работников регистратуры - 56,1%, на втором месте - представители администрации поликлиники - 18,4%.

Только 6,9% респондентов поддерживают развитие частной или платной системы здравоохранения, однако почти 10% опрошенных (9,6%) приходилось оплачивать медицинские услуги. 29,1% опрошенных считают, что работа медицинского учреждения, в котором обслуживаются пациенты с АГ - за последний год улучшилась; 60,4% считают, что изменений не произошло; 4,0%, что работа ухудшилась, затруднились ответить - 6,5% респондентов.

Общий уровень состояния здравоохранения в районе как хорошее оценили 33,2% респондентов, как удовлетворительное - 47,4% пациентов, как плохое - 12,9% опрошенных, затруднились ответить - 6,5%.

Заключение. Таким образом, анонимное анкетирование больных артериальной гипертонией пожилого возраста является эффективным и простым методом получения ценной информации о качестве деятельности медицинской организации, «слабых местах» её работы, о соблюдении этико-деонтологических принципов медицинским персоналом. Введение социологического мониторинга в любом ЛПО является действенным механизмом улучшения качества её работы.

Литература:

- 1 Томпсон А.А., Стрикленд А.Д. Стратегический менеджмент в здравоохранении. – М., 2007. – с. 165-166.

Түйін

Артериялық гипертониямен ауыратын егде жастағы науқастарға амбулаториялық кезеңде көрсетілетін медициналық көмектің сапасын бағалау

Г.А. Амереуце

Артериялық гипертониямен ауыратын егде жастағы науқастарға әлеуметтік сауалнама жүргізу – медициналық ұйым қызметінің сапасы туралы құнды ақпарат алудың тиімді әрі қарапайым әдісі. Кез келген ЕПҰ-да әлеуметтік мониторинг жүргізу оның жұмыс сапасын жақсартудың пәрменді механизмі болып табылады.

Summary

Assessment of quality of medical care at the out-patient stage to patients with the arterial hypertension of advanced age

G.Amereutse

Sociological poll of patients by an arterial hypertension of advanced age is an effective and simple method of obtaining valuable information on quality of activity of the medical organization. Introduction of sociological monitoring in any medical is the effective mechanism of improvement of quality of its work.

СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПРОВЕДЕНИЕ САМОКОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Г.А. Амереуце

Федоровская ЦРБ, Костанайская область

Введение. Разрыв между результатами контролируемых клинических исследований и реальной клинической практикой обусловлен рядом причин социально-экономического и медицинского характера. Среди них определяющее значение имеют недостаточное внимание людей к своему здоровью, несоблюдение самими врачами современных принципов лечения и низкая приверженность больных к выполнению рекомендаций врачей по применению как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения [1].

Цель исследования. Оценка понимания больными необходимости постоянной терапии артериальной гипертензии (АГ), выполнения всех рекомендаций врача, степени самоконтроля за АД, удовлетворенности получаемым лечением.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты 108 больных АГ II - III степени (по рекомендациям ВНОК-2008, ESH/ESC-2007) лиц пожилого (60-74 года - по классификации ВОЗ, 1963) возраста, из которых 99 пациентов заполняли опросную анкету по поводу понимания необходимости больными постоянной терапии, выполнения всех рекомендаций врача и удовлетворенности лечением.

Средний возраст участников исследования составил 70,3 года. По уровню образования преобладали лица со средним специальным - 48,4% и со средним образованием - 44,2%. Анализ длительности АГ показал, что менее 1 года имеют заболевание - 0,5% обследованных, от 1 года до 5 лет - 5,9%. 30,4% пациентов страдают АГ от 5 до 10 лет. Большая часть пациентов (59,6%) имеет стаж заболевания от 10 до 20 лет, и свыше 20 лет - 3,6% больных.

Результаты и обсуждение. Установлено, что 98,8% пациентов с АГ имеют факторы риска. Анализ доли различных классов АГТ в общей структуре показал, что основу лечения больных с АГ составляют ингибиторы АПФ - 38,2%, β -адреноблокаторы (БАБ) - 28,3%, диуретики - 21,4%, антагонисты кальция (АК) - 10,4%.

Препараты центрального механизма действия используют 2,7% больных, фиксированные комбинации ГП используют 9,3% больных, антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) назначаются в 4,9% случаев и α 1-адреноблокаторы (ААБ) применяют 4,8% больных. 64,7% пациентов с АГ посещают участкового врача поликлиники в среднем 1 раз в месяц по поводу диагностики и лечения АГ 29,7% посещают ЛПО 1 раз в 1-3 месяца, 1 раз в 3-6 месяцев - 4,9% пациентов, и чаще 1 раза в месяц - 0,7%.

Наиболее часто среди обследованных пациентов с АГ преобладала трехкомпонентная схема лечения - 54,6%, двухкомпонентная схема применения антигипертензивных препаратов (АГП) использовалась у 30,5% больных, четырехкомпонентная - у 9,4%, монокомпонентная - у 5,5% пациентов.

Выявлено, что основными АГП, которые назначил врач, пользовались 74,2% проанкетированных, 25,8% опрошенных принимали дополнительные лекарственные средства без назначения врача. Больными приобретались самостоятельно для лечения АГ: спазмолитики, биологически активные добавки, изделия медицинского назначения, (аппарат Фролова, циркониевый браслет), витамины, фитопрепараты.

Больные оценили проводимое лечение АГ как эффективное - 38,5%, малоэффективное - 29,2% пациентов, неэффективное - 32,3%. Из пациентов, которые оценили результаты своего лечения как неэффективное: 49,4% уверены, что в этом основная роль принадлежит неправильным назначениям врача. 25,4% больных считают, что наряду с неадекватными врачебными вмешательствами имеет место и несоблюдение врачебных рекомендаций, 25,8% считают основной причиной такого состояния несоблюдение врачебных рекомендаций.

Однако, можно ли обвинять врачей в неправильном лечении пациентов. По нашим данным это не совсем так. Только 39,7% опрошенных больных проводили постоянный прием АГП - 17,4% применяли курсовой прием АГП (от нескольких недель до 2-3-х месяцев), при повышенном АД препараты принимали 38,9%. Т.е. большинство пациентов не соблюдают врачебные назначения.

В исследованной когорте ежедневно измеряли АД 39,8% обследованных, только 59,2% обследованных пациентов имели тонометры (более 80% аппаратов были механические). 15,3% пациентов никогда не измеряют АД, 19,1% обследованных не умеют измерять АД; 22,7% измеряют АД с помощью других лиц; 38,7% больных измеряют АД самостоятельно.

Проходили обучение в «Школе больных с артериальной гипертензией» только 26,4% (еще 8 пациентов посещали «Занятия больных с ишемической болезнью сердца»).

Заключение. Таким образом, у пациентов с артериальной гипертензией пожилого возраста отмечаются низкая оценка понимания больными необходимости постоянной терапии АГ, выполнения рекомендаций врача, степени контроля (самоконтроля) за АД, удовлетворенности лечением.

Литература:

1 Долинская М.Г. Управление качеством медицинской помощи. – М., 2009. – 328 с.

Түйін

Артериялық гипертензиясы бар егде жастағы науқастардың дәрігер ұсынымдарын орындауы және өзін-өзі бақылауы

Г.А. Америкеева

Артериялық гипертензиямен ауыратын егде жастағы науқастардың емді тұрақты түрде қабылдауы керектігін түсінуі, дәрігердің ұсынымдарын орындауы, артериялық қысымды бақылау дәрежесі, емдеу нәтижесіне қанағаттануы нашар екендігі анықталды.

Summary

Observance of medical recommendations and carrying out self-checking by patients with the arterial hypertension at advanced age

G.Ameretse

It is established that, in patients with arterial hypertension of advanced age satisfactions treatment are noted a low estimate of understanding by patients of need of continuous therapy, implementation of recommendations of the doctor, extent of control (self-checking) behind arterial pressure.

УДК 614.54.2-7

ВЫГОДЫ И ПОТЕРИ, ОЖИДАЕМЫЕ ПРИ РЕФОРМИРОВАНИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

А.А. Дубицкий

Медицинский университет Астана

В настоящее время среди организаторов здравоохранения высшего звена формулируется новая доктрина службы скорой медицинской помощи (СМП), которая ориентирована на отход от «максимального» объема экстренной врачебной помощи и переход на максимальную доврачебную медицинскую помощь [1.2]. Данный постулат вызывает серьезную тревогу. Необходимо подчеркнуть, что к такой «перестройке» не готова не только догоспитальная служба, но и еще более - экстренная госпитальная, результаты работы которой с больными зависят напрямую от качества работы СМП, как раз в наиболее сложных и опасных для здоровья больных областях ургентной патологии [3]. Ввиду указанных обстоятельств, значение лечебно-диагностической и консультативной деятельности врачебных бригад (с учетом дальнейшего совершенствования их работы) в разумном сочетании с фельдшерскими выездными бригадами (для высвобождения выездных врачебных бригад от несвойственных функций по перевозке и вызовов к некоторым категориям больных, не нуждающихся во врачебной помощи) - не только не уменьшается, но и возрастает в новых условиях [4]. Данное положение подтверждает аналитический прогноз, касающийся выгод и потерь, ожидаемых при реформировании службы СМП в условиях действия предлагаемой «новой доктрины» (отход от принципа «максимального» объема экстренной врачебной помощи на догоспитальном этапе).

Проведен ретроспективный анализ за 2009-2011 годы по Городской станции скорой медицинской помощи г.Астаны.

Результаты и последствия ожидаемой перестройки представлены в таблице отдельно по догоспитальному и госпитальному этапам, по 3 позициям: экономическим, моральным и медицинским.

Таблица - Выгоды и потери, ожидаемые от реформы службы скорой медицинской помощи

Догоспитальный этап									Госпитальный этап								
Показатели			Выгоды			Потери			Показатели			Выгоды			Потери		
№		Динамика	Эконом.	Морал.	Медиц	Эконом.	Морал.	Медиц	№		Динамика	Эконом.	Морал.	Медиц	Эконом.	Морал.	Медиц
1	Уменьшение стоимости 1 вызова	+	±	-	-	-	+	+	1	Объем работы приемного покоя (сорт. и обслед.)	+	-	-	-	+	+	+
2	Сокращение опозданий	-	-	-	-	-	-	-	2	Увелич.штагта пр.покоя	+	-	-	+	+	-	-
3	Ухудшение качества ранней диагностики (особ.на дому)	-	-	-	-	+	+	+	3	Увеличение запущ. форм забол. и отсрочен. лечения осложнени й	+	-	-	-	+	+	+
4	Сокращение максим. объема помощи	+	±	±	-	±	+	+	4	Дезоргани з. профиль-ности ургентной госпитали-зации в спец. центры	+	-	-	-	+	+	+
5	Госпитализация: а) увелич. объема напрасн. госпит. б) отсрочен. госпитализ.	+ +	- -	- -	- -	+ +	+ +	+	5	Увеличен ие койко-дня	±	-	-	-	±	-	±
6	Увеличение отказов в госпитализ.	+	-	-	-	+	+	+	6	Дней нетрудоспособн.	+	-	-	-	+	+	+
7	Ухудшение эффект. терапии	+	-	-	-	+	+	+	7	Инвалидизация	+	-	-	-	+	+	+
8	Отсроченное лечение	+	-	-	-	+	+	+	8	Летальнос ть	±	-	-	-	+	+	+
9	Увеличение догоспит. летальности	+	-	-	-	+	+	+	9	Ущерб для организац ии и професс. взаимод. ССМП и ЛПО	+	-	-	-	±	+	+
10	Объем	+	-	-	-	+	±	+	10	Дополн.	+	-	+	+	+	-	-

	перевозок									затраты на оснащение пр.покоев аппарат. и оборудованием							
11	Дефекты ЛДП	+	-	-	-	+	+	+	11	Деонтолог и юридич. последств.	+	-	-	-	±	+	+
12	Повторные вызовы	+	-	-	-	+	+	+	12								
13	Поисковые вызовы	+	-	-	-	+	+	+									
14	Освобожд. врач. бригад от несвойств. Перевозок	+	+	+	+	-	-	-									
15	Освобожд. врач. бригад от напрасных вызовов на некоторые случаи	+	+	+	+	-	-	-									
16	Снижение качества научно-практ. Работ	+	-	-	-	-	+	+									
17	Ущерб для базы СМП как уч-метод. Центра	+	-	-	-	±	+	+									
18	Деонтологич. и юридич. последствия	+	-	-	-	±	+	+									
19	Увеличение обращаемости на СМП	±	-	-	-	±	-	±									
<p>Условные обозначения: <i>В графе «динамика»:</i>(+) произойдет, (-) не произойдет, (±) неясно. <i>В других графах:</i>(+) положительный результат, (-) отрицательный результат, (±) неопределенный.</p>																	

Анализ проводился по 19 показателям работы службы скорой медицинской помощи (уменьшение стоимости 1 вызова, увеличение обращаемости, ухудшение качества диагностики, сокращение полноценного объема помощи на догоспитальном этапе, неоправданное увеличение госпитализации, освобождение выездных врачебных бригад от несвойственных перевозок и напрасных выездов на некоторые уличные случаи, деонтологические и юридические последствия).

Деятельность госпитального этапа оценивалась по 11 параметрам, включающих: увеличение объема работ приемных покоев, увеличение запущенных форм заболеваний в результате отсроченного лечения, дезорганизацию профильности ургентной госпитализации в стационары, увеличение койко-дней, дней нетрудоспособности, дополнительные затраты на содержание медицинского штата приемных покоев, медицинское оборудование.

Прогноз, основанный на объективном анализе, показывает что, ожидается значительное преобладание «потерь». На догоспитальном этапе - по 16 показателям из 19, на госпитальном - по 10 из 11. Выгоды могут иметь место лишь при «смешанной» модели работы - в виде частичного высвобождения ресурсов выездных врачебных бригад за счет

несвойственных (не врачебных) перевозок и напрасных выездов на некоторые уличные случаи, где фельдшера по алгоритму посылы смогут заменить врачей.

Особенно заметные потери (напрасная трата ресурсов) по большинству критериев (экономическим, моральным, медицинским) могут произойти на догоспитальном этапе из-за ухудшения качественных показателей (диагностика, сокращение полноценного объема помощи, ухудшение эффективности экстренной помощи и госпитализации).

На госпитальном этапе в виде последствий следует ожидать - увеличение объемов работы медперсонала приемных покоев больниц, увеличение поступления больных с запущенными формами и осложнениями заболеваний, дезорганизацию urgentной госпитализации в специализированные стационары (не по показаниям).

То же касается и других качественных и количественных показателей работы стационаров. При оценке потерь и выгод реорганизации этапов здравоохранения основное внимание уделяется экономическим и лечебно-диагностическим вопросам, и упускаются из виду другие важные вопросы – прежде всего, деонтологические и юридические последствия упущений при перестройке работы медучреждений.

В условиях расширения прав пациентов на их участие в лечебно-диагностическом процессе (закрепленных в законодательстве Республики Казахстан) возможно увеличение претензий к врачам, вплоть до оформления судебных исков. В то время, как врачи скорой медицинской помощи не объединены до сих пор в соответствующую ассоциацию для защиты от необоснованных и (или) чрезмерных юридических и штрафных санкций.

Литература

- 1 Новые подходы в оказании скорой медицинской помощи и санитарной авиации/Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием 11 ноября 2011 г. – Астана.
- 2 Верткий А. Л. «Скорая медицинская помощь» учебное пособие для врачей, фельдшеров скорой помощи. – Москва, 2005. – 458 с.
- 3 Дубицкий А.А. Совершенствование системы управления качеством оказания скорой медицинской помощи. - Вестник МЦ УДП РК. - №1(44). – 2012. – С. 134-136.
- 4 Элькис И.Ш. Совершенствование управления скорой и неотложной медицинской помощью в крупнейшем мегаполисе: автореф. ... докт.мед.наук. - М., 1997, - 48 с.

Түйін

Қазақстан Республикасы жедел медициналық жәрдем қызметінің өзгеруінен күтілетін шығын мен табыс

А.А. Дубицкий

Жедел медициналық жәрдем қызметін реформалау нәтижесінде, нақты талдаулар қорытындылары бойынша, табыстан гәрі шығынның басым болуы болжамдалады. Олар – ауруханаға жатқызуға дейінгі кезеңде - 19 көрсеткіштің 16-сы, аруханаға жатқызу кезеңінде - 11 көрсеткіштің 10-ы.

Summary

Benefits and the losses expected at reforming emergency medicine of the Republic of Kazakhstan

A.Dubitskiy

The forecast of benefits and the losses expected at reforming emergency medicine, based on the objective analysis, shows that, considerable prevalence of losses is expected. At a pre-hospital stage - on 16 indicators from 19, on hospital - on 10 from 11.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ф.Я. Жакенова

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

В настоящее время большое внимание уделяется диагностике и лечению острых осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), так называемых острых коронарных синдромов (ОКС) – нестабильной стенокардии, острой коронарной недостаточности (ОКН), острого инфаркта миокарда (ОИМ), сложных нарушений ритма и внезапной коронарной смерти (ВКС) [1].

Ранняя диагностика острых форм ИБС в условиях работы бригад скорой медицинской помощи (СМП) и профилактические меры борьбы с ОКС на догоспитальном этапе (ДГЭ) способствуют снижению высокого риска летального исхода, особенно внезапного [2]. При этом установлено, что алгоритмизация в выявление острых поражений миокарда и оказании СМП пациентам, прегоспитальная антиаритмическая и тромболитическая терапия у больных с ОИМ и организация активного наблюдения больного с ОКС при его отказе от госпитализации, действительно влияют на исходы нестабильной стенокардии.

На основании анализа данных, посвященных оказанию СМП больным с приступами болей в сердце, нами выделен ряд принятых требований к ее организации: 1) автомашины СМП должны быть оборудованы по типу подвижной мобильной станции интенсивной терапии; 2) выездной медицинский персонал должен прибыть на место как можно быстрее (в течение 5-15 минут); 3) путь бригады должен быть как можно короче; 4) приоритетность при оказании помощи отдается оперативной ЭКГ-диагностике болевого приступа, быстрому его купированию набором лекарственных средств или стабилизации состояния для экстренной доставки больного в стационар.

Оценивая опыт работы бригад, следует отметить, что помощь наиболее эффективна лишь при условии высокой координации действий всех участников (от больного, его родственников и бригад СМП до врачей блока интенсивной терапии стационара) и постоянного повышения качества лечебно-диагностической работы медперсонала скорой помощи.

Решение поставленных задач обеспечивают следующие типы выездных бригад: 1-й тип – линейная, задача которой – оказание СМП при большинстве неотложных состояний. Ее осуществляют линейные бригады (ЛБ) общемедицинского профиля; 2-й тип – многопрофильная линейная бригада интенсивной терапии (БИТ). Ее задача – оказание помощи при угрожающих жизни синдромах; 3-й тип – специализированная кардиореанимационная бригада, задача которой – оказание реанимационной и анестезиологической помощи в критических сердечно-сосудистых состояниях.

Детализируя обстоятельства выезда бригад и сроки госпитализации пациентов, мы подтвердили объективную закономерность ДГЭ, где характер исходов, быстрота развития ВКС и вероятность успеха реанимации определяют 3 временных фактора: время от начала болевого синдрома до обращения за СМП, время от вызова бригады до ее прибытия, время от приезда СМП до госпитализации больного. Несвоевременное обращение за СМП, поздняя госпитализация обуславливают высокую догоспитальную летальность – более 76,4%.

Повышение эффективности лечения зависит от умения больного соблюдать все наставления, полученные ранее от врачей по активной индивидуальной неотложной терапии болей в сердце имеющимися в домашней аптечке средствами, в связи с чем в 45,8% случаев обострение ИБС не сопровождалось развитием свежих очаговых изменений

миокарда. Благодаря активному проведению профилактики ИБС удалось реально сократить количество развившихся осложнений.

Системно-целевой подход в оптимизации СМП кардиологическим больным способствовал разработке более рациональной тактике неотложной терапии, прежде всего за счет алгоритмизации наиболее обоснованных действий бригад по оказанию адекватной лечебной помощи. Она включает в себя алгоритм ЭКГ-диагностических действий врачей, в основе которой лежат систематизация 7 основных типов ранних ЭКГ-признаков ОИМ соответствующей локализации. Введение алгоритма лечебно-диагностической помощи при ОИМ помогло выработать единый тактический подход в целевом применении лекарственных средств (комбинированные наборы симптоматической, комплексной и неотложной дифференциальной терапии).

Стойкий эффект реанимации наблюдался в 47,3% случаев среди 89 больных с ВКС. Практика лечебно-диагностических мероприятий ДГЭ и объективная оценка urgentных клинических ситуаций подтверждают, что интенсификация работы СМП, сложившаяся система организации, преемственности и алгоритмизация работы медицинского персонала бригад СМП позволяют сократить число случаев внезапных летальных исходов у больных ОКС на 12-13% и увеличить выживаемость больных с нефатальным ОИМ.

Литература

1 Мещерская Л.А. Социально-гигиеническая оценка качества работы скорой медицинской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/Новосибирск, 2005. – 15 с.

2 Михайлович В.А., Руксин В.В. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Внезапная смерть//Скорая помощь. – 2006. - №1. – С. 59-65.

Түйін

Ауруханага жатқызуға дейінгі кезеңде коронарлық синдромы бар науқастарға көрсетілетін жедел медициналық жәрдемді жетілдіру

Ф.Я. Жакенова

Жедел медициналық жәрдем бригадалырының тәжірибесін бағалау кезінде медициналық көмектің жоғары тиімділігі – барлық қатысушылардың (яғни медициналық бригада, науқастың туыстары мен жақындары, науқастың өзі және стационар дәрігерлерінің) әрекеттері бір-бірімен жақсы үйлескен жағдайда ғана және жедел жәрдемнің медициналық қызметкерлерінің емдеу - диагностикалау жұмысының сапасын үнемі жоғарылатуға негізделеді.

Summary

Improvement of emergency medicine to the patients with the acute coronary syndrome at the pre-hospital stage

F. Zhakenova

Estimating experience of ambulance crews it is noted that the help is the most effective only under condition of high coordination of actions of all participants (from the patient, his relatives and ambulance crews to doctors of the block of intensive therapy of a hospital) and continuous improvement of quality of medical and diagnostic work of medical staff of ambulance.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Л.О. Казанбаева

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Данные мировой статистики свидетельствуют о широкой распространенности желудочно-кишечных заболеваний и, в связи с высокой медико-социальной значимостью гастроэнтерологической патологии, необходимо создание научно-обоснованных подходов повышения эффективности медицинской помощи [1,2]. Известно, что качество диагностики гастроэнтерологических заболеваний зависит от частоты и диапазона используемых лабораторных и инструментальных методов верификации [2,3].

Исходя из этой посылки, целью работы было изучение частоты и структуры диагностики гастроэнтерологических заболеваний в условиях поликлиники.

Как показали проведенные исследования (таб. 1), в 2007 году среднее число лабораторных исследований на 1 посещение к гастроэнтерологу составило 2,2. При этом среди прикрепленного контингента этот показатель составлял 1,5 исследования на 1 посещение; у платных больных - 3,1; среди пациентов по договору с юридическими и физическими лицами - 0,3, а по госзаказу с МЗ РК - 1,5.

Таблица 1 - Частота использования лабораторных исследований у гастроэнтерологических больных в поликлинике в 2007-2011 годах

Наименование показателей	2007	2009		2011	
	Сред. число лаб. иссл.	Сред. число лаб. иссл.	% к 2007	Сред. число лаб. иссл.	% к 2009
Всего на 1 посещение к гастроэнтерологу поликлиники:	2,2	2,8	127,2	3,0	107,1
- на 1 посещение прикрепленного контингента	1,5	1,7	113,3	1,6	94,1
- на 1 платное посещение	3,1	3,3	106,4	3,4	103,0
- на 1 посещение по договору	0,3	0,4	133,3	0,3	75,1
- на 1 посещение по госзаказу	1,5	1,9	126,7	2,0	105,3
- на 1 больного пролеченного в поликлинике	11,0	14,0	127,3	15,0	107,1

Дальнейшие расчеты показали, что в 2007 году на 1 больного, прикрепленного у гастроэнтеролога в поликлинике, приходилось 11,0 лабораторных исследований.

В 2009 году среднее число лабораторных исследований на 1 посещение к гастроэнтерологу составило 2,8 исследования, и было на 27,2% больше, чем в 2007 году. При этом среди прикрепленного контингента изучаемый показатель увеличился на 13,3%; у платных больных - на 6,4%; у пациентов по договору с юридическими и физическими лицами - на 33,3% и среди пациентов, получающих амбулаторно-поликлиническую помощь по госзаказу МЗ РК – на 26,7%. Причем, среднее число лабораторных исследований на 1 больного, пролеченного у гастроэнтеролога поликлиники, составило 14,0 исследований и было на 27,3% больше, чем в 2007 году.

В 2011 году по сравнению с 2009 годом, среднее число лабораторных исследований на 1 посещение к гастроэнтерологу в поликлинике увеличилось на 7,1%. Этот же показатель в среднем на 1 пролеченного больного в поликлинике увеличился на 7,1 и составил 15,0 лабораторных исследований.

Известно, что эндоскопическая диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта имеет решающее значение в топической и клинической верификации диагноза.

Нами установлено, что в 2007 году на 1 посещение к гастроэнтерологу в поликлинике приходилось 0,29 эндоскопических исследований, и в 2009-2011 годах изучаемый показатель не изменился. Значение изучаемого показателя среди прикрепленного контингента в течение 2007-2011 годов динамично уменьшалось и в 2011 году составило 0,20% исследований на 1 посещение к гастроэнтерологу. Такая же тенденция выявлялась при изучении частоты использования эндоскопических исследований при посещениях пациентов по госзаказу.

В то же время обнаружено, что в течение 2007-2011 годов среднее число эндоскопических исследований при платных посещениях и посещениях по договору прогрессивно увеличивалось и составило в 2011 году соответственно 0,45 и 0,4 на одно посещение.

При этом результаты изучения динамики изменения среднего числа эндоскопических исследований в расчете на одного больного, пролеченного в поликлинике гастроэнтерологом, показали, что в 2007 году оно составило 0,71%; в 2009 - 0,73 и в 2011- 0,75 эндоскопических исследований.

При изучении частоты использования ультразвуковых исследований у гастроэнтеролога в поликлинике в динамике за 2007-2011 годы, установлено, что в 2007 году среднее число ультразвуковых исследований в расчете на все посещения к гастроэнтерологу составили 0,37; в 2009 - 0,38; а в 2011 - 0,39.

Установлено далее, что среди прикрепленного контингента значения изучаемого показателя были несколько большими и составляли соответственно 0,4; 0,42; 0,44.

При изучении динамики среднего числа ультразвуковых исследований среди платных больных показано, что нами в течение 2007-2011 годов этот показатель был в 1,5 раза больше, чем среди прикрепленного контингента и каждые 2 года увеличивался на 5-3%.

Аналогичный методический подход был использован при изучении частоты и динамики использования лучевых методов диагностики при посещениях к гастроэнтерологу поликлиники. Проведенные исследования показали, что в течение исследуемых лет чаще всего лучевые методы диагностики гастроэнтерологических заболеваний использовались среди платных пациентов и прикрепленного контингента, а реже всего – среди пациентов, обслуживаемых по госзаказу МЗ РК, и в течение 2007-2011 годов были стабильными. При этом значения изучаемого показателя при посещениях пациентов по договору занимали среднее положение и в динамике исследуемых лет также не менялись.

Таким образом, результаты исследования показали, что количественные, структурные, и динамические показатели, характеризующие амбулаторно-поликлиническую помощь гастроэнтерологическим больным, зависят от категории обслуживаемых пациентов, договорных обязательств больницы, полноты и качества предварительного обследования, целеустановок самих пациентов получить необходимый объем и перечень профилактических, диагностических и лечебных услуг, а также необходимости соблюдения действующих стандартов амбулаторно-поликлинической помощи гастроэнтерологическим больным.

