

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

*д.м.н., профессор В.В. Бенберин, д.м.н. Р.Ж. Карабаева
Медицинский центр Управления делами Президента
Республики Казахстан, г. Астана*

Высокая распространенность сердечно-сосудистой патологии является тревожной и многозначимой медико-социальной проблемой и бременем для общества.

Актуальность ее определяется высокой распространенностью в популяциях, влиянием на такие показатели как длительная временная и стойкая потеря трудоспособности, смертность у лиц молодого возраста. Многочисленные исследования последних десятилетий прошлого века и начала нынешнего столетия показали причинно-следственную связь развития сердечно-сосудистых заболеваний с метаболическим синдромом, характеризующимся увеличением висцерального жира, снижением чувствительности тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертензии. Комплекс обменных нарушений при метаболическом синдроме выступают в качестве триггера патогенетических процессов, способствующих раннему развитию и прогрессированию атеросклеротических сосудистых заболеваний. Согласно данным Salvatore Mottillo и соавт., представившим мета-анализ 87 исследований метаболического синдрома, включившим 951 083 пациентов, риск сердечно-сосудистых осложнений, смертности, инфаркта миокарда и инсульта, связанные с метаболическим синдромом, превышает уровень риска смертности от всех причин [1]. Распространенность метаболического синдрома прогрессивно растет. Так, по данным Международной федерации сахарного диабета, в 2001 г. в мире насчитывалось 314 млн. человек, страдающих метаболическим синдромом, в 2006 г. – 400 млн., а в 2025 г. прогнозируемое число больных достигнет уровня в 500 млн. Однако уже сегодня становится ясно, что при имеющихся темпах неуклонного роста распространенности этой патологии, такие прогнозы слишком оптимистичны. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, показали, что в зависимости от популяции метаболический синдром встречается в среднем у 10-40% лиц. Согласно Национального статистического отчета по здравоохранению в США распространенность метаболического синдрома у лиц старше 20 лет достигает в среднем 34%, причем было выявлена связь с возрастом, расой и этнической принадлежностью, при отсутствии гендерных различий [2]. В Азии, распространенность метаболического синдрома, несмотря на более низкую встречаемость ожирения в азиатских странах по сравнению с Европой и США, так же достаточно высока, особенно в таких странах как Индия, Турция, Иран [3]. Далее в Китае, Тайланде преимущественно в сельских районах имеют место более низкие показатели, находящиеся в диапазоне 10-15%. Среди причин, обуславливающих особенности эпидемиологии метаболического синдрома в азиатском регионе рассматриваются такие, как развитие инсулинорезистентности при более низких значениях индекса массы тела и окружности талии, генетическая предрасположенность к сахарному диабету [4]. Кроме того, авторами отмечена более высокая распространенность синдрома среди женщин. Данные по частоте встречаемости метаболического синдрома в Европе достаточно вариабельны – от 17% до 63% в разных популяциях [5]. Согласно проведенным исследованиям достаточно высокая распространенность этого синдрома отмечается в Греции, Нидерландах, Финляндии. Так, в Греции этот показатель составляет 41,8% (63,0% среди мужчин, 37% - среди

женщин) по критериям NCEP и 43,4% по критериям IDF. Пилотные исследования, проведенные в России, показали, что 20,6% лиц в возрасте 30-69 лет страдают метаболическим синдромом, по данным ФГУ «Эндокринологический научный центр» синдром диагностирован у 66% больных с ожирением [6].

По эпидемиологической же ситуации метаболического синдрома, необходимо отметить, что, несмотря на большое количество исследований в разных популяциях, отсутствуют единые методические подходы и критерии для диагностики и оценки распространенности метаболического синдрома. Так, частота синдрома в Нидерландах, оцененная по критериям NCEP, составила 19% у мужчин и 26% у женщин, тогда как по критериям ВОЗ, EGIR, ACE – 32%, 19%, 41% - у мужчин и 26%, 17%, 35% - у женщин [7]. Анализ причин вариабельности полученных результатов показал, что некорректный характер сравнений обусловлен рядом причин, среди которых использование разных методов обследования, неоднородность структуры популяций и прочие. Кроме того, отмечено, что от используемых критериев зависит также и прогностическая ценность метаболического синдрома. В большинстве исследований, проводимых в настоящее время, используются критерии Международной Федерации сахарного диабета (IDF), принятые в 2005 г. Согласно этим критериям диагноз метаболического синдрома правомочен при сочетании основного признака – абдоминального ожирения и двух дополнительных, среди которых: артериальная гипертензия; повышение уровня триглицеридов $>1,7$ ммоль/л; снижение уровня ХС ЛПВП $<1,0$ ммоль/л (муж), $<1,2$ ммоль/л (жен), повышение уровня ХС ЛПНП $>3,0$ ммоль/л; гипергликемия натощак $\geq 6,1$ ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2ч после нагрузки глюкозой $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л).

Следует отметить, что критерии, в первую очередь абдоминальное ожирение, могут иметь этнические особенности. Так, по данным IDF (2005г.), для европейцев пороговое значение окружности талии составляет у мужчин 94 см, у женщин – 80 см, для Южной Азии и Китая – 90см и 80 см, для Японии – 85 см и 90 см соответственно. В Казахстане исследования по изучению распространенности и этнических особенностей метаболического синдрома немногочисленны. По проведенным Шалхаровой Ж.С. в Южно-Казахстанской области эпидемиологическим исследованиям, пороговый уровень объема талии для диагностики абдоминального ожирения аналогичен европейскому [8]. Вместе с тем, изучение эпидемиологической ситуации данного состояния в нашей стране имеет большое значение в связи с прогрессирующим ростом распространенности сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета в популяции. Необходима оценка этиологической доли различных факторов риска, этнических особенностей популяции. Перспективность изучения метаболического синдрома определяется тем, что его патогенетические составляющие являются обратимыми и позволяет оценивать синдром как донозологическое состояние, диагностика которого имеет важное значение для проведения своевременной профилактики раннего атеросклероза и сахарного диабета 2 типа. Необходимо также отметить, что, согласно результатам многочисленных исследований, коррекция факторов кардиоваскулярного риска способна замедлить развитие патологии или даже ее приостановить. Кроме того, возможность оценки компонентов метаболического синдрома как предикторов заболеваний позволит прогнозировать особенности их формирования, клиническое течение и возможные исходы. Разработка и внедрение регионарных профилактических программ будет решать одну из приоритетных задач практического здравоохранения – ее профилактическую направленность.

Инициация и проведение научных исследований метаболического синдрома не менее актуальна, перспективна и позволит оценить его распространенность, частоту вариаций компонентов, углубить понимание механизмов его развития. Приоритетными направления в развитии исследований по изучению метаболического синдрома на сегодняшний день являются: изучение патогенетических аспектов формирования

инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии; изучение свойств жировой ткани и патогенетических механизмов формирования абдоминального ожирения; фундаментальные вопросы развития атеросклероза, нарушения функционального состояния функции эндотелия сосудов; изучение иммунологических механизмов развития и прогрессирования атеросклероза; изучение роли низкоградиентных и субклинических инфекций в развитии атеросклероза; генетические аспекты формирования метаболического синдрома.

В настоящее время в Медицинском центре Управления делами Президента Республики Казахстан разработана программа «Кардиоваскулярный метаболический синдром», которая предусматривает изучение распространенности метаболического синдрома в организованной популяции. На основании полученных результатов будут разработаны профилактические программы, реализация которых на этапах поликлиника – стационар – санаторий будет способствовать снижению частоты возникновения и тяжести клинического течения сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета.

Литература

- 1 Salvatore Mottillo, Kristian B. Filion, Jacques Genest et al. The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk // J Am Coll Cardiol, 2010; 56:1113-1132
- 2 Prevalence of Metabolic Syndrome Among Adults 20 Years of Age and Over, by Sex, Age, Race and Ethnicity, and Body Mass Index: United States, 2003–2006 //National Health Statistics Reports, 2009
- 3 Wen-Harn Pan, Wen-Ting Yeh, Lu-Chen Weng. Epidemiology of metabolic syndrome in Asia //Asia Pac J Clin Nutr 2008;17(S1):37-42 37
- 4 Meigs J.B. Epidemiology of metabolic syndrome //Am. J Manag Care, - 2002. – 8 (11 suppl.): S 283-292
- 5 Scott M. Grundy Metabolic Syndrome Pandemic. Доступно на <http://atvb.ahajournals.org/content>
- 6 Mamedov M., Suslonova N., Lisenkova I. et al. Metabolic syndrome prevalence in Russia: Preliminary results of a cross-sectional population study. Diabet Vasc Dis Res 2007;4:1:46-47.
- 7 Dekker M., Girman C., Rhodes T. et al. Metabolic Syndrome and 10/year Cardiovascular disease risk in the Hoorn Study //Circulation. – 2005. – 112: 666-673
- 8 Шалхарова Ж.С. Метаболический синдром: эпидемиология, диагностика, клиника и лечение. – Алматы, 2006.

Түйін

Метаболизмдік синдром: зерделеу сұрақтары және зерттеулерді дамыту перспективалары

В.В. Бенберин, Р.Ж. Карабаева

Мақала бүгінгі таңдағы медицинаның маңызды мәселесі - атеросклероз салдарынан дамыған жүрек-тамыр аурулары мен 2 типті қант диабеті дамуының негізгі механизмінің бірі болып табылатын, кардиоваскулярлы метаболизмдік синдромға арналған. Бұл мақалада метаболизмдік синдромның эпидемиологиясы аумағындағы зерттеулерге баға беріліп, синдромның этникалық ерекшеліктері мен критерийлері талданып, ғылыми зерттеулердің басым бағыттары көрсетілген.

Summary

Metabolic syndrome: actuality of issue and perspectives of research development

V. V. Benberin, R. Z. Karabayeva

The article covers important issue in the current medicine – cardiovascular metabolic syndrome, one of the main of mechanisms of cardiovascular disease development caused by atherosclerotic and II type diabetes nature. The article includes assessments of epidemiologic studies, the criteria and ethnical properties of syndrome, and the main dimensions of the scientific investigations.

УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КАЗАХСТАНЕ

Е.Б. Адильбеков¹, д.м.н., профессор Н.С. Игисинов^{2,3}, докторант PhD К.К. Гаитова³,
резидент М.А. Кульмирзаев¹

¹АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», Астана

²ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана

³Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский университет Астана»

Введение. По данным Международного агентства по изучению рака стандартизованный показатель (мировой стандарт) заболеваемости злокачественными новообразованиями центральной нервной системы (ЗН ЦНС) в мире был $3,5^{0}/_{0000}$, а кумулятивный риск составил 0,35. Показатели смертности (мировой стандарт) от данной патологии в мире составил $2,5^{0}/_{0000}$ и кумулятивный риск – 0,27 [1]. Высокая заболеваемость опухолями мозга и нервной системы отмечается в Бразилии, в США среди белого населения, Испании, Польше и других странах Европы. Заболеваемость низка в странах Африки и Азии [2]. Сравнительная эпидемиологическая оценка смертности от ЗН ЦНС по различным территориям – это один из важнейших медико-социальных аспектов, поскольку принимаются во внимание смертность от ЗН ЦНС в каждой территории, что дает возможность провести более качественные сравнения внутри и между популяциями. На основании полученных данных можно установить зависимости между различными факторами и смертностью от ЗН ЦНС, что необходимо также учитывать при проведении целенаправленных мероприятий по снижению смертности населения в республике от данной патологии. В статье изучены региональные особенности смертности от ЗН ЦНС в Казахстане.

Материалы и методы исследования. Источником информации послужили данные учетных умерших больных от злокачественных новообразований ЦНС: учетно-отчетные материалы по данным онкологических учреждений республики за 2003-2009 гг. (форма 35). Использованы данные Агентства РК по статистике о численности населения республики [3,4,5]. Динамика показателей смертности изучена за 7 лет, при этом тренды определены методом наименьших квадратов. Определены среднегодовые значения (Р), средняя ошибка (m), критерий Стьюдента, 95% доверительный интервал (95% ДИ), среднегодовые темпы прироста ($T_{пр}$, %) и убыли ($T_{уб}$, %). Для вычисления среднегодовых темпов динамического ряда применялась средняя геометрическая [6,7].

Результаты и обсуждение. Среднегодовой показатель смертности от ЗН ЦНС населения республики составил $2,1 \pm 0,1^{0}/_{0000}$ (95% ДИ=1,9-2,2⁰/₀₀₀₀). В динамике показатели смертности от ЗН ЦНС имели тенденцию к росту от $1,7^{0}/_{0000}$ (2003 г.) до $2,2^{0}/_{0000}$ в 2009 году. При выравнивании данного показателя также был установлен рост, а среднегодовой темп прироста составил $T_{пр} = +3,2\%$ (рисунок 1).

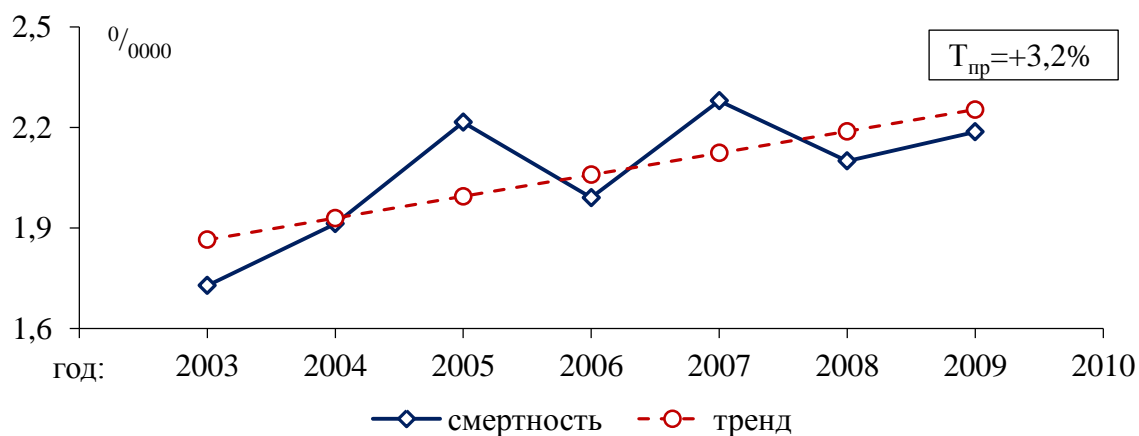


Рисунок 1 – Динамика показателей смертности населения от ЗН ЦНС в целом по республике за период 2003-2009 гг.

Анализ показателей смертности от ЗН ЦНС в региональном разрезе показал, что самые низкие показатели установлены в Актюбинской ($0,85 \pm 0,09$ ‰) и Мангыстауской ($0,87 \pm 0,25$ ‰) областях. Выравненные показатели смертности в указанных областях имели тенденцию к росту, при этом среднегодовой темп прироста в Мангыстауской области был самым высоким в республике – $T_{пр} = +55,8\%$ (таблица).

Таблица – Среднегодовые показатели смертности от ЗН ЦНС по регионам Казахстана за период 2003-2009 гг.

Область/город	Заболеваемость, ‰		$T_{пр/уб}$, %
	$P \pm m$	95% ДИ	
Актюбинская	$0,85 \pm 0,09$	0,67-1,03	+4,0
Мангыстауская	$0,87 \pm 0,25$	0,39-1,35	+55,8
Южно-Казахстанская	$1,12 \pm 0,08$	0,97-1,27	-2,8
Атырауская	$1,36 \pm 0,13$	1,09-1,62	-0,9
Алматинская	$1,37 \pm 0,20$	0,99-1,76	+5,5
Жамбылская	$1,52 \pm 0,28$	0,96-2,07	+15,9
Западно-Казахстанская	$1,92 \pm 0,15$	1,64-2,21	-6,4
г. Астана	$1,96 \pm 0,45$	1,08-2,85	+13,8
Республика	$2,06 \pm 0,07$	1,92-2,20	+3,2
Костанайская	$2,11 \pm 0,29$	1,54-2,68	+14,1
Карагандинская	$2,33 \pm 0,17$	1,99-2,67	-2,9
Северо-Казахстанская	$2,34 \pm 0,31$	1,73-2,95	-7,6
Акмолинская	$2,41 \pm 0,41$	1,61-3,21	+20,0
г. Алматы	$2,99 \pm 0,45$	2,12-3,87	+14,9
Кызылординская	$3,09 \pm 0,31$	2,49-3,69	+1,1
Восточно-Казахстанская	$3,21 \pm 0,17$	2,88-3,54	-2,5
Павлодарская	$3,58 \pm 0,17$	3,25-3,91	-2,8

Высокие показатели смертности от ЗН ЦНС были установлены в Кызылординской ($3,09 \pm 0,31$ ‰), Восточно-Казахстанской ($3,21 \pm 0,17$ ‰) и Павлодарской ($3,58 \pm 0,17$ ‰) областях (таблица 1). В динамике показатели смертности от ЗН ЦНС снижались в 7 регионах (таблица 1). Но высокие среднегодовые темпы убывания установлены Западно-Казахстанской ($T_{уб} = -6,4\%$) и Северо-Казахстанской ($T_{уб} = -7,6\%$) областях.

Анализ 95% ДИ показателей смертности от ЗН ЦНС в изучаемых областях республики показал, что имеются региональные различия, которые были статистически значимыми ($p < 0,05$), там, где они не накладывались друг на друга, т.е. на смертность влияли объективно различные причинные факторы.

Таким образом, выявленные региональные особенности смертности от злокачественных новообразований ЦНС в Казахстане в определенной степени обусловлены и связаны с медико-географическим расположением этих регионов. Подобное различие смертности обусловлено социально-экономическими, демографическими, экологическими, медико-географическими и другими особенностями регионов республики, при этом естественно не исключаются другие экзогенные и эндогенные причины. Особенно интересно влияние экологических факторов на злокачественные новообразования ЦНС. Надеемся, что выявленные региональные особенности смертности от ЗН ЦНС помогут в проведении целенаправленных мероприятий по дальнейшему снижению смертности от данной патологии в Казахстане. Дальнейшее комплексное изучение данного вопроса с учетом влияния экзогенных и эндогенных факторов будет приоритетом наших будущих исследований.

Литература

- 1 Globocan 2008: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/>
- 2 Cancer Incidence in Five Continents. D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay, L. Teppo, D.B. Thomas, eds. IARC Scientific Publications No. 155, Vol. VIII. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2002.
- 3 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.
- 4 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астана, 2007. – 392 с.
- 5 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
- 6 Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.
- 7 Макимбетов Э.К., М.Г. Василевский М.Г., Сатылганов И.Д., Бебезов Б.Х. Статистика и методология рака. – Бишкек, 2003.

Түйін

Қазақстанда орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісіктерінен адам өлімінің өңірлік ерекшеліктері

Е.Б. Әділбеков, Н.С. Игісінов, К.К. Ғайтова, М.А. Құлмырзаев

Орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісіктері салдарынан Қазақстанның түрлі өңірлерінде орын алған өлім-жітімді салыстырмалы эпидемиологиялық бағалау әр өңірдің медициналық-географиялық орналасуына қарай өлім-жітімнің көрсеткіштері әртүрлі деңгейде болғанын анықтауға мүмкіндік берді. Өлім-жітімнің жоғарғы көрсеткіштері Қызылорда (3,090/0000), Шығыс Қазақстан (3,210/0000) және Павлодар (3,580/0000) облыстарында белгіленді. Динамикада өлім-жітім өсуінің жоғарғы көрсеткіші Маңғыстау облысында ($T = +55,8\%$) байқалса, азияның ең жоғарғы көрсеткіші Солтүстік Қазақстан облысында ($T = -7,6\%$) белгіленді.

Негізгі сөздер: өлім-жітім, орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісіктері

Summary

Regional features of mortality from malignant neoplasms of central nervous system among population of Kazakhstan

E.B. Adilbekov, N.S. Igissinov, K.K. Gaitova, M.A. Kulmirzaev

Past epidemiological parallels in mortality from malignant neoplasms of the central nervous system in some regions of Kazakhstan revealed its uneven distribution. High mortality rates are set in Kyzylorda (3.09⁰/0000), East-Kazakhstan (3.21⁰/0000) and Pavlodar (3.58⁰/0000) fields. In the dynamics of high growth trends were to Magystau oblast ($T = +55.8\%$), and a decrease in the North-Kazakhstan Oblast ($T = -7.6\%$).

Keywords: mortality, malignant neoplasms of central nervous system.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В КАЗАХСТАНЕ

докторант PhD А.С. Аубакирова, д.м.н., профессор С.В. Ким,
д.м.н., профессор Н.С. Игисинов
Институт общественного здравоохранения
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Введение. По данным мировой статистики, ежегодно на дорогах гибнет до 300 тысяч человек и свыше 8 млн. получает травмы. Годовой прирост травм со смертельным исходом составляет 5% [1]. Согласно результатам доклада Всемирной организации здравоохранения Индия лидирует по числу погибших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в мировом рейтинге. По данным за 2007 год, в Индии погибли 114 590 человек. На втором месте в этом списке – Китай (89 455 смертей от ДТП). Смертность в результате ДТП, по данным статистики [2], составляет 5-12%. На месте ДТП и при транспортировке погибают 28-47% человек от числа всех умерших в ДТП [3]. Актуальность проблемы дорожного травматизма помимо ее масштабов и продолжающегося роста, определяется и ее предотвратимостью, даже, как показывает опыт экономически-развитых стран, на фоне растущей автомобилизации [4, 5, 6, 7, 8, 9]. В данной статье проанализированы возрастные особенности смертности от ДТП в республике за последние годы.

Материалы и методы исследования. Источником послужили данные умерших от ДТП (таблица С51) [10], а также данные Агентства Республики Казахстан по статистике о численности населения за 2004-2010 гг [11]. В качестве основного метода при изучении смертности использовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов современной эпидемиологии. Смертность рассчитана на 100 000 соответствующего населения.

Результаты и обсуждение. За период 2004-2010 гг. в Казахстане было зарегистрировано 27 003 случаев смерти от ДТП. Распределение по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Абсолютное число умерших от ДТП в Казахстане по полу и возрасту за период 2004-2010 гг.

Возраст, лет	Оба пола		Мужчины		Женщины		Соотношение М:Ж
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 20	3659	13,6	2361	11,9	1298	18,3	1,8÷1
20-29	6881	25,5	5466	27,4	1415	20,0	3,9÷1
30-39	5852	21,7	4715	23,7	1137	16,1	4,1÷1
40-49	4954	18,3	3788	19,0	1166	16,5	3,2÷1
50-59	3027	11,2	2091	10,5	936	13,2	2,2÷1
60-69	1440	5,3	882	4,4	558	7,9	1,6÷1
70-79	822	3,0	417	2,1	405	5,7	1,0÷1
80+	203	0,8	74	0,4	129	1,8	1÷1,7
н/у	165	0,6	129	0,6	36	0,5	3,6÷1
Всего	27003	100,0	19923	100,0	7080	100,0	2,8÷1

Как видно из таблицы 1, высокий удельный вес умерших (оба пола) был установлен в 20-29 лет (25,5%), аналогичная картина была как у мужчин (27,4%), так и у женщин (20,0%). В целом соотношение мужчин к женщинам составило 2,8÷1, при этом наибольшая разница между мужчинами и женщинами была установлена в 30-39 лет – 4,1÷1. Практически во всех возрастах данное соотношение было больше в сторону

мужчин, за исключением группы 80 лет и старше ($1 \div 1,7$).

Средний возраст умерших (оба пола) от ДТП составил $35,9 \pm 0,3$ лет. У мужчин данный показатель составил $35,2 \pm 0,3$ лет и было статистически значимо ($p < 0,05$) ниже, чем у женщин – $38,0 \pm 0,4$ года (рисунок 1).

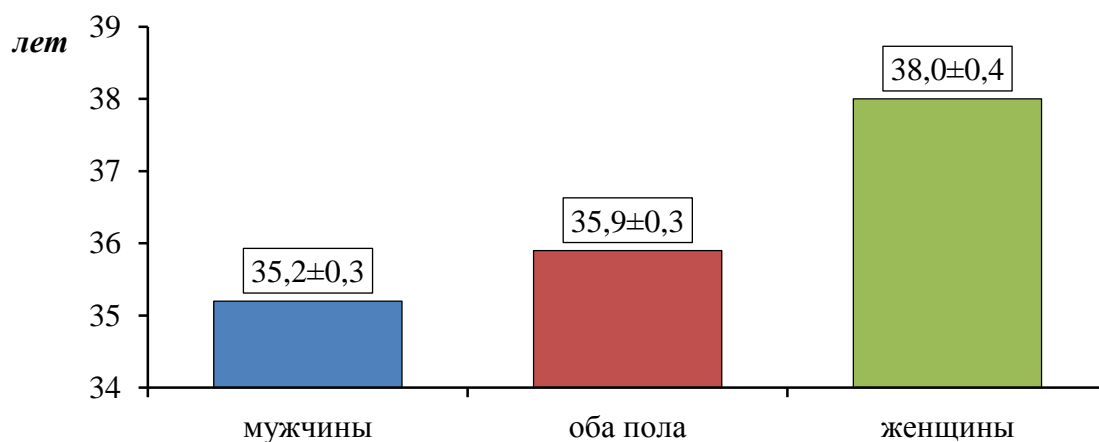


Рисунок 1 – Средний возраст умерших от ДТП в Казахстане за период 2004-2010 гг.

Среднегодовой показатель смертности всего населения от ДТП составил $25,0 \pm 2,1$ ‰. Данный показатель у мужчин составил $38,3 \pm 3,2$ ‰ и был в 3 раза выше, показателя смертности у женщин – $12,6 \pm 1,1$ ‰ (рисунок 2), разница статистически значима ($p < 0,05$).

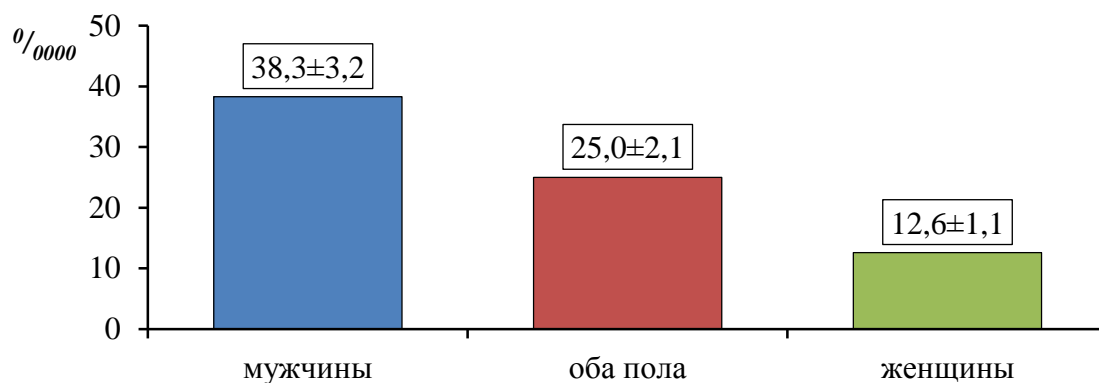


Рисунок 2 – Среднегодовые показатели смертности от ДТП в Казахстане за период 2004-2010 гг.

Возрастные показатели смертности всего населения от ДТП были самыми высокими в 20-29 лет ($36,0 \pm 3,7$ ‰), 30-39 лет ($37,2 \pm 0$ ‰) и 40-49 лет ($33,0 \pm 2,8$ ‰) (рисунок 3).

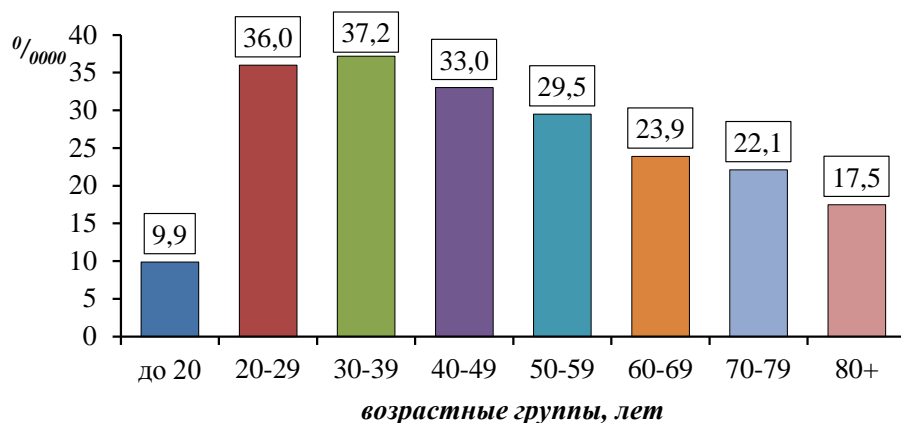


Рисунок 3 – Среднегодовые возрастные показатели смертности всего населения Казахстана от ДТП за период 2004-2010 гг.

У мужского населения наблюдалась аналогичная картина – высокие значения в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет – показатели смертности составили соответственно $57,0 \pm 5,6$, $61,1 \pm 5,9$ и $53,0 \pm 4,3$ ‰.

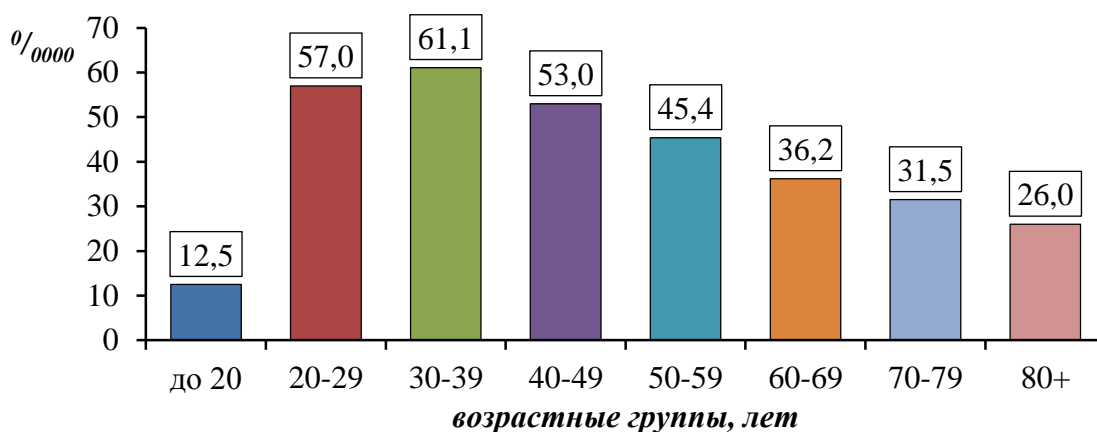


Рисунок 4 – Среднегодовые возрастные показатели смертности мужского населения Казахстана от ДТП за период 2004-2010 гг.

Возрастные показатели смертности женского населения от ДТП были самыми высокими в 50-59 лет ($16,6 \pm 0,9$) и 70-79 лет ($16,9 \pm 0,6$) (рисунок 5).

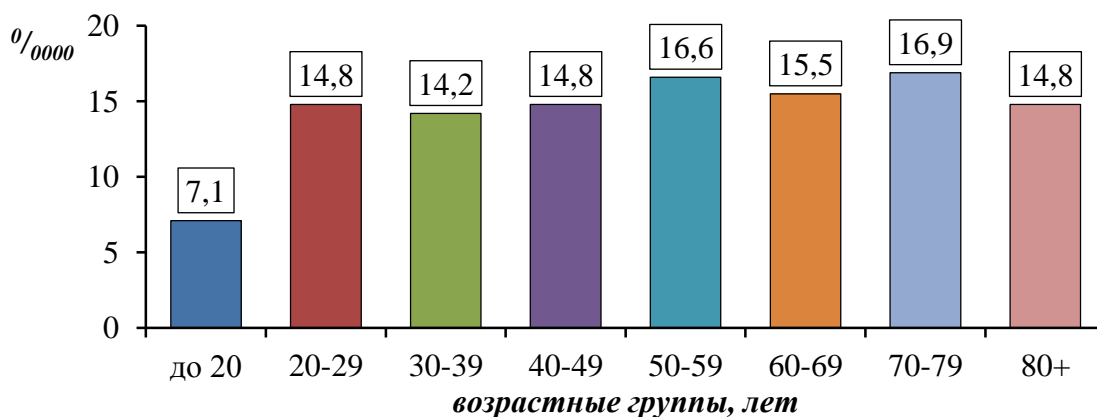


Рисунок 5 – Среднегодовые возрастные показатели смертности женского населения Казахстана от ДТП за период 2004-2010 гг.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что соотношение умерших между мужчинами и женщинами было выше в пользу первых практически во всех возрастных группах, а максимальная разница установлена в 30-39 лет ($4,1 \div 1$). Исключение выявлено в возрастной группе 80 лет и старше, где преобладали женщины ($1 \div 1,7$). Установлено, что мужчины погибали от ДТП в более раннем возрасте (35,2 года), чем женщины (38,0 лет).

Анализ смертности от ДТП в республике показал, что у мужчин она была статистически значима выше во всех группах по сравнению с данными у женщин. При этом возрастные показатели у всего и мужского населения характеризовались одним пиком смертности в 30-39 лет. Тогда как у женщин смертность была наиболее высокой в 50-59 и 70-79 лет.

Выявленные возрастные и половые особенности смертности населения республики от ДТП необходимо использовать для организационно-методических подходов мониторинга и оценки ДТП, в частности, приводящие к смертности, для проведения комплексных и целенаправленных мероприятий по усилению профилактики травматизма от ДТП. Необходимо привлечь все заинтересованные стороны к разработке межотраслевой стратегии, которая бы четко распределяла обязанности и полномочия в отношении того, кто, что, где и когда должен делать.

Литература

- 1 Гранберг А. Производство и использование валового регионального продукта: межрегиональные сопоставления // Рос.экон. журн. 2002. – N10. –С. 42-64.
- 2 Ивочкин А.М. Специализированная реанимационно-спасательная бригада новая организационная форма оказания помощи пораженным в ДТП. // Медицина катастроф. – 2002. – №2. – С. 22-23.
- 3 Гафаров Х.З. Основные принципы профилактики детского травматизма. – Казань, 1998. – С. 17.
- 4 Flynn BC. Healthy Cities: toward worldwide health promotion // Annu Rev Public Health. – 1996. –N 17. – P. 299-309.
- 5 Johansson R., Lie A. and Tingvall C. The Vision Zero; what is it and what has it done in Sweden, Paper presented at the 1998 Traffic Safety Summit, Kananaskis, Canada.
- 6 Tapia Granados JA. Reducing automobile traffic: an urgent policy for health promotion // Rev Panam Salud Publica. – 1998. Apr;3(4). – P. 227-41.
- 7 Elvik R. Can injury prevention efforts go too far? Reflections on some possible implications of Vision Zero for road accident fatalities // Accident Analysis and Prevention, Vol 31, 265-286.
- 8 Fildes B., Charlton J., Fitzharris M. & Pronk N. Older driver safety A challenge for Sweden's 'Vision Zero', presentation at the Australian Transport Research Forum, Hobart, Tasmania, April 2001.
- 9 Richter ED, Berman T, Friedman L, Ben-David G. Speed, road injury, and public health // Annu Rev Public Health. – 2006. – N 27. – P. 125-52.
- 10 Форма С 51 - Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти за 2004 - 2010 г. Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
- 11 Строка 99 - Транспортные несчастные случаи.
- 11 <http://www.stat.kz/digital/naselsenie/Pages/default.aspx>

Түйін

Қазақстанда жол-көлік оқиғаларындағы өлім-жітімнің жас-жыныстық құрамы

А.С. Аубәкірова, С.В. Ким, Н.С. Игісінов

Республикада 7 жылдың ішінде (2004-2010 жж.) көлік-жол оқиғаларында 27 003 адам қаза тапты. Жол-көлік оқиғалардағы өлім-жітімнің жылдық орта көрсеткіші $25,0 \pm 2,1^0/0000$ құраған. Бұл көрсеткіш қаза болған ерлер мен әйелдерге шаққанда – ерлердің өлімі $38,3 \pm 3,2^0/0000$ құрап, әйелдердің $12,6 \pm 1,1^0/0000$ көрсеткішінен үш есе жоғары болған. Жол-көлік оқиғаларындағы өлім-жітімді талдау бойынша ерлер арасында ең көп қаза болғандардың жасы 30-39 аралығында, ал әйелдер 50-59 және 70-79 жас аралығында болған.

Кілтті сөздер: өлім, көлік-жол оқиғалары, жынысы, жасы.

Summary

Age and sex particularities of mortality from road traffic accidents in Kazakhstan

A.S. Aubakirova, S.V. Kim, N.S.Igisiyov

27 003 people have died from road traffic accidents in 7 years (2004-2010). It is determined that the population mortality rate from road traffic accidents equals $25,0 \pm 2,1^{0/0000}$. Additionally, male mortality rate ($38,3 \pm 3,2^{0/0000}$) is higher ($p < 0,05$) than female mortality rate ($12,6 \pm 1,1^{0/0000}$). High male and population mortality indicators include 30-39 years age group, while high female mortality rate include 50-59 and 70-79 years age groups.

Key words: mortality, road traffic accident, sex, age.

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ КАЗАХСТАНА

докторант PhD З.А. Билялова^{1,2}, д.м.н., профессор Н.С. Игисинов^{1,2},
PhD Мальколм А Мур³

¹Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский университет Астана»

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

³Международный союз против рака, Азиатский региональный офис

Введение. Эпидемиологические исследования рака молочной железы (РМЖ) показывают его широкое распространение в Северной Америке, Австралии, Западной и Северной Европе. Самая низкая частота РМЖ установлена в странах Азии и Африки, а страны Латинской Америки, Восточной и Южной Европы занимают промежуточное положение. В большинстве стран мира наблюдается увеличение заболеваемости РМЖ [1, 2, 3, 4]. На рост заболеваемости раком могут оказывать существенное влияние целый ряд факторов и условий окружающей среды. По данным сравнительного анализа стандартизованных показателей заболеваемости и смертности от РМЖ по 21 округу штата Нью-Джерси, найдена положительная корреляционная связь с такими экзогенными факторами, как интенсивность промышленного загрязнения токсическими химикатами, индексом урбанизации и плотности белого населения, среднегодовым доходом на душу населения [5]. Изучение заболеваемости РМЖ в различных регионах является одной из важных задач, позволяющих проводить мониторинг процессов распространения данной патологии и оценивать влияние различных медико-социальных условий и факторов окружающей среды. Цель настоящего исследования пространственно-временная оценка заболеваемости РМЖ с учетом деления на экозоны.

Материал и методы исследования. Источниками исследования послужили данные онкологических учреждений республики о больных, у которых впервые в жизни установлен диагноз РМЖ. Использованы данные о численности женского населения Агентства Республики Казахстан по статистике (www.stat.kz). Изучаемый период составил 11 лет (1999-2009 гг.). По общепринятым методам медико-биологической статистики [7, 8] вычислены стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ. Стандартизованный показатель вычислен прямым методом, при этом использовано мировое стандартное население. Определены среднегодовые значения (Р), средняя ошибка (m), 95% доверительный интервал (95% ДИ), кумулятивный риск. Тренды заболеваемости определены методом наименьших квадратов, а для вычисления среднегодовых темпов прироста/убыли ($T_{пр/уб}$, %) динамического ряда применялась средняя геометрическая. Оценивалась взаимосвязь между заболеваемостью РМЖ в экологических зонах с учетом выбросов в атмосферу загрязняющих веществ, отходящих от стационарных источников (на душу населения в килограммах). Измерение связи производилось вычислением коэффициента корреляции и его ошибки, а также дана

оценка статистической значимости корреляции. Применен способ составления картограммы, предложенный в 1974 г. профессором Игисиновым С.И. [9], основанный на определении среднеквадратического отклонения (σ) от среднего (x). Просмотр и обработка полученных материалов осуществлены при помощи компьютера – пакет программ MicrosoftOffice 2010 (Excel, Word); BIOSTAT (Version 4.03 by Stanton Glantz).

Результаты и обсуждения. Стандартизованный показатель заболеваемости РМЖ женского населения за изучаемый период был самым низким в Арало-Сырдарьинской зоне – $22,5 \pm 1,1^{0/0000}$, а высокая заболеваемость была установлена в Иртышской зоне – $38,2 \pm 1,2^{0/0000}$ (таблица 1).

Тренды стандартизованных показателей заболеваемости РМЖ снижались в зонах: Шу-Таласской ($T_{y6} = -0,1\%$) и Балхаш-Алакольской ($T_{y6} = -1,3\%$) (таблица 1).

Таблица 1- Среднегодовые стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ в экозонах Казахстана за период 1999-2009 гг.

Экологическая зона	Выбросы на душу населения, кг	Заболеваемость, $^{0/0000}$		Т, %
		М±m	95% ДИ	
Шу-Таласская	17,4	24,0±1,1	21,9-26,1	-0,1
Арало-Сырдарьинская	34,4	22,5±0,7	21,1-23,9	+2,3
Балхаш-Алакольская	41,4	23,4±1,7	20,2-26,7	-1,3
Есильская	84,0	33,8±1,3	31,3-36,4	+2,0
Жаик-Каспийская	164,8	28,7±0,8	27,2-30,3	+1,3
Тобыл-Торгайская	169,7	30,7±1,0	28,7-32,8	+2,8
Иртышская	416,7	38,2±1,2	35,9-40,5	+2,4
Нура-Сарысузская	885,0	37,1±1,0	35,1-39,0	+0,8

В остальных регионах показатели имели тенденцию к росту, при этом среднегодовые темпы прироста варьировали от $T = +0,8\%$ (Нура-Сарысузская зона) до $T = +2,8\%$ (Тобыл-Торгайская зона).

Анализ 95% ДИ стандартизованных показателей заболеваемости РМЖ в изучаемых экологических зонах республики показал, что заболеваемость имела статистически значимую разницу ($p < 0.05$), там, где 95% ДИ не накладывались друг на друга.

Изучена взаимосвязь между выбросами в атмосферу загрязняющих веществ, отходящих от стационарных источников и заболеваемости РМЖ в экологических зонах. При этом установлена прямая сильная корреляционная взаимосвязь $r = +0,75 \pm 0,17$ ($t = 2.446$, $p = 0.05$), т.е. с увеличением загрязненности зон увеличивается заболеваемость изучаемой патологии в этих регионах.

Для составления картограмм были определены уровни заболеваемости РМЖ, которые соответствовали следующим критериям: низкий показатель заболеваемости – до $26,7^{0/0000}$, средний – от $26,7$ до $32,9^{0/0000}$ и относительно высокий – от $32,9^{0/0000}$ и выше. Так, на основе установленных критериев была составлена картограмма заболеваемости раком (рисунок 1) и определены следующие зоны:

1. Регионы с низкими показателями (до $26,7^{0/0000}$) – Арало-Сырдарьинская, Балхаш-Алакольская и Шу-Таласская зоны.

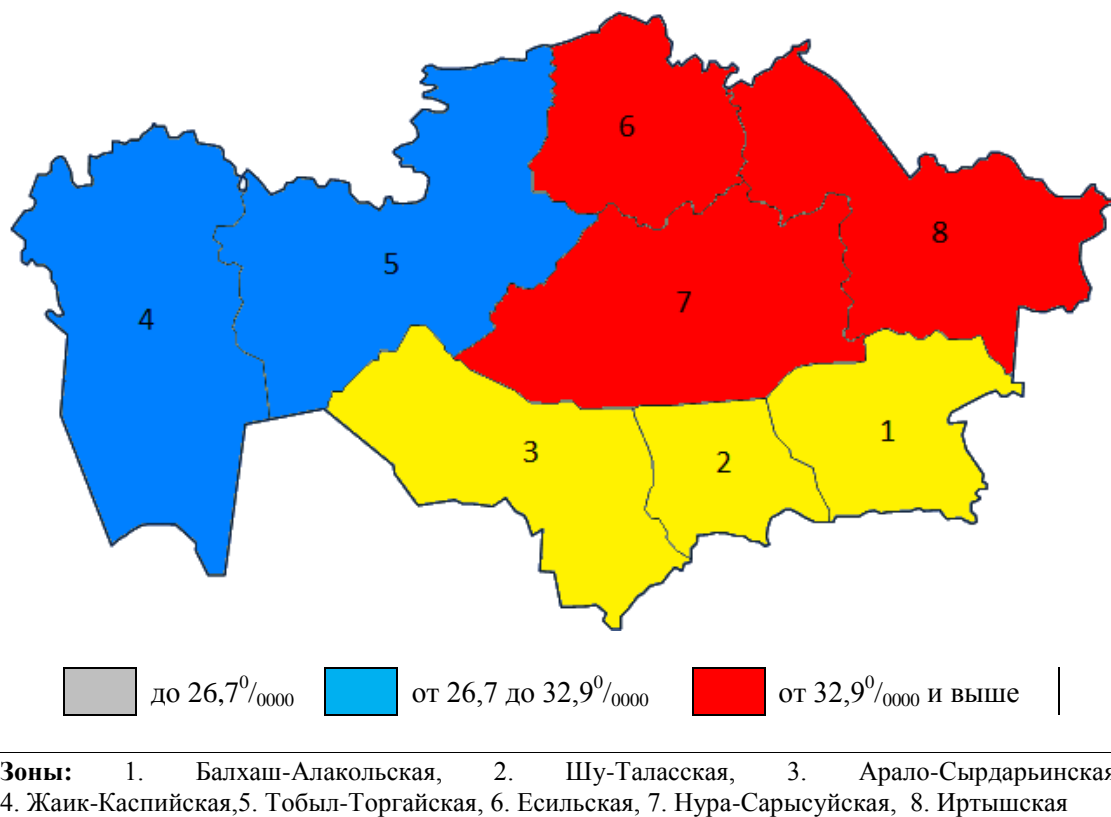


Рисунок 1 – Картограмма заболеваемости РМЖ по экологическим зонам республики за период 1999-2009 гг. (мировой стандарт)

2. Регионы со средними показателями (от 26,7 до 32,9⁰/0000) – Жаик-Каспийская и Тобыл-Торгайская зоны

3. Регионы с высокими показателями (от 32,9⁰/0000 и выше) – Есильская, Нура-Сарысуйская и Иртышская зоны.

Выводы. Анализ заболеваемости РМЖ выявил экологические зоны с высокими показателями. Результаты позволяют оценить особенности ситуации на различных территориях, а также позволяет планировать и проводить целенаправленные противораковые мероприятия с учетом факторов окружающей среды. Дальнейшее изучение связи заболеваемости с экологическими факторами и составление атласа заболеваемости с учетом медико-экологических зон будут приоритетными научными направлениями наших перспективных исследований.

Литература

- 1 Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin, 2005; 55:74–108.
- 2 Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol, 2007; 18: 581-92.
- 3 GLOBOCAN 2008: Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008: IARC CancerBase No. 10. Available from: <http://globocan.iarc.fr> Accessed: July 29, 2011.
- 4 MEPs against cancer. Cancer facts and figures 2011. Available from: <http://www.mepsagaincancer.org>
- 5 Garfinkel L., Boring C.C., Heath C.W. Changing trends: An overview of breast cancer incidence and mortality. Cancer, 1994; 74, 222-227.
- 6 Сепетлиев Д (1968). Статистические методы в научных медицинских исследованиях. Монография, Москва, 420 с.
- 7 Merkov AM, Polykov LE (1974). Sanitary statistics. Monograph, Leningrad, 384 pp.
- 8 Glantz S (1999). Medical-biological statistics. Monograph, Moscow, 460 pp.
- 9 Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике// Здрав. Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71.

Түйін

Қазақстанның экологиялық аймақтарында емшек обырымен сырқаттануды кеңістік-уақыттық тұрғыдан бағалау

З.А. Біләлова, Н.С. Игісінов, Мальколм А Мур

Қазақстан бойынша емшек обырымен сырқаттануға талдау жүргізіліп, осы аурудың жоғары көрсеткіштері белгіленген экологиялық аймақтар анықталды. Бұл дертпен сырқаттанудың ең төменгі көрсеткіші Сырдария аймағында белгіленді $-22,50/0000$, ал ең жоғары көрсеткіші $-38,20/0000$ Ертіс аймағында анықталды. Емшек обырымен сырқаттанудың стандартты көрсеткіші кейбір аймақтарда төменденген, бірақ аймақтардың басым бөлігінде ол өсу тенденциясымен сипатталады. Экологиялық аймақтарда ауаны ластайтын заттарды атмосфераға шығару және емшек обырымен сырқаттану деңгейі арасындағы байланыс зерделеніп, олардың тікелей қатысты өзара байланысы анықталды. Аймақтардың ластану деңгейі жоғарлай берген сайын сол өңірлерде осы дертке шалдығу деңгейі де өседі. Кілтті сөздер: емшек обыры, сырқаттанушылық, экоаймақ, ауаны ластайтын заттар.

Summary

Spatial-time evaluation of breast cancer incidence in the ecological zones of Kazakhstan

Z.A. Bilyalova, N.S. Igissinov, Malcolm A Moore

Was estimated incidence of breast cancer in the ecological areas of Kazakhstan. It is established that incidence (world standard) was at the lowest degree in Aral-Syr Darya area $22.5^0/0000$, and the high rates were registered in Irtysh region $38.2^0/0000$. Trends of incidence were various, but in major areas increased. Was established the link between the pollutions degree and между incidence ($r=+0.71\pm 0.18$; $p=0.05$). Cumulative risk in zones with of progressing breast cancer was high in zones with high level of pollution ($r=0.77\pm 0.15$; $p=0.026$).

Key words: breast cancer, incidence, ecozones, emissions of pollutants.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ
УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

магистр МВА Б.А. Джусупов, д.м.н. Л.М. Актаева
АО «Национальный медицинский холдинг»
АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Проблема управления качеством медицинской помощи является актуальной как в нашей стране, так и во всем мире. В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» под качеством медицинской помощи подразумевают уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологии.

Управление качеством - это не просто оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса, обеспечивающего соблюдение определенных требований и норм [1]. Отклонение от технологических условий (или то, что называют дефектами оказания медицинской помощи) зависит не только от исполнителей, но и от системы, в которой они работают.

Международный опыт создания системы управления качеством медицинской помощи включает следующие основные организационные задачи [1,2,3,4,5]: межведомственное взаимодействие структур управления, лечебно-профилактических учреждений и учреждений системы медицинского страхования, медицинских ассоциаций, общественных организаций и пациентов; разработка единой методики внутри- и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, а также показателей (индикаторов) качества медицинской помощи и методов оценки этих показателей; разработка и внедрение системы мониторинга качества медицинской помощи, направленной на сбор информации с последующим анализом и принятием управленческих решений по совершенствованию долгосрочного планирования; развитие системы стандартизации, лицензирования, сертификации, аккредитации в

здравоохранении; разработка и внедрение системы мотивации и экономических механизмов стимулирования медицинских работников в зависимости от объема проделанной работы, качества и результатов оказанной медицинской помощи.

Цель данного исследования - оценка эффективности модели управления качеством медицинских услуг в дочерних организациях АО «Национальный медицинский холдинг».

Материал и методы. Материалом исследования послужила модель управления качеством медицинских услуг в АО «Национальный медицинский холдинг». Особенностью организационной структуры управления качеством медицинских услуг дочерних организации Холдинга является разделение стандартизации и аудита, т.е. отдел менеджмента качества в соответствии с задачами ответствен за разработку и внедрение стандартов, контроль эффективности принятых мер проводит служба внутреннего аудита.

Необходимость исследования эффективности модели обеспечения качества медицинских услуг в Холдинге, в соответствии с подходами, практикуемыми ВОЗ потребовала разработки методики социологического опроса участников процесса управления качеством медицинских услуг, с целью определения результативных и приоритетных направлений развития, изучения и оценки принимаемых мер.

Объектом исследования явились сотрудники дочерних организаций АО «Национальный медицинский холдинг», а предметом исследования является отношение респондентов к внедрению модели управления качеством медицинских услуг в Холдинге. Анкетирование проводилось среди врачебного персонала, сотрудников отдела менеджмента качества, клинических аудиторов, управленческого персонала. Общее количество респондентов составило 174 человек. В основном разделе анкеты включены вопросы касательно качества медицинских услуг, включая основные проблемы качества медицинских услуг в Республике Казахстан. Также в основном блоке заданы вопросы по оценке внедрения новой модели управления качеством медицинских услуг в АО «Национальный медицинский холдинг».

Результаты и обсуждение. Основными проблемами в управлении качеством медицинских услуг 35% респондентов считают отсутствие мотивации персонала, 25% - недостаточная квалификация персонала, 23% - отсутствие принятия управленческих решения на основе анализа, а 17% - отсутствие в республике независимой экспертизы.

38% респондентов считают ответственным за качество медицинской помощи руководство, 29% - весь персонал, 21% отдел менеджмента качества.

В целом врачи положительно оценивают изменения в уровне качества обслуживания за последний год в медицинских организациях Холдинга.

75% опрошенных отмечают, что качество обслуживания в медицинских организациях Холдинга за последние 6 месяцев улучшилось.

Как показано на рисунке 1 около половины респондентов оценивают работу отделов менеджмента качества (далее - ОМК) и службы внутреннего аудита (далее - СВА) как среднее.

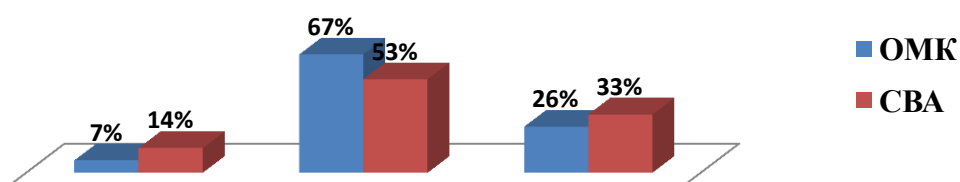


Рисунок 1 – Оценка работы отдела менеджмента качества и службы внутреннего аудита в дочерних организациях АО «Национальный медицинский холдинг»

О принятии мер в целях улучшения качества медицинских услуг респонденты распределились следующим образом: ответившие на данный вопрос респонденты видят решение в повышении квалификации персонала (44%), оснащенности современной медицинской техникой (32%). За уменьшение нагрузки на медицинский персонал высказались 88,5% опрошенных. Однозначно, что врачи в отечественных организациях здравоохранения выполняют подчас несвойственную им работу и несут слишком много дополнительной нагрузки. 86% отмечают пользу рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций. Около 45% респондентов считают эффективным разделение службы аудита и менеджмента качества (рисунок 2).

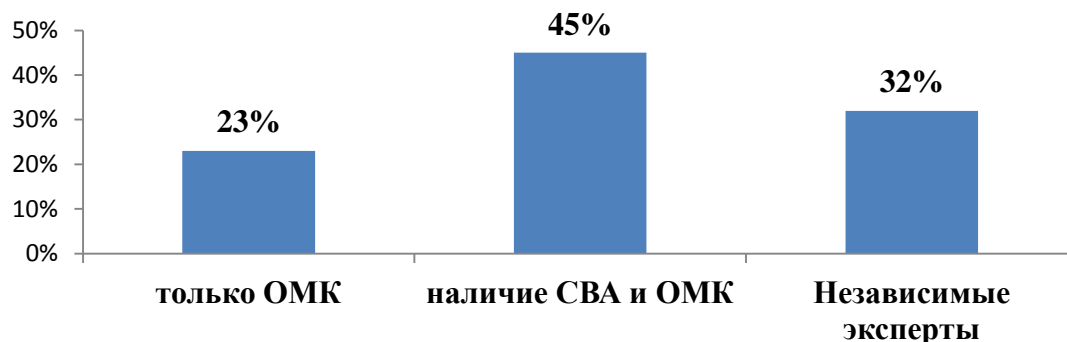


Рисунок 2 – Предложения респондентов по эффективной модели обеспечения качества медицинских услуг.

Прогнозируя изменения качества медицинского обслуживания, 75% респондентов ожидают его повышения, связывая это, в первую очередь, с улучшением отношения к пациентам и своим обязанностям со стороны медицинских работников.

От прогресса медицинской науки и применения новых методов лечения ждут улучшения качества медицинских услуг 75,5% опрошенных специалистов.

Заключение. Одним из основных преимуществ организационной структуры управления качеством медицинских услуг является разделение стандартизации и аудита, т.е. отдел менеджмента качества в соответствии с задачами ответственен за разработку и внедрение стандартов, контроль эффективности принятых мер проводит служба внутреннего аудита.

Таким образом, большинство респондентов считают эффективным разделение контрольных и реализационных функций между структурными подразделениями дочерних организаций Холдинга.

Литература

- 1 Найговзина Н.Б., Астовецкий А. Г. // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 1. – С. 7–10.
- 2 Колыхалова Г.А. // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 32–35.
- 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.
- 4 Татарников М.А. // Вопросы экспертизы и качества мед. помощи. – 2008. – № 2 (26). – С. 4–10.
- 5 Deming W.E. Some Theory of Sampling. – New York. N. Y. Dover, 1966.
- 6 K. Davis et al., "Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care," The Commonwealth Fund, May 2007.
- 7 Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) //maps.spb.ru/ordinator/addelment/.

Түйін
Медициналық қызметтер сапасын басқару
моделінің тиімділігін бағалау

Б. Ә. Жүсіпов, Л.М. Ақтаева

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының практикасында қолданылатын тәсілдерге сәйкес «Ұлттық медициналық холдинг» АҚ-та медициналық қызметтер сапасын басқару моделінің тиімділігін зерттеу қажеттілігі дамудың нәтижелі әрі басым бағыттарын анықтау және қолданылған іс-шараларды зерделеу мен бағалау мақсатында медициналық қызметтер сапасын бағалау үдерісінің қатысушыларынан әлеуметтік пікір сұрау әдістемесін әзірлеуді талап етті. Дәрігерлер Холдингтің медициналық ұйымдарында соңғы жылы қызметтер көрсету сапасының деңгейінде көрініс алған өзгерістерді оң бағалайды.

Негізгі сөздер: медициналық көмек сапасы, «Ұлттық медициналық холдинг» АҚ

Summary
Evaluating effectiveness of healthcare quality management model

B.A. Jussipov, L.M. Aktaeva

Necessity to study the effectiveness of health services quality model at the JSC "National Medical Holding" required the development of survey methodologies for stakeholders of quality management process.

In general, positive view of doctors changes in the level of service quality over the last year in medical institutions of the Holding.

Key words: quality of medical services, JSC «National medical holding».

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТРАССОВЫХ МЕДИКО-СПАСАТЕЛЬНЫХ ПУНКТОВ НА АВАРИЙНО-ОПАСНЫХ УЧАСТКАХ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЗНАЧЕНИЯ

д.м.н., профессор С.В. Ким, к.м.н. Е.С. Искаков

АО «Медицинский Университет Астана»; Центр медицины катастроф МЧС РК

Большие расстояния между населенными пунктами и малая плотность населения в Казахстане при возникновении автокатастроф затрудняют своевременное оказание первичной доврачебной и квалифицированной медицинской помощи. Организация трассовых медико-спасательных пунктов (ТМСП) позволит обеспечить медицинскую помощь первой в течение первого часа после возникновения автокатастрофы («золотой стандарт»). Если актуальность улучшения доступности медицинской помощи для пострадавших в автокатастрофах вне населенных пунктов ни у кого в Казахстане не вызывает сомнений, то могут иметь разные точки зрения министерств и ведомств на места расположения этих пунктов и порядок их строительства. Разница во взглядах на перечень мест дислокации ТМСП, скорее всего, определяется разными, и еще не вполне согласованными критериями их выбора. Таким образом, имеется необходимость в выработке методики оценки значимости (приоритета строительства) мест дислокации ТМСП.

Для расчета значимости (приоритета) мест дислокации трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках автомобильных требуется следующая информация: название автодороги; место размещения; интенсивность авто/сутки; количество ДТП; количество погибших и раненых, вероятность возникновения случая катастрофы на 1000 проезжающих автомобилей.

Вероятность возникновения случая катастрофы предлагается рассчитывать по формуле:

$$\text{Вероятность автокатастрофы} = \frac{\text{Погибших} + \text{Раненых}}{\text{Интенсивность Движения}} * 1000$$

На 2012 год запланировано строительство 6 ТМСП (табл. 1). Использование предлагаемой методики с расчетом значимости места ТМСП дает иные результаты для первых шести пунктов ТМСП (таблица 2).

Таблица 1 – Предварительное проектируемое расположение ТМСП на 2012 год

№	место размещения	интенсивность авто/сут	ДТП	погибло	ранено	Пострадавшие	Вероятность поражения на 1000 а/м	Рейтинг по пострадавшим	Рейтинг по вероятности поражения	Средний рейтинг
1	На развязке дорог Астана-Кокшетау и Степняк-Астраханка	5542	9	2	11	13	2,3	28	37	32,5
2	На развязке дорог Аральск - Актюбинск - Костанай	1381	15	6	21	27	19,6	16	4	10,0
3	На развязке дорог Оскемен - Зырьяновск -Улькен	1854	12	2	15	17	9,2	25	16	20,5
4	Вблизи п. Анар на дороге Алматы - Астана	6232	5	0	5	5	0,8	36	38	37,0
5	Вблизи поселка Атасу на трассе Караганда - Жезказган	2793	25	15	31	46	16,5	5	7	6,0
6	На развязке дорог Павлодар - Экибастуз - Майкайын	4432	22	11	32	43	9,7	8	14	11,0

Таблица 2 – Значимость места расположения для первых шести ТМСП

№	место размещения	интенсивность авто/сут	ДТП	погибло	ранено	Пострадавшие	Вероятность поражения на 1000 а/м	Рейтинг по пострадавшим	Рейтинг по вероятности поражения	Средний рейтинг
1	вблизи п. Кызыласкер на 146 км а/д Жетысай-Кызыласкер-Абай	4845	52	15	93	108	22,3	2	2	2,0
2	вблизи Казыгуртского перевала на а/д Шымкент-Ташкент	8152	85	47	113	160	19,6	1	3	2,0
3	вблизи п.Привольное на 84 км а/д Усть-Каменогорск - Семей	1535	23	12	32	44	28,7	7	1	4,0
4	На трассе Караганда - Жезказган, вблизи поселка Атасу	2793	25	15	31	46	16,5	5	7	6,0
5	На трассе Караганда - Балхаш, вблизи поселка Аксу-Аюлы	4867	30	20	43	63	12,9	4	9	6,5
6	Вблизи п. Суыкбулак на а/д Семей - Аягоз	2473	9	4	39	43	17,4	8	6	7,0

Исходя из таблиц 1 и 2, количество пострадавших лиц и вероятность автокатастрофы на 1000 проезжающих автомобилей являются связанными факторами, каждый из которых можно использовать самостоятельно при расчете коэффициента значимости ТМСП и присваивая ранг или приоритет значимости. Сортировка по убыванию дает схожие, хотя и несколько различающиеся величины. Тем не менее, можно предложить также дополнительный критерий, учитывающий оба фактора в виде среднего арифметического ранга по двум критериям.

Без сомнения, строительство всех предложенных пунктов за 2012-2015 годы принесет определенную пользу в плане предотвращения преждевременной смертности из-за травматизма вследствие своевременно оказанной медицинской помощи на трассовых МСП. Однако определение приоритета строительства (таблица 2) позволит уже в 2012 году добиться более существенного сокращения количества смертей и инвалидности.

По экспертным оценкам, основывающимся на фиксации факта смерти врачами, прибывающими на место автокатастрофы, количество смертей, отраженное в таблице первичного материала, представляет собой количество погибших мгновенно или почти мгновенно умерших (травмы несовместимые с жизнью) и умершие в течение первых двух часов после травмы (А). Около 40% умирают из-за неоказанной своевременно медицинской помощи (30% в течение первого часа после автокатастрофы и 10% в течение второго часа).

Если сделать допущение, что всем погибшим была оказана помощь после двух часов, и количество погибших принять за 100%, то тогда при первом варианте можно будет спасти $36 \text{ погибших} * 40\% \approx 14$ человек, а при втором $113 * 40\% \approx 45$ человек или в три раза больше. Второй вариант из шести ТМСП покрывает 37% всех смертельных случаев по 40 ТМСП.

Таким образом, разработан метод определения значимости опасных участков автодорог, основанный на оценке вероятности наступления несчастного случая и позволяющий определить оптимальное расположение трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках автомобильных дорог. Трассовые медицинские пункты позволят приблизить оказание квалифицированной медицинской помощи и сократить количество смертей и инвалидности от несчастных случаев на дорогах.

Түйін

Республикалық маңызы бар автокөлік жолдарының апатты қауіпті учаскелерінде трассалық медициналық құтқару пункттері орналасуының маңыздығын бағалау

С.В. Ким, Е.С. Ысқақов

Мақалада автокөлік жолдарында жазатайым оқиғалардың орын алуы ықтималдығын бағалауға негізделген және трассалық медициналық құтқару пункттерін ұтымды орналастыруды анықтауға мүмкіндік беретін, автожолдардың қауіпті учаскелерінің маңыздығын белгілеу әдісі ұсынылған. Трассалық медициналық құтқару пункттері автожолдарда апат болған жерлерге білікті медициналық көмек көрсетуді жеделдетуге және адам өлімі мен мүгедектіктің санын азайтуға мүмкіндік береді.

Summary

Valuing the location of en-route medical care and rescue-route points on accidentable roads of national importance

S. Kim, E. Isskakov

The method of valuation of en-route medical and rescue points using a victim number in car accidents and accident probability for roads at Kazakhstan is proposed.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ САНАВИАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

*докторант PhD А.К. Косумов¹, Б.Р. Сыздыкова²
¹Медицинский университет Астана,
²Городская клиническая больница №2, г. Астана*

Введение. Согласно данным (Lopez A.D., Mathers C.D. et al.) инсульт является одной из лидирующих причин заболеваемости и смертности в мире [1,2,3]. Инсульт в настоящее время приобретает форму глобальной эпидемии. По данным ВОЗ на сегодняшний день в мире около 9 млн. человек страдают цереброваскулярными болезнями. Основное место среди них занимают ОНМК, ежегодно поражающие от 5,6 млн. до 6,6 млн. человек и уносящие 4,6 млн. жизней. Мозговой инсульт является второй по значимости причиной смерти и одной из частых причин госпитализации и длительной инвалидизации в промышленно развитых странах мира [4,5,6].

Отсутствие достоверных продолжительных популяционных эпидемиологических исследований в Казахстане затрудняет планирование адекватной лечебно-профилактической помощи населению и делает невозможным сопоставление показателей заболеваемости, смертности и факторов риска развития инсульта. Единичные работы в нашей стране посвящены изучению эпидемиологии инсульта с учетом их географических и этнических особенностей [7]. Выявлена высокая заболеваемость инсультом, которая составила в различных регионах Казахстана от 2,5 до 3,7 случаев на 1000 человек, смертность от инсульта от 1 до 1,8 случаев на 1000 человек в год. Установлено, что менее 8% больных с инсультом госпитализируются в первые 3 часа от начала заболевания, начинают лечение в эти сроки только 5–6%, а более 8% заболевших госпитализированы на 2–3 сутки. Поздняя госпитализация связана с поздней диагностикой. На догоспитальном этапе больных с острой сосудистой патологией головного мозга (гипертонический церебральный криз, острая гипертоническая энцефалопатия, транзиторные ишемические атаки и т.д.) возникает множество вопросов по клинической интерпретации и подходам к диагностике и лечению больных. Пытаясь найти методологически адекватные решения этой проблемы, необходимо акцентировать внимание врачей на гипертоническом церебральном кризе, который является неотложным состоянием и требует экстренной госпитализации в стационар для проведения дифференциальной диагностики [8]. Концепция «время – мозг» означает, что помощь при инсульте должна быть экстренной. Соответственно, основной задачей на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи при инсульте является минимизация задержек при транспортировке больных. Распознавание признаков и симптомов инсульта самим пациентом или родственниками и окружающими, характер первого медицинского контакта и способ транспортировки в стационар имеют, в итоге, большое значение [9,10].

Целью данного исследования явилось разработка алгоритма действий санавиации при острых нарушениях мозгового кровообращения в неврологической службе системы здравоохранения Казахстана.

Материалы и методы. Был проведен анализ проблемы сосудистых заболеваний мозга и оценка организации помощи больным на ранних этапах.

Результаты и обсуждения. В результате анализа литературных источников по проблеме сосудистых заболеваний мозга и состояния службы скорой медицинской помощи (СМП) по вопросам оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах нами был разработан алгоритм действий санавиации при острых нарушениях мозгового кровообращения в неврологической службе системы здравоохранения Казахстана.

Первый контакт с лицом, обратившимся за медицинской помощью, чрезвычайно важен, поскольку правильно сформированный повод к вызову бригады позволит рационально использовать силы и средства службы скорой медицинской помощи/санитарной авиации.

1. Телефонное интервью. Использование теста «лицо-рука-речь» (FAST). Интервью включает следующие обязательные вопросы, задаваемые человеку, обратившемуся за медицинской помощью:

- А. Наличие или отсутствие асимметрии лица.
- Б. Наличие или отсутствие односторонней слабости верхней конечности.
- В. Наличие или отсутствие речевых нарушений.
- Г. Темп возникновения вышеуказанных симптомов (быстрый, медленный).

При положительном ответе хотя бы на один из вопросов А-В необходимо заподозрить острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и немедленно направить к больному бригаду СМП.

2. При осмотре пациента бригадой СМП первоочередными задачами являются правильная диагностика ОНМК и дифференциальная диагностика инсульта с другими неотложными состояниями. Патологические состояния, наиболее часто требующие проведения дифференциальной диагностики с ОНМК, представлены в таблице.

Таблица - Характеристика патологических состояний, с которыми в первую очередь необходимо проводить дифференциальную диагностику ОНМК.

Патологическое состояние	Клиническая картина
Гипогликемия	Симптомы могут быть сходны с ОНМК и почти всегда возникают у больных сахарным диабетом, принимающих гипогликемические препараты. Развитие гипогликемии может сопровождаться генерализованным тонико-клоническим припадком. Единственный способ правильно оставить диагноз – определить концентрацию глюкозы в крови или (при невозможности измерить) ввести 40% раствор глюкозы внутривенно
Эпилептический припадок	Внезапное начало и прекращение приступа; после приступа наступает сонливость или спутанность сознания; возможна очаговая неврологическая симптоматика, исчезающая в течение 24 часов. В анамнезе могут быть сходные приступы в прошлом, однако следует помнить, что эпилептический припадок может развиваться в дебюте инсульта и других острых заболеваний и состояний: черепно-мозговой травмы, менингита, энцефалита, гипогликемии и др.
Черепно-мозговая травма (ЧМТ)	Обязательным является факт травматического повреждения головы. Амнезия, алкогольное или наркотическое опьянение при отсутствии очевидцев всегда затрудняют постановку диагноза. На первый план в таких ситуациях выходят осмотр и пальпация головы, однако следует учитывать, что ЧМТ иногда не сопровождается повреждением мягких тканей головы и костей черепа. Очаговые симптомы могут развиваться через некоторое время (светлый промежуток) от момента получения травмы, но, как правило, всегда сочетаются с нарушением уровня сознания и менингеальным синдромом. За частую в постановке диагноза ЧМТ помогает диссоциация между выраженностью угнетения сознания и умеренными очаговыми симптомами
Менингит	Остро развившийся менингеальный синдром всегда требует дифференциального диагноза между менингитом и субарахноидальным кровоизлиянием (САК). В первом случае в клинической картине будут присутствовать и общеинфекционные симптомы, тогда как во втором первым и обязательным симптомом будет интенсивная головная боль
Энцефалит	Клиническая картина энцефалита в большей степени напоминает развитие внутримозгового кровоизлияния. При этом помимо выраженных очагов, общемозговых и менингеальных симптомов в дебюте энцефалита присутствуют общеинфекционные симптомы

Осложненный приступ мигрени	По началу и наличию очаговой симптоматики напоминают инсульт; до и после приступа наблюдается сильная головная боль; часто выражены нарушения чувствительности и зрения; нарушения чувствительности нередко носят распространенный характер. Состояние следует подозревать у молодых пациентов, чаще женщин с сильными головными болями в анамнезе; инсульт может сопровождать мигрень. Дифференциальной диагностике приступа мигрени и САК помогает отсутствие признаков нарушения сознания в первом случае и обязательное наличие минингеальных симптомов во втором
Опухоль мозга	Очаговые симптомы развиваются в течение нескольких дней. Нередко в анамнезе у таких больных имеются указания на наличие злокачественных опухолей (рак легкого, молочных желез и др.)
Истерия	Демонстрируемые очаговые симптомы не сопровождаются разницей мышечного тонуса и рефлексов, патологическими рефлексами (рефлекс Бабинского). Нарушения чувствительности у таких всегда распределяются строго по средней линии или по анатомическим границам (уровень плечевого сустава, паховой складки)

3. Инсульт - неотложное состояние, поэтому все пациенты с ОНМК должны госпитализироваться первой бригадой, прибывшей на вызов, в специализированное отделение для лечения острых нарушений мозгового кровообращения.

4. Максимально быстрая транспортировка пациента в стационар ближайшей медицинской организации – районной больницы (РБ) или областной больницы (ОБ), а также сокращение времени обследования для верификации характера инсульта являются залогом успешного лечения ОНМК. Одним из эффективных способов сокращения времени на внутрибольничные перемещения является госпитализация больных с инсультом непосредственно в круглосуточно работающий кабинет компьютерной томографии (КТ), минуя приемное отделение. Подобный способ госпитализации позволяет значительно сократить временной промежуток от поступления до начала тромболизиса, так называемое время - от двери до иглы, «door-to-needle time». Согласно международным рекомендациям, величина времени «от двери до иглы» должна быть как можно меньше и не должна превышать 60 минут.

5. Транспортировка посредством санитарной авиации (СА) в высокоспециализированную медицинскую организацию (ВСМО) с нейроинсультным отделением (в городах Астаны, Алматы, Павлодар, Кокшетау, Кызылорда).

6. В случае невозможности осуществления воздушной транспортировки – необходима организация телемедицины между ВСМО и РБ/ОБ.

Схема действий и взаимодействий ЛПУ при ОНМК в Казахстане представлена на рисунке.

ВСМО	Высокоспециализированная медицинская организация с нейроинсультным центром
СА	Санитарная авиация
АЭ	Автоэвакуация
ТМ	Телемедицина
ПД	Первичная диагностика
ДД	Дифференциальная диагностика

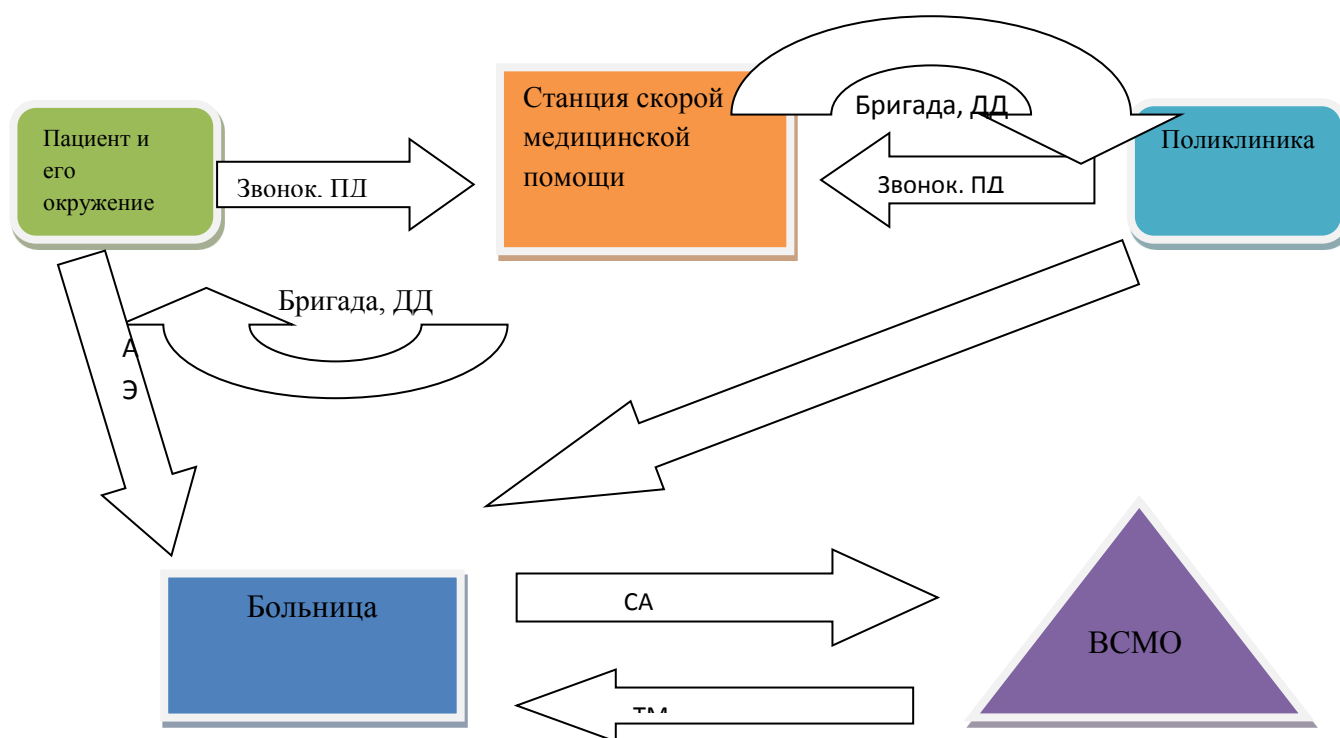


Рисунок - Схема действий и взаимодействий ЛПУ при ОНМК в Казахстане

Литература:

- 1 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ: Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006;367:1747-1757.
- 2 Brainin M, Bornstein N, Boysen G, Demarin V: Acute neurological stroke care in europe: Results of the european stroke care inventory. *Eur J Neurol* 2000;7:5-10.
- 3 Rothwell PM, Coull AJ, Silver LE, Fairhead JF, Giles MF, Lovelock CE, Redgrave JN, Bull LM, Welch SJ, Cuthbertson FC, Binney LE, Gutnikov SA, Anslow P, Banning AP, Mant D, Mehta Z: Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (oxford vascular study). *Lancet* 2005;366:1773-1783.
- 4 O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, Roman G, Sawada T, Pantoni L, Bowler JV, Ballard C, DeCarli C, Gorelick PB, Rockwood K, Burns A, Gauthier S, DeKosky ST: Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol* 2003;2:89-98.
- 5 The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee: European stroke initiative recommendations for stroke management – update 2003. *Cerebrovascular Disease* 2003;16:311-337.
- 6 WHO Task Force (1989) Stroke-1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders // *Stroke* 20: 1407-1431.
- 7 Ахметова, Ж. Б. Совершенствование неврологической помощи взрослому городскому населению (на примере г. Астаны). Резюме диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ж. Б. Ахметова // *Клинич. фармакология и фармакоэкономика*. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 54-55.
- 8 Evenson KR, Rosamond WD, Morris DL: Prehospital and in-hospital delays in acute stroke care. *Neuroepidemiology* 2001;20:65-76.
- 9 Gil Nunez AC, Vivancos Mora J: Organization of medical care in acute stroke: Importance of a good network. *Cerebrovasc Dis* 2004;17 Suppl 1:113-123.
- 10 Keskin O, Kalemoglu M, Ulusoy R: A clinic investigation into prehospital and emergency department delays in acute stroke care. *Med Princ Pract* 2005;14:408-412.

