

**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:cvsmtmc@mcudp.kz

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

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

**Қазақстан Республикасы  
Президенті Іс Басқармасы  
Медициналық орталығының**

## **ЖАРШЫСЫ**

*Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журнал*

**қаңтар - наурыз  
1 (38) 2011  
январь-март**

## **ВЕСТНИК**

**Медицинского центра  
Управления делами Президента  
Республики Казахстан**

*Ежеквартальный научно-практический  
журнал*

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

### **Редакционный совет:**

А.А. Аканов, Н.Д. Батпенев,  
Р.Р. Бектаева, А.Г. Дерновой,  
В.Ю. Дудник, О.Т. Жузжанов,  
Ж.Ш. Жумадилов, С.Е. Ибраев,  
М.К. Кульжанов, А.Н. Разумов (Россия),  
К.Д. Рахимов, Т.З. Сейсембеков,  
Е.Н. Сраубаев, Н.А. Стороженко (Россия),  
Р.К. Тулебаев, Т.Ш. Шарманов,  
А. Шарман, Ж.Х. Хамзабаев  
**МЦ УДП РК:** С.С. Аманбаев,  
А.А. Байназарова, В.В. Бенберин,  
Т.Б. Даутов, С.Н. Жариков, Р.Ж. Карабаева,  
Е.К. Сарсебеков, Г.З. Танбаева,  
С.И. Токпанов, А.Н. Чен

**2011 - №1 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ  
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА №1 – 2011  
THE CONTENT OF THE JOURNAL №1 – 2011**

- Р. Ж. Карабаева, Р.Ж. Бигаринова, Л.В. Коноплева, Г.А. Калибекова**  
Ұйымдасқан популяциядағы жүрек- қан тамыр аурушандылығының ерекшеліктері  
**Р.Ж. Карабаева, Р.Ж. Бигаринова, Л.В. Коноплева, Г.А. Калибекова**  
Особенности сердечно - сосудистой заболеваемости в организованной популяции  
**R.Zh. Karabayeva, R.Zh. Bigarinova, L.V. Konoplyova, G.A. Kalibekova**  
The features of cardio-vascular morbidity in the managed population 13
- Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару  
Управление общественным здоровьем и здравоохранением  
Management of Public Healthcare**
- Г. А. Алдабергенова, А.К. Тургамбаева, С.Ж. Ильясов**  
Дәрігерлік ұйымдар басшыларының анкеталық сұрауын талдау  
**Г. А. Алдабергенова, А.К. Тургамбаева, С.Ж. Ильясов**  
Анализ анкетирования руководителей медицинских организаций  
**G.A. Aldabergenova, А.К. Тургамбаева, С.Ж. Ильясов**  
The analysis of questionnaire of heads of the medical organizations 16
- А. К. Альмадиева, А.Қ. Тургамбаева**  
Оқытушылар мен студенттердің медициналық колледждердегі білім беру саласындағы қызмет көрсету сапасына қанағаттану дәрежесін бағалау  
**А. К. Альмадиева, А.Қ. Тургамбаева**  
Оценка степени удовлетворенности студентов и преподавателей качеством образовательных услуг медицинских колледжей  
**A.K. Almadieva, A.K. Turgambaeva**  
Estimation of degree of satisfaction of students and teachers by quality of educational service of medical colleges 19
- М.Ш. Байгулов, О.Т. Жузжанов, Д.Е. Жантасова, Г.Ш. Байгулова**  
Туа біткен ақауларына байланысты аурушанды талдамасы  
**М.Ш. Байгулов, О.Т. Жузжанов, Д.Е. Жантасова, Г.Ш. Байгулова**  
Анализ заболеваемости врожденными аномалиями  
**M.Sh. Baigulov, O.T. Zhuzzhanov, D.E. Zhantasova, G.Sh. Baigulova**  
Analysis of the morbidity of congenital abnormalities 23
- Т.Б. Булгаевич**  
БҰДСЖ екінші деңгейдегі акушерлік стационардың негізгі міндеттері, бағыттары және жұмысының қорытындылары  
**Т.Б. Булгаевич**  
Основные задачи, направления и итоги деятельности акушерского стационара второго уровня ЕНСЗ

**T.B. Bulgatsevich**

The main tasks, directions and results of the activity of obstetric in-patient department of the second level of EHCZ 27

**Ж.К. Буркитбаев, Ш.Ж. Мусабекова, Н.А. Демин**

Қан өндірістік қызметінің жұмысын талдау

**Ж.К. Буркитбаев, Ш.Ж. Мусабекова, Н.А. Демин**

Анализ деятельности производственной службы крови

**Zh. K. Burkitbayev, Sh. Zh. Musabekova, N.A. Demin**

The analysis of activity of productional blood service 31

**Д.Е.Жантасова, М.Ш.Байғұлов, Г.Ш.Байғұлова, С.Ж. Ильясов, А.Қ. Турғамбаева**

Солтүстік Қазақстан облысындағы сәби өлімі

**Д.Е. Жантасова, М.Ш.Байғұлов, Г.Ш. Байғұлова, С.Ж. Ильясов, А.Қ. Турғамбаева**

Младенческая смертность в Северо-Казахстанской области

**D.E. Zhantasova, M.SH.Baigulov, G.SH.Baigulova, S. Zh. Ilyasov, A.K. Turgambaeva**

Child mortality in the north Kazakhstan region 34

**А.Г. Жайлганова, Н.С. Игісінов, А.Ж. Шарбаков**

Қазақстандағы мешел ауруына кең түрде баға беру

**А.Г. Жайлганова, Н.С. Игисинов, А.Ж. Шарбаков**

Пространственная оценка заболеваемости рахитом в Казахстане

**A.G. Zhailganova, N.S Iginov, A.Zh. Sharbakov**

Space estimation of morbidity with rachitic disease in Kazakhstan 38

**О.Т. Жузжанов, М.Е. Ким**

Денсаулық сақтау саласындағы мекеме басшыларының біліктілігі мен тәжірибелігін бағалау құралдарын жасау

**О.Т. Жузжанов, М.Е. Ким**

Разработка инструментов оценки квалифицированности и профессионализма первых руководителей организаций здравоохранения

**O.T. Zhuzzhanov, M.E. Kim**

The working out of instruments of estimation of qualifying and professionalism of the first heads of Healthcare organizations 41

**К.Ж. Кульбаева, А.К. Шамова**

Жастар мен жасөспірімдердің денсаулық жағдайының репродуктивті құрылғылары

**К.Ж. Кульбаева, А.К. Шамова**

Репродуктивные установки состояния здоровья подростков и молодежи

**K.Zh. Kulbayeva, A.K. Shamova**

Reproductive fixation of health condition of teenagers and youth 44

**Р.З. Магзумова**

Медициналық мекемелердің кадрлық статистикасы

**Р.З. Магзумова**

Кадровая статистика медицинских организаций

**R.Z. Magzumova**

Staff statistic of medical organizations

47

**Клиникалық және эксперименталдық зерттеулер  
Клинические и экспериментальные исследования  
Clinical and experimental researches**

**А.Е. Абжанова**

Цереброваскулярлы патологияның бастапқы көріністері кезіндегі эхоэнцефалографияның биоритмикалық құрылымы

**А.Е. Абжанова**

Биоритмическая структура эхоэнцефалографии при начальных проявлениях цереброваскулярной патологии

**A.E. Abzhanova**

Bioritmic structure of echoencephalography in primary manifestation of cerebral-vascular pathology

50

**Н.К. Аймуkenov**

Жүктілік кезіндегі уроинфекция

**Н.К. Аймуkenov**

Уроинфекция во время беременности

**N.K. Aymukenov**

Uroinfection during pregnancy

53

**Р.Ж. Балгожина**

Онкоаурулардың ауыр халге түсіп кету жағдайларын қорытындылау

**Р.Ж. Балгожина**

Анализ запущенных случаев онкологических заболеваний

**R.zh. Balgozhina**

Analysis advanced cases of oncological in diseases

55

**Т.Б. Булгацевич**

Құрсақ ішілік инфекция жүзу кезіндегі клиникалық - диагностикалық параллелдер

**Т.Б. Булгацевич**

Клинико- диагностические параллели при внутриутробном инфицировании

**T.B. Bulgatsevich**

Clinical diagnostic parallels in intrauterine infections

58

**Т.Б. Булгацевич**

Құрсақтың ішіндегі бактериялық инфекциялау кезіндегі плацентаның гистологиялық зерттеуі

**Т.Б. Булгацевич**

Гистологическое исследование плаценты при внутриутробных бактериальных инфекциях

**T.B. Bulgatsevich**

Histological examination of the placenta in intrauterine bacterial infections

65

**Ж.Х. Исламғалеева**

Урогенитальді жұқпалы аурулары бар әйелдердегі комбинирленген терапияның ерекшеліктері

**Ж.Х. Исламғалеева**

Особенности комбинированной терапии у женщин с урогенитальными инфекциями

**Zh. Kh. Islamgaleeva**

The features of combined therapy at females with urogenital

70

**Л.Х. Істілеуова, Е.Т. Қаржібаев, А.Р. Куразова**

Жүкті әйелдерді босануға дайындау әдістері

**Л.Х. Изтелеуова, Е.Т. Каржибаев, А.Р. Куразова**

Методы подготовки беременных к родам

**L.H. Izteleuova, E.T. Karzhibayev, A.R. Kurazova**

The methods of preparation of pregnant woman for delivery

73

**С.М. Қабиева**

Балалардағы миокардтың постгипоксиялық ишемиясы кезінде Картан препаратының терапиялық тиімділігін бағалау

**С.М. Кабиева**

Оценка терапевтической эффективности препарата Картана у детей с постгипоксической ишемией миокарда

**S.M. Kabieva**

Estimation of therapeutic efficiency of preparation Kartan at children with posthypoxic myocardium ischemia

75

**Г.Х. Каргина**

Метоболизмдік синдромның кешендік терапиясындағы «Моксонидин» мен «Торвакард» дәрілік препараттарының клиникалық тиімділігі

**Г.Х. Каргина**

Клиническая эффективность лекарственных препаратов «Моксонидин» и «Торвакард» в комплексной терапии метаболического синдрома

**G.kh.Kargina**

Clinical remedies «Moxonidine» and «Torvakard» in the complex therapy of metabolic Syndrome

78

**Т.В. Ким, Ю.В. Кравченко, М.С. Ғалым**

Толық жүкті әйелдердің липидтік алмасуы

**Т.В. Ким, Ю.В. Кравченко, М.С. Ғалым**

Липидный обмен у беременных женщин с ожирением

**T. Kim, Y. Kravchenko, M. Galym**

Lipid exchange of the pregnant women with the obesity

81

**М.П. Михалева**

Шала туылған балалардағы респираторлы дистресс-синдромын емдеудегі жаңа технологиялар

**М. П. Михалева**

Новые технологии в лечении респираторного дистресс -синдрома у недоношенных детей

**M.P. Mikhaleva**

New technologies in the treatment of respiratory distress- syndrome in preterm infants

83

**З.С. Мусабаева**

Инвазивті пренатальдық ем-шараларды талдау

**З.С. Мусабаева**

Анализ инвазивных пренатальных процедур

**Z.S. Musabayeva**

The analysis of invasive prenatal procedures

85

**Ш.Ж. Мусабекова**

Трансфузиологиядағы А антигені мен иррегулярлы антиденелердің маңыздылығын бағалау

**Ш.Ж. Мусабекова**

Оценка значимости антигена А и иррегулярных антител в трансфузиологии

**Sh.Zh. Musabekova**

The estimation of importance of antigen A and irregular antitodies in transfusion