Полученные результаты являются объективной доказательной базой для текущего и перспективного планирования предстоящих объемов и структуры гастроэнтерологической помощи, оказываемой различным категориям пациентов.

Литература:

- 1 Пожитков А.Ф. Особенности организации диспансерного наблюдения и лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Диссер.к.мн. М.,2002.-132с.
- 2 Ерофеева Ю.А. Новые подходы к диагностике и лечению язвенной болезни: Автореф.диссертк.мн.-Нальчик.-2000.-32с.
- 3 Полушкина Н.Н. Диагностический справочник гастроэнтеролога.-М.:АСТ.-2007.-672с.

Түйін

Емхана жағдайында гастроэнтерологтік ауруларды диагностикалау жиілігі және құрылымы

Л.О.Қазанбаева

Мақалада емхана басшылығы талдау қызметінің маңызды кезі болып табылатын және сол немесе өзге де гастроэнтерологиялық көмек түрлерінде қызмет көрсетілетін халық топтарының қажеттіліктеріндегі өзгерістерді тұрақты қадағалауды қамтамасыз ететін соңғы 6 жылдағы емхана гастроэнтерологіне келу динамикасы мен құрылымын меңгеру нәтижелері келтірілген.

Summary

Diagnostics rate and structure of gastroenterology diseases in outpatient

L.Kazanbaeva

The study shows that the quantitative, structural and dynamic indicators of ambulatory care gastroenterology patients, depend on the category of patients served, hospital contractual obligations, completeness and quality of due diligence and other factors.

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

И.М. Кукеева

Республиканская поликлиника КНБ РК, г. Астана

Введение: Анализ зарубежного опыта свидетельствует об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и защиту прав пациентов. Стандарты выступают в качестве важнейшего научно обоснованного механизма, позволяющего принимать решения об общедоступности или ограничении доступности тех или иных медицинских вмешательств. За последние 10—15 лет в экономически развитых странах созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовая база и организационные структуры, обеспечивающие деятельность учреждений здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины. Мировое признание получил подход к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, основанный на триаде А. Donabedian: 1) ресурсы, включающие оценку стандартов ресурсной базы (кадров, оборудования и медицинской техники; материально-технические условия пребывания больных и работы медицинского персонала); 2) процесс, включающий стандарты технологий лечения, диагностики, профилактики; 3) результаты, включающие стандарты результатов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, обучения [1].

Индикаторы медицинских процессов - используются для оценки правильности ведения пациентов в определенных клинических ситуациях (при профилактике, диагностике, лечении и реабилитации). Количество выбранных для мониторинга индикаторов качества определяется сложностью задачи и может быть большим, также следует иметь в виду, что работа по анализу данных требует у специалистов много времени. В связи с этим в настоящее время в развитых странах мониторируют ведение пациентов с заболеваниями, имеющими наибольший удельный вес в структуре смертности [2,3].

Цель: разработка индикаторов процесса качества медицинской помощи в организации работы поликлинической службы.

Результаты и обсуждения: Методы оценки качества процесса медицинской помощи показал, систему анализа методов статистического управления качеством (аналоги контрольных карт с определением статистической стабильности систем, стратификация по факторному и результативному признакам, диаграмма Парето, диаграмма Исикавы).

Нами, были разработаны индикаторы процесса для оценки правильности ведения пациентов в определенных клинических ситуациях (при профилактике, диагностике, лечении и реабилитации): скрининг на осложнения диабета - % медицинских карт пациентов с диабетом 2 типа, в которых имеется запись осмотра глазного дна с широким зрачком в течении года до начала аудита; контроль гликемии - % медицинских карт пациентов с диабетом 2 типа, в которых за 3 прошедших аудиту месяца зарегистрировано не менее 8 результатов анализа крови на сахар (причем, не менее 4-х – сахар натощак, и не менее 4-х – через 2 часа после еды); % больных артериальной гипертензией, находящихся на Д-учете в поликлинике имеющих инсульт в течении года; % больных железодефицитной анемией у которых нормализован показатель гемоглобина в течении 6 месяцев после начала терапии.

Выводы: Анализ методов оценки качества процесса медицинской помощи показал, что для решения задач экспертизы в наибольшей степени пригодна автоматизированная технология экспертизы, как метод, интегрирующий в себе различные механизмы исследования.

Литература:

- 1 Donabedian A. // MMFQ. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.
- 2 Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) //maps.spb.ru/ordinator/addelment/
- 3 Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Түйін

Емхана қызметін ұйымдастырудағы жұмыс сапасының көрсеткіштері

И.М. Кукеева

Медициналық жәрдем көрсету процессінің сапасын бағалау әдістерінің анализі, өз алдына зерттеу механизмдерінің әр түрлілігін интеграциялайтын әдіс ретінде сараптамалардың тапсырмаларын шешуде сараптаманың автоматтандырылған технологиясы жоғары деңгейде қолданылатындығын көрсетті.

Summary

Indicators of quality control in out patient

I.Kukeeva

Analysis methods for assessing the quality of the process of care has shown that for solving expertise in the most suitable automated technology expertise, as a method of integrating a variety of mechanisms for research.

ИНДИКАТОРЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Л.С. Наметова

Военно-медицинский центр КНБ РК

Введение: Считается, что повышение качества медицинской помощи (КМП) неизбежно требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Однако привлечение дополнительных трудовых, материальных и технических ресурсов вовсе не гарантирует повышение качества медицинских услуг. В то же время внедрение стандартов

может привести к «выравниванию» качества и минимизации расходов. Повышение качества процесса (на первом этапе – правильная диагностика) способствует росту эффективности, сокращению сроков лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение.

В странах Евросоюза уже несколько лет действует открытая для общественности система оценки КМП. Ежегодно составляемый рейтинг медицинских учреждений, ранжированный по баллам, позволяет судить о степени открытости национальных систем здравоохранения для потребителей ее услуг. В «Европейском индексе потребителей медицинских услуг-2007» первое место заняла Австрия, которая из 1000 возможных баллов набрала 806. Согласно «Европейскому индексу потребителей медицинских услуг-2007», открытость систем здравоохранения определяют критерии, отражающие, насколько потребитель может реализовывать свои права. Например, в Дании клиникам присваиваются категории различной звездности, как отелям, причем не только за сервис и комфорт, но и за снижение смертности и врачебных ошибок. По качеству лечения впереди оказались Бельгия и Швеция, причем качество лечения оценивалось исключительно в соответствии с интересами пациента – по выживаемости после тяжелой болезни. Кроме того, в странах Евросоюза существует общественная организация «Инициативная группа потребителей медицинских услуг», которая оценивает деятельность системы с точки зрения пациентов [1,2].

Суть концепции управления качеством медицинской помощи заключается в принятии управленческих решений на основе анализа целевых показателей (или результатов) деятельности, которые имеют многоступенчатую (иерархическую) структуру и формируются по принципу «дерева целей» для учреждения в целом, каждого управленческого блока (вида деятельности), отдельно взятого подразделения и выражаются в количественных показателях.

Индикаторы результатов – это оценка результата представляет собой определение состояния здоровья пациента после лечения и сравнение результатов с эталонными, установленными на основании научных опытов и клинических оценок. Это основные характеристики медицинской помощи, когда ожидаемые результаты сравниваются с реально достигнутыми. В качестве индикаторов результатов чаще всего используются показатели повторной госпитализации и смертности в стационаре.

Целью исследования явилась разработка индикаторов результата качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Результаты и обсуждения: При постановке каждой задачи определены ожидаемый результат (целевой показатель), исходный уровень показателя, запланированный уровень улучшения в процентах, источники информации. Таким же образом сформулированы задачи по улучшению результатов медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, сахарном диабете и др.; осуществить мероприятия по профилактике злокачественных новообразований; увеличить частоту скрининга колоректального рака; увеличить число женщин, прошедших маммографию; расширить раковые регистры; снижение числа случаев госпитализации (в %) на 100 000 больных СД в год. Конечно, мы можем мониторить результаты проделанной работы, но в настоящее время, наиболее актуальным является мониторить и результаты организации управления персоналом. Нами предложены индикаторы % удовлетворенности врачей и % удовлетворенности пациентов КМП. И между этими показателями можно вывести корреляционную связь, т.е. силу влияния управления персоналом на качество медицинской помощи в целом (таб.1). Проведенные ознакомительные исследования в отечественных лечебных организациях показали, высокие цифры текучести кадров (до 38%), неудовлетворенность врачей психологическим климатом, который по степени важности опередил материальную мотивацию.

Таблица 1 – Мониторинг индикаторов результата качества медицинских услуг в поликлинике

№	Индикатор результата	Исходный уровень 2011 г.	Цель	Улучшение, в %		Индекс достижения (ИД) цели (ФУ/ЦУ x100%)
				Плановое В 2012 году	фактическое	
1	% удовлетворенности врачей качеством обслуживания от числа опрошенных (по данным анкетирования)	78	97	-	-	-
2	% удовлетворенности пациентов качеством обслуживания от числа опрошенных (по данным анкетирования)	85	97	-	-	-
3	% удовлетворенности врачей условиями для выполнения качественной медицинской помощи в поликлинике (по данным анкетирования)	91	97	-	-	-
4	% врачей, имеющих своевременно категорию по специальности	97	100	-	-	-
5	Коэффициент совместительства врачей	1,2	1,0	-	-	-
6	текучесть кадров	9	3	-	-	-

Вывод: Проблема качества медицинской помощи в настоящее время актуальна, наше видение ситуации, отраженное в предложенных индикаторах позволит анализировать реальную ситуацию условий, для оказания КМП, а именно: нагрузку врачей, текучесть кадров, удовлетворенность врачей и корреляция ее с удовлетворенностью пациентов.

Литература:

- 1 Колыхалова Г.А. // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 32–35.
- 2 Оценка зарубежных систем здравоохранения: частные мнения и индекс потребителей медицинских услуг // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.–2008. – № 2 (77). – С. 23–26.

Түйін

Емхана қызметін ұйымдастырудағы нәтижелер сапасын бақылау индикаторлары

Л.С. Наметова

Медициналық жәрдем көрсетудің сапа проблемасы қазіргі таңда өзекті, жағдайды көруіміз, біздің ұсынылған индикаторларда көрсетілгендер МЖС көрсету үшін шынайы жағдайды талдауға мүмкіндік береді, яғни: дәрігерлердің күштері, кадрлардың ағымдығы, дәрігерлердің қанағаттанулары және оның пациенттер қанағаттануларымен ұштасуы.

Summary

Indicators of quality control in out patient

L.Nametova

The problem of quality of care is now urgent, our vision of the situation, as reflected in the proposed indicators will analyze the conditions of the real situation, to assist the Commission, namely: the burden of physicians, staff turnover, satisfaction with doctors and Correlation with the satisfaction of its patients.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КЛИНИКЕ

*С.С. Сейтенов, А.Х. Мустафин, А.К. Маткенов, Б.Т. Ашимов,
Ж.Е. Баймаганбетова
Больница Медицинского Центра УДП РК, г. Астана*

Отделение анестезиологии реанимации с операционным блоком (далее - ОАРсОБ) как структурное подразделение РГКП «Больница МЦ УДП РК», организовано 01.02.08г., на основании приказа МЦ УДП РК №3 от 15.01.08г. и приказа БМЦ УДП РК № 21 от 15.01.08г. «Об увеличении объема медицинских услуг и открытии ОАРсОБ от 01.02.08г». Отделение создано для оказания специализированной медицинской помощи анестезиологической, реанимационной, интенсивной терапии, обеспечения всех видов хирургического вмешательства в экстренном и плановом порядке, экстракорпоральной гемокоррекции и гемодиализа. Известно, что своевременное и квалифицированное оказание медицинской помощи в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии значительно влияет на эффективность всего комплекса лечебно – диагностической работы стационара. Поэтому при организации данного отделения учитывался целый ряд объективных факторов, доказывающих необходимость реформирования службы ОАРсОБ согласно приказам МЗ РК [13,14]. В том числе: появление новой высокотехнологичной аппаратуры, медикаментов для анестезии и интенсивной терапии; изменения в структуре заболеваемости, возрастных характеристик больных; ужесточение требования при медико-экономических экспертизах истории болезни; повышение правового самосознания пациентов.

С целью повышения эффективности работы отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии было оснащено современными наркозными и дыхательными аппаратами фирмы «Drager» (Германия), мониторами фирмы «NIPON KONDEN» (Япония), передвижной рентген установкой С-дугой «ARCADIS» SIEMENS (Япония) и всем необходимым вспомогательным оборудованием для проведения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии.

Для осуществления экстракорпоральных методов очищения крови гемофильтрации, гемодиализации были приобретены аппараты «Multifiltrate» и Fresenius 4008S фирмы «Fresenius medical Care» (Германия), для плазмафереза «Haemonetics MCS» (Великобритания).

Внедрена система управления медицинским персоналом, постоянно проводится мониторинг качественных и количественных показателей анестезиологического пособия, интенсивной терапии, текущего выполнения нормативных документов, приказов, стандартов лечения.

Учитывался опыт работы ведущих клиник в РК, ближнего и дальнего зарубежья. Существенное влияние на эффективность лечебной работы ОАРсОБ имело укомплектование отделения необходимым количеством специалистов высокопрофессионального уровня, поддержание необходимой квалификации работников, зависимость оплаты от интенсивности труда и т.д. Врачебный состав ОАРсОБ представлен кандидатом наук, анестезиологами – реаниматологами высшей и первой квалификационной категории. Они специализировались в России, Германии, Южной Корее, Израиле. К нам приезжают делиться своим опытом врачи ведущих клиник дальнего и ближнего зарубежья. Для улучшения работы среднего медицинского персонала применялись методы современного сестринского подхода. Сестринский подход (СП) носит в себе новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от неё не только хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами. Сестринский подход способствует выделению из ряда существующих потребностей, приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода,

кроме того прогнозирует его последствия. Определяет план действия медицинской сестры, направленный на удовлетворение нужд пациента. Оценивается эффективность работы проведенной медицинской сестрой, профессионализм сестринского вмешательства.

Важной частью организации работы ОАРсОБ, является мониторинг количественных и качественных показателей деятельности отделения. Так анализ работы показал рост числа больных находящихся в ОАРсОБ в 2 раза в 2011 году по сравнению с 2008 годом. Из них 60% больных закрепленного контингента и 40% на договорной основе. В основном, пациенты были хирургического отделения. В структуре заболеваемости преобладали больные с болезнями органов пищеварения (60%), мочеполовой системы (20%), лор патологией (15%), заболеваниями сердечнососудистой системы (5%) и.т.д. При оценке лечебно – диагностической деятельности ОАРсОБ анализировалась эффективность использования коечного фонда.

Для этого показателя применялся опыт работы по математическому определению фармакоэкономических затрат во время анестезии. При этом учитывалась удовлетворенность пациентов анестезией, оценка болевого синдрома в посленаркозном периоде по 10 бальной шкале Rawal N (1992), фиксировали время восстановления сознания [15,16]. Анализ показал, что ингаляционные низкопоточные методы анестезии изофлюраном, севофлюраном и эпидуральная блокада - рациональные методы анестезии, особенно при эндоскопических оперативных вмешательствах.

Разработаны алгоритмы перевода пациентов на спонтанное дыхание. При этом после операции во время проведения продленной ИВЛ использовался метод с двумя уровнями вентиляции по давлению (ВІРАР) для ускорения отлучения больного от искусственной вентиляции легких. Применение данных методов анестезии и интенсивной терапии позволили значительно снизить среднюю длительность пребывания больного на койке до 1 дня.

Таким образом, отделение анестезиологии и реанимации с операционным блоком РГП «Больница МЦ УДП РК» - это квалифицированный коллектив способный обеспечить службу анестезиологии и реанимации в соответствии с современными требованиями по оказанию медицинской помощи.

Литература

- 1 Бунятян А.А., Лебедева Р.Н., В.Л. Князьков. «Оперативное управление анестезиолого-реанимационной службой многопрофильной больницы» Методические рекомендации. Москва, 1990г.;
- 2 Черняховский Ф.Р. «Организация отделения анестезиологии – реаниматологии» М.: Медицина, 1992г.;
- 3 Недашковский Э.В. «Системный анализ деятельности отделений интенсивной терапии и реанимации многопрофильной больницы» Журнал «Анестезиология и реаниматология» г.Москва, 1993. № 3 С. 51-54;
- 4 Зильбер А.П. «Этические аспекты и социэкономический тип ведения больных в анестезиологии и реаниматологии» Журнал «Анестезиология и реаниматология» г. Москва, 1993г. № 3 С. 105;
- 5 Мороз В.В. «Перспективы развития реаниматологии» Журнал «Анестезиология и реаниматология» г. Москва, 1993г. № 3 С. 210.
- 6 Стародубов В. И. «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения» М., 2002г. С. 5-11.
- 7 Бредихин А.Ю. «Некоторые проблемы стандартизации анестезиолого-реанимационной службы» Тезисы VIII Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов» г.Омск, 2002. - С.4.
- 8 Полушин Ю.С. «Спорные вопросы организации анестезиологической и реаниматологической помощи» Тезисы докладов. Девятый съезд ФАР. г. Иркутск, 2004г. С. 263;
- 9 Смит Э. «Чувство риска и общение во время анестезии». Освежающий курс лекций, выпуск 9.г.Архангельск, 2004г. С.248-255;
- 10 Приказ МЗ РК от 21.06.1994г № 238 «О дальнейшем улучшении анестезиолого – реанимационной помощи населению Республики Казахстан»;
- 11 Приказ МЗ РК от «09» июня 2011г. №372 «Положение об организациях, оказывающих анестезиологическую и реанимационную помощь населению Республики Казахстан»;
- 12 Мустафин А.Х., Смаилов М.Б., Конакбай Б.К. «Фармакоэкономические исследования в анестезиологии» г.Астана медициналық журналы. 2007г. №6 С. 68-73;

- 13 Мустафин А.Х., Досов М.А., Смаилов М.Б. «Оценка рациональности и эффективности применения лекарственных средств в отделении анестезиологии и интенсивной терапии в ННМЦ» Журнал «Клиническая медицина Казахстана» г. Астана, 2008г. №1(11) С. 32-34;
- 14 CRAG Tenth Clinical Effectiveness Symposium, 1999;
- 15 Berenholtz S. Assessing the effectiveness of critical pathways on reducing resource utilization in surgical intensive care unit / S. Berenholtz, P. Pronovost, P. Lipsett // Intensive Care Med. - 2001. - Vol. 27. - P.1029-1036.
- 16 Baldock G. The impact of organizational change on outcome in an intensive care unit in the United Kingdom / G. Baldock, P. Foley, S. Brett // Intensive Care Med. - 2001. - Vol. 27. - P. 865-872.
- 17 Flabouris A. Optimal Interhospital Transport System for the Critically Ill / A. Flabouris, I. Seppelt. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine ed. by J-L. Vincent Springer. - Verlag: Berlin, 2001. -P. 647-661.
- 18 Epstein R. Uncertainty in knowing the operating rooms in which cases were performed has little effect on operating room allocations or efficiency / R. Epstein, F. Dexter // Anesth Analg. - 2002. - Vol. 95. - P. 1726-1730.
- 19 Dimick J. Hospital and ICU organizational structure and quality of care for surgical patients / J. Dimick, P. Pronovost, P. Lipsett // Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. - 2003. - P. 934-944.
- 20 Graf J. Analysis of resource use and cost generating factors in a German medical intensive care unit / J. Graf, C. Graf, U. Janssens // Intensive Care Med. - 2002. - Vol. 28. - P. 324-331.
- 21 Keenan S. Intensive care unit admission has impact on long-term mortality / S. Keenan, P. Dodek, K. Chan Crit Care Med. - 2002. - Vol. 30. - Suppl. 3. - P. 501-507
- 22 Licker M. The impact of a cardio protective protocol on the incidence of cardiac complications after aortic abdominal surgery / M. Licker, G. Khatchaturian, A. Schweizer // Anesth Analg. - 2002. - Vol. 95. - P. 1525-1533.
- 23 Zbinden A. Introducing a balanced scorecard management system in a University Anesthesiology Department. // Anesth Analg. - 2002. - Vol. 95. - P. 1731-1738.

Түйін

Мамандандырылған клиникада анестезиология-реанимация бөлімшесінің қызметін ұйымдастыру

S.C. Сейтенов, А.Х. Мустафин, А.К. Маткенов, Б.Т. Ашимов, Ж.Е. Баймаганбетова

Операциялық блогі бар анестезиология-реанимация бөлімшесі барлық хирургиялық операция, экстракорпоралдық гемотүзету және гемодиализ түрімен мамандандырылған медициналық көмекпен қамтамасыз ету мақсатында құрылды. Жұмыс талдауы науқастардың санын 2008 жылмен салыстырғанда 2011 жылы 2 есеге өскенін көрсетті, анестезия уақытында фармакоэкономикалық шығынды математикалық анықтау жұмысының тәжірибесі қолданылды. Бұл науқастың стационарда орташа болу күнін 1-күнге дейін қысқартуға мүмкіндік берді.

Summary

The organization work in department of anesthesiology and intensive care in specialized clinic

S. Seitenov, A. Mustafin, A. Matkenov, B. Ashimov, Zh. Baimaganbetova

The department of anesthesiology and intensive care with the operational block was created for rendering of specialized medical care of providing all types of operative surgical intervention extracorporeal haemocorrection and hemodialysis.

In 2011 the analysis showed growth of number of patients in 2 times in comparison with 2008. During the anesthesia process, the background experience is applied for determination of mathematical definition of pharmacy economical expenses. Accordingly, was helped to reduce average duration of patient in the hospital till the one day.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

к.м.н. Б.К. Сулейменов

Больница скорой неотложной помощи, г. Алматы

По литературным данным зарубежных и отечественных исследователей число больных с заболеваниями предстательной железы (ЗПЖ) в последние годы прогрессивно возрастает [1,5]. Показатель числа зарегистрированных больных по нашей республике за последние годы тоже увеличился в среднем на 34,8%.

По статическим данным урологического отделения больницы скорой неотложной помощи за 1 квартал 2012 года по сравнению с первым полугодием прошлого года в нозологической структуре ЗПЖ аденома предстательной железы (АПЖ) увеличилось примерно на 45,3% и является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин, начиная с 40-50 лет. Вместе с этим анализ анамнестических данных при проведении профилактических медицинских осмотров у мужчин более зрелого возраста показало, что у 40% мужчин этого возраста имеются ее клинические проявления, ухудшающие качество жизни [2,3]. Эти цифры наглядно иллюстрируют актуальность и социальную значимость проблемы хирургического лечения АПЖ. Около 91% простатэктомий выполняются в настоящее время посредством трансуретральной резекции простаты (ТУРП), которая считается наиболее безопасной и функциональной операцией при данном заболевании. В то же время количество осложнений при ТУРП в послеоперационном периоде может достигать 20%, а смертность в течение 30 суток после операции – 0,8% [4].

Наиболее грозными осложнениями при ТУРП у данной категории больных являются развитие предоперационного инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности, тромбозов глубоких вен нижних конечностей, обострение хронических заболеваний верхних дыхательных путей, повышение уровня среднего систолического артериального давления до высоких цифр. Распространение заболевания у лиц различного возраста с заболеваниями предстательной железы и частота осложнений при ТУРП представлены в таблице.

Таблица - Частота осложнения при трансуретральной резекции простаты у лиц различного возраста (%)

Показатели	Инфаркт миокарда	ОСН	Тромбоз вен н/к	Хроничес. заболевания дых. путей	Гипертонич. кризы
40-50 лет	2,3±0,22	3,4±0,27	1,7±0,08	5,6±0,45	4,9±0,34
50-60 лет	3,5±0,31	4,3±0,42	2,8±0,31	7,4±0,78	5,5±0,48
60 лет и старше	5,1±0,56	6,7±0,65	4,5±0,34	8,3±0,93	7,6±0,56

Результаты физикальных и электрокардиографических исследований показали значительную распространенность у лиц 3-й группы дистрофических изменений миокарда (5,1%). В данной группе частота миокардиодистрофии примерно в 2,2 раза превышала показатели первой и в 1,5 раза показатели второй группы (14,1±1,2 и 7,6±2,5%). Сравнительный анализ распространенности острой сердечной недостаточности у лиц после ТУРП показало, что данная нозологическая единица также более часто встречалась у больных 3-й группы по сравнению со статистическими данными первой (1,9 раза) и второй (в 1,5 раза) группы (рисунок).

Из заболеваний органов дыхания у лиц 2-й и 3-й группы наиболее часто встречается диффузный хронический бронхит (6,2±0,8% и 17,9±0,1% соответственно). Значительная распространенность этого заболевания имела место у пациентов, чьи профессии или специальности были связаны с повышенной запыленностью воздуха рабочих зон. Патологические изменения верхних дыхательных путей у первой группы также наблюдались чаще, чем в контрольной группе (42,6±2,5 и 25,7±4,3%). Среди отдельных видов патологии верхних дыхательных путей преобладали гипертрофические риниты, субатрофические ринофарингиты, хронические тонзиллиты с частыми ангинами, хронические катаральные ларингиты.

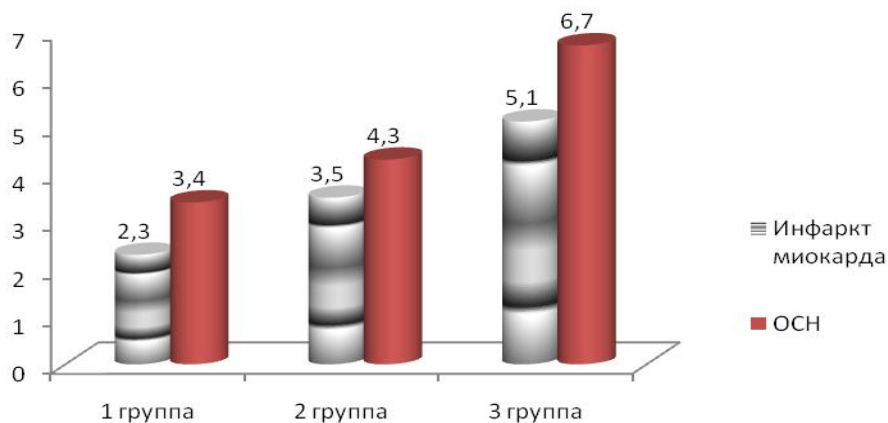


Рисунок –Показатели распространенности сердечных патологии в различных возрастных группах.

Результаты углубленного наблюдения с применением ангиографических исследований позволили обнаружить у обследованных лиц наличие тромбозов глубоких вен нижних конечностей той или иной степени. Наиболее часто патологические изменения отмечались у больных из третьей группы ($4,5 \pm 0,34$), что превышало показатели второй группы в 1,7 раза, а количество лиц с данной патологией из третьей группы в 2 раза больше данных из второй группы.

Одной из распространенных форм патологии при урологических вмешательствах является повышение артериального давления (гипертонические кризы), частота которых у больных из третьей группы почти в 2 раза превышает данные первой и в 1,6 раза выше второй группы.

Таким образом, в послеоперационном периоде при урологических вмешательствах наиболее часто встречается такие формы заболеваний как: инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, обострение различных хронических заболеваний верхних дыхательных путей сопровождающиеся повышением уровня артериального давления до высоких уровней (гипертонические кризы). Проведение анализа распространенности заболеваний в различных возрастных группах показало, что наиболее частые осложнения встречались у лиц старше 60 лет по сравнению с данными других возрастных групп с заболеваниями предстательной железы.

Литература

- 1 Казакова Е.А. Внутренний медицинский аудит на основе регистрации критических инцидентов в отделении анестезиологии многопрофильной клиники: Авторефер. дисс. канд.мед.наук. М.; 2007.
- 2 Шанин В.Ю., Майстенко Н.А., Маркин С.М. Оценка выраженности нарушений вегетативной регуляции кровообращения у больных в предоперационном периоде. Мед. акад. Журнал. 2007;7(3): С.168-169.
- 3 Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. Экспер. и клин. Рология. 2010; 1:4-11.
- 4 Зайцев А.Ю., Марков А.Г., Шахнарович В.М., Козлов С.П. Новый подход мониторинга психоэмоционального состояния пациентов в отделении анестезиологии многопрофильной клиники: Автореферат дисс. канд.мед.наук. М.; 2007.
- 5 Fettes G., Stoelwinder J, Myles P.S., McNeil J. Quality and safety indicators in anesthesia. Anesthesiology 2009; 110: 1158-1175.

