

Учредители журнала:
Управление делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор – А.В. Цой

Заместитель главного редактора – А.З. Бралов

Ответственный секретарь –
А.К. Тургамбаева

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
РК 4 января 2002 года
Регистрационный номер-2582-Ж

С 2005 г. входит в перечень
журналов, рекомендованных
Комитетом по контролю в
сфере образования и науки
МОН РК

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: **53-95-43**
e-mail: tak1973@mail.ru

Акмолинский филиал
АО Казкоммерцбанк г. Астана.
БИК KZKOKZKX
РНН 620300000517
ИИК №KZ679261501119357001
БИН 080240012523

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции.
Редакция оставляет за собой
право в отказе публикации
материалов в случае
несоблюдения правил
оформления.

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс Басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журнал

**шілде - қыркүйек
3 (41) 2011
июль - сентябрь**

ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления делами Президента
Республики Казахстан**

*Ежеквартальный научно-практический
журнал*

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

Редакционный совет:

А.А. Аканов, А.К. Байгенжин,
Н.Д. Батпенов, А.Г. Дерновой,
В.Ю. Дудник, О.Т. Жузжанов,
С.Е. Ибраев, С.З. Каирбекова,
М.К. Кульжанов, С.К. Мейрманов (Япония),
Е.К. Сарсебеков, Н.А. Стороженко (Россия),
И.Н. Ступаков (Россия), Т.З. Сейсембеков,
С.И. Токпанов, Р.К. Тулебаев,
Т.Ш. Шарманов, А. Шарман,

**2011 - №3 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА №3 – 2011
THE CONTENT OF THE JOURNAL №3 – 2011**

**Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару
Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Management of Public Healthcare**

С.А. Батрымбетова

Студенттердің денсаулық жағдайын субъективті бағалауға әлеуметтік-экономикалық шарттардың және өмір салтының әсері

С.А. Батрымбетова

Влияние социально-экономических условий и образа жизни на субъективную оценку состояния здоровья студентов

S.A. Batrymbetova

The influence of social-economic conditions and lifestyle on subjective assessment of students' health

12

К. Б. Ибраева, А.М. Махмутова, С. В. Ким

Тіршілік әрекеті мен денсаулық шектеулері қызмет етуінің халықаралық классификациясын (ҚХК) ағза құрылымының бұзушылықтарын бағалау үшін пайдалану

К. Б. Ибраева, А.М. Махмутова, С. В. Ким

Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки нарушения структур организма

K.B. Ibraeva, A.M. Mahmutova, S.W. Kim

International classification of functioning, disability and health for an estimation infringement of structures of an organism

15

А.М. Махмутова, К. Б. Ибраева

Қызметінің, бұзылыстары бар және денсаулығын халықаралық классификациясын қолдана отырып, науқастарда балалар церебральді параличінде

А.М. Махмутова, К. Б. Ибраева

Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у пациентов с детским церебральным параличом

A.M. Mahmutova, K.B. Ibraeva

Use of the international classification of functioning, disability and health at patients with a children's cerebral paralysis

18

А.А. Мусина, А.А. Мамытов, С.О. Сықпабаев

Хром кенін жер асты шығару кезеңінде тау-кен жұмысшыларының кәсіби қауіп-қатері

А.А. Мусина, А.А. Мамытов, С.О. Сықпабаев

Профессиональный риск у горнорабочих на этапе подземной добычи хромовой руды

A.A. Musina, A.A. Mamytov, S.O. Sykbayev

Occupational health hazards of underground chrome ore mining

22

И.С. Нуралина

Қазақстанда жатыр мойны обырынан өлім-жітім көрсеткіштерінің талдауы

И.С. Нуралина

Анализ показателей смертности от рака шейки матки в Казахстане

I.S. Nuralina

The analysis of cervical cancer mortality rates in Kazakhstan

25

С.А. Томашова

Денсаулық сақтау ұйымдарына инновациялық технологияларды енгізу көлемі, құрылымы және көздері

С. А.Томашова

Объем, структура и источники внедрения инновационных технологий в организациях здравоохранения

S.A.Tomashova

Volume, structure and sources of innovative technologies introduction in public health institutions

28

**Клиникалық зерттеулер
Клинические исследования
Clinical researches**

Л.Г. Горошилова

Шала туылған нәрестелердігі респираторлы дистресс-синдромын сурфактант арқылы емдеу

Л.Г. Горошилова

Сурфактант в лечении респираторного дистресс - синдрома у недоношенных детей

L.G. Goroshilova

Surfactant in the treatment of respiratory distress syndrome at premature infants

35

Н.Д. Иманбаева

Гастроэзофагеальді рефлюксті ауруына шалдыққан науқастардың психикалық вегетативтік жүйесінің бұзылуын зерделеу

Н.Д. Иманбаева

Изучение нарушений психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

N.D. Imanbayeva

The study of physco-autonomic aspects in patients with gastroesophageal reflux disease

37

Н.Д. Иманбаева, Б.Х. Чиканаева, М. Молдахан

Гастроэзофагеальді рефлюксті ауруына шалдыққан науқастардың психикалық вегетативтік жүйесі бұзылуын қалпына келтіру

Н.Д. Иманбаева, Б.Х. Чиканаева, М. Молдахан

Коррекция нарушений психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

N.D. Imanbayeva, B.H. Chikanayeva, M. Moldakhan

Correction of physco-autonomic sphere in patients with gastroesophageal reflux disease

39

С.А. Ли

Простато-спецификалық антигеннің ағза сұйықтықтарындағы құрамы және оның PSA SEMIQUANT тестінің нәтижесіне әсері

С.А. Ли

Содержание простато-специфического антигена в жидкостях организма и его влияние на результаты теста PSA SEMIQUANT

S.A. Li

PSA in body fluids and its influence on PSA SEMIQUANT test results 42

Т.Б. Маринина

Пубертаттық кезеңдегі гипоталамиялық синдромы бар науқастар денесінің артық салмағын қалпына келтіру

Т.Б. Маринина

Коррекция избыточной массы тела у больных с гипоталамическим синдромом пубертатного периода

T.B. Marinina

Correction of excess body weight in patients with hypothalamic puberty syndrome 45

А.А. Музаффарзаде

Бауырдың түрлі резекциясынан кейін бауыр паренхимасында реперфузиялық зақымдардан туындаған бұзылыстардың жалпы сипатамасы

А.А. Музаффарзаде

Общая характеристика расстройств в паренхиме печени связанные с реперфузионным повреждением после различных видов резекции органа

A.A. Muzaffarzade

General characteristic of disorders in liver parenchyma related to reperfusion injury after different resection of liver 48

А.Ж. Мырзабекова

Қасында клиникалық ағымның ерекшеліктері, геморройдың профилактика және емдеуі аяғы ауыр

А.Ж. Мырзабекова

Особенности клинического течения, профилактика и лечение геморроя у беременных

A.G. Mirzabecova

Features of a clinical current, preventive maintenance and treatment of hemorrhoids at pregnant Women 54

Т.Р. Омаров, К.Е. Агибаев, Д.К. Туребаев, С.У. Хамзина, Ш.Д. Омарова

Бейспецификалы ойықжаралы колит кезіндегі пробиотиктік терапия

Т.Р. Омаров, К.Е. Агибаев, Д.К. Туребаев, С.У. Хамзина, Ш.Д. Омарова

Пробиотическая терапия при неспецифическом язвенном колите

T.R. Omarov, K.E. Agibaev, D.K. Turebaev, S.U. Hamsina, Ch.D. Omarova

Probiotic therapy for ulcerative colitis 59

Т.Р.Омаров, Ш.Д.Омарова, С.У. Хамзина

Өкпенің созылмалы обструкциялы ауруы және бифиформаны қолдану

Т.Р.Омаров, Ш.Д.Омарова, С.У. Хамзина

Хроническая обструктивная болезнь легких и применение биформа

T.R. Omarov, Sh.D.Omarova, S.U. Hamsina

Chronic obstructive pulmonary disease and use of Biform

62

Қ.П. Ошакбаев, Р.А. Арешов, А.С. Ыдырысов, М.О. Жақыпбекова, Б.М. Оспанова

Атеросклерозбен ауыратын науқастар денесінің май салмағын төмендетудің дәрі-дәрмексіз әдісінің клиникалық нәтижесі

К.П. Ошакбаев, Р.А. Арешов, А.С. Идрисов, М.О. Жакупбекова, Б.М. Оспанова

Клинический эффект от немедикаментозного метода снижения жировой массы тела при атеросклерозе

K.P. Oshakbayev, R.A. Areshov, A.S. Idrisov, M.O. Ghakupbekova, B.M. Ospanova

Clinical and physiological effects of non-drug fat reduction method in patients with atherosclerosis

65

С.Б. Сергазиев

Ішперде қуысы ағзаларының зақымдарын диагностикалау мен емдеудегі бейнелапароскопия

С.Б. Сергазиев

Видеолапароскопия в диагностике и лечении травм органов брюшной полости

S.B. Sergaziyev

Video laparoscopy in diagnostics and surgical treatment of abdominal cavity injuries

73

**Эксперименттік медицина мәселелері
Вопросы экспериментальной медицины
Issues of Experimental Medicine**

Г.Т. Қалдыбаева

Қан үлгілерін сұйық қалпында сақтау мерзімінің MNSs жүйесінің топтық антигендерін анықтауға әсері

Г.Т. Қалдыбаева

Влияние сроков хранения образцов жидкой крови на выявление групповых антигенов системы MNSs

G.T. Kaldybaeva

Effects of liquid blood samples storage periods on detection of blood group antigens of MNS antigen system

77

А.Ж. Сейтеметова, А.С. Зейнульдина, А.Т. Қазбекова, А.М. Габбасова,

Т.С. Сейтеметов

Фитопрепараттардың in vitro және in vivo үлгілерінің антиоксиданттық белсенділігін зерттеу мәселелері

А.Ж. Сейтеметова, А.С. Зейнульдина, А.Т. Қазбекова, А.М. Габбасова,

Т.С. Сейтеметов

Вопросы исследования антиоксидантной активности фитопрепаратов in vitro и in vivo

A.G. Seitembetova, A.S. Zeinuldina, A.T. Kazbekova, A.M. Gabasova, T.S. Seitembetov

Research issues of phytodrugs antioxidant activity in vitro and in vivo

79

М.Ш. Алимусина, Ә.Қ.Тұрғамбаева

Медициналық құрал-жабдықтарды басқару мәселелері бойынша халықаралық тәжірибе

М.Ш.Алимусина, А.К.Турғамбаева

Международный опыт в вопросах управления медицинским оборудованием

M.Sh. Alimusina, A.K.Turgambaeva

International experience in medical equipment management

84

**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)**

Л.М. Абдрахманова, К.П. Ошақбаев, А.С. Хасенова

Шұғыл медициналық көмек республикалық ғылыми орталығындағы аурулардың және өлім-жітімнің маусымдық және өңірлік сипаттамасы

Л.М. Абдрахманова, К.П. Ошақбаев, А.С. Хасенова

Сезонная и региональная характеристика заболеваемости и летальности в республиканском научном центре неотложной медицинской помощи

L.M. Abdrakhmanov, K.P. Oshakbayev, A.S. Khasenova

Seasonal and regional characteristics of morbidity and mortality in the republican scientific center for emergency care

87

**А.О. Абдрахманова, Л.Ш. Жұмаева, Н.Ж. Макишева, М.С. Қадырбаева,
Р.Т. Кенжебекова**

Оналтуда маркетингті пайдаланудың алғышарттары

**А.О. Абдрахманова, Л.Ш. Джумаева, Н.Ж. Макишева, М.С. Кадырбаева,
Р.Т. Кенжебекова**

Предпосылки использования маркетинга в реабилитации

Предпосылки использования маркетинга в реабилитации

**A. O. Abdrakhmanova, L. Dzhumayeva, N. G. Makisheva, M.S. Kadyrbayeva,
R.T. Kenzhebekova**

Prerequisites for use of marketing in rehabilitation

Prerequisites for use of marketing in rehabilitation

91

М.Ж. Бисимбаева

Зардап шеккендерге ауруханаға дейінгі көмек көрсету процесін рационалдаудың негізгі бағыттары

М.Ж. Бисимбаева

Основные направленности рационализации процесса оказания догоспитальной помощи пострадавшим

M.G. Bisimbaeva

Main rationalization focuses in prehospital care delivery process

95

Д.Ш. Дәуітов, А.Н. Цой, Б. С. Байкенова

Профилактикалық жұмыстар сапасы және ведомстволық мекемелерде оларды ұйымдастыруды жетілдіру тәсілдері мәселелері бойынша емделушілер мен дәрігерлердің арасындағы сауалнама нәтижелерінің мониторингі

Д.Ш. Даутов , А.Н. Цой, Б.С. Байкенова

Мониторинг результатов анкетирования пациентов и врачей по вопросам качества профилактической работы и подходов к совершенствованию её организации в ведомственном учреждении

D.Sh. Dautov, A.N. Tsoy, B.S. Baikenova

Monitoring survey results of patients and physicians on quality of prophylactic work and approaches to improve its organization in a department

96

Д.Ш. Дәуітов, Ж.Д. Тәженова, А.Н. Цой

Емханалық қызметті автоматтандыру

Д.Ш. Даутов, Ж.Д. Таженова, А.Н. Цой

Автоматизация поликлинической службы

D.Sh. Dautov, Zh.D. Tazhenova, A.N. Tsoy

Polyclinic service automation

99

М. Оразбаев

Медициналық жедел жәрдем жұмысында ақпараттық технологияларды қолдану

М. Оразбаев

Применение информационных технологий в работе скорой медицинской помощи

M. Orazbayev

Application of information technologies in an ambulance

102

А.Т. Ұлманов

Стоматологияда емделушінің құқықтарын іске асыру мәселелері

А.Т. Улманов

Вопросы реализации прав пациента в стоматологии

A.N. Ulmanov

Questions of patient rights realization in stomatology

105

Р.С. Садықова

Әлеуметтік бейімделмеген балаларды кешенді бейімдеу үдерісі ретінде медициналық-әлеуметтік-педагогикалық оңалту

Р.С. Садықова

Медико-социально-педагогическая реабилитация как процесс комплексной адаптации социально неадаптированных детей

R.S. Sadykova

Medical, social and pedagogical rehabilitation as a process of complex adaptation of socially maladjusted children

107

М.К. Сүлейменова

Қазіргі заманғы жағдайларда ауылдық денсаулық сақтау басшыларының кәсіби деңгейін арттыру қажеттілігі

М.К. Сулейменова

Необходимость повышения профессионального уровня руководителей сельского здравоохранения при современных условиях

М.К. Suleimenova

Necessity to improve professional level of rural health care authorities in modern conditions

110

А.Н. Цой

Астана қаласы ПД емханасының қызметін ұйымдастыру мен қалыптастырудың кейбір аспектілері

А. Н. Цой

Некоторые аспекты организации и становления поликлинической службы ДВД города Астаны

A.N. Tsoy

Some aspects of organization and development of polyclinic service of the Department of internal affairs of Astana

111

**Практикадан алынған жағдай
Случай из практики
Cases from practice**

М.В. Алексеев

Асқазан ойықжарасының «безоар тасымен» үйлесуі

М.В. Алексеев

Сочетание язвы желудка с «безоаровым камнем»

M.V. Alekseev

Combination of gastric ulcers with “bezoar stones”

115

А.Г. Бекесова, Р.Ж. Усипханов, Е.А. Вольняга

Механикалық асфиксия мен электр жарақаты ұласуының сирек кездесетін жағдайы

А.Г. Бекесова, Р.Ж. Усипханов, Е.А. Вольняга

Редкий случай комбинирования механической асфиксии и электротравмы

A.G. Bekessova, R.J. Usyphanov, E.A. Volnyaga

A rare case of mechanical asphyxia and electric shock combination

116

О.В. Коос

Дәрігер-патологоанатом іс-тәжірибесіндегі гликогеноз жағдайы

О.В. Коос

Случай гликогеноза в практике врача-патологоанатома

O.V. Koos

The case of glycogenosis in autopsist’s practice

118

Ф.Д. Байсеркина

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік жұмыстың теориялық негіздері

Ф.Д. Байсеркина

Теоретические основы социальной работы в здравоохранении Республики Казахстан

F.D. Bayserkina

Theoretical foundations of social work in healthcare of the Republic of Kazakhstan 120

А.С. Бейсенов

Жедел жәрдем қызметкерлерінің көз алдындағы адам өлімі

А.С. Бейсенов

Летальность в присутствии бригад скорой медицинской помощи

А.С. Бейсенов

Lethality in the presence of emergency team 123

А.Т. Булекбаева

Витальдық ампутация әдісімен пульпиттерді емдеу үшін заманауи стоматологиялық дәрі-дәрмектерді қолдану тәжірибесі

А.Т. Булекбаева

Опыт применения современных стоматологических препаратов для лечения пульпита методом витальной ампутации

А.Т. Булекбаева

Experience in modern dental treatments usage in pulpitis by means of vital amputation 124

А.Т. Булекбаева, Р.А. Еркебай

Кариесті тісті егеу сапасын бағалаудың объективті өлшемдері

А.Т. Булекбаева, Р.А. Еркебай

Объективный критерий оценки качества препарирования кариозной полости

А.Т. Bulekbayeva, R.A. Yerekbai

Objective criterion of quality assessment in cavity preparation 125

А.К. Жиешев

Хирургиялық және гинекологиялық ауруы бар науқастарға қысқа мерзімді лапароскопиялық шара қолдану кезінде «Пропофол» дәрісімен анестезия жасау

А.К. Жиешев

Анестезия препаратом «Пропофолом» при кратковременных лапароскопических вмешательствах у хирургических и гинекологических больных

А.К. Gyeshev

“Propofol” anesthesia during short-term laparoscopic procedures in surgical and gynaecological patients 126

М.Т. Дүйсенбиева

Ауылда акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетудің қол жетімдігі

М.Т. Дуйсенбиева

Доступность оказания акушерско-гинекологической помощи на селе

M.T. Duisenbiyeva

Availability of obstetrical and gynaecological care in rural areas

128

Р.А. Еркебай, Г.С. Шудабаева

Фиссуралар жағдайын диагностикалау

Р.А. Еркебай, Г.С. Шудабаева

Диагностика состояния фиссур

R.A. Yerekbai, G.S. Shudabayeva

Diagnostics of fissures

130

О.И. Каладинова

Балалардың ревматоид артритімен ауыратын балаларды оңалту

О.И. Каладинова

Реабилитация детей с ювенильным ревматоидным артритом

O.I. Kaladinova

Rehabilitation of children with juvenile rheumatoid arthritis

132

О.И. Қаладинова

Артериялық гипертензия кезіндегі физиотерапия

О.И.Каладинова

Физиотерапия при артериальной гипертензии

O.I Kaladinova

Physical therapy in arterial hypertension

134

Ж. Б. Қашқынбаева

Жатыр миомасына шалдыққан репродуктивті жастағы әйелдердің жатыр артерияларының эмболизациясы

Ж.Б. Қашкинбаева

Эмболизация маточных артерий при миомах матки у женщин репродуктивного возраста

Z. B. Kashkinbaeva

Uterine arteries embolization during hysteromyoma in women of reproductive age

135

А.Н.Қуанышқалиева, А.К.Тұрғамбаева

PACS – медициналық бейнелерді сақтаудың, алмасудың және көрудің информациондық жүйесі

А.Н.Қуанышқалиева, А.К.Тұрғамбаева

PACS - информационные системы хранения, передачи и визуализации медицинских изображений

A.N.Kuanyshkalyeva, A.K.Turgambaeva

PACS - information storage, transmission and visualization of medical images

138

Р.З. Мағзұмова, Ә.Қ.Тұрғамбаева, М. К. Сүлейменова, Г. К. Махатова

Қазақстан Республикасының медициналық мекемелерінде ұйымдастырушылық модельдеу және кадр қызметінің реинженерингі

Р.З. Магзумова, А.К. Тургамбаева, М.К. Сулейменова, Г.К.Махатова

Организационное моделирование и реинжиниринг кадровой службы в медицинских организациях Республики Казахстан

R.Z. Magzumova, A.K. Turgambaeva, M.K. Suleimenova, G. K. Mahatova

Organizational modeling and reengineering of HR management in medical institutions of the Republic of Kazakhstan

140

А.Ж. Мырзабекова

«Гепатотромбин Г" препаратымен жүктіліктерде геморройды емдеу тәжірибесі

А.Ж. Мырзабекова

Опыт лечения геморроя у беременных препаратом "Гепатотромбин Г"

A.G. Mirzabecova

Experience of treatment of hemorrhoids at pregnant women a preparation "Gepatotrombin Г" 142

Г.С. Шудабаева

Фиссурлар әдістемесі герметизациясының

Г.С. Шудабаева

Методика герметизации фиссур

G.S. Shudabayeva

Seating technigue of fissures

144

Журналға мақалалар қолжазбаларын рәсімдеу ережелері
Правила оформления рукописей статей в журнал
The rules for designing manuscripts of new articles for the journal

УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА
СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

С.А. Батрымбетова

Западно-Казахстанский медицинский университет, им.М.Оспанова,
г. Актобе

Введение. Состояние здоровья студентов, как и населения в целом - не только важный индикатор общественного развития, отражение социально-экономического и гигиенического благополучия страны, но и мощный экономический, трудовой, оборонный и культурный потенциал общества, фактор и компонент благосостояния [1,2,3,4].

Здоровье населения должно рассматриваться с широких социальных позиций. Влияние социальной среды на здоровье человека осуществляется как через материальные условия (количество и состав пищи, уровень загрязнения воздуха и воды, условия труда и быта и т.д.), меняющиеся в результате индустриализации, урбанизации и экономической дифференциации социальных групп, так и через психическое восприятие социальной среды [5,6,7].

Целью настоящего исследования являлось изучить факторы и условия жизни студентов вузов г.Актобе, влияющих и формирующих состояние здоровья.

Материалы и методы. В анкетировании участвовали студенты шести вузов г. Актобе: Западно-Казахстанская медицинская академия им. М.Оспанова (ЗКГМА) - 386, Западно-Казахстанский юридический институт (ЗапКазЮИ) - 336, Актюбинский государственный университет им. К. Жубанова (АГУ) - 481, Актюбинский государственный педагогический институт (АГПИ) - 438, институт академии экономики и статистики (ИАЭиС) - 257, Казахско-русский международный университет (КРМУ) - 207.

Общее количество опрошенных студентов по разным вузам составило -2105. В качестве респондентов опрошены студенты, обучающиеся на разных курсах, доля которых составило на: 1 курсе - 27,4%, 2 -27,0%, 3 – 24,2%, 4 – 12,9%, 5 – 8,5.

Результаты и обсуждение. Одним из важных показателей, позволяющих соотносить характер поведения в отношении состояния здоровья, является самооценка собственного здоровья.

По результатам исследования, здоровыми и практически здоровыми себя считают 77,4% опрошенных студентов; остальные отметили, что имеют хронические заболевания, из них с частыми обострениями – 10,2% и с редкими -12,4%.

Следует отметить, что в исследовании субъективная оценка студентами своего здоровья расходится с данными, полученными объективным методом. По объективным данным количество студентов, отнесенных к группе здоровых и практически здоровых, несколько меньше и составляет 61,6% (против 77,4% по субъективной оценке), а количество студентов, имеющих хронические заболевания, больше – 37,5% (против 22,6% по субъективной оценке). То есть студенты оценивают свое состояние здоровья более оптимистично, чем это есть на самом деле.

Субъективная оценка здоровья несколько отличается у студентов, обучающихся в разных вузах. По данным оценки состояния здоровья более оптимистично оценивали свое здоровье студенты педагогического института (83,3%) и Казахско-русского университета (81,9%). Среди которых наибольший удельный вес тех, кто считает себя здоровым и практически здоровым и меньшая доля студентов с хроническими заболеваниями, в том числе с частыми обострениями (16,7% в АГПИ и 18,1% в КРМУ). Хуже всех оценили свое здоровье студенты медицинской академии и Актюбинского государственного

университета. Здесь больше всего студентов, имеющих хронические заболевания (30,8% и 28,8% соответственно).

Наиболее часто студенты отмечают у себя заболевания, представленные таблице 1.

Таблица 1 - Заболеваемость студентов по данным самооценки (на 100 опрошенных)

Классы болезней	Уровень распространенности
Болезни нервной системы и органов чувств	15,1
Болезни крови и кроветворных органов	14,3
Болезни органов пищеварения	12,4
Болезни сердечно-сосудистой системы	8,8
Болезни эндокринной системы	7,4
Болезни органов дыхания	6,6
Болезни костно-мышечной системы	6,5
Болезни мочевыводящей системы	5,8

Так же состояние здоровья студентов зависит от семейного положение, наличия детей, половой принадлежности и среды обучения по определенной специальности.

Практически здоровыми чаще других себя считали студенты, не состоящие в браке (72,1%; $r = 0,75 \pm 0,2$); не имеющие детей (69,1%; $r = 0,82 \pm 0,21$). Удельный вес юношей, считающих себя здоровыми, составил 61,1%, а у девушек 50,3%.

Хроническими заболеваниями чаще страдали студентки, состоящие в браке; имеющих детей, обучающиеся по медицинским и естественно - научным специальностям ($p < 0,05$).

Состояние здоровья студентов в обследуемых вузах от младших к старшим курсам ухудшалось: удельный вес здоровых студентов уменьшился, а хронически больных увеличилось ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что связь самооценки здоровья с уровнем жизни студентов, чем выше оценка студентами уровня их жизни, тем лучше оценка их здоровья ($p < 0,05$; $r = 0,89 \pm 0,2$).

Выявлено, что студенты, имеющие собственное жилье и оценившие свои условия проживания как хорошие, значительно чаще других считают себя здоровыми. Среди них указали на то, что они здоровы и практически здоровы 68,9%, а среди проживающих в общежитиях – таковых в 1,5 раза меньше ($p < 0,05$).

По результатам опроса студенты считают, что основными неблагоприятными факторами, влияющими на состояние здоровья, являются постоянное переутомление, связанное с большой учебной нагрузкой и необходимостью совмещать учебу с работой (так ответили 42,2 на 100 опрошенных). На втором месте по значимости – неудовлетворительные жилищные условия, затем следуют собственное безразличие к здоровью, напряженные семейные отношения, неполноценное питание, вредные привычки (пристрастие к алкогольным напиткам, курение). Также каждый десятый студент считает, что причиной неудовлетворительного состояния здоровья, является собственное безразличие к своему здоровью.

Одним из показателей такого отношения, является медицинская активность, то есть своевременное обращение к врачу в случае заболевания, регулярность посещения профилактических осмотров, выполнение рекомендаций врача.

По результатам нашего исследования, медицинская активность студентов достаточно низкая. Своевременно обращаются за медицинской помощью только 28,3% опрошенных студентов; 14,0% обращаются только тогда, когда необходимо освобождение от учебы, каждый шестой – седьмой (16,1%) лечится сам или прибегает к советам родственников и знакомых; остальные обращаются к врачу только тогда, когда чувствуют, что без медицинской помощи им не обойтись. Среди опрошенных 44,6% студентов всегда выполняют рекомендации врача; 29,2% выполняют только то, что считает для себя разумным; а 11,8% выполняют рекомендации до того момента, когда станет легче. Следует отметить такой факт, что 14,5% студентов отметили, что не всегда выполняют

рекомендации врача, так как не хватает денег на препараты.

Состояние здоровья студентов коррелирует с их медицинской активностью. Среди тех, кто своевременно обращается к врачу, выполняет рекомендации и доводит лечение до конца, здоровых и практически здоровых значительно больше по сравнению с теми, кто не доводит лечение до выздоровления и не выполняет рекомендации (65,3% против 42,2%; $p < 0,05$). Корреляционный анализ выявил сильную прямую связь между уровнем здоровья и медицинской активностью $r = 0,68 \pm 0,22$.

По большинству позиций, характеризующих различные стороны жизни, выявлена существенная разница среди студентов, считающих себя здоровыми и имеющих хронические заболевания (таблица 2).

Таблица 2 - Характеристики различных сторон жизни среди студентов, считающих себя здоровыми и имеющих хронические заболевания (на 100 опрошенных каждой подгруппы)

Характеристики некоторых сторон жизни	Здоровые	Имеющие хронические заболевания	P
Высокий уровень жизни	41,2	24,2	<0,01
Неудовлетворен учебой в своем вузе	5,0	8,2	>0,05
Неудовлетворен личной жизнью	5,8	22,3	<0,05
Неудовлетворен общественной жизнью	4,3	6,0	>0,05
Материальное состояние ухудшилось	10,3	20,4	<0,05
Здоровье и условия лечения ухудшились	12,1	21,5	<0,05
Бытовые условия ухудшились	3,1	6,8	<0,05
Частые стрессы, перегрузки	5,4	21,3	<0,05
Не уверен в своем будущем	20,5	32,8	<0,05

На основании представленных данных (таб.2) по характеристике различных сторон жизни студентов, в группе хронически больных студентов больше тех, кто имеет низкий уровень жизни, не удовлетворен учебой в своем вузе, отмечает ухудшение собственного здоровья и оказания медицинской помощи и материального положения за последние два года.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об объективном влиянии на состояние здоровья студентов условий повседневной жизни, привычек и стереотипов поведения. Плохое здоровье характеризуется низкой материальной обеспеченностью студентов и высоким уровнем стрессовых нагрузок, вредными привычками и низким качеством медицинского обслуживания.

Литература

1. Джарджанова, Р.А. Проект ВОЗ «Здоровые Университеты» в Казахстане / Р.А. Джарджанова, Г.Е. Аимбекова // Здоровоохранение РФ. - 2002. - № 1. - С. 7-8.
2. Досаев, Е.А. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Казахстана на 2005-2010 годы / Е.А. Досаев, А.А. Аканов // Медицина. - 2004. - № 4. - С. 2-4.
3. Аимбекова, Г.Е. Реализация проекта ВОЗ «Здоровые Университеты» в Казахстане / Г.Е. Аимбекова, Р.С. Колонкина, А.Г. Альжанова // Здоровоохранение РФ. - 2002. - № 1. - С. 7-8.
4. Аканов, А.А. Основы политики и стратегии здравоохранения в XXI веке / А.А. Аканов // Информационный вестник Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан. - 2002. - № 2. - С. 23-25.
5. Агаджанян, Н.А. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса / Н.А. Агаджанян, Т.Ш. Миннибаев, А.Е. Северин и др. // Гигиена и санитария. - 2005. - № 3. - С. 49-51.
6. Ахмадуллина, Х.М. Формирование ценности здоровья и здорового образа жизни среди студенческой молодежи / Х.М. Ахмадуллина, У.З. Ахмадуллин, Г.А. Гаязова и др. // Здоровье семьи - XXI век: материалы

VI Междунар. науч. конф. – Пермь; Дубай, 2002. - С. 17-18.

7. Ахмерова, С.Г. Здоровый образ жизни и его формирование в процессе обучения / С.Г. Ахмерова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2001. - № 2. - С. 37-40.

Түйін

СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН СУБЪЕКТИВТІ БАҒАЛАУҒА ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ШАРТТАРДЫҢ ЖӘНЕ ӨМІР САЛТЫНЫҢ ӘСЕРІ

С.А. Батрымбетова

Мақалада Ақтөбе қаласы жоғары оқу орны студенттерінің денсаулығын қалыптастыратын және әсер ететін өмір шарттары мен факторларын зерттеу мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижелері ұсынылған.

Зерттеу нәтижелері бойынша сұралған студенттердің 77,4% өздерін толық дені сау деп санайды; қалғандарында созылмалы аурулары бар, олардың ішінде ауруы жиі өршейтіндер – 10,2% және кейде ауруы өршейтіндер – 12,4%.

Зерттелін отырған жоғары оқу орын студенттерінің денсаулық жағдайы төмен курстардан жоғары курстарға қарай нашарлайды: дені сау студенттердің саны азайып, созылмалы ауруы барлардың саны артады ($p < 0,05$). Студенттің өз денсаулығын бағалауы оның өмір деңгейіне байланысты екенін атап өту қажет, студенттер өз өмір деңгейін неғұрлым жоғары бағаласа, сол ғұрлым олардың денсаулық жағдайын бағалау да жоғары болмақ ($p < 0,05$; $r = 0,89 \pm 0,2$)

Summary

THE INFLUENCE OF SOCIAL-ECONOMIC CONDITIONS AND LIFESTYLE ON SUBJECTIVE ASSESSMENT OF STUDENTS' HEALTH

S.A. Batrymbetova

Questionnaire results on investigating factors and conditions that influence and shape health of university students in Aktobe, are described in the article.

According to the results of the study, 77.4% of the interviewed students consider themselves healthy and practically healthy, the rest said that they have a chronic disease, 10,2% of whom experience frequent exacerbations, 12,4% - a few exacerbations.

Health status of students from junior to senior years in the surveyed schools worsens: percentage of healthy students decreases, and percentage of chronically ill students increases ($p < 0.05$). The relationship between self-assessment of health with the level of students' life should be noted: the higher score the students gave to their living standards, the better health assessment they named ($p < 0,05$; $r = 0,89 \pm 0,2$).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУР ОРГАНИЗМА

*К. Б. Ибраева, А.М. Махмұтова, С. В. Ким
АО «Медицинский университет Астана»*

Введение. В последние десятилетия интенсивно развивается направление объективизации субъективных ощущений больных путем использования стандартизированных специализированных опросников.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) дает возможность точно описать состояние тех или иных функций и здоровья не только людей со стойкими функциональными нарушениями (инвалидов), но также пациентов с временными функциональными отклонениями, и даже здоровых людей.

МКФ дополняет Международную статистическую классификацию болезней и связанные проблемы со здоровьем 10 –го пересмотра (МКБ). МКБ предназначена для определения этиологии болезней, и в основном применяется для отчетов по заболеваемости и смертности, но не позволяет оценивать функциональное состояние организма. МКФ решает

эту задачу путем внедрения единого стандарта описания функциональных состояний. Таким образом, две международных классификации, дополняя друг друга, будут давать более полную картину о здоровье людей [1].

МКФ была одобрена для международного использования на 54-й Всемирной ассамблее здравоохранения 22 мая 2001 года и обнародована в октябре 2001 года Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [2] для определения ограничения жизнедеятельности с учетом окружающих факторов, потенциальных способностей индивида или комбинации названных факторов [3].

Особый интерес МКФ и ее инструменты представляют для реабилитационной практики. Современный реабилитационный процесс должен быть ориентирован на пациента, отвечать принципу «проблема-решение» и использовать мультидисциплинарный подход [4].

Целью данного исследования была оценка структур организма у больных с различными ограничениями жизнедеятельности с использованием опросника ВОЗ. В исследовании определялось домены 1 и 2 уровней МКФ.

Материалы и методы: обследовано 44 пациента отделения нейрореабилитации Республиканского научного центра нейрохирургии: 23 мужчин и 21 женщина. Больные предварительно были разделены на две группы: 15 пациентов с нарушениями проводимости спинного мозга различной локализации; 29 пациентов с черепно-мозговыми травмами и цереброваскулярными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. У больных с нарушениями проводимости спинного мозга нарушения структур организма в основном выявляются по следующим доменам 1 – го уровня: нарушения нервной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, урогенитальной системы, а также структур, связанных с движением (таблица 1).

Таблица 1 – Домены для оценки нарушений структур организма пациентов с нарушениями проводимости спинного мозга

Код 1 уровня	Наименование домена	Код 2 уровня	Наименование домена
S 1	Структуры нервной системы	S 120	Спинальный мозг и периферические нервы
S 5	Структуры пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма		Не применялся
S 6	Структура урогенитальной системы	S 610	Мочевая система
S 7	Структуры, связанные с движением	S 710	Область головы и шеи
		S 720	Область плеча
		S 730	Верхняя конечность
		S 740	Таз
		S 750	Нижняя конечность
		S 760	Туловище

По доменам 2 уровня в основном за счет структур связанные с движением, т.е. нарушения структур в областях головы и шеи, плеча, верхней конечности, туловища, таза, нижней конечности.

Нарушения структур организма у больных с травмами мозга и цереброваскулярными заболеваниями также необходимо было оценить по 7 сопряженным доменам (таблица 2).

Таблица 2 - Домены для оценки нарушения структур организма у пациентов с травмами мозга и цереброваскулярными заболеваниями

Код 1 уровня	Наименование домена	Код 2 уровня	Наименование домена
S 1	Структуры нервной системы	S 110	Мозг
		S 120	Спинной мозг и периферические нервы
S 2	Глаз, ухо и связанные структуры		Не применялся
S 3	Структура голоса и речи		Не применялся
S 4	Структуры кровообращения, крови, иммунной и дыхательной системы	S 410	кровообращение
S 5	Структуры пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма		Не применялся
S 6	Структура урогенитальной системы	S 610	Мочевая система
S 7	Структуры, связанные с движением	S 710	Область головы и шеи
		S 720	Область плеча
		S 730	Верхняя конечность
		S 740	Таз
		S 750	Нижняя конечность
		S 760	Туловище

При оценке нарушений структур у больных нейрохирургического профиля были разработаны наиболее характерные шаблоны для отдельных групп заболеваний. Для пациентов с нарушениями проводимости спинного мозга, по нашему мнению, достаточно оценивать четыре структурных домена.

Для пациентов с травмами головного мозга и цереброваскулярными заболеваниями важно оценивать семь доменов.

Выводы: Разработанные шаблоны оценки нарушений структур организма у больных нейрохирургического профиля по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для групп с поражениями спинного и головного мозга позволяют сузить до необходимого спектр описания функциональных ограничений и унифицировать перечень оцениваемых доменов.

Разработанные шаблоны являются, по нашему мнению, первым шагом для стандартизированной оценки структур организма у больных нейрохирургического профиля по МКФ для групп с поражениями спинного и головного мозга. Эти шаблоны показывают направление для формирования шаблонов оценки более глубоких уровней поражения: функции (body), структуры (structure) и ограничения жизнедеятельности (disability).

Стандартизация описания определенных групп заболеваний позволит специалистам различных профилей (врачи, реабилитологи, эксперты) общаться на одном языке и смотреть на пациента более целостно.

Литература

1. International classification of functioning, disability and health: ICF – World Health Organization, Geneva, 2001. – P. 299;
2. Walsh, N.E. The Walter J. Zeiter lecture. Global initiatives in rehabilitation medicine//Arch. Phys.med.Rehabil. - 2004. Vol. 85(9) page 1395-1402;
3. Cieza, A., Stuci, G. ICF: A Basis for Multidisciplinary Clinical Practice, Atlanta, Georgia, 2006. – P. 79-87;
4. <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc02/2002-20r.pdf> ООН, E/CN.3/2002/20, Экономический и Социальный Совет, стр. 8-9.

Түйін

**ТІРШІЛІК ӘРЕКЕТІ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ ШЕКТЕУЛЕРІ ҚЫЗМЕТ ЕТУІНІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
КЛАССИФИКАЦИЯСЫН (ҚХК) АҒЗА ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ БҰЗУШЫЛЫҚТАРЫН БАҒАЛАУ ҮШІН
ПАЙДАЛАНУ**

К. Б. Ибраева, А.М. Махмутова, С. В. Ким

Тіршілік әрекеті мен денсаулық шектеулері қызмет етуінің халықаралық классификациясы (ҚХК) тұрақты функционалдық бұзылушылықтары бар адамдардың (мүгедектер) ғана емес, сонымен қатар уақытша функционалдық ауытқулары бар пациенттердің де, тіпті дені сау адамдардың да денсаулығы мен қызметтерінің кейбір жағдайын нақты сипаттауға мүмкіндік береді.

Summary

**INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH FOR AN
ESTIMATION INFRINGEMENT OF STRUCTURES OF AN ORGANISM**

K.B.Ibraeva, A.M. Mahmutova, S.W. Kim

The international classification of functioning, disability and health restrictions (ICF) gives the chance to describe precisely a condition of those or other functions and health not only people with proof functional infringements (invalids), but also patients with time functional deviations, and even healthy people.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

А.М. Махмутова, К.Б. Ибраева

АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, известная более как МКФ, определяет стандартный язык и рамки для описания здоровья и связанных с ним состояний. Это классификация здоровья и аспектов, связанных со здоровьем – тех, которые помогают нам описать изменения в функционировании организма и в его структуре, что человек с определенным состоянием здоровья способен делать в стандартном окружении, а также что он на самом деле делает в своем обычном окружении [1].

В 2007 году ВОЗ выпускает первые согласованные на международном уровне классификационные коды для оценки здоровья детей и подростков в контексте стадий их развития и окружающей среды, в которой они живут. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) подтверждает важность точных описаний состояния здоровья детей с помощью методологии, которая долгое время являлась стандартом для взрослых людей. Рассматривая детей и подростков в контексте окружающей их среды и континуума развития, МКФ-ДП применяет классификационные коды к сотням функций и структур организма, активности и участию, а также различным факторам окружающей среды, которые ограничивают или облегчают многочисленные повседневные действия молодых людей [2].

Люди с ограниченными возможностями очень разнообразны. Они различаются по полу, возрасту, социально-экономическому статусу, сексуальной ориентации, этнической принадлежности и культурному наследию. У каждого человека есть свои личные предпочтения и ответы на инвалидность. Здоровье, связанное с инвалидностью могут быть видимыми или невидимыми, временными или долгосрочными в перспективе; статическими, эпизодическими, или быть несущественными [3].

МКФ дает описания функционирования индивида в полном объеме, что довольно сложно для применения в повседневной практике. Для каждого заболевания, как правило,

требуется только часть доменов МКФ. Поэтому для определенных групп заболеваний предлагается разработать основные перечни оценок [4,5].

Целью исследования явилось апробация и адаптация МКФ и отработка методических приемов МКФ при оценке функционального статуса детей инвалидов с детским церебральным параличом (ДЦП).

Материалы и методы. Оценке подверглись больные дети 8-17 лет, проходящие курс реабилитации в Республиканском детском реабилитационном центре. Условно детей с ДЦП можно разделить на 2 группы: с интеллектуальными отклонениями и без интеллектуальных отклонений. Соответственно, оценка функционального статуса и планирование и проведение реабилитации больных детей неврологического профиля с интеллектуальными отклонениями и без таковых будут отличаться. Для каждой группы разработан свой шаблон оценки, специфичный для данной группы.

Для оценки функций организма детей без интеллектуальных нарушений рекомендуется выбрать только те нарушения, которые имеются у обследуемого.

Результаты и обсуждение. Для оценки нарушений функций у детей с ДЦП без интеллектуальных отклонений используются следующие домены 1 и 2 уровней (таблица 1).

Таблица 1 - Домены 1 и 2 уровней для первичной оценки функции организма детей с ДЦП без интеллектуальных нарушений.

Код 1 уровня	Название домена	Код 2 уровня	Название домена
b2	Сенсорные функции и боль	b210	Зрение
		b260	Проприоцептивная функция
		b265	Функция осязания
		b270	Сенсорные функции, связ. с температурой и другими раздражителями
		b280	Боль
b7	Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	b710	Подвижность сустава
		b730	Мышечная сила
		b735	Функции мышечного тонуса
		b750	Моторно-рефлекторные функции (рефлексы)
		b760	Контроль произвольных двигательных функций
		b770	Функции стереотипа походки

Для оценки доменов функции организма первого уровня используются домены «сенсорные функции и боль» и «нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции».

В «домене сенсорные функции и боль» у данных детей оцениваются субдомены «зрение» и «боль». В домене нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции - «подвижность сустава», «мышечная сила», «мышечная выносливость».

Оценка нарушений структур организма у детей с ДЦП без интеллектуальных отклонений проводится при помощи двух шкал: выраженность нарушения при помощи первого определителя и характер нарушения при помощи второго определителя.

У данной группы больных в домене 1 уровня достаточно оценить нарушение «структур, связанных с движением» (таблица 2).

Таблица 2 - Домены 1 и 2 уровней для первичной оценки функционального статуса (структуры организма) детей с ДЦП без интеллектуальных нарушений.

Структуры организма			
Код 1 уровня	Название домена	Код 2 уровня	Название домена
s7	Структуры, связанные с движением	s110	Головной мозг
		s130	Спинной мозг и относящиеся структуры
		s730	Верхняя конечность
		s750	Нижняя конечность

Для оценки нарушений функций у детей с ДЦП с интеллектуальными отклонениями используются следующие домены 1 и 2 уровней (таблица 3).

Таблица 3 - Домены 1 и 2 уровней для первичной оценки функционального статуса (функции организма) детей с ДЦП с интеллектуальными отклонениями.

Функции организма			
Код 1 уровня	Название домена	Код 2 уровня	Название домена
b1	Умственные функции	b117	Интеллект
		b144	Память
		b156	Восприятие
		b167	Речь
b2	Сенсорные функции и боль	b210	Зрение
		b260	Проприоцептивная функция
		b265	Функция осязания
		b270	Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
		b280	Боль
b7	Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	b710	Подвижность сустава
		b730	Мышечная сила
		b735	Функции мышечного тонуса
		b750	Моторно-рефлекторные функции (рефлексы)
		b760	Контроль произвольных двигательных функций
		b770	Функции стереотипа походки

Для оценки доменов первого уровня используются домены «умственные функции», «сенсорные функции и боль» и «нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции».

Оценка нарушений структур организма у детей с ДЦП с интеллектуальными отклонениями проводится при помощи двух шкал: выраженность нарушения при помощи первого определителя и характер нарушения при помощи второго определителя.

У данной группы больных в доменах 1 уровня использовались нарушения «структур нервной системы», «глаз, ухо и относящиеся к ним структуры», «структуры голосообразования и речи» и «структуры, связанные с движением» (таблица 4).

Таблица 4 - Домены 1 и 2 уровней для первичной оценки структуры организма детей с ДЦП с интеллектуальными нарушениями.

Структуры организма			
Код 1 уровня	Название домена	Код 2 уровня	Название домена
s1	Структуры нервной системы	s110	Мозг
		s120	Спинальный мозг и его структуры
s2	Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры		
s3	Структуры голосообразования и речи		
s7	Структуры, связанные с движением	s710	Структура головы и области шеи
		s720	Структура области плеча
		s730	Структура верхней конечности
		s740	Структура тазовой области
		s750	Структура нижней конечности
		s760	Структура туловища

В домене 2 уровня оцениваются структуры головного и спинного мозга, структуры головы и области шеи, области плеча, тазовой области, туловища, верхней и нижней конечностей.

Заключение. Проведенное исследование показало трудоемкость и длительность процесса анкетирования пациента (25-30 минут). Также при помощи МКФ была получена подробная информация о функционировании и ограничениях жизнедеятельности пациента, вопросы некоторых доменов не имели отношения к функционированию опрашиваемого или были нарушены незначительно. Поэтому важной задачей стало разработка основных шаблонов для описания функциональных ограничений у детей с ДЦП с сохраненной и несохраненной мозговой функцией.

Литература

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Краткий Обзор, Bernard Brunhes International
2. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr59/ru/>
3. <http://www.who.int/features/2011/disability/en/index.html>
4. International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO, 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
5. <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects.html>

Түйін
ҚЫЗМЕТІНІҢ, БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
КЛАССИФИКАЦИЯСЫН ҚОЛДАНА ОТЫРЫП, НАУҚАСТАРДА БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛЬДІ
ПАРАЛИЧІНДЕ

А.М. Махмутова, К. Б. Ибраева

ҚХК тұлғаның қызмет етуін толықтай сипаттайды, оны күнделікті практикада қолдану қиын. Әр бір ауру үшін әдетте ҚХК домендерінің бір бөлігі ғана қажет. Сондықтан аурулардың белгілі топтары үшін бағалардың негізгі тізімдерін әзірлеу ұсынылады.

Summary

USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AT PATIENTS WITH A CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS

A.M. Mahmutova, K.B. Ibraeva

The international classification of functioning, disability and health restrictions gives descriptions of functioning of the individual in full that is difficult enough for application in daily practice. For each disease only the part of domains ICF, as a rule, is required. Therefore it is offered to develop the basic lists of estimations for certain groups of diseases.

УДК 613.62:622.87:669.26

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИСК У ГОРНОРАБОЧИХ НА ЭТАПЕ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧИ ХРОМОВОЙ РУДЫ

А.А. Мусина, А.А. Мамытов, С.О. Сыкпабаев

Национальный центр Гигиены труда и профессиональных заболеваний, г. Караганда

Введение. В последние годы в РК уровень профессиональной заболеваемости составляет 1,61-2,23 на 10 тыс. работающих во вредных и опасных условиях труда. Наиболее высокие значения на протяжении ряда лет регистрируются в горно-рудной промышленности, цветной и черной металлургии [1-4].

Новой и прогрессивной методологией гигиены, является методология оценки и управления рисками. Очевидна необходимость дифференцированной оценки условий труда, разработки широкого комплекса медико-биологических показателей состояния здоровья работающих, использования вероятностной оценки негативных последствий воздействия факторов рабочей среды на здоровье, категорирование и структурирование профессионального риска, системное управление рисками [5].

Цель исследования: оценка профессионального риска у рабочих занятых на этапе подземной добычи хромовой руды с разработкой алгоритма прогнозирования нарушений здоровья на основе категорирования профессионального риска с учетом классов условий труда и диапазонов уровня заболеваемости.

Материалы и методы: объектом исследования выбрано предприятие хромовой промышленности Республики Казахстан, а именно шахта «Молодежная» Донского горно-обогатительного комбината Транснациональной компании (ТНК) «Казхром», профессии: проходчик, взрывник, машинист скреперных лебедок, машинист электровоза. В качестве контрольной группы составили лица мужского пола, не работавшие во вредных условиях изучаемых предприятий (согласно профмаршрута), участвующие только в обслуживании административно-хозяйственных корпусов (слесари, плотники и сантехники). Был проведен анализ ЗВУТ за период 2005 - 2008 гг., проанализированы профессиональные маршруты и оформлены больничные листы круглогодичных работников изучаемых производств.

Определение уровней здоровья проводилась согласно методике углубленного изучения заболеваемости ЗВУТ для круглогодичных рабочих (мужчин) с составлением списков для каждого анализируемого периода (за последней 3-5 лет). Отдельно для каждого анализируемого года определяли: среднее число неболевших лиц – показатель «индекс здоровья» (ИЗ); интенсивный показатель случаев (ИУ_{сл}) нетрудоспособности на 100; интенсивный показатель дней (ИУ_{дн}) нетрудоспособности на 100; интенсивные показатели случаев (дней) нетрудоспособности на 100 рабочих (ИУ_{сл} и ИУ_{дн}); определяли для всего числа заболеваний, для каждого цеха, профессиональной группы, стажевых и возрастных

групп, а также для заболеваний всех классов и отдельно для каждого из 21 класса согласно МКБ-10.

Экстенсивные уровни (ЭУ) заболеваемости с ВУТ определяли как для какой-то выделенных групп болевших ко всему числу случаев или дней нетрудоспособности, зарегистрированных за полный год.

Для определения качества полученных данных проводили оценку относительного риска и этиологической доли: степень этиологической доли считалась нулевой при $RR < 1,0$; малой при $1 < RR < 1,5$ и $EF < 33\%$; средней при $1,5 < RR < 2$ и $EF = 33-50\%$; высокой при $2 < RR < 3,2$ и $EF = 51-66\%$; очень высокой при $3,2 < RR < 5,0$ и $EF = 67-80\%$; почти полный - при $RR > 5$ и $EF = 81-100\%$.

Полученные результаты интенсивных показателей стандартизировали косвенным методом [6].

Результаты и обсуждение. Среди показателей характеризующих состояние здоровья работающих, наиболее важным является «индекс здоровья», отражающий число неболевших лиц к общему числу работающих. Средней за три года уровни «индекса здоровья» рабочих шахты «Молодежная» заметно отличались, «индекс здоровья» у проходчиков ($38,42 \pm 2,59\%$), по сравнению с контрольной группой был ниже среднего. Высокая доля среди работников выявленных лиц в возрасте 50-59 лет (91,5%) со стажем 20 лет работы (94,1%). У остальных же подземных горнорабочих «индекс здоровья» был достаточно низким: у машинистов скреперных «лебедок» - ($23,13 \pm 3,48\%$), у машинистов электровозов - ($31,29 \pm 3,63$), а у взрывников - ($36,23 \pm 5,79\%$). В основном за счет высокой доли часто болеющих лиц, а именно машинистов скреперных «лебедок» ($9,52 \pm 2,42\%$), проходчиков ($3,96 \pm 1,04\%$), взрывников ($36,23 \pm 5,79\%$), что резко отличало их от группы контроля ($1,86 \pm 0,34\%$), и свидетельствовало о значительном влиянии производственных факторов.

Усредненное за три анализируемых года (2005-2008) число случаев заболеваний на 100 работающих составило: среди машинистов скреперных «лебедок» ($163,27 \pm 1,05$), машинистов электровозов ($133,13 \pm 0,9$), проходчиков ($107,91 \pm 0,55$), взрывников ($134,78 \pm 1,4$), и позволило нам отнести эти уровни заболеваемости к категорий «высокий».

Этот вывод подтверждает и регистрируемое среди горнорабочих числа дней утраты трудоспособности, так у машинистов скреперных «лебедок» было $1233 \pm 31,92$ дней на 100 работающих, у машинистов электровозов $964 \pm 22,73$ дней на 100 работающих, у проходчиков $802 \pm 12,29$ дней на 100 работающих. Выявлено, что среди взрывников $942 \pm 33,95$ дней на 100 работающих, соответствует той же средней продолжительности 1 случая как у машинистов скреперных лебедок, машинистов электровозов, у проходчиков и у взрывников. Уровень же ЗВУТ среди рабочих контрольной группы был намного ниже.

Заключение. Таким образом, изучение заболеваемости с ВУТ среди рабочих шахты «Молодежная» позволило установить, что среди всех профессиональных групп наиболее низкий уровень «индекс здоровья» был у машинистов скреперной «лебедки» ($23,13 \pm 3,48$), у них же был зарегистрирован и наиболее высокий процент часто болеющих лиц ($9,52 \pm 2,42$), превышающих контроль в 5,11 раза, а по числу лиц, случаев и дней утраты трудоспособности они соответствовали уровню «высокий» больше в возрастной группе 50-59 лет и со стажем 10-14 лет. Среди видов заболеваний высокий риск возникновения болезней органов дыхания был у машинистов скреперных «лебедок» и у машинистов электровозов, у проходчиков это болезнь уха и сосцевидного отростка. Для ряда болезней установлена почти полная зависимость заболеваний от условий труда: так для машинистов скреперных лебедок это были: болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы, инфекционные и паразитарные, травмы. Для машинистов электровозов: болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы, инфекционные и паразитарные, травмы, глаза и его придаточного аппарата. Для проходчиков: травмы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата,

инфекционные и паразитарные заболевания. У взрывников: травмы и отравления, костно-мышечной системы и соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки, уха и сосцевидного отростка, глаза и его придаточного аппарата. Во всех профессиях дополнительно терялось от 70 до 99 дней на 100 работающих.

В целом, установлен «высокий» риск для болезней органов пищеварения, «очень высокий риск» для болезни мочеполовой системы и органов дыхания.

Выводы: установлено, что предприятия подземной добычи хромовой руды характеризовались наличием ведущих неблагоприятных факторов производственной среды, где профессиями группы риска по условиям труда: являются такие профессии как - машинист скреперных лебедок и взрывник; при подземной добычи установлен «очень высокий профриск»: для машинистов скреперных лебедок и электровозов по болезням органов пищеварения (RR=3,37), для взрывников по заболеваниям органов дыхания (RR=3,40), и «высокий» риск для заболеваний мочеполовой системы (RR=4,36), и костно-мышечной системы и соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки, глаз и его придаточного аппарата.

Литература

- 1 Нургазиев М.А. Целенаправленная работа по улучшению условий труда организация работы по охране труда // Охрана труда Казахстана. - 2010. - №9. – С.52-58.
- 2 Гайсин Г.Г. Профилактические мероприятия по снижению рисков // Охрана труда Казахстан. - 2010. - №9. - С.47-51.
- 3 Семенов А.Н. Объективность оценки условий труда // Охрана труда Казахстан. - 2010. - №9. - С.67-74.
- 4 Жеглова А.В. Профессиональный риск и критерии нарушения здоровья работников горнорудной промышленности // Медицина труда и промышленная экология. - 2010. - №5. - С.14-17.
- 5 Сидоров П.И., Новикова И.А. Способ скрининговой оценки факторов здоровья // Гигиена и санитария. - 2010. - №2. - С.85-89.
- 6 Мусина А.А., Гребенева О.В., Дюсенов С.С., Абдильдина Г.С., Алшынбекова Г.К., Оспанова Г.Т., Дорошилова А.В., Мамытов А.А. Методологически подход к оценке профессионально-обусловленного риска у работников хромового производства по данным углубленного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности // Авторские права №799 18.11.09 г.

Түйін

ХРОМ КЕНІН ЖЕР АСТЫ ШЫҒАРУ КЕЗЕҢІНДЕ ТАУ-КЕН ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ КӘСІБИ ҚАУІП-ҚАТЕРІ

А.А. Мусина, А.А. Мамытов, С.О. Сықпабаев

Уақытша жұмысқа жарамсыздық сараптамасына сүйенсек, хром кен өндіру кәсіпкерлердің кәсіби қауіпі қатері болып саналады. Алынған мәліметтер бойынша, олардың кәсіби екендігін айқындап және оларға бағытталған этиологиялық немесе нозологиялық жағынан алдын алу шараларын дәлелдейді.