884

**Н.М. Садыков**

АИВ-инфекциямен ауыратын еркектердегі генитальді герпес

**Н.М.Садыков**

Генитальный герпес у ВИЧ-инфицированных мужчин

**N.M. Sadykov**

Genital herpes at hiv- infected males

т90

**Шолу  
Обзоры  
Review**

**Ш. Л. Ахелова**

Жеңілдіктері бар категориядағы азаматтарға дәрілік көмек көрсетуді ұйымдастырудағы халықаралық тәжірибені талдау

**Ш.Л. Ахелова**

Анализ международного опыта организации лекарственной помощи граждан льготных категорий

**Sh.L. Akhelova**

The analysis of the international experience of the organization of drug provision to the citizens of privileged categories

93

**Т.Е. Беков**

Генитальды герпес

**Т.Е. Беков**

Генитальный герпес

**T.E. Bekov**

Urinogenital herpes

97

**Р.Х. Жангазиева**

Егде жаста дәрілік заттарды қолданудың ерекшеліктері

**Р.Х. Жангазиева**

Особенности применения лекарственных средств в пожилом возрасте

**R.Kh. Zangazieva**

The features of application of medicines in the elderly age

99

**М.Е. Ким**

Денсаулық сақтауды басқарудағы басшылардың құзырын бағалау

**М.Е. Ким**

Оценка компетенции руководителей в управлении здравоохранением

**M. Kim**

Estimation of competention of heads in the Administraion of Healthcare

102

**А.М. Махмутова, Қ.Б. Ибраева, Р.Қ. Секенова**

Науқас балалар мен жасөспірімдердің функциональдық жағдайын бағалаудағы халықаралық жұмыс жасау жіктемесінің қолданылуы туралы сұрақтар

**А.М. Махмутова, Қ.Б. Ибраева, Р.Қ. Секенова**

К вопросу применения международной классификации функционирования при оценке функционального состояния больных детей и подростков

**А.М. Mahmutova, К.В. Ibrayeva, R. K. Sekenova**

The question of application of the international classification, of functioning in the estimation of functional condition of sick chidren and teenagers

104

**А.А. Тулемисова**

Жатыр мойны обыры нәтижесіндегі аурушандық пен мүгедектік мәселелерінің қазіргі таңдағы жағдайы

**А.А. Тулемисова**

Современное состояние проблемы заболеваемости и инвалидности вследствие рака шейки матки

**А.А. Tulemisova**

The modern condition of problems of morbiolity and disability due to cancer of neck of uterus

108

**А.Т. Төлеу**

Күндізгі стационарлардың даму тарихы

**А.Т. Төлеу**

История развития дневных стационаров

**А.Т. Toleu**

History of development day in-patient departments

112

**М.К. Турганова**

Халық денсаулығы жағдайының нутрициологиялық негіздері

**М.К. Турганова**

Нутрициологические основы состояния здоровья населения

**М.К. Turganova**

Nutriciological bases of health condition of the population

115

**Н.С. Тұяқова**

Денсаулық сақтау ұйымдарындағы инновациялық қызметтің тиімділігін бағалау

**Н.С. Туякова**

Оценка эффективности инновационной деятельности в организациях здравоохранения

**N.S.Tuyakova**

Estimation of efficiency of innovational activity in the healthcare organizations

118

**А.К. Шамова**

Жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығы, қылықтары мен потенциалын бағалау мен зерттеудің методологиясы

**А.К. Шамова**

Методология исследования и оценки репродуктивного здоровья, поведения и потенциала подростков

**A.K. Shamova**

Methodology of investigation and estimation of reproductive health behaviour and potential at teenagers

123

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

**Н.К. Аймуkenov**

Гипертониялық ауру мен кеш гестоз кезінде жүктілік пен босанудың ағымы

**Н.К. Аймуkenov**

Течение беременности и родов при позднем гестозе и гипертонической болезни

**N.K. Aymukenov**

The course of pregnancy and deliveries at late hestosis and hypertensive diseases

128

**А.Т. Ахметжанова**

Бауыр эхинококкозы

**А.Т. Ахметжанова**

Эхинококкоз печени

**A.T.Akhetzhanova**

Echinococcosis of the liver

129

**Х.Т. Баялина**

Бас-ми шайқалуының ерте сауығу кезеңіндегі фенотропилді қолданудың тәжірибесі

**Х.Т. Баялина**

Опыт применения фенотропила в раннем восстановительном периоде сотрясения головного мозга

**Kh.T.Bayalina**

The experience of application of prenotropil in the early restorical period of brain concussion

130

**М.С. Ғалым, Е.А. Тихомирова, М.К. Шарипова**

Акушерлік тәжірибедегі қағанақ суымен болған эмболияны тиімді емдеу тәжірибесі

**М.С. Ғалым, Е.А. Тихомирова, М.К. Шарипова**

Опыт успешного лечения эмболии околоплодными водами в акушерской практике



- M.S. Galym, E.A. Tikhomirova, M.K. Sharipova**  
Experience of successful treatment of embolism by amniotic waters in obstetric practice 131
- Л.М. Лёвина, Н. И. Кожушная, М.К. Тугамбекова, Л.А. Ангелова, А.С. Абилдабекова**  
Дәрілік препараттарды қолдану кезіндегі алкогольдің адам ағзасына әсері  
**Л.М. Лёвина, Н. И. Кожушная, М.К. Тугамбекова, Л.А. Ангелова, А.С. Абилдабекова**  
Влияние алкоголя на организм человека, при приеме лекарственных препаратов  
**L.M. Levina, N.I. Kozhushnaya, M.K. Tuganbekova, L.A. Angelova, A.S. Abildabekova**  
Influence of alcohol to human organism during taking of remedies 134
- Т.А. Нигматулина**  
Жүктілік кезіндегі жатыр түтігінің бұралып кетуі және емі  
**Т.А. Нигматулина**  
Перекрут маточной трубы во время беременности и лечение  
**Т.А . Nigmatulina**  
Torsion of a uterine pipe during pregnancy and treatment 137
- Ж.Ж. Сулейменов**  
Тізе буынының дегенеративті және қабыну ауруларын артроскопиялық лаважды емдеу тәсілі ретінде қолдану  
**Ж.Ж. Сулейменов**  
Артроскопический лаваж как метод лечения воспалительных и дегенеративных заболеваний коленного сустава  
**Zh.Zh. Suleymenov**  
Arthroendoscopial lavage as a method of treatment of inflammatoru and generative diseases of knu joints 138
- А.Т. Тыныбаева**  
Ауруханаға жатқызуға дейінгі кезеңінде жедел хирургиялық патологияларды диагностикалаудың сұрақтары  
**А.Т. Тыныбаева**  
К вопросу диагностики острой хирургической патологии на догоспитальном этапе  
**А.Т. Тунубаева**  
To the question of diagnostics of the sharp surgical pathology at the pre-hospital stage 139
- Реферативтік баптар**  
**Реферативные статьи**  
**Essay articles**
- А.М. Абдрахманова**  
Созылмалы тонзиллит емінде «Сумамед» дәрілік препаратының қолданылуы  
**А.М. Абдрахманова**  
Применение лекарственного препарата «Сумамед» в лечении хронического тонзиллита  
**А.М. Abdrakhmanova**  
Application of the drug preparation «Sumamed» of chronical tonsillitis 141

**Ж.Ш. Азатова, М.Ж. Жақыпбекова**

Диагностиканың сапа деңгейін анықтау

**Ж.Ш. Азатова, М.Ж. Жакупбекова**

Определение уровня качества диагностики

**Zh. Sh. Azatova, M. Zh.Zhakupbekova**

Determination of the level of qualitu of diagnosis

142

**Ш.Л. Ахелова, А. Қ. Тұрғамбаева, Р.К. Секенова, Р.Т. Сарсембаева, Г.Ш.Молдағалиева**

Науқастардың қауіпсіздігі мен медициналық көмек көрсетудің сапасын басқаруына әсер ететін дәрілермен қамтамасыздандырудың кейбір аспектілер

**Ш.Л. Ахелова, А.К. Турғамбаева, Р.К. Секенова, Р.Т. Сарсембаева, Г.Ш.**

**Мулдағалиева**

Некоторые аспекты лекарственного обеспечения, влияющие на управление качеством медицинской помощи и безопасность пациентов

**Sh.L. Ahelova, A.K. Turgambaeva, R.K. Sekenova, R.T. Sarsembayeva,**

**G.Sh. Muldagalieva**

Certain aspects of drug provision in fluencing to the management of quality of medical aid and safety of patients

144

**Т.Е. Беков**

Уреаплазмоз

**Т.Е. Беков**

Уреаплазмоз

**T.E. Bekov**

Ureaplasmosis

148

**А.А. Дубицкий**

Жедел жәрдем қызметін басқарудағы математикалық әдістерді қолдану

**А.А. Дубицкий**

Применение математических методов в управлении скорой медицинской помощью

**A.A. Dubitskiy**

Application of mathematical methods in the management of medical first-aid

150

**Д.С. Есимов**

Қазақстан Республикасындағы стоматологиялық мекемелерді жекеменшіктендірудің кейбір оң және теріс жақтары

**Д.С. Есимов**

Некоторые положительные и отрицательные стороны приватизации стоматологических организаций в Республике Казахстан

**D.S.Esimov**

Certain positive and negative sioles of privatization of stomatologial organizations in the Republic of Kazakhstan

152

**Ш.А. Ескендірова**

Торлы қабықтың ажырауы кезінде полимерлерді қолдану

**Ш.А. Ескендирова**

Применение полимеров при отслойках сетчатки

**Sh.A. Yeskendiroya**

Application of polymers in detachments of retina

154

**М.Ж. Жакупбекова, Р. Бисенова**

Көрсетілген медициналық қызмет сапасын анықтау мақсатында науқастар жауаптарының нәтижелері

**М.Ж. Жакупбекова, Р. Бисенова**

Результаты анкетирования пациентов по вопросам качества оказанных медицинских услуг

**M.Zh.Zhakupbekova, R. Bisenova**

Findings of questionnaire on the questions of quality of rendered medical service

155

**Г.К. Картабаева**

Лейкофилтрленген қан компоненттерін қолданудың артықшылықтары

**Г.К. Картабаева**

Преимущества применения лейкофилтрованных компонентов крови

**G.K. Kartabayeva**

The (advantages) of blood components application of leukofiltered blood components

157

**Б.С. Кененбаева**

Эпилепсия

**Б.С. Кененбаева**

Эпилепсия

**B.S. Kenenbaeva**

Epilepsya

158

**Ш.К. Кожанова, Т.А. Амренова**

Ауруханадан тыс пневмонияны емдеудегі цефтриаксон препаратының тиімділігі

**Ш.К. Кожанова, Т.А. Амренова**

Эффективность препарата цефтриаксон в лечении внебольничной пневмонии

**Sh.K. Kozhanova, T.A. Amrenova**

Efficiency of preparation ceftriaxone in the treatment of out-hospital pneumonia

162

**А.Р. Куразова**

Микоплазмоздың жүктілікке әсері

**А.Р. Куразова**

Влияние микоплазмоза на беременность

**A.R. Kurazova**

Influence of mycoplasmosis on pregnancy

164

**А.Р. Куразова**

Жүкті әйелдер микоплазмозын емдеу

**А.Р. Куразова**

Лечение микоплазмоза у беременных

**A.R. Kurazova**

Treatment of micoplasmosis at pregnant females

165

**Р.З. Магзумова, А.А. Дубицкий, С.Ж. Ильясов**

ЕААҰ-ғы кадрлік ресурстарды оңтайландыру – медициналық қызмет көрсету сапасын жоғарлату жолы

**Р.З. Магзумова, А.А. Дубицкий, С.Ж. Ильясов**

Оптимизация кадрового ресурса в ЛПУ – путь повышения качества медицинских услуг

**R.Z. Magzumova, A.A. Dubitsky, S.Zh. Ilyasov**

Optimization of the staff resource in T. I-it is the way of increasing of quality of medical service