Түйін

Түрлі жастағы науқастарға урологиялық операция жасау кезінде асқынулардың таралуы

Б.К. Сүлейменов

Әртүрлі жастағы аурулардың таралуын анықтау анализі қуықасты безінің ауруы бар адамдар тобымен салыстырғанда 60 жастан асқан адамдарда асқынулары жиі болады.

Summary

Incidence of complications in urological interventions in patients

B. K. Suleymenov

An analysis of ubiquitous diseases of different age groups showed that the most frequent complications seen in patients older than 60 years compared with those of other age groups with diseases of the prostate.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

**ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО
ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОДЕРМИТОМ**

Н.А. Аркенов

Акмолинская областная больница №2

Хронический тонзиллит - хроническое воспаление небных миндалин. Заболевание весьма распространенное (4-10%), особенно среди детей (12-15%). [1-3].

Хронический тонзиллит снижает иммунитет, причем воздействие идет несколькими путями: нервно-рефлекторного, бактериемического, токсиемического и аллергического характера - от образования аутоантител до подавления в головном мозге центра естественного активного иммунитета.

Хронический тонзиллит ведет к: ревматизму, патологии почек. Менее известны патологии - создает предпосылки к развитию дерматозов, нейродермита. Лечение нейродермита без санации очага хронической инфекции не дает эффекта.

В моей личной практике - 7 случаев значительного улучшения состояния пациентов, больных нейродермитов - один из них: пациентка, 23 года, атопический дерматит с 11 месяцев, бронхиальная астма, эмфизема легких, ДН 2, гормонально зависима - преднизолон, ларинден С. Площадь поражения 50% - лицо, волосистая часть головы, руки, внутренняя поверхность бедер. Ангинами страдает с детства 3-4 раза в год, артралгии, кардиалгии. Наблюдалась у меня 5лет. После 1-го ультразвукового фонофореза (после 6-го сеанса) кожные покровы лица стала бледнее, шелушение и бляшки уменьшились, на локтевых и подколенных участках остались лишь пигментные пятна, меньше стал беспокоить зуд, нормализовался сон, стал возможен контакт с водой. Период между приступами астмы увеличился с 2-3 дней до 10-12. Прием бенакорта с 3-х доз 3 р/д, до 1-ой дозы 2 р/д. После контроля через месяц - ремиссия. 2-й курс проведен через 3 месяца. Пациентка отказалась от гормональных кремов. Рецидивов ангин не было год. Дополнительно направлена на информационно-волновую терапию. Через полгода проведен 3-й курс. Ангин не было в течение 1,5 лет. Кожа лица очистилась. Пигментные пятна сохранились. Шелушения лишь в волосистой части головы. Последний контроль 13.11.2000. Приступов удушья не было 6 месяцев. Не пользуется беродуалом. Бенакорт 1 доза 2 р/д - месячный перерыв - трексил 1 табл. 2 р/д

Из личной практики 3 случая выздоровления мокнущей экземы. При сухой экземе улучшения длительные, но полного выздоровления нет.

Литература

1 Крюков А.И., Туровский А.Б. Острые воспалительные заболевания глотки Consilium–medicum Том 02/№ 4/2002

2 А.И. Крюков, А.А. Сединкин, А.А. Уздеников «Результаты применения препарата Стрепсилс плюс – спрей в качестве симптоматической терапии при воспалительных заболеваниях глотки», РМЖ, Том 10 № 4, 2002

3 А.С. Лопатин; «Местные антимикробные препараты в лечении инфекций верхних дыхательных путей»; КАХ, Том 2 № 2, 2000

СЛУЧАИ ЧРЕСКОЖНОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ

В.В.Балковой, М.Н.Майлыбаев

Центральная клиническая больница Управления делами Президента РК, г. Алматы

Предложенная в 1984 г. французским врачом Н.Deramond чрескожная вертебропластика (ЧВП) [1,2,3,4,5] получила достаточно широкое применение в повседневной работе некоторых нейрохирургических отделений в нашей стране [2,3]. Нами ЧВП используется с начала 2011 года. За 1,5 года в отделении проведено 23 вертебропластики по показаниям, которые в целом соответствуют общепринятым для ЧВП: вертебральная гемангиома -10 случаев; компрессионные переломы -2; метастазы позвонков-4; миеломная болезнь -2; остеопороз позвонков -5.

Все проведенные вертебропластики выполнялись по стандартной методике под R-флюороскопическим и КТ (4 случая) контролем, под местной анестезией с использованием стандартного набора из костной иглы, шприца высокого давления, системы Confidence (10 случаев) и костного цемента.

Наибольшую группу пациентов (10 случаев) составили пациенты с гемангиомами позвонков. Гемангиомы локализовались от Th1 до L5. Клинические проявления гемангиом [4,5]: так называемые, агрессивные гемангиомы -7 случаев; бессимптомные гемангиомы - 2; гемангиомы со вторичным нарушением спинального кровообращения – 1.

Эффективность ЧВП в терапии агрессивных гемангиом крайне высока, у всех пациентов купировался выраженный болевой синдром, восстановилась стато-кинетическая функция позвоночника.

Клинический пример 1: Больная С., 41 год, беспокоят сильные боли в верхнегрудном отделе позвоночника около 3-х лет, последние 5 месяцев боли носят интенсивный характер, особенно в ночное время. На МРТ верифицированы гемангиомы D1, D3 позвонков. Получала курсы консервативной терапии (по протоколам лечения остеохондроза) – безрезультатно. Нами проведена ЧВП под КТ-контролем. Вертеброалгический синдром купировался.

Целью проведения чрескожной вертебропластики бессимптомных гемангиом являлось «пломбировка» позвонков, профилактика возможных переломов, миелососудистых нарушений.

Безусловный терапевтический эффект отмечался при ЧВП гемангиомы со вторичными нарушениями спинального кровообращения за счет прекращения шунтирования кровотока через гемангиому с обеднением спинального.

Клинический пример 2: Больная П., 55 лет заболела подостро, развилась клиника нарастающего вялого глубокого нижнего парапареза до плегии с тазовой дисфункцией. На МРТ верифицирована гемангиома D12 позвонка с миелоишемическим очагом. ЧВП D12 проведена под контролем ЭОПа. В течение 6 месяцев парапарез и тазовая дисфункция значительно регрессировали, больная начала самостоятельно передвигаться.

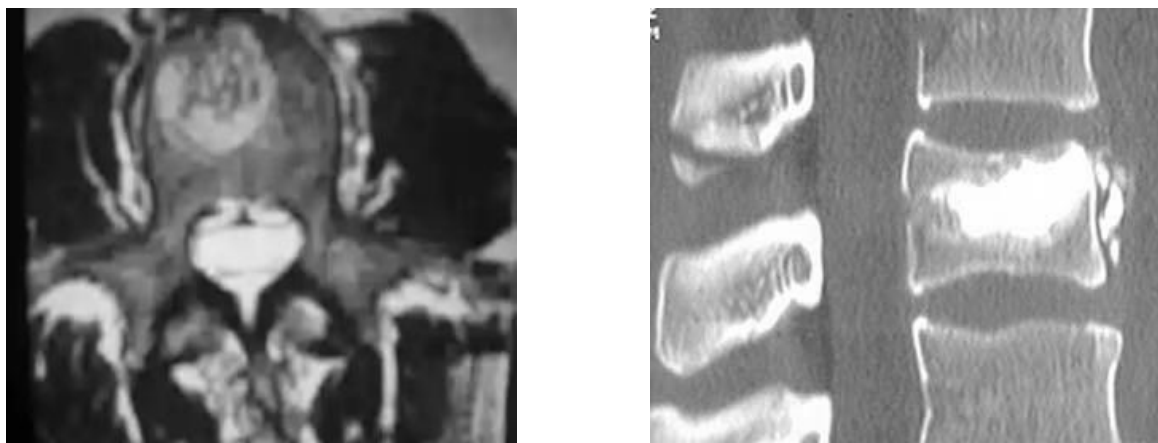


Рисунок 1- Гемангиома D12 позвонка с миелоишемическим очагом в спинном мозге. R-картина после вертебропластики.

Целью и основной задачей чрескожной вертебропластики при компрессионных переломах позвонков является «пломбировка» поврежденного позвонка с быстрым восстановлением опорной функции позвоночника - 2 случая. Основным условием проведения ЧВП при переломах является сохранение целостности замыкательных пластинок и самое главное задней продольной связки во избежание проникновения костного цемента в позвоночный канал. С этой целью в дооперационном обследовании обязательно компьютерное томографирование сломанного позвонка и спондилография до введения в позвонок костного цемента.

Прямыми показаниями для проведения чрескожной вертебропластики являются метастазы позвонков. Безусловно, в задачи ЧВП не входит лечение больного с IV клинической стадией онкологического процесса, вертебропластика незаменима для укрепления пораженных позвонков, улучшения качества жизни тяжело больных пациентов.

В отдельных случаях при метастазах небольших размеров можно достичь санацию позвонка за счет контактного термического и химического разрушения Mts.

Клинический пример 3: Больная Ф., 85 лет, госпитализирована 30.02.12г. с диагнозом: С-г правой молочной железы II St. T2N0M0. Состояние после комбинированного лечения 2001. Прогрессирование mts в кости таза и позвонки поясничного и грудного отделов позвоночника. Патологические компрессионные переломы тел L1, L3, L5 I степени. Состояние после гормонотерапии. Стабилизация.

01.02.12г. впервые в РК проведена ЧВП 5-ти позвонков: L1, L3, L5 и L2, L4 для профилактики возможного перелома. Больная начала ходить, 06.02.12г. выписана домой с полным регрессом болевого синдрома.

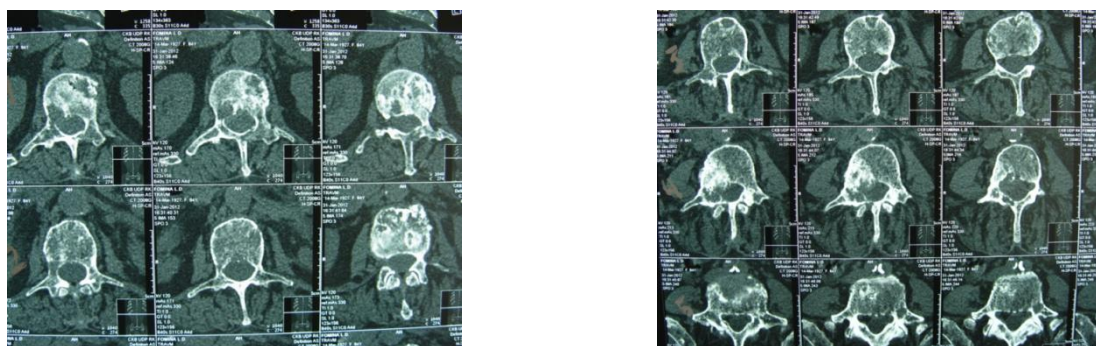


Рисунок 2 - Поврежденные опухолевым процессом тела всех позвонков поясничного отдела.



Рисунок 3 - Интраоперационная установка игл, R-картина установленных игл и после введения костного цемента на ЭОПе.

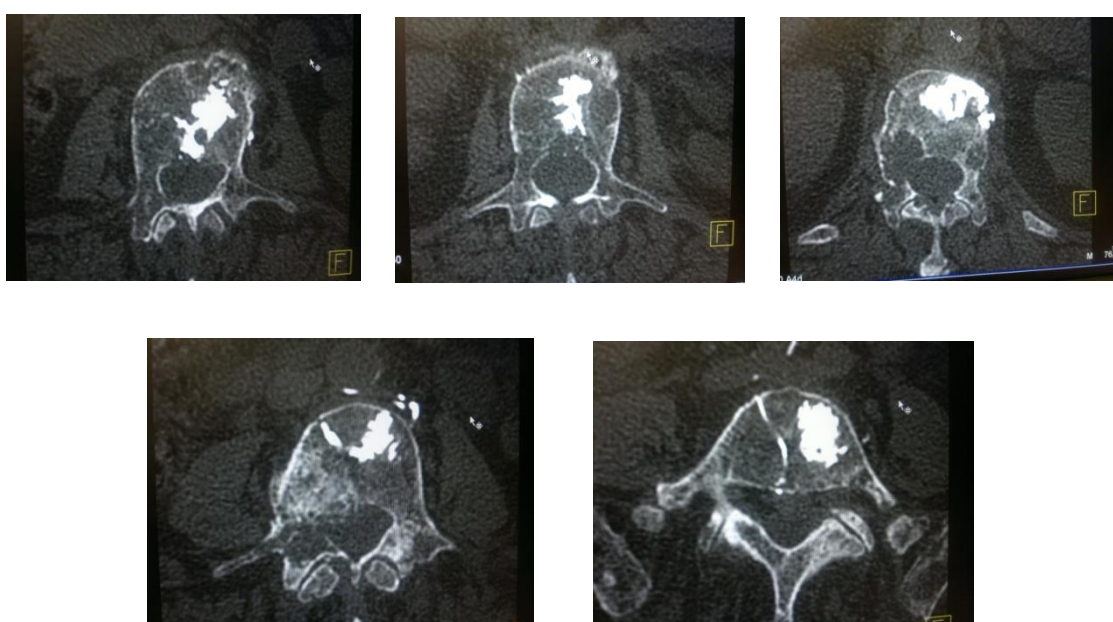


Рисунок 4 - Послеоперационный КТ-контроль. Полости тел позвонков заполнены цементом. В спинномозговой канал затека цемента не отмечается.

Небольшую группу пациентов (5 случаев) с проведенной чрескожной вертебропластикой составили больные с остеопорозом позвоночника. Интересно что, наибольшее количество вертебропластик в европейских странах приходится на лечение пациентов с остеопорозом, как правило, это женщины в возрасте старше 65 лет с дисгормональной деминерализацией скелета, которым проводится ЧВП с целью укрепления позвонков и профилактики симптоматических переломов. У нас в стране единичные случаи ЧВП с остеопорозом позвоночника уже с состоявшимися переломами, что мы и наблюдали у себя в отделении. Из 5-ти пациенток у трех женщин старше 75 лет провели вертебропластики сломанных позвонков. Лишь одной пациентке 67 лет проведена ЧВП 2 грудных позвонков с профилактической целью.

Выводы:

1. Чрескожная вертебропластика является высокоэффективным, а в отдельных случаях незаменимым малоинвазивным методом лечения многих патологических процессов позвонков и позвоночника в целом;

2. Методика чрескожной вертебропластики достаточно проста в исполнении, не требует дорогостоящего оборудования и инструментария, в связи, с чем может широко использоваться в нейрохирургических отделениях больниц;

3. Учитывая средний возраст прикрепленного контингента к ЦКБ УДП РК, необходимо развивать и расширять количество проводимый ЧВП возрастным пациентам.

Литература:

- 1 Жарков П.Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей. М., 1994.
- 2 Каплан А.В. Травматология пожилого возраста. М., 1977.
- 3 Педаченко Е.Г., Куцаев С.В. Возможности пункционной вертебропластики при компрессионных переломах тел позвонков при остеопорозе // Нейрохирургия. 2006. № 4. С. 13—19.
- 4 Acosta F.L., Dowd C.F., Chin C., et al. Current treatment strategies and outcomes in the management of symptomatic vertebral hemangiomas // Neurosurgery. 2006. Vol. 58. P. 287—296. 3. Bailey P., Bucy P. C. Cavernous hemangioma of the vertebrae // JAMA. 1929. Vol. 92. P. 1748—1751.
- 5 Bas T., Aparisi F., Bas J.L. Efficacy and safety of ethanol injections in 18 cases of vertebral hemangioma: a mean follow-up of 2 years // Spine. 2001. Vol. 26. P. 1577—1582.

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ



УДК 615.015.6+[616.98:578.828НIV]

НАРКОМАНИЯ КАК ПРИЧИНА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИД

*И.Б. Аймагамбетова, А.С. Токпанова, С.Б. Мусина, Е.С. Абдрахманов
ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Астана*

По данным ООН, ВИЧ и СПИД представляют собой глобальное бедствие, являются одним из самых значительных вызовов развитию, прогрессу и стабильности наших обществ и мира в целом и требуют принятия чрезвычайных и комплексных мер глобального реагирования. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый за три десятилетия после того, как впервые стало известно о СПИДе, эпидемия ВИЧ по-прежнему является беспрецедентной гуманитарной катастрофой, обрекающей страны, общества и семьи во всем мире на невыносимые страдания. Более 30 миллионов человек умерли от СПИДа и еще примерно 33 миллиона человек инфицированы ВИЧ, более 16 миллионов детей вследствие СПИДа остались без родителей, ежедневно появляются более 7000 новых ВИЧ-инфицированных, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода и, по всей видимости, менее половины людей, живущих с ВИЧ, знают о том, что они инфицированы [1].

В Политической декларации по ВИЧ и СПИДу отмечается, что растет число случаев инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и что, несмотря на продолжающуюся активизацию усилий всех соответствующих заинтересованных сторон, проблема наркотиков по-прежнему представляет собой серьезную угрозу для, среди прочего, здоровья населения и безопасности и благополучия людей, особенно детей и молодежи и их семей. Для эффективной борьбы с мировой проблемой наркотиков еще многое предстоит сделать. В данной Декларации мировое сообщество обязуется добиваться сокращения вдвое к 2015 году показателей передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики инъекционно [1].

На сегодняшний день в Казахстане создана правовая база для предупреждения и борьбы с наркоманией. Так, в Кодексе Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения проблемам оказания медико-социальной помощи больным наркоманией посвящена глава 21, где предусмотрено, что государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании.¹

Во исполнение норм данного Кодекса, а также иных законодательных актов в Республике Казахстан принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, где особое внимание уделено проблемам, связанным со злоупотреблением алкоголя и наркоманией.

Так, согласно Программе «Саламаты Қазақстан», для снижения злоупотребления алкоголем и наркомании будут обеспечены условия для систематического проведения антиалкогольной и антинаркотической пропаганды: создание в обществе атмосферы неприемлемого отношения к злоупотреблению алкогольных напитков и употреблению наркотиков, включая средства массовой информации; полный запрет рекламы алкогольных напитков, включая скрытую и косвенную ее виды; информирование населения о последствиях употребления алкоголя и наркотиков, обучение и формирование ответственного отношения к своему здоровью, особенно у детей, подростков и молодежи; разработка и внедрение профилактических антиалкогольных и антинаркотических социальных программ; проведение информационно-методической работы с инспекторами по делам несовершеннолетних системы МВД; обучение сотрудников МВД (полицейских, участковых инспекторов) дифференцированным подходам к принимаемым мерам по отношению к лицам, находящимся в состоянии алкогольного (наркотического, токсического) опьянения [2].

Для увеличения охвата населения спортивно-массовыми мероприятиями планируется развитие инфраструктуры для занятия физической активностью, спортом и активного отдыха: создание доступных спортивно-оздоровительных объектов; улучшение состояния парков и игровых площадок. Будет продолжена работа по повышению мотивации населения к занятию физической культурой и спортом посредством информирования населения через размещение информационно-образовательных программ в СМИ. Планируется проведение традиционных спортивных мероприятий, национальных видов спорта и народных игр в масштабах республики с вовлечением всех слоев населения и привлечением СМИ, а также создание условий для развития спорта высших достижений как фактора мотивации населения к занятиям физической культурой и спортом.

Специальный блок в Программе «Саламаты Қазақстан» посвящен здоровью школьников и подростков, где планируется обеспечить эффективное противодействие распространению и употреблению наркотиков, табакокурения и алкоголя среди школьников и молодежи путем: повышения уровня информированности детей, подростков, молодежи о необратимых последствиях, связанных с употреблением наркотиков; разработки и внедрения на межведомственном уровне программ по профилактике наркомании; дальнейшего развития волонтерского движения по принципу «равный – равному» (формирование у детей, подростков, молодежи навыков ответственного поведения, умения противостоять давлению сверстников, умения отказа от наркотиков, умения принимать правильное решение путем проведения интерактивного обучения на основе привития жизненных навыков); разработки методических и информационно-образовательных материалов; содействия обеспечению занятости детей, подростков, молодежи посредством развития и доступности спортивных площадок, детских клубов, кружков, секций, дворовых клубов, летних лагерей; развития альтернативных движений (велосипеды, ролики, стритбол, скейтборды и др.); развития и совершенствования системы психосоциальной поддержки в преодолении личностных и социальных проблем детей, подростков и молодежи; развития центров здоровья и анонимных консультаций для молодежи, совершенствования работы телефонов доверия.

Несмотря на принимаемые и прописываемые меры, по оценкам экспертов, каждый наркоман вовлекает в употребление наркотиков 13-15 человек в год. Средний возраст приобщения к наркотикам в Казахстане - около 17 лет.

Как известно, наркомания – основная причина таких проблем, как ВИЧ/СПИД, преступность, наследственная болезненность, семейная неустroенность, детская беспризорность, безработица и т.д. Поэтому стандартные меры борьбы с наркоманией недостаточны.

На наш взгляд, эффективность борьбы с наркоманией может быть усилена с учетом следующих выводов:

1) недостаточно мер реагирования на выявленные факты наркомании. Необходимо более серьезно подходить к профилактическим мерам. Следует повысить ответственность должностных лиц за неисполнение или ненадлежащее исполнение функциональных обязанностей по предупреждению, выявлению и устранению причин и условий, способствующих развитию наркомании и других видов зависимости;

2) подверженность подростков влиянию наркоторговцев и наркоманов является не причиной, а следствием социально-психологической неустroенности. Уже доказано, что многие социальные бедствия и преступления являются следствием психических проблем личности. Если подросток какую-либо часть времени предоставлен сам себе, то всегда есть риск вовлечения его в антиобщественную деятельность, поскольку желание подражания своим сверстникам сильнее родительских нотаций. Нужно устранять условия такого риска, то есть создать для детей обстановку доверия и открытости так, чтобы они полностью доверяли взрослым (родителям, опекунам, учителям, воспитателям, преподавателям и т.д.). В условиях доверия необходимо занять ребенка общественно-полезной деятельностью (кружки, дворовые клубы, спортивные состязания и т.п.) на условиях бесплатности и доступности.

Если выдерживать хотя бы эти рекомендации, то получится сдержать и обратить вспять развитие наркомании и заболеваемость ВИЧ/СПИД по причине наркомании.

Литература

1 Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа // Приложение к резолюции, принятой Генеральной Ассамблеей ООН на 95-м пленарном заседании 10 июня 2011 года.

2 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.12.2011 г.) // Опубликован: «Казахстанская правда» от 29 сентября 2009 г. №230-231 (25974-25975); Ведомости Парламента Республики Казахстан, 2009 год, сентябрь, № 20-21 (2548-2549), с. 89.

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

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

С. Р. Оспанова

Медицинский центр New line medicus, г. Астана

До настоящего времени ВВК прочно занимает одно из ведущих мест среди генитальных инфекций и его несомненно можно отнести к заболеваниям современной цивилизации, так как ВВК поражает, как правило, женщин репродуктивного возраста, т.е. наиболее трудоспособную часть нашего общества.

В последние годы распространенность кандидозного вульвовагинита неуклонно растет, удельный вес этого заболевания в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища составляет 30-45%. В настоящее время кандидозный вульвовагинит занимает

второе место среди всех инфекций влагалища и является одной из наиболее распространенных причин обращения женщин за медицинской помощью.

В последние годы распространённость кандидозного вульвовагинита неуклонно растёт, частота его составляя 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. В США ежегодно регистрируется 13 млн случаев этого заболевания. Во время беременности - достигает 40-46% (Hogowitz B.J., 1991) и является одной из причин развития осложнений беременности (число самопроизвольных выкидышей на ранних сроках беременности, угроза прерывания беременности увеличиваются в 1,5 раза, инфицирование плода и новорожденного – в 2,4 раза). Кандидозный вульвовагинит обнаруживают у 30% онкологических больных и у 64% больных с различными эндокринными нарушениями. По данным J.S.Bingham (1999) 75% женщин репродуктивного возраста имеют, по крайней мере, один эпизод кандидозного вульвовагинита в течение жизни, а 50% - и повторный эпизод. 5% женщин планеты страдают рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом. Согласно исследованию, проведенному группой экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 20 до 40% женщин репродуктивного возраста (статистика колеблется в зависимости от региона) за свою жизнь хотя бы один раз переболели кандидозным вагинитом.

Возбудителем кандидозного вульвовагинита является дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Грибы рода *Candida*—условно патогенные микроорганизмы – в качестве сапрофитов обитают на кожных покровах и слизистых оболочках здоровых людей. В настоящее время насчитывается более 150 видов этого рода. Основную роль в возникновении заболевания играет *Candida albicans*, являющаяся возбудителем кандидоза в 95% случаев. Наряду с широким распространением различных видов дрожжеподобных грибов во внешней среде, *C.albicans* встречается исключительно у человека и животных и в их окружении. По данным исследований этот вид грибов встречался в 7% проб пыли и в 49% проб воздуха. Клетки гриба имеют круглую или овальную форму, их размер варьирует от 1,5 до 10 мкм. Они обитают как в окружающей среде, так и на поверхности кожных покровов и слизистых оболочках здорового человека.

Резервуаром грибов и источником инфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт. При нахождении грибов во влагалище они очень часто обнаруживаются и в фекалиях, при этом у большинства больных вагинальные и кишечные штаммы идентичны. У женщин половой путь инфицирования грибами рода *Кандида* имеет второстепенное значение, а на первый план выступает самоинфицирование из кишечника.

Факторы риска. Чрезмерному размножению грибка *Candida albicans* могут способствовать и экзогенные и эндогенные факторы. Одними из основных причин, способных стать предпосылками к развитию кандидозного вагинита, являются: снижение иммунитета; нарушение микрофлоры влагалища и кишечника в следствии длительного приема антибиотиков, цитостатиков, кортикостероидов; гормональные изменения (нарушения), в том числе на фоне беременности; при контакте с экзогенным источником, через бытовые предметы; частая смена полового партнера.

Патогенез кандидозного вульвовагинита сложен и недостаточно изучен. Учитывая тот факт, что штаммы *C.albicans*, выделенные у больных кандидозным вульвовагинитом и у носителей, существенно не различаются по ряду биохимических характеристик можно сделать заключение о ведущей роли состояния макроорганизма в развитии кандидозного вульвовагинита, а не свойств возбудителя. Триггером развития заболевания является не изменение свойств гриба, а снижение резистентности организма хозяина.

В развитии кандидозной инфекции различают следующие этапы: адгезия грибов к поверхности слизистой оболочки; колонизация грибами слизистой оболочки; инвазия в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов; проникновение в сосуды и гематогенная диссеминация с поражением различных органов и систем.

В этой последовательности отражены все этапы развития тяжёлого кандидоза, однако в более лёгких случаях инфекция может стабилизироваться на одном из этих этапов.

При кандидозном вульвовагините инфекционный процесс затрагивает чаще только поверхностные слои эпителия влагалища. В силу существующего на этом уровне динамического равновесия между микроорганизмами (грибами), которые стремятся, но не могут проникнуть в более глубоко расположенные слои слизистой оболочки, и макроорганизмом, который пытается, но не способен полностью элиминировать возбудитель – инфекция может персистировать десятки лет. А сдвиги этого равновесия могут привести либо к обострению заболевания, либо к ремиссии или выздоровлению.

На сегодняшний день принято различать три клинические формы кандидозного вагинита: *острую, хроническую (рецидивирующую) и кандидоносительство.*

При кандидоносительстве отсутствуют какие-либо клинические проявления заболевания. Однако при микробиологическом исследовании в отделяемом влагалища дрожжеподобные грибы рода *Candida* присутствуют в небольшом количестве (<104 КОЕ/мл). Бессимптомное носительство *Candida* отмечается у 15-20% небеременных женщин репродуктивного возраста.