Summary

OCCUPATIONAL HEALTH HAZARDS OF UNDERGROUND CHROME ORE MINING

A.A. Musina, A.A. Mamytov, S.O. Sykbayev

According to analysis time disability, the relative risk for trades occupied on stages of extraction of chromic ore is calculated. Results testify to its professional conditionality, and allow to prove purposeful measures of preventive maintenance both on etiology to factors, and on nosology to forms.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КАЗАХСТАНЕ

И.С. Нуралина
Институт общественного здравоохранения
АО «Медицинский университет Астана»
ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана

Введение. Рак шейки матки остается важнейшей социально-гигиенической проблемой в большинстве стран мира [1,2,3]. Рак шейки матки является третьим наиболее распространенным видом рака у женщин. Так, по оценке GLOBOCAN в 2008 году в мире было зарегистрировано 530 тысяч новых случаев рака шейки матки и 275 тысяч случаев смерти от данной патологии. При этом в развитых регионах их частота была намного меньше, чем в менее развитых регионах мира [4]. К регионам с высокими показателями заболеваемости относятся Восточная и Западная Африка (мировой стандарт – больше чем 30 на 100 000), Южная Африка (26,8 на 100 000), Южная и Центральная Азия (24,6 на 100 000), Южная Америка и Центральная Африка (23,9 и 23,0 на 100 000 соответственно). Очень низкие показатели заболеваемости выявлены в Западной Азии, Северной Америке и Австралии/Новой Зеландии (мировой стандарт менее 6 случаев на 100 000). Что касается случаев смерти от рака шейки матки, то около 88% приходится на развивающиеся страны: 53 000 в Африке, 31 700 в Латинской Америке и Карибском бассейне, и 159 800 в Азии.

Цель исследования: Провести анализ смертности от рака шейки матки у женского населения в целом по республике.

Материалы и методы. Источником информации послужили данные из таблицы С51 Агентства Республики Казахстан по статистике, также были использованы данные о численности женского населения республики [5,6].

Изучаемый период составил 5 лет (2004-2009 гг.). К сожалению, за 2006 год таблица С51 не содержала информацию раку шейки матки. При анализе были использованы общепринятые методы медико-биологической статистики [7].

Результаты и обсуждение. В динамике численность женского населения республики выросла с 7 752 206(2004 г.) до 8 185 941 в 2009 году. Среднегодовой темп прироста составил $T_{пр}=+1,4\%$. При этом по изменениям численности по возрастным группам представлены на рисунке 1.

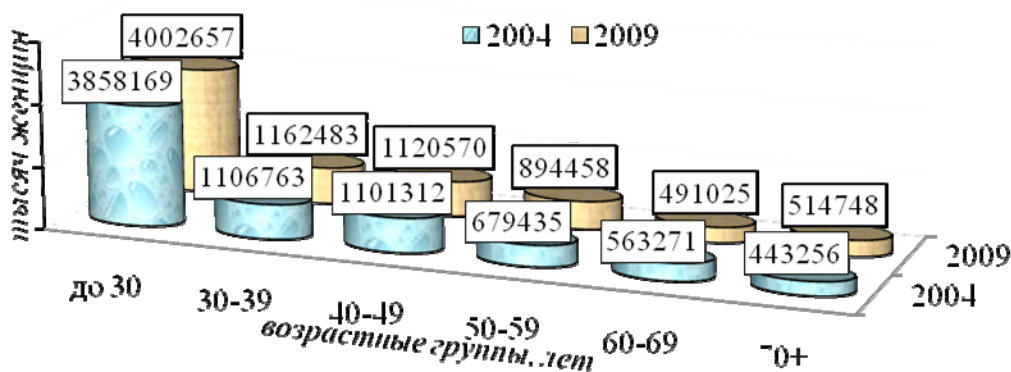


Рисунок 1 - Численность женского населения Казахстана по возрастным группам за 2004 и 2009 годы

Как видно из рисунка 1, численность женского населения республики растет во всех возрастных группах, за исключением возраста 60-69 лет, где отмечено снижение, а среднегодовой темп убыли составил $T_{уб}=-3,4\%$.

Возрастные различия смертности. Средний возраст умерших от рака шейки матки составил $55,4 \pm 0,3$ года, а в динамике при выравнивании имел тенденцию к снижению ($T_{y6} = +0,5\%$). Рост удельного веса умерших от рака шейки матки в республике характеризовался с пиками в 40-49 лет (24,0%) и 70 лет и старше (20,7%) (рис. 2).

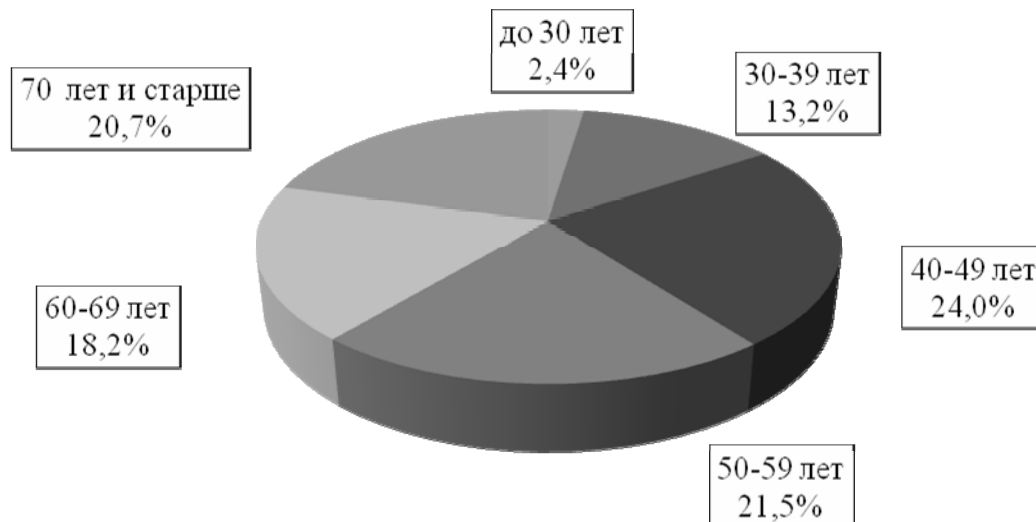


Рисунок 2 - Среднегодовой удельный вес умерших от рака шейки матки по возрастным группам за 5 лет

Анализ возрастных показателей смертности женского населения от рака шейки матки выявил унимодальный рост и пик приходился на возрастную группу 70 лет и старше – $26,6 \pm 0,9^{0/0000}$ (рис. 3).

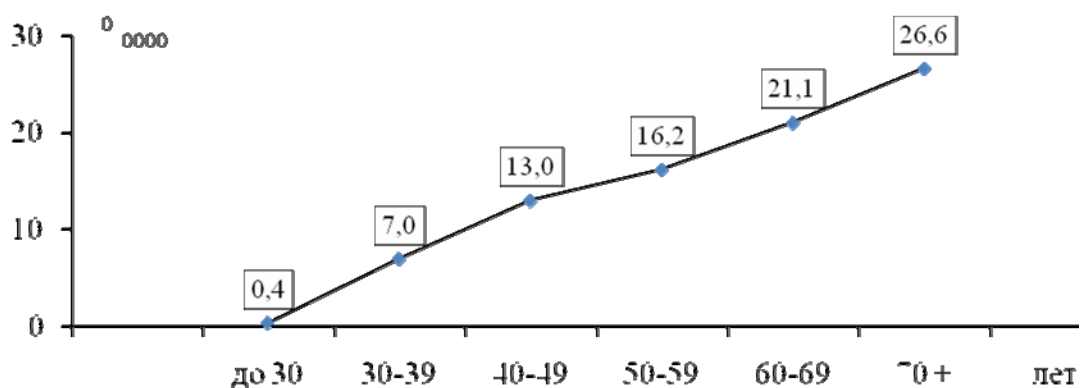


Рисунок 3 - Возрастные показатели смертности женского населения от рака шейки матки за 5 лет

Общая смертность. Среднегодовой обычный показатель смертности женского населения республики от рака шейки матки за изучаемые годы составил $7,6 \pm 0,2^{0/0000}$. С целью элиминирования, т.е. исключения влияния возрастного состава женского населения республики нами было произведена стандартизация показателей смертности прямым методом по мировому и европейскому стандартам. Так, мировой стандарт был ниже обычного показателя и составил $6,5 \pm 0,2^{0/0000}$, а европейский наоборот был выше обычного показателя – $8,8 \pm 0,2^{0/0000}$. Различия в между указанными показателями смертности были статистически значимыми ($p < 0,05$).

Тренды смертности. В динамике обычные и стандартизованные показатели смертности от рака шейки матки имели тенденцию к росту. При выравнивании также установлена вышеуказанная закономерность, при этом среднегодовые темпы прироста обычного

показателя, мирового и европейского стандартов составили соответственно $T_{пр}=+2,2\%$, $T_{пр}=+1,7\%$ и $T_{пр}=+1,3\%$. Также было установлено, что тренды возрастных показателей смертности от рака шейки матки были неодинаковыми. Так, тренды выравненных показателей смертности у женщин до 30 лет ($T_{уб}=-6,4\%$) и в группе 70 лет и старше ($T_{уб}=-4,5\%$) имели тенденцию к снижению (рис. 4).

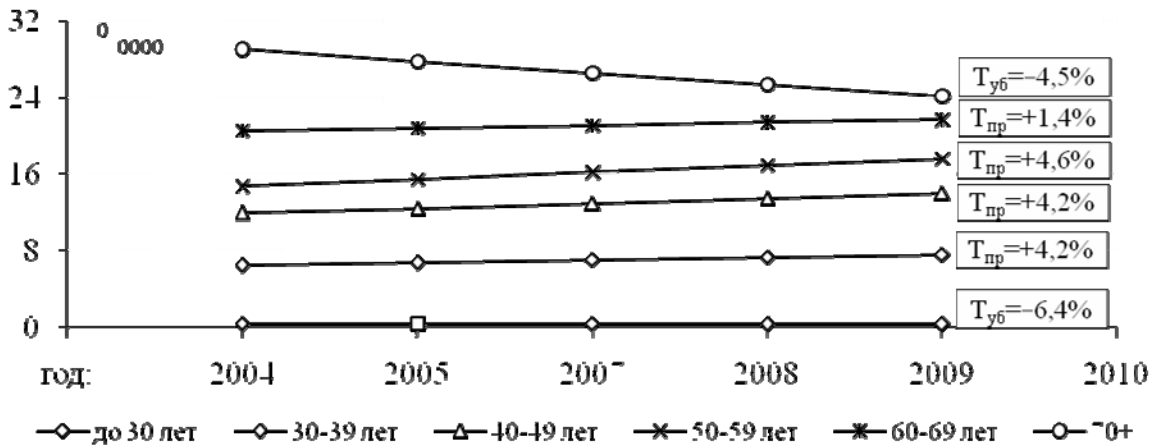


Рисунок 4 - Тренды возрастных показателей смертности женского населения от рака шейки за 5 лет

Тренды смертности от рака шейки матки в возрастных группах 30-39 лет ($T_{пр}=+4,2\%$), 40-49 лет ($T_{пр}=+4,2\%$), 50-59 лет ($T_{пр}=+4,6\%$) и 60-69 лет ($T_{пр}=+1,4\%$) увеличивались.

Эквивалентные кривые коэффициента «темпа роста» смертности женского населения от рака шейки матки в возрастной группе 30-39 лет оказался в 19,1 раза выше, чем у больных в возрасте до 30 лет, а в 40-49 лет – в 1,8 раза, чем в 30-39 лет. Далее в следующей возрастной группе 50-59 лет этот коэффициент 1,2 в 60-69 лет – 1,3 и в 70 лет и старше – 1,3. В последних возрастных группах темп прироста заболеваемости в 19,1-72,4 раза выше, чем у лиц до 30 лет (рис. 5).

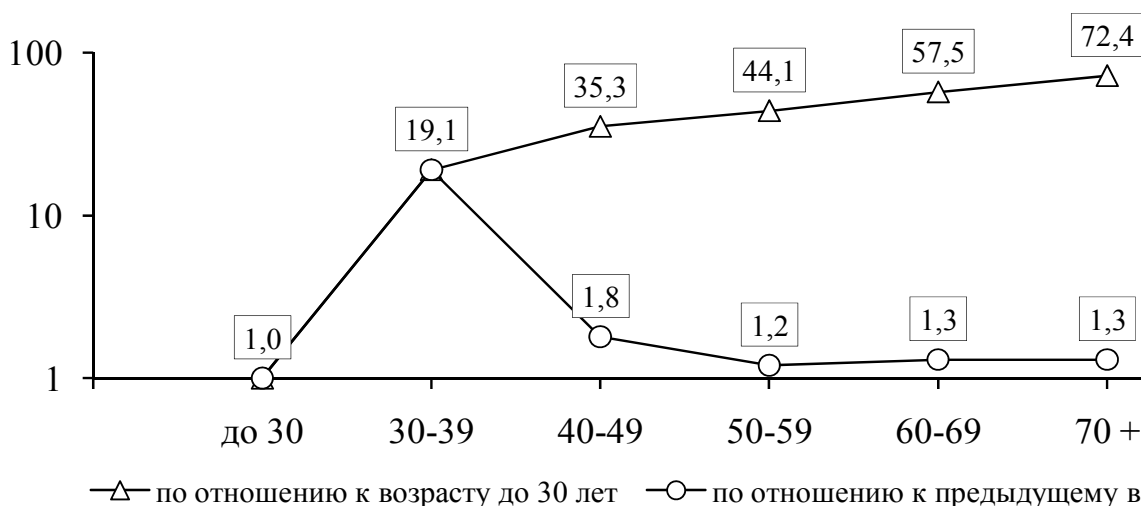


Рисунок 5 - Кривые эквивалентного коэффициента «темпа»

Выводы: 1. установлено - средний возраст женщин, умерших от рака шейки матки составил $55,4 \pm 0,3$ года и в динамике имеет тенденцию к «омоложению».

2. Высокие экстенсивные показатели смертности были установлены в 40-49 лет (24,0%) и 70 лет и старше (20,7%). При этом возрастные показатели смертности от данной патологии унимодально росли и пик был в самой старшей возрастной группе – 70 лет и старше – $26,6 \pm 0,9^0/0000$.
3. Высокие тренды снижения смертности от рака шейки матки установлены у лиц до 30 лет ($T_{y6} = -6,4\%$). Высокие темпы прироста были в группе 50-59 лет ($T_{np} = +4,6\%$).
4. Стандартизованные показатели смертности от рака шейки матки были следующими: мировой – $6,5 \pm 0,2^0/0000$ и европейский – $8,8 \pm 0,2^0/0000$, тренды которых в динамике росли.

Литература

1. Parkin D.M. Cancer in Developing Countries// Cancer Surveys. – 1994. – Vol. 19/20. – P. 519-561.
2. Обзор показателей заболеваемости РШМ в некоторых Европейских странах за 1993-2002 гг. ВОЗ, Европейскоерегиональное бюро// Вопр. здравоохран. – 2003. – 123 с.
3. Cancer incidence in five continents, IARC, Lyon. – 2003. – Vol. VIII// Eds.: D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay et al.
4. Globocan 2008: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp#TOP>
5. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.
6. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
7. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.

Түйін

ҚАЗАҚСТАНДА ЖАТЫР МОЙНЫ ОБЫРЫНАН ӨЛІМ-ЖІТІМ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ТАЛДАУЫ

И.С. Нуралина

Мақалада Қазақстандағы әйелдердің жатырмойны обырынан (ЖМО) өлім-жітім көрсеткіштерінің сараптамасы көрсетілген. Соңғы жылдар аралығында (2004-2009 жж.) айтылып кеткен патологиядан қайтыс болған әйелдер саны талқыланған. Өлім-жітім көрсеткіштері есептеліп, олардың динамикасындағы өзгерістері бағаланған. Зерттелген мерзім ішінде қайтыс болғандардың орташа жасы 55,4 құрады. Жатырмойны обырының өлім-жітім көрсеткіші 100 000 әйел тұрғынына шаққанда 7,6 құрады, соның ішінде жас көрсеткіштеріне байланысты сараптамада 70 жас және одан жоғары жастарда, биік көрсеткіштерге ие болды- $26,6^0/0000$. Жатыр мойны обырынан өлім-жітімнің республикалық әйелдер тұрғындарының стандартты көрсеткіштері: дүниежүзілік стандарт $6,50/0000$ және еуропалық $8,80/0000$. Өлім-жітім көрсеткіштері серпінділікте өсуге үрдіс алды. Негізгі сөздер: жатырмойны обыры, өлім – жітім көрсеткіштері.

Summary

THE ANALYSIS OF CERVICAL CANCER MORTALITY RATES IN KAZAKHSTAN

I.S. Nuralina

The paper presents an analysis of cervical cancer (CC) mortality among the female population of Kazakhstan. The data analyzed is on women who died from this disease in recent years (2004-2009). Mortality rates were calculated, and changes in their dynamics were estimated. It is established that an average age of deceased women for the investigated period is 55.4 years. The usual death rate from CC reaches 7.6 per 100,000 of female population, and the analysis of age-related indicators revealed a high rate in the group of 70 years and over – $26.60/0000$. Standardized cervical cancer mortality rates of the female population in the Republic were as following: the world standard – $6.50/0000$ and European – $8.80/0000$. The dynamics of mortality rates tends to rise.

Key words: cervical cancer, mortality rates.

ОБЪЕМ, СТРУКТУРА И ИСТОЧНИКИ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.А. Томашова

Центр внедрения современных медицинских технологий МЦ УДП РК, г.Астана

Оценка технологии представляет собой часть современного общественного здравоохранения, выполняя регулирующие функции, направленные на предотвращение неоправданного введения в практический обиход дорогостоящего и неапробированного

оборудования, лекарственных средств и здравоохранных программ. Это важная и непростая задача, и следует уделять особое внимание тому, чтобы не препятствовать естественному прогрессу в области медицинского обеспечения. Нововведения в медицине и здравоохранении зачастую носят противоречивый характер, поэтому необходимы механизмы оценки, которые могут способствовать принятию решений о направлении и распределении средств для внедрения новых и претерпевших изменения подходов, возможно способных принести пользу отдельному пациенту и обществу в целом [1].

Внедрение инноваций в медицине означает систематический курс действий, направленных на решение проблем здравоохранения. В медицинской практике в основном определяется медицинская эффективность – степень (эффект) достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности [2].

Одним из основных путей решения предстоящих задач рассматривается введение собственных и заимствованных инноваций в деятельность подведомственных организаций. В соответствии с данным исследованием были определены приоритетные направления инновационной деятельности Медицинского центра.

Приоритеты инновационной деятельности Медицинского центра были отданы внедрениям или усовершенствованию лечебно-диагностических процессов в стационаре и на уровне поликлинических служб.

Инновации в области высоких компьютерных технологий предоставляют широкие возможности для совершенствования управления административными, диагностическими, лечебными и финансовыми процессами в медицинской организации. В практику медицинских организаций внедрены активно развивающиеся методы, такие как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и совершенствующиеся приемы ультразвуковой диагностики [4].

Методология инновационной политики имеет основополагающие принципы (суждение, основания), подразумевает определенную структуру и ее организацию в системе здравоохранения, метод деятельности (технологию и цель), которая заключается в улучшении организации и предоставления качественной медицинской помощи.

Методологические подходы к инновации позволяют выбрать приоритетные проблемы, оценивать ее размеры и значимость, разработать план действий, оценить результаты инновации и внедрить в практику здравоохранения, приводящих к улучшению качества медицинской помощи.

Системный подход дает представление об инновационной политике как о системе, состоящей из двух составляющих: 1) внешнего окружения, включающего в себя вход, выход системы, связь с внешней средой; и 2) внутренней среды-совокупности взаимосвязанных компонентов, обеспечивающих процесс переработки входа в выход и достижения поставленных целей системы.

Последовательность - учет и отражение через информацию конкретных реальных условий деятельности и внешней среды. Тождественность наблюдаемого внедрения и системы показателей.

Фундаментальность внедрений–теоретическая и (или) экспериментальная разработка методологии с учетом научных достижений и теоретических положений в области инновации.

В современных условиях неуклонно повышается требование к уровню профессиональной подготовки медицинских кадров. Иными словами, успех реорганизации здравоохранения во многом зависит от системы доступа специалистов к новым знаниям в области медицины, биологии и смежных отраслей. Организатору здравоохранения научно-медицинская информация определенного вида и объема нужна для принятия своевременных и рациональных управленческих решений, врачу - для совершенствования его профессионального мастерства, внедрения достижений медицинской науки и практики в повсеместную работу. В условиях, когда пациент сможет в определенной степени сам

выбирать врача, будет цениться только тот специалист, который применяет наиболее современные и эффективные способы и методы профилактики и диагностики заболеваний, лечения больных, знает новые и прогрессивные формы организации здравоохранения. Без системного изучения научной медицинской информации невозможно произвести отбор инноваций, которые можно использовать в практической деятельности, выявить их преимущества перед другими объектами, изучать эффективность внедрения и распространить его опыт [5,9].

Не маловажную роль в инновационной деятельности играют носители информации.

Основными источниками информации для осуществления инновационной деятельности в медицинских организациях в той или иной мере являются [3, 6]:

1. Публикации в периодических изданиях, монографии, рефераты. Это наиболее распространенный и доступный для медицинских работников способ получения информации.

2. Глобальные и локальные компьютерные сети, предоставляющие доступ к обширным базам и банкам данных. В системе Медицинского центра с целью координации и оптимизации работ по созданию и использованию телемедицинских технологий в системе охраны здоровья государственных служащих Республики Казахстан, совершенствования обучения и повышения квалификации медицинских работников и внедрения научных достижений в практику здравоохранения утверждена «Концепция создания и развития Телемедицинского комплекса в системе Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан в 2002-2005 годах». С 2007 года начата работа по подготовке к созданию единой корпоративной сети для информационного обеспечения медицинских организаций, находящихся в ведении Медицинского центра сведениями о новейших и перспективных инновационных технологиях [4].

3. Сведения от поставщиков медицинских услуг, партнеров. Совместное сотрудничество способствует появлению синергетического эффекта в инновационной деятельности в виде новых идей, предложений. Особую ценность для медицинских специалистов приобретают сведения, полученные при стажировках специалистов в учебных центрах республики и за рубежом.

4. Информация, получаемая на выставках, ярмарках, научно-практических конференциях, презентациях, семинарах. Недостаток данного источника информации – большие затраты времени на ее получение и анализ, а преимуществом является возможность приобретения нестандартных, актуальных и конфиденциальных сведений. Особый интерес представляет обсуждение передового инновационного опыта на постоянно действующих больничных семинарах, конференциях, на которые приглашаются ученые, педагоги, врачи из разных сфер деятельности.

5. Отраслевые НИИ, НЦ, медицинские академии, университеты. Не маловажную роль в получении информации играют научно-исследовательские институты, медицинские академии, университеты.

В связи с серьезными преобразованиями в области медицинского и фармацевтического образования утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2006 №317 «Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстана 2006 -2010 годы». Перед медицинской наукой стоят много задач, одной из которой является разработка и внедрение в практику здравоохранения новых методов профилактики, современных технологий в диагностике и лечении болезней, способов восстановления утраченного здоровья и др. [7].

6. Центры Научно-технической информации (НТИ): Центры имеют возможность доведения до пользователей сведения о современных изобретениях, технологиях, инновационных проектах, передовом опыте управления, маркетинга, сведения о международных выставках, конференциях, адресах и характеристиках зарубежных и отечественных клиниках, научных медицинских центрах. Для приближения информации

к предприятию, практическому здравоохранению созданы региональные центры научно-технической информации.

7. Крупнейшим хранилищем научной информации по медицине и смежным отраслям является Республиканская научно-медицинская библиотека. Библиотечные фонды характеризуются большими массивами различной информации. Библиотеки предоставляют информацию научного характера, используемую на ранних этапах инновации. Работу библиотек на информационном рынке отличают профессиональная каталогизация и систематизация информации, углубленный информационный поиск, возможность чтения книг, печатных изданий в электронном виде, оперативный подбор литературы.

8. Инновационные технологические центры, технопарки являющиеся важным элементом инновационной инфраструктуры в настоящее время и объединяют составные части инновационной сферы: науку, практическое здравоохранение и образование. Республика Казахстан стала первой страной на территории СНГ, создавшую комплексную законодательную базу под развитие сети технопарков. Технопарки Казахстана создаются в интересах внутреннего рынка сбыта и имеют четкую тематическую, отраслевую и даже региональную ориентированность. Созданы технопарки в городах Алматы, Караганды. Целью их деятельности является содействие технологическому развитию реального сектора экономики республики посредством создания эффективного механизма внедрения отечественных научно-технических разработок и трансферта перспективных зарубежных технологий [3].

Важным звеном в нашем исследовании явилось формирование системы показателей эффективности внедрений новых технологии. При наборе показателей мы учитывали специфические (характерные) показатели для сферы здравоохранения особенности.

В начале исследования была отработана система учета и контроля внедренческой деятельности.

Учет и контроль внедрений новых технологий в системе Медицинского центра осуществлялся через следующие структурные подразделения [5]:

- 1) Управление организации лечебно-санаторной помощи МЦ УДП РК;
- 2) Центр внедрения современных медицинских технологий МЦ УДП РК;
- 3) Рабочие группы по внедрению в подведомственных организациях (больницы, поликлиники, санатории).

Использование мониторинга в инновационной деятельности в организациях позволяет рассматривать инновационную (внедренческую) деятельность как целостный объект в статике и динамике. Статистический аспект предполагает учет и исследование всех факторов, связанных с внедрением и распространением инноваций на данный момент времени динамический аспект характеризует продвижение новшеств по отдельным этапам инновационной деятельности [8].

Основной задачей мониторинга инновационной деятельности является постоянное непрерывное наблюдение за инновациями для разработки системы показателей и последующего ее обновления, получение, обработка и предоставление оперативной и наиболее полной информации для выбора тактики и стратегии управления инновациями.

В соответствии с задачами исследования проведен мониторинг внедрения новых технологий в организациях МЦ УДП РК за период с 2004 по 2007годы.

Анализ показал, что внедренческая деятельность в подведомственных организациях системы Медицинского центра в течение 2004-2007гг. имеет тенденцию к увеличению, однако в 2007 году уменьшилось в сравнении с 2005-2006 годами на 15,5- 17,2%.

Вместе с тем, в сравнении 2004 годом отмечается увеличение количеств внедрений на 19,7% - в 2005г., на 22,2% - в 2006г., на 1,2% - в 2007 г.

Проведенный мониторинг внедренческой деятельности в разрезе организации показывает, что во всех организациях неодинаковая тенденция внедрений. Так, В Больнице Медицинского центра с 2004 года по 2007 года отмечается увеличение внедрений от 1,3 до

1,5 раза. В Центральной клинической больнице до 1,2 раз, но в 2007 году снижаются количество внедренных технологий в 0,8 раз. В Центре санитарно-эпидемиологической экспертизы отмечается также уменьшение количество внедренных методик в 0,6- 0,9 раз.

В санаторий «Алматы» количество внедренных методик остается почти на одном уровне, в течение наблюдаемого периода. В санаторий «Казахстан» в сравнении 2004 годом внедренческая деятельность увеличилась в 2 раза и в течение 2005-2007гг. остается на одном уровне. В санаторий «Ок-Жетпес» в течение последних трех лет отмечается незначительное увеличение на 1 единицу. В аптечных организациях внедренческая деятельность на одних и тех же цифрах.

Необходимо отметить, что основная масса внедренных методик за наблюдаемые периоды приходится на 2 клиники Медицинского центра (БМЦ и ЦКБ). Анализ показывает, что в 2004 году удельный вес внедренных методик в системе Медицинского центра приходился на ЦКБ - 48%, на Больницу Медицинского центра - 30%, 10% внедрений приходилось на ЦСЭЭ, санаторий «Алматы» -7%, санаторий «Ок-Жетпес» -2%, санаторий «Казахстан» и Аптеку №1 по 1,2%, на Базовую аптеку – 0,6%. В 2005-2006 годах основная доля внедрений опять таки приходилась на ЦКБ (46,5 % и 42% соответственно), БМЦ (32% и 37,5% соответственно), т.е. около 80% внедрений. В 2007 году отмечается аналогичная картина. Это объясняется тем, что в системе Медицинского центра 2 клинические больницы являются монополистами в оказании медицинских услуг прикрепленному контингенту и имеют большое количество врачебного персонала по многим профилям служб, а также оснащены современными высокотехнологичными медицинскими оборудованием и аппаратурой.

В литературных источниках описаны множество видов классификации инновационных технологий. Так, классификационные группы инноваций по П.Н. Завлину и А.В. Васильеву предусматривают управленческие, организационные, социальные, промышленные. В классификации, по В.В. Горшкову и Е.А. Кретовой инновации выделяют по признакам, видам и содержанию. Так, в данной классификации выделены по видам инновации следующие группы: технологические, производственные, экономические, торговые, социальные и инновации в области управления. В классификации по Э.А. Уткину, Г.И. Морозовой инновации распределены на продуктовые, рыночные, инновации – процессы. В классификации по А.И. Пригожину по распространенности выделены на единичные и диффузные, по месту в производственном цикле на сырьевые, обеспечивающие, продуктовые. Все предложенные авторами классификации в нашем случае не в полной мере отражают инновации в здравоохранении. Более приемлемой в здравоохранении является классификация предложенная М.Хучеком [8].

В здравоохранении отсутствует единая классификация инновации. В этой связи, для удобства учета внедряемых технологий, анализа конечных результатов нами предложено разделить внедрений по функциональным признакам на V групп [5].

Медицинские внедрения. Данная группа самая многочисленная и в свою очередь она делится на следующие подгруппы: диагностические, лечебные, санитарно-эпидемиологические, реабилитационные и др.

а) диагностические технологии, представлены современными уникальными лабораторными исследованиями, в числе которых диагностика заболеваний аутоиммунного и наследственного генеза, метод полимеразных цепных реакций (ПЦР), для верификации более 50 разновидностей вирусов и возбудителей различных заболеваний с определением количественного состава микробных тел, ИФА – диагностики и др. Кроме того, в эту группу инновации входят видеоэндоскопическая диагностика, видеобронхоскопия, метод спиральной компьютерной томографии, ультразвуковая ангиология и др.

б) лечебные технологии, представлены современными видами хирургических вмешательств. Внедрены современные виды операций, такие как перкутанная нефролитотрипсия, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, лапароскопическое

аортобедренное алошунтирование при синдроме Лериша и аневризме брюшной аорты, лапароскопическая фундоплекция по Ниссену и др.

в) санитарно-эпидемиологические группы. Данная группа инновации направлена на совершенствование качества санитарно-эпидемиологической экспертизы объектов внешней среды (продукты питания, вода, воздух, почва), которое проводится путём использования более углубленных и расширенных лабораторно-инструментальных методов исследования. В отделах санитарно-химических исследований с успехом используется оборудование, применение которого во многих лабораториях во всем мире обеспечило прогрессивное развитие методов лабораторного анализа исследуемых объектов: газовый хроматограф, жидкостный хроматограф Waters, атомно-абсорбционный спектрометр GBC933plus с системой генерации гидридов, микробиологический экспресс-анализатор БакТрак 4100, система микробиологического контроля воды Sartorius и др.

г) реабилитационные технологии. Не маловажную роль играют инновации в санаторно-курортных организациях. В числе современных методов необходимо отметить применение «флотинг»-ванны – гидротерапии, пантовых водных отваров с помощью установки УПП-04, лечебной грязи озера Балпашсор и минеральной воды «Майбалык», теплотечение на установке SPA -OCEANA, комплексное лечение лимфастаза нижних конечностей с использованием пневмомассажа и физиотерапевтического комплекса Slimming BLU и др.

Организационные – определяются как организационное усовершенствование функционирования целой медицинской организации или организационное совершенствование отдельных его участков, с целью получения экономических результатов (формирование новых служб, лечебно-диагностических подразделений, управленческих форм работы). Примером данной группы является внедрение в работу ЦКБ, БМЦ, ЦСЭЭ санатория «Ок-Жетпес» международных стандартов ISO 9001 -2000, ISO 9001- 2001, открытие 1 февраля 2008 года в БМЦ хирургического отделения и отделения реанимации и анестезиологии.

Социальные – больше характерны в непроизводственной деятельности медицинской организации. Создание социально-бытовых условий жизни медицинских работников, пациентов, условий безопасности и гигиены труда, культурная деятельность, организация свободного времени. Результатом внедрений социальных инновации исключение профессиональных заболеваний и несчастных случаев. Одним из примеров является создание условий для обеспечения патронажа тяжелобольных пациентов в ЦКБ (бригада послеоперационного выхаживания и бригада сестринской помощи на дому).

Технические внедрения определили необходимость внедрения в деятельность организаций здравоохранения высоких компьютерных технологий. В подведомственных организациях внедрены и функционируют единая автоматизированная информационная система, обеспечивающая эффективное взаимодействие компьютерных программных комплексов по ведению, обработке и передаче информации между структурными подразделениями МЦ. Информационное обеспечение деятельности клиник, подключение к глобальной сети Internet, реализация телемедицинских технологий, установка новой программы и совершенствование экспресс – анализа экстремальной рецептуры в аптечных организациях.

Экономические внедрения представлены созданием системы экономических поощрений производственной деятельности с учетом качества предоставляемых медицинских услуг, формирование системы премирования, основанных на объективных критериях профессиональной деятельности врача, развитие платных медико-социальных и сервисных услуг, внедрение отдельных элементов мерчендайзинга при розничной реализации фармпродукции и др. Эти инновации особенно важны в работе организации в рыночных условиях.

Таким образом, проведенное исследование объема, структуры и источников внедрения инновационных технологий в организациях здравоохранения позволяют сделать следующие выводы:

1. Методологические подходы к инновационной политике позволили выбрать приоритетные проблемы, оценить результаты инновации и внедрить в практику медицинских организаций МЦ. Инновационная деятельность характеризуется непостоянством, отмечаются периоды всплеска и снижения, которое зависит от потребности инновации в данный момент времени в здравоохранении.
2. Многие категории и понятия инновационной деятельности носят многогранный характер, что затрудняет формализовать ИД. В этой связи представлена классификация инновационных технологий по функциональным признакам в системе МЦ, которая способствует правильному дифференцированному учету внедряемых технологий.
3. Предложена система учета и контроля внедренческой деятельности в медицинских организациях системы МЦ, которая позволяет разработать инновационную политику и наиболее полно отображает и соответствует нашему представлению внутреннего мониторинга за ходом инновационной деятельности в организациях здравоохранения.

Литература

1. Экономика и управление здравоохранением. Учебник // Л.Ю. Трушкина и др. Изд.: Феникс, 2007. – 501с.
2. В.А.Солодский, В.И. Перхов, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская. Дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи, проблемы и пути решений // Здравоохранение Российской Федерации. - 2006.- № 3. - С.28-30.
3. М.Айкенов. Инновационный процесс в Республике Казахстан //Казахстанская правда. – 2007. № 38.- С.3.
4. А.В. Цой, А.А. Тулеуова, Н.С. Туякова, А.Н.Куанышкалиева, К.Х. Жангазиева. Астана медициналық журналы. - 2008.- №2 (47). - С. 170.
5. Учет и оценка внедрения новых технологий в организациях Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан // Методические рекомендации.- Астана.2005.
6. Ф.Н.Кадыров,Н.А.Воронцова, О.К. Николаева. Проблемы экономической эффективности внедрения и использования медицинского оборудования //Современная клиническая больница: актуальные проблемы управления, профилактики, диагностики и лечения. – СПб.: ЦМСЧ №122, 2003. – С.22-29.
7. А.К.Каптагаева,Г.Ж.Муханова,З.И.Кызылова,Ф.Н.Ержанова//Послевузовское медицинское образование в Республике Казахстан. Материалы II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан, Астана -2002, Том 1 – С. 241-242 .
8. Инновационный менеджмент. Учебное пособие // С.Б. Абдыгаппарова, Изд.: Экономика. - 2003. - С. 20-26.
9. Колосова Т.В. Разработка методологии контроля качества и эффективности медицинских технологий. Автореф. канд.... мед. наук. – Минск, 1999.–2с.

Түйін

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМДАРЫНА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ КӨЛЕМІ, ҚҰРЫЛЫМЫ ЖӘНЕ КӨЗДЕРІ

С. А.Томашова

Инновациялық саясатта қолданылатын методологиялық тәсілдер басым мәселелер таңдауға, инновация нәтижелерін бағалап, Медициналық орталықтық және медициналық ұйымдағы тәжірибесіне енгізуге мүмкіндік берді

Summary

VOLUME, STRUCTURE AND SOURCES OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES INTRODUCTION IN PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS

S.A.Tomashova

The present article describes methodological approaches to the innovative policy, which allowed to choose priority problems, evaluate results of innovative technologies introduction level and to implement them into a practice of the Medical centre.

СУРФАКТАНТ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС -СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Л.Г. Горошилова
КГКП «Родильный дом» г. Караганда

Введение. Частота и тяжесть развития респираторного дистресс-синдрома (РДС), обусловленного незрелостью легких и первичным дефицитом сурфактанта, обратно пропорциональны гестационному возрасту. У недоношенных, родившихся ранее 30 недель гестации, и не получивших пренатально стероидную терапию, его частота составляет около 65%, при проведенной профилактике-35%; у детей, родившихся при сроке 30-34 недели и без профилактики-25%, с профилактикой-10% [1].

Сурфактантная система легких не только служит для предотвращения коллапса респираторных отделов легких, но и выполняет барьерно-очистительную функцию, увлажняет альвеолярную выстилку, участвует в выделительной и фильтрационной функциях, а также обеспечивает синтез липидов [1,2]

Применение экзогенного сурфактанта в терапии синдрома дыхательных расстройств у новорожденных детей, получившее в последние годы широкое распространение, позволило существенно снизить смертность недоношенных детей при данной патологии, частоту пневмоторакса, интерстициальной эмфиземы, бронхолегочной дисплазии и ретинопатии [2].

В настоящее время используются препараты экзогенного сурфактанта, полученные из амниотической жидкости человека или путем лаважа легких свиней (Curosurf) и крупного рогатого скота (Infasurf), а также синтетические (Exosurf, ALEC). Препараты естественного происхождения обладают наилучшими поверхностно-активными свойствами, содержат различные фосфолипиды, нейтральные жиры и белки, причем препараты сурфактанта из легких животных (Survanta, Infasurf, Curosurf) являются единственным классом, имеющим в своем составе гидрофобные низкомолекулярные белки SP-B и SP-C [10, 11]. Синтетические сурфактанты, не содержащие белок (Exosurf, ALEC), чувствительны к инактивации белками плазмы, особенно фибриногеном [2,3]. Сравнительные испытания естественных и синтетических сурфактантов показали, что естественные препараты действуют быстрее, и поэтому их использование рекомендуется при тяжелом синдроме дыхательных расстройств [3].

По мнению исследователей, эффективность экзогенного сурфактанта зависит от множества факторов: биохимического состава, методики введения, наличия веществ, инактивирующих сурфактант в дыхательных путях, но прежде всего - от степени структурной зрелости легких и природы патологии, приведшей к возникновению дыхательной недостаточности [3,4].

Целью исследования явилось оценка применения заместительной терапии экзогенным сурфактантом (куросурф) у недоношенных детей на I этапе выхаживания.

Материалы и методы. Под наблюдением находились недоношенные дети с очень малой массой тела с диагнозом синдрома дыхательных расстройств I типа в отделении I этапа выхаживания и лечения новорожденных детей КГКП «Родильный дом» г. Караганды в 2008 - 2010г.г. Куросурф применили 60 недоношенным детям с весом от 500 до 1500 граммов со сроком гестации от 26-31 недели в возрасте первого часа жизни.

Всем детям проводилось комплексное обследование: общие и биохимические анализы, иммунологическое исследования (по показаниям), бактериологические, серологические, инструментальные исследования – рентгенография органов грудной клетки, брюшной

полости, ЭКГ; иммуноферментное исследование на внутриутробные инфекции. При необходимости дети консультировались узкими специалистами.

Результаты и обсуждение. Недоношенные дети составили 4,2% до 5% от общего количества родившихся новорожденных детей, при этом у 69,7% недоношенных детей при рождении состояние было критическим. Тяжесть состояния у всех детей была обусловлена дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, поражением центральной нервной системы на фоне глубокой незрелости.

В структуре заболеваемости детей в отделении основной удельный вес заняла патология органов дыхания (50,8%) в виде рассеянных ателектазов легких и внутриутробной пневмонии, что потребовало проведение респираторной терапии, целью которой было поддержание сатурации кислорода, измеряемой транскутанно (SpO_2), в пределах от 88 до 94%. Новорожденные находились на вспомогательной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) до момента перевода в палату интенсивной терапии.

Профилактическое введение сурфактанта в первые минуты жизни проводилось лишь у новорожденных, родившихся при сроке беременности 26 недель и меньше, а при сроке беременности 27-30 недель вводили только при развитии соответствующих клинических и рентгенологических симптомов, так как тяжелый синдром дыхательных расстройств развился лишь в 60-70% случаев. Куросурф применили у недоношенных с весом 500-999,0 в 40% случаев, с весом 1000-1499,0 граммов у 60% новорожденных исследуемой группы. Доза вводимого препарата составила от 100 до 200 мг/кг.

При недостаточности сурфактантной системы легких развитие синдрома дыхательных расстройств характеризовалось прогрессирующим уменьшением функциональной остаточной емкости, что приводило к снижению альвеолярной вентиляции, накоплению CO_2 , следствием чего было увеличение концентрации CO_2 в конечной порции выдыхаемого воздуха. Прогрессирующее увеличение парциального давления CO_2 в альвеолах сопровождалось уменьшением парциального давления O_2 , что вело к сужению легочных сосудов и перераспределению кровотока

Эффект куросурфа быстрее всего выразился в изменении параметров вентиляции: в снижении потребности в кислороде, по сравнению с исходной на 30%. Одновременно отмечено более значимое и быстрое снижение среднего давления в дыхательных путях и частоты дыханий, в среднем на 16 дыханий в минуту, за счет увеличения времени вдоха после введения куросурфа.

Комплекс данных капнограммы: представленность типов капнограммы, уровень CO_2 в конечной порции выдыхаемого воздуха и градиент между концентрацией CO_2 в конечной порции выдыхаемого воздуха и артериализованной капиллярной крови позволил уже через 30 мин после рождения выявить нарушение становления функции внешнего дыхания, предположить ведущий патофизиологический механизм и определить тактику оксигенотерапии.

Улучшение рентгенологической картины в виде повышения прозрачности легочных полей через 24 часа после введения первой дозы при использовании куросурфа отмечено у 68% детей. Опыт применения заместительной сурфактантной терапии, раннего применения назального СРАР позволил избежать либо сократить применение механической ИВЛ и как следствие снизить тяжесть неврологических осложнений.

Необходимо отметить, что от синдрома дыхательных расстройств, как непосредственной причины смерти, умерло 3(5%) новорожденных с чрезвычайно малой массой тела, получивших куросурф. Бронхолегочная дисплазия диагностирована в 2 (3%) случаях.

Заключение. Таким образом, данная стратегия респираторной терапии в виде заместительной сурфактантной терапии (куросурфом) и раннего применения назального СРАР снижает частоту развития бронхолегочной дисплазии легких и летальность у недоношенных с низким гестационным возрастом.

Литература

1. Клинические лекции по перинатологии. Под редакцией профессора Укыбасовой Т.М. Астана. -2011- 188с.
2. Чувакова Т.К., Бейсембаева З.Д., Аубакирова А.К. Внедрение эффективных технологий в практику ухода и медицинской помощи новорожденным детям. Учебное пособие. –Алматы.- 2009.- 192 с.
3. Дементьева Г.М. Выхаживание глубоконедоношенных детей. Современное состояние проблемы //Педиатрия, 2004. - №3. – С.60-66.
4. Мостовой А.В. Профилактическое применение сурфактантов у новорожденных с экстремально низкой массой тела// Интенсивная терапия. 2005.-№2(10).- С.1-7.

Түйін

ШАЛА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІГІ РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЫН СУРФАКТАНТ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ

Л.Г. Горошилова

Респираторлы дистресс синдромымен шала туылған нәрестелерді туа салысымен өкпенің инвазивті емес желдетуінде куросурф препаратын қолдану зерттелді. Қарағанды қаласының қалалық перзентхана базасында 2008 жылдан бастап, әртүрлі гестациялық мерзіммен шала туылған нәрестелерде бұл препаратты қолдану көп нәтиже берді. Респираторлық терапияның бұл стратегиясы бронхөкпелік дисплазияның даму жиілігін және өлімді азайтты.

Негізгі сөздер: респираторлы дистресс синдромы, балалар, куросурф.

Summary

SURFACTANT IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AT PREMATURE INFANTS

L.G. Goroshilova

Studied the use of the drug kurosurf followed by noninvasive ventilation in premature infants with respiratory distress syndrome shortly after birth. It was accumulated experience of its use in preterm with different gestational age, which we have adopted since 2008 at the City Maternity Hospital in Karaganda. This strategy of respiratory therapy reduces the incidence of bronchopulmonary dysplasia and pulmonary mortality.

Keywords: respiratory distress syndrome, children, kurosurf.

ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н.Д. Иманбаева

АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Изучение нарушений психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с целью их коррекции.

Целью исследования явилось изучение нарушений психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы. Анализ психосоматических характеристик у больных ГЭРБ проводился в зависимости от стадии течения ГЭРБ. Обследуемые больные были разделены на две группы: первую группу составили 43 больных (51,2%) I и II стадии ГЭРБ, вторую группу - 41 больной (48,8%) III и IV стадии ГЭРБ. В сравнительном анализе психологических особенностей по данным МИЛ у больных первой группы в отличие от второй, выявлены достоверные более высокие показатели по шкалам невротической триады [1,2,3] и более низкие по шкалам 4 и 6. Также были выражены невротические сдвиги с ипохондрическими проявлениями, при чем у мужчин, патологический подъем по шкале (шкала 7) психастении в 23,8% случаях, у женщин – по шкалам параноидности (шкала 6) – 19,0% случаях.

По данным МИЛ, у больных второй группы с длительным течением ГЭРБ, получены более высокие, чем в первой группе, показатели по шкалам 2, 6 и 7. Это свидетельствует о наличии у данной категории больных более высокого уровня тревоги, ригидности и психастенических черт.

Больные III и IV стадии ГЭРБ, отнесенные второй группе больных, отличались достоверно ($p < 0,05$) от первой (I и II стадии ГЭРБ) более высоким уровнем неудовлетворенности отношениями на работе, в семье и наличием внутриличностных конфликтов.

По тесту Спилбергера нами определялся уровень тревоги: два вида тревоги – личностная (ЛТ) и реактивная тревожность (РТ). Выявлено нами повышение как реактивной, так и личностной тревожности, свидетельствующие о напряженности механизмов реагирования на неблагоприятные факторы среды и высоком уровне напряжения адаптационных механизмов личности. Тенденция преобладания личностной тревожности у 59% больных (в среднем параметры составляли 42,2-52,0) над реактивной тревожностью у 41% пациентов (в среднем параметры составили –38,2-40,0) у больных второй группы (III и IV стадии ГЭРБ). Это указывает на доминирующую роль личностных особенностей больных.

Изучение вегетативной сферы – вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения психической и физической деятельности (ВОД), осуществляли посредством записи ЭКГ и подсчета ЧСС и изучение расстояния RR.

Вегетативная реактивность при проведении проб Ашнера, а также соляной и синокаротидной проб характеризовалось замедлением ЧСС на 1-3-5 минут на 20-30%, 10-20% и менее 10% в пробе Ашнера, что свидетельствует о парасимпатической направленности у 60 больных ГЭРБ (71,4%).

Ускорение ЧСС при синокаротидной и соляной пробах в 28,5 % указывает на симпатическую направленность.

При изучении ВОД физической деятельности по данным клино и ортостатической пробы выявлено избыточное, неадекватное обеспечение физической деятельности, которая характеризовалась парадоксальным увеличением ЧСС (по данным клиностатической пробы) вместо уменьшения ЧСС, ее увеличением и даже тенденция роста ЧСС на 5 минуте в 57,1% больных ГЭРБ первой группы, в отличие от контрольной группы. Данная категория больных парадоксально реагировала на некоторые факторы внешней и внутренней среды.

В процессе изучения вегетативного статуса при выполнении функциональных проб: Ашнера, соляной, синокаротидной у больных I-II-III стадиями ГЭРБ нормальная ВР установлена у 3,9%, недостаточная ВР - 18,40%, неадекватная ВР - 77,7%. Указанные изменения ВР сочетались с нормальным ВОД у 6,6%, недостаточным ВОД - 19,7%, избыточным ВОД - 73,7%.

Функциональное состояние ВНС у большинства больных IV стадией ГЭРБ характеризовалось неадекватностью вегетативной реактивности (ВР) и недостаточным вегетативным обеспечением деятельности, что указывает на истощение функциональных резервов (компенсаторных возможностей организма) у большинства больных данной категории.

Выводы: 1. У больных ГЭРБ выявлены нарушения психической сферы личности по тестам МИЛ и Спилбергера в 100%. Сдвиги в эмоционально-личностной сфере характеризовались нарушением с преобладанием ипохондрического и депрессивных тенденции. По тесту Спилбергера отмечено повышение как реактивной, так и личностной тревоги, которые влияют на течение заболевания.

2. У больных I-II-III стадиями ГЭРБ функциональное состояние ВНС характеризовалось неадекватной вегетативной реактивностью (77,7%) при избыточности вегетативного обеспечения деятельности (73,7%), что свидетельствует о снижении адаптивных возможностей (функционального резерва организма). У больных IV стадией выявлены

неадекватность вегетативной реактивности (ВР) (87,5%) и недостаточность вегетативного обеспечения деятельности (75,0%), что указывает на истощение функциональных резервов (компенсаторных возможностей вегетативной нервной системы).

Литература

1. Бектаева Р.Р., Агзамова Р.Т. Диагностика и лечение кислотозависимых и хеликобактерассоциированных заболеваний //Пособие для врачей, Астана. – 2005.- 80с.
2. А.М. Вейн и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение М., 1998.
3. А.М. Вейн, А.Р. Артеменко, В.Ю. Окнин, И.В. Поморцева Эффективность Грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств // Новые лекарственные препараты. – 2001. - №10. - С.1- 4.
4. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии: диагностика и лечение //Клиническая медицина. – 2007. - №5. - С.15-23.
5. Филатова Е.Г Тревога в общесоматической и неврологической практике //Лечащий врач. – 2006. - № 8. - С.38-43.

Түйін

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДІ РЕФЛЮКСТІ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ВЕГЕТАТИВТІК ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛУЫН ЗЕРДЕЛЕУ

Н.Д. Иманбаева

ГЭРА-мен ауыратындардың I-II-III кезеңдерінде ВЖЖ-ның функционалдық жағдай вегетативті қызметті қамтамасыз етудің артықтық жағдайында қалыпты емес вегетативті реактивтілігімен сипатталды, мұның өзі науқастардың бұл дәрежелерінде бейімделу мүмкіндіктерінің (функционалдық қорының) төмендеуін айғақтайды. ГЭРА-ның IV кезеңімен ауыратындарда вегетативті реактивтік (ВР) жетіспеушілігі және вегетивті қамтамасыз ету қызметінің артықтығы байқалды, бұл зерттелген категориядағы науқастардың көпшілігінде функционалдық қордың (ағзаның өтемдік мүмкіндігінің) азайғанын көрсетеді.

Summary

THE STUDY OF PHYCO-AUTONOMIC ASPECTS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

N.D. Imanbayeva

The autonomic nervous system in patients with stage I, II and III of the gastrointestinal reflux disease has a functional state characterized by inadequate autonomic reactivity with redundancy in autonomic maintenance activity. It is an evidence of a decrease in adaptive possibilities (functional reserve) of this category of patients. Stage 4 of gastrointestinal reflux disease is characterized by lack of autonomic reactivity and redundancy of autonomic maintenance, which indicates depletion of functional reserves (compensate possibilities of the organism) in the majority of patients of this category.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

*Н.Д. Иманбаева, Б.Х. Чиканаева, М. Молдахан
АО «Медицинский университет Астана»
Больница Медицинского центра УДП РК
ФАО «ЖГМК» «ЦДБ»*

Введение. Нарушения психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с целью их коррекции на сегодняшний день недостаточно изучен [1,2,3,4].

Цель исследования: оценить коррекцию нарушений психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы: Нами проведено изучение эффективности традиционной терапии (первая группа больных) и его комбинации с психотропными препаратами (вторая и третья

группы больных), результаты которых наблюдали по динамике симптоматики и эндоскопической картине на фоне лечения больных ГЭРБ различными стадиями.

Больные разделены на три группы. Преимущественное большинство составили больные второй и третьей стадией ГЭРБ. Исключены больные четвертой стадией, тяжелыми поражениями пищевода, стриктуры пищевода и пищевод Баррета. Первая группа – 20 больных с эрозивно-язвенными поражениями пищевода, в основном II и III стадией (I стадией - 2 больных, II – 10, III – 8), которые получали традиционную комплексную терапию в течение восьми недель: 12 больных получали 20мг омепразола 2 раза в день, амоксициллин 1000мг 2 раза в день на протяжении 7 дней, метронидазол 250 мг 4 раза в день на протяжении 7 дней. 8 больных получили париет 20мг на ночь, кларитромицин 500мг 2 раза в день 7 дней, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, при необходимости препараты «Маалокс» или «Алмагель».

Больные второй группы - 26 больных ГЭРБ и третьей группы 18 больных ГЭРБ – получали омепразол 20мг 2 раза в день, амоксициллин 1000мг 2 раза в день, метронидазол 250мг 4 раза в день, при необходимости «Маалокс» или «Алмагель», в комплексе с антидепрессантами и транквилизаторами.

Вторая группа – 26 больных I-II-III стадией ГЭРБ (I стадией – 3 больных, II – 9, III – 14), которые получали выше перечисленную традиционную комплексную терапию в сочетании с антидепрессантами в течение 8 недель – амитриптилин 50мг-100мг в сутки, транквилизатор, анксиолитик и вегетокорректор из класса бензодиазепинов – грандаксин 50мг –100мг в сутки.

Третья группа - 18 больных I-II-III стадией ГЭРБ (I стадией 2 больных, II – 6, III – 10), которые получали выше перечисленную традиционную комплексную терапию в сочетании с антидепрессантами в течение 8 недель – пароксетин гидрохлорид (паксил) 20мг – 40мг в сутки; транквилизатор, анксиолитик и вегетокорректор из класса бензодиазепинов – атаракс 25мг - 50мг в сутки. В комплексной терапии использовались гипербарическая оксигенация (ГБО), электросон, беседы с вегетологом, неврологом.

Динамику симптомов оценивали на 28-й и 56-й день терапии (4 и 8 недели соответственно). Через 8 недель проводили контрольное эндоскопическое исследование.

К концу 4-й недели терапии изжога сохранялась у 32,1% больных первой группы и 25% - второй группы, отрыжка кислым - 14,2% и 10,7%, одинофагия имела место - 7,1% и 3,5% соответственно.

К концу курса (через 8 недель) терапии в первой группе пациентов изжога сохранялась у 14,2%, отрыжка кислым - 10,7%, одинофагия - 3,5%.

Наиболее ярко динамика клинических симптомов к концу 8 недели была выражена во второй сравнения. На фоне комплексного лечения, традиционного и приема амитриптилина и грандаксина во второй группе, изжогу периодически отмечали лишь 7,1% больных, отрыжку кислым – 3,5%, одинофагия не встречалась. В третьей группе, на фоне традиционного лечения и приема пароксетина гидрохлорида и атаракса отсутствовала изжога и отрыжка кислым к концу четвертой недели.

При проведении контрольного эндоскопического исследования после восьминедельного курса лечения, эпителизация эрозий пищевода отмечено в 42,8% случаях больных ГЭРБ первой группы, 80,7% случаях - второй группы и 100% случаях - третьей группы.

Малые дозы антидепрессантов, непродолжительными курсами, хорошо переносились и не давали существенных побочных эффектов.

У больных второй и третьей группы к концу 8 недели отмечено улучшение психологического статуса в 88,7% и 95,2% соответственно. Это выражалось в снижении профиля МИЛ по шкале [5,6,7,8,9] 1, 2 и 3, и повышение по шкалам К и 9, что свидетельствовало о снижении у них уровня невротизации, ипохондрических расстройств, повышении фона настроения, более оптимистической оценке своего состояния, усилении механизмов психологической защиты.

По тесту Спилбергера наблюдалось снижение как реактивной, так и личностной тревожности после комплексного лечения в сочетании с антидепрессантами, особенно в третьей группе, получавшие пароксетин гидрохлорид и атаракс. С 48,0 до 38,2 реактивной тревожности, с 52,0 до 39,6 личностной тревожности во второй группе, применявшие amitриптилин и грандаксин; и с 56,5 до 37,2 реактивной тревожности, с 53,2 до 38,4 личностной тревожности в третьей группе, получавшие пароксетин гидрохлорид и атаракс.

Более быстрое наступление клинического эффекта при использовании транквилизаторов (грандаксин и атаракс), и отсроченным в среднем на две недели действием антидепрессантов (амитриптилин и пароксетин гидрохлорид), позволило нам применить их в комплексе. Положительные результаты нами получены при сочетанном применении пароксетина гидрохлорида и атаракса (95,2%). В отличие (88,7%) от трициклического антидепрессанта amitриптилина, антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) пароксетин гидрохлорид, обладающий тимоаналептическим и анксиолитическим действием, сочетал в себе высокую эффективность, хорошую переносимость с минимальным количеством побочных эффектов. Грандаксин уменьшал тревожные проявления; атаракс - устранял тревогу, невротические состояния, эмоциональное напряжение, повышенные возбудимость и беспокойство.

Выводы: 1) Применение в комплексной терапии больных ГЭРБ с нарушениями психической сферы антидепрессантов, как amitриптилин и пароксетин гидрохлорид, способствует коррекции динамики симптомов: снижение уровня тревоги, невротизации, ипохондрических и депрессивных расстройств. 2) Использование препаратов анксиолитиков, вегетокорректоров, как грандаксин и атаракс обеспечивают более выраженную динамику улучшения нарушений вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности в 97,6%, в сравнении при отсутствии применения данных препаратов у больных ГЭРБ, подтвержденных динамичным наблюдением психологических тестов МИЛ, Спилбергера, изучением вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности.