166

**Е.А. Наконечникова**

Дағдарыс жағдайларындағы қысқа мерзімдік психотерапия

**Е.А. Наконечникова**

Краткосрочная психотерапия при кризисных состояниях

**Е.А. Nakonechnikova**

Short-term psychotherapy in the crisis conditions

168

**Е.А. Насимова**

Жедел медициналық жәрдем жағдайындағы балалардың абдоминальді синдромының дифференциальді диагностикасының сұрақтары

**Е.А. Насимова**

К вопросу дифференциальной диагностики абдоминального синдрома у детей в условиях скорой медицинской помощи

**Е.А. Nasimova**

The problem of differential diagnosis of abdominal syndrome in children in the conditions of ambulance

170

**Г.О. Рыскулова, Ф.Х. Налгиева, И.И. Емцова**

Сәулелік терапияға жаңа технологияларды енгізу

**Г.О. Рыскулова, Ф.Х. Налгиева, И.И. Емцова**

Внедрение современных технологий лучевой терапии

**G.O. Ryskulova, F.H. Nalgieva, I.I. Emcova**

Introduction of modern tehcnologies of radial therapy

173

**М.А. Элтаева**

Емханадағы ақылы медициналық қызметтердің менеджменті мен маркетингін жетілдіру

**М. А.Элтаева**

Совершенствование менеджмента и маркетинга платных медицинских услуг в поликлинике

**М.А. Eltaeva**

Improving the management and marketing for paid medical services in polyclinics

175

**Журнал мақалалары қолжазбаларына талаптар  
Правила оформления рукописей статей в журнал  
The rules for designing manuscripts of new articles for the journal**

## ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Р.Ж. Карабаева, Р.Ж. Бигаринова, Л.В. Коноплева, Г.А. Калибекова  
Больница Управления делами Президента РК, г. Астана

**Введение.** Сердечно - сосудистая патология является в настоящее время одной из основных причин инвалидизации и смертности, особенно в экономически развитых странах. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация вызывает особую обеспокоенность в связи с высокой распространенностью кардиоваскулярных заболеваний у лиц молодого трудоспособного возраста, обуславливая ряд серьезных социальных и экономических проблем в обществе [1,2]. Изучение причин эпидемиологического неблагополучия в отношении болезней сердца и сосудов показало, высокую ассоциированность с распространенностью различных факторов риска, одним из наиболее важных является артериальная гипертония [3-7]. Поэтому для внедрения профилактических программ по контролю такой ситуации необходима информация о существующей эпидемиологической обстановке в конкретных популяциях, объединенных регионом проживания, условиями труда и быта. В связи с этим, **целью исследования** явилось оценить превалентности и инцидентности сердечно - сосудистых заболеваний у государственных служащих г. Астана.

**Материалы и методы.** Исследование проведено в условиях поликлиники Больницы УДП РК. Анализу подвергнуты официальные отчетные данные (форма №12) за 2007-2009 гг., проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов. Среднесписочный состав прикрепленного контингента составил в 2007 г. – 6438 пациентов, в 2008 г. – 7939, в 2009 г. – 11375. Статстическая обработка данных проведена с использованием программы «STATISTICA 6.0» (фирма Statsoft, Inc., США). Расчёт основных статистических параметров проводился с помощью методов параметрической описательной статистики.

**Результаты и обсуждение.** Проведено изучение заболеваемости сердечно - сосудистыми заболеваниями государственных служащих, прикрепленных к Медицинскому центру УДП РК за 2007-2009 гг. Анализ показал, что распространенность сердечно - сосудистой патологии по контингенту в изучаемые годы имела тенденцию к повышению в 2009 г., но не достоверную. Так, в 2007 г. кардиоваскулярные заболевания отмечены в 9,8% случаев от общего числа зарегистрированных заболеваний, в 2008 г. – в 9,5%, в 2009 г. – в 11,3%. В структуре общей заболеваемости заболевания органов кровообращения заняли в 2007 г. 4 ранговое место, в 2008-09 гг. – 5. В тоже время, первичная заболеваемость, занимавшая в 2007-08 гг. - 7, в 2009 г. вышла на 5 место. В структуре общей сердечно - сосудистой заболеваемости в эти годы первые три места занимают артериальная гипертония, цереброваскулярные заболевания и ИБС (таблица 1).

**Таблица 1 – Структура общей сердечно-сосудистой заболеваемости за 2007-2009 гг. (%)**

| Показатели                               | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. |
|--|---------|---------|---------|
| Хронические ревматические болезни сердца | 4,3     | 2       | 2,5     |
| Болезни, характеризующиеся повышенным АД | 54,4    | 62,6    | 55,7    |
| Ишемическая болезнь сердца               | 9,3     | 8,7     | 8,7     |
| Нарушения ритма сердца                   | 0,6     | 0,5     | 0,8     |
| Цереброваскулярные заболевания           | 26,3    | 21,1    | 25,4    |
| Заболевания периферических сосудов       | 5,1     | 5,1     | 6,9     |

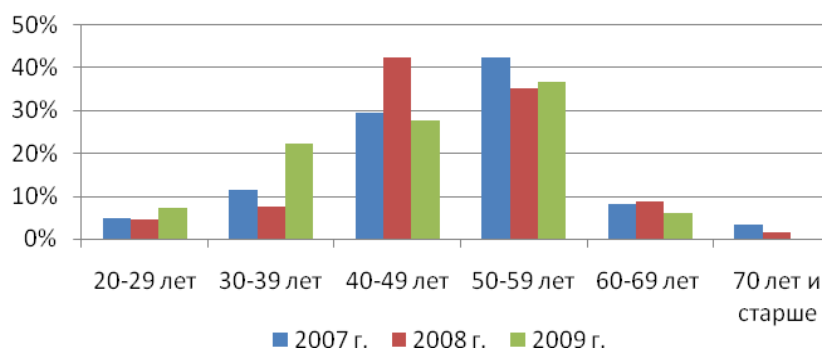
Изучение первичной сердечно-сосудистой заболеваемости показало несколько иную картину (таблица 2). Так в 2007 г., 2009 г. на 3 месте заболевания периферических сосудов.

Следует отметить, что наиболее высокая, как prevalence, так и incidence, характерны для артериальной гипертонии.

**Таблица 2 – Структура первичной сердечно-сосудистой заболеваемости за 2007-2009 гг. (%)**

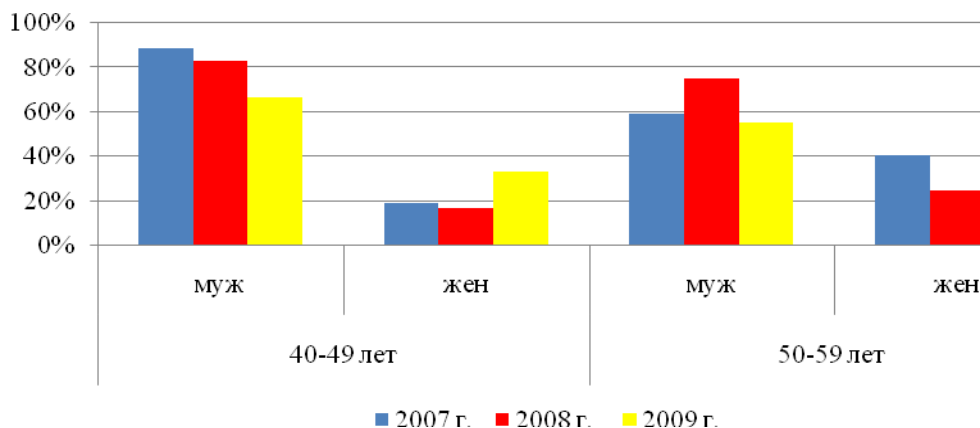
| Показатель                               | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. |
|--|---------|---------|---------|
| Хронические ревматические болезни сердца | 2,9     | 3,1     | 3,1     |
| Болезни, характеризующиеся повышенным АД | 43,3    | 38      | 33,3    |
| Ишемическая болезнь сердца               | 6,2     | 12,7    | 10      |
| Нарушения ритма сердца                   | 0,4     | -       | 0,3     |
| Цереброваскулярные заболевания           | 37,4    | 41,5    | 23,4    |
| Заболевания периферических сосудов       | 9,8     | 4,7     | 29,9    |

Анализ возрастной структуры больных сердечно - сосудистой патологией показал, что основная часть пациентов находится в относительно молодом, трудоспособном возрастном периоде от 40 до 60 лет (рисунок 1).



**Рисунок 1 – Распределение больных по возрастным группам**

Так, в возрасте 40-49 лет в 2007 г. было 29,5% пациентов, в 2008 г. – 42,6%, в 2009 г. – 27,6%, а в возрасте 50-59 лет – 42,6%, 35,3% и 36,7% соответственно. Детальный анализ половозрастных характеристик показал, что во всех возрастных группах преобладают мужчины. Однако с возрастной группы 50-59 лет увеличивается процент женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (рисунок 2). Так в возрасте 40-49 лет мужчины составляют 88,6%, 82,3% и 66,7% соответственно в 2007 г., 2008 г., 2009 г., тогда как в возрастной период 50-59 лет 59,6%, 75% и 55,6% соответственно.



**Рисунок 2 – Половозрастной состав пациентов в 2007-09 гг.**

В структуре сердечно-сосудистой патологии первое место занимает артериальная гипертония. Так, из общего числа пациентов, страдающих заболеваниями сердца и сосудов, на долю артериальной гипертонией в 2007 г. приходилось 54,4%, в 2008 г. – 62,6%, в 2009 г. – 55,7%. Среди впервые выявленных сердечно-сосудистых заболеваний артериальная гипертония составила в 2007 г. – 43,3%, в 2008 г. – 38,1%, в 2009 г. – 33,3%.

В связи с принятой в настоящее время концепцией стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, проанализирована распространенность разных степеней риска в инцидентных случаях. Так отмечено, что большинство пациентов имели сочетание различных факторов риска и сформировавшиеся изменения в органах-мишенях (рисунок 3). При этом последнее свидетельствует о недостаточной эффективности вторичной профилактики артериальной гипертонии.

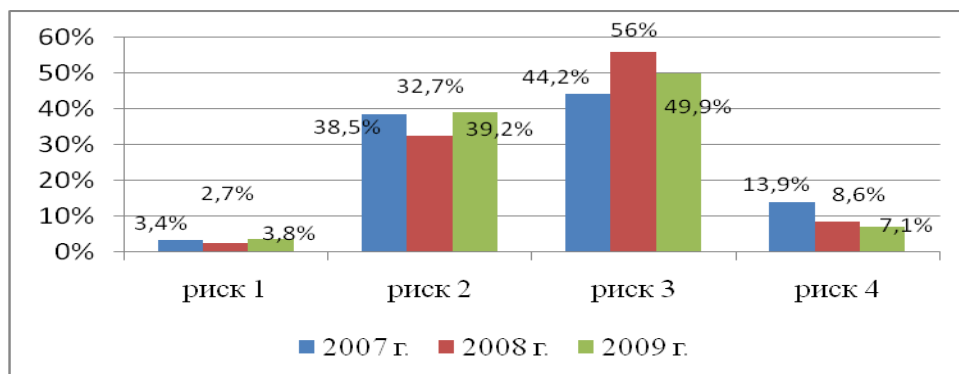


Рисунок 3 – Распространенность больных по группам риска

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что сердечно-сосудистая заболеваемость достаточно распространена среди государственных служащих, при этом первенство по превалентности и инцидентности принадлежит артериальной гипертонии, что согласуется с данными других исследователей [3,7,8]. Так по данным ВОЗ, среди сердечно-сосудистых заболеваний наибольшее ежегодное количество новых случаев заболевания среди работающего населения в возрасте от 35 до 64 приходится на долю гипертонии. Необходимо отметить, что наиболее высокие показатели заболеваемости артериальной гипертонией характерны для возрастных групп 40-49 и 50-59 лет. Кроме того, полученные результаты относительно половозрастных особенностей сердечно-сосудистой патологии также согласуются с имеющимися в других источниках. Показано, что если в возрастных группах до 50 лет распространенность болезней сердца и сосудов выше среди мужчин, то в более старших возрастных группах увеличивается удельный вес женщин, страдающих кардиоваскулярной патологией.