На период лечения необходимо использовать хлопчатобумажное нижнее белье. Синтетические ткани не обеспечивают достаточного доступа воздуха к коже. Вследствие повышения температуры и затрудненного испарения пота появляются условия для возникновения инфекции, включая кандидоз влагалища.

А вот кисломолочные продукты (желательно с бифидобактериями) и свежие фрукты и овощи, содержащие большое количество витаминов должны преобладать в рационе в период лечения.

Литература:

- 1 А.Л. Тихомиров «Контагиозный вагинит».
- 2 Воробьев, А. А. Принципы классификации и стратегия применения иммуномодуляторов в медицине.
- 3 Бондаренко В.М., Грачева Н.М. Препараты пробиотики, пребиотики и синбиотики в терапии и профилактике кишечных дисбактериозов.
- 4 А.А. Кузмин «Лечение кандидозного вагинита».
- 5 Дж.Берека, И.Адаши, П. Хиллард Гинекология по Эмилю Новаку.
- 6 Байрамова Г.Р. Кандидозная инфекция. Полиеновые антибиотики в лечении вагинального кандидоза.// Гинекология. №6. том 3. 2001. С.212-14.
- 7 Бурова С.А. Комплексное лечение больных кандидозными вульвовагинитами с использованием дифлюкана. Тезисы докладов научно-практической конференции – Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путём и болезней кожи. Москва. 22-23 окт. 1997.
- 8 Быков В.Л. Этиология, эпидемиология и патогенез кандидозного вульвовагинита.// Акуш. и гин. 1986. №9.
- 9 Кисина В.И., Степанова Ж.В., Мирзабекова М.А., Курчавов В.А. Зависимость клинической картины кандидозного вульвовагинита от видового состава грибов *Candida* и эффективность флуконазола при первичной и рецидивирующей кандидозной инфекции.// Гинекология. №6. том 2. 2000.
- 10 Муравьёва В.В., Анкирская А.С. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе.// Акуш. и гин. 1996. №6. С.27-30.
- 11 Прилепская В.Н. Клиника, диагностика и лечение вульвовагинального кандидоза (клиническая лекция).// Гинекология. №6. том 3. 2003.
- 12 Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Дисс... канд. мед. наук. М. 1996.141 с.
- 13 Митрофанов В.С. Системные антифунгальные препараты // Ж. Проблемы медицинской микологии.- 2001.- Т.3, № 2.- С.6-14.
- 14 Кубась В.Г., Чайка Н.А. Кандидоз.-СПб.,1994.-40с.
- 15 Елинов Н.П., Васильева Н.В. Место и значение медицинской микологии в ряду микробиологических, гигиенических и клинических дисциплин//Микробиология в гигиене и клинической медицине (Хлопинские чтения).-СПб., СПбМАПО,2000.-С.56-61.
- 16 Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. — Н. Новгород, 2001. — 416 с.
- 17 Bingham J.S. What to do with the patient with recurrent vulvovaginal candidiasis.// Sex. Transm. Inf. 1999. 75. 225-7.
- 18 Horowitz B.J. Mycotic vulvovaginitis: a broad overview.// Am. J. Obstet. Gynecol. 1991. V.165. №4. 1188-92.

АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

*Ю.А. Доровкова
Родильный дом №1, г. Астана*

В диагностике инфекционных заболеваний человека огромная роль отводится лабораторным методам исследования. Приоритетность лабораторного диагноза увеличивается в связи с ростом количества больных с нетипичным течением инфекций.

Микроскопическое исследование отделяемого из мочеполовых органов является остающимся в настоящее время одним из основных методов диагностики мочеполовых инфекций, так как по его результатам можно оценивать наличие или отсутствие воспалительного процесса в мочеполовых органах, степень его выраженности и достоверно точно определить ряд возбудителей инфекций.

Урогенитальный трихомониаз является одной из наиболее часто встречающейся инфекций, передающейся половым путем (ИППП).

Так, по данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется 170 млн. больных, страдающих трихомониазом.

Трихомонада является давно и достаточно хорошо изученным микроорганизмом, но на сегодняшний день, в связи с широким назначением не профильных антибиотиков, снижением иммунореактивности, изменяется морфологическая картина возбудителя трихомониаза. Что затрудняет клинико-лабораторную диагностику инфекции:

- болезнь зачастую протекает в скрытой форме, связано это с мутацией микроорганизмов и их способностью приспосабливаться к новым условиям существования;
- трихомонада способна менять свою форму и строение.

Диагностика трихомониаза должна быть комплексной, то есть включать в себя обследование на несколько возбудителей инфекции несколькими методами.

Обязательным из методов является микроскопическое исследование вагинального мазка. Бактериологический метод, он позволяет определить сопутствующие не специфические заболевания, видовую принадлежность бактерий и чувствительность к антибактериальным препаратам. На настоящий момент, наиболее точным методом считается ДНК-диагностика (ПЦР). Точность этого исследования составляет около 95%. К достоинствам ПЦР относится то, что он позволяет точно выявить и возбудителей, сопутствующих трихомониазу, это могут быть хламидии, микоплазмы, уреаплазмы.

Итак, делаем однозначный вывод: при малейших подозрениях на какие-либо проблемы урогенитального тракта нужно немедленно обращаться к врачу.

Литература

- 1 «Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника. Диагностика. Лечение» Под ред. В. А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. Медицина., 2006;
- 2 Айламазян Э.К. Хламидийная инфекция в акушерстве. – СПб. - 1995.
3. Брагина Е.Е., Орлова О.Е., Дмитриев Г.А. «Некоторые особенности жизненного цикла хламидий. Атипичные формы существования»
- 4 Овчинникова Н.М., Беднова В.Н., Делекторский В.В. «Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем.» М: Медицина, 1987.
- 5 Погодин О.К. «Хламидийная инфекция в акушерстве, гинекологии и перинатологии.» Учебное пособие. – Петрозаводск. –1998.
- 6 Полимеразная цепная реакция в диагностике и контроле лечения инфекционных заболеваний. Материалы 2-ой Всероссийской конференции. - М.- 1998.
- 7 Прилепская В.Н., Абуд И.Ю. «Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии.» Русский медицинский журнал. Г6, №5.
- 8 Серов В.Н., Краснопольский В.И., Делекторский В.В. и др. «Хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение. Методические рекомендации.»- М.- 1997.

УДК 614.8.32-4

ВЫБОР ПУТЕЙ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.А. Дубицкий¹, В.Ф. Деньгуб², Л.Е. Рыскельдинова², Р.О. Молдабекова²,
М.Ж. Бисимбаева³

¹Медицинский университет Астана,

²Больница Медицинского центра УДП РК,

³Республиканский Национальный центр неотложной помощи

Сложность и противоречивость сложившейся ситуации в системе оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе и поиски путей выхода из нее, в значительной мере отражены в выступлениях, высказанных специалистами скорой медицинской помощи и учеными на недавно прошедших трех представительных конференциях масштаба СНГ посвященных актуальным проблемам оказания экстренной медицинской помощи в городах Москве, Астане и Екатеринбурге [1].

Учитывая вышесказанное, авторы нашли целесообразным поделиться своим видением проблем реформирования службы скорой медицинской помощи в настоящей работе, представляющей краткий обзор состояния этого вопроса в нашей стране.

Среди многочисленных проблем службы скорой помощи, вокруг которых развернулась серьезная полемика, для анализа был взят наиболее важный – разработка модели организации скорой медицинской помощи.

Авторами предлагаются следующие критерии разработки модели организации службы скорой медицинской помощи (табл.):

1) По месту расположения СМП (количество жителей):

- до 100 тыс. жителей - сельскохозяйственный район;

- до 500 тыс. жителей – город;

- 500 тыс. жителей и более - город;

- от 1 млн. до 1,5 млн. жителей - мегаполис;

2) Объем выполняемой работы (обращаемость на ССМП, структура).

3) Уровень организации здравоохранения данного района, города (в частности, смежных этапов).

Таблица - Варианты моделей Скорой медицинской помощи

№	Модель	Виды бригад	Уровни приоритетности	Применительно к условиям:
I	Фельдшерская	ФВБ	1 уровневая	Сельская местность, ЦРБ
II	Врачебная (в сочетании с фельдшерскими перевозочными бригадами или без них)	ВВБ	1 уровневая	Средний город (до 500 тыс)
III	Смешанная	1.ФВБ + ВВБ (с преобл. ФВБ)	2 уровневая	Город более 500 тыс. с преобладанием вызовов с травмами и несчастными случаями
		2.ВВБ+ФВБ (с преоблад. ВВБ)	2 уровневая	Город более 500 тыс. с преобладанием вызовов на внезапные заболевания

		3.ЛБ+СБ(БИТ)+ФВБ (ФВБ≤50%)	3 уровневая	Крупный город (1 млн), где преобладают внезапные заболевания
		4.ЛБ+СБ(БИТ)+ФВБ (ФВБ≥50%)	3 уровневая	Мегаполис с преобладанием уличных случаев

Из предлагаемых 3-х вариантов моделей наиболее оптимальными, по нашему мнению, являются два:

1) I - фельдшерская модель применительно к условиям работы отделения скорой медицинской помощи - в сельской местности (ЦРБ) или пункта скорой медицинской помощи в поселках и небольших районных городах;

2) III – «смешанная» - врачебно-фельдшерская модель, 4-х видов: две 2-х уровневых (средний город) и две 3-х уровневых (применительно к условиям крупного города с 1- 1,5 млн. жителей).

Выбор модели зависит от вышеуказанных критериев (условий). Так, при выборе соотношения фельдшерских и врачебных бригад, руководитель должен учитывать не только объем выполняемой работы (т.е. общее кол-во обращений жителей на станцию скорой медицинской помощи), но и структуру обращаемости, а также уровень организации смежных этапов.

В частности, необходимо учесть отсутствие или наличие в поликлиниках пунктов медицинской помощи на дому в вечернее время или других форм работы с группой хронических больных, разгружающих службу скорой медицинской помощи от непрофильных больных.

Практические вопросы организационного и финансово-экономического характера, безусловно, будут решаться на региональном уровне. Причем, право выбора того или иного варианта модели организации службы скорой медицинской помощи необходимо предоставить главному врачу станции скорой медицинской помощи, с последующим согласованием с вышестоящими органами здравоохранения и обоснованием выбранной модели скорой помощи. Что и будет способствовать реальному успеху осуществления реформы службы скорой медицинской помощи.

Литература

1 Новые подходы в оказании скорой медицинской помощи и санитарной авиации/Материалы Республиканской научнопрактической конференции с международным участием 11 ноября 2011 г. – Астана.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

*Танбаева Г.З., Турабаев К.С., Ержанов С.Т.
Центральная клиническая больница МЦУДП РК, г.Алматы*

Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) – проблема, значение которой недооценивается [1]. Так, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - окклюзия артериального русла легких тромботическими массами различного калибра, сформировавшимися в венах большого круга кровообращения, реже – в правом предсердии или в правом желудочке сердца - третий по распространенности вид патологии сердечно-сосудистой системы после ИБС и инсульта во всем мире [2].

В Казахстане в структуре смертности населения на первом ранговом месте находятся заболевания сердечно-сосудистой системы. При этом первостепенную роль играет именно ТЭЛА, а значительное число случаев остается не диагностированными. Доказательством тому служат результаты вскрытий, показывающие наличие венозного тромбоза (ВТЭ). По статистике, ВТЭ является причиной 10% смертей в стационаре [3].

Более 80% случаев тромбоза глубоких вен (ТГВ) протекает бессимптомно и об его наличии можно судить только по результатам аутопсии. По данным Фремингемского исследования, ТЭЛА составляет 15,6% от всей внутригоспитальной летальности, причем на хирургических больных приходилось 18%, а 82% составили больные с терапевтической патологией [4].

По данным многих авторов, факторы риска развития венозных тромбозов делятся на: серьезные, умеренные и слабые. К серьезным факторам риска относятся перелом бедра и голени, замещение бедренного или коленного сустава, обширное хирургическое вмешательство, обширная травма, повреждение спинного мозга.

К умеренным факторам – артроскопическая хирургия коленного сустава, центральный венозный катетер (большинство реанимационных пациентов), химиотерапия (весь онкологический профиль), застойная сердечная/дыхательная недостаточность, ГЗТ/оральная контрацепция (женщины фертильного возраста, молодой возраст), злокачественное новообразование, предшествующая ВТЭ, паралич после инсульта, беременность/послеродовый период (охрана материнства и детства, снижение заболеваемости данной группы), тромбофилия.

К слабым – постельный режим более 3 дней (большинство пациентов стационара), длительное пребывание в сидячем положении, например авиаперелет более 8 часов, пожилой возраст, лапароскопическое вмешательство, ожирение, варикозные вены [5].

С целью определения частоты факторов риска развития ВТЭ были изучены истории болезней 279 пациентов, пролеченных в ЦКБ МЦ УДП РК в 2010- 2011 годах.

Распределение пациентов по возрастным категориям в 2010 и 2011 годах было примерно одинаковым и составило: от 20 до 39 лет – 10,9% и 11,1%; от 40 до 59 лет – 17,0% и 14,9%; от 60 до 74 лет – 59,7% и 59,1%; от 75 и более лет – 12,3% и 14,9% соответственно. Таким образом, наибольший удельный вес и в 2010 и в 2011 году составили лица пожилого и старческого возраста (72% и 74% соответственно).

Распределение пациентов по наличию факторов риска отличалось в возрастных группах, но было практически одинаковым по годам.

Так в возрастной группе 20-39 лет большинство пациентов (67% и 71% соответственно) не имели факторов риска развития ВТЭ, а остальные имели слабые факторы риска. В группе 40-59 лет все пациенты имели факторы риска, причем большая доля из них были умеренными (68,7% и 70,5% соответственно) и слабыми, а в единичных случаях - серьезными.

В более старшей возрастной группе (60-75 и более лет) доля пациентов, отнесенных к группе с умеренными и серьезными факторами риска, составила 93% и 92% соответственно, а со слабыми – единичные случаи. Вместе с тем, среди пациентов этой возрастной группы увеличилось число выявленных с ВТЭ и ТЭЛА по данным УЗДГ сосудов и КТ легких (2010 год – УЗДГ выявлено 30 ТГВ, КТ выявлено 3 ТЭЛА; 2011 год – УЗДГ выявлено 42 ТГВ, КТ выявлено 8 ТЭЛА).

Заключение. Такая первичная группировка обследованных больных по степени риска возникновения ВТЭ позволяет уточнять объем и структуру профилактической и лечебно-диагностической помощи, оказываемой в ходе динамического наблюдения и диспансеризации, а также после выписки из стационара.

В то же время эти данные могут быть использованы для формирования групп больных, нуждающихся в проведении хирургических операций, интенсивной тромболитической терапии, восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

Кроме того, сбор такой первичной информации о распространенности ВТЭ среди различных возрастных групп населения является базовой основой для создания регистра больных с венозными тромбозами и будет одним из приоритетов деятельности организуемого в больнице Комитета по диагностике и лечению венозных тромбозов.

Литература:

1. Гагарина Н.В., Синицын В.Е., Веселова Т.Н., Терновой С.К. Современные методы диагностики тромбоэмболии легочной артерии // Кардиология. - 2003 год. - 5. - 77-81
2. Хейт JA Эпидемиология венозной тромбоэмболии: последствия для профилактики и лечения. Семин. Thromb. Hemost. 2002 год. - 28 (Suppl 238). Легочная эмболия - Новые парадигмы в диагностике и терапии // Chest. - 2001 год. - Vol. 120. - P. 1556-1561: 3-13
3. Руководство по кардиологии / Под. ред. В.Н. Коваленко. - К: Морион, 2008. - С. 850-892.
4. Сигал JB, EngJ., Тамариз ЖЖ, бас EB Обзор данных о диагностике тромбоза глубоких вен и эмболии легочной артерии // Апп. Фам. Медицина - 2007. - 5. - 63-73.
5. Яковлев В.Б., Яковлева М.В. Тромбоэмболия легочной артерии: патофизиология, диагностика, лечебная тактика // Consilium Medicum. - 2005. - № 6. - С. 493-499.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

М.С. Кадырбаева

Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана

Здоровье и благополучие детей - главная забота семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее благополучие, уровень экономического и духовного развития, состояние культуры и науки.

Относительно высокая младенческая и детская смертность, рост распространенности хронических болезней у детей и детской инвалидности в Казахстане в значительной степени определяют величину репродуктивных потерь, негативно влияющих на развитие общества [1].

В последние годы наиболее существенные негативные тенденции в состоянии здоровья детей включают: прогрессирующий рост распространенности хронических форм соматической патологии у детей; повышение частоты и распространенности нервно-психических болезней у детей; повышение частоты врожденных пороков; нарастание частоты и распространенности экологически детерминированных синдромов и заболеваний (синдрома экологической дезадаптации, синдромов химической и радиационной гиперчувствительности, проявлений экогенной интоксикации, хронических заболеваний полигенной природы); рост распространенности наркоманий среди школьников; повышение числа детей-инвалидов.

Таким образом, главной особенностью современной патологии детского возраста является рост распространенности хронических соматических и нервно-психических болезней.

К сожалению, статистические данные о распространенности хронических форм патологии у детей не отличаются достаточной точностью. Не всегда эти данные выделены среди отдельных классов заболеваний. Поэтому, например, в рубрике «Болезни органов пищеварения» оказываются учтенными и кариес зубов, и кишечные инфекции, и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задержка нервно-психического развития ребенка относится к болезням психической сферы, что совершенно неправильно - это должно быть самостоятельной рубрикой в классификации.

В последние годы возросла заболеваемость детей психопатиями и реактивными психозами. Несмотря на крайнюю актуальность и высочайшую общественную значимость охраны нервно-психического здоровья детей, она отнесена к разряду второстепенных задач,

между тем даже в развитых странах мира распространенность заболеваний нервно-психической сферы среди детей и подростков достигает 10% [2].

Частота глубокой задержки нервно-психического развития составляет 2-3 на 1000 детского населения, но данных о среднетяжелых и легких формах этих состояний нет.

Некоторые показатели заболеваемости детей требуют уточнений.

Во всем мире отмечено прогрессирующее нарастание распространенности болезней аллергической природы, но по приводимым в литературе сведениям в Казахстане она ниже, чем в США и странах Западной Европы.

По последним данным, средняя частота врожденных пороков сердца в Казахстане составляет 1,3%, но в западных странах, по данным Европейского каталога, - 1,5-3,5%. Возможно у нас имеет место гиподиагностика врожденных аномалий развития.

Распространенность детской инвалидности в 2001 году составляла 23 на 10 000 детей, в 2011 году она увеличилась практически в 2 раза - до 36. Однако и этот показатель ниже, чем в странах Запада. Дети-инвалиды составляют 1,8% всего детского населения Казахстана, в то же время в Великобритании - 2,6%, в США - 4%.

Кстати, в нашей стране до 1979 года в статистике здравоохранения дети-инвалиды вообще не учитывались. До этого периода педиатрия считала внимание к таким детям - делом службы социального обеспечения и педагогов. В принципе это глубоко ошибочная позиция с неверной ориентацией врачей в плане превентивной педиатрии, медицинской реабилитации и реабилитации больных детей.

Особенно часто не оформлена инвалидность у детей с болезнями кожи и подкожной клетчатки, хроническими заболеваниями органов пищеварения, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Большинство хронических болезней у подростков и у многих лиц молодого возраста формируется на более ранних этапах развития - в дошкольном возрасте или в первые годы обучения в школе.

Один из серьезнейших факторов неблагополучия в состоянии здоровья детей - здоровье женщин репродуктивного возраста. Многие беременные страдают хроническими заболеваниями. Сформировался замкнутый круг: больная мать - больной ребенок - больной подросток - больная мать или отец.

Несомненно, основой профилактики серьезных болезней ребенка должны быть планирование беременности, современный медицинский контроль за ее течением и родами.

Литература

- 1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году./Астана, 2011. – 235 с.
- 2 Данбаев С.У. Теоретические аспекты и методические подходы профилактики суицидальной активности у детей и подростков/Автореф.дисс. ... докт.мед.наук. – Астана, 2010. – 28 с.

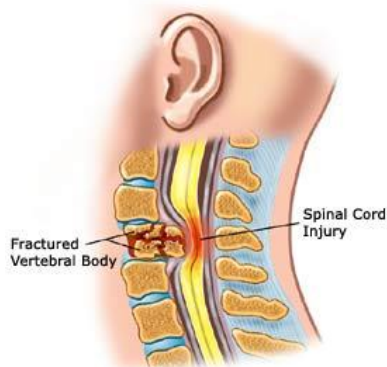
АУЫР МОЙЫН ЖАРАҚАТЫ

*м.ғ.к. М.Н. Майлыбаев, В.В. Балковой, С.Д. Кәрібай, Е.А. Ұрұмбаев,
м.ғ.к. Е.А. Жармұхамбетов*

*Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Орталық клиникалық ауруханасы,
Алматы қ.*

Жабық омыртқа зақымдарының ішінен мойын омыртқа зақымдары 2-4,6% -ды құрайды. Жалпы омыртқа зақымдарының ішінде мойын омыртқа зақымдарының еңшісі әр авторлар бойынша әр түрлі. В.В. Лебедевтің айтуынша мойын омыртқаның сынығы 8-9%, кеуде омыртқа 48-51% кездеседі [1]. Alday және басқа авторлар бойынша С3-С7 мойын омыртқа (1-сурет) зақымы 60-80% [2], ал С1-С2 мойын омыртқа зақымына 25% келеді.

Жиі кездесетін зақым C5 омыртқасы, сондықтан C5-C6 деңгейінде омыртқа орнынан жылжып кетеді. Мойын омыртқаның зақымы терең мүгедектікке әкеледі, аурудың өміріне, жанұясына, қоғамға ауыр әсер етеді. Негізінде бұнымен жастар жиі зақымданады, орташа жас шамасы 15-35. Әйелдерге қарағанда еркектерде жиі кездеседі 3:1 есебінде [3]. Негізгі жарақаттардың себебі жол-көлік оқиғалары мен суға сүңгулер болып табылады [4].



1 - сурет

Мойын омыртқаның жұлын зақымы 45-60% терең неврологиялық бұзылулармен жалғасады. Мысалы: тетраплегия, сезгіш функциясы бұзылады [5,6,7], бұл кеуде мен бел омыртқа бөліктерімен салыстырғанда аз. Мойын омыртқасы зақымдалған 15-50% адам қайтыс болады (бұл пайызға операция жасалып, төрт аптаның ішінде қайтыс болған адамдар кіреді), және бұл пайыз омыртқа жарығының [8,9,10] деңгейіне де байланысты. Davis байқауынша 382 өлім жағдайларында, зақым омыртқаның краниовертебралды бөлігіне келеді, бұл C1-C2 омыртқаларының тұсы (90%) [11]. R.Bucholt [12] есептеуінше окципито-цервикальді омыртқаның орнынан таюы кезінде 0,65-1% адам тірі қалады. Өлім пайызы кеуде бөлімінде 18-21%, ал бел бөлімінде 10% . Сүңгушілердің зақымы, әсіресе, жаз айларында көбейеді. Спорт және белсенді демалыс кезінде адам зақым алуы мүмкін [13]. Белгісіз жердің түбі таяз, тасты, темір заттар және ағаштармен толы болуы мүмкін.

Көптеген шығармаларда сүңгушінің зақымы туралы мағлұматтар берілген. Бұл тақырып қанша талқыланса да, әрқашан өзекті болып келеді. Ескертулерге қарамастан, әр жаз сайын ондаған және жүздеген адамдар травматологиялық және нейрохирургиялық бөлімшелерге осы зақыммен түседі . Арақ-шарап ішкен сүңгушілер арасында осы зақым жиі кездеседі [14].

Сүңгушінің зақымы- мойын омыртқаның сынығы және жұлынның зақымы, ол бастың су асты түбімен қатты ұрылу себебінен болады , бәрінен де сүңгушінің 4, 5 және 6-мойын омыртқасы зақымдалады. Бас су асты түбімен ұрылғанда, мойын омыртқа қатты майысады және шалқаяды. Бірінші және екінші жағдайда да омыртқа каналы зақымдалады. Омыртқаның сүйек фрагменттері және олардың жылжып кетуі жарақатқа немесе жұлын қысымына әкеледі. Сүңгігенде мойын бұлшықеттері су астында босайды, сондықтан омыртқаға әсер ететін бұлшықеттер бастың су түбіне тигендегі күшін әлсіретпейді [15]. Бұл зақымда омыртқаның бұлшықеттері мен сіңірлері зақымдалады. Өлім мойын омыртқаның сынығынан және жұлынның үзілуінен болады. Ушығып кеткен мойын омыртқа сынықтары жұлынды зақымдайды және өте ауыр жарақат болып есептеледі. Зақым салдарының жалпы суреті: сүңгушінің 2/3 жарақаты өліммен аяқталады, 1/3 1-ші және 2-ші топтағы мүгедектікке әкеледі [16]. Жұлын бас мидың жалғасы және омыртқалардан құралған каналда орналасқан. Мойын омыртқа басқа бөлімдерге қарағанда жылжымалы. Ол жеті омыртқадан құралған. Біріншісі-атлант-бас сүйекке өзінің буындарынымен қосылған, ал барлық мойын омыртқалар сіңірлерімен және омыртқаның арасындағы шеміршекпен байланысқан.

Жұлын омыртқа каналында орналасқан - өте күрделі құрылыс. Дәл осында жүйке нерв талшықтары орналасқан, осы талшықтардан сезімтал және қозғалыс импульстері

өтеді. Егер жұлын зақымдалған болса, қол мен аяқтың параличі басталады, тыныс алу аяқталады, бұндай жарақат алған адам өз күшімен сүңгіп шыға алмайды. Омыртқаның зақымынан кейін зәр шығару және үлкен дәрет тоқталуы мүмкін және көлемді трофикалық бұзылу тез дами бастайды [17]. Бұндай жарақат алған адамдарда ойық жаралар пайда болады, өкпе және қуық қабынады, бүйректе, несептамырда және қуықта тастардың пайда болуы ықтимал. Аурудың нәтижесі және емнің сәттілігі, әрине, зақымның көлеміне байланысты, бірақ дұрыс көрсетілген бірінші көмек маңызды роль атқарады. Зақым алған адамның тез және дұрыс емханаға жеткізілуі де өте маңызды.

Бірінші көмектің көрсетілуі.

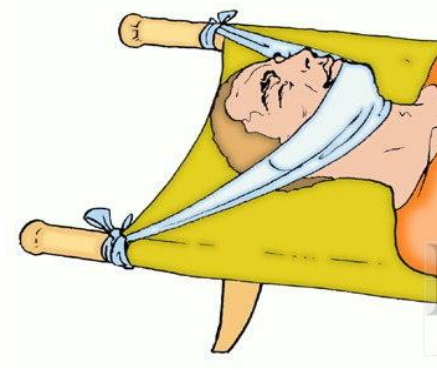
Ең алдымен сүңгушіні қалай судан алып шығуды білу керек. Оның басын бұрмаңыз және шашынан тартпаңыз. Зақым алған адамды қолтығынан ұстап, өзіңізге арқасымен қаратып жағажайға алып шығыңыз. Судан шығарғаннан кейін, оны ақырындап арқасымен жатқызады және тегіс, қатты бетке жатқызу керек. Егер ол ес-түссіз болса, оның тыныс алу жолдары сумен, құстыратын массалар немесе тілмен жабық болуы мүмкін. Бұл жағдайда да дұрысы арқаға жатқызу. Сондықтан біреу жедел жәрдем шақыртуы керек, ал екіншісі тыныс алудың тоқталмауын қарап отыруы керек [18]. Көмектесушілердің барлық назары өмірге қажетті қызметтерге, яғни, тыныс алу және жүрек қызметіне аударылуы қажет. Сонымен қатар, қосымша жарақат түсірмеу үшін сынған омыртқаларды қозғалтпау өте маңызды. Жедел жәрдем келер алдында зақым алған адамның аузы қолға оралған орамалмен тазартылады. Егер ол тыныс алмай жатса, бірнеше рет (үш-бес) кеудесін басады. Сонда тыныс алатын жолдардан су шығады. Содан соң «ауызбен ауыз» және «ауыз бен мұрын» тәсілімен жасанды тыныс жасайды. Жүрек соғысы болмаған жағдайда жабық жүрек массажы жасалады. Егер қатер жағдай өркениеттен алыс жерде болып және жедел жәрдем шақырту мүмкін болмаса, зақым алған адамды ең жақын емханаға өз күшіңізбен жеткізу керек.