Түйін

Қазақстан денсаулық сақтау жүйесінің неврологиялық қызметіндегі санавиацияның мидың қанайналымы жедел бұзылуы кезіндегі іс- қимылдарының алгоритмі

А.К. Қосымов, Б.Р. Сыздықова

Мақалада Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі неврологиялық қызметі санитариялық авиациясының бас миінің қан айналуы жедел қанайналымы жедел бұзылуы кезіндегі іс-қимылдарының алгоритмі ұсынылған.

Summary

The algorithm of actions of air ambulance in acute cerebral circulatory disorders in neurological service of health care system in Kazakhstan

A.K. Kossumov, B.R. Syzdykova

In this article proposes an algorithm of actions air ambulance in acute disorders of cerebral circulation in the neurological service of the health care system in Kazakhstan.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИОПИИ У ДЕТЕЙ ГОРОДА АСТАНА

магистрант К.А. Кубентаев

*Институт общественного здравоохранения
АО «Медицинский университет Астана»*

Введение. Миопия (близорукость) – наиболее частый дефект зрения. В настоящее время нагрузка на зрение человека возросла в тысячи раз. [1]. Широкое распространение близорукости среди школьников можно объяснить тем, что с физиологических позиций учебный процесс есть не что иное, как разновидность умственного зрительно-напряженного труда. Увеличивается количество учебного материала, который надо освоить в минимально короткие сроки, растет число дополнительных занятий. Все возрастающие нагрузки во время учебы приводят к тому, что у школьников остается меньше времени на отдых, спорт и подвижные игры. Лучшие друзья ребенка - компьютер и телевизор - теперь есть в каждой семье, они практически полностью заменяют живое общение и прогулки на свежем воздухе. Поэтому большинство детей страдают миопией (близорукостью) [2-5]. Прогрессирование миопии может привести к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения. Медико–социальная значимость проблемы увеличивается в связи с тем, что у детей школьного возраста развивается осложненная миопия [1,5]. В свою очередь, высокая осложненная близорукость - одна из главных причин инвалидности по зрению.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости миопией у детей города Астана.

Материалы и методы. Источником информации послужили материалы годовой статистической отчетности из архивов Управления статистического анализа Министерства Здравоохранения Республики Казахстан [6]. Изучаемый период составил 11 лет – с 2000 года по 2010 год. При анализе использованы общепринятые методы медико-биологической статистики [7]. Были определены экстенсивные и интенсивные показатели.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что первое ранговое место среди глазных болезней занимает миопия, по сравнению с другой патологией глаз.

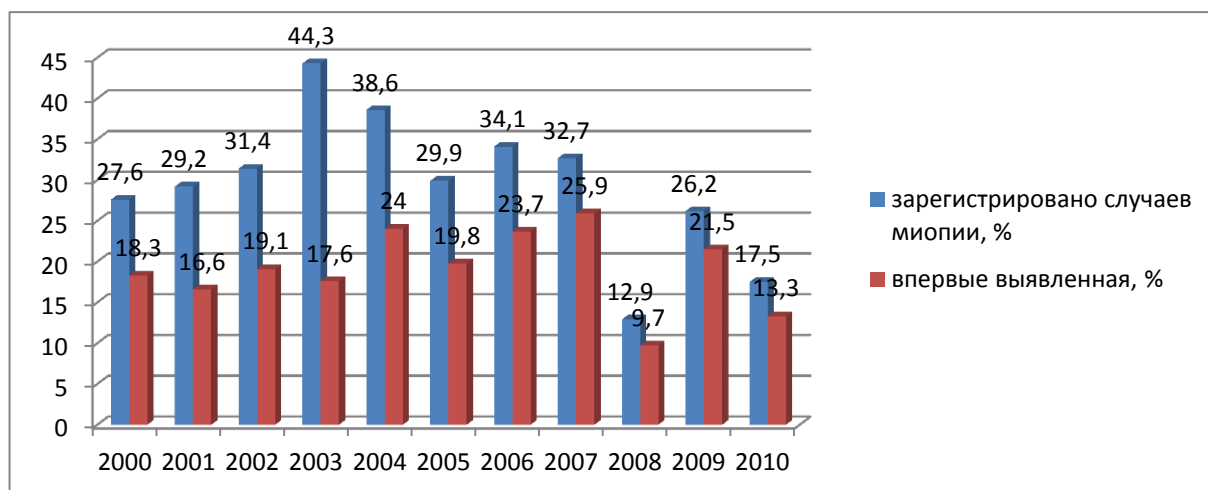


Рисунок 1 – Заболеваемость миопией у детей и подростков в возрасте от 0- до 14 лет г. Астана

Из рисунка 1 видно, что заболеваемость миопией у детей и подростков от 0 до 14 лет по городу Астана за одиннадцатилетний период с 2000 года по 2010 год в динамике отображает волнообразный характер. Наиболее высокие показатели миопии зарегистрированы в 2003 году – 44,3 %, что составила 2198 случаев. В 2008 году отмечался спад заболеваемости с миопией - 12,9%, что составило 830 случаев.

Сравнительный анализ 2000 года и 2010 года показал, что в 2000 году зарегистрировано 1408 случаев миопией (27,6%), а в 2010 году наблюдалось снижение числа заболеваемости - 557 случаев (17,5%).

Из рисунка 1 видно, что впервые с установленным диагнозом миопией в 2004 году наблюдались наиболее высокие показатели 905 случаев, удельный вес составил 24% . В 2008 году уменьшение числа заболеваемости до 504 случаев, соответственно 9,7%.

Таким образом, динамическое наблюдение показало, что наиболее высокий процент миопией зарегистрирован в 2003 году - 44,3% и низкий в 2008 году -12,9%.

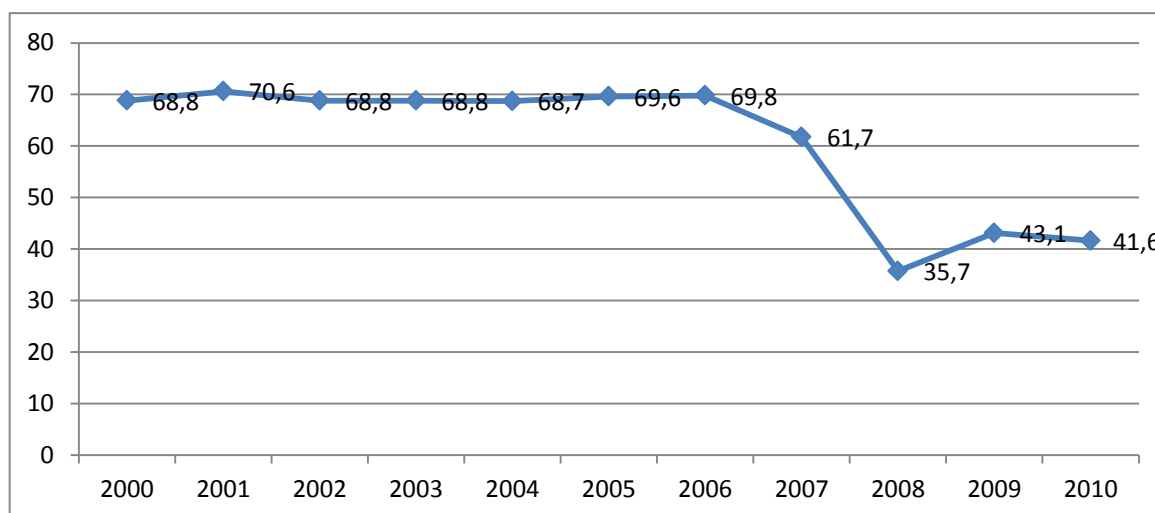


Рисунок 2 – Удельный вес миопии среди заболеваний глаз у детей в возрасте от 0-до 14 лет г. Астана, состоящих на диспансерном учете

Из рисунка 2 видно, что на диспансерном учете с миопией наиболее высокий показатель составил 70,6% (1114 случаев) в 2001 году. Самый низкий показатель наблюдался в 2008 году – 35,7% состоящих на диспансерном учете.

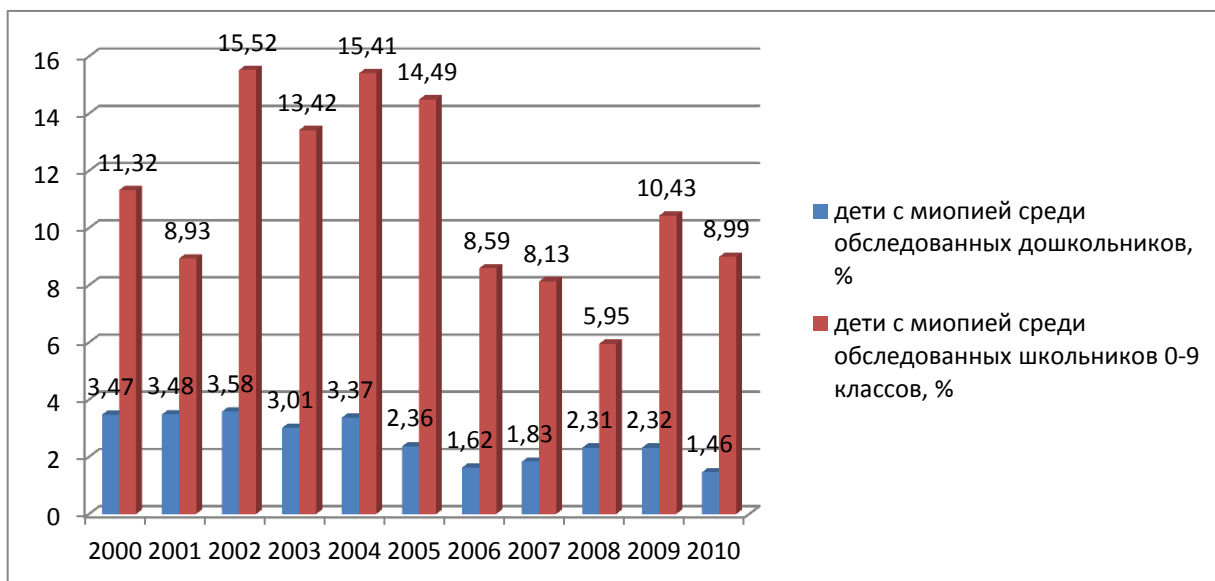


Рисунок 3 – Удельный вес миопии по результатам профилактических осмотров детей в возрасте от 0-до 14 лет г. Астана.

Результаты профилактических осмотров показали, что частота миопии увеличивается в школьном возрасте. За 11-летний период среди обследованных дошкольников процент лиц с миопией составил в среднем 2,6, а у школьников 0–9 классов – 11%.

Заключение. Результаты исследования показали, что первое ранговое место среди болезней глаз занимает миопия, удельный вес составил в среднем 29,5%. Среди детей, состоящих на диспансерном наблюдении по патологии органов зрения, дети с близорукостью занимают 60% и более. Профилактические осмотры детей в возрасте 0 - 14 лет г. Астана показали, что численность детей с миопией возрастает в школьном возрасте.

Таким образом, борьба с заболеваемостью миопией – это государственная задача, для решения которой необходимо проведение активных и широких мер по предупреждению близорукости.

Литература

- 1 Аветисов Э. С. Близорукость. – М.: Медицина, 2002, 285 с.
- 2 Кожакбаева М.Ж. Социально-гигиеническая характеристика инвалидов вследствие офтальмопатологии. // Казакстан офтальмологиялык журналы - № 1, 2008г., С. 31, 32.
- 3 Сулева Б.О., Игликова А.Э., Алимбаева Ж.Ж. Некоторые проблемы офтальмологической службы Казахстана. //конф. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья.- № 2, 2010 г., С. 57-58.
- 4 Уткин В.Ф. Асферичность преломляющей системы глаз при миопии в детском и молодом возрасте. // Вопросы детской офтальмологии. Сб. науч. работ.- Москва, 1996, С. 62-65.
- 5 Ермолаев В.Г., Тегза В.Ю., Алексеев В.Н., Ермолаев А.В. Особенности возникновения и прогрессирования школьной близорукости.// Фундаментальные исследования. – 2008, № 2, С. 32-33.
- 6 Материалы ведомственной статистической отчетности архива Управления информационно-статистического анализа Министерства Здравоохранения Республики Казахстан за 2000-2010 гг.
- 7 Гланц С. Медико-биологическая статистика - М., 1999, -460с.

Түйін

Астана қаласындағы балалар арасында миопия ауруының талдауы

Қ.Ә. Көбенбаев

Зерттеулердің нәтижелері бойынша миопия көз аурулары арасында орташа көрсеткіші 29,5 % үлесімен бірінші орында тұр. Көру мүшелері аурулары бойынша диспансерлік есепте тұрған балалардың

60 %-нан астамы миопияға шалдыққандар. Астана қаласының 0-14 жас аралығындағы балалардың профилактикалық тексерістерінің нәтижелері бойынша миопиямен ауыратын балалардың саны мектеп жасында ұлғаятыны байқалды. Сондай-ақ, миопия ауруына қарсы күрес – мемлекеттік деңгейде қарастыруға жататын, белсенді және кең ауқымды алдын-алу шараларын талап ететін мәселе.

Summary

The analyse of myopia disease among children of Astana city

K. Kubentayev

The results of researchers showed that the first range point among eye disease is occupied by myopia, the percentage is 29,5 %. The children who have myopia among the children who are consisted under medical dispensary watch by pathology of visual members are comprised 60 %. The results of preventive medical examinations of 0-14-aged children in Astana city demonstrated that children with myopia are expanded at school age. So myopia control is the national mission which needs active and large scale measures

ПОЗНАНИЕ О ДОНОРСТВЕ КОСТНОГО МОЗГА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ГОРОДА АСТАНА

*С.Д. Раисов, к.м.н. Ж.К. Буркитбаев, к.м.н. С.А.Абдрахманова, А.Н.Демин,
к.м.н. Р.З. Магзумова*

Республиканский научно-производственный центр трансфузиологии, г. Астана

Введение: Одним из приоритетных направлений в области здравоохранения является развитие трансплантологии в РК [1].

Трансплантация стволовых клеток приводит к улучшению качества жизни при многих хронических заболеваниях человека. Если человек не сдал собственные клетки на хранение из пуповинной крови или костного мозга, то тогда ему на помощь приходят доноры [2].

На сегодняшний день более 18 млн. доноров костного мозга (далее - КМ) из 50 стран мира объединены в международном регистре Bone Marrow Donors Worldwide (далее - BMDW) и их количество растет с каждым годом [3].

В Казахстане началась работа по созданию собственной базы данных о потенциальных донорах КМ. В этой связи представляется интересным изучение познаний студентов о донорстве КМ. Студенты как социальная группа соматически более здорова, хронологически длительнее может состоять в регистре потенциальных доноров КМ. Дополнительным положительным фактором является гипотетическая возможность влияния вступивших в регистр студентов на собственное последующее поколение личным примером, что немаловажно в развитии регистра доноров КМ.

Цель исследования: оценка осведомленности студентов столичных вузов о донорстве костного мозга.

Материалы и методы. С целью изучения знаний о донорстве КМ среди студентов нами выделены две группы респондентов: 201 студент двух ведущих ВУЗов г. Астана («Медицинский университет Астана» и «Казахский агротехнический университет им. С.Сейфуллина»). Студенты медицинского ВУЗа (далее СМВ) и студенты аграрно-технического ВУЗа (далее - СТВ). Данное распределение позволило выявить познания о донорстве КМ у студентов с точки зрения будущего медицинского работника и с точки зрения человека, никак не связанного с медициной.

Результаты и обсуждение: Половозрастная структура респондентов выглядела следующим образом: мужчин - 66 (32,8%), женщин - 135 (67,2%). Возраст опрошенных лиц составил: до 19 лет – 121(60,2%), от 20 до 24 лет - 80 (39,8%).

Широко известен тот факт, что порой единственным способом лечения ряда онкогематологических заболеваний является пересадка ГСК. Например, благодаря

внедрению трансплантации ГСК, некоторые формы детской лейкемии и анемии стали принципиально излечимы [4]. В этой связи задан вопрос касательно знания о гемопоэтических стволовых клетках, как о единственном и заключительном методе лечения при онкогематологических заболеваниях. СМВ ответили, что знают об этом - 71%, отрицательно - 16%, затруднились ответить - 13%. СТВ наоборот, в 55,4% случаев не знают об этом, знают лишь 17,8%, затруднились - 26,7% (таб.1).

Таблица 1 - Знания студентов о применении КМ как единственного, заключительного метода лечения онкогематологических заболеваний.

Знание СМВ и СТВ о применении КМ как единственного, заключительного метода лечения онкогематологических заболеваний	СМВ		СТВ	
	абс.	в %	абс.	в %
Да	71	71	18	17,8
Нет	16	16	56	55,4
Затрудняюсь ответить	13	13	27	26,7
Всего	100	100	101	100

Подбор совместимого донора очень сложен. Вероятность найти полностью совместимого донора составляет от 1:1000 до 1:1 000 000 [5].

С этим был связан следующий вопрос и выяснено, что респондентам - СМВ в 76,0% случаях известно, что вероятность совпадения маловероятна. Не знают об этом 16,0%, затруднились - 8%. Среди СТВ знают об этом факте 45,5%, не знают 36,6%, затруднились ответить 17,8% (таб. 4).

Таблица 2 - Знания студентов о вероятности подбора КМ

Знание СМВ и СТВ о вероятности подбора КМ	СМВ		СТВ	
	абс.	в %	абс.	в %
Да	76	76,0	46	45,5
Нет	16	16,0	37	36,6
Затрудняюсь ответить	8	8,0	18	17,8
Всего	100	100,0	101	100,0

Данная картина (таб.2) свидетельствует о низком уровне развития социальной рекламы и просветительской деятельности в области трансплантации КМ, вследствие чего знания о проблемах трансплантации доступны лишь студентам медицинских ВУЗов, ввиду их прямой заинтересованности в данных знаниях.

Источниками информации о донорстве КМ среди студентов в обеих группах были приблизительно одинаковы. Наиболее ценными источниками остаются интернет, телевидение, газеты и журналы, при этом разница между студентами разных возрастных групп как у медиков, так среди других студентов незначительная.

Среди СМВ в возрасте до 19 лет наиболее популярными источниками знаний о донорстве КМ являются интернет и телевидение (по 32,5%), газеты и журналы (22,5%) и знакомые (12,5% случаев). В возрастной группе от 20 до 24 лет преобладают интернет, как источник информации (38,4%), затем телевидение (26,8%) газеты и журналы (18,8%) и радио (8,9%). От знакомых получили информацию 3,6%.

Среди всех СМВ наиболее популярным источником оказался интернет - 36,8%. Далее следовали телевидение (28,3%), газеты и журналы (19,7%), радио (6,6%), от знакомых (5,9%), в том числе с просьбой о помощи (2,6%) (рис.1).

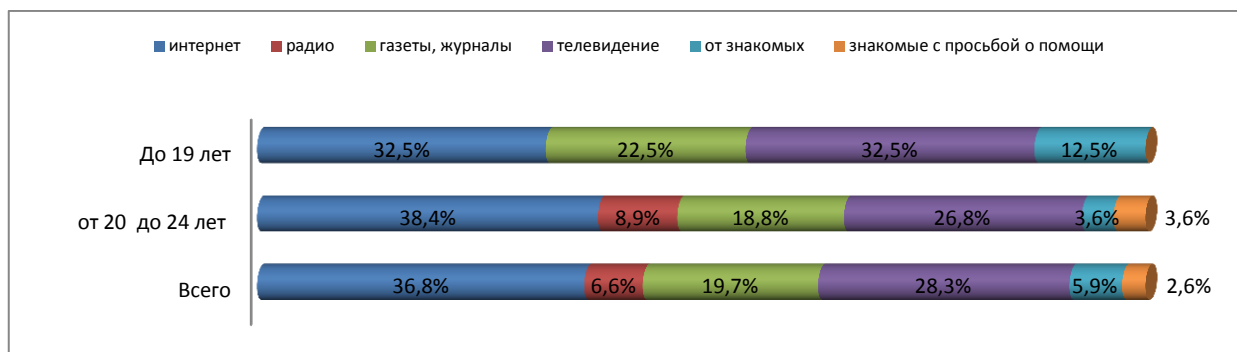


Рисунок 1 – Удельный вес источников информации о донорстве КМ среди респондентов СМВ.

Среди СТВ - в младшей возрастной группе доминируют телевидение (33,0%), интернет 23,3%. Примечателен тот факт, что 20,4% приходится на радиовещание. От знакомых о донорстве КМ опрошенные слышали в 13,6% случаях, из газет и журналов - 9,7%. В старшей возрастной группе, газеты и журналы стали источником информации в 28,6%, интернет и телевидение - в 21,4% случаев, от знакомых получили информацию 14,3% и от знакомых с просьбой о помощи и радио - в 7,1%. Среди СТВ на первом плане было телевидение (31,6%), далее интернет (23,1%), радио (18,8%), знакомые (13,7%), газеты и журналы (12,0%) и знакомые с просьбой о помощи (менее 1 %) (рис.2).

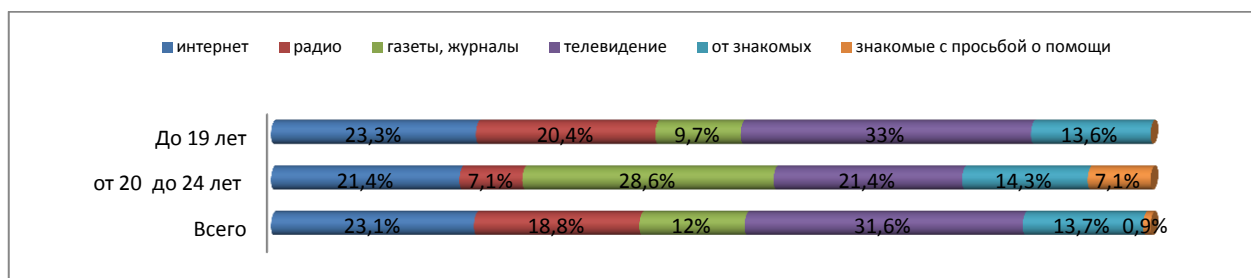


Рисунок 2 – Распределение источников информации о донорстве ГСК среди респондентов СТВ

В целом по источникам информации в обеих группах респондентов наиболее распространенным являются интернет и телевидение.

Логичным является тот факт, что к СМВ с просьбой о помощи обращаются чаще, чем к студентам технических вузов, что может быть связано с профилем образования.

Другим любопытным фактом является то, что радио служило источником информации чаще среди СТВ, чем среди СМВ. Наиболее объяснимой причиной этого является то, что СТВ чаще и на более ранних курсах, чем СМВ, овладели личным автотранспортом.

Вывод: Развитие социальной рекламы на телевидении, в интернете и печатных СМИ, повышение доступа к информации о проблемах трансплантации и донорстве ГСК может увеличить число студентов позитивно относящихся к донорству КМ.

Литература

- 1 Послание Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана».
- 2 Смолянинов А.Б., Жаров Е.В., Козлов К.Л., Кириллов К.А. Основы клеточной и генной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. – М.,2005. – 192 с.;
- 3 http://www.bmdw.org/index.php?id=statistics_stemcell; Румянцев А.Г., Масчан А.А. Трансплантация гемопоэтических клеток у детей. М. «МИА», 2003;

Түйін

Астана қаласының жоғары оқу орындары студенттерінің жілік майы донорлығы туралы танымы

С.Д. Раисов, Ж.К. Бүркітбаев, С.А.Абдрахманова, Р.З. Мағзұмова, А.Н.Демин

Жастар арасында жүргізілген зерттеулер бойынша жастардың донорлық туралы білуі өте төмен деңгейде тұрғаны анықталды. Әлеуметтік пікір сұрауға қатысқан екі топ үшін де ақпарат алу көзі теледидар мен интернет болып табылады. Теледидар, интернет және БАҚ басылымдарындағы әлеуметтік жарнаманың дамуы, транспланттау және донорлық мәселелері жөніндегі ақпаратқа қолжетімдіктің артуы жілік майы донорлығына оң көзқараспен қарайтын студенттердің саны артуына ықпал етуі ықтимал.

Summary

Knowledge about bone marrow donation among students in Astana

S. Raissov, Zh. Burkitbayev, S. Abdрахmanova, R. Magzumova, A. Demin

The results of the study of the awareness of students showed a lack of awareness among young people. In the picture of sources of information in both groups of respondents the most common source of information are stored online and television. The development of public service announcements on television, the Internet, increasing access to information about the problems of transplantation and donation will increase the number of students positively related to bone marrow donation.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПИЩЕВОДА

Академик - д.м.н., профессор Ж.А. Арзыкулов, д.м.н., профессор Ш.Ш. Жураев,
д.м.н. Е.У. Шайхиев, врач-хирург А.К. Алиев
АО «Национальный научный центр хирургии им А.Н.Сызганова», г. Алматы

Введение. Медиастинальные нагноительные процессы, возникающие при повреждениях пищевода, всегда имеют склонность к широкому распространению. Анатомическое расположение пищевода, характеризующееся обилием рыхлой параэзофагеальной жировой клетчатки, выстилающей полость средостения и окружающей все расположенные там органы, а также чрезмерное богатство этой клетчатки лимфатическими сосудами, имеющими широкую связь с лимфатическими путями соседних областей, предрасполагает к быстрому прогрессированию гнойного процесса и развитию общих септических явлений. В результате нагноительные процессы чаще всего протекают в форме быстро распространяющейся флегмоны с диффузной инфильтрацией всей клетчатки средостения. Поэтому при перфорациях и разрывах пищевода в грудном его отделе, особенно с нарушением целостности медиастинальной плевры, крайне неблагоприятное течение является обычным, будь они вызваны инородным телом, бужом или каким-либо другим инструментом.

К сожалению, в ряде случаев, по объективным причинам, хирургическая помощь таким пациентам опаздывает или кажется даже вообще неосуществимой вследствие тяжелого общего состояния больных. К таким случаям можно отнести спонтанный разрыв пищевода, впервые описанного Бозрхааве в 1724 году. При данном повреждении происходит разрыв нижнегрудного отдела пищевода во время приступа спонтанной или искусственно вызванной рвоте из-за резкого повышения внутрипищеводного давления. Сложная и, как правило, поздняя диагностика этого редкого заболевания обуславливает очень высокий уровень летальности, достигающей 90%.

Травмы пищевода встречаются у людей молодого, трудоспособного возраста и требуют немалых финансовых затрат, так как в случае благоприятного исхода часто лечение у подобных больных продолжается много месяцев из-за развития различных осложнений и необходимости реконструктивных операций.

Практика показывает, что повреждения пищевода диагностируются в большинстве случаев несвоевременно, когда развиваются симптомы медиастинита, гнойного плеврита, перитонита, то есть при развитии симптомов тяжелой гнойной интоксикации. Малая осведомленность клиницистов с такой патологией также предопределяет прогноз грозного заболевания [1,2,3,4].

Пересечение пищевода в шейном и абдоминальном сегментах, так называемая «выключающая» пищевод операция, с формированием на шее эзофагостомы, а на передней брюшной стенке гастростомы, выполняется при травмах пищевода, по данным литературы, довольно редко. В доступных современных руководствах по хирургии пищевода описание такого подхода приводятся крайне скудно. В то же время по данным Johnson, Schwegemann (1956), только такое вмешательство может спасти жизнь больному при тяжелом подостром или хроническом медиастините или пищеводно-бронхиальном свище. Хотя логически, казалось бы, подобная операция надежно предотвращает поступление новых порций инфицированного агрессивного содержимого верхних отделов желудочно-кишечного тракта в область повреждения.

Таким образом, после стойкого ограничения гнойной зоны и адекватного его дренирования все усилия специалиста должны быть направлены на интенсивную коррекцию возникающих различных осложнений.

Целью настоящего исследования явилось улучшить результаты хирургического лечения при тяжелых повреждениях пищевода.

Материалы и методы. С 2000 по 2009 годы в отделении хирургии пищевода, желудка и органов средостения Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова «выключающая» пищевод операция проведена 20 пациентам с тяжелыми травмами пищевода. Из них мужчин - 17 (85%), женщин – 3 (15%) в возрасте от 18 до 57 лет, средний возраст составил 37 лет.

Причиной возникновения травм пищевода среди представленных пациентов явился спонтанный разрыв пищевода в 9 (45%) случаях, перфорация пищевода инородным телом – в 6 (30%), в остальных 5 (25%) наблюдениях повреждение произошло вследствие слепого бужирования рубцово-суженного пищевода.

В этиологии спонтанного разрыва пищевода у всех 9 (45%) пациентов прослеживалась алкогольная интоксикация и рвота, приведшая к развитию этого синдрома. В качестве инородного тела и повреждающего пищевод фактора послужили проглоченные во время приема пищи кости животных или рыб.

Уровень повреждения пищевода при синдроме Бэрхааве был типичным и локализовался в ниже-грудном отделе. Перфорация инородным телом и бужом в области средне-грудного отдела пищевода произошла в 4 (66,7%) и 3 (60%) случаях соответственно. В остальных 2 (33,3% и 40% соответственно) наблюдениях уровень перфорации находился в ниже-грудном отделе.

Клиническая картина состояла из группы симптомов и предъявляемых жалоб пациента. Ведущими признаками повреждения пищевода были: дисфагия, боль при глотании, подкожная эмфизема, боли в грудной клетке и верхней половине живота. Прогрессивное нарастание клинико-лабораторных симптомов интоксикации говорило о развитии гнойного медиастинита.

Диагностический этап занял у всех больных от 3 до 5 суток, что еще раз подчеркивает трудность и несвоевременность постановки диагноза. Диагностика проводилась с использованием рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Все пациенты поступали в общехирургические стационары, и после уточнения диагноза были госпитализированы в ННЦХ им. А.Н. Сызганова. Следует

указать, что 5 (55,6%) больных из группы со спонтанными разрывами пищевода первые трое суток после начала заболевания получали лечение по поводу острого панкреатита. Интенсивные боли в верхней половине живота после погрешности в диете способствовали неправильной интерпретации клинических данных и тем самым запоздалой диагностике.

Результаты и обсуждение. 7 (35%) пациентам до поступления в наш центр произведено хирургическое вмешательство в объеме: гастростомия и дренирование левой плевральной полости. Данное вмешательство не привело к улучшению общего состояния больных и требовало иного подхода к лечению.

Всем пациентам произведена операция: пересечение пищевода в шейном и абдоминальном сегментах с формированием проксимальной эзофагостомы, лапаротомия, гастростомия. Дренирование гнойных очагов выполнялось по общепринятым правилам. В послеоперационном периоде проводилась массивная комбинированная антибактериальная терапия с применением антибиотиков 3 и 4 поколения (цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны), а также интенсивная терапия с коррекцией всех показателей гомеостаза.

В случае купирования гнойно-воспалительного процесса, при благоприятном исходе, больные после выписки из стационара по прошествии 5-6 месяцев поступали повторно на реконструктивный этап лечения.

Реконструктивный этап лечения включал в себя выполнение шунтирующей эзофагоколопластики. Для пластики пищевода использовали сформированный трансплантат из левой половины ободочной кишки с размещением его загрудинно в переднем средостении.

Если установлен диагноз разрыв (перфорация) грудного отдела пищевода с развитием медиастинита обычно в хирургических стационарах накладывают гастростому для полноценного питания; выполняют торакотомию (иногда с ушиванием раневого дефекта пищевода) и дренирование гнойного очага; проводят антибактериальную и симптоматическую терапию с целью на отграничивание и ликвидацию гнойной полости или формирование наружного пищеводного свища с последующим его закрытием консервативным или оперативным путем.

Такой подход к лечению, по-нашему мнению, в некоторых клинических ситуациях не является состоятельным. Особенно при тяжелых повреждениях пищевода с нарушением целостности медиастинальной плевры и развитием симптомов медиастинита. Назогастральное или назоюнальное зондирование для энтерального кормления с адекватным дренированием гнойных очагов также не может служить залогом успешного лечения. Это объясняется тем, что в данном случае вышеуказанные мероприятия не приводят к прекращению непрерывного поступления через поврежденный пищевод новых порций инфицированного содержимого (слюны) и рефлюксного заброса агрессивного содержимого желудка (соляная кислота, желчь). Выполнение фундопликации по Ниссену решает только одну задачу – предотвращение заброса пищи из желудка в поврежденный пищевод. Попытка ушивания перфоративного отверстия пищевода, как правило, при наличии гнойно-воспалительных изменений в окружающих тканях не оправдывает ожиданий хирурга, удлиняет операционный период у данной тяжелой категории пациентов и заканчивается несостоятельностью наложенных швов.

Из 20 пациентов, которые подверглись «выключающей» пищевод операции, умерло 5 (25%). Причиной смерти служили прогрессирующая полиорганная недостаточность за счет медиастинита и некупируемой гнойной интоксикации. Основная летальность была в группе больных со спонтанными разрывами пищевода – из 9 пациентов погибло 4; смертность составила 44,4%. Один больной умер в группе пациентов с перфорацией пищевода инородным телом.

У остальных 15 (75%) пациентов удалось ликвидировать гнойно-воспалительный процесс в средостении и в плевральной полости. У всех у них сформировалась эзофагостома на шее и гастростома. Уход за искусственно созданными свищами не

представлял особых затруднений для пациентов, поэтому качество жизни после перенесенной тяжелой травмы пищевода можно считать вполне удовлетворительным.

Шунтирующая эзофагоколопластика, как реконструктивный этап лечения выполнен через 5-6 месяцев у всех 15 (75%) больных. Данный вид реконструктивного лечения явился наиболее оптимальным. Это объясняется по ряду причин. После пересечения пищевода в шейном и абдоминальном сегментах, последний подвергается атрофическим изменениям. Такие изменения наряду с рубцово-склеротическим процессом в заднем средостении (после обширного пептического некроза клетчатки) несут в себе неоправданный риск в случае экстирпации пищевода и одномоментной эзофагогастропластики. Поэтому стремиться удалить поврежденный пищевод не следует. После реконструктивного этапа лечения вследствие развития некроза колотрансплантата (n=1) и выраженного алиментарного истощения (n=1), умерло 2 (13,3%) пациентов. Остальные пациенты в итоге возвращены к полноценной жизни.

Заключение. Травмы пищевода с развитием медиастинита остаются и на сегодня наиболее сложной проблемой в хирургии пищевода и экстренной хирургии в целом с высокими показателями смертности. Малая осведомленность хирургов общего профиля с особенностями клинической симптоматики повреждений пищевода, недооценка клиницистов и самих пациентов серьезности заболевания способствуют трагическим исходам лечения.

При травме пищевода и развившемся медиастините нужно своевременно принимать решение о необходимости настойчивого радикального хирургического лечения. Запоздалая организация хирургической помощи таким пациентам также обуславливает неблагоприятные результаты лечения. С целью исключения травмированного пищевода из пассажа пищевых масс, жидкости и слюны, а также предотвращения заброса пищи из желудка в пищевод следует прибегать к операции пересечение пищевода в шейном и абдоминальном сегментах с формированием проксимальной эзофагостомы, лапаротомии, гастростомии, дренировании гнойных очагов. Реконструктивный этап лечения выполняется по прошествии 5-6 месяцев после первичной операции. Оптимальным вариантом в данном случае являлось шунтирующая эзофагоколопластика.

Литература

- 1 Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Потапов В.А. Диагностика и лечение повреждений пищевода. – Алма-Ата: Гылым, 1991. – 160 с.
- 2 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. – Москва: Медицина, 2000. – 352 с.
- 3 Розанов Б.С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения. – Москва: Медгиз, 1961. – 162 с.
- 4 Абакумов М.М. Гнойный медиастинит // Хирургия. – 2004, №5. – С. 82-85.

Түйін

Өңештің ауыр зақымы кезіндегі хирургиялық тәсіл

Ж.А. Арзықұлов, Ш.Ш. Жураев, Е.У. Шайхиев, А.К. Әлиев

Бұл мақалада мынадай клиникалық іс-тәжірибе көрсетілген: 2000 жылдан 2009 жылға дейін А.Н. Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығында өңештің ауыр дертіне шалдыққан 20 емделушіге «өшірілген өңеш» операциясы жасалынған. Олардың арасында 18-57 жасқа дейінгі ерлер - 17(85%), әйелдер - 3(15%). Осы науқастардың арасында өңеш жарақаты пайда болуының себебі 9(45%)жағдайда өңештің жазатайым жырттылуы, 6(30%) жағдайда өңештің бөтен затпен тесілуі, ал қалған 5(25%) жағдайда тыртықталып тарылған өңешті ауыз арқылы сүмбілеу болып табылады. Барлық емделушілерге проксималды эзофагостома жасалып, өңешті мойын және кеуде жағынан кесу, лапаротомия, гастростомия операциялары жасалған. Іріңді ошақтарды құрғату шаралары белгілі ережелер бойынша жүргізіп тұрды. Операциядан кейінгі кезеңде ауқымды құрама антибактериялық терапия жүргізілді. «Өшірілген өңеш» операциясы жасалынған 20 науқастың 5-і (25%) қайтыс болды.

Қалған 15- (75%) науқасқа аурудың іріңді - қабыну процессін жою бойынша ем тағайындалды. Осы науқастарға 5-6 айдан кейін аурудың қалпына келтіру кезеңі ретінде өңешті шунттаптын эзофагоколопластика жасалынды.

Summary

Surgical treatment of heavy damages of a gullet

Zh. Arzykulov, Sh. Zhurayev, Ye. Shaikhiyev, A. Aliyev

From 2000 to 2009 in National scientific centre of surgery named after A.N. Syzganov «switching off» a gullet operations were cared out to 20 patients with heavy damages of a gullet. 17 from them were men (85%), 3 (15%) - women in the age of from 18 up to 57 years. In 9 (45%) patients were spontaneous rupture off a gullet, perforation with alien body off a gullet - in 6 (30%) cases, at 5 (25%) patients damages of a gullet were blind bougieurage (dilatation). All patients were undergone to next operations: the cutting on necks and abdominal segments of a gullet with formation of proximal oesophagostomy, laparotomy, gastrostomy. Drainage of purulent centre were cared out with well-known rules. The combinative antibacterial therapy were used in all cases. Five patients (25%) has died after operation. At other 15 (75%) patients were achieved positive results. Reconstructive stage of treatment (by-pass esophagocoloplasty) were cared out in 5-6 months.

УДК: 617.753-057.81

СОСТОЯНИЕ РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа

*д.м.н., профессор З.У. Ахмедьянова, к.м.н. Ш.А. Ескендинова, К.Т. Ермекова,
Е.М. Айсенова, Ж.С. Даутбаева
АО «Медицинский университет Астана», кафедра ЛОР и глазных болезней*

Введение. Известен тот факт, что обучение в медицинских институтах является наиболее длительным и объемным по сравнению с обучением в других вузах. Определенный отрицательный вклад на зрительную нагрузку студентов медвузов оказывает и повсеместная компьютеризация. Зрение человека, сформированное в ходе длительной эволюции, оказалось мало приспособленным к работе с компьютерным изображением. Когда человек читает, работает с компьютером или на протяжении многих часов выполняет любую другую работу на близком от глаз расстоянии, он использует глаза с целью, противоположной той, которая изначально была предназначена природой. Картинка экрана отличается от естественной тем, что она самосветящаяся, а не отраженная. Зрительная нагрузка существенно возрастает из-за необходимости постоянного перемещения взора с экрана монитора на клавиатуру и бумажный текст. Ослабленная аккомодация, связанная с усиленной работой на близком расстоянии, имеет большое значение в развитии спазма аккомодации и близорукости. Близорукость составляет 17-25% среди всех причин слепоты и слабовидения [1,2].

Целью исследования явилось оценка состояния рефракции у студентов первого курса АО «Медицинский Университет Астана».

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ с аналогичными данными 5-летней давности. Всего осмотрено 707 студентов 1 курса различных факультетов. Применены методы визометрии (путем достижения максимальной остроты зрения по таблицам Сивцева-Головина) и скиаскопии (для определения вида рефракции – эметропии и аметропий: миопии, гиперметропии, астигматизма).

Результаты и обсуждение. В группе здоровых студентов оказалось 348 человек (54,3%) из всего обследованного контингента. Остальные 323 (45,7%) имели ту или иную степень аномалий рефракции или спазм аккомодации. Среди них наибольшее количество студентов с миопией (близорукостью) – 232 (32,8% от всего числа обследованных), из них

со слабой степенью – 155 (21,9%), со средней – 70 (9,9%), с высокой – 7 (0,99%). У 8 выявлена гиперметропия (дальнозоркость), что составила 1,12%. Из них гиперметропия слабой степени – 6 человек (0,84%), гиперметропия высокой – у двоих (0,28%). У 13 обнаружен астигматизм миопического характера (1,83%), у троих – астигматизм смешанного характера (0,42%). Спазм аккомодации зафиксирован у 65 (9,19%), у двоих (0,28% от числа обследованных) обнаружена пигментная дегенерация сетчатки.

Таблица - Сравнительная оценка состояния рефракции у студентов 1 курса АО «Медицинский Университет Астана»

п/п	Группы студентов	Чел (%) в 2006 году	Чел (%) в 2011 году
1	Всего обследовано	1216 (100%)	707 (100%)
2	Здоровые	444 (36,5%)	384 (54,3%)
3	Миопия слабой степени	600 (49,3%)	155 (21,9%)
4	Миопия средней степени	18 (1,48%)	70 (9,9%)
5	Миопия высокой степени	4 (0,33%)	7 (0,99%)
6	Гиперметропия слабой степени	10 (0,82%)	6 (0,84%)
7	Гиперметропия высокой степени	6 (0,49%)	2 (0,28%)
8	Астигматизм миопический	24 (1,97%)	13 (1,83%)
9	Астигматизм смешанный	8 (0,66%)	3 (0,42%)
10	Спазм аккомодации	98 (8,06%)	65 (9,19%)
11	Органические изменения глаз	4 (0,33%)	2 (0,28%)

Как видно из таблицы, сравнительный анализ показателей рефракции студентов первокурсников в разные годы показал положительную динамику в виде: увеличения группы здоровых студентов (на 17,8%), снижения количества – с миопией слабой степени (на 27,4%), с гиперметропией высокой степени (на 0,21%), с астигматизмом смешанным (на 0,24%). В то же время отмечались негативные сдвиги из-за тенденции к росту за последние 5 лет числа студентов-первокурсников с миопией средней степени – в 6 раз и миопией высокой – в 3 раза соответственно. Также отмечалось увеличение студентов с наличием спазма аккомодации (на 1,13%).

В 2006 году в подгруппе органических изменений в структурах глаза зафиксированы у 4 студентов (0,33%): врожденная колобома сосудистой оболочки у одного студента, артефакция у двух, бельмо роговицы – у одного, а в 2011 году лишь у двоих (0,28%) обнаружена пигментная дегенерация сетчатки.

Из полученных результатов исследования можно сделать следующие **выводы**:

- 1) около половины студентов имеют нарушения зрительных функций;
- 2) отмечается рост числа студентов первого курса со средней миопией в 6 раз, с высокой миопией – в 3 раза;
- 3) у основной части студентов не привита культура заботы о сохранении своего зрения. Многие читают или работают на компьютере часами и без передышки, так что их глаза испытывают чрезмерное напряжение. Те, кто носят корректирующие линзы, не снимают их в течение своего дня, приобретая, таким образом, определенную зависимость от них. В связи с этим необходимо прививать культуру заботы о своем зрении [3]. Для этого следует ввести в компьютерные занятия (слайд-лекции) специальные паузы с релаксационными упражнениями для глаз.

Литература

- 1 Аветисов Э.С. «Близорукость», 2-е издание. Медицина, 2002г.
- 2 Онафрчук О.М., Розенблюм Ю.З. «Закономерности рефрактогенеза и критерии прогнозирования школьной миопии»//Вестник офтальмологии, 2001г, №1, стр. 22-24.
- 3 Пантелеева О.А. «О роли спазма аккомодации в возникновении приобретенной миопии»//Офтальмологический журнал, 1997г. №5.

Түйін

Медициналық жоғары оқу орындарының бірінші курс студенттері рефракциясының жағдайы

*З.Ұ. Ахмедиянова, Ш.А. Ескендірова, К.Т. Ермекова,
Е.М. Айсенова, Ж.С. Дәуітбаева*

Бұл мақалада Медицина Университетінің бірінші курс студенттері рефракциясының жағдайын 5 жылдық интервалмен зерттеу деректері келтірілген. Рефракция көрсеткіштерінің салыстырмалы талдауы орта және жоғарғы деңгейдегі миопиясы бар студенттер саны ұлғайғанын көрсетті.

Summary

Refractive state in first-year students

*Z. Akhmedianova, Sh. Yeskendirova, K. Yermekova,
E. Aissenova, Zh. Dautbayeva*

The article includes the refraction studies of the first-year students from the Medical University with five years interval. The comparative analysis of the refraction indices is carried out. The conclusions on increasing the number of students with moderate and severe myopia are made.

ГИПОТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОНТУЗИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

М.М. Балтукова

Кордайская ЦРБ, Жамбыльская область

Введение: За последнее десятилетие удельный вес контузии в структуре повреждений органа зрения, по данным ряда авторов, увеличился в 2-3 раза. В первую очередь это относится к бытовым травмам, частота контузионных повреждений при которой достигает от 38,0 - 76,7%. Тяжелые контузионные повреждения вызывают комплекс интраокулярных изменений, ведущих к функциональной и анатомической гибели глаз. Одной из причин стойкого снижения зрения являются изменения, сопровождающиеся гипотоническим синдромом.

Ранняя гипотония, развивающаяся в первые дни травмы, носит чаще всего обратимый характер. Она характеризуется доминированием отечного компонента, проявляющегося в макулярном отеке и прогрессирующем отеке зрительного нерва. Такая гипотония обусловлена реактивными сосудистыми изменениями и при адекватной терапии не приводит к потере зрительных функций.

В основе посттравматической гипотонии, развивающейся через 10-15 дней после травмы лежит уменьшение продукции водянистой влаги вследствие дисфункции цилиарного тела, потеря глазом жидких сред, в частности стекловидного тела, при разрывах оболочек. Еще в начале XX столетия Collins E.T. доказал связь постконтузионной гипотонии с отслойкой цилиарного тела. Развитие отслойки цилиарного тела может иметь различные механизмы. Она может возникать вследствие появления сообщения между передней камерой и супрахориоидальным пространством, что приводит к усилению увеосклерального оттока, нарушению функции цилиарного тела и как итог, к развитию стойкой гипотонии. При тупых травмах происходит деформация ригидной склеры с разрушением пластин супрахориоидального пространства и нарушением проницаемости сосудистых стенок увеального тракта. Жидкость из сосудов начинает поступать в цилиарное пространство, чего не происходит при нормальном функционировании цилиарного тела. Возникает отслойка цилиарного тела и хориоидеи, развитие стойкой гипертонии [1,2].

Цель исследования: оценить исход гипотонического синдрома при различных контузионных повреждениях глазного яблока.

Материалы и методы: проведено исследование у 23 пациентов с различными клиническими проявлениями контузий глаза, в возрасте от 18-50 лет. Сроки обращаемости пациентов составил от 1-х суток (18 пациентов) до 15-суток (5 пациентов). Пациенты с контузионной отслойкой сетчатки в обследование не входили. Клинические исследования включали визометрию, биомикроскопию, гониоскопию, офтальмоскопию, периметрию, УЗИ глаза.

Результаты и обсуждение: Практически у всех 23 пациентов участвующих в исследовании выявлены внутриглазные кровоизлияния различной степени выраженности, подвывих хрусталика у 2 пациентов, вывих хрусталика в стекловидное тело у одного больного, паралитический надрыв сфинктера зрачка у 4, частичный ириодиализ у одного. Гипотонический синдром в первые сутки (до 10 дней) после травмы был выявлен у 19 больных и был купирован в процессе лечения. С помощью эхографии у 5 была выявлена отслойка цилиарного тела. Всем своевременно обратившимся пациентам проведено адекватное тяжести травмы хирургическое и консервативное лечение. У 18, не страдающих отслойкой цилиарного тела, послеоперационном периоде острота зрения восстановилась от 0,08-0,5, в зависимости от степени повреждения глазного яблока со стабилизацией зрительных функций. У 3 пациентов с отслойкой цилиарного тела удалось восстановить зрительные функции до 0,03-0,05 и добиться стабилизации зрительных функций при условии регулярного нейропротекторного лечения. У 2 больных с повреждением цилиарного тела и поздней обращаемостью гипотонический синдром принял хронический характер, с исходом в атрофию зрительного нерва, а в более поздние сроки наблюдения в субатрофию глазного яблока.

Вывод: Своевременная диагностика и лечение гипотонического синдрома при контузиях глазного яблока позволит избежать необратимых органических изменений зрительных функций.

Литература:

- 1 Аршина Ю.А., Арзамаскова Г.А. Криминальные травмы органа зрения в г.Перми// Повреждения глаз при экстремальных ситуациях//.-М.1995.-с.55
- 2 Гундарева А.В., Степанова А.В., Астафьева Н.В., Капелюшникова Н.И., Конджария М.В. Клинические особенности контузии глазного яблока с гипотоническим синдромом //Офтальмохирургия//2-2003г, с.17-20
- 3 Еременко А.И, Калинин Л.А. Повреждения глаз в экстремальных ситуациях.-М., 1995.-с.19-20

Түйін

Көз алмасы конзутиялары кезіндегі гипотониялық синдром

М.М. Балтұқова

Жарақат алғаннан кейін алғашқы күндері дамидын гипотония ауруы дамудың ерте сатысында жиі қайтымды болады. Ол макулярлық ісікте және көру жүйкесінің асқынып жатқан ісігінде көрінетін ісік құрамбөлігінің басымдылығымен сипатталады. Дер кезінде ем жүргізілген жағдайда оның қайтуы тез. Жарақат алғаннан соң 10-15 күннен кейін дамидын жарақаттан кейінгі гипотония цилиарлы дененің дисфункциясы, көздің сұйық орталары, атап айқанда көз қабығы жыртылуы кезіндегі шыны тәрізді дененің жоғалуы салдарынан сулы сұйықтықтың шығуы азаюымен сипатталады. Оны дер кезінде емдемесе көру жүйкесінің атрофиясы және көз алмасының субатрофиясы дамуы мүмкін.

Summary

Hypotonic syndrome in contusions of the eyeball

M. Balpukova

Early hypotension developing in the first days after injury, is prognostically more favorable, because edema is caused by the dominance of the component (macular edema, swelling of the optic nerve). It is reversible with adequate timely treatment. Late hypotension developing after 10 days or more after the injury, chronic irreversible, since due to the occurrence of detachment tsilliarnogo body. Its outcome in the absence of treatment is complete atrophy of the optic nerve and progressive subatrophy eyeball.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТА ГИСТОХРОМ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИГЛАЗНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

*М.М. Балпукова
Кордайская ЦРБ, Жамбыльская область*

Введение: Одной из серьезных проблем офтальмологии являются кровоизлияния. Причиной их могут быть травмы глаза, диабетические и гипертонические изменения, послеоперационные и операционные геморрагические осложнения. Успех в лечении заболеваний, связанных с глазными кровоизлияниями, во многом зависит от проведения своевременной адекватной ангиопротекторной и антиоксидантной общей и местной терапии. В последние годы не совсем богатый перечень фармакопейных средств – антиоксидантов пополнился новым отечественным антиоксидантом «Гистохром», полученным в Тихоокеанском институте биоорганической химии Дальневосточного отделения РАН. Гистохром выделен из панциря морских ежей. Действующим началом гистохрома является эхинохром – хиноидный пигмент морских беспозвоночных. Была обнаружена высокая способность эхинохрома связывать молекулы двухвалентного железа в комплексы, в которых железо теряет свою реакционную способность. Также нельзя не отметить отсутствие токсического действия гистохрома на сетчатку, что подтверждено морфологическими исследованиями оболочек глазного яблока при введении гистохрома в полость глаза [1-3].

Цель исследования: оценка результатов использования природного биооксиданта – гистохрома в офтальмологии для лечения внутриглазных кровоизлияний.

Материалы и методы: В группу исследования были включены 46 пациентов, из них 7 с посттравматическими гифемами, 12 - с сосудистыми заболеваниями сетчатки и зрительного нерва при гипертонической болезни, 27 - с пролиферативной формой диабетической ретинопатии. Раствор гистохрома 0,02%-го применялся в виде субконъюнктивальных и парабульбарных инъекций в объеме 0,3-0,5 мл. Инъекции проводились ежедневно или через день в зависимости от показаний. Курс лечения 5-10 инъекций. В случаях болевой непереносимости инъекции препарата проводилось совместно с новокаином.

Результаты и обсуждение: Рассасывание сгустка крови в передней камере глаза (гифемы), происходило у всех больных у всех больных, получающих гистохром. Наиболее часто рассасывание сгустка крови до 5 мм (гифема II степени), происходило после третьей инъекции. При гифемах III степени (сгусток до 8 мм) наиболее интенсивное рассасывание наступало после седьмой инъекции, и к десятому дню лечения гифема исчезла полностью у трех пациентов, у остальных 4-х уменьшилась вдвое. Особенно быстро разжижение и разрушение сгустка крови происходило у детей в возрасте 2 и 4 лет. При более обширных кровоизлияниях отмечались длительное рассасывание. Наиболее целесообразно применять гистохром с первых дней лечения, так как он не увеличивает проницаемость сосудистой стенки, а наоборот, стабилизирует кровеносные сосуды, поэтому применение этого препарата не вызывает повторных кровотечений.

Следующая группа пациентов, которым проводили лечение гистохромом, — это больные с сосудистыми заболеваниями сетчатки и зрительного нерва при гипертонической болезни. Именно в этой группе наиболее часто наблюдаются кровоизлияния в стекловидное тело. Клинический эффект гистохрома, как и любого препарата, зависит, прежде всего, от места расположения, массивности и давности кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку. Наибольшая эффективность гистохрома отмечена при лечении небольших кровоизлияний в передних отделах стекловидного тела. В этих случаях, по нашим данным, острота зрения повысилась с 0,1 до 0,5 уже через месяц после начала лечения, а при ультразвуковом исследовании отмечалось уменьшение

помутнений вплоть до полной акустической прозрачности стекловидного тела. При массивных кровоизлияниях (субтотальном гемофтальме) рассасывание гемофтальма и повышение остроты зрения в сроки от 1 до 3 месяцев наблюдались у 5 пациентов, страдающих гипертонической болезнью, у остальных отмечалось слабopоложительная динамика с повышением остроты зрения от 0,01 до 0,03. У больных повторными кровоизлияниями в стекловидное тело и сетчатку при сахарном диабете рассасывание гемофтальма и повышение остроты от 0,005 до 0,3 отмечали у 8.

Следует отметить, что низкая острота зрения отчасти объяснялась экссудативными и пролиферативными изменениями сетчатой оболочки при сахарном диабете, посттромботической ретинопатией при гипертонической болезни и сахарном диабете.

Выводы: Анализируя результаты лечения кровоизлияний в стекловидное тело, следует отметить, что при лечении гистохромом у 100% больных начало рассасывания крови происходит на 5–е сутки лечения. При давних кровоизлияниях в стекловидное тело, которые наиболее трудно поддаются лечению, просветление наступает на 10–14–й день лечения гистохромом. Способность гистохрома параллельно защищать слои сетчатки от токсического действия рассасывающейся крови, препятствуя пролиферации, выгодно отличает его от официально используемого антиоксиданта эмоксипина, который подобным действием не обладает. Эффективность и безопасность препарата гистохром в лечении внутриглазных кровоизлияний различного генеза неоднократно клинически подтверждена, поэтому широко используется в повседневной практике для лечения сосудистых и дистрофических заболеваний глаза.

Литература

- 1 Антонюк В.Д., Тур А.Н., Шукин С.Ю., Антонюк С.В. Использование антиоксидантов в комплексном лечении отека роговицы после удаления катаракты // Тез. 3 Рос. симпозиум по рефракционной хирургии. М., 2001. http://www.mcenter.ru/reviews_oph3.htm
- 2 Бабенкова И.В., Теселкин Ю.О., Макашова Н.В., Гусева М.Р. Антиоксидантная активность гистохрома и некоторых лекарственных препаратов, применяемых в офтальмологии // Вестн. офтальмологии. 1999. № 4. С. 22–24.
- 3 Гусева М.Р., Дубовская Л.А., Чиненов И.М., Котяшева Г.И., Горбунова Е.Д., Жильцова Е.Ю., Мищенко Н.П., Федорев С.А. Комплексное лечение внутриглазных кровоизлияний с применением антиоксидантного препарата гистохром у детей // Рефракц. хирургия и офтальмология. 2003. Т. 3, № 1. С. 70–76.

Түйін

Көз ішіндегі қан құйылуды емдеуде гистохром антиоксидантын қолдану тәжірибесі

М.М. Балпукова

Көздің шыны тәрізді денесіне қан құйылуларын емдеу нәтижелерін талдау кезінде гистохроммен емделген науқастардың 100 %-да емнің 5-ші тәулігінде құйылған қанның сіңісіп қайтуы байқалды. Көздің шыны тәрізді денесіне қанның бұрынғы құйылуларын емдеу аса ауыр болғандықтан гидрохроммен емдеу кезде 10-14 күндері аурудың қайтуы байқала бастайды. Көз ішіне қан құйылуларын емдеудегі гистохром дәрісінің тиімділігі мен қауіпсіздігі бірнеше рет клиникалық тұрғыдан дәлелденіп, көздің қантамырлық және дистрофиялық ауруларын емдеу үшін күнделікті іс-тәжірибеде кеңінен қолданылады.

Summary

The use of antioxidants in the treatment of histochrome intraocular hemorrhages

M. Balpukova

Analyzing the results of treatment of bleeding into the vitreous, it should be noted that the treatment histochrome 100% of patients beginning of resorption of the blood takes place on the 5th day of treatment. When old hemorrhages in the vitreous, which are most difficult to treat, enlightenment comes in 10-14-day treatment histochrome. The efficacy and safety of the drug in the treatment of histochrome intraocular hemorrhages of different genesis has repeatedly been confirmed clinically.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНЕМИЕЙ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АСТАНА

К.Н. Бейсембаева

ГККП «Городская поликлиника №3», г. Астана

Введение: Анемия, как известно - одно из распространенных заболеваний среди подростков. Существуют различные типы анемии, но для подростков характерны железодефицитные состояния, которые ведут к нарушению физического, умственного и речевого развития, снижению успеваемости, повышенной утомляемости [1].

В пубертатном периоде и в подростковом возрасте, когда идет усиленный рост и перестройка организма, количество поступающего с пищей железа может быть недостаточно, что обуславливает развитие анемии [1,2].

С 2006 года согласно приказу МЗ РК № 637 от 23.12.2005г. «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении, которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях» утвержден перечень заболеваний, при лечении которых лекарства отпускаются по бесплатным рецептам. В этот перечень вошла железодефицитная анемия у подростков. Больным выписываются препараты железа, аскорбиновая и фолиевая кислота [3].

Целью исследования явилось оценка заболеваемости железодефицитной анемией у подростков города Астана и эффективности назначения препаратов железа по бесплатным рецептам.

Материалы и методы: всего обследовано подростков 15-17 – летнего возраста в 2008г. – 19659, из них девушек – 9689, юношей - 9970; в 2009 г. – 19592, из них девушек – 7099, юношей - 12493; в 2010г. – 15363, из них девушек – 6847, юношей - 8516 (метод количественного анализа). При выявлении пониженного гемоглобина в анализах крови подросток направлялся на развернутый анализ крови, биохимическое исследование крови на сывороточное железо, исследование кала на яйца глист и скрытую кровь, ЭФГДС исследование, консультацию гематолога.

Результаты и обсуждение: Методом сравнения относительных величин с республиканскими данными доказано, что общая заболеваемость железодефицитной анемией среди подростков города Астана превышает республиканские (рисунок 1).

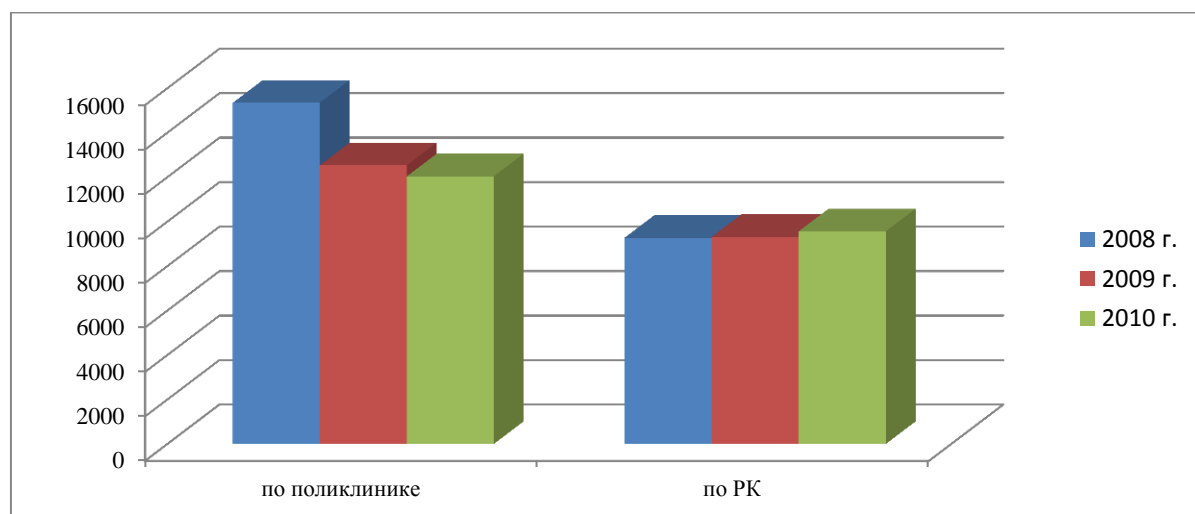


Рисунок 1 - Общая заболеваемость на 10000 населения

По городской поликлинике №3 железодефицитные состояния различной степени были выявлены в 2008 г. у 3016 человек, что составило 15341,5 на 100000 населения (по РК 9272,2); в 2009г. у 2455, что составило 12530,6 на 100000 населения (по РК 9311,7); в 2010г. у 1849, что составило 12035,4 на 100000 населения (по РК 9564,6) [4,5].

По степени тяжести удельный вес анемий легкой степени значительно больше средней и тяжелой степеней. Эта тенденция, как видно из рисунка 2 сохраняется на протяжении периода 2008 - 2010 годы.

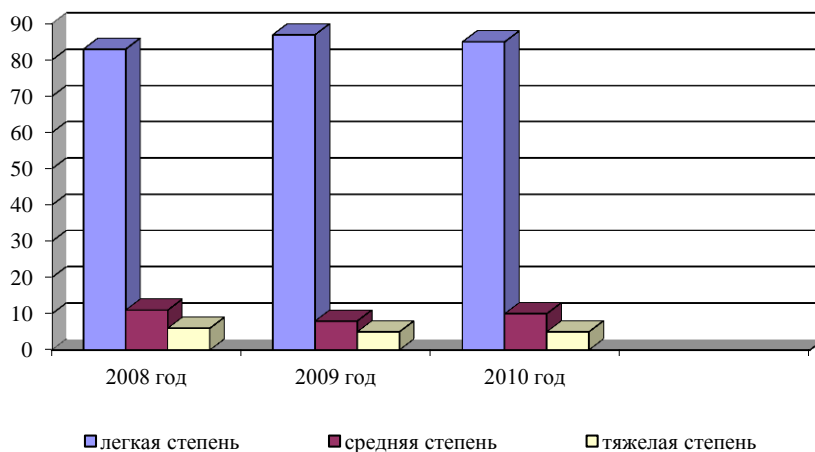


Рисунок 2 – Удельный вес анемий легкой степени за период 2008-2010 годы.

В 2008 г. анемия легкой степени составила 83%, средней - 11%, тяжелой – 6%; в 2009 г. легкая - 87%, средней – 8%, тяжелая – 5%; в 2010 г. легкая - 85%, средней – 10%, тяжелая – 5%.

По литературным данным железодефицитная анемия встречается у девушек на 20% чаще, чем у юношей [1,6,7]. При анализе по городской поликлинике №3 на 13% -18% анемии чаще встречаются у девушек, что видно из рисунка 3.

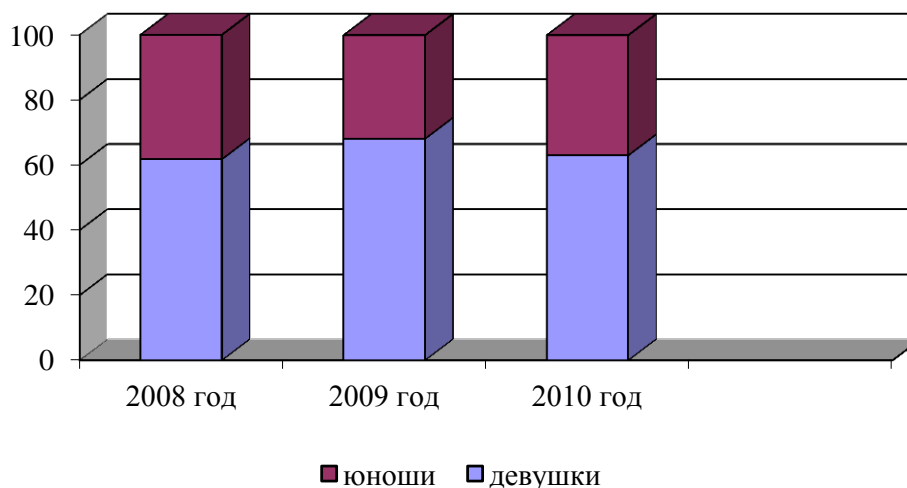


Рисунок 3 – Частота анемий у девушек и юношей за период 2008-2010 годы.

Так, в 2008г. у девушек выявлено 1865 случаев, что составило 61,8% от общего количества числа больных; в 2009г. - 1672 случаев, что составило 68,1%; в 2010г. – 1165 случаев, что составило 63,0%.

Для лечения железодефицитных состояний больным бесплатно назначались препараты железа, аскорбиновая и фолиевая кислота. Также в 2008г. препараты были выписаны на сумму 2195000 тенге; в 2009г. на сумму 3114540 тенге; в 2010г. на сумму 1955505 тенге [8].

Заключение. Таким образом, общая заболеваемость железодефицитной анемией среди подростков города Астаны превышает республиканские. По степени тяжести преобладают анемии лёгкой степени. Распространенность анемий среди девушек значительно выше, чем у юношей, что подтверждает литературные данные. Снижение количества железодефицитной анемии в динамике за три года с 2008 по 2010гг. с 15341,5 до 12035,4 на 100000 населения, по нашему мнению, произошло в связи с активным назначением препаратов железа и витаминов бесплатно, так как материальное положение некоторых подростков не позволяет проводить длительное лечение анемий.

Литература

- 1 «Подростковая медицина» Л.И.Лёвина, А.М.Куликова г. Санкт – Петербург 2006г.
- 2 «Дифференциальный диагноз внутренних болезней» А.В.Виноградов г. Москва 1987г.
- 3 Приказ МЗ РК № 637 от 23.12.2005г. «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении, которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях».
- 4 Ведомственная статистическая отчётность форма №12 за 2008,2009,2010гг. по ГККП «Городской поликлинике №3».
- 5 Статистический справочник МЗ РК за 2009г.,2010г. и 2011г.
- 6 «Классификации и диагностические критерии основных заболеваний терапевтического профиля» Т.З.Сейсембеков г.Астана 2007г.
- 7 «Справочник терапевта» 1,2 том Н.Р.Палеева, В.А.Насонова., А.И.Воробьёв г.Москва 1999г.
- 8 Данные ведомости освоения денежных средств бесплатного и льготного обеспечения с аптекой «Гиппократ» за 2008,2009,2010гг.по ГККП «Городская поликлиника №3».

Түйін

Астана қаласы жасөспірімдерінің анемия ауруын талдау

К.Н. Бейсембаева

Мақалада Астана қаласының жасөспірімдер арасында анемияның таралғандығы және құрамында темірі бар дәрі-дәрмектермен тегін емдеу тиімділігіне талдау жүргізілді. Талдау жасөспірімдер анемиясын тегін емдеу арқасында жалпы аурудың төмендеуіне қол жеткізілгенін көрсетті.

Summary

Analysis of anaemia in teenagers

K. Beissembayeva

In the article prevalence of an anaemia among teenagers of Astana and efficiency of free treatment by ferriferous preparations are analysed. The analysis has shown that free treatment of teenagers anemia conducts to decrease of the general disease as a whole.

УДК: 617.7 – 007.681 – 073

РЕТИНОТОМОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМЫ

*к.м.н. Ш.А. Ескендинова
«Больница УДП РК», г. Астана*

Введение. На протяжении трех столетий для постановки диагноза глаукомы и другой офтальмопатологии, оценивалось путем офтальмоскопии, а в XX веке - фотографирования глазного дна, хотя точность измерения структур глазного дна по фотоснимкам была весьма приблизительной. В настоящее время для точной и объективной оценки состояния диска зрительного нерва (ДЗН) возможно использование нескольких приборов: конфокальных сканирующих лазерных офтальмоскопов (КСЛО), сканирующих лазерных поляриметров (СЛП) и оптических когерентных томографов (ОКТ). С 2004 г. ассоциация

международных глаукомных обществ рекомендовала включить объективные методы исследования ДЗН в список рутинных [1].

Материалы и методы исследования. Создание и производство Гейдельбергского ретинального томографа (HRT II, III) базируется в Гейдельберге (Германия, фирма Heidelberg Engineering). Томограф представляет собой КСЛО-систему, предназначенную для съемки и анализа трехмерных изображений глазного дна (чаще в области зрительного нерва и макулы). Прибор состоит из лазерного излучателя, совмещенного с детектором отраженного света, системного блока, монитора, блока питания и принтера. В качестве источника света используется диодный лазер с длиной волны 675 нм, а размеры изображений, получаемых в ходе исследования – 15x15 градусов или 384x384 пикселя, соответственно, картина анализируется по 147456 независимым значениям высоты рельефа сетчатки в абсолютных величинах. Программное обеспечение прибора предусматривает автоматическое сравнение полученных изображений при наблюдении пациентов в динамике. Прибор позволяет выявить глаукому ранее, чем за год по сравнению со всеми известными методиками диагностики и за несколько лет до потери периферического зрения пациентом, благодаря автоматически подсчитанной вероятности глаукомы на основе анализа регрессии Moorfields и Показателя Вероятности Глаукомы (GPS) [1].

При обработке имелась возможность определения профилей с точностью до 300 микрон по глубине в любом сечении сетчатки. Учитывались одни из наиболее значимых параметров HRT при глаукоме: площадь нейроретинального пояска (SHPP (RA)), объем нейроретинального пояска (VHPP (RV)), средняя толщина слоя нервных волокон сетчатки (RNFL), площадь диска зрительного нерва, показатель вероятности глаукомы (GPS), регрессионный анализ Moorfield's (MRA) [2].

Результаты и обсуждение. Нами направлено на HRT 135 человек с подозрением на глаукому. Из них у 75 пациентов (55,6%) подтверждена глаукоматозная оптическая нейропатия (ГОН); не подтверждена ГОН у 11(8,15%), столько же (8,15%) находятся в группе риска по ГОН с рекомендацией контроля в динамике. 34 пациента (25,1%) не вернулись с результатами обследования. Двум пациентам (1,5%) выставлен диагноз офтальмогипертензии и в 0,74% случаев (по одному пациенту) диагностированы псевдозастойные диски зрительных нервов и признаки затруднения венозного оттока ДЗН.

Выводы. В целом, вышеуказанное позволяет рекомендовать HRT как идеальный, безопасный, бесконтактный и быстрый (не требующий расширения зрачка) метод для ранней диагностики глаукомы и другой патологии зрительного нерва. Данный прибор выбран в качестве базового для проведения долговременных клинических сравнительных исследований, а также для изучения эффективности применяемого лечения, которые проводятся одновременно в ряде клиник по единой международной программе [3].

Литература:

- 1 Алябьева Ж.Ю. Новые горизонты сканирующей лазерной офтальмоскопии.// Клиническая офтальмология.-2005.-№1.-С.4-6.
- 2 Куроедов А.В., Городничий В.В. «Компьютерная ретинотомография: диагностика, динамика, достоверность»// -М., Издат. Центр МНТК «Микрохирургия глаза», 2007г. С.24, 48.
- 3 Астахов Ю.С., Акопов Е.Л. Гейдельбергский ретинальный томограф HRT II: новые возможности в оценке состояния структур глазного дна.//Сб.тез. «Современные методы лучевой диагностики в офтальмологии». -М, 2004. –С.28-30.

Түйін

Глаукоманың ерте диагностикасындағы ретинотомография

Ш.А. Ескендірова

Ретинотомография глаукоманың диагностикалаудың басқа әдістеріне қарағанда ауруды бір жыл бұрын анықтауға және науқастардың перифериялық көруі қабілеті жоғалғанға дейін бірнеше жыл бұрын

анықтауға мүмкіндік береді. 2011 жылы глаукома ауруына шалдыққандарды анықтау үшін ретинотомографияға 135 адам жіберілген. Оның ішінде науқастардың 55,6%-да глаукомалық оптикалық нейропатия ауруы бар екені дәлелденді (ГОН); ал 8,15% науқастарда ГОН анықталмады; оған қоса ГОН болуы ықтимал қауіп-қатер тобында динамикалық бақылауға алу ұсыныстарымен 8,15% науқас бар. Науқастардың 25,1 % зерттеу нәтижелерін алған соң қайтып келген жоқ. Қорыта келгенде жоғарыда көрсетілген әдісті глаукоманы және көру жүйкесінің басқа патологияларын ерте диагностикалаудың зиянсыз, қатынассыз, жылдам әрі ең үздік тәсілі ретінде ұсынуға болады.

Summary

Retinotomography in the early diagnosis of glaucoma

Sh.Yeskendirova

Retinotomography reveals glaucoma earlier than a year compared with all known methods of diagnosis and for several years before the loss of peripheral vision patient. We have focused on HRT in 2011, 135 persons with suspected glaucoma. Its confirmed in 55,6% of them have a glaucomatous optic neuropathy (GON); GON has not been confirmed in 8,15% of patients, the same number are at risk for GON with the recommendation of dynamic control and 25,1% is didn't came. HRT is safety and, uncontact and easily method for early diagnosis of glaucoma and other optic nerve pathology.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ЦЕРЕБРОЛИЗИНА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Ф.Е.Искакова

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Введение. Цереброваскулярные заболевания сосудистого генеза являются одной из самых частых причин развития приобретенных когнитивных нарушений. Целесообразность как можно более раннего выявления когнитивных нарушений не вызывает сомнений, поскольку своевременное проведение адекватной терапии позволяет существенно улучшить прогноз и предотвращает развитие более тяжелой степени когнитивных нарушений (деменции). В связи с этим в последнее время большое внимание уделяется проблеме умеренных когнитивных нарушений, которые встречаются у 15-25% лиц старше 60 лет [1-4].

Одним из препаратов, активирующим факторы роста нервов, восстанавливающим параметры гомеостаза в ишемизированных зонах мозга, является церебролизин [1,2,3]. Применение гипербарической оксигенации (ГО) позволяет ликвидировать нехватку кислорода в тканях больного за счет создания повышенного давления кислорода в окружающей среде. Кроме того, ГО оказывает противоотечное и противовоспалительное действие, способствует разрастанию сосудистых капилляров и реваскуляризации ишемических участков и др. [5].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности препарата церебролизин в сочетании с гипербарической оксигенацией у больных дисциркуляторной энцефалопатией 1-2 стадии с синдромом умеренных когнитивных нарушений. Данный метод применялся в нашей больнице впервые.

Материалы и методы: В анализ были включены 49 пациентов (35 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 45 до 75 лет с дисциркуляторной энцефалопатией 1-2 стадии с синдромом умеренных когнитивных нарушений. У 11 пациентов в анамнезе имелась гипертоническая болезнь 2-3 стадии, у 13 - ишемическая болезнь сердца, у 10 - острое нарушение мозгового кровообращения, у 11 - эндокринное заболевание (сахарный диабет 2 типа, ожирение, узловый зоб), у 7 - заболевания периферической нервной системы, у 8 - хронический пиелонефрит. Проводилась терапия церебролизином в дозе 20.0-30.0 мл в/в капельно на 0.9%-200.0 мл физиологическом растворе в течение 5-10 дней в сочетании с гипербарической оксигенацией (от 3-5-7 сеансов).

Методы оценки эффективности терапии включали нейропсихологические методики: краткая шкала оценки психического статуса, тест рисования часов с оценкой по 10 балльной системе, тест повторения цифр, тест на заучивания 10 слов, тест на зачеркивание цифр. Эмоциональные расстройства оценивались по гериатрической шкале депрессии. Динамику выраженности субъективных и объективных неврологических симптомов определяли по шкале выраженности субъективных неврологических симптомов и по шкале двигательной активности пожилых Тинетти. Общую оценку симптомов проводилась на первом и последнем визитах по шкале общего клинического впечатления (25) и оценивались в баллах от 1 (нет нарушений) до 7 (очень грубые нарушения).