Литература

1. Бектаева Р.Р., Агзамова Р.Т. Диагностика и лечение кислотозависимых и хеликобактерассоциированных заболеваний //Пособие для врачей, Астана. – 2005.- 80с.
2. Ивашкин В.Т. ГЭРБ – актуальная проблема XXI века //Пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода – факторы риска и возможности профилактики. – Выездная Сессия Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов Российской Гастроэнтерологической Ассоциации. – М., 2005.
3. А.М. Вейн и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение М., 1998.
4. А.М. Вейн, А.Р. Артеменко, В.Ю. Окнин, И.В. Поморцева Эффективность Грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств // Новые лекарственные препараты. – 2001. - №10. - С.1- 4.
5. Смирнов В.М., Лычкова А.Э. Механизмы синергичного взаимодействия отделов вегетативной нервной системы в регуляции моторики желудка //Бюллетень эксперим. биологии и медицины. – М., -2002. - Т.134. - №7. - С.12-14.
6. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов Часть III //Клиническая медицина – 2007. - №6. - С.19 – 21.
7. Леонтьева В.А., Беляева Г.С., Колесникова И.Ю., Смирнова А.А. Особенности психологического статуса у больных язвенной болезнью //Клиническая медицина. – 2007. - №3. - С.51- 53.
8. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии: диагностика и лечение //Клиническая медицина. – 2007. - №5. - С.15-23.
9. Филатова Е.Г Тревога в общесоматической и неврологической практике //Лечащий врач. – 2006. - № 8. - С.38-43.

Түйін

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДІ РЕФЛЮКСТІ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ВЕГЕТАТИВТІК ЖҮЙЕСІ БҰЗЫЛУЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

Н.Д. Иманбаева, Б.Х. Чиканаева, М. Молдахан

Гастроэзофагеальді рефлюксті ауруына шалдыққан науқастардың психикалық вегетативтік жүйесінде анықталған өзгерістерді депрессияға қарсы тағайындалатын amitриптилин, гидрохлорид паротексин,

грандаксин мен атаракс сияқты транквилизаторларды ұтымды қолданып, дифференциалды түрде емдегенде өңештің жалақ жарасы мен ойық жарасының ерте жазылуына әсерін тигізді.

Summary

CORRECTION OF PHYCO-AUTONOMIC SPHERE IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

N.D. Imanbayeva, B.H. Chikanayeva, M. Moldakhan

The present study demonstrated that differentiated therapy of psycho-autonomic sphere disorders, such as rational using of anti-depressants (amitriptilin, paroxetin hydrochlorid), tranquilizers (grandaxin, atarax) contributed to early epithelium erosion, in particular to ulcerous affection of gullet, and normalization of psycho-autonomic disorders in 97.6% of patients.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОСТАТО-СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В ЖИДКОСТЯХ ОРГАНИЗМА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА PSA SEMIQUANT

С.А. Лу

Центр судебной медицины МЗ РК

В течение последнего времени в судебно-медицинской практике часто встает вопрос о присутствии простато-специфического антигена (ПСА) в других жидкостях организма кроме спермы. Особенно часто стоит вопрос о слабоположительных результатах в тампонах с содержимым влагалища и ротовой полости.

Семенная жидкость содержит высокую концентрацию ПСА. Белок функционирует как серин протеаза, который разжижает семенную жидкость, расщепляя семиногелин, тем самым обеспечивает достаточную подвижность сперматозоидов. Из-за своей чрезвычайно высокой концентрации ПСА эффективно используется как белок маркер семенной жидкости в криминалистических исследованиях. К сожалению, присутствие ПСА не ограничено только семенной жидкостью [1,2]. ПСА можно также обнаружить в других жидкостях мужского или женского организма, хотя концентрация обычно ниже, чем в семенной жидкости. Этот факт ставит вопрос: на сколько категорично положительный (особенно слабоположительный) результат теста указывает на присутствие спермы.

PSA SEMIQUANT основан на иммунологической реакции, когда два моноклональных антитела образуют комплекс с ПСА, если он присутствует в образце. Этот комплекс визуализируется на мембране как красная линия (Т). Гарантированный предел обнаружения – 2 нг ПСА/мл [3]. Обычно тест чувствительнее, дает слабый положительный результат с ПСА в концентрации около 0,5 нг/мл. Интенсивность линии внутреннего стандарта (средняя линия) соответствует концентрации ПСА около 4 нг/мл. Линия (С) служит как внутренний контроль для функционального назначения и правильного использования теста. Поскольку в судебной практике исследуемый объект извлекается из тампонов и сухих пятен количество семенной жидкости трудно определить. На показатель ПСА влияют не только давность образования пятна, используемый предмет-носитель и т.п. Рассмотрим показатели, которые могут повлиять на подготовку образца и интерпретацию результата.

Исследования показали, что на результат теста PSA SEMIQUANT влияет рН образца. Снижение рН (рН < 5) вызванное органическими кислотами (лимонная кислота, уксусная кислота, щавелевая кислота) может вызвать ложноположительный результат. Если рН буферных растворов скорректирован НСl, то ложноположительные результаты не наблюдались (вплоть до рН 3). При рН 5-10 ложноположительные результаты не наблюдаются. В любом случае при подготовке образца рекомендуются буферные растворы с нейтральным рН [4].

Первоначально ПСА считали специфическим белком простаты. В течение последних лет ПСА был обнаружен в ряде мужских и женских тканях и жидкостях организма. При исследовании объектов сексуальных преступлений важно знать, как влияет фоновая концентрация ПСА на результат теста [5]. Также немаловажны такие факторы как: гигиенические процедуры проведенные потерпевшим лицом; время между моментом преступления и взятием образца; произошло ли семяизвержение и куда (вагинально, орально, в прямую кишку или же на наружную поверхность тела); использовался ли презерватив; время с момента последнего полового акта и т.п.

Семенная жидкость у здорового мужчины выделяется во время семяизвержения в количестве 2-6 мл и содержит приблизительно 20 миллионов сперматозоидов в мл. У лиц с олигоспермией количество сперматозоидов очень низкое. В сперме у лиц с аспермией и вазэктомией сперматозоиды не обнаруживаются. В жидкости, выделяемой до семяизвержения, сперматозоиды не обнаруживаются. Независимо от количества сперматозоидов все эти жидкости содержат ПСА. Согласно литературным данным концентрация ПСА в семенной жидкости от 0,2 до 5,5 мг/мл. В сухом состоянии ПСА - очень стабильный белок, давность самого старого пятна, из которого успешно извлекли ПСА – 30 лет. В теле жертвы ПСА разбавляется другими жидкостями и теряется при вытекании и деградации. Тест PSA SEMIQUANT показывает положительные результаты с семенной жидкостью, разведенной до 2×10^{-6} (2002) или $1,3 \times 10^{-6}$ (1999). Если семенная жидкость недостаточно разведена, то существует возможность получить ложноотрицательный результат (эффект «прозоны»). Для предотвращения феномена «прозоны» Hochmeister рекомендует разводить семенную жидкость 1:100 [6]. Если предполагается большое количество семенной жидкости, а тест негативен, рекомендуется большее разведение образца. PSA SEMIQUANT специфичен для человека. Негативные результаты были получены при тестировании семенной жидкости кошки, собаки, свиньи, быка, лошади в последовательных разведениях вплоть до 10^{-7} . Следовательно, перекрестная реакция с данными видами исключена. Обычно для экстрагирования производится вырезка материала из середины пятна, размером от $0,25 \text{ см}^2$ ($0,5 \times 0,5 \text{ см}$) до 1 см^2 ($1 \times 1 \text{ см}$). При экстракции пятен, содержащих сперму, очень трудно оценить количество ПСА, так как при этом сталкиваются с различными тканями, разной давностью и размером пятна. Gartside (2003) обнаружил, что эффективность извлечения для пятен спермы на хлопковой ткани значительно ниже 100 % [3].

Тампоны со спермой, изъятые из влагалища, конечно, содержат и влагалищные выделения. ПСА обнаруживается во влагалищных выделениях только в незначительной концентрации от 10^{-4} до 10^{-6} (максимально 1,25 нг/мл) по сравнению с концентрацией ПСА в сперме [7]. При попадании ПСА спермы во влагалище, количество его уменьшается со временем. Снижение количества ПСА до фонового уровня происходит через 48 часов. Положительный результат теста PSA SEMIQUANT находится в зависимости от менструального цикла женщины [8]. Так в фолликулярную фазу и на 14 день можно наблюдать положительный результат теста. При исследовании тампонов с содержимым влагалища надо очень тщательно относиться к интерпретации результатов, поскольку важное значение имеют: какое количество спермы там присутствует, какой и в каком объеме использовался буфер для экстрагирования. Данные показатели значительно влияют на величину ПСА. Следовательно, слабopоложительный результат не предполагает однозначного вывода о присутствии или отсутствии спермы. Тем не менее, так как в большинстве тампонах с влагалищными выделениями, не содержащих сперму, PSA SEMIQUANT был негативен, даже слабopоложительные результаты должны указывать на присутствие семенной жидкости.

В тампонах с содержимым ротовой полости, конечно же, будет присутствовать слюна [1]. По литературным данным концентрация ПСА очень низкая $<0,03 \text{ нг/мл}$ ($0,02-0,34 \text{ нг/мл}$). Интересно, что у лиц принимающих противозачаточные средства концентрация ПСА увеличена $0,099 \pm 0,016$ (от 0,04 до 0,34). В контрольной группе концентрация была

0,048± 0,007 (от 0,02 до 0,15). Наибольшая концентрация ПСА наблюдается в фолликулярную фазу (9-й день) и в середине цикла (на 14 день) с величиной 0,024± 0,011 и 0,029± 0,013 нг ПСА/мл, соответственно. Breul (1993) наблюдал чрезвычайно высокую концентрацию ПСА (129-688 нг/мл) у больных с доброкачественной гиперплазией простаты, локализованной аденокарциномой, с метастазами в простату и при других урологических заболеваниях) [1]. Тестирование слюны с PSA SEMIQUANT во всех случаях дало отрицательный результат. Даже неразбавленная слюна не дает положительного результат, но в виду ее вязкости рекомендуется разведение слюны с показателем разбавления 0,15.

В моче женщин (11% из 217 образцов) обнаружен ПСА в концентрации 0,12-1,06 нг/мл (ср.0,29 нг/мл), при приеме тестостерона концентрация ПСА достигала 12,03 ± 10,47 нг/мл [1,9]. Все тесты с женской мочой были негативны. В мужской моче количество ПСА около 800 нг/мл. Неразведенная моча мальчиков старше 12 лет дает положительный результат PSA SEMIQUANT. Чтобы исключить факт ложноположительного результата с женской мочой рекомендуется разводить ее 1:100. В отличие от женской мочи, образцы мужской мочи, даже после разбавления, могут дать ложноположительный результат. Для того чтобы распознать мужскую мочу от спермы, необходимо применить другие поисковые методы.

Улики с места сексуального нападения могут содержать кровь жертвы. Сыворотка крови женщин содержит около 0,02-0,16 нг ПСА/мл, у здоровых мужчин <4 нг/мл [9]. Все результаты теста PSA SEMIQUANT с кровью мужчин и женщин были негативны. В очень редких случаях неразведенная сыворотка женщин может вызвать положительный результат с PSA SEMIQUANT, но в судебной практике это не проблема, так как работа связана с сухими пятнами и при экстрагировании происходит разведение материала 1:100 (1 см² пятна с добавлением 1 мл буфера). Тоже касается сыворотки мужской крови, кроме случаев болезней простаты. В данном случае разведение образца 1:100 может дать положительный результат. В сомнительных случаях рекомендуется тестировать различные разведения образца.

Тестирование некоторых микроорганизмов (*Bacillus*, *Clostridium*, *Pseudomonas*, *E.coli*, *Staphilococcus*, *Candida albicans*) с PSA SEMIQUANT дало отрицательные результаты.

Таким образом, в большинстве случаев жидкости женского организма содержат низкое количество ПСА. Обычно, положительный результат PSA SEMIQUANT напрямую указывает на присутствие семенной жидкости. Поскольку в судебной практике исследуются сухие объекты и трудно определить количество ПСА, слабоположительные результаты должны интерпретироваться достаточно тщательно, они не дают возможности однозначно высказаться о присутствии или отсутствии семенной жидкости. Тем не менее, так как в большинстве случаев влагалищные выделения негативны с PSA SEMIQUANT, результаты данного теста, даже слабоположительные, должны все еще считаться показателем сексуального нападения. Интерпретация результата теста PSA SEMIQUANT относительно присутствия семенной жидкости может быть проведена путем тщательного экспертного исследования, с учетом всех обстоятельств каждого конкретного случая.

Литература

1. Breul J., Pickl U., R. Hartung Простато-специфический антиген в моче и слюне // Урология. - 1993. – С. 148-149.
2. Denison, S.J., Lopes, E.M., D'Costa, L. J.C. Newman Положительные результаты простато-специфического антигена в образцах не содержащих сперму //Журнал Канадского общества судебных экспертов. – 2004. – С. 197-206.
3. Gartside B.O., Brewer K.J., C. L. Strong Оценка эффективности экстрагирования ПСА из судебных образцов с использованием тест мембран SERATEC PSA SEMIQUANT //Судебно-научное общество. - 2003, № 2. – С. 45-48.
4. Bosco P.J., В. Нараск Вероятная причина ложноположительного результат с тест картами АВА для р30 в сперме. - Информационное письмо MAFS, 2001. – 30 с.
5. Laux D.L and A. E. Custis Судебное обнаружение спермы с применением мембранных тестов: чувствительность с учетом присутствия ПСА в различных жидкостях организма. – 2004. 245 с.

6. Hochmeister M., Rudin O., Borer U.V., Kratzer A., Gehrig Ch., R. Dimhofer Оценка ПСА мембранных тестов для судебной идентификации спермы. 8-й Международный симпозиум идентификации человека. – 1997.
7. Kafarowski E., Dann K., Frappier J.R.H. J.C. Newman Исследование вагинальных тампонов без спермы на р30 с использованием теста SERATEC PSA:с последующей оценкой специфичности р30/ПСА для идентификации спермы //Симпозиум MAAFS, MAFS, SAFS,CSFS , Орландо. – 2004. – С. 68-69.
8. Zarghami N., Grass L., Suter E.R., E.P. Diamandis Простато-специфический антиген в сыворотке на протяжении менструального цикла // Клиническая химия. – 1997 . – С. 1862-1867.
9. Filella X., Molina R., Alcover J., Carretero P., A.M. Ballesta Обнаружение непростатического ПСА в сыворотке и других образцах у женщин //Онкология. – 1996. – С. 424-427.

Түйін

ПРОСТАТО-СПЕЦИФИКАЛЫҚ АНТИГЕННІҢ АҒЗА СҰЙЫҚТЫҚТАРЫНДАҒЫ ҚҰРАМЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ PSA SEMIQUANT ТЕСТІНІҢ НӘТИЖЕСІНЕ ӘСЕРІ

С.А. Ли

Мақалада ПСА-ның әр түрлі ағза сұйықтықтары құрамындағы белгілі мөлшері қарастырылған. ПСА сақталуына және тұрақтылығына әсер ететін факторларды есепке ала отырып, сот-медициналық объектілерді дайындауға тағайындаулар, сондай-ақ PSA SEMIQUANT тесті нәтижелерінің әлсіз жағымды нәтижелеріне интерпретация берілді.

Summary

PSA IN BODY FLUIDS AND ITS INFLUENCE ON PSA SEMIQUANT TEST RESULTS

S.A. Li

PSA levels in various body fluids have been investigated in this study. Recommendations are given on the preparation of forensic examination samples including factors, influencing on safety and stability of PSA, as well as interpretation of weak positive results of the PSA SEMIQUANT test.

КОРРЕКЦИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Т.Б.Маринина

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

Введение. Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) (синоним: диспитуитаризм пубертатно-юношеский) - патология подросткового возраста, связанная с функциональными нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе.

Частота ГСПП в популяции составляет от 5 до 13%. Среди эндокринных заболеваний в пубертатном возрасте ГСПП составляет 61% [1].

Основными клиническими проявлениями являются: высокорослость, ожирение, трофические изменения кожи, у девушек – патологический рост волос на теле и лице и нарушения менструальной функции, у юношей – гипогонадизм и гинекомастия. У большинства больных наблюдается нарушение жирового и водно-солевого обменов, а также гиперинсулинизм с нарушенной толерантностью к глюкозе. Часто больные ГСПП предъявляют жалобы на общую слабость, головные боли, эмоциональную лабильность, повышение артериального давления (АД), головокружения, нарушения сна.

Особая важность своевременного лечения ГСПП связана со вторичным вовлечением яичников в патологический процесс, что приводит к их поликистозной трансформации и нарушению репродуктивной функции женщины [2].

Лечение данной категории больных должно состоять из нескольких направлений. Одним из основных является снижение массы тела путем повышения энергозатрат с помощью усиленной мышечной активности и ограничения энергетической ценности пищи. При

адекватной реабилитационной программе многие перечисленные расстройства могут полностью исчезнуть или значительно компенсироваться [3].

В настоящее время в терапии больных с гипоталамическим ожирением используется практически весь арсенал лечебной физкультуры (ЛФК): лечебная гимнастика (ЛГ), занятия на тренажерах, гидрокинезотерапия, дозированная ходьба, терренкур. Все формы ЛФК в той или иной степени дают положительный эффект, но практически нет работ, в которых сравнивается результативность их воздействия. В связи с этим мы провели сравнительный анализ двух методик оздоровительной тренировки у больных с ГСПП.

Целью исследования явилась оценка влияния физических нагрузок на массу тела, а также их переносимости у больных.

Материалы и методы. Продолжительность лечения составила 10 дней в сочетании с соблюдением больными гипокалорийной диеты и медикаментозной терапии (препараты, улучшающие трофику головного мозга, церебральное кровообращение). Для объективизации исследования были отобраны 30 пациентов с одинаковыми исходными данными. Возраст детей составил 12-13 лет, девочек было 20, мальчиков 10. Все имели ожирение III степени.

Программа реабилитации в первой группе (15 человек) включала процедуру ЛГ, дозированные нагрузки на велотренажере средней интенсивности в течение 30 минут и гидрокинезотерапию. Вторая группа (15 человек) вместо нагрузок средней интенсивности на велотренажере выполняла 15-ти минутную комбинированную интервальную тренировку, которая подразумевает чередование кратковременных циклов интенсивной кардиоработы и так называемого активного восстановления, при этом в течение одной аэробной сессии использовались разные тренажеры.

Интенсивность тренировки на тренажерах определялась по формуле Карвонена. Пациенты первой группы работали с частотой сердечных сокращений (ЧСС), интенсивность которой составила 65-70% от ЧСС максимальной. У пациентов второй группы интенсивность кратковременных нагрузок, составила 80 - 85% от максимальной ЧСС и 50-55 % во время активного отдыха. Для лучшего контроля за частотой пульса тренировки проводились на тренажерах, имеющих пульсовые датчики.

При составлении программы реабилитации, мы учитывали, тот факт, что больные плохо переносят большие нагрузки концентрированного типа в силу затруднительных условий функционирования системы кровообращения. В связи с этим обстоятельством физическая активность больного равномерно распределялась на протяжении дня. В первую половину дня больные занимались в бассейне. Во вторую половину дня выполняли процедуру ЛГ в сочетании с занятиями на тренажерах.

В комплекс лечебной гимнастики включали упражнения преимущественно свободные (не силового характера), с большой амплитудой движения, с вовлечением в функционирование крупных мышечных групп, статические растяжки, которые чередовали с упражнениями в глубоком дыхании. Для расширения физической адаптации больных применяли упражнения с частой переменной положения тела.

Согласно протоколу исследования у всех больных исходно и в конце курса лечения определяли антропометрические параметры, АД, рассчитывали индекс массы тела, окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ, проводили функциональную пробу с 20 приседаниями. Данные статистически анализировали на основе *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. За время лечения отмечалась положительная динамика всех антропометрических показателей в обеих группах, с некоторым превосходством во 2 группе. В абсолютном выражении снижение массы тела составило от 2 до 6 кг. Клинически значимое уменьшение массы тела на 5% и более от исходной в конце исследования наблюдалась у 12 человек (80%) в 1 группе и 13 человек (86,7 %) во второй группе. Абсолютное уменьшение ОТ составило $5,1 \pm 1,4$ (1 группа) и $5,8 \pm 2,1$ (2 группа) и

ОБ $3,8 \pm 1,1$ (1 группа) и $3,9 \pm 1,4$ (2 группа) соответственно. Но статистически значимых показателей разницы антропометрических измерений между группами мы не получили.

Важным симптомом ГСПП, ухудшающим его течение является артериальная гипертензия. Больные в целом имели исходно нормальные средние показатели систолического и диастолического АД, но по результатам функциональной пробы Мартине-Кушелевского 14 (93,3%) детей из 1 группы и 10 (66,7 %) детей из 2 группы имели гипертонический тип реакции на нагрузку. После проведенного курса лечения мы прослеживали тенденцию к восстановлению физиологической реакции АД на динамическую физическую работу в обеих группах, что выражалось в снижении ДАД после проведения пробы, а показатели САД повышались не так значительно, как до проведения лечения.

Выводы. Проведенное исследование показало, что включение в комплексную программу 15-ти минутной интервальной тренировки, менее нагрузочной для организма ребенка, позволяет получить практически такой же результат, как и применение получасового занятия на велотренажере. Чередование интенсивности тренинга в рамках одной тренировки легче переносится больными, чем длительная монотонная работа. Таким образом, все вышесказанное позволяет рекомендовать применение интервальной тренировки с использованием нескольких тренажеров у больных с избыточной массой тела при ГСПП.

Литература

1. И.Н. Андреева, О.В. Точилина, А.Б. Шаронова Влияние физических методов лечения на психологический и вегетативный статус пациентов с гипоталамическим синдромом пубертатного периода // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.- 2009.- № 6.- стр. 36-39.
2. В.Ф. Коколина, О.А. Артюкова, В.А. Балабанова, Н.В. Максимова Диагностика и лечение гипоталамического синдрома у девочек пубертатного периода // Педиатрия.- 1995.-№6.- с.50-52.
3. В.А. Епифанов, Г.Л. Апанасенко Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник. / - М.:Медицина,1990.- С.385

Түйін

ПУБЕРТАТТЫҚ КЕЗЕҢДЕГІ ГИПОТАЛАМИЯЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАР ДЕНЕСІНІҢ АРТЫҚ САЛМАҒЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

Т.Б.Маринина

Пубертаттық кезеңде гипоталамиялық синдромы (ГСПП) бар науқастарға негізгі терапиямен бірге диета ұстап, дене шынықтыру арқылы белсенділікті арттыру шарасы дене салмағының азаюына ықпал етеді. Кинезотерапия тәсілін оңтайландыру мақсатында дененің артық салмағын азайтуға қолданылған интервалды дене шынықтыру жаттығуларының әсері, сондай-ақ гипоталамиялық семіруге бейімді науқастардың төзімдік қабілеті бағаланды.

Summary

CORRECTION OF EXCESS BODY WEIGHT IN PATIENTS WITH HYPOTHALAMIC PUBERTY SYNDROME

T.B. Marinina

The basis of treatment for hypothalamic puberty syndrome (HPS) is decreasing body weight, which is achieved by using diet and increased physical activity. In order to optimize the methods kinesitherapy the influence of interval training on body weight as well as its tolerability in patients with hypothalamic obesity were evaluated.

GENERAL CHARACTERISTIC OF DISORDERS IN LIVER PARENCHYMA RELATED TO REPERFUSION INJURY AFTER DIFFERENT RESECTION OF LIVER

A.A. Muzaffarzade

SSC named after M.A.Topchubashov, AMU, Central Medical Laboratory

Actuality of the subject. During the extensive resection of the liver in some cases, certain disorders develop in the morphological structure, as well as in the functional condition of the rest part of the organ, that is related to the reperfusion syndrome in most cases [1,2,3]. There is a necessity to sustain blood supply into the liver during resection to prevent massive blood loss. After the blood supply of the organ is restored, it may cause such pathologies as microcirculatory disturbances, activation of the process of formation of free radicals, reperfusion damage syndrome of damaging effect of active forms of the oxygen to the hepatocyte membrane composed of pathogenetic rings, in some cases in preoperational period malfunction of the rest part of the organ or liver insufficiency [4,5,6]. The reactions of the liver and prevention of ischemic and reperfusion syndrome after the transplantation is considered to be a pressing problem in hepatobiliary surgery and increment in damage hepatocyte resistance requires new approach measures [7,8,9]. Conducting procedures of periodic repetition of ischemic and reperfusion phases by concrete scheme called ischemic preconditioning is also considered to be the method of treatment [10,11,12].

The study of effectiveness of ischemic preconditioning technique against the background of biliary cirrhosis is a **key purpose** of the research conducted.

The material and methods of the research: The research work has been conducted over white rats of 200-250 grams in the Central Medical Laboratory of the Medical University. Ketamin+Tiopental Intramuscular injections were applied as anaesthetisation. The resection of the liver was achieved by the cut of its large left lobe by mobilising it after the abdomen is opened by medial laparotomy cut and the total ischaemia – by applying tourniquet to hepatoduodenal ligament. The biliary cirrhosis model was formed by the cut of the general duct of the liver by closing it and waiting for a week. The blood samples for examination was taken from inferior vena cava after 1, 3 and 24 hours passed from the resection and the activity of the enzymes like AST, ALT, alkaline phosphatase, gamma-glutamyl transpeptidase and the total bilirubin checked in BioScreen MS-500 biochemical analyser. The liver lobes were placed in the vessels with formalin and taken for patamorphological examination. After the lobes underwent paraphyne treatment, the sections were made and the specimens underwent hematoxylin-eosin and van Gieson's staining. The changes in morphological structure of the liver were observed through the light microscope. Pathomorphological examinations were held in the relevant laboratory of Scientific Surgery Center.

Rats were divided into 4 groups: 1st – control group; 2nd – total ischemia group; 3rd – control group with; and the main 4th – main treatment group with the biliary cirrhosis model formed and the preoperational ischemic preconditioning done. In group I after 1, 3 and 24 hours passed from the resection of the liver the abdomen is opened the blood samples for examination and the tissues from the rest right lobe of the liver taken for patomorphological examination. The changes in the blood and the structure of the organ is studied. Organ of the rats in II group undergo ischemia during 60 minutes before resection and after laparotomy. After the ischemic time is over the tourniquet is released and the left lobe of the liver undergo resection. The blood samples and the tissues from the rest right lobe of the liver were taken for pathomorphological examination just like in control group.

In rats of the 3rd group the biliary cirrhosis model was formed 1 week before operation. after the abdomen is opened in this group of the rats venous tourniquet is applied to the portal to the liver and then total ischemia of the liver model is formed (60 min.). After the ischemic time is over

the tourniquet is released and the left lobe of the liver undergo resection. The blood samples and the tissues from the rest right lobe of the liver were taken for pathomorphological examination.

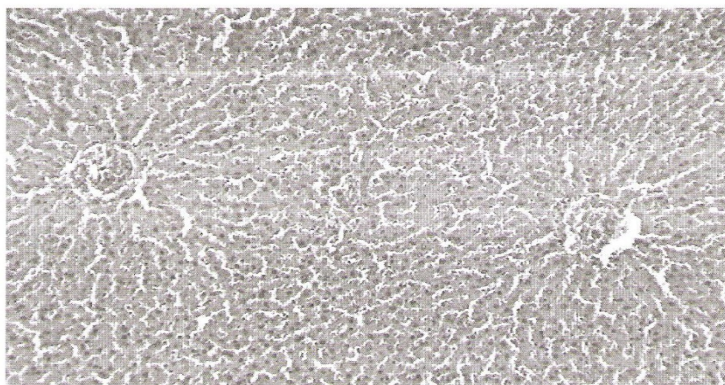
The 4th group is the main one. It studies the effectiveness of the ischemic preconditioning technique. In this group on the opening of the abdomen of the rats the biliary cirrhosis model was formed in, and the ischemic (Isch) and reperfusion (Rpf) phases are formed by applying to and release of the tourniquet to the portal of the liver. The ischemic preconditioning is carried out as follows: 10minIsch+5minRpf+15minIsch+5minRpf. Then as in the 2nd and 3rd groups the hepatic resection is carried out after the 60-minute total ischemia is formed.

The blood samples and the tissues from the rest right lobe of the liver were taken after the resection for pathomorphological examination.

The statistical treatment of numerical values of the findings was conducted by parametric (Student, Wilkinson methods) and non-parametric methods. When $p < 0.05$ it means that the difference between has been calculated correctly.

Findings: In the control group the number of all the enzymes after the hepatic resection have increased. The increment in activity of the enzymes reached its maximal limits 3 hours after the resection. Statistically accurate decrease in the studied enzymes values took place after 24 hours. The change in the activity of the specific enzymes and the amount of bilirubin in the healthy rats 1, 3 and 24 hours after hepatic resection operation.

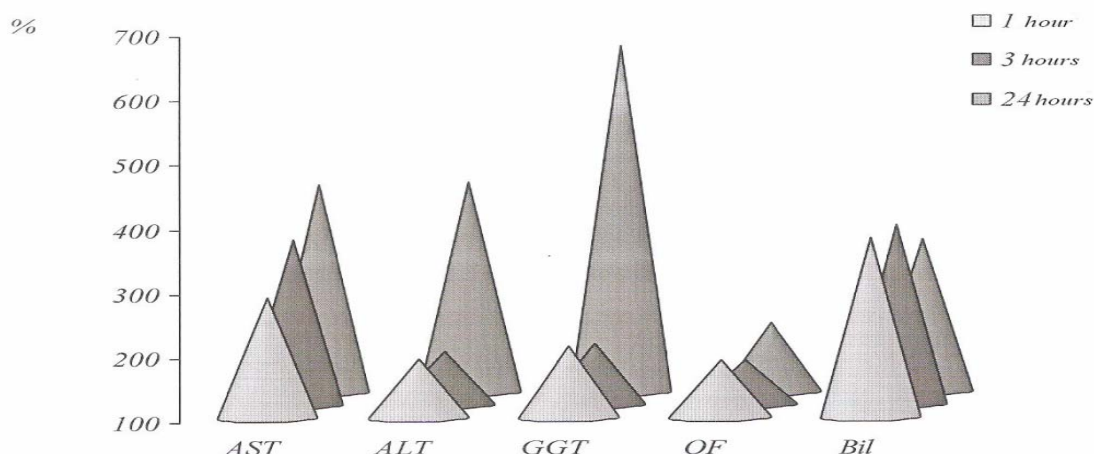
During the pathomorphological examination some natural changes were detected in the structure of the rest lobe of the liver 1, 3, 24 hours after the operation (Picture 1).



Picture 1 - 1 hour after the hepatic resection (control group). The histological integrity of the lobular structure was preserved. The central veins and sinusoids were rather dilated (staining: hematoxylin-eosin), (enlargement ob.20.ok.10).

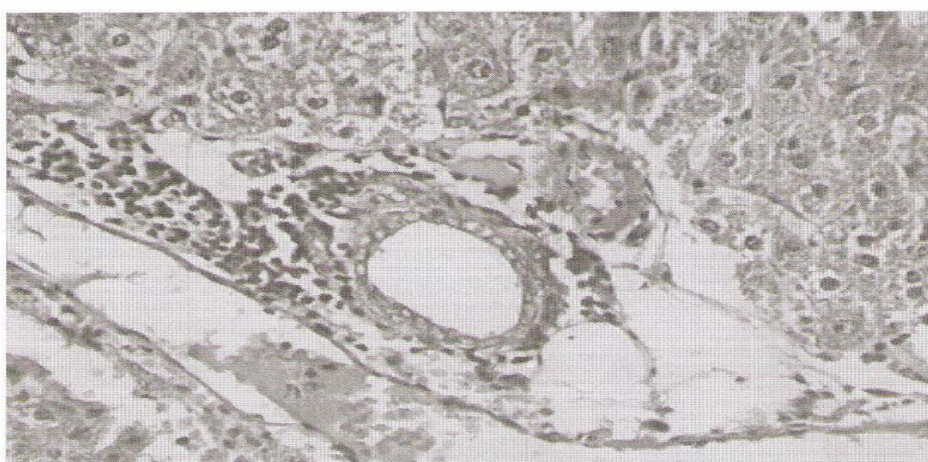
Notwithstanding that the lobular structure in the tissue samples taken in an hour after the resection being organized of the normal hepatocyte groups and the preservation of the radial structure of lobules were recorded, attention was drawn by the swelling of some hepatocytes, their cytoplasm being of a faded homogenous and granular appearance. As it was recorded in 3 hours the sizes of hepatocytes were rather enlarged and their cytoplasm became transparent. In a day some above-mentioned pathological processes were considerably reduced during the examination, and the improvement of regeneration restorative processes hepatocytes prevail in the areas near to the truncated extremities. The hypertrophic and hyperplastic changes observed in the hepatocytes that are located near the impaired cells testify about the level of the pathological process where it can be compensated. In general, there was a slight difference between the morphological changes and normal indices.

The amount of the examined enzymes increased during biochemical blood analysis in the 2nd group that underwent resection with total ischemia model formed. Despite that 24 hours passed after the resection the activity of the enzymes was observed to have high values. During the comparison with the experimental group that underwent resection with no ischemia formed, AST 4,3, ALT – more than 4,3 times, GGT 6,4 times were observed to remain on high values.



Picture 2 - The 2nd group: change in biochemical indices in blood. Note: 1-st group – 100% Macro-microscopic examination held 1 hour after the resection in the liver of the rats composing this group, was characterized with indices differing from those of the previous groups.

So, the majority of group hepatocytes are in the necrobiotic state and centrolobular micronecrosis foci are observed. Beamy structure of the lobules was disturbed, radial appearance of the hepatocytes that generate beams dissappeared and the cytoplasm of the majority of them underwent vacuolar degeneration. 3 hours after the resection, colliquative necrosis predominates in central hepatocytes and coagulation necrosis in peripheral hepatocytes. The cells infiltration with the predomination of macrophages is observed in the perifocal necrosis foci. The skeleton of portal and periportal connective tissues is with sharp edema, and necrocytosis changes are observed in some spaces. Microcircular venous reticulum was reduced, in a spastic state and the operture of the majority of them obturated with defrit masses and microtrombuses. 24 hours after the resection the sinusoid capillaries were deformed in most lobules, the borders clearly defined, the endothelial layer destructed. The focal proliferation of stellar reticuloendotheliocytes is observed in perisinusoid spaces. The perivascular lymphoid infiltration occurs along with the mucoid swelling of the arterial wall in the tributaries of central veins and interlobular ones of the portal tract, homogenization and deformation of the fibrous skeleton (Picture 3).

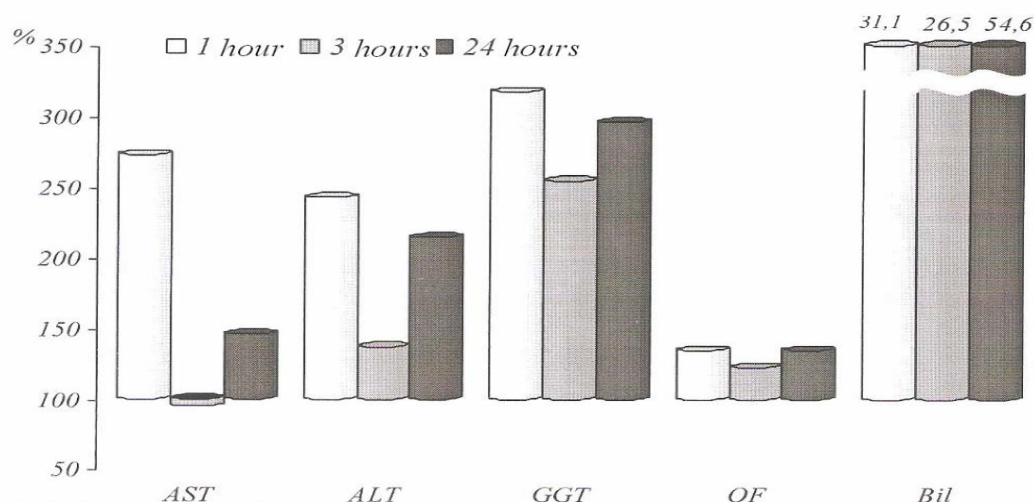


Picture 3 - Total ischemia after modelling (the 2nd total ischemic group). Coagulation necrosis of hepatocytes in the central parts of lobules. Edema of the periportal fibrous connective tissue. Staining: hematoxylin-eosin. Enlargement: b-ob.40.ok.7; c-ob.20.ok.15.

The biliary cirrhosis model was formed in the rats of the 3rd and 4th groups. In the individuals of these groups, during the laparotomy the liver was cholestatic, of a dark greenish colour, with the sizes enlarged, the borders being irregular and the surface aspliate that indicates of the regular formation of the model. The hepatic resection was performed during the 60-minute ischemia in both groups at the background of the biliary cirrhosis. The ischemic preconditioning of the liver was carried out in the main 4th group before the resection and, respectively, ischemia.

The restoration of the blood circulation of the 3rd group rats was observed only 3 hours after the operation. However, as it was detected that this process failed to cover a full volume of all the lobes, and the large focal ischemic areas were available against the background of the edematous hyperemic parenchyma. The tendency to the deterioration of the functional activity of the organ and the excessive increment in activity of the enzymes were observed at the different times after the resection. So, AST averaged to 2885 V/l, ALT - 1190 V/l, and the GGT and alkaline phosphatase were increased up to 73.57 V/l and 1876 V/l, respectively. The increase of total bilirubin up to 156.3±1.75mkmol/l accounts for the critical exhaustion of the hepatocytes' absorbability of bilirubins.

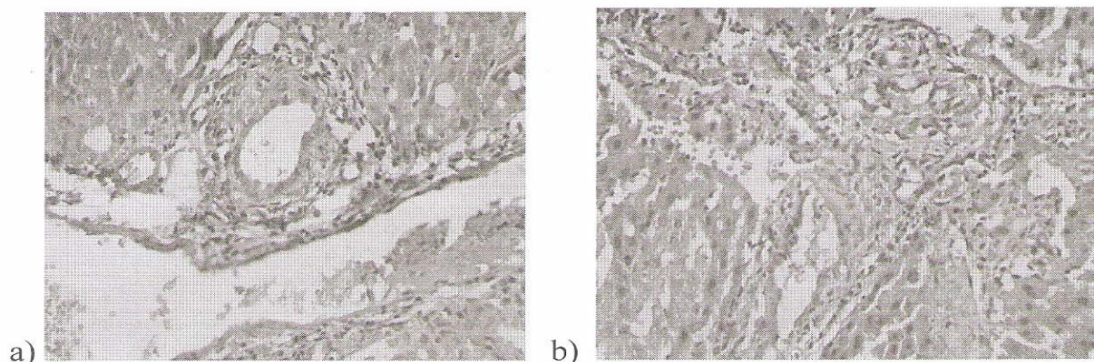
The liver's getting pink with the equal intensity, stagnation and lack of edema were observed one hour after the completion of the resection in the group where the ischemic preconditioning was carried out. During the biochemical blood analysis the increase in the activity of the enzymes was more moderate in the main than in that of the 3rd group. The gradual decrease in the activity of the enzymes, and the substantial approximation to the norm in 24 hours were recorded in the main group after the resection (Picture 4.1) .



Picture 4.1 - Biochemical blood analysis in the main group (1st group – 100%). Note: figures indicated over the bars shows the increasing value in times exceeding 10.

The results of the pathomorphological examination carried out in the 3rd group once more confirmed that the hepatic reperfusion injury furthered serious pathological changes in the structure of the member. Thus, in comparison with the 2nd group (normal liver without cirrhosis) the progress of the pathological processes running in the livers of the rats was observed. The majority of the lobules in total underwent parenchymatous and hydropic degeneration and timbered-radial structure was disappeared. Coagulation and colliquative necrosis are observed in the majority of hepatocytes groups located in centrolobular areas. The accumulation of lipofuscin pigment is seen to be abundant in these foci. The accumulation of fat drops as the main morphological sign of hypoxia is observed 3 hours after the resection in hepatocytes of peripheral areas of the lobules. Fibrous skeleton getting fragile, disorganization and extension of fibrous skeleton to wide areas were observed along with acute edema of the stroma in portal and

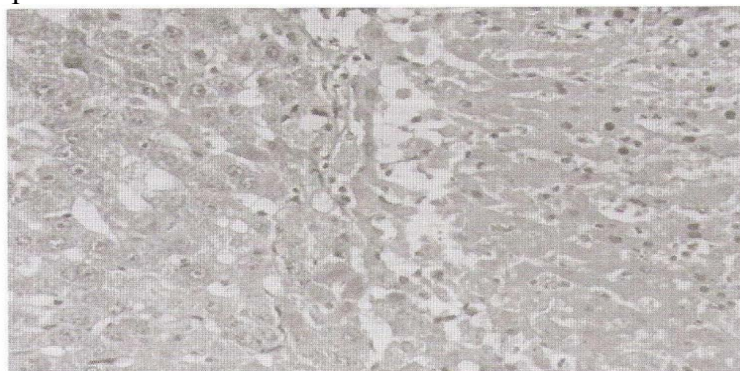
periportal spaces. The connective tissue quite increased even in perisinusoidal spaces. As a result of this, necrotic, dystrophic and sclerotic changes that are typical for the acute and the chronic ischemia, are observed in hepatic tissues. Due to the hepatocytes falling in necrosis widely, necrotic-detritus (amorphous) masses blended with fats emerged to replace them (Pic.4).



Picture 4 - (a, b). Necrosis of hepatocytes in centrilobular areas (a), histopathologic feature of portal and periportal tracts (b) and extension of sinusoids observed after the resection of the 3rd group biliary cirrhosis model. (Staining agent: hematoxylin-eosin, ob.50.ok.5)

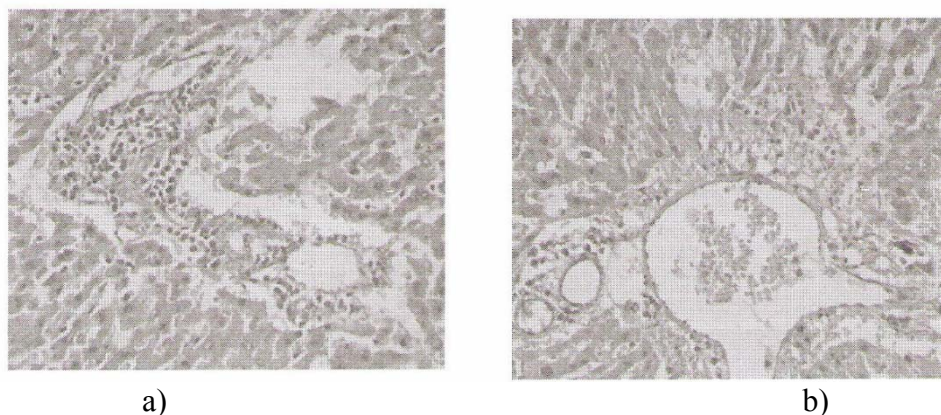
Cell infiltrates observed 24 hours after the resection in periportal and perisinusoidal spaces are even spreading towards the main bodies of the lobules. Terminal bifurcations of the hepatic artery and the majority of the portal veins are in a spastic state and deformed. The foramen of the small veins that are close to the central vein, was obturated with thrombocyte aggregates and defrit masses. Deformation and total dilatation are observed in microcirculatory veins of the parenchima, as well as sinusoidal capillaries in some areas. All the morphological changes stated above points to the deepening of the chronic pathological processes.

In the main group against the background of the biliary cirrhosis model, the histologic studies carried out after the resection in the rats (who took sessions of ischemic preconditioning in advance) with 1 hour total ischemia formed, proved once more that the liver had large compensatory mechanisms. Thus, despite that the total ischemia lasted for 60 minutes, intensive continuation of the reparative processes in the structurally damaged liver taken place 1 hour after the resection of the member is a striking example of the effective ischemic preconditioning technique. Homogenization in hepatocytes, parenchymatous and hydropic degeneration keeps remaining the same as in the previous groups. But micronecrosis foci bear episodic character in centrilobular areas and “step” and “bridge-type” micronecrosis areas are observed in peripheral hepatocytes groups.



Picture 5 - Main group; Histoarchitectonics of the liver that underwent resection 1 hour after the resection; “Step” focal necrosis in central hepatocyte groups; (Staining agent: van Gieson's staining, pikrofiksin – 22, hematoxylin-eosin – 23, magnification - ob.40.ok.7).

Emergence of hepatocytes in an active state in some areas 3 hours after the resection points to parallel run of regeneration processes along with the pathological processes. Perisinusoidal areas are extended, cholestasis signs observed and biliary tracts dilated. The accumulation of bile pigments are observed along with lipofuscin pigments in the cytoplasm of some hepatocytes. Microcirculatory veins of periportal and portal tracts are partially deformed and small aggregates are observed in the foramen of some of them. Hyperplasia of Kupffer cells and endotheliocytes in the sinusoidal walls, as well as proliferation of cholangiocytes and destruction of ducts in biliary tracts are observed. The fine septa composed of connective tissues are observed both in portal tracts and periportal areas in the sinusoidal walls and main bodies of the lobules. Pseudomodular structure keeps forming in porto-portal and porto-caval directions (Pic. 6 – a,b).



Picture 6 -Main group; Histoarchitectonics of the liver that underwent resection 1 hour (a) and 3 hours (b) after the resection; Formation of pseudolobular structure in porto-portal areas; (Staining agent: van Gieson's staining, pikrofiksin – 22, hematoxylin-eosin – 23, magnification - ob.40.ok.7).

In fine it should be noted that against the background of the biliary cirrhosis dystrophic and destructive degenerations occurring in the membranes of the hepatocytes after the hepatic resection bear rougher character. A striking manifestation of this can be the increase of ferments activities in blood up to quite high values and its normalisation for a long time after the procedure is over.

60 minutes-ischemia and succeeding reperfusion result in irreversible pathological changes and formation of microinfarction zones in the parenchyma of the organ in rats with biliary cirrhosis model formed. Reperfusion injury stroke affecting the rats in the 4th main group are comparatively lighter than in the 3rd group. Thus, in the parenchyma of the organ, ischemia that is visible with the naked eye or necrosis foci were not observed, the intensity of the patomorphological disorders was light, activation of reparative processes was noted and hepatic functional activity restoration process was more intensive in a normal course.

Literature

1. Khodosovskiy M.N., Lis R.Y., Zinchuk V.V. Morphofunctional state of liver with ischemia and reperfusion// Belarus National Academy of Sciences News. Medical-biological sciences. 2003, No.1, p. 17-20.
2. Teoh N., FaiTel G. Hepatic ischemia reperfusion injury: pathogenic mechanisms and basis for hepatoprotection / J.Gastroenterol.Hepatol. 2003, Aug; 18(8): p.891-902
3. Casillas-Ramirez A., Mosbah IB., Romalho F., Peralta C Past and future approaches to ischemia-reperfusion lesion associated with liver transplantasion / Life Sci., 2006, Oct. 12; 79(20), p. 1881-1894
4. Jassem W., Fuggle S., Rela M. et al. The role of mitochondria in ischemia/reperfusion injury // Transplantation. 2002, Vol.73, 4, p.493- 499.
5. Lentsch A., Kato A., Yoshidome H. et al. Inflammatory mechanisms and therapeutic strategies for warm hepatic ischemia/reperfusion injury // Hepatol-ogy., 2000, Vol. 32, 2, p. 169- 173.
6. Massip-Salcedo M., Rosell-Catafau J., Prieto, J. et al. The response of the hepatocyte to ischemia // Liver Internat.,Vol.27, N.1, Feb.2007, p.6-16(11)

7. Serracino-Ingoltt F., Mathie R. Nitric oxide and hepatic ischemia- reperfusion injury / Hepatogastroenterology 2000, Nov-Dec.47(36): 1722- 1725
8. Kirimlioglu H., Ecevit A., Yilmaz S. et al. Effect of resveratrol and melatonin on oxidative stress enzymes, regeneration and hepatocyte ultrstructure in rats subjected to 70% partial hepatectomy / Transplant. Proc. 2008, Jan-Feb; 40(1), p.285-289
9. Schauer R., Gerbes A., Vonier D. et al. Glutathione protects the rat liver against reperfusion injury after prolonged warm ischemia / Ann.Surg. 2004, Feb.239(2), p.220-231
10. Duenschede F., Erbes K., Riegler N. et al. Protective effects of ischemic preconditioning and application of lipoic acid prior to 90 min. of hepatic ischemia in a rat model / World J. Gastroent., 2007, Mi 21, 13(27), 3692- 3698
11. Saidi R., Chang J., Brooks S. et al. Ischemic preconditioning and intermittent clamping increase the tolerance of fatty liver to hepatic ischemia-reperfusion injury in the rat / Transplant Proc, 2007, Dec;39(10): p.3010-3014.
12. Bedirli A., Kerem M., Pasaoglu H. et al. Effects of ischemic preconditioning on regenerative capacity of hepatocyte in the ischemically damaged rat livers //J Surg Res., 2005, v. 125(1), p.42-8.

Түйін

БАУЫРДЫҢ ТҮРЛІ РЕЗЕКЦИЯСЫНАН КЕЙІН БАУЫР ПАРЕНХИМАСЫНДА РЕПЕРФУЗИЯЛЫҚ ЗАҚЫМДАРДАН ТУЫНДАҒАН БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ ЖАЛПЫ СИПАТАМАСЫ

А.А.Музаффарзаде

Гепатобилиар хирургияда ағзаның резекциясы мен трансплантациясынан кейінгі бауырдың реперфузиялық бұзылыстары көкейкесті мәселе болып саналады. Мақалада резекциядан кейінгі егеуқұйрықтардың ишемиясы бар және ишемиясы жоқ бауыр тіндерінің және қанның биохимиялық құрамының үлгілері көрсетілген. Нәтижелер ишемия ағзаның құрылымын түбегейлі өзгерістерге алып келеді, ал операциядан соң 24 сағаттан ішінде трансфераза белсенділігі (АЛТ, АСТ) жоғарғы деңгейде қалады. Негізгі сөздер: цирроз, бауыр резекциясы, ишемия, реперфузия, ишемияға дайындық

Резюме

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ В ПАРЕНХИМЕ ПЕЧЕНИ СВЯЗАННЫЕ С РЕПЕРФУЗИОННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕЗЕКЦИИ ОРГАНА

А.А. Музаффарзаде

Реперфузионное повреждение печени после резекции и трансплантации органа является актуальной проблемой гепатобилиарной хирургии. В статье продемонстрированы данные образцов печеночной ткани и биохимического состава крови после резекции у крыс с ишемией и без него. Результаты показали что, ишемия приводит к значительным изменениям в структуре органа, а активность трансфераз (АЛТ, АСТ) крови даже 24 часов после операции остаются высокими.

Ключевые слова: цирроз, резекция печени, ишемия, реперфузия, ишемическая подготовка

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ

А.Ж. Мырзабекова

АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Геморрой остается одним из самых распространенных заболеваний человека, им страдает от 20% до 80% взрослого населения. Удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний составляет от 34% до 41%, а среди общехирургических от 3% до 16% [1,2,3].

Несмотря на большое число работ, посвященных изучению патогенеза, клиники и лечения геморроя, специальных исследований посвященных этому заболеванию у беременных мало.

Цель исследования. Улучшение результатов профилактики и лечения геморроя у беременных

Материалы и методы. При анализе результатов обследования 1000 беременных у 426 (42,6%±1,56) обнаружен геморрой и у 115 (11,5%±1,01) гиперплазированные кавернозные тельца прямой кишки (группа повышенного риска).

Результаты и обсуждение. Среди женщин азиаток геморрой выявлен в 261 (33,7±8,3%) случае, а среди беременных европейской национальности в 165 (54,8±2,87%) случаях, то есть у последних на 21,1% чаще. Мы считаем, что причинами низкой частоты заболеваемости геморроем среди беременных азиатской национальности по сравнению с женщинами европейской национальности являются веками выработанные гигиенические навыки - водные процедуры области заднего прохода после каждой дефекации с детских лет. По мнению отдельных авторов [6,7,8] прохладный промежностный душ и вообще водно-гигиеническая процедура тонизирует сосудистую систему области заднего прохода и является надежным средством в борьбе с геморроем.

Распространенность заболевания у беременных с возрастом увеличивается. Так, если в возрасте до 20 лет геморрой был обнаружен у 22,8% обследованных, то в возрасте от 26 до 30 лет у 46,2%, то есть более чем в 2 раза чаще. Геморрой у женщин возникает обычно при первой и второй беременности.

У женщин время транзита содержимого по желудочно-кишечному тракту во время беременности замедляется и зависит от ее срока. Так, если после приема активированного угля у здоровых небеременных женщин время транзита равно в среднем 24,0±0,4 ч, то в первом триместре беременности оно составляет - 24,7±1,0 ч (p<0,5), в третьем триместре - 26,3±0,8 ч (p<0,05). После приема свеклы это время соответственно было равно 20,0±0,5 ч, первом триместре - 20,4±0,8 ч (p<0,5), в третьем триместре - 22,0±0,7 ч (p<0,05).

При беременности увеличивается порог возбудимости прямой кишки, причем пропорционально ее срока. Так, в первом триместре позыв на дефекацию вызван при нагнетании в баллон, введенный в прямую кишку 372±22 мл жидкости, в третьем триместре - 396±24 мл.

Ультразвуковое трансректальное сканирование позволяет выявить раннюю субклиническую стадию геморроя, что имеет важное значение для предотвращения дальнейшего развития геморроя у беременных.

Из 426 больных у 341 (80±1,94%) был хронический геморрой, а у 85 (20±1,94%) острый тромбоз геморроидальных узлов.

При хроническом геморрое наиболее частыми симптомами у беременных являются: запоры 301(88,2±1,75%), ректальное кровотечение 257(75,3±2,3%), неприятные ощущения и чувство инородного тела в области заднего прохода 209(61,3%), выпадение внутренних геморроидальных узлов 205(60±2,65%). Чаще всего тупые боли встречаются при хроническом геморрое, а острые интенсивные боли - при остром тромбозе геморроидальных узлов или при сочетании геморроя с острой трещиной анального канала.

Клиническая картина геморроя у беременных имела различный характер в зависимости от стадии заболевания, его осложнений и наличия сопутствующих заболеваний, поэтому все больные были разделены на три клинические группы.

Клиническая картина геморроя у большинства женщин в первые два триместра беременности выражена слабо и развивается постепенно. Отчетливые и постоянные признаки геморроя проявляются в основном в третьем триместре, особенно в последние недели беременности.

Из 85 больных острым тромбозом геморроидальных узлов у 15 (17,6%) были различные сопутствующие заболевания, которые могли бы способствовать развитию острого геморроя. Это хронические колиты, хронический проктит, анальная трещина, хронические параректальные свищи, эпителиальный копчиковый ход, анемия и др.

Как и другие авторы, мы разделили больных с острым тромбозом геморроидальных узлов на три степени тяжести. Больных с легкой степенью было 49 (57,1±2,39%) женщин, средней - 32 (38,1±2,35%) и тяжелой степени 4 (4,8±1,04%). Среди беременных острым тромбозом геморроидальных узлов преобладали больные с легкой степенью.

Острый тромбоз геморроидальных узлов у значительной части 67,4% беременных развивается постепенно в течение 4-5 дней. В 32,6% случаях клиника острого геморроя развивалась типично: после задержки стула и затрудненного акта дефекации появлялись острые боли в области заднего прохода, увеличивались и выпадали болезненные тугоэластические геморроидальные узлы, нередко возникали кровотечения во время или сразу после дефекации. Чаще воспалительный процесс был локализован в одном или в двух геморроидальных узлах, тотальное поражение геморроидальных узлов наблюдалось редко и встречалось обычно только у многорожавших женщин с длительным анамнезом геморроя.

При изучении функционального состояния прямой кишки и анального рефлекса установлено, что беременность и хронический геморрой не всегда влияют на состояние анального рефлекса и сократительную способность сфинктера. Только при остром геморрое у 40% наблюдается усиление анального рефлекса и резкое повышение тонуса сфинктера.

У беременных группы повышенного риска и больных с начальной формой геморроя хороший эффект дает комплекс профилактических мер, специально разработанный нами.

Применение комплекса профилактических мер у беременных группы повышенного риска дает положительный результат в 85,2% случаев.

Поэтому в комплекс профилактических мер включено следующее: рациональная организация труда и отдыха; систематические занятия лечебной физкультурой и гигиеническая гимнастика; диетотерапия; умеренная ходьба на свежем воздухе; нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта (регуляция консистенции кишечного содержимого и транзита его по толстой кишке); выработка условного рефлекса на ежедневное опорожнение кишечника; перевод патологического двухмоментного акта дефекации в одномоментный; проведение водно-гигиенической процедуры анальной области после каждой дефекации; ежедневное 2-3 разовое принятие горизонтального с возвышением (на 20-25 см) тазом и нижним конечностям. Под влиянием комплекса вышеперечисленных профилактических мероприятий общее состояние у женщин улучшалось, опорожнение кишечника совершалось ежедневно, акт дефекации был свободным, одномоментным с достаточным количеством каловых масс, неприятные ощущения в области ануса и анальный зуд прекратились.

Применение комплекса профилактических мероприятий у беременных группы риска дает значительно лучший результат по сравнению с контрольной. Так почти у каждой третьей беременной 31,7% контрольной группы с увеличением срока беременности развивается геморрой со всеми клиническими признаками, тогда как при применении комплекса профилактических мер геморрой отмечен всего лишь у 14,6% женщин ($p < 0,05$). Кроме того, у 61,8% беременных группы риска при проведении комплекса профилактических мер, геморроидальные узлы не только уменьшаются в размерах, но могут исчезать, особенно при первой беременности. Исходя из этого, мы считаем, что гиперплазия кавернозных телец и увеличение геморроидальных узлов в начальной стадии обратимый процесс. Поэтому своевременное выявление группы риска и проведение комплекса профилактических мер имеет первостепенное значение в профилактике геморроя у беременных.

При назначении только профилактических мер без применения лекарственных средств из 72 больных первой клинической группы у 38 ($52,8 \pm 5,88\%$) получен хороший результат, у 15 ($20,8 \pm 4,78\%$) - удовлетворительный результат. А из 85 больных, не получавших комплекс консервативной терапии, хороший результат получен только у 5 ($5,9 \pm 2,56\%$) женщин, удовлетворительный - у 37 ($43,6 \pm 5,39\%$). У остальных $50,5 \pm 5,42\%$ больных болезнь прогрессировала по мере увеличения срока гестации. На основании этих данных мы приходим к заключению, что комплекс профилактических мер, проводимый у женщин во время беременности, обеспечивает значительно лучший результат не только в группе риска, но и у больных геморроем первой клинической группы.