Сіз зақым алған адамды судан алып шықтыңыз. Ол, мысалға, санада. Қандай белгілер мойын омыртқасы сынығы туралы айтады? Ең алдымен - мойын бөліміндегі ауырсыну. Ол басымен қозғала алмайды, егер жан-жағына қарау керек болса, бүкіл денесімен қозғалады. Басын қолымен ұстайды. Егер ол ес-түссіз болса, оған бірінші көмекті омыртқа сынығы бар деп көрсету керек [19]. Бірінші суретте зақым алған адамды емханаға жеткізу үшін бірнеше қаптардың көмегімен бас пен мойынды қалай бекіту керекі көрсетілген. Зақым алған адамды қалқанға жатқызып тасымалдау керек. Адамды тақтайға жатқызған кезде қолдарын жауырынның астына салып, бас пен мойынын қолымен бекіткен дұрыс. Ауруды тасымалдағанда, мойын омыртқа бөлігінде қозғалысты азайту үшін көмектесушілердің біреуі оның басын ұстап тасымалдау керек. Ауруды мүмкінінше бірнеше адам көтергені дұрыс: тасымалдау кезінде қалқанның үстінде қозғалып кетпес үшін оны 2-ші суретте көрсетілгендей бекітеді (2-сурет). Тарту күші омыртқа өсіне қарай бағыттталып, күші қатты болмау керек.



2 - сурет

Жедел жәрдем машинасында бас пен мойынды бекітетін арнайы жаға болады. Егер арнайы жаға жоқ болған жағдайда, қолғанат құралдардан мойын астына білікше және басты екі жақтан бекітетін білікшелер жасауға болады, мысалға, білікшені орамалдан дайындауға болады [20]. Орамалдан тоқаш формасындағы білікше немесе мойынды орамалмен орап қоюға болады (3- сурет).



3 - сурет

Зақым алған адам емханаға жеткізілгенде, рентгенге түсіріледі, мүмкін КТ-зерттеу және ЯМР-дан өтеді . Осындай зақымдарда операция бірнеше сағатқа созылуы мүмкін. Операциядан кейін ауру дәрі-дәрмекпен емдеу, массаж және физиотерапевтік емшаралар алады және арнайы дене-шынықтыру жаттығулар жасайды. Ол кресло-сырғытқышпен қозғалып, арнайы жаға киетін болады. Ауруларды оңалту, сауықтыру орталықтарында, шипажайларда емдеу бірнеше айлардан бірнеше жылдарға дейін созылуы мүмкін. Емнің нәтижесі адамның және туыстарының қайраттылығына, психологиялық көмекке тәуелді.

Зақымның алдын алу

Ол үшін қарапайым ережелерді сақтау керек: суға тусудің алдында суаттың тереңдігіне көңіл аударыңыз, таныс емес жерде және таяз суға сүңгімеңіз, суға баспен және теңіз дауылы кезінде сүңгімеңіз, мас болсаңыз суға кірмеңіз.

Әдебиеттер:

- 1 Лебедев В. И., Быковников Л. Д. // Руководство по неотложной нейрохирургии. - М., 1987. - С, 159-193.
- 2 Alday R., Lobato R. D., Gomel P. // Neurosurgery 96, Manual of Neurosurgery / Ed. J. D. Palmer. - Edinburgh, 1996. - P. 723-730.
- 3 Davis D., Bohlman H., Walker A. E. et al. // J. Neurosurg. - 1971. - Vol. 34, N 5. - P. 603-613.
- 4 Cervical spine immobilization before admission to the hospital. Neurosurgery 2002; 50:S7.
- 5 Woodring JH, Lee C: Limitations of cervical radiography in the evaluation of acute cervical trauma. J Trauma 34: 32-9. 1993.
- 6 West OC, Anabari MM, Pilgram TK et al, Acute cervical spine trauma: diagnostic performance of single-view versus three-view radiographic screening. Radiology 204: 819-23. 1997.
- 7 Spinal Cord Medicine (2001) Kirshblum S, Campagnolo D, Delisa J. Lippincott Williams & Wilkins
- 8 Brooks RA, Willett KM, Evaluation of the Oxford protocol for total spinal clearance in the unconscious trauma patient. J. Trauma 2001 May; 50(5):862-867).
- 9 Andrew B., MD Peitzman; Andrew B. Peitzman; Michael, MD Sabom; Donald M., MD Yearly; Timothy C., MD Fabian (2002). The trauma manual. Hagerstwon, MD: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 140–56.
- 10 Spinal Cord Medicine: Principles and Practice (2002) Lin VWH, Cardenas DD, Cutter NC, Frost FS, Hammond MC. Demos Medical Publishing
- 11 Kopcynski S. Derenda M., Kowalina I., Siwiecki T. // Neurol. Neurochir. Pol. - 2002. - Vol. 36, N 4. - P. 669-682.
- 12 Bucholt R. W. II Clin. Orthop. - 1981. - N 154. - P. 119-124.
- 13 О.Н. Учуров, Д.Е. Яриков, А.В. Басков. Журнал вопросы нейрохирургии, №2, 2004 г
- 14 Nash, M.S. (2005). Exercise as a health-promoting activity following spinal cord injury. Journal of Neurologic Physical Therapy, 29(2), 87-106.
- 15 Fulk, G.D., Schmitz, T.J., & Behrman, A.L. (2007). Traumatic Spinal Cord Injury: Clinical Syndromes. In S.B. O'Sullivan, & T.J. Schmitz (Eds.), Physical Rehabilitation (5th Ed., pp. 937-997). Philadelphia, PA:F.A.Davis Company.
- 16 Bogdanov EI (2009). "Spinal Injury". In Lisak RP, Truong DD, Carroll WM, Bhidayasiri R. International Neurology: A Clinical Approach. Blackwell Publishing.

17 van den Berg MEL, Castellote JM, Pedro-Cuesta J, Mahillo-Fernandez I (2010). "Survival after spinal cord injury: a systematic review". *Journal of Neurotrauma* 27 (8): 1517–1528.

18 Е. Дубивка. Травма ныряльщика: беда, которую можно отворотить. 30 Июль, 2010 LIVEJOURNAL

19 И.Е. Валеев. "Травма ныряльщика": классическая методика вне конкуренции. 30 Июль, 2010 LIVEJOURNAL

20 Yakura, Joy S. (Dec 22, 1996). "Recovery following spinal cord injury". *American Rehabilitation*. Retrieved 15 March 2011.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ

С. Р. Оспанова

Медицинский центр New line medicus, г. Астана

Введение. Рак шейки матки (РШМ) является ведущим в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки, а также важной медицинской и социальной проблемой во всех экономически развитых странах. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется около 500 000 заболеваний РШМ. РШМ занимает второе место в мире по распространённости злокачественных новообразований у женщин, уступая лишь раку молочной железы. Каждый год в странах Европейского союза отмечается более 25 тысяч случаев новых заболеваний и около 12 тысяч летальных случаев. Более 40% больных инвазивным РШМ умирают от прогрессирования заболевания в течение первых 5 лет с момента установления диагноза. В последние годы в экономически развитых странах отмечен рост частоты возникновения РШМ среди женщин молодого и среднего возраста.

Отмечается определенная этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в развитии канцерогенеза. Выделяют фоновые и предраковые заболевания, рак *in situ* и распространенный рак шейки матки.

К предраковым состояниям шейки матки относят дисплазию эпителия — патологические процессы, при которых отмечается гиперплазия, пролиферация, нарушение дифференцировки, с При дисплазии шейки матки отмечается нарушение строения многослойного плоского эпителия. В измененных эпителиальных клетках появляются множественные ядра или единственное ядро становится крупным, бесформенным — такие клетки называются «атипичными», изменяется форма клеток, исчезает деление эпителия на слои. В зависимости от того, в каких слоях эпителия обнаруживаются патологические изменения, различают следующие виды дисплазий: Слабо выраженная дисплазия (дисплазия I, CIN I) — изменения происходят в нижней трети эпителия. Умеренно выраженная дисплазия (дисплазия II, CIN II) — изменения захватывают больше 1/3, но меньше 2/3 эпителия.

Тяжелая дисплазия и неинвазивный рак (дисплазия III, CIN III) — процесс занимает все слои эпителия, но не проникает глубже базальной мембраны (поэтому рак называют неинвазивным, в отличие от инвазивного рака шейки матки, при котором происходит разрушение базальной мембраны и распространение опухоли во внутренние структуры шейки матки).

Клиника и диагностика. Пациентки предъявляют жалобы на умеренные мажущие кровянистые выделения во второй фазе цикла, а иногда и после менструации. Часто заболевание протекает практически бессимптомно. При наружно-внутреннем исследовании эндометриозидные гетеротопии на шейке матки визуализируются в виде розовых или фиолетовых линейных структур. При наличии образований розового цвета можно сделать вывод об их локализации на поверхности цилиндрического эпителия. Фиолетовые

структуры располагаются в толще тканей шейки матки, они покрыты многослойным плоским эпителием. В соответствии с фазой цикла изменения претерпевают эндометриодные очаги в связи с чем, их лучшая визуализация возможна во второй фазе цикла. Диагностика поверхностно лежащих элементов сложностей не представляет. Диагноз ставится на основании данных визуального осмотра и кольпоскопии.

Если же эндометриодные гетеротопии локализуются в толще шейки матки, то возможно определить их при помощи УЗИ с использованием приборов с высокоразрешающей способностью. При подозрении на расположение процесса в цервикальном канале проводится цервикоскопия. В неясных случаях выполняется биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием.

Лечение. При дисплазии метод лечения выбирают с учетом результатов комплексного клинико-эндоскопического, цитологического, бактериоскопического, бактериологического исследований канала ШМ и морфологического исследования материала прицельной биопсии, а также показателей гормонального фона. Результаты исследований свидетельствуют о том, что дисплазия метаплазированного эпителия, которая в виде полей, папиллярной зоны и предопухоловой трансформации определяется на фоне эндоцервикозов, обусловлена инфицированием.

Поэтому лечение дисплазии метаплазированного эпителия необходимо начинать с санации влагалища и ШМ.

Диатермокоагуляция является наиболее старым методом деструктивного вмешательства на шейке матки. Диатермокоагуляция применяется с 1926 года. Метод основан на применении тока высокой частоты между двумя электродами, который вызывает расплавление тканей шейки матки в силу высвобождения большого количества тепла. В тканях шейки матки за короткий промежуток времени воздействия происходит выпаривание межтканевой жидкости и коагуляция тканей. Температура в очаге достигает 100 градусов Цельсия. Один из электродов называется пассивным, он имеет большие размеры и обычно подкладывается под крестец пациентки. Второй электрод является активным, его наконечник смоделирован различным образом: в виде шарика, петли или иглы.

Существуют две разновидности метода: непосредственно диатермокоагуляция (ДЭК) и диатермоэксцизия (ДЭЭ).

Оперативные вмешательства на шейке матки методом диатермокоагуляции выполняются сразу после завершения менструации, причем исключаются половые контакты до и после проведения манипуляции. Шейка матки обнажается в зеркалах, после чего выполняется местная анестезия и проводится коагуляция пораженных тканей. Тут же происходит формирование струпа, который отторгается к 7-12 дням, тем самым, обнажая раневую поверхность. В последующем срок полного заживления раны может варьироваться в промежутке от 1.5-2 месяцев. Известно, что у большинства женщин менструальный цикл составляет 28 дней. Практика показывает, что к наступлению очередного цикла, вышеупомянутая раневая поверхность на шейке матки еще не успевает эпителизироваться. В связи с чем, рана становится благодатной «почвой» для имплантации клеток эндометрия, проникающих во влагалище вместе с менструальной кровью. Что в свою очередь, в дальнейшем может стать причиной для развития такой патологии, как эндометриоз шейки матки.

На сегодня существует ряд методик ведения пациенток, которые позволяют избавить женщин, перенесших процедуру ДЭК, от возможности развития эндометриоза шейки матки. К их числу относится профилактика эндометриоза, с помощью комбинированных оральных контрацептивов.

Пролонгированный прием КОКов (в течение 63 дней), позволяет отсрочить очередную менструацию, что в свою очередь способствует полноценному заживлению раневой поверхности на шейки матки, образовавшейся после перенесенной процедуры ДЭК.

При небольших размерах эндометриoidных гетеротопий, а также в случаях не множественного поражения проводится радиоволновая деструкция очагов эндометриоза. Кроме того, у женщин репродуктивного возраста применяются монофазные комбинированные оральные контрацептивы в непрерывном режиме 3-6 месяцев. Если же имеется значительный объем поражения, то у женщин, которые не планируют беременность и роды, выполняется радиоволновая конизация шейки матки. С большим успехом применяются агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов. При наличии сопутствующих иных патологий шейки матки проводится соответствующая коррекция. У женщин с эндометриозом шейки матки, которые находятся в пременопаузальном периоде показано применение андрогенов пролонгированного действия.

Несмотря высокую популярность ДЭК в среде специалистов, было бы ошибкой назвать диатермоэлектрокоагуляцию абсолютно совершенной методикой. У ДЭК-лечения, впрочем, как и у лазерокоагуляции или криовоздействия, существуют свои плюсы и минусы. К числу последних относится длительной заживление раневой поверхности, после проведения лечебной процедуры. Что, в свою очередь, может стать причиной развития у пациентки такого осложнения, как эндометриоз шейки матки, вследствие, имплантации эндометриoidных клеток в рану, проникающих в полость матки вместе с менструальной кровью. Однако, как показывает практика, назначение комбинированных оральных контрацептивов в реабилитационный период, позволяет отдалить время начала менструального цикла, что является благоприятным фоном для заживления раневой поверхности, и как следствие – фактором, позволяющим избежать возможность развития осложнений после проведения процедуры ДЭК.

Литература:

- 1 Дж.Берека, И.Адаши, П. Хиллард Гинекология по Эмилю Новаку 2002.
- 2 Ю.Подистов, К. Лактионов, Н. Петровичев, В. Брюзгин Эпителиальные дисплазии шейки матки.
- 3 Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. - Л.: Медицина, 1990.
- 4 Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н., Шабанов А.М., Сюч Н.И., Полетова Т.Н., Бабков К.В., Бойчук В.С. Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении больных аденомиозом // Акушерство и гинекология - 2003. - №1 С.34-37.
- 5 Кудрина Е.А., Ищенко А.И., Гадаева И.В., Шадыев А.Х., Коган Е.А. Молекулярно-биологические характеристики наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология - 2000. - №6 - С.24 - 27.
- 6 Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю., Киндарова Л.Б., Беляева А.А. Эндометриоз : этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология - 2001. - №2 - С.8-11.
- 7 Посисеева Л.В., Назарова А.О., Шарабанова И.Ю., Палкин А.Л., Назаров С.Б. Эндометриоз : клинико-экспериментальные сопоставления // Проблемы репродукции - 2001. - №4 - С.27 - 31.
- 8 Сидорова И.С., Коган Е.А., Зайратьянц О.В., Унанян А.Л., Леваков С.А. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза)// Акушерство и гинекология - 2002. - №3 - С.32-38.
- 9 Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С., Посисеева Л.В., Соловьева Т.А., Букина Е.А. Фенотипический профиль лимфоидных клеток на системном и локальном уровне у женщин с внутренним эндометриозом. // Акушерство и гинекология - 2001. - №2 - С.28 - 32.
- 10 Филонова Л.В., Александрова Н.Н., Брусницина В.Ю., Чистякова Г.Н., Мазуров А.Д. Способ доклинической диагностики генитального эндометриоза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003. - №1 - С.69 - 72.
- 11 Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельевой Г.М. Гинекология. Национальное руководство. 2007 год. – С. 794.
- 12 Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г. Избранные лекции по гинекологии. — М.: Династия, 2003.
- 13 Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. — М.:ГЭОТАРМедиа, 2006.
- 14 Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. — М.: МИА, 2005.
- 15 В.С.Корсак, С.А.Сельков, М.А. Брасова «Гормональная и иммуноорентированная терапия генитального эндометриоза. Пособие для врачей». Москва 2002.

ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

С.Р. Оспанова

Медицинский центр New line medicus, г. Астана

Как известно, патология шейки матки относится к числу состояний, регулярно регистрируемых у пациенток, специалистами казахстанской гинекологической службы. Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10—15 % случаев. Рак шейки матки в настоящее время является самым часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов. Он составляет около 12 % от числа всех злокачественных опухолей, выявляемых у женщин. Рак шейки матки занимает второе место в структуре онкогинекологических заболеваний у женщин. По данным Министерства здравоохранения в Казахстане от этого заболевания ежедневно погибают две женщины.

Отмечается определенная этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в развитии канцерогенеза. Выделяют фоновые и предраковые заболевания, рак *in situ* и распространенный рак шейки матки.

Фоновыми называются заболевания, и изменения влагалищной части шейки матки, при которых сохраняется нормоплазия эпителия, т.е. происходит правильное митотическое деление эпителиальных клеток, их дифференцировка, созревание, эксфолиация. К этим заболеваниям относятся: псевдоэрозия, эктропион, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, цервициты, истинная эрозия.

К предраковым состояниям шейки матки относят дисплазию эпителия — патологические процессы, при которых отмечается гиперплазия, пролиферация, нарушение дифференцировки, созревания и отторжения эпителиальных клеток.

Факторы развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Воспалительные заболевания гениталий вызывают некробиоз многослойного плоского эпителия шейки матки и его десквамацию с последующим образованием на ней эрозированных участков, заживление которых происходит за счет разрастания из цервикального канала цилиндрического эпителия, не характерного для влагалищной экосреды. В этой зоне образуется псевдоэрозия. В дальнейшем цилиндрический эпителий замещается многослойным плоским эпителием.

Особо важное значение в возникновении дисплазии шейки матки принадлежит вирусу папилломы человека (ВПЧ).

Он проникает в базальные клетки эпителия через микротравмы, образующиеся при половых контактах. ДНК вируса попадает в клетку после сбрасывания белковой оболочки и поступает в клеточное ядро. Находясь в базальном слое в небольшом количестве копий, ДНК вируса не обнаруживается (латентный период). При дальнейшей экспрессии вируса развивается субклиническая, а затем клиническая стадии заболевания. Характерный цитопатический эффект ВПЧ — койлоцитоз — возникает в поверхностных слоях эпителия, при этом ядро принимает неправильную форму и становится гиперхромным из-за скопления в нем вирионов, в цитоплазме появляются вакуоли. В настоящее время идентифицировано более 100 различных типов ВПЧ, из которых 30 инфицируют генитальный тракт человека. Среди типов ВПЧ-инфекции выделяют группы различного онкологического риска. Так, к низкому онкологическому риску относят ВПЧ 6, 11, 40, 42, 43, 44 и 61 типов; к среднему риску — 30, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58; к высокому риску — 16, 18 и 31 типы вируса.

В зараженных клетках вирусный геном может существовать в 2-х формах: эписомальной (вне хромосом) и интегрированной в клеточный геном. Для доброкачественных поражений характерна эписомальная форма, для карцином — интеграция в геном раковой клетки. Эписомальная фаза нужна для репликации вируса и сборки вириона. Эта фаза гистологически характеризуется как цервикальная интраэпителиальная неоплазия легкой степени (CIN-1). Появление анеуплоидии, клеточной атипии, цитологической активности

соответствуют средней и тяжелой степени цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN-2 и CIN-3).

Совокупность ВИЧ-инфекции и ВПЧ увеличивает риск малигнизации. Кроме того, возникновению дисплазии шейки матки могут способствовать синергизм вируса простого герпеса, хламидий и ЦМВ.

2. Травматические повреждения шейки матки, возникшие после родов или аборт (предрасполагающим фактором является нарушение трофики и иннервации тканей), а также барьерные средства контрацепции и влагалищные тампоны типа «Тампакс».

3. Гормональные нарушения (повышение гонадотропной функции, сдвиги в метаболизме эстрогенов с преобладанием эстрадиола, увеличение оксигенированных форм 17-кетостероидов).

4. Имунные нарушения (увеличение уровня цитотоксических Т-лимфоцитов, уменьшение количества клеток Лангерганса в шейке матки. Степень дисплазии пропорциональна уровню иммуносупрессии).

5. Сексуальная активность (раннее начало половой жизни и большое число половых партнеров).

6. Инволютивные (возрастные) изменения половых органов, а также снижение резистентности организма, особенности метаболизма и гормональные нарушения.

7. Использование КОК с повышенным содержанием гестагенов.

8. Курение (риск заболевания повышается с увеличением количества сигарет в день и продолжительностью курения).

9. Наследственный фактор: риск возникновения рака шейки матки у женщин сотягощенным семейным анамнезом.

Эффективность цитологического же скрининга во многом зависит от его чувствительности и колеблется от 66% до 83%. Причиной ложноотрицательных ответов остаётся не столько ошибочная интерпретация цитологических данных, сколько плохой забор материала для цитологического исследования.

Для определения степени тяжести выявленных процессов в последние годы большинство исследователей применяют предложенную Richart (1968) классификацию цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN). Согласно указанной классификации, CIN 1 соответствует лёгкая дисплазия, CIN 2 - умеренная, CIN 3 объединила тяжёлую дисплазию и Ca in situ. В 1988 году цитологи предложили термин SIL (Squamous Intraepithelial Lesions) или сквамозное интраэпителиальное повреждение и выделили низкую и высокую степени повреждения (LSIL, HSIL). К низкой степени SIL были отнесены плоская кондилома и лёгкая дисплазия или CIN 1. К высокой степени SIL – умеренная, тяжёлая формы дисплазии и Ca in situ.

Дифференциальная диагностика при слабой дисплазии должна проводиться с фоновыми воспалительными процессами различной этиологии. Для исключения реактивных изменений в эпителиальных клетках при воспалении необходимо рекомендовать повторное исследование через 4 - 8 недель после проведения противовоспалительной терапии. При ороговевающей форме тяжелой дисплазии необходимо проводить дифференциальную диагностику прежде всего с Ca in situ. Нужно отметить, что цитологически отличить эти два процесса не всегда представляется возможным, и поэтому в последние годы наблюдается тенденция к их объединению в CIN 3.

Для постановки окончательного диагноза требуется проведение расширенной кольпоскопии и взятия материала с подозрительных участков слизистой на гистологическое исследование. Расширенная кольпоскопия включает обработку слизистой оболочки шейки матки 3% раствором уксусной кислоты (для идентификации ПК и ИК), а также 2% раствором Люголя – проба Шиллера. Она позволяет обнаружить патологически изменённые участки ткани и выявить границы поражения. Обработка слизистой оболочки раствором Люголя приводит к интенсивному окрашиванию в коричневый цвет

нормального многослойного плоского эпителия (МПЭ) за счёт реакции йода с гликогеном клеток поверхностных слоёв. При CIN 2 и 3 происходит нарушение вертикальной анизоморфности и стратификации поверхностных слоёв МПЭ, что приводит к отсутствию поглощения йода и, вследствие этого, к отсутствию окраски.

При гистологическом исследовании следует помнить, что различные степени дисплазии и Ca in situ могут иметь место в одной и той же шейке. Поэтому для проведения более достоверной дифференциальной диагностики имеет большое значение площадь исследуемого объекта.

Второй задачей диагностического процесса является подтверждение наличия ДНК ПВЧ в цервикальном эпителии с последующим определением его активности. К числу современных методов относится полимеразная цепная реакция (ПЦР) со специфическими праймерами, позволяющая выявлять и типировать вирусные последовательности ДНК в заражённых клетках [31]. Следующим этапом в лабораторной диагностике ПВЧ является определение вирусной нагрузки. Одним из таких методов, часто применяемых в вирусологии, является Hybride Capture 2 (НС 2) [25]. Было показано, что количество копий ДНК онкогенных вирусов намного выше при более тяжелых степенях CIN.

В настоящее время представляют интерес факторы, помогающие прогнозировать течение папилломавирусной инфекции (ПВИ) и, соответственно, развитие дисплазии. Немаловажно определить не только присутствие ПВЧ, но и подтвердить, находится он в активной (репликативной) или латентной стадии. Доказательство активной фазы инфекции, сопровождающейся размножением ПВЧ, является важным фактором в прогнозировании течения заболевания, выборе метода лечения и контроле его качества.

Репликацию вируса позволяют оценить обратнo-транскриптазная ПЦР (ОТ-ПЦР) и иммуноцитохимический метод. Они основаны, соответственно, на обнаружении вирусной РНК и поздних структурных белков (L1, L2), которые являются маркерами размножения ПВЧ. Указанные методы дают возможность подтвердить активность ПВИ, что позволяет прогнозировать течение инфекции и контролировать качество лечения.

В последнее время появились серологические методы для определения анти-ПВЧ IgG, IgM и IgA в сыворотке крови, однако их применение в медицинской практике остается под вопросом из-за длительной циркуляции антител в крови и отсутствием корреляции титра антител с клинической картиной.

На данный момент обсуждается начало и частота скрининга для выявления предонкологической цервикальной патологии. Доказано, что снижение заболеваемости в результате скрининга, проводящегося раз в 3 года, практически такое же, как при ежегодном скрининге [23]. По нашим данным, учитывая, что процесс малигнизации эпителия происходит в течение 5-8 лет, а также о высоком уровне инфицирования женщин ПВЧ в возрасте 20-30 лет, проводить скрининг рационально, начиная с 20 летнего возраста и с частотой раз в 3 года.

Следует отметить, что на сегодняшний день существует три основных модели работы с пациентками, страдающими данной патологией – наблюдение, консервативное, а также хирургическое лечение. При выборе лечения врачу необходимо руководствоваться следующими факторами: возрастом пациентки, данными кольпоскопии и онкоцитологии, наличием или отсутствием у женщины вируса папилломы человека, а также ее планами на беременность.

Итак, в каких случаях пациентке с патологией шейки матки может быть рекомендовано наблюдение (посещение гинекологического кабинета 1 раз в полгода). В первую очередь данные рекомендации могут быть предложены женщинам с врожденной эктопией, без признаков воспаления, PAP тест 1 класс, отрицательные показатели на ВПЧ.

Ко второй группе относятся женщины с эпидермизирующей псевдоэрозией, планирующих беременность в ближайшее время. Данные PAP теста 1 класс и отрицательные данные на ВПЧ.

В третью группу женщин, которым также может быть рекомендовано наблюдение у врача-гинеколога, входят пациентки с кистами шейки матки небольших размеров. Однако решение о наблюдении данных женщин может быть принято только после изучения результатов кольпоскопии и онкоцитологии.

При наличии у вышеуказанной группы женщин положительных анализов на ВПЧ рекомендовано вакцинация герпераксом.

К консервативному лечению относят также обработку шейки матки лекарственными препаратами, вызывающих химическую коагуляцию пораженного участка, которые содержат органические кислоты. Этот метод показан нерожавшим пациенткам с небольшими псевдоэрозиями с нормальными показателями онкоцитологии и кольпоскопии.

Солковагин — водный раствор, который содержит азотную, уксусную, щавелевую кислоты и цитрат цинка, которым обрабатывается эрозия; контроль через 3—5 дней. Если не произошло заживление, место эрозии обрабатывается повторно два раза с контролем через 4 недели. Ваготил (поликрезулен) — 36 % раствор, 2-3 раза в неделю, на три минуты приложить тампон на область эрозии, количество процедур 10-12.