Результаты и обсуждение: исследование показало, что препарат церебролизин в сочетании с гипербарической оксигенацией достоверно уменьшает выраженность субъективных неврологических симптомов. Отмечалось улучшение двигательной активности пациентов, положительное влияние на когнитивные функции, на мнестические функции, особенно на запоминание осмысленных предложений, общую память и запоминание несвязанных слов. По шкале общего клинического впечатления состояние пациентов на фоне комбинированной терапии статистически улучшилось (с 4 до 2.5 баллов). В ходе исследования все пациенты лечение перенесли удовлетворительно, не было отмечено клинически значимых изменений показателей витальных функций (артериальной давление, ЧСС, температура тела). Во время исследования нежелательных явлений не было зарегистрировано ни у одного из пациентов.

Выводы: Применение церебролизина в сочетании с гипербарической оксигенацией позволило добиться хороших результатов в лечении дисциркуляторной энцефалопатии, существенно сократить сроки лечения. Проведенная комбинированная терапия оказала благоприятное влияние на когнитивные функции пациентов с умеренными когнитивными нарушениями. Наибольший эффект отмечается при нетяжелых неврологических расстройствах, что указывает на целесообразность раннего назначения этой терапии, на ее эффективность и безопасность.

Применяя церебролизин в сочетании с гипербарической оксигенацией, удается добиться хороших результатов в лечении дисциркуляторной энцефалопатии, существенно сократить сроки лечения, помочь ослабленному организму справиться с последствиями болезни.

Литература:

- 1 Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической практике//неврол журн-2006-Т 11, прил№1-с 4-12
- 2 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом и старческом возрасте//Рус мед журн-2004-№10-с573-576.
- 3 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Метод пособие для врачей-М.,2005
- 4 Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Синдром умеренных когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии//Ж. невро и псих-2005-№2-с13-17.
- 5 Казанцева Н.В. Гипербарическая терапия в неврологии /Гипербарическая физиология и медицина- 1996 - № 4-с21-23.

Түйін

Дисциркуляторлық энцефалопатиямен ауыратын науқастарға церебролизин мен гипербариялық оксигенация дәрілерін қатар қолдану

Ф.Е.Ысқақова

Бұл мақалада дисциркуляторлық энцефалопатияның 1-2 сатысындағы орташа когнитивті бұзылыс белгілері бар науқастарға церебролизин мен гипербариялық оксигенация дәрілерін қатар қолданудың тиімділігі мен қауіпсіздігін бағалау бойынша жүргізілген іс-тәжірибе ұсынылған. Бұл әдістің жеңіл түрдегі неврологиялық бұзылыстарға тигізген оң әсері мол, мұның арқасында осы терапияны аурудың ерте сатысында тағайындау орынды болып табылады.

Summary

Application of drug combination cerebrolysin and hyperbaric oxygenation in patients with dyscirculatory encephalopathy

F. Isskakova

In work the Application of drug combination cerebrolysin and hyperbaric oxygenation in patients with dyscirculatory encephalopathy of 1-2 stages with a syndrome moderated cognitive infringements is presented. It is shown that the greatest effect is noticed at not heavy neurologic frustration that specifies in expediency of early appointment of this therapy.

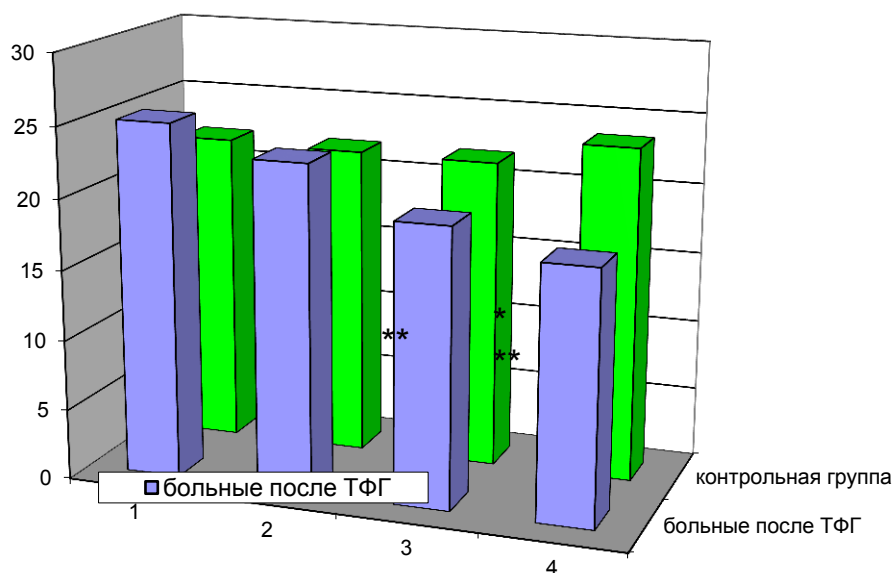
ТРОМБИНОВОЕ ВРЕМЯ – МАРКЁР ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕТАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

д.м.н. К.С. Калиаскарова, д.м.н., профессор С.К. Туганбекова, Н. Швидченко
Национальный научный медицинский центр, г. Астана
АО «Медицинский Университет Астана»

Введение. Удлинение тромбинового времени при тяжелых паренхиматозных поражениях и циррозе печени обусловлено крайне низким уровнем фибриногена, появлением в плазме белковых комплексов, замедляющих полимеризацию молекул фибрина. Тромбиновое время характеризует конечный этап процесса свертывания – превращение фибриногена в фибрин под действием тромбина[1-8].

Цель исследования. Оценить динамику показателя тромбиновое время (ТВ) при циррозе печени в зависимости от этиологического фактора - вирусной, токсической и аутоиммунной этиологии, а так же при вторичном билиарном циррозе печени через 2 недели, 3 и 6 месяцев после проведения ТФГ.

Результаты и обсуждение. Динамика показателя ТВ до и после проведения ТФГ в сравнительном аспекте представлена на рисунке.



1-до лечения, 2- 2 недели после лечения, 3- 3месяца после лечения, 4-6 месяцев после лечения

* - $p1 < 0,001$, достоверно по сравнению с контрольной группой

** - $p2 < 0,001$, достоверно в сравнении с исходными данными

Рисунок – Изменение тромбинового времени в динамике (сек).

До проведения ТФГ у пациентов исследуемой группы выявилось удлинение тромбинового времени до $25,62 \pm 6,0$ сек., в контрольной группе до $22,15 \pm 6,39$ сек., через 2 недели после фетальной трансплантации показатели без достоверных изменений: в исследуемой группе $23,11 \pm 4,91$ сек., в контрольной - $21,96 \pm 5,5$ сек.

Через три месяца отмечалось достоверное укорочение по сравнению с исходными показателями в исследуемой группе до $19,69 \pm 4,25$ сек. ($p_2 < 0,001$), тогда как в контрольной группе показатели оставались без достоверных изменений $21,88 \pm 5,55$ сек.

Через шесть месяцев наблюдалось достоверное укорочение ТВ в исследуемой группе по сравнению с исходными данными и контрольной группой до $17,80 \pm 2,81$ сек. ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$), в контрольной группе достоверных изменений не выявлено, показатель - $23,61 \pm 6,36$ сек.

Больные исследуемой и контрольной групп разделены на III группы по уровню ТВ – с удлинением до 3 сек., до 6 сек. и более - согласно классификации Чайлд-Пью (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных по уровню ТВ (по Чайлд-Пью)

Показатель тромбинового времени	Исследуемая группа N=64		Контрольная группа N=26	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Удлинение < 3 сек.	26	40,6	14	53,84
Удлинение от 4 до 6 сек.	15	23,43	1	3,84
Удлинение >6 сек	23	35,93	11	42,3

В 55,4% отмечалось удлинение ТВ > 4 сек, что соответствует классам «В» и «С» по Чайлд-Пью. С учётом показателей ТВ больные разделены на 12 групп и прослежена динамика в сравнительном аспекте после проведения ТФГ. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика показателей ТВ в зависимости от уровня удлинения после ТФГ

I - Удлинение < 3 сек.				II - Удлинение от 4 до 6 сек.				III - Удлинение >6 сек			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
До ТФГ	Ч/з 2 нед	Ч/з 3 мес	Ч/з 6 мес	До ТФГ	Ч/з 2 нед	Ч/з 3 мес	Ч/з 6 мес	До ТФГ	Ч/з 2 нед	Ч/з 3 мес	Ч/з 6 мес
$19,8 \pm 4,1$	$18,4 \pm 2,7$	$16,6 \pm 1,8$ $p_1 < 0,05$	$16,1 \pm 1,8$ $p_1 < 0,01$	$21,73 \pm 3,1$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,01$ $p_4 < 0,01$	$19,2 \pm 2,7$ $p_5 < 0,05$	$19,1 \pm 1,9$ $p_3 < 0,01$ $p_5 < 0,01$	$19,7 \pm 2,6$ $p_4 < 0,001$	$29,26 \pm 3,6$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$ $p_4 < 0,01$ $p_5 < 0,01$ $p_6 < 0,01$ $p_7 < 0,01$ $p_8 < 0,01$	$25,6 \pm 4,4$ $p_2 < 0,001$ $p_6 < 0,01$ $p_9 < 0,05$	$21,7 \pm 4,4$ $p_3 < 0,001$ $p_7 < 0,05$ $p_9 < 0,01$	$18,8 \pm 2,4$ $p_4 < 0,01$ $p_9 < 0,01$

Исходя из таблицы 2, ТВ в 1 подгруппе I группы $19,8 \pm 4,1$ сек., через 2 недели без достоверных изменений, через 3 месяца наблюдалось достоверное укорочение по сравнению с исходными данными. Через 6 месяцев (4 подгруппа) наблюдалось достоверное укорочение по сравнению с 1 подгруппой. Во II группе до проведения фетальной трансплантации показатель ТВ достоверно различался от показателей 2,3,4 подгрупп I группы. Через 2 недели после фетальной трансплантации (6 подгруппа) во II группе уровень ТВ достоверно различался от 5 подгруппы. В 7 подгруппе II группы ТВ достоверно различалось от 3 подгруппы I группы, а также от показателей 5 подгруппы II группы. В 8 (через 6 месяцев) подгруппе показатель ТВ достоверно различался от показателей 4 подгруппы I группы. Достоверной разницы с исходными данными II

группы не выявлено. В 9 подгруппе III группы исходный показатель имел достоверную разницу с 1-8 группами. Через 2 недели после ТФГ в III группе (10 подгруппе) уровень ТВ имел достоверную разницу со всеми 8 подгруппами I и II групп, а также с достоверным укорочением по сравнению с 9 подгруппой III группы. Через 3 месяца в 11 подгруппе ТВ было достоверно различно по сравнению с 3, 7 подгруппами I – II групп, 9 (исходной) подгруппой III группы. Через 6 месяцев после проведения ТФГ в III группе отмечалось достоверное различие показателей с 4 подгруппой I группы, а также достоверное укорочение по сравнению с исходными показателями - 9 подгруппой.

Заключение. Таким образом, показатель ТВ может служить предиктором эффективности ТФГ. Через 3 и 6 месяцев после проведения фетальной трансплантации при удлинении до 3 сек и уже через 2 недели после ТФГ при удлинении ТВ > 4 сек. выявлено достоверное укорочение ТВ по сравнению с контрольной группой, в которой уровень ТВ достоверно не меняется.

Прослежена динамика показателей ТВ после проведения ТФГ в зависимости от этиологического фактора. В группе больных ЦП с проведением ТФГ вирусной этиологии исходные показатели ТВ составляли $29,0 \pm 3,6$ сек.; через 2 недели и 3 месяца достоверного отличия от исходных показателей выявлено не было, соответственно $26,0 \pm 4,5$ сек. и $20,0 \pm 3,8$ сек. Через 6 месяцев наблюдалось достоверное уменьшение показателей ТВ до нормы - $17,0 \pm 2,7$ сек.

В группе больных ЦП с проведением ТФГ токсической этиологии исходные показатели ТВ составляли $28,0 \pm 3,4$ сек.; через 2 недели и 3 месяца не отмечалось достоверных изменений, показатели соответственно: $22,0 \pm 4,2$ сек. и $20,0 \pm 3,8$ сек. Через 6 месяцев наблюдалось достоверное снижение показателя ТВ до $18,0 \pm 2,8$ сек.

В группе больных ЦП с проведением ТФГ аутоиммунной этиологии исходные показатели составляли $28,0 \pm 3,4$ сек.; через 2 недели и 3 месяца достоверных изменений показателей ТВ не выявлено, показатели соответственно равны: $26,0 \pm 4,5$ сек. и $20,0 \pm 3,8$ сек.; тогда как через 6 месяцев наблюдалось достоверное укорочение показателя ТВ до $19,0 \pm 2,9$ сек.

При вторичном билиарном ЦП у больных исследуемой группы исходный уровень ТВ составлял $27,0 \pm 3,3$ сек; через 2 недели и 3 месяца достоверных изменений показателя ТВ не наблюдалось; тогда, как через 6 месяцев вновь отмечалось удлинение ТВ до $30,0 \pm 3,7$ сек.

При изучении динамики показателя ТВ в зависимости от этиологического фактора выявлена положительная динамика показателя в группе больных ЦП вирусной, токсической и аутоиммунной этиологии в виде достоверного укорочения через 6 месяцев после проведения ТФГ; при вторичном билиарном ЦП достоверной динамики показателя ТВ через 2 недели и 3 месяца после проведения ТФГ не выявлялось, через 6 месяцев наблюдалось ухудшение в виде достоверного удлинения до $30,0 \pm 3,7$ сек.

Следовательно, показатель тромбинового времени может служить предиктором эффективности трансплантации фетальных гепатоцитов.

Литература

- 1 Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М., 2001.
- 2 Долгов В.В., Свириной П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. М., 2005.
- 3 Момот А.П. Патология гемостаза принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. СПб., 2006.
- 4 Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. М., 2006.
- 5 Папаян Л.П. Новое в представлении процесса свертывания крови // Трансфузиология. 2004. Т. 5, № 3. С. 7-22.
- 6 Шитикова А.С. Тромбоцитарный гемостаз. СПб.: ГМУ, 2000.
- 7 Hemostasis and Thrombosis. Basic Principles and Clinical Practice. Editors: Robert W. Colman and others. 2001.
- 8 Hemostasis and Thrombosis 2nd Edition. T.G. DeLoughery. Landes Bioscience p.218. 2004.

Тромбиндық уақыт– бауырдың әртүрлі этиологиялы циррозы кезінде феталдық транспланттау тиімділігінің маркері

Тромбиндық уақыт феталдық гепатоциттерді транспланттау тиімділігін болжамдау құралы ретінде қолданылады. Тромбиндық уақыттың этиологиялық фактормен байланыстағы көрсеткіштерінің динамикасын зерделеу кезінде вирустық, токсиндық және аутоиммундық этиологиядағы бауыр циррозымен ауыратын науқастар тобында ТФГ өткізілгеннен кейін 6 айдан соң цирроздың анық қысқару түріндегі оң динамикасы анықталды; қайталанған билиардық цирроз кезінде феталдық гепатоциттерді транспланттаудан кейін 2 апта мен 3 ай өткен соң тромбиндық уақыт көрсеткішінің анық динамикасы байқалған жоқ, ал 6 айдан кейін $30,0 \pm 3,7$ сек. дейін анық ұзару түріндегі нашарлау жәйті анықталды.

Summary

Thrombin time is an efficiency marker of fetal transplantation in liver cirrhosis of different etiologies

K. Kaliaskarova, S.Tuganbekova, N.Shvidchenko

Thrombin time may serve as an effectiveness predictor of the fetal hepatocytes transplantation. In dynamic studying of thrombin time indicator, depending on the etiological autoimmune etiology in a significant shortening after 6 months of the FHT, with secondary biliary cirrhosis reliable indicator of the dynamics of TT in 2 weeks and 3 months after transplantation of fetal hepatocytes is not detected after 6 months have seen a deterioration in a significant lengthening of up to $30,0 \pm 3,7$ sec.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСОГЛОТКИ

Г.К. Калиева

Поликлиника УДП РК, г. Астана

Введение. Наиболее частыми, сопутствующими хроническому тонзиллиту заболеваниями, являются паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Основываясь на спектре основных бактериальных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний глотки и гортани ведущим препаратом для эмпирической антибактериальной терапии в оториноларингологии следует считать амоксициллин. Это объясняется тем, что из всех доступных пероральных пенициллинов и цефалоспоринов, включая препараты II-III поколения, амоксициллин наиболее активен в отношении пенициллин-резистентных пневмококков и например в 4 раза превосходит ампициллин. Дополнительными его преимуществами являются также более высокий, чем у ампициллина уровень в крови (в 2 раза), значительно меньшая частота нежелательных побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), удобство приема. Достаточно значимой представляется и возможность проведения ступенчатой терапии с внутримышечным введением препарата.

Динамика уровня антибиотикорезистентности показывает, что микроорганизмы постепенно (обычно в прямой зависимости от интенсивности использования антибиотика) приобретают способность преодолевать защиту, заложенную в структуру антимикробного препарата при его создании. Причем это достигается не, только за счет формирования новых механизмов устойчивости, но и за счет формирования новых механизмов устойчивости все более агрессивных типов В-лактамаз. Общей тенденцией в настоящее время является нарастание резистентности пневмококка к пенициллину, макролидам, тетрациклинам. Все штаммы золотистого стафилококка следует рассматривать как устойчивые к пенициллину, ампициллину и амоксициллину.

В свою очередь, амоксициллин прекрасно подходит для комбинирования с ингибиторами В-лактамаз. Это обусловило широкое повсеместное применение амоксициллина\клавуланата. Однако эффективность амоксициллина можно увеличить и с

помощью других ингибиторов В – лактамаз (не клавуланата). В России существует достаточно успешный семилетний опыт применения комбинированного препарата амоксициллин\ сульбактам [1]. С 2009 года данный препарат доступен и в Республике Казахстан.

Сульбактам обладает значительно большей, чем клавуланат устойчивостью к изменениям рН среды. С практической точки зрения это означает, что в условиях реального инфекционного процесса, протекающего со значительными вариациями кислотности, сульбактам способен активно проникать в ткани. Наряду с этим, значительная толерантность препарата к изменениям рН позволяет использовать сульбактам внутримышечно и даже внутривенно при манипуляциях.

Редко встречающиеся при его применении побочные эффекты относятся к побочным эффектам со стороны ЖКТ (диспепсия, усиление перистальтики кишечника, диарея). В то время как другим, широко применяющимся в оториноларингологии антибактериальным средствам, например фторхинолонам, макролидами даже амоксициллину клавуланату присущи более серьезные осложнения (плохая переносимость, тяжелая аллергия).

Огромное значение для успеха антибактериальной терапии играют путь введения и длительность применения антибиотиков. В настоящее время считается, что при легком и среднем течении заболевания антибиотикотерапию следует проводить препаратами, назначаемыми внутрь. При тяжелом течении заболевания лечение необходимо начинать с внутримышечного или внутривенного введения и затем, по мере улучшения состояния, переходить на прием антибиотика внутрь (ступенчатая терапия). Ступенчатая терапия – это 2-х этапное применение антибактериальных препаратов (вначале в\м или в\в введение, затем на 3-4 день, при улучшении состояния переход на пероральный прием препарата) [2].

Целью исследования являлось оценка эффективности и безопасности амоксициллина\сульбактам (Трифамокс ИБЛ) в режиме ступенчатой терапии при гнойно-воспалительной патологии глотки и придаточных пазух носа.

Материалы и методы: В исследование были включены 24 пациента в возрасте от 25 до 45 лет, из них 10 пациентов с диагнозом «паратонзиллярный абсцесс» и 14 - с диагнозом – «острый гнойный гайморит». Диагнозы выставлены на основании клинико-лабораторных данных, подтверждены инструментально. Все пациенты с паратонзиллярным абсцессом предъявляли жалобы на затрудненное глотание, боль в горле, повышение температуры тела до 38С° градусов, слабость. Пациенты с гнойным гайморитом предъявляли жалобы на заложенность носа, гнойное отделяемое из носа, головные боли, повышение температуры тела до 37,5С°, слабость. Больные с паратонзиллярным абсцессом были поделены на 2 группы, 5 больных составили первую основную группу, 5 больных –вторую, контрольную.

Аналогично были поделены пациенты с диагнозом «острый гнойный гайморит». 7 пациентов - основная первая группа, 7 - с тем же диагнозом – вторая, контрольная группа.

Пациентам контрольных групп была назначена стандартная антибактериальная терапия в виде цефазолина внутримышечно по 1,0 г 2 раза в сутки в течение 10 дней, а в основных группах получали ступенчатую антибактериальную терапию амоксициллин/сульбактам (Трифамокс ИБЛ)

Для пациентов с паратонзиллярным абсцессом схема лечения была следующая; Амоксициллин/сульбактам внутримышечно по 1,0 г 2 раза в сутки в течение 3 дней с последующим приемом внутрь по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней; для пациентов с острым гнойным гайморитом – Трифамокс ИБЛ внутривенно по 1,5 г 2 раза в сутки в течение 3 дней с последующим приемом внутрь по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Клиническая эффективность и безопасность препарата оценивалась на основании динамики клинико-лабораторных показателей, включая фарингоскопию (риноскопию) и жалобы на нежелательные проявления.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов основной группы с паратонзиллярным абсцессом на фоне проводимого лечения отмечено улучшение общего состояния и нормализация температуры тела на 2-3 сутки. К 3-4 суткам у всех пациентов полностью купировался болевой синдром. Воспалительные изменения в ротоглотке, гнойное отделяемое из носа - к 4 суткам. При контрольном общем анализе крови, проведенном на 6 сутки лечения, у всех пациентов отмечена нормализация основных показателей.

У пациентов основной группы с острым гнойным гайморитом на фоне проводимого лечения отмечено улучшение общего состояния на 2-3 сутки, нормализация температуры наступала в среднем к 3-им суткам лечения.

У больных обеих контрольных групп отмечено отставание сроков регрессии симптомов заболевания на 1-2 дня по сравнению с таковыми в основных группах. Кроме того, в контрольной группе больных с паратонзиллярным абсцессом у одного развился парафарингит.

В целом переносимость лечения у пациентов, получавших амоксицилин/сульбактам, оценена как «хорошая» в 91% случаях, как «удовлетворительная» - в 9%, неудовлетворительной переносимости зафиксировано не было. Отмены препарата не было зафиксировано ни в одном из случаев. У троих, получающих амоксициллин/сульбактам, наблюдались легкие диспептические явления, которые были незначительные и не требовали ни отмены препарата, ни уменьшения суточной дозировки. В обеих основных группах наблюдалось сокращение сроков выздоровления пациентов по сравнению с контрольными группами.

Заключение. Таким образом, наши исследования подтверждают эффективность и безопасность комбинации пенициллинов с ингибиторами В-лактамаз в лечении гнойно-воспалительной патологии лор-органов. Возможность проведения ступенчатой терапии снижает количество ятрогенных осложнений острых гнойно-воспалительных заболеваний носоглотки и увеличивает комплаенс больного в плане соблюдения режима приема и сроков лечения, облегчает течение и сокращает сроки реабилитационного периода.

Литература:

- 1 Карпов О.И. Клинико-фармакологическая характеристика амоксицилина/сульбактама. Фарматека.2005; 19(114):5-7.[1]
- 2 Козлов С.Н. и др. Клиника микробиологии и антибактериальной химиотерапии.2004;6(2):124-132 [2]

Түйін

Мұрын-жұтқынишақтың іріңді-қабынбалы ауруларының бактерияға қарсы терапиясының тиімділігін арттыру

Г.Қ. Қалиева

Осы мақалада жұтқынишақ пен мұрын қуыстарының іріңді-қабыну ауруларының сатылы терапиясы тәртібінде амоксициллин және сульбактам (Трифамокс ИБЛ) қолданудың тиімділігін және қауіпсіздігін дәлелдейтін зерттеу жұмысы баяндалған.

Summary

Improving the efficiency antibacterial therapy in purulent-inflammatory nasopharyngeal diseases

G.Kaliyeva

This article presents the results of a clinical trial efficacy and safety of amoxilli/sulbactam in patients with purulent-inflammatory nasopharyngeal diseases.

ПЕЧЁНОЧНЫЕ ТЕСТЫ В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ

д.м.н. К.С. Калиаскарова

Национальный Научный Медицинский Центр, г. Астана

Введение. Исследование биохимических «печёночных» тестов, в частности АЛТ, АСТ, ГГТП и ЩФ, необходимо для диагностики, мониторинга течения и оценки прогноза заболеваний печени. Известно большое число факторов, в первую очередь преаналитических и аналитических, влияющих на точность результатов биохимических тестов. Современная панель биохимических тестов включает в себя большое число ферментов, которые, однако, не всегда обладают достаточной специфичностью и чувствительностью.

Обнаружение повышенного уровня аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) в сыворотке крови является достаточно чувствительным тестом для установления болезней печени[1]. Повышение уровня аминотрансфераз менее 10 норм может встречаться при целом ряде заболеваний, а более 10 норм – почти исключительно при поражении печени: остром (вирусный, токсический, ишемический) и хроническом (вирусный, аутоиммунный) гепатите. Изолированное повышение АСТ в сыворотке крови при заболеваниях печени может встречаться только при ложнонормальном уровне АЛТ, при декомпенсированном циррозе печени, вследствие дефицита витамина В6 [2]. При злоупотреблении алкоголем часто развивается дефицит пиридоксина, вследствие чего снижается активность АЛТ внутри гепатоцитов. Щелочная фосфатаза – группа гетерогенных изоэнзимов, участвующих в транспорте различных субстратов через клеточную мембрану. Холестаз стимулирует синтез ЩФ гепатоцитами. При обструкции желчных протоков на любом уровне повышение щелочной фосфатазы всегда предшествует началу желтухи. Повышение активности ЩФ без сопутствующего повышения уровня билирубина требует исключения первичного или метастатического рака печени, лимфомы или инфильтративных заболеваний, таких как саркоидоз и амилоидоз. Лекарственный гепатит чаще всего протекает по типу холестатического варианта (преимущественное повышение ЩФ). Следует помнить, что такие часто применяемые лекарственные препараты как антигипертензивные средства (ингибиторы АПФ) или гормоны (эстрогены) могут вызывать холестаз. Повышение активности ЩФ у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (чаще язвенным колитом) может указывать на развитие первичного склерозирующего холангита. Уровень сывороточной ЩФ может повышаться при различных злокачественных опухолях без вовлечения печени или костной ткани. Этот изоэнзим ЩФ носит название «изофермент Регана». В частности, в 1961 году Штауффер первым описал у пациентов с почечно-клеточной карциномой обратимую дисфункцию печени, которая проявляется повышением уровня щелочной фосфатазы и непрямого билирубина, удлинением тромбинового времени, диспротеинемией (повышение уровня α_2 - и γ - глобулинов). Отсутствие нормализации показателей печёночной функции или появление этих изменений вновь свидетельствует, по данным различных авторов, о рецидиве опухоли. Снижение активности ЩФ в сыворотке также не должно оставаться без внимания специалистов и может иметь место при гипотиреозе, кахексии, гемолизе, пернициозной анемии, фульминантном гепатите вследствие болезни Вильсона, дефиците цинка и магния. У детей до 15 летнего возраста повышенный уровень ЩФ обусловлен активностью его костной изоформы и является вариантом нормы. Достижение уровня ЩФ, наблюдаемого у взрослых, происходит в возрасте 14-16 лет у девочек и 18-20 лет у мальчиков[3].

Материалы и методы. Течение заболевания изучалось на основании наблюдения за больными на протяжении шести месяцев. Динамика лабораторных показателей на фоне общепринятой консервативной терапии у 90 (контрольная группа) и после проведения

ТФГ у 384 больных (исследуемая группа). Использовались общепринятые методы клинико-лабораторного обследования, включая изучение эпидемиологического и алкогольного анамнеза, биохимическое исследование сыворотки крови у всех больных. При определении степени тяжести цирроза печени по модифицированной классификации Чайлд - Пью оцениваются показатели общего билирубина, альбумина и протромбинового времени. Нами исследовались также показатели АЛТ, ГГТП, щелочной фосфатазы, креатинина, мочевины и α -фетопротеина в клинико-диагностической лаборатории «ННМЦ» МЗ РК (руководитель д.м.н. Н.В.Попова). Биохимические показатели – АЛТ, ГГТП и общий билирубин определялись ферментно-колориметрическим методом на биохимическом анализаторе «Hitachi – 902» фирмы «Roche». Щелочная фосфатаза определялась оптимизированным колориметрическим методом с использованием в качестве субстрата нитрофенилфосфата, для альбумина «BCG – method» - бром-кризоловый зеленый.

Для оценки ТВ использовался техпластин-тест у больных, которым проводилась ТФГ (384 больных) и в контрольной группе у больных циррозом печени (90 больных), которым не проводилась ТФГ.

Концентрация АФП сыворотки крови определялась на наборе «АФП – ИФА»

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе наблюдалось повышение исходных цифр общего билирубина более 100 мкмоль/л, в контрольной более 80. Через 6 месяцев у больных исследуемой группы наблюдалось значительное снижение уровня общего билирубина до 27 мкмоль/л, достоверно различные по сравнению с контрольной группой и исходными данными (рисунок 1). При распределении по уровню общего билирубина в исследуемой и контрольной группах выявлен больший процент больных с показателем > 51 мкмоль/л – более 53 % в обеих группах, что соответствует классу «С» по Чайлд–Пью. Показатель общего билирубина с уровнем < 34 мкмоль/л достоверно не менялся после проведения фетальной трансплантации. При уровне общего билирубина от 34 до 51 мкмоль/л достоверная положительная динамика наблюдалась уже через 2 недели после ТФГ с продолжающимся достоверным снижением в течение 3-х месяцев и стабилизацией на протяжении 6–ти месяцев. При уровне общего билирубина > 51 мкмоль/л наблюдался эффект от фетальной трансплантации, с достоверным снижением его лишь через 3 месяца, с продолжающимся достоверным снижением на протяжении 6-ти месяцев.

Наблюдалась положительная динамика показателя общего билирубина через 3 и 6 месяцев после проведения ТФГ у больных ЦП токсической этиологии и в исходе аутоиммунных заболеваний; у больных ЦП вирусной этиологии через 6 месяцев после ТФГ и не выявлено достоверной динамики общего билирубина на протяжении 6-ти месяцев при вторичном билиарном циррозе печени.

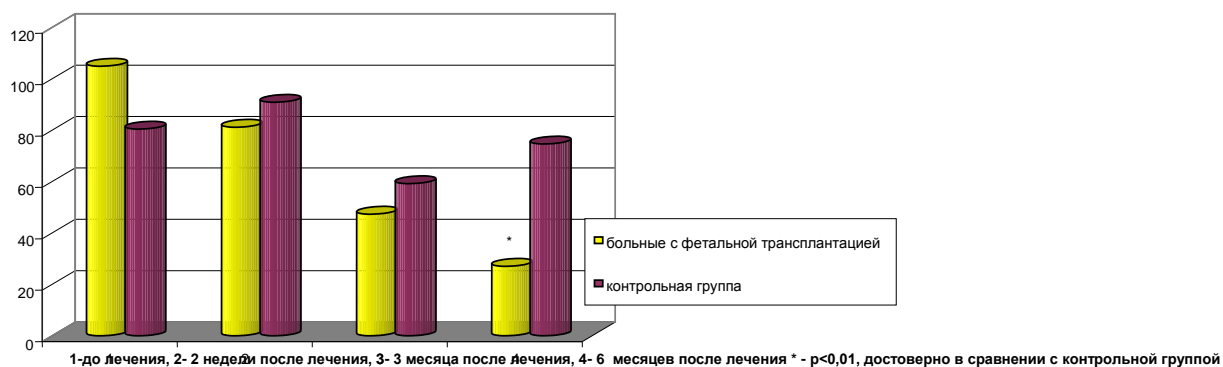


Рисунок 1 - Изменение уровня билирубина у больных после ТФГ в динамике (мкмоль\л)

До проведения фетальной трансплантации наблюдалось повышение показателей АЛТ в исследуемой группе до 3,5 норм, в контрольной до 3 норм. Через 3 месяца отмечалось достоверное уменьшение уровня АЛТ в исследуемой группе до 2 норм с достоверной разницей по сравнению с исходными показателями и контрольной группой. Через 6 месяцев нормализация АЛТ в исследуемой группе (рисунок 2). Преобладали больные с уровнем АЛТ от 2-х до 10-ти норм: в 53,125% исследуемой группы и в 53,84% контрольной группы.

При повышении АЛТ до 2-х норм не наблюдалось достоверных изменений после ТФГ. При повышении АЛТ от 2 до 10 норм уже через 2 недели отмечалось достоверное снижение АЛТ, продолжающееся на протяжении 3 и 6 месяцев.

При изучении динамики показателя АЛТ в зависимости от этиологического фактора выявлена положительная динамика показателя при токсической этиологии ЦП в виде стабильного достоверного уменьшения через 2 недели, 3 и 6 месяцев после проведения ТФГ; при вирусной этиологии через 2 недели и 3 месяца; в исходе аутоиммунных заболеваний через 6 месяцев после проведения ТФГ; при вторичном билиарном ЦП достоверной динамики показателя АЛТ после проведения ТФГ не выявлялось.

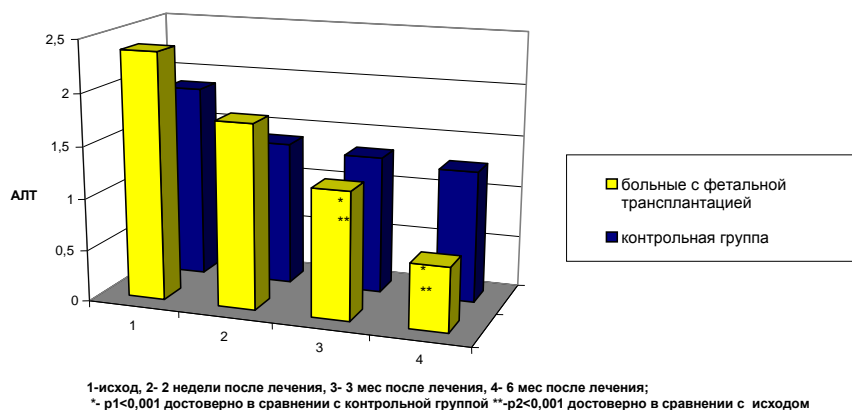


Рисунок 2 - Динамика АЛТ у больных ЦП после ТФГ (мккат/л)

Исходные показатели ГГТП в исследуемой группе были повышены до 4 норм, в контрольной до 5 норм; через 3 и 6 месяцев в исследуемой группе отмечалось достоверное снижение до 0,9 по сравнению с контрольной группой и исходными данными (рисунок 3).

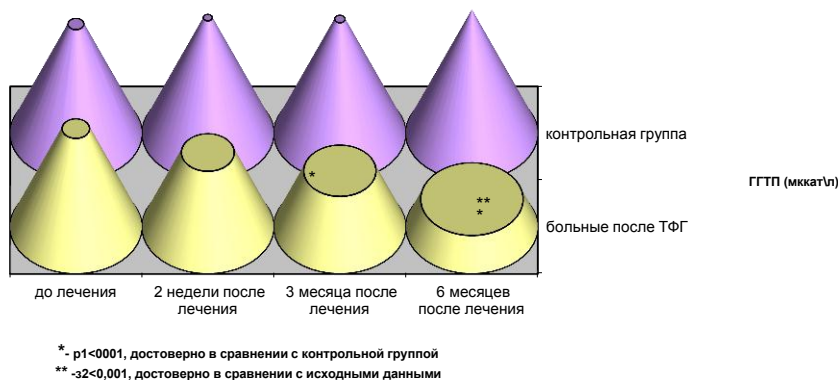


Рисунок 3 - Динамика показателя ГГТП у больных исследуемой группы после ТФГ

При изучении изменений показателя ГГТП в зависимости от этиологического фактора выявлена положительная динамика показателя при ЦП аутоиммунной этиологии в виде достоверного уменьшения через 3 и 6 месяцев после проведения ТФГ; при вирусном и токсическом ЦП через 6 месяцев. При вторичном билиарном ЦП отмечалось снижение показателя через 2 недели, тогда как через 3 и 6 наблюдалось вновь повышение ГГТП, без достоверной разницы по сравнению с исходными данными.

У обследованных больных изучалась динамика уровня ЩФ после фетальной трансплантации.

Как в исследуемой, так и в контрольной группах исходно отмечалось повышение показателя щелочной фосфатазы более 5,0 мккат/л: соответственно $5,6 \pm 2,8$ мккат/л и $5,16 \pm 2,4$ мккат/л. Через 2 недели показатели без достоверных изменений: в исследуемой группе $4,9 \pm 2,9$ мккат/л, в контрольной $5,0 \pm 2,2$ мккат/л. Через 3 и 6 месяцев также не отмечалось достоверных изменений показателей: в исследуемой группе соответственно $3,75 \pm 1,0$ мккат/л и $4,08 \pm 2,3$ мккат/л; в контрольной $4,75 \pm 1,7$ мккат/л и $4,9 \pm 2,3$ мккат/л

Таким образом, показатель щелочной фосфатазы при ЦП не может служить предиктором эффективности после проведения ТФГ.

Исходно отмечалось снижение уровня сывороточного альбумина в исследуемой группе до $30 \pm 6,4$ г/л, в контрольной до $29 \pm 3,7$ г/л. Через 2 недели, 3 и 6 месяцев после проведения ТФГ в исследуемой группе наблюдалось достоверное повышение по сравнению с контрольной группой и исходными данными до $34 \pm 8,48$ г/л, $38 \pm 8,68$ и $42 \pm 10,19$ г/л соответственно (рисунок 4).

У 75,55 % обследованных больных выявлялось снижение показателя альбумина сыворотки <35 г/л; у 74,99 % исследуемой группы и у 76,92 % контрольной группы. Распределение больных в зависимости от уровня сывороточного альбумина свидетельствует о преобладании низкого уровня: <35 г/л, что соответствует классам «В» и «С» по Чайлд–Пью. При анализе динамики сывороточного альбумина (по Чайлд–Пью), выявлено, что показатель сывороточного альбумина достоверно меняется в группах с уровнем <28 г/л и $28-35$ г/л через 2 недели, 3 и 6 месяцев; а в группе с уровнем альбумина >35 г/л через 3 и 6 месяцев.

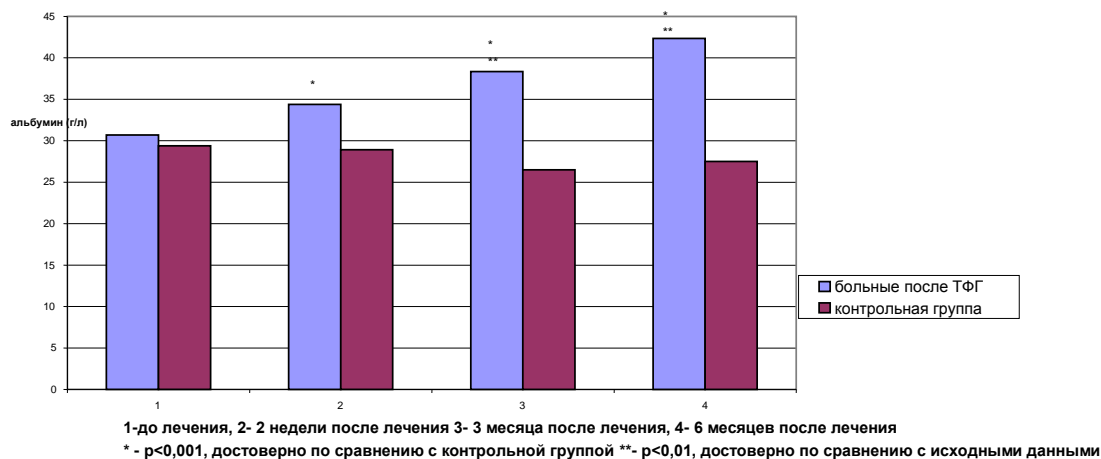


Рисунок 4- Динамика уровня сывороточного альбумина у больных после ТФГ.

При изучении динамики показателя сывороточного альбумина в зависимости от этиологического фактора выявлена положительная динамика показателя при вирусном ЦП в виде стабильного достоверного увеличения через 2 недели, 3 и 6 месяцев после проведения ТФГ; при ЦП токсической этиологии и в исходе аутоиммунных заболеваний через 3 и 6 месяцев. При вторичном билиарном ЦП через 2 недели наблюдалось достоверное повышение уровня сывороточного альбумина до $25 \pm 2,6$ г/л, тогда как через 3 и 6 месяцев не отмечалось достоверной динамики показателя сывороточного альбумина

по сравнению с исходными данными. При хронических заболеваниях печени, тяжелой печеночной недостаточности и портальной гипертензии развивается гепаторенальный синдром. В связи со сниженным образованием мочевины в печени концентрация её в крови не служит адекватным критерием функции печени. Предпочтительнее использование креатинина в сыворотке. Уровень креатинина через 6 месяцев в исследуемой группе достоверно снижался по сравнению с контрольной группой.

При исследовании уровня мочевины сыворотки достоверной разницы между исходными и контрольными показателями не выявлено, т.е. показатель мочевины не может служить предиктором эффективности ТФГ. Что соотносится с данными литературы.

АФП является нормальной составной частью спектра плазменных белков у плода после 6-ой недели развития. Его уровень достигает максимума на 12-16-й неделе внутриутробного развития. Через несколько недель после рождения белок из крови исчезает, однако вновь появляется в крови больных первичным раком печени и выявляется в опухолевой ткани методом непрямой иммунофлюоресценции. Умеренно повышенные уровни АФП нередко отмечаются при заболеваниях печени нераковой природы с интенсивной регенерацией её ткани (в том числе при вирусных гепатитах и циррозе). В наших исследованиях исходные показатели АФП не превышали норму как в исследуемой (n=384), так и в контрольной группе (n=90). Через шесть месяцев после проведения ТФГ в исследуемой группе наблюдалось снижение уровня АФП по сравнению с контрольной группой, хотя показатели не превышали норму (до 10 МЕ/мл), что свидетельствует об отсутствии угрозы малигнизации.

Заключение. Таким образом, для оценки эффективности трансплантации фетальных гепатоцитов рекомендуется использование следующих лабораторных показателей: общего билирубина, АЛТ, ГГТП, сывороточного альбумина, тромбинового времени и креатинина.

Литература

- 1 Dufour DR, Lott JA, Nolte FS, Gretch DR, Koff RS, Seef LB. Laboratory guidelines for screening, diagnosis and monitoring of hepatic injury. *Clinical Chemistry*, 2000, 46, 2050 – 2068.
- 2 Гальперин Э.И., Семендяева М.И., Неклюдова Е.А. Недостаточность печени. М., Москва, 1978, 328с.
- 3 Хазанов А.И. Функциональная диагностика заболеваний печени, М., Медицина, 1998, 301с.
- 4 Giannini E., Testa R., Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *CMAJ.*, 2005, 172, 367 – 379.

Түйін

Феталдық гепатоциттерді транспланттау тиімділігінің критерийі ретінде бауырды тексеру тесттері

К.С. Қалиасқарова

Бауырды биохимиялық тексеру тесттерін зерттеу бауыр ауруын диагностикалау, ауру ағымының мониторингі мен осы дертті болжамдауды бағалау үшін қажет. Ауру ағымы алты айға науқастарды бақылауға алу негізінде зерделенді. Зертханалық көрсеткіштердің динамикасы жалпы қолданылатын консервативті терапия негізінде 90 науқаста (бақылауға алынған топта) және ТФГ жүргізілгеннен кейін 384 науқаста (зерттеуге алынған топта) байқалды. Клиникалық зертханалық зерттеудің жалпы қолданылатын әдістері, оның ішінде барлық науқастардың эпидемиологиялық және алкогольдық анамнезін зерделеу, қанның сұйық бөлігін биохимиялық зерттеу жүргізілді. Осының нәтижесінде феталдық гепатоциттерді транспланттау тиімділігін бағалау үшін жалпы билирубинді, АЛТ, ГГТП, қанның сұйық бөлігінің альбуминін, тромбиндік уақыт пен креатинді пайдалану ұсынылады.

Summary

Liver function tests as a criterion in the efficiency of transplantation of fetal hepatocytes

K.S. Kaliaskarova

The study of biochemical “liver” tests required for diagnosis, monitoring and evaluation of the current prediction of liver disease. The disease has been studied on the basis of observation of patients for six months. Dynamics of laboratory data on the background of the conservative treatment in 90 (control group) and after the TFH in 384 patients (study group). We used standard methods of clinical and laboratory examination, including a

study of epidemiological and alcohol history, biochemical blood serum in all patients. As a result, it became clear that to assess the effectiveness of transplantation of fetal hepatocytes recommended total bilirubin, ALT, GGT, serum albumin, creatinine and thrombin time.

СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*к.м.н., доцент К.Р. Карибаев, Д.И.Маханов, к.м.н. Ж.М.Кусымжанова, к.м.н. Л.В.Иванова
Центральная клиническая больница МЦУ ДП РК, г. Алматы*

Введение. Широкое развитие интервенционной кардиологии, в частности стентирования венечных артерий, в последнее время обусловлено совершенствованием методов диагностики коронарной болезни сердца, более широкой доступностью и улучшением техники проведения этой довольно сложной и опасной процедуры [1,2]. Кроме того, возрастание популярности чрескожных вмешательств, объясняется тем фактом, что сводятся к минимуму операционная и хирургическая травма. Немаловажным фактором, в пользу инвазивных методов является и короткий послеоперационный период, не требующий проведения длительной реабилитации [3]. В некоторых центрах, стентирование коронарных артерий является рутинным методом, но и даже при условии широкого применения этого метода, отработки техники проведения стентов, накопления большого количества опытного материала, есть определенные опасения и запреты, которые встречаются в практике врача-интервенциониста [4].

Одним из таких анатомических локализаций обструктивных поражений, требующих особого отношения, является поражение общего ствола левой коронарной артерии [5]. В большинстве работ указывается на нецелесообразность и, потенциальную опасность проведения стентирования при данной локализации обструктивного поражения. [6]. Рекомендуется таким больным проводить шунтирование пораженной артерии [4]. В зависимости от локализации гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, тактика лечения выбирается врачом-интервенционистом непосредственно в операционной, после проведения селективной коронарографии. Работ, посвященных проведению операции реканализации ствола правой коронарной артерии, практически нет.

В практической работе, мы столкнулись с возможностью выбора определения тактики ведения больного с окклюзией ствола правой коронарной артерии.

Материал и методы. Нами проанализированы 72 истории болезней пациентов, находившихся на лечении в ЦКБ УДП РК, которым была проведена коронарография. В 17 случаях классическая клинической картина стенокардии напряжения не определялась. Во всех остальных случаях у 90,2% больных выявлена клиническая картина нестабильной, 9,8% - стабильной стенокардии напряжения III-IV ФК. Средний возраст пациентов составил $64,4 \pm 8,15$ года. Все больные были разделены на 3 возрастные группы: в первую вошли 10 пациентов до 50 лет; во вторую 16 - от 51 до 64 лет; в третью – старше 70 лет – 39 больных. У 68 пациентов диагностировано 2-х и 3-х сосудистое поражение коронарных артерий и, лишь в 4 случаях – однососудистое. Оценка риска рассчитывалась по шкале TIMI risk score. В первой группе сумма баллов составила в среднем $4,2 \pm 0,3$, во второй – $5,4 \pm 0,3$, в третьей – $6,5 \pm 0,2$.

Результаты и обсуждение. У подавляющего большинства больных старшего возраста выявлены тяжелые многососудистые обструктивные поражения коронарных артерий. Это находит отражение и в высоком риске осложнений, рассчитанных по шкале TIMI risk score. После диагностической коронарографии, принято решение провести стентирование у 31 больных, что составило 43,0%. Всего установлено 63 стента. Максимальное количество имплантированных в одну артерию – 6. Из общего количества

использованных, 6 - металлические стенты без покрытия “Driver”, 57 с покрытием: “Taxus”, “Xiens”. Наиболее серьезные осложнения зафиксированы у 2 пациентов старше 70 лет. В раннем периоде развилось одно осложнение – подкожная гематома, которая потребовала хирургического вмешательства. В одном случае, у пожилого больного, 74 лет, спустя неделю развился стент-тромбоз передней межжелудочковой артерии. На исходной коронарографии выявлена окклюзия огибающей и правой коронарной артерии, которые по техническим причинам не удалось «открыть». В переднюю межжелудочковую артерию установлены 6 стентов «Driver». В данном случае имелся очень высокий риск TIMI – 7 баллов, а также, сопутствующий сахарный диабет 2 типа. В 14 случаях не обнаружены показания к проведению стентирования, в связи с отсутствием гемодинамически значимого стеноза коронарных артерий (19,4%). В 37,8% случаев выявлены многососудистые поражения коронарных артерий, а также основного ствола левой коронарной артерии, требующие операции коронарного шунтирования. Во всех случаях операции диагностической коронарографии и стентирования, не зафиксировано опасных для жизни желудочковых аритмий и поперечных блокад сердца. Дополнительной антиаритмической терапии не потребовалось. Случаев смерти у больных, перенесших операцию стентирования и диагностической коронарографии, нет.

В качестве клинического примера приводим историю болезни больного Б., 73 лет, поступившего 25.05.11г. с диагнозом: ИБС. Повторный мелкоочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной стенки, верхушки (08.05.11), подострая стадия. Постинфарктный кардиосклероз (10.10.2010г). Killip II.

При поступлении типичная клиническая картина стенокардии напряжения и покоя. 26.05.11г. проведена коронарография: Правый тип коронарного кровообращения, с окклюзией правой коронарной артерии в средней трети. Протяженный стеноз передней межжелудочковой артерии до 80% в проксимальной трети до средней трети. Проведено стентирование правой коронарной артерии поочередно стентами: Endeavor Resolute 2,25x24мм + XienseV 2,5x23мм + 2,5x23мм под давлением 14 и 16 атм. Рекомендована повторная коронарография через 3 месяца для стентирования передней межжелудочковой ветви

Исход ПКА

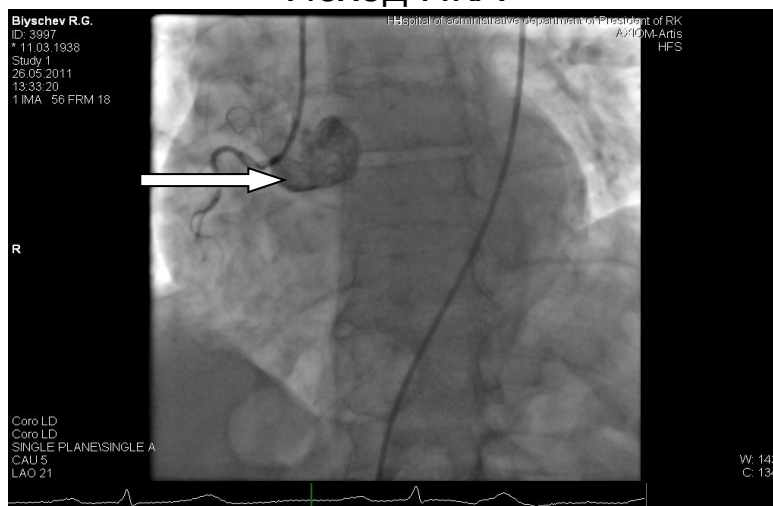


Рисунок 1- Исходное состояние ПКА. Стеноз более 80%.

Установка 1 стента



Рисунок 2- Установка 1 стента

Установка 2 стента

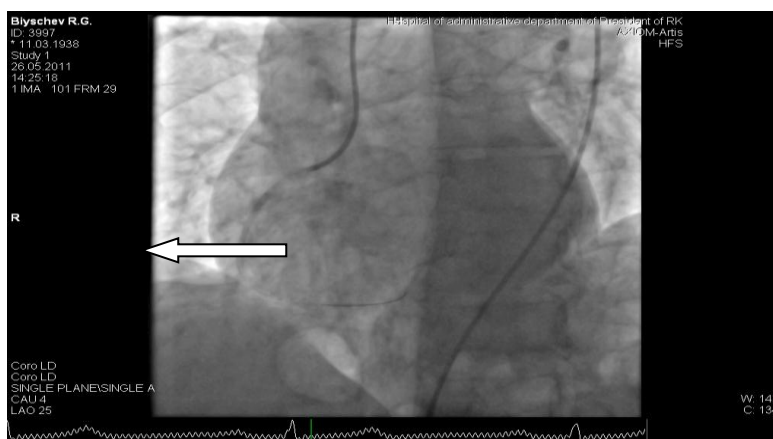


Рисунок 3- Установка 2 стента

Установка 3 стента, от устья ПКА

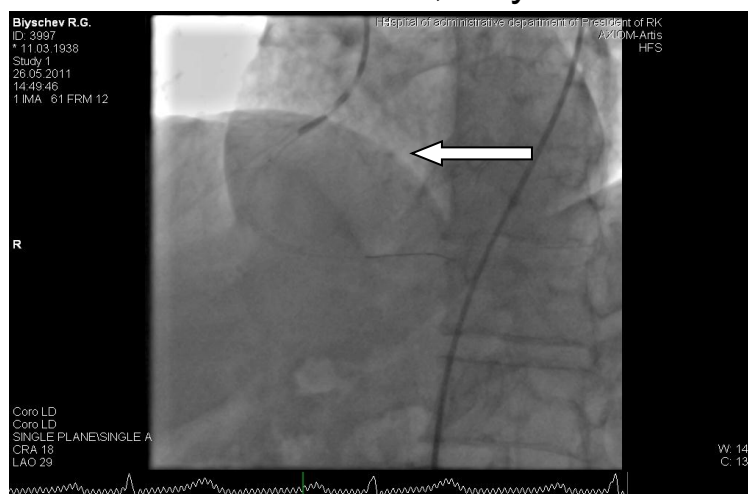


Рисунок 4- Установка 3 стента

ИТОГ



Рисунок 5- Правая коронарная артерия после имплантации 3 стентов.

В течение всего стационарного времени наблюдения больной жалоб на приступы стенокардии не предъявлял. Рекомендована последующая терапия с использованием плавикса, кардиомагнила, атростатина, бета-блокаторов, нитратов.

Выводы:

1. Коронарография и стентирование является эффективным методом восстановления коронарного кровотока.
2. Проведение диагностической коронарографии и стентирования у лиц пожилого возраста, при условии строгого соблюдения мер предосторожности у лиц имеющих высокий риск осложнений, является обоснованным, в том числе и основного ствола правой коронарной артерии.

Литература:

- 1 Ellis S.G., Da Silva E.R., Spaulding C.M. et al. Review of intermediate angioplasty after fibrinolytic therapy for acute myocardial infarction: insights from the RESCUE I, RESCUE II, and other contemporary clinical experiences. Am Heart J 2000;139:1046-1053.
- 2 Kappetien A.P., Dawkins K.D., Mohr F.W. et al. Current percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass grafting practices for three-vessel and left main coronary artery disease. Insights from the SYNTAX run-in phase. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2006;29:486-491.
- 3 Симоненко В.Б., Борисов И.А., Далинин В.В. Стеноз ствола левой венечной артерии: состояние проблемы. Клин мед;3:4-7.
- 4 Грацианский Н.А. Основные положения рекомендаций Всероссийского научн. общества кардиологов. М.;2004.
- 5 Keoh B.E., Rinsman R. Fifth National adults cardiac surgical database report 2003. Dendrite clinical systems, United Kingdom. 2004.
- 6 Коряков А.И. Прогностическая оценка неблагоприятного коронарного атеросклероза. Клин. мед. 2005;12:25-28.

Түйін

Егде жастағы науқастардың коронарлық артерияларына стент орнату

К.Р. Кәрібаев, Д.И. Маханов, Ж.М. Құсымжанова, Л.В. Иванова

Коронарография жасалып емделген 72 науқастың ауыру тарихына талдау жүргізілді. Олардың ішінде 90,2% науқаста дертінің клиникалық жағдайы тұрақсыз, 9,8 % науқастың стенокардия қысымы тұрақты - III-IV ФК. Науқастардың орта жасы 64,4 + - 8,15 жасқа дейін. Егде жастағы науқастардың көпшілігінде коронарлық артерияларының ауыр түрдегі көптамырлы бітелу зақымдары анықталды.

Егде жастағы адамдарға және аса сақтық шараларын қатаң ұстану шартымен ауыруының асқыну қауіп-қатері жоғары топтағы науқастарға диагностикалық коронарография жасау және стент орнату, оның ішінде оң коронарлық артериясының негізгі діңін стенттеу орынды болып, қан жүрісін жақсарту үшін тиімді әдіс екені анықталды.

Summary

Stenting of coronary arteries in the patients of the elderly age

K.Karibaev, D.Makhanov, Zh.Kusymzhanova, L.Ivanova

We are analyzed 72 histories of the diseases of patients, by which it was carried out koronarografiya. The clinical picture of unstable is revealed in 90,2% of patients, 9,8% - stable stenocardia of stress III –IV FK. The average age of patients was 64,4 ± 8,15 years. In the patients of elder age the heavy multi-vascular obstructive defeats of coronary arteries are revealed. Conducting stentirovaniya by patient with the stenosing defeat of the stem of right coronary artery is the effective method of restoring the coronary blood flow, with the condition it is strict of observing the precautionary measures.

МОНИТОРИНГ ВИДОВОГО СОСТАВА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИМИКОТИКАМ ГРИБОВ РОДА CANDIDA, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Е.А.Киясов, Л.Қ. Шамренова, А.Х. Серикова, Б.К. Жусупова, Р.С. Мнайдарова
РГП «ЦСЭЭ» УДП РК, отдел санитарно-бактериологических исследований, г. Астана*

Введение. Грибы рода *Candida* могут быть причиной инфекционных заболеваний, таких как - бронхиты, пневмония, фарингиты, трахеиты и др. Чаще всего при этом из клинического материала выделяли *C. albicans*, *C. sake*, *C. colliculosa*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*.

Клинические проявления инфекций, обусловленных *Candida spp.*, широко варьируют от относительно безобидных поверхностных поражений слизистых оболочек и кожи, до угрожающих жизни инвазивных микозов, при которых могут поражаться практически любые органы [1].

Лабораторная диагностика кандидоза включает в себя микроскопическое исследование материала из очагов поражения, посев на среду Сабуро. Обнаружение *Candida spp.* в стерильных в норме биосубстратах (кровь, ликвор, плевральная и перитонеальная жидкость, аспират, биоптат и пр.) в сочетании с клиническими признаками инфекции, как правило, свидетельствует о наличии инвазивного кандидоза [2]. При диагностике поверхностного кандидоза следует учитывать, что *Candida spp.* являются обитателями организма человека (сапрофитная микрофлора). Они выявляются при посевах со слизистой полости рта и ЖКТ у 30-50% здоровых людей и со слизистой гениталий у 20-30% здоровых женщин [3].

Адекватность антимикотической терапии у пациентов с инвазивным кандидозом имеет особое значение, поскольку это заболевание характеризуется тяжестью клинических проявлений и высокой летальностью (30-70%). Основными антимикотиками для лечения инвазивного кандидоза являются амфотерицин В, флуконазол, вориконазол и каспофунгин [2].

Вид *Candida spp.* весьма четко коррелирует с чувствительностью к антимикотикам. Вместе с тем, следует учитывать возможность развития устойчивости этих возбудителей к антимикотикам при длительном лечении кандидоза у иммунокомпрометированных пациентов [3].

Цель исследования – определить динамику видового состава и чувствительности к антимикотикам грибов рода *Candida*, выделенных из различных биосубстратов у больных с бронхолегочной патологией за период с 2008 по 2010 гг.

Материалы и методы. Исследована динамика видового состава и чувствительности к антимикотикам грибов рода *Candida*, выделенных из материалов в зависимости от видов подозреваемой инфекции, в период с 2008 по 2010 гг.

Обследовано 1357 пациентов. Из них у 341 пациента выделены грибы рода *Candida*, что составляет 25,1%. За три года установлена тенденция выявления грибов от 21,1% по 28,4%. Среди них наиболее часто высевались грибы вида *C. albicans* (21,1%), *C. sake* (26%), *C. parapsilosis* (2,6%), *C. krusei* (2,3%).

С помощью тестов для определения чувствительности микроорганизмов по стандарту CASFM на бак анализаторе MiniApi на специальных стрипах ATB FUNGUS показано, что 86,0% штаммов *C. albicans* и 98% штаммов *C. sake* были чувствительны к нистатину. Сравнение резистентности «проблемных» видов грибов *C. krusei* к триазолам показало преимущество итраконазола перед флуконазолом. Общее число нечувствительных штаммов увеличилось.

За 3-х летний период наблюдения обследовано 1357 пациентов. Материалом для исследования служили пробы мокроты, мазки из зева, промывные воды бронхов, взятые у больных лиц из стационара и поликлиники больницы. Отделяемое высевали на агар Сабуро с левомицетином. Агар Сабуро использовали для выделения и оценки морфологических особенностей колоний гриба (гладкость, шероховатость, пигмент, консистенция).

Идентификацию гриба до вида определяли с помощью бак - анализатора MiniApi с помощью системы ID 32 C для идентификации дрожжевых грибов за 24-48 часов с использованием 32 стандартизованных ассимиляционных тестов и специальной базы данных. Инокуляция, считывание и интерпретация производятся автоматически или визуально.

Чувствительность грибов к антимикотикам оценивали с помощью системы ATB FUNGUS на бак - анализаторе MiniApi и с применением диско-диффузионного метода. Полоски (стрипы) ATB FUNGUS позволяют определять чувствительность микроскопических грибов к противогрибковым антибиотикам в полужидкой среде в условиях, приближенных к требованиям стандартного метода (метод разведений в агаре). Исследуемую культуру грибов суспензируют в водном растворе, затем засевают полученной суспензией среду для культивирования, которую переносят в лунки стрипа. После инкубирования в течение 24-48 часов признаки роста можно учесть либо невооруженным глазом, либо автоматически с применением прибора ATB.

Результаты и обсуждение. По полученным результатам испытанный штамм можно отнести к чувствительным, умеренно-устойчивым или устойчивым микроорганизмам. Данные анализировали в сравнительной оценке трех периодов исследования: с 2008 по 2010 гг.

Грибы рода *Candida* были выделены из отделяемого больных у 25,1% обследованных пациентов со следующей динамикой этого показателя по годам (2008-2010 гг.): 20,1%, 23%, 28,4%.

В течение всего периода наблюдения доминирующим видом был *C. albicans* и *C. sake*. частота их выделения составляла в разные годы от 50,0% до 70,9%.

Была установлена видовая принадлежность 341 штамма: 76 – *C. albicans* и 265 не-*albicans* виды. Среди не-*albicans* видов (табл. 1) наиболее часто встречались *C. sake* (26%), *C. krusei* (2,3%) и *C. parapsilosis* (2,6%), *C. famata* (2,8%).

Таблица 1- Состав грибов не-*albicans* видов (n=265), выделенных в 2008-2010 гг.

Виды грибов	Количество выделенных штаммов абс. (%)
<i>C. sake</i>	89 (26 %)
<i>C. krusei</i>	8 (2,3 %)

C. parapsilosis	9 (2,6 %)
C. famata	8 (2,3 %)
Другие виды Candida	151(56%)

У 183 штаммов грибов, относящихся к 4 видам, определена чувствительность к 6 антимикотикам. В их числе 76 штаммов *C. albicans* и 107 штаммов не-*albicans* видов. Среди не-*albicans* видов в исследование включены: *C. sake* (n=89), *C. krusei* (n=8), *C. parapsilosis* (n=10).

Чувствительных грибов к антимикотикам на протяжении трех периодов представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Сравнительная частота выделения штаммов, чувствительных к изученным антимикотикам, за период с 2008 по 2010 год.

Виды грибов	Период наблюдения, абс. число	Нистатин		кетоконазол		клотримазол		флюконазол		итраконазол		амфотерицин В	
		Ч	У	Ч	У	Ч	У	Ч	У	Ч	У	Ч	У
<i>C. albicans</i> (n=76)	2008 n=30	19	4	5	171	10	15	6	19	-	25	2	20
	2009 n=26	25	-	4	11	10	14	8	14	8	17	8	7
	2010 n=20	2	1	6	19	11	15	5	17	2	22	13	10
<i>C. sake</i> (n=89)	2008 n=2	2	-	-	2	-	2	-	2	-	2	-	2
	2009 n=53	53	-	10	22	28	10	19	32	8	32	9	16
	2010 n=34	32	2	11	21	12	21	11	22	2	26	10	8
<i>C. krusei</i> (n=8)	2008 n=2	1	1	1	1	1	1	1	1	-	2	-	2
	2009 n=4	4	-	2	1	2	2	2	2	1	3	-	2
	2010 n=2	2	-	1	-	1	1	-	2	-	4	-	-
<i>C. parapsilosis</i> (n=10)	2008 n=5	2	2	4	1	5	-	3	2	-	5	-	5
	2009 n=3	3	-	1	1	2	1	2	1	-	3	-	2
	2010 n=2	1	1	-	2	2	-	-	2	1	1	-	2

Примечания: Ч – чувствительно, У – устойчиво

Установлено, что за время наблюдения уменьшилось число штаммов, *in vitro* чувствительных к 5 препаратам. У *C. albicans* их доля с 2008 году снизилась до 58,4 %, в 2009 до 40,6 % и в 2010 снизилась до 50,9 %. Максимальное снижение числа чувствительных ко всем антимикотикам штаммов среди не-*albicans* видов выявлено у *C. tropicalis*, *C. famata*.

Анализ сравнительной чувствительности грибов к 6 анмикотикам (табл. 2) показал, что нистатин был единственным препаратом, к которому все грибы на протяжении 3-х летнего периода наблюдения сохраняли чувствительность. И, так, клотримазолу *in vitro* были чувствительны 42 % штаммов - *C. albicans*, 29 % - *C. sake*, 50% - *C. krusei*, 90% - *C. parapsilosis*.

Что касается флюконазола и итраконазола, то к ним были чувствительны соответственно 25 и 13,2% штаммов *C. albicans*, по 44% штаммов *C. sake*. Значительно ниже этот показатель был для *C. krusei* (37,5 и 8,3 %) и *C. parapsilosis* (20 и 1%).

Проблема кандидоза у пациентов с бронхолегочной патологией становится все актуальнее, как в связи с появлением более устойчивых к антимикотическим препаратам и более агрессивных штаммов грибов рода *Candida*, так и из-за несвоевременного выявления данной патологии, приводящего нередко к тяжелым последствиям.

Рост таких инфекций, в современных условиях чётко определяют две тенденции: изменение видового спектра грибов в этиологической структуре микозов и появление проблемы лекарственной устойчивости [4]. В то же время, чувствительность дрожжевых культур *Candida albicans* к полиенам нистатину и амфотерицину В повысилась от 2,0 до 2,4%. По-видимому, селекция более резистентных к азолам штаммов дрожжей

предполагает изменения в цитоплазматической мембране, сопровождающиеся повышенной уязвимостью по отношению к нистатину и амфотерицину.

Однако этот вывод не распространяется на другие азолы – кетоконазолу, активность которых снизилась в 1,2 раза.

Необходимо обратить внимание на то, что большинство штаммов грибов рода *Candida* за трех летний период является чувствительным к нистатину (79 %).

Анализ сравнительной чувствительности показал, что среди не-*albicans* значительно чаще встречались штаммы устойчивые к итраконазолу (77,5 %).

Проведенный анализ показал стабильность к росту лекарственной резистентности среди грибов.

При этом в качестве антигрибковых средств при эмпирической терапии у данного контингента больных целесообразно применение терапии нистатина, амфотерицина. Можно также назначить больным с бронхолегочной патологией кетоконазол и клотримазол. Другие препараты использованы после предварительного лабораторного тестирования их чувствительности.

Человек постоянно контактирует с условно-патогенными микроорганизмами, споры которых в большом количестве обнаруживаются в воздухе, пыли, на растениях, в почве, на продуктах питания, в жилых, производственных и внутрибольничных помещениях. Помимо этого плесневые грибы могут сапрофитировать на коже и в бронхах человека [4].

Так же в виду возросшего широкого применения различных антибиотиков в сфере животноводства, наблюдается повышенная тенденция к увеличению случаев сенсбилизации макроорганизма. Кроме того, длительное применение антибиотиков широкого спектра действия совместно с метронидазолом, часто практикуемое в стационаре больницы, наряду с другими неблагоприятными факторами, создает селективные условия для активизации грибов рода *Candida* со всеми вытекающими отсюда последствиями [5].

Амфотерицин В относится к токсическим препаратам, назначение которых пациентам не всегда возможно [2]. Поэтому большое значение приобретают профилактические мероприятия, включающие, в частности, постоянный мониторинг микрофлоры отделяемого дренажей, трахеи, зева, носа, а также проведение адекватной антимикробной профилактики и терапии у больных с патологией верхних дыхательных путей. Нельзя забывать, что эффективность лечения ухудшается из-за позднего обращения больных в поликлинику больницы.

Перспективным направлением является расширение перечня нетоксичных антимикотиков для лечения больных с патологией верхних дыхательных путей. К примеру, таких как липид - ассоциированные формы амфотерицина В, а также Амфолипа, представляющий из себя липидный комплекс амфотерицина В с фосфолипидами.

Препарат Амфолип считается высоко эффективным и не токсичным лекарственным средством, практическая значимость которого доказана при лечении плесневых микозов бронхо-легочной системы.

Заключение. Таким образом, своевременная диагностика грибкового поражения органов верхних дыхательных путей и антимикотическая терапия могут предотвратить развитие системных микозных поражений других органов.

В динамике исследования показали стабильность к росту к лекарственной резистентности среди грибов рода *Candida*. Далее для целенаправленной терапии пациентов необходимо проводить микробиологическую диагностику с определением вида гриба и чувствительности к антимикотикам.

Литература

- 1 Багирова Н.С., Дмитриева Н.В. Дрожжевые грибы: идентификация и резистентность к противогрибковым препаратам в онкогематологическом стационаре. Инфекция и антимикробная терапия 2001, 3: 178-82.
- 2 Сергеев А.Ю., Маликов В.Е., Жариков Н.Е. Этиология вагинального кандидоза и проблема устойчивости к антимикотикам. Национальная академия микологии 2001; 4:1-4.

3 Martinos M.D., Lozano-Chiu M., Rex J. H. Declining rates of symptomatic oropharyngeal candidiasis, carriage of *Candida albicans* and fluconazole resistans in HIV patients. Proceedings of the 35th IDSA Annual Meeting, 1997. Sept. 13-16: Abstract 143.

4 Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под редакцией Л.С. Стречунского, Ю.Б. Белоусова., С.Н. Козлова . Москва, 2002 г.

5 Краткий справочник по антимикробной химиотерапии. С.В. Яковлев., В.П. Яковлев. Москва, 2000 г.

6 Книга по рациональной антибиотикотерапии. Под редакцией Яковлева.

Бронх-өкпе патологиясы бар науқастардан шыққан candida түріндегі саңырауқұлақшалардың түрлік құрамына және антимикотиктерге сезімталдығына мониторинг жүргізу

Е.А.Қиясов, Л.Қ. Шамренова, А.Х. Серікова, Б.К. Жүсіпова, Р.С. Мыңайдарова

CASFM стандарттары бойынша микроағзалардың сезімділігін анықтау тесттері көмегімен MiniApi бак тұрақтандырғышта, арнайы ATB FUNGUS стриптерінде C. albicans штамдарының 86,0% және C. sake штамдарының 98% нистатинге сезімдігі анықталды. Саңырауқұлақшалардың C. Krusei «ауыр» түрлерінің төзімділігін салыстыру кезінде флуконазолға қарағанда итраконазолдың басымдығы байқалды. Сезімдігі жоқ штамдардың жалпы саны ұлғайды.

Summary

Monitoring of species composition and sensitivity to antimycotics fungi of the genus candida, isolated from patients with bronchopulmonary pathology

Ye. Kiyassov, L.Shamrenova, A.Serikova, B.Zhussupova, R.Mnaidarova

With the help of tests to determine the susceptibility of microorganisms to the standard tank CASFM analyser MiniApi on special strips ATB FUNGUS showed that 86.0% strains of *C.albicans* and 98% of strains of *C. sake* were sensitive to nystatin. Resistance comparison of “problem” species of fungi *C. kruisei* to Triazolam showed an advantaged of Itaconazole to Fluconazole. The total number of non-susceptible strains has increased.

РАЗВИТИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО БЕЗВОЗМЕЗДНОГО ДОНОРСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.В. Скорикова

Научно-производственный центр трансфузиологии, Астана

Введение: Проблема донорства крови и ее компонентов является важной для отечественного здравоохранения. От ее решения зависит возможность и качество оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Совершенствование специализированной медицинской помощи в первую очередь в онкологии, гематологии, кардиохирургии, травматологии, акушерстве и других специальностях обуславливает возрастающую потребность лечебных учреждений в безопасных компонентах и препаратах крови, единственным источником которых являются доноры [1,2].

Цель исследования: разработать пути привлечения здорового населения к донорству и обеспечение населения гемопродукцией с минимальным возможным риском.

Результаты и обсуждение: Показатель донаций крови и ее компонентов в 2010 году на 1000 населения в год составил по Республике Казахстан - 17,2. Самые низкие показатели в Алматинской области – 6,7, в ЮКО – 7,9, ГЦК г. Алматы – 10.1. Высокие показатели по ЦК г.Астана – 53.5, ЗКО – 33,4, ВКО – 23,6, Акмолинская область – 22,6, Костанайская – 21,3. Общее количество донаций в 2010 - 271922. Данная статистика свидетельствует о том, что для обеспечения населения гемопродукцией в соответствии мировым сандартам 50 на 1000 населения необходимо увеличить количество донаций как минимум в 3 раза.

В центрах крови республики в отделах комплектования доноров работают высококвалифицированные специалисты, они ведут набор, и отбор доноров от которого в

конечном итоге зависит вирусная безопасность и качество продукции. Доля лиц отведенных от донорства до кроводачи по различным причинам составила 15 %. Доля донаций с положительным результатом на гемотрансмиссивные инфекции составила 4 % от общего количества.

Основную массу донорских кадров составляют доноры – родственники- 55% и коммерческие доноры- 18%. Доля безвозмездных добровольных донаций составляет – 27%.

На сегодняшний день в Республике пропаганда донорства ведется на уровне сотрудников отделений комплектования доноров, а так же врачей –трансфузиологов ЛПУ. Центры крови не имеют специального персонала, занимающегося вопросами содействия развития добровольного донорства и привлечения доноров крови. При наличии предназначенной для общественности информация о донорстве и переливании крови большинство центров крови Республики не располагают материально-техническими возможностями для ее распространения. Необходимо поднимать престиж донора в обществе и в корне менять отношение населения к донорству.

Набор доноров: Существует три типа донорства крови: добровольные безвозмездные доноры; семейные/заместительные доноры и платные доноры. Среди доноров, сдающих кровь добровольно и по альтруистическим соображениям, отмечаются самые низкие показатели распространенности ВИЧ, вирусов гепатита и других переносимых кровью инфекций по сравнению с людьми, сдающими кровь для членов своих семей или за вознаграждение. Достаточные запасы безопасной крови могут быть обеспечены только благодаря регулярной сдаче крови добровольными безвозмездными донорами. Признано, что добровольные безвозмездные доноры, являются безопасными, по сравнению с теми, кто сдает кровь за деньги. Данные последние 6 лет, приведенные на рисунках 1 и 2, свидетельствуют о повышении доли добровольных безвозмездных доноров в общем числе доноров. Из приведенных статистических данных следует, что главной задачей для обеспечения условий качества отбора доноров является привлечение и удержание безвозмездных и добровольных доноров.

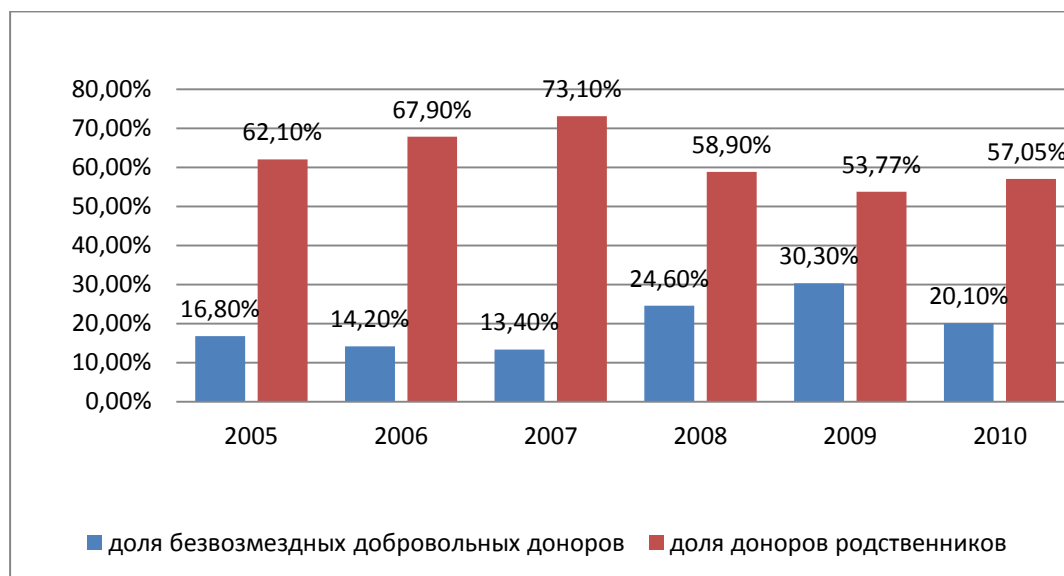


Рисунок 1 - Структура донаций по г. Астана и по мотивации к донорству.