Больным, у которых профилактические меры не дали эффекта и их продолжали беспокоить упорные запоры, назначали препарат форлакс. Наблюдения показали, что 15-дневный курс лечения форлаксом с постепенным уменьшением дозы является достаточным для восстановления регулярного стула.

Женщинам с проктогенными запорами или хроническим колитом этого курса было недостаточно, им потребовался поддерживающийся курс лечения.

Больным второй клинической группы назначали комплекс консервативной терапии, которая состоит из общего и местного лечения.

В качестве общего лечения применялись сочетания препаратов, регулирующих консистенцию и транзит кишечного содержимого - форлакс и венотонизирующее средство детралекс. Детралекс действует на каждый из трех компонентов, вовлеченных в патогенез геморроя: вены, лимфатические сосуды и систему микроциркуляции.

Детралекс назначали при хроническом геморрое по одной таблетке два раза в день в течение 25 дней, при остром геморрое - по схеме, предложенной К. Buckshee [8]: 6 таблеток в течение 4 суток, а затем 4 таблетки в день еще в течение 3 суток.

При выборе местного лечения учитывались превалирование какого-либо из симптомов геморроя - кровотечение, боль, выпадение внутренних геморроидальных узлов и др. В редких случаях помимо вышеперечисленных препаратов нами проводилось местное лечение мазью Гепатотромбин Г., содержащей гепарин, преднизолон и полидоканол или Лиотон 1000, представляющий гепарин в виде геля. Лиотон 1000 мы применяли в сочетании с водорастворимой мазью левомеколь, обладающей мощным противовоспалительным действием.

При обычном лечении хронического геморроя хороший результат был получен у 42,4% беременных, а при комплексном лечении хороший результат получен у 76,4%, то есть на 34% больше ($p,0,05$).

При комплексном лечении острого тромбоза геморроидальных узлов установлено статистически достоверное уменьшение выраженности таких симптомов как боли, отек геморроидальных узлов и перианальной кожи, кровотечение, зуд и жжение. Если при обычном лечении боли держались от 1 до 2 суток ($38\pm 2,8$ ч), то при комплексном лечении они стихали через 10-12 ($10\pm 0,9$ ч). Отеки слизистой оболочки и перианальной кожи начали стихать через двое суток. Тромбированные геморроидальные узлы сморщивались, вправлялись самостоятельно на третьи сутки, акт дефекации становился безболезненным.

Девятерым больным с резким болевым синдромом была произведена новокаиновая блокада. После блокады интенсивность боли уменьшалась, вплоть до полного исчезновения, спазмированный сфинктер расслаблялся. В течение первых двух суток наступает резкое уменьшение отека геморроидальных узлов, перианальной кожи, слизистой оболочки, которые становятся мягкими, безболезненными. Акт дефекации уже на следующий день после блокады проходит безболезненно.

Больным третьей группы была показана операция, но большинство женщин не соглашались на это во время беременности. В таких случаях вышеуказанное комплексное лечение дает вполне удовлетворительный клинический эффект и только при тяжелых осложнениях (профузное кровотечение, острое воспаление геморроидальных узлов с некрозом, острый парапроктит) показана срочная или экстренная операция.

Отдаленные результаты лечения значительно лучше в группе женщин, принимавших комплекс профилактических и лечебных мероприятий во время беременности. Хороший результат в основной группе наблюдался в 61% случаев, а в контрольной – в 32,6%. Неудовлетворительный результат отмечен почти на 2,5 раза чаще в контрольной группе, чем в основной.

Кроме того, отдаленные результаты лечения зависят от степени выраженности геморроя, от длительности заболевания, возраста больных, выраженности поражения всей венозной системы. Чем продолжительнее заболевание и чем старше больные по возрасту,

тем хуже были отдаленные результаты. У больных с выраженным поражением всей венозной системы, процесс постепенно прогрессировал.

Заключение. Таким образом, отдаленные результаты лечения геморроя зависят от многих факторов: выраженности и степени развития заболевания, кратности беременностей и родов, проведенных лечебных и профилактических мероприятий во время беременности, наличия сопутствующих заболеваний, длительности заболевания геморроем и др.

Поэтому для получения хороших отдаленных результатов лечения и вообще для снижения заболеваемости геморроем у женщин необходимы следующие лечебно-профилактические мероприятия:

1. Выявление женщин «группы повышенного риска» и ранней стадии геморроя среди беременных.
2. Систематическое проведение профилактических мер, направленных на нормализацию функции толстой кишки и акта дефекации.
3. Укрепление мышц передней брюшной стенки, тазового дна, уменьшение застоя крови в органах малого таза.
4. Своевременное лечение сопутствующих заболеваний толстой кишки (хронический колит, дискинезия толстой кишки и др.).
5. Укрепление тонуса сосудов и нервов области заднего прохода путем назначения ежедневных водных процедур.
6. Назначение препаратов, повышающих венозный тонус, укрепляющих микроциркуляцию, уменьшающих периваскулярное воспаление и микроциркуляторный стаз.
7. При острых тромбозах геморроидальных узлов комплексное лечение с включением местных гепариносодержащих препаратов (Гепатотромбин Г, Лиотон 1000) десенсибилизирующих средств, спирт новокаиновой блокады и др.

Литература

1. Основы колопроктологии (учебное пособие). / Под ред. Воробьева Г.И. Ростов–на Дону, 2001. 414с.
2. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры. М., 2000, с. 158.
3. Шехтман М.М., Козина Н.В. Геморрой у беременных // Гинекология. –2004.– Том 6, №6. С.7–12.
4. Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. Gynecol Obstet Fertil 2010;31(6):546–549.
5. Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman. Gastroenterol Clin Biol. 2008 May; 32(5Pt2):S210–4. Epub 2008 May 23.
6. Alonso-Coello P., Mills E., Heels-Ansdell D. et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complication: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2009;101(1):181–188.
7. Gojnic M., Dugalic V., Papic M. et al. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol 2005;32(2):183–184.
8. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am. 2010; 90(1):17–32.

Түйін

ҚАСЫНДА КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ, ГЕМОРОЙДЫҢ ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУІ АЯҒЫ АУЫР

А.Ж. Мырзабекова

Қасында профилактика және геморройдың емдеуінің нәтижелерінің жақсартуы біздің зерттеу мақсатпен емдік-алдын алу шаралардың кешенінің аяғы ауыр өткізулерінде аяғы ауыр сенімді (0, 05-ші р) аяғы ауыр 23, 3%тен дәстүрлі жүргізуге қарағандасы жоғары 61, 8% жағдайларда жақсы нәтиже шығаруға мүмкіндік беруге болып тұрды. Аурумен барысында буаздықтың, жасайтын тартпақы терапии кешені тек купирует геморроя барлық белгілерін, бірақ және ауруға шалдығудың аурудың қайталануының жиілігінің төмендет- бой барлық буаздықтың қамсыздандырады.

Summary

FEATURES OF A CLINICAL CURRENT, PREVENTIVE MAINTENANCE AND TREATMENT OF HEMORRHOIDS AT PREGNANT WOMEN

A.G. Mirzabecova

The purpose of our research was improvement of results of preventive maintenance and treatment of hemorrhoids at pregnant women. Carrying out of a complex of treatment-and-prophylactic actions at pregnant women allows to achieve good results in 61,8 % of cases that authentically above, than at traditional conducting pregnant 23,3 % ($p < 0,05$). The complex of conservative therapy spent by the patient during pregnancy, not only stops all symptoms of hemorrhoids, but also provides decrease in frequency of relapses of disease during all pregnancy.

УДК 615.015:616-008:616.348.002

ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Т.Р. Омаров, К.Е. Агибаев,
Д.К. Туребаев, С.У. Хамзина, Ш.Д. Омарова
АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Повышение эффективности терапии неспецифического язвенного колита (НЯК) и увеличение продолжительности фазы его ремиссии являются одной из актуальных задач современной гастроэнтерологии [1,2]. Нарушения качественного и количественного состава микробного спектра толстого кишечника способно утяжелять течение основного заболевания, создавая условия для прерывания ремиссии [1,3]. В связи с вышеизложенным, нами проведено исследование микробной флоры толстого кишечника при НЯК, в зависимости от приема пробиотиков.

Цель исследования - оценить состояние микробной флоры толстого кишечника у больных язвенным колитом на фоне лечения пробиотиками.

Материалы и методы. Пациенты с неспецифическим язвенным колитом средней тяжести (22 человек) методом случайных чисел были рандомизированы на две группы. Первая группа (12 человек) получала бифидобактерин по 30 доз/сутки в течение месяца на фоне базисной терапии месалазином по 3000 мг/сутки. В последующем первая группа продолжала принимать бифидобактерин по 15 доз/сутки в течение 6 месяцев. Вторая группа (10 человек) - контрольная, получала только базисную терапию месалазином 3000 мг/сутки в течение месяца.

По исходным данным (половой, возрастной состав, длительность заболевания, активность процесса) группы были сравнимы.

Диагноз заболевания подтвержден данными клинико-лабораторных исследований, фиброколоноскопии с прицельной биопсией слизистой толстого кишечника из измененных участков, а также микробиологических исследований кишечной микрофлоры.

Контрольные исследования проводились через месяц, 3 и 6 месяцев после основного курса лечения.

Результаты и обсуждение. Исследование кишечной микрофлоры выявило у всех пациентов НЯК дисбиотические изменения, которые в большинстве случаев были представлены дисбиозом II и III степени. Так, дисбиоз I степени выявлен у 3 пациентов общей группы (13,6%), дисбиоз II степени - у 7 (31,8%) и дисбиоз III степени - у 12 пациентов с НЯК (54,6%).

Дисбиотические изменения в подавляющей части случаев в период обострения сопровождалось снижением количества бифидобактерий у $80,0 \pm 8,0\%$ больных в концентрации ($\leq 10^8$ КОЕ/г), лактобактерий у $48,0 \pm 10,0\%$ ($\leq 10^6$ КОЕ/г) и кишечной палочки

с нормальной ферментативной активностью у $52,0 \pm 10,0\%$ ($\leq 10^7$ КОЕ/г). Вместе с тем отмечалось увеличение в толстом кишечнике количества представителей условно-патогенной флоры. Так, протей увеличивался у $40,0 \pm 9,8\%$ и кандиды у $64,0 \pm 9,6\%$ больных в концентрации ($\geq 10^4$ КОЕ/г), цитробактер у $64,0 \pm 9,6\%$ и клостридии у $72,0 \pm 8,9\%$ в концентрации ($\geq 10^5$ КОЕ/г).

Исследование микробной флоры через месяц после лечения показало, что после завершения основного курса лечения в обеих группах произошло перераспределение показателей дисбиотических изменений в сторону уменьшения дисбиоза. Так, на этом этапе исследования в первой группе у большинства пациентов, либо отсутствовали изменения, либо выявлялся дисбиоз первой степени, тогда как во второй группе более чем у половины больных сохранялся дисбиоз II или I степени.

Сравнительный анализ изменений микробной флоры кишечника после 3-х месячного курса лечения бифидобактерином показал, что в первой группе больных (рис.1), происходят значительные сдвиги в составе микробной флоры.

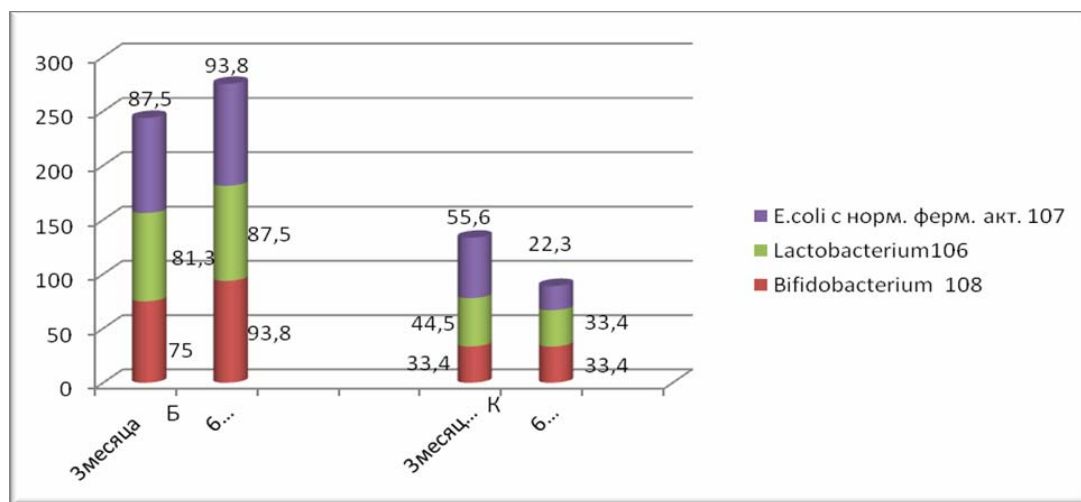


Рисунок 1 - Изменения состава резидентной микрофлоры кишечника после лечения (Б-группа получавшая бифидобактерин в сочетании с месалазином, К-контрольная). В %выражена количество больных с уровнем изучаемой микрофлоры.

Так, в группе (Б), количество больных с нормальным уровнем бифидобактерий составила $75,0\%$, лактобактерий у $81,3\%$ и кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью у $87,5\%$. Тогда как во второй группе через 3 месяца только $33,4\%$ больных имели нормальное содержание бифидобактерий, $44,5\%$ лактобактерий и $55,6\%$ кишечную палочку с нормальной ферментативной активностью.

Наиболее значимые различия в состоянии кишечного микробилценоза наблюдались через 6 месяцев. Так, в группе Б в содержимом толстого кишечника уровень бифидобактерий и кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью у $93,8\%$, а лактобактерии у $87,5\%$ больных пришел к норме. Тогда как в контрольной группе, нормальная концентрация бифидо- и лактобактерий только у $33,4\%$ и кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью у $22,3\%$ больных.

Изменения уровня условно-патогенной микрофлоры через 3 и 6 месяцев лечения представлено на рис. 2.

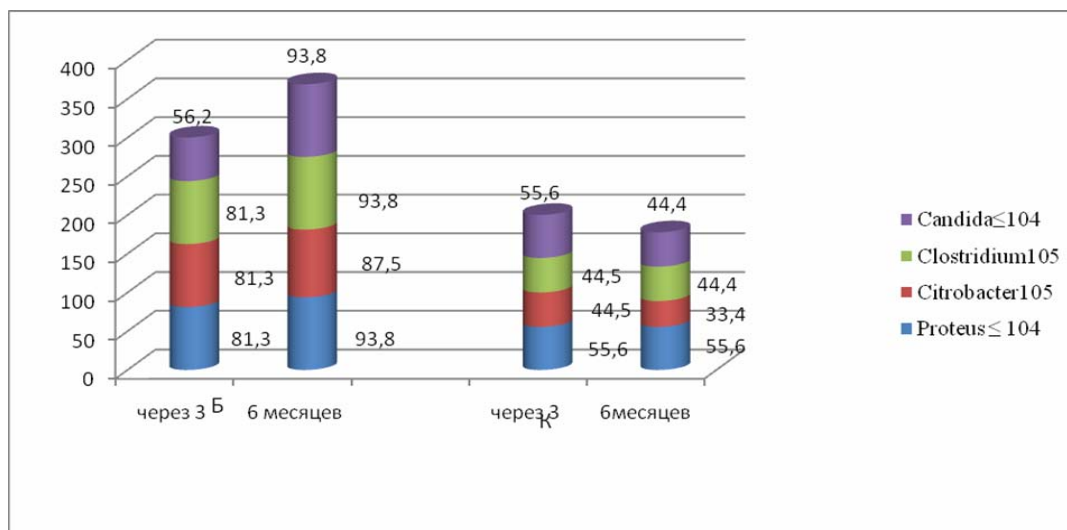


Рисунок 2 - Изменения состава условно-патогенной микрофлоры кишечника после лечения

Из данного рисунка видно, что уровень (Б-группа получавшая бифидобактерин в сочетании с месалазином, К- контрольная). В процентах выражена количество больных с уровнем изучаемой микрофлоры. Протея, цитробактер, клостридий у 81,3%, кандиды у 56,2% больных через 3 месяца в группе Б пришел к норме, тогда как в контрольной группе у 44,5% и более оставался в высокой концентрации. Через 6 месяцев условно-патогенная микрофлора в группе Б практически нормализуется, тогда как в контрольной группе остается на прежнем высоком уровне. Нормализация микробного спектра толстого кишечника сопровождается клинической ремиссией в первой группе и, напротив, активацией процесса во второй группе. Таким образом, сочетание стандартной базисной терапии НЯК с пролангированным приемом бифидобактерина способствует нормализации уровня резидентной, так и условно- патогенной микрофлоры и позволяет добиться «удержания» медикаментозно индуцируемой ремиссии заболевания.

Литература

1. Адлер Г. Болезнь Корона и язвенный колит /Пер.с нем. А.А. Шептулина. М.,2001.500с.
2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Тверь,2002.128с.
3. Наврузов С.Н., Даутов Ф.А., Якубова Н.Р. Микрофлора кишечника при неспецифическом язвенной колите // Врач. дело.1990. № 8. -С. 23-29.

Түйін

БЕЙСПЕЦИФИКАЛЫ ОЙЫҚЖАРАЛЫ КОЛИТ КЕЗІНДЕГІ ПРОБИОТИКТІК ТЕРАПИЯ

Т.Р. Омаров, К.Е. Азигаев,
Д.К. Туребаев, С.У. Хамзина, Ш.Д. Омарова

Науқастардың екі тобында тоқішектің микрофлорасы және бейспецификалы ойықжаралы колиттің (БОК) клиникалық ағымы зерттелді. Бір топ базистік терапиямен бифидобактеринді 6 ай бойы қабылдады. Бақылау тобы бір ай бойы тек базистік терапияны қабылдады.

Тоқішектің клиникалық ағымын және микробтық спектрін 3-6 ай бойы қозғалыста бақылау – БОК стандарт базистік терапияның бифидобактеринді пролангилік қабылдаумен үйлесуі резиденттік, шартты-патогенді микрофлора деңгейінің қалыпқа келуіне жәрдемдесетіндігін және аурудың медикаментті индукциялы ремиссиясын «тоқтатуға» мүмкіндік беретіндігін көрсетті.

Summary
PROBIOTIC THERAPY FOR ULCERATIVE COLITIS

*T.R. Omarov, K.E. Agibaev,
D.K. Turebaev, S.U. Hamsina, Ch.D. Omarova*

We studied the microflora of the colon and the clinical course of the NUC in the two groups of patients, one with basic therapy took bifidobacterin, who continued to take another 6 months. The control group received only basic therapy for a month. Observation of the dynamics of the clinical course and microbial spectrum of the large intestine for 3 and 6 months showed that the combination of the standard basic therapy with prolonged intake NUC bifidobakterina helps normalize the level of resident and pathogenic flora and allows for "hold" medication-induced remission .

УДК 615.371:616-078:616.233.08

**ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И
ПРИМЕНЕНИЕ БИФИФОРМА**

*Т.Р. Омаров, Ш.Д. Омарова, С.У. Хамзина
АО «Медицинский Университет Астана»*

Введение. Проблемы хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) заслуживает пристального внимания в связи с высокой ее частотой в популяции. Ежегодно диагностируется примерно 25% новых случаев заболевания. В США 11,2 млн человек страдают хронической обструкцией легких [1]. В Англии 10% населения в возрасте 40-70 лет имеют данную патологию [2]. В России в 2003г., по данным Минздравсоцразвития РФ, было зарегистрировано 2,4 млн больных ХОБЛ.

Лечение антибактериальными препаратами всегда приводит к развитию дисбиоза. В связи с чем использование пробиотиков в комплексной терапии ХОБЛ очень важно. Использование препаратов из нормальной микрофлоры в лечебных целях известно с древнейших времен. Как правило, используются различные штаммы бифидо- и лактобактерий, непатогенные штаммы кишечной палочки энтерококков. Показано, что бифидо-и лактобактерии стимулируют фагоцитарную активность макрофагов[3].

Целью исследования явилось изучение влияния бифиформа на показатели иммунограммы и микрофлору толстого кишечника у больных обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Нами изучена динамика показателей иммунной системы и микрофлора толстого кишечника у 30 больных хронической обструктивной болезнью легких. Диагноз хронического бронхита выставлен на основании анамнеза заболевания, клинических, рентгенологических данных. Все больные были разделены на две группы по 15 человек. Первая группа больных с комплексной противовоспалительной терапией получала бифиформ по 2кап 3раза в день и линекс по 1 кап 3раза вдень в течение месяца. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Для оценки состояния иммунного статуса определялись следующие показатели иммунной системы: количество лейкоцитов, Т- и В- лимфоциты, подсчитывали регуляторный индекс, концентрацию циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови, фагоцитарную активность нейтрофилов, тест восстановления нитросинего тетразолия (NSTтест) по унифицированным методам [4].

Количественным бактериологическим методом изучали микрофлору кишечника у больных хронической обструктивной болезнью легких[5]. Исходно микробиологические изменения микрофлоры толстой кишки были представлены следующей аэробной и анаэробной флорой:

в обеих группах наблюдалось снижение общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью у 12 (40%) больных из 30, снижением уровня бифидобактерий и лактобактерий у 26 (86%) и 24(80%) больных соответственно. Количественные изменения аэробной флоры выражались в нормальном количестве кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью, гемолитической кишечной палочки, увеличением условно-патогенной микрофлоры у 23 (76,6%), обнаружены грибы рода кандиды у 20 (66,6%). Общее количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью было снижено у 13-х (43,3%) больных. Полученные данные позволяют сделать заключение о широком распространении дисбиоза кишечника у больных ХОБЛ.

Изучение иммунного статуса больных ХОБЛ представлена в таблице.

Таблица - Иммунологические показатели периферической крови у больных ХОБЛ

Исследуемые показатели	Здоровые n=20	Больные ХОБЛ		
		до лечения n=30	после лечения	
	M ± m		M ± m p ₁	1 группа n=15
				M ± m p ₂
То-лимфоциты %	49,20±0,26	42,67±1,21**	44,91±1,84	43,20±1,04
В-лимфоциты %	12,20±0,17	15,60±1,11*	13,09±0,68	13,87±0,43
О-клетки%	45,15±0,16	41,73±1,50*	43,82±1,70	57,07±1,13**
Та-%	37,70±0,16	39,40±0,31**	37,27±0,20*	38,87±0,20
Тх%	35,10±0,16	35,00±1,15	34,91±1,00	34,87±1,12
Тс%	14,35±0,27	8,33±0,78**	10,00±0,28	8,07±0,78
Тх/Тс	2,47±0,05	4,65±0,38**	3,99±0,49	4,55±0,30
РНА-клетки %	12,75±0,17	16,00±0,93**	13,09±0,52*	16,53±0,70
Е-РОН %	18,80±0,34	13,33±0,68**	16,91±1,58	13,33±0,68
Ин усл.ед.	2,01±0,04	3,25±0,15**	2,96±0,36	3,25±0,15
Фа. %	77,10±0,25	65,87±2,99**	77,55±2,88*	67,13±2,78
NST-спонт %	5,50±0,11	4,20±0,80	7,09±0,59*	5,20±0,47
NST-стимул%	15,40±0,11	4,27±0,62**	14,91±0,69**	8,47±0,49
ЦИК-усл.ед.	13,30±0,27	25,07±2,45**	19,91±2,49	21,53±1,52

Примечани е- $p_1^* < 0,05$ в сравнении ХОБЛ со здоровой группой; $p_2, p_3^{**} < 0,001$ сравнение с группой до лечения

Из данных таблицы видно, что в период обострения (таблица) изменения касались, прежде всего, Т-клеточного звена иммунитета. Выявлено снижение То-лимфоцитов на 13,3 %, тогда как Тх остаются на прежнем уровне, Тс снижаются на 42% и увеличивается соотношение Тх/Тс на 88%, что свидетельствует о нарушении клеточного иммунитета. Уровень В-лимфоцитов повышается на 27%.

Увеличение юных форм Т- лимфоцитов (РНА-клеток), с недостаточно высокой рецепторной активностью, связано с реакцией иммунной системы на чужеродное и часто указывает на тяжесть патологического процесса. Уменьшение количества Е-РОН в период обострения на 29% свидетельствует об уменьшении поглотительной способности нейтрофилов и указывает на снижение процессов очищения организма. Увеличение в 1,6 раза индекса нагрузки свидетельствует о тяжелом течении хронического воспалительного процесса на фоне пониженной сопротивляемости организма. Снижение NST – спонтанного, стимулированного и фагоцитов свидетельствует о депрессии фагоцитарной системы. Циркулирующие иммунные комплексы увеличиваются в два раза и указывают о наличии хронического воспаления.

После лечения в 1-ой группе больных наблюдается повышение количества Т-лимфоцитов, О-клеток, Тс, хотя до уровня величин у здоровых не достигает. Показатели В-лимфоцитов, Та и РНА-клетки приходят к норме, свидетельствуя о стихании воспаления. Коэффициент Тх/Тс и индекс нагрузки снижается и приближается к норме, что является проявлением повышения сопротивляемости организма. Повышение Е-РОН и приближение к нормальным показателям указывает на увеличение поглотительной способности нейтрофилов и повышении процессов очищения бронхов. Показатели NST – спонтанного, NST-стимулированного и фагоцитов приходят также к норме и свидетельствуют о нормализации фагоцитарной активности. Циркулирующие иммунные комплексы снижаются и приближаются к показателям у здоровых лиц и свидетельствуют о стихании хронического воспаления.

Во второй группе больных также повышается количество Т-лимфоцитов, Та, В-лимфоцитов, но в меньшей степени, чем в первой группе. Величина Тх, Тс⁺ остается сниженной. Показатели Тх/Тс, РНА-клеток, индекс нагрузки остаются повышенными несмотря на проводимую терапию. После лечения произошли изменения и микробиоциноза кишечника. В кале нормализовалось количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, бифидобактерий и лактобактерий. Количественные изменения аэробной флоры выражались в нормальном количестве кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью, гемолитической кишечной палочки, исчезла условно-патогенная микрофлора, грибы рода кандиды. Во второй группе больных микрофлора кишечника практически не изменилась. Положительные сдвиги со стороны иммунологических и микробиологических показателей в первой группе больных сопровождались улучшением состояния больных и купированием клинических симптомов. Тогда как во второй группе пациентов заболевание имело затяжное течение и сохранялись дисбиотические жалобы на вздутие, урчание в животе, газообразование, повышенную перистальтику кишечника. Таким образом, подключение к комплексной терапии больных ХОБЛ бифиформа и линекса положительно влияет на течение заболевания и нормализацию микрофлоры слизистых кишечника.

Выводы

1. У больных ХОБЛ в период обострения отмечается снижение активности клеточного иммунитета (уменьшение количество Т₀, Тс при неизменном количестве Тх и повышение коэффициента Тх/Тс).
2. Преобладают супрессорно-киллерные клетки, увеличиваются предшественники Т-клеток, что может быть причиной нарушения взаимодействия Т₀ - и В-лимфоциты, приводящий к угнетению образования антител и усилению аутосенсibilизации лейкоцитов.
3. Выявлена однонаправленная связь между изменениями клеточного звена иммунитета и микробиоцинозом кишечника. Снижение активности Т-клеточного звена иммунитета сопровождается дисбиозом кишечника.
4. Выявленный дисбиоз кишечника у больных ХОБЛ делает необходимым назначение пробиотиков с целью его коррекции.

Литература

1. Соколова С.Ю., Осипов Ю.А., Билев Л.Е. Состояние микрофлоры кишечника у больных хронической обструктивной болезнью легких и ожирением// 1.National Center for Health Statistics. Report of final mortality statistics. Bethesda;2002.-С.45-48.
- 2.Neumann E., Oliveira M.A., Cabral C. M. et al. Monoassociation with Lactobacillus acidophilus UFV-H2b20 stimulates the immune defense mechanisms of germfree mice // Braz. J. Med. Biol. Res.-1998.-Vol.31,№ 12.-P. 1565-1573.
3. Терновская Л.Н., Алешкина А. В., Патрушева Е.В. Влияние эубиотиотических препаратов на активность кислородзависимых бактерицидных систем эпителиоидных клеток кишечника // Пробиотические микроорганизмы-современное состояние вопроса и перспективы использования : Материалы конф.-М., 2002.- С.62-67.
4. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология.-М.,1995.-219с.

5. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника: Методическое указание №10.05.044.03. Алматы.2003.22с.

Түйін

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫ АУРУЫ ЖӘНЕ БИФИФОРМАНЫ ҚОЛДАНУ

Т.Р.Омаров, Ш.Д.Омарова, С.У.Хамзина

ӨСОА ауыратын науқастардың имундық статусын зерттеу жасушалық иммунитет белсенділігінің және ішек микробиоценозымен корреляциялық байланысының төмендегенін көрсетті. ӨСОА ауыратын науқастарды кешенді емдеуде бифиформаны тағайындау клиникалық симптомдардың, имундық статус көрсеткіштерінің және ішек микробиоценозының жақсаруына жәрдемдесті.

Summary

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND USE OF BIFIFORM

T.R. Omarov, Sh.D. Omarova, S.U. Hamsina

Study of the immune status of patients with COPD showed a decrease in the activity of cellular immunity. Biform administration into complex therapy of patients with COPD contributed to improving of clinical symptoms, indicators of immune status and microbiocoenosis of intestine.

УДК 616.13.002.2-004.6:616.16-092-02-092-08

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО МЕТОДА СНИЖЕНИЯ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

*К.П. Ошакбаев¹, Р.А. Арешов², А.С. Идрисов³, М.О. Жакупбекова³, Б.М. Оспанова³
Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи (Астана)¹,
Республиканская поликлиника КНБ (Алматы)²,
АО «Медицинский университет Астана»³*

Введение. Атеросклероз (АС) сложное и опасное заболевание, являющееся ведущей причиной смерти в цивилизованном мире. В основе многих «болезней цивилизации», таких, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт, артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет 2 типа (СД), псориаз, подагра и др., а также таких состояний, как дис- и гиперлипидемия, гипергликемия, гиперинсулинемия, гиперкортизолемия, гиперурикемия, микроальбуинурия и др., лежат процессы развития АС [1-4]. В течение последних двадцати с лишним лет заболеваемость АС в мировом масштабе растет [3]. Параллельно растет смертность от осложнений АС, которая в целом составляет 75-85% в структуре общей смертности [4]. Важно понимать, что АС это системное заболевание, и если проблемы возникают в одном сосудистом бассейне (например, мозговое кровообращение), то вслед за этим может развиваться катастрофа и в другом (инфаркт миокарда).

Ранее считалось, что АС – заболевание пожилого возраста. Однако в наше время это заболевание приняло характер эпидемии и охватило практически все население развитых стран. АС все чаще поражает людей молодого возраста. Атеросклеротические бляшки находят даже в сосудах у маленьких детей. А среди пожилых людей распространенность атеросклеротического поражения сосудов приближается к 100% [2-4].

В связи с этим, проблема клинического решения задачи по борьбе с этим все угрожающим и распространяющимся патологическим процессом является социально-значимой, и она ставит сложнейшие задачи перед медицинской наукой.

В связи с этим **целью данного исследования** явилось оценить клинический и физиологический эффекты при снижении избыточной массы жировой ткани (ИМЖТ) у больных с АС.

Материал и методы. Вид исследования: проспективное, открытое рандомизированное клиническое, сравнительное, контролируемое (Intention to treat analysis). Всего в исследование включено 71 человек с различными проявлениями атеросклеротического процесса в возрасте $42,3 \pm 1,6$ лет, в том числе 34 (47,9%) женщин. Из 71 снижение ИМЖТ проведено у 26 пациентов с АС (основная группа) в возрасте $49,0 \pm 2,7$ лет, в т.ч. 12 женщин (46,2%). Исключены пациенты с инфекционными заболеваниями.

В качестве сравнительной группы (контрольная группа) включены 30 пациентов с АС (в возрасте 26-70 года, в среднем $47,5 \pm 1,9$ года, в том числе 14 женщин), где проводилась традиционная медикаментозная терапия АС с включением патогенетических – сахароснижающих, липидокорректирующих, антигипертензивных, противовоспалительных и симптоматических методов терапии. Для контроля углеводного обмена назначался один из сахароснижающих таблетированных препаратов (пиоглитазона гидрохлорид по 30 мг \times 1р. в сут., метформин по 0,5-1,5 г \times 1р. в сут., экзенатид по 5-10 мкг \times 1р. сут.) [5].

Главными задачами традиционной медикаментозной терапии клинических проявлений АС были: достижение хорошего метаболического контроля, оптимального уровня артериального давления (АД), и предупреждение сердечно-сосудистых осложнений [6].

Течение АГ у контингента больных с нарушенным углеводным обменом отличается большой «рефрактерностью» к антигипертензивной терапии, поэтому в контрольной группе использовалась комбинированная антигипертензивная терапия, включающей использование ИАПФ – диротон (лизиноприл, Gedeon Richter Ltd) по 10 мг \times 2р. в день, и дилтиазем (блокатор кальциевых каналов из группы бензодиазепинов, Lannacher, Austria) до 90 мг ежедневно [7].

Для коррекции дислипидемии использовался аторвастатин (Липримар по 40 мг/сут), назначение которого происходило традиционным способом, начиная с небольших доз (10-20 мг/сут), постепенно титруя дозу до достижения целевых уровней параметров липидного обмена с контролем уровней печеночных ферментов и диспепсических расстройств. В процессе лечения у 2 пациентов возникли проблемы с печенью, при этом уровень АЛТ повысился >150 МЕ/л, АСТ – >120 МЕ/л. В последующем эти пациенты были по их просьбе переведены в основную подгруппу.

По показаниям проводилась симптоматическая терапия, включавшая дезинтоксикационную терапию (реополиглюкин, полярная смесь), микроциркуляторную терапию (трентал, дипиридамол, курантил), дезагрегантную терапию (аспирин, клопидогрель), витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂), седативную терапию, метаболическую терапию. Проведение медикаментозных методов лечения АС не исключали параллельного присоединения таких не медикаментозных мероприятий, как отказ от вредных привычек – употребления курения и алкоголя, изменение стереотипов питания, повышение физической активности.

Снижение ИМЖТ проводилось путем использования принципов «аналиментарной детоксикации» (АНАДЕТ) [8-10]. Длительность лечения по методу АНАДЕТ составляла от 10 до 35 дней в зависимости от течения, тяжести, стадии заболевания.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н. Лапач и соавт. [11]. Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$). При сравнении статистических гипотез использовали критический уровень значимости $p < 0,05$. Для выяснения взаимосвязи между показателями использован множественный корреляционный анализ (r) и многомерный линейный регрессионный анализ с моделью вычисления ОШ с ДИ при 95% достоверности.

Результаты и обсуждение. Клиническая характеристика больных с АС была следующей: ИБС, постинфарктный кардиосклероз у 12 пациентов (46,2%), Атеросклероз тазобедренных сосудов (болезнь Лериша) – у 2 (7,7%), СД 2 типа – у 14 (53,8%), Нарушенная толерантность к глюкозе – у 12 (46,2%), Дислипидемия у 26 (100%), в том

числе, гиперхолестеринемия – у 17 (65,4%), увеличение триглицеридов (ТГ) в крови – у 9 (34,6%), снижение ЛПВП – 11 (42,3%), АГ – у 26 (100%), наличие ИМЖТ (оценка по измерению импеданса) – у 26 (100%), болезнь Альцгеймера – у 4 больных (15,4%). В последних многоцентровых рандомизированных исследованиях показано, что нарушение углеводного обмена и СД 2 типа являются проявлениями АС [12,13]. У одного и того же больного, как правило, были несколько патологических компонентов АС.

Сравнительная характеристика показателей АД, уровня гемоглобина, глюкозы, липидов в крови, минеральная плотность костной ткани (МПКТ) до и после лечения в группе больных АС, получивших традиционную медикаментозную терапию (контрольная группа) и терапию по снижению ИМЖТ (основная группа) представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика показателей АД, уровня гемоглобина, глюкозы, липидов в крови, МПКТ до и после лечения в группе больных АС получивших традиционную медикаментозную терапию и терапию по снижению ИМЖТ.

Исследуемые группы		САД, мм.рт. ст.	ДАД, мм.рт.с т.	Гемо- глобин, г/л	Глюкоза, ммоль/л	Холестерин , ммоль/л	ТГ, г/л	МПКТ, ЕД
Контрольная группа, n=30	до лечени я	149,4 ±3,4	94,8 ±2,2	132,1 ±2,2	6,40 ±0,49	5,60 ±0,1	2,15 ±0,05	74,0 ±2,9
	после лечени я	137,6 ±5,1	93,1 ±2,1	134,0 ±2,4	5,27 ±0,37	5,24 ±0,16	1,92 ±0,09	73,2 ±1,6
Основная группа, n=26	до лечени я	151,5 ±3,9	99,2 ±2,9	129,1 ±2,65	6,43 ±0,46	5,72 ±0,13	2,31 ±0,1	71,6 ±2,79
	после лечени я	121,8 ±2,1	81,6 ±1,8	140,3 ±1,6	4,37 ±0,38	4,26 ±0,15	1,62 ±0,09	98,8 ±2,7
<i>p</i> до и после лечения в контрольной группе <		0,03	0,289	0,281	0,036	0,031	0,015	0,405
<i>p</i> до и после лечения в основной группе <		0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

По сравнительным данным таблицы 1 видно, что в группе традиционного лечения АС происходит улучшение показателей систолического АД (САД), уровней глюкозы, холестерина, ТГ крови. Однако традиционное медикаментозное лечение АС не приводит к достоверному улучшению показателей диастолического АД (ДАД) ($p=0,289$), уровня гемоглобина крови ($p=0,281$) и МПКТ ($p=0,405$). Обращает на себя внимание, что в основной группе на фоне методики АНАДЕТ происходило более существенно достоверное ($p<0,001$) снижение показателей САД, ДАД, уровней глюкозы, холестерина, ТГ крови. Происходило достоверное повышение уровня гемоглобина крови ($p<0,001$) и МПКТ ($p<0,001$).

В результате терапии методом алиментарной детоксикации у всех 26 больных с АС было объективизировано снижение массы тела на 10-35 кг за счет абдоминального компонента жировых запасов (Профессиональный анализатор состава тела «Tanita-SC330S» (Japan)) – снижение уровня висцерального жира. Начиная с 4-6 дней лечения, моча становилась более мутной и интенсивно окрашенной (темной), чего не было раньше до лечения, и оставалась таковой в течение нескольких дней.

Микроскопия осадка мочи показала, что мутность мочи обуславливалась в основном за счет органических солей. Объективизировано повышение СОЭ и количества лейкоцитов на 4-6 день. У больных также постепенно наблюдалась регрессия клинических симптомов заболеваний внутренних органов, повышалась физическая и психическая

работоспособность, пациенты отмечали физическое облегчение. У больных с болезнью Лериша по данным УЗДГ восстановилось кровообращение в нижних конечностях, и отмечено восстановление мышечной массы икроножной мускулатуры. У больных с ИБС исчезла клиника стенокардии, повысилась толерантность к физическим нагрузкам, улучшились объективные показатели ЭхоКГ (повысились фракция выброса (с $56,3 \pm 1,1\%$ до $72,1 \pm 1,3\%$), ударный объем (с $65,4 \pm 1,8$ мл до $89,6 \pm 1,7$ мл). Всеми пациентами, в том числе с нарушениями мозгового кровообращения и болезнью Альцгеймера, было отмечено улучшение памяти, мозговой деятельности, уменьшение умственной утомляемости.

По мере снижения ИМЖТ, адекватно клинической симптоматике, доза прежних лекарственных препаратов снижалась до полной отмены препаратов. Срок наблюдения до года без признаков рецидивов клинических проявлений АС, при условии отсутствия прибавления ИМЖТ. При прибавлении ИМЖТ постепенно возобновлялась симптоматика соответствующей клиники АС, но снижение ИМЖТ приводило к ликвидации клинических симптомов.

При снижении избыточной массы тела принципиально важно выяснение того, за счет какой ткани идет снижение. Если бы происходило за счет белковых структур таких, как мышцы, кости, паренхиматозные и серозно-слизистые ткани внутренних органов, то данное снижение массы тела привело бы к угрожающим белково-дефицитным состояниям со всеми вытекающими последствиями. Сравнительные результаты данных анализатора состава тела «Tanita SC-330» до и после лечения в группе больных АС, где проводилось снижение массы тела на методе АНАДЕТ, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика данных Анализатора состава тела «Tanita SC-330» до и после лечения в группе больных АС, получивших терапию по снижению ИМЖТ (основная группа).

Показатели	До лечения (n=26)		После лечения (n=26)		t-крит.	p=
	М	m	М	m		
Масса тела (кг)	85,88	4,56	75,97	4,45	1,56	0,07
ИМТ (кг/м ²)	29,86	1,37	26,39	1,32	1,82	0,04
Жир (%)	29,48	1,98	20,27	2,57	2,84	0,004
Жир (кг)	26,88	2,96	17,64	3,07	2,16	0,02
Уровень висцерального жира (ЕД)	11,33	1,27	8,17	1,22	1,79	0,04
Метаболический возраст (годы)	56,30	3,86	46,45	3,65	1,86	0,0372
Нежировая масса тела (кг)	59,01	2,17	58,37	1,97	0,22	0,41
Вода (кг)	43,03	1,74	42,45	1,57	0,25	0,40
Вода (%)	51,23	1,39	57,91	1,94	2,80	0,005
Мышечная масса (кг)	55,91	2,08	55,39	1,89	0,18	0,43
Мышечная масса (%)	66,80	1,89	75,74	2,47	2,88	0,004
Костная масса (кг)	3,10	0,10	2,97	0,09	0,96	0,17
Основной обмен (ккал/сут)	1787,66	67,24	1419,86	63,32	1,82	0,0402
Импеданс (Ом)	502,50	10,20	467,42	8,78	1,86	0,036

Из данных таблицы 2 видно, что снижение массы тела в основной группе достоверно происходит за счет жировой ткани (p= 0,02). При этом процентное содержание воды и мышечной ткани имеет достоверную тенденцию к увеличению (p=0,005 и 0,004 соответственно), тогда как фактически достоверного увеличения массового содержания воды или мышечной массы не происходило. Обращает на себя внимание то, что со снижением жировой массы не происходило изменения нежировой массы тела (тощая

ткань). Эти данные свидетельствуют о том, что на основе применения методики АНАДЕТ происходит исключительно за счет жировой массы тела, при этом абсолютный уровень тощей ткани, включающей мышечную, костную массы, достоверно не изменяется.

По данным таблицы 2 показано, что со снижением ИМЖТ достоверно снижаются показатели метаболического возраста ($p=0,037$), основного обмена ($p=0,04$) и импеданса ($p=0,036$).

Регрессионный анализ взаимосвязи между показателями метаболического возраста и некоторыми показателями избыточной массы жировой ткани такими, как жировая масса тела и уровень висцерального ожирения, представлена на рисунке 1.

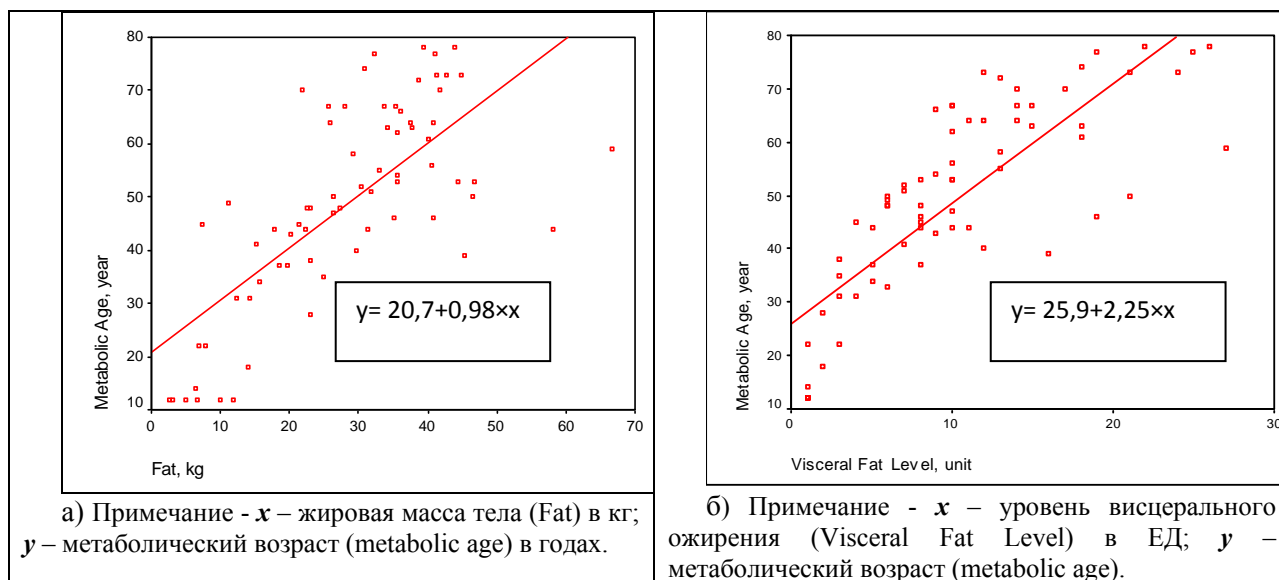


Рисунок 1 - Прямая регрессионная взаимосвязь между показателями жировой массы тела и показателями метаболического возраста (а); уровнем висцерального ожирения и показателями метаболического возраста (б).

По данным регрессионного анализа видно (рис.1), что существует достоверная прямо пропорциональная регрессионная взаимосвязь между показателями метаболического возраста и жировой массы тела ($r=0,71$; $p<0,001$), то есть при увеличении жировой массы тела на 1 кг происходит увеличение метаболического возраста на 0,98 лет.

Также выявлена достоверная прямо пропорциональная регрессионная взаимосвязь между показателями метаболического возраста и уровнем висцерального ожирения ($r=0,8$; $p<0,001$), то есть при увеличении на 1 ЕД увеличение метаболического возраста происходит на 2,25 лет.

Вследствие того, что показатели импеданса (сопротивление) зависят от состава тела, особенно жировой массы тела, то, изучая показатели импеданса, можно судить о характере изменений состава тела в течение периода снижения массы тела. Например, представляет научный интерес, когда начинается процесс липолиза в организме при отсутствии алиментарного приема пищи.

Нами также отмечено, что на методе АНАДЕТ впервые 4-6 дней снижение веса происходит наиболее интенсивно. Соответственно впервые 4-6 дней процесса снижения веса происходило повышением показателя импеданса ($514,2\pm 8,0$ Ом), а в последующие дни понижался до отметки $467,4\pm 8,8$ Ом.

Проведенное исследование показало, что традиционное медикаментозное лечение АС не приводило к достоверному улучшению показателей ДАД, уровня гемоглобина крови и МПКТ. Тогда как в группе, где использовалась методика по снижению массы тела на фоне

методики АНАДЕТ, происходило более эффективное снижение САД, уровней глюкозы, холестерина, ТГ крови, кроме того, происходило достоверное снижение ДАД и повышение уровней гемоглобина крови и МПКТ ($p < 0,001$).

Полученные нами данные подтверждаются данными литературы, что комплексная медикаментозная гипополипидемическая терапия у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с СД 2 типа не приводит к повышению ЛПВП или к снижению ЛПНП [14,15,16].

Снижение массы тела у больных с АС на методе АНАДЕТ отмечено выраженным и достоверным, причем снижение массы тела происходило исключительно за счет жировой массы тела. Полученные нами результаты по изменению структуры массы тела при ограничении питания согласуются с данными литературы [17], утверждающими, что потери белка при разгрузочно-диетической терапии у больных ожирением происходило незначительно.

Kennedy L.M. et al. (2006) при изучении 5547 пациентов с инфарктом миокарда выявили закономерность между повышением массы тела и увеличением клинических случаев инфаркта миокарда [18].

В нашем исследовании показано, что со снижением ИМЖТ происходило адекватное снижение дозы патогенетической медикаментозной терапии вплоть до её адекватного исключения. Этот факт может связан с тем, что со снижением ИМЖТ снижается потребность организма в фармакологических препаратах, частично поддерживавших определенный метаболизм и в данной избыточной жировой ткани. Жировая ткань является «уловителем» различных веществ, в том числе и лекарственных. Со снижением ИМЖТ уменьшаются потери лекарственного препарата, депонирующихся в ней. Поэтому потребность в дополнительном введении лекарства в организм логично утрачивается.

Установлено, что со снижением ИМЖТ достоверно снижаются показатели метаболического возраста, основного обмена и импеданса. Эти данные могут свидетельствовать о неблагоприятном воздействии ИМЖТ на функционирование органов и систем. Увеличение показателей импеданса свидетельствуют о нарушении проводимости нервных импульсов, увеличение показателей основного обмена – могут указывать на напряженность обмена веществ, увеличение метаболического возраста показывает об интенсификации процессов износа и старения организма.

По данным литературы известно, что лица без избыточной жировой массы тела имеют более долгую ожидаемую продолжительность жизни [19]. В эксперименте при ограничении питания увеличивается продолжительность жизни, связанная с положительным влиянием на энергетический дисбаланс [20].

Ограничение калории может продлить долголетие и модулировать метаболические и сосудистые заболевания. Исследования Kondo M. et al (2009) показали, что ограничение калорий могут способствовать реваскуляризации через механизм eNOS-зависимого AMF-активированной протеинкиназы, опосредованный адипонектином [21].

В нашем исследовании далее отмечено, что при снижении ИМЖТ на методе АНАДЕТ впервые 4-6 дней снижение веса происходит повышение показателя импеданса, а затем в последующие дни начал понижаться. Попытаемся проанализировать полученные данные. Вследствие того, что происходит повышение показателя импеданса впервые 4-6 дней процесса снижения веса (до потери первых 5-6 кг массы тела), это свидетельствует о том, что снижение данного веса тела происходит за счет потери водной массы. Действительно впервые дни АНАДЕТ происходит использование запасов углеводов тела [22]. Углеводы имеют химическую способность по притягиванию молекулярной воды, поэтому с потерей углеводов происходит и снижение водной массы тела. Потеря веса за счет водной массы приводила к повышению показателя импеданса. Вследствие того, что начиная с 4-6 дней, потеря веса происходит за счет жировой массы тела, показатели импеданса начинают понижаться. То есть, когда показатели импеданса начинают

понижаться, то это может быть свидетельством того, что потеря веса происходит за счет жировой массы тела.

Начиная с 4-6 дней алиментарной детоксикации отмечено обострение патологических процессов. Обострение патологических процессов при снижении ИМЖТ связывается с активизацией иммунологической системы в сторону элиминации избыточных органических веществ из организма [23-25].

Заключение. Таким образом, немедикаментозный способ снижения избыточной массы жировой ткани методом «алиментарной детоксикации» (закрывающийся в использовании «старых липидов»), по сравнению с медикаментозным способом лечения, явился высокоэффективным способом лечения клинических проявлений АС.

Полученные результаты, дизайн исследования и научная обоснованность позволили сказать, что атероматозные жиры могут возникать в онтогенезе организма на основе хронической дисфункции ИМЖТ, и соответственно исчезать (сжигаться) в условиях снижения жировой массы тела на методике «алиментарной детоксикации», когда возникает необходимость в энергетических ресурсах.

Недостатки исследования. Представления о возможной роли ИМЖТ в этиологии АС отличаются незавершенностью, проведенное рандомизированное клиническое исследование имеет небольшую выборку, а также для установления точных взаимосвязей между ИМЖТ и развитием АС, учитывая современный уровень доказательной медицины, несомненную актуальность приобретает проведение масштабных исследований в данном направлении.

Финансирование. Данная работа выполнена в рамках Гранта ОФ «Фонд Первого Президента Республики Казахстан» на 2009-2010 годы, договор №69-09 от 23.06.2009г., приказ №28п от 06 мая 2009 года.

Литература

1. Laakso M., Sarlund H., Salonen R. et al. Asymptomatic atherosclerosis and insulin resistance. //Arterioscleros. and Thrombos. – 1991. - 11. – P.143-47.
2. Schwartz C. J., Valente A. J. The pathogenesis of atherosclerosis. In: Frei B., ed. Natural antioxidants in human health and disease. Orlando, FL: Academic Press; 1994.
3. Нестеров Ю. Атеросклероз: диагностика, лечение, профилактика: руководство для врачей первичного звена здравоохранения. Медицина: Феникс, Торговый дом, 2007. – 254 с.
4. Bjorge T., et al. Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230,000 Norwegian adolescents //Am J. Epidemiol. – 2008. – 1, 168 (1). - P. 30-37.
5. National Institute for Clinical Excellence. Management of type 2 diabetes--managing blood glucose levels (clinical guideline G). - London: NICE, 2002.
6. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) //European Heart Journal.- 2007. - Vol. 28, № 1. - P. 88-136.
7. Bangalore S., Parkar S., Messerli F.H. Long-acting calcium antagonists in patients with coronary artery disease: a meta-analysis //Am. J. Med. – 2009. – Vol. 122, № 4. – P. 356-365. (Review). - PMID: 19332231.
8. Ошакбаев К.П. Клинический менеджмент при метаболическом синдроме: практическое руководство (под ред. профессора Ж.Абылайулы). - Алматы: Зият Пресс, 2007. – 326 с.
9. Патент на изобретение №13868 от 16.07.2007. «Способ неотложной терапии метаболического синдрома, обусловленного сахарным диабетом 2 типа, осложненного АГ 2-3 стадии, диабетической нефропатией и ХПН 1-2 стадий». /Ошакбаев К.П., Абылайулы Ж., Джусипов А.К. - Бюлл. 7. - Заявка №2002/0688.1 от 23.05.2002. - АС № 38808.
10. Ошакбаев К.П., Абылайулы Ж. Клинический менеджмент обменными процессами при метаболическом синдроме и способ лечения «алиментарная детоксикация» (АНАДЕТ). /Свидетельство о государственной регистрации объекта интеллектуальной собственности Комитета по правам интеллектуальной собственности МЮ РК. - №206 от 21 июня 2006. – ИС 01875.
11. Лапач С.Н., Чубенко и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев, 2000. – 319 с.
12. Pankow J.S. et al. Cardiometabolic risk in impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: the Atherosclerosis Risk in Communities Study //Diabetes Care. – 2007. - 30(2). – P. 325-331.
13. Kearney P.M., et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. //Lancet. – 2008. - 12; 371 (9607). P. 117-125. - PMID: 18191683.

14. Jensen M.K., et al. Obesity, behavioral lifestyle factors, and risk of acute coronary events. //Circulation. – 2008. - 17; 117(24). – P. 3062-3069. - PMID: 18541738.
15. Foster M.C., et al. Overweight, obesity, and the development of stage 3 Chronic Kidney Diseases: the Framingham Heart Study. //Am J Kidney Dis. – 2008. – 52 (1). – P. 39-48. - PMID: 18440684.
16. Colhoun H.M., et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. //Lancet. – 2004. – 364 (9435). – P. 685-696. - PMID: 15325833.
17. Bruce P.W., Jeffrey H.F., Wu G., Malcolm W., Simon C.W., Samuel K. Regional muscle and adipose tissue amino acid metabolism in lean and obese women //Amer. J. Physiol. – 2002. – Vol. 282, № 4 (1). – P. E931–E936.
18. Kennedy L.M.A., Cook T., Dickstein K. et al. The prognostic importance of body mass index in patients with coronary artery disease. //Eur Heart J. – 2006. - 27(Abstract Suppl), 52. – P. 521.
19. Fontana L., Klein S. Aging, Adiposity, and Calorie Restriction. //JAMA. – 2007. – Vol. 297; 9. – P. 986-994.
20. Sohal R.S., Ferguson M. et al. Life Span Extension in Mice by Food Restriction Depends on an Energy Imbalance //J. Nutr. – 2009. – 139; 3. – P. 533-539.
21. Kondo M., Shibata R., Miura R. et al. Caloric Restriction Stimulates Revascularization in Response to Ischemia via Adiponectin-mediated Activation of Endothelial Nitric-oxide Synthase //J. Biol. Chem. – 2009. – 284. – P. 1718-1724.
22. Ошакбаев К.П. Метаболический синдром: этиология, патогенез, диагностика, клинический менеджмент и прогноз: дисс. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук. – Алматы, 2010. - 255 с.
23. Першин Б.Б., Гелиев А.Б., Толстов Д.В., Ковальчук Л.В. Система лимфойдной ткани пищеварительного тракта животных и перорально индуцированная иммунная толерантность //Иммунология. - 2001. - № 6. - С. 10-19.
24. Abedini A., Shoelson S.E. Inflammation and obesity: STAMPing out insulin resistance? News and Commentary. //Immunology and Cell Biology. – 2007. – 85. – P. 399-400.
25. Nishimura S., Manabe I., Nagasaki M. et al. CD8+ effector T cells contribute to macrophage recruitment and adipose tissue inflammation in obesity. //Nature Medicine. – 2009. – 15. – P. 914-920.

Түйін

АТЕРОСКЛЕРОЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАР ДЕНЕСІНІҢ МАЙ САЛМАҒЫН ТӨМЕНДЕТУДІҢ ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ӘДІСІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ НӘТИЖЕСІ

К.П. Ошакбаев, Р.А. Арешов, А.С. Ыдырысов, М.О. Жақыпбекова, Б.М. Оспанова

Мақсаты: атеросклерозбен ауыратын науқастардың артық салмағын түсіру кезіндегі клиникалық және физиологиялық нәтижелерді зерттеу. Қорытынды: атеросклероздың клиникасын жою үшін артық майлы салмақты «аналиментарлық детоксикация» тәсілін қолдана отырып, ескірген майларды пайдалану керек. Бұл ұсынылған тәсіл атеросклерозды емдеудегі дәстүрлі тәсілмен салыстырғанда анағұрлым клиникалық және физиологиялық нәтижелі болып табылады.