Несмотря на то, что патологии шейки матки в новом 10-летию XXI века по-прежнему занимают одну из лидирующих позиций в группе женских заболеваний, наиболее часто регистрируемых у жительниц нашего региона, специалисты гинекологической службы Казахстана владеют методиками, способствующим их успешному лечению. Тем самым, влияя положительно на образ жизни женщин.

Литература:

- 1 Ю.Подистов, К. Лактионов, Н. Петровичев, В. Брюзгин Эпителиальные дисплазии шейки матки.
- 2 Лихачев В.К. Практическая гинекология Лихачев В.К. 2007 г.
- 3 Сельков С.А. Ранняя диагностика и лечение предраковых состояний шейки матки.
- 4 Ранняя диагностика и лечение предраковых заболеваний шейки матки
С.А. Сельков, С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек, Г.Н. Веденева
- 5 Козаченко В.П. // Совр. онкол. - 2000. - Том 2.
- 6 Ландеховский Ю.Д., Бабичева И.А. // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. В.Н.Прилепской. - М., 1999.
- 7 Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. // 1999.
- 8 Киселёв Ф.Л. // Вопр. вирусол. – 1997. - №6.
- 9 Кулаков В.И., Роговская С.И., Бебнева Т.Н. // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции под ред. Прилепской В.Н.). – М.:МЕДпресс. – 1999.
- 10 Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Пинегин Б.В. и др. // Акуш. и гинек. - 1998. - №3.
- 11 Михайлов И.Г., Максимов С.Я., Новик В.И. и др. // Вопр. онкол. - 2000.- Т. 46, № 3.
- 12 Новикова Е.Г. // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции под ред. Прилепской В.Н.) – М.:МЕДпресс. – 1999.
- 13 Пинегин Б.Б., Минкина Г.Н., Агикова Л.А. и др. // Иммунол. - 1997. -№1.
- 14 Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р. // Практическая онкология. – 2002. – Т.3, №3.

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ ДИАБЕТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Ж. Сагындыкова

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Сахарный диабет определен Всемирной организацией здравоохранения как неинфекционная эпидемия, именно поэтому в 2006 году принята резолюция ООН о борьбе с сахарным диабетом. Ранне подобные резолюции о заболевании были посвящены борьбе с малярией, туберкулезом, ВИЧ-инфекцией. В настоящее время в мире насчитывается более

250 млн.человек, по прогнозом экспертов ВОЗ через поколение ожидается рост до 350 млн.и более.

По определению ВОЗ (1999 г.) сахарный диабет - это группа обменных заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих фактов.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2018 сахарный диабет включен в перечень социально значимых заболеваний.

В Казахстане, как и во многих странах мира, сахарный диабет остается серьезной проблемой. Показатели заболеваемости сахарным диабетом за последнее десятилетие имеет тенденцию роста (с 111,3 на 100 000 населения в 2003 году до 158,3 в 2011 году, рост составляет более 25%). В динамике в абсолютных цифрах рост количества больных указано с 2005 года (рисунок 1).

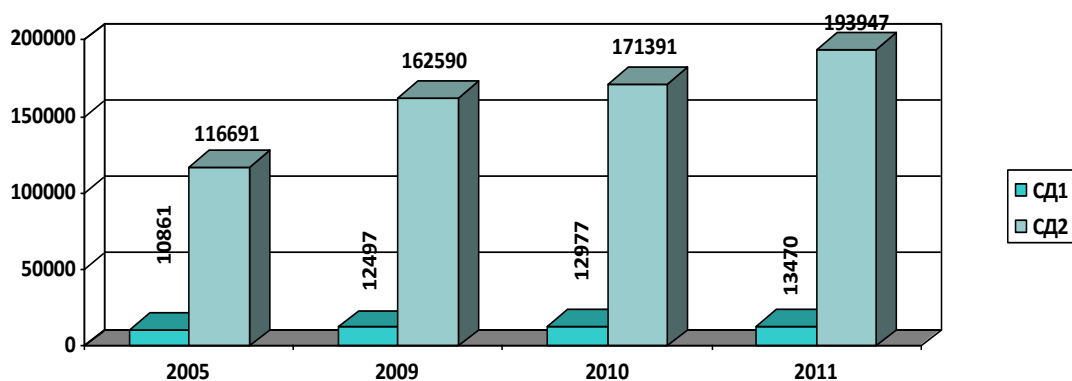


Рисунок 1 - Динамика увеличение числа больных за период 2005-2011 г.г. (абс.)

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан», утвержденной Главой государства в республике проводятся мероприятия по профилактике, раннему выявлению сахарного диабета и взятию на диспансерный учет. Уже с 2011 года проводятся повсеместно обследования на раннее выявление сахарного диабета среди взрослого населения.

На рисунке 2 указано число выявленных больных и взятых на учет в возрасте от 18 до 65 лет.

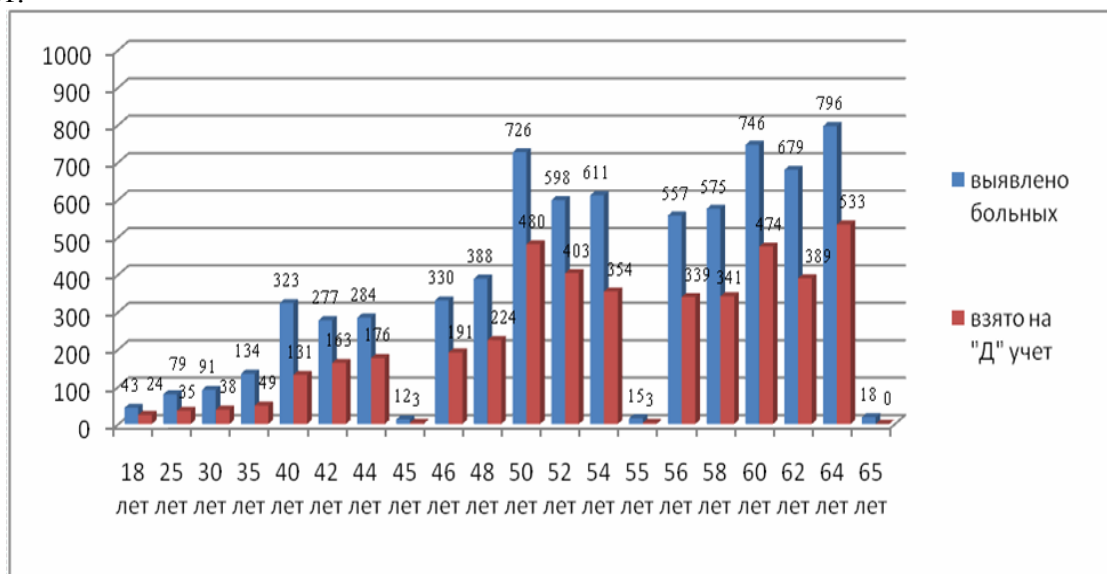


Рисунок 2 – Число выявленных больных и взятых на учет в возрасте от 18 до 65 лет.

В республике приоритетной задачей является бесперебойное обеспечение больных сахарным диабетом качественными современными и высокоэффективными сахароснижающими препаратами для полноценной терапии и снижения инвалидизации и смертности больных диабетом.

В целях улучшения амбулаторного лекарственного обеспечения, все лекарственные средства и изделия медицинского назначения, предусмотренные для амбулаторного уровня лечения в соответствии с Перечнем, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786, отпускаются с 2012 года на бесплатной основе за счет средств республиканского и местного бюджетов.

Данный перечень составлен с учетом доказательной медицины и доказанной эффективности лечения заболеваний на амбулаторном уровне.

В соответствии с утвержденным перечнем пациенты с сахарным диабетом, состоящие на диспансерном учете обеспечиваются бесплатно сахароснижающими препаратами (по 9 наименованиям), инсулинами и средствами доставки и самоконтроля.

Начиная с 1996 г. из республиканского бюджета выделяются средства на централизованный закуп инсулина и средств доставки, при этом выделяемая сумма ежегодно увеличивается.

Увеличение расходов связано с ростом числа инсулинозависимых больных, пересмотра требований, предъявляемых к препаратам инсулина в сторону ужесточения требований к его качеству, закупа более качественных инновационных средств доставки инсулина, необходимых для обеспечения больных детей, подростков, слабовидящих и инвалидов (шприц-ручки, иглы к шприц-ручкам, одноразовые шприцы), увеличением закупаемых единиц инсулина в картриджах по сравнению с количеством единиц во флаконах, увеличения закупа препаратов аналогов инсулина. Закупаемые препараты инсулина являются оригинальными генно-инженерными человеческими, либо аналогами человеческого инсулина с улучшенным механизмом действия, прошедшие при регистрации в Казахстане клинические испытания в ведущих клиниках страны, препараты ведущих мировых производителей препаратов инсулина, которые используются в Казахстане на протяжении последних нескольких лет.

На сегодня потребность в инсулине больных, жизнь которых зависит от ежедневных инъекций инсулина, обеспечена в республике на 100 %.

В республике реализуется проект по использованию систем непрерывной подкожной инфузии инсулина (инсулиновая помпа) в лечении детей с сахарным диабетом 1 типа от 5 до 15 лет. В регионах проводится отбор детей на использование инсулиновой помпы, идет интенсивное обучение врачей-эндокринологов в регионах, ранее не имевших опыта работы с помпами. Для успешной реализации данного проекта обучены детские эндокринологи в ведущих помповых школах Словении (г. Словения) и в Израиле (г. Тель Авив). На сегодня данный метод доставки инсулина считается самым передовым в мире, он позволит улучшить контроль уровня гликемии, соответственно снизить количество осложнений диабета.

Для обучения пациентов и лиц ухаживающих за детьми, перевода на помповую инсулиновую терапию, наблюдения за пациентами в динамике, созданы кабинеты помповой инсулиновой терапии, где работают обученные врачи эндокринологи.

Многие проблемы больных сахарным диабетом в республике решаются благодаря политики, проводимой государством, достигнутому пониманию и совместным действиям со стороны государства, медицинских работников и общественности.

Ярким примером является в течение 10 лет сотрудничество Министерства здравоохранения Республики Казахстан с неправительственной общественной организацией – Диабетической Ассоциацией РК (далее – ДАРК).

Совместно с ДАРК в целях обучения пациентов методам самопомощи, включая профилактику и доврачебную диагностику, преодоления болезненных симптомов в целях

сохранения возможности функционирования больным в домашних условиях и в обществе в республике организованы «Школы диабета», кабинеты «диабетическая стопа».

Министерством уделяется большое внимание вопросам подготовки и переподготовки кадров врачей эндокринологов и средних медицинских работников.

Ежегодно проводятся Дни диабета, в рамках которых организуются научно-практические конференции для врачей эндокринологов, хирургов, кардиологов, терапевтов, офтальмологов, тематические выставки по диабету, «Круглые столы» с консультациями врачей-специалистов и бесплатной экспресс-диагностикой уровня сахара в крови у населения.

В настоящее время Министерство совместно с заинтересованными министерствами, ведомствами и ДАРК уделяет особое внимание активизации реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного оздоровления больных диабетом.

Таким образом, все мероприятия проводимые государством по проблемам сахарного диабета направлены на достижение главной цели Сент-Винсентской Декларации - это доведение качества и продолжительности жизни больных диабетом до параметров, свойственных здоровому человеку.

Диабет на сегодняшний день неизлечим, но благодаря активному внедрению в практику лечения сахарного диабета достижений мировой диабетологии, можно снизить число и степень выраженности наиболее опасных осложнений, повысить качество жизни больных, при сохранении ими высокого уровня работоспособности на многие годы и десятилетия.

Литература

1 А.В. Древалъ. Лечение сахарного диабета и сопутствующих заболеваний.

2 А.Ю. Майоров, Е.В. Суркова. Сахарный диабет 2 типа. Руководство для врачей общей практики.

3 Статистический сборник (с 2003 по 2011 годы).

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Д.Г. Садвакасова

Областной кожно-венерологический диспансер, г. Павлодар

Уровень финансирования здравоохранения от валового национального дохода составляет 3,4 %, тогда как в экономически развитых странах эта цифра достигает 8% и более, что отстает от потребностей, обеспечивающих государственные гарантии оказания медицинской помощи. ВОЗ считает, что если финансирование здравоохранения меньше 5% от ВВП, то говорить о качестве и эффективности системы здравоохранения не приходится. Национальный проект «Здоровье» в сфере здравоохранения сыграл положительную роль в укреплении МТБ. В определенной мере это коснулось и сестринского персонала: компьютеризированы рабочие места, внедряется новое лабораторное оборудование, что способствует оптимизации и уменьшению трудозатрат специалистов со средним медицинским образованием.

Значительно повысилась заработная плата специалистов сестринского дела, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению за счет дополнительных выплат в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Осуществлена подготовительная работа, а в пилотных территориях и учреждениях функционирует отраслевая система оплаты труда персонала.

Вместе с тем, сохраняются проблемы:

1. При введении унифицированной системы определения стоимости медицинской услуги для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения не включаются в расчетную стоимость сестринские услуги.

2. Финансовые потоки, которые направляются в ЛПУ, в последнюю очередь направляются на изменение условий работы сестринского персонала, приобретение средств малой механизации, создание эргономичных и научно-обоснованных условий труда сестринского персонала

3. Система оплаты труда сестринского персонала не регулируется с учетом уровня образования, сложности, объемов и качества оказываемой помощи.

Недостаточно развиваются инфокоммуникационные технологии в деятельности руководителей сестринских служб и специалистов со средним медицинским образованием.

Немаловажную роль играют технологии сестринской помощи. Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, технологий выполнения простых медицинских услуг и профессиональных стандартов.

В регионах Казахстана накоплен значительный опыт работы сестринского персонала в условиях первичной медико-санитарной помощи по использованию современных технологий первичной и вторичной профилактики, в том числе формированию медицинской активности населения.

Имеется положительный опыт профилактической работы медицинских сестер в медико-профилактических отделениях, акушерок в кабинетах планирования семьи. Специалисты сестринского дела участвуют в организации и проведении «Школ здоровья» и «Школ для пациентов».

На сестринский персонал возложена обязанность обеспечения обучения населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволяет облегчить решение ряда медико-социальных проблем силами населения и самих пациентов, а также повысить эффективность деятельности специальных служб в условиях чрезвычайных ситуаций.

С каждым годом увеличивается количество экспериментальных площадок по внедрению новых организационных сестринских технологий: сестринский процесс, периоперативный процесс, оккупациональная сестринская помощь и др. Накоплен опыт по внедрению организационных сестринских технологий, ведению сестринской документации.

Расширяется участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, консультативно-диагностических службах и службах ухода на дому.

В лечебной организации проводится работа по внедрению отраслевых стандартов «Протокол ведения больных. Пролежни», «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность» и др., проведены исследования по изучению затрат рабочего времени.

Эффективность оказания медицинской помощи зависит от применения модернизированной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи, путем осуществления организационных сестринских технологий, технологий ухода, профилактики, диагностики и лечения. Тем не менее, остаются нерешенными следующие проблемы:

1. Отсутствует научно-обоснованная и общепринятая модель сестринской деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации

2. Недостаточно разработана нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность специалистов сестринского дела в лечебно-диагностическом процессе, в составе междисциплинарной команды по оказанию помощи пациенту, в профилактике. До сих пор отсутствует разграничение полномочий по компетенциям между врачами и специалистами сестринского дела

3. На стадии эксперимента находятся сестринские технологические универсальные модули при различных проблемах пациента, а именно: лечебные,

диагностические, ресурсные, организационные, профессиональные, паллиативные, оккупациональные и пр., а также технологии простых медицинских услуг; их введение позволит оптимизировать качество медицинской помощи и адаптировать их к любым видам и этапам медицинской помощи.

Также отсутствуют системные индикаторы оценки объемов и качества лечебной, диагностической и профилактической помощи, оказываемой специалистами сестринского дела, они не включены в систему лицензирования и добровольной аккредитации ЛПУ, что может являться продолжением исследования в данном направлении.

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Д.Г. Садвакасова

КГП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

Маркетинг в медицине - система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем. Медицинская помощь с течением времени обрела правовое положение услуги. Следовательно, медицинские услуги, предоставляемые пациентам в различных учреждениях, также стали неотъемлемой частью рыночных отношений. Возник рынок медицинских услуг. Предметом изучения маркетинга является деятельность человека, направленная на удовлетворение нужд и потребностей, посредством обмена. Объектом исследования является предприятие, фирма, предоставляющие медицинские услуги. Услуга - любое мероприятие или выгода, которую одна сторона может предложить другой, и которая, в основном, неосвязаема, и не приводит к завладению чем-либо. Производство услуг может быть, а может и не быть связано с товаром в его материальном виде. Однако, экономическая полезность делает услугу предметом торговли. Услуга, в том числе медицинская, представляет собой материальное производство с получением невещественного его продукта. Медицинская услуга представляет собой разновидность профессиональных услуг. При их оказании законом предъявляются повышенные требования к квалификации исполнителя. Законодательство устанавливает специальную правоспособность не только для хозяйствующего субъекта, осуществляющего такую деятельность, но и для исполнителя услуг. На этом основывается порядок выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности и сертификатов подтверждающих профессионализм исполнителя медицинских услуг. К медицинской деятельности допускаются лишь врачи или медицинские сестры соответствующей квалификации. Медицинские работники имеют дело, в основном, с больным человеком, для лечения, восстановления и укрепления здоровья, которого осуществляется специальная деятельность, включающая инвазивные и неинвазивные способы воздействия на организм пациента. Организм человека как предмет медицинской деятельности и целевое воздействие на состояние здоровья как объект, существенно отличают медицинскую услугу от других профессиональных услуг.

Классификация медицинских услуг. (Шарапов В.Ф. 1996).

По характеру: профилактические, экспертные, организационные, статистические, диагностические, лечебные, комбинированные, реабилитационные.

По сегментам структуры здравоохранения: санитарно-гигиенические, эпидемиологические, амбулаторные, поликлинические, стационарные.

По уровням медицинской помощи: доврачебные, врачебные, квалифицированные, специализированные.

По интенсивности во времени: скорые, неотложные, плановые.

По квалификации источника медицинских услуг: низкая, средняя, высокая.

По технологиям: рутинные, высокотехнологические.

По инвазивности: неинвазивные, инвазивные.

По соблюдению стандарта: соответствие стандарту, несоответствие стандарту (обоснованное, необоснованное, ошибочное).

По времени достижения конечного результата: соответствующие срокам, не соответствующие срокам.

По конечному результату: адекватное, частично адекватное, неадекватное.

По соответствию правовым нормам: соответствующие функциям исполнителя, не соответствующие функциям исполнителя, ошибочные, халатные (повлекшие ущерб здоровью или смерть потребителя).

Лечебные медицинские услуги

Неразрывно связаны с диагностическими и ориентированы на восстановление анатомических и функциональных изменений, сопутствующих заболеваний в оптимально короткие сроки. Они отличаются многообразием (психотерапевтические, хирургические, медикаментозные и т.п.). Реализация лечебных услуг может быть прямой (врачебной), опосредованной (врач - лечебное устройство - больной), групповое врачевание. В государственной системе здравоохранения продавцом лечебных услуг является государство. Объём лечебных услуг регламентируется финансированием здравоохранения, ЛПУ. *Заказчиком* медицинских услуг государственной системы здравоохранения является врач-клиницист, *потребителем* - пациент. Неотъемлемая часть медицинских услуг - использование диагностических или лечебных средств (аппаратуры, оборудования инвентаря, расходного материала, медикаментов), их прикладная значимость для медицинских услуг определяется требованиями необходимой достаточности. Услугам, как и физическим товарам, присущи покупательские риски. Неосвязаемость медицинских услуг, нередко и после их получения, создаёт проблему авансированного доверия потребителя производителю таких услуг. Услугам присуща высокая степень неопределенности. А лечебный процесс исчерпывающей регламентации (стандартизации и унификации) не подлежит. Каждый врач осуществляет его по-разному. Результат услуги - это модель ожидания, цель. Опасность может представлять любое банальное медицинское вмешательство. Вероятность легального исхода не исключается и при проведении операции аппендэктомии. Относительно возможности наступления осложнений пациент должен быть информирован и они должны быть обозначены в соответствующей форме в договоре между медицинским хозяйствующим субъектом и гражданином

Главная задача маркетинга услуг помочь клиенту оценить организацию услуги, сделать выбор. Одно из наиболее важных значений в медицинской деятельности в условиях медицинского страхования приобретает канал движения медицинских услуг от ЛПУ до потребителя.

Цены на медицинские услуги

Цена - денежное выражение стоимости товара (услуги). Имеются два метода образования цен: *по издержкам и по аналогии*. Конечная цена изделия не зависит от метода ее образования, хотя ценообразование по издержкам кажется более точным и предпочтительным. Экономисты склонны вести политику ценообразования по издержкам. Менеджеры - по аналогии. Ценообразование по издержкам основано на реальных издержках (заработная плата, обязательное отчисление, аренда, накладные расходы), а ценообразование по аналогии - только на ценах конкурентов. Для медицинских услуг применяются следующие цены:

✓ *Монопольная цена* устанавливается произвольно производителем (при стратегии высоких цен).

✓ *Номинальная цена* публикуется в прейскурантах, справочниках, биржевых котировках.

✓ *Розничная цена* - цена, по которой ведется продажа единичными экземплярами. Розничная цена основана на сумме издержек производства, плюс прибыль производственных и сбытовых организаций, плюс налог с оборота.

✓ *Рыночная цена* – цена, по которой ведется купля-продажа на данном рынке. Рыночная цена практически равна розничной.

✓ *Скользкая цена* - устанавливается в зависимости от некоторых условий (нередко равняется рыночной на данную дату, связывается с курсом валют).

✓ *Твёрдая цена* - устанавливается в договоре купли-продажи не подлежит изменению.

Выводы:

1. Таким образом, *медицинский маркетинг* - это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинских услуг от её производителя (врача, медсестры и т.п.) к потребителю (пациенту); это и социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредством их разработки, продвижения и реализации.

2. Рано или поздно каждая медицинская услуга вытесняется другой более сложной и совершенной, или вследствие конкуренции, вообще теряет смысл, так как перестаёт приносить прибыль. По мере усиления конкуренции появляются все новые и новые виды услуг, которые «выживают» устаревшие методы лечения, диагностики. Поэтому на современном этапе всем медработникам надо постоянно самосовершенствоваться, руководителям ЛПУ внедрять новые методы диагностики и лечения, более прогрессивные и эффективные.

3. Сохранить и развить имеющиеся структуры ЛПУ, внедрить новые, прогрессивные формы работы поможет маркетинг. А реклама предоставляемых услуг будет способствовать усилению конкурентоспособности медицинской фирмы. Кроме того важную роль играют знания, касающиеся каналов движения медицинских услуг и их ценообразования.

ЭЛЕМЕНТЫ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*С.И. Субботина,
Родильный дом №1, г. Астана*

Будущее любого государства напрямую зависит от устойчивого демографического развития.

В г. Астана по результатам диспансеризации в 2007г. выявлено, что только 19,5% граждан, прошедших диспансеризацию, призваны практически здоровыми, у 22,3% установлены факторы риска развития заболеваний, у 58,2% граждан, считавших себя здоровыми (из которых 60% мужчины), в процессе диспансеризации выявлены в среднем по два заболевания.

В процессе анализа принципов формирования программы государственных гарантий обеспечения граждан РК бесплатной медицинской помощью специалистами Института общественного здравоохранения (г. Астана) были исследованы нормативно-правовые акты, регулирующие обеспечение медицинской помощью в РК, исследована структура финансового обеспечения различных видов медицинской помощи, проанализированы нормативы объемов медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. В динамике были изучены показатели потребности населения г. Астана в стационарной помощи и расчеты ее финансового обеспечения.

Качество медицинских услуг является многогранным понятием, а его обеспечение требует максимальной консолидации творческого потенциала и практического опыта многих специалистов. Однако ни в одном из законодательных актов практически не раскрывается понятие качества медицинских услуг, что создает дополнительные сложности при реализации прав пациентов на получение качественной медицинской помощи.

Качество медицинских услуг – это совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом современного уровня развития медицинской науки и технологии.

Качество медицинских услуг должно рассматриваться с позиций их доступности, безопасности, оптимальности и оцениваться по трем направлениям:

- по структуре (материально-технические возможности, кадровые ресурсы), которая характеризует условия оказания медицинских услуг, но не является гарантией качества;
- по результату (зависит как от качества процесса оказания медицинских услуг, так и от факторов, не связанных с работой врача, то есть тяжести больного, его возраста, особенности заболевания и т. д.);
- по процессу оказания медицинских услуг, т.е. врачебному процессу (через влияние на процесс можно повлиять на результат).

Необходимо разработать алгоритм исследования качества оказания медицинских услуг на основе использования индикаторов качества: стандартов, клинических протоколов, руководств (рис. 1). Улучшение качества медицинских услуг должно учитывать три основных направления: совершенствование материально-технической базы медицинских учреждений (включая адекватное финансирование медицинских услуг), улучшение результатов медицинской помощи и непрерывное улучшение качества процесса оказания медицинской помощи.

Для определения уровня удовлетворенности потребителей медицинскими услугами мною проанализированы результаты опроса пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений.

Проведено анкетирование потребителей медицинских услуг во взрослой и детской сети поликлиник (оценка проводилась по пятибалльной шкале). Исследование было разбито на три этапа: 1. Репрезентативный опрос жителей города. 2. Опрос потребителей платных медицинских услуг. 3. Глубинные интервью с потребителями платных медицинских услуг.

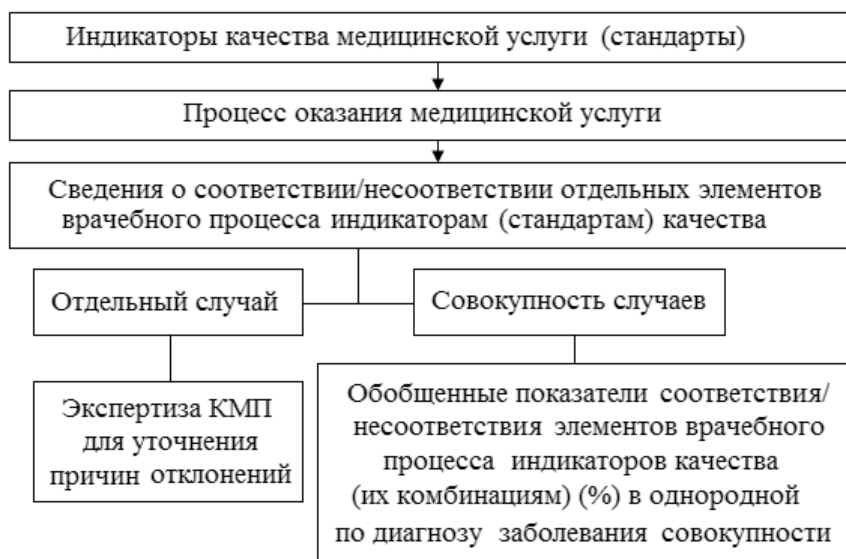


Рисунок 1- Алгоритм исследования качества процесса оказания медицинских услуг на основе индикаторов качества

Всего на вопросы анкеты ответили 1887 респондентов, в том числе 612 пациентов взрослых поликлиник (в том числе 62 неработающих пенсионеров) и 1275 потребителей медицинских услуг в детских поликлиниках. Проведенные исследования позволили предложить схему, характеризующую данные об удовлетворенности потребителей оказываемыми медицинскими услугами (рис.2).