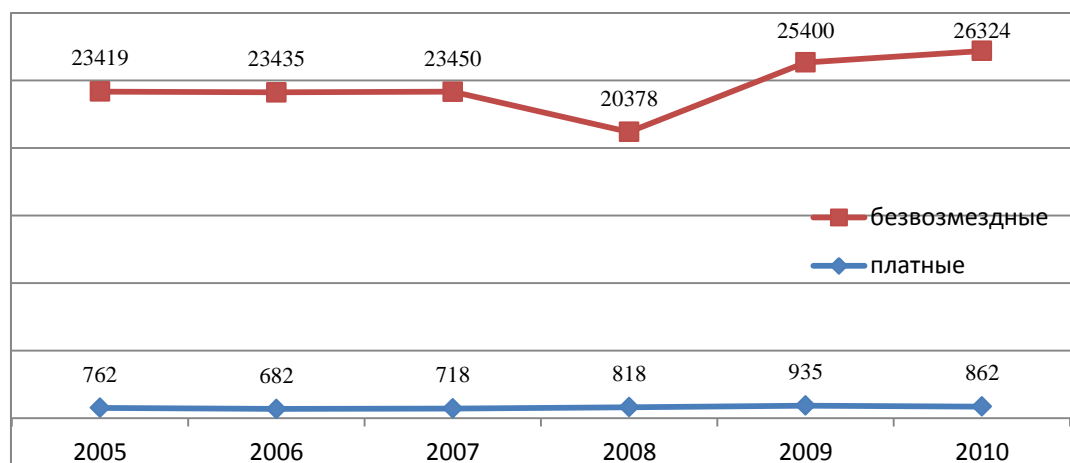


Рисунок 2- Количество платных и безвозмездных доноров по г. Астана

Вывод: Для осуществления принципа самообеспечения на основе безвозмездных и добровольных донаций, необходимо применять стратегию, направленную на привлечения здорового населения к безвозмездному добровольному донорству.

Литература

- 1 Глобальная база данных ВОЗ по безопасности крови (GDBS) и индикаторов безопасности крови. Факты и цифры из Обзора 2007 года в области безопасности крови.
- 2 Годовая ведомственная статистическая отчетная форма ф. № 39 (утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан 31.10.2006 № 509)

Түйін

Қазақстан Республикасында өтеусіз еркін донорлықтың дамуы

С.В. Скорилова

Қазіргі таңда халықты өтеусіз донорлыққа тарту мәселесі өзекті болып тұр. Өтеусіз әрі ерікті донорлық негізінде өзін өзі қамтамасыз ету қағидасын жүзеге асыру үшін дені сау халықты өтеусіз және ерікті қан тапсыруға тартуға бағытталған стратегия қолданылуы тиіс. Бұл істе ең маңыздысы қан қую кезінде ешбір вирустың жұқпауы үшін денсаулығы жақсы, қаны барынша қауіпсіз адамдарды донорлыққа тарту көзделеді.

Summary

Development of voluntary donation in Kazakhstan

S. Skorikova

To implement the principle of self-sufficiency through voluntary donations, the most favorable in terms of viral safety, it is necessary to apply a strategy to attract a healthy population, free of charge to voluntary blood donation.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ГИГАНТСКИХ БОКОВЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

*д.м.н. С.И.Токпанов, Е.М.Габбасов, Т.Д.Уразов, С.С. Сейтенов, А.К. Маткенов
РГП «Больница Медицинского центра УДП РК», г. Астана*

Введение. Частота послеоперационных вентральных грыж после вмешательства из боковых доступов достигает 35-49% [1,2,3]. Оперативное лечение боковых послеоперационных грыж живота является актуальной проблемой. Несмотря на наличие большого количества способов хирургического лечения боковых грыж живота, технология лапароскопической аллогерниопластики остается не разработанной.

Цель исследования – предупредить рецидив и улучшить результаты лечения боковых грыж живота путем лапароскопической имплантации полипропиленового эндопротеза.

Материал и методы. Нами проведен анализ хирургического лечения 7 больных, после лапароскопической аллогерниопластики полипропиленовым эндопротезом. Мужчин было 6 (85,7%), женщин – 1 (14,3%). Возраст колебался от 25 до 67 лет. Все пациенты ранее были неоднократно оперированы люмботомным доступом по поводу различных заболеваний органов мочевыделительной системы, из них 5 больным дважды проведены грыжепластика местными тканями традиционным доступом в лечебных учреждениях республики. 5 пациентов физического труда, 1 пациент музыкант – играет на духовых инструментах (саксофон, кларнет).

Результаты и обсуждение. У всех пациентов выявлены нарушения анатомо-функционального состояния боковой стенки живота. Послеоперационные грыжи были больших размеров, а релаксация приводила к отвисанию боковой стенки живота, что резко нарушало качество жизни пациентов. Грыжевое выпячивание занимало пространство от широчайшей мышцы спины до влагалища прямой мышцы живота и от гребня подвздошной кости до реберной дуги.

При сонографическом исследовании по всей длине послеоперационного рубца выявлены критические параметры, свидетельствующие об анатомо-функциональной недостаточности боковой стенки живота – истонченная, неоднородная экоструктура подкожной жировой клетчатки и мышц живота.

По абсолютным показаниям 7 больным выполнена лапароскопическая ненапряжная аллогерниопластика боковой стенки живота сеткой «Ethicon Inc» США.

Анестезиологический риск с учетом основной и сопутствующей патологии определялся согласно рекомендациям Американской ассоциации реаниматологов (ASA) и варьировало от I до III.

Выбором анестезиологического пособия для всех пациентов является многокомпонентный комбинированный наркоз со стандартной премедикацией и предоперационной подготовкой. Индукции в наркоз пропофол+фентанилом в общепринятых дозах без осложнений. Основной севорановый наркоз в низкпоточном режиме протекал гладко. Инфузионную терапию (кристаллоидов, декстранов) проводили в объеме 40-60 мл/кг.

Пациентов на операционном столе укладывали на здоровый бок, поднимали валик, как при операциях на почке. После инсuffляции углекислого газа (12 мм. рт. ст.) в брюшную полость по спигелевой линии устанавливали три троакара – 10 мм для оптики (30*) и два 5 мм для инструментов (рис.).



Рисунок - Вид камеры грыжевого мешка и грыжевых ворот после инсuffляции углекислого газа в брюшную полость

При лапароскопии со стороны брюшной полости к грыжевому мешку местами подпаяны большой сальник и петли кишки. После освобождения грыжевых ворот от органов, соответственно ее размеру моделировали эндопротез в два слоя размерами 15х30 см, предварительно убрав валик из-под пациента. После введения эндопротеза в брюшную полость через 10 мм троакар, его укладывали инструментами вдоль грыжевых ворот. Затем, через кожные насечки иглой Берси в брюшную полость через стенки грыжевых ворот проводили лавсановую нить (№3) прошивая эндопротез. Нить связывали в слое подкожной клетчатки над апоневрозом.

Объем кровопотери составлял в размере физиологически допустимых пределов, что не требовало восполнения кровью и препаратами крови. Всем больным без исключения проводили интраоперационную профилактику инфекционных осложнений цефазолином 2 грамма.

Пациентов в раннем послеоперационном периоде активизировали, в первые двое суток назначались анальгетики, дыхательная гимнастика. Послеоперационный период протекал благоприятно, пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на 2-3 сутки.

Результаты лечения отслежены в отдаленном периоде в течение двух-трех лет. У всех отличный результат – пациенты вернулись к обычной жизни, жалоб не предъявляют, бандажом не пользуются, функция брюшной стенки сохранена, рецидива грыжи нет.

Заключение. Таким образом, предлагаемая методика лапароскопического лечения послеоперационных гигантских боковых грыж живота при помощи полипропиленового эндопротеза улучшает качество жизни пациентов и является перспективной.

Литература:

- 1 В.И.Белоконов, З.В.Ковалева, С.Ю.Пушкин, А.А.Супильников. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом // Хирургия. – 2002.-№6.-С. 38-40.
- 2 Е.И.Брехов, А.В.Юрасов, Ю.П.Грибунов и др. Особенности диагностики и хирургической коррекции послеоперационных миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области // Хирургия. – 2009.-№10.-С. 10-14.
- 3 S.Chatterjee, R.Nam, N.Fleshner, L.Klitz. Permanent flank bulge is a consequence of flank incision for radical nephrectomy in one half of patients // Urol. Oncol. – 2004.-Vol. 22, №1.-P. 36-39.

Түйін

Бүйірдің қайталанған ірі жарықтарын емдеудегі лапароскопиялық аллогерниопластика

С.И.Тоқпанов, Е.М.Фаббасов, Т.Д.Оразов, С.С.Сейтенов, А.К.Маткенов

Наркозға стандартты дайындаумен және операция алдындағы дайындық жүргізумен көпкомпонентті құрама наркоз барлық науқастар үшін анестезиологиялық құралдың таңдауы болып табылады. Наркоздағы индукция ешбір асқынусыз, жалпы қолданылатын дозаларда пропофол+фентанил болып табылады. Негізгі севоран наркозы төменгі ағымдық тәртібінде бір қалыпты болады. Инфузиялық терапия (кристаллоидтар, декстрандар) 40-60 мл/кг. көлемінде жасалынады.

Summary

Laparoscopic allogernioplastics in recurrent giant lateral abdominal hernia

S. Tokpanov, Ye. Gabbassov, T. Urazov, S. Seytenov, A.Matkenov

The choice of anesthesia for all patients is a combined multicomponent anesthesia with a standard premedication and preoperative preparation. Induction of anesthesia, propofol+fentanyl in standard doses, no complications. The main anesthetic in lowline mode was uneventful. Infusion therapy (crystalloid, dextrans) was performed in a volume of 40-60ml/kg.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Б.Е. Тулеубаев, Б.К. Ахмадина, докторант PhD А.Н. Батпен, С.С. Балгазаров
ОЦТО им. проф. Х.Ж. Макажанова г. Караганда
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Астана

Введение. Операции при патологии тазобедренного сустава в современной травматологии-ортопедии занимают ведущее место в лечении этой категории больных [1,2]. Наиболее эффективной среди них является артропластика тазобедренного сустава [3]. Это связано с высокой результативностью, быстротой наступления клинического эффекта, восстановлением биомеханической функции сустава, улучшением качества жизни больного и минимальным количеством осложнений при скрупулезном соблюдении всех этапов лечения [4,5,6]. В настоящее время показания к первичному протезированию значительно расширены [7]. В нашей стране в последние годы эндопротезирование широко начало внедряться в отделениях травматологии и ортопедии.

Вместе с тем в отечественной литературе недостаточно отражена техника оперативного лечения, имеются единичные публикации, ведение в послеоперационном периоде [8]. В связи, с чем мы решили подробно осветить технику бесцементного эндопротезирования применяемую в клиниках страны.

Материалы и методы: В данной работе на основании опыта лечения 1140 пациентов с 2007 по 2011 год в отделениях эндопротезирования НИИТО и взрослой ортопедии ОЦТО представлены методики оперативного лечения и послеоперационного ведения пациентов с патологией тазобедренного сустава.

Техника операции. Оперативное вмешательство проводилось в положении больного на боку, с использованием боковых упоров фиксирующих тело. Основные точки опоры: межлопаточное пространство, крестец и лонное сочленение. Противоположная нижняя конечность сгибалась в коленном, тазобедренном суставе и фиксировалась к столу. Верхняя конечность укладывалась на специальную подставку (рис.1). Операционное поле обрабатывалось по стандартной схеме, при обкладывании обязательно применялось стерильное одноразовое операционное белье. Операционный доступ передне-латеральный, длиной до 15,0 см. Разрез начинался на 2-4 см выше вершины большого вертела, продолжался над средней линией последнего и заканчивался на 2-4 см, ниже начала ската (рис. 2).



Рисунок 1- положение больного.

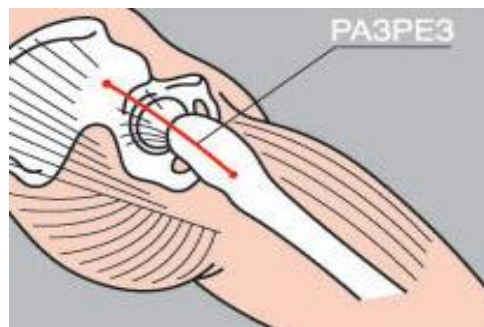


Рисунок 2- операционный доступ.

Далее рассекалась широкая фасция бедра в продольном направлении, после чего конечность ротировалась кнаружи. Ранорасширитель типа Хомана устанавливался в проекции малого вертела. Tensor fasciae latae отодвигался фарабефом, конечность максимально ротировалась кнаружи сгибаясь в коленном и тазобедренном суставах. Рассекалась средне-ягодичная мышца и «Г» образно капсула сустава. Второй Хоман

устанавливался в проекции основания большого вертела. (Рис. 3) Осторожно вывихиваем в рану головку бедра.



Рисунок 3- установка хоманов.

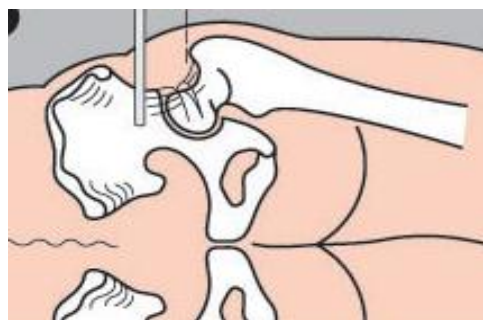


Рисунок 4- установка шила.

Осциляторной пилой резецировалась головка бедра. Конечность устанавливалась в исходное положение. Частично иссекалась капсула сустава, рубцы которые затрудняли его работу сужая доступ во впадину. Для улучшения визуализации в ацетабулярной области устанавливалось вертикально шило, вбиваемое в кость (рис. 4). 2 хомана устанавливались за нижними краями вертлужной впадины, бедро было ротировано кнаружи за счет чего открывался хороший доступ к впадине. Резецировался верхнезадний отрезок хрящевой губы, для визуализации истинных границ впадины и правильной ориентации вертлужного компонента. Фрезами очищался ацетабулум от хряща и субхондральной пластинки, сменяя размеры, увеличивался диаметр фрез, и вырабатывался до появления спонгиозной ткани. Контроль за глубиной выработки осуществляется по ямке вертлужной впадины и поясу погружаемой фрезы. После подготовки ложа устанавливался чаша соответствующего размера на импакторе. Впадину запрессовывали под углом 40-45° (рис.5) от вертикальной оси и 10-15° антеторсии в сагиттальной плоскости (рис.6).

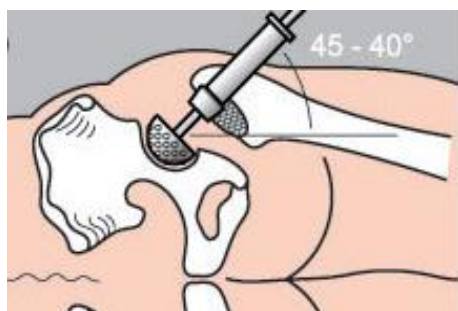


Рисунок 5- положение от вертикальной оси.

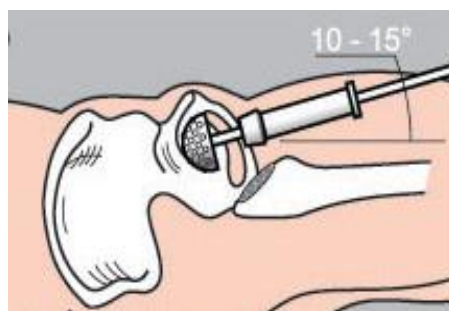


Рисунок 6- угол антеторсии.

Прилегание впадины контролируется через отверстия в компоненте. Если в чаше имеются отверстия под спонгиозные винты для дополнительной деротационной стабилизации, то они должны быть направлены в тело подвздошной кости. При подозрении на слабую первичную фиксацию применялось укрепление компонента шурупами. Спонгиозные шурупы вкручивались при помощи специальной отвертки с карданной передачей (рис.7). Далее в компонент вставлялся пластиковый вкладыш, ориентируя противовывиховый козырек в задне-верхнем направлении (рис. 8). Во впадину укладывалась маленькая салфетка, для предупреждения случайного попадания костной крошки или повреждения поверхности вкладыша металлическим инструментарием. Далее удалялись ранорасширители Хомана и шило.

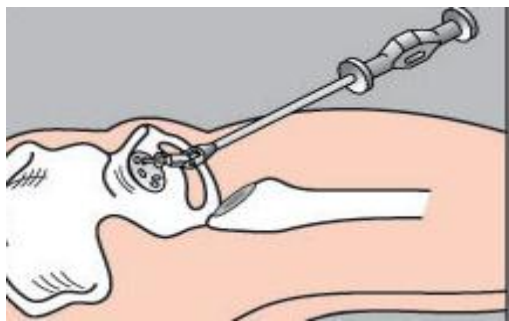


Рисунок 7- вкручивание шурупов.

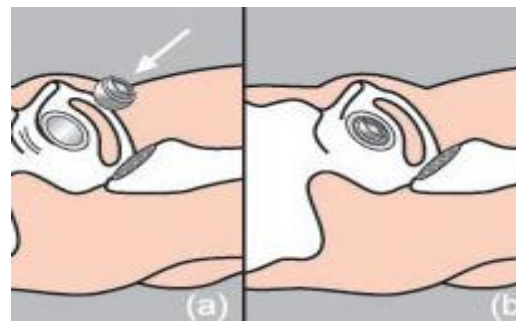


Рисунок 8 - установка вкладыша.

Проксимальный компонент бедра вновь выводился в рану. Окончатый долотом в опиле шейки делалось отверстие под углом 10-15° от проекции фронтальной оси надколенника. Тупой разверткой вскрывался костно-мозговой канал (рис.9). Обрабатываем последовательно увеличивающимися рашпилями ложе до нужного размера протеза с соблюдением указанных градусов для бедренного компонента (рис 10). Между рашпилем и кортикалом должна оставаться спонгиозная ткань, для последующей остеоинтеграции имплантата.

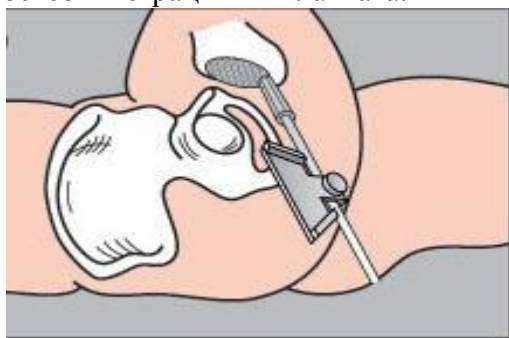


Рисунок 9- вскрытие костно-мозгового канала.

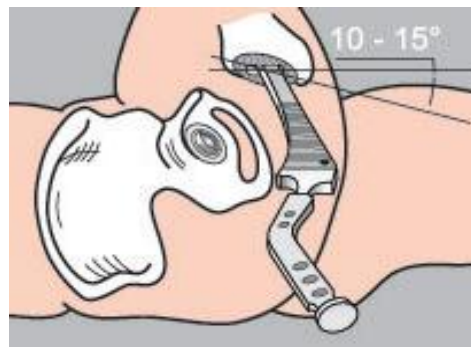


Рисунок 10- обработка рашпилями

Затем с рашпиля снималась рукоятка, одевалась примерочная головка, планируемого типоразмера либо в зависимости от модели вставлялись примерочные ножки. Проводилось вправление головки, определялась длина конечности и объем движений. (Рис. 11) Удалялся рашпиль и в костное ложе после тщательного промывания и устанавливался бедренный компонент (рис. 12).

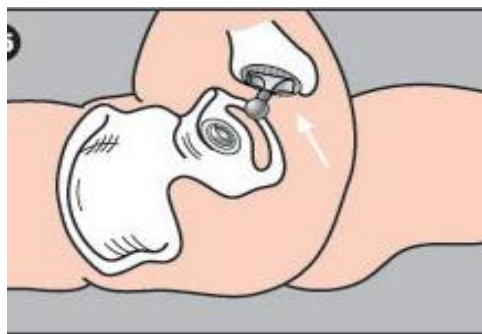


Рисунок 11- вправление.

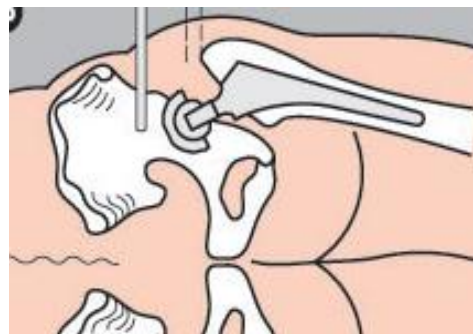


Рисунок 12- установка бедренного компонента.

С помощью примерочных головок проводился подбор оптимального размера по длине конечности, силе натяжения мягких тканей. На шейку протеза одевалась головка выбранного размера. Далее проводились вправление, проверка объема движений, отсутствие при максимальной амплитуде импиджмента. Рана обильно промывалась физиологическим раствором, послойно сшивалась с оставлением дренажной, силиконовой трубки за шейкой эндопротеза. Накладывалась асептическая повязка, больной переворачивался на спину. На обе нижние конечности накладывались эластичные бинты до с/з бедра с целью профилактики тромбоэмболических осложнений [9]. Проводился рентгенологический контроль на операционном столе.

На следующий день после операции больному проводился курс восстановительного лечения. После операции на 2-ые сутки назначалась механоразработка коленного и тазобедренного сустава на аппарате ARTROMOT-K1 немецкого производства, с целью раннего восстановления движений в суставах, профилактика контрактур, тромбоэмболий. Важным элементом раннего реабилитационного периода является обучение больного на следующий день после операции самостоятельно вставать с постели и ложиться на нее, передвигаться с помощью средств опоры. С целью укрепления мышц применялась миоэлектростимуляция (МЭС) ягодичных мышц, мышц бедра и голени. МЭС на здоровой ноге проводилась на 3-5 день после операции, на оперированной - после снятия швов. Данные мероприятия были продолжены и после перевода больного в реабилитационное отделение в течении 12-14 суток. Через 1,5 месяца проводился контрольный осмотр и рентгенологический контроль. Оптимальным является осмотр эндопротезиста 1 раз в год с прохождением рентгенографии, денситометрии и курса ЛФК и физиолечения.

Результаты и обсуждение: проведен анализ тотальных эндопротезирований тазобедренного сустава (ТЭТС) выполненных за период с 2007 по 2011 г с применением указанного комплекса реабилитационного лечения. Исследование проведено у 1140 больных, которым имплантировано 1188 эндопротезов. Средний возраст больных 67,3 года ($\pm 21,9$ лет). Женщин – 642, мужчин – 546 человека. В основном больные молодого и среднего возраста - 92,5 %. Показанием к артропластике явились: диспластический коксартроз - 385, идиопатический коксартроз - 335, асептический некроз головки бедра - 138,2 ложный сустав и перелом шейки бедра - 94, посттравматический коксартроз – 73, анкилоз тазобедренного сустава - 20, ревматоидный артрит с явлениями артроза - 57, прочие – 15, нестабильность эндопротеза – 71 больной.

Двустороннее ТЭТС выполнено 48 больным.

Применялись бедренные компоненты: «Имплант-Ц» - 23; «Сфен Ц» - 49; «Имплант Элит» - 53; «ИЛЬЗА» - 89; МН"МАТИ-ЦИТО" – 18; «Имплант Элит ординар» - 10; «Имплант Элит Про» - 19; «Импл Элит Про Ревиз» - 11; «Corail» - 269; «AML» - 70; «Solution DePuy» - 11; «Elite Plus» - 48; «Fiord» - 7; «ABG II» - 67; «EcoFit ctd» - 175; «KazNiito» - 18; «ARGE» - 190; «CoxaFit Dysplasie» - 6; «Мура-ЦИТО» - 21; «Spiron-Prothes ARGE» - 1; «Accolade» - 19; «MATYS» - 14. В 1061 случаях применялась бесцементная фиксация бедренного компонента, с цементной фиксацией - 127. Цементная фиксация применялась преимущественно у пациентов 70 лет и выше на фоне выраженного остеопороза и также у более молодых, страдающих ревматоидным артритом. «МАТИ-ЦИТО» применялось при опухолевых заболеваниях, при ревизионном эндопротезировании при наличии дефекта проксимального отдела бедренной кости.

Использовались следующие вертлужные компоненты: Duraloc, Omnifit, RM classic, RM pressfit, AiPF, CeptharNH, SecurFit, Trident, KazNIITO, «Прессфит» БМСИ, цементные чаши Мюллера различных фирм. Причем в ряде случаев проводилась комбинация бедренных и вертлужных компонентов разных производителей, в том числе и гибридное протезирование.

В 60 случаях (5,0%) имели место следующие осложнения: перипротезные интраоперационные переломы были в 12 (1%), илеофemorальный тромбоз – 11(0,9%); нагноение раны в раннем послеоперационном периоде с инфицированием зоны

эндопротеза – 5 (0,4%); жировая эмболия, ТЭЛА– 4 (0,3%) пациента (летальный исход - 1, выздоровление - 3); вывих головки эндопротеза в раннем послеоперационном периоде – 5(0,4%), вправлены под внутривенной анестезией; асептическая нестабильность эндопротеза в сроки до 1года – 9 (0,7%); септическая нестабильность в сроки до 5 лет – 14(1,2%).

Результаты прослежены у 1105 больных (97%) в период до 5 лет. Благоприятные исходы (отличная, хорошая, удовлетворительная оценка по Харрису) в 97,5% случаев. Боль отсутствовала у 83% больных, у остальных сохранялся болевой синдром различной степени выраженности. Хромота отсутствовала у 67,0%, слабо была выражена у 29%, у 4% была значительной и связана с контрактурами, заболеваниями смежных суставов и сопутствующей патологией. Неудовлетворительный результат получен у 2,5%, что в некоторых случаях потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств. Представленная техника бесцементного тотального эндопротезирования больных требует скрупулезного соблюдения всех этапов предоперационного планирования, интраоперационной техники и послеоперационной реабилитации. Требуется наличие специального инструментария, оборудования, обученного персонала. Только при комплексном соблюдении всех условий вероятно ожидание удовлетворительных результатов. Хотелось бы отметить, что по данным Шведского регистра, где ведется учет всех больных перенесших эндопротезирование, удовлетворительных результатов можно добиться лишь при условии, что отделение будет имплантировать не менее 100 суставов в год. Наличие отделений ЛФК с укомплектованными штатами, оборудованием является обязательным условием для полноценного восстановления больных после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Литература:

- 1 Артемьев Э.В. Хирургическое лечение диспластического коксартроза. Автореф. дисс. к.м.н., Санкт-Петербург – 2001. – 13с.
- 2 Турепков С.В. Совершенствование методов хирургического лечения диспластического коксартроза. Автореф. дисс. к.м.н., Курган – 2003. – 22с.
- 3 Сергеев С.В., Е.А.Жмотова, И.М. Кимельфельд, И.Д. Золотухина, Т.А. Пирожкова. Эволюция коксартроза в свете экспертизы трудоспособности. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова – 1996. -№ 2. – С. 3 – 10.
- 4 Рак А.В., Алиев Г.А. Критерии оценки ограничения жизнедеятельности больных, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. // Вестник хирургии – 2004. – Том 163 - № 1 – С. 105 – 107.
- 5 Неверов В.А., Курбанов С.Х., Белянин О.Л., Мохаммед Абухадра. Биомеханические исследования в оценке эффективности эндопротезирования. // Вестник хирургии – 2006. – Том 165 - № 2 – С. 53 – 59.
- 6 Пирожкова Т.А., Сергеев С.В., Бэкман В.Э. Оценка эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава с точки зрения медико-социальной экспертизы. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 1 – С. 18 – 19.
- 7 Estor D.M., Ramamurti B.S., Weinberg E.W. et al. A stem desing change to reduce pear cement strains around cemented total hip arthroplasty by 45% // Presented at the 1996 AAOS.
- 8 Абдрахманов А.Ж., Орловский Н.Б., О технике эндопротезирования тазобедренного сустава. Травматология және ортопедия, 2002, №1, С.9-11.
- 9 Нуждин В.И., Кудинов О.А., Шатерников Б.Н., Уханов С.В. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава бесцементными имплантатами ЭСИ (Пособие для врачей). Москва 2005. – 22с.

Түйін

Эндопротездеуді қолдану арқылы жамбас буынының патологиясы бар науқастарды медициналық оңалту

Б.Е. Тілеубаев, Б.К. Ахмадина, А.Н. Батпен, С.С. Балғазаров

Мақалада проф. Х.Ж. Мақажанов атындағы ТОҒЗИ мен ОЦТО-да жамбас буынының патологиясы бар науқастарға қолданылатын медициналық оңалту әдісі толық баяндалған. Операцияның барлық кезеңдері суреттеліп, іс-тәжірибедегі барлық техникалық тәсілдер ашылып сипатталған. 2007 жылдан 2011 жылға дейінгі кезеңде жамбас буынын тотальді эндопротездеу кезінде қолданылған оңалту емінің кешеніне

талдау жүргізілген. Зерттеуге 1188 эндопротез имплантацияланған 1140 науқас алынды. 5 жылға дейінгі кезеңде 1105 науқастың (97%) нәтижелері бақылауға алынды. Олардың ішінде жақсы нәтиже (Харрис бойынша өте жақсы, жақсы, қанағаттанарлық бағалар) 97,5% жағдайда байқалды.

Summary

Medical rehabilitation of patients with pathology of the hip joint with the use of endoprosthesis

B.E. Tuleubaev, B.K. Akhmadina, A.N. Batpen, S.S. Balgazarov

The article describes the methodology of medical rehabilitation of patients with hip joint pathology applying the Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics and regional centers of Traumatology and Orthopedics named of prof. H.Zh. Makazhanov. Covered all stages of the operation, disclosed the techniques worked out in practice, the analysis of total hip replacements performed in the period from 2007 to 2011 using a specified set of rehabilitation treatment. The study was conducted among 1140 patients who were implanted prosthesis in 1188. The results were followed up in 1105 patients (97%) in the period up to 5 years. Good results (excellent, good, satisfactory assessment by Harris) in 97.5% of cases.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ПО СТАНДАРТНЫМ И УСКОРЕННЫМ СХЕМАМ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

*Г.Н. Чингаева¹, Г.К. Казбекова², А.М. Нугманова¹, З.К. Амреева¹,
М.Н. Кулкаева¹, Э.Б. Алимжанова¹*

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы¹*

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана²

Введение. Больные с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) имеют повышенный риск инфицирования вирусом гепатита В при переливаниях крови и кровезаменителей в центрах гемодиализа и проведении самой процедуры [1,2]. Вирусный гепатит В отягощает течение и прогноз у больных с уреимией в связи с риском развития как печеночных, так и внепеченочных осложнений заболевания и влияет на долгосрочную выживаемость реципиентов почечного трансплантата [3].

Кроме того, ущербный иммунный статус больных уреимией, приводящий к длительной персистенции вирусов в организме, превращает диализные отделения в резервуар вируса, в которых серьезной опасности подвергаются не только больные, но и персонал диализных центров [2].

Важное место в современной системе мер защиты от вирусных инфекций занимает вакцинация. Однако пациенты с ТПН демонстрируют низкий иммунный ответ на вакцинацию по стандартной схеме (0-1-6 мес. в одинарной дозе) против гепатита В (50-80%) по сравнению со здоровой популяцией (95%) [4]. С целью улучшения иммунного ответа применяется другая стратегия: проведение вакцинации по ускоренной схеме (0-1-2-6 мес.) в удвоенной дозе [5,6,7].

В связи этим **целью исследования** явилось проведение сравнительного анализа эффективности вакцинации против гепатита В, проведенной по стандартной и ускоренной схемам у детей, находящихся на лечении программным гемодиализом.

Материалы и методы. Мы исследовали частоту случаев гепатита В, эффективность вакцинации против гепатита В детских отделениях гемодиализа гг. Алматы и Астаны. Вакцинация была начата в 2004 году с применением вакцины HB-Vax с последующим переводом на Engerix В внутримышечно.

Нами обследованы 50 детей получавших лечение программным гемодиализом (ПГД) в возрасте от 2,5 до 17 лет, средний возраст которых составил 12,6±3,50 лет. Наиболее

частой причиной ТПН были врожденные аномалии мочевой системы (ВАР МВС) 27(54%), гломерулонефрит (ГН) составил 22(44%) и диабетическая нефропатия 1(2%). Из них 15(30%) детей были инфицированы вирусом гепатитом В (HBV) к началу вакцинации. В группу исследования вошли не инфицированные (35), имевшие в анамнезе предыдущую вакцинацию против HBV с титром анти - HBs <10 мМЕ/мл или без вакцинации. Группа 1 - 35 детей (19 мальчиков, 16 девочек, средний возраст) вакцинированных против гепатита В 3-хкратно (0-1-6 мес.) в одинарной дозе (20 мкг), 5 из них 4-хкратно (группа 2) по схеме 0-1-2-6 мес. в удвоенной дозе (40 мкг) [5,6,7]. У пациентов титр антител оценивали перед вакцинацией, через 1 мес. затем каждые 3-6 мес. методом ИФА. Анти-HBs был определен с ELISA-технологией (на анализаторе АBBОТТ) с распределением на позитивные и негативные титры (отрицательные<10, сероконверсия 10–100, серопротекция 100–1000 и >1000 мМЕ/мл). Титр антител >10 мМЕ/мл рассматривали как защитный. Уровень АЛТ тестировали каждые 2-4 недели.

Группа 3 – 30 здоровых детей (12 мальчиков, 18 девочек, средний возраст 12±3,2лет), вакцинированных по стандартной схеме 0,1 и 6 мес., в одинарной дозе, с проведением тестирования anti-HBs через 1-3 мес. после вакцинации.

Результаты и обсуждение. 15 пациентов с гепатитом В были инфицированы HBV после начала программы вакцинации, все они имели отрицательный или слабый титр антител (<10 мМЕ/мл). Инфицирование произошло в течение первых 12 мес. от начала ГД. У 2-х пациентов заболевание печени было сопутствующей причиной смерти.

Гемодиализные пациенты (1 группа) 21(70%) из 30 пациентов были позитивными и 9(30%) негативными для анти-HBs. Среди ответивших позитивно, сероконверсия (слабый ответ) с уровнем титра антител от 10-100 мМЕ/мл была выявлена у 17(56,6%) детей, тогда как достаточный протективный уровень (серопротекция) - 100-1000 мМЕ/мл выявлена только у 4(13,4%). Никто из пациентов не имел уровень анти-HBs более 1000 мМЕ/мл (рис.1).

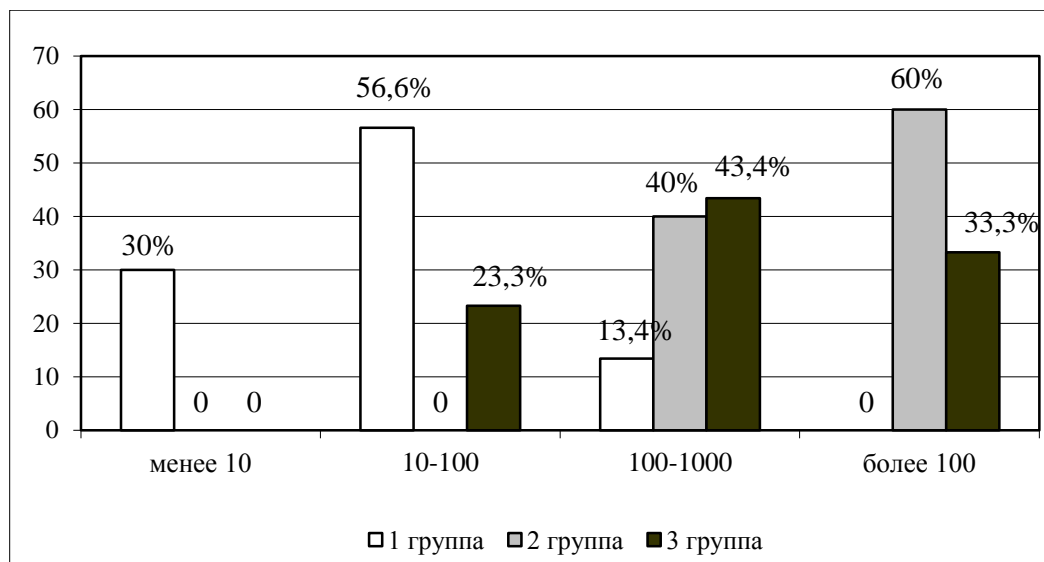


Рисунок 1 – Распределение групп по уровню протективных антител

Тогда как 5 пациентов (группа 2) вакцинированных в удвоенной дозе по схеме 0-1-2 и 6 мес. все имели позитивный ответ на вакцинацию: 2-х случаях (40%) титр антител был в пределах от 100-1000 мМЕ/мл и в трех случаях (60%) титр был более 1000 мМЕ/мл.

Контрольная группа (группа 3) – 10 детей имели уровень антител >1000 мМЕ/мл, 13/30 - уровень 100-1000 мМЕ/мл и 7/30 уровень антител от 10-100 мМЕ/мл. Статистически значимые различия установлены в ответе на вакцинацию при сравнении

контрольной группы с ГД пациентами (30/30 против 9/35, $p < 0,001$, χ^2 -тест). Также по уровню анти-НВs ($p < 0,05$, тест Уилкоксона).

В связи с тем, что у 9 детей не сформировался поствакцинальный иммунитет мы применили введение бустерных (повторных) доз, которые по рекомендации ВОЗ разрешены только для иммунокомпрометированных пациентов (лиц находящихся на гемодиализе, носителей ВИЧ, больных хронической почечной и печеночной недостаточностью) [8].

Также мы проследили за динамикой титров антител у вакцинированных детей в течение 5 лет – и установили, что по мере длительности нахождения на лечении ПГД титры защитных антител прогрессивно уменьшаются: если к начала вакцинации только 30% детей имели отрицательный ответ – то к 2008г половина детей не имели защиты (50%) от НВV. Слабый ответ также выявлен у половины детей (50%). Серопротективный уровень (>1000 мМЕ/мл) выявленный через год от начала вакцинации не определялся к 2008 г., также со снижением до отрицательного был титр антител от 100-1000 мМЕ/мл (рис.2).

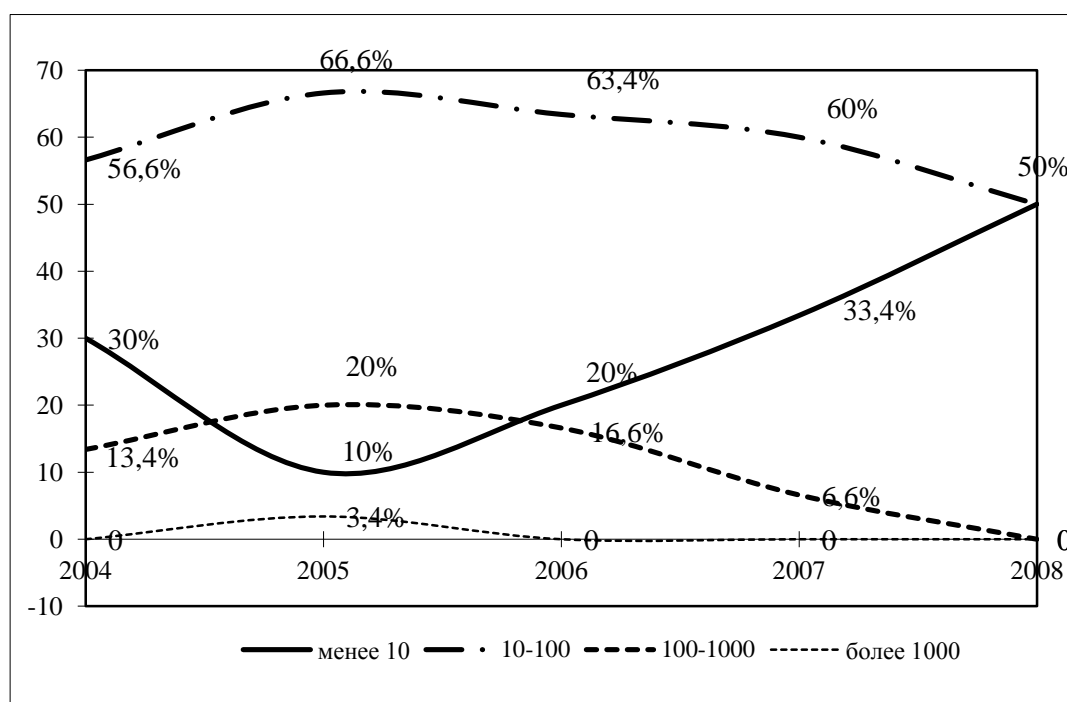


Рисунок 2 – Динамика поствакцинального ответа у детей на гемодиализе

Учитывая прогрессивное снижение протективных титров антител для оптимизации результатов вакцинопрофилактики мы использовали препарат Левамизол, стимулирующий иммунный ответ в дозе мг/кг после каждого сеанса гемодиализа, с началом старта вакцинации [9]. После третьего тура вакцинации 80% детей имели уровень антител более 1000 мМЕ/мл в течение 3-х мес. Динамическое наблюдение за результатами вакцинации продолжается.

Проведение вакцинации против гепатита В по стандартной схеме (0-1 и 6 мес. в одинарной дозе) у диализных больных, как использовано у 30 больных в нашем исследовании показывает неэффективность данной схемы по сравнению с контролем: у 9(30%) детей не сформирован поствакцинальный ответ, слабый ответ (сероконверсия) пределах 10-100 мМЕ/мл определен у большинства детей (17/56,6%), уровень серопротекции достигнута только 4-х, тогда как уровень антител более 1000 мМЕ/мл не достигнут не в одном случае по сравнению с контролем. Тогда как вакцинация в

удвоенной дозе по ускоренной схеме была достаточно эффективной (100%). Эффективность вакцинации по ускоренной схеме у больных на ГД подтверждается работами многих авторов [3,4]. Применение иммуномодулятора с началом протокола вакцинации после каждого сеанса гемодиализа показала эффективность данной комбинации (80%).

Выводы: 1. Вследствие вторичного иммунодефицита, обусловленного уреимией стандартные схемы вакцинопрофилактики гепатита В у диализных больных малоэффективны (56,6%). Поэтому с целью достижения протективных уровней антител показана вакцинация по ускоренной схеме (0-1-2-6 мес.) в двойной дозе (100%).
2. Длительное нахождение на ПГД приводит к снижению протективных уровней антител (50%) поэтому с целью улучшения иммунного ответа у пациентов на ПГД эффективно применение иммуномодулятора Левамизола (80%).

Литература

- 1 Sydney Tang, Kar Neng La. Chronic viral hepatitis in hemodialysis patients//Hemodialysis International. 2005; Vol. 9 (2):69–173.
- 2 Ben Hamida F, Karoui C, Abderrahim E. Epidemiology of end-stage renal disease before starting hemodialysis and factors influencing hemodialysis survival//Tunis Med. 2007; 85(3):230-3.
- 3 Berber I, Aydin C, Yigit B, et al. The effect of HBsAg-positivity of kidney donors on long-term patient and graft outcome//Transplant Proc. 2005;37(10):4173-5.
- 4 CDC. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic haemodialysis patients. MMWR 2001; 50:1-43.
- 5 Европейские рекомендации по оптимальной практике гемодиализа (перевод)//Нефрология и диализ.2005; 79-83.
- 6 Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: a National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQITM) conference//Clin J Am Soc Nephrol. 2008; 3(2):471-80.
- 7 Kai Ming Chow, Man Ching Law, Chi Bon Leung, et al. Antibody Response to Hepatitis B Vaccine in End-Stage Renal Disease Patients//Nephron Clin Pract 2006;103:89-93.
- 8 Charest AF, Grand'Maison A, McDougall J, Goldstein MB. Evolution of naturally acquired hepatitis B immunity in the long-term hemodialysis population//American Journal of Kidney Diseases. 2003; 42(6):1193-9.
- 9 Sali S., Alavian S.M, Hajarizadeh B, Effect of levamisole supplementation on hepatitis B virus vaccination response in hemodialysis patient//Nephrology. 2008:1440-1797.

Түйін

Бағдарламалық гемодиализбен емделетін балаларға В гепатитіне қарсы стандартты және жеделдетілген сұлбалар бойынша жүргізілген вакцинация тиімділігін салыстырмалы талдау нәтижелері

*Г.Н. Шыңгаева, Г.К. Қазбекова, А.М. Нұрманова,
З.К. Амреева, М.Н. Құлқаева, Э.Б. Әлімжанова*

Бүйректің терминалды созылмалы жетіспеушілігімен ауыратын, бағдарламалы гемодиализбен емделетін балалар көбінесе В гепатитіне қарсы стандартты вакцинацияны нашар қабылдайды. Бағдарламалы гемодиализ қолданылатын науқастарда В гепатитіне қарсы вакцинацияның екі әдісі әсерлерінің салыстырмалы талдауы жасалды. Нәтижесінде, 2 топты салыстарғанда 9 балада (30%) вакцинациядан кейін ешбір өзгеріс болған жоқ, балалардың көбісінде вакцинацияның әсері әлсіз болды (сероконверсия) (17/56,6%), серопротекция деңгейі тек 4 балада ғана тіркелді. Екі еселік мөлшермен, жедел әдіспен жасалған вакцинацияның көрсеткіштері - өте жақсы нәтижені көрсетті (100%). Вакцинация басталуымен әр гемодиализден кейін иммуномодуляторды қолдану әдісі жоғары тиімділікке (80%) қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Кілтті сөздер: созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, гемодиализ, В гепатитіне қарсы вакцинация

Summary

Results of comparative analysis of the effectiveness of vaccination against hepatitis B, conducted by the standard and accelerated regimens in children undergoing treatment with hemodialysis program

G.Chingayeva, G.Kazbekova, A.Nurmanova, Z. Amreeva, Kulkaeva, E.Alimzhanova

The results of the comparative analysis of efficiency of hepatitis B vaccination in leading on conventional and speeded schedule in children on maintenance program hemodialysis. Patients undergoing hemodialysis usually have

a poor response to conventional hepatitis B vaccination. To observe the effects of intramuscular hepatitis B vaccination schedule in children on hemodialysis. We established, that at 9 (30%) children it is not to have postvaccinal an answer, the seroconversion is revealed at the majority of children (17/56,6%), and level seroprotection only 4 in comparison with the control. Whereas vaccination in the double dose under the speeded schedule was enough effective (100%). The given combination of immunostimulant agents such as levamisole with the beginning of vaccination after each session of hemodialysis efficiency (80%).

Key words: end-stage renal disease, hemodialysis, hepatitis B vaccination.

ДИАГНОСТИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*А.М. Шенетов¹, Г.Н. Чингаева¹, К.А. Кабулбаев¹, А.М. Нугманова¹, Г.К. Казбекова²
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы¹
Национальный научный центр материнства и детства, Астана²*

Введение. Хронические болезни почек (ХБП) являются распространенными и опасными для жизни больных детей и взрослых заболеваниями не только развитием терминальной почечной недостаточности (ТПН), но ростом числа сердечно-сосудистой смертности среди этой категории больных [1-3]. Обеспечение достаточно длительной и качественной жизни больных на диализной терапии возможно только при максимальном устранении последствий потери функционирующей почечной паренхимы, часть из которых не корригируется диализом. Важнейшие из них – это фосфорно-кальциевые нарушения, именуемые сейчас «минеральные и костные нарушения при хронической болезни почек» (МКН-ХБП) [1]. Процессы, вызывающие нарушения минерального обмена и ведущие к болезням кости, развивается уже на начальных стадиях ХБП, сохраняются на всем протяжении прогрессирующей потери функции почек, которые требуют специальных методов обследования.

Для изучения степени снижений костной массы используются количественные методы определения потери костной ткани. Для измерения минеральной плотности кости (МПК) используют: двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (рассматривается как «золотой стандарт» из методов костной денситометрии) и ультразвуковую сонометрию (рассматривается как аппаратура скрининга).

Денситометрия – это количественное определение в различных участках скелета показателей костной плотности, выраженные в граммах на 1см² площади исследованного участка кости. При использовании методов денситометрии результаты исследования оцениваются по Z-критерию (в процентах и величинах стандартного отклонения (SD) от нормальных значений для данного пола и возраста) и T-критерию (% и SD) – от пика костной массы взрослых. В настоящее время степень снижения МПК у детей определяют при помощи рентген и ультразвуковой денситометрии, оснащенными программой для оценки костной ткани у детей (детские критерии – Z-score (показатель) -0-1 норма; -1-2,5 остеопения; -2,5 и ниже остеопороз выраженный). У детей подобные исследования проведены в единичных случаях [4].

Цель исследования: определить снижения минеральной плотности кости у больных с терминальной почечной недостаточностью на программном гемодиализе методами рентген и ультразвуковой денситометрии.

Материал и методы. Нами проведены рентген и ультразвуковая денситометрия у 33 детей и 28 взрослых с ТПН. Возраст детей обследованных был от 4-х до 18 лет, в среднем составил 12,2±0,32 лет. Возраст взрослых пациентов от 19 до 70 лет (в среднем 45,1±1,19 лет). Продолжительность лечения программным гемодиализом (ПГД) у детей составила от 1 до 74 месяцев, в среднем 12,2±1,20 месяцев. Большинство больных находилось на лечении ПГД – до 12 и более месяцев – по 34,5% (p<0,001). Среди взрослых преобладали

пациенты, получавшие ПГД более 12 месяцев 86,4%. Группу сравнения составили 11 детей с ХБП 3-4 стадией (СКФ – 15-29 мл/мин) не получавших ПГД.

Были исследованы два отдела скелета – поясничные позвонки – L₂-L₄ и шейка бедра. Для оценки МПК использован у детей расчет Z-критерия, показателя отклонения от возрастной нормы плотности кости. У взрослых рассчитывали наряду с Z-критерием, T-критерий – отклонение от пиковой костной массы.

Результаты и обсуждение. У детей неблагополучной зоной по МПК оказались поясничные позвонки, где изменения выявлялись еще до проведения диализа. Так, при обследовании МПК у 11 детей с ХБП 3-4 стадии установлена значительная остеопения и остеопороз. У них МПК была снижена по Z-показателю до $-2,95 \pm 0,26$.

У больных детей на гемодиализной терапии максимальные потери костной массы зафиксированы при исследовании поясничных позвонков, нежели при денситометрии шейки бедра ($Z = -2,20 \pm 0,15$ и $-0,96 \pm 0,08$ соответственно, $p < 0,001$) (таблица 1).

Таблица 1 – МПК различных отделов скелета у больных ТПН на ПГД

Группы сравнения	ДЭРА					УЗ-денситометрия костей предплечья	
	позвоночник		шейка бедра			Z M±m	T M±m
	Z M±m	T M±m	Z M±m	p	T M±m		
Дети, n=33	$-2,20 \pm 0,15$ min -4,15 max -0,31	-	$-0,96 \pm 0,08$ min -1,79 max 0,0	<0,001	-	$-1,33 \pm 0,36$ min 1,20 max -5,40	-
Взрослые, n=28	$-1,22 \pm 0,16$ min -4,05 max -0,19	$-1,38 \pm 0,17$ min -3,96 max -0,06	$-1,35 \pm 0,18$ min -3,25 max -0,11		$-1,88 \pm 0,21$ min -4,69 max -0,11	$-3,14 \pm 0,53$ min -8,20 max -0,50	$-3,54 \pm 0,53$ min -0,30 max -0,60
p	<0,001	-	<0,05			<0,01	

Как видно из таблицы 1, у взрослых достоверных различий в средних значениях отклонений от возрастной нормы и пиковой костной массы при сравнении двух отделов скелета не найдено. МПК поясничных позвонков была достоверно ниже у детей по сравнению со взрослыми ($Z = -2,20 \pm 0,15$ и $-1,22 \pm 0,16$ соответственно, $p < 0,001$). При исследовании шейки бедра, наоборот, выявили более низкую МПК у взрослых, чем у детей ($Z = -1,35 \pm 0,18$ и $-0,96 \pm 0,08$ соответственно, $p < 0,05$).

Ультразвуковая денситометрия костей предплечья была более информативной у взрослых. Частота остеопении и остеопороза при денситометрии поясничных позвонков превалировали у детей (таблица 2).

Таблица 2 – Частота остеопении и остеопороза при исследовании различных отделов скелета у больных ТПН на ПГД

Группы сравнения	Позвонки, абс. (%)			Шейка бедра абс. (%)		
	N	osteopenia	osteoporosis	N	osteopenia	osteoporosis
Дети	n=32			n=23		
	3(9,4%)	12(37,5%)	17(53,1%)	9(39,1%)	14(60,9%)	0±0
Взрослые	n=28			n=26		
	9(32,2%)	17(60,7%)	2(7,1%)	10(38,5%)	8(30,8%)	8(30,8%)
p	<0,001	<0,001	<0,001	> 0,05	<0,001	

Исходя из таблицы 2, остеопороз позвонков выявлен у 53,1% остеопения – у 37,5% детей тогда, как лишь у 7,1% взрослых был остеопороз позвонков. При исследовании позвонков в 32,2% и шейки бедра в 38,5% МПК у взрослых были в пределах нормы. Таким образом, дети и подростки, больные ХБП, раньше и больше подвержены костным нарушениям по данным рентген денситометрии. При анализе длительности

гемодиализной терапии с изменением МПК корреляционная связь не установлена. Некоторые авторы факторами риска остеопороза и перелома костей у взрослых считают высокий уровень паратгормона (ПТГ), пожилой возраст, женский пол, низкий уровень альбумина, анемию [5].

Также выявлена более высокая степень гиперпаратиреозидизма у детей и взрослых с остеопенией и остеопорозом по сравнению с пациентами с нормальной МПК. При этом такая закономерность установлена как при исследовании позвонков, так и шейки бедра (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели паратгормона у больных с различным МПК

Скелет	МПК	ПТГ, пг/мл, M±m	
		у детей	у взрослых
Позвоночник	osteopenia	697,5±132,0*	582,8±122*
	osteoporosis	492,0±77,1*	952±80,3*,**
	norma	280,0±43,1	288,7±58,7
Шейка бедра	osteopenia	782,7±114,5*	259,5±87,2
	osteoporosis	-	875,6±75,0*,**
	norma	298,7±15,6	291,8±46,5

Примечания: 1* - достоверное отличие при сравнении с нормальной МПК;
2** - достоверное отличие при сравнении остеопороза с остеопенией

У детей различий в выраженности гиперпаратиреозидизма от степени нарушения плотности костей не нашли. В то же время у взрослых пациентов наиболее высокий уровень ПТГ нашли именно при выраженном снижении плотности кости – остеопорозе. По нашим данным у детей преобладает высокообменная болезнь с высоким уровнем ПТГ, сопровождавшаяся остеопенией и остеопорозом. У взрослых наряду с высокообменным типом наблюдается нормальная минеральная плотность, сочетающаяся с низкообменной болезнью. Такие различия, по-видимому, и обусловили полученные нами результаты.

Биохимические маркеры костного метаболизма в крови – остеокальцин (ОК) и щелочная фосфатаза (ЩФ) также были повышены у больных со сниженной минеральной плотностью костей. Наиболее высокие уровни ОК и ЩФ выявлены у взрослых пациентов с остеопорозом костей. У детей остеопения и остеопороз в одинаковой степени сопровождались высокими уровнями ОК и ЩФ в крови (таблица 4).

Таблица 4 – Показатели ОК и ЩФ у больных с различным МПК

Скелет	МПК	ОК, нг/мл (M±m)		ЩФ, U/l (M±m)	
		у детей	у взрослых	у детей	у взрослых
Позвоночник	osteopenia	182,0±8,88*	89,0±12,5	87,6±10,5*	736,3±56,9*
	osteoporosis	148,0±24,0	123,3±14,7**	63,0±7,53	911,6±79,8*
	norma	108,0±10,4	98,0±13,4	59,7±6,82	580,7±53,8
Шейка бедра	osteopenia	177,2±19,4	96,0±13,0	55,0±8,06	452,4±29,5
	osteoporosis	-	113,3±12,0	-	784,5±91,3*,**
	norma	155,5±12,4	98,3±32,6	64,1±8,12	471,8±46,1

Примечания: 1* - достоверное отличие при сравнении с нормальной МПК;
2** - достоверное отличие при сравнении остеопороза с остеопенией

У детей с ТПН на ПГД выявлены выраженные костные нарушения методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Примененный в исследовании метод ультразвуковой денситометрии, относительно недорог и не инвазивен. Однако, на наш взгляд, ультразвуковая денситометрия не может считаться основным методом диагностики ренальной остеодистрофии, поскольку определяет остеопению только в одном участке скелета и не может отражать потери костной массы в целом. Тем не менее, ультразвуковая денситометрия по данным других позволила выявить остеопению у

большей части пациентов по сравнению с ранее использовавшейся стандартной рентгенографией костей скелета [2].

Выводы:

1. Для диагностики ренальных остеодинотрофий, у больных с терминальной почечной недостаточностью целесообразно применять неинвазивный метод исследования – рентгеновскую костную денситометрию, которое позволяет выявлять и оценивать потерю костной ткани в более ранние сроки заместительной почечной терапии, а также проводить динамическое наблюдение за состоянием костной ткани в различных отделах скелета.
2. У детей рекомендуется использовать метод двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии костной денситометрии позвоночника, а у взрослых шейки бедра.
3. Ультразвуковая сонометрия позволяет заподозрить ренальную остеодинотрофию, но не замещает двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию, является скрининг-методом.

Литература

- 1 Wesseling K., Bakkaloglu S., Salusky I. Chronic kidney disease mineral and bone disorder in children//Pediatr Nephrol. – 2008. – Vol.23. – P.195-207.
- 2 Ермоленко В.М. Фосфорно-кальциевый обмен и почки//Из книги: Нефрология: Руководство для врачей. Под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина. – 2000. – 2-е изд., перераб. и доп. – С. 62-75.
- 3 Cannata-Andia J.B., Carrera F. The pathophysiology of secondary hyperparathyroidism and the consequences of uncontrolled mineral metabolism in chronic kidney disease: the role of COSMOS//NDT Plus. – 2008. – Vol. 1. P 2-6.
- 4 National Institutes of Health. Conference on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2000.
- 5 Михеева Ю.С., Румянцев А.Ш., Есаян А.М., Балашов А.Т. Факторы риска развития остеопении и остеопороза у больных на хроническом гемодиализе//Нефрология. – №4. – Том 7. – 2003. С.34-39.

Түйін

Бүйректің терминалды жетіспеушілігімен ауыратын балалар мен ересектер сүйектерінің минералды тығыздығын диагностикалау

А.М. Шепетов, Г.Н. Шыңгаева, Қ.А. Қабылбаев, А.М. Нұрманова, Г.К. Қазбекова

Қосэнергетикалық рентген сәулелі абсорбциометрия және ультрадыбыстық денситометрия әдістерімен жоспарлы гемодиализ емін қабылдаған балалар мен ересектер сүйектерінің минералды тығыздығы зерттелді. Ересектердің сүйек қаңқасының екі бөлігін салыстырғанда жасына сәйкес орташа мөлшері мен сүйектерінің салмағына тән стандартты ауытқылары арасында айтарлықтай айырмашылық болмайғаны анықталды. Ал балалардың бел омыртқаларының минералды тығыздығы ересектерден анағұрлым төмен болатындығы байқалды. Бүйректің созылмалы аурулары бар балалар мен жасөспірімдерде сүйек тіні ересектерге қарағанда ерте және айқынырақ зақымдалады. Қосэнергетикалық рентген сәулелі абсорбциометрия арқылы сүйектің минералды тығыздығын зерттейтін денситометрия әдісі – сүйек зақымдалуының дәрежесіне баға беретін ең ақпаратты әдіске жататыны мойындалуда.

Кілтті сөздер: бүйрек жетіспеушілігінің терминалды сатысы, гемодиализ, сүйектерінің минералды тығыздығы, қосэнергетикалық рентген сәулелі абсорбциометрия, ультрадыбыстық денситометрия

Summary

Diagnosis of mineral bone density detection in children and adults with end-stage renal disease

A.Shepetov, G.Chingayeva, K.Kabulbayev, A. Nugmanova, G. Kazbekova

We have conducted an assessment of mineral bone density in children and adults on program hemodialysis using methods of two-powered X-ray absorptiometry and US densitometry. There no any significant differences found in mean values of deviations from age normal values of peak bone mass (PBM) when comparing two skeletal parts. Vertebral PBM was significantly lower in children in comparison with adults. Children and adolescents with chronic kidney disease earlier and more prominently susceptible to bone disorders. The most informative and approved method of bone disorder assessment in clinics is the densitometry – the measurement of mineral bone density using two-powered X-ray absorptiometry.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК [577.115 +577.125]: 543.635

ГАЗОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕЗЭКСТРАКЦИОННОГО СПОСОБА ПРОБОПОДГОТОВКИ

*А.В. Ариповский, П.О. Колесник, М.И. Веждед, Т.А Червякова, А.В. Кирзо
Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии
г. Оболенск, РФ*

Ужгородский национальный университет, факультет последипломного образования, кафедра терапии и семейной медицины, Украина

Введение. В настоящее время известно множество болезней, сопровождающихся различными нарушениями метаболизма жирных кислот; распространенность подобных патологических состояний неуклонно растет, что заставляет исследователей искать новые подходы к их диагностике и лечению. В ряде публикаций, посвященных исследованию жирнокислотного состава плазмы крови больных ишемической болезнью сердца (ИБС), зафиксировано значительное повышение уровня ненасыщенных жирных кислот (НЖК) и полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) за счет достоверно более высокого содержания арахидоновой кислоты, что может свидетельствовать о нарушении липидного метаболизма на этапе образования эйкозаноидов [1,2]. При оценке жирнокислотного состава эритроцитов оказалось, по данным других авторов, что у больных с артериальной гипертензией и нормолипидемией уменьшается количество омега-6 ЖК, а в плазме крови больных на фоне дислипидемии снижается содержание омега-3 ЖК [3]. Описанные нарушения липидного баланса сопровождаются, по-видимому, изменениями физико-химических свойств плазматической мембраны эритроцитов, что приводит к повышению ее вязкости, а это, в свою очередь, может способствовать прогрессированию ИБС. Конечно, подобные чрезвычайно тонкие механизмы жирнокислотного метаболизма могут иметь определенное прогностическое значение и при других патологических состояниях, открывая новые возможности для их коррекции при условии своевременно проведенной диагностики. Однако корректная диагностика нарушений жирнокислотного обмена - прежде всего в ходе осуществления масштабных статистических и эпидемиологических исследований - даже при современных диагностических возможностях считается задачей довольно сложной и крайне трудоемкой. Действительно, исследования жирнокислотного состава биологических объектов всегда начинается с экстракционного извлечения суммы липидов и концентрирования экстракта; современные варианты этого способа (например, экстракция углекислотой в сверхкритических условиях [4]), являются несомненно интересными для биотехнологии и химической технологии, однако как способ лабораторного исследования их следует считать мало перспективными. Итак, первая стадия лабораторного исследования жирнокислотного состава биологического объекта всегда состоит в экстракционном отделении суммы липидов от матричного материала по методу Фолча [5]. В основе общеизвестной методики Фолча лежит двукратная экстракция биологической жидкости или гомогенизата большими (обычно 6 - или 10-кратными) объемами смеси хлороформа с метанолом, 2:1, дальнейшее промывание объединенных экстрактов изотоническим раствором хлоридов натрия или калия и концентрирование экстракта. Иногда встречаются упоминания о возможности использования с этой целью

смеси спирта с углеводородом [6]. Выход липидов при их экстракции по методу Фолча в оптимальных условиях составляет 85-95%, однако величина степени извлечения ощутимо зависит, например, от эффективности гомогенизации исходного материала. Жирнокислотные фрагменты, химически иммобилизованные на клеточных мембранах или ковалентно связанные в молекулах гликолипидов и липопротеинов, не могут быть извлечены в ходе экстракции по Фолчу: понятно, что переводу в метиловые эфиры они уже не поддаются и не могут быть определены с помощью газовой хроматографии. Общеизвестный и очень существенный недостаток метода Фолча [5] заключается также в том, что трехфазные смеси «водный метанол - хлороформ - мелкодисперсный твердый материал» после экстракции образца по Фолчу расслаиваются, как правило, очень плохо, требуют длительного (иногда многочасового) настаивания, фильтрации или эффективного центрифугирования. Такие процедуры являются крайне трудоемкими и продолжительными и к тому же не поддаются автоматизации или существенному упрощению. Операции с большими объемами разбавленных растворов липидов в органических жидкостях всегда сопровождаются частичным окислением и фотодеструкцией полиненасыщенных соединений; использование же низких температур, инертных атмосфер и предварительно дегазированных растворителей чрезвычайно затрудняет препаративные работы.

Целью исследования явилось оценка возможности применения усовершенствованного хроматографического определения жирнокислотного состава биологических объектов путем модификации метода пробоподготовки.

Материалы и методы: нами изучена возможность применения безэкстракционного метода перевода липидов в метиловые эфиры, заключающегося в непосредственной сапонификации высушенной матричной биомассы с последующим метилированием свободных карбоновых кислот. Кроме того, мы апробировали предложенную методику безэкстракционной пробоподготовки для количественного исследования жирнокислотного состава плазмы у больных ИБС.

Образцы цельной крови, плазмы, эритроцитарной массы были предоставлены станцией переливания крови. Гомогенизаты (тканей грудной мышцы курицы и бычьей печени) были получены при помощи стандартного поршневого гомогенизатора. Для количественного исследования жирнокислотного состава плазмы крови нами были отобраны пробы крови у 12 пациентов с ИБС, которые составили I тематическую группу. Выборка пациентов и постановка диагноза проводилась согласно действующим критериям ВОЗ. Данная группа пациентов состояла из 5 женщин и 8 мужчин, средний возраст которых составил $57 \pm 7,4$ лет. Контрольная группа (II) была представлена 12 клинически здоровыми людьми, средний возраст которых составлял $55 \pm 3,2$ лет. Для изучения жирнокислотного состава биологических жидкостей использовали аналитический газовый хроматограф «Вариан 3900» (США) и кварцевую капиллярную колонку с иммобилизованной неподвижной фазой «Супелковакс-10» (15 м x 0,25 мм x 0,3 мкм, производства «СУПЕЛКО», Швейцария). Введение образца (2 мкл) - без деления потока газа-носителя (гелий), переход в режим разделения потока - через 12-30 секунд, в зависимости от концентрации исследуемых веществ. Температурная программа анализа - от 90С (0,5 мин) до 240С (5 мин) со скоростью 6С/мин. Детектор - пламенно-ионизационный (260С), регистрация сигнала - компьютерная программа «Мультихром-1,5х» производства ЗАО «Амперсенд», РФ. Количественное определение - по способу внутреннего стандарта (с предварительным вычислением соответствующих калибровочных коэффициентов из хроматограммы модельной смеси жирных кислот со стандартной маргариновой кислотой).

Методики пробоподготовки: Результаты, приведенные в таблице 1, могут быть использованы для сравнительной оценки эффективности МЕТОДОВ 1 и 2 (описанных ниже) извлечения липидов из биологических матричных материалов и их перевода в метиловые эфиры жирных кислот. Метод 3, был использован для количественного

определения эффективности экстракционного извлечения липидов и сравнения жирнокислотного спектра экстрагируемых и не экстрагируемых по Фолчу липидов.

МЕТОД 1 - предложенный нами безэкстракционный синтез метиловых эфиров жирных кислот путем непосредственной дериватизации высушенной биомассы. По описанной ниже методике была зарегистрирована заявка для оформления патента на изобретение [7]. В стандартные стеклянные сосудики для работы под давлением (толстостенные пробирки с герметизирующими винтовыми крышками и тефлоновыми прокладками) дозируют по 100 мкл исследуемых образцов жидких биологических материалов, добавляют по 100 мкл раствора внутреннего стандарта (маргариновая кислота в метаноле, 200-600 мкг/мл), помещают пробирки в гнезда карусельной центрифуги установки «Savant SpeedVac» и сушат образцы в вакууме при комнатной температуре до воздушно-сухого состояния (30-60 мин). К идентичному результату приводит и использование сублимационной сушилки «Иней 3-2» (в этом случае спиртовой раствор внутреннего стандарта добавлялся к образцу уже после его лиофилизации). Дериватизация выполнялась описанным методом [6]: к высушенному остатку биологического материала добавляют 150 мкл 0,5 N раствора метоксида натрия в метаноле и нагревают 2-3 мин. в настольном термоблоке при температуре 60-65С, после чего добавляют 1,0 мл 10%-ного метанольного раствора трехфтористого бора, плотно завинчивают крышку пробирки и нагревают смесь в течение 40 минут при 75С. К идентичному результату приводит сапонификация сухого остатка при воздействии 150 мкл 0,5 N раствора едкого натра (вместо метоксида натрия) в метаноле с последующим нагреванием остатка с 1 мл смеси «2N метанольный раствор сухого хлористого водорода - бензол - 2,2-диметоксипропан», 100:20:5. Температурные условия щелочной сапонификации и кислого метилирования в последнем случае идентичны приведенным выше. После окончания метилирования в охлажденные пробирки вносят по 1,0 мл чистого н-гептана, 1,0 мл воды, экстрагируют метиловые эфиры в углеводородную фазу и добиваются полного расслоения эмульсии с использованием низкооборотной центрифуги установки «Savant SpeedVac» (1 мин). В случае недостаточно эффективного расслоения водно-спиртовой и гептановой фаз (после 1-минутного центрифугирования) к эмульсии добавляют каплю - 10-15 мкл - н-пропанола и повторно центрифугируют смесь в течение 1 минуты. Экстрагированные в гептановую фазу метиловые эфиры определяют газохроматографически.

МЕТОД 2: стандартная экстракция жидкого образца по Фолчу с последующей переэтерификацией липидов. В соответствии с описанной в литературе методикой [5] 0,5 мл биологического жидкого образца дважды экстрагируют порциями по 5 мл смеси хлороформа с метанолом, 2:1, добиваясь эффективного расслоения эмульсий на высокооборотной центрифуге. Объединенные органические экстракты промывают 5 мл 0,9%-ного водного раствора NaCl, вновь центрифугируют, отделяют фазу хлороформного экстракта и удаляют хлороформ в вакууме роторного испарителя. Способ дериватизации экстрагированных липидов идентичен использованному в МЕТОДЕ 1.

МЕТОД 3: данный метод использован с целью определения состава и относительного содержания липидов, не экстрагирующихся из биологической матрицы по методу Фолча. Для этого высушенный в вакууме твердый остаток матричного материала, предварительно подвергнутого исчерпывающей экстракции по Фолчу (см. МЕТОД 2), обрабатывают в соответствии с методикой безэкстракционной дериватизации (описанной выше в МЕТОДЕ 1).

Результаты и обсуждение. Вопрос о способе сравнения метрологических характеристик двух методов жирнокислотного анализа (предложенной нами безэкстракционной методики и стандартной методики Фолча) оказался несколько более сложным: ведь достаточно высокое значение степени извлечения липидов крови и плазмы по Фолчу (90-95%) и сравнительно большая ошибка хроматографического определения этого параметра (5-6 отн.%) не позволяют непосредственно зафиксировать факт

статистически несомненного отличия в эффективности извлечения липидов этими методами. Можно, однако, согласиться с авторами [8] о целесообразности параллельного биометрического использования как абсолютных липидологических параметров (т.е. концентраций индивидуальных жирных кислот в жидкости), так и параметров относительных (относительные концентрации индивидуальных насыщенных и ненасыщенных кислот в общей сумме кислот, отношение суммарных концентраций $\omega 3$ - и $\omega 6$ -кислот, специфические отношения C20: 4 $\omega 6$ / C20: 5 $\omega 3$ и другие). Несомненно большая «информационная емкость» - в первом случае - компенсируется существенным уменьшением ошибок и улучшением воспроизводимости результатов (включая межлабораторные) в последнем: ведь экспериментальные значения относительных параметров не страдают от ошибок при разбавлении крови консервантами и антиоксидантами, не изменяются благодаря препаративным ошибкам на различных стадиях химических манипуляций (взвешивание стандартных соединений, отбор аликвот, определение параметров калибровки и др.). К тому же при фракционировании биоматериалов (к примеру, при отделении эритроцитарной или лейкоцитарной массы, липопротеинов высокой или низкой плотности) определение «сухой массы» фракций оказывается крайне затруднительным, и нахождение абсолютного содержания жирных кислот в этих случаях кажется нецелесообразным. При построении липидологических корреляций используются оба упомянутых подхода; в нашем случае, однако, последнему можно отдать предпочтение, поскольку речь идет именно о метрологической надежности полученных параметров.

По этой причине для сравнительной оценки метрологических характеристик обоих аналитических методов в табл.1 приведены средние значения и доверительные интервалы (для 95% надежности) ряда безразмерных отношений концентраций индивидуальных жирных кислот в биологических образцах различной природы. Вместе с тем метод внутреннего стандарта (МЕТОД 3) использован для оценки остаточного содержания липидов, которые принципиально не могут быть определены при использовании классического метода Фолча. Как видно из данных таблицы 1, предложенный нами способ прямого метилирования высушенной биомассы приводит к получению результатов, статистически не отличающихся от получаемых при использовании классической методики Фолча. Близость величин доверительных интервалов в обоих способах свидетельствует о том, что разброс параметров обусловлен скорее причинами хроматографической природы (дискриминация компонентов в испарителе, неточность интегрирования малых пиков и прочее), чем факторами, связанными с особенностями химической подготовки образцов. При анализе полученных данных видно, что липиды, которые экстрагируются по Фолчу, характеризуются существенно другим жирнокислотным составом по сравнению с липидами того же образца, которые по Фолчу, однако, не экстрагируются – см. табл.1.

Таблица 1 - Средние значения соотношений весовых концентраций индивидуальных жирных кислот в биологических объектах

МЕТОД	ОБЪЕКТ	Соотношение концентраций (\pm доверительный интервал, $p=0,95$, $n=4-6$)					
		16:0\18:0	18:0\18:2	18:2\20:4	18:2\22:5	18:2\22:6	20:4\20:3
1	Кровь цельная, $n=6$	2,23 \pm 0,18	0,45 \pm 0,02	2,07 \pm 0,07	34,0 \pm 2,8	6,43 \pm 0,40	5,72 \pm 0,07
2	Кровь цельная, $n=6$	2,26 \pm 0,14	0,43 \pm 0,04	2,18 \pm 0,09	37,5 \pm 2,8	6,97 \pm 0,27	5,65 \pm 0,08

МЕТОД	ОБЪЕКТ	Соотношение концентраций (\pm доверительный интервал, $p=0,95$, $n=4-6$)					
		16:0\18:0	18:0\18:2	18:2\20:4	18:2\22:5	18:2\22:6	20:4\20:3
3	Кровь цельная, предварительно экстрагированная по Фолчу, $n=1$ (3,6%)*	1,3	0,86	1,85	36	8,6	6,65
1	Плазма, $n=5$	3,09 \pm 0,04	0,212 \pm 0,005	3,71 \pm 0,15	116 \pm 16	19,4 \pm 2,7	4,42 \pm 0,11
2	Плазма, $n=5$	3,14 \pm 0,08	0,214 \pm 0,003	3,70 \pm 0,21	124 \pm 21	17,4 \pm 2,0	4,40 \pm 0,11
3	Плазма, предварительно экстрагированная по Фолчу, $n=1$ (3,5%)*	0,89	1,38	3,25	10,1	>130	1,51
1	Эритроцитарная масса, $n=5$	1,98 \pm 0,29	0,60 \pm 0,20	2,00 \pm 0,13	18,3 \pm 4,4	4,29 \pm 0,94	8,8 \pm 1,5
2	Эритроцитарная масса, $n=5$	1,98 \pm 0,19	0,66 \pm 0,07	1,99 \pm 0,19	16,5 \pm 2,4	3,97 \pm 0,48	7,9 \pm 1,6
3	Эритроцитарная масса, предварительно экстрагированная по Фолчу*, $n=1$ (18%)*	1,16	1,40	1,57	36,2	4,36	7,2
1	Гомогенизат ткани бычьей печени, $n=4$	0,478 \pm 0,014	2,38 \pm 0,06	1,42 \pm 0,06	1,89 \pm 0,20	4,70 \pm 0,43	1,382 \pm 0,013
2	Гомогенизат ткани бычьей печени, $n=4$	0,468 \pm 0,024	2,39 \pm 0,05	1,39 \pm 0,05	1,75 \pm 0,19	4,32 \pm 0,46	1,386 \pm 0,023
3	Гомогенизат бычьей печени, предварительно экстрагированный по Фолчу*, $n=1$ (1,5%)*	1,288	2,54	29,6	50	50	12
1	Гомогенизат ткани грудной мышцы курицы, $n=5$	1,540 \pm 0,072	0,502 \pm 0,012	3,45 \pm 0,17	35,4 \pm 3,2	26,2 \pm 2,2	6,03 \pm 0,14
2	-«-, $n=5$	1,619 \pm 0,105	0,585 \pm 0,051	3,44 \pm 0,18	34,2 \pm 2,5	25,3 \pm 2,7	6,18 \pm 0,16
3	Гомогенизат ткани грудной мышцы курицы, предварительно экстрагированный по Фолчу*, $n=1$ (6,5%)*	1,600	0,94	4,5	80	54	40

Примечания: -* Остаток липидов, не экстрагирующихся по Фолчу (отн.%).
 МЕТОДЫ:
 (1) прямое метилирование сухой биомассы предлагаемым нами безэкстракционным методом;
 (2) метилирование липидов, предварительно экстрагированных по Фолчу.
 (3) прямое метилирование сухой биомассы после предварительной исчерпывающей экстракции ее липидов по Фолчу.

МЕТОД 3. Следовательно, этот недостаток классического метода Фолча - игнорирование наличия липидов, не экстрагируемых системой «метанол-хлороформ», - может оказаться весьма существенным при тонком липидологическом изучении объектов со значительным содержанием липопротеинов или гликолипидов, частично полимеризованных жиров и других высокомолекулярных или гидрофильных производных высших жирных кислот. Нами был проанализирован жирнокислотный состав плазмы крови больных ИБС с применением описанного выше безэкстракционного метода перевода липидов в метиловые эфиры. При сравнении суммарных показателей содержания насыщенных жирных кислот (НЖК) в плазме крови пациентов с ИБС и в группе здоровых оказалось, что их содержание в плазме при ИБС достоверно выше (733,1 \pm 72,4) по сравнению с таковым в группе здоровых (461, 14 \pm 41,195). При сравнительном анализе показателей полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) в плазме крови обнаружено достоверное преобладание их в плазме крови пациентов тематической группы

I ($1036 \pm 101,98$) по сравнению с таковыми в контрольной группе ($463,7 \pm 60,65$); в частности, уровень арахидоновой кислоты (20:4) составлял 208 ± 21 и достоверно превышал таковой (147 ± 10) в группе здоровых. Подобную тенденцию мы наблюдали и при анализе показателей мононенасыщенных жирных кислот (МНЖК), где также были обнаружены достоверные различия по сравнению с группой здоровых. Итак, при использовании предложенного нами безэкстракционного метода пробоподготовки обнаруживаются и все тенденции изменения жирнокислотного состава, отмечавшиеся ранее [1,2,8,9] для плазмы больных ИБС в сравнении с плазмой здоровых. Можно полагать, что его использование позволит сильно упростить и ускорить лабораторные манипуляции в ходе клинико-диагностического анализа жирнокислотного состава биологических материалов.