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование выявило ряд характерных особенностей сердечно-сосудистой заболеваемости в изучаемой организованной популяции, а именно: половозрастные особенности и большой удельный вес пациентов с умеренным и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений в инцидентных случаях. Решение этой проблемы лежит в оптимизации и внедрении профилактических программ среди госслужащих, предусматривающих актуализацию и взаимосвязь первичной и вторичной профилактики болезней сердца и сосудов.

*Литература:*

- 1 Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2005. - №1. – С.4—8.
- 2 Зиятдинов Н.С. Социально-гигиенические аспекты болезней системы кровообращения – структурообразующих причин заболеваемости населения муниципального района //Профилактическая медицина. – 2009. – №2. – С.18-21.

- 3 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. //J Hypertens 2007. – № 25. – P.1105—1187.
- 4 Wolf-Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R. et all. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States //J. of the American Medical Association. – 2003. – № 289. - P. 2363-2369
- 5 Kornitzer M., Dramaix M., De Backer G. Epidemiology of risk factors for hypertension: Implication for prevention and therapy //J. of Human Hypertension. – 1997. - №11. - P.733-742
- 6 Оганов Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики сердечно - сосудистых заболеваний //Врач. – 2001. - №7. – С. 3-6.
- 7 Константинов В. В. Распространенность артериальной гипертензии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов // Кардиология . — 2001 . — № 4 . — С. 39-43 .
- 8 Обрезан А.Г., Крысюк О.Б., Сеницын И.В., Шукин В.И. Особенности современной структуры сердечно - сосудистых заболеваний //Вестник С-Пб университета. – 2006. – сер.11. – вып. 3. – С. 3-7.

### **Түйін**

## **ҰЙЫМДАСҚАН ПОПУЛЯЦИЯДАҒЫ ЖҮРЕК- ҚАН ТАМЫР АУРУШАҢДЫЛЫҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

*Р. Ж. Карабаева, Р.Ж. Бигаринова, Л.В. Коноплева, Г.А. Калибекова*

*Мақалада 2007-2009 жылдар аралығындағы Астана қаласының мемлекеттік қызметкерлерінің ұйымдасқан жиынтығында кездесетін жүрек- тамыр аурулары бойынша жалпы және алғашқы аурушаңдылық зерттелген. Зерттеу жұмысы жүргізілген жылдарда алынған көрсеткіштер айтарлықтай өзгерістерді тудырмағанын көрсетеді. Жүрек-тамыр ауруларының құрылымында артериялық гипертензия, цереброваскулярлы аурулар және жүректің ишемиялық ауруы басым болып келеді. Жынысы мен жасына байланысты жүрек-тамыр патологияларының таралу ерекшеліктері және артериялық гипертензия алғаш рет анықталған емделушілер арасында жүрек- тамыр асқынулары дамуының орташа және жоғары қауіптілігі бар тұлғалар зерттеу нәтижелерінің көп пайызын құрайтыны анықталды.*

### **Summary**

## **THE FEATURES OF CARDIO-VASCULAR MORBIDITY IN THE MANAGED POPULATION**

*R.Zh. Karabayeva, R.Zh. Bigarinova, L.V. Konoplyova, G.A. Kalibekova*

*The general and primary cardio-vascular morbidity in organized population of the state workers of the Astana city between 2007-2009 years is evaluated in this abstract. It shows that these characters have no significant dynamic in evaluated years. In the structure of the cardio-vascular diseases predominates are arterial hypertension, cerebrovascular disease and ischemic heart disease. Gender and age characters are marked in prevalence of cardiovascular deceases. Also, high percentage of the population with medium and high risk of cardiovascular disease's complications progress marked in group of patients with primarily diagnosed arterial hypertension.*

## **УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

### **АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

*Г. А. Алдабергенова, А.К. Тургамбаева, С.Ж. Ильясов*  
*АО «Медицинский университет Астана»*  
*АО санаторий «Ок-Жетпес»*

**Введение:** В процессе развития реформ в сфере здравоохранения Республики Казахстан актуальной проблемой остается кадровый аспект, который имеет ключевой характер. Понятие компетентности по своей сути относится к показателям труда, следовательно, компетентными работниками являются те, кто удовлетворяет ожиданиям относительно этих показателей. Они способны использовать свои знания, навыки, а также свойства личности для достижения установленных целей и стандартов.



На современном этапе в развитии здравоохранения происходят существенные изменения, в первую очередь, в структуре и методах управления. Постоянный мониторинг эффективности и результативности деятельности главных врачей позволяет не только достичь намечаемых результатов, но и определять и решать ключевые проблемы управленческой деятельности [1].

Анализ процессов реформирования отрасли здравоохранения показал, что во многом эффективность деятельности органов и организаций здравоохранения зависит от профессионализма и подготовленности управленцев всех звеньев здравоохранения [2].

Структурно-функциональная трансформация отрасли здравоохранения требует наличия подготовленных руководителей, способных принять адекватные управленческие решения, организовать деятельность персонала на достижение поставленной цели. Теперь такие понятия, как «компетентность», «самостоятельность», «инициативность», «творческий поиск», должны стать неременным качеством любого медицинского менеджера [3].

Низкая компетентность руководителей в здравоохранении может обернуться большими потерями. Это - принятие неэффективных и запаздывающих решений, падение авторитета медицинских работников, лечебных учреждений и органов системы здравоохранения, распространение коррупции, низкая конкурентоспособность субъектов отечественного здравоохранения.

Переход здравоохранения в новое качество, отражающее экономические реалии рыночных отношений, правовые механизмы самостоятельного хозяйствования медицинских учреждений, предъявляет совершенно иные требования к руководителю лечебного учреждения, органу отраслевого управления, к подготовке и переподготовке медицинских менеджеров. Главный врач должен знать, уметь и использовать современные технологии управленческого процесса, обеспечить реализацию принятых решений, организовать работу медицинского коллектива по достижению оперативных, ситуационных и стратегических целей [4].

**Целью исследования** явилось оценить уровень компетентности руководителей медицинских организаций, составить портрет руководителя лечебного учреждения (на примере Акмолинской области).

**Материалы и методы:** Проведено социологическое исследование (выборочное анкетирование) руководителей медицинских организаций Акмолинской области в количестве 31 человек, из них: г. Кокшетау-8 и г. Степногорска- 5 респондентов и другие- 18.

**Результаты и обсуждение:** По результатам анкетирования отмечено, что количество руководителей лечебно- профилактических учреждений возрастной группы 51-60 лет оказалось больше с небольшим преимуществом- 14 человек (43%), руководителей в возрасте 41- 50 лет - 11 (34%) от общего числа респондентов. Количество молодых руководителей в возрасте от 31 до 40 лет и пожилых руководителей возрастной группы старше 60 лет оказалось равным, по 3 респондента в каждой из указанных групп- 9%.

Распределение респондентов- главных врачей медицинских организаций по полу показало, что 21 (68%) руководитель ЛПУ - это мужчины, и 10 (32%) - женского пола.

Данные общего стажа, стажа на руководящих должностях, стажа работы в данном лечебном учреждении и стажа работы в данной должности у опрошенных респондентов выглядит следующим образом. Общий медицинский стаж до одного года и от 1 до 5 лет не наблюдается ни у одного из главных врачей, 6-10 лет только у одного из опрошенных респондентов, что составило 3 %, 11-15 лет- 1 руководитель (3%), 16-20 лет стажа наблюдается у 3 главных врачей (10%), 21-25 лет у 26 руководителей, что составило 84 %, т.е. большинство из опрошенных респондентов, и общий стаж более 26 лет не отметил ни один руководитель.

Что касается стажа на руководящих должностях, было установлено, что руководящий стаж до 1 года у одного из главных врачей или 3 %, 1-5 лет стажа наблюдается у 5 человек (16%), 6-10 лет -4 респондента (13%), 11-15 лет руководящего стажа было отмечено у 5 опрошенных руководителей, что составило 16 %, 16-20 лет- у 4 врачей или 13 %, 21-25 лет стажа у 8 из

опрошенных или 26 %, руководящий стаж более 26 лет наблюдается у 4 главных врачей области, или 13 %.

Стаж работы в данном лечебном учреждении до 1 года наблюдается у одного респондента (3%), 1-5 лет и 6-10 лет стажа имеют по 7 человек или 23 % соответственно, 11-15 лет и 16-20 лет стажа отметили по 6 главных врачей области, что составило по 19 % соответственно. Стаж 21-25 лет наблюдается у одного из респондентов или 3 %, более 26 лет стажа указали 3 человека или 10 %.

При рассмотрении стажа в данной должности, было выяснено, что стаж до 1 года имеют 2 руководителя или 6 %, 1-5 лет стажа наблюдается у 10 респондентов, что составило 33%, 6-10 лет стажа в данной должности имеют 8 человек или 26 %, 11-15 лет и 16-20 лет стажа имеют по 4 человека из опрошенных респондентов, что составило 13 % соответственно в каждой из групп, стаж 21-25 лет указал 1 руководитель (3%), стаж более 26 лет наблюдается у 2 главных врачей, что составило 6 %.

Подавляющее количество (28 человек) главных врачей Акмолинской области окончили медицинский университет г. Астана (ЦГМИ, АГМА), что составляет 90,3%, оставшиеся 3 респондента или 9,7% окончили Карагандинский медицинский институт. Из них окончивших лечебный факультет оказалось 23 человека, что составляет 74,2%, педиатрический факультет окончило 7 опрошенных респондентов (22,6%), и 1 из руководителей окончил санитарно-гигиенический факультет, что составило 3,2 % (рис.1).

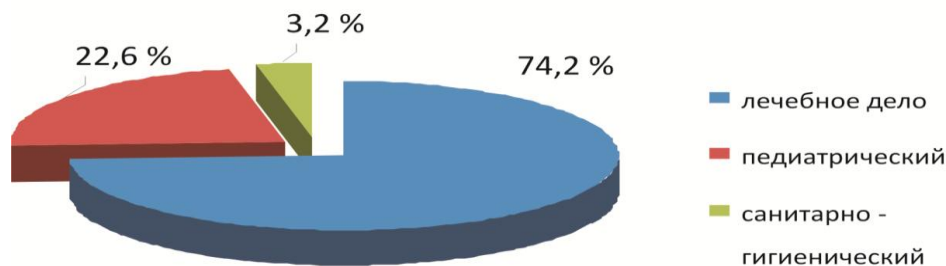


Рисунок 1 - Доля руководителей окончивших тот или иной факультет

Из опрошенных респондентов- руководителей медицинских имеющих высшую квалификационную категорию и не имеющих категории оказалось одинаковое количество по 8 человек (25,8 %), и имеющих первую квалификационную категорию- 15 (48,4).

Медицинскую литературу читают все опрошенные респонденты, что составило 100%, из них выписывает данную литературу 22 (71 %) берут в библиотеке своего ЛПУ 6 руководителей (19,3 %), берут у коллег 4 (9,7 %).

На вопрос стремитесь ли вы продвинуться по служебной лестнице утвердительно ответили 21 респондент (рис.2), что составило 68 %; отрицательно ответили 8 человек или 26 %, затруднились ответить на этот вопрос 2 руководителя (6 %).