Рисунок 2- Данные об удовлетворенности потребителей оказываемыми медицинскими услугами

В результате проведенного анкетирования определен рейтинг поликлиник по качеству обслуживания населения. Восприятие населением качества медицинских услуг зависит не только от результативности лечения, но и отношения к нему персонала лечебного учреждения. Причем не только врачей, но и младшего медицинского персонала, обслуживающего персонала, администрации. От сложившейся в поликлинике культуры общения с пациентами, общей атмосферы в коллективе, может зависеть как оценка пациентом уровня собственной удовлетворенности оказанных медицинских услуг, так и, в конечном счете, частота обращения в данное учреждение. По данным социологических опросов, 63% респондентов считают качество обслуживания в государственных медицинских учреждениях низким, и 42,7% полагают, что в частных клиниках качество обслуживания выше. В ходе проведенного опроса пациентам было предложено оценить по 5- балльной шкале качество обслуживания различных категорий медицинских работников (врачей, среднего медицинского персонала и работников регистратуры) в контексте уровня доброжелательности в общении с пациентами (5 - доброжелательное отношение, 1 - недоброжелательное отношение). Сравнение данных рейтинга в районном разрезе (табл. 1) показывает, что наиболее доброжелательным отношением к пациентам отличаются врачи поликлиник, обслуживающих взрослое население Алматинского района г. Астана.

Таблица - Сводная таблица рейтинга поликлиник, обслуживающих взрослое население, баллы

Сарыаркинский	Есильский район	Алматинский район
---------------	-----------------	-------------------

№1, 4 поликлиники	Балл	поликлиника	балл	№ 6, 7 поликлиники	Балл
33	4,1	20	4,0	27	4,1
111	4,0	23	4,0	28	4,0
114	3,9	43	3,8	24	4,0
115	3,9	88	3,7		
49	3,9	45	3,7		

Поэтому все-таки необходимо, чтоб система управления качеством медицинских услуг включала в себя следующие элементы:

- создание и развитие системы стандартов медицинской помощи, устанавливающих научно - обоснованные требования к медицинской услуге, в т.ч. к ее поддержанию, организации, технологии проведения;
- осуществление ведомственного контроля качества медицинской помощи;
- проведение независимой экспертизы качества (вневедомственный контроль качества медицинской помощи);
- разработку по результатам вневедомственного и ведомственного контроля и реализацию программ повышения качества медицинской помощи.

Развитие системы управления качеством медицинских услуг должна предполагать выработку новых организационно-методических подходов для ее функционирования:

- совершенствование законодательства в области управления качеством медицинской помощи;
- создание оптимальной структуры системы управления качеством медицинской помощи;
- формирование системы норм, правил и нормативов деятельности по управлению качеством медицинской помощи.

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

*С.И. Субботина,
Родильный дом №1, г. Астана*

Кесарево сечение является одной из древнейших операций полостной хирургии. Это родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке, в настоящее время является распространённым оперативным вмешательством, частота её колеблется от 25 до 17%

Риск для жизни и здоровья женщины при проведении кесарева сечения в 12 раз выше, чем при родах через естественные родовые пути. Поэтому кесарево сечение проводят строго по показаниям. Показания к проведению этой операции разделяют на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относят ситуации, когда невозможно извлечь плод через естественные родовые пути, или роды представляют опасность для жизни матери в силу осложнений беременности и родов. К относительным показаниям относят ситуации, при которых рождение живого и здорового ребёнка через естественные родовые пути считают сомнительным.

Осложнения возникают менее чем в 5% случаев всех кесаревых сечений. При плановой операции число послеоперационных осложнений в 2-5 раз меньше, чем при экстренной операции. Поэтому большое значение в профилактике послеоперационных осложнений имеет плановое кесарево сечение, при котором частота гнойно-

воспалительных заболеваний снижается на 50-60%. Плановое кесарево сечение должно занимать доминирующее положение, так как его выполняют в более благоприятных условиях психологической адаптации и предоперационной подготовки.

Исходное состояние здоровья женщин, выбор рационального метода и техники выполнения операции, качество шовного материала и антибактериальной терапии, а также рациональное ведение послеоперационного периода, профилактика и лечение осложнений, связанных с оперативным родоразрешением, определяют благоприятные результаты операции.

Поперечный разрез в нижнем сегменте матки проводится параллельно круговым мышечным волокнам, в том месте, где почти нет кровеносных сосудов. Поэтому он меньше травмирует анатомические структуры матки, а значит, в меньшей степени нарушает течение процессов заживления в операционной зоне. А использование современных синтетических рассасывающихся нитей способствуют длительному удержанию краев раны на матке, что приводит к оптимальному процессу заживления и формированию состоятельного рубца на матке, что очень важно для последующих беременностей родов.

Профилактическое использование антибиотиков (независимо от схемы) у женщин, которым выполняют кесарево сечение, снижает риск возникновения ассоциированных с инфекцией осложнений и тяжелых послеоперационных инфекций.

Кокрановский обзор, озаглавленный "Антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении", проанализировал большое количество рандомизированных контролируемых исследований. Он обнаружил, что профилактическая антибиотикотерапия у женщин, которым производят кесарево сечение, ведет к снижению риска осложнений, связанных с инфекцией, в том числе лихорадки, эндометрита, раневой инфекции, инфекций мочевыводящих путей и тяжелых послеоперационных инфекций; небольшое снижение было также обнаружено в показателе длительности пребывания женщины в больнице. Однако был отмечен повышенный риск некоторых побочных действий, хотя они не были тяжелыми и отмечались спорадически. Независимо от схемы антибиотикотерапии и от различий между изучаемыми группами населения, протекторный эффект профилактической антибиотикотерапии наблюдался у всех пациенток, которым делали кесарево сечение (плановое, внеплановое, или плановость операции не была указана в исследовании). Такой эффект значительного снижения послеоперационной инфекционной заболеваемости (приблизительно на две трети) заставил составителей обзора рекомендовать профилактическую антибиотикотерапию всем женщинам, которым выполняют кесарево сечение.

До сегодняшнего дня считалось, что антибиотики целесообразнее всего давать при завершении операции кесарева сечения, в частности, после извлечения ребёнка, чтобы антибиотики не попали в кровоток ребёнка и теоретически не стали причиной возникновения у новорожденного антибиотикоустойчивых видов инфекции. Однако Американская Коллегия акушеров и гинекологов считает, что профилактическое введение антибиотиков за час до начала операции кесарева сечения значительно снижает риск возникновения у матери послеоперационной инфекции, при этом, не оказывая какого-либо негативного воздействия на новорожденного.

За 2010 год в род доме №1 проведено 985 операций кесарева сечения. С целью профилактики материнской заболеваемости после кесарева сечения, применялись современные высокоэффективные антибиотики широкого спектра действия, обладающие максимальной антимикробной активностью (цефалоспорины первых трёх поколений, полусинтетические пенициллины) поскольку в развитии инфекции велика роль микробных ассоциаций, вирусов, микоплазм, хламидий и др. Во время операции кесарева сечения профилактическое введение антибиотиков проводилось после пересечения пуповины, чтобы уменьшить их отрицательное воздействие на ребёнка. В послеоперационном периоде предпочтение отдавалось коротким курсам антибиотикотерапии, чтобы уменьшить

поступление препаратов к ребёнку через молоко матери или под контролем анализа крови отменялось.

При проведении операции в плановом порядке у обследованных и подготовленных беременных антибиотикопрофилактика не проводилась. Таких родильниц прошло 102 - 10,3% (пациенты не принимавшие антибиотики не до операции, не во время операции и не после операции) Осложнений в послеоперационном периоде не было, родильницы выписаны на 5-6 сутки домой с детьми. При дальнейшем наблюдении в амбулаторных условиях осложнений у данной группы пациентов не было. Осложнения в 3 случаях-0,3% наблюдались у родильниц в послеоперационном периоде получавших длительную антибактериальную терапию и были угрожаемы по развитию гнойно септических осложнений в послеоперационном периоде.

Мы пришли к выводу, что антибиотикопрофилактика далеко не всегда позволяет достичь ожидаемого эффекта, что связано с полимикробным характером послеродовых инфекций, высокой приспособляемостью микрофлоры, постоянной селекцией штаммов, резистентных к современным антибиотикам.

При кесаревом сечении превентивную антибиотикопрофилактику целесообразно проводить только у женщин группы высокого риска по развитию гнойно- воспалительных заболеваний. Целью такой профилактики является предупреждение генерализации инфекции, подавление латентно протекающей инфекции и борьба с носительством возбудителей. Основной целью превентивной антибиотикопрофилактики- добиться терапевтической концентрации антимикробного агента в тканях в первые 3 часа.

Более длительное применение антибиотикопрофилактики не приводит к повышению её эффективности, наоборот, может привести к отрицательным последствиям. После операции из нижних отделов половых путей высеваются ассоциации микроорганизмов. На фоне сниженной реактивности организма в первые 3 суток послеоперационного периода условно-патогенная микрофлора существенно активизируется. Однако при нормальном течении послеоперационного периода под воздействием системы иммунитета обычная микрофлора родовых путей постепенно вытесняет не свойственные ей микроорганизмы. Длительное применение антибиотиков затрудняет этот процесс самоочищения от патогенных бактерий. Поэтому в случаях планового кесарева сечения антибиотики можно не применять совсем.

Заключение: антибиотикопрофилактика при проведении кесарева сечения необходима только у женщин группы высокого риска по развитию гнойно- воспалительных заболеваний, а при проведении плановой операции у беременных с отсутствием данного риска можно обойтись без применения антибиотиков.

Литература

- 1 Кесарево сечение в современной акушерской практике В.И. Кулаков, Т.В Червакова, А.А, Тохиян
- 2 Новые рекомендации Американской коллегии акушеров и гинекологов
- 3 Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of Caesarean sections in Brazil. *The lancet* 1991;338:167-169.
- 3 Faundes A, Cecatti JG. Which policy for Caesarean section in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health policy and planning* 1991;8:33-42.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЕТАДЖЕКСА И РЕКОФОЛА ПРИ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

*к.м.н. Б.К Сулейменов, А.К. Жумабаева, А.Ш. Жайлыбаев,
М.Г. Жармухамбетов, Г.С. Ибраев
Больница скорой неотложной помощи, г.Алматы*

Введение. В последние время наряду с использованием эндотрахеального и регионарного обезболивания в гинекологической практике, в особенности при малых оперативных вмешательствах все большее применение находят неингаляционные виды общего обезболивания, среди которых ведущее место занимает внутривенная анестезия [1,2]. В качестве основных анестетиков используют кетаджекс и рекафол, комбинация которых позволяет обеспечить все неспецифические компоненты анестезии при «малых» оперативных вмешательствах, а также нивелировать нежелательные эффекты, присущие этим анестетикам [3,4]. Хирургическая стадия кетаджекс-рекафоловой анестезии изучена достаточно хорошо, в то время как стадия выхода из наркоза ограничивается в основном описанием восстановления психомоторной функций. В анестезиологической практике до сих пор остается актуальной наряду с проблемой усыпления больной и гладкое протекание периода пробуждения, после проведенной кратковременной неингаляционной анестезиологической помощи. После завершения операции действие факторов операционного стресса не заканчивается, больной находится в своеобразном неблагоприятном состоянии, резко отличающемся от предоперационного, когда состояние больного еще полностью не восстановлено и сохраняется воздействие препаратов анестезии [5,6].

Целью нашей работы явилась комплексное исследование течения послеоперационного периода при кетаджекс-рекафоловой анестезии.

Материалы и методы. Исследования были выполнены у 46 женщин в возрасте от 20 до 52 лет с физическим статусом по ASA I-II. Больным проводили непродолжительные оперативные вмешательства по поводу замершей беременности в малом сроке, дисфункциональной маточной кровотечении, при малом аборте по медицинским показаниям, а также при проведении диагностической гистероскопии. Премедикация была у женщин стандартной, осуществлялась внутримышечным введением атропина, димедрола в обычных возрастных дозах до 30 минут до операции. Вводный наркоз начинали с внутривенного введения кетаджекса из расчета 1,5-2,0 мг на кг веса, затем внутривенно вводили кетаджекс из такого же расчета с интервалом 10-15 минут (в зависимости от продолжительности анестезии), при необходимости вводили кетаджекс из расчета 0,5-1 мг/кг веса. В течение анестезии подавали кислород через маску.

Все обследованные женщины были распределены на 2 группы в зависимости от возраста. 1 группу составили женщины в возрасте от 20 до 30 лет, 2 группу соответственно от 30 лет и старше.

Клиническое обследование и регистрация функциональных показателей у больных проводили на следующих этапах: в 1-ую минуту (1 этап), через 30 мин (2 этап), через 1 час (3 этап) после окончания операции. Показатели кислотно-основного состояния и газового состава крови определяли до оперативного вмешательства.

Для оценки пробуждения больных после анестезии использовали следующие тесты: 1) время от окончания операции до открывания глаз по команде; 2) время от момента окончания операции до осознанного ответа на вопросы по типу «да» или «нет»; 3) время от момента окончания операции до осознанных ответов на сложные вопросы (имя, адрес и др.). Исчезновение послеоперационной сонливости и восстановление ориентированности оценивали посредством теста Vidway. Во время исследования проводилось регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС), среднего артериального давления (САД) и SpO₂ в автоматическом режиме с помощью мониторингового контроля с помощью аппарата «Driger».

Показатели КОС и газового состава капиллярной крови определяли при помощи газового анализатора ESCHWEILER COMBISYS (Германия). Полученные данные обработаны с использованием математической статистики с учетом критерий Стьюдента. Показатели представлены в виде $M \pm m$.

Результаты и обсуждение: Течение послеоперационного периода, восстановление психомоторных функции и изменения показателя центральной гемодинамики в 1 группе больных происходили следующим образом. Пробуждение пациентов протекало быстрее по сравнению с показателями второй группы. Открывание глаз на команды отмечено в среднем через $5 \pm 2,1$ мин. после окончания операции. Ответы на простые и сложные вопросы были получены через $10 \pm 2,3$ мин. и $12,5 \pm 2,3$ соответственно (таблица 1).

Таблица 1 - Восстановление психомоторных функции у женщин при проведении внутривенной анестезии с применением кетаджекса и рекофола

	Первая группа	Вторая группа
Время от окончания операции до открывания глаз по команде	$5 \pm 2,1$	$6 \pm 2,3$
Время от момента окончания операции до осознанного ответа на простые вопросы	$10 \pm 2,3$	$12 \pm 3,4$
Время от момента окончания операции до осознанного ответа на сложные вопросы	$12,5 \pm 2,3$	$15 \pm 4,2$

Во второй группе пробуждение протекало медленнее. Открывание глаз по команде зафиксировано в среднем через $6 \pm 2,3$ мин., ответы на простые вопросы – через $12 \pm 3,4$ мин., а ответы на сложные вопросы – через $15 \pm 4,2$ мин. К моменту окончания операции средний балл по Bidway составлял $3,44 \pm 0,12$. Уже через 15 минут почти все женщины (97,6%) отвечали на словесную команду, но только 3 женщин из них плохо ориентировались в пространстве и во времени. Среднее количество баллов на 2-ом этапе исследования составило $1,76 \pm 0,11$. Через 1 час после операции 100% оперированных женщин хорошо ориентировались во времени и в пространстве, но чувствовали сонливость, средний балл составил $1,21 \pm 0,11$.

Основные показатели центральной гемодинамики лиц из первой группы на всех этапах отображены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели центральной гемодинамики у женщин 1 группы

Показатель	До операции	После операции		
		в первые минуты	через 30 минут	через 1 час
ЧСС в мин.	$76,45 \pm 1,43$	$96,31 \pm 2,72^{***}$	$92,12 \pm 2,54^{**}$	$81,23 \pm 2,44$
САД, мм.рт.ст.	$86,7 \pm 2,13$	$100,5 \pm 4,52^{***}$	$91,64 \pm 2,34^{**}$	$89,3 \pm 2,65$
УОС, мл	$84,2 \pm 3,4$	$67,3 \pm 2,13^{***}$	$73,3 \pm 2,17^{**}$	$82,5 \pm 3,03$
МОК, л/мин	$8,37 \pm 0,56$	$7,45 \pm 0,31^*$	$7,87 \pm 0,55^*$	$8,02 \pm 0,76$
Примечание * P < 0,05; ** P < 0,01; *** P < 0,01				

Как видно из таблицы на 1 этапе наблюдалось достоверное снижение УОС на 22,5% и МОК на 12,18%. В свою очередь показатели ЧСС, САД были выше исходного уровня на 10,9 и 8,76%. На втором этапе отмечено незначительная тенденция к нормализации показателей центральной гемодинамики. ЧСС и САД снизилось от $96,31 \pm 2,72$ и $100,5 \pm 4,52$ до $92,12 \pm 2,54$ и $91,64 \pm 2,34$ соответственно, что показывает быстрое восстановление показателей центральной гемодинамики при использовании данного вида неингаляционной анестезии.

Таблица 3 – Показатели центральной гемодинамики у женщин 2 группы

Показатель	До операции	После операции		
		в первые минуты	через 30 минут	через 1 час

ЧСС в мин.	80,15±1,56	102,12±2,84**	97,23±2,66**	86,43±2,52
САД, мм.рт.ст.	89,2±2,32	105,6±5,63***	95,45±2,23**	90,3±2,43
УОС,мл	86,4±3,3	68,3±2,24**	75,3±2,24**	83,5±3,41
МОК,л/мин	8,86±0,54	7,22±0,31*	7,98±0,50*	8,22±0,68
<i>Примечание - * P < 0,05; ** P < 0,01; *** P < 0,01</i>				

Основные показатели центральной гемодинамики лиц из второй группы показывает, что ЧСС зарегистрированный до операции в среднем на уровне 80,15±1,56, в первые минуты до операции повысилось до 102,12±2,84, через 30 минут тот момента окончания операции снизилось до уровня 97,23±2,66, а через 1 час от момента операции снизилось на 86,43±2,52, т.е. учащение ЧСС сохранилось в течение всего исследуемого периода времени. Указанные отклонение у лиц первой группы наблюдались меньше (81,23±2,44) по сравнению с показателями второй группы.

САД у лиц второй группы через минуты после завершения операции повысилось 16,6%, затем через 30 минут от момента окончания операции снизилось до уровня 95,45±2,23, а через 1 час после завершения оперативных вмешательств снижение уровня САД зарегистрировано на уровне 90,3±2,43, т.е. почти доходило до исходного уровня, что позволяет говорить о полном восстановлении уровня среднего АД после завершения недлительных гинекологических оперативных вмешательств. Восстановление показателей УОС и МОК были более медленными по сравнению с показателями лиц из первой группы.

Таким образом, сочетанное применение кетаджекса и рекофола при малых гинекологических операциях не вызывает особых изменений в показателях центральной гемодинамики и обеспечивает быстрого исчезновение послеоперационной сонливости и восстановление ориентированности по сравнению с другими методами неингаляционной анестезии. Более быстрое восстановление показателей центральной гемодинамики и психомоторных реакции наблюдается у лиц моложе 30 лет по сравнению с показателями группы лиц старше 30 лет.

Литература

- 1 Белоконь Н.А., Кубергер М.Б.//Болезни сердца и сосудов у детей. – М.,1987. –С.94-99.
- 2 Берлинский В.В., Жданов Г.Г., Мушкин В.В.и др.// Анестезиология и реаниматология. -200. -2000. -№3. – С.10-12.
- 3 Детская анестезиология и реаниматология//Под ред. В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова. – М.,2001.
- 4 Михайлов Э.В., Ильина Н.Г. Острейков И.Ф.//Анестезиология и реаниматология. -2006. -№1. – С.30-3.3
- 5 Острейков И.Ф., Миленин В.В., Васильев Я.И. и др.// Анестезиология и реаниматология. -2002. -№1. – С.22-24.
- 6 Солтанов А.И., Давыдов М.И., Кодаров Э.Г., Бошкаев Ш.П.//Раннее постнаркотическое восстановление – М.2000. –С.43.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Жумагалиева Ж.К.

Костанайская область, Амангельдинская ЦРБ

Респираторные заболевания по своей социальной значимости, огромному ущербу, наносимому здоровью населения и экономике страны, занимают первое место среди всех заболеваний. По данным ВОЗ, ежегодно острыми респираторными заболеваниями болеет каждый третий житель планеты. У детей до 3 лет респираторные заболевания составляют более 65% всех регистрируемых заболеваний, а часто болеющие дети, это ¼ детского населения, болеют от 4 до 12 раз в год. В среднем от рождения до окончания школы ребенок болеет ОРЗ около 60 раз (1). В структуре причин младенческой смертности

болезни органов дыхания занимают 3 место вслед за перинатальной патологией и врожденными пороками развития. Прямые и косвенные расходы на лечение и уход за детьми с частыми ОРЗ наносят существенный экономический ущерб не только семье ребенка, но и бюджету страны в целом. Поэтому с респираторными заболеваниями связаны значительные потери трудоспособности, исчисляемые ежегодно миллионами дней пропущенных школьных занятий и освобождения от работы, в совокупности с высокой стоимостью медицинских услуг. При этом экономические затраты на каждого заболевшего, включающие в себя стоимость базового набора медикаментов, могут колебаться в пределах 2000-15000 тысяч тенге. Установлено, что развитие острых респираторных заболеваний происходит в условиях снижения защитных, прежде всего иммунных механизмов организма ребенка. Значимость изучения проблемы определяется высокой степенью риска развития у детей с респираторными заболеваниями серьезных осложнений со стороны дыхательных путей, сердечно-сосудистой, нервной, мочевыводящей систем. Кроме того, переносимые ОРЗ ведут к снижению функциональной активности иммунитета, дисбалансу компенсаторно-адаптационных механизмов организма ребенка, а повторные, особенно тяжело протекающие инфекции приводят к формированию хронического процесса носо- и ротоглотки, органов дыхания.

Среди острых заболеваний органов дыхания у детей наиболее часто встречаются: острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, острый бронхит (простой), острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит, острый облитерирующий бронхиолит, острой пневмонии. Среди рецидивирующих заболеваний встречаются: рецидивирующий бронхит (простой), рецидивирующий обструктивный бронхит. Среди хронических заболеваний: хронический бронхит, хронический бронхиолит с облитерацией, хроническая пневмония, пороки развития трахеи, бронхов, легких и легочных сосудов, бронхолегочная дисплазия, группа альвеолитов, бронхиальная астма. Проведенный анализ литературы свидетельствует, что поражение нижних отделов дыхательных путей регистрируется у 20% детей с ОРВИ. Кроме того, у подавляющего большинства детей наблюдается обструктивный синдром. На возникновение и развитие бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей оказывают влияние различные факторы (2). В соответствии с действующими рекомендациями ВОЗ по лечению ОРВИ, наличие у ребенка учащенного астмоидного дыхания дает основание для диагноза пневмонии. Детям с астмоидным дыханием и одышкой и/или втяжением нижней части грудной клетки показаны пробные применения быстродействующих бронхолитических препаратов (вплоть до 3 циклов), прежде чем им будет поставлен диагноз пневмонии и назначены антибиотики. Повторные эпизоды астмоидного дыхания у детей могут быть дебютом бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма – аллергическое заболевание, характеризующееся эпизодами обструкции бронхов, патогеническую основу которого составляют иммунное воспаление дыхательных путей и гиперреактивность бронхов. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что 5-10% детей страдают бронхиальной астмой. Ранняя диагностика и своевременное начало лечения чрезвычайно важны для предотвращения формирования необратимых изменений в дыхательных путях. Неконтролируемое течение бронхиальной астмы любой степени тяжести значительно влияет на качество жизни пациента в результате ограничения их физической и социальной активности. Особую группу составляют часто болеющие ОРЗ дети (ЧБД). ЧБД – это диспансерная группа детей, часто болеющих ОРЗ из за коррегируемых отклонений в защитных системах организма. Эту группу формируют дети с хроническими воспалительными заболеваниями лор органов, с проявлениями аллергически измененной реактивности организма. Они чаще заболевают ревматизмом, гломерулонефритом, то есть заболеваниями, приводящими к инвалидизации. Критериями включения детей в группу часто болеющих являются (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1989): дети до 1-го года частота ОРЗ - 4 и более, дети до 3-х лет - 6 раз и более, дети 4-5 лет - 5 раз и более, дети старше 5 лет - 4 раза и более, 6 лет - 3 и более заболеваний в год. У ЧБД следует исключить

следующие заболевания: первичные иммунодефициты, респираторная аллергия, аспирация инородного тела, бронхолегочная дисплазия, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь, внутриутробные инфекции. Хронический бронхит как самостоятельное заболевание у детей встречается редко, является как правило проявлением других хронических заболеваний (муковисцидоз, цилиарная дискинезия и др.) Хронический бронхит с облитерацией является результатом последствий перенесенного острого облитерирующего бронхита. Один из вариантов данного заболевания – Синдром Маклеода (односторонняя легочная «сверхпрозрачность»). Для детей с односторонним вариантом очагового поражения легких прогноз относительно благоприятный. При наличии двухстороннего поражения и тяжелых вентиляционных нарушений у детей рано формируется хроническая сердечно-легочная недостаточность.

Реабилитация детей с заболеваниями бронхо-легочного аппарата серьезная проблема здравоохранения во всем мире, актуальная проблема современной педиатрии. Ozдоровление ЧБД осуществляется в основном в детской поликлинике и детских санаториях бронхолегочного профиля, которых на сегодняшний день недостаточно. Лечение ЧБД включает целый комплекс лечебных мероприятий: 1-этиопатогенетическая терапия ОРИ, 2- оптимизация окружающей среды (уменьшение контактов с источниками инфекций, в том числе со взрослыми в семье, оздоровление быта, аэроионотерапия и др) 3- восстановительные и реабилитационные мероприятия, санация местных очагов хронической инфекций в периоде клинического благополучия, 4- иммунотерапия и вакцинация. Реабилитация часто болеющих детей является актуальной проблемой для педиатра и требует также активного участия в процессе реабилитации родителей. Респираторные инфекции- это именно те заболевания , возникновение, течение и исход которых могут регулироваться направленной иммунотерапией. Ведь сегодня хорошо известно, что широкое применение пневмококковой вакцины привело к снижению заболеваемости пневмококковой инфекцией в группах риска, а массовая и своевременная вакцинация против гриппа позволяет существенно снизить заболеваемость и этой тяжелой инфекцией. Однако, следует помнить, что многообразие этиологических агентов инфекций дыхательных путей не позволяет проводить их активную профилактику только с помощью противогриппозной или пневмококковой вакцины. Поэтому актуально применение иммуномодуляторов бактериального происхождения: рибомунил, имудон, ИРС-19 , которые содержат бактериальные экстракты нескольких возбудителей наиболее часто встречающихся возбудителей инфекций дыхательных путей, а также препаратов растительного происхождения-иммунонорм, иммунал. Нами по этой схеме было пролечено 56 часто болеющих детей в возрасте от 2 до 9 лет, с хорошим эффектом. У этой группы детей снизилась частота заболеваний ОРЗ, дети легко переносили эти заболевания и не отмечалось осложнений.

Выводы:

Самой частой патологией у детей на педиатрическом участке являются заболевания дыхательного тракта. Заболевания бронхо-легочной системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости у детей. Изменение тактики ведения ЧБД, а именно превентивная неспецифическая иммунотерапия, ведет к снижению общей стоимости лечения за счет снижения частоты обращений за медицинской помощью, уменьшения необходимости назначения лекарственных средств других фармакологических групп, прежде всего антибиотиков, а также муколитиков и отхаркивающих препаратов, антипиретиков, уменьшения использования физиопроцедур, так и не прямой экономии, то есть предупреждению производственных потерь, связанных с уходом родителей за больными детьми. Благодаря комплексным лечебно – оздоровительным мероприятиям, включающим применение иммуномодуляторов бактериального и растительного происхождения, проведенным на педиатрическом участке 56 часто болеющим детям, снизилась заболеваемость ОРВИ у этой группы детей, дети стали редко болеть, легко переносили эти заболевания и не отмечалось осложнений.

Реабилитация часто болеющих детей является актуальной проблемой для педиатра и требует также активного участия в процессе реабилитации родителей. Только при активной совместной работе врача и родителей можно добиться хороших результатов оздоровления.