Выводы. Основное преимущество предложенного нами способа заключается в принципиальном упрощении и ускорении подготовки биологических образцов для хроматографического анализа. Производительность сушильных установок типа «SpeedVac» очень высока и определяется только числом гнезд в карусели центрифуги (то же самое справедливо относительно устройств для препаративной сублимационной сушки); таким образом, несколько десятков образцов могут быть высушены, прометилованы и полностью подготовлены для анализа в течение сравнительно короткого времени (2-3 часа). Существенным является и то, что процесс подготовки образца этим способом заключается в выполнении последовательности несложных операций, не требующих высокой квалификации персонала, и легко автоматизируется - в отличие от повсеместно используемой в настоящее время схемы «двукратная экстракция по Фолчу - промывка - концентрирование - дериватизация». Методика может быть применена для проведения масштабных скрининговых исследований жирнокислотного спектра биологических субстратов в клинических и биохимических лабораториях, позволит значительно упростить подготовку образцов к проведению анализов и оптимизирует процесс лабораторной диагностики. При оценке изменений жирнокислотного спектра плазмы крови у пациентов с ИБС с использованием предложенного нами метода пробоподготовки были зафиксированы значительные и статистически достоверные изменения суммарных концентрационных показателей НЖК, ПНЖК, МНЖК. Такие изменения жирнокислотного состава плазмы крови больных ИБС могут служить свидетельством нарушения метаболизма ЖК на этапе образования эйкозаноидов в результате активации процесса липидной перекиссации. Т.о., предлагаемая модификация метода дериватизации может оказаться полезной в расширении перспектив применения хроматографического жирнокислотного анализа в клинической практике.

Литература

- 1 Лейн Л.Ю. Оценка жирнокислотного состава липидов крови и пота у больных ишемической болезнью сердца с гипертонической болезнью // Украинский научно-медицинский молодежный журнал.-2003 .- № 1-2.-С.8-10
- 2 Лебединская М.Р. Роль воспаления и перекисного окисления липидов в развитии атеросклеротических процессов при ишемической болезни сердца // Международный медицинский журнал. - 2002. - Т. 6, № 2-3. - С. 159-160.
- 3 Караман Ю.К., Кантур Т.А., Жукова Н.В. Спектр жирных кислот у больных артериальной гипертензией // Здоровье. Медицинская экология - 2009 - № 4-5. - 39-40
- 4 King J.W. Supercritical fluid extraction: present status and prospects // Grasas Aceites.- 2002. – P. 8-21.
- 5 Folch J., Lees M., Sloane-Stanley G.H. A simple method for isolation and purification of total lipids from animal tissues. // J.Biol.Chem. – 1957 - 226:497-50.
- 6 Knapp D.R. Handbook of analytical derivatization reactions. // A Wiley-Interscience Publication, John Wiley&Sons Inc. New York, - 1979.
- 7 Ариповский А.В, Колесник П.О., Вежел М.И., Ростока-Резникова М.В., Кирсанова М.П., Цяпеч С.В., Глазкова Г.П. Способ хроматографического определения суммарного жирнокислотного состава биологических жидкостей // Заявка на изобретение – 19.08. 2010. Украина.

8 Schwertner H.A., Mosser E.L. Comparison of lipid fatty acids on a concentration basis in patients with and without coronary artery disease or diabetes. // Clin. Chem. – 1993 - V.39- No.4 - P.659-663.

9 Aras O., Dilsizian V. Targeting ischemic memory // Current Opinion in Biotechnology.-2007.- Vol. 18.- P. 46-51.

Түйін

Сынама дайындаудың экстракциясыз тәсілін пайдаланып, биологиялық сұйықтықтардың майлы-қышқылды құрамын газды хроматографиялық анықтау

**А.В. Ариповский, П.О. Колесник, М.И. Вездел,
Червякова Т.А., Кирзо А.В.**

Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) бар науқастардың қан сарысуының майлы қышқылды өзгерістерін бағалау жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде қанықпаған май қышқылды, полиқанықпаған май қышқылды, моноқанықпаған май қышқылдарының қосынды концентрациялық көрсеткіштерінің маңызды және статистикалық нақты өзгерістері анықталды. ЖИА ауруы бар науқастардың қан сарысуының май қышқылды құрамының өзгерістері липидтік пероксидация процесінің белсенуі нәтижесінде эйкозаноидтердің пайда болуы кезеңінде май қышқылды метаболизмі бұзылуының дәлелі болуы мүмкін.

Summary

Gas-chromatographic determination of fatty acid composition in biological fluids by the method of sample preparation without extraction

*A. Aripovskiy, P. Kolesnik, M Vezhdel,
Chervyakova T, Kirzo A.*

Evaluation of changes in the fatty acid spectrum of blood plasma in patients with coronary artery disease, a study revealed substantial and statistically significant changes in total concentration indices of the polyunsaturated and saturated fatty acid. Changes in fatty acid composition of blood plasma of patients with coronary artery disease may serve as evidence of metabolic disorders in the fatty acids phase formation of eicosanoids as a result of activation of lipid peroxidation.

ОБЗОРЫ



ОБ УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

д.м.н. Л.М. Актаева

АО «Национальный медицинский холдинг», г. Астана

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» одним из направлений определен качественный рост человеческого капитала в Казахстане, для реализации которого необходимо повышение доступности и качества оказания медицинских услуг [1].

Под качеством медицинской помощи Всемирная организация здравоохранения считает «степень, в которых оказываемая в определенных экономических рамках помощь позволяет добиться наиболее благоприятных конечных результатов с точки зрения сбалансированного сочетания факторов риска и выгод» [2].

Согласно казахстанскому медицинскому праву качество медицинской помощи - это уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологий [3]. Повышение доступности и качества медицинской помощи путем дальнейшего развития и совершенствования Единой национальной системы здравоохранения определено приоритетной задачей Государственной Программы

развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан» [4].

Российские ученые под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки [5]. Так, М. Карачевцева (2004) предложила математическую модель идеального состояния качества медицинской помощи [6].

В международной практике качество медицинских услуг – это уход, лечение и услуги, сосредоточенные на пациенте и практикуемые каждым работником, уровень которых по безопасности, эффективности и своевременности определяет вероятность получения желаемых результатов и соответствует лучшим современным профессиональным знаниям [7,8]. Исследователи отмечают, что за последние несколько лет качество услуг стало одним из высших приоритетов руководства организации. По данным опроса свыше 500 генеральных директоров больниц США, по важности качество услуг занимало 12-е место в рейтинге проблем больниц в 2007 году, тогда как в 2009 году проблема качества услуг и безопасности пациента заняла 4-е место [9].

Вместе с изменением представлений о качестве менялись и концептуальные модели управления качеством, из которых в настоящее время общепризнанны следующие: контроль качества – методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для выполнения требований к качеству; обеспечение качества – виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые в рамках системы качества, необходимые для создания достаточной уверенности в том, что объект будет выполнять требования к качеству; непрерывное повышение качества – мероприятия, предпринимаемые в организации с целью повышения результативности деятельности и процессов для получения выгоды, как для организации, так и для ее потребителей [10].

Мировое признание получил подход к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, основанный на триаде А. Donabedian: ресурсы (или структура), включающие оценку стандартов ресурсной базы (кадры, оборудование, медицинская техника; материально-технические условия пребывания больных и работы медицинского персонала); процесс (или технологии), включающий стандарты технологий лечения, диагностики, профилактики; результаты (или исходы), включающие стандарты результатов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, обучения [11].

Наряду с этим американские исследователи предлагают расширить текущую интерпретацию понятия структуры следующими основными элементами организационных признаков с управленческой точки зрения: высшее руководство, культура, организационный дизайн, побудительные структуры, информационное управление и технология [12].

Особое место занимает оценка ресурсного обеспечения, поэтому важным моментом в сфере улучшения качества и минимизации затрат является оценка так называемой функции потерь, где потери качества растут в квадратичной зависимости по мере отклонения полученных значений качества от необходимых показателей [5]. Sa Couto Joaquim (2008) считает, что для сокращения стоимости и совершенствования качества медицинских услуг идеальным решением является проектный менеджмент в здравоохранении [13].

По мнению Ю.Токаревой (2010), повышение качества медицинской помощи возможно не только за счет более рационального и грамотного распределения имеющихся средств, но и за счет улучшения взаимоотношений медицинских работников и пациентов. Исследователь предложила методику оценки качества медицинской помощи по технологии SWOT-анализа, позволяющую выявить коэффициент качества медицинской помощи по критерию удовлетворенности врача и пациента [14].

Голландские ученые доказали возможность мониторинга управления качеством на национальном уровне на основании проспективного анализа 46 управленческих действий,

которые были изучены путем анкетного опроса в 474 организациях здравоохранения в 1995 и 2000 годы [15].

Американские исследователи на примере анализа 350 больниц в 50 штатах продемонстрировали, что эффективное руководство, управление знаниями и качественные программы могут повысить качество результатов безопасности пациентов и улучшить организационную работу [16].

По мнению Н. Прохоренко (2008) создание систем мотивации и стимулирования медицинских работников, эффективной контрактации, использование управляющей и мотивирующей функций сбалансированной системы показателей являются основами повышения качества медицинских услуг, удовлетворенности клиентов и, как следствие, роста эффективности и результативности медицинской организации в целом [17].

Д. Лукьянцева (2003) считает, что стандартизация в сфере медицинских услуг предполагает, в первую очередь, разработку постоянно актуализируемых классификаторов работ и услуг, как основы создания единого информационного пространства в здравоохранении [18].

Ф. Uras (2009) предлагает включить стандарты ISO в национальные стандарты и инструкции турецкого здравоохранения [19]. Наряду с этим некоторые турецкие ученые (2009) подчеркивают преимущества аккредитации Joint Commission International (JCI), как наиболее известной среди групп аккредитации здравоохранения, особо при планировании, развитии и предоставлении лабораторных услуг [20].

Израильские исследователи (2011) также отмечают, что предпочтение отдают американской модели аккредитации JCI ввиду отсутствия национальной системы аккредитации, хотя аудит и лицензирование в их стране осуществляется Министерством здравоохранения и Научным Советом Медицинской ассоциации Израиля [21].

В Казахстане определено, что аккредитация, как один из элементов повышения качества медицинских услуг, станет ключевым элементом национальной системы здравоохранения. Прохождение аккредитации будет обязательным условием для участия организации здравоохранения в конкурсе на размещение государственного заказа на предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи [22].

Принимая во внимание, что стандартизация является важнейшим условием, определяющим качество и безопасность современной медицины, АО «Национальный медицинский холдинг» определил важным условием реализации проекта «Госпиталь будущего» аккредитацию международной комиссией JCI, которая является «золотым стандартом» для медицинских организаций развитых стран. Данная аккредитация несет преимущества не только для медицинских работников и организаций, но и для пациентов, в частности, за счет минимизации медицинских ошибок, соблюдения прав пациентов и конфиденциальности медицинской информации, совершенствования системы обратной связи с пациентом. Внедрение в клиниках Холдинга международных стандартов качества и безопасности медицинской помощи станет важнейшим ориентиром для развития конкурентоспособности больничного сектора страны [23]. Холдинг при поддержке государства выступает пилотной площадкой, где будет наработан опыт управления, ориентированный на новый уровень качества оказания медицинских услуг [24]. Во главу угла должно ставиться качество медицинской помощи, основанное на внедрении высоких технологий и обеспечении интересов пациента, его безопасности, а также активной научно-инновационной деятельности [25].

Казахстанскими учеными разработан ряд научных подходов к управлению качеством медицинских услуг. Так, Б. Айгужиным (2001) разработана схема управления и организации деятельности многопрофильной городской больницы, внедрение которой позитивно отразилось на качестве оказываемых услуг [26]. С. Ибраев (2001) предложил комплекс методов измерения и оценки процессов в здравоохранении (критерий индекса развития здравоохранения) [27]. Г. Избасарова (2001), используя системный подход к анализу социально-гигиенических аспектов эффективности реформирования

стационарной хирургической службы, применила новые медико-организационные технологии [28]. В свою очередь, С. Ким (2002) одним из главных проблем контроля качества выделяет отсутствие принципа воспроизводимости, означающего использование описанных и формализованных процедур, обеспечивающих независимость результатов экспертизы от личности эксперта [29]. Г. Наубетовой (2004) предложена методика оптимизации и унификации лечебно-диагностического процесса при оказании терапевтической помощи в стационаре на основе внедрения медико-экономической стандартизации [30]. С. Каирбекова (2004) научно обосновала подходы по совершенствованию процесса лицензирования и аккредитации, предложила механизмы государственного регулирования в системе здравоохранения для управления качеством медицинской помощи и обеспечения социальной защиты населения в новых социально-экономических условиях [31]. М. Калажановым (2006) предложен методический аппарат расчета уровня качества медицинской помощи населению, основанный на комплексной оценке количественных и качественных параметров оценки эффективности профилактики, диагностики и лечения [32]. В. Ахметов (2008) ведущее значение придает совершенствованию нормативной базы для контроля качества медицинских услуг, принятию эффективных управленческих решений на основе оценки деятельности медицинских организаций, взаимосвязи внутреннего и внешнего контроля качества, разработки механизмов мотивации к повышению качества [33]. По мнению Н. Исатаевой (2008), в медицинской организации наиболее приемлема система менеджмента качества ISO серии 9000, что в большей мере определяется спецификой медицинской услуги [34]. Ж.Нуразханова (2010) предложила интегрированную модель менеджмента качества, основанную на внедрении и оценке требований МС ИСО 9001-2000, национальной аккредитации и использовании основных подходов модели Европейской организации менеджмента качества (EFQM) при оказании высокоспециализированной медицинской помощи [35]. Результаты изучения общественного мнения, проведенного Е. Биртановым (2010), показали, что факторами, определяющими улучшение качества медицинских услуг, являются прогресс медицинской науки, применение новых методов лечения, дальнейшие положительные изменения ведущих принципов здравоохранения – финансирования, образования, менеджмента в организациях [36].

Таким образом, за последние годы разработаны и внедрены в практику разнообразные по подходам методические материалы, посвященные управлению качеством медицинской помощи. Однако на пути решения данной задачи описанный аспект общественного здравоохранения по-прежнему остается чрезвычайно актуальным, так как достижение высокого качества в предоставлении медицинских услуг – это многогранная, долгосрочная, упорная работа всей вертикали и горизонтали звеньев отрасли здравоохранения.

Литература

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 27 января 2012 г. «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана/ <http://www.akorda.kz/>
- 2 Качество медицинской помощи/ Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения (документы ВОЗ и международные проекты).-2005.-№6.- С.6
- 3 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» / <http://www.mz.gov.kz>
- 4 Государственная Программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан» / <http://www.mz.gov.kz>
- 5 Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха// Медицинские новости. – 2009. – №12. – С. 6-12.
- 6 Карачевцева М.А. Научно-теоретическое обоснование методологии экспертизы качества медицинской помощи: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33.- Санкт-Петербург.- 2004.- 493С.
- 7 Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative/<http://www.iom.edu/>
- 8 Стандарты для аккредитации больниц Международной Объединенной Комиссии.- США, 2010.- 4-е изд.

- 9 Top Issues Confronting Hospitals: 2009.- American College of Healthcare Executives' (ACHE) annual survey/<http://www.ache.org/pubs/research/ceoissues.cfm>
- 10 Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. Управление. Измерение. Безопасность. Информация. – М.: Медицина XXI, 2004. – 432С.
- 11 Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care// The Milbank Quarterly.- Vol. 83.- No. 4.-2005.- pp. 691–729.
- 12 Glickman Seth W., Baggett Kelvin A., Krubert Christopher G., Peterson Eric D., Schulman Kevin A. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective/International Journal for Quality in Health Care.- December 2007. - 19(6):341-348.
- 13 Sa Couto Joaquim Project management can help to reduce costs and improve quality in health care services/ Journal of Evaluation in Clinical Practice. - 2008.- №14(1). p.48-52
- 14 Токарева Ю.М. Применение SWOT-анализа для оценки качества медицинской помощи кандидат социологических наук: дис. ... канд. социол. наук: 14.02.05.- Волгоград.- 122С.
- 15 Sluijs, Emmy M.; Wagner, Cordula Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000/ International Journal for Quality in Health Care. -2003.-15(3):223-234.
- 16 Charles R. Gowen, Stephanie C. Henagan, Kathleen L. McFadden Knowledge management as a mediator for the efficacy of transformational leadership and quality management initiatives in U.S. health care/ Health Care Management Review.- 2009.- №34(2).- p. 129-140
- 17 Прохоренко Н.Ф. Развитие системы мотивации труда врачебного персонала в целях повышения качества медицинской помощи: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. – Самара.- 191С.
- 18 Лукьянцева Д.В. Стандартизация в сфере медицинских услуг в управлении качеством медицинской помощи: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33.- - Москва, 2003.- 169С.
- 19 Uras F. Quality regulations and accreditation standards for clinical chemistry in Turkey/ Clinical Biochemistry. -2009.- 42(4-5):263-5.
- 20 Karaarslan I. Joint Commission on International Accreditation workshop: Planning, development and provision of laboratory services/ Embase Clinical Biochemistry. -2009. - 42 (4-5) (pp 284-287).
- 21 Bar-Ratson E. Dreier J. Wirtheim E. Perlman L. Gruzman C. Rosenbaum Z. Davidson E. The accreditation program in hospitals: Clalit Health Services experience/ Harefuah. -2011.-150(4):340-5.
- 22 Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан/<http://www.mz.gov.kz>
- 23 Шарман А.Т. Наша задача – обеспечить достойное содержание «Госпиталя будущего».-Medical trend.- Алматы, 2011.- №3. - с. 22-27
- 24 Биртанов Е.А. Формула эффективности медицины / National Business.- Алматы, 2011.- №4.- с. 44-45
- 25 Биртанов Е.А. «Госпиталь будущего» – мировые технологии в отечественном здравоохранении.- Medical trend.-Алматы, 2011.- №3. - с. 20-25
- 26 Айгужин Б.К. Совершенствование системы управления многопрофильной больницей в современных условиях: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2001. – 121С.
- 27 Ибраев С.Е. Методологические технологии измерения процессов реформирования здравоохранения Республики Казахстан в новых социально-экономических условиях: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2001. – 297С.
- 28 Избасарова Г.Р. Организационные технологии повышения эффективности деятельности стационарной хирургической службы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2001. – 149С.
- 29 Ким С.В. Теоретические основы моделирования процессов финансирования здравоохранения в Республике Казахстан в период социально-экономических преобразований: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2002. – 299С.
- 30 Наубетова Г.А. Медико-экономическая стандартизация лечебно-диагностического процесса в оценке качества и эффективности стационарной терапевтической помощи: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2004. – 0404РК00821
- 31 Каирбекова С.З. Научное обоснование подходов по совершенствованию технологии процесса лицензирования и аккредитации в системе здравоохранения: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2004. – 0404РК00158
- 32 Калажанов М.Б. Формирование, обеспечение и оценка качества медицинской помощи как основа управления общественным здравоохранением: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2006. – 0506РК00150.
- 33 Ахметов В.И. Теоретические и методологические основы создания комплексной системы обеспечения и непрерывного совершенствования качества в здравоохранении в Республике Казахстан: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Семей, 2008. – 261С.
- 34 Исатаева Н.М. Методические подходы к внедрению системы менеджмента качества на основе международных стандартов ISO серии 9000 в медицинских организациях: автореф. дисс... канд. мед. наук. - Астана, 2008. – 26С.

35 Нуразханова Ж.Ш. Совершенствование системы менеджмента качества при оказании высокоспециализированной медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Астана, 2010.- 26С.

36 Биртанов Е.А. Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан. - автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2010. – 614.2 -007:65.012.21/23:336,0(574). – 56С.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТА ПО ВОПРОСАМ ФТИЗИАТРИИ

М.В. Гизбрехт

ГУ «Мендыкаринская районная противотуберкулезная больница», Кустанайская область

В настоящий момент найти интересующую информацию в Интернете достаточно просто, но сплошной просмотр списка страниц, содержащихся в ответе на конкретный запрос и выбор действительно нужных, может занять много времени и не всегда бывает успешным. Одним из путей решения этой проблемы может быть создание избранных ссылок информативных и динамично обновляемых ресурсов по интересующим проблемам.

Цель данной публикации - краткий обзор имеющихся ресурсов Интернета по проблемам фтизиатрии для оказания помощи в поисках необходимой научно-медицинской информации.

Широко представлены проблемы фтизиатрии в российском Интернете. На страницах сайта Всероссийского научного общества пульмонологов можно ознакомиться с последними новостями в области пульмонологии и фтизиатрии [1]. Общество ежегодно организует и проводит Конгрессы по заболеваниям органов дыхания, конференции, посвященные проблемам пульмонологии, публикует сборники тезисов конгрессов.

На сайте журнала «Consilium medicum» [2] можно получить доступ к полным текстам статей из номеров журналов, посвященных проблемам фтизиатрии и пульмонологии. Среди других интересных страниц можно отметить такие как «Медицинские новости», «Медицина России и СНГ».

На сайте электронной версии «Русского медицинского журнала» [3] также можно получить полные тексты статей из выпусков, посвященных фтизиатрии и пульмонологии. Журнал публикует обзорные статьи и лекции по актуальным проблемам медицины, а также рефераты статей из самых свежих номеров западных медицинских журналов, другую полезную информацию. Интересен информационный ресурс, созданный для освещения проблем антибактериальных препаратов, клинической микробиологии, инфекционных заболеваний, профилактики [4]. Вся информация базируется на материалах ведущих научных медицинских изданий, а также на результатах оригинальных исследований и является общедоступной и бесплатной. На сайте имеется ссылка на ежеквартальный журнал «Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия», статьи из которого можно получать бесплатно.

Электронная версия российского журнала «Пульмонология» [5] - совместное издание Министерства здравоохранения РФ и Всероссийского общества пульмонологов. Здесь можно найти резюме наиболее интересных статей. С 1993 года практикуется издание тематических выпусков.

Также интересна страница, которая позволяет получить рефераты НИР практически по всем направлениям в области экспериментальной и клинической медицины [6]. База данных состоит из полных библиографических описаний и текстов рефератов, составленных на статьи, книги, патентные и другие документы из периодических отечественных и зарубежных изданий. На сайте российского журнала «Проблемы туберкулеза» [7] нет доступа on-line, однако возможен просмотр оглавления выпусков этих журналов за последние годы.

Следующий ресурс, на страницах которого рассказывается о противотуберкулезной программе, проводимой в России Нью-йоркским Институтом Здравоохранения [8]. Программа осуществляется в России на средства гранта от Института «Открытое общество» (Фонд Сороса). Одной из главных задач программы было содействие созданию в России надежной и доступной противотуберкулезной системы, основанной на методиках ВОЗ.

Весьма широко проблемы фтизиатрии и пульмонологии освещаются на англоязычных сайтах. На страницах Национальной библиотеки США [15] можно быстро получить рефераты статей по интересующей проблеме и переписать их на свой компьютер. Довольно часто редакции журналов открывают доступ к полным текстам статей за прошлые годы и при направленном поиске их вполне возможно получить бесплатно. Интересующую научно-медицинскую информацию можно получать и на сайтах специализированных журналов, таких как «*Thorax*» [16], «*Chest*» [17]. Страницы этих журналов постоянно обновляются, и иногда информация поступает с опережением. Получить полные тексты некоторых статей по фтизиатрии и пульмонологии можно, посетив сайт <http://www.stoptb.org> [18]. Зарегистрировавшись на нем, можно оформить подписку на получение новостей по интересующей вас проблеме.

На странице Международного союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями [19] представлена специализированная информация по вопросам фтизиатрии, здесь же можно познакомиться с журналом этой организации «*The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*». Многие руководства также можно просмотреть и распечатать в режиме on-line.

Сайт Европейского Респираторного Общества [20] интересен тем, что содержит информацию о ежегодно проводимых этим обществом конгрессах. С его страниц можно отправить тезисы и зарегистрироваться в качестве участника конгресса. Сайт отделения по ликвидации туберкулеза [21] Центра по контролю за заболеваниями и их предупреждению (CDC) в США - один из наиболее насыщенных информацией. На его страницах можно найти полнотекстовые версии различных методических рекомендаций, статей, новости и многое другое. Также на сайте этого Центра имеются страницы, посвященные другим заболеваниям [22].

Нельзя не упомянуть и о таком важном ресурсе как страницы ВОЗ, посвященные туберкулезу [23]. Инициатива «Стоп ТБ» [24] знакомит посетителей с проблемами борьбы с туберкулезом в 20-ти наиболее неблагополучных по этому заболеванию странах.

Многие научные и общественные общества и ассоциации также имеют в Интернете свои сайты и страницы. Приводим лишь несколько примеров, ибо дать их полный перечень в рамках одной публикации невозможно.

Инфосеть «Здоровье Евразии» [25] (проект Американского международного союза здравоохранения, АМСЗ) - электронная служба информации с библиотекой материалов по вопросам здравоохранения на различных языках, базами данных и интерактивными форумами. Самый крупный профессионально ориентированный Интернет-сервер [26] по вопросам фтизиатрии с множеством разделов по лечению и профилактике.

Определенный интерес может вызвать посещение сайтов некоторых ведущих зарубежных научно-медицинских учреждений, таких как National Heart, Lung and Blood Institute, USA - Национального Института по исследованиям сердца, легких и крови США [27]. В Интернете можно найти различные учебники и руководства по проблеме, например, на странице Канадской Медицинской Ассоциации [28] - практическое руководство по пульмонологии и фтизиатрии.

Надеемся, что этот далеко не полный обзор поможет практическим врачам, занимающимся проблемами фтизиатрии, значительно упростить поиск необходимой научной информации.

- 1 <http://www.mosmed.ru/pulmo/>.
- 2 <http://www.consilium-medicum.com/>.
- 3 <http://www.rmj.net/>.
- 4 <http://www.antibiotic.ru/>.
- 5 <http://www.pulmonology.ru/public-R.htm/>.
- 6 <http://www.remedium.ru/>.
- 7 <http://www.medlit.ru/>.
- 8 <http://www.tuberculosis.ru/>.
- 9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- 10 <http://thorax.bmjournals.com>
- 11 <http://www.chestjournal.org>
- 12 <http://intl-ajrcm.atsjournals.org>
- 13 <http://www.medscape.com>.
- 14 <http://www.iuatld.org>
- 15 <http://www.resent.org/>
- 16 <http://www.cdc.gov/nchstp/tb/default.htm/>.
- 17 http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/submenus/sub_pneumonia.htm
- 18 <http://www.stoptb.org>
- 19 <http://www.eurasiahealth.org/russian/>.
- 20 <http://www.asmanet.com/>.
- 21 <http://www.thoracic.org/>.
- 22 <http://www.aaaai.org/>.
- 23 <http://www.phassociation.org/>.
- 24 <http://www.aarc.org/>.
- 25 <http://www.cat.at/pollen/>.
- 26 <http://www.aafa.org/>.
- 27 <http://www.csrt.com/>.
- 28 <http://www.nhlbi.nih.gov/>

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ

*Магистр МВА А. Куанышкалиева
Центр внедрения современных медицинских
технологий Медицинского центра Управления
делами Президента Республики Казахстан*

Существенные изменения экономических и социальных условий работы медицинских учреждений, которые происходят за последние годы создают необходимость модификации принципов управления. Наблюдается стремительное развитие вычислительной техники и информационных технологий, которые внедряются практически во все отрасли человеческой деятельности. Все это настоятельно диктует переходить от решения отдельных информационных задач к комплексному решению проблемы информационного обеспечения деятельности медицинских учреждений.

В Казахстане реализация проекта «Создание Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан» (далее – ЕИСЗ) осуществляется с 2005 года в рамках республиканской бюджетной программы «Создание информационных систем здравоохранения». За период с 2005 по 2011 годы были разработаны и внедрены в опытную эксплуатацию на объектах здравоохранения в городах Астана и Алматы, а также Акмолинской области 7 компонентов ЕИСЗ.

Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ), прежде всего должны быть направлены на создание новой информационной среды деятельности практикующего врача — для снижения врачебных ошибок, экономии его рабочего времени в части ведения медицинской документации и т.п. По оценкам Всемирной организации здравоохранения около 20% врачебных ошибок связано с неполнотой данных или отсутствием возможности оперативного получения необходимой информации. Сегодня активно используются более 4 тысяч медикаментов, между которыми имеют место более

2 тысяч взаимодействий, определяющих возможность их совместного применения, более 17 тысяч торговых наименований лекарственных средств. Очевидно, что врач не может все это держать в голове. И поэтому сейчас активно развиваются системы компьютерной поддержки врачебных назначений, которые позволяют существенно, почти на 80% сократить количество ошибок при назначении лекарств и на 55% снизить неблагоприятные побочные реакции [1].

До 50% рабочего времени врача уходит на поиск необходимой информации и ведение документации. Применение компьютерных систем ведения медицинских записей о пациентах позволяет почти в 4 раза сократить время поиска необходимой информации, на 25% сократить время постановки диагноза и на 10-20% увеличить поток принятых врачом пациентов. Внедрение современных информационно-телекоммуникационных технологий непосредственным образом скажется на повышении доступности и качества медицинской помощи, особенно в первичном звене. Именно это и является одним из основных целевых показателей внедрения современных информационных проектов.

Медицинские информационные системы представляют собой комплекс математических и технических средств, обеспечивающих сбор, хранение, переработку и выдачу медицинской информации в процессе решения задач клинической медицины или здравоохранения. Медицинские информационные системы являются основной составляющей автоматизированных систем управления (АСУ), которые рассматриваются как совокупность лиц, принимающих решения, моделей поведения объектов и информационно-поисковых систем.

Согласно международной классификации информационных систем уровня ЛПО выделяют следующие разновидности систем:

- 1) Госпитальные (больничные) информационные системы (Hospital information system, HIS);
- 2) Клинические информационные системы (Clinical information system, CIS);
- 3) Электронные записи о здоровье (Electronic health record, EHR);
- 4) Электронные медицинские записи (Electronic medical record, EMR);
- 5) Электронные записи о пациенте (Electronic patient record, EPR).

Госпитальные (больничные) информационные системы (HIS, hospital information system) определяются как компьютерные системы, разработанные для облегчения управления со всей госпитальной медицинской и административной информацией, а также способствующие повышению качества оказания медицинской помощи [3].

Выделяют также клинические информационные системы (CIS, clinical information system), являющиеся подгруппой больничных информационных систем, посвященные непосредственно деятельности, касающейся пациента.

ГИС – госпитальная информационная система, включает электронную запись медицинских данных (electronic medical records – EMR), которая сообщается с радиологической информационной системой (RIS), системой архивирования и передачи изображений (PACS), лабораторной информационной системой (LIS), системой управления предприятием (ERP), а также системой электронного документооборота [4]. Внедрение и поддержание системы электронных записей медицинских данных позволяет создавать полную картину о динамике заболеваний и взаимодействии больного с врачами, амбулаторном лечении и характере госпитализации.

Отдельно говорят о компоненте записей о здоровье (health record component), который предназначен для занесения, хранения, восстановления, обработки и обмена данными, связанными со здоровьем пациента. Сам термин «данные о здоровье» (health data) понимается в широком смысле как включающий различные виды информации, связанные со здоровьем, такие как особенности пациента, семейный анамнез, биологические данные, данные визуализирующих методов исследования, генетические сведения и т.д.

Соответственно этому выделяют электронные записи о здоровье (electronic health record, EHR), которые содержат медицинские записи, создаваемые и используемые

врачами; записи медсестер и специализированные записи, используемые другими врачами- специалистами и социальными работниками. В последнее время среди электронных записей о здоровье выделяют *электронные записи о пациенте* - EPR для отражения множественности и различия информации о здоровье.

Электронная запись о здоровье должна быть доступна в любое время и в любом месте для авторизованного врача-клинициста. Поэтому отдельные автоматизированные системы подразделений, созданные лишь для специфических структур, не могут служить для формирования записей о здоровье.

Электронные записи о здоровье (EHR) могут быть как частью госпитальных информационных систем или клинических информационных систем, так и быть реализованы как самостоятельные системы.

EHR-системы дают множество преимуществ при сравнении с ручным вариантом. Первые госпитальные информационные системы за рубежом появились в середине 60-х годов XX века в США и нескольких европейских странах. Начиная с ранних 60-х годов, информационные системы уровня ЛПО разрабатывались для покрытия как административных, так и медицинских функций. Однако необходимо отметить, что по многих первых системах часто реализовывалась лишь автоматизация выставления счетов и страховые аспекты деятельности клиники.

В настоящее время, начинается период по-настоящему медицински-ориентированных информационных систем, которые должны обеспечивать интеграцию функций всех существующих добавочных систем в одной системе, ядром которой является электронная история болезни [5,6]. Кроме того, в настоящее время существует развитие компьютерных технологий, диктующее, с одной стороны новые требования, с другой, предоставляет новые возможности и, с третьей, обеспечивает рост ожиданий. Несмотря на значительное развитие компьютерных технологий в клиниках, большинство существующих систем характеризуются дублированием данных и функционала, распределенных между разными приложениями.

Сегодня у нас не определены критерии оценки уровня информатизации здравоохранения. Количество компьютеров в лечебных учреждениях не является адекватным показателем. В Европейском Союзе (ЕС) для оценки применения ИКТ в здравоохранении используются два основных показателя: доля населения, использующего интернет для получения медицинской информации (в ЕС и США это около 80%) и доля врачей общей практики, использующих электронные медицинские записи (в среднем в ЕС этот показатель составляет около 25%, в Дании — 75%, в США — около 17%). У нас в республике подобных данных нет, есть только отдельные исследования.

Таким образом, сегодня у нас нет адекватной основы для анализа и оценки уровня информатизации и, естественно, для правильного планирования ресурсов на ИТ.

Основная проблема внедрения ИКТ в здравоохранении сегодня не столько в отсутствии денег, сколько в их разумном, эффективном использовании [7]. Для повышения эффективности ИКТ очень слабо используются имеющиеся организационные и административные ресурсы. Сегодня ситуация такова, что медицинские работники недостаточно мотивированы к применению современных компьютерных технологий. Наш врач, в отличие от западного, работает совершенно в других условиях. По данным ВОЗ оптимальное соотношение между количеством врачей и средних медицинских работников составляет 1:4,3, в ЕС сегодня — 1:4, в США — 1:5,5 и даже 1:6 в некоторых штатах. У нас 1:2,2, причем с учётом всех параклинических служб. И в этих условиях, естественно, у врача, при тех нормативах, которые существуют для реализации его функции врачебной должности, не хватает времени для изучения и освоения компьютерных технологий. Отсутствуют и мотивация, и реальные возможности, поэтому необходимы постоянная актуализация профессиональных знаний и организация непрерывного дистанционного образования медицинских работников на основе ИКТ и сервисов интернет.

Информационные процессы в медицине рассматривает медицинская информатика. В настоящее время медицинская информатика признана как самостоятельная область науки, имеющая свой предмет, объект изучения и занимающая место в ряду других медицинских дисциплин. Общемировое сообщество профессионалов, занимающихся медицинской информатикой, в 1967 г. в рамках Международной федерации информатизации создали специализированный технический комитет. К 1979 году была создана международная ассоциация по медицинской информатике.

Актуальным направлением развития медицинской информатики является разработка комплексных медицинских информационных систем (далее - КМИС), позволяющих обрабатывать информацию по всей цепочке движения пациента: поступление - диагностика - лечение - реабилитация – мониторинг.

В системе Медицинского центра Управления делами Президента РК (далее – МЦ) опытное внедрение КМИС начато в 2010 году, когда в рамках проекта «Создание «Комплексной медицинской информационной системы» разработано программное обеспечение, автоматизирующее бизнес-процессы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан и подчиненных ему территориальных подразделений. Проект объединил 7 объектов внедрения в 2 городах республиканского значения (Алматы и Астана).

Основной целью проекта являлось создание качественной информационной системы ведения медицинской информации на основе электронной медицинской карты, объединяющей понятия электронной амбулаторной карты и электронной истории болезни, поддержки принятия решений органов управления на основе оперативного анализа лечебно-диагностического процесса, информационного взаимодействия между участниками лечебно-диагностического процесса.

Для этого на основе нормативной базы функционирования МЦ выполнен анализ текущего состояния информационных технологий МЦ и оценка вариантов реализаций с учетом существующих ограничений, накладываемых инфраструктурой информационных технологий. Были разработаны предложения по целевому состоянию информационных систем МЦ и управления информационными технологиями, с учетом организации взаимодействия с внешними системами, а также их интеграции с инфраструктурой электронного правительства, а также по направлениям развития инфраструктуры информационных технологий и совершенствования процессов управления информационными технологиями, были сформулированы предложения по стратегии развития информационных технологий МЦ.

На 2012 год планируется ввод КМИС в промышленную эксплуатацию и интеграция с внутриведомственными и межведомственными информационными системами, с базовыми компонентами электронного Правительства.

Использование информационных систем в деятельности медицинских организаций показало, что их применение ведет к контролю за рациональным использованием ресурсов лечебного учреждения, лекарственных средств, особенно дорогостоящих видов медицинского оборудования и приборов, повышению экономической мотивации труда персонала лечебно-профилактических организаций, повышению качества оказываемых медицинских услуг.

Учитывая важность формирования обмена данными, а также соответствующий уровень обеспечения безопасности информационных потоков потребовалось создание защищенной системы передачи информации, основанные на современном телекоммуникационном оборудовании и программном обеспечении, обеспечивающих защищенную и безопасную среду передачи информации. В этой связи в настоящее время разрабатываются форматы и стандарты хранения и передачи информации подсистемами и компонентами, механизмы межведомственного взаимодействия с заинтересованными центральными и местными исполнительными органами.

Также учитываются риски (финансовые, коммерческие, экологические, институциональные), определяющие основные факторы воздействия, предположительный характер и диапазон изменений, предполагаемые мероприятия по снижению рисков.

В результате реализации проекта будут предоставляться следующие услуги:

Для медицинских организаций КМИС позволяет перейти на безбумажные технологии обмена данными как внутри одной медицинской организации, так и между организациями здравоохранения одного уровня, и передачу данных в Министерство здравоохранения. Использование в работе электронных шаблонов медицинских записей, освобождают врачей от рутинной бумажной работы и значительно сокращают время на ведение медицинской документации, минимизируются трудозатраты на ввод информации. Электронный паспорт здоровья пациента позволяет оперативно получить доступ к этим сведениям как лечащим врачам, так и самому пациенту.

Для населения информационные системы позволяют предоставлять количественную и качественную информацию о медицинской организации для обеспечения законного права пациента выбора медицинской организации здравоохранения, получать различные электронные услуги для повышения доступности медицинской помощи (запись на прием к врачу, вызов врача на дом, просмотр графиков работы поликлиник, просмотр профилактических мероприятий и т.д.

Литература:

- 1 Рот Г. З., Фихман М. И., Шульман Е. И. Медицинские информационные системы : учебное пособие. Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2005.
- 2 Collen, M.F. The evolution of computer communications / M. F. Collen // MD Comput. -1999. -V.16(4). -P. 72-76.
- 3 Chrismar. W.G. The Economics of Integrated Electronic Medical Record Systems /W.G. Chrismar, S.M. Thomas // Proc. of XI Int. Congress on Medical Informatics (Medinfo 2004). -San-Francisco, 2004. - P. 592-596.
- 4 Hostgaard, A.M. Dealing with Organizational Change when Implementing HER Systems / A.M. Hostgaard, C. Nohr /' Proc. of XI Int. Congress on Medical Informatics (Medinfo 2004). -San-Francisco, 2004. - P. 626-630
- 5 Комаров Ю.М. Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения.– М.- 1995. – 142 с.
- 6 Smith P.J.& Smythe E. (2003). Globalization, citizenship and new information technologies: From the MAItO Seattle. Chapter 14 in this book.
- 7 Кобринский Б.А. Единая концепция построения персональных электронных медицинских карт, информационных систем разных уровней и специализированных регистров // Менеджер здравоохранения.- 2011. - №5. – С.39-45.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*к.м.н. А.Б. Масимов
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК
Центр аккредитации*

Исследования в области безопасности пациентов являются актуальными в международной практике. Данная тема требует своего развития и в здравоохранении Казахстана, так как, к сожалению, в настоящее время при внедрении принципов безопасности пациентов в медицинских организациях, при написании научных работ отечественные организаторы здравоохранения пользуются данными иностранных исследователей.

На сегодняшний день нет достаточного количества научно доказанных отечественных данных, чтобы понять, почему неблагоприятные события происходят в процессе оказания медицинской помощи, как и в какой степени, они влияют на состояние пациентов. Более того, возникают новые вопросы, как уменьшить их количество, а последствия их для пациента свести к минимуму. К тому же внедрение обновленных стандартов

аккредитации, соответствующих международным принципам оказания медицинской помощи также требуют проведения исследований в этой области.

Будучи характерной для систем здравоохранения, безопасность пациентов представляет собой сложное явление, так как зависит от сложного взаимодействия организационных, экономических, правовых, социальных и технических факторов. К тому же из-за того, что катастрофические последствия редки и измерение предотвратимых результатов представляет определенную сложность, исследования в области безопасности пациентов нелегко вписываются в обычные количественные методы. Поэтому важно применять различные виды научных исследований в зависимости от этапа исследования и стоящих перед исследователями задач. Например, качественные методы предполагают сбор информации в свободной форме и фокусируются не на статистических измерениях, а опираются на понимание, объяснение и интерпретацию эмпирических данных, являются источником формирования гипотез и продуктивных идей и их рекомендуют применять в начале исследования. Количественные же исследования, в основе методик которых лежат строгие статистические модели, используют большие выборки, что позволяет не просто получить мнения и предположения, а выявить точные количественные (числовые) значения изучаемых показателей. То есть результаты количественных исследований являются статистически достоверными и их можно экстраполировать (распространять, обобщать) на все население региона или на ту группу, на которую направлено исследование.

По дизайну различают наблюдательные и экспериментальные исследования. Наблюдательные исследования выполняются для понимания проблем безопасности, определения характерной последовательности проблем и выработки потенциальных подходов к их решению. Например, проведение исследования в медицинской организации для выявления случаев неблагоприятных воздействий на пациентов и решения вопроса о приоритетности их устранения. Экспериментальные исследования применяются для оценки эффективности внедряемого изменения в какой-либо процесс оказания медицинской помощи.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует разделить исследования, проводимые в сфере безопасности пациентов на несколько этапов (рис.).



Рисунок - Этапы исследования в сфере безопасности пациентов

На первом этапе определяется, сколько пациентов пострадало или погибло, в течение года, во время получения медицинской помощи от неблагоприятных воздействий, будь то медицинские ошибки, внутрибольничная инфекция, ошибки при хирургических вмешательствах и т.д. Можно применить ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных/амбулаторных карт за определенный период времени на предмет

наличия неблагоприятного воздействия во время получения медицинской помощи, независимо от того был или не был причинен вред пациенту [1]. Также можно провести анонимное анкетирование медицинских работников, включающих вопросы о медицинских ошибках, их исходов, реакции на них и причин возникновения.

Кроме того, можно внедрить в медицинской организации методику регистрации медицинским персоналом случаев неблагоприятного воздействия на пациентов [2].

В предлагаемых методах выявления случаев неблагоприятных воздействий на пациента источником информации является медицинский персонал, который заинтересован скрывать такие события. Это связано с правовыми нормами, предусматривающими наказание за совершенную врачебную ошибку. В связи с чем, было предложено проводить 24-х часовое наблюдение у постели больного с фиксированием всех произведенных манипуляций в специально разработанную форму. Данное исследование должно проводиться в течение продолжительного количества времени на определенной группе пациентов одного клинического отделения [3].

Следующим шагом является понимание основных причин возникновения неблагоприятных воздействий на пациента, приносящих вред его здоровью. Ретроспективные исследования медицинской документации наиболее часто используемый метод изучения на данном этапе, например, анализу подвергаются материалы разбора случаев медицинских ошибок.

Кроме того, можно использовать перекрестный анализ связанных данных, например, влияние укомплектованности средним медицинским персоналом (особенно в палатах интенсивной терапии, реанимационных отделениях) на больничную летальность и количество послеоперационных осложнений [4]. Или провести проспективное когортное исследование для сравнения частоты и путей предупреждения побочных эффектов препаратов и потенциальных побочных эффектов препаратов у пациентов, госпитализированных в отделения интенсивной терапии и общей терапии. Еще одним методом исследования может быть анонимный опрос врачей с использованием различных методов интервьюирования, чтобы понять, как осуществляется контроль и регулирование медицинских ошибок в их врачебной практике.

На основе анализа причинно-следственных связей возникновения инцидентов принимаются решения, направленные на повышение безопасности пациентов. Поиск решений в отношении сокращения риска при оказании медико-санитарной помощи и повышения ее безопасности включает использование существующих решений. Наиболее важным компонентом знаний в сфере обеспечения безопасности пациентов является поиск путей предупреждения нанесения вреда пациентам. Правильные решения - это те меры и действия, которые предупреждают повторное возникновение проблем с обеспечением безопасности пациентов и снижают риск в отношении пациентов. Если предлагаются новые решения, то необходимо провести рандомизированные клинические исследования с целью выбора эффективных мер снижения степени вреда, наносимых пациенту. Например, какой из методов раздачи лекарственных средств пациенту в условиях стационарного лечения наиболее безопасен. Сравнивают раздачу лекарственных средств из аптеки (централизованную) и через постовых медицинских сестер (децентрализованную) [5].

Очень важно оценивать эффективность принятых решений в реальных условиях с точки зрения их воздействия, приемлемости и доступности. Для такой оценки используют методы экономического анализа, в частности анализ затрат [6,7]. Например, можно подсчитать дополнительные расходы медицинских организаций при возникновении случаев неблагоприятного воздействия на пациента по сравнению с обычными случаями оказания медицинской помощи.

Последним этапом исследования будет внедрение его результатов в практику. Учитывая большое количество внедряемых технологий по предотвращению или снижению неблагоприятных воздействий на пациента и то, что они не всегда

малозатратны, эффективны (полезны), то необходима оценка внедряемых медицинских технологий. Оценка медицинской технологии изучает широкий спектр эффектов, включая организационные, этические, юридические, социальные и культурные аспекты [8].

Проведение исследований в области безопасности пациентов позволит не только выявить наличие и определить частоту и масштабы возникновения известных или новых проблем, но и приведет к созданию собственной доказательной базы по этому вопросу. В дальнейшем на основе результатов исследований можно будет разработать стандарты для медицинского персонала, позволяющие обеспечивать безопасность пациентов и инициировать изменения в существующие нормативно-правовые акты в области безопасности пациентов. Кроме того, внедрение обучающих программ по безопасности пациентов в медицинских организациях позволит снизить уровень неблагоприятных воздействий на пациента и повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Литература

- 1 Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ, 2004, 170:1678-1686
- 2 Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. Ann Intern Med. 2006;145:488-496
- 3 Donchin Y, Gopher D, Olin M, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Qual. Saf. Health Care 2003, 12; 143-147
- 4 Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 2002; 288:1987-1993
- 5 Greengold N, Shane R, Schneider P, Flynn E, Elashoff J, Hoying C, Barker K, Bolton LB. The Impact of Dedicated Medication Nurses on the Medication Administration Error Rate: A Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med, 2003;163:2359-2367
- 6 Bates DW, Spell N, Cullen DJ, et al. The costs of adverse events in hospitalized patients. JAMA 1997;277:307-11
- 7 Применение клинко-экономического анализа в медицине: учебное пособие / под ред. А.В. Решетникова. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 179 с.
- 8 Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. Health Technology Assessment, 2005, Volume 9: number 19

УДК 616-07:616.115.5

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ ЭРИТРОПОЭТИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*д.м.н., профессор Г.А. Рахимбекова, А.А. Коньсбекова, А.Т. Ногайбаева,
А.О. Молдагожина, Х.А. Рахимберлина
АО «Национальный научный медицинский центр», г. Астана*

Анемия одно из самых серьезных осложнений, определяющих качество жизни и выживаемость больных хроническими заболеваниями почек на стадии хронической почечной недостаточности (ХПН) [1].

Нормохромная анемия появляется у больных с брайтовым нефритом при уменьшении клубочковой фильтрации (КФ) до 50 мл/мин, а у больных с диабетической нефропатией (ДН) еще раньше – при уровне клубочковой фильтрации 60–70 мл/мин.

Анемический синдром усиливается при прогрессировании ХПН, так как сморщивание почек ведет к снижению синтеза гормона эритропоэтина (эпоэтина) в перитубулярных клетках интерстициальной ткани почек. Ослабленная продукция эритропоэтина – наиболее важная причина анемии при хронических заболеваниях почек, роль других факторов (укорочение жизни эритроцитов, тромбоцитарная дисфункция, обуславливающая кровоточивость, действие уремических токсинов на эритроциты, снижение уровня железа из-за гемодиализных кровопотерь, удаление при гемодиализе

фолиевой кислоты, индуцированный паратгормоном остеофиброз) менее значима. При развитии почечной недостаточности нарушается обратная линейная зависимость между уровнем плазменного эритропоэтина и концентрацией гемоглобина. В результате снижается ответ кислородных тканевых сенсоров на гипоксическую стимуляцию и синтез эритропоэтина не увеличивается пропорционально тяжести анемии. При этом костный мозг характеризуется неэффективным эритропоэзом, ведущим к анемии, внутрикостномозговому гемолизу, сокращению средней длительности жизни эритроцитов. Указанная эритропоэтин-дефицитная анемия сохраняется у больных ХПН, находящихся на хроническом гемодиализе (ГД) и постоянном амбулаторном перитонеальном диализе (ПАПД), и исчезает после аллотрансплантации почки [2].

Выраженность и длительность анемии при ХПН во многом определяет тяжесть астенического синдрома, степень переносимости физической нагрузки и снижения эффективности умственной деятельности, чувствительность к инфекциям и опасность постгемотранфузионного гемохроматоза.

В консервативной стадии ХПН только менее 25% больных получают антианемическую терапию, при этом лечение начинается поздно - при среднем уровне гемоглобина (Hb) 90 г/л. Между тем, в настоящее время установлено, что, например, частота обнаружения эксцентрической формы гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) прямо пропорциональна тяжести эритропоэтин-дефицитной анемии (таблица 1) [3].

Таблица 1 - Зависимость частоты ГЛЖ от выраженности анемии при хронической почечной недостаточности

ХПН, КФ, мл/мин	Проявления ХПН	
	Средний Hb, г/л	Частота ГЛЖ в %
Начальная, КФ 75-50	141	27
Умеренная, КФ 50-25	127	31
Выраженная, КФ 10-25	114	45
Терминальная, КФ<10	89	75

При далеко зашедшей ГЛЖ летальность увеличивается в 4 раза, риск острого инфаркта миокарда в 3–6 раз, риск развития острой левожелудочковой недостаточности и тяжелых нарушений ритма – в 4 раза [4,5]. Уменьшение уровня Hb на 10 г/л повышает летальность от сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений ХПН почти на 20% и снижает качество жизни больных.

Новые возможности в лечении почечной анемии появились в 1985 году, когда было проведено успешное клиническое испытание препарата рекомбинантного человеческого эритропоэтина, полученного методом генной инженерии. При этом фармакологическая коррекция дефицита эритропоэтина при ХПН обеспечивала нормальную стимуляцию костного мозга при анемии и прекращала неэффективный эритропоэз. Был обнаружен стимулирующий эффект препарата эритропоэтина как на пролиферацию эритроидных клеток, так и на их дифференциацию, созревание, скорость синтеза гемоглобина, порфиринов, а также на утилизацию железа костным мозгом, скорость выхода ретикулоцитов из костного мозга в кровь с переходом их в зрелые эритроциты.

Современные препараты эритропоэтина – это высокоочищенные гликопротеиды, состоящие из полипептидных цепей и карбогидратной части (альфа или бета), на концах которой расположены сиаловые группы, предотвращающие инактивацию гормона. Соответственно классификации выделяют: эритропоэтины-альфа, эритропоэтины-бета, эритропоэтины-омега. Они сопоставимы по антианемическому эффекту, дозам, способам введения, частоте побочных эффектов и фармакодинамике. Препараты рекомбинантного человеческого эритропоэтина применяются внутривенно или подкожно. При внутривенном способе введения концентрация эритропоэтина в крови в 10–15 раз выше, а

период полувыведения в 2–3 раза короче. Подкожный способ введения эритропоэтина не уступает внутривенному по эффективности, однако является более безопасным и экономичным: коррекция анемии достигается в те же сроки, что при внутривенном способе, но за счет применения (в 1,5–2 раза меньших) кумулятивных и поддерживающих доз[5].

В последнее время апробирован одноразовый способ введения подкожно суммарной недельной дозы эритропоэтина бета один раз в неделю и получен сравнимый с обычным режимом введения (2–3 раза в неделю) эффект, что значительно облегчает практическое применение препарата. При этом частота и характер побочных эффектов не отличаются от этих показателей при стандартном режиме введения эритропоэтина бета [6].

Клинические эффекты препаратов эритропоэтина.

Эффект терапии заключается в быстрой нормализации числа эритроцитов, Hb и показателя гематокрита (Ht) крови. К ранним признакам эффективности лечения относятся: 2–3-кратное увеличение ретикулоцитов крови и быстрое снижение уровня сывороточного ферритина, отражающее мобилизацию запасов железа организма больного. За счет ликвидации зависимости больных ХПН от гемотранфузий и активного потребления эндогенного железа для синтеза эритроцитов эритропоэтин устраняет перегрузку железом, то есть постгемотранфузионный гемохроматоз. Лечение эритропоэтином влияет также на повышенную кровоточивость при уремическом геморрагическом синдроме путем восстановления адгезивных свойств тромбоцитов[7].

Положительный кардиопротективный эффект развивается через 3–6 месяцев лечения. Коррекция анемии эритропоэтином через воздействие на гиперкинетический тип кардиогемодинамики и гипоксическую вазодилатацию (таблица 2) уменьшает преднагрузку и ведет к обратному развитию ГЛЖ в консервативной стадии ХПН и на диализном этапе [8,9].

Таблица 2 - Влияние лечения эритропоэтином на формирование ГЛЖ у больных ХПН (средний уровень креатинина крови - 5,3 мг %)

Показатель	До лечения (n=28)	После 5 мес лечения (n=25)
АД среднее, мм рт. ст.	99,85±8,64	98,08±8,24
Конечный систолический объем, см ³	63,8±9,6	52,24±9,7*
Конечный диастолический объем, см ³	161,97±13,3	130,83±12,7*
Ударный индекс, мл/м ²	52,92±3,0	39,87±2,3*
Фракция выброса, %	55,73±5,0	59,99±5,1
Масса левого желудочка, г	215,00±25,4	186,82±23,1*
Гематокрит крови, %	24	35*
Примечание* - p<0,05.		

Кроме того, коррекция анемии снижает риск смерти от ишемической болезни сердца ИБС, что объясняется уменьшением ишемии миокарда, активацией миокардиального неоангиогенеза, стабилизацией центральной гемодинамики и сердечного ритма [10]. Однако у части больных на ГД наблюдается недостаточный кардиопротективный эффект эритропоэтина, что объясняют поздним назначением эритропоэтина и недостаточной коррекцией анемии.

Анаболический эффект длительного лечения эритропоэтином важен для профилактики прогностически неблагоприятного синдрома белково-энергетической недостаточности (mal-nutrition), часто встречающегося у диализных больных. Под влиянием эритропоэтина улучшается аппетит и усиливается синтез альбумина в печени. Лечение эритропоэтином стимулирует рост у детей при уремическом нанизме и уменьшает проявления уремического гипогонадизма у взрослых больных ХПН.

При длительном применении эритропоэтина отмечается снижение заболеваемости инфекциями. Ликвидация зависимости больных ХПН от гемотрансфузий оказывает существенное влияние на распространенность диализных гепатитов В и С. Повышение резистентности к инфекциям связано также с уменьшением тканевой гипоксии и снижением частоты вторичного гемохроматоза. Вакцинация, антибактериальная и противовирусная терапия более эффективны у больных ХПН, систематически получающих эритропоэтин.

Показания и противопоказания к лечению эритропоэтином
Начальная стадия ХПН. Поскольку по мере удлинения срока персистирования анемии увеличивается риск кардиальной смертности, целесообразно начинать лечение эритропоэтином при первых проявлениях ХПН с лабораторными признаками анемии. Указанный новый подход (см. рисунок) к назначению эритропоэтина базируется на концепции периода лечения почечной анемии (ПЛПА) [10].

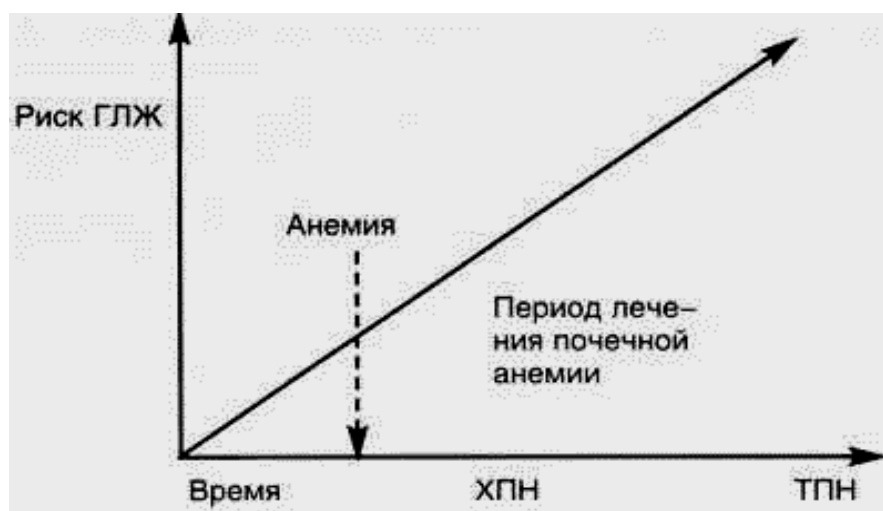


Рисунок - Подход к назначению эритропоэтина

Рекомендуется добиваться ранней полной коррекции Hb с целью кардиопротекции – профилактики развития эксцентрической ГЛЖ.

Впервые выявленное снижение Hb до 120 г/л (вертикальная стрелка вниз), развивающееся при ХПН задолго до наступления ее терминальной стадии (ТПН), означает начало ПЛПА и должно расцениваться как показание к назначению эритропоэтина.

Терминальная стадия ХПН. У больных, находящихся на заместительной почечной терапии, – эритропоэтин назначают после сокращения микрокровопотерь и оптимизации режима ГД (ПАПД). Показания к началу лечения: Hb < 111 г/л (Ht < 30%), зависимость от гемотрансфузий, вызванные анемией симптомы поражения миокарда (эксцентрическая ГЛЖ, плохая переносимость физических нагрузок), ЦНС (снижение эффективности умственной деятельности), а также отставание в росте и развитии у детей с ХПН. Лечение эритропоэтином противопоказано при неконтролируемой гипертензии, а также при непереносимости препарата.

Для диагностики анемии и выявления причин резистентности к эритропоэтину должны быть определены: уровень Hb, Ht, число ретикулоцитов, средний объем (MCV), средняя концентрация Hb (MCH) в эритроцитах, средний диаметр эритроцитов, уровень сывороточного ферритина, коэффициент насыщения трансферрина (КНТ=сывороточное Fe x 100/трансферрин x 1,41), процент гипохромных эритроцитов крови, С-реактивный белок крови (СРБ).

При обнаружении повышения СРБ крови (>50 мг/мл) показано обследование больного ХПН с целью диагностики воспалительного процесса (острая инфекция, активность системного заболевания) и последующего противовоспалительного (антибактериального) лечения перед началом терапии эпоэтином.

Дефицит железа должен быть скорректирован до назначения эритропоэтина. При выявлении гипоферритинемии (<100 мкг/л), уменьшения MCV, MCH, среднего диаметра эритроцитов, снижения КНТ (<20%), увеличения концентрации гипохромных эритроцитов (>10%) на 2–3 нед назначаются препараты железа: внутрь (200 мг/сут элементарного железа), а при отсутствии эффекта – внутривенно (100–200 мг/нед во время очередного сеанса гемодиализа). Лечение начинают после нормализации уровня ферритина и увеличения КНТ. При наличии исходной перегрузки железом (повышение уровня ферритина более 800 мкг/л, а КНТ – более 50%, снижение гипохромных эритроцитов <2,5%) лечение эритропоэтином начинают без назначения препаратов железа.

Опыт применения эритропоэтина при ХПН обобщен в Европейских практических рекомендациях [11]. Основным принципом лечения эритропоэтином является постепенное достижение целевого Hb (Ht). Целевым называется уровень Hb (Ht), обеспечивающий больному ХПН высокую выживаемость и оптимальный уровень качества жизни при минимальном риске осложнений и побочных эффектов. У ряда больных ХПН целевой Hb достигается при неполной коррекции анемии, так как при дальнейшем повышении уровня Hb (Ht) до его полной нормализации может увеличиться смертность от острого инфаркта миокарда, инсульта, гипертонии, а также возрасти частота тромбоза хронической артериовенозной фистулы [12].

В лечении эритропоэтином выделяют коррекционный период (период прироста Hb) и поддерживающий период (период стабилизации целевого Hb). В коррекционный период прирост Hb должен составлять 10–15 г/л/нед, а Ht – 0,5–1%/нед. При этом целевой Hb (Ht) обычно достигается через 6–8 недель лечения эритропоэтином. После достижения целевого Hb (Ht) наступает поддерживающий период: дозу эритропоэтина уменьшают на 20–30% и переходят на индивидуальную поддерживающую терапию. Стабилизация Hb на "целевом" уровне обеспечивается как путем подбора минимальной эффективной дозы эритропоэтина, так и за счет коррекции дефицита железа и лечения инфекций.

Эритропоэтин принимается per os в дозе 30–60 ЕД/кг 1 раз в неделю. При этом необходимо постепенное (за 6–8 нед) достижение целевого Hb (135–140 г/л), соответствующего полной коррекции анемии. Баланс железа обычно поддерживают с помощью перорального приема препаратов железа (сульфат железа), назначаемых 1–3 раза в день за 2 часа до еды. При этом доза элементарного железа должна быть не менее 200 мг/сут. В процессе лечения необходим постоянный контроль за остаточной функцией почек (динамикой КФ и креатинина крови), гипертонией (включая суточное мониторирование), гидратацией (ОЦК), кардиогемодинамикой. Поэтому особенно важное значение имеет комбинация эритропоэтина с гипотензивной терапией, а также с соблюдением малобелковой диеты (0,6 г белка на 1 кг массы тела) и ограничением натрия.

Признаки снижения эффекта эритропоэтина: прирост Hb <10 г/л/нед (Ht <0,5%/нед). Дефицит железа – самая частая причина снижения ответа на препараты эритропоэтина. Достижение и поддержание целевого Hb обеспечивается нормальным балансом железа: ферритин 200–500 мкг/л, КНТ 30–40%, количество гипохромных эритроцитов менее 2,5%.

Если у больного ХПН со сниженным ответом на эритропоэтин отсутствуют признаки дефицита железа, необходим поиск других причин сниженного ответа на эритропоэтин. Среди них: бактериальные инфекции (включая туберкулез), активность системных заболеваний соединительной ткани, хронические кровотечения, тяжелый уремический гиперпаратиреоз, хроническая интоксикация алюминием, онкологические заболевания (миеломная болезнь), влияние лекарств (ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов А-II, цитостатики, блокаторы H₂-рецепторов, теофиллин, витамин А). Индикатором текущего

активного воспалительного процесса является повышение уровня СРБ крови более 50 мг/мл. В том случае, если у больного с резистентностью к эритропоэтину не выявляются скрытое желудочно-кишечное кровотечение, повышение уровня СРБ крови, дозу эритропоэтина увеличивают на 50% [10].

Среди побочных эффектов лечения эритропоэтином: гипертония, дефицит железа, гриппоподобный (flu-like) синдром, повышение вязкости крови, болезненность подкожных инъекций, гиперкалиемия, гиперфосфатемия. Гипертония является самым частым дозозависимым осложнением. К факторам риска развития эритропоэтин-ассоциированной гипертонии относятся: наличие гипертонии в анамнезе, начало лечения с высоких доз эритропоэтина, внутривенный способ введения, быстрая коррекция анемии (еженедельный прирост Hb>20г/л, Ht>2%). Гипертония присоединяется в первые недели лечения эритропоэтином, может сопровождаться острой энцефалопатией с гипервискозным синдромом, негативно влиять на остаточную функцию почек. Для профилактики усугубления гипертонии у больных ХПН следует начинать лечение с низких доз эритропоэтина, мониторировать АД и не допускать высокого прироста Hb, манипулируя дозой эритропоэтина. При наличии факторов риска гипертонии дозу эритропоэтина следует повышать не чаще 1 раза в 1 месяц и не более чем на 20 ЕД/кг массы тела, чтобы еженедельный прирост Hb был ниже 10г/л (соответственно – прирост Ht не более 0,5%). Для коррекции эритропоэтин-ассоциированной гипертонии в первую очередь нужно интенсифицировать режим гемодиализа. Если этого не достаточно, присоединяют антигипертензивные препараты (антагонисты кальция, ингибиторы АПФ) и антиагреганты (дипиридамол). В случае, если гипотензивная терапия полностью не контролирует дозозависимую гипертонию, доза эритропоэтина должна быть снижена еще в коррекционном периоде [11,12]. При развитии острой энцефалопатии необходима временная отмена эритропоэтина.

Таким образом, эритропоэтин как средство патогенетической заместительной терапии существенно увеличивают выживаемость и повышают качество жизни больных ХПН. Безопасность и эффективность лечения эритропоэтином определяется правильностью выбора дозы препарата, целевого гемоглобина (гематокрита), адекватностью контроля за гипертонией, скоростью прироста гемоглобина (гематокрита) и балансом железа в организме больного.

Литература

- 1 Павлов АД, Морщакова ЕФ. Регуляция эритропоэза: Физиологические и клинические аспекты. М: Медицина, 1987. 272 с.
- 2 Raine AEG, ed. Advanced renal medicine. Oxford: Oxford university press, 1992. 484 p.
- 3 Weiss LG, Clyne N, Fihlho JD et al. The efficacy of one weekly compared with two or three times weekly subcutaneous epoetin beta: results from a randomized controlled multicenter trial. *Nephrol Dial transplant* 2000; 15:2014-19.
- 4 Ермоленко В.М. Состояние сердечно-сосудистой системы при ХПН. В: С.И.Рябов (ред). Лечение хронической почечной недостаточности. СПб.: ИКФ "Фолиант", 1997; 163–175.
- 5 Алексеева Т.А., Николаев А.Ю. *Тер. арх.* 2000; 6: 58–60.
- 6 Eckardt KU. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1317–1323.
- 7 Wizemann V, Kaufmann J, Kramer W. *Nephron* 1992;62: 151–165.
- 8 Besarab A, Levin A. *Am J Kidney Dis* 2000; 36 (Suppl. 3): 13–23.
- 9 Шевченко Ю.Л., Данильченко В.В., Жибурт Е.Б. и др. Эритропоэтин в профилактике и лечении анемий //Воен-мед. журнал 1996; 317 (II): 45—48.
- 10 Goodnough LT, Monk TG, Andriole GL. Erythropoietin therapy. *New EnglJMed* 1997; 336 (13): 933—938.
- 11 European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14 (Suppl. 5): 1–50.
- 12 Valderrabano F., Horl W.H., Macdougall I.C. Pre-dialysis survey on anaemia management. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 89-100.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

АККРЕДИТАЦИЯ И СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)



ЭЛЕКТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Г. Б. Альжаксина

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

АО «Национальный научный Центр материнства и детства» (АО «ННЦМД»), первая среди клиник АО «Национальный Медицинский Холдинг» (АО «НМХ»), прошедшая аккредитацию Международной Объединенной комиссии – Joint Commission International (JCI), (США, Чикаго) в области больничного управления.

Внедрение международных стандартов в клиническую практику позволило использовать международные индикаторы показателей результативности процессов и процедур в акушерстве – как метод управления качеством медицинской помощи, при уникальной возможности обучения иностранными специалистами.

Для оценки качества и безопасности медицинских услуг организацией, согласно международным стандартам аккредитации, определяются ключевые индикаторы мониторинга структур, процессов, результатов - ключевые показатели результативности (КПР).

Для улучшения качества оказания акушерской помощи, нами был выбран индикатор из международной библиотеки JCI, «Элективное родоразрешение».

На протяжении почти трех десятилетий Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) и Американская академия педиатрии (AAP) используют стандарт, требующий проведения планового родоразрешения (вагинального или кесаревым сечением) после наступления полных 39 недель гестации (ACOG, 1996). Исследование, проведенное в 2007 году в больницах на всей территории США, по просьбе ACOG 20 тысяч новорожденных показало, что 1/3 всех новорожденных в США родоразрешаются с нарушением этого стандарта. Это приводит к увеличению неонатальной заболеваемости (перевод новорожденных в отделение неонатальной интенсивной терапии увеличивается до 13-21%) (Clark и соавт., 2009).

Американская Академия семейных врачей (2000г) отмечает, что плановая индукция родов увеличивает показатель кесарева сечения. В свою очередь кесарево сечение, проведенное в случае плановых вагинальных родов, как правило, проводится по экстренным показаниям, что приводит к более высокому уровню неблагоприятного исхода со стороны дыхательных путей, применению искусственной вентиляции легких, сепсису, и гипогликемии у новорожденных (Тита и соавт., 2009). В Вашингтоне показатель планового родоразрешения до 39 недель составила 17,8% в 2008 году, что значительно превышает пороговый (7%). Показатель элективного родоразрешения в сроки с 37 и до 39 недель гестации в условиях Национального научного центра материнства и детства составил 8,6%.

В большинстве клиник проведение элективных родов до 39 недель обусловлено необходимостью сокращения сроков пребывания в больнице, который удлиняется в случае ожидания самопроизвольного родоразрешения. В АО «ННЦМД» показатель несколько превышает пороговое, что обусловлено в первую очередь контингентом пациентов с отдаленных регионов Республики и существующей системой госпитализации в республиканское родовспомогательное учреждение.

Расчет данного индикатора проводится следующим образом (перевод с оригинала):

Обзор индикатора:

Пациенты, которым проведено elective родоразрешение вагинальными родами и операцией кесарево сечение в сроки больше или равно 37, и меньше 39 недель гестации.

Ожидаемые результаты:

Смертность - Снижение неонатальной смертности.

Госпитализация новорожденных в ОИТ - снижение

Достоверность: использование принципов доказательной медицины.

Ожидаемый результат: Снижение показателя (доля родоразрешенных в плановом порядке в сроки менее 39 недель)

Область применения:

Акушерское отделение

Название индикатора: Elective роды

Числитель: пациенты с elective родоразрешением.

Знаменатель: Все пациенты родоразрешенные в сроки $c \geq 37$ и < 39 недель гестации.

Описание деталей измерения индикатора

Сбор данных: ретроспективный анализ источников данных - журнал родов, история родов.

Числитель: пациенты с elective родоразрешением (вагинальные или оперативные).

Включены: пациенты с основным диагнозом по МКБ-10

1. индукция родов:

- 73.01 Индукции родов путем искусственного разрыва плодного пузыря;
- 73.1 Другие хирургические виды индукции родов;
- 73.4 Медикаментозная индукция родов.

2. O82.0 – проведение elective кесарева сечения:

- 74.0 Классическое кесарево сечение
- 74.1 Низкое цервикальное кесарево сечение
- 74.2 Экстраперитонеальное кесарево сечение
- 74.4 Кесарево сечение другого уточненного типа
- 74.99 Кесарево сечение неуточненного типа

Исключены:

- Пациенты с экстренным или срочным оперативным родоразрешением
- Пациенты со спонтанным разрывом плодного пузыря – O.42

Знаменатель: Все пациенты, родоразрешенные в сроки ≥ 37 и < 39 недель гестации.

Включены:

- Все пациенты, родоразрешенные (самопроизвольные и elective) в сроки ≥ 37 и < 39 недель гестации.

Исключены:

- Пациенты, родоразрешенные до 39 недель беременности по показаниям в соответствии с кодами основных диагнозов по МКБ, когда пролонгирование беременности противопоказано (предлежание плаценты, эклампсия и другие состояния).
- Пациенты младше 8 лет
- Пациенты старше 65 лет

Таким образом, применение в практику индикатора «Elective родоразрешение» позволит мониторить сроки elective родоразрешения, проводить анализ причин выбора сроков родоразрешения и применение корректирующих мер, путем изменения дизайна процессов и процедур, что позволит снизить долю незрелых новорожденных.

Литература

- 1 Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии JCI, 4е изд. , 2011г, стр.110
- 2 International Library of Joint Commission International, Perinatal Care PC Measures, 2011, p.2-4
- 3 American Academy of Family Physicians. (2000). Tips from Other Journals: Elective induction doubles cesarean delivery rate, 61, 4. Retrieved December 29, 2008, p.13-23

4 American College of Obstetricians and Gynecologists. (November 1996). ACOG, Educational Bulletin. Clark, S., Miller, D., Belfort, M., Dildy, G., Frye, D., & Meyers, J. (2009).

5 Neonatal and maternal outcomes associated with elective delivery. [Electronic Version]. Am J Obstet Gynecol. 200;156.e1-156.e4.

Түйін
Элективтік босану

Г.Б. Әлжақсина

Индикатор таңдауы элективті босанудың мерзімдерін бақылау қажеттілігіне негізделген. Жоспарлы босанудың мерзімдерін таңдау неонатальді ауруларды төмендетуде аса маңызды. Халықаралық біріккен комиссия ұсынған бағалау индикаторларын Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде қолдануға болады.

Summary
Elective Delivery

G.B. Alzhaksina

Indicators were chosen due to the need of monitoring the time of elective delivery. The time of the planned delivery is important in reducing neonatal morbidity. Using assessment indicators, which were proposed by Joint Commission International, may be used in the practice of Healthcare of the Republic of Kazakhstan.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ СООТВЕТСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ СТАНДАРТАМ АККРЕДИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ
КАЗАХСТАН**

д.м.н. Г.К. Бейсенбекова, к.м.н. А.Б. Масимов, Ж.С. Мурзагалиева
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК

Введение. Одним из важных механизмов обеспечения качества в здравоохранении является аккредитация медицинских организаций, которая внедрена в Республике Казахстан с 2009 года.

На сегодняшний день более 2500 медицинских организаций участвовали во внешней оценке на соответствие стандартам аккредитации, которую проводят эксперты аккредитационной комиссией министерства здравоохранения Республики Казахстан, независимые эксперты и специалисты Центра аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский Центр развития здравоохранения».

Около половины медицинских организаций уже имеет так называемую аккредитационную историю, так как участвуют в аккредитации два и более раза – 1116 медицинских организаций.

Материалы и методы исследования. При составлении так называемого аккредитационного анамнеза учитываются данные интегрального коэффициента соответствия стандартам аккредитации, по наличию младенческой и материнской смертности в динамике, по наличию обоснованных жалоб на качество медицинской помощи.

Нами изучен уровень соответствия стандартам аккредитации на основании интегрального коэффициента соответствия стандартам (ИКС), который, в соответствии с методикой, рассчитывается при подведении итогов внешней оценки для каждой медицинской организации.

Результаты и обсуждение. Изучение и аналитическая оценка данных позволили определить, что в 2009 году среднее значение ИКС в целом по медицинским организациям в Республике Казахстан составило 0,68 балла (рис. 1). По данным рисунка видно, что случаев полного соответствия национальным стандартам аккредитации (ИКС=1,0) среди медицинских организаций не было выявлено. Факторный анализ причин несоответствия медицинских организаций требованиям национальных стандартов

аккредитации также был предметом исследования и нашел отражение в других публикациях.

Уровень подготовленности медицинских организаций к прохождению аккредитации, в общем, зависит от многих факторов, важным из которых является готовность руководства и самого коллектива к данной процедуре. Для достижения этого в течение всего исследуемого периода большое значение было отведено образовательным программам, информационным мероприятиям с целью подготовки, как персонала медицинских организаций, так и экспертов аккредитационной комиссии. Проведенная подготовительная работа дала положительные результаты и в 2010 году, уровень соответствия медицинских организаций стандартам аккредитации в стране достиг 0,83 балла. В 2010 году среди медицинских организаций, участвовавших в аккредитации дважды (1116 медицинских организаций), 10 организаций (1%) имели ИКС менее 0,6 балла, 354 организации (32%) - ИКС 0,6-0,8 и 752 организации (67%) завершили аккредитацию со значением ИКС 0,8-1,0.