Рисунок 2 - Стремление руководителя продвинуться по служебной лестнице

**Выводы:** Таким образом, на данном этапе проводимого исследования, можно отметить, что руководителем медицинской организации по Акмолинской области является врач старшей возрастной группы (51-60 лет) 43 %, мужского пола (68 %), имеющий общий медицинский стаж 21-25 лет (84 %). Основная масса опрошенных респондентов указали окончание лечебного факультета (74,2 %). 48,4 % из руководителей имеют первую квалификационную категорию. И подавляющее количество главных врачей области стремятся продвинуться по карьерной лестнице (68 %).

*Литература:*

1. Жужжанов О.Т., Конкакова Р.С. Профессиональная компетентность- оценка успешности деятельности организаторов здравоохранения - Астана- 2010г.- стр.113-115.
2. Байгенжин А.К., Ибраев С.Е. Качество медицинской помощи - опыт, проблемы и пути совершенствования – Астана- 2006 г.- стр. 26-29.
3. Доскеева Г.Ж. Развитие конкурентной среды в системе многоукладной медицины. – Алматы. -1999 г. – стр. 3-7.
4. Радловский Я. Дефицит медицинских кадров – существенная проблема системы здравоохранения - Алматы-2009 г.- стр.12-14.

*Түйін*

**ДӘРІГЕРЛІК ҰЙЫМДАР БАСШЫЛАРЫНЫҢ АНКЕТАЛЫҚ СҰРАУЫН ТАЛДАУ**

*Г. А. Алдабергенова, А.К. Тургамбаева, С.Ж. Ильясов*

*Денсаулық сақтауды саланың өзгертілуінің процесстерінің талдауы органдар және денсаулық сақтаудың ұйымдарының қызметінің тиімділігі көпшілігінде профессионализм және денсаулық сақтаудың барлық буындарының басқарма мүшелерінің дайындығынан тәуелді болатынын көрсетті. Олардың құзыреттілігінің анықтауы үшін Ақмола облысының дәрігерлік ұйымдарының жетекшілерінің ішінара сауал-сұрақ жүргізуінің нәтижелері осы бапта қарап шыққан.*

*Summary*

**THE ANALYSIS OF QUESTIONNAIRE OF HEADS OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS**

*G.A. Aldabergenova , А.К. Тургамбаева, С.Ж. Ильясов*

*The analysis of processes of reforming of branch of public health services has shown that in many respects efficiency of activity of bodies and the public health services organizations depends on professionalism and readiness of managers of all links of public health services. In given article results of selective questioning of heads of the medical organizations of Akmolinsky area for definition of their competence are considered.*

**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ**

*А. К. Альмадиева, А.К. Тургамбаева  
АО «Медицинский Университет Астана»*

**Введение:** Одной из главных задач современного медицинского образования в Республике Казахстан является качественная подготовка медицинского персонала.

В США и Великобритании вопрос о выборе оценки качества предоставляемых услуг в сфере образования решается методом использования рейтинговой системы, когда эффективность деятельности учебного заведения определяется через оценку его способности оставаться востребованным на длительной и конкурентной основе [1,2].

Разработчики Шанхайского рейтинга ARWU в результате сопоставления множества индикаторов оценки учебных заведений, выявили, что абитуриенты (студенты), изучая глобальные рейтинги, выбирают страну, в которой желали бы получить образование, а затем -

университет в этой стране. Таким образом, важным является фактор «интернационализации» учебных заведений [3].

Ведущие эксперты НАЦ МОН РК и представители Экспертного Совета, занимающиеся проблемами рейтингов образовательных учреждений, рекомендуют использовать анкетирование людей, непосредственно работающих, или учащихся в исследуемом образовательном учреждении. Методика центра разработана с учетом последних достижений в области оценки качества высшего образования и построения рейтингов в таких странах, как США, Великобритания, Германия, Польша, Россия, Япония и ряда других [4].

**Целью данного исследования** явилось, оценить степень оценки удовлетворенности потребителей и поставщиков качеством предоставляемых образовательных услуг в медицинских колледжах (на примере, двух государственных медицинских колледжей г. Астана и г. Кокшетау).

**Материалы и методы.** Непосредственно при проведении научного исследования использована выборка, при которой в анкетировании участвовали студенты-первокурсники, в количестве 100 человек, и преподаватели – 60 с каждого колледжа. Анкета для студентов включала 28 вопросов с вариантами ответов, для преподавателей - 20 вопросов открытого и закрытого типа, с усложненными ответами, учитывающих уровень удовлетворенности каждого процессом обучения и деятельности в данном колледже.

**Результаты и обсуждение:** Большинство студентов (рисунок 1), при поступлении руководствовалось целью получения профессии медицинской сестры/брата (74% и 63%), мечту детства осуществили студенты колледжа г. Кокшетау в большей степени 27%, а в г. Астана 16% не смогли поступить в иное учебное заведение, и по этой причине оказались в медицинском колледже.

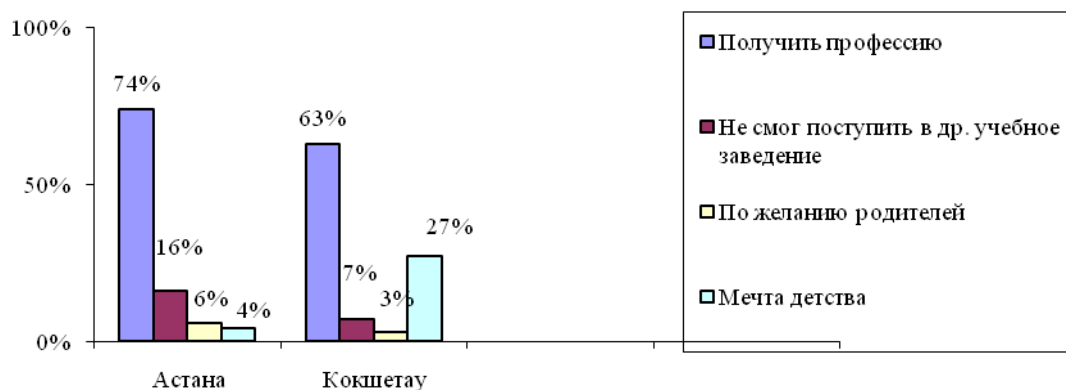


Рисунок 1 - Мотивы выбора учебного заведения при поступлении

Критерием же престижа (рисунок 2) руководствовалось 75% респондентов и в г. Астана, и в г. Кокшетау. На месторасположение альма-матер обратили внимание в г. Астана 9% опрошенных, в г. Кокшетау - 19%. Стоимость обучения немаловажна для 12 % студентов в г. Астана, и лишь 3% в г. Кокшетау.

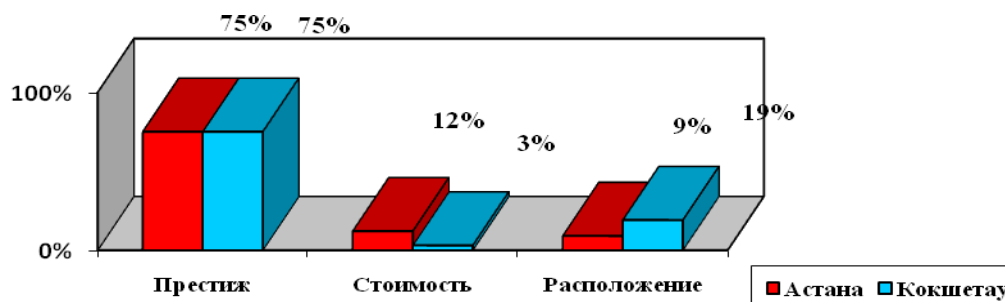


Рисунок 2 - Критерии выбора колледжа

Материально-техническое оснащение колледжей устраивает одинаковое количество - 72% респондентов. Удовлетворенность студентов процессом обучения в колледжах практически также одинакова в обоих колледжах (95% и 94%), тогда как на вопрос «Имеете ли вы свободный доступ к интернету в колледже?» положительно ответили 13% студентов г. Астана и 44% г. Кокшетау, 86% в столичном колледже не имеют свободного доступа в Интернет, тогда как в Кокшетауском колледже это количество гораздо меньше (55%). В будущем планируют: уйти из медицинской сферы - в столичном колледже 4%, в г. Кокшетау - 2%, работать практическим специалистом - 21% опрошенных колледжа г. Астана и 29% учащихся г. Кокшетау, оставшиеся 73% в г. Астана и 67% в г. Кокшетау желают продолжить медицинское образование. Более половины студентов отметили периодическое использование преподавателями ИТ-технологий (видео обучение, интерактивная доска и т.д.): Астана – 50%, Кокшетау – 52% респондентов.

При опросе преподавателей колледжа ярко выраженных отличий и расхождений в ответах не наблюдалось: 68% столичных преподавателей, как и их коллеги из г. Кокшетау (67%) с радостью идут на работу, 27% и 30% соответственно подвержены смене настроения, и лишь малое количество преподавателей заставляют себя каждый день идти на работу либо равнодушны к своему делу (5% и 2%). На рис. 3 можно отметить, что больше всего на работе устраивает: коллектив - в г. Астана 50%, в г. Кокшетау – 68%, педагогический опыт 25% и 15% соответственно, а заработная плата удовлетворяет потребностям лишь 10% преподавателей из Кокшетау, тогда как их коллеги из Астаны проигнорировали этот вариант ответа.

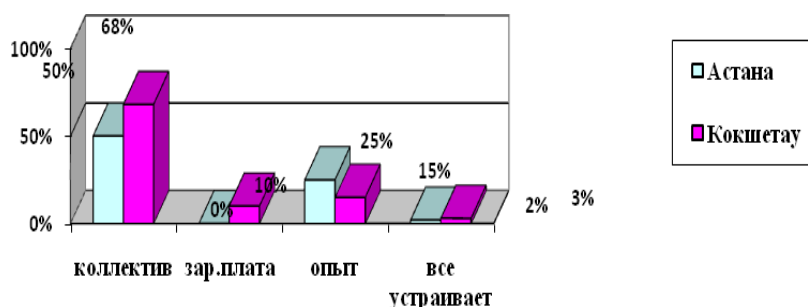


Рисунок 3 - Предпочтения преподавателей в работе

Интересно то, что преподавателей не устраивает лишь заработная плата, но при ответе на вопрос: «Считаете ли вы, что оклад соответствует вашему профессиональному мастерству?», мнения респондентов разделились практически равномерно (таблица 1).

Таблица 1 - Ответы респондентов

| Считаете ли Вы, что оклад соответствует вашему профессиональному мастерству? |               |                 |
|--|---------------|-----------------|
| Варианты ответов   | г. Астана (%) | г. Кокшетау (%) |
| А. Да, безусловно  | 38            | 25              |
| В. Нет, не соответствует   | 35            | 37              |
| С. Затрудняюсь ответить  | 27            | 38              |

При анализе данных на рисунке 4 видно, что 63% преподавателей в г. Астана и 57% в г. Кокшетау всегда приветствуют использование современных технологий преподавания (кат. А); считают, что студентам интересно посещать их дисциплину в г. Астана 99% опрошенных, и 98% в г. Кокшетау (кат. В). Планируют в дальнейшем продолжить работу в колледже 72% столичных преподавателей, и 82% из г. Кокшетау (кат. С).