Summary

CLINICAL AND PHYSIOLOGICAL EFFECTS OF NON-DRUG FAT REDUCTION METHOD IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROSIS

K.P. Oshakbayev, R.A. Areshov, A.S. Idrisov, M.O. Ghakupbekova, B.M. Ospanova

The purpose of the study was to investigate clinical and physiological effects of non-drug body fat reduction method in patients with atherosclerosis. Thus, non-drug methods of excess fat mass reduction by means of "analimentary detoxification" (which uses "old lipids"), is highly effective in clinical manifestations of atherosclerosis in comparison with drug treatment methods. The results of the study provide wide opportunities and prospects for atherosclerosis treatment.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

С.Б. Сергазиев

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

Введение: Повреждения органов брюшной полости при проникающих ранениях, закрытых и сочетанных травмах органов живота относятся к категории чрезвычайно опасных для жизни повреждений, сопровождающихся высокой летальностью от 0,5 до 6 % при проникающих ранениях брюшной полости, и соответственно достигают 29 – 47,5 % при закрытой сочетанной травме органов живота [1,2,3,4,5,6,7]. В структуре травматизма проникающие ранения брюшной полости составляют в настоящее время 3 – 5 % от всех травматических повреждений и их количество не имеет тенденции к уменьшению. Число пострадавших с закрытой сочетанной травмой органов живота имеют явную тенденцию к увеличению и составляют 22 – 45% среди всех повреждений [4,6,8,9,10].

С другой стороны, у части пациентов от 1% до 50% пострадавших с проникающими ранениями живота, не имеются повреждения органов брюшной полости. Число диагностических («напрасных») лапаротомий при изолированных и сочетанных закрытых травмах живота до настоящего времени остаётся необоснованно высоким, составляя от 24,3% до 52%, а ещё в 5 – 9% случаев выявляются поверхностные повреждения органов брюшной полости [5,11,12,13,14,15,16].

В то же время, лапаротомия, выполненная без достаточных оснований у пострадавших с травмой живота, в значительной степени усугубляет тяжесть состояния, обуславливая тем самым высокий риск развития осложнений и летальности в послеоперационном периоде [4,13].

В условиях высокой специализации неотложной хирургической помощи пострадавшим лицам с травмой живота создаются предпосылки для использования малоинвазивных, высокоэффективных методов диагностики и лечения, основанных на новых медицинских технологиях.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с травмами органов брюшной полости.

Задачи: 1. Провести ретроспективный анализ результатов традиционных методов лечения больных с травмами живота.

2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с травмами живота с использованием видеолапароскопической технологии.

Материалы и методы: В основу работы положен опыт лечения 371 больного с травмами живота (ТЖ), за период с 1992 по 2010 гг. включительно. Из них мужчин - 288 (77,6%), женщин - 83 (22,4%). Возраст больных колебался от 16 до 65 лет, средний возраст их составил $29,1 \pm 1,2$ года.

Исследование больных проводилось по двум направлениям: первое - ретроспективный анализ историй болезней 194 (52,3%) пострадавших с травмой живота (ТЖ), находившихся в клинике с 1992 г. и лечившихся традиционными методами, второе - анализ 177 (47,7%) клинических наблюдений за больными с ТЖ, пролеченных в период с 1998 по 2005 гг. с применением видеолапароскопических технологий.

В этой связи больные каждой группы, в зависимости от примененного способа диагностики и лечения были разделены еще на 2 подгруппы. В первую - контрольную подгруппу пострадавших с закрытыми травмами живота (ЗТЖ) вошли 79 (48,2% из 164) больных, пролеченных с применением традиционных способов, во вторую - основную - 85 (51,8% из 164) пострадавших, подвергнутых видеолапароскопическим методам диагностики и лечения.

Аналогичным образом были разделены больные и во второй группе. При этом первую - контрольную подгруппу пострадавших с проникающими ранениями живота (ПРЖ) составили 115 (55,6% из 207) больных, пролеченных с использованием традиционных способов, вторую - основную - 92 (44,4% из 207) пациента, у которых ПРЖ диагностированы и корригированы при помощи видеолапароскопической технологии.

Показаниями для ВЛС диагностики при закрытой травме живота считаем: закрытую травму живота, когда по механизму травмы нельзя исключить повреждение внутренних органов; закрытую травму живота с клиникой «ложного острого живота»; закрытую травму живота с клиникой внутрибрюшного кровотечения.

Показанием к диагностической ВЛС при проникающих ранениях считаем: проникающий характер ранения, установленный при ПХО; подозрение на проникающий характер ранения, при сомнительных результатах ревизии раневого канала во время ПХО; колотые и множественные ранения живота, когда ревизия раны малоинформативна; локализация раны в поясничных областях.

Традиционная лапаротомия при ЗТЖ, независимо от характера имеющихся повреждений, предполагает выполнение травматичных, «кровавых» (кровопотеря до 400,0 мл) доступов, усугубляющих и без того тяжелое состояние пострадавших с ЗТЖ. При этом время потерянное только на вхождение в брюшную полость составило от 12 до 25 (17±5,4) минут. В процессе лапаротомии, выполненной 79 пациентам контрольной подгруппы, у 12 (15,2%) никаких повреждений органов брюшной полости не обнаружено, еще у 21 (28%) - имеющиеся травмы внутренних органов не требовали каких либо хирургических вмешательств. Отсюда видно, что у 33 (43,2%) больных, необходимости в выполнении лапаротомии не было.

Напротив, при видеолапароскопии (ВЛС) для вхождения в брюшную полость потребовалось 3-4 минут, без дополнительной травмы и кровопотери. Метод в течение 34 минут позволил у 6 (7,1%) пострадавших установить отсутствие повреждений внутренних органов, у 21 (24,7%) исключить необходимость выполнения каких либо вмешательств имеющихся повреждений, у 17 (20%) провести ВЛС коррекцию поверхностных травм органов брюшной полости. Другими словами, у (51,7%) из 85 пациентов основной подгруппы исключили необходимость выполнения широкой лапаротомии.

Даже в случаях конверсии ВЛС в лапаротомию длительность операции сократилась от 125 до 110 минут, а объем кровопотери от 1023 ± 154 мл до 987 ± 124 мл, за счет выработки хирургической тактики уже во время ВЛС.

Лапаротомия, выполняемая при ПРЖ, имеет такие же недостатки, что и при ЗТЖ, но более длительной (на 2 мин) и с большей (на 100,0 мл) кровопотерей. Во время лапаротомии у 17 (14,8%) из 115 пострадавших контрольной подгруппы, раны имели непроникающий характер ранения, у 30 (26,1%) ПРЖ были без повреждения внутренних органов, еще у 6 (5,2%) пациентов с поверхностными ранениями печени (5) и поджелудочной железы (1) не нуждались в выполнении каких либо хирургических вмешательств. По сути 53 (46,1%) из 115 пострадавших контрольной подгруппы не нуждались в выполнении лапаротомии.

Выполнение ВЛС у 11 (12%) из 92 больных основной подгруппы установил непроникающий характер ранения, у 31 (33,7%) - ПРЖ без повреждения органов брюшной полости, еще у 11 (12%) - поверхностные повреждения печени (8), желудка (2) и поджелудочной железы (1) не требующие никаких манипуляций. То есть, ВЛС в 53 (57,7%) случаях позволила избежать выполнения травматичной лапаротомии.

Переход ВЛС, по показаниям, на лапаротомию сопровождалось, как правило, сокращением длительности операции (от 118 до 99 мин), так и объемом кровопотери (от 1102 ± 215 до 970 ± 172 мл).

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ историй болезней 79 пациентов, перенесших лапаротомные вмешательства по поводу ЗТЖ, показал, что в ближайший послеоперационный период у данной подгруппы больных характеризовался: нагноением

послеоперационной раны - у 18 (22,8%) из них, анемией разной степени выраженности - у 18 (22,8%), гипертермией - у 22 (27,8%), ранним вторичным кровотечением из печени - у 1 (1,3%), образованием панкреатического свища - у 1 (1,3%), перитонита - у 8 (10,1%), образование межпечельного абсцесса – у 2 (2,5%), наступлением летального исхода – у 3 (3,8%). У 3 (3,8%) пострадавших в связи с вышеперечисленными осложнениями была выполнена релапаротомия.

Изучение непосредственных результатов ВЛС вмешательств у 85 больных с ЗТЖ определил, что нагноение послеоперационной раны наступил у 6(7%) из них, анемия разной степени выраженности - у 10(11,8%), гипертермия - у 25(29,4%), образование панкреатического свища - у 1(1,2%), перитонит - у 5(5,9%), образование подпеченочного абсцесса – у 1(1,2%). Релапаротомия по поводу вышеперечисленных осложнений была произведена у 1 пострадавшего (1,2%).

Ретроспективный анализ историй болезней 115 больных с ПРЖ, подвергнутых лапаротомным вмешательствам, выявил следующие осложнения ближайшего послеоперационного периода: нагноение лапаротомной раны – у 22(19,1%), гипертермия тела – у 27(23,5%), послеоперационный парез кишечника – 14(12,2%), перитонит – 8(6,9%), несостоятельность кишечного анастомоза – у 1(0,9%). Летальный исход наступил в 2(1,7%) наблюдениях.

Изучение же непосредственных результатов ВЛС операций у 92 пострадавших с ПРЖ показал, что нагноение лапаротомной раны наступил в 6(6,5%) случаях, гипертермия в 15(16,3%), послеоперационный парез в 9(9,8%), панкреатит в 1(1,1%), перитонит в 2(2,2%). Летальных исходов в данной подгруппе больных не было.

Сопоставление непосредственных результатов хирургического лечения ПРЖ показал, что применение ВЛС технологии, также как и при ЗТЖ, привело к уменьшению количества послеоперационных осложнений. При этом число нагноений ран при ВЛС снизилось на 12,6%, по сравнению с таковыми при лапаротомных вмешательствах, гипертермия на 7,2%, послеоперационный парез на 2,4%, перитониты на 4,7%, несостоятельности кишечного анастомоза и летальности не было вообще.

Выводы:

1. Ретроспективный анализ историй болезней 194 пострадавших с травмой живота, пролеченных традиционным способом показал, что у 12(15,2%) из 79 пациентов с ЗТЖ и 30(26,1%) пациентов из 115 с ПРЖ, во время лапаротомии повреждении органов брюшной полости не обнаружено. Также у 21(26,5%) больных с ЗТЖ и 5(5,2%) с ПРЖ, имеющиеся повреждения носили поверхностный характер и не требовали лапаротомии. В 17(14,7%) наблюдениях из 115 при ПРЖ, во время лапаротомии установлен непроникающий характер ранения, т.е. у 85(43,8%) пострадавших подвергнутых традиционным способам диагностики и лечения, выполнена эксплоративная «напрасная» лапаротомия.

2. Применение ВЛС при ЗТЖ позволило сократить количество нагноений послеоперационной раны на 15,8%, перитонита на 4,2%, абсцессов брюшной полости на 1,2%, релапаротомии на 2,6%, и сводит летальность на нет. Применение ВЛС технологии при ПРЖ, сокращает количество послеоперационных осложнений: нагноений ран на 12,6%, гипертермию на 7,2%, послеоперационный парез на 2,4%, перитониты на 4,7%.

Высокие диагностические и оперативные возможности видеолапароскопии, позволяют оказывать пострадавшим с травмой живота специализированную хирургическую помощь в полном объеме.

Предлагаемые принципы оперативной видеолапароскопии, способствуют благоприятному и неосложненному течению послеоперационного периода, ранней функциональной реабилитации пострадавших с повреждениями органов живота, сокращению сроков их лечения, улучшению качества послеоперационной жизни пациентов.

Литература:

1. Абакумов М.М. Огнестрельные ранения мирного времени. В книге: Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. Санкт-Петербург, 2001, с.7.
2. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михопулос Т.А. Повреждения живота. Москва, Медицина, 1986, с. 256.
3. Кочнев О.С., Ким И.А. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии. Изд. Казанского университета. Казань, 1988, с. 150.
4. Краснов А.Ф., Соколов В.А. О состоянии медицинской помощи при дорожно-транспортных травмах. Анналы травматологии и ортопедии. 1995, №3, с. 9-16.
5. Луцевич Э.В., Грибков Ю.И., Ларькин А.В. и соав. Стимуляция мезентерального кровотока в комплексном лечении больных с сочетанной травмой живота. Оказание помощи при сочетанной травме. Сборник научных трудов. Том 108. Москва, НИИ скорой мед. помощи им. Н.В. Склифосовского, 1997, с.119-122.
6. Матвеев Р.П., Сидоренко О.К., Медведев Г.М. и соав. Клинико-статистическая характеристика и некоторые аспекты классификации множественной и сочетанной травмы опорно-двигательного аппарата. Оказание помощи при сочетанной травме. Сборник научных трудов. Том 108. Москва, НИИ скорой мед. помощи им. Н.В. Склифосовского, 1997, с.45-50.
7. Охотский В.П. Состояние и перспективы научных исследований по проблеме сочетанной травмы. Оказание помощи при сочетанной травме. Сборник научных трудов. Том 108. Москва, НИИ скорой мед. помощи им. Н.В. Склифосовского, 1997, с.5-11.
8. Мариев А.И. Хирургическое лечение закрытых повреждении печени. Автореферат Дисс. д-ра мед наук. Москва, 1976, с.354.
9. Комаров Ф.И., Вязницкий П.О., Селезнев Ю.К. и соав. Комплексная лучевая диагностика заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Москва, «Медицина», 1993, с. 3-20.
10. Coppa G.F., Davalle M., Pechter H.I., Hopstet S.R. Manegment of penetrating wounds of back and flank. Surg. Gynec. Obstet. 1984. Vol-159, No 6, p 514-528.
11. Рафиев С.Ф. Диагностика и лечение абдоминальных травм. Автореф. дис. канд. мед. наук. Баку, 1986, с.24.
12. Перминова Г.И., Азем С.Ю. Диагностика и хирургическая тактика при проникающих ранениях брюшной полости. Хирургия, 1988, №8, с. 136-139.
13. Бондарев А.А., Попов К.И., Работский И.А. Диагностическая и оперативная лапароскопия в неотложной хирургии. VII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Москва, 2003, с.51-52.
14. Короткевич А.Г., Меньшиков В.Ф., Крылов Ю.М. Лапароскопия при гемоперитонеуме. Вестник хирургии, 1994, №7, с. 134-136.
15. Гринберг А.А., Маркевич Ю.В., Ершов Ю.В. и соав. Место лапароскопии в неотложной хирургии. Материалы I Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия, 1998, №1, с. 16.
16. Frelark R.J. Changing friends of injuries. New Engl. J. Med. 1974. Vol. 291. №4. P.185-187.

Түйін

ІШПЕРДЕ ҚҰЫСЫ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ЗАҚЫМДАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДЕГІ БЕЙНЕЛАПАРОСКОПИЯ

С.Б. Сергазиев

Іш мүшелерінің жарақаты кезінде зақымдарды дәл және тез арада табу алға қойылған бірінші мәселе болып табылады, өйткені ол бойынша шешім қабылдау, шұғыл операциялық араласу, жарақат ауырлығын анықтап, салдарын жою керек. Іш жарақатын алған науқастарға қазіргі заманғы мамандандырылған хирургиялық көмек көрсету, диагностикалық алгоритмді жетілдіру қажет, жарақаттың ауырлығына және операциялық емнің болжауына байланысты операция түрін, кезеңі мен көлемін анықтау керек.

Жұмыстың мақсаты - іш құысы мүшелеріне жарақат алған науқастарды анықтау және хирургиялық емдеу нәтижелерін жақсарту болып табылды.

Summary
VIDEO LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF ABDOMINAL CAVITY INJURIES

S.B. Sergaziyev

For injuries of the abdomen organs, an important task is an accurate and fast detection of an injury in order to carry out surgical procedures to eliminate it. Analysis of data demonstrated in the article indicates that in order to develop a modern specialized surgical treatment program for patients with abdominal injuries, it is necessary to improve diagnostic algorithms of the modern instrumental study methods, define indicators, sequence and extent of surgical work depending on the severity of the injury and forecast for an open treatment. The purpose of this study was to improve diagnostic results and surgical treatment of patients with abdominal injuries.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

**ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ХРАНЕНИЯ ОБРАЗЦОВ ЖИДКОЙ КРОВИ
НА ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУППОВЫХ АНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ MNSs**

Г.Т. Калдыбаева

Филиал Центра Судебной Медицины МЗ РК, г. Астана

Введение. В систему MNSs входит четыре основных антигена M, N, S, s. Открытая в 1927 г. К. Landsteiner и R. Levine [1] система MN более 20 лет представлялась простой двуаллельной генетической системой с двумя гомозиготными фенотипами M и N и одним гетерозиготным MN, причем четкий аутосомальный кодоминантный порядок наследования ее антигенов был подтвержден многочисленными семейными обследованиями. В 1947 г R.Walsh и С.Montgomery [2] открыли антиген S, связанный с системой MN. Позднее P.Levine [3] выявили антиген s. Образование антигенов системы MNSs происходит в раннем периоде эмбриогенеза и полностью формируется к моменту рождения.

В судебно-медицинской экспертной практике антигены системы MNSs. выявляются в жидком виде и в ее пятнах. Для выявления антигенов M и N в жидкой крови используют реакцию агглютинации на плоскости с гетероиммунными сыворотками анти-M и анти-N. Исследование жидкой крови рекомендуется проводить в день ее взятия или же на следующий день [4]. Однако иногда возникает необходимость проведения опытов с жидкой кровью и в более поздние сроки. В этих случаях следует помнить о том, что выраженность групповых факторов крови с увеличением срока ее хранения ослабевает, вследствие чего свойственный определенному лицу антиген может быть не обнаружен. При этом могут наблюдаться также неспецифические ложноположительные результаты реакций.

Материалы и методы исследования. Было исследовано пятнадцать образцов крови по системе MNSs, (по пять образцов крови группы MN, M, и N). Образцы крови, первоначально исследованные на следующий день после их взятия, сохраняли затем в течении 10 суток в условиях комнатного холодильника и на протяжении этого срока неоднократно исследовали по общепринятой методике [5] с использованием стандартных сывороток анти-M и анти-N, предварительно проверенных на специфичность и агглютинирующую способность [6].

Результаты и обсуждение. Результаты исследования крови по системе MNSs. представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Время агглютинации эритроцитов в зависимости от сроков хранения образцов жидкой крови

Образцы крови	Сыворотка анти-М					Сыворотка анти-N				
	1-е сутки	3-е сутки	5-е сутки	8-е сутки	10-е сутки	1-е сутки	3-е сутки	5-е сутки	8-е сутки	10-е сутки
OM	+10 сек	+30 сек	+30сек	+1мин	+3 мин	-5 мин	-5 мин	-5мин	-5мин	-5 мин
OM	+10 сек	+30 сек	+30сек	+1мин	+3 мин	5мин	-5мин	-5мин	-5мин	-5 мин
AM	+10 сек	+40 сек	+1мин	+3 мин	+5 мин	-5 мин	-5 мин	-5мин	-5мин	-5 мин
BM	+10 сек	+40 сек	+1мин	+3мин	± 5 мин	-5 мин	-5 мин	-5мин	-5мин	-5 мин
ABM	+10 сек	+40 сек	+1мин	+3мин	±5 мин	-5 мин	-5 мин	-5мин	-5мин	-5 мин
ON	-5мин	-5мин	-5мин	-5мин	-5 мин	+30сек	+50сек	+1мин	+3мин	±5мин
ON	-5мин	-5мин	-5мин	-5мин	-5 мин	+30сек	+50сек	+1 мин	+3мин	±5мин
AN	-5мин	-5мин	-5мин	-5мин	-5 мин	+30сек	+50сек	+3мин	+5 мин	±5мин
BN	-5мин	-5мин	-5мин	-5мин	-5 мин	+30сек	+1 мин	+3мин	± 5 мин	±5мин
ABN	-5мин	-5мин	-5мин	-5мин	-5 мин	+30сек	+1 мин	+3мин	± 5 мин	±5мин
OMN	+20 сек	+50 сек	+1 мин	+3мин	± 5 мин	+50сек	+2 мин	+3 мин	+5мин	±5мин
OMN	+20 сек	+50 сек	+1 мин	+3мин	± 5 мин	+50сек	+2 мин	+3 мин	+5мин	±5мин
AMN	+20 сек	+50 сек	+3мин	+5 мин	± 5 мин	+50сек	+2 мин	+5мин	± 5 мин	-5 мин
BMN	+20 сек	+1 мин	+3мин	± 5мин	- 5 мин	+1 мин	+3 мин	+5мин	± 5 мин	-5 мин
ABM N	+20 сек	+1 мин	+3мин	± 5мин	- 5 мин	+1 мин	+3 мин	+5мин	± 5 мин	-5 мин

Примечания: «+» , «-» - наличие, отсутствие агглютинации
1 мин, 5 мин – время наступления агглютинации

Как видно из таблицы, при взаимодействии эритроцитов образцов крови группы MN и N с иммунной сывороткой анти-N в 1-е сутки агглютинация появлялась в пяти образцах группы N в течении 30 секунд, в трех образцах группы MN в течении 50 секунд, в двух образцах группы MN в течении 1 минуты, на 8 сутки после взятия крови агглютинация наступала в пяти образцах группы N и двух образцах группы MN только к 3-м минутам, в трех образцах групп MN только к 5 минутам наблюдения, а на 10 сутки в пяти образцах группы N и в трех образцах группы MN агглютинация эритроцитов наблюдалась лишь к концу 5 минуты, была слабо выражена, а в двух образцах группы MN к концу 5 минуты агглютинации не наблюдалось. Это свидетельствует о значительном ослаблении группового фактора N уже на 8 сутки хранения крови и практически об исчезновении его к концу срока эксперимента. В образцах крови группы MN и M с иммунной сывороткой анти-M в течении всего времени эксперимента наблюдалась четко выраженная агглютинация в течении 5 минут.

Эти же образцы крови были исследованы в сухом виде на марле, применяли реакцию абсорбции-элюции в обычной модификации[6]. Во всех случаях, четко выявлялись антигены, соответствующие групповой принадлежности крови по системе MNSs.

Выводы: Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что при необходимости проведения дополнительных исследований жидкой крови через несколько суток после ее взятия, следует осторожно подходить к оценке результатов реакций, учитывая значительное ослабление группового фактора N в процессе хранения, вследствие чего он может быть не выявлен. Рекомендуем для подтверждения результатов полученных при исследовании жидкой крови исследовать данные образцы в сухом виде реакцией абсорбции-элюции.

Литература:

1. Туманов А.К. Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств -Москва: Медицина, 1975г.-407 с.

2. Томилин В.В., Барсегянц Л.О., Гладких А.С. Судебно - медицинское исследование вещественных доказательств.-Москва: Медицина, 1989г.-303с.
3. Томилин В.В., Гладких А.С. Судебно-медицинское исследование крови в делах о спорном отцовстве, материнстве и замене детей.-Москва: Медицина, 1981г.- 239с.
4. Жакупова Т.З. Исследование вещественных доказательств биологического происхождения.- Астана, 2009г.-49с.
5. Пашиян Г.А., Томилин В.В. Руководство по судебной медицине.-Москва, 2001г.367с.
6. Л.О. Барсегянц Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств.-Москва: Медицина, 2005г.447с.

Түйін
ҚАН ҮЛГІЛЕРІН СҰЙЫҚ ҚАЛПЫНДА SAҚТАУ МЕРЗІМІНІҢ MNSS ЖҮЙЕСІНІҢ ТОПТЫҚ
АНТИГЕНДЕРІН АНЫҚТАУҒА ӘСЕРІ

Г.Т. Қалдыбаева

Мақалада қан үлгілерін сұйық қалпында сақтаған кезде қан құрамындағы М және N антигендерін табуда сақтау мерзімінің келтіретін әсері қарастырылған. Зерттелетін қанның сақтау мерзіміне байланысты реакцияның нәтижесін оқу тактикасы көрсетілген. Сұйық қанды сақтау барысында N антигенінің едәуір әлсізденгені анықталды.

Summary
EFFECTS OF LIQUID BLOOD SAMPLES STORAGE PERIODS ON DETECTION OF BLOOD GROUP
ANTIGENS OF MNS ANTIGEN SYSTEM

G.T. Kaldybaeva

The present study focuses on investigating the influence of storage periods on MNS antigens detection in liquid blood sample. Tactics of the account of reaction depending on prescription of investigated blood is stated.

ВОПРОСЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ
ФИТОПРЕПАРАТОВ IN VITRO И IN VIVO

*А.Ж. Сейтембетова, А.С. Зейнульдина, А.Т. Казбекова,
А.М.Габбасова, Т.С. Сейтембетов
АО «Медицинский университет «Астана»*

Введение. В настоящее время одним из приоритетов для Казахстана является развитие отечественной фарминдустрии. В этом плане актуален вопрос выбора рационального и доступного пути решения этой задачи.

Проводятся исследования по определению антиоксидантной активности (АОА) как индивидуальных органических соединений полифенольного ряда, так и соединений, содержащихся в фитопрепаратах. В спектре известных патологических процессов выбор антиоксидантного эффекта обусловлен тем, что перекисные процессы имеют место постоянно в норме и при патологии, поэтому знание природы реакции позволяет решить вопросы предупреждения заболеваний и поиска эффективных способов их лечения. В настоящее время рассматривают две основные теории ингибирования перекисных процессов – по радикальному механизму и путем восстановления структуры клеточных мембран благодаря дифильной природе молекулы антиоксиданта.

Материалы и методы: В наших работах применен метод хемилюминесценции, в котором впервые предложена модельная система 10%-гомогенат мозга лабораторных крыс [1-2]. Измерение динамики свечения выполнялось с помощью установки с диапазоном спектральной чувствительности 300-800 нм. Этим методом исследована АОА антиоксиданта ионол, флавоноидов, а также фитопрепаратов «Салсоколлин», «Тополин», влияние различных экстрактов солянки холмовой, боярышника и др. на стабильность жиропродуктов [4-7]. На основании анализа АОА экзогенных веществ нами сделан вывод о

наличии взаимосвязи между числом гидроксильных групп в ароматической структуре и ингибирующим эффектом соединения. Возможны два механизма ингибирования перекисных процессов: во-первых, нейтрализация активных форм кислорода; во-вторых, связывание железа и меди, инициирующих перекисное окисление [8-10]. Одним из направлений в плане поиска новых антиоксидантов мы рассматривали компьютерное прогнозирование с помощью современных программ. Для хемилюминесцентного анализа веществ, а также экстрактов нами взят гомогенат мозга, т.к. для этого органа, содержащего наибольшее количество липидов, характерна выраженная хемилюминесценция [11]. Хемилюминесцентным методом *in vitro* выявлена АОА мирицетина. АОА обусловлена числом и расположением функциональных групп-доноров атома водорода, например, ОН-группы, а также наличием сопряженных ненасыщенных групп и пространственной структурой молекулы [12]. В настоящее время отсутствуют систематические данные об АОА аллобетулина и его производных. Нами проведены исследования по оценке АОА с использованием 1,1-дифенил-2-пикрилгидразилрадикала (DPPH), при этом методика позволяет быстро и достоверно провести скрининг [13]. Принято считать, что эффективный коэффициент ингибирования IC_{50} наиболее точно характеризует активность исследуемых органических соединений по отношению к экзогенным радикалам. В качестве стандартного антиоксиданта использован Trolox[®].

Результаты и обсуждение. Рассчитанные значения IC_{50} (эффективный коэффициент ингибирования) указывали на минимальное количество соединения, необходимого для ингибирования 50% радикала. Установлено, что диапазон значений IC_{50} широк и колеблется в интервале 1,43 - 66,09 мМоль/л, что позволяет провести корреляцию между структурой и активностью. Можно предполагать, что наименьшее значение IC_{50} соединения 3-тио-1,2,4-триазино-[6,5-b]-19 β ,28-эпокси-20(29)-лупена, которое сравнимо с действием тролокса, напрямую связано с наличием в структуре молекулы тиольной группы, что делает ее схожей с фрагментом глутатиона, являющегося одним из важных антиоксидантов. Известно, что тиолы являются важным компонентом для окислительно-восстановительного гомеостаза в клетках и тканях. При различных патологических состояниях наблюдается обратимая окислительная модификация SH-групп, что является неспецифической реакцией организма на экстремальное воздействие. Замещение гидроксильного протона в молекуле аллобетулина приводит к высоким значениям IC_{50} для аналогов аллобетулина, а окисление ОН- группы в аллобетулине до аллобетулона также понижает АОА. С целью подтверждения биологической активности был проведен ряд тестов *in vivo*. В последние годы как альтернативная модель испытания токсичности на ранних этапах разработки лекарственных препаратов и для систематического определения биологически активных соединений используется zebrafish методика [14-15]. Способ обладает рядом преимуществ, в частности, для проведения испытаний необходимо лишь небольшое количество соединения. Каждая пара в течение 5-7 дней воспроизводит сотни эмбрионов, что делает данную модель применимой для проведения параллельных исследований большого числа биологически активных соединений. Оценка результатов исследования осуществляется в микроскоп, эмбрионы являются прозрачными, что позволяет проводить визуализацию внутренних органов и тканей. Однако наряду с достоинствами в данной системе имеются ограничения: при проведении испытаний на эмбриональной или личиночной стадии важно принимать во внимание физиологические различия между данными и особенностями взрослых животных. Таким образом, соединения, которые являются биологически активными в zebrafish, должны быть протестированы на млекопитающих перед их дальнейшим использованием в качестве фармацевтических препаратов. В зависимости от их молярной массы не все соединения усваиваются эмбрионами и личинками, что может быть причиной побочных явлений во время скрининга. В доступной литературе не известны данные об АОА экстрактов отдельных вегетативных органов березы, что позволяет рассматривать растение в качестве перспективного источника антиоксидантов. Нами проведено исследование АОА спиртовых экстрактов березы с применением

современных методов биоскрининга в эксперименте *in vitro* и *in vivo*, что дало возможность комплексно изучить влияние растительных экстрактов на процессы окисления липидов в живых организмах, а также изучить проблему наличия взаимосвязи между качественным составом вегетативных органов березы и биологической активностью.

Элементарные частицы, например, ионы Fe^{2+} , способствуют образованию активных форм кислорода в организме. Железо известно как наиболее эффективный прооксидант вследствие своей высокой реакционной активности в ряду переходных металлов. В связи с этим целесообразно считать, что способность экстракта или соединения хелатировать ионы железа может быть критерием оценки АОА. Связывание иона Fe^{2+} лежит в основе важного антиокислительного эффекта. Нами определена АОА экстрактов березы повислой с использованием индикаторной системы железо (III) – *o*-фенантролин, в которой аналитический сигнал представляют в виде светопоглощения при $\lambda=510\pm 20$ нм. При этом железо (III) восстанавливается до железа (II), которое образует с *o*-фенантролином окрашенный в оранжевый цвет комплекс, имеющий максимум при $\lambda=510$ нм. Экспериментальные значения АОА рассчитывали по усредненному уравнению регрессии для зависимости A_{510} от количества аскорбиновой кислоты $y=1,9053x-0,0007$, $R^2=0,99$. АОА была определена по калибровочному графику и выражена в эквивалентных единицах аскорбиновой кислоты (АК) (мгАК/мг растительного сырья). Полученные данные представлены в таблице.

Таблица - Величины относительной АОА (мгАК/мг растительного сырья)

Концентрация мг/мл	почки	сережки	стебли	листья	кора
0,25	0,041±0,0006*	0,037±0,004	0,039±0,0006	0,016±0,0006	0,032±0,003
1,0	0,688±0,005	0,45±0,02	0,36±0,003	0,519±0,001	0,137±0,005
2,0	1,34±0,011	0,86±0,05	0,68±0,007	1,025±0,002	0,24±0,012
4,0	2,62±0,024	1,67±0,11	1,31±0,027	2,027±0,009	0,42±0,02
5,0	5,224±0,04	3,34±0,2	2,61±0,031	4,035±0,008	0,987±0,06

Примечание - * данные представлены с учетом стандартного отклонения.

Интегральная АОА обусловлена наличием в составе суммарных экстрактов березы фенолгликозидов, фенолкарбоновых кислот, флавоноидов, проявляющих АОА. Полученные результаты позволяют предполагать, что имеющиеся различия АОА вегетативных органов связаны с содержанием полифенольных соединений в составе соответствующих экстрактов.

К одной из самых распространенных АФК, продуцируемых в живых организмах, можно отнести пероксид водорода, который легко окисляет различные виды ферментов в организме, активирует процессы ПОЛ и является источником гидроксил радикалов, генерируемых в реакции Фентона. При изучении нейтрализующей способности водно-спиртовых экстрактов березы были рассчитаны значения коэффициентов ингибирования. Ранее установлено, что нейтрализация пероксида водорода представляет собой прямую концентрационную зависимость для исследуемых объектов. Реакция окисления ионов железа является стадией реакции, в результате которой генерируются в значительном количестве гидроксил радикалы, являющиеся наиболее АФК, вызывающих повреждение клеток организма. Контроль содержания ионов Fe^{3+} и интенсивности процессов окисления является одной из необходимых мер по обеспечению и поддержанию антиоксидантного статуса организма в целом. В основу метода положено использование индикаторной системы Fe^{3+} /ферроцианид до Fe^{2+} [16]. Наличие соединений полифенольной природы, обладающих АОА, в составе суммарных растительных экстрактов, предполагает их активное участие в качестве восстановителей ионов железа в указанной индикаторной системе. Образование окрашенного соединения «берлинской лазури» характеризует

восстанавливающую активность исследуемых экстрактов березы. Изменение интенсивности окраски реакционной смеси от желтого до зеленого и синего напрямую зависит от концентрации вводимого экстракта. Измерение оптической плотности производится при $\lambda=700$ нм. В качестве веществ сравнения взяты галловая кислота и кверцетин [17]. Увеличение значения оптической плотности указывает на рост восстановительного потенциала образца. Как следует, из полученных зависимостей наибольшие значения восстановительного потенциала FRAP наблюдаются для экстрактов коры и стеблей березы. Линейность уравнения регрессии для экстракта почек указывает на постоянство АОА всех исследуемых концентраций. Результаты исследования FRAP-показателя позволяют считать, что различие АОА исследуемых вегетативных органов березы обусловлено наличием полифенольных соединений. Среди разнообразных подходов к определению АОА веществ, которую можно обнаружить в тестах *in vitro*, авторы выделяют способность антиоксидантов вступать в реакции со свободными органическими радикалами. Анализ основывается на использовании модельной системы, которая включает в себя, как правило, генерирование свободного радикала и последующее определение их содержания. Введение в такую систему перехватчика свободных радикалов приводит к уменьшению их концентрации. Однако реализация такого подхода весьма трудоемка, так как требуется обеспечить постоянство условий генерирования активных частиц и их реакции с тестируемой пробой [18]. АОА многих веществ обусловлена их способностью к легкой отдаче электронов, в связи, с чем оценка восстанавливающей способности исследуемых соединений является одним из широко распространенных методов оценки АОА. Оценка восстанавливающей активности тех или иных соединений может проводиться по отношению к таким специфическим радикалам как DPPH и 2,2'-азинобис-(3-этилтиазолин-6-сульфонат)катионрадикал (ABTS⁺). Молекула DPPH представляет собой радикал, характеризующийся стабильностью в различных средах и в широком интервале температур. Нами было проведено изучение АОА вегетативных органов березы по отношению к стабильному DPPH радикалу. Как следует из данных, исследуемые объекты ингибируют более половины радикальных частиц в растворе при достаточно низких концентрациях, за исключением экстракта листьев, который оказался инертным по отношению к АФК и не проявил ингибирующей активности. Для более детального сравнения активности всех экстрактов нами были рассчитаны эффективные коэффициенты ингибирования IC₅₀. Минимальным значением обладает экстракт побегов, что согласуется с максимальным содержанием флавоноидов. Также нами изучена активность по отношению к активным формам кислорода ABTS⁺-катион радикала, который сохраняет стабильную радикальную форму в широком диапазоне pH. С целью вычисления IC₅₀ нами проведено исследование концентрационной зависимости для всех органов в диапазоне концентраций 0,01-1,0 мг/мл. Следует отметить, что для всех образцов наблюдалось повышение АОА при концентрации 0,2-0,5 мг/мл, однако дальнейшее увеличение концентрации вводимого экстракта приводит к понижению АОА, что свидетельствует о прооксидантном эффекте экстрактов. Экстракт листьев также проявляет наименьшую АОА, что отразилось на значении IC₅₀. Согласно методике для всех образцов наблюдается резкое изменение оптической плотности от насыщенно-зеленого до бесцветного в течение 1 мин. после введения антиоксиданта и, начиная со второй минуты, кривые носят пологий характер. Для экстракта листьев увеличение времени реакции усиливает АОА и не позволяет достигнуть тех же значений АОА для экстрактов побегов и коры. Анализ проведенных *in vitro* исследований выявил, что экстракты органов березы являются источником полифенольных соединений, поэтому могут рассматриваться в качестве антиоксидантов при ингибировании свободно радикальных процессов *in vitro* и *in vivo*.

Заключение. На основании выше изложенного следует отметить, что наличие ОН-групп в составе органических соединений, присутствующих в фитопрепарате, усиливает АОА веществ, что можно достоверно установить спектрофотометрическими методами.

Литература

1. Сейтеббетов Т.С. Способ оценки антиоксидантной активности веществ. Положительное решение № 960837. 1 от 15.08.98г.
2. Сейтеббетов Т.С., Алмагамбетов К.Х., Сейтеббетова А.Ж. Способ прогнозирования течения постреанимационного периода в эксперименте. Предпатент РК №1151 от 01.03.02г.
3. Сейтеббетов Т.С., Сейтеббетова А.Ж., Зейнульдина А.С. и др. Влияние флавоноидов солянки холмовой (*Salsola collina* Pall) в новых жиропродуктах на уровень перекисного окисления липидов // «Этапы становления, современное состояние и фундаментальные проблемы развития образования и науки Казахстана». Материалы международной научно-практической конференции, Караганда, 2003. С.200-201.
4. Сейтеббетов Т.С., Сейтеббетова А.Ж., Зейнульдина А.С. Изменение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при малых дозах облучения в эксперименте // Астана медициналық журналы, спец. выпуск, №4, 2003. С. 108-110.
5. Сейтеббетова А.Ж., Сейтеббетов Т.С., Бикбулатова А.Б. и др. Влияние некоторых флавоноидов и топинамбура на уровень перекисного окисления липидов при острой гипоксии животных // Вестник сельскохозяйственной науки Казахстана, Алматы, 2004г. С.58-59.
6. Зейнульдина А.С., Назарова А.Ж., Сейтеббетова А.Ж., Тулеуов Б.И. Антиоксидантная активность флавоноидов спиртового экстракта плодов боярышника кроваво-красного (*Crataegus sangui – nea*) // Сборник научных трудов по материалам научно-практической конференции «Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития» 2005 г. Одесса, 2005. С.75-76.
7. Ахмедьярова Э.А., Зуева О.М., Сейтеббетова А.Ж. Влияние экстрактов березы на неспецифическую резистентность при экспериментальных иммунодефицитах // Астана медициналық журналы. №2, 2005. С.187-188.
10. Сейтеббетова А.Ж. Исследование гепатопротекторных свойств фитопрепаратов тополя и березы // Астана медициналық журналы. -№1- 2006.- С.136-138.
11. Сейтеббетов Т.С., Менглиев А.С., Степаниченко Н.Н. и др. Потенциальные противовирусные соединения на основе азометиновых производных 2-оксибензальдегида // Химия и фармация.-1996. №6. С.161-163.
12. Сейтеббетов Т.С., Адекенов С.М. Антиоксидантная активность и иницирированная хемилюминесценция // В сб. «Человек и лекарство». Москва, 1998. С.404.
13. Сейтеббетов Т.С., Гатауова М.Р., Сейтеббетова А.Ж. и др. Иницирированная хемилюминесценция пиретроида суми-альфа // Акмола медициналық журналы.-2000.-№2.С.136-137.
14. Сейтеббетова А.Ж., Тулеуов Б.И., Адекенов С.М. и др. К вопросу антиоксидантного действия солянки холмовой // Фармация Казахстана, 2004, спец. выпуск. С.58-59.
15. Mashentseva A.A., Dehaen Wim, Seitembetov T.S. et all. Comparison of the antioxidant activity of the different *Betula pendula* Roth. extracts from Northern Kazakhstan// Phytology. - Vol.3(1)-2011. - P. 18-25.
16. Mashentseva A.A., Lezgneva M.U., Tuleuov B.I. et all. About antioxidant activity of some vegetation organs of *betula pendula roth* in vitro//8-th international symposium on the chemistry of natural compounds/ Anadolu university faculty of pharmacy/Eskişehir – Turkey, 2009.- P.146.
17. Машенцева А.А., Зверовская А.С., Сейтеббетов Т.С. и др. Исследование динамики ингибирования перекисных процессов экстрактами *Betula Pendula* Roth. // Валихановские чтения-14: Материалы международной науч.-практич. конф.- Кокшетау, 2009. – С.140-144.
18. А.А.Машенцева, А.Ж.Сейтеббетова, Л.В.Юшина и др. Ингибирование процессов перекисного окисления липидов растительными экстрактами эндемичных растений Казахстана//Журнал стресс-физиологии и биохимии (Россия).- Т.5. №4. - 2009. – С.11-19.

Түйін

ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫҢ IN VITRO ЖӘНЕ IN VIVO ҮЛГІЛЕРІНІҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

*А.Ж. Сейтеббетова, А.С. Зейнульдина, А.Т. Қазбекова, А.М. Ғаббасова,
Т.С. Сейтеббетов*

Мақалада модельді жүйелердің көмегімен асқын тотық процестерін зерттеудің методологиялық бағыттары қарастырылған. Зерттеулерде алынған нәтижелер бойынша фитопрепараттардың тірі организмдердегі асқын тотығу процессін тежеуші антиоксиданттық қасиеттері мен олардың құрамындағы молекулалардың табиғаты арасындағы байланысты зерттеуге болатындығы анықталды.

Summary

RESEARCH ISSUES OF PHYTODRUGS ANTIOXIDANT ACTIVITY IN VITRO AND IN VIVO

A.G. Seitembetova, A.S. Zeinuldina, A.T. Kazbekova, A.M.Gabasova, T.S. Seitembetov

Methodological aspects of peroxide processes in model system were investigated in the present study. Using finding results was shown the ability of relationship between antioxidant effects of phytodrugs and character o organic molecules, inhibitory peroxide processes in organism.

ОБЗОРЫ



**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ В ВОПРОСАХ УПРАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ**

*М.Ш. Алимусина, А.К.Тургамбаева
АО «Медицинский университет Астана»*

Политика в области здравоохранения, проводимая в Казахстане, в течение последних десяти лет, была следствием экономических и политических трансформаций, причем подходы к реформам в здравоохранении несколько раз кардинально менялись. На сегодняшний день здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании его структуры с внедрением новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей, на интеграции со всеми секторами, а также на основе применения современных научных, социальных и институциональных технологий развития [1].

Президент Н.А.Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества оказания медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения [2].

Новейшие технологические разработки, достижения в фундаментальной и прикладной медицинской науке предоставляют в распоряжение медицинских работников все более эффективные, но чаще всего и все более дорогие методы диагностики, лечения и профилактики, что обуславливает наблюдающуюся в общемировом масштабе тенденцию к росту показателей расходов на здравоохранение. Многие страны, даже экономически развитые, сталкиваются в настоящее время с необходимостью увеличения уровня доступности для населения наиболее эффективных и высокотехнологичных, но дорогостоящих и относительно редко применяемых (уникальных) медицинских технологий [3].

В нашей стране развитие сектора высокотехнологичных услуг в рамках программы внедрения и развития уникальных технологий осуществляется на базе дочерних организаций АО «Национальный медицинский холдинг», в его состав входят шесть республиканских научных центров: Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский детский реабилитационный центр, Республиканский диагностический центр, Республиканский научный центр нейрохирургии, Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, Национальный научный кардиохирургический центр. Одним из механизмов планирования и внедрения уникальных технологий в дочерних организациях Холдинга являются инвестиции в оборудование. В рамках Программы внедрения уникальных медицинских технологий в 2010 году было инвестировано 767,8 млн. тенге, из них 611,6 млн. тенге – в медицинское оборудование. Кроме того, за время существования АО «Национальный медицинский холдинг» в медицинское оборудование инвестировано 23 411 млн. тенге, что составляет 42% всех инвестиционных средств.

Вместе с тем, в целом по республике ключевые проблемы отрасли связаны с низкой эффективностью использования ресурсов, то есть управление и финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность.

Проблемными остаются вопросы, связанные с недостаточным уровнем материально-технического обеспечения медицинских организаций. К примеру, по данным Министерства здравоохранения РК оснащенность городских поликлиник медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения составляет по республике 56,6 %, уровень средней оснащенности медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения - 42,14%. Так же, необходимо решить вопрос обеспечения медицинских организаций современным оборудованием с должным сервисным обслуживанием [1].

В связи с этим, целью исследования явилось оценить опыт некоторых стран в вопросах управления медицинским оборудованием, медицинские технологии, а так же выявить проблемные вопросы организации оказания населению Республики Казахстан высокотехнологичной медицинской помощи.

Следует отметить, что за рубежом рассматриваемые виды услуг не имеют общего, как в Казахстане, названия - "высокотехнологичные" или "дорогостоящие" медицинские технологии. Вместе с тем, к их общим характеристикам можно отнести клиническую новизну (воплощение новых и полезных решений в лечебно-диагностическом процессе), более высокую стоимость по сравнению с широко используемыми методами диагностики и лечения, необходимость применения современного высокотехнологичного оборудования и создания особых материально-технических условий, выполнение технологии опытным и высококвалифицированным персоналом и т. д. [4,5].

Как в Казахстане, так и за рубежом, при регулировании процессов внедрения в практику и финансирования высокотехнологичных и высокочрезвычайных медицинских технологий организаторы здравоохранения сталкиваются с проблемой оценки эффективности различных нововведений, обеспечения направления общественных ресурсов здравоохранения на финансирование только результативных методов обследования и лечения больных [6,7].

Например, стремительное развитие эндоскопического оборудования и появление робота Да Винчи в клиниках Acibadem (Турция) для проведения операций на органах полости малого таза привело к снижению потребности в длительном послеоперационном стационарном лечении. Развитие сложных дорогостоящих технологий для лечения ранее трудноизлечимых заболеваний требует структурной и кадровой реорганизации существующих клиник. Эти процессы приводят к изменению финансовых потоков между различными медицинскими службами, появлению новых потребностей населения в определенных видах медицинской помощи, а так же к росту затрат на систему здравоохранения.

По мнению ряда исследователей в области общественного здоровья и здравоохранения, необходимость тщательной и объективной оценки медицинских технологий, особенно новых и дорогостоящих, в ближайшем будущем значительно возрастет. В связи с этим, ряд развитых стран прилагает значительные усилия в вопросах регламентации внедрения новых и дорогостоящих медицинских услуг [8].

Например, в Сингапуре в июне 2000 года была запущена программа биомедицинских наук. Не имея собственных научных традиций, Сингапур пошел по пути привлечения специалистов со всего мира. В стране созданы Агентство по науке, технологии и исследованиям, Совет экономического развития, Международный консультационный совет, разработана система управления развитием биомедицины и крупнейшего в мире биотехнологического кластера. При этом механизм внедрения новых технологий основывается на выбор наиболее клинически эффективных и экономически оправданных технологий диагностики и лечения, соблюдении баланса «стоимость-эффективность» (клиники Parkway Health).

Программы оценки эффективности медицинских технологий на основе

систематических обзоров действуют в ряде европейских стран, при этом исходные материалы для оценки - систематизированные отчеты о проведенных исследованиях, обобщенные данные Интернет, экспертные оценки специалистов.

Для измерения полезности затрат широко применяется критерий QALY (Quality Adjusted Life Years) - отношение качества лет продленной жизни к ее качеству. Значение QALY, равное 1,0, присваивается продолжительности жизни в 1 год, при качестве жизни, соответствующем абсолютному здоровью. Эти подходы позволяют охарактеризовать проводимое лечение путем прогнозирования качества предстоящей жизни в течение прогнозируемого срока выживания. Другими словами, это сопоставление дополнительного количества лет жизни с уровнем ее качества.

По данным D. Fox [9], интерес политиков, руководителей медицинских учреждений и организаторов здравоохранения к аналитическим исследованиям в сфере высоких и высокозатратных технологий растет.

Например, в США Emergency Care Research Institute одним из первых начал готовить метаанализы по оценке эффективности технологий, которые использовались больницами для принятия решений для приобретения нового оборудования. Аналитические центры служб Medicare и Medicaid стали готовить систематические обзоры для принятия управленческих решений в национальном масштабе [10]. Руководители медицинских учреждений пользуются результатами систематических обзоров для принятия решений по вопросу применения новых методов лечения, обследования и профилактики. Систематические обзоры оказывают значительное влияние на содержание вырабатываемых организационно-управленческих решений не только в США, но и в Канаде, Великобритании, Сингапуре, Турции и других странах. Однако существуют препятствия к расширению их использования, такие как: недооценка значимости систематических обзоров среди клиницистов, организаторов здравоохранения, политиков; ограничения в ресурсах (недостаток специалистов, недостаточное финансирование - например, обзоры Evidence-based Practice Centers могут стоить 250 тыс. долларов США и более, так как охватывают глобальные вопросы) [11].

Кроме того, нельзя забывать о таком подходе к выбору приоритетов в сфере здравоохранения, как лоббирование интересов фирм-производителей медицинского оборудования, стремлении медицинских учреждений увеличить доход за счет повышения объема медицинских услуг, а также склонность врачей использовать более дорогостоящие методы лечения и лекарственные средства, даже если их эффективность не доказана.

Помимо вопросов, связанных с финансированием высокотехнологичных технологий и оценкой их эффективности, в отечественном здравоохранении существует ряд важных нерешенных проблем управления оборудованием – неадекватное техническое его обслуживание, что является следствием нехватки квалифицированных специалистов служб ремонта медицинского оборудования, отсутствием специализированных учебных заведений по подготовке инженеров медицинской техники, и как следствие – отсутствие культуры проведения тренингов и курсов повышения квалификации для специалистов данного профиля; недостаточный объем сервисного обслуживания; отсутствие оснащения для информационных систем по управлению инфраструктурой (активами) и транспортно-логистических центров [12,13].

Чаще всего в мировой практике используется комбинированная модель технического обслуживания медицинского оборудования (США, Сингапур, Турция), когда в каждой организации мелкий и простой ремонт производят специалисты подразделения биоинженерной службы, тогда как ремонт дорогостоящего высокотехнологичного, сложного оборудования осуществляется согласно договору на сервисное обслуживание.

В Казахстане на базе АО «Национальный научный центр материнства и детства» и других клиник в рамках реализации программы «Трансферт технологий управления и развитие потенциала медицинского кластера» с 2009 года проводится обучение и повышение квалификации инженеров (США), организована система учета и контроля

медицинского оборудования, внедрена информационная система по управлению инфраструктурой для обеспечения эффективного фасилити менеджмента, проводится работа по организации сервисного обслуживания.

Таким образом, существуют проблемные вопросы организации оказания населению Республики Казахстан высокотехнологичной медицинской помощи как организационного и финансового характера, так и связанные с оценкой эффективности различных нововведений, обеспечения направления общественных ресурсов здравоохранения на финансирование только результативных методов обследования и лечения больных.

Управление процессами отбора новых, высоких и высокозатратных медицинских технологий должно быть ориентировано прежде всего на доказанную эффективность их применения. Процесс принятия управленческих решений в этой сфере сложен, связан с компромиссами, и каждая страна пытается найти наиболее оптимальное решение проблем с учетом своих возможностей, ресурсов и стратегических целей социального развития.

Литература

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Послание Президента РК народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире».
3. В.А. Солодкий, В.И. Перхов, И.В. Самородская, «Международный опыт отбора новых и дорогостоящих медицинских технологий для их последующего финансирования», Здравоохранение Российской Федерации, 2008, т. 6, с.22-27.
4. Levin L., Goeree R., Sikich N., Internet Journal Technology Assessment Healthcare, 2007, vol.23, p.299-309
5. Vinck I., Neyt M. and others, Internet Journal Technology Assessment Healthcare, 2007, vol.23, p.449-454.
6. Bevan H., Penny J., Layton A., Clinician in management, vol. 9, p. 27-31.
7. Bate P., Robert G., Mcleod H., Report on the “Breakthrough” Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS. Research report № 42, UK, 2002.
8. Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., The New Public Health, New York, 2000.
9. Fox D.M., Health Affairs, 2005, vol. 24, N 1, p. 114-122.
10. Власов В.В., Медицина в условиях дефицита ресурсов, М., 1999.
11. Kevin A. Schulman, Health Reform in the United States: Implications for Hospitals and Organizational Design, The Fuqua School of Business, USA, 2011.
12. Программа «Трансферт технологий управления и развитие потенциала медицинского кластера», подкомпонент Медицинское оборудование: учет, планирование, закуп, техническое обслуживание, АО «Национальный медицинский холдинг», Астана, 2009.
13. Описание visual FM, интернет ресурс <http://www.loyhutz.ru/products>.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

АККРЕДИТАЦИЯ И СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)



СЕЗОННАЯ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Л.М. Абдрахманова, К.П. Ошакбаев, А.С. Хасенова
Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

Введение. Одним из важных звеньев в организации и развитии специализированной терапевтической помощи населению республики является стационарный этап, который

может являться базовым, высокоспециализированным и одним из высокочатратных звеньев в системе организации медицинской помощи и видом медицинских услуг.

Одной из важнейших задач общества и системы здравоохранения является сохранение здоровой полноценной личности - основы гармоничного и стабильного существования государства [1].

Современный мировой уровень развития научных изысканий и медицинских исследований позволяет не только исцелять широкий перечень заболеваний и травм, но и успешно возвращать к жизни людей путем протезирования и восстановления функции жизненно важных органов и систем организма [11].

Без всестороннего анализа показателей службы невозможна эффективная организация неотложной медицинской помощи. В связи с этим, **целью исследования** явилось оценка сезонной и региональной характеристики в структуре госпитальной заболеваемости и летальности в 2010 году в Республиканском научном центре неотложной медицинской помощи (РНЦ НМП).

Материал и методы. В качестве материала для исследования послужили официальные данные отдела статистики РНЦ НМП за 2010 год. Объект изучения: пациенты, госпитализированные в РНЦ НМП. Предмет изучения: госпитальная заболеваемость (далее – заболеваемость), госпитальная смертность (далее – летальность). Структура изучения: сезонность поступления пациентов и региональная характеристика. Заболеваемость рассчитывалась в абсолютном значении, летальность – в процентах (%).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью статистической программы Excel-2010 for Windows. Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$). Использовали критический уровень значимости $p < 0,05$. Для выяснения взаимосвязи между показателями использован множественный корреляционный анализ (r) и многомерный линейный корреляционно-регрессионный анализ с моделью вычисления отношения шансов с доверительным интервалом (ДИ) при 95% достоверности.

Результаты и обсуждение. Структура поступающих больных в РНЦ НМП по сезонам года и соответствующая летальность в 2010 году представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура поступающих больных по сезонам года и соответствующая летальность в 2010 году

Сезоны года	Заболеваемость, абс.	Умершие, абс.	Летальность, %
2010 год	9399	152	1,62
Лето	1862	34	1,83
Осень	2579	46	1,78
Зима	2307	39	1,69
Весна	2651	33	1,24

По данным таблицы 1 показано, что в 2010 году в РНЦ НМП наибольшее количество больных поступило в весенние (28,2%) и осенние (27,4%) месяцы, самая меньшая госпитализации наблюдалось летом (19,8%). Несмотря на такую закономерность госпитализации показатель летальности имеет почти обратную тенденцию, а именно – летальность весной самая низкая (1,24%), а летом (1,83%) – самая высокая. Среднесезонная или годовая летальность в 2010 году равнялась 1,62% (рисунок 1).

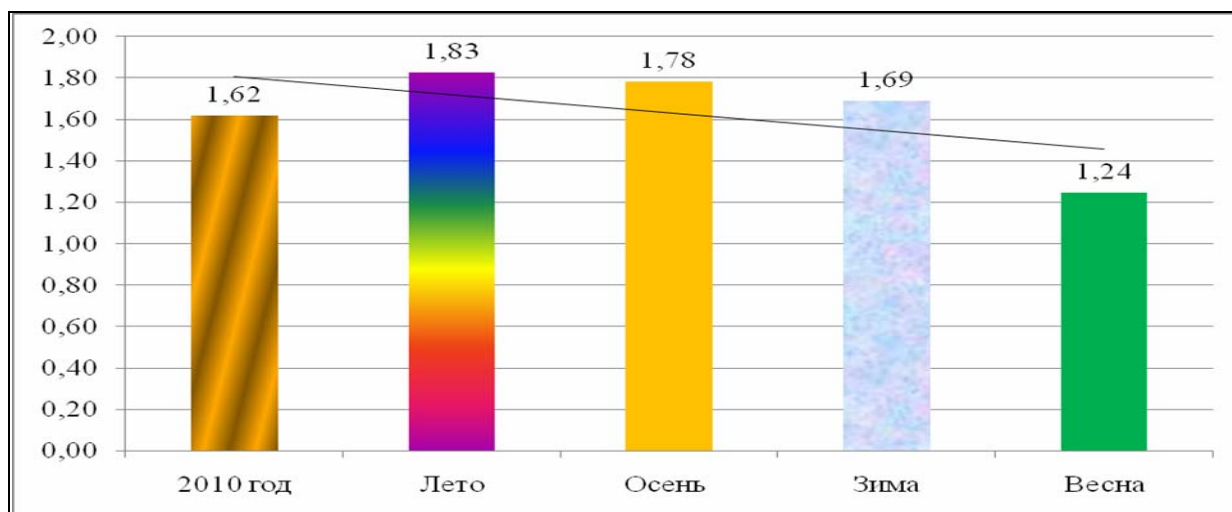


Рисунок 1 - Структура летальности по сезонам 2010 года (%).

В таблице 2 представлена региональная характеристика поступивших в 2010 году больных в РНЦ НМП.