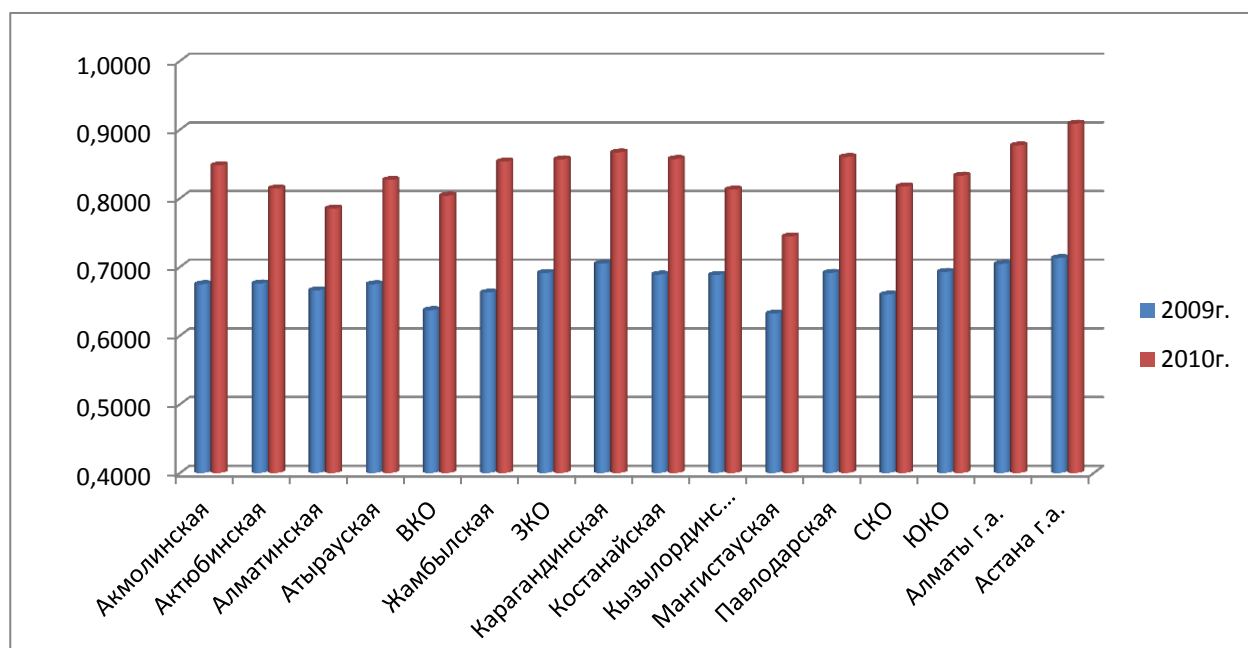


Рисунок 1- Сравнение средних значений ИКС по регионам РК

По данным (рисунка 1) видно, что среднее значение уровня соответствия стандартам аккредитации значительно отличается в разрезе областей. Как в 2009 году, так и в 2010 г. наиболее высокие значения ИКС отмечаются в медицинских организациях Карагандинской области, городов Алматы и Астана. В 2010 г. низкие результаты ИКС были выявлены в медицинских организациях Мангистауской, Алматинской областей.

Кроме того, нами проанализированы данные по медицинским организациям, которые не смогли достичь минимального порогового значения интегрального коэффициента соответствия стандартам аккредитации (0,6) и не были аккредитованы: в 2009 г. – 51 медицинская организация, в 2010 г. – 29 медицинских организаций в целом по республике.

В разрезе регионов удельный вес не аккредитованных медицинских организаций, из числа подавших заявки на аккредитацию, представлен на диаграмме (рис. 2).

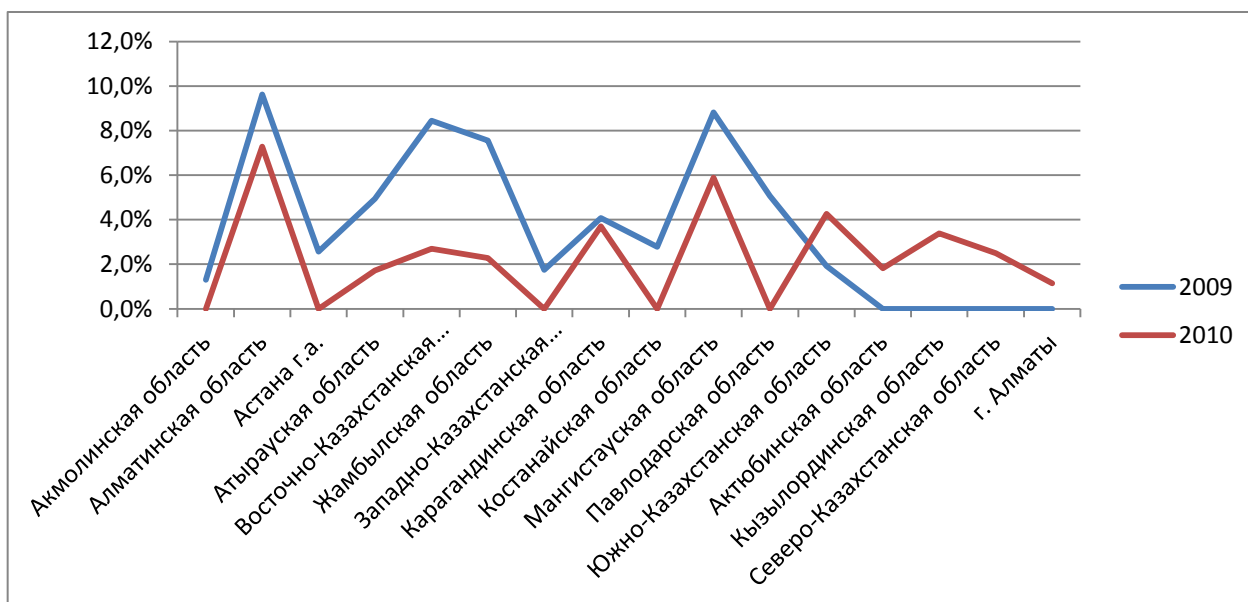


Рисунок 2 - Удельный вес не аккредитованных медицинских организаций среди медицинских организаций, участвовавших в аккредитации дважды.

По данным рисунка 2, видно, что на протяжении 2009-2010 годов по числу медицинских организаций, не соответствующих стандартам аккредитации, «лидируют» Алматинская и Мангистауская области. Удельный вес не аккредитованных медицинских организаций в этих областях по результатам двух аккредитаций превышает 5%. А в таких областях, как Южно-Казахстанская, Актюбинская, Кызылординская, Северо-Казахстанская, г. Алматы в 2010 году членами экспертных групп были выявлены медицинские организации, не соответствующие стандартам аккредитации, тогда как в 2009 году таковых не было. Данная ситуация может свидетельствовать, во-первых, о снижении планки готовности самих медицинских организаций к внешней оценке, во-вторых, о росте объективности экспертных групп, а также о необходимости оптимизации обучающих программ в подготовительный период перед проведением аккредитационных обследований.

Что касается дальнейшей судьбы 51 медицинской организации, не прошедшей аккредитацию в 2009 году, то 19 из них приняли участие в процедуре аккредитации в 2010 году и 10 из них были аккредитованы на 2 года, 5 – на 4,4 организации вновь не смогли пройти аккредитации (рис. 3).

Необходимо также отметить, что 32 медицинские организации, не аккредитованные в 2009 году, не подавали заявок на прохождение аккредитации ни в 2010 году, ни в 2011 году.



Рисунок 3-Ситуация по медицинским организациям, не аккредитованным в 2009г

А из 29 медицинских организаций, не аккредитованных в 2010 году, приняли участие в аккредитации 2011 года 14 медицинских организаций, из которых аккредитованы на 4 года – 3, на 2–8, не аккредитована – 1 организация (рис. 4). Из числа медицинских организаций, не аккредитованных в 2009 году (29), не подали заявки на аккредитацию в 2011 году 15 медицинских организаций, что также является предметом дальнейших исследований и объектом обучающих программ в текущем году.

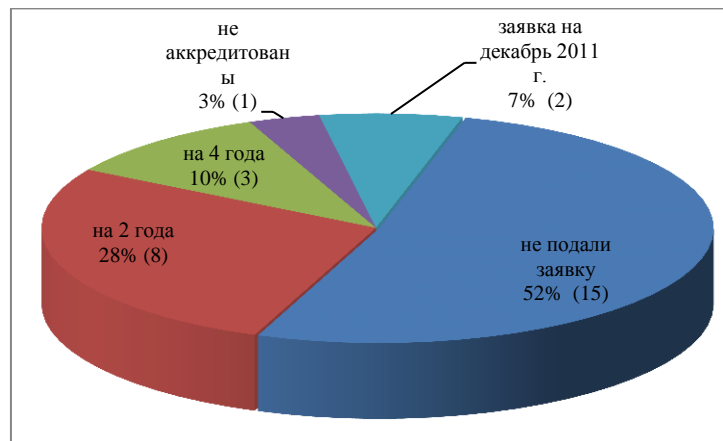


Рисунок 4 - Ситуация по медицинским организациям, не аккредитованным в 2010 году.

Заключение. Таким образом, достижение максимального соответствия национальным стандартам аккредитации для медицинских организаций страны является одной из перспективных целей, так как в основе своей аккредитация является одним из важных механизмов обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

Представленные данные по итогам аккредитации 2009-2010 годов могут быть основанием для принятия определенных управленческих решений на региональном уровне и на уровне самой медицинской организации.

Түйін

Қазақстан Республикасындағы аккредиттеу стандарттарына медициналық ұйымдар сәйкестігінің деңгейін салыстырмалы бағалау

Г.Қ. Бейсенбекова, А.Б. Масимов, Ж.С. Мырзағалиева

Бұл мақалада Қазақстан Республикасында қолданыстағы стандарттарға сәйкестіктің интегралдық коэффициенті бойынша әрбір медициналық ұйымды сырттай бағалаудың қорытындыларын шығару негізінде медициналық ұйымдардың аккредиттеу стандарттарына сәйкестігінің деңгейі салыстырмалы түрде бағаланды және аккредиттеуден өтпеген медициналық ұйымдар туралы мәліметтер берілген.

Summary

Comparative assessment for a level compliance of healthcare organizations with the accreditation standards in the Republic of Kazakhstan

G.Beisenbekova, A.Massimov, Zh. Murzagaliyeva

This article describes a comparative assessment for a level compliance of healthcare organizations with the national accreditation standards on the basis of integral compliance factor and information about unaccredited healthcare organizations.

К ВОПРОСУ «О ДОКТРИНЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»

*к.м.н., ассоциированный профессор А.А. Дубицкий
АО «Медицинский университет Астана»*

Реорганизация ургентной службы догоспитального этапа в Республике Казахстан не может быть осуществлена без четкого определения задач, т.е. современной доктрины скорой медицинской помощи. Однако, этот важнейший вопрос не нашел в настоящее время достаточно глубокого обоснования и отражения ни в научной литературе, ни в программных документах Министерства здравоохранения.

Прежняя доктрина, как известно, ориентированная на оказание пациентам экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе - в максимальном объеме (Приказы МЗ СССР № 1490 от 29.12.1984 года и № 404 от 25.05.1988 года, Приказы Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения № 756 от 16.08.2001 года и № 788 от 28 августа 2001 года, Приказ Министерства здравоохранения РК № 511 от 17 августа 2007 года, № 793 от 26 ноября 2009 года и др. документы, регламентирующие работу скорой медицинской помощи) – регулярно подвергается критике, как «высокозатратная служба не обеспечивающая необходимой эффективности!»?.

Ей противопоставляется новая формулировка, ориентированная на фельдшерские или парамедицинские выездные бригады, сужающая и/или снижающая объем экстренной медицинской помощи больным до уровня задач, направленных «на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, с последующей доставкой их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи» (Проект ПП №1463 от 05.12.2011 года).

При этом упущен очень важный момент, заключающийся в том, что лечебно-диагностическая деятельность врача или фельдшера скорой медицинской помощи, его тактические решения должны носить всегда превентивный характер и быть направлены не только на коррекцию уже нарушенных функций жизненно важных органов, но и на предупреждение возможных жизненно опасных осложнений [1].

Такое противопоставление вышеуказанных «доктрин» некорректно по двум причинам.

Первая причина - поскольку официально планируется «постепенное» изменение соотношений врачебных и фельдшерских бригад в сторону преобладания последних, службе скорой помощи предстоит работать по «смешанной» 2-х или 3-х уровневой модели (врачебные+фельдшерские выездные бригады; фельдшерские+линейные выездные бригады+специализированные; бригады интенсивной терапии). И уже в связи с этим (да еще в условиях организационного несовершенства смежных этапов), логически - должны действовать принципы той и другой (т.е. «смешанной» доктрины).

Вторая - под термином «максимальный» объем помощи - следует понимать (как и раньше) - полноценный объем и уровень оказания экстренной медицинской помощи в пределах имеющегося оснащения бригад.

В связи с этим, с юридической и медицинской точек зрения – противопоставление доктрин в принципе неверно! Они должны дополнять друг друга. И новую доктрину необходимо сформулировать так, чтобы и для врача, и для фельдшера скорой медицинской помощи было обязательным полноценное оказание экстренной помощи по показаниям, т.к. последнее немисливо без предварительной установки хотя бы предположительного (синдромного) диагноза. Тем более, что в структуре «обращаемости» большинства станций скорой медицинской помощи Республики Казахстан, преобладают вызовы на квартиру к больным с внезапными и хроническими заболеваниями (до 80% и более), требующими дифференциальной диагностики и соответствующей тактики [2].

Учитывая «исторический» консерватизм лечебно-профилактических организаций поликлинического и стационарного этапов, к тому же находящихся в ситуации финансовых трудностей, рассчитывать на их быстрое реформирование нет оснований.

Поэтому службе скорой медицинской помощи в процессе реформирования здравоохранения придется выполнять не только свои прямые задачи - поддерживать и сохранять нарушенные витальные функции пациентов, но и «протезировать», как и раньше - какой-то (возможно и немалый) период времени недостающие функции других этапов здравоохранения. На этом фоне, неправомерно и преждевременно делать выводы, умаляющие значение врачебных бригад. Особенно, если к объективному анализу их работы, применяются явно конъюнктурные оценки относительно «высокой затратности», «неэффективности». В доказательство приводится убедительная разница в стоимости 1 вызова врачебной и фельдшерской бригады. Объективные расчеты показывают, что стоимость вызовов этих бригад составляет соответственно 1780 тенге и 1438 тенге. В долларовом выражении это соответствует \$12,1 и \$9,7 (по курсу на 1.01.12 года). В сравнении со стоимостью 1 выезда во Франции (\$120) или Германии (\$73,3) наши суммы (в т.ч. и стоимость 1 вызова специализированной бригады) никак не укладываются в характеристику «высоко затратной», неэкономной службы скорой медицинской помощи!

Таким образом, существующая модель службы скорой медицинской помощи РК, а вернее – «смешанная», (т.к. долгие годы в крупных городских центрах наряду с врачебными выездными бригадами трудились и фельдшера в качестве и.о. врача, работающие в сельской местности и до сих пор) - оказалась жизнестойкой и за многие десятилетия вполне оправдала возложенные на нее задачи и «затраты».

Речь идет о ранней диагностике, рано начатой терапии в максимально доступном объеме и ранней госпитализации больных с жизнеопасными состояниями (в т.ч. с протезированием витальных функций в необходимых случаях). Эффективность лечения и последствия в виде исходов у таких больных - *напрямую зависят от уровня организации и качества оказания скорой помощи на догоспитальном этапе*. Тем более, что в структуре устранимых потерь трудового потенциала населения, зависящих от уровня организации здравоохранения, на долю СМП приходится до 19%.

Указанное положение подтверждают данные сравнительного анализа деятельности станции скорой медицинской помощи города Астаны (население 0,65 млн.) проведенного за последние 15 лет.

Литература

- 1 Сулейменова Б.А., Дубицкий А.А. Принципы организации службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в Республике Казахстан. – Астана, 2002. – 243 с.
- 2 Телеуов М.К., Бралов А.З., Рахымғалиев Б.А., Дубицкий А.А. Состояние, проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи в Республике Казахстан. Астана медициналық журналы. -2008.- № 2. – С.164-166.

Түйін

«Қазақстан Республикасының жедел медициналық жәрдем ілімі туралы» мәселесі

А.А. Дубицкий

Қазақстан Республикасының жедел медициналық жәрдем қызметін қайта ұйымдастыру – жедел медициналық жәрдем қызметінің қазіргі заман талабына сай ілімін, айқын мақсаттарын анықтаусыз іске асуы мүмкін емес. Жаңа ілімді аурудың көрсеткіштері бойынша шұғыл медициналық көмекті толық көрсету жедел медициналық жәрдем дәрігері, фельдшері үшін де міндетті болатындай етіп тұжырымдау қажет.

Summary

To the question «About the doctrine of the first help of the Republic of Kazakhstan»

A. Dubitskiy

Reorganization of emergency service of a pre-hospital stage in Republic Kazakhstan cannot be carried out without accurate definition of problems, i.e. the modern doctrine of the first help.

The new doctrine is necessary for formulating so that both for the doctor, and for the medical assistant of the first help there was obligatory a high-grade rendering of the emergency help under indications.

УДК 614.7.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*к.м.н., ассоциированный профессор А.А. Дубицкий
АО «Медицинский университет Астана»*

Вопросам эффективности деятельности службы скорой медицинской помощи (СМП) уделяется большое внимание в связи с тем, что в РК одной из самых острых проблем остается высокая смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, отравлений и травм. Во всех перечисленных эпизодах в основном первыми, кто встречается с больными и пострадавшими, становятся медицинские работники СМП [1].

Основное значение в повышении эффективности работы СМП имеет качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Качество рассматривается с позиций структуры СМП (ресурсы), процесса оказания помощи (технология) и результата (исход). В целом схема отражает систему управления качеством [2].

1. Индикаторы ресурсного обеспечения: показатель обеспеченности санитарным транспортом (на 1000 населения); показатель обеспеченности средствами связи (в баллах: 1 балл - не обеспечены, 2 балла - недостаточное обеспечение, 3 балла - полностью обеспечены); показатель обеспеченности лечебно-диагностической аппаратурой (в баллах); показатель обеспеченности лекарственными препаратами (в баллах); показатель обеспеченности кадрами (на 1000 населения).

2. Индикаторы технологии (процесса оказания медицинской помощи).

Оперативные показатели: среднее время выезда бригады СМП (мин); среднее время ожидания выполнения вызова; среднее время доезда до пациента (мин); среднее время обслуживания вызова (мин).

Промежуточные показатели: среднесуточная нагрузка на бригаду; повторные вызовы (по вине бригады СМП,%); удельный вес необоснованных госпитализаций (%); претензии ЛПУ и обоснованные жалобы от населения (%).

3. Показатели, характеризующие оказание скорой медицинской помощи по результату: клинично-диагностические расхождения диагнозов (%); догоспитальная летальность (%); досуточная летальность в стационаре (%); смерть в присутствии бригады СМП (%); успешное проведение реанимационных мероприятий (% от общего количества случаев проведения СЛР); отклонение от запланированного норматива объема СМП (%).

Система контроля качества СМП включает следующие элементы: оценка условий оказания СМП: состояния и использования кадровых и материально технических ресурсов станции скорой медицинской помощи; расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность СМП отдельным врачом (фельдшером), соответствующим подразделением, службой СМП, территории в целом.

Критериями качества являются: параметры, позволяющие подтвердить оптимальность объемов, структуры СМП населению, использования ресурсов службы и обеспечение

удовлетворенности пациента, а для конкретного случая - ликвидацию угрожающего жизни состояния; анализ уровня подготовки персонала и оснащения выездных бригад; расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи; экспертиза процесса оказания СМП конкретным пациентам; изучение удовлетворенности пациентов работой службы СМП; выявление и анализ причин дефектов оказания СМП, повлекших за собой снижение качества и эффективности помощи, разработка системы мер для устранения этих причин; подготовка рекомендаций по предупреждению ошибок, дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности СМП; выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих мероприятий; контроль реализации управленческих решений.

Контроль качества оказания СМП осуществляется экспертным путем должностными лицами в пределах своей компетенции. Для осуществления контроля могут привлекаться специалисты, включенные в регистры экспертов в здравоохранении (городской, областной), сотрудники научно-исследовательских и образовательных учреждений.

Эксперт во время проведения контроля качества лечебно-диагностического процесса: в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, адекватность выбора и соблюдения лечебных мероприятий и правильность тактических решений; выявляет дефекты и устанавливает их причины; готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

В соответствии с законодательством проводится контроль качества первого уровня. При экспертизе первого уровня выделяется три ступени.

Первая ступень контроля качества осуществляется заведующими и старшими врачами подстанций и включает в себя ежедневный, текущий контроль качества на основе экспертизы каждой карты вызова - проводится старшими врачами и (или) заведующими подстанциями ежедневно.

Выборочный (целевой) углубленный контроль качества на основе анализа не менее 50 карт вызова определенной категории. Проводится старшими врачами и (или) заведующими подстанциями 1 раз в квартал. В начале квартала заместитель главного врача по медицинской части или врач организационно-методического отдела (ОМО) станции определяет категорию, подлежащую проверке для каждого структурного подразделения: контроль качества оказания помощи случаев смерти в присутствии СМП; контроль качества оказания помощи при повторных вызовах; контроль качества оказания помощи при поступлении письменных жалоб пациентов или их законных представителей; контроль уровня преимущества в работе бригад СМП и лечебно-профилактических учреждений города на основе анализа отрывных талонов к сопроводительным листам; анализ количества вернувшихся отрывных талонов с вычислением процента возврата отрывных талонов от числа доставленных на госпитализацию; анализ талонов с расхождением диагнозов догоспитального и госпитального этапов и процента расхождения диагнозов; анализ талонов с дефектами заполнения медицинскими работниками ССМП; анализ замечаний от ЛПУ к сотрудникам СМП; анализ досуточной летальности в стационаре с заполнением утвержденной формы.

Контроль оперативных показателей работы подстанции: количество опозданий на вызовы с экстренным поводом; среднесуточное количество бригад по профилям; среднесуточное количество машин на подстанции; количество обоснованных повторных выездов; процент госпитализации пациентов.

Вторая ступень контроля качества проводится заместителем главного врача по медицинской части, старшими врачами, врачом ОМО.

Заместитель главного врача по медицинской части проводит контроль качества: карт вызовов с грубыми дефектами диагностики, лечения и тактики, выявленными

заведующими подстанциями; карт вызовов по оказанию помощи пациентам при поступлении жалобы от пациентов и замечаний от руководителей ЛПУ; талонов сопроводительного листа с расхождением диагнозов; случаев досуточной летальности, случаев оказания помощи при ЧС, дорожно-транспортных происшествиях, пожарах, взрывах и т.п. с числом пострадавших более трех.

Врач-эксперт ОМО проводит проверку: готовности бригад СМП к оказанию помощи (оснащенность бригад лечебно-диагностической аппаратурой, медикаментами и т.п.); правильность ведения документации; качество оказания СМП (по картам вызовов, прошедших контроль старшими врачами и (или) заведующими подстанциями); опрос населения с заполнением анкеты.

Старшие врачи-специалисты ССМП, назначаемые из числа наиболее квалифицированных врачей, проводят контроль качества оказания СМП пациентам соответствующего профиля.

Третья ступень экспертизы качества оказания СМП проводится специально созданной врачебной комиссией.

Заключение по результатам контроля качества предоставляется для анализа и принятия организационных и управленческих решений главному врачу, определения размеров премии работникам.

Предлагаемая и апробированная система управления позволяет обеспечивать высокое качество оказания скорой медицинской помощи, эффективно использовать ресурсы догоспитального этапа.

Литература

1 Дубицкий А.А., Сулейменова Б.А. Принципы организации скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в РК. Астана, 2002. – 234 с.

2 Дубицкий А.А. Скорая медицинская помощь и тактика ведения больных и пострадавших. (Догоспитальный этап).- Астана, 2006. – 126 с.

Түйін

Жедел медициналық жәрдем көрсету сапасын басқару жүйесін жетілдіру

А.А. Дубицкий

Жедел медициналық жәрдем жұмысының тиімділігін арттыруда ауруханаға дейінгі кезеңде көрсетілетін медициналық көмектің сапасы аса маңызды. Медициналық көмек сапасы Жедел медициналық жәрдем құрылымынан (ресурстары), көмек көрсету үдерісінен (технологиясы) және көмек көрсетілгеннен кейінгі қол жеткізілген нәтижеден тұрады. Осы мақалада ұсынылған және апробациядан өткен басқару жүйесі жедел медициналық көмек көрсетудің жоғары сапасын қамтамасыз етуге, ауруханаға дейінгі кезеңнің ресурстарын тиімді пайдалануға мүмкіндік береді.

Summary

Quality management system providing emergency medical care

A.Dubitskiy

Major importance in improving effect of emergency medical care is the quality of care at the hospital to the stage. The quality of emergency care is considered from the standpoint of the structure of emergency care (resources), process of care (technology) and the result (outcome). Proposed and tested Quality Management System Emergency Medical care makes effective use of resources to the hospital steps.

МЕНЕДЖМЕНТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Магистрант А.Ж. Жанабекова, к.м.н. Р.А. Еркебай,
к.м.н., ассоциированный профессор А.К. Тургамбаева
Институт Общественного здравоохранения
АО «Медицинский университет Астана»,*

Стоматология является одной из самых динамично развивающихся отраслей медицины, для которой характерна постоянная и высокая востребованность самыми широкими слоями населения. В то же время организация деятельности данной службы становится все более и более сложной. Во многом это связано с разнообразием организационно – правовых форм стоматологических организаций за счет интенсивно развивающегося частного сектора и соответственно с непростой системой управления стоматологической помощи [1].

Следует отметить, что в управлении цели имеют самостоятельное значение, представляя общие будущие результаты деятельности любого стоматологического учреждения, достижение которых предопределяет возможность успеха или неуспеха. Цель организации стоматологической помощи является понимания роли менеджмента организации, также основные черты работы менеджеров стоматологических организациях. Умения применять методологию А.Файоля и идеи Г. Минцберга в управленческой деятельности. Основная задача организации стоматологической помощи это - определения и понимания того, что делает менеджера стоматологической организации [2,3,4].

Нередко среди врачей-стоматологов также звучит вопрос: «Как стать менеджером стоматологической организации?». Конечно, для этого надо, прежде всего знать менеджмент, владеть навыками управления или четко знать ее структуру подразделений, но главное - сознавать свою профессиональную принадлежность к менеджменту, освоить ту сумму знаний, которая прямо касается науки и искусства управления, придерживаться некоторых стандартов, даже внешних атрибутов поведения, которые обычно присущи менеджерам. Например, полноценному менеджеру стоматологической организации, кроме всего прочего, было бы желательно владеть знаниями в экономике. При этом не следует забывать, что ценен тот руководитель, который, прежде всего, хорошо знает свое дело, умеет эффективно управлять, добиваться поставленных целей[5]. Итак, управлять (по Файолю) – это прогнозировать, планировать, организовывать, руководить, координировать и контролировать. Каждая из этих пунктов, применительно также к менеджерам стоматологических организаций.

Менеджеры стоматологических организаций, которые хотят совершенствоваться, должны обращать внимание, как на целесообразность, так и на эффективность своей работы. Целесообразность - это умение браться именно за нужную работу. Эффективность - это наиболее экономичное использование всех ресурсов, т.е. получение наилучшего результата при наименьших затратах. Что же из этого важнее? по нашему мнению, важнее целесообразность, так как человек должен браться, прежде всего, за нужную для организации работу, ибо только в этом случае имеет значение, выполняется ли эта работа эффективно. Эффективный менеджер стоматологической организации - это тот, под управлением которого обеспечивается эффективное оказание пациентам высококачественных стоматологических услуг. В общем случае "эффективный менеджер" - тот, который берется за нужное для организации дело и добивается того, чтобы работа была выполнена, причем в установленный срок и с должным качеством [5,6,7,8].

Для любого действующего предприятия, будь то производство или услуги, важной составляющей является менеджмент. К современной стоматологии это правило применимо в полной мере, поскольку сегодня стоматология - это не только часть медицины, но и развитая сеть коммерческих клиник и зубоврачебных кабинетов. В условиях современных реалий недостаточного одного умения профессионально оказывать стоматологические услуги; важно еще и уметь эти услуги продать. Именно поэтому менеджмент в стоматологии важен не меньше, чем на производстве [9,10].

Формирование менеджмента стоматологических организациях, потребует создания новой должности менеджера по работе с персоналом и с пациентами.

Особенностью стоматологических организациях является то, что руководителями клиник часто являются сами врачи, то есть люди, имеющие высшее медицинское

образование, но, как правило, не обладающие достаточными знаниями и практическими навыками предпринимательской и управленческой деятельности. Исходя, из вышеизложенного руководитель стоматологической клиники должен обладать алгоритмом мышления предпринимателя, необходимым объемом знаний и практических навыков менеджера и хорошо знать специфику работы [8,9].

Литература

- 1 Д.В.Пивень, И.С.Кицул, С.О.Даценко. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы // Менеджер №2. 2010 – 30 с.
- 2 Щербина В.В., Ермолаев В.Н. Организационное развитие стоматологических клиник Москвы: теоретические модели и реальность. Социология /Журнал российской социологической ассоциации. 2005.1.
- 3 Кабушкин Н.И. Основы менеджмента. Издательство: Новое знание, 2009 – 336с.
- 4 Абчук В.А. Менеджмент. Издательство: Союз, 2006. – 463 с.
- 5 В.В Кузнецов. МЕНЕДЖМЕНТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. - М.: Медицинская книга, Стоматология, 2007. -664 с.
- 6 Веснин В.Р. Основы менеджмента. - М.: Триада, 2005
- 7 Н.В.Гинали. Экономика и менеджмент в стоматологии. №3 (32), 2010.
- 8 Виханский О.С., Наумов А.И. Основы менеджмента. - Минск: Новое Знание, 2005
- 9 Стратегический менеджмент: Учебник /Пер. с англ. Н.И. Алмазовой. – М.: ООО «Издательство Проспект», 2007. – 336 с.
- 10 Фатхутдинов Р.А. Стратегический менеджмент: Учебник. – 5-е изд., испр. и доп. М.: Дело, 2006. – 448 с.

Түйін

Стоматологиялық ұйым менеджменті

А.Ж. Жаңабекова, Р.А. Еркебай, А.К. Тұрғамбаева

Стоматологиялық ұйымдардың менеджментін қалыптастыру үшін қызметшілермен және емделушілермен жұмыс жүргізу жөніндегі менеджер секілді жаңа лауазымның тағайындалуы қажет.

Стоматологиялық ұйымдардың ерешелігі - клиника басшыларының өздері дәрігер болып келеді, яғни олардың жоғары медициналық білімі бар, дегенмен кәсіпкерлік және басқару қызметі жөніндегі білімі мен практикалық дағдылары жеткіліксіз. Менеджмент әрбір өндіріс қызметінің аса маңызды құрылымы болып табылады. Қазіргі заманғы стоматологияда бұл үрдіс толық қолданылуда, себебі ол медицинаның бір бөлігі және коммерциялық клиникалардың дамыған желісі.

Summary

Dental management organization

A.Zhanabekova, R.Yerkebay, A.Turgambayeva

The formation of dental management organization requires the creation of a new manger for the staff and patients.

The peculiarity of dental organization is that managers of clinics are often doctors themselves, then there are people who have a medical degree, but usually do not have sufficient knowledge and skills of entrepreneurial and managerial activities. For any existing businesses, whether manufacturing or service is an important component of management. By modern dentistry is usually applied in full, because today Dentistry- is notonly part of the medicine, but also development a network of commercial clinics.

**СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

к.м.н.С.К. Какенов, Б.И. Билялов

ГККП «Кокшетауская городская больница»

Введение. Несмотря на то, что врачебные ошибки встречаются в работе медицинских работников всех клинических специальностей, наибольшее значение по своим последствиям и тяжести они имеют в хирургической практике. В истории медицины

известен случай, когда ученик Н.И.Пирогова профессор С.П. Коломнин покончил с собой из-за смерти больного после неудачно сделанной им операции.

По данным американских исследователей среди всех причин смерти в США врачебные ошибки занимают пятое место, ежегодно унося жизни порядка 7 тысяч человек [1]. В России по оценкам специалистов оказание медицинской помощи ненадлежащего качества составляет 25%, при этом каждый третий поставленный диагноз в последующем признается ошибочным.

В Казахстане по данным Комитета по контролю качества в сфере оказания медицинских услуг (ККСОМУ МЗ РК) только за два последних года (2006-2007гг.) было проверено 60 медицинских организаций, рассмотрено 1500 жалоб и обращений граждан. При этом 70% из них признано обоснованными, а 2% жалоб касались материальных претензий.

В юридической и судебно-медицинской экспертной деятельности все действия врачей, вызвавшие неблагоприятные последствия для больного, подразделяются на три группы [2]: несчастные случаи; врачебные ошибки; наказуемые в дисциплинарном, административном, уголовном порядке правонарушения.

В юридическом отношении профессиональные (медицинские) правонарушения представляют собой нарушение установленных законом и ведомственными инструкциями правил поведения и выполнения медицинскими работниками (врачами, фельдшерами, медицинскими сестрами и др.) своих профессиональных обязанностей. По основным качественным свойствам правонарушения можно разделить на проступки и преступления. Проступком называется неправильное (противоправное) деяние, которое лишено характера общественно опасного действия и поэтому оно не уголовно преследуется.

Преступление – правонарушение, которое посягает на основы общественного и государственного строя или причиняет вред общественным отношениям или сопровождается значительным ущербом для отдельных граждан. Совершение преступления влечет применение мер уголовного наказания.

Под несчастным случаем в медицинской практике принято понимать неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить. Врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача в его суждениях и действиях, если при этом в последних не обнаруживаются элементов халатности, небрежности, невнимательности и медицинского невежества.

В Уголовном Кодексе (УК) РК предусмотрены различные виды наказаний за преступления против жизни и здоровья: причинение умышленного вреда здоровью (ст.103, 104, 105); причинение смерти по неосторожности (ст.101); причинение вреда по неосторожности (ст. 118); заражение ВИЧ – инфекцией (ст. 116); неоказание помощи больному (ст. 118).

Преступления против здоровья населения и общественной нравственности – это незаконное изготовление, приобретение, хранение и перевозка либо сбыт наркотических и психотропных веществ (ст. 259) и хищение или вымогательство наркотических средств и психотропных веществ (ст. 259).

К преступлениям против государственной власти относятся превышение должностных полномочий (ст. 308), получение взятки (ст. 311), служебный подлог (ст. 314), халатность (ст.316).

В Трудовом Кодексе (ТК) РК за совершение работником дисциплинарного проступка согласно ст. 72., работодатель вправе применять следующие виды дисциплинарных взысканий: замечание, выговор, строгий выговор, расторжение трудового договора по инициативе работодателя в случаях установленных настоящим Кодексом.

Согласно Гражданскому Кодексу гражданская ответственность для медицинского персонала может наступить при неосторожном причинении легкого вреда здоровью (ст. 1064), то есть в следующих случаях:

1. при причинении вреда здоровью любой тяжести в условиях крайней необходимости (ст.920);

2. при причинении вреда здоровью ненадлежащим исполнением медицинской услуги (ст. 937, 939, 940, 942-946). Вред здоровью в этих случаях подлежит возмещению независимо от вины причинителя (ст. 938) и от того, состоял ли пациент (истец) в договорных отношениях с медицинской организацией/учреждением (ответчиком);

3. при причинении вреда здоровью вследствие недостоверной или недостаточной информации о медицинской услуге (ст. 644). Вред здоровью в этих случаях подлежит возмещению независимо от вины причинителя (ст.948) и от того, состоял ли пациент (истец) в договорных отношениях с ЛПУ (ответчиком);

4. при причинении вреда здоровью в виде неосуществления надзора за несовершеннолетними в лечебно-профилактической организации в момент причинения вреда (ст.939)ю в статье 939 этот повтор есть?

Согласно ст. 937, 938 ГК РК при причинении вреда здоровью пациента возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе – расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода, и не имеет права на их бесплатное получение. Согласно статье 944 ГК РК, суммы в возмещение дополнительных расходов могут быть присуждены на будущее время в пределах сроков, определенных на основе заключения медицинской экспертизы, а также предварительной оплаты стоимости соответствующих услуг и имущества, в том числе – приобретения путевки, оплаты проезда, приобретения специальных транспортных средств. Статья 947 ГК РК определяет основания для возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков услуги. Вред, причиненный жизни, здоровью, вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу (исполнителем), независимо от его вины и от того, состоял ли потерпевший с ним в договорных отношениях.

В зарубежной судебной практике порядок возмещения вреда регламентирован путем вынесения исков о возмещении физического и морального вреда, понесенного в результате мнимой или очевидной ошибки. Их размер нередко составляет от нескольких десятков до сотен тысяч долларов. Ограждая себя от столь разорительных судебных разбирательств, западные медики используют возможности так называемой врачебной страховки. Медицинские страховые компании, в свою очередь, часто стремятся не доводить дело до судебного разбирательства и решают дело на стадии предъявления пациентами своих претензий. Американские работодатели несут ответственность за халатность своих работников. Больницы часто ведут защиту от имени своих работников, а также защищают себя, выплачивая возмещение в случае победы истца. Несмотря на то, что работодатель имеет право на взыскание компенсации с работника за нанесенный им материальный ущерб, на практике это случается достаточно редко. Однако работники, являющиеся причиной частой подачи жалоб или финансовых потерь больницы, могут потерять работу, если администрация учреждения решит, что эти работники не выполняют принятые стандарты деятельности.

Очень редко решение о наказательном возмещении выносится судами Великобритании и Канады. Кроме того, максимальный размер компенсации, а также крайний срок подачи претензий на её получение определяется законом. Взыскиваемые «карательные» суммы в США и Великобритании изымаются из бюджетных средств, то есть ложатся на плечи налогоплательщиков. Наличие подобной системы страхования от медицинских правонарушений, когда расходы по возмещению нанесенного вреда пациенту возмещают

больницы или клиники, не требует от медицинских работников обязательного наличия страхового полиса.

В Канаде медицинские работники при страховании профессиональной ответственности, могут обратиться к услугам как частных страховых или, что предпочтительнее, частных профессиональных организаций (Союз Защиты Врачей или Общества Защиты Врачей, Союз Защиты Медицинских Работников или Канадская Ассоциация Защиты Медиков. Чаще всего к ним прибегают специалисты с высокой степенью риска, такие как акушеры-гинекологи, реаниматологи, хирурги. Профессиональная страховая организация оказывает широкий круг услуг своим членам, включая компенсацию затрат на юридическую защиту в случае гражданского и уголовного преследования, помощь в получении лицензии и трудоустройстве и т.д.

Системы профессионального страхования в Республике Казахстан не существует. Имеющиеся профессиональные общества собираются нерегулярно и занимаются решением текущих, зачастую малозначимых проблем, не касаясь правовой или материальной защиты своих членов. За более чем тридцатилетнюю практическую деятельность в нашем регионе известен единственный случай, когда возмещение материального и морального ущерба за нанесение вреда здоровью пациента судом было возложено на больницу. В подавляющем большинстве случаев врач, оставаясь один на один с пациентом или его родственниками, вынужден выкладывать немалую сумму, для того, чтобы «откупиться», соглашаясь на «мировую» и не доводя дело до суда. При этом, к сожалению, в стране абсолютно отсутствует практика защиты или обоснования наказания медицинского работника посредством проведения независимой медицинской экспертизы. Решению этой проблемы мог бы способствовать создаваемый в настоящее время институт независимых экспертов (НЭ), возможно, через ассоциации НЭ. При этом необходимо совершенствовать действующую систему внешнего и внутреннего аудита.

Кроме того, необходима организация страхования профессиональной деятельности медицинских работников на случай материальных претензий пациентов вследствие нанесения вреда здоровью. Возможно, одним из путей было бы приобретение медицинскими работниками с высокой степенью риска (акушеры-гинекологи, нейрохирурги и др.) страхового полиса в добровольном порядке. При этом заработная плата у работников таких специальностей должна быть значительно выше.

Литература

- 1 Рахыпбеков Т.К., Адылханов Т.А. «Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за медицинские ошибки за рубежом и в Республике Казахстан». Семей, 2008г.
- 2 Лукьяненко М.В. «Универсальный словарь психолого-правовой ориентации». Алматы, 1997г. т. 1, А-11.- С.

Түйін

Медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру

С.Қ.Кәменов, Б.И.Білалов

Мақалада медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру бойынша халықаралық тәжірибеге және медициналық қызметті реттеу саласындағы заңнамаға шолу жасалып, осы мәселе бойынша елімізде қалыптасқан жағдай талданды және отандық медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру шаралары ұсынылған.

Summary

Insurance of professional responsibility of medical workers

S.K. Kakenov, B.I. Bilyalov

This article deals with the professional medical offences and the order of compensation in case of doing harm to patient and the measures of insurance of professional responsibility of medical workers are suggested.

ЕДИНАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

к.м.н.С.К. Какенов

ГКП на ПХВ «Кокшетауская городская больница» при управлении здравоохранения Акмолинской области

Государственная политика в области здравоохранения направлена на сохранение и укрепления здоровья народа. С января 2010года в нашей стране действует Единая национальная система здравоохранения, основанная на принципах свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирования конкурентной среды и прозрачности процесса оказания и оплаты медицинских услуг.

Работая в условиях ЕНСЗ, больница достигла за 2010год определенных успехов в улучшении качественных показателей и стабилизации финансового положения предприятия. Одним из итогов ЕНСЗ стало повышение зарплаты медицинского персонала в среднем на 15%. Средняя заработная плата врача составил 112 тыс. тенге, среднего медицинского персонала 65 тыс. тенге.

Вместе с тем, имеет место чрезмерная децентрализация органов управления и отсутствие единых требований. Так, при оформлении приложений к лицензии по основным видам медицинской деятельности приходится готовить документы по различным Комитетам (по контролю медицинской и фармацевтической деятельности, оплаты медицинских услуг, санэпиднадзора) и для территориального управления здравоохранения.

Экономическая выгода стала преобладающей в деятельности предприятия, стало ясно, какие болезни финансово более весомые. Больницы стали заинтересованы в увеличении стоимости болезней. С другой стороны, увеличилось время работы с медицинской документацией, меньше уделяется внимание больным, увеличивается нагрузка на медперсонал.

Стоимость потенциальных дефектов порой превышает стоимость по МЭТ, что указывает на необходимость изменений критериев штрафных санкции.

Недостаточно решенными остаются вопросы оплаты коммунальных услуг в связи с повышением тарифов на коммунальные расходы. Медико-экономические тарифы не покрывают в достаточном объеме коммунальные и прочие расходы и не содержат прибыли и амортизационных отчислений основных фондов.

Нерешенным остаются вопросы оплаты за оказанные услуги в приемном покое больницы по экстренным показаниям. За 2010год в приемном покое амбулаторно обслужено 3902 больных и медицинские расходы составили более 700 тыс. тенге.

В условиях реформирования здравоохранения, переводе предприятий на новые условия хозяйственной деятельности считаем решить нижеследующие проблемные вопросы в рамках ЕНСЗ:

- в тариф необходимо введение отчисления на амортизацию медицинского оборудования и прибыль предприятия;
- рассмотреть возможность вынесения оплаты за коммунальные и прочие расходы на уровень областных бюджетов;
- необходимо предусмотреть оплату в счетах-реестрах по программе АИС «Стационар» за оказанные услуги амбулаторным больным по экстренным показаниям, по приемному покою больницы;
- предоставление предприятием возможности оказания коммерческих услуг, несвязанных с медицинской деятельностью, в том числе самостоятельности закупа товаров, работ и услуг;

- предусмотреть возможность объединения в одном программном комплексе АИС «Стационар» и Программу ЕИСЗ.

Безусловно, что проводимые реформы улучшат систему здравоохранения республики. Они направлены на сохранение и улучшение здоровья населения, увеличение продолжительности жизни. Подготовка и принятие решений в сфере здравоохранения должны проводиться учетом мнения участников системы здравоохранения и общества в целом.

Литература

- 1 Постановление Правительства Республики Казахстан от 04.08.2009 года «1174 «По реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан»;
- 2 Приказ МЗ РК от 13.03.2010 года №336 «О внедрении портала Бюро госпитализации», приказ МЗ РК №860 от 21.12.2009 г «О создании республиканского и региональных Бюро госпитализации»;
- 3 Статистические данные за 2010-2011 г.г. ГКП на ПХВ «Кокшетауская городская больница»

Түйін

Денсаулық сақтауды реформалау жағдайындағы денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесі

С.К. Кәменов

Мақалада Көкшетау қалалық ауруханасында денсаулық сақтаудың Бірыңғай Ақпараттық жүйесін енгізудің профилактикалық нәтижелері келтірілген. Тарифтер, еңбекақы төлеу қорларын құру мәселелері сарапталып, ауруханаларға ақы төлеудің келешекте даму жолдары көрсетілген.

Summary

National health system in health reform

S.K.Kakenov

The article summarizes the preliminary results of the implementation of Health Information System of in Kokshetau city hospital. The problems of tariffs, the formation of payroll and further development of hospital financing are discussed.

МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*к.м.н. Р.З. Магзумова, магистрант МВА А. Умралина, А.А. Жакубаева,
Г.З. Сарсембаева, к.м.н. А.С. Баянбаев
АО «Медицинский университет Астана»,
Есильская центральная районная больница,
РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК»*

Введение. Управление материально-техническими ресурсами здравоохранения в последние годы в Казахстане становится одним из приоритетных направлений деятельности государственных органов здравоохранения. Эффективность использования ресурсов здравоохранения зависит от системного подхода, комплексного научного обоснования ситуации, применения методов стратегического планирования.

Обеспечение медицинской помощью населения и развитие отечественного здравоохранения в значительной мере определяются степенью оснащённости организаций медицинской техникой. Качество медицинской помощи, её доступность и безопасность напрямую связано с фондовооружённостью медицинского персонала.

Для эффективного управления ресурсным потенциалом здравоохранения крайне важна достоверная информация о состоянии и динамике материально-технических ресурсов, обеспечивающих его развитие.

Потребность научных исследований по повышению эффективности использования медицинского оборудования здравоохранения РК в условиях модернизации системы

здравоохранения обуславливает актуальность, научную и практическую значимость нашего исследования [1,2].

Цель исследования состоит в изучение действующей нормативной базы управления медицинским оборудованием в РК.

Результаты и обсуждение: 1 этап - Государственная регистрация, перерегистрация и внесение изменений в регистрационное досье медицинской техники - Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 63 и 71 п. 13; Приказ МЗ РК от 18 ноября 2009 года № 735 «Об утверждении Правил государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники»

2 этап - Потребности ЛПУ в оснащении МО. Приказ МЗ РК от 27.10.2010 №850 «Об утверждении стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных организаций здравоохранения».

3 этап - Закуп МО. Закон РК о государственных закупках. Постановление Правительства РК от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупа медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»

4 этап - Поставка, монтаж. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 78. Постановление Правительства РК от 23 декабря 2011 года № 1595 «Об утверждении Правил хранения и транспортировки медицинской техники в условиях, обеспечивающих сохранение их безопасности, эффективности и качества»

5 этап - Эксплуатация, техническое обслуживание, контроль. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 7, пункт 1 подпункт 67: Уполномоченный орган осуществляет функции по контролю за эффективным использованием медицинской техники в государственных организациях здравоохранения.

6 этап - Списание, Уничтожение МО. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 79. Приказ и.о. Приказ МЗ РК от 10 ноября 2009 года № 679 Об утверждении Правил уничтожения медицинской техники, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности. Уничтожение непригодных к реализации и медицинскому применению лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники осуществляется с соблюдением обязательных требований законодательства РК в области охраны окружающей среды и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Вывод: При решении проблем ресурсного обеспечения систем здравоохранения, необходимо учитывать многие факторы, в том числе здоровье населения, как доминирующий фактор, социально-экономические и климато-географические различия регионов, территориальные особенности сложившихся систем организации медицинской помощи.

Литература

- 1 Игликова А.Э., Баймагамбетова М.В., Петров К.П. Методические рекомендации «Методика планирования оснащения медицинских организаций РК медицинским оборудованием» Алматы 2008г.
- 2 Рахимбекова Д.К., Биртанов Е.А «Совершенствование медицинских технологий через призму оценки материально-технического оснащения больничных организаций», Денсаулық сақтауды дамыту журналы №3(44) 2007г. стр. 28-33.

Түйін

Қазақстан Республикасындағы медициналық жабдықтардың менеджменті

Р.З. Мағзұмова, А. Өмралина, А.А.Жақыбаева, Г.З.Сәрсембаева

Денсаулық сақтау ресурстарын пайдалану тиімділігі жүйелілік тәсіліне, жағдайы кешенді ғылыми негіздеуге, стартегиялық жоспарлау әдістерін пайдалануға байланысты. Денсаулық сақтау жүйесін ресурстармен қамтамасыз ету мәселесінің шешу кезінде көптеген факторларды, оның ішінде басым фактор - халықтың денсаулығын, сондай-ақ өңірлердің әлеуметтік-экономикалық және

климаттық-географиялық өзгешіліктерін, медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруда қалыптасқан аумақтық ерекшеліктерді ескеру қажет.

Summary
Management of medical equipment in Kazakhstan

R. Magzumova, A. Umralina, A.Zhakubaeva, G.KSarsembaeva

In solving the problem of resources to ensure health systems must take into account many factors, including population health, as the dominant factor in the socio-economic and climatic differences in the regions, especially the territorial organization of the existing systems of care.

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ – КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ИНСТРУМЕНТОВ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

*к.м.н. Р.З. Магзумова, магистрант МВА К.Кенжина, А.А.Жакубаева,
Г.З.Сарсембаева
АО «Медицинский университет Астана»,
Есильская центральная районная больница*

Введение: Переход в рыночные условия хозяйствования поставил медицинские организации перед необходимостью применять современные технологии для выживания в конкурентной борьбе на рынке медицинских услуг, в числе которых можно назвать стратегическое планирование.

В странах с развитой рыночной экономикой стратегическое планирование выступает важнейшим инструментом регулирования и развития организаций. Стратегическое планирование помогает поддерживать необходимые экономические пропорции, обеспечивая согласованную целенаправленность функционирования всех звеньев системы организации. Стратегическое планирование зарекомендовало себя как один из самых действенных инструментов современного менеджмента [1].

Некоторые медицинские организации могут достичь определенного уровня успеха, не затрачивая большого труда на формальное планирование. Более того, стратегическое планирование само по себе не обеспечивает успеха. Тем не менее, формальное планирование может создать ряд важных и часто существенных благоприятных факторов для организации [2,3]. Современный темп изменения и увеличения знаний является настолько большим, что стратегическое планирование представляется единственным способом формального прогнозирования будущих проблем и возможностей.

Материалы и методы исследования: Нами изучены отделы стратегического планирования в медицинских организациях республиканского уровня: количественный и качественный фактически функционирующий состав за период 2011 года.

Результаты сравнительного анализа отделов стратегического медицинских организаций представлены в таблице.

Таблица – Сравнительный анализ кадрового состава отделов стратегического планирования

Наименование организации	Общ. кол-во сотрудников, чел.	Кол-во сотрудников отдела	Образование сотрудников отдела
АО «Национальный центр материнства и детства»	872	1) начальник отдела 2) ведущий специалист	1) нач.отдела: высшее мед.обр.+ магистратура по менеджменту в здравоохранении (США 2 года). 2) специалист: высшее мед.обр. + специализация общ. здрав-е
АО	705	1) нач. отдела	1) нач.отдела: высшее мед. обр.,

«Республиканский детский реабилитационный центр»		2) главный специалист 3) ведущий специалист	специализация общ.здрав-е) 2) гл.специалист высшее мед. обр., специализация общ.здрав-е 3) вед. специалист высшее мед. обр., специализация общ.здрав-е
АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»	970	сотрудник	высшее медицинское образование
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»	782	1) нач.отдела; 2) главный специалист 3) ведущий специалист	1) нач.отдела высшее мед.обр., специализация общ. здрав-е 2) гл.специалист высшее мед.обр., специализация общ.здрав-е 3) ведущий специалист высшее финансовое образование 4) ведущий специалист (по специальности психолог)
АО «Республиканский диагностический центр»	602	1) нач.отдела; 2) главный специалист 3) ведущий специалист	Работает 2 сотрудника: 1) начальник отдела (высшее мед.обр, специализация общ здрав-е) 2) главный специалист (высшее финансовое образование)

Данные сравнительного анализа, предварительны и дальнейшее изучение планируется в сравнительном анализе с ближним и дальним зарубежьем, а также провести корреляционный анализ медицинской, экономической эффективности организации к качественному составу стратегического отдела.

Вывод: Стратегическое планирование - это зонтик, под которым укрываются все управленческие функции, и не используя преимущества стратегического планирования, организация в целом и отдельные сотрудники будут лишены оценки направления организации.

Литература

- 1 Бизнес-планирование в медицинском учреждении. Учебно-методическое пособие. Авторский коллектив. – Кемерово: Сибформ С, 1998. – 230 с.
- 2 Люкшин А.М. Стратегический менеджмент: учебное пособие для вузов.- М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000.
- 3 Боумен К. Основы стратегического менеджмента. М.: Юнити, 1997.

Түйін

Стратегиялық жоспарлау – медициналық ұйымды басқарудың маңызды аспаптарының бірі

Р.З. Мағзұмова, К.М. Орманбетова, А.А. Жақыбаева, Г.З. Сәрсембаева

Стратегиялық жоспарлау – бұл басқару қызметінің барлық функцияларының негізі болып табылады. Стратегиялық жоспарлаудың басылымдықтары қолданылмаған жағдайда ұйым мен оның қызметкерлерінде ұйым қызметінің бағытын бағалау мүмкіндігі болмайды

Summary

Strategic planning - as one of the most important tool of health organization

R. Magzumova, K.Ormanbetova, A. Zhakubaeva G. Sarsembayeva

The strategic planning process is the umbrella under which hide all management functions, and not taking advantage of strategic planning, organization as a whole and individual employees will have no clear way to assess the goals and direction of the organization.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.А. Пушкарева

ГККП «Станция скорой медицинской помощи», г. Астана

Введение. В настоящий момент одной из актуальных проблем на догоспитальном этапе в практике врача-педиатра скорой медицинской помощи (СМП) является правильная диагностика при возникновении острой боли в животе [1].

Цель исследования. Оценка показателей работы выездных педиатрических бригад СМП при обслуживании детей с острым абдоминальным синдромом.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили карты вызовов станции скорой и неотложной медицинской помощи, отрывные талоны сопроводительных листов, журналы приемных покоев стационаров за 2009-2011 годы.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период педиатрическими бригадами станции скорой помощи обслужено 136 114 вызовов к детям с острыми болями в животе.

Ежегодно в общей структуре педиатрических вызовов доля этих пациентов составляет в среднем 7,3%.

Следует отметить, что в последнее время обращаемость детского населения за СМП по поводу абдоминального синдрома имеет тенденцию к увеличению числа. Так за период с 2009 года по 2011 год обращаемость увеличилась на 0,8% или на 2 879 случаев.

Основным поводом к обращению за СМП детей с абдоминальным синдромом послужил острый аппендицит - 39,4%. Непроходимость кишечника и тромбоз мезентериальных сосудов занимает второе ранговое место – 21,4%. Ущемленные грыжи составляют 19,4%. В 2,8% случаев была диагностирована тупая травма живота. На долю других воспалительных заболеваний органов брюшной полости приходится 7,4%.

Из всех обратившихся больных - 98,8% были доставлены в стационар для госпитализации или консультации хирурга. В 1,2% случаев родители отказались от первичной доставки ребенка в стационар, однако, через определенный промежуток времени (как правило, через 1,5-2 часа) после повторного активного посещения бригадой СМП, все пациенты были доставлены в детские больницы. Процент госпитализации данной категории больных составил 81,4%. После консультации хирурга и оказания помощи в приемном покое стационара 18,6% детей были отпущены домой для прохождения амбулаторного лечения.

Возврат отрывных талонов сопроводительных листов составил 99,6%. Это позволило детально провести анализ расхождения диагнозов у данной категории больных. При изучении ошибочной диагностики абдоминального синдрома у детей было установлено, что основными причинами ее послужили: недостаточный опыт медицинского работника СМП (64,2%); неправильная оценка врачом СМП клинических симптомов (30,7%); неполноценный осмотр больного (5,1%).

Особенностью острых хирургических заболеваний является то, что они несут непосредственную угрозу жизни больного ребенка не только вследствие деструкции того или иного внутреннего органа или развития перитонита, но и развивающегося в течение очень короткого времени фатального нарушения жизненно-важных функций всего организма в целом и появлению четких показаний для экстренной операции.

Основные синдромы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у обслуженных детей в подавляющем большинстве проявились в течение первых 24 часов заболевания. Из них ведущими были: интенсивные боли (основной симптом острого хирургического заболевания), характер которых был различным, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и парезом кишечника (задержка стула, отхождение газов); тяжелое

состояние больного ребенка; напряженный живот и сухой язык; признаки раздражения брюшины и лихорадка.

Объединяющими признаками всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости явилось острое начало, быстрое течение, необходимость экстренной помощи (срочная операция).

Нередко причиной острой боли в животе были заболевания органов, находящихся вне полости живота: болезни органов малого таза (7,2%), пневмонии (3,1%), плеврит (2,0%), пиелонефрит (1,4%) и т.д.

По нашим данным врачи СМП города Астаны доставляли детей с болями в животе в хирургическое отделение детской больницы, где после проведенного обследования им были выставлены следующие диагнозы – хронический гастрит, гастродуоденит, острый двусторонний сальпингит, гастроэнтерит, двусторонняя бронхопневмония, кишечная колика, правосторонняя очагово-сливная пневмония, функциональное расстройство ЖКТ.

В условиях СМП врач не имеет времени для динамического наблюдения за больным, нет возможности применять дополнительные методы диагностики, вследствие этого дифференциальная диагностика затруднена. Возникновению диагностических ошибок также способствует недостаточное количество клинических симптомов заболевания, порой атипичное течение болезни [2].

Особенно сложна дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей младшего возраста, которые не могут самостоятельно и объективно изложить жалобы, определить время начала заболевания, и у которых на ведущее место выходит общая симптоматика (интоксикация и вегетативные реакции). Нередко дети в возрасте от 1 до 4 лет, анализируя болезненные ощущения, дают противоречивые ответы [3].

Важным фактором, усложняющим диагностику, является трудность обследования детей и выявление локальных симптомов острых хирургических заболеваний, которая тем больше, чем меньше возраст ребенка. Решающим в установлении диагноза острого хирургического заболевания или его исключения является наличие или отсутствие местных признаков: локальной болезненности и пассивного мышечного напряжения при пальпации, а также симптомов раздражения брюшины. Методика выявления этих симптомов у детей часто оказывается несостоятельной по двум основным причинам: двигательное возбуждение и негативная реакция на осмотр и пальпацию снижают достоверность получаемых данных; остается субъективной оценка важнейшего симптома – пассивного мышечного напряжения.

Сложность диагностики у детей объясняется ещё и тем, что в зависимости от возраста меняется и спектр заболеваний, с которыми приходится дифференцировать острые хирургические заболевания. У детей первых лет жизни причиной диагностических ошибок часто являются заболевания, которые встречаются преимущественно именно в этом возрасте (отит, детские инфекции, пневмонии и др.) [4].

Таким образом, для улучшения оказания скорой медицинской помощи детскому населению по поводу острой хирургической патологии необходимо поддержание постоянной настороженности в отношении заболеваний, сопровождающихся болями в животе. Только четкая организация и преемственность на всех этапах диагностики, госпитализация всех детей с абдоминальным болевым синдромом и повторными болями в животе значительно улучают качество оказания медицинской помощи данной категории больных. Также необходимо повышать эффективность санитарно-просветительной работы среди населения по поводу своевременного обращения за медицинской помощью при появлении абдоминального синдрома.

Литература:

- 1 Беккина Г.В. Исследование преемственности между станцией скорой медицинской помощи и стационарами в оказании экстренной хирургической помощи. - Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., - 2001 - 32 с.
- 2 Бойков А.А., Попова А.Е. Изучение мнения пациентов о качестве оказания скорой медицинской помощи детям. //Сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения» Вып. Ю. М.: 2005. - С. 189-192

3 Абашии Н.Н. Результаты оценки экспертизы качества скорой медицинской помощи. // Развитие качества скорой медицинской помощи в современных условиях: Материалы научно-практической конференции - М, 2005 - С. 52-55.

4 Агафонова О.В., Фиалко В.А. Факторы, влияющие на качество работы врача скорой медицинской помощи. // Скорая помощь - 2007». - № 3. - С. 46-47.

Түйін

Жедел медициналық жәрдем жағдайында балалардың абдоминалдық синдромын диагностикалау мәселелері

О.А. Пушкарева

Диагностиканың барлық кезеңдерінде медициналық көмекті дұрыс ұйымдастыру мен сабақтастық, абдоминалды ауырсыну синдромы және іштің қайталама ауруы бар барлық балаларды ауруханаға жатқызу осы санаттағы науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын едәуір жақсартады. Сондай-ақ халық арасында абдоминалды синдром пайда болғанда дер кезінде медициналық көмекке жүгіну қажеттігі жөнінде санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу тиімділігін арттыру қажет.

Summary

Diagnostics abdominal syndrome in children in the conditions of emergency medicine

O. A. Pushkareva

The accurate organization and continuity at all stages of diagnostics, hospitalization of all children with abdominal a painful syndrome and repeated belly-aches considerably find quality of rendering of medical aid of the given category of patients.

О СОСТОЯНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА МЕДИЦИНСКИМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕМ ЛЕТНОГО СОСТАВА

*Р.С. Сагитаев, Ф.С. Есова, А.В. Шин, д.м.н., профессор А.Ж. Шарбаков, Магистр медицины Ф.Т. Сембиева
ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте»
АО «Медицинский университет Астана»*

Авиационный транспорт является одним из динамично развивающихся отраслей в экономике страны. В Казахстане проведены структурные преобразования в области гражданской авиации на основе мировых моделей авиаперевозок. С увеличением пропускной способности воздушных трасс ежегодно увеличиваются пассажирообороты.

В этих условиях актуальной остается вопрос обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности полетов и высокого сервисного обслуживания авиапассажиров, данный вопрос является одним из основных контрольных функций санитарно-эпидемиологической службы на транспорте.

Актуальным вопросом остается продление летного долголетия летного состава авиапредприятий страны.

Специалисты ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте» (далее – ДГСЭН МЗРК ТР) проводят постоянную работу по осуществлению государственного санитарно-эпидемиологического надзора за условиями труда и снижению заболеваемости летного состава гражданской авиации РК. При этом проводится контроль за полнотой охвата, качеством и своевременностью проведения предварительных периодических медицинских осмотров. Определяются списки работников имеющих стаж работы 10 лет и старше во вредных условиях труда для прохождения периодических медицинских осмотров на этапе их формирования. По завершению медицинских осмотров специалисты ДГСЭН МЗРК ТР принимают участие в

обобщении результатов и разрабатывают комплексные планы по улучшению условий труда на предприятиях и укрепления здоровья работающих, особенно летного состава.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (далее - ВУТ) лиц летного состава за последние 3 года показывает, что в отчетном году по сравнению с 2009 годом произошло увеличение числа случаев с ВУТ в 2,2 раза (2009г. – 582 случаев, 2011г. – 1293сл.).

Таблица 1- Структура заболеваемости по нозологическим формам за период 2009 – 2011 годы в абсолютных числах

№	Виды нозологических форм заболеваемости	Число случаев			Рост или снижение
		2009	2010	2011	
1	Кишечные инфекции	10	15	23	+2,3 раза
2	Заболевания ССС	3	7	28	+9,3 раза
3	Заболевания ЖКТ	37	30	57	+1,5 раза
4	Простудные заболевания	397	419	878	+2,2, раза
5	Болезни женских половых органов	49	45	71	+1,4 раза
6	Болезни почек и мочевых путей	9	11	50	+5,5 раза
7	Болезни кожи	14	24	40	+2,3 раза
8	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	9	2	64	+7,1 раза
9	Травмы и отравления в связи с производством, бытовые травмы	51	43	82	+1,6 раза
10	Итого по всем болезням	582	596	1293	+2,2 раза

Ведущими заболеваниями остаются заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезни почек и мочевых путей.

Таблица 2 - Структура заболеваемости по нозологическим формам за период 2009 – 2011 годы на 100 работающих.

№	Виды нозологических форм заболеваемости	2009г.		2010г.		2011г.	
		случаи	дни	Сл.	Дни	Сл.	дни
1	Кишечные инфекции	0,3	2,4	0,5	4,8	0,8	6,7
2	Заболевания ССС	0,1	4,3	0,2	12,1	1,0	9,0
3	Заболевания ЖКТ	1,23	11,9	1,18	8,4	2,0	16,7
4	Простудные заболевания	13,6	110,7	16,8	146,0	32,5	301,8
5	Болезни женских половых органов	0,7	21,0	1,7	27,5	2,6	29,8
6	Болезни почек и мочевых путей	0,3	3,9	0,43,7	3,7	1,8	17,3
7	Болезни кожи	0,6	4,2	0,9	5,4	1,4	15,5
8	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,3	2,9	0,07	0,7	2,3	24,1
9	Травмы и отравления в связи с производством, бытовые травмы	1,74	31,5	1,6	25,5	3,03	41,7
10	Итого	18,8	195,4	23,35	234,1	47,43	462,6

Основными причинами роста числа вышеуказанных заболеваний является высокое психоэмоциональное напряжение и напряженный темп работы при относительном дефиците времени, утомление, необычная пространственная ориентировка, шум, вибрация,

болтанка самолета, неблагоприятное воздействие трансмеридианных, меридианных и ночных полетов и многих других профессиональных вредностей. Среди бортпроводников отмечается рост и кишечных инфекций, в том числе 3 случая салмонеллеза и 20 случаев пищевой токсикоинфекций.

Заключение. Для снижения заболеваемости лиц летного состава и улучшения условий труда необходимо выполнить следующие мероприятия: решить вопрос о снижении продолжительности полетного времени с 900 часов в год до 800 часов в год; продолжить работу по снятию с эксплуатации устаревших моделей самолетов АН, ТУ и вводу современных типов Боинг и Эйрбас; организация и постоянный мониторинг за состоянием здоровья и профессиональной годности пилотов; внедрение эффективной системы диспансеризации и оздоровления; во всех терминалах предусмотреть комнаты временного пребывания пилотов; своевременная диагностика заболеваний, лечение и диспансерное наблюдение; активизировать работу по улучшению условий труда лиц летного подъемного состава с динамичным слежением за состоянием их здоровья.

Литература:

11 Годовой отчет о работе ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте» за 2011 год и задачах на 2012 год.

Түйін

Ұшқыштар құрамының медициналық куәландыруына жүргізілген санитарлық-эпидемиологиялық мониторинг жағдайы туралы

Сағытаев Р.С., Есова Ф.С., Шин А.В., Шарбақов А.Ж., Сембиева Ф.Т.

Ұсынылған мақалада ұшқыштар құрамының жұмыс жағдайына мониторинг және сырқаттануына талдау жүргізіліп, 2009-2011 жылдар аралығында ұшқыштар шалдыққан аурулардың құрылымы сандық көрсеткішпен келтірілген, сондай-ақ қалыптасқан жағдайды жақсартуға және аурулардың алдын алу шаралары ұсынылған.

Summary

Condition of sanitary-epidemiologic monitoring behind physical examination of flying structure.

R.Sagitaev, F.Yessova, A.Shin, A.Sharbakov, F.Sembieva

In this article the monitoring characteristic behind a condition of working conditions and incidens of flight structure is given and preventive actions are offered on is silent to improvement.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГРАНИЦЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В РАМКАХ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА

*Р.С. Сагитаев, А.В. Шин, д.м.н., профессор А.Ж. Шарбаков
ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте», г. Астана
АО «Медицинский университет Астана»*

Согласно статьи 149 «Санитарная охрана территорий Республики Казахстан» Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» №193-IV от 18 сентября 2009 года в пунктах пропуска через Государственную границу Республики Казахстан организованы санитарно-карантинные пункты для осуществления санитарно-карантинного контроля за пассажирами, экипажами, поездными бригадами, транспортными средствами, грузами, представляющими опасность для здоровья населения.

В настоящее время в системе государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан функционируют 17 санитарно-карантинных пунктов (далее-СКП), из них: на железнодорожных пунктах перехода - 4; в международных аэропортах - 11; в морских портах - 2.

На автомобильных переходах осуществление санитарно-карантинного контроля передано с 01 июля 2011 года таможенным органам.

Всего пунктов пропуска на автомобильных переходах насчитывалось 18, в штате которых состояло 40 специалистов, задействованных с областных департаментов. С 01 июля 2011 года специалистами СКП на автопереходах осуществлялся государственный санитарно-карантинный контроль только за лицами, пересекающими таможенную границу Таможенного союза.

В соответствии с межправительственным соглашением Республики Казахстан и Китайской Народной Республикой, в целях увеличения товарооборота между странами и улучшения транзитного потенциала сторон, в настоящее время ведется строительство новых пунктов пропуска: на казахстанско-туркменской границе - железнодорожный пункт пропуска «Болашак»; на казахстанско-китайской границе - железнодорожный пункт пропуска «Алтынколь».

Комитет таможенного контроля Министерства финансов Республики Казахстан создал новые таможенные посты в структуре департаментов по Мангистауской («Болашак») и Алматинской («Алтанколь», «Иле») областей. Новые таможенные посты созданы в связи с возложением на таможенные органы проведения санитарно-карантинного контроля в автомобильных пунктах пропуска через таможенную границу Таможенного союза, открытием стыковой станции «Болашак» и железнодорожного пункта пропуска «Алтынколь».

В сентябре 2011 года в г.Астана было проведено заседание экспертной группы Комиссии Таможенного союза «Обустройство и оснащение пунктов пропуска на внешней границе государств – членов Таможенного союза» с вынесением решения о разработке проекта плана реализации Единых типовых требований и доработке проекта Правил заполнения паспорта пунктов пропуска на внешней границе государств –членов Таможенного союза с последующим представлением его на рассмотрение на очередном заседании Экспертной группы.

За 2011 год специалисты отдела санитарной охраны государственной границы (далее-отдел) неоднократно принимали участие в заседаниях рабочей группы по вопросам осуществления контроля на таможенных постах и в пунктах пропуска на внешней границе Таможенного союза. Специалистами отдела дважды рассматривался проект по обустройству пункта пропуска на станции Чалдовар железнодорожной линии Луговая-Бишкек на постоянной основе, включающего таможенную, пограничную и железнодорожную инфраструктуру, один из которых был отклонен из-за представления неполного пакета документов.

По итогам повторного рассмотрения проектной документации было выдано санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии пункта пропуска на ст.Чалдовар гигиеническим нормативам.

Проводилась работа по реализации постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 07 мая 2010 года №9 «Об усилении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению возникновения и распространения полиомиелита на территории Республики Казахстан». Совместно с территориальными органами здравоохранения организована работа по проведению вакцинации детей до 15 лет, прибывших в Казахстан без наличия прививочного сертификата.

Определенная работа отделом была произведена по ориентировочным расчетам требуемых финансовых средств на обустройство и материально-техническое оснащение санитарно-карантинных пунктов на железнодорожных, автомобильных пунктах

переходах, в морских портах и в международных аэропортах.

Специалистами отдела было проведено 2 обучающих семинара по вопросам осуществления санитарно-карантинного контроля на таможенной границе Таможенного союза со специалистами Департамента КГСЭН МЗ РК на транспорте (далее-Департамент) и воздушного транспорта.

В отчетном году отделом были разработаны и направлены в территориальные подразделения Департамента таблицы еженедельной информации по санитарно-карантинному контролю.

Департаментом велся еженедельный мониторинг за осуществлением санитарно-карантинного контроля в пунктах перехода государственной границы железнодорожным и воздушным транспортом с предоставлением сводной информации в КГСЭН МЗ РК.

По итогам работы санитарно-карантинных пунктов в условиях Таможенного союза департаментом ежеквартально передавались сведения о проведенных мероприятиях по санитарной охране таможенной территории Таможенного союза согласно приложения №4 к Положению о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора (контроля) за лицами и транспортными средствами, пересекающими таможенную границу Таможенного союза, подконтрольными товарами, перемещаемыми через таможенную границу Таможенного союза и на таможенной территории Таможенного союза, утвержденного Решением Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 года №299.

За отчетный период 2011 года в ходе санитарно-карантинного контроля на таможенной территории Таможенного союза санитарным досмотром было всего охвачено 1369252 (2010 г.-858964) транспортных средств, из них 60065 пассажирских вагонов в 4678 пассажирских составах, 46777 грузовых вагонов в 5398 грузовых составах, 18063 пассажирских авиалайнеров, 278 пассажирских и 1712 грузовых морских судов, 979625 пассажирских и 262732 грузовых автотранспортных средств.

Санитарно-карантинным контролем (досмотром и опросом) охвачено: пассажиров – 7760391 (2010г. -3425134), в т.ч. на въезде 5989601, из них пассажиров - 6531638, членов экипажа - 1228753.

В результате досмотра прибывших лиц на границе в 2011 году выявлены 73 (2010 г.-86) человека с подозрением на инфекционные заболевания. По каждому случаю проводились первичные противоэпидемические мероприятия.

Всего охвачено санитарно-карантинным досмотром 1369252 единиц транспортных средств, из них выявлено с нарушениями санитарных правил 1003, что составляет 0,08%. Из 1058031 досмотренного пассажирского транспортного средства в 14 (0,01%) выявлены нарушения санитарных правил. По выявленным нарушениям приняты меры административного воздействия в виде штрафов – 14. Из 311221 грузового транспортного средства выявлены нарушения санитарных правил в 989 (0,32%) единицах.

За отчетный период 2011 года всего досмотрено 36848 партий подконтрольных товаров в объеме 301610,22 т, из них на въезде 36713 партий грузов общим весом 294666,22т (2010 г. -38656 партий грузов объемом 1312662т).

Из-за отсутствия и несоответствия документов, подтверждающих безопасность продукции (товаров), запрещен ввоз в Республику Казахстан 1006 партий грузов, общим весом 21674,743т(7,1%) (2010 г.-9236т(0,79%)). В сравнении с аналогичным периодом 2010 года увеличился объем запрещенных грузов в 2,3 раза. Основная доля, т.е 95,3 % задержанных грузов приходится на грузовой железнодорожный транспорт, 4,7% -на грузовой автотранспорт.

Основными видами задержанных грузов являются - бытовая техника и химия, предметы личной гигиены, строительные отделочные материалы, посуда.

За истекший период 2011 года запрещений грузов в СКП аэропортов и в морских портах не было.

За 2011 год автодорожными СКП было всего осмотрено 979625 единиц пассажирского автотранспорта, в т.ч. на въезде 877510, всего осмотрено (опрошено) 2972579 граждан, пересекающих государственную границу, в т.ч. на въезде – 2354979 человек. Временно запрещен въезд 4-х единиц автотранспортных средств. Запрещен ввоз на территорию Республики Казахстан 0,073 т грузов пассажирским автотранспортом. Осмотрено 262732 единиц грузового автотранспорта, в т.ч. на въезде 222585, всего опрошено 935676 граждан, пересекающих государственную границу, из них на въезде – 894330 человек. Приостановлен пропуск 176-ти единиц грузового автотранспорта. Запрещено к ввозу на территорию Республик Казахстан 1012,67 т грузов.

Все действующие автодорожные СКП в соответствии с приказом МЗ РК №853 от 15 декабря 2009 года «Об утверждении перечня поставляемых тепловизоров и инфракрасных пирометров» оснащены приборами дистанционной термометрии.

При осмотре пассажиров и водителей грузового и пассажирского автотранспорта на автопереходах через государственную границу Республики Казахстан было выявлено 73 человека с подозрением на инфекционное заболевание. По всем выявленным случаям, проведены первичные противоэпидемические мероприятия и медицинское обследование. Больных особо опасными, карантинными инфекциями не выявлено.

В 2011 году функционировало 2 СКП в морских портах «Ақтау-теңіз порты» и «Қара Шекпен» (бывший «Баутино») Мангистауской области. СКП «Ақтау-теңіз порты» размещено в типовом отдельном здании, зарегистрировано в реестре ВОЗ в статусе международного порта (KZAAU), имеющего право выдавать Свидетельства о прохождении судном санитарного контроля международного образца.

Всего досмотрено 1990 единиц морского транспорта, все на въезде, в т.ч. 278 пассажирских. Опрошено 41099 лиц, пересекающих государственную границу, из них 10635 пассажиров и 30464 членов экипажа морских судов.

В 2011 году СКП функционировали в 11-ти международных аэропортах: г.Астана, Актобе, Атырау, Актау, Караганды, Уральск, Алматы, Усть-Каменогорск, Тараз, Семей, Шымкент. Все СКП международных аэропортов оснащены тепловизорами. Аэропорты г.Астана (KZAS) и Алматы (KZAL) зарегистрированы в реестре ВОЗ в статусе международных портов, имеющих право выдавать Свидетельства о прохождении судном санитарного контроля международного образца.

Всего за отчетный период 2011 года СКП международных аэропортов были досмотрены 18063 международных авиарейса, в т.ч на въезде 9814. Из них прибывших из стран, неблагополучных по болезням 3522. Всего осмотрено (опрошено) 1850827 лиц, в т.ч. на въезде 1139528. Из общего числа опрошенных лиц 1751435 составляют пассажиры и 99392 члена экипажа воздушных судов. При осмотре больных с подозрением на инфекционные заболевания не выявлено. Запрещений грузов в СКП аэропортов не было.

Всего за 2011 год досмотрено 60065 пассажирских вагонов в 4678 составах (на въезде 30043 вагона в 2335 составах) и 46777 грузовых вагонов в 5398 составах (на въезде 39475 вагонов в 5272 составах). Количество осмотренных (опрошенных) лиц, пересекших государственную границу на пассажирском железнодорожном транспорте – 1950812 (на въезде 1550519), из них пассажиров – 1818831 и 131981 член локомотивных бригад. На грузовых составах опрошено (осмотрено) – 9398 человек (на въезде 9146). При осмотре пассажиров температурающих больных не выявлено.

Случаев завоза и распространения особо опасных инфекций в пунктах пропуска через Государственную границу Республики Казахстан в 2011 году не зарегистрировано.

В целом, режим работы и материально-техническом оснащении СКП выглядит следующим образом.

Большая часть СКП работают на круглосуточном режиме, т.е. 14 СКП из 17 (4 СКП на железнодорожных пунктах перехода, 2 СКП в морских портах, 8 СКП в международных аэропортах–Астана, Атырау, Актау, Актобе, Караганда, Уральск, Алматы, Шымкент).

Требуется оборудование для дистанционного измерения температуры тела для всех СКП на железнодорожных пунктах перехода (Бейнеу, Мерке Кулан, Сарыагаш, Достык).