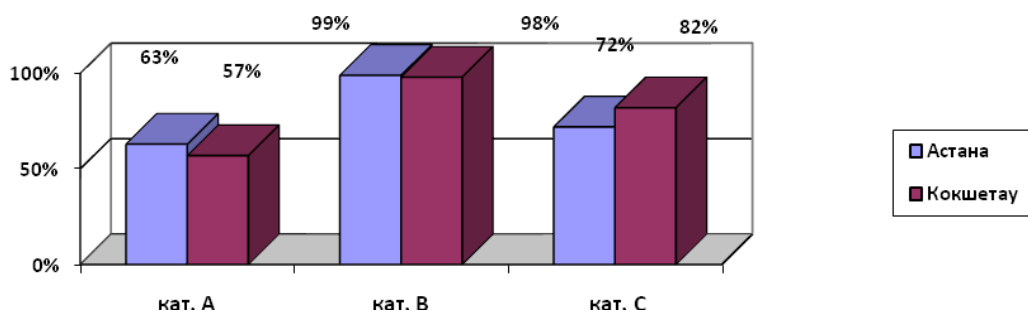


Рисунок 4 - Анализ мнений преподавателей

Основные итоги социального опроса свидетельствовали о том, что большая часть опрошенных студентов и преподавателей обеих колледжей довольна качеством и объемом предоставляемых услуг, материально-техническим оснащением.

**Заключение:** Результаты выполненного исследования наглядно продемонстрировали, что субъективная оценка поставщиков и потребителей образовательных услуг двух колледжей, развивающих свою деятельность на различных территориально-географических условиях и привилегиях, независимо друг от друга, примерно одинаковы. Соответственно, сравниваемые условия, критерии деятельности и эффективности колледжей являются схожими. Однако, безусловно, столичный колледж имеет больше привилегий, нежели его коллеги из провинциальных городов, но вывести критерии для проведения ранжирования учебных заведений можно с участием экспертной оценки в исследовании, т.к. окончательную точку в вопросах качества ставят компетентные и уполномоченные органы.

*Литература:*

1. Крупнова М.С. Рационализация управления деятельностью высших учебных заведений на основе рейтинговой системы оценивания//Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата технических наук, Воронеж, 2000 г.
2. Donald M'sLeod, «Как правильно читать «Таблицы лиг», Великобритания, Лондон, 2009)
3. Янг Ченг // Международные и национальные рейтинги: сходства и различия. // Материалы IV – Конференции Международной экспертной группы (International Ranking Experts Group – IREG-4) // г. Астана. - 13-17 июня 2009 г.
4. Каланова Ш.М. //Методология ранжирования казахстанских вузов Национального Аккредитационного центра // г. Астана. - 2007 г.

**Түйін**

**ОҚЫТУШЫЛАР МЕН СТУДЕНТТЕРДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖДЕРДЕГІ БІЛІМ БЕРУ САЛАСЫНДАҒЫ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ САПАСЫНА ҚАНАҒАТТАНУ ДӘРЕЖЕСІН БАҒАЛАУ**

*А. К. Альмадиева, А.К. Тургамбаева*

*Сапасын білім саласындағы қызмет Көкшетау қалаларының екі мемлекеттік дәрігерлік Астана қала колледждерінің студенттер және оқытушыларының қанағаттылығы берілетін осы бапта бағаның талдау жүргізген. Әлеуметтік сұраудың негізгі қорытындылары берілетін қызметтердің тоқсын сапасы және көлеммен екі колледждерге көбінесе сұраған студенттер және оқытушы болған туралы куәландырды, заттық-техникалық жабдықтаумен және өз оқу орынындағы қызметтің процессімен.*

**Summary**

**ESTIMATION OF DEGREE OF SATISFACTION OF STUDENTS AND TEACHERS BY QUALITY OF EDUCATIONAL SERVICE OF MEDICAL COLLEGES**

*A.K. Almadieva, A.K. Turgambaeva*

*The analysis in given article is about estimation of satisfaction of students and teachers of two state medical colleges Astana and Kokshetau. It is carried out by quality of given educational services. The basic results of social poll testified*

*that the most part of the interrogated students and teachers of both colleges are happy with quality and range of services, material equipment and activity process in the educational institution.*

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ**

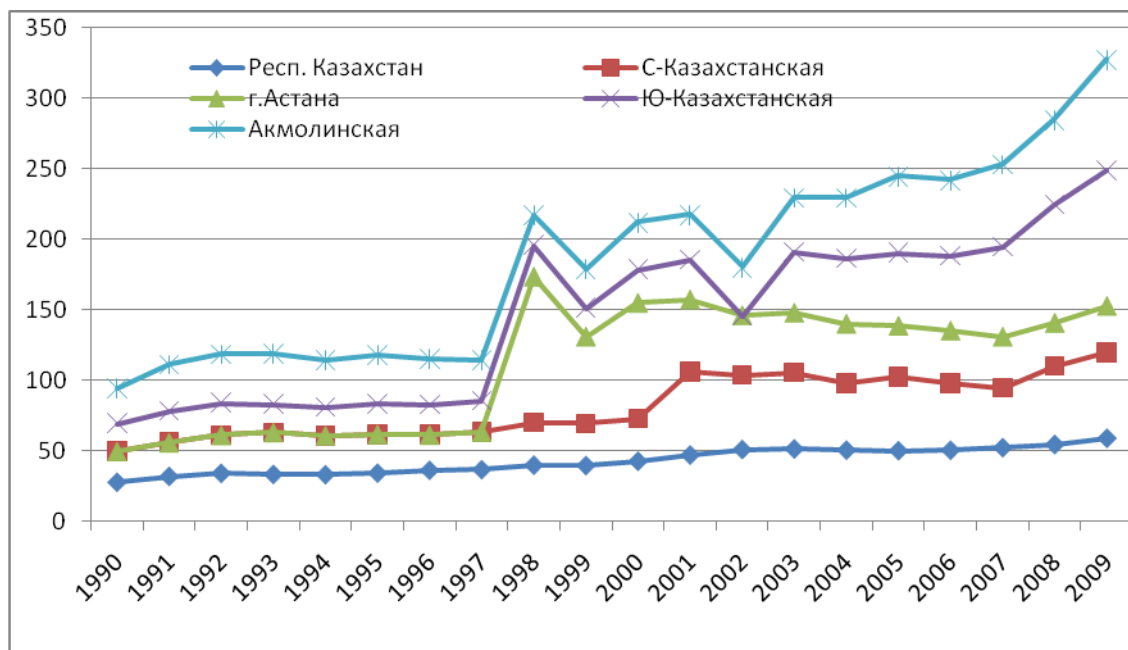
*М.Ш. Байгулов, О.Т. Жузжанов, Д.Е. Жантасова, Г.Ш. Байгулова  
АО «Медицинский университет Астана»  
Северо-Казахстанская область, ЦРБ г. Сергеевка,  
Южно-Казахстанская область, Сайрамская ЦРБ №2*

**Введение.** Врожденные аномалии развития вносят существенный вклад в заболеваемость, инвалидизацию и смертность, являются тяжелым бременем, как для отдельной семьи, так и для общества в целом. К основным причинам возникновения врожденных аномалии развития можно отнести влияние экологических, производственных и социальных факторов, вредных привычек, приема лекарств, неблагоприятной наследственности, неполноценного питания, возраста. Важную роль в возникновении играют ухудшение показателей здоровья беременных женщин, хронические гинекологические заболевания, многократные аборт, выкидыши, продолжительные стрессовые ситуации [1,2].

**Материалы и методы исследования.** Рассматривая распространенность врожденных аномалий (пороков развития), следует иметь ввиду, что данная группа заболеваний в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра объединена в XVII класс - «Врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хронические нарушения» (код Q00-Q99), состоящий из 11 групп. Однако в этом классе МКБ представлены только состояния, характеризующиеся нарушениями морфологии органов и тканей, такие же заболевания, как заболевания крови, эндокринных органов и т.п., отнесены в соответствующие классы. Поэтому понятие врожденных аномалий (пороков развития) оказывается шире, чем соответствующая строка в данной официальной статистике. Кроме того, врожденные аномалии, в основном, выявляются в перинатальном периоде, в первые месяцы жизни после рождения, и часть из них - значительно позже [3].

**Результаты и обсуждение.** Как показал анализ данных официальной медицинской статистики, наиболее высокий уровень распространенности врожденных аномалий в 2009 году в Республике Казахстане (РК) зарегистрированы в Южно-Казахстанской - 967,4, Акмолинской -783,6, Жамбыльской-707,0 областях и г. Алматы 788,1 случая на 100000 населения. Наиболее низкие показатели в Кустанайской - 354,6, Атырауской - 378,8 и в Карагандинской-386,9 областях на 100000 жителей [4].

При исследовании динамики распространенности врожденных аномалии, следует отметить, что наблюдается рост показателя с 1998 по 2009 гг. в Южно-Казахстанской (в 4,3 раза), Акмолинской (в 3,8раза), Северо-Казахстанской (в 2,03 раза) областях (рисунок 1). В то же время снижение наблюдалось в г. Астана (в 0,3 раза) и в г. Алматы (в 0,8 раза), Алматинской области (в 0,9 раза).



**Рисунок 1- Распространенность врожденных аномалий на 100000 населения в РК**

Одной из причин значительного снижения показателя в городе Астана является изменение количественного и качественного состава населения. В возрастной структуре населения Астаны на протяжении нескольких лет доминируют лица в возрасте 20-29 лет. Сегодня доля молодежи в возрасте 14-28 лет в общей численности населения составляет более одной четверти - 27,7%. Анализ статистических данных показывает устойчивую тенденцию доминирования лиц трудоспособного возраста: 20-24 года, 25-29 лет, 30-34 года, 35-39 лет. Важно отметить, что официальные статистические данные по возрасту подтверждают миграции преимущественно трудового характера в г. Астана.

По данным Республиканского информационно - аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Казахстан заболеваемость врожденными аномалиями у детей до 5 лет по Казахстану составила в 2004-2009 годы от 12,9 до 17,7 (в 1,4 раза) на 1000 детского населения (таблица 1). По сравнению с 2004 годом наблюдается в целом рост числа заболеваемости, в том числе в Северо-Казахстанская с 8,4 до 18,8 (в 2,3раза), Жамбылской с 15,3 до 36,9(в 2,4 раза), Акмолинской с 10,7 до 24,8 (2,3 раза) областях. Снижение показателя регистрируется в Мангыстауской от 18,2 до 11,7 (в 0,7 раз), Кустанайской с 11,4 до 9,5 (в 0,8 раза) областях и в г. Астана с 54 до 31,7(в 0,6 раза) на 1000 детского населения [4].