Таблица 2 – Региональная структура больных, поступивших в РНЦ НМП в 2010 году

Регионы	Заболеваемость, абс.	Доля госпитализации, %	Умершие, абс.	Летальность, %
Акмолинская	291	3,1	6	2,06
Актюбинская	0	0,0	0	0,0
Алматинская	57	0,6	1	1,75
Атырауская	46	0,5	0	0,0
ВКО	123	1,3	1	0,81
Жамбылская	67	0,7	1	1,49
ЗКО	37	0,4	0	0,0
Карагандинская	120	1,3	1	0,83
Костанайская	88	0,9	0	0,0
Кызылординская	61	0,6	1	1,64
Мангыстауская	48	0,5	1	2,08
Павлодарская	61	0,6	1	1,64
СКО	78	0,8	3	3,85
ЮКО	146	1,6	1	0,68
г.Алматы	72	0,8	1	1,39
г. Астана	8104	86,2	134	1,65
Всего	9399	100,0	152	1,62

Данные таблицы 2 свидетельствуют, о том, что в 2010 году в РНЦ НМП поступали больные со всех регионов Республики Казахстан, кроме Актюбинской области. Самое большое количество госпитализации по г. Астана – 86,2% от всей госпитализации, далее по нисходящей – Акмолинская область (3,1%), ЮКО (1,6%), ВКО (1,3%), Карагандинская обл. (1,3%). Низкая госпитализация осуществляется по таким регионам республики, как ЗКО (0,4%), Мангыстауская обл. (0,5%), Атырауская (0,5%), Кызылординская обл. (0,6%), Алматинская обл. (0,6%), Павлодарская обл. (0,6%). Средне региональный показатель летальности равен 1,62% (рисунок 2).

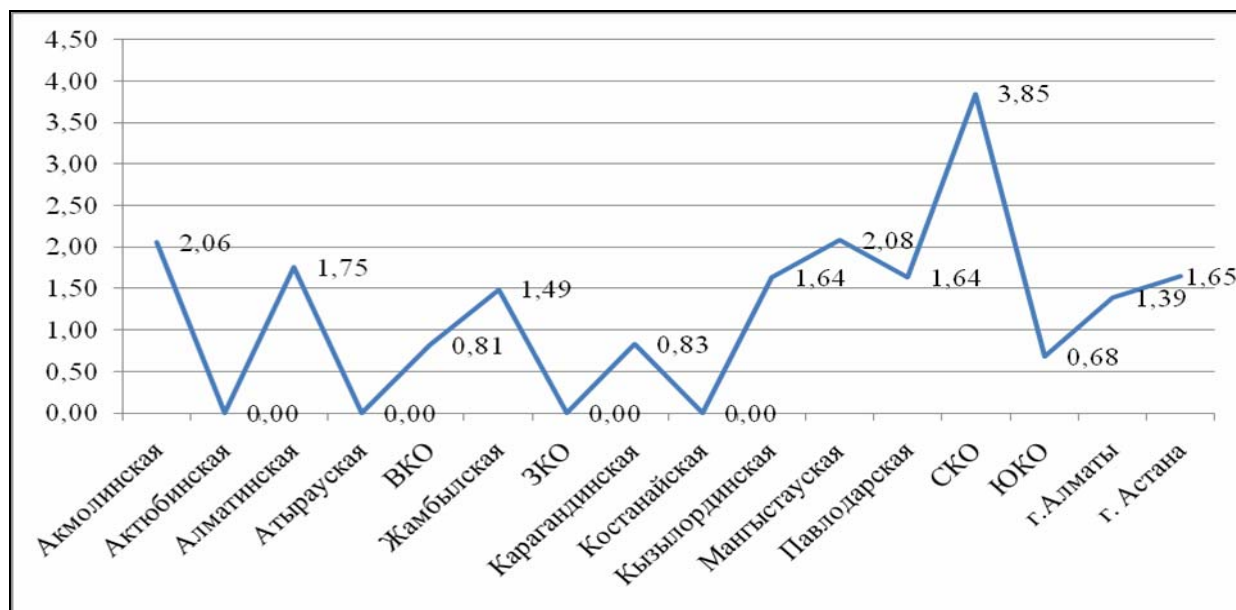


Рисунок 2 – Структура летальности по регионам 2010 года (%).

В то же время показатели летальности достоверно не коррелируют с количеством госпитализируемых лиц из регионов ($r = +0,11$). Сопоставление данных таблицы 2 и рисунка 2 свидетельствует, что среди таких регионов, как Мангистауская обл., Алматинская обл., СКО, отличающихся низким показателем госпитализации, встречаются высокие показатели летальности – 2,08%, 1,75% и 3,85% соответственно. И, наоборот, среди таких регионов, как ЮКО, ВКО, Карагандинская обл., отличающихся сравнительно высоким показателем госпитализации, встречаются низкие показатели летальности – 0,68%, 0,81% и 0,83% соответственно.

Заключение и выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования сезонной и региональной характеристики в структуре госпитальной заболеваемости и летальности в 2010 году в РНЦ НМП выявлено: 1) наибольшее количество больных поступило в весенние (28,2%) и осенние (27,4%) месяцы, самая меньшая госпитализации наблюдалось летом (19,8%); 2) показатель летальности имеет обратную тенденцию – летальность весной самая низкая (1,24%), летом – самая высокая (1,83%); 3) средне-сезонная (годовая) и средне-региональная летальность в 2010 году равнялась 1,62%; 4) самое большое количество госпитализации по г. Астана (86,2%), далее по нисходящей – Акмолинская область (3,1%), ЮКО (1,6%), ВКО (1,3%), Карагандинская обл. (1,3%). Низкая госпитализация по таким регионам РК, как ЗКО (0,4%), Мангистауская обл. (0,5%), Атырауская (0,5%), Кызылординская обл. (0,6%), Алматинская обл. (0,6%), Павлодарская обл. (0,6%); 5) показатели летальности достоверно не коррелируют с количеством госпитализируемых лиц из регионов ($r = +0,11$), так как, среди таких регионов, как Мангистауская обл., Алматинская обл., СКО, отличающихся низким показателем госпитализации, встречаются высокие показатели летальности – 2,08%, 1,75% и 3,85% соответственно. И, наоборот, среди таких регионов, как ЮКО, ВКО, Карагандинская обл., отличающихся сравнительно высоким показателем госпитализации, встречаются низкие показатели летальности – 0,68%, 0,81% и 0,83% соответственно.

Литература

1. Неотложная медицинская помощь и компьютерные технологии / 56. С.С.Вялов, А.А.Велопольский, Т.А.Васина и др.; под ред. Т.А.Васиной. -М, 2000. 104с.
2. Кузнецов В.В. Пути повышения эффективности неотложной медицинской помощи пациентам хирургического профиля на догоспитальном этапе. Дисс. На соиск. Уч. Ст. канд. Мед. Наук. – Владивосток, 2007. – 142 с.

ПРЕДПОСЫЛКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕТИНГА В РЕАБИЛИТАЦИИ

*А.О. Абдрахманова, Л.Ш. Джумаева, Н.Ж. Макишева, М.С. Кадырбаева,
Р.Т. Кенжебекова
Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана*

Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко регулируемых государством. Это связано с тем, что услуги, которые оказывает здравоохранение (медицина), связаны со здоровьем и жизнью человека. Жесткое государственное регулирование деятельности учреждений здравоохранения, включая вопросы управления и ценообразования, попытки, предпринимавшиеся, в том числе в развитых странах, полностью финансировать здравоохранение посредством государственного бюджета, обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления, в том числе маркетинга [1,2].

Маркетинг в здравоохранении имеет свои отличительные особенности, связанные со спецификой потребительского спроса и рынка медицинских товаров и услуг. Его возможности во многом обусловлены формой финансирования здравоохранения и оплаты медицинских услуг (частная, страховая, государственная), а также формой собственности предприятий, производящих товары медицинского назначения и оказывающих медицинские услуги (частная, муниципальная, государственная, благотворительных фондов и т.д.).

Маркетинг медицинских услуг имеет важное значение для формирования у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни. В этом смысле складывается система нового вида специализированных учреждений — детских реабилитационных центров, позволяющих комплексно решать проблемы оздоровления, сохранения и восстановления здоровья.

Увеличение количества медицинских учреждений, вызванное ростом спроса на их услуги, а также растущей рентабельностью последних вследствие использования современных методов управления и новых технологий, предполагает свободный выбор их услуг потребителем, в связи с чем, клиентами предъявляются более высокие требования к качеству услуг и обслуживания. В свою очередь учреждения здравоохранения вынуждены более часто прибегать к инструментам маркетинга с целью понимания нужд потребителей не только в плане лечения, но и обслуживания, разработки конкурентоспособной стратегии развития своего предприятия [2,3,4].

Среди новых медицинских учреждений реабилитационные центры (к сожалению, пока только детские) оснащены передовой аппаратурой и новейшими технологиями, спрос на которые постепенно увеличивается. Именно реабилитационная служба сегодня нуждается в маркетинговых услугах — к сожалению, мы не привыкли беречь здоровье, да и восстанавливать его после тяжелой болезни.

Одним из видов маркетинговой стратегии в современном здравоохранении и реабилитологии должна стать стратегия социально-этического маркетинга, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями, в том числе социально неадаптированных детей, и др.).

В коммерческой деятельности должна обязательно предусматриваться программа спонсорства, бесплатности, снижения цен, благотворительности, честности, этической направленности. Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя

благотворительность создают психологическое доверие и, в конечном счете - медицинский и экономический эффект.

Постепенные изменения в сознании населения приведут к изменению структуры спроса на медицинские услуги и медицинские товары: наряду с лечебными, растет спрос на профилактические процедуры (лечебная физкультура, гидрокинезотерапия, массаж), информационные ресурсы, препараты для самостоятельного лечения. В то же время потребитель достаточно информирован, что обуславливает рост его требований к качеству и безопасности медицинской услуги. Это не только усиливает конкуренцию на рынке медицинских услуг, но и меняет условия функционирования предприятий, ранее действовавших в условиях рынка продавца. В результате появления рынка покупателя, учреждения здравоохранения вынуждены прибегать к маркетинговым исследованиям, публич-релейшнз, акциям продвижения своих услуг [5,6,7].

Изменение психологии потребителя оказывает влияние также и на реформы здравоохранения. В частности, в Европе и Америке государственные реформы направлены на сокращение государственного участия в системе здравоохранения. При этом доля ответственности как моральной, так и материальной, за состояние здоровья перекладывается на самого человека [6].

Таким образом, учреждения здравоохранения, применяя маркетинг, формируют свою конкурентную позицию, основанную на репутации предприятия, что требует конкурентоспособности всех услуг.

Поскольку здравоохранение имеет своей целью удовлетворение общественных и личных нужд, то для его успешной деятельности должны быть изучены потребности общества и людей, спрогнозированы возможные их изменения. Достичь поставленных целей помогает маркетинг, обеспечивая учреждения здравоохранения необходимыми методами сбора и анализа информации [5,8].

Следовательно, можно выделить следующие уровни возможного применения маркетинга в здравоохранении и реабилитации:

- государственный уровень, где устанавливаются стратегические цели развития государства и общества, формируется политика развития системы здравоохранения, определяются приоритетные проблемы и пути их решения и т.д. Здесь маркетинг используется как для исследования потребителей услуг здравоохранения, в том числе их отношения к здравоохранению, потребностей общества и т.д., так и для обеспечения общественной поддержки реформ здравоохранения;

- уровень региональных органов государственного управления, где дополняется, конкретизируется и адаптируется к местным условиям федеральная политика, разрабатываются дополнительные территориальные программы и мероприятия, посвященные решению специфических медицинских проблем, уточняется нормативная база здравоохранения, совершенствуется система обеспечения населения фармацевтическими препаратами, специфическими медицинскими услугами;

- уровень предприятий, где осуществляется непосредственная работа с потребителями, в том числе по изучению их предпочтений, выявлению тенденций изменения спроса.

До сих пор медицинские работники рассматривали свою работу как искусство и не считали нужным вникать в проблемы экономики предприятия и ее оптимизации. «К сожалению, в связи с охватившей общество рыночной эйфорией и бездумной имплантацией рыночных отношений в здравоохранение разница между медицинской помощью и медицинской услугой в общественном сознании целенаправленно стирается. Врач ставится на одну доску с парикмахером и другими представителями коммунально-бытовых услуг, чем попирается святость врачевания, его гуманизованная жизнесохраняющая, общесоциальная функция» [2].

Вместе с тем опыт экономически развитых стран доказывает, что здравоохранение не может существовать на принципах государства благосостояния. Изменения в экологии, психологии людей, состоянии общественного здоровья, макроэкономические тенденции не

позволяют государству брать на себя полностью расходы по здравоохранению. Значительная часть, как расходов, так и ответственности ложится на самих потребителей и страховые организации. При этом возникает свобода выбора, а значит – конкуренция, что обуславливает необходимость использования маркетинга.

Эффективность развития ЛПУ как в капиталистических, так и в бывших социалистических странах оценивалась по показателям смертности пациентов, сроков их выздоровления, количества удачных операций, разработки новых, более совершенных методов лечения и т.д. К сожалению, до сих пор не учитываются сроки восстановления, а значит и экономические показатели деятельности учреждений, которые практически не рассматривались ранее. Поэтому учреждения здравоохранения не стремились или мало стремятся сегодня сокращать расходы на оказываемые населению услуги, оптимизировать ценообразование и т.д.

При этом рост государственных расходов на здравоохранение не останавливался, достигнув в настоящее время значительных цифр: 845 долл. США на душу населения в Испании; свыше 3465 долл. на душу населения в США; 1650 долл. на душу населения во Франции, 2064 долл. на душу населения в Канаде [1].

В итоге правительства большинства стран стали разрабатывать и реализовывать программы, направленные на сокращение государственных дотаций на здравоохранение, что привело к росту конкуренции на инвестиционном рынке. Кроме того, коммерческие (частные) предприятия ставят своей конечной целью получение прибыли, которая зависит от качества лечения, а государственные учреждения должны выдерживать конкуренцию, что значит, также совершенствовать услуги, для чего необходимы дополнительные средства.

В данных условиях предприятия заинтересованы как в привлечении дополнительных пациентов, что предполагает предложение высококачественных услуг, работу высококвалифицированного персонала, так и в формировании положительного имиджа устойчивого предприятия, надежного объекта для инвестирования, обладающего дополнительной социальной значимостью.

В результате перед лечебными учреждениями встают две задачи: формирование репутации эффективного учреждения и создание имиджа достойного делового партнера, что особенно важно для реабилитационных центров, как нового направления в здравоохранении, которые особенно остро нуждаются в рекламе, дополнительных инвестициях и привлечении дополнительных потребителей услуг.

Другой предпосылкой к использованию маркетинга является научно-технический прогресс: появление новых промышленных, информационных технологий позволило значительно снизить стоимость многих ресурсов, используемых учреждениями здравоохранения. К примеру, по оценкам специалистов, за последние годы значительно возросла рентабельность производства безрецептурных лекарств. Информационные технологии, одновременно с совершенствованием законодательства, разработкой максимально детализированных инструкций в сфере фармацевтического предпринимательства, позволили внедрить новые услуги, такие как заказ лекарств через Интернет, разработка и продажа программ по самолечению и т.д. Научный прогресс в сфере медицинских услуг, появление более совершенных методов лечения, а тем более реабилитации, не требующих сложных хирургических операций, длительного пребывания в стационаре, а, следовательно, сокращение стоимости данных услуг, обусловили рост спроса на медицинские услуги профилактического (лечебная и адаптивная физическая культура, массаж, гидротерапия и др.), косметологического характера, появление новых лечебных учреждений и видов услуг (реабилитационные центры, дневные стационары, стационары на дому и др.).

В целом медицинские услуги стали более доступны как в ценовом плане, так и с точки зрения информационной и территориальной доступности. К сожалению, это не относится к реабилитационным учреждениям, которых в республике, во-первых, мало, во-вторых, они

носят специализированный характер. Расширение сети реабилитационных учреждений требует маркетинговых исследований их рентабельности, экономичности, конкурентоспособности и т.д.

Таким образом, учитывая усиленное внимание общества к своему здоровью, рост спроса на медицинские и оздоровительные услуги, повышенные требования к ассортименту и качеству услуг, восприятие обществом здравоохранения как неотъемлемой составляющей уровня и качества жизни, необходимо использование маркетинга на всех уровнях управления здравоохранением: дальнейшее совершенствование и расширение системы медицинских и реабилитационных услуг, изучение спроса и потребности, поиск и вовлечение дополнительных дотаций и др.

Литература

1. Тогунов И.А. Концептуальное обоснование применения метода системного подхода к оценке качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1998. - N 3.
2. Тогунов И.А. Соотношение и адекватность понятий модели маркетинговой системы и категорий системы здравоохранения, функционирующей в условиях рынка // "Экономика здравоохранения", 1998. - N 7.
3. Лебедев А.А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики // "Экономика здравоохранения", 1997. - N 7(19) - С. 31-37.
4. Тогунов И.А. Модель маркетинговой системы как парадигма ситуационного моделирования в здравоохранении // Сб. Физика и радиоэлектроника в медицине и биотехнологии: материалы III междунаучно-технич. конфер. ФРЭМБ'98. - Владимир, 1998.
5. Концептуальная модель маркетинга медицинских услуг в имитационном моделировании системы здравоохранения // Сб. докладов III международной конференции "Радиоэлектроника в медицинской диагностике" 29 сентября - 1 октября 1999 г. - М., 1999. - С. 123-125.
6. Поляков И.В. с соавторами. Маркетинг медицинских услуг в условиях медицинского страхования // Методическое пособие. - С.Пб.-Саратов: "Слово", 1996. - С. 49.
7. Шарабчиев Ю.Т., Улащик В.С. Здравоохранение Беларуси. - 1995. - N 4. - С. 20-23.
8. Тогунов И.А. Ситуационное моделирование как перспективный метод прогнозирования качества медицинской помощи // Бюлл. НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А.Семашко, 1998. - Вып. 3.
9. Маркетинговые направления деятельности современных компаний. Зарубежный опыт и российская практика. - М.: "МАКС Пресс", 2001.

Түйін

ОҢАЛТУДА МАРКЕТИНГТІ ПАЙДАЛАНУДЫҢ АЛҒЫШАРТТАРЫ

*А.О. Абдрахманова, Л.Ш. Жұмаева, Н.Ж. Макишева, М.С. Қадырбаева,
Р.Т. Кенжебекова*

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау ұйымдарын басқаруда маркетингі пайдалану аса маңызды. Денсаулық сақтау ұйымдарына, ең алдымен оңалтуға маркетингі енгізудің мақсаты – халықтың назарын өз денсаулығына аударуға бағытталған насихаттық, ағартушылық қызметтер, сонымен бірге ұйымды экономикалық қолдау.

Негізгі сөздер: маркетинг, денсаулық сақтау, оңалту.

Summary

PREREQUISITS FOR USE OF MARKETING IN REHABILITATION

*A. O. Abdrakhmanova, L. Dzhumayeva, N. G. Makisheva, M.S. Kadyrbayeva,
R.T. Kenzhebekova*

Marketing use is actual for management in healthcare organizations nowadays. The purpose of marketing introduction into a public health organization, and, first of all, in rehabilitation is an educational propaganda aimed to attract the nation's attention to their health, and also to economic maintenance of healthcare organizations.

Keywords: marketing, health care, rehabilitology.

УДК 614.3.8

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕННОСТИ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

М.Ж. Бисимбаева

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

Введение. Актуальность данного исследования обусловлена увеличением показателей травматизма практически во всех регионах Республики Казахстан, и как следствие, продолжительными сроками временной нетрудоспособности и социально-экономическими потерями [1].

Важнейшим звеном совершенствования оказания лечебно-диагностической помощи пострадавшим является оптимизация взаимодействия субъектов медицинской деятельности на догоспитальном и госпитальном этапах с интеграцией современных информационных технологий и учетом реальной структуры лечебных учреждений [2].

Целью исследования явилось разработка основных направлений рационализации процесса оказания догоспитальной помощи пострадавшим и повышение эффективности лечения на примере отделения скорой и неотложной медицинской помощи Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи (Астана).

Проведен анализ характера, структуры и динамики травматизма обслуженного населения по возрастным категориям и профессиональным группам работающих лиц. Проанализирована структура лечебно-профилактических организаций (ЛПО), оказывающих догоспитальную консультативную и лечебно-диагностическую помощь, на основе которой сформированы специализированные «паспорта» медучреждений - субъектов оказания экстренной медицинской помощи.

В составе автоматизированной системы управления скорой медицинской помощи с использованием современных геоинформационных технологий разрабатываются имитационные модели принятия решений, направленные на поиск оптимальных «диагностических маршрутов» с учетом так называемого «регионального контекста»: территориальных особенностей ЛПО, их технической оснащенности, особенностей транспортной инфраструктуры, укомплектованности группами специалистов и др.

Среди основных подсистем необходимо выделить: схему регионов и расположение ЛПО с указанием специализированных отделений и их технической оснащенности; справочник группы специалистов лечебно-диагностических организаций; телефонную базу данных с указанием режима работы; электронную формализованную карту-схему пострадавшего; информационный справочник по основным нозологическим единицам; программный сервер, обеспечивающий функционирование автоматизированной системы в режиме реального времени с возможностью удаленного доступа.

Решение указанных задач позволит оказывать адекватную на данном этапе медицинскую помощь, сократить временные промежутки на этапах «первый контакт» врач-пострадавший – профилизация пациента, обеспечить рациональный «маршрут диагностики» с использованием имеющихся ресурсов, обеспечить преемственность в лечении пострадавшего.

Таким образом, поэтапное внедрение разработанных моделей обеспечит рационализацию процесса управления качеством медицинской помощи пострадавшим, ориентированным на оптимизацию взаимодействия субъектов медицинской деятельности и повышение эффективности лечения пострадавших в реальном региональном контексте.

Литература:

1. Дубицкий А.А. О путях реформирования службы скорой медицинской помощи. М., Скорая помощь - № 3. 2000. - С. 42-50.

2. Нечаев Э.А., Брюсов П.Г., Ерюхин И.А. Квалифицированная и специализированная травматологическая помощь в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых. Воен.-мед. Журнал. – 2003. - №1. – С. 17-21.

Түйін

**ЗАРДАП ШЕККЕНДЕРГЕ АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ КӨМЕК КӨРСЕТУ ПРОЦЕСІН
РАЦИОНАЛДАУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ**

М.Ж. Бисимбаева

Шұғыл жедел жәрдемнің кезеңі – кезеңмен көмек көрсетуі зардап шеккендерге рационалды түрде әсерін тигізеді. Негізінде бұның бәрі емхана алдындағы кезеңде медициналық субъектінің де көмегі тиген кезде емдеу әдістерінің іс жүзінде көмектесетінін көрсетті.

Summary

MAIN RATIONALIZATION FOCUSES IN PREHOSPITAL CARE DELIVERY PROCESS

M.G. Bisimbaeva

Phased implementation of models developed in this study is aimed to streamline management of emergency medical care delivery to victims. These models are focused on optimizing interactions among medical practitioners and improving treatment of victims in a real regional scope.

**МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ
ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
РАБОТЫ И ПОДХОДОВ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЕЁ ОРГАНИЗАЦИИ
В ВЕДОМСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

*Д.Ш. Даутов, А.Н. Цой, Б.С.Байкенова
Медицинская служба, Поликлиника ДВД, г. Астана*

Введение. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года [1].

Ключевыми моментами при оказании профилактической и лечебной медицинской помощи прикрепленному контингенту ведомственного учреждения являются качество медицинской помощи, комплексность и системность в работе, которые способны решить многие вопросы Здравоохранения Казахстана. Системный подход требует координации всех аспектов деятельности, постоянного планирования и доведения планов до каждого рабочего места с целью своевременной коррекции упущений и недостатков. Он предполагает представление организации как системы взаимодействующих динамических процессов [2].

В практической деятельности необходимо объективно с помощью системного анализа найти точки совпадения интересов: как пациентов, так и медицинских работников [3]. Одним из способов получения информации для принятия управленческих решений является проведение социологических исследований, преимущество применения которых позволяет при небольших временных, трудовых и материальных затратах получить информацию и выявить такие аспекты изучаемого явления или процесса, которые другими

методами определить затруднительно или невозможно [4]. Особую роль в маркетинговой деятельности и преобразовании организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической сети играет субъективная оценка пациента.

Материал и методы исследования. Для реализации этой цели нами были проведены социологические исследования с изучением мнения потребителей медицинских услуг - пациентов с одной стороны, и медицинских работников, поставляющих эти медицинские услуги – с другой стороны на протяжении 3х лет в течении 2009 - 2011 годов. В анкетировании приняли участие 48,0% лиц офицерского состава и 52,0% лиц сержантского состава.

Результаты и обсуждение. Анкетирование сотрудников органов внутренних дел города Астаны проводилось дважды в год в течение трёх лет, каждый раз раздавалось по 100 анкет при обращении пациентов в регистратуру.

Мониторинг результатов опроса за 3 года показал, что причиной обращения в поликлинику в 32% случаев составила болезнь, 56,5% - профилактический осмотр, 2,8% - по срокам диспансерного наблюдения, 8,3% - по другим причинам. В ходе получения медицинской помощи 87% пациентов ожидали приём врача до 30 минут, 9,3% - до одного часа. По мнению 62% респондентов во время приёма врач уделяет достаточно времени на пациента 85,2% удовлетворены результатом беседы с врачом. Но 16,8% пациентов считают, что врач уделяет им недостаточно времени, не удовлетворены результатом беседы с врачом 4,6%, не в полной мере удовлетворены – 8,3% респондентов. На приём к узкому специалисту в тот же день попадают 71,3% пациентов, на следующий день – 15,7%, свыше недели – 1,8%. По мнению 19,4% респондентов они сталкивались с отказом в обследовании и лечении, причиной тому из них 42,8% отметили отсутствие возможностей для осуществления, а 9,5% считают отказы необоснованными. В другие медицинские учреждения были направлены 29,6% респондентов. 64,8% опрошенных отметили, что врач проводит разъяснительную беседу о возможном риске для здоровья при проведении того или иного обследования и лечения. 41,7% пациентов давали письменное согласие на проведение оперативных вмешательств и диагностических исследований в амбулаторных условиях. 64,0% респондентов отметили, что врачи обсуждают план обследования и лечения с пациентом. 15,7% считают небезопасным осуществление той или иной процедуры. 95,4% удовлетворены санитарно-гигиеническим состоянием помещений поликлиники. В 10,2% случаев респонденты сталкивались с грубым отношением со стороны среднего и младшего медперсонала, в одном случае конкретно указана фамилия.

В процессе проводимого лечения в условиях поликлиники 16,8% респондентов отметили выздоровление, 15,7% - улучшение, 0,9% - ухудшение состояния. По мнению 75,0% пациентов обследование и лечение в поликлинике соответствует современному уровню и 86,5% - в целом удовлетворены медицинским обслуживанием (в 2009 году – 81,0%). Не удовлетворены медицинским обслуживанием 5,6% респондентов и 8,3% считают, что уровень обследования и лечения в поликлинике не соответствует современным требованиям.

По итогам мониторинга результатов анкетирования пациентов можно отметить следующее: на 10,0% снизилось количество обратившихся в связи с болезнью (с 45% до 35%); на 17,5% соответственно увеличилось количество обратившихся по поводу профилактического осмотра (с 42,0% до 61,0%); на 7,0% уменьшилось количество пациентов, ожидающих приёма врача свыше 30 минут (с 17,0% до 10,0%); на 21,3% увеличилось количество пациентов, отметивших о достаточном времени, уделяемом врачом на приём пациента (с 44,0% до 67,0%); на 14,0% увеличилось количество удовлетворённых результатом беседы с врачом и квалификацией врача (с 77,0% до 92,0%); на 5,0% увеличилось количество респондентов, отметивших проведение врачом бесед по возможным рискам для здоровья при обследовании и лечении с обсуждением дальнейшего плана обследования и лечения; на 8,0% уменьшилось количество респондентов, отметивших о проявлении грубости со стороны медперсонала; на 10,0% увеличилось

количество пациентов, считающих, что уровень обследования и лечения в поликлинике соответствует современным требованиям (с 71,0% до 81,0%); на 5,5% увеличилось количество респондентов, удовлетворённых качеством оказываемых медицинских услуг в поликлинике (с 81,0% до 86,5%).

Анкетирование медицинских работников поликлиники проводилось в течении 2009 – 2011 годов кратностью 1 раз в год. Опрошено в среднем 87,5% медперсонала. По результатам анкетирования 97,1% опрошенного персонала считают свою работу интересной, 88,5% имеют возможность повышать свою квалификацию, у 83,0% работа требует специальных знаний и в 85,7% случаях работа соответствует специальности. 71,4% считают свою работу безопасной, а в 28,6% считают свою работу травмоопасной. Среди опрошенных 77,1% пользуются авторитетом и доверием среди сотрудников и пациентов, 2,9% не уверены в этом. В 48,6% случаях респондентов не устраивает заработная плата. У 48,6% медработников работа вызывает переутомление. Распорядок дня устраивает 94,3% персонала, 42,8% считают, что не организованы спорт и досуг. 85,7% респондентов отмечают ритмично организованный труд в коллективе, но 14,3% не согласны с данным утверждением. 82,8% респондентов отмечают взаимозаменяемость, 85,7% медработников считают, что члены коллектива ответственно относятся к своим обязанностям, а 74,3% согласны с мнением, что в коллективе работают приятные и симпатичные люди, с которыми можно не только работать, но и отлично отдохнуть. В 85,7% случаях руководитель уважает подчинённых и сам пользуется уважением, 100,0% респондентов отметили, что руководитель обсуждает с подчинёнными производственные вопросы. На неудобное оборудование рабочего места и плохую оснащённость техникой отметили 22,8% медработников, хотя 91,4% сотрудников отмечают безвредные санитарно-гигиенические условия труда. По итогам анкетирования 44,4% медработников внесли свои предложения по улучшению условий работы и повышению качества оказываемой лечебно-профилактической помощи.

Выводы. Анализ результатов проведенного анкетирования показал, что пациенты и медработники активно участвуют в процессе анкетирования с целью выявления сильных и слабых сторон лечебно-профилактического процесса, отмечена заинтересованность респондентов в сохранении своего здоровья, что соответствует стратегии государства об ответственности каждого гражданина за своё здоровье. Значительно расширился круг пациентов, желающих получить квалифицированную медицинскую помощь. Подавляющее число респондентов даёт положительную оценку организации медицинского обслуживания в условиях поликлиники (86,5%), что говорит о высоком уровне удовлетворённости респондентов полученными медицинскими услугами в поликлинике.

Важным разделом данной работы явилось выяснение предложений пациентов и медработников, направленных на улучшение деятельности поликлиники.

Приведенные данные необходимо учитывать при оптимизации уровня оказания медицинской помощи в учреждениях такого типа, как ведомственная поликлиника.

Литература

1. Назарбаев Н. А. «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года.
2. Никитин В.А., Филончева В.В.. Управление качеством на базе стандартов ИСО 9000:2000. Москва – Санкт-Петербург – Нижний Новгород – Воронеж – Ростов-на Дону – Екатеринбург – Самара – Новосибирск – Киев – Харьков – Минск. С. 5-126.
3. Петрова Н.Г., Железняк Е.С., Балохина С.А.. Мнения пациентов, обращавшихся в государственные и негосударственные лечебно-профилактические учреждения, о платных услугах в здравоохранении. // Здравоохранение РФ. 2003. - №3. – С. 20-23.
4. Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа. // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко. Тематический выпуск. Часть II, Москва, 2002.

Түйін

**ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖҰМЫСТАР САПАСЫ ЖӘНЕ ВЕДОМСТВОЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДЕ ОЛАРДЫ
ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ ТӘСІЛДЕРІ МӘСЕЛЕЛЕРІ БОЙЫНША ЕМДЕЛУШІЛЕР МЕН
ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ АРАСЫНДАҒЫ САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ МОНИТОРИНГІ**

Д.Ш. Дәуітов, А.Н. Цой, Б. С. Байкенова

Медициналық қызметкерлер мен емделушілер арасында жүргізілген сауалнама нәтижелерін талдау сұралғандардың көпшілігі емхана жағдайында медициналық қызмет көрсету ұйымдастырылғанына оң баға бергендерін көрсетті (86,5%), бұл нәтиже респонденттердің емханада алған медициналық қызметпен қанағаттану дәрежесінің жоғары деңгейде екенін көрсетеді.

Summary

**MONITORING SURVEY RESULTS OF PATIENTS AND PHYSICIANS ON QUALITY OF PROPHYLACTIC
WORK AND APPROACHES TO IMPROVE ITS ORGANIZATION IN A DEPARTMENT**

D.Sh. Dautov, A.N. Tsoy, B.S. Baikenova

Analysis of questionnaire results carried out among patients and medical staff has shown that the majority of the respondents give a positive evaluation to the organization of polyclinic medical service (86.5%). This demonstrates a high level of respondents' contentment with medical services received at the polyclinic.

АВТОМАТИЗАЦИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Д.Ш. Даутов, Ж.Д. Таженова, А.Н. Цой

Медицинская служба, Поликлиника ДВД, г. Астана

Количество и качество человеческого капитала во многом зависит от уровня и качества здоровья нации [1]. Поддержание здоровья сотрудников органов внутренних дел, оказание им своевременной медицинской помощи во многом зависит от организации деятельности лечебно-оздоровительных учреждений системы МВД Республики Казахстан.

Реформа отрасли здравоохранения, направленная на решение важных задач, связанных как с прогнозированием и планированием, так и с политикой создания, анализа качества и повышения эффективности здравоохранения [2,3,4] касается и ведомственного здравоохранения. Сегодня в свете расширения международной базы данных и развития информационных технологий проблемы совершенствования наиболее приоритетных направлений системы здравоохранения, включая организацию и повышение качества лечебно-диагностической помощи, трудно представить без комплексной разработки и внедрения в медицинскую практику информационных технологий [5]. Информатизация системы здравоохранения - многоаспектный системообразующий процесс, включающий сбор, накопление, интеграцию и эффективное использование баз, банков данных.

Предмет исследования: информационная поддержка деятельности руководителя.

Цель исследования: повышение качества и эффективности управления лечебно-профилактической помощи сотрудникам органов внутренних дел города Астаны на основе развития информационной поддержки.

Для разработки программного обеспечения в поликлинике была отработана «модель управления оказанием медицинской помощи». В 2005 году в поликлинике внедрена и адаптирована к условиям поликлинической работы информационная программа управления D4W. По результатам обработки её данных создано информационное обеспечение управления медицинской помощью в поликлинике, которую обеспечивают две подсистемы: «Поликлиника» и «Регистратура», объединенные в единую локальную сеть со всеми кабинетами и подразделениями.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1) Исследование специфики работы ведомственной поликлиники; 2) Создание базы данных прикрепленного контингента с регулярным обновлением списка и присвоением каждому пациенту номера амбулаторной карты; 3) Адаптация программы D4W к условиям работы в условиях ведомственной поликлиники; 4) Обучение медицинского персонала компьютерной грамоте и работе с программой в локальной сети; 5) Формирование входных и выходных статистических параметров.

Внедрение данной программы призвано обеспечить: накопление информации об объемах и номенклатуре медицинских услуг; анализ объемов проводимых медицинских услуг; обеспечение и формирование достоверных медико-экономических и статистических банков данных для широкого круга задач.

D4W главным образом делится на следующие части:

- 1 – Запись на приём (Книга записи на приём и расписание)
- 2 – Пациенты (Записи о пациентах)
- 3 – Практика (Управление лечебной практикой)
- 4 – Настройка (Установка свойств лечебной практики)

Каждая часть в свою очередь делится на разделы (таблица 1). Структура выглядит примерно так:

Таблица 1 - Структура меню D4W

Запись на приём	Пациенты	Практика
В разрезе одной книги	Сведения о пациенте	Сводные отчёты о количестве посещений всего по поликлинике, по каждому врачу
В разрезе множественных книг	Записи о состоянии здоровья в амбулаторной карте	Сводные отчёты о процедурах и операциях по всем специалистам за любой промежуток времени
В разрезе групповой записи	План обследования и лечения	
Настройка книг записи	Курс лечения	
Список ожидания пациентов	Контрольная явка на приём	

Регистратура должна обеспечивать автоматизацию следующих функций: регистрация прикрепленного контингента по категориям (прикрепленный контингент аттестованного состава; прикрепленный контингент вольнонаёмного состава; члены семей); составление графиков работы врачей по приему пациентов с информацией о времени приема по дням недели; составление графиков проведения исследований и процедур с информацией о времени работы специалистов, выполняющих исследования; запись на консультации, лабораторные и инструментальные исследования пациента с фиксацией направительной информации.

В меню программы «Запись на приём» регистрируется каждый пациент, обратившийся за медицинской помощью. Во время посещения врача назначенное лечение и обследование вводится в режиме «Курс лечения» в меню «Пациент». Медицинская сестра, по назначению врача, вводит запись пациента на очередь на то или иное обследование в меню «Запись на приём», например в клинко-диагностическую лабораторию. Таким образом, формирование записи на приём в «книге записи на приём» к специалистам производится как через регистратуру, так и непосредственно во время приёма, что значительно сокращает время пребывания пациента в поликлинике.

На момент обращения пациента, каждый врач специалист, пользователь программы, имеющий доступ к локальной сети, имеет возможность получить информацию об обращении данного пациента, как на момент осмотра, так и по прошлым обращениям.

В меню «Практика» формируются сводные отчётные данные о количестве посещений в поликлинике, о проведенных лечебных процедурах за сутки / неделю / месяц / год / несколько лет, то есть за любой промежуток времени как по всей поликлинике в целом, так и по каждому отдельному специалисту.

Выход статистических параметров отражён в таблице 2.

Таблица 2 - Статистика выполнения процедур по всем врачам за период с 01.01.2011 по 24.08.2011

Код процедуры	Описание медицинской услуги	Количество
00-01	Приём по заболеванию	15932
00-02	Посещение на дому	126
00-03	Профосмотр	24584
00-04	Диспансеризация	180
00-05	Открытие Б/л	1246
00-06	Закрытие Б/л	1204
00-07	Вакцинация	61
00-08	Справки	521
00-09	Санаторно-курортное лечение	26
00-10	Направление на госпитализацию	179
00-11	ВКК	1258
00-12	Продление Б/л	630
00-13	Дневной стационар	83
00-14	Направление на ЦВВК	521
00-15	Направление по республиканской квоте	28
01-01	Установка ВМС	10
02-04	Парабульбарные инъекции	11
03-06	ФГДС	250
03-10	Цифровая флюорография лёгких	4100
04-01	Промывание полостей	191
05-04	Операция гнойная	59
06-05	УВЧ	500
06-01	Амплипульстерапия	256
09-05	Наложение пломбы стоматологом	321

В настоящее время продолжается работа по внесению новых дополнений в виде следующих параметров: база формализованных стандартов оказания медицинской помощи с учётом диагностических и лечебных маршрутов и критериев оценки качества; оперативный учёт диагностических и лечебных назначений каждому пациенту с автоматической оценкой соответствия назначений принятым стандартам; оперативный обмен информацией со специалистами и руководством Медицинской службы ДВД, а также с этапами оказания медицинской помощи (параклинические диагностические подразделения, оргметодкабинет и т.д.); медико-экономические расчёты по различным контингентам обслуживаемого населения.

Пациентам, обратившимся во время профилактических осмотров и за лечебно-диагностической медицинской помощью, врачи специалисты назначают диагностические маршруты. По результатам проведенного обследования проводится верификация диагноза с назначением соответствующего лечения. При необходимости назначаются также стандартизованные, но уже проблемно ориентированные клинические маршруты, решается вопрос о целесообразности госпитализации в то или иное лечебно-профилактическое учреждение, в том числе для оказания высокоспециализированной медицинской помощи (по республиканской квоте в клиники республиканского значения и диагностический центр).

Внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных алгоритмов, позволяющих чётко делить пациентов по нуждаемости в различных видах медицинской помощи, способствуют более рациональному использованию ресурсов. Это делается и для того, чтобы не было «лишних» процедур без должных на то показаний. При наличии стандартов необходимых объёмов медицинской помощи появляется возможность снизить число «лишних» вмешательств за счёт исключения неэффективных и регулирования применения дорогостоящих технологий. Каждый врач специалист имеет в своём арсенале унифицированную модель, в которую входят наименования заболевания, синдрома или

клинической ситуации, стадии, фазы и осложнения (группа заболеваний по МКБ -10). Далее для каждой модели определяется перечень обязательных и дополнительных медицинских услуг, как диагностических, так и лечебных, которые необходимо выполнить при обращении пациента с определённым заболеванием (синдромом) или в определённой клинической ситуации (предоперационная обстановка, госпитализация и т.д.

Выводы: Внедрение информационной программы D4W в ведомственной поликлинике способствует повышению качества и эффективности управления лечебно-профилактическим процессом на основе развития информационной поддержки за счёт:

- сокращения рабочего времени, отведенного на регистрацию (одноразовый ввод информации и многократное ее использование – все основные данные, с которыми работает система, должны вводиться один раз и в последующем лишь обновляться);
- создания единого информационного пространства учреждения, включающего автоматизацию рабочих мест врачей-специалистов, работников регистратуры, а также административно-управленческого персонала;
- ведения оперативной внутриучрежденческой отчетности: формирование статистических показателей по поликлинике; формирование отчета о численности и контингентах прикрепленного населения; расчет показателей деятельности поликлиники за отчетный период.

Литература

1. Клифтон Гаус. Реформирование здравоохранения. // Наше здоровье. 1997, Т.5, № 3, с. 171.
2. Назарбаев Н.А. Казахстан на пути ускоренной экономической, социальной и политической модернизации. // Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 18 февраля 2005 года.
3. Стратегия развития здравоохранения Казахстана в 21 веке.// Материалы международной научно-практической конференции. Алматы, 2001, с. 3-45.
4. Аканов А.А. Контуры здравоохранения в 21 веке. Алматы, 2001, 49с.
5. Абдрахманов А.А., Бекбосынов Т.К., Дерновой А.Г., Ибраев С.Е., Ромазанов А.М. Перспективы применения информационных технологий в системе здравоохранения. // Информационный вестник Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан. Астана, 2002, №4, с. 21-25.

Түйін

ЕМХАНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ АВТОМАТТАНДЫРУ

Д.Ш. Дәуітов, Ж.Д. Тәженова, А.Н. Цой

Астана қаласы ІІД емханасына D4W ақпараттық бағдарламасын енгізу жедел түрде ішкі мекемелерлік есеп беруді жүргізу бойынша ақпараттық қолдау дамуының негізінде емдеу-профилактикалық үдерісті басқару тиімділігі мен сапасының жогарылауына мүмкіндік береді.

Summary

POLYCLINIC SERVICE AUTOMATION

D.Sh. Dautov, Zh.D. Tazhenova, A.N. Tsoy

Implementation of the D4W information program in the Department of Internal Affairs of the Polyclinic in Astana promotes quality improvement and an increase in efficiency of therapeutic process management on the basis of informational support development in operative internal data reporting.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.Б. Оразбаев

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

Введение. Скорая медицинская помощь (далее СМП) занимает особое место в структуре организации медицинской помощи. От того как быстро больному будет оказана

высококвалифицированная врачебная помощь зависит прогноз заболевания и жизнь больного. Имеющиеся на сегодняшний день организационные подходы не позволяют с достаточной достоверностью и комплексно, провести анализ и оценку существующей системы и осуществить синтез более совершенной системы оказания СМП. В решении этой проблемы большое значение придается информационным технологиям в службе скорой медицинской помощи, так как именно эти технологии придают данному виду медицинской помощи мобильный и срочный характер.

Цель исследования. Оценить эффективность информационных технологий, применяемых в службе скорой медицинской помощи.

Материалы и методы. Автоматизированные информационные системы, спутниковые навигационные системы, элементы телемедицины.

В настоящее время в развитых странах получили подтверждение своей практической значимости и активно применяются в деятельности службы скорой медицинской помощи следующие программно-технические решения: информационные системы, автоматизирующие работу станции скорой медицинской помощи; навигационные системы, используемые в диспетчеризации вызовов; элементы телемедицины, применяемые в работе бригад СМП.

Интеграция перечисленных направлений в единую технологическую составляющую работы станции скорой медицинской помощи способствует повышению эффективности управления, облегчает реализацию функций планирования.

Комплексная автоматизация работы станции СМП. Под комплексной автоматизацией объекта, как правило, понимают перевод большинства бизнес-процессов объекта на компьютерные технологии. Комплексная автоматизация объединяет системы планирования, контроля, управления и учета. Применительно к работе станции скорой медицинской помощи средства автоматизации должны поддерживать весь технологический цикл работы: от приема и распределения вызовов до статистической обработки информации, а также формирование графика нарядов, учет медикаментов, автоматизация вспомогательных участков. Информационная система должна иметь функции контроля качества и анализа деятельности станции и ее подразделений за любой промежуток времени, формировать данные для ответов на запросы учреждений и населения по поводу оказания скорой помощи.

В рамках единой системы решаются задачи: прием и регистрация поступающих от населения вызовов (скорая и неотложная помощь, плановая и экстренная перевозки); автоматическая расстановка принятых вызовов в порядке приоритетности их обслуживания; оперативное диспетчирование всех принятых вызовов в режиме реального времени; слежение за местоположением и состоянием подвижного состава, контроль по времени; учет заполненных карт вызова; автоматическое закрытие смены; получение статистической сводки за сутки; формирование графика нарядов и регистрация отклонений от графика; учет поступления и расхода медикаментов и перевязочных материалов; ведение спецжурналов (журналы вызовов спецбригад, повторных вызовов, учет использования наркотических препаратов и т.д.); учет прихода и расхода ГСМ; формирование и выдача регламентированных статистических отчетов; формирование произвольных аналитических отчетов для задач планирования и управления. В целях повышения оперативности межведомственного взаимодействия, как в повседневном режиме, так и в режиме ЧС, должна обеспечиваться интеграция с информационными системами служб экстренного реагирования (МВД, МЧС, Центр медицины катастроф и т.д.).

Автоматизированная система позволяет получить конкретные данные о работе каждого врача, бригады, смены, подстанции и станции в целом, в любой временной промежуток (месяц, квартал, год) и дает возможность руководителям всех уровней и рангов оценивать динамику показателей работы и соответствующего подразделения и звена, выявить причины нежелательных отклонений от нормативов, оперативно влиять на те звенья, где

выявлено или ожидается отклонение от целевых показателей и показателей использования средств.

Применение технологий спутниковой навигации. Средства спутниковой навигации внедряются в нашей стране повсеместно. В частности, одним из популярных направлений работы является оснащение приемниками машин скорой помощи. Это способно не только принести экономический эффект, но и спасти жизнь и здоровье людей. Интеграция спутниковой с автоматизированной системой станции скорой медицинской помощи позволяет диспетчерам контролировать местоположение, направление движения и запас топлива каждой машины «скорой помощи» на уровне региона. Внедрение навигационного решения позволяет оптимизировать время принятия решения по отправке бригады по вызову, что, в свою очередь, дает возможность снизить эксплуатационные и бюджетные расходы, а также еще больше сократить время приезда бригад медицинской помощи. Также немаловажным плюсом данной системы является оптимизация затрат на содержание автопарка посредством учета и контроля экономических показателей (учет пробега, моточасов работы двигателя, контроль движения топлива в баке). Решение позволяет определять местонахождение бригад скорой помощи в режиме реального времени, прокладывать маршруты движения к указанному адресу и формировать электронное досье выездов с указанием времени их прибытия на вызов и убытия.

При этом предполагается автоматический подбор машин скорой помощи, находящихся ближе всего к месту вызова и имеющих соответствующую медицинскую специализацию. По предварительной оценке специалистов, система сможет окупиться через полгода после установки.

Телемедицина и скорая помощь.

В Казахстане телемедицина признана одним из трех основных направлений социального применения телекоммуникационных технологий, во многих регионах созданы телемедицинские центры. Телемедицинские технологии активно внедряются в систему стационарной помощи.

Интересны решения по оснащению машин скорой помощи оборудованием, которое позволяет использовать в работе бригад СМП элементы телемедицины. В крупных городах России машины скорой помощи оснащены системами связи и навигации ГЛОНАСС. Среди заявленных функций - контроль местоположения и маршрута экипажа, а также передача информации о пульсе, давлении и других данных пациента на диспетчерский пульт в больницу. Потенциально это должно дать врачам время на подготовку к приему больного.

Примером внедрения элементов телемедицины в работу бригад СМП является также использование телеметрического электрокардиографа-передатчика, способного совместить запись нескольких кардиограмм пациента с немедленной передачей сигнала по мобильной связи в дистанционный диагностический центр для консультации по неясным случаям и принятию решения по транспортировке пациента в лечебное учреждение. Оперативное выявление некардиологической патологии с помощью переданной по мобильной связи ЭКГ позволяет провести правильную дифференцированную диагностику и принять верное решение по оказанию медицинской помощи пациентам без вызова специализированной кардиобригады. Тем самым, осуществляется значительная экономия средств, кардиологические бригады не направляются на необоснованные вызовы и имеют возможность больше времени уделить тяжелым кардиологическим пациентам.

Выводы. Таким образом, современные информационные технологии, уровень развития средств связи позволяют реализовать на практике новые алгоритмы работы службы скорой медицинской помощи, значительно улучшить основные показатели деятельности, такие как оперативность, качество и уровень оказания медицинской помощи.

Литература

1. Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции по теоретическим основам проектирования и разработке распределенных информационных систем (ПРИС - 2010), с. 196-206.
2. Журнал "Национальные проекты"(№6, июнь 2007)
3. Материалы VII Международной конференции «Телемедицина – Опыт и Перспективы» (г. Донецк, март 2011 г.).

Түйін
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ ЖҰМЫСЫНДА АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ
ҚОЛДАНУ

М. Оразбаев

Жедел медициналық жәрдем қызметін ақпараттандыру бұл қызметтік жұмыстың шынайлығымен басқарушылығы әрине аса тиімді материалдық және еңбек ресурстарының мақсатты қолдануы. Жедел медициналық жәрдем жұмысында ақпараттық технологияларды қолдану басшылықтың аса маңызды міндеті болуы қажет.

Summary
THE APPLICATION OF INFORMATION TECHNOLOGIES IN AMBULANCE

М. Orazbayev

Informatization of emergency medical services contributes to the transparency and manageability of the service, and, consequently, to a more rational and targeted use of material and labor resources. The use of modern information technologies in emergency medical services should be a priority in the ambulance station management.

УДК 616.14.2

ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИИ

А.Т. Улманов

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Привычное представление о деятельности врача-стоматолога как исполнителя строго определенных медицинских манипуляций в настоящий момент устаревает. Реализация практической деятельности врача стоматолога осуществляется в тяжелых психологических условиях, которые требуют от него выхода за рамки своей профессии и необходимость использовать знания и навыки из других областей науки, таких как менеджмент, психология и, конечно, право.

Таким образом, в современных условиях оказания стоматологической помощи и услуг врачи должны включать в круг своих профессиональных обязанностей медико-правовую составляющую, соотносить своё поведение с основными правовыми нормами и на основании их соблюдения владеть способами профилактики конфликтных ситуаций и, несомненно, уметь конструктивно их разрешать. Значительный уровень медицинских профессиональных рисков предполагает высокую вероятность возникновения конфликтной ситуации в правовом поле, что и наблюдается в настоящее время в стоматологической практике.

Однако, отношение медицинских работников к знаниям, выходящим за пределы специализированных функциональных операций и узкопрофессиональных умений поверхностно, и не вызывает у них должного интереса, о чем свидетельствуют данные, полученные в ходе проведенного социологического опроса врачей стоматологов (42 врача). Анализ полученных данных свидетельствует о недостаточности знаний медико-правовых аспектов в сфере здравоохранения в условиях изменения его законодательной базы. Знание основных нормативно-правовых актов, регулирующих профессиональную сферу врача

стоматолога, показало только 77,4% опрошенных. На курсах повышений квалификации информацию по правовым вопросам получали 56,2% опрошенных. Остальные респонденты отметили, что, несмотря на присутствие в плане занятий семинаров, посвященных медико-правовым вопросам – не посещали их, объясняя это так: 51,1% - знакомы с данной информацией, но полученной из других источников, 33,3% - нехваткой времени; 9,4% - не видят необходимости в получении данных знаний, так как это должны знать только юристы, 6,3% - затруднились ответить.

В ходе социологического исследования вызывал интерес о мнении врачей о дефектах стоматологической помощи, причинах их возникновения в практической деятельности, отношении к ним самих врачей. Основной же акцент был направлен на выяснение алгоритма действия специалистов в правовом поле в случае возникновения какого-либо дефекта либо неблагоприятного исхода лечения.

Среди всех опрошенных врачей 28,9% сообщили, что при осуществлении ими практической деятельности имели место профессиональные ошибки. Их возникновение врачи связывали с несовершенством технологий, отсутствием соответствующей материально-технической базой в ЛПО. Ни один из опрошенных врачей стоматологов не указывали допущенные ошибки и их последствия в первичной медицинской документации, обосновывая это тем, что при возникновении конфликтной ситуации прямое указание на дефект только осложнит его разрешение, в устной же форме только 12,3% респондентов передали данную информацию пациентам. Неблагоприятные исходы в результате проведенного лечения и развитие осложнений большинство врачей связывало с необоснованными с точки их зрения жалобами пациентов (44,5%), несоблюдением пациентами правил гигиены полости рта (18,2%), несоблюдением правил эксплуатации имплантатов и протезов (28,6%). Однако, ни один из опрошенных не назвали в качестве причины развития в дальнейшем конфликтной ситуации нарушение правового поля оказания услуги. Кроме того, 58,3% респондентов считают, что основными инициаторами инцидентов являются пациенты, а 14,4% - их родственники или знакомые.

В результате проведенного опроса выяснилось, что только 20% врачей предоставляют на их взгляд полную информацию пациентам; 75,4% - не обсуждают по своей инициативе с пациентами «профессиональные вопросы», только если сам больной обратится с каким-либо вопросом.

Получение устного согласия пациента для проведения комплекса лечебных мероприятий считают достаточным 32,0% и поэтому не оформляют его в письменной форме, а 23,3% ограничиваются только подписью пациента в истории болезни после записей о проведенном лечении.

Таким образом, анализ ответов врачей стоматологов свидетельствует о недостаточной их правовой грамотности. Данная проблема приобретает все большую актуальность в связи с процессами, проходящими в современном Казахстане - становлением правового государства.

Түйін

СТОМАТОЛОГИЯДА ЕМДЕЛУШІНІҢ ҚҰҚЫҚТАРЫН ІСКЕ АСЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

А.Т. Ұлманов

Стоматолог дәрігерлердің арасында өткізілген әлеуметтік зерттеу бойынша заңға сүйенген сауаттылығы төмен екені туралы куәландырады. Жаңа ғасыр жағдайларында стоматологиялық көмектің көрсетілуі кезінде дәрігерлік шеңбер қызметтеріне дәрігерлік сауаттылық құқықтарын қосу керек, негізгі заңға сүйенген нормаларды өз мінез-құлығымен ара қатынасын белгілеуі және олардың орындалуы негізде даулы жағдайларды профилактиканың әдістерімен білуі және, сөз жоқ, олар рұқсат бере алуы керек.

Summary

QUESTIONS OF PATIENT RIGHTS REALIZATION IN STOMATOLOGY

A.N. Ulmanov

The sociological research carried out among stomatologists testifies to their low legal literacy. In modern conditions of stomatologic care rendering, stomatologists should include legal literacy in a list of their professional duties, correlate their behavior to law and, based on their observations, be able to prevent and resolve conflict situations.

УДК: 615.851.4:616-053.2

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
КАК ПРОЦЕСС КОМПЛЕКСНОЙ АДАПТАЦИИ
СОЦИАЛЬНО НЕАДАПТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

Р.С. Садыкова

Республиканский детский реабилитационный центр, г.Астана

В последние годы в здравоохранении Казахстана активно развивается реабилитационное направление, что нашло свое отражение в многочисленных правовых и нормативных актах, приказах и постановлениях Министерства здравоохранения, в разработке и внедрении новых реабилитационных технологий, в открытии отделений и кабинетов медицинской реабилитации, открытии кафедр восстановительной медицины и реабилитации. И всё более актуальной становится проблема реабилитации социально неадаптированных детей, число которых в республике, как и во всем мире, растет с каждым годом [1-4].

Дети-инвалиды – наиболее слабо защищенная категория лиц. Формирование личности у детей-инвалидов, особенно с нарушениями опорно-двигательного аппарата, происходит в условиях ограниченного жизненного пространства, часто в полной изоляции и зависимости от посторонней помощи. У них быстро развивается неуверенность в себе, комплекс неполноценности, психоэмоциональная напряженность, утомление, нервно-психическое истощение, что значительно снижает адаптивные возможности организма и способствует формированию различных сопутствующих заболеваний [5-7]. Это категория детей, которые особенно остро ощущают проявления неравенства вследствие нарушений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности [8-10].

А ведь современные условия жизнедеятельности предъявляют высокие требования к состоянию физического и психического здоровья ребенка-инвалида. Поэтому главной целью реабилитации является достижение такого состояния ребенка-инвалида, когда он будет способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям. При этом под социальными функциями понимаются обучение, способность к чтению, письму, коммуникативная способность, самообслуживание, трудовая деятельность и др.

Развитие личности ребенка, закаливание его организма, развитие двигательной активности, чувственного опыта и мышления, активное включение ребенка в социальную жизнь и посильный труд – главные направления комплексной реабилитации ребенка-инвалида, достижение которых возможно только при слаженной командной работе медицинских, социальных работников и педагогов.

Назрела необходимость поиска новых форм и методов реабилитации, который не должен ограничиваться лишь медицинским аспектом.

В 2007 году в г. Астане (Республика Казахстан) открыт Республиканский детский реабилитационный центр (РДРЦ), который оказывает высокоспециализированную реабилитационную помощь детям с неврологической, нейроэндокринной и опорно-

двигательной патологией с большим спектром оказываемых услуг, хорошими показателями реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Важнейшим направлением деятельности РДРЦ является разработка и внедрение мультикомандной системы реабилитации, направленной на повышение степени социальной защиты ребенка-инвалида, создание необходимых условий для реализации его потенциальных способностей и возможностей, уменьшение выраженности ограничений жизнедеятельности.

Комплекс лечебно-профилактических, социально-психологических и социально-педагогических мероприятий, направленных на восстановление адаптивных функций и социализации ребенка-инвалида – это система медико-социально-педагогической реабилитации.