Требуется приобретение многоразовых защитных костюмов для СКП (Алматы-4, Тараз -2, Астана -1, Уральск -1, Актау -2).

Во все пунктах пропуска через государственную границу Республики Казахстан предусмотрены санитарные стоянки (площадки, тупики, причалы) для проведения противоэпидемических мероприятий.

В связи с вышеизложенным, в целях приведения санитарно-карантинных пунктов в соответствие с Едиными типовыми требованиями к оборудованию и материально-техническому оснащению зданий, помещений и сооружений, необходимых для организации пограничного, таможенного, санитарно-карантинного, ветеринарного, карантинного фитосанитарного и транспортного контроля, осуществляемых в пунктах пропуска через внешнюю границу государств–членов Таможенного союза, утвержденных Решением Комиссии Таможенного союза от 22 июня 2011 года №688, необходимо решение следующих вопросов: обеспечение СКП необходимыми по площади и набору помещениями; доукомплектование штатными единицами вышеуказанных СКП; дооснащение СКП необходимым оборудованием, санитарно-противоэпидемическим имуществом, интернетной и факсовой связью; обеспечение всех СКП автотранспортом; создание условий для работы и отдыха должностных лиц, осуществляющих госконтроль, решение вопроса со служебным жильем для специалистов СКП.

Литература:

1 Годовой отчет о работе ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте» за 2011 год и задачах на 2012 год.

Түйін

Кедендік Одақ аясында Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасында мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастыру туралы

Сағытаев Р.С., Шин А.В., Шарбақов А.Ж.

Мақалада Қазақстан Республикасының аумағын санитарлық қорғау мақсатында Мемлекеттік шекарадан өту бекеттерінде халық денсаулығына қауіп төндіруі ықтимал жолаушыларға, экипаждарға, поезд бригадаларына, көлік құралдарына, жүктерге санитарлық-карантиндік бақылау жүзеге асыру үшін ұйымдастырылған санитарлық-карантиндік пункттердің қызметіне талдау жүргізіліп, олардың жұмысын жақсартуға бағытталған ұсыныстар берілген.

Summary

About organization of state sanitary-epidemic of speccion on state frontier RK Customs Union

R.Sagitaev, A.Shin , A.Sharbakov

Sanitary and anti epidemic measures on health protection of the customs territory of the Customs Union has success fully carried out on all areas of health of the state border of the republic according to the delisions of the Customs Union of Committees of the May 28, 2010 №299.

ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.З.Фасиева

ГККП «Городская детская больница №2», г. Астана

Введение: Ожидаемый результат масштабных планов переустройства отечественного здравоохранения в интересах общественного и отраслевого развития, может быть, достигнут не столько посредством предлагаемых к реализации организационно-

структурных и юридически оформленных преобразований, сколько за счет человеческого фактора, базисной основой которого, является медицинский коллектив, знающего перспективы, понимающего поставленные цели и задачи, умеющего их реализовывать, глубоко заинтересованного в результатах деятельности и непрерывном самосовершенствовании. Укоренившийся в кадровой работе механистический подход затрудняет реагирование на происходящие в здравоохранении перемены, меняющиеся приоритеты [1,2].

Пусковым механизмом для принятия управленческого решения, реально оказывающего влияние на качество медицинской помощи и экономическую эффективность является использование методов кадровой статистики, с помощью, которых, можно провести анализ деятельности, вскрыть и выявить существующие проблемы, потенциальные возможности их решений, выявить внутренние резервы, а также пути реализации управленческих решений [2,3].

Целью исследования явилось оценить анализ кадровой политики Городской детской больницы №2 города Астана.

Материалы и методы: годовые отчеты учреждения - форма №30, №14 (государственной статистики), годовые отчеты отделений.

Городская детская больница №2 является единственным детским многопрофильным учреждением столицы. На данный момент в состав учреждения входит стационар, развернутый на 300 коек, включающий 11 клинических и 5 параклинических отделений, а также консультативно-диагностическая поликлиника на 250 посещений со стационаром дневного пребывания. В больнице работает 726 сотрудников, из которых 150 врачей и 286 медицинских сестер, более 60 % медперсонала имеют первую и высшую квалификационные категории (таб.1).

Таблица 1 - Обеспеченность кадрами в ГДБ№2.

Наименована специалистов	год	количество штатных единиц	Укомплектованность		занятость		принято	уволено
			Abs	%	abs	%		
врачи	2009	176,25	147	83,4	165	93,6	36	40
	2010	200,5	149	74,3	176,7	88,2	44	37
мед.сестры	2009	309,75	237	76,5	285	92,0	64	55
	2010	335	281	83,9	314,5	93,4	84	50

Исходя из таблицы 1, в 2010 году количество врачебных штатных единиц увеличилось на 34,6%, что связано с централизацией специализированной медицинской помощи детям города Астана. При недостаточной укомплектованности врачебных кадров (74,3%) занятость врачебных должностей обеспечена на 88,2% за счет совмещения врачей ГДБ №2 и внешних совместителей.

В динамике с прошлого года отмечается рост показателей укомплектованности и занятости штатных единиц медицинских сестер, что явилось результатом сотрудничества с ГККП «Медицинский колледж г. Астана»: участие в ярмарках выпускников колледжа и заключением предварительных трехсторонних договоров на предоставление работы.

Как показано в таблицах 2,3 категориальность врачей и медицинских сестер не высока, что связано с тем, что в 2008 году 24 специалистов, имеющих первые и высшие категории врачей и 15 медицинских сестер перешли на работу во вновь открывшиеся республиканские центры столицы.

Таблица 2 - Категорийность врачей

Показатели	2008 год		2009 год		2010 год	
	abs	%	abs	%	abs	%
количество врачей	-	-	147	-	149	-
из них с категориями:	51	34,9	50	34,0	61	40,9
Высшая	14	27,5	13	26,0	19	31,1
Первая	22	43,1	21	42,0	27	44,3
Вторая	15	29,4	16	32,0	15	24,6

В настоящее время ДГБ №2 сотрудничает с Медицинским университетом Астаны, участвует в ярмарках выпускников и ежегодно пополняет свои кадры молодыми специалистами.

В движении врачей и медицинских сестер заметна положительная динамика: принято на работу врачей на 22,2% больше, уволилось на 7,5% меньше, чем в 2009 году; принято на работу медицинских сестер на 31,3% больше и уволилось на 9,9% меньше чем в 2010 году.

Таблица 3 - Категорийность среднего медицинского персонала

Показатели	2008 год		2009 год		2010 год	
	abs	%	abs	%	abs	%
количество СМР					280	
из них с категориями:	108	45,6	110	61,8	131	46,7
Высшая	24	22,2	42	38,2	55	41,9
Первая	60	55,6	44	40,0	41	31,3
Вторая	24	22,2	24	21,8	35	26,8

Выводы: таким образом, при анализе кадровой политики Городской детской больницы №2 города Астана выявлено, что недоучет качественной составляющей кадрового потенциала отрасли чреват серьезными последствиями для всей системы охраны здоровья населения в целом. Не использованные в настоящее время внутриотраслевые резервы в кадровой службе, и в ближайшем будущем могут превратиться в дестабилизирующие, а возможно, и деструктивные факторы развития системы общественного здравоохранения.

Литература

- 1 Митин А.Н. Кадровая политика и ее новые ценности. Екатеринбург: УрАГС, 2000.
- 2 Т. Норберт Тенденции и перспективы развития управления персоналом. URL: <http://www.hrinform.ru/articles/tphr.shtml>.
- 3 Сибурин Т.А., Блохина Т.П., Камынина Н.Н., Данилова Н.В. Развитие системы управления персоналом в организациях здравоохранения. М.: Агар, 2008. 146с.

Түйін

Сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз етуде кадр саясатын дамыту мәселелері

А.З.Фасиева

Астана қаласының №2 балалар қалалық ауруханасының кадр саясатын талдау кезінде осы салада сапалы кадрлардың жетіспеушілігі жалпы халықтың денсаулығын сақтау жүйесіне ауыр әсер тигізу қауіпімен сипатталатыны анықталды. Қазіргі уақытта кадр қызметінде сала ішіндегі резервтердің қолданылмауы жақын болашақта қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамытудың тұрақсыздандыратын, одан қалса бұзатын факторлары болуы ықтимал.

Summary

Current issues in the development of personnel policy in providing quality medical care

A.Fazieva

Underestimation of the qualitative component of the human resources industry is fraught with serious consequences for the entire system of child health. Not used in the present intra reserves in personnel work in the near future may become destabilizing, and possibly destructive factors of public health systems.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Д.Е. Абильдин

РГП НА ПХВ «НИИ Травматологии и Ортопедии», г. Астана

Введение. Последние годы отмечен рост числа пострадавших с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области, и в том числе больных с переломами скулоорбитального комплекса. По данным многих отечественных и зарубежных клиницистов, переломы скуловой кости и нижней стенки орбиты занимают второе место по частоте в структуре травм челюстно-лицевой области.

Важнейшим этапом диагностики повреждений скулоорбитального комплекса является детальный анамнез заболевания и данных клинического обследования пациентов, на основании которых определяются порядок, сроки и объем дополнительных диагностических исследований (рентгенологического, офтальмологического, неврологического). Комплексная оценка всех диагностических данных позволяет выбрать оптимальный объем лечебных мероприятий, определяющихся тяжестью состояния пострадавшего, сроками, прошедшими с момента получения травм, степенью выраженности анатомических и функциональных нарушений у конкретного пациента.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 59 больных с изолированными и сочетанными повреждениями скулоорбитального комплекса в возрасте от 16 до 57 лет. У 46 больных диагностированы изолированные повреждения скулоорбитального комплекса, у 13 — сочетанные.

Результаты и обсуждение. Своевременная их диагностика позволяет правильно применять тактику лечения без последствия ближайших и отдаленных осложнений часто используемые методы клинко-рентгенологического обследования, которые не всегда позволяют установить окончательный диагноз при переломах скулоорбитального комплекса данной локализации.





По данным ряда авторов повреждения этой зоны в 37 – 77% наблюдений приводят к различным нарушениям прилежащих органов и систем, это нарушение носового дыхания, слезоотделение, изменение кожной чувствительности, ограничение открывания рта, эстетические недостатки. Часто происходят кровоизлияния в конъюнктиву, в гайморову пазуху (гемосинус), подкожную клетчатку, крылонебную ямку, которые могут быть причиной развития воспалительных осложнений в этих областях.

Своевременная диагностика переломов скулоорбитального комплекса остается актуальной задачей при сочетанных черепно-челюстно-лицевых травмах (СЧЧЛТ). Простое рентгенологическое исследование этой группы пациентов не всегда дает объективную оценку состояния отделов глазницы, верхнечелюстных синусов, пластичной области крыловидных отростков, что, в свою очередь, может привести к ошибкам в планировании оперативного вмешательства. В то же время более углубленное

исследования больных при СЧЧЛТ с применением современных лучевых методов диагностики – компьютерной томографии (КТ) и ядерно-магнитной резонансной томографии (ЯМРТ) черепных и челюстных костей, при которых вероятность достоверной диагностики повреждений этих костей резко возрастает.

Среди лучевых методов диагностики КТ занимает особое место. На современном этапе получила широкое применение в медицинской практике и стала неотъемлемой частью диагностического исследования. КТ обладает рядом преимуществ перед обычным рентгенологическим исследованием: а) высокой чувствительностью, что позволяет дифференцировать отдельные ткани и органы друг от друга; б) позволяет получить изображение только в плоскости исследуемого среза, что дает четкое изображение без наложения выше или ниже лежащих образований; в) дает возможность получить тонкую количественную информацию о размерах и плотности отдельных органов, тканей, что позволяет делать выводы относительно характера поражения.

Случаи из практики. Из своей практики приводим сравнительные рентгенографии костей черепа и лицевого скелета больных при сочетанных травмах принятой в клинике обычной методикой и методом КТ черепа. Если на простом R-снимке невозможно иногда определить нарушения целостности гайморовой пазухи или глазницы, то на КТ можно определить не только линейные, но и объемные размеры и направления поврежденных костей. Особый интерес представляет трехмерная КТ, позволяющая получить объемное изображение тканей и органов в зоне повреждения.

	
<p>Рисунок 1 - КТ: травматическая деформация правой глазницы – скулоорбитального комплекса.</p>	<p>Рисунок 2 - КТ: повреждение левой верхнечелюстной (гайморовой) придаточной пазухи носа.</p>
	
<p>Рисунок 3 - Множественная черепно-лицевая травма. Множественный оскольчатый перелом лицевого скелета. Смещение средней зоны лицевого скелета влево. Оскольчатый двухсторонний перелом нижней челюсти: перелом подбородочного отдела с дислокацией к подъязычной кости, перелом головок мыщелковых отростков:</p>	
<p>а) КТ в аксиальной проекции;</p>	<p>б) 3D-КТ</p>

Выводы: Исходя из вышеизложенного и в целях предупреждения возможного развития анатомо-функциональных нарушений и воспалительных осложнений в последующем, у пострадавших с переломом костей средней зоны лица мы рекомендуем включить в предоперационное обследование компьютерную томографию. Данный метод лучевой диагностики позволяет выявить не определяемые рентгенологически повреждения структур орбиты, гайморовой пазухи и костей основания черепа, что помогает выбрать правильную тактику хирургического вмешательства и достичь хороших функциональных и анатомо-эстетических результатов.

КРОВОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

*д.м.н., профессор С.И.Токпанов, Е.М.Габбасов, С.С.Сейтенов, М.К.Салимов,
Ж.Г.Байтурлин, А.А.Лясова
РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК»*

За последние годы электрохирургические оборудования достигли определенных технологических высот и находят применение практически во всех областях хирургии. Эти достижения обусловлены принципом обратной связи и коррекцией силы тока с достижением неотторгаемого коллагенового струпа. Большим достижением при операциях на паренхиматозных органах явилось появление технологий с аргоно-плазменной коагуляцией и водоструйной диссекцией.

Мы хотим поделиться первыми впечатлениями применения хирургической станции ERBE VIO 300D при резекции печени. Аппарат укомплектован аргоно-плазменным коагулятором ERBE APC2, биполярными зажимами ViClamp, биполярными искровыми ножницами ViSect и водоструйным диссектором.

Гемангиома печени - доброкачественная мезенхимальная опухоль. Обычно гемангиомы печени небольших размеров, и протекают бессимптомно. Гемангиомы печени обнаруживаются у 1-5% взрослого населения, и чаще всего это случайные находки при проведении ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), или магнитно-резонансной томографии (МРТ). У женщин гемангиомы печени выявляются в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. По секционным данным они выявляются в 5-7% всех вскрытий. Гемангиомы занимают 2,2-3% от числа всех доброкачественных новообразований и 20-34% - от общего числа образований печени. В печени преимущественно располагается одна гемангиома, но возможны и множественные опухоли. Опухоль может находиться внутри печени или на её поверхности, характеризуются обширной васкуляризацией.

По данным различных авторов, послеоперационная летальность при резекциях печени различного объема составляет от 0 до 9,2%, хирургические осложнения (внутрибрюшное желче-кровотечение, абсцесс, плевральный выпот, перитонит) составляют от 16% до 34,7%.

В хирургическом отделении клиники Медицинского центра Управления делами Президента РК, мы впервые во время операции применили хирургическую станцию ERBE VIO при атипичной резекции печени. Данная станция намного экономит свободное пространство в операционной. Очень удобный интерфейс и простота управления аппаратом через активный экран и широкий режим резания и коагуляции, в том числе с применением плазменного аргона (рис. 1).

Пациентка Н., 52 лет (медицинская карта стационарного больного №1666), поступила с



Рисунок 1- Хирургическая станция ERBE VIO

диагнозом: «Гемангиома правой доли печени». Жалобы: на чувство тяжести, периодические тупые боли в правом подреберье.

Из анамнеза заболевания известно, что в 2001 году на КТ обнаружено образование в VII сегменте печени диаметром 3,0 см. При динамическом обследовании (КТ) отмечена тенденция к росту – 2006 г - 7,5 см, 2011 г - 10,5 см, и опухоль стала занимать уже VII-VI-V сегменты печени.

Результаты инструментального обследования:

- УЗИ печени: в V-VI-VII сегментах печени лоцируется гемангиома, размером 10,5x10,2 см, повышенной эхогенности, с анэхогенными очагами по периферии;
- Компьютерная томография абдоминального сегмента (рис. 2, 3):



Рисунок 2 - КТ до операции



Рисунок 3- КТ до операции

При нативном исследовании в V-VI-VII сегментах печени и частично в VIII определяется гиподенсивное образование, плотностью в пределах 25-41едН, овальной формы, с относительно четкими контурами, размерами около 10,4x9,7x6,8 см неоднородной структуры.

На КТ ангиографии от верхней брыжеечной артерии отходит правая добавочная печеночная артерия.

Хирургическое лечение в данном наблюдении проводилось по абсолютным показаниям: диаметр опухоли более 10 см; прогрессивный рост опухоли в динамике.

24.11.11 г., после комплексного амбулаторного обследования и предоперационной подготовки выполнена операция – Торакофренолапаротомия. Атипичная резекция правой доли печени (S_{5,6,7}). Дренажирование плевральной полости и подпеченочного пространства.



**Рисунок 4 -
Торакофренолапаротомия по VIII
межреберью справа.**

После стандартной премедикации, включающей в себя: накануне вечером per os 10 мг реланиума, за 30 минут до операции внутримышечно введен промедол 0,3 мг/кг, димедрол 0,1 мг/кг и атропин 0,1%-0,5 мл пациентка взята на операцию.

Анестезиологическое пособие: вводный наркоз пропофолом (1,0-2,0 мг/кг), в качестве миорелаксанта применялся пипекурония бромид (0,1 мг/кг). Поддержание анестезии проводили дробным введением фентанила (5±2,3 мкг/кг/час) и севоран в дозе 0,8–2,5 об.%. Ингаляционный анестетик применяли по низкопоточной методике с газотоком менее 1 л/мин «Minimal Flow». ИВЛ по полузакрытому контуру дыхательным аппаратом

Drager «Fabius GS» (Германия) в режиме IPPV в условиях нормовентиляции. Мониторинг показателей газообмена, оксигенации и механики дыхания проводился встроенным

компьютерным анализатором наркозного аппарата. Инфузионная терапия 20-30 мл/кг массы тела с учетом операционных потерь в сочетании кристаллоидов и коллоидов 2:1. В интраоперационном периоде осуществляли мониторинг и регистрацию ЭКГ, ЧСС, АД, насыщения капиллярной крови кислородом (SpO₂), периферической температуры, почасового диуреза. Показатели кислотно-основного состояния и электролитный состав артериальной и смешанной венозной крови проводили на микроанализаторе ABL-800 (Дания). В раннем послеоперационном периоде проводилась гемотрансфузия: свежемороженая плазма 500 мл; эритроцитарная взвесь - 360 мл.

Доступ торакофренолапаротомия по VIII межреберью справа (рис. 4) выбран в связи

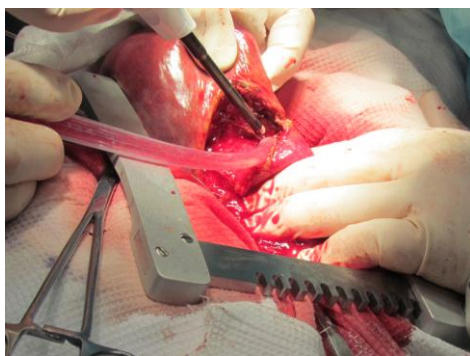


Рисунок 5- Внутривенные протоки и сосуды клипированы.

с анатомическим расположением сосудистой опухоли. Мобилизация правой доли печени проводилась аргоно-плазменным коагулятором ERBE APC2 и биполярными ножницами BiClamp и водоструйным диссектором BiSect. Ишемизация печени путем наложения турникета на печеночно-двенадцатиперстную связку составила 15 минут. С помощью водоструйной диссекции прецизионно произведена атипичная резекция опухоли в пределах здоровой ткани печени. Внутривенные желчные протоки и сосуды клипированы и лигированы узловыми викриловыми швами (рис. 5). Раневая поверхность печени обработана аргоно-плазменным коагулятором в режиме "спрей" и ушита

отдельными узловыми швами (рис. 6).

Купол диафрагмы восстановлен отдельными узловыми швами. Плевральная полость дренирована по Бюлау. Поддиафрагмальное пространство дренировано силиконовой трубкой. Послойные швы на рану с 2 блочными швами на ребра. Асептическая повязка. Объем интраоперационной кровопотери составила около 700 мл.

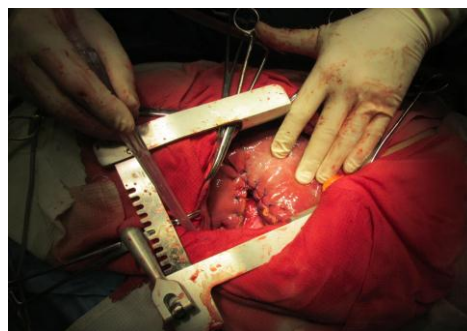


Рисунок 6 - Печень после.

Макропрепарат (рис. 7) - фрагмент печени размерами 10,0x12,0x6,0 см, с наличием под капсулой опухолевидного образования дряблой



Рисунок 7- Макропрепарат резецированной гемангиомы.

консистенции, губчатого вида, темно-красного цвета. Прилежащая ткань печени желто-коричневая. Капсула утолщена.

Гистологическое заключение (№8235-40) -

Капиллярная гемангиома печени. Очаговый интерстициальный гепатит.

Микроскопия (рис. 8):

новообразование, состоящее из многочисленных

сосудистых полостей, преимущественно небольшого калибра, содержащих эритроциты, выстланных слоем эндотелиальных клеток. Капсула представлена

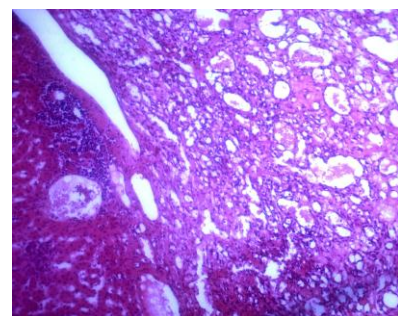


Рисунок 8- Микроскопия гемангиомы

соединительной тканью. В перипортальных трактах печени очаговая круглоклеточная инфильтрация, гепатоциты в состоянии зернистой дистрофии.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Страховочные дренажи удалены после контрольной рентгенографии органов грудной клетки и УЗИ на 4 сутки из плевральной полости, на 5 сутки из брюшной полости. Максимально высокий уровень печеночных ферментов (АлаТ, АсаТ) наблюдался на 2-е сутки до 505 Ед/л.; 349 Ед/л соответственно, которые нормализовались на 5-е сутки (48,6 Ед/л.; 26,6 Ед/л.).

Заживление раны первичным натяжением. Пациентка выписана из клиники на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Контрольная КТ абдоминального сегмента на 15 сутки послеоперационного периода (рис. 9,10): в правой доле определяются металлические клипсы, деформаций и расширений печеночных и внепеченочных протоков нет. Остаточная полость не визуализируется.



Рисунок 9- КТ после операции.



Рисунок 10- КТ после операции.

Первый опыт применения аргоно-плазменного коагулятора ERBE APC2 и биполярной ножницы BiSect и биполярный зажим BiClamp и водоструйного диссектора для резекции печени при гемангиоме показал следующее – возможность прекрасной водоструйной диссекции образования печени без повреждения протоков и сосудов, биполярной коагуляции сосудов в ткани печени диаметром до 7 мм. Водоструйная диссекция близка к технологии ультразвуковой фрагментации, но работает значительно быстрее и очень деликатно в связи с возможностью выбора давления в системе. Биполярные искровые ножницы BiSect, зажимы и диссекторы, занимают позицию между ультразвуковыми ножницами и Ligasure. Наличие широкого набора хирургических инструментов позволяет использовать данный прибор для любых хирургических вмешательств.

Хирургическая станция ERBE VIO 300D - является на сегодняшний день одним из наиболее продуманных и функциональных ВЧ- генераторов, по некоторым характеристикам не имеющая аналогов. Проста и эргономична в эксплуатации. Это новый шаг к обеспечению разнообразных хирургических вмешательств, значительная экономия операционного пространства, а так же высокая надежность и безопасность для пациента.

ЛЕГОЧНЫЙ ГЕМАНГИОМАТОЗ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

В.А. Хохлова

ГКП на ПХВ «Патологоанатомическое бюро», г. Астана

Легочный капиллярный гемангиоматоз (ЛКГ) – редкое и тяжелое сердечно-сосудистое заболевание, сложно диагностируемое, которое имеет неблагоприятный исход. Классическим признаком ЛКГ является большое количество капилляров, которые инфильтрируют стенки больших и мелких артерий и вен, стенки альвеол, тем самым,

утолщая их, а также межальвеолярное пространство, внутридольковые перегородки, бронхи, периваскулярную и перибронхиальную соединительную ткань.[1]. При этом разрушается эластическая ткань, происходит облитерация сосудов. Причины ЛКГ неизвестны. В мире описано всего 100 случаев данного заболевания, по доступной нам литературе - менее 50 случаев.

Встречается ЛКГ как у детей, так и у взрослых, но чаще в возрасте 20-40 лет. По данным литературы в мире описано всего 2 случая врожденного ЛКГ. В г. Астана имелся случай данного заболевания, единственный, когда диагноз был установлен прижизненно в грудном возрасте.

Прогноз при этом заболевании неблагоприятный. Выживаемость после появления симптомов болезни составляет от 1 года до 5 лет. Прогрессирование болезни ведет к тяжелой сердечно-легочной недостаточности и единственным способом лечения является пересадка «сердце-легкие».

Прижизненное установление диагноза сложно. Во многих случаях диагноз устанавливается при аутопсии.

Был проведен анализ медицинской документации и результатов аутопсийного материала ребенка К. (11 мес.), находившегося на лечении в кардиологическом отделении. При этом были изучены анамнестические данные, результаты клинико-лабораторных, иммунологических, инструментальных исследований (ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенограммы органов грудной клетки), проведено микроскопическое исследование аутопсийного материала.

У ребенка имелась редкая врожденная патология сосудов капиллярного уровня, а именно наличие большого количества тонкостенных капилляроподобных сосудов в легких, что привело к развитию высокой легочной гипертензии.

Первые признаки, указывающие на наличие сердечной или же легочной патологии, появились в возрасте 3-х мес. (одышка, цианоз носогубного треугольника, приступы апноэ на фоне эмоционального и двигательного беспокойства, которые были расценены как «аффективно-респираторные приступы»; задержка физического развития). [2]. Обследования, проведенные в клиниках России и Германии, позволили установить наличие ЛКГ и исключить ВПС (при ранних обращениях предполагался «частичный аномальный дренаж легочных вен», «вторичный ДМПП») и интерстициальную болезнь легких, при этом решающим в диагностике явилось морфологическое исследование биопсийного материала легочной ткани, проведенное в Университетской клинике Геттингема (Германия).

Выявлен фактор, возможно имеющий определенное значение на развитие данного заболевания у ребенка - перенесенная матерью острая респираторная вирусная инфекция в первом триместре беременности, повлиявшая на формирование структур легочной ткани. Данное заключение подтверждается и результатами патологоанатомического вскрытия – обнаружением аномалии системы дыхания – «нарушенной лобуляции правого легкого». Результаты лабораторных и патоморфологических исследований исключили наличие внутриутробной инфекции как причинного фактора развития заболевания. Наследственный характер болезни не прослеживался, хотя по литературным данным возможен аутосомно-рецессивный тип наследования.

При морфологическом исследовании выявлено большое количество капилляров, которые инфильтрируют стенки мелких артерий и вен, а также утолщают стенки альвеол и межальвеолярное пространство. Инфильтрация капилляров в межальвеолярные перегородки и интерстиций образует двойной слой клеток по обеим сторонам перегородок, с увеличением числа капилляров в периваскулярной и перибронхиальной соединительной ткани, с развитием гипертрофии мышечного слоя проксимальных легочных артерий. Пролиферирующие капилляры в легочных сосудах разрушают и разволокняют эластическую ткань меди, вызывая геморрагии и отложение гемосидерина как в цитоплазме альвеолярных макрофагов и альвеолоцитов II типа, так и в интерстиции.

Капилляры переполнены кровью и выбухают, извилистые. Легочные артериолы с гипертрофией меди и фиброзом интимы. Межальвеолярные промежутки с явлениями выраженного отека и полнокровием сосудов, в сосудах стазы, сладжи эритроцитов, кровоизлияния в паренхиме. Бронхи, бронхиолы с отежной стенкой, десквамацией эпителия, густой лейкоцитарной инфильтрацией в просвете и в стенке.

Результатом инфильтрации легочных структур измененными капиллярами (данные микроскопии паренхимы легких) явилось развитие легочной гипертензии с последующей гипертрофией правого желудочка и правого предсердия («хроническое легочное сердце»). [3]. Следствием нарушения перфузии газов за счет утолщения стенок альвеол, снижения эластической ткани в легких, инфильтрации капиллярами практически всей легочной ткани (что было обнаружено при исследовании аутопсийного материала) явилась дыхательная недостаточность. Данные морфологические изменения обусловили развитие у ребенка клинической картины сердечно-легочной недостаточности.

Органический характер изменений сосудистой системы легких пролиферативного характера с последующим развитием легочной гипертензии и прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности с последующей декомпенсацией сердечной деятельности (при микроскопии обнаружен межзубчатый отек и выраженная дистрофия кардиомиоцитов) явились причиной смерти у ребенка.

Единственным способом излечения является пересадка «сердце-легкие». Имеются данные о положительном эффекте от стероидной терапии (однако вопрос остается открытым), антипролиферативной терапии доксициклином и интерфероном α -2a. [4]. Рекомендации такого характера были даны в Университетской клинике Геттингема (Германия). Однако радикального эффекта они не дают и являются средством задержки пролиферативного процесса до проведения оперативного вмешательства.

Особенностью данного случая явилась прижизненная диагностика ЛКГ у ребенка грудного возраста, что по данным литературы до сих пор в мире является редким фактом. Заболевание представляет собой интерес в плане особенностей диагностики и необходимости дифференцированного подхода при наличии у больного клиники сердечно-легочной недостаточности. Наличие высокой легочной гипертензии, резистентной к терапии, с прогрессированием сердечно-легочной недостаточности при отсутствии «сердечных причин», предполагает вероятность ЛКГ и является показанием для проведения биопсии и требует для верификации диагноза микроскопического исследования паренхимы легких.

Литература

- 1 Легочный капиллярный гемангиоматоз. Кардиологический вестник. Том 02/№1/2007. В.К.Лазуткина, Н.А.Миронова, С.П.Веселова, И.Е.Чазова Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова, Москва
- 2 Легочная гипертензия в детском и юношеском возрасте. Педиатрия и неонатология | Опубликовано 28-08-2006.
- 3 Лечение легочной гипертензии у детей. Л. И. Агапитов.#07/10 .Страничка педиатра.
- 4 Кардиолог. Сайт о заболеваниях сердца и сосудов. www.wolfson-hospital.org.il

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ

ОСТЕОХОНДРОЗ - АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «МЕЛОКСИКАМ» В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*З.М. Алибекова, Г.К. Жумабаева, А.К. Сеитова
ГККП «Городская поликлиника №6», г. Астана,
ГККП «Городская поликлиника №7», г. Астана,
АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана*

Введение. Остеохондроз позвоночника занимает одно из ведущих мест среди причин обращаемости пациентов в поликлиники. Болезнь поражает преимущественно людей трудоспособного возраста 25-55 лет.

На сегодняшний день, современные методы лечения остеохондроза представлены - комплексами оперативной и консервативной терапии. Консервативное лечение включает в себе: режим, фармакотерапия, игорефлексотерапия, физиолечение, лечебная гимнастика. В базисную терапию лечения включает препараты обладающий противовоспалительным действием. Одним из НПВС является “Мелоксикам”.

Основной **целью исследования** явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата ”Мелоксикам”.

«Мелоксикам», группы оксикамов с противовоспалительным, болеутоляющим и жаропонижающими свойствами, которые связаны с селективным ингибированием изофермента ЦОГ-2.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 40 пациентов с пояснично-крестцовым остеохондрозом, в возрасте от 30 до 40 лет. Продолжительность заболевания 2-года и более определена у 26 пациентов. Диагноз подтвержден компьютерной томографией. Все пациенты были разделены на две группы: основная и контрольная. Основная группа-25 пациентов. Все они получали препарат «Мелоксикам» - 15мг внутримышечно в течении 5-дней, переходом в таблетку 7,5мг в течении 20-дней. Контрольная группа-15пациентов получали диклофенак по 3,0мл внутримышечно 1раз в день, витамины В1,В6 2,0 мг через день и физиопроцедуры. Оценка эффективности, проводилась по степени выраженности болевого синдрома и подвижности позвоночника в пояснично-крестцовом отделе.

Результаты и обсуждение. К концу лечения основной группе у 23 пациентов (95%)-значительно улучшилось самочувствие, уменьшилась интенсивность боли, увеличился объем движений в позвоночнике, повысилась трудоспособность. Аллергических реакций и других нежелательных явлений не было. В контрольной группе эффект лечения составил 60% (у 8 пациентов) к концу курса уменьшилась интенсивность болевого синдрома и увеличился объем движения в поясничном отделе позвоночника.

Вывод: применение препарата ”Мелоксикам” у пациентов с остеохондрозом позвоночника имеет большую эффективность. Полученные результаты позволяет применять препарат” Мелоксикам-ратиофарм” в дозе 3,0 мл внутримышечно 1 раз в день в течении 5 дней и перорально 7,5мл по 1таблетке 1 раз в день в течении 20-дней. Эффективно во время лечения применять специальные упражнения, которые закрепляют результат.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Н.А. Аркенов

Акмолинская областная больница №2, Астана

Введение: В последнее время значительно увеличился удельный вес заболеваний околоносовых пазух в структуре оториноларингологической патологии, растет их частота и среди беременных женщин. При риносинусите, развивающегося на фоне беременности, существует опасность не только для здоровья матери, но и ребенка. Поэтому особенно важно как можно раньше диагностировать и начать лечение этого заболевания.

Частота спонтанного выздоровления при остром бактериальном синусите составляет около 50-70%, поэтому в большинстве случаев рекомендуют придерживаться выжидательной тактики (симптоматическое лечение без назначения антибиотиков). Одним из методов лечения риносинусита при беременности является по показаниям -

типичная пункция верхнечелюстной пазухи, а также антибиотикотерапия. Что касается приема медикаментов, то многие из них противопоказаны при беременности. Для снятия отека слизистой и открытия выходного отверстия пазухи эффективно применяют назальные спреи и капли, которые содержат сосудосуживающие препараты (например, Називин, Отилин, Фармазолин и пр.). Но беременным такие препараты противопоказаны. Положительные отзывы в лечении гайморита получил препарат «Синупрет» растительного происхождения, который разжижает содержимое пазух, оказывает секретолитическое, противовоспалительное действие, восстанавливает защитные свойства и уменьшает отек слизистой оболочки дыхательных путей, способствует оттоку экссудата из придаточных пазух носа, обладает иммуномодулирующей и противовирусной активностью [1-3].

Материалы и методы: у беременных в первом триместре с диагнозом острого риносинусита в комплексном лечении использовался препарат «Синупрет», дополнительно, препарат «Мирамистин», раствор - для полоскания горла 3-6 раз в сутки в течение 5 дней, а также местно «Аква – Марис» спрей в течение 3 дней 5-6 раз в сутки.

Критерии включения в группу наблюдения: первый триместр беременности, заложенность носа, затрудненное дыхание через нос, нарастающие неприятные ощущения в области носа, головная боль повышение температуры до 38 градусов С, болезненность при пальпации в проекции верхнечелюстного синуса, преимущественно односторонняя; начало симптомов на фоне перенесенной ОРВИ на 2-5 сутки, отсутствие активной патологии почек, дыхательных путей.

Под наблюдением находилось 12 беременных женщин, у которых использовался комплексное лечение с препаратом «Синупрет» 2 драже 3 раза в сутки в течение 5 дней. Динамика симптомов риносинусита отслеживалась ежедневно.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения показали, что у 10 из 12 беременных женщин на 3 сутки нормализовалась температура, улучшилось носовое дыхание. На 5 сутки, объективно и субъективно пациентки чувствовали себя здоровыми. Двоим пациенткам в комплекс лечения был назначен «Ровамицин» по 3 млн. МЕ 2-3 раза в день (суточная доза 6-9 млн. МЕ) в таблетках, так как на 3 сутки сохранялась высокая температура, кашель, влажные хрипы в нижних отделах легких (аускультативно у терапевта), с эффектом выздоровления на 10сутки стационарного лечения.

Заключение. Таким образом, в практике назначения препаратов «Синупрет», «Аква-Марис» и «Мирамистин» в комплексном подходе беременным первого триместра с явлениями острого риносинусита показал эффективность, безопасность и хорошую переносимость.

Литература

- 1 Клиническая оториноларингология, Бабияк В. И 2005 г. 850 с.
- 2 Лекции по оториноларингологии Солдатов И.Б. - 2000 г. 300 с.
- 3 Лекарственные препараты в лор практике Пискунов В.З 2005 г. 160 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КЛАРИТРОМИЦИН» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ

Н.А.Аркенов

Акмолинская областная больница №2, г.Астана

Введение: Проблема лечения острого среднего отита у взрослых до сих пор остается одной из актуальных в современной оториноларингологии. Обусловлено это большой распространенностью (20–30%) и частотой случаев невосприимчивости микрофлоры к основным антибиотикам, повышением вирусных поражений среднего уха, неудовлетворительными результатами лечения, а нередко и переходом острого

воспаления в хроническую форму [1]. Удельный вес острого среднего отита у взрослых за период 2009-2011гг. в Акмолинской областной больнице №2 в структуре отоларингологических больных составил 19-24%.

Цель исследования: оценить эффективность нового удобного режима применения «Кларитромицина» в дозе 500мг однократно в сутки, коротким курсом 5 дней.

Материалы и методы: Учитывая спектр антибактериальной активности, а также хорошую переносимость кларитромицина, его принято рекомендовать как препарат первого выбора для лечения инфекций при остром среднем отите. Спектр действия «Кларитромицина» включает все основные возбудители среднего отита, сегодня рекомендуют использовать макролиды не как альтернативные препараты, а как лекарственные средства первого выбора [2-4]. Стандартный режим назначения данного препарата - дважды в день, что связано со скоростью полувыведения, составляющей 4 часа.

В нашем исследовании с участием 102 взрослых, находящихся в стационаре, на 5-й день терапии вышеуказанного препарата клиническое излечение было достигнуто у 99% пациентов. Критерии включения в группу наблюдаемых: стадия катарально-гнойного воспаления (доперфоративная), умеренная или сильная боль в ухе, отсутствие выделений из уха, тугоухость, шум в ухе, аутофония, повышение температуры тела до суб- или фебрильных цифр. Отоскопия: гиперемия и утолщение барабанной перепонки, ее выбухание и нарушение подвижности. Начало заболевания развивалось вслед за ОРВИ, возраст от 21 года до 45 лет.

Нежелательные явления наблюдались у 1% пациентов. Данный препарат в однократной суточной дозе показал равную эффективность по сравнению с двухкратным введением. Обычный курс лечения острого среднего отита составляет 10 дней. Оказалось, что короткий 5-дневный курс терапии не менее эффективен, но значительно более удобен для пациента. В исследовании с участием 102 пациентов показано, что назначение кларитромицина в течение 5 дней равно эффективно и безопасно, как и 10-дневный курс лечения.

Вывод: Проведенное нами исследование препарата кларитромицин в однократной суточной дозе 500 мг обладает практически всеми характеристиками антибиотика для эмпирического лечения острого среднего отита у взрослых: высокая биодоступность при пероральном применении, высокая эффективность при относительно низких дозах препарата, возможный однократный суточный прием, сбалансированная концентрация в тканях и крови, высокая внутриклеточная концентрация, широкий спектр антибактериальной активности, и, наконец, безопасность и хорошая переносимость.

Литература

- 1 Кравченко Д.В. Результаты обследования и лечения больных острым гнойным средним отитом / Д.В.Кравченко // Новости оториноларингологии и логопатологии.–2002.– № 1. – С.77–78.
- 2 Косяков С.Я. Острый, затянувшийся и рецидивирующий средний отит: выбор лечения на распутье / С.Я.Косяков, А.С.Лопатин // Consilium Medicum.–2004.–Т.6.– N.4.–С.270–274.
- 3 Klein J.O. Clarithromycin: where do we go from here? *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12(3): 148-151.
- 4 Paters D.H., Clissold S.P. Clarithromycin: a review of its antimicrobial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic potential. *Drugs* 1992; 44(1): 117-164.

ОБ УЛУЧШЕНИИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ НА КОКШЕТАУСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ

Н.М. Баймуратов

ГУ «Кокшетауское отделенческое управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте»

Санитарно-эпидемиологический надзор за состоянием объектов водоснабжения является одним из важнейших разделов работы органов и организаций государственного санэпиднадзора на транспорте.

На конец 2011 года для обеспечения населения и объектов социальной инфраструктуры на Кокшетауском отделении железной дороги находилось 24 объекта водоснабжения, из них централизованных – 9 или 37,5 %, децентрализованных – 15 (сливных колодцев – 11 или 45,8 %, 4 цистерны-водянки или 16,6%). Данные объекты водоснабжения находятся под надзором и контролем ГУ «Кокшетауское отделенческое управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте».

Исходя из общей численности обслуживаемого населения – 10600 человек, можно сделать вывод, что количество населения использующего воду с централизованных источников составляет 9514 человек, децентрализованных источников – 100 человек, привозной водой пользуются 980 человек. Обеспеченность железнодорожных населенных пунктов (станций и разъездов) водопроводной водой составляет 61,8 %, нецентрализованным водоснабжением – 8,5%, привозным – 29,7 %.

Как видно из показателей уровень обеспеченности водопроводной водой по Кокшетаускому отделению железной дороги находится на высоком уровне, чему способствовала выполнение государственной программы «Питьевые воды 2002-2010».

Основным балансодержателем водопроводов является ТОО «Темиржолсу-Кокшетау», на его балансе состоят все 9 водопроводов, на балансе дистанций пути находятся - 11 сливных колодцев (Курорт - Боровской – 3 колодца, Кокшетауской - 3 колодцев, Новоишимской – 5 колодцев).

Изменение количества централизованных и децентрализованных объектов водоснабжения в 2011 году по сравнению с предыдущими годами объясняется тем, что в ноябре и декабре месяце 2010 года 6 водопроводов (ст.Янко, ст.Володаровка, ст. Тонкерис, ст. Ащиголь, ст. Тальщик, ст. Жасыл) предано в ведение территориальных органов ГСЭН, а водопровод разъезда №8 предан отделу санитарно-эпидемиологического надзора ГУ «Департамент ГСЭН на транспорте» по ст. Петропавловск.

Объекты децентрализованного водоснабжения на конец 2011 года – 11 (1 артскважина без разводящей сети законсервирована ст. Сулы и 3 сливных колодца (РЗД № 1,3,5) переданы отделу санитарно-эпидемиологического надзора по ст.Петропавловск, 1 сливной колодец ст. Кызылту законсервирован, так как на станцию протянули ветку поселкового водопровода), но принят на контроль вновь оборудованный сливной колодец ст.Зерновая, с начала 2010 года было -15 (в т. ч. 1 артскважина без разводящей сети ст. Сулы и 14 сливных колодцев).

На сегодняшний день не отвечающих требованиям санитарных норм по санитарно-техническому состоянию, а также по санитарно-гигиеническому состоянию, на участке контроля нет.

В течение последних трех лет наблюдается стабильность качества питьевой воды по микробиологическим и санитарно-химическим показателям на Кокшетауском отделении железной дороги.

Производственный контроль качества питьевой воды ведётся лабораторией ТОО «Темиржолсу-Кокшетау» 2 раза в месяц, по согласованным с нами рабочим программам с предоставлением в наш адрес результатов анализа бактериологических и химических исследований воды.

Всего за год по станциям было отобрано 481 проб воды на санитарно – химические показатели из них положительных 12(2,5%). Положительные результаты наблюдались с водопроводов ст.Азат, РЗД№ 15 и 958 проб на микробиологические показатели, положительные результаты - 13 (0,013%) на РЗД№ 20, РЗД № 14,15 и ст.Азат. Проведена промывка и дезинфекция водопроводных сетей с отбором контрольных проб воды, запланированный объем лабораторных исследований выполнен на 100 %. Еженедельно

производится отбор и исследование проб питьевой воды на «станция обезжелезивания» по ст.К.Боровое - на содержание железа, за 2011год проведено 50 исследований, положительных результатов не было. В период с 18.11.11г по 30.11.11г станция не работала по причине профилактических работ, а также ремонтных работах на водопроводе.

С целью улучшения санитарно-технического состояния объектов водоснабжения руководством ТОО «Темиржолсу-Кокшетау» была разработана и утверждена Инвестиционная программа развития объектов водоснабжения на 2011 год, а также запланирован определенный объем работы за счет собственных средств.

В рамках инвестиционной программы был выполнен капитальный ремонт водопроводных сетей станции Курорт – Боровое протяженностью 4,2 км, приобретен экскаватор ЕК 20-30, проведен закуп водоразборных колонок и их комплектующие части.

За счет собственных средств приобретена автомашины УАЗ 390945-330 1 шт., проведен ремонт водопроводных сетей ст.К.Боровое протяженностью 2,15км., водопроводных сетей ст.Азат протяженностью 1,6 км, капитальный ремонт кровли мастерских ст.Кокшетау и ст.К.Боровое, склада прекурсоров и административного здания.

Таблица 1- Качество питьевой воды по микробиологическим показателям

наименование	2010 год			2011 год		
	Всего	неуд. проб	%	Всего	неуд. проб	%
Всего отобрано проб воды	814	17	2,1	630	9	1,4
в том числе централизованное водоснабжение	759	15	1,9	613	9	2,9
в том числе децентрализованное водоснабжение	55	2	3,6	17	-	-

Таблица 2-Качество питьевой воды по санитарно-химическим показателям

наименование	2010 год			2011 год		
	Всего	неуд. проб	%	Всего	неуд. проб	%
Всего отобрано проб воды	255	8	3,1	97	4	4,1
в т. ч. централизованное водоснабжение	202	7	3,4	80	2	2,5
в т. ч. децентрализованное водоснабжение	53	1	1,8	17	2	11,7

Как видно из табличного материала по сравнению с аналогичным периодом 2010 года процент положительных проб по микробиологическим показателям в целом по объектам водоснабжения уменьшился с 2,1 % до 1,4%. Положительные пробы отмечались из п/п № 55/56 «Кокшетау-Кызылорда», 2 - № 15 «Алматы -Петропавловск», №304 «Екатеринбург-Алматы», № 83 «Караганда-Москва», буфет «Артек» ТОО Курорт-Сервис, водоразборной колонки РЗД № 15 и электропоездов № 807-808 «Астана-Кокшетау» и № 6829-6830 «Кокшетау-Ерментау». На санитарно-химические показатели нестандартных проб по объектам водоснабжения увеличился с 3,1% до 4,1%, в связи с уменьшением объема отобранных проб. Положительные пробы отмечались из сливных колодцев ст. Пресногорьковская, головных сооружений ст.К-Боровое и водоразборной колонки РЗД № 15.

Для обеспечения питьевой водой надлежащего качества дальних станций и разъездов, а так же станций и разъездов, где невозможно устройство водопроводных сетей по ряду причин, использовались 4 «цистерны – водянки». Цистерны используемые для перевозки питьевой воды ежегодно, перед началом летних перевозок проводятся текущий - деповской ремонт (наружную покраску, обновление транспортной маркировки, частичный ремонт обшивки, ремонт крышек заливных люков и др.), проходят паспортизацию и получают санитарный паспорт в УГСЭН на ж.д.транспорте.

Кокшетауским отделенческим управлением ГСЭН на ж.д. транспорте постоянно проводится санитарно-просветительная работа среди населения об использовании бытовых фильтров и других средств очистки и обеззараживания воды, с целью предупреждения заболеваний инфекционной и неинфекционной природы связанных с потреблением воды.

Таким образом, проводимые на Кокшетауском отделении железной дороги санитарно-технические и санитарно-гигиенические мероприятия способствуют улучшению качества питьевой воды и обеспечения населения доброкачественной водой.

Литература:

1 Годовой отчет о работе ГУ «Кокшетауское отделенческое управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте» за 2011 год и задачах на 2012 год.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОРТРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Л.П. Броска

ГККП «Городская поликлиника № 8», г. Астана

Введение: Большой интерес к проблеме остеоартроза (ОА) обусловлен, прежде всего, высокой распространенностью этого заболевания, которое является одной из главных причин нетрудоспособности. По современным представлениям ОА развивается в результате дисбаланса процессов деградации и синтеза хондроцитами компонентов матрикса в суставном хряще, что приводит к изменению его биофизических свойств и нарушению функции. Важным обстоятельством, усугубляющим процессы деградации хряща, является расстройство регионарной гемодинамики и микроциркуляции в синовиальной оболочке и субхондральной кости. При прогрессировании заболевания нарушения капиллярного кровообращения при ОА приобретают системный характер, что подтверждается с помощью биомикроскопии сосудов конъюнктивы глазного яблока. В современных условиях диагностика ОА не вызывает трудностей, чего нельзя сказать о лечении. Главное ограничение в применении базисных препаратов (парацетамол, нестероидные средства, трамадол, колхицин, внутрисуставное введение глюкокортикоидов) – нередко серьезные побочные эффекты. И здесь, по моему глубокому убеждению, очень актуальны немедикаментозные методы лечения, а именно физиотерапия.

Материалы и методы: Для лечения остеоартроза мы применяли низкочастотную импульсное магнитотерапию, и получили следующие результаты. Лечение прошли 84 больных обоего пола, страдающие ОА коленных суставов, в возрасте от 48 до 76 лет. Длительность болезни пациентов составляла от 10 до 30 лет, степень артроза – I-III. Следует отметить, что у 85% больных отмечалось наличие сопутствующих заболеваний: ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической венозной недостаточности, патологии желудочно-кишечного тракта. Воздействие магнитным полем проводилось непосредственно на область больного сустава и вокруг него, поскольку в нашей поликлинике есть аппарат магнитотерапии позволяющий проводить низкочастотное магнитное воздействие. Продолжительность воздействия составляла 15-30 минут, на курс 10-15 процедур. После лечебного курса наблюдалось улучшение состояния у всех пациентов: уменьшение боли, увеличение продолжительности «безболевой» ходьбы, уменьшение уровня депрессии и тревожности. Снижение кожной температуры сустава, нормализация объема сустава и его контуров наблюдалось у 78,6% больных. Побочных эффектов не отмечалось ни в одном случае, но следует отметить, что у 14% больных в процессе лечения отмечалось снижение артериального давления на 18-25 мм.

рт. ст., которое субъективно ими не замечалось (исходно у этих больных регистрировалась гипертензия).

Выводы: Полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что низкочастотное магнитное поле может быть с успехом использовано в программах реабилитации больных ОА в условиях поликлиники, в том числе и у больных, имеющих сопутствующую патологию.

Литература

- 1 Гишинская Н.Ю. Использование малых доз физиотерапии // биологическое и лечебное действие магнитных полей: Материалы междунар. на-уч.-практ. конф. Витебск, 1999.-С. 89-91.
- 2 Грачева Г.В., Еров Н.К., Балабан С.Я. Патогенетическая терапия деформирующего остеоартроза // Здоровоохранение Таджикистана. 1987. -№4.-С. 40-43.
- 3 Григорьева В.Д., Суздальницкий Д.В., Федорова Н.Е. Новые подходы к применению физических факторов в практике медицинской реабилитации больных остеоартритом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2000. - №1. - С. 3-7.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ВИФЕРОН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Л.П. Броска

ГККП «Городская поликлиника № 8», Астана

Введение. В настоящее время острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются наиболее массовыми инфекционными заболеваниями и занимают 70–90% от общей структуры заболеваемости. Это обусловлено снижением концентрации компонентов комплемента при альтернативном пути воспаления и продукции иммуноглобулинов классов G и A, несостоятельностью T- и B-лимфоцитов [1–3].

ОРВИ, имея разную этиологию, схожи по эпидемиологии, патогенезу и имеют общую симптоматику, требуют терапии до идентификации возбудителей, и в этом случае важная роль отводится средствам, влияющим на иммунную систему и повышающим неспецифическую резистентность организма, а также обладающим широким спектром действия на многочисленные возбудители ОРВИ. Для лечения и профилактики ОРВИ наиболее широко применяется лекарственное средство «Виферон», мазь, который представляет собой комплексный препарат интерферона человеческого рекомбинантного альфа-2, с токоферола ацетатом на основе ланолина безводного и вазелина медицинского. Содержание ИФН в 1 г мази — 40000 МЕ.

Материалы и методы исследования: На базе городской клинической поликлиники №8 г. Астана проведено изучение у 50 пациентов трудоспособного возраста от 21 года и до 49 лет, из них 32 (65%) мужчин и 23 (35%) женщин. Критериями включения в исследование были: пациенты с клинически установленным диагнозом ОРВИ; среднетяжелая форма заболевания, лабораторное подтверждение диагноза респираторного вирусного заболевания - ПЦР.

Критериями исключения из исследования были: наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, хронические заболевания печени и почек, онкологические заболевания в любой стадии, ВИЧ); применение других иммуномодуляторов за 4 недели до начала исследования и в период исследования.

Группа А — получала препарат серии 233 (50 пациентов), группа Б — получала препарат серии 144 (50 пациентов). Группы наблюдаемых пациентов были сопоставимы. По внешнему виду препараты «Виферон» и «Плацебо» не отличались, упаковки — баночки с мазью (12г) зашифрованы под разными номерами серий (233 и 144). Этиологическая расшифровка ОРВИ проводилась методом ПЦР в лаборатории. Пациенты получали препарат «Виферон» или «Плацебо» в дозировках - 2500 МЕ 4 раза в день, 5

дней, распределяя равномерно в оба носовых хода после промывания физиологическим раствором.

Результаты и обсуждение: Критериями оценки терапевтической эффективности препарата являлись: исчезновение симптомов интоксикации, респираторных симптомов, общая длительность заболевания. Этиологическая структура (методом ПЦР) представлена следующими возбудителями: аденовирус у 5 (12,9%), парагрипп — у 2 (4,7%), РС-вирус — у 6 (14,1%), риновирус — у 5 (11,8%), смешанная инфекция у 23 детей (51,8%) в различных сочетаниях.

Длительность лихорадки при течении ОРВИ составляла до 5 дней, в среднем по группам: «Виферон» — $1,56 \pm 0,2$ суток, «Плацебо» — $1,82 \pm 0,2$ суток. У пациентов, получавших «Виферон»: через 1–2 суток от начала лечения его проявления отсутствовали у 40,8% наблюдаемых, а в группе «Плацебо» лишь у 10,4%, общая продолжительность токсикоза $3,15 \pm 0,31$ и $3,7 \pm 0,27$ суток соответственно. Различия в сроках восстановления двигательной активности в наблюдаемых группах: на 3 день терапии вялость сохранялась у 30,7% пациентов в группе «Плацебо» и у 4,5% пациентов, получавших «Виферон».

Заключение. Таким образом, результаты проведенного клинического исследования показали высокую терапевтическую эффективность и безопасность препарата «Виферон», мазь у взрослых и позволяют рекомендовать использование данного препарата в комплексной терапии ОРВИ.

Литература

- 1 Зайцева О. В. Препараты интерферона в повседневной практике врача // Медицинская кафедра. 2002, № 3, с. 50–55.
- 2 Нестерова И. В. Интерфероны в клинической практике. Труды XVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Москва, 6–10 апреля 2009, т. 1, с. 315–335.
- 3 Нестеров И. В. Препараты интерферона альфа в клинической практике // Российский аллергологический журнал. 2010, № 2, с. 43–52.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Р.Д. Бутембаев

ГКП на ПХВ Городская больница с поликлиникой №2 г.Кокшетау

Введение. В связи с развитием кардиологической службы в странах СНГ и в Республике Казахстан в Акмолинской области начала развиваться кардиохирургия, кардиоинтервенция, появились новые методы лечения кардиологических больных, в том числе экстракорпоральная ударно-волновая терапия (далее - КУВТ).

В связи с ростом и разнообразием сердечно-сосудистых заболеваний с каждым годом растет число выявленных больных по ишемической болезни сердца (далее – ИБС), вследствие чего стал острый вопрос о развитии кардиологической службы.

Наряду с широким применением ревазуляционных технологий современной медикаментозной терапии идет постоянный поиск новых альтернативных методов в лечении ИБС. Среди них трансмиокардиальная лазерная ревазуляризация, усиленная наружная контрпульсация, использование холодных клеток, нейростимуляция. Совершенно новым неинвазивным методом лечения тяжелого контингента больных с ИБС особенно тогда, когда фармакотерапия не достигает цели лечения, возможность интервенционных методов исчерпана, необходима кардиологическая ударно-волновая терапия (КУВТ).

КУВТ – это новый вид терапии при сердечно-сосудистых заболеваниях, которые являются неинвазивным методом и относится к новым методам в лечении ишемической болезни сердца.

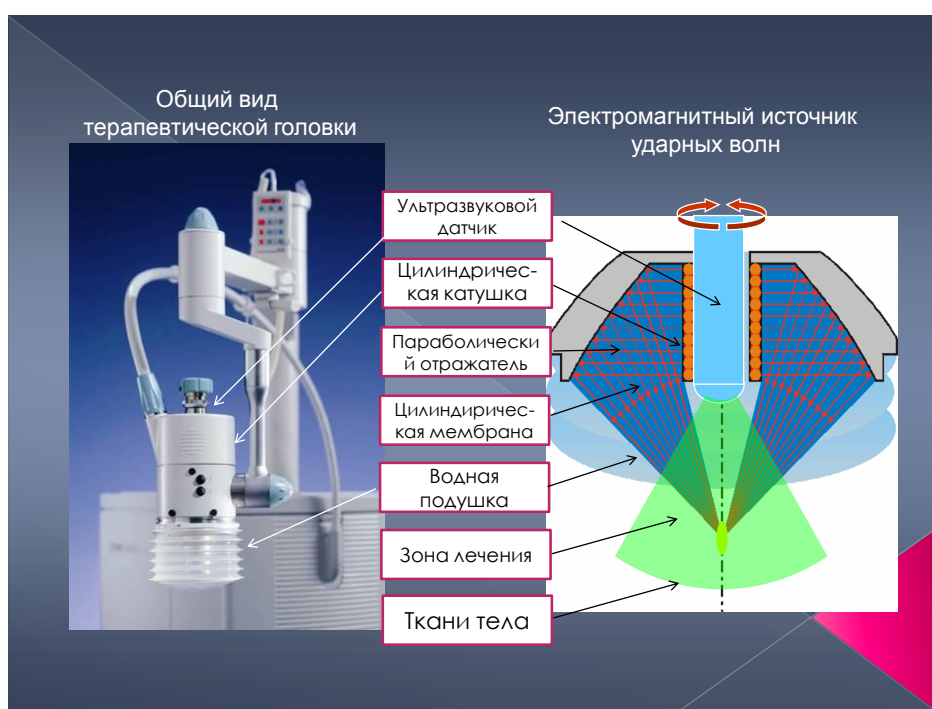
При воздействии КУВТ на ишемизированный миокард используется низкоэнергетические ударные волны (УВ). Сила воздействия при этом обуславливается полностью потоком энергии, измеряемая в мДж/мм². Ударные волны регенерируются электромагнитным способом. Проникая в мягкие ткани, они фокусируются в зоне ишемии. Установлено, что в результате воздействия сфокусированной акустической волны на клетки эндотелия инициируется эффект сдвига напряжения, являющиеся основным стимулом ангиогенного каскада.

При этом происходит повышенная выработка оксидов азота с последующей вазодилатацией кровеносных сосудов; активация протеаз с деградацией, подлежащей базальной мембраны и эндотелия; повышения продукции эндотелиальных факторов роста и факторов роста фибробластов с миграцией эндотелиальных клеток. Все это приводит к стимуляции процессов ангиогенеза с формированием новых капилляров, реваскуляризации и реперфузии ишемизированного миокарда.

Критерии отбора для прохождения КУВТ: ИБС, Стенокардия напряжения: III-IV; Функциональный класс по классификации Канадского кардиоваскулярного общества (CCS); Постинфарктный кардиосклероз; Неподдающаяся лечению стабильная стенокардия.

Критерии исключения: нестабильная стенокардия; Артериальная гипертензия; Нарушение ритма сердца; Опухоли; Тромбы; Легочные заболевания; Имплантант; Резкое снижение фракций выброса; Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в течении последних 3-х месяцев; Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST в течении последних 6-х месяцев; Аортокоронарное шунтирование за последние 3 месяца; Стентирование в течении последних 6-ти месяцев; Искусственный водитель ритма; Эндокардит.

Преимуществами метода являются безболезненность процедуры, что обуславливается высокой плотностью энергии в лечении и низкой плотностью в зоне энергии на уровне кожи. Кроме того, не изменяется частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), концентрация кислорода в крови, электрокардиограмма (ЭКГ), не возникают нарушения ритма, не повышается содержание кардиоспецифических ферментов.



В Республике Казахстан этим методом лечения занимаются только в двух городах: городах Кокшетау и Шымкент.

Таблица 1 - Количественный и возрастной показатель пациентов, прошедших курс лечения

Количество пациентов, прошедших полный курс КУВТ	49 пациентов
Количество пациентов, проходящих курс терапии на данный момент	3 пациента
Возраст самого пожилого пациента	77 лет
Возраст самого молодого пациента	47 лет
Средний возраст пациентов, прошедших КУВТ	62 года
Общее количество пациентов из них: мужчин	49 пациентов
женщин	39 пациентов
Количество пациентов, перенесших хирургическую операцию на сердце	10 пациентов
Аортокоронарное шунтирование до КУВТ	3 пациента

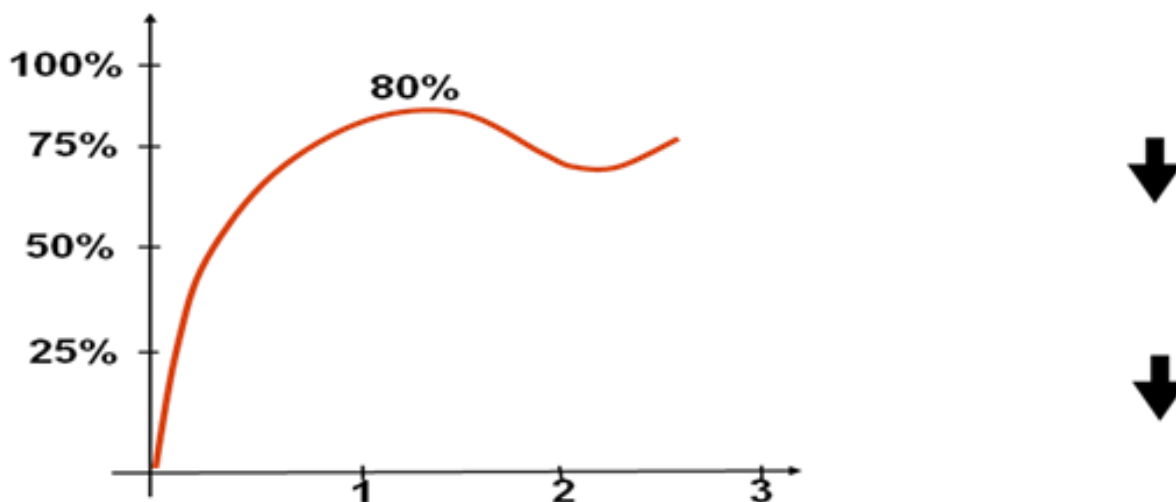


Рисунок - Состояние здоровья пациентов после лечения КУВТ

Таблица 2 - Результаты лечения методом кардиологической ударно-волновой терапии

Показатели	До лечения	После лечения
ФК стенокардии по CCS	3,1±0,5	2,1±0,5
Частота приступов стенокардии в сутки	6,0±1,8	1,5±0,6
ЧСС, в мин.	85±10,1	60±8,2
АД, мм.рт.ст.	142±10,5 / 77,2±9,1	125±12 / 69±10,1
КДО, мл.	190±40,5	170±29
КСО, мл.	95,6±21,5	80±30
УО, мл.	90,1±18	95±19
ФВ ЛЖ, %	44,5±6,2	50,1±5,2
КДР, мм.	60,5±9,2	58,1±6,3

Заключение. Таким образом, после проведения лечения у пациентов толерантность к физическим нагрузкам увеличилась, снизился прием препаратов, которые назначались кардиологом до КУВТ.

Были отмечены случаи полного отказа препаратов после 6-ти месяцев терапии. На контрольных обследованиях после шести месяцев терапии на ЭхоКГ отмечается положительная динамика, улучшилась сократительная способность миокарда (улучшение сократительной способности в области акинеза и гипокенеза ткани миокарда).

Побочные эффекты практически не наблюдались после терапии и во время терапии (при соблюдении критериев исключения: нестабильная стенокардия, артериальная гипертензия, нарушение ритма сердца, опухоли, тромбы, легочные заболевания, имплантант, резкое снижение фракций выброса). Отмечено, что максимальный эффект от терапии наблюдается через 3-6 месяцев после окончания курса лечения, что проявляется в улучшении перфузии миокарда, обмена веществ, восстановлению сократимости миокарда. Снижается ФК стенокардии, увеличивается толерантность к физическим нагрузкам. Достигается снижение повторных госпитализаций и количества принимаемых медикаментозных препаратов.

Длительный положительный клинический эффект КУВТ обусловлен стимуляцией неоангиогенеза в зоне воздействия. Доказано сохранение положительного эффекта КУВТ в течении 5 лет после курса лечения.

Расширяется количество пациентов, отобранных для КУВТ с различными формами сердечно-сосудистых заболеваний проводятся исследования. В перспективе дополнительно из обследований вводится стресс-эхокардиография и контрольные обследования на позитронно-эмиссионном томографе.

Выводы:

1. Анализируя имеющиеся клинические наблюдения и наш начальный опыт применения метода КУВТ, можно отметить, что он заслуживает внимания, как один из альтернативных методов лечения тяжелых форм ИБС. Преимуществом его является безопасность при соблюдении всех критериев отбора, неинвазивность, отсутствие влияния на гемодинамические параметры и лабораторные показатели. Хотя в странах СНГ опыт применения КУВТ недостаточен для окончательных выводов, предварительные результаты носят обнадеживающий характер.

2. Являясь безопасной неинвазивной лечебной методикой, метод приводит к улучшению миокардиальной перфузии, улучшает функцию левого желудочка, уменьшает приступы стенокардии, снижает ФК сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам и качество жизни пациентов.

3. КУВТ является новым подходом к лечению больных, нуждающихся в улучшении миокардиальной перфузии, не поддающихся лечению другими методами. Необходимы дальнейшие исследования и более проспективные наблюдения.

Литература:

1 Годовой отчет о работе ГКП на ПХВ Городская больница с поликлиникой №2 г.Кокшетау за 2011 год.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРОВ ПРИ ОТСЛОЙКАХ СЕТЧАТКИ

к.м.н. Ш.А. Ескендинова

Больница Управления Делами Президента РК, г. Астана

Полимеры – это соединения, в которых чередуются большое число атомных группировок (звеньев), соединенных химическими связями в длинные линейные или разветвленные цепи, а также в пространственные сетки. По происхождению полимеры подразделяют на природные (полиизопрены - каучук и гуттаперча), полисахариды

(целлюлоза, крахмал, пектины), нуклеиновые кислоты (нуклеопротеиды и белки) и синтетические (эстрол, полиамид, ацетатный шелк и т.д.).

Начиная с середины XX века, при поражениях сетчатки и стекловидного тела стали применяться полимерные материалы, особенно при хирургическом лечении отслоек сетчатки. Первой и наиболее удачной операцией было «пломбирование» склеры кусочком пластмассы в проекции разрыва, выполненное E.Custodis в 1949 г. Вышеуказанная операция, в дальнейшем, модифицировалась главным образом по части выбора материала для пломбы и техники укрепления последней на склере. И, в настоящее время основным пломбировочным материалом при оперативном лечении отслоек остаются полимеры, за счет таких преимуществ: возможностью подшивания силиконовой губки к склере при труднодоступных разрывах в области заднего полюса, возможности дозирования эффекта вдавления за счет её эластичности и степени натяжения фиксирующих её нитей, швов.

Несколько позже (1954-58 г.г.) чем локальное пломбирование, в практику офтальмохирургии введено круговое вдавление склеры (серкляж) полиэтиленовой трубкой диаметром 1,27-2,08мм (Scherens C., Arruga H.). За счет простоты выполнения и высокой эффективности операция быстро стала популярной, однако и при ней встречались осложнения в виде офтальмогипертензии и инфицирования губчатого материала серкляжных лент. Предпринимались также попытки временного вдавления склеры клипсой (Rosengren, 50-е г.г.) из металла; силиконовым баллончиком, раздуваемым и помещаемым в необходимую зону на склере до стойкого блокирования разрыва сетчатки (Hoerring 1967 г.; Lincoff и Kressig, 1979 г.). Параллельно для поддавливания отслоенной сетчатки со стороны стекловидного тела применяли жидкие полимеры – силиконовое масло, гиалон и ПФОС (перфторорганические соединения) газообразные или жидкие. Минусы этих полимеров: в хрусталике, сетчатке, заднем эпителии роговицы очень длительно (более 2-3 месяцев) контактирующих с силиконом возникают необратимые дистрофические изменения (мутнеет хрусталик, страдает эндотелий роговицы, развивается преретинальный фиброз; в итоге повышается офтальмотонус), поэтому силикон обязательно удаляют из глаз, заменив изотоническим раствором хлорида натрия, луронитом, хонсурином, визитилом или геалоном. Для перфторкарбонатов допустимые сроки пребывания в глазу значительно меньше (максимально 3 недели). В лечении отслоек сетчатки с разрывами, локализующимися в нижней половине глаза используют (Genovesi-Ebert F., 2000 г.) комбинацию тяжелого силикона (1200cSt) и слабо-вязкого перфторкарбона (F6H8), удаляемых через месяц. Полное прилегание сетчатки – 83%. При гигантских разрывах сетчатки В.Н. Казайкиным (2000 г.) рекомендуется проведение витрэктомии, введение в полость стекловидного тела витреопресса, эндолазерная коагуляция сетчатки в 4-6 рядов, переход к силиконовой тампонаде (замещение «тяжелых» ПФОС более «легким» силиконовым маслом, которое оставляют до трех месяцев). Затем завершают операцию полным удалением силикона из глаза. Полное прилегание при этой тактике – 90,9%.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНО МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

*к.м.н. Г.А. Жакенова
Акмолинский филиал «Центр судебной медицины», г. Астана*

Вещественные доказательства по расследуемому делу может явиться любой предмет, который отвечает одновременно двум процессуальным требованиям. Во-первых, относится к расследуемому делу, т.е. содержит в качестве характерной особенности материальные последствия расследуемого события и тем самым служит

источником сведений о доказательственном факте, или, иначе говоря, устанавливает обстоятельства, существенных для расследуемого дела. Во-вторых, в качестве доказательства, был приобщен к уголовному делу с соблюдением условий и порядка, установленных процессуальным законом. Вещественные доказательства - это в основном вещественные следы преступления, которые дают возможность восстановить обстоятельства преступления и служат средствами к обнаружению преступника и выявлению способа совершения преступления. Поэтому вещественным доказательствам в судебном процессе придается весьма важное значение. Вещественные доказательства могут быть обвинительными и оправдательными, первоначальными и производными, прямыми и косвенными. В задачу органов расследования входит исследование всех обстоятельств дела и поэтому должны быть собраны вещественные доказательства как уличающие, так и оправдывающие обвиняемого, как усиливающие, так и смягчающие его ответственность.

В качестве вещественного доказательства может выступать любой предмет, закон содержит перечисление основных групп предметов. К ним относятся: орудия совершения преступления, предметы на которых были направлены преступные действия: предметы, содержащие следы преступленных действий или преступника. Сами следы образуются в результате действия людей, животных, отдельных предметов орудий преступления, самого преступника или потерпевшего, оставленных в связи с событиями преступления. В данном случае под следами понимаются отображения материальных объектов, воспроизводящих их внешнюю форму или отдельные признаки (например, следы рук, ног, транспортных средств, орудий взлома и т.п.), а также пятна или частицы различных веществ [1]. К последним, в частности, относится и объекты, подвергающиеся в последующем судебно-медицинскому исследованию, как имеющие следы крови, спермы, мочи, потожировые и т.д. В этих следах, по которым в одних случаях можно идентифицировать объект (например, личность или орудие преступления), а в других - установить групповую принадлежность, проявляется связь предмета с делом и по ним можно судить об обстоятельствах преступления, о личности совершившего преступления или потерпевшего. Вещественные доказательства могут быть получены в результате осмотра места происшествия первоначального обнаружения объекта, т.е. места происшествия (места, не являвшегося местом происшествия, но в котором могут находиться предметы, имеющие доказательственное значение для дела), обыска, выемки, освидетельствования, следственного эксперимента, проверки показаний на месте и т.п. В обнаружении, изъятии, фиксации и исследовании доказательств следователю или лицу, производящему дознание, существенную помощь может оказать специалист, процессуальное положение которого определено статьей [2]. Каждый обнаруженный и изымаемый предмет в качестве вещественного доказательства должен найти подробное описание в протоколе соответствующего следственного действия, либо специальным протоколом осмотра вещественных доказательств. Обычно в качестве индивидуализирующих признаков, в протоколе следственного осмотра вещественных доказательств должно быть, указано: наименование объекта, материал, из которого он сделан, размеры (длина, ширина, толщина, диаметр), вес, форма, окраска. В протоколе необходимо указать и такие идентифицирующие признаки, как клейма, номера, надписи, фабричные марки, а также отмечается, где и при каких обстоятельствах обнаружен тот или иной предмет. Все изъятые предметы на которых имеются подозрительные пятна на кровь, сперму и другие выделения зафиксированные в протоколе необходимо правильно упаковать и отправить в лабораторию на исследование. Упаковка должна обеспечить сохранность вещественных доказательств, следов при транспортировке и невозможность потери, подмена или загрязнения. Так как сейчас вся продукция в магазинах одинаковая на этом делается акцент о подмене вещественного доказательства. Все свертки должны быть обвязаны веревкой, концы которых скреплены сургучной печатью следственного

органа или суда так, чтобы веревку нельзя было бы снять, не нарушив целостность печати или упаковки. На каждом свертке делают надпись с указанием номера дела, к кому делу оно относится и где у кого изъято то или иное вещественное доказательство с направлениями протокол места осмотра предоставляются на исследование специалистам [3].

В процессуальном отношении фигура специалиста характеризуется такими основными особенностями, как обладание специальными знаниями, незаинтересованность в исходе расследуемого уголовного дела и ограниченная процессуальная самостоятельность. Обладают более углубленными, чем следователь, знаниями в работе с вещественными доказательствами, специалист не только помогает следователю посредством исследований, не влияющих на состояние вещественного доказательства, обнаружить и точно зафиксировать характерные особенности осматриваемого предмета, но и иногда может дать объяснение причин их возникновения. В ходе осмотра вещественных доказательств специалиста и следователя при предоставлении на проведение экспертизы, предметы на которых обнаруживаются следы, изымаются. Если целиком предмет изъять нельзя, то изымают его часть [4] или отдельные их части. Вещественные доказательства могут подвергаться большей или меньшей изменчивости с течением времени или в результате внешних воздействий и в результате не правильного хранения следственными органами. Обнаружение следов крови нередко представляет известную сложность, так как преступник нередко пытается замывать или уничтожить их. Со временем кровь в пятнах изменяет цвет, и они вместо красных становятся буро-коричневыми, иногда почти черными или приобретают зеленоватый оттенок, что также затрудняет их обнаружение. Пятна крови также трудно различать на тканях, так как ткани имеют синтетическую структуру окраска их химическими красителями, которые повреждают, изменяют или снижают силу антигена. Все эти причины приводят к затруднению проведения экспертизы и срокам выполнения. Иногда встречаются случаи когда хранение и упакованность предоставленных вещественных доказательств не соответствует правилам, и те пятна которые имеются на вещественных доказательствах не могут быть исследованы, так как идет разрушение структуры гена в виду не правильного хранения, а именно когда вещь находится в сыром, мокром состоянии и упаковывается с использованием целлофановой продукции.

Для исследования вещественных доказательств и сравнения результатов судебно медицинскому эксперту нередко требуется образцы крови, слюны и других выделений. Получение образцов является самостоятельным действием, которое осуществляет следователь или суд. Образцы крови и слюны могут изыматься в присутствии следователя судебно медицинский эксперт лаборатории или медицинский персонал, если потерпевший или подозреваемый находится на стационарном лечении или в следственном изоляторе. Составляется протокол об изъятии образцов крови и слюны проходящих по делу лиц, которые подписывают врач, медицинская сестра и следователь. Лучше всего образцы крови и слюны брать непосредственно в судебно медицинской лаборатории с представлением протокола об изъятии.

На основании выше изложенного и при проведенных исследований и оценки полученных результатов составляется «Заключение судебно медицинского эксперта по исследованию вещественных доказательств», которое включает вводную часть, сведения об обстоятельствах дела, описание упаковки вещественных доказательств и образцов, изложение хода исследования, полученные результаты и выводы[5]. Заключение эксперта и вещественные доказательства предоставляются следователю, которые фиксируются в журнале об окончании и выдачи вещественных доказательств и самого заключения.