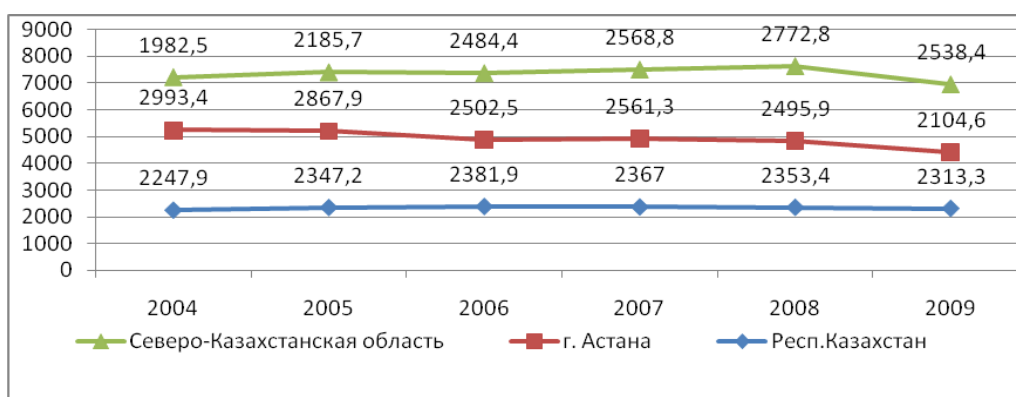
**Таблица 1- Заболеваемость детей до 5 лет врожденными аномалиями (на 1000 детей от 0 до 5 лет)**

| Наименование областей       | Показатель наглядности в виде темпа роста |             |             |
|-----------------------------|---|-------------|-------------|
|                             | 2004                                      | 2009        |             |
| <b>Республика Казахстан</b> | <b>12,9</b>                               | <b>17,7</b> | <b>1,37</b> |
| Акмолинская                 | 10,7                                      | 24,8        | 2,32        |
| Актюбинская                 | 10,1                                      | 9,7         | 0,96        |
| Алматинская                 | 8,1                                       | 6,9         | 0,85        |
| Атырауская                  | 5,8                                       | 9,3         | 1,60        |
| Восточно-Казахстанская      | 9   | 8,4         | 0,93        |
| Жамбылская                  | 15,3                                      | 36,9        | 2,41        |
| Западно-Казахстанская       | 6,9                                       | 8,3         | 1,20        |
| Карагандинская              | 7,1                                       | 8,8         | 1,24        |



|                      |      |      |      |
|----------------------|------|------|------|
| Кустанайская         | 11,4 | 9,5  | 0,83 |
| Кызыл-Ординская      | 7,1  | 11,8 | 1,66 |
| Мангыстауская        | 18,2 | 11,7 | 0,64 |
| Павлодарская         | 14,4 | 28,4 | 1,97 |
| Северо-Казахстанская | 8,4  | 18,8 | 2,24 |
| Южно-Казахстанская   | 7,9  | 16,4 | 2,08 |
| г. Алматы            | 19,1 | 41,6 | 2,18 |
| г. Астана            | 54   | 31,7 | 0,59 |

Чаще всего врожденные аномалии развития выявляются в течение первого года жизни ребенка. В отношении детей 1-го года жизни выявлена тенденция к росту заболеваемости в последние 6 лет (2004-2009гг.) с 2247,9 до 2313,3 (1,03 раз) на 1000 детей первого года жизни. Максимальное значение по РК зарегистрировано в 2006 году 2381,9 на 1000 детей до 1 года (рисунок 2).



**Рисунок 2 - Заболеваемость детей до 1-го года с врожденными аномалиями на 1000 детей первого года жизни в РК**

В структуре заболеваемости детей до 1 года за период 2004- 2009 годы лидирующие позиции занимают заболевания органов дыхания. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, занимают 2-е место. В таблице 2 представлена динамика структуры заболеваемости детей 1-го года жизни в РК [5]. Снижение наблюдается по 6-ти нозологиям, в том числе по болезням крови, кроветворных органов с 164,9 до 159,4 (в 0,9 раза), другим болезням с 112,2 до 79,7 (в 0,7 раза), эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ с 116,8 до 79,2 (в 0,7 раза). Рост показателей наблюдается в остальных группах заболеваний, в том числе врожденные аномалии с 35, до 38,5 (1,09 раз), болезни нервной системы с 92.9 до 102.0 (+9,8%), болезней органов пищеварения с 92,7 до 101,3 (на 1,1 раза) и т.д.

**Таблица 2 - Структуры заболеваемость детей 1-го года жизни РК (2004-2009гг)**

| Наименование болезней               | Заболеваемость у детей от 0 до 1 года (на 1000 детей от 0 до 1-го года) |               |                                    |
|-------------------------------------|---|---------------|------------------------------------|
|                                     | 2004  | 2009          | Показатель наглядности темпа роста |
| <b>Республика Казахстан</b>         | <b>2247,9</b>   | <b>2313,3</b> | <b>1,03</b>                        |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 55,2  | 55,3          | 1,00                               |

|  |        |        |      |
|--|--------|--------|------|
| Болезни крови, кроветворных органов  | 164,9  | 159,4  | 0,97 |
| Эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ         | 116,8  | 79,2   | 0,68 |
| Болезни нервной системы  | 92,9   | 102    | 1,10 |
| Болезни органов чувств   | 74,5   | 70,6   | 0,95 |
| Болезни органов дыхания  | 1087,3 | 1234,6 | 1,14 |
| Болезни органов пищеварения  | 92,7   | 101,3  | 1,09 |
| Болезни мочеполовой системы  | 21,1   | 19,3   | 0,91 |
| Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения    | 35,3   | 38,5   | 1,09 |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде                     | 383,5  | 365,2  | 0,95 |
| Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 11,7   | 8,3    | 0,71 |
| Прочие болезни   | 112,2  | 79,7   | 0,71 |

Рост заболеваемости врожденными аномалиями детей в возрасте до 1-го года жизни (2004-2009гг) наблюдаются в большинстве регионов Казахстана, кроме Актюбинской (в 0,9 раза), Алматинской (0,77 раз), Мангыстауской (0,28 раз) областях на 1000 детей до 1-го года жизни. Высокие показатели зарегистрированы в 2009 году в Жамбыльской и Акмолинской областях, городе Алматы (таблица 3).

**Таблица 3 - Заболеваемость врожденными аномалиями детей в возрасте до 1-го года жизни в РК ( на 1000 детей)**

| Регионы                     | 2004        | 2009        | Показатель наглядности темпа роста |
|-----------------------------|-------------|-------------|------------------------------------|
| <b>Республика Казахстан</b> | <b>35,3</b> | <b>38,5</b> | <b>1,09</b>                        |
| Акмолинская                 | 29,2        | 49,2        | 1,68                               |
| Актюбинская                 | 20,2        | 17,6        | 0,87                               |
| Алматинская                 | 17,6        | 13,5        | 0,77                               |
| Атырауская                  | 13,1        | 26,2        | 2,00                               |
| В-Казахстанская             | 17          | 19,8        | 1,16                               |
| Жамбылская                  | 62,2        | 77,9        | 1,25                               |
| З-Казахстанская             | 22,2        | 25,9        | 1,17                               |
| Карагандинская              | 17,7        | 23,3        | 1,32                               |
| Костанайская                | 23,1        | 25,4        | 1,10                               |
| Кызылординская              | 22,1        | 24,1        | 1,09                               |
| Мангыстауская               | 42,4        | 11,7        | 0,28                               |
| Павлодар                    | 14,4        | 28,4        | 1,97                               |
| Северный Казахстан          | 8,4         | 18,8        | 2,24                               |
| Южный Казахстан             | 7,9         | 16,4        | 2,08                               |
| г.Алматы.                   | 19,1        | 41,6        | 2,18                               |
| г. Астана                   | 54          | 31,7        | 0,59                               |

Причины столь масштабного роста показателей заболеваемости врожденными аномалиями среди населения Казахстана требуют углубленного исследования. Данный феномен можно объяснить как истинным ростом данной патологии (например, вследствие нарастания уровня антропогенного загрязнения среды обитания населения), так и улучшением параметров

оказания лечебно - профилактической помощи (увеличения выявляемости, усиление внимания к больным с пороками развития, то есть более длительное диспансерное наблюдение).

**Заключение.** Таким образом, распространенность врожденных аномалий в Казахстане имеет тенденции росту. Распространенность врожденными аномалиями в городе Астана снижается за счет миграционных процессов. Регистрируется рост заболеваемости врожденными аномалиями детей в возрасте до 5-ти лет. В структуре заболеваемости детей до 5-ти лет отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде занимают 2-е место и наблюдается снижения показателя. Заболеваемость врожденными аномалиями у детей до 1-го года жизни имеет тенденции к росту в большинстве регионов Казахстана.

*Литература:*

1. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода.//Российский вестник перинатологии и педиатрии//. №3.- 1999.- С.6-11.
2. Суханова Л.П., Скляр М.С. «Детская смертность в России» ЦНИИОИЗ Росздрава Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г.Екатеринбург 2008г . С. 15-38.
3. Кваша Е. Младенческая смертность в России. /Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – Сентябрь 2001., №57.
4. Каган А.В. Совершенствование хирургической помощи новорожденным в условиях крупного города: Автореф. дис. док. мед. наук /Санкт-Петербург. -2006.- 68./
5. Ежегодный статистический сборник Республики Казахстан за 2004-2009гг. Астана.

**Түйін**

**ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ АУРУШАҢДЫ ТАЛДАМАСЫ**

*М.Ш. Байгулов, О.Т. Жужжанов, Д.Е. Жантасова, Г.Ш. Байгулова*

*Мақалада Қазақстан Республикасында дамудың туа біткен ауытқуларының таралу динамикасы талданады. 5жасқа дейінгі балалардың туа біткен ауытқуларына байланысты аурушаңдылықтың қазіргі кездегі деңгейі және оның өзгеру динамикасы мен құрылымы қарастырылған.Қазақстан Республикасының аймақтарындағы туа біткен ауытқуларға байланысты аурушаңдылық көрсеткіші өзгергені көрсетілген.*

**Summary**

**ANALYSIS OF THE MORBIDITY OF CONGENITAL ABNORMALITIES**

*M.Sh. Baigulov, O.T. Zhuzhanov, D.E. Zhantaso, G.Sh. Baigulova*

*The article examines the dynamics of the prevalence of congenital malformations in the Republic of Kazakhstan. Studied the current state of the incidence of children congenital anomalies under 5 years old and it changes the dynamic and structure. The incidence has shown of changes congenital anomalies of the regions of Kazakhstan.*

**ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ, НАПРАВЛЕНИЯ И ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ВТОРОГО УРОВНЯ ЕНСЗ**

*Т.Б. Булгацевич  
ГККП «Костанайский родильный дом»*

**Введение.** Успешная реализация стратегического курса Президента страны, проведенные экономические и политические реформы привели к новому качественному состоянию нашего государства и общества. Были определены: «Казахстанский стандарт качества жизни», включающий в себя высококачественное и доступное здравоохранение, расширение минимума качественных медицинских услуг, оказываемых бесплатно и «Казахстанский стандарт здоровья»[1]. Подводя итоги десятилетия было отмечено, что материнская смертность уменьшилась в два раза, в полтора раза возросла рождаемость[2].

Приоритетным направлением государственной социальной политики в условиях реформирования системы здравоохранения и преодоления негативных демографических тенденций в стране является реализация комплекса мер по совершенствованию охраны материнства и детства, службы родовспоможения. С 2010 года внедрена Единая Национальная Система Здравоохранения (ЕНСЗ). Основные принципы оказания медицинской помощи в рамках этой системы - открытость, доступность, ориентирование на конечный результат, в итоге - улучшение качества медицинской помощи.

Существенно изменилась нормативно- правовая база в соответствии с принятым 18.09.2009г. Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и необходимостью регламентирования механизмов ЕНСЗ. Изменилась система финансирования родовспомогательных учреждений. Финансирование стационаров стало обеспечиваться из республиканского бюджета через Комитеты оплаты медицинских услуг по фактической стоимости. Финансирование женских консультаций осталось в рамках местного бюджета по тарифам. Дневные стационары перешли в раздел стационарной помощи с соответствующим финансированием.

С целью оказания организационно - методической и практической помощи организациям родовспоможения и детства экспертами Министерства здравоохранения, совместно с ведущими специалистами республиканских клиник и научных центров, осуществлялся систематический выезд в регионы с участием в работе региональных штабов по принятию мер по снижению материнской и младенческой смертности, решению проблемных вопросов ЕНСЗ, лекарственного обеспечения [3].

Учреждения родовспоможения в период реформирования столкнулись с проблемами, в частности, такими как, план предельных объемов пролеченных больных, низкие медико-экономические тарифы, не соответствующий фактическим затратам родовспомогательных учреждений КХР и оплата 10% от КХР, в случае превышения количества пролеченных больных, увеличение нагрузки на врача при оформлении медицинской документации. Однако, сразу отмечены положительные моменты: оплата по фактическим затратам, возможность поощрения специалистов, гибкое изменение профиля коек, возможность внедрение ВСМП на местах и т.д.