При проведении комплексной медико-социально-педагогической реабилитации в центре выделяется ряд целевых задач с учетом диагноза, возраста пациента, его психического состояния. Главные из которых: повышение резервных возможностей организма, сниженных вследствие основного заболевания; по возможности восстановление функционального состояния и повышение адаптивных возможностей ребенка, устранение неблагоприятных факторов психологической дезадаптации; изучение и диагностика психологических особенностей личности с целью разработки наиболее эффективных программ реабилитации на основе индивидуального подхода; проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий лицам с донозологическими нарушениями здоровья, или имеющим факторы риска различных заболеваний.

Для их достижения используется комплекс лечебно-восстановительных средств, социальные средства реабилитации и инновационные методы педагогической реабилитации.

Медицинская реабилитация (восстановительное лечение) включает меры по восстановлению и компенсации нарушенных или утраченных функций, предотвращению осложнений и рецидивов заболевания. Для этого используются лекарственные средства, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение, протезирование, природные факторы (как естественные, так и преформированные), различные виды массажа, занятия на тренажерах.

Социальная реабилитация детей-инвалидов с ограниченными возможностями направлена на социальное и бытовое устройство инвалидов. В комплекс мероприятий входят обеспечение различными техническими устройствами, позволяющими передвигаться (ортопедические приспособления, ортезы), трудотерапия, агротерапия, а также интеграция в социум.

Педагогическая реабилитация включает целый перечень инновационных методов: сенсорная интеграция, сенсорные упражнения, интенсивное взаимодействие, логопедический массаж, терапевтическая игра, Монтессори - педагогика и Монтессори - терапия, музыкотерапия и многие другие.

Помимо гуманитарной функции, заключающейся в возвращении человека к достойной жизни, реабилитация имеет важный социально-экономический аспект. При инвалидности с полной утратой трудоспособности общество несет большие экономические потери, которые складываются из пенсий, затрат на медицинское обслуживание, обучение и т.д.

В последнее время, государственная политика в отношении инвалидов направлена на изменение общепринятого иждивенческого образа жизни, на понимание инвалидом, что он – не ущербный, обделенный жизнью человек, а полноценный, самостоятельный гражданин, способный внести свой вклад в общественную жизнь.

При проведении реабилитации разрабатывается индивидуальная программа с учетом диагноза, степени его выраженности, реабилитационного потенциала и психо-социально-педагогических особенностей ребенка. При разработке реабилитационных программ используется комплексный подход, с использованием медицинских, социальных и педагогических методов реабилитации, т. е. организация, апробация и внедрение наиболее

оптимальных методов и средств реабилитации, обеспечивающих максимальный темп и эффективность процесса восстановления.

При проведении реабилитации социально неадаптированным детям, важно их сознательное и активное участие в процессе реабилитации, что создает необходимый психоэмоциональный фон и психологический настрой ребенка и повышает эффективность применяемых реабилитационных мероприятий.

Особенно важен принцип постепенности при повышении физической нагрузки по всем ее показателям: объему, интенсивности, количеству упражнений, числу их повторений, сложности упражнений как внутри одного занятия, так и на протяжении всего процесса реабилитации.

Весьма важно соблюдение систематичности. Только систематически применяя различные методы и средства реабилитации, мы можем обеспечить достаточное, оптимальное для каждого больного воздействие, позволяющее повышать функциональное состояние организма больного.

Таким образом, создание единой мультикомандной системы реабилитации социально неадаптированных детей, соблюдение общих организационных принципов и поиск наиболее эффективных способов решения задач способствует восстановлению адаптивных и функциональных возможностей организма, повышению уровня здоровья и качества жизни, а также более полному удовлетворению потребностей инвалидов в различных видах деятельности.

Литература

1. Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Абдрахманова А.О., Сейсембеков Т.А., Дарибаев Ж.Р. и др. Медико-социальные аспекты реабилитации детей с патологией нервной, опорно-двигательной и эндокринной систем // Вестник Медицинского центра Управления делами Президента РК. – 2010. - №1 (34). – С. 17-22.
2. Попова Т.В. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов в Республике Казахстан: современные аспекты // Медицина, 2009. - №1/79. – С. 4-6.
3. Исабекова А.А. Особенности нервно-психического и физического развития детей, перенесших перинатальные повреждения центральной нервной системы. Автореф. дисс к.м.н. Алматы, 2008. – 28с.
4. Kau F.S., Reider E.E., Payne L. Early behavior signs of psychiatric phenotypes in fragile X Syndrome // J Autism Dev Disord. – 1998. – V.28 (6). – p. 499-508.
5. Наурызбаев К.А., Одарченко Н.А., Петренко Е.П. Перспективы внедрения здорового образа жизни у детей Республики Казахстан // Тез. докл. “Валеологические аспекты профилактики и лечения”. - 1998. - С. 5.
6. Аканов А.А. Проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни для улучшения состояния народонаселения Республики Казахстан // Тез. докл. I Междунар. Конгресса по проблемам здорового образа жизни в рамках стратегии «Казахстан-2030». - Астана, 1998. - С. 6-11.
7. Лисицин Ю. П. Слово о здоровье. - М.: Медицина, 1993. - 225 с.
8. Твардовская А.А. Психолого-педагогическое изучение особенностей мышления детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом // Коррекционная педагогика: теория и практика, 2008. - № 4 (28). – С. 34-43.
9. Науменко Л.Л. Качество медико-социальной экспертизы в педиатрии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2008. - № 2. – С. 5-9.
10. Donald B. Bailey , Jr., Deborah D. Hatton, Martie Skinner. Early developmental trajectories of males with Fragile X Syndrome // Am J Ment Retard. – 1998. – V. 103 (1). – p. 29-39.

Түйін

ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛМЕГЕН БАЛАЛАРДЫ КЕШЕНДІ БЕЙІМДЕУ ҮДЕРІСІ РЕТІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК-ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ОҒАЛТУ

Р.С. Садықова

Әлеуметтік бейімделмеген балаларды оғалтудағы жан-жақты тәртіптік тәсіл ағзаның функционалды мүмкіншілігін толығымен қалпына келтіруге, денсаулық деңгейінің артуына, өмір сапасының жақсаруына, сонымен қатар әртүрлі қызмет түріндегі мүгедектердің қажеттілігін толық қанағаттандыруға әсер етеді.

Summary

MEDICAL-SOCIAL-PEDAGOGICAL REHABILITATION AS THE PROCESS OF THE SOCIAL MALADJUSTED CHILDREN'S COMPLEX ADAPTATION

R.S. Sadykova

A multidisciplinary approach to rehabilitation of socially maladjusted children promotes a more complete restoration of body functionality, improve health, quality of life, and better meet the needs of children with disabilities in different activities.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

М.К. Сулейменова

ГККП «Ерейментауская ЦРБ», Акмолинская область

В системе здравоохранения повышения квалификации – это обычное дело, всем известно, что врачи проходят обучение в течение всей практической деятельности. Но психология врача, в большинстве случаев, воспринимает обучение клиническое, по основной специальности. В современных, рыночных условиях, необходимо радикально менять мышление руководителей среднего звена, а обучение менеджменту, понимание системы общественного здравоохранения должно стать приоритетным.

Развивая процесс управления, подтверждается еще один принцип В. Зигерта и Л. Ланга: кто производит - не управляет, кто управляет - не производит. На сегодняшний день, необходимо обучать руководителей отделений, тех, кто выполняет функции управленческих процедур, политики, по созданию такого организационного климата и такой структуры, которые стимулируют совместные усилия медицинского коллектива.

Вообще говоря, координация деятельности сотрудников не может быть эффективной, если они не желают сотрудничать, а такая кооперация не возникает автоматически, ее необходимо создать. К сожалению, далеко не все руководители отдают себе отчет в том, что экономические цели могут достигаться не только путем наращивания капиталовложений непосредственно в производство, но и за счет вложений в социальную инфраструктуру, создания в медицинском коллективе благоприятной духовной атмосферы, способствующей высокой рентабельности. Вовсе не случайно, что в период общего дефицита самым дорогостоящим оказался дефицит личности. Сложилась ситуация, в которой чем упорнее стремились убеждать людей в приоритетности общественных интересов, пренебрегая при этом интересами конкретного человека, тем очевиднее становились его психологическое отчуждение и самоустраненность от общественных целей, ослабление у него чувства личной причастности к тому, что делается в родном коллективе, в экономике страны. В настоящее время возможности человека реализуются по множеству причин далеко не полностью: по некоторым данным, не более чем на 30-40% [1,2].

Невозможно стремиться управлять людьми, если и руководителям, и подчиненным цели совершенно не ясны. Управлять значит побуждать других к достижению ясной цели, а не заставлять других делать то, что считаешь правильным. Процесс управления базируется на нахождении и постановке цели. Однако затем наступает этап планирования, не спланировав, только зря тратить деньги и время [3].

К примеру, коечная мощность Ерейментауской ЦРБ – 140 коек, хирургическое отделение - 37 коек; гинекологическое - 20, родильное – 20, терапевтическое - 32, детское - 21, инфекционное – 10, реанимационное – 3, Селетинская СБ -15, тогда как врачей - 20 (категорировано-28,0%; средние медработники -22,4%). В ЦРБ помимо лечебных

отделений развернуты – клиникобиохимическая лаборатория, кабинет переливания крови, централизованная стерилизационная, физиокабинеты, кабинеты УЗИ, эндоскопии, телемедицины, рентген, пищеблок, прачечная. Также врачи общей практики обеспечивают на постоянной основе организационно-методическую поддержку средних медицинских работников ФАП. Во всем мире признано, что повышение уровня образования людей прямо связано с ростом качества медицинской услуги и жизни.

Следовательно, исключительная роль последипломного обучения в системе непрерывного образования обусловлена, прежде всего, за обновление и обогащение знаний и приобретения навыков рационального управления. Выездные семинары, проводимые совместно с кафедрами организации здравоохранения, позволяют непосредственно на рабочем месте найти управленческие решения в конкретных практических ситуациях. Система выездного последипломного образования призвана в короткие сроки повысить уровень квалификации, осуществить переподготовку специалистов, тем самым активно участвуя в духовном и интеллектуальном возрождении медицинской организации в целом.

Литература:

1. А. А. Матвеев, Д. А. Новиков, А. В. Цветков Модели и методы управления портфелями проектов ПМСОФТ-2005 г., 206 с.
2. В. А. Баринев Антикризисное управление: Учебное пособие ФБК-ПРЕСС-2002 г., 135 с.
3. Дэвид Аллен Как привести дела в порядок. Искусство продуктивности без стресса Вильямс-2007 г., 368 с.

Түйін

**ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ЖАҒДАЙЛАРДА АУЫЛДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСШЫЛАРЫНЫҢ
КӘСІБИ ДЕҢГЕЙІН АРТТЫРУ ҚАЖЕТТІЛІГІ**

М.К. Сүлейменова

Шығатын семинарлар, денсаулық сақтау кафедраларымен бірге өткізілетін, жұмыс орынында кафедраларымен бірге нақты басқарушылық шешімдерін тәжірибие жағдайларында табуға тікелей мүмкіндік береді. Шығатан жүйе дипломнан кейін оқу қысқа мерзімде дәрежелігін жоғарлату үшін, мамандардың қайта даярлауын іске асыру, сонымен бірге медициналақ мекеменің интеллектуалдық түрде дамуына үлес қосады.

Summary

**NECESSITY TO IMPROVE PROFESSIONAL LEVEL OF RURAL HEALTH CARE AUTHORITIES IN
MODERN CONDITIONS**

M.K. Suleimenova

Visiting seminars organized jointly with healthcare organisation departments directly at the workplace will allow finding appropriate management decisions in individual cases. The system of visiting postgraduate education is designed to improve skill level at short notice, to accomplish retraining of specialists, thus actively participating in spiritual and intellectual revival of a medical organization as a whole.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И СТАНОВЛЕНИЯ
ПОЛИКЛИНИКИ ДВД ГОРОДА АСТАНЫ**

А.Н.Цой

Поликлиника Департамента внутренних дел, г. Астана

Среди факторов, определяющих здоровье личного состава органов внутренних дел города Астаны, важное место принадлежит отношению людей к своему здоровью, профилактической активности системы здравоохранения, то есть ориентации не на лечение болезней, а на их предотвращение [1].

Сегодня, когда мы отчетливо видим внимание со стороны правительства Республики Казахстан к проблемам сохранения здоровья населения, возрастают требования и к ведомственному здравоохранению.

В 2005 году в Министерстве внутренних дел Республики Казахстан проведено реформирование ведомственного здравоохранения, образовано Государственное учреждение «Поликлиника Департамента внутренних дел города Астаны» с целью реализации конституционных прав сотрудников ДВД города Астаны в получении медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Поликлиника обладает статусом юридического лица и создана для осуществления медицинской, медико-социальной и врачебной деятельности по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации сотрудников ОВД города Астаны, членов их семей в организационно-правовой форме учреждения.

Для выполнения поставленной задачи был составлен перспективный план развития поликлиники по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы [2].

Перед нами встала задача организации действенной модели оказания эффективной медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел города Астаны и членам их семей.

На 1 этапе (2005-2006 годы): получены правоустанавливающие документы и разрешительные акты контрольно-надзорных органов для оказания лечебно-профилактической и диагностической медицинской помощи (свидетельство о госрегистрации юридического лица, лицензии и пр.); разработаны схемы организационной структуры, положения о работе отделений и должностные инструкции специалистов; разработаны и утверждены перечни объёма бесплатной медицинской помощи обслуживаемому контингенту ДВД г.Астаны и членам их семей; организовано проведение ежегодных профилактических медицинских осмотров аттестованного состава с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением выявленных больных; разработаны меры по оказанию первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической помощи обслуживаемому контингенту и взаимодействию с другими ЛПО города и Республики на всех этапах; введён алгоритм иммунизации контингента; началось практическое применение стационарозамещающих технологий (физиолечение, амбулаторные хирургические операции и манипуляции, открыт дневной стационар на 6 коек).

На 2 этапе (2007-2008 годы): составлены и выполнены комплексные годовые планы деятельности, направленные на решение приоритетных задач на ближайшую перспективу; проведен текущий ремонт здания (ремонт мягкой, плоской кровли и карниза здания поликлиники); разработаны и реализованы ежегодные планы санитарно-просветительной работы по укреплению здоровья и формированию здорового образа жизни, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, травм, несчастных случаев; внедрены периодические протоколы диагностики и лечения заболеваний, рекомендованные приказами МЗ РК; внедрена и адаптирована к условиям поликлинической работы информационная программа управления D4W.

На 3 этапе (2009-2010 годы): совершенствованы схема организационной структуры, положения о работе отделений и должностные инструкции специалистов с учётом непрерывного повышения качества оказываемой лечебно-профилактической помощи, в штат поликлиники по трудовому соглашению введены должности фармацевта на 1,0 ставку и врача эксперта на 0,5 ставки; организованы Служба по управлению качеством медицинской помощи, Формулярная комиссия поликлиники, группа инфекционного контроля; отработаны индикаторы качества медицинских услуг (индикаторы структуры, индикаторы процесса, индикаторы результатов) в соответствии с приказами МЗ РК и МВД РК; организовано проведение уровневой экспертизы: собственная (врачом специалистом), заведующим отделения, экспертом, комиссией по контролю за качеством оказания медицинской помощи МС ДВД, Комитетом по контролю за качеством медицинских услуг Департамента здравоохранения МЗ РК и МУ МВД РК; проводилось анкетирование (периодичностью 2 раза в год) сотрудников ДВД для определения степени

удовлетворенности полученными медицинскими услугами и медицинских работников Поликлиники с целью выяснения удовлетворённости персонала работой в поликлинике с подведением сравнительного анализа; совершенствовались финансовые показатели работы поликлиники (выполнение плана по государственным закупкам, отсутствие дебиторской и кредиторской задолженности по итогам хозяйственной деятельности).

По прошествии шести лет можно с уверенностью сказать, что эта модель стала по-настоящему действенной и личностно ориентированной, причем не только на сотрудников органов внутренних дел, но и на медицинский персонал.

Во-первых, появилась возможность для системного мониторинга состояния здоровья сотрудников ДВД города Астаны, работающих в условиях постоянного физического, психо-эмоционального напряжения и непрерывного усиленного варианта несения службы. Улучшение ранней диагностики и особенности труда сотрудников ОВД столичного региона отразились на показателях здоровья личного состава, так на протяжении 6 лет работы поликлиники (по данным ежегодного обзора МВД РК) отмечаются самые высокие цифры заболеваемости (общая, первичная и с временной утратой трудоспособности), наибольшие цифры травматизма, в том числе и производственного, ежегодный рост случаев туберкулёза за счёт притока людей из других регионов [3]. Однако в последние годы намечена положительная тенденция к снижению данных показателей. Это результаты постоянной целенаправленной работы по стопроцентному охвату профилактическими медицинскими осмотрами личного состава органов внутренних дел, по улучшению качества профилактических осмотров за счет привлечения к диспансеризации «узких» специалистов, проведения скрининг-осмотров с целью выявления и профилактики сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний, онкопатологии. Можно сказать без преувеличения, что в настоящее время участковые врачи подразделений ДВД обладают практически полной информацией о состоянии здоровья каждого сотрудника ОВД города Астаны.

Во-вторых, эффективно заработала схема сетевого взаимодействия поликлиники с ведущими медицинскими центрами Астаны: Центральным госпиталем МВД РК, Республиканским диагностическим центром, Национальным научным медицинским центром, Городским противотуберкулёзным диспансером, Городским онкологическим диспансером, Городской инфекционной больницей, городскими многопрофильными больницами № 1, № 2 и т.д.. В результате появилась возможность оказывать квалифицированную медицинскую помощь на местах, а при необходимости обследовать и лечить сотрудников в высокоспециализированных медицинских центрах.

В третьих, качественная медицинская деятельность невозможна без современного технического оснащения. В поликлинике проводятся собственные лабораторно-диагностические исследования на биохимическом и гематологическом анализаторах австрийского производства, рентген - диагностические исследования на стационарном рентген - аппарате французского производства и флюорографическая диагностика на цифровом флюороаппарате отечественного «Актюбрентгена». Осуществляются лечебные стационарозамещающие процедуры в условиях дневного стационара и физиотерапевтического кабинета.

В четвёртых, для эффективного руководства и плодотворной работы поликлиники необходимо совершенствование информационного обеспечения путем создания автоматизированной информационной системы [4], что позволит проводить компьютерный мониторинг деятельности кабинетов и подразделений, показателей здоровья сотрудников ОВД, с формированием персонифицированной базы данных (электронных амбулаторных карт). С первых дней работы поликлиники внедрена автоматизированная информационная программа Dental 4 Windows, в базе данных которой находятся такие разделы, как сведения о пациентах, регистратура с предварительной записью на приём к врачам специалистам, управление лечебной практикой и статистические параметры по посещениям, манипуляциям и процедурам. Задача будущего - введение электронных амбулаторных карт для аттестованного состава.

Выводы: Раскрытие истории становления и определение правового статуса государственного учреждения ведомственного здравоохранения позволяет определить механизм действенной модели оказания эффективной медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел города Астаны и членам их семей.

Поступательное внедрение современных подходов в организацию лечебно-профилактической помощи поликлиники ДВД города Астаны, применение новых эффективных технологий в лечебно-диагностическом процессе, позволяет добиться более высокого качества и доступности медицинской помощи, укрепить состояние здоровья сотрудников органов внутренних дел, а в перспективе будет способствовать успешному выполнению поставленных служебных задач и увеличению долголетия личного состава правоохранительных органов.

Литература

1. Назарбаев Н. А. «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года.
2. «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы» Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года
3. Медицинское управление Департамента тыла МВД РК, Справка –Обзор «О состоянии медицинского обеспечения сотрудников органов внутренних дел в 2010 году», Астана 2011.
4. Мелякова А.Л. «Совершенствование системы амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г.Владивостока», автореферат к диссертации на учёную степень кандидата медицинских наук, Хабаровск 2006г.

Түйін

АСТАНА ҚАЛАСЫ ІІД ЕМХАНАСЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ МЕН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТИЛЕРІ

A. N. Tsoy

Денсаулық сақтау жүйесінің ведомстволық мемлекеттік мекемесінің жұмысын ұйымдастыру тарихының ашылуы Астана қаласы ішкі істер органдарының қызметкерлері мен олардың отбасы мүшелеріне тиімді медициналық көмек көрсетудің әсерлі үлгісінің механизмін анықтауға мүмкіндік береді.

Емхананың емдеу-алдын алу көмегін ұйымдастыруға қазіргі заманғы көз-қарастарды енгізу, медициналық көмек сапасының жоғарылауына әкеледі, алға қойылған қызметтік міндеттердің ойдағыдай орындалуына мүмкіндік тудырады.

Summary

SOME ASPECTS OF ORGANIZATION AND DEVELOPMENT OF POLYCLINIC SERVICE OF THE DEPARTMENT OF INTERNAL AFFAIRS OF ASTANA

A.N. Tsoy

Disclosures of the history of management of the administrative healthcare's public institution makes it possible to determine the mechanism of efficient model of rendering of effective medical assistance to the employees of the internal affairs bodies and members of their families.

Progressive implementation of modern approaches in organization of polyclinic's therapeutic assistance leads to the increase of medical assistance quality and contributes to a successful realization of service objectives.

СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА С «БЕЗОАРОВЫМ КАМНЕМ»

М.В. Алексеев

Акмолинский областной онкологический диспансер, г. Кокшетау

Безо́ар, безо́аровый ка́мень (араб. بازهر bâzahr) — вид новообразования доброкачественного происхождения (конкримент) из плотно сваленных волос или волокон растений в желудке или кишечнике жвачных животных, лошадей, кошек, реже свиней и собак, иногда человека. Они образуются при попадании в желудок с пищей или в результате вредных привычек таких веществ, которые не перевариваются в нем, а накапливаются и формируются как бы в инородные тела. Кроме того безоары могут образовываться вследствие размножения в желудке грибов типа *Candida* [1].

По классификации (Ш. А. Гулордава, А. С. Кофкин, 1969) у людей безоары желудка и кишечника можно разделить на следующие группы:

1. Трихобезоары, или волосяные шары, образуются вследствие заглатывания волос. Преимущественно распространено у женщин и девочек, имеющих привычку жевать волосы, в частности у лиц с психическими патологиями. Возможен профессиональный характер заглатывания волос (парикмахеры, работники щеточного производства).
2. Фитобезоары, или безоары растительного происхождения, возникают в желудке в результате употребления в пищу больших количеств хурмы, дикой груши, кедровых орехов и ряда других растительных продуктов. Основа их — растительная клетчатка.
3. Стибо (себо) безоары — безоары животного происхождения, возникают в желудке под воздействием холодной воды после принятого в большом количестве говяжьего или бараньего жира.
4. Безоары органического происхождения. Образуются в желудке при заглатывании некоторых лекарственных веществ (салол), столярной политуры: лаков, смол, гудрона, при минерализации сгустка крови в просвете желудка.
5. Безоары эмбрионального происхождения. Формируются из дермоидной кисты желудка. К этой группе следует отнести и мекониевые камни.
6. Полибезоары — безоары смешанного происхождения. Могут возникать после травматического попадания инородных предметов в полость желудочно-кишечного тракта, например при осколочных ранениях брюшной полости.

Чаще других выявляются фитобезоары, которые, по данным разных авторов, составляют 70-75 % всех безоаров.

Диагностика таких инородных тел, как безоары желудка и двенадцатиперстной кишки, чрезвычайно трудна, так как они не имеют характерной клинической картины. Клиническими признаками безоаров являются боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, отрыжка тухлым содержимом, плохой аппетит, похудание, т.е. те симптомы, которые встречаются при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки или при раке желудка. При рентгенологическом исследовании безоар нередко принимают за доброкачественную или злокачественную опухоль. Установить точный диагноз возможно лишь во время эндоскопического исследования [2].

Безоары желудка приводят к различным осложнениям, из которых необходимо отметить кишечную непроходимость, перфорацию желудка, кровотечение и изъязвление слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки. Частота образования язв желудка при фитобезоарах составляет 25%, при трихобезоарах 10%. (И.К. Пипия и А.В. Телиа, 1973) из 67 больных с безоарами в желудке у 28 обнаружили язву желудка. Имеются наблюдения малигнизации язвы желудка при безоарах, а также сочетание безоаров желудка с карциномой [3].

Учитывая вышеизложенные литературные данные нам представился интересный случай из практики, когда у больного с подозрением на карциному желудка на операционном столе была обнаружена язва антрального отдела желудка в сочетании с безоаром.

Случай из практики. Больной Д., 1953 г.р. поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, периодическую рвоту. Считает себя больным в течении 6 месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Был обследован в поликлинике по месту жительства. При проведении ФГДС выставлен диагноз: Рак антрального отдела желудка? Госпитализирован. В отделении проведено рентгенологическое исследование желудка. Заключение: инфильтративный рак тела желудка, субтотальное поражение. При проведении повторного эндоскопического обследования обнаружена язва антрального отдела желудка диаметром до 1,0 см, в средней трети тела инородное тело - крупный комок до 4 см. Была взята биопсия из краев язвы. Цитологическое заключение: очаговые гиперпластические изменения железистого эпителия. Гистологическое заключение - умеренно дифференцированная аденокарцинома. Учитывая разночтение анализов больной взят на операцию. При ревизии в антральном отделе желудка по малой кривизне инфильтрация тканей, грубый рубцовый процесс по типу пенетрации в малый сальник и поджелудочную железу. Рака не обнаружено. В просвете свободнолежащее образование до 7,0 см, мягкоэластическое. Патологии со стороны печени, других органов не обнаружено. Со стороны слизистой в антральном отделе по малой кривизне язвенный дефект до 0,8 см. Учитывая гистоанализ решено выполнить субтотальную резекцию желудка. Лимфодиссекция по ходу левой желудочной и селезеночной артерии. Послеоперационное гистологическое заключение - хроническая язва желудка, хронический лимфаденит. Безоар был представлен волосатым шаром 30х40 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 9 сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии и направлен к гастроэнтерологу по месту жительства.

Представленный случай подтверждает данные литературы о многообразии безоаров и о довольно частом сочетании безоаров с язвами желудка.

Литература

1. Беляев А.А. Безоары желудка и их осложнения // Хирургия - 1993.- №5.- С. 44-47.
2. Федотов И.Л., Гущина Л.И., Федотов О.И. // Вестник хирургии им.И.И.Грекова.- 2010- № 3.-С.97-98.
3. Курькин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. // Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Санкт-Петербург. 2001г. С 350-353.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ И ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

*А.Г. Бекесова, Р.Ж. Усипханов, Е.А. Вольняга
Филиал РГКП Центра судебной медицины МЗ РК, г. Астана*

В судебно-медицинской практике часто встречаются случаи смерти от механической асфиксии, возникшей от утопления, а также от действия электрического тока. Но сочетание обеих травм – особый случай и очень трудно распознаваемый, потому что от механической асфиксии, и от действия электрического тока обнаруживаются признаки быстро наступившей смерти. В нашей практике было такое наблюдение.

Из обстоятельств дела: «...Из постановления известно, что «...в дежурную часть поступило сообщение о том, что в бассейне гостиницы обнаружен труп гражданина Д., 1979 г.р. Со слов очевидцев, гр Д., после принятия душа зашел в парную, после чего поднялся по двум ступенькам на подиум и быстро прыгнул в бассейн, находясь, в воде кричал, что бьет током. После чего утонул». При осмотре тела на месте происшествия

обнаружены внутрикожные кровоизлияния в лобной области, мелкие линейной формы ссадины на левой верхней и правой нижней конечностях западающие в центре, края их приподнятые [1].

На основании характерных макроскопических признаков был выставлен предварительный судебно-медицинский диагноз «Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей жидкостью - водой» [1,2,3].

В постановлении следователем был поставлен вопрос: «Имеются ли на теле потерпевшего признаки электротравмы, если да, могла ли наступить смерть гр. Д., от поражения электрическим током?». Для решения данного вопроса был исследован характер обнаруженных телесных повреждений, которые не имели характерных признаков электротравмы. Поэтому вопросы о наличии или отсутствии признаков электротравмы и имеется ли прямая причинно-следственная связь между утоплением и электротравмой оставались открытыми [3].

При судебно-медицинской экспертизе трупа гр.Д., 1979г.р.: трупные пятна светло-фиолетового цвета с синюшным оттенком, расположены на заднебоковых поверхностях туловища и конечностей. Зрачки равномерно расширены с обеих сторон, соединительные оболочки век бледно-розового цвета с мелкоточечными кровоизлияниями темно-красного цвета. Наружные телесные повреждения: внутрикожные кровоизлияния лобной области, мелкие ссадины линейной формы на левой верхней и правой нижней конечностях. Жидкое состояние крови, при вскрытии пазухи основной кости выделилось около 2 мл прозрачной жидкости (признак Свешникова); слизистая оболочка ее отечная, набухшая, с множественными мелкоточечными кровоизлияниями, в просвете гортани, трахеи и крупных бронхов мелкопузырчатая, стойкая, белесоватая пена (признак Крушевского), слизистая оболочка их серовато-розоватого цвета, полнокровна; легкие на ощупь резко воздушные, под плеврой розоватые, несколько возвышающиеся с нечеткими контурами кровоизлияния (пятна Рассказова - Лукомского - Пальтауфа), под плеврой и под эпикардом мелкоточечные кровоизлияния темно-красного цвета, ткань легких на разрезе серо-розового цвета, с поверхности разреза стекает красная жидкая, пенная кровь. Со стороны сердечно - сосудистой системы обнаружены изменения в виде неравномерного кровенаполнения сердечной мышцы и мелкоточечных кровоизлияний под эпикардом. Отек ложа и стенки желчного пузыря (признак Русаков - Шкаравского). Полнокровие внутренних органов.

При судебно-гистологическом исследовании установлено: острое расстройство кровообращения в виде резкого капиллярного полнокровия внутренних органов: стазы и сладжи эритроцитов, эритроциты в просвете альвеол и бронхов, тромбоз мелких сосудов легкого, капиллярных петель клубочков и вещества головного мозга, слизистой пазухи основной кости. Острая эмфизема, очаговый серозный альвеолярный и межуточный отек легкого. Отек и полнокровие слизистой пазухи основной кости. Отек головного мозга. Отек пространства Диссе в печени. Гидропическая дистрофия печени. Очаги острой ишемии в миокарде. В коже левой верхней и правой нижней конечности дефекты эпидермиса с отсутствием рогового слоя, внутрисосудистой гемолиз сосудов сосочкового слоя дермы, вытягивание ядер и гиперхроматоз клеток базального и шиповатого слоя эпидермиса. В коже правой верхней конечности дефекты рогового слоя в виде разволокнения и фрагментации.

На основании вышеперечисленных признаков был выставлен судебно-медицинский диагноз: «Истинный тип утопления». Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении: стойкая мелкопузырчатая пена в просвете дыхательных путей, расплывчатые светло-красные кровоизлияния под легочной плеврой (пятна Рассказова - Лукомского - Пальтауфа), светло-красное окрашивание крови в левой половине сердца, наличие жидкости в пазухе основной кости, эмфизема легких, отек стенки желчного пузыря; общеасфиксические признаки: обильные красно-синюшные трупные пятна, застойное полнокровие внутренних органов, жидкая темная кровь в сосудах и

сердце, переполнение кровью правой половины сердца, мелкоточечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом (пятна Тардые), точечные кровоизлияния в конъюнктивы век [1,2,3].

Поражение электрическим током: внутрикожные кровоизлияния в лобной области, наличие электрометок (гистологически) на тыльной поверхности левой кисти, на передней поверхности правой нижней конечности. Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом. Отек вещества и оболочек головного мозга, легких, жидкое состояние крови. Резко выраженное венозное полнокровие и дистрофические изменения внутренних органов.

Таким образом, причиной смерти могла быть как механическая асфиксия, так и поражение электрическим током. Следовательно, это конкурирующие повреждения, или одно из них, сопутствующая патология [4].

Поражение электрическим током явилось прижизненным (наличие электрометок, острая ишемия миокарда). С другой стороны, у трупа имелись выраженные признаки механической асфиксии: трупные пятна светло-фиолетового цвета с синюшным оттенком, бледность кожных покровов, мелкопузырчатая, стойкая, белесоватая пена в просвете дыхательных путей (признак Крушевского), выраженная эмфизема легких, розоватые размытые пятна под плевры (пятна Рассказова - Лукомского - Пальтауфа), мелкоточечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом (пятна Тардые), наличие жидкости в пазухе основной кости и мелкоточечные кровоизлияния в слизистой оболочке ее. Все это свидетельствовало о быстрой гипоксической смерти пострадавшего в результате от закрытия просвета дыхательных путей жидкостью – водой.

С учетом вышесказанного было принято решение, что причиной смерти гр-на Д. является механическая асфиксия, развивавшаяся от закрытия дыхательных путей жидкостью – водой при утоплении, а поражение электрическим током в данном случае могло способствовать созданию условий для наступления смерти от утопления [1,2,5].

Литература

1. Материал уголовного дела №000564 18-23с.
2. Сундуков В.А. Судебно-медицинская экспертиза утопления - М., 2006г. – 253 с.
3. Пиголкина Ю.И., Богомолова И.Н Атлас по судебной медицине. - Москва 2006г. – 179 с.
4. Новоселов В.П., Саркисян Б.А., Янковский Б.Э.Сборник «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». - Новосибирск 2009г. – 445 с.
5. Инструкция по организации и производству судебно-медицинской экспертизы, утвержденная приказом МЗ РК № 368 от 20.05.2010 г.

СЛУЧАЙ ГЛИКОГЕНОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА

О.В.Коос

ГКП на ПХВ «Патологоанатомическое бюро», г.Астана

Гликогенозы – под этим названием объединяют синдромы, обусловленные наследственными дефектами ферментов, участвующих в синтезе или расщеплении гликогена. Гликогеноз характеризуется нарушением структуры гликогена, недостаточным или избыточным накоплением его в различных органах и тканях, особенно в мышцах и печени.[1,2,3,]. Гликоген единственный резервный полисахарид – содержится во всех клетках. Это сильно разветвленный полимер, состоящий из остатков глюкозы. Исходное вещество для синтеза гликогена глюкозо–6– фосфат, образующийся главным образом из глюкозы путем ее фосфорилирования. Недостаточность одного или нескольких ферментов, участвующих в синтезе или распаде гликогена способствует развитию гликогеноза. Полимеры гликогена, которые не подвергаются дегидратации даже тогда, когда организму необходима глюкоза в крови, накапливаются в клетках, в которых отсутствует определенный фермент, участвующий в цикле расщепления гликогена до глюкозы. По характеру ферментативной недостаточности выделяют 12 типов гликогенозов, в

зависимости от преобладания поражения печени или мышц – печеночные или мышечные формы. [4,5]. К мышечным относят гликогенозы V и VII типов, к печеночным – O, I, II, III, IV, VI, VIII, IX, X, XI типов. Возможны сочетания нескольких типов.

В качестве иллюстрации приводим следующее патологоанатомическое наблюдение:

Больной А, 2 лет, находился на стационарном лечении в детской больнице в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 3 койко-дней с диагнозом: «Генерализованная цитомегаловирусная инфекция. Внебольничная бронхопневмония тяжелое течение. Гликогеноз? ДВС-синдром. Анемия тяжелой степени смешанного генеза». При поступлении жалобы на одышку, повышение температуры в течение 3-х дней до фебрильных цифр, слабость, вздутие живота, вялость, беспокойство. Из анамнеза жизни: с рождения у ребенка частый жидкий стул, с 4-х месяцев выявлена гепатомегалия, имели место – периодическая беспричинная субфебрильная температура, самостоятельно купирующаяся одышка, частые инфекционные заболевания, носовые кровотечения; с 5-ти месячного возраста диагностирован постоянный лимфоцитоз, лейкопения, гиперхолестеринемия, гипогликемия, повышение трансаминаз, креатинина. Состояние при поступлении крайне тяжелое за счет дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, ДВС-синдрома. Ребенок переведен на ИВЛ. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, отек лица, нижних конечностей. Частота дыхания 42 в минуту. Перкуторно дыхание укорочено в нижних отделах, аускультативно ослаблено, в нижних отделах единичные сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, определяется систолический шум, тахикардия до 152 в минут. Живот увеличен в размере. Печень +14см. Диурез снижен на фоне стимуляции. При ультразвуковом исследовании выявлены гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени. Рентгенография органов грудной клетки: Правосторонняя бронхопневмония. ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 164 в минуту. ОАК: Нв - 109г/л, эр - $3,7 \times 10^{12}$, Нт - 31,5, лейкоциты - 17×10^9 , ЛИИ-22%, СОЭ - 22. Биохимический анализ крови: общий белок - 53г/л, АЛТ- 5,76, АСТ- 121, мочевины - 7,2, креатинин - 285, Na - 132, калий - 4,7, кальций - 1,24. В общем анализе мочи: белок - 2,9, эпителий 1-2, лейкоциты 6-7, эритроциты неизменные 10-16. В динамике состояние прогрессивно ухудшалось за счет симптомов интоксикации, почечной, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Уровень сознания – кома. Гемодинамика нестабильная. По назогастральному зонду геморрагическое отделяемое. Нарастала олигоурия, гипотермия; на фоне выраженной брадиаритмии произошла асистолия; реанимационные мероприятия без эффекта.

При патоморфологическом исследовании обнаружена гепато-нефромегалия, обусловленная диффузной гликогеновой инфильтрацией гепатоцитов и нефротелиоцитов (рисунок 1,2), воспалительные изменения в легких, признаки респираторного дистресс-синдрома, геморрагический синдром, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки.

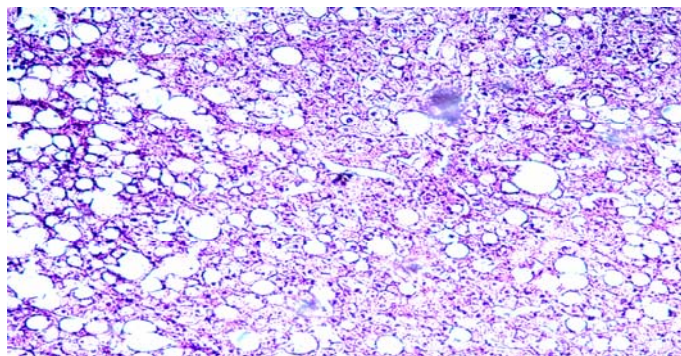


Рисунок 1- Гликогеновая инфильтрация печени. Крупные гепатоциты с пенистой цитоплазмой, крупнокапельная жировая дистрофия. Окраска гематоксилином и эозином, х200.

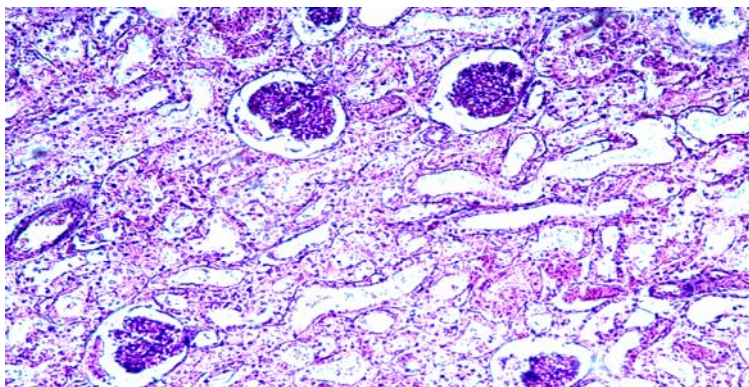


Рисунок 2 - Гликогеновая инфильтрация почек. Нейфротелиоциты с пышной пенистой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином, х200.

Далее, анализируя анамнез жизни и заболевания, на основании выявленных нарушений в накоплении гликогена стало очевидным, что клинические проявления данной патологии начались с грудного возраста: частый жидкий стул с рождения; с увеличением интервалов между кормлениями появлялись симптомы гипогликемии; одышка и субфебрильная температура, спровоцированные гипогликемией; постепенное увеличение тяжести и длительности гипогликемии привело к системным метаболическим нарушениям (с 5-ти месячного возраста гиперхолестеринемия, повышение трансаминаз, креатинина, нейтропения); нарушение функции тромбоцитов проявлялось повторными носовыми кровотечениями; дисфункция нейтрофилов и моноцитов, связанная так же с чрезмерным накоплением в них гликогена, способствовала повышению риска стафилококковых инфекций (пневмонии, абсцесс левого бедра).

Таким образом, на основании анамнеза жизни и заболевания, клинико-лабораторных данных, патоморфологических изменениях во внутренних органах, выставлен диагноз – гликогеноз. Однако отсутствие на догоспитальном и стационарном этапах исследований активности ферментов не позволило верифицировать тип гликогеноза.

Литература

1. Д.Вулфсдорф, Д. Криглер – младший. Гликогенозы. Н.Лавин (ред). Эндокринология. Москва, «Практика», 1999-469с
2. Aynsley-Green A, et al. The dietary treatment of glycogen synthetase deficiency. *Helv Paediatr Acta* 32:71, 1977.
3. Aynsley-Green A, et al. Hepatic glycogen synthetase deficiency. Definition of syndrome from metabolic and enzyme studies on a 9-year-old girl. *Arch Dis Child* 52:573, 1977.
4. Chen Y-T, et al. Renal disease in type 1 glycogen storage disease. *N Engl J Med* 318:7, 1988.
5. Bier DM, et al. Measurement of "true" glucose production rates in infancy and childhood with 6,6-dideutero-glucose. *Diabetes* 26:1016, 1977.

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ф.Д. Байсеркина

Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана

В условиях политических, экономических и социальных трансформаций последнего двадцатилетия на фоне ухудшения показателей здоровья усугубились медико-социальные

проблемы. Все это обуславливает объективную потребность в развитии новых эффективных технологий решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом комплексно-интегративном уровне. Среди таких технологий существенную роль играют технологии социальной работы в учреждениях здравоохранения в рамках профессиональной медико-социальной работы. Основу этой социальной инновации составляют социальные и организационные перемены в социальной практике, формирование новых функций, реализация которых направлена на снятие последствий деструктивных процессов.

Специалист социальной работы, участвующий в оказании медико-социальной помощи населению в учреждениях здравоохранения, фактически осуществляет медико-социальную работу – профессиональную мультидисциплинарную деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает системные медико-социальные воздействия на более ранних этапах развития болезней и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу.

Целью социальной работы в здравоохранении, как и целью медико-социальной работы, является достижение как можно более высокого уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а так же социальным неблагополучием.

Трудная жизненная ситуация и патология здоровья отягощают друг друга и порождают так называемый порочный круг, который трудно преодолеть с помощью только медицинских мер.

Объектом социальной работы в здравоохранении являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно усиливают друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с таким контингентом тяжела и малоэффективна и для медицинских работников, и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно сталкиваются с рядом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

Социальная работа в здравоохранении имеет много общего с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками. При определении функций специалиста социальной работы в конкретном учреждении здравоохранения и построении технологий его работы с клиентами целесообразно использовать классификацию, согласно которой функции, выполняемые в рамках медико-социальной работы, разделены на три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные.

Медико-ориентированные функции: организация медико-социальной помощи и ухода за больными; оказание медико-социальной помощи семье; медико-социальный патронаж различных групп; оказание медико-социальной помощи хроническим больным; организация паллиативной помощи; предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика); санитарно-гигиеническое просвещение; информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др.

Социально-ориентированные функции: обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи; представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи; содействие в предупреждении общественно опасных действий; оформление опеки и попечительства; участие в проведении социально-гигиенического мониторинга; участие в создании

реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания; информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты; содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат; семейное консультирование и семейная психокоррекция; психотерапия, психическая саморегуляция; коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегративные функции: комплексная оценка социального статуса клиента; содействие выполнению профилактических мероприятий социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях; формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни; планирование семьи; участие в проведении медико-социальной экспертизы; участие в осуществлении медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины; содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; социально-правовое консультирование; организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера; участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях; обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Следовательно, квалифицированное содействие клиентам в решении их жизненных проблем, связанных со здоровьем, определяет профессиональные особенности социальной работы и уровень подготовки специалиста по соответствующей медицинской специализации. Необходимо отметить координирующую роль специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи, в решении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и др.

При планировании и реализации технологий социальной работы в здравоохранении можно исходить из условного разделения медико-социальной работы на профилактическую и патогенетическую.

Медико-социальная работа профилактической направленности предусматривает выполнение мероприятий по предупреждению социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Таким образом, медико-социальная работа патогенетической направленности предусматривает мероприятия по организации медико-социальной помощи, экспертизы, осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента, создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

УДК 614.3.8

ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ПРИСУТСТВИИ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.С. Бейсенов

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

Проведен анализ вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) к больным и пострадавшим, где была констатирована смерть в их присутствии за период с января 2005 года по декабрь 2010 года.

Всего констатировано 501 случая летальности в присутствии бригад СМП, которые условно подразделены на две группы.

I группа – вызова к больным, где летальный исход был предвиден, как финальное течение хронических заболеваний (172 случая), II группа – больные и пострадавшие с внезапной смертью (329 случаев).

Последняя группа подразделена на две составляющих – внезапная смерть, как осложнение остро возникшего заболевания (272 случая) и внезапная смерть, как следствие воздействия внешних факторов несовместимых с жизнью - это сочетанная и комбинированная травма, поражение электрическим током, повешение, утопление и др. (57 случаев). Существенно повлиять на предвиденную смерть у хронических больных или на травмы несовместимые с жизнью у пострадавших даже высококвалифицированная реанимационная бригада практически не может.

Наибольший интерес представляет анализ летальности при бригадах у больных с остро возникшим заболеванием. По нозологии данная группа распределилась следующим образом: острая коронарная патология - 80 случаев (69,7%), инсульты - 17 (12,7%), тромбоэмболия легочной артерии – 16 (6%), астматический статус - 8 (2,9%), инфекционно-токсический шок - 6 (2,2%) и прочие заболевания - 18.

Учитывая большой удельный вес больных с острой коронарной патологией, внезапность развития внезапной смерти, возникло стремление выявить факторы или индикаторы, влияющие на её возникновение.

Проведен ретроспективный анализ 115 карт - вызовов к лицам умершим на догоспитальном этапе в присутствии бригад СМП с клинически и электрокардиографически подтвержденным инфарктом миокарда.

К картам обслуживания вызова прилагались специально разработанные «Реанимационные карты» с электрокардиограммами в динамике.

В исследуемой группе преобладали мужчины - 61 пациент (53,0%) и лица старше 60 лет – 75 больных (65,4%). Чаще летальные исходы поступали в дневное время суток с 8.00 до 20.00 час - 87 случаев (75,3%). Не выявлено зависимости летальности от сроков обращения больных за медицинской помощью, в 83 случаях (76,6%) обращаемость до часа. У 95 больных (82,3%) имелся отягощенный анамнез по сердечнососудистым заболеваниям.

Оценка выраженности болевого синдрома проводилась на основании субъективной оценки жалоб больного и эффективности наркотических анальгетиков по специальной шкале. В 68 случаях боль оценивалась как «невыносимая» и в 88, как «сильная». Острая сердечнососудистая недостаточность II и III степени по Killip наблюдалось у 66 больных. У 57 больных исходно зафиксирована синусовая тахикардия, в то же время другие нарушения ритма были лишь у 9 больных. У 30 больных наблюдалось нарушение А-V проводимости (А-V блокада I ст. - 18 случаев, А-V блокада II ст. типа Мобиц II –4 случая и А-V блокада III ст. - 8 случаев).

Инфаркт миокарда у 71 больного локализовался на передней стенке, у 43 - на задней стенке и инфаркт миокарда правого желудочка у 2-х больных. Патологический зубец Q был сформирован на электрокардиограммах у 67 больных. Подъем интервала ST над изолинией

был более 5 мм у 93 больных. У 8 больных обнаружено удлинение интервала QT выше нормы, вычисленное по формуле Базетта.

Таким образом, проведенный анализ позволил нам выделить факторы риска развития летального исхода при обслуживании вызовов больным с острой коронарной патологией: дневное время суток, возраст больных старше 70 лет, выраженность болевого синдрома, отягощенный анамнез: перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, сахарный диабет, исходная тахикардия, исходная гипотония, наличие нарушений AV проводимости, локализация инфаркта миокарда на передней стенке. Подъем интервала ST на изолинии более 5 мм.

Приведенные выше данные несколько отличаются от тех факторов или индикаторов риска развития внезапной смерти, которые определены для стационарного этапа лечения больных с острой коронарной патологией. Их объективную оценку следует учитывать при составлении ближайшего прогноза течения заболевания и назначения целенаправленного лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ

А.Т. Булекбаева

Стоматологическая клиника «Бошанов Дентал Клиник», г. Астана

Метод витальной ампутации направлен на сохранение жизнеспособности корневой пульпы. Сохранение жизнеспособной корневой части пульпы обеспечивает нормальную трофику тканей зуба и предупреждает развитие периапикальных осложнений. Однако применение его мало распространено из-за трудности создания асептических условий и герметизма культи пульпы, как в момент проведения лечения, так и после постоянного пломбирования, особенно в полостях II класса по Блеку (J.C.Hess, 2002). Также причиной, вызывающей осложнение после применения витальных методов, является низкая эффективность известных лечебных комплексов, ориентированных на ликвидацию воспалительного процесса в пульпе зуба и восстановления ее функциональной активности.

Для постановки диагноза использованы клинические методы исследования и субъективные данные: сбор жалоб, опрос; объективные данные: осмотр, перкуссию, пальпацию, данные дополнительных методов исследования (электрометрический метод: электроодонтометрию), рентгенографическое исследование: прицельный рентгеновский снимок.

Витальную ампутацию пульпы проводила после тщательной некротомии кариозной полости с помощью острого экскаватора. Антисептическую обработку проводила 0,06% р-ром хлоргексидина биглюконата. После удаления устьевой части пульпы острым стерильным твердосплавным бором, гемостаз как правило не был необходим. При необходимости для гемостаза использовали гемостатическую губку. В дальнейшем на устья корневых каналов накладывался препарат «Пульпотек» с помощью микроаппликационной системы MAP (PD, Швейцария). Препарат имеет умеренное индуктивное воздействие. Под воздействием компонентов происходит ликвидация воспаления, развитие склероза ткани в области устьевой пульпы и ее частичное фиброзное перерождение в дистальных отделах корневой пульпы. Входящие в состав «Пульпотек» компоненты имеют умеренный индуктивный характер. Выражены антисептическое, противовоспалительное действия.

Затем накладывался безэвгенольный цемент PD Temporary Cement in paste (PD, Швейцария). Пациент накусывал на наложенный на временную пломбу ватный валик, излишки цемента удалялись. На следующее посещение, через 3 дня, при отсутствии жалоб

на самопроизвольные боли и боль при надкусывании на зуб, часть цемента удалялась, ставилась постоянная пломба. Об эффективности лечения судили на основании данных клинических методов исследования субъективные данные: сбор жалоб, опрос; объективные данные: осмотр, перкуссию, пальпацию, данные дополнительных методов исследования: электроодонтометрию, рентгенографическое исследование - прицельный рентгеновский снимок.

Явления болезненной перкуссии сразу после проведения ампутиационного лечения пульпита у пациентов, следует расценивать как ответную реакцию тканей пульпо-периодонтального комплекса на травму и незначительное раздражение препаратом для покрытия культи пульпы. Проведенные лечения показали высокую эффективность современного стоматологического препарата "Пульпотек" для покрытия культи пульпы зуба методом витальной ампутации. Данный метод прост в применении, доступен по стоимости. При неблагоприятном исходе, есть возможность проведения эндодонтического лечения.

Литература

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. - М.: МИА, 2003. - 560 с.
2. Мелехов С.В., Капирулина О.В. Лечение пульпитов многокорневых зубов ампутиационным методом с применением препарата Pulpotec// Стоматология сегодня. - 2004. - №1. - С.29.

ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ

*А.Т. Булекбаева, Р.А. Еркебай
АО «Медицинский университет Астана»*

Эпидемия кариеса в Казахстане продолжается. Одной из главных причин является недостаточно высокий уровень качества стоматологического обслуживания населения. Хотя большинство стоматологов используют в работе современные пломбировочные материалы, отсутствие четких, общепринятых стандартов лечения замедляет развитие рынка стоматологических услуг. На сегодняшний день, наличие рекламы стоматологической клиники в средствах массовой информации не гарантирует высокое качество лечения.

На сегодняшний день, существуют два основных метода препарирования кариозной полости. Один из них был предложен G.V. Black еще в конце 19 века. Его базовым принципом являлся профилактическое расширение ("Extension for prevention" – "расширение ради предупреждения"), т.е. увеличение границ полости (за счет иссечения интактных участков зуба, чувствительных к кариесу) до кариесорезистентных зон.

Критерием правильности препарирования кариозной полости служит: визуальная оценка топографии и формы полости, а также цвета стенок полости; оценка твердости стенок полости с помощью зондирования. Необходимо отметить, что все эти критерии в большей или меньшей степени субъективны. Исследования Oghushi и Fusayama, изучавших микроструктуру кариозного дентина с помощью сканирующей электронной микроскопии, доказали, что пораженный дентин состоит из двух слоев: наружного кариозного, который является необратимо денатурированным, не поддающимся рекальцинации, инфицированным, нечувствительным и некротичным, и внутреннего кариозного слоя, который является обратимо денатурированным, поддающимся рекальцинации, неинфицированным, чувствительным и живым.

Были разработаны индикаторы кариеса: 0,5% раствор основного фуксина (водный раствор, показан при среднем и глубоком кариесе) и 1% красный раствор кислоты в пропиленгликоле, которые окрашивают с довольно четкой границей лишь слой наружного

кариозного дентина. Детекторы кариеса выпускаются или в пипетке для непосредственного введения в кариозную полость или в бутылочке. Необходимо нанести раствор на стенки полости и через 10 секунд смыть водой. Критерием правильности препарирования кариозной полости является визуальный контроль окрашивания стенок полости через 10-15 секунд после обработки индикатором кариеса. Мы считаем, что на сегодняшний день, это самый объективный критерий оценки качества препарирования кариозной полости.

Таким образом, применение современного метода лечения кариеса невозможно без использования детектора кариеса. Мы считаем, что детектор кариеса необходимо использовать и при способе профилактического расширения.

Заключение. Конечно же, большинство стоматологов знакомы с исследованиями Fusayama и современным методом лечения кариеса. Но на наш взгляд, индикаторы кариеса не нашли широкого применения. Возможно, это связано с тем, что врачи уверены в методе профилактического расширения. Воспользуйтесь детектором кариеса, и Вы убедитесь в его необходимости.

Соответственно сделаны следующие *выводы*:

1. Применение детектора кариеса обязательно при любом методе препарирования кариозной полости, и гарантирует правильность выполнения данного этапа лечения кариеса.
2. Использование детектора кариеса не требует специальных навыков и обучения.
3. Невысокая себестоимость индикаторов кариеса существенно не повлияет на стоимость стоматологического лечения.
4. Повышение качества лечения, уверенность врача в правильности своих действий позволят привлечь в клинику новых пациентов.
5. Использование детектора кариеса должно войти в стандарт стоматологического лечения кариеса.
6. Индикатор кариеса можно также применять для выявления скрытых трещин в эмали или дентине;
7. Лечение среднего и особенно глубокого кариеса может вызвать осложнения. Некоторые зарубежные стоматологи используют видео мониторинг лечебных процедур для того, чтобы иметь доказательства правильности проведенного лечения в случае возникновения судебных разбирательств. Оценку препарирования кариозной полости с помощью индикатора кариеса можно запечатлеть с помощью интраоральной видеокамеры и использовать в качестве доказательства в суде, т.к., на наш взгляд, это научно-обоснованный, всемирно-признанный критерий качества обработки кариозной полости.

Литература

1. Петрикас А.Ж. « Оперативная и восстановительная стоматология» / Тверь 1994
3. Fusayama T. “Two layers of carious dentin, diagnosis and treatment. // Op. Dent. 1979, №2 , 63-70
4. Fusayama T. “ New Concepts in Operative Dentistry”./ Quintessence Publ. Berlin etc. 1980

АНЕСТЕЗИЯ ПРЕПАРАТОМ «ПРОПОФОЛОМ» ПРИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ХИРУРГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.К. Джисиев

Целиноградская Региональная клиническая больница, г. Астана

Для обеспечения адекватной анестезии при выполнении эндоскопических операций оптимальным анестезиологическим препаратом признается «Пропофол», который отличается уникальными фармакинетическими характеристиками; быстрое наступление

сна (через 30-40 сек), отсутствие эффекта после наркотической депрессии ЦНС, легкая управляемость.

При обширных травматических операциях «Пропофол» в качестве моноанестетика не является препаратом выбора, так как анелгезия оказывается недостаточной, поэтому в подобных случаях его комбинируют с фентанилом [1,3].

Хотелось бы поделиться своими наблюдениями применения пропофола при лапароскопических операциях, так как в современной литературе практически отсутствуют такие данные. Нами накоплен опыт проведения анестезиологического пособия пропофолом при выполнении диагностической лапароскопии у хирургических, гинекологических больных с перитонитами, асцитами и опухолями брюшной полости неизвестной этиологии.

За период 2008-2010 г.г. в операционных ЦРКБ г Астаны проведены анестезиологические пособия анестетиком пропофолом – пациентам в возрасте от 14 до 65 лет, мужчин было 30(69%) женщин 14(31%).

Сопутствующие заболевания были выявлены у 21 больных в виде гипертонической болезни, сахарного диабета, токсического гепатита, хронического бронхита, бронхиальной астмы, хронического пиелонефрита.

Методика лапароскопии не отличалась от известной (Алиев М.А. и соавторы, 1985)

Длительность всей процедуры составило от 15 до 40 мин в среднем 30 мин.

Анестезия осуществлялась внутривенным введением пропофола как основного анестетика, как сохранение спонтанного дыхания и в основном искусственной вентиляции легких.

Перед наркозом за 1-1,5 ч больным проводили внутривенную инфузию коллоидно-кристаллоидных растворов до 800-1000 мл с целью предупреждения гипотонии на фоне перераспределения ОЦК в момент аспирации экссудата и повышения внутрибрюшного давления. Данная превентивная мера обеспечивала стабильность гемодинамических показателей на всех этапах оперативного вмешательства.