Литература:

1. Слободян Л.М., Воронцова Н.С., Процайло Н.Б., Горшкова М.А. Часто болеющие дети (медико-социальные аспекты, состояние иммунитета, пути оздоровления). Педиатрия 2002 г № 1 с 45-47.
2. С.Х Аюпова. Клиническая педиатрия. Руководство по педиатрии. Алматы 2008г. с 134. 1 том
3. В.Б. Садыкова, Т.Г.Воробьева, Л.Б.Киекбаева, Л.И.Московская, З.А. Каирбекова, Б.Д. Кадырбаева. Опыт применения рибомунила в комбинированной профилактике гриппа и ОРВИ у детей и подростков. Ж.Здоровье, приложение Эскулап №2 2002 г. с 6.

2012 - №1 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА №1 – 2012
THE CONTENT OF THE JOURNAL №1 – 2012

Саламатты Қазақстан

В.В. Бенберин, Д.И. Маханов, К.Р. Кәрібаев

Жүректің ишемиялық ауруымен қосарласқан қантты диабеті бар науқастардың
коронарлық артериясын стенттеу тәжірибесі

В.В.Бенберин, Д.И.Маханов, К.Р.Карибаев

Опыт стентирования коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца в
сочетании с сахарным диабетом

V.Benberin, D.Makhanov, K.Karibaev

Experience of coronary artery stenting in patients with ischemic heart disease combined with
diabetes mellitus

2

А.Г.Төлегалиева

Қазақстан Республикасында жүректің туа біткен ақауы бар балаларға кардиохирургиялық
көмекті ұйымдастыру туралы

А.Г.Тулегалиева

Об организации кардиохирургической
помощи детям с врожденными пороками сердца в Республике Казахстан

A. Tulegalieva

Organization of pediatric cardiac surgery in the Republic of Kazakhstan

6

В. Дудник

Қазіргі заманғы аурухана үлгісін модельдеу және жаңғырту технологиясы

В.Ю.Дудник

Моделирование и технологии модернизации современной больницы

V.Dudnik

Modeling and technology modernization of modern hospital

8

Е.Қ. Сәрсембеков, С.Ч. Бейсембаева, Н.С. Тюрина

Шипажайлы-курорттық оңалтудың сандық және сапалық көрсеткіштерінің динамикадағы
тиімділігі

Е.К.Сарсебеков, С.Ч.Бейсембаева, Н.С.Тюрина

Количественные и качественные параметры эффективности санаторно-курортной
реабилитации в динамике

Ye.Sarssebekov, S.Beissembaeva, N.Turina

Quantitative and qualitative parameters of effectiveness of sanatorium-resort rehabilitation in
dynamics.

12

А.Тумарбаева

Результативность управления услугами высокоспециализированных технологий
на стационарном уровне

Ә. Тұмарбаева

Стационарлық деңгейде жоғары мамандандырылған технологиялардың қызметін басқару
нәтижелілігі.

A.Tumarbaeva

The effectiveness of service management of highly technologies at hospital level

16

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

Б.Р. Әбділманова

Тіркелген құрам арасында ми қанайналымының жіті бұзылуы дамуының қауіп-қатер факторлары таралуын әлеуметтік тұрғыдан бағалау

Б.Р. Абдильманова

Социологическая оценка распространенности факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения среди прикрепленного контингента

B.R. Abdilmanova

Sociological assessment of risk factors prevalence of acute ischemic stroke in attached contingent

21

И.Б. Аймағамбетова, А.С. Тоқпанова, С.Б. Мусина, Е.С. Әбдірахманов

Пенитенциарлық жүйеде АИТВ-инфекциясының алдын алу жөніндегі үкіметтік емес ұйымдардың рөлі

И.Б. Аймагамбетова, А.С. Токпанова, С.Б. Мусина, Е.С. Абдрахманов

О роли неправительственных организаций по профилактике ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе

I.Aimagambetova, A.Tokpanova, S.Mussina, Ye.Abrakhmanov

About the role of non-governmental organizations in preventing HIV-infection within the penitentiary system

24

Л.М. Ақтаева, Л.В. Бюрабекова, Б.А. Джусипов, А.И. Сайлыбаева, З.Т. Хамитова, Т.С. Султангазиев

"Ұлттық медициналық холдинг" АҚ еншілес ұйымдарының 2012 жылдың I тоқсанындағы қызметінің негізгі көрсеткіштері

Л.М. Ақтаева, Л.В. Бюрабекова, Б.А. Джусипов, А.И. Сайлыбаева, З.Т. Хамитова, Т.С. Султангазиев

Основные показатели деятельности дочерних организаций

АО «Национальный Медицинский Холдинг» по итогам I квартала 2012 года

L. Aktaeva, L. Vyurabekova, B. Zhussipov, A. Sailybayeva, Z. Khamitova, T. Sultangazyev

Key performance indicators of the National Medical Holding's subsidiary organizations in I quarter of 2012

28

Ж.К. Буркитбаев, Н.А. Демин, Т.Н. Савчук, Е.Н. Курганская, Л.С. Наметова, И.М. Кукеева

Төтенше жағдайлар орын алған кезде медициналық ұйымдарды қанның құрамбөлігімен және препараттарымен қамтамасыз ету мәселесі

Ж.К. Буркитбаев, Н.А. Демин, Т.Н. Савчук, Е.Н. Курганская, Л.С. Наметова, И.М. Кукеева

К вопросу обеспечения компонентами и препаратами крови медицинских организаций в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций

Zh.Burkitbaev, N.Demin, T. Savchuk, Ye. Kurganskaya, L.Nametova, I.Kukeeva

On software and components drugs blood of medical organizations with respect to any emergency

31

Ж.К. Буркитбаев, С.А. Абдрахманова, Р.З. Магзумова, Б.К. Тусупова,

Ж.Н. Алиева, Г.Ж. Ушатова, Л.С. Наметова, И.М. Кукеева

SWOT-анализінің сапалы әдісімен Қазақстан Республикасының

трансфузиологиялық қызметін талдау

Ж.К.Буркитбаев, С.А. Абдрахманова, Р.З. Мағзұмова, Б.К. Тусупова, Ж.Н. Алиева, Г.Ж. Ушатова, Л.С. Наметова, И.М. Кукеева,

Анализ трансфузиологической службы Республики Казахстан качественным методом SWOT-анализа

Zh. Burkitbaev, S. Abdrakhmanova, R. Magzumova, B. Tussupova, J. Aliyev, G. Ushatova, L. Nametova, I. Kukeeva

Analysis of transfuziology service in the Republic of Kazakhstan by quality SWOT-analysis

33

Н.А. Демин

Донарлар арасында адамның имундық тапшылығы вирусының таралуы және қан құрамбөліктерінің қауіпсіздігін қамтасыз ету

Н.А. Демин

Распространенность вич среди доноров крови и обеспечение безопасности компонентов крови

N.A. Demin

Prevalence of HIV among blood donors and security of blood components

36

В.Ф. Деньгуб, Л.Е. Рыскельдинова, Р.О. Молдабекова, М.Ж. Бисимбаева

Ауруханаға жатқызуға дейінгі кезеңде жедел медициналық жәрдем көрсету сапасына әсерін тигізетін факторлар

В.Ф. Деньгуб, Л.Е. Рыскельдинова, Р.О. Молдабекова, М.Ж. Бисимбаева

Факторы, влияющие на качество оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

V. Dengub, L. Riskeldinova, R. Moldabekova, M. Bissimbaeva

The factors influencing quality of rendering of the emergency medical service at the pre-hospital stage

38

Н.С. Игісінов, Б.А. Сыздықов

Бас жарақаты салдарынан Қазақстан халқы арасындағы өлім-жітімнің көрсеткіші

Н.С. Игисинов, С.А. Сыздықов

Смертность населения Казахстана от травм головы

N.S. Igisinov, B.A. Syzdykov

The mortality from head injuries in Kazakhstan

40

Н.С. Игісінов, Б.А. Сыздықов

Қазақстан бойынша кеуде қуысы жарақаттарынан өлім көрсеткішін талдау

Н.С. Игисинов, С.А. Сыздықов

Анализ смертности от травм грудной клетки в Казахстане

N.S. Igissinov, B.A. Syzdykov

Analysis of mortality of chest injuries in Kazakhstan

43

Н.М. Кабдрахманова, Л.Н. Салпынов

Көмір өнеркәсібінің тау-кен жұмысшыларының кәсіби қауіп-қатерін бағалау

Н.М. Кабдрахманова, Л.Н. Салпынов

Оценка профессионального риска горнорабочих угольной промышленности

N. Kabdrakhmanova, L. Salpynov

Assessment of professional risk in minors of coal industry

46

Л.О. Қазанбаева

Емхана гастроэнтерологіне қаралу құрылымын және динамикасын кешенді бағалау

Л.О. Казанбаева

Комплексная оценка структуры и динамики посещений к врачу - гастроэнтерологу поликлиники

L.O. Kazanbaeva

Comprehensive assessment of the structure and dynamics of visitors to gastroenterologist polyclinics

51

В.В.Пицик

Қазақстанда балалар арасындағы аурушандықтың динамикасы және оны төмендету жолдары

В.В.Пицик

Динамика заболеваемости детей казахстана и пути ее снижения

V.Pitsik

Dynamics of disease in Kazakhstan children and ways to reduce

54

Н. Қ. Қожамұратова, А. М. Текебаева, Г. С. Ғаббасова

Өсімдік шаруашылығы өнімдері құрамындағы радионуклидтерді және токсинді элементтерді гигиеналық бақылау мәселелері

Н.К. Хожамуратова, А.М. Текебаева, Г.С. Ғаббасова

Вопросы гигиенического контроля содержания радионуклидов и токсичных элементов в продуктах растениеводства

N. Khozhamuratova, A. Tekebaeva, G. Gabbassova

Hygienic control of content of radionuclide and toxic elements are in plant-grower products

61

**Клиникалық зерттеулер
Клинические исследования
Clinical researches**

В.Ф. Деньгуб

Аурухана жатқызуға дейінгі кезеңде миокард инфарктын диагностикалаудағы қателер

В.Ф. Деньгуб

Ошибки диагностики инфаркта миокарда на догоспитальном этапе

V.Dengub

Errors of diagnostics of the myocardial infarction at the pre-hospital stage

64

Г.А. Жуматаева

Артериялық гипертониямен ауыратын ер адамдардың денсаулығына байланысты өмір сапасының жағдайы

Г.А. Жуматаева

Состояние качества жизни, связанного со здоровьем у мужчин с артериальной гипертонией

G.A. Zhumataeva

Condition of quality of the life connected with health in men with the arterial hypertension

65

Т.А. Курманов

Жүкті әйелдерді бітелген пиелонефриттен емдеу тәжірибесі

Т.А. Курманов

Лечение обструктивного пиелонефрита у беременных женщин

T. Kurmanov

Treatment of obstructive pyelonephritis in pregnant women

67

Н.А.Рейнгольд, Е.М.Рахманов, К.С.Турабаев, Б.С.Түйшиев, А.В.Квашнин

Жасанды қанайналымы жағдайында кардиохирургиялық операция кезінде қолданылатын наркоздың әсерлігін BIS-бақылау

Н.А. Рейнгольд, Е.М. Рахманов, К.С. Турабаев, Б.С. Түйшиев, А.В.Квашнин

BIS – мониторинг глубины наркоза при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения

N. Reingold, Ye.Rakhmanov, K.Turabaev, B. Tuishiev, A. Kvashnin

BIS - Monitoring depth of anesthesia during cardiac surgery under extracorporeal circulation 70

А.Ж. Смагулова, Ш.А. Ескендірова, Г.М. Оспанова

Глаукомаға шалдыққан мемлекеттік қызметшілерді ерте диагностикалаудың талдауы және динамикалық бақылау

А.Ж. Смагулова, Ш.А. Ескендірова, Г.М. Оспанова.

Анализ ранней диагностики и динамического наблюдения государственных служащих с глаукомой

A.Smagulova, Sh. Yeskendiroya, G.Ospanova

Analysis of early diagnosis and dynamic follow-up of civil servants with glaucoma

72

С.А. Со

Полипозды риносинуситпен қосарласқан бронх астмасы бар науқастарды операцияға дайындау

С.А. Со

Предоперационная подготовка больных с полипозным риносинуситом в сочетании бронхиальной астмой

С.А. Со

Preoperative preparation of patients with polypous rhinosinusitis in a combination of asthma 76

Б.К. Сүлейменов

Ми қанайналымының жіті бұзылыстары бар науқастардың бассүйекішілік қысымына гипербариялық оксигенацияның әсері

Б.К. Сулейменов

Влияние гипербарической оксигенации на внутричерепное давление у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

В. К. Suleimenov

The effect of hyperbaric oxygenation on the inside of cranial pressure in patients with acute stroke

78

Б.С.Түйшиев, А.В. Квашнин, Н.А. Рейнгольд, Н.С.Сериков

Жүрек жұмысын қалпына келтіру кезінде басқарылатын жылы қан реперфузиясын қолдану тәжірибесі

Б.С. Түйшиев, А.В. Квашнин, Н.А. Рейнгольд, Н.С. Сериков

Использование управляемой тепловой кровяной реперфузии при восстановлении сердечной деятельности

B.S. Tuyshiev, A.V. Kvashnin, N.A. Reingold, N.S. Serikov

Use controlled heat in blood reperfusion cardiopulmonary resuscitation

81

Э.А. Искендеров, А.А. Музаффарзаде

Эксперименттік жағдайда циррозды бауырнды резекциялаудан кейін реперфузиялық зақымдардың алдын алу және емдеудің заманауи аспектілері

Э.А. Искендеров, А.А. Музаффарзаде

Современные аспекты профилактики и лечения реперфузионного повреждения после резекций цирротической печени в экспериментальных условиях

E.A. Iskenderov, A.A. Muzaffarzade

The modern aspects of prophylactic and treatment of reperfusion injury after resection of cirrhotic liver

83

Э.З. Хамитова

Емшек обыры болжамын анықтау кезінде иммуногистохимиялық әдісті пайдалану

Э.З. Хамитова

Использование иммуногистохимического метода исследования при определении прогноза рака молочной железы

Э.З. Хамитова

Use of immunohistochemical method of research in determining the prognosis of breast cancer 87

**Шолу
Обзоры
Review**

К.К. Есенгожин

Полипозды риносинуситті кортикостероидтермен емдеу

К.К. Есенгожин

Кортикостероидная терапия в лечении полипозного риносинюита

K. Yessengozhin

Corticosteroid therapy in the treatment of polypoid rinosinuita

90

С.Т. Жамукова

Балаларда кездесетін микоплазмалық пневмония

С.Т. Жамукова

Микоплазменная пневмония у детей

S. Zhamukova

Mycoplasma pneumonia in children

92

А.Н. Ильдерякова, А.К. Тургамбаева

Орта медициналық қызметшілер еңбегінің сапасын бағалау

А.Н. Ильдерякова, А.К. Тургамбаева

Оценка качества трудовой деятельности среднего медицинского персонала

A. Ilderyakova, A. Turgambayeva

Assessment of the quality of nursing staff work

97

Н.Б. Малаев

Ауруы транзиторлық ишемиялық өршумен сипатталатын науқастардың экстракраниалдық бассейнде ұйқы артериялары стеноздарының диагностикасында дуплекстік сканерлеудің мүмкіндіктері

Н.Б. Малаев

Возможности дуплексного сканирования в диагностике стенозов сонных артерий в экстракраниальном бассейне у больных с транзиторными ишемическими атаками

N.Malayev

The possibilities of duplex scan in diagnostics of carotid artery stenosis in extracranial pool in the patients with transit ischemic attacks

102

Ю.О. Сизикова, Ә.К.Тұрғамбаева

Көрсеткіштердің балансталған көрсеткіші – мейірбикелік қызмет жұмысының тиімділігін бағалау

Ю.О. Сизикова, А.К.Турғамбаева

Сбалансированная система показателей как инструмент оценки эффективности деятельности сестринской службы

Yu.Sizikova, A.Turgambayeva

Balanced system indicators as a tool for evaluating the performance of nursing

106

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

**Денсаулық сақтаудағы аккредитация мен менеджмент жүйесі
(практикалық денсаулық сақтау)**

**Аккредитация и система менеджмента в здравоохранении
(практическое здравоохранение)**

**Accreditation and Health Management System
(practical health care)**

Г.А. Амереуце

Артериялық гипертониямен ауыратын егде жастағы науқастарға амбулаториялық кезеңде көрсетілетін медициналық көмектің сапасын бағалау

Г.А. Амереуце

Оценка качества медицинской помощи на амбулаторном этапе пациентам пожилого возраста с артериальной гипертонией

G.A. Amereutse

Assessment of quality of medical care at the out-patient stage to patients with the arterial hypertension of advanced age

111

Г.А. Амереуце

Артериялық гипертензиясы бар егде жастағы науқастардың дәрігер ұсынымдарын орындауы және өзін-өзі бақылауы

Г.А. Амереуце

Соблюдение врачебных рекомендаций и проведение самоконтроля пациентами пожилого возраста с артериальной гипертонией

G.A. Amereutse

Observance of medical recommendations and carrying out self-checking by patients with the arterial hypertension at advanced age

113

А.А. Дубицкий

Қазақстан Республикасы жедел медициналық жәрдем қызметінің өзгеруінен күтілетін шығын мен табыс

А.А. Дубицкий

Выгоды и потери, ожидаемые при реформировании службы скорой медицинской помощи Республики Казахстан

A.A. Dubitskiy

Benefits and the losses expected at reforming emergency medicine of the Republic of Kazakhstan

115

Ф.Я. Жакенова

Ауруханаға жатқызуға дейінгі кезеңде коронарлық синдромы бар науқастарға көрсетілетін жедел медициналық жәрдемді жетілдіру

Ф.Я. Жакенова

Совершенствование скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе

F. Ya. Zhakenova

Improvement of emergency medicine to the patients with the acute coronary syndrome at the pre-hospital stage

119

Л.О.Қазанбаева

Емхана жағдайында гастроэнтерологтік ауруларды диагностикалау жиілігі және құрылымы

Л.О. Қазанбаева

Частота и структура диагностики гастроэнтерогических заболеваний в условиях поликлиники

L.O. Kazanbaeva

Diagnostics rate and structure of gastroenterology diseases in outpatient

121

И.М. Кукеева

Емхана қызметін ұйымдастырудағы жұмыс сапасының көрсеткіштері

И.М. Кукеева

Показатели качества деятельности в организации поликлинической службы

I.M. Kukeeva

Indicators of quality control in out patient

123

Л.С. Наметова

Емхана қызметін ұйымдастырудағы нәтижелер сапасын бақылау индикаторлары

Л.С. Наметова

Индикаторы контроля качества результатов в организации работы поликлинической службы

L.S. Nametova

Indicators of quality control in out patient

124

С.С. Сейтенов, А.Х. Мустафин, А.К. Маткенов, Б.Т. Ашимов, Ж.Е. Баймаганбетова

Мамандандырылған клиникада анестезиология-реанимация бөлімшесінің қызметін ұйымдастыру

С.С. Сейтенов, А.Х. Мустафин, А.К. Маткенов, Б.Т. Ашимов, Ж.Е. Баймаганбетова

Организация работы отделения анестезиологии и реанимации в специализированной клинике

S.S. Seitenov, A. H. Mustafin, A.K. Matkenov, B.T. Ashimov, Zh.E. Baimaganbetova

The organization work in department of anesthesiology and intensive care in specialized clinic

127

Б.К. Сүлейменов

Түрлі жастағы науқастарға урологиялық операция жасау кезінде асқынулардың таралуы

Б.К. Сулейменов

Распространенность осложнений при урологических вмешательствах у больных различного возраста

В. К. Suleymenov

Incidence of complications in urological interventions in patients

129

**Практикадан алынған жағдай
Случаи из практики
Cases from practice**

Н.А. Аркенов

Нейродермитпен ауыратын науқастарды созылмалы декомпенсацияланған тонзиллиттен емдеу

Н.А. Аркенов

Лечение декомпенсированной формы хронического тонзиллита у больных с нейродермитом

N. Arkenov

Treatment of decompensated form of chronic tonsillitis in patients with neurodermatitis

132

В.В.Балковой, М.Н.Майлыбаев

Тері арқылы жасалатын вертебропластика жағдайлары

В.В.Балковой, М.Н.Майлыбаев

Случаи чрескожной вертебропластики

V. Valkovoy, M. Maylybaev

Events of percutaneous vertebroplasty

133

**Реферативтік мақалалар
Реферативные статьи
Essay articles**

И.Б. Аймағамбетова, А.С.Токпанова, С.Б.Мусина, Е.С.Әбдірахманов

Нашақорлық - АИТВ/ЖИТС таратуға себепкер

И.Б. Аймағамбетова, А.С. Токпанова, С.Б. Мусина, Е.С. Абдрахманов

Наркомания как причина распространения ВИЧ/СПИД

I.Aimagambetova, A.Tokpanova, S.Mussina, Ye.Abdrahmanov

Narcomania as a HIV/AIDS spreading source

136

С. Р. Оспанова

Кандидоздық вульвовагинитті емдеудің кешенді тәсілі

С. Р. Оспанова

Комплексный подход к лечению кандидозного вульвовагинита

S.Ospanova

An integrated approach to the treatment of vulvovaginal candidiasis

138

Ю.А. Доровкова

Урогениталдық трихомониаз полиморфизмін талдау

Ю.А. Доровкова

Анализ полиморфизма урогенитального трихомониаза

Yu. Dorovkova

Analysis of polymorphism in case of urogenital trichomoniasis

141

- А.А. Дубицкий, В.Ф. Деньгуб, Л.Е. Рыскельдинова, Р.О. Молдабекова, М.Ж. Бисимбаева**
Жедел медициналық жәрдем қызметін қайта ұйымдастыру жолдарын таңдау
А.А. Дубицкий, В.Ф. Деньгуб, Л.Е. Рыскельдинова, Р.О. Молдабекова, М.Ж. Бисимбаева
Выбор путей реформирования службы скорой медицинской помощи в Республике Казахстан
A. Dubitskij, V. Dengub, L.Riskeldinova, R.Moldabekova, M. Bissimbaeva
Choice of reforming methods applied to emergency medicine 142
- Г.З.Таңбаева, К.С. Турабаев, С.Т. Ержанов**
Веналық тромбоздың даму қаупі факторларын анықтау
Танбаева Г.З., Турабаев К.С., С.Т. Ержанов
Определение факторов риска развития венозных тромбозов
G. Tanbaeva, K.Turabaev, S.Yerzhanov
Identification of risk factors for venous thrombosis 143
- М.С. Кадырбаева**
Балалар денсаулығын қорғаудың кейбір мәселелері
М.С. Кадырбаева
Некоторые вопросы охраны здоровья детей
M. Kadyrbayeva
Some issues of child health protection 145
- М.Н. Майлыбаев, В.В. Балковой, С.Д. Кәрібай, Е.А. Ұрұнбаев, Е.А. Жармұхамбетов**
Мойынның ауыр жарақаты
М.Н. Майлыбаев, В.В. Балковой, С.Д. Карибай, Е.А. Урунбаев, Е.А. Жармұхамбетов
Тяжелая травма шеи
M. Maylybaev, V.Balkovoy, S. Karibay, Ye. Urunbaev, Ye. Zharmukhambetov
Severe neck injury 146
- С. Р. Оспанова**
Ауыз арқылы қолданылатын құрастырылған контрацептивтер – жатыр мойыны эндометриозының алдын алу құралы
С. Р. Оспанова
Комбинированные оральные контрацептивы, как средство профилактики эндометриоза шейки матки
S. Ospanova
Combined oral contraceptives as a means of preventing cervical endometriosis 150
- С.Р. Оспанова**
Жатыр мойынының патологиясы бар әйелдерді бақылау
С.Р. Оспанова
Ведение женщин с патологией шейки матки
S. Ospanova
Treatment of abnormal cervical 153
- А.Ж. Сағындықова**
Қазақстан Республикасында диабетология қызметінің дамуы

А.Ж. Сагындыкова

Развитие службы диabetологии в Республике Казахстан

A.Sagyndykova

The development of the servise diabetology in Respublic of Kazakhstan

156

Д.Г. Садвақасова

Мейірбикелік істі ресурстық қамтамасыз ету

Д.Г. Садвақасова

Ресурсное обеспечение сестринского дела

D. Sadvakassova

Resourcing of Nursing

159

Д.Г. Садвақасова

Денсаулық сақтау жүйесінің маркетингі

Д.Г. Садвақасова

Маркетинг в здравоохранении

D. Sadvakassova

Marketing in health care system

161

С.И. Субботина

Медициналық қызмет сапасын оңтайландыру элементтері

С.И. Субботина

Элементы оптимизации качества медицинских услуг

S.Subbotina

Elements to optimize the quality of medical services

163

С.И. Субботина

Кесарь тілігі кезінде антибиотиктер профилактикасы

С.И. Субботина

Антибиотикопрфилактика при кесаревом сечении

S.Subbotina

Antibiotic prophylaxis for cesarean section

165

**Сүлейменов Б.К., Жұмабаева А.К., Жайлыбаев А.Ш., Жармұхамбетов М.Г.,
Ибраев Г.С.**

Кіші гинекологиялық оталар кезіндегі рефонол және кетаджекс қолдану арқылы жасалатын анестезияның ерекшеліктері

**Сулейменов Б.К., Жумабаева А.К., Жайлыбаев А.Ш., Жармухамбетов М.Г.,
Ибраев Г.С.**

Особенности анестезии с использованием Кетаджекса и Рекофола при малых гинекологиченских операциях

B. Suleymenov, A.Zhumabaev, A.Zhaylybaev, M.Zharmuxamedov, G.Ibraev

Especially with the use of anesthesia ketadzhesa and rekofola for small gynecological operations

167

Жұмағалиева Ж.К.

Балалардың респираторлық патологиясы мәселелерінің өзектілігі

Жумағалиева Ж.К.

Балалардың респираторлық ауруларының өзекті мәселелері

Zh. Zhumagalieva

The relevance of respiratory disease in children

170

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ

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, кроме «Обзоры» и «Реферативные сообщения», в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме).
2. Текст статьи представляется в 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу и справа по 2 см., слева - 3 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. Реферативные сообщения - объемом 2 страницы печатного текста (с названием статьи на трех языках, без резюме, таблиц и ссылки на литературу). Обзоры – до 10 страниц (с названием статьи на трех языках, без резюме, с библиографией до 50 источников).
4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание по центру), инициалы и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а также название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами курсивом (выравнивание по правому краю).
В конце статьи на отдельном листе должна быть подпись каждого автора с указанием ФИО (полностью), ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.
Резюме представляется на русском, казахском и английском языках, с соответствующим переводом названия статьи, инициалов и фамилий авторов, и состоит из нескольких предложений (10-12 строк), отражающих суть проблемы, изложенной в статье.
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. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.
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. Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы – 30 (за прошедшие 5-10 лет).
10. В разделе «Материалы и методы» статьи обязательно указываются методы статистической обработки и детали их особенностей (программное обеспечение и т.д.).
11. Редколлегия оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи. Решение о публикации научных статей принимается на основании положительных рекомендаций независимых экспертов, входящих в состав Редколлегии.
12. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.
13. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.
14. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив является нарушением принципов профессиональной этики.
15. Согласно решению заседания Медицинского Центра УДП РК протокол №31 п.16 от 27 ноября 2010г. данный журнал будет размещаться в электронной версии на сайте: www.mcuprpk.kz
16. Оплата за статью производится из расчета: 700 тенге за одну страницу. При оплате следует указать РНН и адрес автора. **Платежные реквизиты:** РГП «Центр внедрения современных медицинских технологий» Управления делами Президента Республики Казахстан», РНН 620300000517, БИН 080240012523, ИИК№KZ679261501119357001(р/счет), БИК KZKOKZKX, КБе 16, КНП 1916859, Акмолинский филиал АО Казкоммерцбанк г. Астана.
17. Для пересылки материалов в редакцию можно использовать электронную почту.
18. **Адрес редакции:** 010000, г. Астана, ул. Бейбитшилик 51- каб. 508, 8 (7172) 539543; 87018876273, e-mail: tak1973@mail.ru
19. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.