Литература:

- 1 С.Ф. Бычкова., Е.С. Бычкова., А.С. Калимова «Судебная экспертология М. 2005 С.3-5
- 2 Томилин В.В., Барсегянц Л.О., Гладких А.С. «Судебно медицинское исследование вещественных доказательств М. 1989. С.8.
- 3 Томилин В.В., Барсегянц Л.О., Гладких А.С. «Судебно медицинское исследование вещественных доказательств» М. 1989 С.12.
- 4 Туманов А.К. «Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств М.1961. С. 6
- 5 Томилин В.В., Барсегянц Л.О., Гладких А.С. «Судебно медицинское исследование вещественных доказательств» М. 1989. С.16

СТРЕСС, КАК ПРИЧИНА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В РАБОТЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

*Магистрант А.Н. Ильдерякова, к.м.н., ассоциированный профессор А.К. Тургамбаева,
А.А. Акилбекова, А.К. Сеитова, А.С. Бейсенов
Институт общественного здравоохранения
АО «Медицинский университет Астана»
ГККП «Городская больница №2», г. Астана
АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»*

«Синдром эмоционального выгорания», его влияние на здоровье среднего медработника и результаты его работы в медицинском учреждении в целом остается актуальной многие годы. Данный синдром наиболее характерен для представителей коммуникативных профессий, т.е. профессий «человек-человек». К ним в полной мере можно причислить профессию медицинской сестры (отношения с пациентами, сотрудниками и подчиненными) [1,2].

Как отмечает В. И. Ковальчук, риск возникновения профессионального выгорания увеличивается в случаях монотонности работы, вкладывания в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки, строгой регламентации времени работы, работы с немотивированными клиентами. А также, трудно ощутимыми результатами работы, напряженности и конфликтов в профессиональной среде, недостаточной поддержки со стороны коллег, нехватке условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации, работы без возможностей дальнейшего обучения и профессионального совершенствования, неразрешенных личностных конфликтов [3].

Одно из первых мест по риску возникновения синдрома эмоционального выгорания занимает профессия медицинской сестры. Ее рабочий день - это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими постоянной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медсестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение. Более всего риску возникновения синдрома эмоционального выгорания подвержены лица, предъявляющие высокие требования к себе и к своей работе. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью, что в свою очередь приводит к эмоциональному истощению. Наиболее важным фактором, который приводит к синдрому «эмоционального выгорания» является - стресс [4].

Дословно термин «стресс» переводится как «напряжение», «давление». Довольно часто этим словом обозначают широкий круг состояний человека, возникающих в ответ на экстремальные физические или психические воздействия [5,6]. По данным Всемирной организации здравоохранения 45% всех заболеваний связано со стрессом (причем некоторые специалисты считают, что эта цифра в два раза больше).

Медицинский персонал ежедневно испытывает большие физические и психологические нагрузки. Медицинские сестры- эта категория сотрудников более многочисленна, и им чаще приходится общаться с пациентами, действовать в эмоционально напряженных ситуациях. Медсестры реагируют на одинаковые нагрузки по-разному. У одних реакция активная - при стрессе эффективность их деятельности продолжает расти до некоторого предела ("стресс льва" wink), а у других реакция пассивная, эффективность их деятельности падает сразу ("стресс кролика" wink) [7,8]. Наиболее подвержены синдрому эмоционального выгорания те медицинские сестры, кто осуществляет уход за тяжелыми больными с онкологическими заболеваниями, ВИЧ/СПИДом, а так же за больными с психическими расстройствами. Сотрудники "тяжелых" отделений постоянно испытывают состояние хронического стресса в связи с негативными психическими переживаниями, интенсивными межличностными взаимодействиями, напряженностью и сложностью труда и пр. А в результате постепенно формирующегося синдрома эмоционального выгорания, возникает психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам [9].

Выделяют три типа медицинских сестер, которым угрожает синдром эмоционального выгорания: 1-й - "педантичный", характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе); 2-й - "демонстративный", стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы; 3-й - "эмотивный", состоящий из впечатлительных и чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением [10,11]. У медицинских сестер, нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. Профессиональный стресс - это проблема не столько «трудных» людей, сколько «трудных» (неразрешенных) ситуаций во взаимоотношениях и в структуре межличностного взаимодействия, нечеткого обозначения социальных ролей и функций, недостаточной эмоциональной поддержки со стороны коллег и руководства [12].

В фокусе проблемы профессионального стресса находится соответствие/несоответствие потенциальных возможностей профессионала и социальных условий его деятельности. Поэтому эта проблема рассматривается в комплексе «специалист коммуникативной профессии - его социальное окружение». Очень важен аспект эмоциональной заразительности синдрома «выгорания», что также подчеркивает его социальную природу [13].

Таким образом, рассматривая проблему условий труда среднего медработника, видим, что профессия медицинской сестры может быть отнесена к “разряду стрессогенных, требующих от него самообладания и саморегуляции” . Проявления стресса в работе медицинской сестры разнообразны и обширны. Так, в первую очередь выделяются фрустрированность, тревожность, изможденность, депрессия, эмоциональная ригидность и эмоциональное опустошение - это цена ответственности, которую платит медицинская сестра [14].

Литература

- 1 Т.Н. Семевеличенко, Е.В. Богданова, Е.В. Баева Психофизиологическая реабилитация среднего медицинского персонала как профилактика синдрома эмоционального выгорания// Главная медицинская сестра - М.: Издательский дом - МЦ ФЭР 2011. №1 – с.51.
- 2 И.В. Островская «Синдром эмоционального выгорания» у сестринского персонала // Медицинская сестра - М.: Издательский дом Русский врач, 2004. № 2. с. 35-37.
- 3 А.С. Ситникова Главная медицинская сестра - М.: Издательский дом-МЦФЭР2009 №10 – С.121.
- 4 Г. Селье Стресс без дистресса. – Рига, 2007.-123с.
- 5 Ж. Лаплаш, Ж. Б. Понталис Словарь по психоанализу. / Пер. с фр. — М.: Высшая школа, 2006. – 150с.

- 6 Психологический словарь. / Ред. В. П. Зинченко— М.: Педагогика-Пресс, 2006. – 465с.
- 7 Ю.В. Щербатых Психология стресса. М.: Эксмо, 2006. 304 с.
- 8 А.И. Кравченко Общая психология: учеб.пособие /А.И. Кравченко.- М.: Проспект, 2009.-432с.
- 9 А.А. Реан, А.Р. Кудашева, А.А. Баранов Психология адаптации личности: Анализ. Теория. Практика. Спб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2006. 479с.
- 10 А.Б. Леонова, С.Б. Величковская Дифференциальная диагностика состояний сниженной работоспособности // Психология психических состояний / Под ред. А. О. Прохорова. Вып. 6. – Казань, 2006.
- 11 Ю. В. Щербатых Психология стресса и методы коррекции. — Спб.: Питер, 2007. -256 с.
- 12 В.А. Винокур Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // Медицинское обозрение-Самара, №11. - 2004. с. 28.
13. А.М. Тюрин Как избежать стрессов на предприятии//Учебник для вузов - Спб.: Питер- 2005. – 464 с.
14. Л.А. Коростылева Психология самореализации личности в профессиональной сфере //Л. А. Коростылева — Спб.: Питер, 2005. — 220 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К НАБЛЮДЕНИЮ И ОЗДОРОВЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ф.Е.Искакова

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Нейрореабилитация - понятие значительно более широкое, чем просто совокупность методов лечения больного, которая включает в себя систему государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных не только на восстановление или сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление личного и социального статуса больного и инвалида. На протяжении последних десятилетий лечебная стратегия при церебральных инсультах изменялась трижды. С 1990-х годов стала активно разрабатываться новая стратегия оказания помощи при инсульте. Она предусматривает: раннюю (в первые сутки) и сверхраннюю (в первые часы инсульта) госпитализацию абсолютного большинства больных, применение методов нейровизуализации, что дает возможность рано начать лечение, в том числе дифференцированное, и снизить количество осложнений; интенсивную терапию в остром периоде; мультидисциплинарный подход при организации помощи при инсульте, а также активную раннюю и преемственную реабилитацию.

Клиническая практика показывает, что высокая эффективность нейрореабилитации может быть достигнута лишь при соблюдении таких ее принципов, как максимально раннее начало реабилитационных мероприятий; их непрерывность; интенсивность; оптимальная длительность; комплексность медико-психолого-педагогического реабилитационного процесса; адекватное, дифференцированное применение программ восстановительного обучения; систематический контроль за соматическим, неврологическим, психическим, психологическим состоянием больного; включение в реабилитационный процесс всех членов семьи на всех этапах заболевания; решение проблем по поддержке больного и его родных.

В последние годы для дальнейшего совершенствования системы помощи больным с ОНМК проведен ряд мероприятий. В 2008г. создана Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, главной целью которой являются интеграция усилий неврологов и других специалистов по совершенствованию системы первичной и вторичной профилактики инсульта, повышению качества медицинской и социальной помощи больным, а также внедрение в практику достижений науки и передового опыта, осуществление санитарно-просветительской работы среди населения, повышение проф. уровня специалистов. Задача

ассоциации является создание регистров инсульта, внедрение новейших методов диагностики и лечения, совершенствование первичной профилактики.

Целью нашей работы было оценить эффективность внедрения новых организационных методик подхода к реабилитации больных, перенесших ОНМК.

В нашей больнице имеется неврологическое отделение, в составе которого функционируют 2 палаты интенсивной терапии. Они оснащены системой круглосуточного мониторинга деятельности сердечно-сосудистой системы, ультразвуковой доплерографией и, при необходимости, есть возможность провести лабораторное экспресс – обследование по различным параметрам и экстренно – компьютерное или магнитно-резонансное томографическое обследование. В палаты интенсивной терапии госпитализируются все больные, поступившие в стационар в первые часы после развития инсульта, если имеются нарушение сознания до уровня комы, сочетание инсульта с острой кардиальной патологией, нарушением ритма или внутрисердечной проводимости, эпилептиформные припадки, нарушение глотания, декомпенсация сахарного диабета; а также пациенты с вторичным ухудшением состояния или развитием осложнений в течение острого периода инсульта.

В больнице в настоящее время функционирует нейрохирургическое отделение, и пациенты, нуждающиеся в нейрохирургическом вмешательстве, могут получить специализированную помощь. По окончании острейшего периода больных переводят в блок ранней реабилитации – раннее начало реабилитационных мероприятий, т.е. сразу после нормализации уровня сознания и стабилизации жизненно важных функций организма.

В целом ранняя реабилитация направлена на двигательную сферу (максимальное восстановление в первые 2-3 месяца и до 6-ти месяцев), для достижения чего работают неврологи, специально обученные медсестры, специалисты ЛФК, логопеды, психологи. Тесная работа специалистов различного профиля позволяет нам достичь цели реабилитации.

Кроме медикаментозной терапии, применяется лечение положением, вибромассаж, физиотерапия, иглорефлексотерапия, сеансы гипербарической оксигенации.

Основой комплекса ранней реабилитации является онтогенетически обусловленная кинезотерапия, в методах которой воспроизводится последовательность формирования движений ребенка. «Методики детского возраста» сочетаем с классической лечебной гимнастикой. Когда больной начинает самостоятельно передвигаться, для восстановления функции руки применяем тренинг с мелкими предметами. Также проводятся занятия с логопедом при наличии речевых нарушений. Условия дальнейшей реабилитации определяются соматическим и физическим состоянием больного.

Вторым этапом реабилитации являются специализированные кабинеты поликлиник. Если больные не в состоянии самостоятельно передвигаться, то реабилитация проводится в стационаре на дому под наблюдением невролога, психотерапевта, терапевта. Основное внимание здесь отводится восстановлению двигательных функций, речи, навыков самообслуживания с обязательным привлечением родственников.

Восстановительному лечению в поликлинике подлежат больные, способные к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, без соматических противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий и при отсутствии выраженных когнитивных нарушений. Также в поликлинической сети кабинетов работает «Школа невролога» по профилактике и лечению артериальной гипертонии и сосудистых заболеваний головного мозга. Больные с хорошим восстановлением функций для закрепления положительных результатов были направлены на санаторное долечивание (через 1-1,5 месяца после перенесенного инсульта).

Начальным и завершающим звеном поэтапной реабилитации является диспансеризация. Она осуществляется на базе поликлиник.

По разработанной нами организационной методике лечения и реабилитации больных наблюдалось 35 пациентов, перенесших инсульт. Нами также наблюдалась группа больных – 20 человек (контрольная группа), сходных по возрасту, фоновому состоянию и другим параметрам, которым по разным субъективным и объективным причинам, не был оказан весь объем комплексной реабилитационной помощи. Предварительные данные свидетельствуют, что при соблюдении вышеуказанных принципов, выполнении всех этапов оказания медицинской помощи, преемственности реабилитационных мероприятий, у 80% наблюдавшихся пациентов в более ранние сроки (на 1-4 месяца) восстанавливались двигательные функции, речевые нарушения и другие показатели по сравнению с больными контрольной группы.

У 20% больных, пролеченных по нашей методике, не произошло восстановление утраченных функций, в то время как в контрольной группе, этот процент оказался достоверно выше – 44,5%. У 5% больных контрольной группы развились осложнения, у одного пациента, не наблюдавшегося после выписки из стационара, развился повторный инсульт с летальным исходом.

Таким образом, мультидисциплинарный подход и активная реабилитация в остром и раннем восстановительном периодах инсульта позволяют снизить летальность, количество осложнений, улучшить функциональные исходы, уменьшить затраты на медикаментозное лечение и уход за больным, уменьшить частоту повторных инсультов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ

Е.Н.Нагина

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Обычно каркас бюгельного протеза отливается из металлического стоматологического сплава, но в протезах Био-Дентапласт каркас изготавливают методом инъекционного литья из волокнистого полимера. В связи с тем, что протезы не содержат металл, они гораздо легче, комфортнее, элементы крепления имеют цвет зубной эмали, гипоаллергенны, не вызывают гальванизм. За счет взаимной поддержки соседних зубов шинирующими элементами и окклюзионными накладками бюгельный протез Био-Дентапласт распределяет жевательную нагрузку между искусственными, оставшимися зубами и слизистой.

Учитывая достаточно высокую распространенность проблемы частичной адентии у лиц как среднего и старшего, так и молодого возраста, становится актуальным вопрос ортопедической стоматологии. В настоящее время бюгельные протезы из волокнистого полимера рекомендуются как наиболее оптимальные для замещения дефектов зубного ряда в любых отделах, для устранения деформаций зубного ряда и восстановления жевательной функции.

Целью исследования было внедрение метода протезирования безметалловыми бюгельными протезами Био-Дентапласт у пациентов с частичной адентией и заболеваниями пародонта в стоматологическом отделении поликлиники ЦКБ УДП РК и оценка эффективности протезирования данной конструкцией.

Во время исследования были решены следующие задачи:

1. Разработка показаний и противопоказаний к применению бюгельных протезов Био-Дентапласт;
2. Разработка критериев оценки клинической и технической эффективности применения безметалловых бюгельных протезов при частичной адентии и заболеваний пародонта;

3. Внедрение применения безметалловых бюгельных протезов Био-Дентапласт в клиническую практику.

С момента изготовления протезов Био-Дентапласт были взяты под наблюдение 14 пациентов в возрасте с 19 по 86 лет со следующими диагнозами: двусторонний концевой дефект верхней и нижней челюсти; дефекты зубного ряда, осложненные атрофией альвеолярного отростка; разной степени; дефекты зубного ряда осложненные хроническим пародонтитом различной степени тяжести; посттравматический пародонтит; -диастема, тремы верхнего зубного ряда; односторонние концевые дефекты верхней и нижней челюстей; дефект зубного ряда во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти; дентальная имплантация.

Единственным противопоказанием к использованию протезов Био-Дентапласт является полная адентия, других противопоказаний не было установлено.

Были разработаны основные показатели эффективности применения безметалловых бюгельных протезов Био-Дентапласт у данных пациентов, а именно: срок изготовления протеза; время адаптации пациентов к ношению протеза; устранение вторичных деформаций зубного ряда; состояние протезного ложа; общее психо-эмоциональное состояние.

Было установлено, что применение безметалловых бюгельных протезов Био-Дентапласт у всех 14 пациентов значительно сократило срок адаптации к ношению протеза. Бюгельные протезы почти не требовали коррекции, так как оказывают незначительное давление на слизистую оболочку, а также являются индифферентными к тканям полости рта и не обладают токсичностью. У всех пациентов наблюдалось уменьшение подвижности зубов при пародонтите за счет перераспределения жевательной нагрузки между искусственными зубами, сохранившимися зубами и слизистой оболочкой. Пациенты отмечали, что преодолели страх ношения съемных протезов за счет того, что практически не изменились вкусовые ощущения, наступило быстрое привыкание к ним, отсутствовало механическое воздействие протеза на слизистую оболочку, практически не менялось произношение и четкость речи. Все это обуславливало улучшение психо-эмоционального состояния пациентов. Кроме того, данная конструкция использовалась в дентальной имплантологии как временный протез до полной стабилизации имплантата.

Таким образом, внедрение и оценка эффективности использования бюгельных протезов из волокнистого полимера Био-Дентапласт в стоматологическом отделении поликлиники ЦКБ УДП РК у пациентов с частичной адентией и заболеваниями пародонта показало, что во всех случаях протезирования был достигнут положительный эффект замещения зубного ряда и восстановления жевательной функции. Данная конструкция обеспечивает более быструю адаптацию к ношению протеза, наибольшую эстетическую удовлетворенность и улучшение психо-эмоционального состояния пациентов.

Литература:

- 1 Лебеденко И.Ю. с соавт. Новые стоматологические материалы в ортопедической стоматологии. Перспективы их применения. Научный Форум «Новые технологии в стоматологии». Алматы, 2002.
- 2 Лебеденко И.Ю. Микроциркуляция слизистой протезированного ложа при применении различных базисных пластмасс. Сб. научных трудов «Новое в теории и практике в стоматологии». Ставрополь. 2003. с.243-247.
- 3 Lerman M.D. Revised View of the Dynamics, Physiology and Treatment of Occlusion//A New Paradigm, The Journal of Craniomandibularis Practic. Janiory. 2004. Vol.22, N0.1-P.50-63/
- 4 Wilson N.S. Impression materialis/ Br.Dent.J.-1988.-164.-P.221

О ПРОБЛЕМАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО НАСЕЛЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ

Р.С. Сагитаев, А.В. Шин

ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте»

Проблема обеспечения населения качественной питьевой водой остается по-прежнему актуальной. В недавнем послании Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана указывалось на необходимость улучшения человеческого капитала, в том числе здоровья нации. Одним из инструментов данном случае выступает качественное питание и питьевая вода. В Казахстане в 2011 году принята новая программа «Ак булак» на 2011 – 2020 годы, которая должна обеспечить население страны качественной питьевой водой. Как отметил Президент Республики Казахстан Н.Назарбаев «В 2020 году доступ к центральному водоснабжению в городах должен составить 100%, а сельской местности – вырасти до 80%».

Население, работающие на железнодорожном транспорте и проживающие на станциях и разъездах обеспечиваются питьевой водой.

Из водопроводов воду для питьевых целей потребляют 58,6% населения (2010г.– 51,3%), из нецентрализованных источников водоснабжения - 22,9% населения (2010г.– 30,2%). Привозной питьевой водой пользуются 18,4% населения (2010г. – 18,3%).

Отделенческие управления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте (далее- УГСЭН на ж.д. транспорте) контролируют 561 объектов водоснабжения (2010г. - 585), из которых: 288 водопроводов (2010г. - 327) и 273 объекта децентрализованного водоснабжения (2010г. - 258).

В целях обеспечения населения безопасной для здоровья питьевой водой в достаточном объеме и гарантированного качества, по инициативе Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора на транспорте 13 июня 2011 года проведено селекторное совещание под председательством Вице – Президента АО «НК КТЖ» Султанова Е.Х. на тему: «Актуальные проблемы водообеспечения предприятий и работников железнодорожного транспорта Республики Казахстан». На данном совещании перед соответствующими организациями железнодорожного транспорта были поставлены задачи по улучшению состояния водоснабжения посредством нового строительства, реконструкции, капитального и текущего ремонта водопроводных сетей и оборудования, бурения новых артезианских скважин, обеспечения водопроводов реагентами для обеззараживания воды, своевременного устранения аварий на сооружениях водозабора и на водопроводных сетях.

В отчетном 2011 году охват водопроводов текущим санитарным надзором и лабораторным контролем составил – 98,9% (2010г. – 100%); объектов децентрализованного водоснабжения – 94,5% (2010г. – 100%).

Удельный вес не соответствующих санитарным нормативам (далее - СН) водопроводов составил -7,3% (2010г. – 4,2%).

Удельный вес не соответствующих СН объектов децентрализованного водоснабжения составил -4,0% (2010г. – 4,2%).

Удельный вес несоответствующих СН проб воды с водопроводов на санитарно-бактериологические исследования составил 3,8% (2010г. – 3,3%).

Удельный вес нестандартных проб воды из водопроводов по санитарно – химическим показателям составил всего -1,7% (2010г. – 1,0%).

Из децентрализованных объектов водоснабжения удельный вес несоответствующих проб по санитарно – химическим исследованиям составил - 7,3% (2010г. - 3,3).

На Атырауском участке обслуживается 3 водопровода находящихся на балансе ТОО «Темиржолсу-Актобе».

Водопроводно-насосная станция (далее – ВНС) ст.Атырау обеспечивают водой пассажирские вагоны и железнодорожное население по малым станциям. Вода подается с линии водовода КГП «Атырау Су арнасы». Протяженность водопроводных сетей находящиеся на балансе ТОО «Темиржолсу-Актобе» по ст.Атырау и по малым станциям составляет -18 км. В 2009 г проведена замена трубы на полиэтиленовых бкм, остальные 12 км внутри поселковый сеть требуется замена на полиэтиленовые.

Территория ВНС Атырау ограждена, благоустроена. В здание ВНС требуется капитальный ремонт, ежегодно проводится только текущий ремонт. Внутри здания установлены 4 цистерны, которые заполняются из центральных источников водоснабжением и подают воду населению в объеме 100-130куб в день, а также обеспечивают водой пассажирские вагоны.

Во всех цистернах имеются антикоррозийные покрытия, термоизоляционный слой и запорные люки, они окрашены светлым тоном. Промывка и дезинфекция проводится по графику 2 раза в год.

Водопроводные системы станции Нугайты и Сагиз протяженностью 40 км, внутри поселковый сеть составляет 26,72 км.

В связи с изношенностью водопровода проводился капитальный ремонт с заменой железных труб на полиэтиленовые. В 2009-2010гг произведено замена 27,623км. В 2011г заложено на капитальный ремонт водовода Сагиз-Нугайты -124955,46тт. и проведена замена водопроводов протяженностью 12,377 км.

Вместе с тем, внутри поселковая линия протяженностью 26,72км требует замены труб. Здания ВНС станции Сагиз и Нугайты нуждается в проведении капитального ремонта, из 3-х водозаборных скважин ст.Нугайты 2 скважины требуется ремонт.

В ВНС ст. Кульсары питьевая вода приобретается и поступает из КГП «Жылойсу». Вода поступает в два резервуара чистой воды емкостью по 20000 м3, затем насосами вода подается потребителям. В здание ВНС требуется капитальный ремонт, отсутствует централизованное отопление и требуется проведение отопительных систем.

По Атыраускому участку производственный лабораторный контроль проводится лабораторией ТОО «Темиржолсу-Актобе», расположенной в г. Актобе. Отбор проводится ежемесячно лаборантами ТОО «Темиржолсу-Актобе».

На территории отделения дороги предусмотрено выполнение государственной программы «Мөлдір бұлақ на 2012-2016годы», недостатки по обеспечению качественной питьевой водой по Атыраускому региону на объектах жд.транспорта будут учтены специалистами Атырауского отделенческого управления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте и будут постоянно контролироваться по выполнению проводимых работ по данной программе.

Литература:

1 Годовой отчет о работе ГУ «Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК на транспорте» за 2011 год и задачах на 2012 год.

2 Годовой отчет о работе ГУ «Атырауское отделенческое управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте» за 2011 год и задачах на 2012 год.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА И МАРКЕТИНГА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Г.З. Сарсембаева

Есильская районная больница Акмолинская область

Как известно, исследования поведения потребителей на рынке платных медицинских услуг показали, что основная причина обращения к платной медицине – это высокое качество оказываемых услуг. Таким мотивом руководствовались 79% всех респондентов,

хотя можно выделить некоторые различия в зависимости от пола и возраста опрашиваемых. Так, например, для 65% мужчин и 75% женщин 25-34 лет главной причиной является высокий уровень сервиса. А 85% мужчин старше 55 лет обращаются в платные медицинские учреждения из-за невозможности получить необходимое лечение бесплатно [1,2].

Основной деятельностью Есильской районной больницы является оказание медицинской помощи сельскому населению. Вся деятельность базируется на современных методах диагностики, использовании медицинского оборудования. За последние четыре года, благодаря налаженной кадровой политики руководства нашей организации, намечена положительная динамика профессионального и карьерного роста медицинских сотрудников, а именно, увеличилось количество медицинских сотрудников прошедших курсы повышения квалификации.

Анализируя показатели работы поликлиники за период 2009-2011 гг., прослеживается динамика уменьшения количества посещений на платной основе на 20,8%.

Возможно, в современных условиях, учитывая профессиональные возможности назрела необходимость развивать более широкий маркетинг, направленный на изучение внешнего потребителя (так как изучение удовлетворенности потребителя контролируется внутренним аудитом, с целью изучения специфики спроса, анализа собственных возможностей для увеличения платных услуг поликлинического приема.

Необходимо выделить следующие задачи: проанализировать основные тенденции и динамику развития рынка платных медицинских услуг для выявления основных показателей, определяющих уровень конкурентоспособности оферента платных медицинских услуг; выявить особенности процессов оказания платных медицинских услуг с целью определения проблем и путей поддержания их конкурентоспособности; определить сущность и принципы брендинга на рынке платных медицинских услуг для выявления ключевых функций бренда на рассматриваемом рынке; обосновать механизм оценки конкурентоспособности бренда на рынке платных медицинских услуг; обосновать методы обеспечения конкурентоспособности бренда оферента платных медицинских услуг и адаптировать к современным условиям экономической механизм обеспечения конкурентоспособности бренда оферента платных медицинских услуг; разработать комплекс средств обеспечения конкурентоспособности бренда на рынке платных медицинских услуг с учетом особенностей формирования потребительской ценности в процессе оказания услуги [3].

Выводы: Возможно изучение потенциального потребителя платных медицинских услуг в условиях районной больницы, покажет неплатежеспособность сельского населения, что исключит этот рынок для медицинских организаций как возможность иметь дополнительные доходы в сельских условиях и искать нематериальные виды мотивации для медицинских сотрудников.

Литература

- 1 Локтева О.А. Методы и средства обеспечения конкурентоспособности бренда на рынке платных медицинских услуг: Автореф. дис. ... СПб 2010.
- 2 Федорев М.Н. Анализ потребителя как необходимая составляющая успешной работы на рынке // Маркетинг и маркетинговые исследования. - 2002. - № 1(37). - С. 16-185.
- 3 Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс Д., Вонг В., Основы маркетинга: Пер. с англ. – 2-е издание. – М.: СПб, 1999.- 1055с.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

А.К. Сеитова

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

Артериальная гипертония остается самой частой патологией встречающейся в деятельности врача скорой медицинской помощи и также является одним из основных факторов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и причиной заболеваемости с последующей инвалидизацией.

Гипертонический криз это одно из наиболее частых и опасных осложнений гипертонической болезни (артериальной гипертонии). Гипертонический криз развивается вследствие расстройства механизмов регуляции артериального давления и кровообращения. При гипертоническом кризе наблюдается сильное повышение артериального давления, симптомы нарушения работы сердца и головного мозга, вегетативные проявления нарушения циркуляции крови во всем организме. Ввиду повышенного риска для жизни и здоровья пациента, гипертонический криз требует неотложной медицинской помощи, при этом первую помощь себе может оказать сам пациент.

Гипертонический криз это внезапное расстройство циркуляции крови, которое возникает на фоне гипертонической болезни. При гипертонической болезни механизмы регуляции артериального давления работают с большим напряжением и не всегда эффективно. Именно поэтому при гипертонической болезни любой раздражающий фактор может привести к глубокому нарушению работы сосудистой системы и критическому повышению артериального давления. Большинство случаев гипертонического криза провоцируется эмоциональным стрессом, погодными изменениями, переутомлением, повышенными физическими нагрузками и пр. В развитии гипертонического криза важную роль играет нарушение центрального звена регуляции артериального давления (центры регуляции артериального давления, расположенные в головном мозге). Другими причинами гипертонического криза могут быть отмена приема лекарств, назначенных от давления, гиподинамия, злоупотребление алкоголем.

Распространенность артериальной гипертонией среди взрослого населения Казахстана составляет 21,3%. Заболеваемость артериальной гипертонией при расчете на 100 000 в целом по Республике 481,6-483,3 и занимает первое место.

Гипертензивный криз (ГК) – одно из частых и прогностически опасных синдромов в неотложной кардиологии, характеризуется внезапным повышением артериального давления (АД), которое сопровождается клиническими симптомами и требует немедленного снижения.

Лечение целесообразно начинать с *нифедитина*. Этот препарат относится к группе блокаторов кальциевых каналов. Расслабляя гладкую мускулатуру сосудов, он обладает выраженным гипотензивным эффектом. При сублингвальном приеме в дозе 10-20 мг и снижении давления через 15-30 минут можно прогнозировать купирование ГК к концу первого часа. В случае отсутствия эффекта необходимы дополнительные назначения. При любом типе ГК можно достичь положительного эффекта приемом 25-50 мг каптоприла сублингвально.

В купировании ГК появились новые перспективы, в связи с появлением эффективных гипотензивных препаратов – ингибиторов ангиотензин - превращающего фермента в инъекционной форме.

Нормализация АД , наблюдающаяся в результате применения иАПФ , объясняется снижением общего периферического сопротивления. При этом не происходит увеличение ЧСС, отмечается увеличение сердечного выброса. Антигипертензивный эффект иАПФ связан с блокированием ренин-ангиотензивной системы и регуляцией симпатoadреналовой системы.

В Казахстане зарегистрирован АПФ – Энап в ампулах 10 мл(содержащий 1,25 мг эналаприлата).

В одной из подстанций ГККП «ССМП» г.Алматы были проведены исследования – целью которого являлось изучение эффективности Энапа, для купирования гипертензивных кризов в условиях скорой медицинской помощи.

По уровню АД – большинство больных было с АД 170/110 мм.рт.ст. и выше. Среди жалоб преобладали головные боли, тошнота, головокружение, рвота, нехватка воздуха, боли в области сердца, похолодание и судороги конечностей. При наличии ангинозных болей проводилось ЭКГ – исследование.

Для купирования гипертензивного криза использовались иАПФ Энап 1.0 мл внутривенно медленно на 20 мл 0.9 % раствора натрия хлорида.

По результатам исследования отмечены четкие признаки снижения АД, ЧСС, исчезновение субъективных жалоб при отсутствии побочных эффектов у исследуемых больных после внутривенного введения раствора Энап в дозе 1.0 мл.

Гипотензивный эффект наступал в течение 10-15 минут. Через 10 минут после введения АД снижалось на 15-25 мм.рт.ст.(в среднем), через 20 минут на 30-40 мм.рт.ст.

Выводы:

1. Применение Энапа для купирования гипертензивных кризов позволяет значительно уменьшить риск развития таких осложнений ГК, как острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, отек легких.
2. Энап в дозе 1.0.мл в/в эффективно купирует ГК в условиях скорой медицинской помощи, что позволяет снизить количество повторных вызовов к больным.
3. Отсутствие серьезных побочных эффектов Энапа в сочетании с вышеуказанными достоинствами позволяет нам рекомендовать его для купирования ГК в условиях скорой медицинской помощи.

При проведении интенсивной терапии необходимо осуществлять постоянный мониторинг АД, ЧСС, ЧД, обязателен контроль за диурезом, динамикой на ЭКГ. Эффективным методом профилактики ГК являются рациональная немедикаментозная и лекарственная гипотензивная терапия. Конечной целью лечения ГК и систематического лечения АГ является не только снижение АД, но самое главное предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, поражения органов-мишеней и, следовательно, поддержание достаточно высокого качества жизни.

Литература:

- 1 С.С. Котов,Н.А.Веселова,М.В.Самородова, А.М. Ерманова. Опыт применения Энапа в лечении гипертензивных кризов в условиях скорой медицинской помощи - Денсаулық сақтауды дамыту журналы,2007

ВНЕДРЕНИЕ СБАЛАНСИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

*Магистрант Ю.О. Сизикова, к.м.н., ассоциированный профессор А.К. Тургамбаева, к.м.н. Д.К. Жунусова, А.А. Акилбекова, к.м.н. А.С. Баянбаев
АО «Медицинский университет Астана»
ГККП «Городская больница №2», г. Астана
РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»*

В рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения осуществляется переход здравоохранения Республики Казахстан на рыночную модель управления. В связи с этим актуальными являются вопросы качественного менеджмента медицинских организаций.

Взросшие требования к качеству и безопасности предоставляемых медицинских услуг, требуют высокого уровня профессионализма среднего медицинского работника

[1,2]. Для повышения безопасности пациентов требуются хорошо спланированные системы оптимизации управления сестринским персоналом. Отмечается тенденция отставания сестринской практики от сестринского образования, заключающаяся в несоответствии теоретического сестринского дела от практического здравоохранения, а кроме того существует недооценка научных принципов и подходов в организации труда сестринского персонала. При этом страдают также управленческие функции, как организация и планирование, координирование и прогнозирование, регулирование и регламентирование, стимулирование, контроль и анализ [3]. Для повышения эффективности и результативности деятельности медицинских организаций необходимо внедрение качественно новых методов управления. В частности, актуально применение современных методологических подходов в управлении, планировании деятельности и развитии сестринской службы. Одним из таких подходов является стратегическое планирование [4,5]. Растет понимание важности формирования долговременных целей и планирования развития в долгосрочной перспективе, так как организации медицинского профиля работают в быстроизменяющемся окружении. Стратегический менеджмент является комплексом стратегических управленческих решений, определяющих долговременное развитие организации, а также предусматривает конкретные действия, обеспечивающие быстрое реагирование учреждения на изменение внешней конъюнктуры. Это в свою очередь влечет за собой необходимость стратегического маневра, пересмотр целей и корректировку общего направления развития. Цель стратегического планирования – формирование внутренних и внешних условий для обеспечения устойчивого развития организации. В последние годы проведен целый ряд исследований с использованием элементов стратегического планирования и управления системами охраны здоровья населения [6]. Разработаны методологические основы стратегического планирования в здравоохранении, основанные на современных представлениях о здоровье населения, теории человеческого капитала, дифференцированном подходе к организации охраны здоровья и медицинской помощи. К примеру, Сбалансированная Система Показателей (Balanced Scorecard) - наиболее популярная, признанная в мире концепция управления реализацией стратегии, разработанная профессорами Гарвардского университета Дэйвидом Нортоном и Робертом Капланом [7]. Сбалансированная Система Показателей (ССП) обеспечивает целенаправленный мониторинг деятельности медицинского учреждения, позволяет прогнозировать и упреждать появление проблем, органично сочетает уровни стратегического и оперативного управления, контролирует наиболее существенные показатели деятельности [8, 9]. По сути СПП - это механизм взаимосвязи стратегических замыслов и решений с ежедневными задачами, способ направить деятельность всей организации (или группы) на их достижение. На уровне бизнес-процессов контроль стратегической деятельности осуществляется через, так называемые, ключевые показатели эффективности, в английском варианте — Key Performance Indicator (KPI). KPI являются измерителями достижимости целей, характеристиками эффективности бизнес-процессов и работы каждого отдельного сотрудника. В этом контексте, СПП является инструментом не только стратегического, но и оперативного управления.

Сбалансированная система показателей состоит из четырех основных составляющих: финансовой, клиентской, внутренних процессов организации, обучения и развития персонала [10,11].

Основными критериями в пределах финансовой перспективы выступают стандартные показатели финансового менеджмента - увеличение рентабельности, увеличение эффективности использования собственного капитала, величина чистого денежного потока, а также такие показатели, как возможность увеличения цены или снижение средней стоимости складских запасов.

В клиентской составляющей изучаются мнения пациентов о медицинской организации, удовлетворенность населения предоставляемой медицинской помощью, сохранение потребительской базы, привлечение новых пациентов (клиентов), доходность, а также

объем и доля целевого сегмента рынка. Эти ключевые показатели являются неотъемлемой частью в нынешней экономике в условиях развития Единой национальной системы здравоохранения, когда пациент имеет право сам выбирать лечебное учреждение. В свою очередь, выбор пациентом того или иного учреждения влияет на структуру финансирования лечебных организаций [12].

Во внутренних процессах организации для составления ССП в качестве индикаторов деятельности медицинских сестер используются основные мероприятия, выполняемые средним медицинским персоналом. При подборе организационных и управленческих принципов, а также критериев контроля и оценки управления необходимо делать упор на обеспечение высокого качества предоставляемых медицинских услуг [13]. Для оценки качества работы среднего медицинского персонала отбираются манипуляции, невыполнение которых может повлечь за собой ухудшение состояния больного, развитие осложнений, угрозу его жизни и свидетельствовать о неудовлетворительном качестве сестринской помощи [14, 15]. 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; проведения манипуляций и ухода за больными; подготовки пациентов к исследованиям. Примером индикатора оценки качества деятельности сестринского персонала может являться: правильность заполнения температурных листов, своевременно зарегистрированные показатели кардиомонитора, соблюдение мер безопасности, правильность выполнения инъекций и т.д.

Перспектива обучения и роста не только играет важную роль во внутренних производственных 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. Если целью клиентской перспективы считать количество удовлетворенных клиентов, то нам нужен знающий, профессиональный штат сотрудников, а для этого они должны обладать немалым объемом знаний и практических навыков. Исходя из этого, через определенное число четко обозначенных мероприятий, мы можем достичь удовлетворения клиента, а, соответственно, и получить нужный финансовый результат. Необходимо совершенствование образовательных программ медицинского образования. На наш взгляд является актуальным введение новых форм последиplomной подготовки: внедрение накопительной системы обучения, позволяющей сократить пребывание сестринских кадров в стенах образовательного учреждения, создание учебно-практических центров с внедрением современных технологий [16,17,18] .

Таким образом, необходимо создать условия для улучшения качества медицинской помощи, в частности повышение уровня оказания медицинских услуг средним медицинским персоналом. Посредством разработки ССП для сестринского уровня, которая охватывает миссию, видение, а также цели, показатели, задачи, инициативы по основным разделам системы (финансы, потребители, внутренние процессы, развитие и обучения персонала), станет возможным достижение максимальных результатов в организации и управлении сестринским персоналом.

Литература

- 1 Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. - М., 2004.- 31с
- 2 Андагулов К. Качества медицинских услуг : ориентация на результат// «Мир качества» №3 - Алматы, 2010.-С.7
- 3 К.Т. Уразалинова. К вопросу о роли средних медицинских работников в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи // «Денсаулык сактауды дамыту журналы» №1(58), 2011.-С.28-32
- 4 Маркова В. Д., Кузнецова С. А. Стратегический менеджмент: М 25 Курс лекций. — М.: ИНФРА-М; Новосибирск: Сибирское соглашение, 2006. — 288 с.
- 5 Томпсон А. А., Стрикленд А. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии: Учебник. - М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 2005. - 387 с

- 6 Фатхутдинов Р.А. Стратегический менеджмент. - М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2003. - 641 с.
- 7 Каплан Роберт С., Нортон Дэйвид П. Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию. / Пер. с англ. М: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2003. - 304 с.
- 8 Н.Ф. Князюк. От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей // Журнал «Менеджер здравоохранения» №4, 2010.- С.21-29
- 9 О.Т. Жузжанов, А.С. Кашаубаева, Г.З.Туякбай. Система сбалансированных показателей деятельности в организации // Журнал «Астана медициналык журналы» №5(57), 2009.-С.60
- 10 Каплан Роберт С., Нортон Дэйвид П. Организация, ориентированная на стратегию. / Пер. с англ. М: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2006. - 416 с.
- 11 Роберт Каплан, Дэйвид Нортон. Сбалансированная система показателей. перевод с английского М. Павлова // ЗАО «Олимп - Бизнес» - Москва, 2005.- 294 с
- 12 А.С. Кашаубаева, Н. Ташпагамбетова, Г. Туякбай. Введение в универсальную систему показателей деятельности // «Астана Медициналык журналы» №3(55) - Астана, 2009.-С.36-38
- 13 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
- 14 Гажева А.В. Алгоритм разработки и внедрения индикаторов качества деятельности медицинских сестер // Журнал «Главная медицинская сестра» №7, - Москва, 2011. - С.43-51
- 15 Лаптева Е.С., Павлович Т.Ю. Организация контроля качества сестринского ухода в лечебно-профилактических учреждениях// Журнал «Медицинская сестра» №8, Москва, 2007.-С.4-13
- 16 В.Н. Югай, Ж.К. Бурибаева. О необходимости совершенствования медсестринского образования и научных исследований // «Астана медициналык журналы» №5(57), 2009.-С.33-34
- 17 Пьяных А.В., Абрамова Н.А. обучение медицинского персонала на рабочем месте //Журнал «Медицинская сестра» №8, - Москва, 2007.- С.14-15
- 18 Шувалов А.Е., Лепляева А.К., Володин А.В. Накопительная система повышения квалификации - эффективная форма непрерывного профессионального образования // Журнал «Главная медицинская сестра» №4, - Москва, 2011.-С.103-113.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Г.О. Смагулова

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

Специфические условия, в которых работают врачи скорой медицинской помощи, значительно усложняют правильное распознавание характера заболевания. Ни один врач, работающий в учреждениях внебольничной сети, сталкивается с той своеобразной обстановкой, с теми трудностями, с какими встречаются врачи скорой помощи.

Поэтому вполне понятно, что вне зависимости от опыта и квалификации врачей скорой помощи ошибки в диагностике встречаются чаще, чем у врачей амбулаторно-поликлинического звена и врачей стационаров, которые имеют возможность в течение довольно длительного времени пользоваться лабораторными, рентгенологическими и другими диагностическими методами исследования.

Одной из наиболее важных проблем острого аппендицита была и остается необходимость своевременной и совершенной его диагностики. Наблюдение больного в стационаре с применением целого ряда клинических обследований при летальных исходах и аутопсии обеспечивают в подавляющем большинстве случаев точность окончательного диагноза, который считается достаточно правильным для сравнения с диагнозом, установленным врачом скорой помощи

Своевременная диагностика острого аппендицита на догоспитальном этапе имеет большое значение для конечного результата лечения.

Особенности и сложности диагностики в том, что она построена только на основании клинических данных: анамнеза, жалоб больного, объективного осмотра. Именно в диагностике острого аппендицита более чем, в какой-либо другой патологии выявляются опыт, уровень клинического мышления врача скорой помощи, способность его анализировать все выявленные симптомы ориентироваться в разнообразных ситуациях.

Результаты анализа карт вызовов скорой помощи и талонов сопроводительных листов больных, доставленных в приемные покои хирургических отделений лечебно-профилактических организаций города Астаны за 2011 год показали, что врачами скорой медицинской помощи было доставлено 1581 больных с подозрением на острый аппендицит.

Из этого количества доставленных детей было 468, что составило 29,4%, остальные 1113 человек (70,6 %) - взрослые, в том числе мужчин 38,1%, женщины - 61,9 %.

Из всех доставленных скорой медицинской помощью больных с диагнозом «острый аппендицит» было госпитализировано 505 человек, что составило 31,9% от общего числа доставленных пациентов. Из них детей - 127 (27,2%), взрослых: (33,9%), из них мужчин - 185 (43,5%), женщин - 193 (27,9%).

Из числа госпитализированных 76 % (384 человек) оперировано из них девушек - 74 (58,2 % госпитализированных), взрослых - 310 (82 %), в том числе мужчин 153 (82,7 %), женщин 157 (81,3 %).

В 2011 году летальных исходов и случаев поздней доставки - больных с острым аппендицитом по вине врачей скорой помощи не было.

Острый аппендицит неправильно был диагностирован в 4,3%. Ошибочный диагноз острого аппендицита был поставлен у больных с острым гастритом, острым холециститом, почечной коликой, язвенной болезнью 12 перстной кишки, копростазом, очаговой пневмонией, ОРЗ с абдоминальным синдромом, острым аднекситом, острым энтероколитом, апоплексией яичника, обострением хронического гастрита, пищевым отравлением.

Своевременный осмотр и консультация дежурного хирурга позволили избежать поздней аппендэктомии в 14,3% случаев.

Кроме невозможности применения всех методов исследования и кратковременности наблюдения над больным, вызванных специфическими условиями работы, обуславливающими в значительной степени диагностические ошибки врачей скорой помощи, нередко бывают: неполный сбор анамнеза, а также симптомы проявления болезни, особенности заболевания (спутанность картины, бессимптомность), а также недостаточная квалификация врача.

Таким образом, на догоспитальном этапе существует гипердиагностика острого аппендицита, что свидетельствует о хирургической настроженности врачей скорой помощи.

МЕТОДИКА АНАЛИЗА ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г.О. Смагулова

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

В настоящее время совершенствование скорой медицинской помощи должно идти по пути улучшения качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Повторные вызовы при этом могут служить существенными «маркерами» определения качества оказания скорой медицинской помощи (процент повторных вызовов и доля повторных вызовов по вине бригад).

Повторным считается вызов больного, обслуженный в течение 24 часов после окончания первичного, а при нескольких повторных вызовах - предыдущего его вызова. Уменьшить частоту повторных вызовов скорой помощи возможно, улучшая диагностику, качество оказания помощи, правильной тактикой врача (фельдшера) скорой помощи при обслуживании больного.

К дефектам обслуживания больного относятся: недостаточная или неэффективная помощь; осложнения применения лекарственных препаратов; отсроченная госпитализация больного; изменение диагноза при повторном вызове; летальный исход у больного при повторном вызове.

При экспертизе повторного вызова выявляются все имеющиеся дефекты при обслуживании первичного (предыдущего) вызова:

- недостаточная или неэффективная помощь - повторный вызов поступил ранее, чем через 6 часов (общепринятый интервал введения лекарственных средств терапевтического стационара), дополнительно оказана была помощь. Исключение составляют случаи, когда при первичном вызове больной отказывался от помощи в целом или от отдельных ее компонентов, состояние больного объективно не требовало оказания помощи или было некурабельным. Не будет считаться повторным по вине бригады вызов, если помощь оказывалась при

другом синдроме, отсутствовавшем при предыдущем вызове и не являющимся осложнением помощи предыдущего вызова; осложнения применения лекарственных препаратов в виде побочного действия, аллергической реакции, усугубления тяжести основного заболевания или развития осложнений, осложнения манипуляций; отсроченная госпитализация - доставка больного при повторном вызове в стационар, за исключением случаев, когда по состоянию больного объективно не требовалась госпитализация при предыдущем вызове, либо больной отказался от госпитализации с подписью в этом в карте вызова. Не является отсроченной госпитализацией и ситуация, когда больной был доставлен в стационар при предыдущем вызове; изменение диагноза при повторном вызове - при наличии этого синдрома заболевания и при предыдущем вызове, не будут считаться расхождением диагноза заболевания со схожими клиническими проявлениями, требующими для уточнения диагноза инструментальных методов исследования, недоступных в условиях скорой помощи; летальный исход у больного при повторном вызове - кроме случаев некурабельного состояния больного или отказа больного от госпитализации в стационар, о чем при предыдущем вызове должен был быть информирован старший врач станции.

С целью объективного анализа повторных вызовов нами была разработана таблица «Анализ повторных вызовов». В левой части таблицы отмечается выявленный дефект и если в графе «условия, исключаяющие вину бригады в поступлении повторного вызова» каждому дефекту будет найден оправдательный аргумент, то данный дефект не засчитывается.

Пример: скорую помощь повторно вызвали спустя 8 часов после окончания первичного вызова, оказана помощь, больной госпитализирован. Поскольку «истекло время действия лекарств, введенных при предыдущем вызове», «больной отказался от госпитализации при предыдущем вызове», данный повторный вызов не будет засчитан по вине бригады.

Другой пример: через 1 час после окончания предыдущего вызова больной вызвал скорую повторно, но «при повторном вызове помощь больному не была оказана» - он не нуждался в дополнительном лечении, вызов квалифицируется как необоснованный, т.е. не по вине бригады.

При обслуживании вызова может выявиться не один дефект, а несколько, например: помощь была оказана неэффективно (повторный вызов поступил через меньший, чем 6-часовой интервал времени, дополнительно оказана была помощь) и госпитализация в стационар с развившимся осложнением заболевания и т.п. Это продиктовало необходимость подсчета коэффициента «дефектности» повторных вызовов по вине бригад = сумма дефектов/количество повторных вызовов по вине бригад.

Эта методика анализа повторных вызовов применяется на станции скорой медицинской помощи города Астаны с 2004 года. С ее помощью удалось уменьшить долю субъективизма при экспертизе повторных вызовов, ввести единые для всех подстанций критерии оценки при определении лекарственных препаратов.

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. Корректур авторам не высылаются, 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. Редакция 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 Редакции.

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

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

14. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив является нарушением принципов профессиональной этики. Количество авторов по одной статье не должно превышать пяти.

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.mcduprk.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.

**2012 - №1 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА №1 – 2012
THE CONTENT OF THE JOURNAL №1 – 2012**

**Үздік мақалалар
Передовые статьи
Advanced articles**

В.В. Бенберин, Р.Ж. Қарабаева

Метаболизмдік синдром: зерделеу сұрақтары және зерттеулерді дамыту перспективалары

В.В. Бенберин, Р.Ж. Қарабаева

Метаболический синдром: вопросы изучения и перспективы развития исследований

V.V. Benberin, R.Z. Karabayeva

Metabolic syndrome: actuality of issue and perspectives of research development

3

**Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару
Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Management of Public Healthcare**

Е.Б. Әділбеков, Н.С. Игісінов, К.К. Гаитова, М.А. Құлмырзаев

Қазақстанда орталық жүйке жүйесінің қатерлі ісіктерінен адам өлімінің өңірлік ерекшеліктері

Е.Б. Адильбеков, Н.С. Игисинов, К.К. Гаитова, М.А. Кульмирзаев

Региональные особенности смертности от злокачественных новообразований центральной нервной системы в Казахстане

E.B. Adilbekov, N.S. Igissinov, K.K. Gaitova, M.A. Kulmirzaev

Regional features of mortality from malignant neoplasms of central nervous system among population of Kazakhstan

6

А.С. Аубәкірова, С.В. Ким, Н.С. Игісінов

Қазақстанда жол-көлік оқиғаларындағы өлім-жітімнің жас-жыныстық құрамы

А.С. Аубакирова, С.В. Ким, Н.С. Игисинов

Возрастно-половые особенности смертности от дорожно-транспортных происшествий в Казахстане

A.S. Aubakirova, S.V. Kim, N.S. Igissinov

Age and sex particularities of mortality from road traffic accidents in Kazakhstan

9

З.А. Біләлова, Н.С. Игісінов, Мальколм А Мур

Қазақстанның экологиялық аймақтарындағы емшек обырымен сырқаттанушылықты кеңістік-уақыттық тұрғыдан бағалау

З.А. Билялова, Н.С. Игисинов, Мальколм А Мур

Пространственно-временная оценка заболеваемости раком молочной железы в экологических зонах Казахстана

Z.A. Bilyalova, N.S. Igissinov, Malcolm A Moore

Spatial-time evaluation of breast cancer incidence in the ecological zones of Kazakhstan

13

Б. Ә. Жүсіпов, Л.М. Ақтаева

Медициналық қызметтер сапасын басқару моделінің тиімділігін бағалау

Б.А. Джусипов, Л.М. Ақтаева

Оценка эффективности модели управления качеством медицинских услуг

В.А. Jussipov, L.M. Aktaeva

Evaluating the effectiveness of healthcare quality management model

16

С.В. Ким, Е.С. Ысқақов

Республикалық маңызы бар автокөлік жолдарының апатты қауіпті учаскелерінде трассалық медициналық құтқару пунктері орналасуының маңыздығын бағалау

С.В. Ким, Е.С. Искаков

Оценка значимости расположения трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках автомобильных дорог республиканского значения

S.V. Kim, E.S. Iskakov

Evaluating the importance of the location of road medical care departments on hazardous location of roads of national importance

29

А.К. Қосымов, Б.Р. Сыздықова

Қазақстан денсаулық сақтау жүйесінің неврологиялық қызметіндегі санавиацияның мидың қанайналымы жедел бұзылуы кезіндегі іс- қимылдарының алгоритмі

А.К. Косумов, Б.Р. Сыздықова

Алгоритм действий санавиации при острых нарушениях мозгового кровообращения в неврологической службе системы здравоохранения Казахстана

A.K. Kossumov, B.R. Syzdykova

The algorithm of actions of air ambulance in acute cerebral circulatory disorders in neurological service of health care system in Kazakhstan

22

Қ.Ә. Көбентаев

Астана қаласындағы балалар арасында миопия ауруын талдау

К.А. Кубентаев

Анализ заболеваемости миопии у детей города Астана

K.A. Kubentayev

The analysis of the incidence of myopia among children of Astana city

26

С.Д. Раисов, Ж.К. Бүркітбаев, С.А.Абдрахманова, А.Н.Демин, Р.З. Мағзумова

Астана қаласының жоғары оқу орындары студенттерінің жілік майы донорлығы туралы танымы

С.Д. Раисов, Ж.К. Буркитбаев, С.А.Абдрахманова, А.Н.Демин, Р.З. Мағзумова

Познание о донорстве костного мозга среди студентов ВУЗов города Астана

S.D. Raisov, J.K. Burkitbayev, S.A. Abdrahmanova, A.N. Demin, R.Z. Magzumova

The knowledge about bone marrow donation among students of Universities of Astana city

29

**Клиникалық зерттеулер
Клинические исследования
Clinical researches**

Ж.А. Арзықұлов, Ш.Ш. Жураев, Е.У. Шайхиев, А.К. Алиев

Өңештің ауыр зақымды кезіндегі хирургиялық әдіс

Ж.А. Арзықұлов, Ш.Ш. Жураев, Е.У. Шайхиев, А.К. Алиев

Хирургическая тактика при тяжелых повреждениях пищевода

Zh.A. Arzykulov, Sh.Sh. Zhuraev, E.U. Shaikhiev, A.K. Aliev

Surgical treatment in cases of severe damage of the esophagus

32

З.Ұ. Ахмедиянова, Ш.А. Ескендірова, К.Т. Ермакова, Е.М. Айсенова, Ж.С. Дәуітбаева

Медициналық жоғары оқу орындарының бірінші курс студенттері рефракциясының жағдайы

- З.У. Ахмедьянова, Ш.А. Ескендірова, К.Т. Ермекова, Е.М. Айсенова, Ж.С. Даутбаева**
Состояние рефракции у студентов первого курса медицинского ВУЗа
Z.U. Akhmedianova, Sh.A. Yeskendirowa, K.T. Ermekova, E.M. Aisenova, Zh.S. Dautbaeva
Refractive state at the first-year students of medical university 36
- М.М. Балпуқова**
Көз алмасы конзутиялары кезіндегі гипотониялық синдром
М.М. Балпуқова
Гипотонический синдром при контузиях глазного яблока
М.М. Valpukova
Hypotonic syndrome in cases of contusions of the eyeball 38
- М.М. Балпуқова**
Көз ішіндегі қан құйылуды емдеуде гистохром антиоксидантын қолдану тәжірибесі
М.М. Балпуқова
Применение антиоксиданта гистохром в лечении внутриглазных кровоизлияний
М.М. Valpukova
The use of antioxidants in the treatment of histochrome intraocular hemorrhages 40
- К.Н. Бейсембаева**
Астана қаласы жасөспірімдері арасында анемия ауруын талдау
К.Н. Бейсембаева
Анализ заболеваемости анемией у подростков города Астана
K.N. Beisembaeva
The analysis of cases of anemia among adolescents in Astana city 42
- Ш.А. Ескендірова**
Глаукоманың ерте диагностикасындағы ретиномотография
Ш.А. Ескендірова
Ретиномотография в ранней диагностике глаукомы
Sh.A. Eskendirowa
The retinotomography in the early diagnosis of glaucoma 44
- Ф.Е. Ысқақова**
Дисциркуляторлық энцефалопатиямен ауыратын науқастарға церебролизин мен гипербариялық оксигенация дәрілерін қатар қолдану
Ф.Е. Исқақова
Применение комбинации препаратов церебролизина и гипербарической оксигенации у больных с дисциркуляторной энцефалопатией
F.E. Iskakova
The use of a combination of cerebrolysin and hyperbaric oxygenation in patients with encephalopathy discirculatory 46
- К.С. Қалиасқарова, С.К. Туғанбекова, Н. Швидченко**
Тромбиндық уақыт– бауырдың әртүрлі этиологиялы циррозы кезінде феталдық транспланттау тиімділігінің маркері (көрсеткіші)
К.С. Калиаскарова, С.К. Туганбекова, Н. Швидченко
Тромбиновое время – маркер эффективности фетальной трансплантации при циррозе печени различной этиологии
K.S. Kaliaskarova, S.K. Tuganbekova, N. Shvidvhenko

Thrombin clotting time - a marker of fetal transplantation efficiency in liver cirrhosis with different etiologies 48

Г.Қ. Қалиева

Мұрын-жұтқыншақтың ірінді-қабынбалы ауруларында бактерияға қарсы терапияның тиімділігін арттыру

Г.К. Калиева

Повышение эффективности антибактериальной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях носоглотки

G.K. Kaliyeva

Improving the efficiency of antibacterial therapy in purulent-inflammatory nasopharyngeal diseases 51

К.С. Қалиаскарова

Феталдық гепатоциттерді трансплаттау тиімділігінің критерийі ретінде бауырды тексеру тесттері

К.С. Калиаскарова

Печёночные тесты в качестве критериев эффективности трансплантации фетальных гепатоцитов

K.S. Kaliaskarova

Liver function tests as criteria in the efficiency of transplantation of fetal hepatocytes 54

К.Р. Кәрібаев, Д.И. Маханов, Ж.М. Құсымжанова, Л.В. Иванова

Егде жастағы науқастардың коронарлық артерияларына стент орнату

К.Р. Қарібәев, Д.И. Маханов, Ж.М. Құсымжанова, Л.В. Иванова

Стентирование коронарных артерий у больных пожилого возраста

K.R. Karibaev, D.I. Makhanov, Zh.M. Kusymzhanova, L.V. Ivanova

Coronary artery stenting in elderly patients 59

Е.А. Қиясов, Л.К. Шамренова, А.Х. Серікова, Б.К. Жүсіпова, Р.С. Мнайдарова

Бронх-өкпе патологиясы бар науқастардан шыққан candida түріндегі саңырауқұлақшалардың түрлік құрамына және антимикотиктерге сезімталдығына мониторинг жүргізу

Е.А. Қиясов, Л. К. Шамренова, А.Х. Серикова, Б.К. Жусупова, Р.С. Мнайдарова

Мониторинг видового состава и чувствительности к антимикотикам грибов рода Candida, выделенных у больных с бронхолегочной патологией

Y.A. Kiyassov, L.K. Shamrenova, A.H. Serikova, B.K. Zhusupova, R.S. Mnaidarova

Monitoring of the species composition and sensitivity to the antimycotics Fungi Candida, recovered from patients with bronchopulmonary pathology 63

С.В. Скорикова

Қазақстан Республикасында өтеусіз еркін донорлықтың дамуы

С.В. Скорикова

Развитие добровольного безвозмездного донорства в республике Казахстан

S. Skorikova

Development of voluntary donation in the Republic of Kazakhstan 67

С.И.Токпанов, Е.М.Габбасов, Т.Д.Уразов, С.С. Сейтенов, А.К. Маткенов

Бүйірдің қайталанған ірі жарықтарын емдеуде лапароскопиялық аллогерниопластиканы қолдану

С.И.Токпанов, Е.М. Габбасов, Т.Д. Уразов, С.С. Сейтенов, А.К. Маткенов

Лапароскопическая аллогерниопластика при рецидивных гигантских боковых грыжах живота

S.I. Tokpanov, E.M. Gabbasov, T.D. Urazov, S.S. Seitenov, A.K. Matkenov

Laparoscopic allogernioplasic with recurrent of giant lateral abdominal hernias 69

Б.Е. Төлеубаев, Б.К. Ахмадина, А.Н. Батпен, С.С. Балғазаров

Эндопротездеуді қолдану арқылы жамбас буынының патологиясы бар науқастарды

медициналық оңалту

Б.Е. Тулеубаев, Б.К. Ахмадина, А.Н. Батпен, С.С. Балғазаров

Медицинская реабилитация больных с патологией тазобедренного сустава с применением эндопротезирования

B.E. Tuleubaev, B.K. Akhmadina, A.N. Batpen, S.S. Balgazarov

Medical rehabilitation of patients with pathology of the hip joint with the use of endoprosthesis

72

Г.Н. Шыңғаева, Г.К. Қазбекова, А.М. Нұғманова, З.К. Амреева,

М.Н. Құлқаева, Э.Б. Әлімжанова

Бағдарламалық гемодиализбен емделетін балаларға В гепатитіне қарсы стандартты және жеделдетілген сұлбалар бойынша жүргізілген вакцинация тиімділігін талдау

Г.Н. Чингаева, Г.К. Казбекова, А.М. Нугманова, З.К. Амреева, М.Н. Кулкаева,

Э.Б. Алимжанова

Анализ эффективности вакцинации против гепатита В по стандартной и ускоренной схемам у детей, находящихся на лечении программным гемодиализом

G.N. Chingayeva, G.K. Kazbekova, A.M. Nugmanova, Zh.K. Amreeva, M.N. Kulkaeva,

E.B. Alimzhanova

Results of comparative analysis of the effectiveness of vaccination against hepatitis B, conducted by the standard and accelerated regimens in children undergoing treatment with hemodialysis program

77

А.М. Шепетов, Г.Н. Шыңғаева, Қ.А. Қабылбаев, А.М. Нұғманова, Г.К. Қазбекова

Бүйректің терминалды жетіспеушілігімен ауыратын балалар мен ересектер сүйектерінің минералды тығыздығын диагностикалау

А.М. Шепетов, Г.Н. Чингаева, К.А. Кабулбаев, А.М. Нугманова, Г.К. Казбекова

Диагностика минеральной плотности кости у детей и взрослых с терминальной почечной недостаточностью

A.M. Shepetov, G.N. Chingayeva, K.A. Kabulbayev, A.M. Nugmanova, G.K. Kazbekova

Diagnosis of mineral bone density detection in children and adults with end-stage kidney failure 81

**Эксперименттік медицина мәселелері
Вопросы экспериментальной медицины
Issues of Experimental Medicine**

А.В. Ариповский, П.О. Колесник, М.И. Веждел, Т.А. Червякова, А.В. Кирзо

Сынама дайындаудың экстракциясыз тәсілін қолданып, биологиялық сұйықтықтардың майлы-қышқылды құрамын газды хроматографиялық анықтау

А.В. Ариповский, П.О. Колесник, М.И. Веждел, Т.А. Червякова, А.В. Кирзо

Газохроматографическое определение жирнокислотного состава биологических жидкостей с использованием безэкстракционного способа пробоподготовки

A. Aripovskiy, P. Kolesnik, M. Vezhdel, T. Chervyakova, A. Kirzo

Gas-chromatographic Determination of Fatty Acid Composition in

Biological Fluids by the Method of Sample Preparation without Extraction

85

**Шолу
Обзоры
Review**

Л.М. Ақтаева

Медициналық қызметтер сапасын басқару туралы

Л.М. Ақтаева

Об управлении качеством медицинских услуг

L.M. Aktaeva

About quality management of medical services

91

М.В. Гизбрехт

Фтизиатрия мәселелері бойынша интернет желісінің мүмкіндіктері

М.В. Гизбрехт

Возможности интернета по вопросам фтизиатрии

M.V. Gizbrecht

Possibilities of the internet on phthisiology

96

А. Қуанышқалиева

Қазіргі заманғы медициналық ақпараттық жүйелер

А. Қуанышқалиева

Современные медицинские информационные системы

A. Kuanishkalieva

The modern medical information systems

98

А.Б. Мәсімов

Медициналық қызметтер қауіпсіздігін бағалаудың әдістемелік негіздері

А.Б. Масимов

Методические основы оценки безопасности медицинских услуг

A.B. Masimov

Methodical principles of safety assessment of health services

102

Г.А. Рахымбекова, А.А. Қонысбекова, А.Т. Ноғайбаева, А.О. Молдағожина, Х.А. Рахымберлина

Бүйректің созылмалы жетіспеушілігі кезіндегі анемияны эритропозитинмен түзету

Г.А. Рахымбекова, А.А. Қонысбекова, А.Т. Ноғайбаева, А.О. Молдағожина,

Х.А. Рахымберлина

Коррекция анемии эритропозитином при хронической почечной недостаточности

G. A. Rakhimbekova, A.A. Konysbekova, A.T. Nogaibayeva, A.O. Moldagozhina,

H.A. Rakhimberlina

Anemia correction by erythropoetin in patients with chronic kidney failure

105

**ПРАКТИКАЛЫҚ 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.Б.Әлжақсина

Элективтік босану

Г.Б. Альжаксина

Элективное родоразрешение

G.B. Alzhaksina

Elective Delivery

111

Г.Қ. Бейсенбекова, А.Б. Мәсімов, Ж.С. Мырзағалиева

Қазақстан Республикасындағы аккредиттеу стандарттарына медициналық ұйымдар сәйкестігінің деңгейін салыстырмалы бағалау

К.Г. Бейсенбекова, А.Б. Масимов, Ж.С. Мурзағалиева

Сравнительная оценка уровня соответствия медицинских организаций стандартам аккредитации в республике Казахстан

G.K. Beisenbekova, A.B. Massimov, Zh.S. Murzagaliyeva

Comparative assessment for a level compliance of healthcare organizations with the accreditation standards in the Republic of Kazakhstan

113

А.А. Дубицкий

«Қазақстан Республикасының жедел медициналық жәрдем ілімі туралы» мәселесі

А.А. Дубицкий

К вопросу «О доктрине скорой медицинской помощи республики Казахстан»

A.A. Dubitskiy

To the question «About a doctrine of the emergency medical service in the Republic Kazakhstan»

117

А.А. Дубицкий

Жедел медициналық жәрдем көрсету сапасын басқару жүйесін жетілдіру

А.А. Дубицкий

Совершенствование системы управления качеством оказания скорой медицинской помощи

A.A. Dubitskiy

The improvement of quality management system providing emergency medical care

119

А.Ж. Жаңабекова, Р.А. Еркебай, А.К. Тұрғамбаева

Стоматологиялық ұйым менеджменті

А.Ж. Жаңабекова, Р.А. Еркебай, А.К. Тұрғамбаева

Менеджмент стоматологической организации

A.Zh. Zhanabekova, R.A. Erkebai, A.K. Turgambaeva

The management of stomatological organization

121

С.Қ. Кәкенов, Б.И. Біләлов

Медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру

С.К. Какенов, Б.И. Билялов

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников

S.K. Kakenov, B.I. Bilyalov

Insurance of professional responsibility of medical workers

123

С.Қ.Кәкенов

Денсаулық сақтауды реформалау жағдайында денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесі

С.К. Какенов

Единая национальная система здравоохранения в условиях реформирования здравоохранения

S.K.Kakenov

Unified National Health System in Health Care Reform

127

Р.З. Мағзұмова, А. Умралина, А.А.Жақубаева, Г.З.Сәрсембаева, А.С. Баянбаев

Қазақстан Республикасында медициналық жабдықтар менеджменті

Р.З. Мағзұмова, А. Умралина, А.А.Жақубаева, Г.З.Сәрсембаева, А.С. Баянбаев

- Менеджмент медицинского оборудования в республике Казахстан
R.Z Magzumova, A. Umralina, A.A.Zhakubaeva, G.Z.Sarsembaeva, A.S. Bayanbaev
Management of medical equipment in the Republic of Kazakhstan 128
- Р.З. Мағзұмова, К. Кенжина, А.А. Жакубаева, Г.З. Сарсембаева**
Стратегиялық жоспарлау – медициналық ұйымды басқарудың ең маңызды аспаптарының бірі
Р.З. Мағзұмова, К. Кенжина, А.А. Жакубаева, Г.З. Сарсембаева
Стратегическое планирование – как один из важнейших инструментов управления
медицинской организацией
R. Magzumova, K. Kenzhina, A. Zhakubaeva G. Sarsembayeva
Strategic planning - as one of the most important tool of health organization 130
- О.А. Пушкарева**
Жедел медициналық жәрдем жағдайында балалардың абдоминалдық синдромын
диагностикалау мәселелері
О.А. Пушкарева
Проблемы диагностики абдоминального синдрома у детей в условиях скорой медицинской
помощи
O. A. Pushkareva
Diagnostics abdominal syndrome at children in the conditions of the emergency
medical care 132
- Р.С. Сағытаев, Ф.С. Есова, А.В. Шин, А.Ж. Шарбақов, Ф.Т. Сембиева**
Ұшқыштар құрамының медициналық куәландыруына жүргізілген санитарлық-
эпидемиологиялық мониторинг жағдайы туралы
Р.С. Сағитаев, Ф.С. Есова, А.В. Шин, А.Ж. Шарбақов, Ф.Т. Сембиева
О состоянии санитарно-эпидемиологического мониторинга за медицинским
освидетельствованием летного состава
R.S. Sagitaev, F.S. Yessova, A.V. Shin, A.J. Sharbakov, F.T. Sembieva
Condition of sanitary-epidemiologic monitoring behind physical examination of aircrew 134
- Р.С. Сағытаев, А.В. Шин, А.Ж. Шарбақов**
Кедендік Одақ аясында Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасында мемлекеттік
санитарлық эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастыру туралы
Р.С. Сағитаев, А.В. Шин, А.Ж. Шарбақов
Об организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора на
государственной границе республики Казахстан в рамках таможенного союза
R.S. Sagitaev, A.V. Shin, A.J. Sharbakov
About the organization of state sanitary and epidemiological surveillance at the state border of the
Republic of Kazakhstan in the framework of the Customs Union 136
- А.З. Фасиева**
Сапалы медициналық жәрдеммен қамтамасыз етуде кадр саясатын дамыту мәселелері
А.З. Фасиева
Вопросы развития кадровой политики в обеспечении качественной медицинской помощи
A.Z. FASIEVA
Current issues of development of human resources policies in providing quality health care 140

Практикадан алынған жағдай
Случаи из практики
Cases from practice

Д.Е. Әбілдин

- Бет және көз ұяшығы сүйектерінің сынуы кезінде компьютерлік томография қолдану
Д.Е. Абильтин
Компьютерная томография при переломе скулоорбитального комплекса
D.E. Abildin
Computerized tomography with fracture of face bone orbital complex 143
- С.И.Токпанов, Е.М.Габбасов, С.С.Сейтенов, М.К. Сәлімов, Ж.Г. Байтурлин, А.А. Лясова**
Бауыр резекциясы кезіндегі қан сақтайтын технологиялар
С.И.Токпанов, Е.М. Габбасов, С.С. Сейтенов, М.К.Салимов, Ж.Г. Байтурлин, А.А. Лясова
Кровосберегающие технологии при резекции печени
S.I. Takpanov, E.M. Gabbasov, S.S. Seitenov, M.K. Salimov, Zh.G. Baiturlin, A.A. Lyasova
Blood saving technologies in cases of hepatectomy 145
- В.А. Хохлова**
Емізулі жастағы бала өкпесінің гемангиоматозы
В.А.Хохлова
Легочный гемангиоматоз у ребенка грудного возраста
V.A. Khokhlova
Pulmonary haemangiomas over the infant 148
- Реферативтік мақалалар**
Реферативные статьи
Essay articles
- З.М. Әлібекова, Г.К. Жұмабаева, А.К. Сеитова**
Амбулаториялық жағдайда «Мелоксикам-ратиофарм» дәрісімен остеохондрозды емдеу аспектілері
З.М. Алибекова, Г.К. Жумабаева, А.К. Сеитова
Остеохондроз - аспекты лечения препаратом «Мелоксикам» в амбулаторных условиях
Z.M. Alibekova, G.K. Zhumabaeva, A.K. Seitova
Degenerative spine disease-aspects of drug treatment "Meloxicam" in the outpatient setting 150
- Н.А. Аркенов**
Жүкті әйелдерді риносинуситтен емдеу тәжірибесі
Н.А. Аркенов
Опыт лечения риносинусита у беременных женщин
N.A. Arkenov
Experience of treatment of rhinosinusitis among pregnant women 151
- Н.А. Аркенов**
Ересектердің жіті орта отит ауруын емдеуде «Кларитромицин» дәрісін қолдану тәжірибесі
Н.А. Аркенов
Опыт применения препарата «Кларитромицин» в лечении острого среднего отита у взрослых лиц
N.A. Arkenov
Experience with the drug «Clarithromycin» in the treatment of acute otitis media among adults 152
- Н.М. Баймұратов**
Темір жолдың Көкшетау бөлімшесінде сумен жабдықтауды жақсарту

Н.М. Баймуратов

Об улучшении водоснабжения на Кокшетауском отделении железной дороги

N. Baymuratov

About the improvement of water supply at the Kokshetau railway department

153

Л.П.Броска

Амбулаториялық жағдайда остеоартроз дертіне шалдыққандарды оңалту тәжірибесі

Л.П. Броска

Опыт реабилитации больных остеоартрозом в амбулаторных условиях

L.P. Broska

Experience of rehabilitation of patients with osteoarthritis in the outpatient settings

156

Л.П. Броска

Жіті респираторлық инфекциялардың кешенді терепиясында «Виферон» дәрісін қолдану тәжірибесі

Л.П.Броска

Опыт применения препарата «Виферон» в комплексной терапии острых респираторных инфекций

L.P. Broska

"Viferon" drug experience in the treatment of acute respiratory infections

157

Р.Д. Бүтембаев

Жүректің имешиялық дертінің ауыр формаларына шалдыққан науқастарға экстракорпоралды кардиологиялық сокқы-толқынды терапия қолдану

Р.Д. Бүтембаев

Применение экстракорпоральной кардиологической ударно-волновой терапии у больных лиц с тяжелыми формами ишемической болезнью сердца

R.D. Butembaev

The use of extracorporeal cardiac shock-wave therapy in patients with severe coronary artery disease

158

Ш.А. Ескендірова

Торлы қабықтың ажырауы кезінде полимерлерді қолдану

Ш.А. Ескендірова

Применение полимеров при отслойках сетчатки

Sh.A. Eskendirova

Use of polymers on a detachment of retina

161

Г.А. Жакенова

Заттай дәлелдемелердің сот-медициналық сараптамасын ұйымдастыру негіздері

Г.А. Жакенова

Организационные основы судебно медицинской экспертизы вещественных доказательств

G.A. Zhakenova

Institutional frameworks of forensic medical examination of physical evidence

162

А.Н. Ильдерякова, А.К. Тұрғамбаева, А.А. Әкілбекова, А.К. Сеитова, А.С. Бейсенов

Стресс – орта медициналық қызметшілердің жұмыстағы эмоционалдық күйзелісінің себебі

А.Н. Ильдерякова, А.К. Тұрғамбаева, А.А. Акилбекова, А.К. Сеитова, А.С. Бейсенов

Стресс, как причина эмоционального выгорания в работе среднего медицинского персонала

A.N. Ideryakova, A.K. Turgambaeva, A.A. Akilbekova, A.K. Seitova, A.S. Beisenov

Stress as the cause of burnout in nurses

165

Ф.Е. Ысқақова

Мидың канайналымы жедел бұзылуымен ауырған науқастарды бақылауға алу және сауықтырудың кешенді тәсілін ұйымдастыру

Ф.Е. Искакова

Организация комплексного подхода к наблюдению и оздоровлению больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

F.E. Iskakova

The organization of an integrated approach to monitoring and recovery of patients after acute ischemic stroke

167

Е.Н. Нагина

Ішінара адентияда металсыз бюгельді протездерді пайдалану

Е.Н. Нагина

Использование безметалловых бюгельных протезов при частичной адентии

E.N. Nagina

The use of metal-free clasp dentures for partially edentulous

169

Р.С. Сағытаев, А.В. Шин

Теміржол бойындағы тұрғындарды ауыз сумен қамтамасыз ету мәселелері туралы

Р.С. Сагитаев, А.В. Шин

О проблемах обеспечения железнодорожного населения питьевой водой

R.S. Sagitaev, A.V. Shin

About the problems of providing drinking water in the railway area

171

Г.З. Сәрсембаева

Емханада ақылы медициналық қызметтер менеджменті мен маркетингін жетілдіру

Г.З. Сарсембаева

Совершенствование менеджмента и маркетинга платных медицинских услуг на уровне поликлиники

G. Sarsembaeva

Improvement of management and marketing of fee for medical services at the level of clinics

172

А.К. Сейітова

Жедел медициналық жәрдем жағдайында гипертониялық криздер кезінде шұғыл көмек көрсету

А.К. Сеитова

Неотложная помощь при гипертонических кризах в условиях скорой помощи

A.K. Seitova

Emergency care for hypertensive crises in ambulances

174

Ю.О. Сызықова, Ә.К. Тұрғамбаева, Д.К. Жүнісова, А.А. Ақылбекова, А.С. Баянбаев

Мейірбике қызметшілерін басқаруды оңтайландыру үшін теңдестірілген көрсеткіштер жүйесін енгізу

Ю.О. Сизикова, А.К. Тургамбаева, Д.К. Жунусова, А.А. Акилбекова, А.С. Баянбаев

Внедрение сбалансированной системы показателей для оптимизации управления сестринским персоналом

U.O. Sizikova, A.K. Turgambaeva, D.K. Zhunusova, A.A. Akilbekova, A.S. Bayanbaev

The implementing of balanced scorecard system for optimization of management of nursing personnel

175

Г.О. Смағұлова

Ауруханаға жатқызуға дейінгі кезеңде жіті соқыр ішекті диагностикалау ерекшеліктері

Г.О. Смагулова

Особенности диагностики острого аппендицита на догоспитальном этапе

G.O. Smagulova Features of diagnostics of the acute appendicitis at the pre-hospital stage	178
Г.О. Смағұлова Жедел медициналық жәрдем станцияларындағы қайта шақыруларды талдау әдістемесі	
Г.О. Смагулова Методика анализа повторных вызовов на станции скорой медицинской помощи	
G.O. Smagulova Method of analysis of repeated calls at station of the emergency medical services	179
Журналға мақалалар қолжазбаларын рәсімдеу ережелері Правила оформления рукописей статей в журнал The rules for designing manuscripts of new articles for the journal	181