Премедикация – перед анестезией, реланиум – 10 мг в/м, утром за 30 мин до операции, атропин – 0,1 мг, димедрол – 10 мг, промедол – 20 мг в/м.

Базис наркоз в/в введение пропофола в дозе 2,5 мг/кг, фентанила 0,005% в общей дозе 0,1 мг. Индукцию в анестезию осуществляем путем инъекции одной трети расчетной дозы пропофола, каждую повторяем трехкратно с интервалом 10 сек.

Поддерживающую анестезию болюсным введением пропофола по 30 – 40 мг через каждые 5 мин.

Продолжительность наркоза составляет 20 – 50 мин.

Расход пропофола в среднем при 30 мин операции не превышал 200 – 280 мг и фентанила 0,005%- 0,1 мг.

Параметры адекватности анестезии контролируем с помощью мониторов филипс – (ЧД, АД, Р-с, Sp O₂)

Клиническая картина наркоза характеризовалась стабильностью показателей гемодинамики. Так как колебания АД на протяжении операционного вмешательства были минимальными, систолическая в пределах 110/130 мм.рт.ст, диастолического 60/70 мм.рт.ст.

Роговичный и конъюнктивальный рефлекс оставались живыми, зрачки равномерно суженными с сохранением фотореакции. Дыхание было ровным 14-18 в 1 мин. Сон наступал с введением пропофола, больной переставал реагировать на окружающую обстановку, а к концу введения первой дозы препарата, полностью исчезала реакция на боль. Наркоз отличался управляемостью, легкостью пробуждения больного, отсутствием каких либо нежелательных реакции.

В послеоперационном периоде больные находились в отделении реанимации, нами продолжалось мониторное наблюдение с регистрации, внешних параметров гемодинамики, сердечной и респираторной системы, а так же за состоянием ЦНС.

У всех наблюдаемых больных лапароскопические операции прошли успешно, ее диагностическая результативность составило 100%.

Осложнения анестезии, побочных эффектов в интра и послеоперационных периодах не наблюдалось.

Выводы:

1. Препарат пропофол в сочетании с фентанилом обеспечивает быструю и адекватную анестезию с гладким пробуждением больного при проведении лапароскопических операций.

2. Хорошая переносимость препарата, отсутствия побочного действия, минимальное влияние на гемодинамику, сердечно-сосудистую систему позволяет рекомендовать анестезию пропофолом, у больных с различными сопутствующими заболеваниями.

ДОСТУПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ

М.Т. Дуйсенбиева

Акмолинская областная больница №2

Введение. Одно из основополагающих в оценке любого государства является уровень системы здравоохранения и здоровья населения. Всемирная организация здравоохранения имеет ряд индикаторов оценки системы медицины в целом, которые объективно дают информацию об состоянии здоровья нации и эффективности ее системы здравоохранения. К таковым относят материнскую смертность, уровень которой у нас очень велик. По данным ВОЗ в Казахстане показатель материнской смертности составляет 140 на 1000000 родившихся живыми. Для сравнения Республика Корея 14, Дания 3.

Материалы и методы. Данные со статистических сборников министерства здравоохранения РК,

Результаты и обсуждение. При анализе ситуации выявлено, что 65% случаев материнской смертности были предотвратимы. Отмечается тенденция в увеличении случаев среди женщин поздних первородок, доля сельских женщин составила 62%. Среди основных причин материнской смертности выделяют ненадлежащую организацию акушерской помощи и низкую квалификацию медперсонала, слабую техническую оснащенность периферийных роддомов.

Территория Республики Казахстан составляет 2.7 млн. кв. км с населением всего порядка 16.5 млн. человек. Налицо глубокая нехватка человеческих ресурсов. При этом женщин детородного возраста примерно 4.5 млн. Процентное соотношение между городским и сельским населением на 2009 год составляет 53% к 47%.

Территориально Казахстан включают в себя 14 областей с 86 городами, 160 районов с 7429 сел. Наблюдая в динамике за показателем материнской смертности по областям, можно отметить пятерку «лидеров»: Атырауская, Мангыстауская, Кызылординская, Карагандинская и Жамбылская область. Следует отметить низкий индекс здоровья женщин (проблема железодефицитной анемии) в Мангыстауской и Кызылординской области., а также низкий охват патронажем на ранней стадии беременности в Атырауской и Мангыстауской области.

В снижение высокого уровня материнской смертности в проблемных регионах Казахстана большую роль играет своевременный и качественный доступ к акушерско-гинекологической помощи.

Между жителями сел и ближайшими пунктами оказания квалифицированной акушерско-гинекологической помощи (профильное отделение центральной районной

больницы) на практике существуют два основных вида связи: прямая: ЦРБ → сельский населенный пункт и обратная: сельский населенный пункт → ЦРБ

Проблема доступа к медицинской помощи в сельской местности лежит в преодолении ряда факторов-барьеров, которые разрывают прямую и обратную связь между женщинами села и центральной районной больницы, свидетельствующие об отсутствии доступа к медицинской помощи.

Села Казахстана и их географический фактор: отдаленность сел от ближайших пунктов оказания квалифицированной медицинской помощи (как правило, центральная районная больница). Доходит до 300 км; плохое состояние большинства, связывающих автомобильных дорог. В ряде случаев это проселочные сельские дороги без асфальтового покрытия; суровые климатические условия: снежные зимы, переметывающие дороги; весна, размывающие дороги, которые часто не имеют асфальтового покрытия; нет четкой системы общественного транспорта (исключение крупные трассы республиканского значения).

Села Казахстана и их социально-экономический фактор: плохое финансовое положение жителей сел – высокий уровень безработицы, низкий уровень оплаты труда, сезонный характер работы. В селах женщины выполняют тяжелый физический труд, несмотря на беременность. Отсутствие денежных средств для лечения ЗППП, личных транспортных средств доставки рожениц до ЦРБ; социальный фактор. Особенно хочется выделить плохую информативность жителей села о планировании семьи, методах контрацепции, правах женщин на получение бесплатных фармакологических препаратов. Также следует упомянуть о воспитании сельской молодежи (элементарно, стыд купить презерватив), низком уровне образованности. Культурные и традиционные аспекты жизни, особенно в южных регионах до сих пор существует практика родов на дому под присмотром «опытных теть», случаи криминальных аборт.

Села Казахстана и их геополитический фактор: исторически сложившееся первичное звено здравоохранения в селе (система ФАП и участковых больниц) по функциям не способна к оказанию родовспомогательной помощи: плохая техническая и материальная оснащенность, низкая квалификация медицинского персонала - отсутствие постоянных тренингов, повешения своей квалификации и т.д.; политика государства с вектором развития на индустриализацию; реформа здравоохранения. К примеру, сокращение коечного фонда страны за счет сокращения коек и определенно врачей в сельской местности и концентрацией стационарной помощи в областных центрах, так как койки в селе не несут той предусмотренной функциональной нагрузки и экономически не выгодны. Данный фактор зависит от системы здравоохранения, должна создаваться альтернативу уходящим койкам и врачам.

Все вышеперечисленное свидетельствует, что женщины села не имеют адекватного доступа к медицинской помощи. Женщинам не доступна дородовая, родовспомогательная и послеродовая помощь, активный патронаж, услуги по планированию семьи, лечение заболеваний передающихся половым путем. Отсюда вывод, что женщины сельской местности не имеют четкой связи ни с первичным звеном медицинской помощи (женские консультации, кабинет врача акушера-гинеколога), но и не с вторичным звеном (родильные отделения ЦРБ, областные перинатальные центры, роддома). Следовательно, нам надо создать альтернативу- систему, которая бы преодолела эти барьеры к оказанию квалифицированной акушерской помощи сельским женщинам.

Выводы. Возможным решением проблемы оказания акушерско-гинекологической помощи в сельской местности и снижения материнской смертности в этих регионах – создание пилотного проекта: передвижных акушеско-гинекологических пунктов (ПАГП) на высокопроходимом автомобильном шасси. Данная практика широко применяется в России, в таежных районах это специализированные железнодорожные составы-госпиталя. Они могли бы решить ряд проблем: проблема транспортировки рожениц в родильное отделение ЦРБ. Выезд специализированной бригады к роженице, а не наоборот позволяет резко

сократить время недоступности акушерской помощи. Во всех регионах наблюдается обратная картина, когда ищут машину, потом топливо и при этом теряется время; оказание на догоспитальном этапе квалифицированной акушерской помощи в ходе доставки (консультации, лечебные и диагностические манипуляции и т.д.); в случае необходимости принятие родов на месте, благодаря медицинской материально-технической оснащенности ПАГП, консультация и обучение роженицы, первичный осмотр новорожденного и т.д.; создание электронной базы данных женщин села данной области. В ходе постоянной фланирования ПАГП- активный скрининг сельских женщин, их диспансеризация, постановка на учет беременных и их фармакологическое обеспечение; консультативно-просветительская работа- проблемы полового воспитания, контрацепции, планирования семьи и т.д.

В ходе вешеизложенного ясно, что ПАГП должен иметь ряд необходимых критериев: хорошие технические характеристики автомобиля на основе которого будет создаваться ПАГП- высокая проходимость, дешевый текущий расход на эксплуатацию, возможность его переоборудования; квалифицированный медперсонал, в составе: начальник ПАГП-врач акушер-гинеколог, фельдшер акушер-гинеколог, санитар. Санитар может быть водитель по совместительству, прошедший курс парамедиков.

Таким образом можно оптимизировать человеческий ресурс и финансовые расходы на содержание. Образовать в каждой проблемной области по 1 ПАГП, который бы постоянно циркулировал по районам патронажных областей – это вполне реальная возможность решить проблемы финансового, социального, медицинского характера акушерско-гинекологической помощи в села Казахстана и снизить материнскую смертность в ряде регионов.

Литература

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. ГЭОТАР-МЕД, 2002г.
2. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2009 году. 2010 год
3. Гаврилов Н.И., Фофанов В.П. Организация медицинской помощи сельскому населению. Москва, 1982г.
4. Доступность и качество медицинских услуг в Казахстане. Доклад UNICEF, 2005г.

ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ФИССУР

*Р.А. Еркебай, Г.С. Шудабаева
АО «Медицинский университет Астана»*

Битва стоматологов против кариеса в фиссурах длится уже много лет. В нее входили такие профилактические меры, как раннее физическое блокирование фиссур цинк-фосфатным цементом, профилактическая одонтоотомия, механическое иссечение фиссур и химическая обработка нитратом серебра. С появлением композитов и адгезивной технологии было логично использовать ее для предотвращения фиссурного кариеса. Первым герметиком был препарат «Nuva Seal», Dentsly. До недавнего времени существовало лишь две основные категории герметиков: наполненные и ненаполненные смолы. Тот, кто имел дело с этими препаратами, прекрасно знает о неудобствах, связанных с их аппликацией: это обязательное протравливание кислотой и высушивание поверхности, а также неопределенная визуализация зон аппликации. Несколько лет назад были выпущены препараты, способные изменять цвет, что облегчает нанесение и тестирование материала на наличие ретенции при последующих визитах. Один из них (Helioseal Clear Chroma от Ivoclar Vivadent) представляет собой прозрачную незаполненную смолу, которая под воздействием света окрашивается в бледно-зеленый цвет, позволяя оценить качество нанесенного покрытия. По завершении отверждения препарат бледнеет и постепенно становится прозрачным. При проверке герметика на наличие ретенции во время повторного

визита материал вновь подвергается световому воздействию и вновь окрашивается в зеленый цвет, становясь видимым как врачу, так и пациенту.

Диагностика состояния фиссур возможна следующими методами: визуальный, тактильный (зондирование), рентгенологический, электрометрический. Традиционный метод диагностики кариеса с помощью острого стоматологического зонда и визуального осмотра малоэффективен. Существуют данные, что его достоверность не превышает 25%. Дефект эмали, в отличие от дентина, может быть настолько незначительным, что острие зонда просто не фиксируется на повреждении. Электрометрический метод основан на способности гипоминерализованных тканей проводить электрический ток различной величины с момента прорезывания зуба при установлении надежного контакта между активной поверхностью электрода и исследуемой поверхностью зуба с помощью раствора электролита.

Наличие пигментированных фиссур и естественных углублений в зубах на стадии созревания, в отличие от зубов со зрелой эмалью указывает на активно протекающий процесс и требует инвазивных методов герметизации.

Начальный кариес является показанием к инвазивной герметизации композитными герметиками. Клинические признаки фиссурного кариеса: размягчение дна углубления или фиссуры; помутнения участка вокруг углубления или фиссуры, указывающее на деминерализацию ткани; возможность извлечения зондом размягченной эмали из зуба.

Применяемые в настоящее время герметики не обладают способностью химически связываться с твердыми тканями зуба, поэтому существенную роль в удержании герметика на поверхности эмали играет механическая ретенция. В связи с этим получает обоснование метод предварительной подготовки поверхности эмали перед нанесением покрытия – метод протравливания верхнего слоя эмали растворами кислот. Протравливание приводит к образованию в эмали пор, в которые затекает неотвержденный полимерный материал с образованием после полимеризации тяжелой, обеспечивающих механическое сцепление герметика с эмалью зуба.

Спектр препаратов для профилактической стоматологии у фирмы "VOCO" широк. При необходимости проведения профилактического пломбирования (когда при исследовании фиссуры кончик зонда застревает в ней) предлагается конденсируемый высокоэстетический стеклоиономерный цемент - "VOCO Ионофил Моляр". Стеклоиономеры выпускаемые данной фирмой отличаются тремя прекрасными свойствами: они просты в применении и менее чувствительны к технике исполнения, что позволяет пользоваться ими без протравливания и использования адгезива. Не содержащие пластмасс классические стеклоиономеры имеют коэффициент термического расширения, подобно дентину, кроме того, они обладают так называемым "батарейным" эффектом постоянного выделения значительного количества активных фторидов.

Литература:

1. Аврамова О.Г., Муравьева С.С. «Фиссурный кариес: проблемы и пути их решения». // Стоматологический Вестник, 2007, №11.
2. Кисельникова Л.П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии. // Маэстро стоматологии, 2007.- №2 (26).- С. 18-22.
3. Курякина Н.В. «Терапевтическая стоматология детского возраста» / Изд-во НГМА, 2001 г.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

О.И. Каладинова

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

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) остается одним из достаточно распространенных воспалительных заболеваний соединительной ткани с поражением суставов преимущественно по типу прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита.

Этиология и патогенез ЮРА до сих пор неизвестны, хотя предполагают следующие этиологические факторы: генетические (у больных с ЮРА установлена наследственная предрасположенность к нарушению иммунологической реактивности) и инфекционные агенты (вирус Эпштейна-Барр)[1].

Лечение ЮРА продолжает оставаться одной из сложных проблем современной детской ревматологии. Применение только медикаментозных средств наряду с высокой терапевтической эффективностью может оказывать повреждающее воздействие на различные органы и системы организма, особенно потому, что больные лечатся в течение многих лет. В связи с этим актуальной задачей ревматологии является поиск дополнительных методов лечения, оказывающих хороший терапевтический эффект, но при этом не имеющих побочного действия. По мнению многих авторов, такими методами являются иглорефлексотерапия, магнитоинфракрасная лазерная терапия, синусоидальные модулированные токи, ультразвуковая терапия, ультрафонофорез различных препаратов, а также ЛФК и массаж [2]. В многочисленных публикациях приведены положительные результаты применения самых разнообразных методов и методик лечения ЮРА, однако заболеваемость и инвалидизация остаются на высоком уровне. С целью оптимизации методов лечения нами предложена программа реабилитационных мероприятий. Программа функционального лечения подразделяется на два этапа, последовательно решающих конкретные задачи. На первом этапе следует расслаблять мышцы, а на втором – укреплять. Укреплять мышцы необходимо для повышения стабильности сустава, но реализовать его невозможно при обострении болевого синдрома и болевой мышечной контрактуре. Следовательно, невозможно решить задачи второго этапа без предварительного уменьшения болевого синдрома и расслабления мышц:

1. В период обострения болевого синдрома основными средствами восстановительной терапии служат режим разгрузки сустава, обезболивающие и противовоспалительные методы физиотерапии на пораженный сустав, дифференцированные виды массажа в сочетании с облегченными физическими упражнениями.

2. Формирование компенсации нарушенной функции сустава и создание оптимальных условий для повышения стабильности сустава с помощью трофостимулирующих методов физиотерапии, ЛФК и массажа. Основной задачей ЛГ на этом этапе является создание условий для разгрузки сустава и выносливости околоуставных мышечных групп.

Главной целью реабилитационного процесса является предотвращение развития и/или максимального купирования основных проявлений острого и хронического воспалительного процесса, а также восстановления его локомоторной функции.

Нами сформулированы основные принципы лечения детей с ЮРА:

1. Прослеживание влияния физических методов лечения ЮРА на динамику клинических показателей у детей с ЮРА для оптимизации физической реабилитации детей с данной патологией.

2. Сочетание лечебных физических факторов.

3. Дифференцированное использование физических методов лечения в зависимости от степени активности заболевания.

4. Комплексное использование физических средств реабилитации.

Для решения поставленных задач применяют противовоспалительные, анальгетические и трофостимулирующие методы физиотерапии. К наиболее значимым по механизму действия, относятся электрофорез 25% раствора димексида и магнитотерапия на пораженный сустав. С противовоспалительной, анальгетической целью в нашей клинике применяется электрофорез 25% раствора димексида от аппарата Endomed-482 по поперечной методике на пораженный сустав, плотность тока 0,05-0,06 мА/см², продолжительность процедуры 15-20 минут, ежедневно. Курс 10 процедур.

С трофостимулирующей целью мы используем низкочастотную магнитотерапию от аппарата Easy Quattro PRO (Италия), аппликаторы и соленоиды накладываем на область пораженных суставов. Частота 20 Гц, интенсивность магнитной индукции от 2 мТл до 15мТл в зависимости от размера сустава, экспозиция 15 мин.

Важное значение в реабилитации имеет лечебная физкультура, направленная на поддержание максимальной подвижности суставов и сохранение мышечной массы. При ЮРА комплекс специальных лечебно-восстановительных упражнений и других мероприятий развивает мышечную систему, укрепляет кости и суставы. Результатом является увеличение силы, повышение тонуса и улучшение общего физического состояния. Выполнение комплекса специальных упражнений эффективно при любой стадии ревматоидного артрита. Полноценная программа лечебной физкультуры состоит из упражнений на растягивание и улучшения гибкости, силовых и общеукрепляющих упражнений.

Движения не должны вызывать существенной боли. Упражнения выполняются в пределах доступного объема движений. Более сложные движения пропускаются во время обострения. Нарастивать интенсивность нагрузки можно очень медленно, снижая ее в периоды обострений. Комплекс упражнений при необходимости может расширяться. После выполнения гимнастики допускается легкая усталость, но не более.

Массаж, назначаемый в начале подострого периода, может быть классическим лечебным, сегментарным или соединительнотканым[3] Массаж, вызывая деформацию кожи и изменение степени натяжения мышц, служит источником и так называемого мышечно-суставного чувства[4]. Длительность курса массажа определяется стойкостью патологических изменений и составляет 5-10 ежедневных процедур.

На ранних этапах лечения ревматоидного артрита физиотерапевт и врач ЛФК оценивают динамику относительно улучшения подвижности, мышечной силы и общей физической формы. Программа лечебно-восстановительных мероприятий направлена на ограничение суставных осложнений в ходе разворачивания клинической картины.

Нами выявлено, что наибольшим динамическим изменениям на фоне применения электрофореза 25% раствора димексида, низкочастотной магнитотерапии, ЛФК и массажа подвергались такие клинические показатели, как болевой синдром и утренняя скованность в суставах, а также снижались такие показатели общего анализа крови как тромбоциты и СОЭ. После курса физической реабилитации при повторном осмотре болевой синдром и утренняя скованность абсолютно отсутствовали у всех пациентов.

Положительное влияние перечисленных методов реабилитации на динамику клинической картины у детей с ЮРА может использоваться для оптимизации лечения ЮРА у детей.

Литература

1. Г.Н.Пономаренко Частная физиотерапия: учебная литература для слушателей системы последиplomного образования. Москва «Медицина» 2005 – 744 стр.
2. А.А. Баранов Ревматические болезни у детей: проблемы и пути их решения // Вопросы современной педиатрии.-2004. №1. С.7-11.
3. В.А. Епифанов Медицинская реабилитация / Руководство для врачей.-М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

О.И. Каладинова

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

Артериальная гипертензия (АГ) - гипертоническая болезнь (ГБ) – одна из распространенных патологий сердечно-сосудистой системы, являющаяся одной из основных причин развития сосудистых осложнений в виде инфаркта миокарда и мозгового инсульта. ГБ характеризуется стойким повышением артериального давления (АД) выше границ физиологической нормы (140/90 мм рт. ст.). В подавляющем большинстве случаев причину повышения АД установить не удастся, при этом говорят о первичной (эссенциальной) гипертензии, или гипертонической болезни (около 90% случаев артериальной гипертензии).

Заболевания почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, сужение почечных артерий), реноваскулярная гипертензия, синдром Кушинга, феохромоцитома патологический климакс, тиреотоксикоз, заболевания ЦНС, выраженный атеросклероз аорты и др. являются причиной вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии.

Несмотря на обилие антигипертензивных лекарственных средств, воздействующих практически на все звенья патогенеза артериальной гипертензии, число людей в мире, страдающих этой патологией, неуклонно растет.

Основными синдромами ГБ являются кардиалгия, цефалгия, артериальная гипертензия, дисфункция ЦНС, нейрогуморальная дисрегуляция, почечная дисфункция. В клинической практике часто выделяют невротический, цереброваскулярный, кардиальный синдромы и синдром вегетативной дисфункции.

В последние десятилетия появились убедительные данные об эффективности применения в лечении АГ преформированных физических факторов, способных влиять на ключевые звенья патогенеза заболевания.

Для достижения седативного эффекта применяют электросонотерапию. Продолжительность процедур, проводимых ежедневно или через день, составляет 20-40 мин; курс 15-20 процедур.

Также используют гальванизацию головного мозга и сегментарных зон. Применяют глазнично-затылочную по Бургиньону, битемпоральную, воротниковую по Щербак методике. При первых двух методиках назначают силу тока по болевым ощущениям (обычно не более 5-10мА), продолжительность 15-20 мин. При воротниковой методике первую процедуру проводят при силе тока 6мА в течение 6 мин, в дальнейшем увеличивая на 2мА, а длительность на 2 мин; курс 12-15 процедур.

Оправдано применение лекарственного электрофореза. Применяют седативные и транквилизирующие препараты, нейролептики, антидепрессанты (2-5% раствор натрия или калия бромида, магния сульфата, 0,5% раствор седуксена и др.). Сила тока до 8 мА, продолжительность процедур 15-25 мин, ежедневно; курс 10-15 процедур.

При действии импульсного электрического поля ультравысокой частоты (ЭП УВЧ) происходит усиление тормозного процесса в центральной нервной системе, снижение артериального давления. При этом конденсаторные пластины диаметром по 8 см располагают в области живота и поясницы при воздушном зазоре спереди 4, сзади 2 см; процедуры по 5-10 минут через день; на курс лечения 10-12 процедур.

Хорошего седативного эффекта достигают проведением местной дарсонвализации головы и воротниковой зоны. Применяют ток частотой 110 кГц по методике искрового (на волосистую часть головы) и тихого (на воротниковую зону) разрядов,

соответственно 4-5 и 6-7 ступени мощности по 3-5 мин на одну область, ежедневно; курс 10-12 процедур.

С гипотензивной целью проводится трансцеребральная амплипульстерапия. Процедуры проводят по глазнично-ретромастоидальной или лобной методикам. Используют III РР, ЧМ -100 Гц — при глазничной методике, 30 Гц - при лобной методике, ГМ 75 %, режим переменный. Продолжительность 10-15 мин, ежедневно или через день; курс 10-15 процедур.

Вегетокорригирующим методом является низкочастотная магнитотерапия.

Перспективным направлением является разработка методов лечения больных с АГ, позволяющих осуществлять не только коррекцию системного АД, но и других клинико-метаболических проявлений.

С этих позиций интерес представляет метод сочетанного действия инфракрасного лазерного излучения в постоянном магнитном поле – магнитолазеротерапия (МЛТ). МЛТ осуществляют с помощью аппарата Рикта-04, генерирующего импульсное инфракрасное излучение длиной волны 890 нм в постоянном магнитном поле с величиной магнитной индукции 35 мТл. Благодаря однонаправленному влиянию данных физических факторов на различные патогенетические механизмы артериальной гипертонии происходит нормализация микроциркуляции и адренергической реактивности сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, использованные в комплексном лечении больных АГ вышеуказанных физиотерапевтических методов дает возможность повысить эффективность лечебных мероприятий. Предложенные методики являются доступными для всех лечебных учреждений.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМАХ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ж.Б. Кашкинбаева

Национальный Научный Центр материнства и детства

г. Астана

Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным образованиям половых органов женщин [1].

Раньше считалось, что миома наблюдается примерно у 25% женщин старше 30 лет, исследования последних лет свидетельствуют о возможности распространения рассматриваемой патологии среди женщин детородного возраста до 80%. [1].

Возраст пациенток, подвергшихся гистерэктомиям при миоме матки, составляет в среднем 40 лет более чем в 90%.

Вопросы лечения больных с миомой матки охватывают широкий спектр терапевтических и хирургических мер. Вместе с тем хирургический подход занимает достаточно прочное место среди других методов лечения. При выборе метода хирургического лечения гинекологических больных учитывается возраст женщины, состояние ее менструальной и репродуктивной функции, соматический статус [2].

В современной оперативной гинекологии прослеживается тенденция максимально бережного отношения к матке с использованием органосберегающих операций. Большинство клиницистов подчеркивают важность выполнения органосберегающих операций не только с целью сохранения репродуктивной функции, но и исходного «качества» жизни.

Кроме этого, оргауноносящие операции (надвлагалищная ампутация и экстирпация матки) лишают женщину менструальной и генеративной функций, приводят к

значительным изменениям в гипоталамо–гипофизарно–яичниковой системе, усугубляя уже имеющиеся в организме патологические процессы [3].

В настоящее время хирургическим методам лечения больных с лейомиомами матки появилась альтернатива – эмболизация маточных артерий [4].

Методика эмболизации маточных артерий используется в медицине последние два десятилетия в качестве метода остановки послеродовых кровотечений и в других акушерско–гинекологических ситуациях.

В 1990 году Jacques Ravina применил эмболизацию маточных артерий в качестве подготовительного этапа перед операцией удаления матки. При этом установил, что у некоторых больных после эмболизации исчезали беспокоившие их симптомы и отпадала необходимость в самой операции. Позднее он предложил использовать эмболизацию маточных артерий в качестве самостоятельного метода лечения [4].

Эмболизация маточных артерий может быть произведена при любых размерах миоматозных узлов. Исключение составляют субсерозные лейомиомы на ножке и подозрение на наличие злокачественной опухоли гениталий. Кроме того, эта операция противопоказана при почечной недостаточности, воспалительных процессах органов малого таза, наличии венозно–артериальных пороков, неуправляемой коагулопатии [5].

Под влиянием эмболизации маточных артерий возникает некроз миоматозных узлов, при этом неизменный миометрий страдает в меньшей степени. Объясняется это тем, что артерии, питающие миоматозные узлы – концевые, в то время, как миометрий имеет богатое коллатеральное кровоснабжение. В случае отсутствия эффекта от эмболизации маточных артерий можно использовать другие методы лечения больных лейомиомой матки, при этом хирургические вмешательства выполняются со снижением риска повышенной кровопотери [4].

При прекращении кровоснабжения миоматозных узлов любым методом – эмболизация маточных артерий, трансвагинальная окклюзия, лапароскопическое или лапаротомическое лигирование маточных артерий) в них происходят дегенеративные процессы, приводящие к необратимому уменьшению их размеров. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются дегидратации, коагуляционному некрозу, гиалинозу и в дальнейшем кальцифицируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия [6].

Доступ к маточным артериям осуществляется посредством пункции правой бедренной артерии по стандартной методике Сельдингера. Перед непосредственным введением эмболизата производится селективная ангиография маточной артерии слева и справа, на которой видна аномально сформированная сосудистая сеть, состоящая из штопорообразно извитых сосудов, обильно васкуляризирующих ткань миомы. При этом целью эмболизации является полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизата. Двигаясь с током крови, эмболизат заклинивает просвет сосудов миомы. После эмболизации кровотоков по тонким и извитым сосудам миомы прекращается, что видно на контрольных ангиограммах, появляется ретроградный ток во внутреннюю подвздошную артерию. В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток [6].

Цель настоящего исследования – оценить эффективность эмболизации маточных артерий у женщин репродуктивного возраста, в качестве альтернативы хирургическому лечению миомы матки.

Нами проведен анализ результатов лечения 12 женщин с миомой матки в возрасте от 38 до 43 лет. 10 пациенток (83,09%), обращались с жалобами на обильные и/или длительные менструации, ноющие и тянущие боли внизу живота и поясничной области, у 2 (16%) миома матки была обнаружена при профилактическом осмотре. Двум пациенткам данная операция проведена после предшествующей консервативной миомэктомии.

Диаметр миоматозных узлов составлял более 3 см в диаметре, расположенных преимущественно инстерстициально. В 2 случаях субсерозное расположение узлов, у одной пациентки узел был субмукозно-интестинальный, с диаметром до 8 см.

Проведенные ранее исследования ряда ученых [7] свидетельствовали о том, что 45–86% гинекологических больных имели нарушения микроциркуляции влагалища, что могло стать причиной развития инфекционных осложнений после хирургических вмешательств на органах малого таза.

Учитывая высокий риск контаминации миоматозных узлов в состоянии инфаркта после эмболизации маточных артерий анаэробами, с целью антибиотикопрофилактики, по протоколу принятому в нашем Центре, всем пациенткам за 30 минут до проведения эмболизации вводился цефазолин в дозе 2,0 внутривенно.

В течение первых 2 суток постэмболизационный синдром отмечался у 4 пациенток в виде тошноты, у 11 боли в нижних отделах живота (малом тазу), у 3 были спазмы в животе. Повышение температуры до 37,6 на вторые - третьи сутки после процедуры было у 3 пациенток. При назначении анальгетиков, спазмолитиков, в течение 2-3-х дней указанные явления исчезали.

Всем пациенткам рекомендован контроль исследования на магнитно-ядерном томографе через 6 месяцев.

Двум пациенткам потребовался второй этап операции. У одной женщины после эмболизации, на 3 сутки потребовалась проведение лапароскопии- консервативной миомэктомии. Во время операции обнаружена характерная картина миоматозного узла, подвергшегося эмболизации (бледный, с нарушенным кровотоком).

У второй пациентки через 3 месяца проведена операция: удаление рождающегося субмукозного узла.

Все 12 пациенток прошли контрольное обследование через 6 месяцев после эмболизации маточных артерий, при этом отмечалось исчезновение субъективных симптомов, уменьшение и исчезновение болевого синдрома, нормализация менструальной функции.

В динамике у 7 пациенток отмечалось уменьшение миоматозных узлов более чем на 50 %, у остальных более чем на 30%.

Таким образом, эмболизация маточных артерий при миомах матки, является достаточно успешной альтернативой хирургическому лечению, сохраняет менструальную, репродуктивную функции женщин, повышает качество соматического и репродуктивного здоровья.

Литература

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки.// М.: МЕДпресс-информ., 2004.
2. Киселев С.И. Современные подходы к хирургическому лечению миомы матки. Дисс. д-р мед. наук, М, 2003
3. Краснова И.А., Бреусенко В.Г. Диагностика и оперативное лечение миомы матки.// Акушерство и гинекология. – 2003. – №2.–с.45–50
4. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М.// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002; Т.1; №2, с. 86–89.
5. Шияев А.Ю. Лейомиома матки.// Гинекология. – 2005. – №1–с.65–70
6. Тихомиров А.Л., Серов В.Н. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки.// Русский Медицинский Журнал. – 2000. – №11.–с.473–476
7. Stewart E.A., Faur A.M., Wisw L.A. et al. Predictors of subsequent surgery for uterine leiomyomata after abdominal myomectomy.// Obstet. Gynecol. – 2002. – №99 (3).–p.426–432

PACS - ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ ХРАНЕНИЯ, ПЕРЕДАЧИ И ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ

*А.Н.Куанышкалиева, А.К.Тургамбаева
Медицинский университет Астана,*

*Центр внедрения современных медицинских технологий Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан*

Новейшие компьютерные технологии в последние годы стали неотъемлемой частью диагностического процесса. Современные методики лучевой диагностики постепенно вытесняют традиционные рентгенологические исследования. Современные отделения лучевой диагностики городских и даже многих районных больниц имеют в своей структуре аппараты ультразвуковой диагностики, а порой компьютерные и даже магнитно-резонансные томографы.

В настоящее время во всем мире происходят существенные изменения в технологиях получения, хранения и анализа медицинских изображений. На смену рентгеновским пленкам, почти сто лет используемым в практике рентгено – радиологических отделений, приходят цифровые изображения и цифровые системы PACS (Picture Archiving and Communication Systems).

Большой интерес к использованию PACS систем в медицинской практике связано с повышением требований к раннему выявлению и надежной диагностике заболеваний. Это ведет к увеличению числа исследований и резкому возрастанию количества изображений, получаемых при каждом сеансе обследования. Поэтому на сегодняшний день хранение, передача и анализ такого количества изображений становится трудноразрешимой задачей, примерно 80% изображений, используемых в настоящее время в медицинской практике, получают традиционным способом на рентгеновской пленке, что достаточно дорого и малоэффективно как с точки зрения занимаемого архивом места, так и с точки зрения скорости и надежности получения изображений из архива.

Поиск эффективных и сравнительно недорогих средств для хранения, передачи и анализа медицинских изображений привел к созданию систем PACS, которые были предложены в 80-х годах для преодоления возникших трудностей.

Система PACS предназначена для получения, хранения, передачи и визуализации цифровых медицинских изображений. PACS должны обеспечивать:

- хранение большого числа изображений;
- быстрый доступ к нужным изображениям;
- эффективную работу с изображениям и сопутствующей информацией.

Для того, чтобы эти системы были удобны при использовании их в повседневной практике рентгено-и радиологических отделений, они должны поддерживать привычную для врача работу с текущими изображениями, а также обеспечить дополнительные возможности:

- позволять одновременно анализировать изображения, полученные при разных видах обследований и в разное время;
- обеспечивать быстрый доступ к необходимым изображениям и работу с ними в реальном времени пользователя;
- поддерживать обработку изображений, облегчающую их анализ и интерпретацию;
- обеспечивать проведение оперативных консультаций и конференций со специалистами из других медицинских подразделений.

Новые идеи, научные разработки, опыт и проблемы использования PACS в практике здравоохранения постоянно обсуждаются на международных симпозиумах и конференциях (IMAC - Image Management and Communication, MIE - Medical Informatics in Europa). Опыт эксплуатации этих систем в разных странах привел к появлению ряда дополнительных требований. Которые существенно расширяют их возможности. В настоящее время

существуют практические руководства для разработчиков и пользователей PACS. При разработке

PACS-системы второго поколения имеют возможность легко подсоединять новое диагностическое оборудование, дополнительные устройства хранения изображений, имеют легко переносимое на другие компьютеры и информационной системе больницы программное обеспечение, позволяющие использовать международные стандарты для представления изображений.

Компоненты PACS. Система включает:

- подсистему получения медицинских цифровых изображений;
- распределенную базу видеоданных для их архивного хранения;
- компьютерную сеть для передачи изображений;
- рабочие станции для обработки и анализа изображений.

Подсистема получения цифровых изображений предназначено для получения цифровых изображений, при этом не должна теряться важная для постановки диагноза информация.

Распределенная база видеоданных предназначена для хранения изображений и сопутствующей информации; управления потоком данных между архивом изображений, госпитальной (HIS) и радиологической (RIS) рабочими станциями PACS. Требованиями к распределенной базе видеоданных является надежное хранение большого числа изображений; быстрый доступ к нужным изображениям и данным.

Компьютерная сеть передают изображения и сопутствующую информацию между системами получения цифровых изображений, архивами и автоматизированными рабочими местами (АРМ).

Рабочие станции (АРМ) предназначены для визуализации изображений. Требования к АРМ:

- работа на рабочей станции должна быть удобна для пользователя;
- обеспечивать высокую точность диагностики;
- сохранять привычную для врача возможность одновременного анализа серии изображений, предоставлять пользователю средства для описания и аннотации изображений, внесения в него пометок;
- обеспечивать пользователю быстрый доступ к необходимым изображениям и информации о пациенте;

Система защиты данных должна гарантировать отсутствие потерь и ошибок при получении, передаче и хранении изображений, которые могли бы отрицательно сказаться на точности диагностических заключений, а также должна быть защищена от постороннего вмешательства и обеспечивать конфиденциальность результатов обследования.

Заключение. Использование PACS систем становится в настоящее время реальностью в практике здравоохранения. Опыт их использования подтвердил теоретические достоинства этих систем по сравнению с обычным традиционным использованием пленок при работе с изображениями:

- 1) получение изображений в цифровом виде позволяет экономить материалы и время, затрачиваемые на проявление пленок;
- 2) для хранения цифровых изображений могут быть использованы высокочастотные запоминающие устройства, такие как магнитные, магнитооптические и CD-ROM диски, являющиеся более эффективными как с точки зрения занимаемого архивом места, так и с точки зрения скорости получения необходимых пользователю изображений. При этом исключены дополнительные затраты времени, связанные с ручным архивированием и выдачей изображений, ошибочным расположением изображений в архиве и их потерей.
- 3) большое количество изображений, получаемых в результате нескольких обследований одного и того же пациента в течение некоторого периода времени, могут быть записаны в виде отдельного файла пациента, что существенно упрощает сопоставление данных обследований;

- 4) интеграция с HIS и RIS системами и использование баз данных делает доступной всю имеющуюся информацию о пациенте;
- 5) использование сетей связи позволяет передавать изображение и сопутствующую информацию одновременно нескольким пользователям как в пределах одной клиники, так и вне ее, что обеспечивает уникальные возможности для немедленных консультаций, а также для плановой работы с пациентом в клинике.
- 6) автоматизированные рабочие станции PACS системы, позволяют не только визуализировать изображения, но и могут быть использованы для обработки, автоматизированного анализа и диагностики изображений.
- 7) использование PACS систем существенно экономит время и средства, необходимые для установления окончательного диагноза и начала лечения пациента. Уменьшается необходимость в дополнительных обследованиях, значит снижается доза облучения, более эффективно используется время врачей, как клиницистов так и рентгенологов.

Сейчас PACS системы используют в медицинской практике во многих клиниках мира. В рамках государственных и межгосударственных программ проводятся научно-исследовательские работы, направленные на создание нового, более эффективного обеспечения таких систем. Более 30 крупных фирм занято коммерческим производством PACS. Быстрое развитие техники, необходимой для поддержания PACS систем делает использование PACS в клиниках не только полезным, но и экономически выгодным.

В самое ближайшее время технологии, используемые в PACS- системах, войдут в повседневную практику и в Казахстане, что позволит улучшить представление диагностической информации, облегчить анализ изображений, тем самым повышая эффективность диагностики и лечения пациента.

Литература:

1. Кобринский Б.А. Единая концепция построения персональных электронных медицинских карт, территориальных систем и специализированных регистров//Менеджер здравоохранения».- 2011.-№5.
2. Берсенева Е.А., Стародубов В.Ф. Информационное обеспечение автоматизированной информационной системы лечебно-профилактического учреждения (АИС ЛПУ)//Проблемы управления здравоохранением. - 2005.-№6
3. Материалы конференции «Медицинский бизнес-2008: развитие, продажи, продвижение, персонал» (г.Санкт-Петербург сентябрь 2007).
4. Интернет-ресурсы www.rsna.org, www.diamag.com

ОРГАНИЗАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ И РЕИНЖИНИРИНГ КАДРОВОЙ СЛУЖБЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

*Р.З. Магзумова, А.К. Тургамбаева, М.К. Сулейменова, Г.К.Махатова
АО «Медицинский университет Астана»,
Институт общественного здравоохранения*

Бюрократические, авторитарные и технократические инструменты руководства в условиях дефицита времени, информации и людей – неэффективны. Технократический способ существования истощает себя, и настает время гуманного управления, основанному прежде всего на развитии личности и определении ее места в системе жизни. Основные возможности современной организации связаны с интенсификацией ее внутренней среды. Исследования показали, что 70% персонала не готовы к эффективной работе в условиях нестабильности и в состоянии перманентного стресса [1,2].

Казахстанский медицинский работник уникален по своей сути, так как географическое расположение отразило в нем симбиоз европейской и азиатской культур. Индивидуализм во многом привнесенный западной субкультурой прекрасно уживается с настоящим коллективизмом и самоотдачей в трудных для организации ситуациях.

Организация эффективного управления - важнейшая задача руководителя. Основой использования современных управленческих концепций и информационных технологий является маркетинговая концепция реинжиниринга бизнес-процесса. Набор медицинского персонала является бизнес-процессом.

Реинжиниринг - это фундаментальное переосмысление и радикальное перепроектирование бизнес-процесса организации для достижения коренных улучшений в актуальных показателях их деятельности: стоимость, качество, услуги и темпы [3]. Медицинские кадры, дающие потребителю качественную медицинскую услугу, будут конкурентноспособны и востребованны, что в итоге, увеличит темпы роста прибыли организации, которая позволит приобретать новые современные технологии развития организации. Пусковым механизмом необходимо осуществление набора персонала как бизнес-процесс, где форма существования отдела кадров в медицинской организации в новом качестве - бизнес-партнера.

Идея организационного моделирования заключается в создании среды, необходимой для функционирования эффективной организации. В настоящее время приходит осознание того, что модель, когда медицинская организация управляется единолично, а медицинский персонал являются просто наемными работниками, выполняющие строго оговоренные договором функции на практике не всегда эффективна. Сегодня успех или неудача в медицинском деле во многом зависят от творческой активности руководителей, их готовности взять на себя ответственность за принимаемые решения, понимания того, что общий успех может сложиться только в том случае, если каждый будет работать на пределе своих возможностей. Создание такой атмосферы и является одной из главных задач науки менеджмента в здравоохранении. В связи с этим возникает объективная потребность в определении дееспособности внутри систем управления медицинским персоналом, оценке степени их соответствия постоянно растущим требованиям в области персонального менеджмента. Осуществить это можно с использованием методологии, которая охватывала бы весь спектр проблем, связанных с управлением медицинского персонала. В качестве такой методологии можно рассматривать системный подход, обеспечивающий возможность как комплексного исследования системы управления медицинским персоналом в целом, так и важнейших ее составляющих в отдельности: целей, организационной структуры, функций, технологии управления, персонала и др.

В этом случае процесс управления медицинским персоналом необходимо рассматривать как организационно-функциональную систему, методическую основу которой составляет совокупность научных принципов и методов управления организационным поведением.

Теоретические аспекты управления человеческими ресурсами в медицинских организациях Казахстана не разработаны в полной мере. На сегодняшний день, в медицинских организациях республиканского, областного, городского и районного уровня, имеет место существование отделов кадров в 100% форме сервис - центра. Между тем, именно теоретический менеджмент призван помочь найти пути решения многих проблем в области управления медицинским персоналом. Изучение практического опыта малоэффективно, если он изначально теоретически не обоснован и исследование не было теоретически подготовлено. В то же время, попытки применения чисто теоретических концепций, не подтвержденных практикой, также не дадут желаемого результата. Разработка организационной структуры организации, где главное правило: структура должна быть эмпирически-адекватной по отношению к деятельности организации, т.е. она должна обеспечивать эффективное выполнение функций и процессов. Нами была проанализирована организационная структура медицинских организаций по городу Астане республиканского и городского уровня. Результаты показали, что имеет место стандартный шаблон.

Основным принципом организационного моделирования является обеспечение целостности системы организации и проведение реинжиниринга в первую очередь,

кадровой службы существующих всех медицинских организаций, позволит обеспечить набор профессионалов: и в первую очередь, начинать нужно с первого руководителя.

Первым шагом, организационного моделирования являются составление схемы организационной структуры путем реинжиниринга бизнес-процесса кадровой службы. Не существует стандартных построений организационной структуры, каждая медицинская организация имеет свои особенности, и это не зависит от уровня (республиканский, городской...). Схема должна отражать реальную структуру медицинской организации и не являться своего рода теоретическим стандартом. Предлагаемая нами модель, отражает в первую очередь, доминирование активной кадровой политики (у нас имеет место пассивная и превентивная) в стратегическом направлении, несущая ответственность за набор медицинского персонала, развитие кадрового маркетинга.

Вторым шагом, является создание условий для производительности труда. И что актуально, для наших медицинских организаций – изучение высокой текучести кадров, внедрение кадрового менеджмента и оценка кадрового потенциала.

Литература:

1. Б.А.Железко, Т.А.Ермакова, Л.П.Володько Реинжиниринг бизнес-процессов: Уч.пособие. Мн.: Книжный дом; Мисанта, 2006.-216с.
2. Джон Ф. Литл. Основы маркетинга. Пер. с англ. Ростов на Дону: Феникс,1997.
3. Дихтль Е., Хершген Х. Практический маркетинг. Учебное пособие пер. с нем.- М.: Высш. шк.: ИНФРА-М, 1996.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ "ГЕПАТОТРОМБИН Г"

*А.Ж. Мырзабекова
АО "Медицинский Университет Астана"*

Введение. Геморрой – расширение кавернозных телец прямой кишки, чрезвычайно распространенное заболевание. Причинами застоя крови в венах таза и прямой кишки являются беременность, хронические запоры, давление на стенки кишки со стороны матки, находящейся в неправильном положении, застой в системе воротной вены и др. (имеет значение отсутствие клапанов в системе воротной вены).

Более 10% всего взрослого населения страдает геморроем. Эти больные составляют 15–28% от общего числа проктологических больных [1,2]. Геморрой проявляется в виде двух основных синдромов – острого приступа и хронического течения заболевания. Основой для развития острого геморроя чаще всего является тромбоз геморроидальных узлов. Тромбоз геморроидальных узлов характеризуется их увеличением и уплотнением и сопровождается болями в области заднего прохода. Тромбоз обычно начинается во внутренних узлах и распространяется в дальнейшем на наружные. Этот процесс, как правило, сопровождается сильными болями в области заднего прохода. Реже встречается изолированный тромбоз наружных узлов, проявляющийся в виде плотного образования округлой формы. Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из повторяющихся кровотечений, связанных, чаще всего, с дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода. Довольно часто все эти признаки сочетаются с анальным зудом или чувством жжения, мокнутия, саднения в области заднего прохода.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и переносимости препаратов «Гепатромбин Г» (мазь и ректальные свечи) при лечении геморроя у беременных.

Материалы и методы. Клинически симптомокомплекс геморроя при беременности почти не отличался от такового среди других категорий больных с данным диагнозом. Из 232 беременных с клиническими признаками геморроя, боли в заднем проходе отмечались у 46.1%, ректальные кровотечения у 37.1%, анальный зуд у 27.6%. Часто у наблюдаемых женщин (61.3%) отмечался наружный геморрой, характеризовавшийся появлением геморроидальных узлов виде бородавчатых образований или складок, плотных на ощупь и не уменьшающихся в объеме при пальпации. При внутреннем геморрое (38.7%), узлы располагались между складками слизистой оболочки, могли быть, как единичными, так и множественными, спадались при надавливании и наполнялись при кашле. В 11.5% геморрой у беременных сочетался с анальной трещиной. Часто у беременных после 2-3х дневной задержки стула внезапно появлялись болезненные плотные геморроидальные узлы, что сопровождалось острыми болями и, реже кровотечениями. Необходимо отметить, что если у беременных в возрасте от 20 до 30 лет геморрой выявлялся примерно у каждой пятой, то после 30 лет у каждой второй. С нашей точки зрения практически целесообразно выделять три группы беременных, страдающих геморроем. В первую группу относили бессимптомный геморрой. У этих женщин проводились профилактические мероприятия, включающие диету с ограничением острых блюд и достаточным количеством растительной клетчатки, лечебную физкультуру, прогулки, водный туалет заднего прохода после дефекации, послабляющие травы. Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них специальных вышеописанных профилактических мер дает возможность предупредить развитие болезни, осложняющее течение родов и послеродового периода. Вторую группу составили больные с жалобами на кровотечения, анальный зуд, боли при дефекации. У этих женщин помимо вышеперечисленных мероприятий проводили лечение свечами и мазью «Гепатромбин Г» со II триместра гестации. В третью группу (3 человека) были включены беременные, страдающие геморроем, подлежащим хирургическому лечению. Это были женщины с большим выпадением внутренних узлов и с частыми обострениями в анамнезе, больные с обильными изнуряющими геморроидальными кровотечениями, а также с острым геморроем в стадии некроза выпавших ущемившихся узлов. Беременные были проконсультированы врачом - проктологом, совместно с которым вырабатывалась общая тактика дальнейшего ведения. Всем пациенткам в целях предоперационной подготовки также был назначен препарат «Гепатромбин Г» по индивидуальным схемам. Мазь «Гепатромбин Г» применялась при наружном геморрое, на пораженные участки тонким слоем 2-4 раза в день, а после исчезновения болезненных ощущений – 1 раз в течение 7 дней. Свечи «Гепатромбин Г» использовались при внутреннем геморрое 2 раза в сутки в течении 5-7 дней, после исчезновения болезненных ощущений 1 раз в сутки еще 7 дней.

Результаты и обсуждение. Необходимо отметить, что степень выраженности сохранившихся клинических симптомов оценивалась пациентами, как средняя к 7 дню лечения и как слабая к 15 дню (таблица). Клиническая переносимость оценивалась пациентами и врачами по шкале: отличная, хорошая, средняя, плохая.

Таблица - Оценка эффективности проведенной терапии

Клинические симптомы	До лечения	7 день лечения	15 день лечения
Боль	46.1%	12.5%	0
Ректальные кровотечения	37.1%	4.7%	0.9%
Зуд	27.6%	6.5%	1.3%
Тенезмы	15.5%	2.3%	0.4%

Исходя из таблицы, переносимость лечения препаратами «Гепатромбин Г» была отличной и хорошей в 95% случаев. Беременность, не являясь основным патогенетическим фактором геморроя, часто выявляет его, усугубляет его клиническое течение. С другой стороны, геморрой у беременных часто осложняет течение родов и послеродового периода. Во время родовой деятельности, при прохождении головки в узкой части полости малого таза происходит сдавление сосудов этой области, в том числе и прямой кишки. Нарушающейся венозный отток и застой крови создает дополнительные условия для раскрытия артериовенозных анастомозов непосредственно в просвет кавернозных полостей прямой кишки. Во время потуг, как известно, анальный жом раскрывается, дистальный конец прямой кишки зияет и при этом хорошо видны как наружные, так и внутренние геморроидальные узлы. При прорезывании головки плода внутренние узлы, если они достаточно выражены, выдавливаются наружу и иногда их стенки разрываются. После родов, с постепенным сокращением анального отверстия, внутренние узлы сокращаются и самостоятельно вправляются. Если сокращение сфинктера происходит быстро, эти узлы ущемляются, и возникает острый геморрой. В нашем исследовании мазь «Гепатромбин Г» применялась у 87 родильниц с геморроем I-II степени тяжести, 4 раза в день первые 2-3 дня, и в последующем 1-2 раза в день до выписки. У части больных, не смотря на заметное уменьшение узлов в первые дни лечения, сохранялись боли при дефекации, что послужило основанием для назначения очистительных клизм с предварительным введением в задний проход 30-40г вазелинового масла. К моменту выписки все наблюдаемые родильницы считали себя здоровыми и были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать заключение о том, что применение препарата Гепатромбин Г, как в виде мази, так и в виде ректальных свечей является эффективным способом лечения беременных и родильниц с геморраидальными кризами. Быстрота действия и хорошая переносимость данного препарата позволяет рекомендовать его для широкого использования в акушерско-гинекологической практике.

Литература:

1. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. М., Медицина, 1984, 176 с.
2. Шехтман М.М. Геморрой. // 9 месяцев, 2001; 10: 11.
3. Contou J. Complications des hémorroïdes. // Rev. med., 1997; 22 (20): 1199–205.
4. Muller-Lobeck H. Hemorrhoids: trends in treatment. // Chirurg, 2001; 72 (6): 667–76.
5. Wasvary H.J., Hain J., Mosed-Vogel M. et al. Hemorrhoids // Dis. Colon Rectum, 2001; 44

МЕТОДИКА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

Г.С. Шудабаева

Стоматологическая клиника «Бошанов Дентал Клиник», г. Астана

Методика герметизации открытой фиссуры состоит из следующих четырех основных этапов.

I. Тщательная очистка стенок и дна фиссуры, удаление мягкого зубного налета, остатков пищи. (Рис. 1) Она производится при помощи щеток и специальных средств, не содержащих фторидов (в нашей клинике используем пасту Клинт фирмы (VOCO Германия). Но, не следует использовать гигиенические зубные пасты и порошки, так как входящие в них отдушки могут отрицательно влиять на герметик. Очищенные поверхности должны быть хорошо промыты от пасты и инородных частиц. Все это позволяет убедиться в отсутствии кариозного поражения.



Рис. 1 высушивание полости рта



Рис. 2 изолирование зуба

II. Кислотная подготовка поверхности, то есть протравливание эмали специальным гелем (например, у нас в клинике - немецкий гель ВОКОЦИД). Этот этап проводится для увеличения площади поверхности эмали за счет усиления ее пористости. Кислотное воздействие не должно продолжаться более 10 - 15 секунд. Затем обработанная поверхность промывается водой в течение 30 секунд и высушивается. Зуб изолируют от слюны ватными валиками. (Рис. 2)

III. Нанесение герметизирующего материала на подготовленную поверхность эмали. Герметик наносят на высушенную эмаль и распределяют тонким слоем по всей поверхности фиссуры без пустот. Удобная расфасовка материала в шприц с канюлей, ускоряет процесс внесения герметика сразу на зуб, без использования дополнительных инструментов (Рис.3). Возможно образовавшиеся пузырьки удалить зондом и сделать 15-ти секундную паузу для затекания материала вглубь фиссуры Герметик полимеризуют галогеновой лампой в течение 20-40 секунд (Рис.4).



Рис. 3 внесение герметика



Рис. 4 полимеризация

IV . Корректировка окклюзионных контактов. После светового отверждения необходимо с использованием копировальной бумаги проверить окклюзионные суперконтакты.

V. Заключительный этап - проведение аппликации фторсодержащим лаком или гелем всех зубов, в том числе и подвергшихся процедуре герметизации.

Герметизация закрытой фиссуры отличается от выше описанной методики добавлением еще одного этапа - раскрытие фиссуры, состоящего из расширения входа в фиссуру при помощи алмазного фиссурного бора, до полной доступности для визуального осмотра и последующего проведения вышеперечисленных этапов (1).

Часто на практике, после удаления зубной бляшки и плотного фиксированного зубного налета, диагностируется начальные проявления кариозного процесса. В этом случае необходимо выполнить инвазивную герметизацию, которая состоит из следующих этапов:

1. Очистка окклюзионной поверхности зуба, стенок и дна фиссуры.
2. Раскрытие фиссуры. Расширение входа в фиссуру при помощи алмазного бора игловидной формы для визуального осмотра. Если кариес ограничен зоной эмали, то основание полости и вся фиссура протравливается в течение 15 секунд.
3. Зуб промывается водой в течение 30 секунд и сушится. При неудовлетворительных результатах травления или попадания слюны процедуру повторить.

4. В полости размещается подходящий композит для боковых зубов, создается контур, происходит светополимеризация в течение 60 секунд.

5. Композитная пломба и вся фиссура покрываются герметиком.

6. Проверка окклюзии, корректировка.

При наличии полостных кариозных поражений, имеющих небольшой диаметр (не более 1/3 расстояния между щечными, язычными, небными буграми), применяется запечатывание фиссуры с подкладкой. В качестве подкладки используют стеклоиономерный цемент.

Литература:

1. Аврамова О.Г., Муравьева С.С. «Фиссурный кариес: проблемы и пути их решения». // *Стоматологический Вестник*, 2007, №11.
2. Кисельникова Л.П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии. // *Маэстро стоматологии*, 2007.- №2 (26).- С. 18-22.
3. Курякина Н.В. «Терапевтическая стоматология детского возраста» / Изд-во НГМА, 2001 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ

К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

- заявки на имя главного редактора или при наличии сопроводительного письма от руководителя учреждения, на базе которого проводилась работа.

- для публикации научной статьи необходимо предоставить выписку из протокола заседания кафедры (подразделения) с рекомендацией статьи к печати либо рецензию научного руководителя.

Материалы для публикации должны быть выполнены в строгом соответствии со следующими правилами:

1. Структурное построение научных статей должно соответствовать принятому в журнале, с выделением следующих рубрик: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Для всех разделов, кроме «Обзоры» и «Реферативные сообщения», в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме).

2. Текст статьи представляется в 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу и справа по 2 см., слева - 3 см, набранная шрифтом 14 Times New Roman. Вместе с оригиналом статьи необходимо представить электронный вариант в виде отдельного файла с указанием ФИО первого автора (Касымов А.А.обзор.doc).

3. Объем научных статей не должен превышать 6 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме. Реферативные сообщения - объемом 2 страницы печатного текста (с названием статьи на трех языках, без резюме, таблиц и ссылки на литературу). Обзоры – до 10 страниц (с названием статьи на трех языках, без резюме, с библиографией до 50 источников).

4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание по центру), инициалы и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а также название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами курсивом (выравнивание по правому краю).

В конце статьи на отдельном листе должна быть подпись каждого автора с указанием ФИО (полностью), ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.

Резюме представляется на русском, казахском и английском языках, с соответствующим переводом названия статьи, инициалов и фамилий авторов, и состоит из нескольких предложений (10-12 строк), отражающих суть проблемы, изложенной в статье.

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 12. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4 (210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. 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 – 50 (за прошедшие 5-10 лет).

10. В разделе «Материалы и методы» статьи обязательно указываются методы статистической обработки и детали их особенностей (программное обеспечение и т.д.).

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

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

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

14. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив является нарушением принципов профессиональной этики. 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.mscudprk.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; 87015380751, e-mail: tak1973@mail.ru

19. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.