**Материалы и методы исследования.** Согласно созданной трехуровневой системе регионализации перинатальной помощи (Приказ МЗ РК № 746 от 21 декабря 2007 года «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан») [4], ГККП «Костанайский родильный дом» относится ко второму уровню. Население города Костаная на 01.01.2011г. составляло 212 498 человек, из них женское - 116 864, фертильное - 66746 человек. В городе Костаная один акушерский стационар на 185 коек, оказывающий акушерско - гинекологическую помощь всем жительницам города. Консультативно - диагностическая помощь оказывается 95 576 женщинам (55000-фертильного возраста) базовой женской консультацией на 320 посещений в смену являющейся структурным подразделением ГККП «Костанайский родильный дом». Акушерско - гинекологическое отделение при территориальной поликлинике №3 оказывает помощь остальной части женщин города.

ГККП «Костанайский родильный дом» в своей структуре имеет отделения: родовое (12 индивидуальных родильных залов), послеродовое (80 коек), отделение патологии беременности (60 коек), гинекологическое отделение (45 коек), отделение новорожденных, отделение реанимации новорожденных (6 коек), отделение анестезиологии и интенсивной терапии (6 коек), клинично - диагностическая лаборатория, операционный блок, женская консультация.

**Результаты и обсуждение.** По итогам работы в первом полугодии после оценки эффективности работы койки произведена реперофилизация коек. ГККП «Костанайский родильный дом» является самым крупным родовспомогательным стационаром в Костанайской области, ежегодно в родильном доме проходит более 25% родов всей области.

Итоги стационарной помощи за 12 месяцев 2010 года, оказанной акушерским стационаром, в сравнении с аналогичным периодом 2009 года, отображены в таблицах 1 и 2.

**Таблица 1 – Показатель стационарной помощи**

| Год  | Количество пролеченных больных | В том числе роды | Сумма           | Средний тариф |
|------|--------------------------------|------------------|-----------------|---------------|
| 2009 | 8138                           | 2959             | 500849,0 тыс.тг | 59,732тыс.тг  |
| 2010 | 9646                           | 3700             | 378693,4тыс. тг | 39,246 тыс.тг |

**Таблица 2 – Показатель дневного стационара**

| Год  | Количество пролеченных больных | Сумма            | Средний тариф |
|------|--------------------------------|------------------|---------------|
| 2009 | 463                            | 9 464,0 тыс.тг   | 20,432 тыс.тг |
| 2010 | 2220                           | 18 521,2 тыс. тг | 8, 342 тыс.тг |

Таким образом, по круглосуточному стационару в 2010 году пролечено на 1508 больных больше (118,5%) по отношению к количеству пролеченных в 2009 году. Увеличение количества пролеченных больных произошло за счет увеличения количества родов и, соответственно, увеличением числа заболевших беременных, потребовавших госпитализации, и числа новорожденных с зарегистрированным заболеванием при рождении. Число пролеченных больных в гинекологическом отделении соответствовало уровню прошлого года.

Смета круглосуточного стационара составила в 2010 году 75,% от сметы прошлого года, а средний тариф на одного пролеченного больного составил 65,7% от тарифа прошлого года. Такое понижение стоимости одного пролеченного больного было обусловлено несовершенством МЭТов, частью их отсутствием, техническими дефектами и ошибками при заполнении медицинской документации. Кроме того, из-за установленного предельного объема пролеченных больных на год, превышение количества пролеченных больных приводило к 10% возмещению КХР у того количества пациентов, которые пролечены сверх плана.

В дневном стационаре количество пролеченных больных увеличилось по сравнению с прошлым годом на 479,5%, т.е почти в 5 раз. Смета же увеличилась на 195, 7%, т.е. в 2 раза, а средний тариф в 2010 году составил 40,8 % от тарифа по дневному стационару в 2009 году, т.е. уменьшился в 2 раза. Низкий тариф в дневном стационаре сложился из-за отсутствия КХР, уровня патологии (нозологических групп), подлежащих лечению в этом варианте стационара.

Проведен анализ деятельности акушерского стационара в ЕНЦЗ, привело ли изменение механизма и системы финансирования к изменению показателей деятельности в 2010 году (таб. 3).

**Таблица 3 - Основные показатели деятельности акушерского стационара**

| №  | Основные показатели                       | 2009г. |      | 2010г. |      |
|----|---|--------|------|--------|------|
|    |   | абс.   | %    | абс.   | %    |
| 1  | Всего родов по стационару                 | 2959   | -    | 3700   | -    |
| 2  | Число преждевременных родов               | 193    | 6,5  | 218    | 5,9  |
| 3  | Операции кесарево сечение                 | 520    | 17,6 | 591    | 16,0 |
| 4  | Перинатальная смертность (в ‰)            | 48     | 16,1 | 51     | 13,7 |
| 5  | Мертворождаемость (в ‰)                   | 29     | 9,7  | 36     | 9,7  |
| 6  | Ранняя неонатальная смертность (в ‰)      | 19     | 6,4  | 15     | 4,0  |
| 7  | Токсико- септическая заболеваемость (в ‰) | 6      | 0,2  | 9      | 0,2  |
| 8  | Материнская смертность                    | -      | -    | -      | -    |
| 9  | Гинекологическая смертность               | -      | -    | -      | -    |
| 10 | Всего аборт                               | 1623   | -    | 1448   | -    |

**Заключение.** Таким образом, основные стратегические показатели, такие как, материнская и младенческая смертности остались без отрицательной динамики. Остальные показатели – в

пределах ежегодных колебаний. К сожалению, аборт продолжают оставаться одним из методов регуляции рождаемости, в том числе и у подростков.

Основными задачами ГККП «Костанайский родильный дом» в условиях реформирования здравоохранения остаются: оказание консультативно- диагностической помощи женщинам города, стационарной акушерско- гинекологической помощи, проведение профилактических осмотров и санитарно- просветительной работы, совершенствование и увеличение эффективности стационарного лечения, дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий, в итоге, снижение показателей младенческой и материнской смертности [5].

Подводя итоги работы акушерского стационара по ЕНСЗ в 2010 году, считаем необходимо, рассмотреть предложения в рамках усовершенствования системы оказания помощи:

1. Введение предельного объема пролеченных больных не соответствует сути ЕНСЗ-повышению конкурентоспособности и привлечению больных в стационар с целью увеличения доходности предприятия. Однако, этот предел необходим, как эмпирическая величина для планирования финансирования на год. Наше предложение – не вводить ограничения на количество больных, если расходы предприятия не превышают контрольной годовой суммы.

2. В Республике, согласно климатическим зонам, внедрена разная величина КХР. Это решило проблему больших затрат на отопление в более холодных регионах. Однако, внутри системы здравоохранения учреждения отличаются по рекомендуемому температурному режиму, по расходу воды и нагрузки на систему канализации на одного больного и другим коммунальным тратам. Считаем целесообразным введение разных коэффициентов для разных типов медицинских организаций (в частности - родильных домов).

3. Существующая сегодня система оплаты родильницы и новорожденного одним тарифом (соответственно одним КХР) не соответствует реальным расходам на содержание по сути двоих пациентов. Наше предложение предполагает адекватное восполнение материальных ресурсов, которые с нарастающим дефицитом бюджета, восполняться не будут, что приведет к истощению материально- технической базы родильных домов. Считаем необходимым предложить оплачивать у здоровых новорожденных - КХР, а у больных новорожденных- МЭТ и КХР.

4. Возможность внедрения ВСМП в регионах позволяет учреждениям развивать новые технологии на местах, пополнять смету дорогостоящими тарифами. Однако, в список ВСМП не вошел акушерско- гинекологический профиль. Хотелось бы иметь возможность оказывать ВСМП и иметь разрешение на этот вид помощи в регионах.

**Вывод:** принцип оплаты в зависимости от конечного результата, от количества и качества труда является шагом вперед и серьезным стимулом к повышению качества и результативности деятельности учреждения, улучшению использования имеющихся ресурсов и изысканию дополнительных возможностей повышения эффективности деятельности родильного дома.

*Литература:*

1. Программа народно- демократической партии «НУР ОТАН», Астана.-2007.-С. 36. –С. 39. С. 57.
2. Послание Президента Республики Казахстан Нурсултана Назарбаева народу Казахстана, Астана, 2010, стр. 41-42.
3. Каирбекова С.З. Деятельность Министерства здравоохранения Республики Казахстан по обеспечению прав матери и ребенка на охрану здоровья: доклад на заседании « О ходе реализации Кодекса Республики «О здоровье народа и системе здравоохранения» в области укрепления здоровья матери и ребенка, репродуктивного здоровья населения» 3.11.2010г., г. Астана.
4. МЗ РК №746 от 21 декабря 2007 года «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан».
5. Кодекс Республики Казахстан « О здоровье народа и системе здравоохранения». Алматы. - 2010. – С. 37-38.
6. Нормативно- правовые акты по ЕНСЗ.

**Түйін**

**БҰДСЖ ЕКІНШІ ДЕҢГЕЙДЕГІ АКУШЕРЛІК СТАЦИОНАРДЫҢ НЕГІЗГІ МІНДЕТТЕРІ, БАҒЫТТАРЫ  
ЖӘНЕ ЖҰМЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ**

*Т.Б. Булгацевич*

*Бапта 2010 жылдағы Біртұтас Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі шарттарындағы Қостанай қаласындағы акушерлік стационардың жұмысы талқылаған. Стационардың қызметінің негізгі қызметтің көрсеткіштері өзгерісіне қаржыландыруындағы өзгерістеріне, баға жасалған. Өткізілген талдауды негізінде акушерлік стационарлардың қызметтің жақсарту туралы, ұсынысы айтылған.*

*Негізгі ұғымдар: Қалалық акушерлік стационар, Біртұтас Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі, емдеу уақыт өткізілген жағдай орташа тариф, қызметінің қорытындылары.*

**Summary**

**THE MAIN TASKS, DIRECTIONS AND RESULTS OF THE ACTIVITY OF OBSTETRIC IN-PATIENT  
DEPARTMENT OF THE SECOND LEVEL OF EHCZ**

*T.B. Bulgatsevich*

*The article analyzes the work of the obstetric hospital in the town of Kostanay in 2010, under the Unified National Health System. An assessment of changes in the financing of the hospital, the change in key performance indicators. Reflected the problematic issues outlined suggestions for improvement of obstetric hospitals on the basis of the analysis.*

*Keywords: Obstetric city hospital, Unified National Health System, the average rate per treated case, the performance measures.*

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ КРОВИ**

*Ж.К. Буркитбаев, Ш.Ж. Мусабекова, Н.А. Демин  
ГКП на ПХВ «Центр крови», г. Астана*

**Введение.** В 2009 году введен в эксплуатацию новый комплекс зданий Центра крови города Астаны, в котором учтены все условия и санитарно – противоэпидемические требования для заготовки донорской крови и производства ее компонентов и их безопасности. Центр оснащен современными технологическими, лабораторными оборудованием для забора крови, проведения лабораторных исследований и тестирования, производства компонентов крови, длительному хранению и выдачи их в медицинские организации. Вдвое возросла штатная численность медицинского и инженерного персонала, из которого более 50% прошли подготовку на базе передовых Центров Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбург, Польши, Чехии, Израиля и других государств.

**Материалы и методы исследования:** Использовались статистические квартальные отчеты показателей производственной деятельности отделов Центра крови за 2009–2010 гг., информационные материалы Республиканского Центра крови «Руководство по приготовлению, применению и обеспечению качества компонентов крови» Совета Европы, 6-е издание. Методы и анализы сравнительных данных мониторинга производственной деятельности Службы крови г. Астана.

**Результаты и обсуждение.** Основой, обеспечивающей полное удовлетворение медицинских организаций в компонентах и препаратах крови, как известно, являются донорские кадры и объем заготовки донорской крови [1,2,3]. В современных изменившихся социально – экономических условиях эта задача чрезвычайно важная и сложная в условиях г. Астаны, где высока миграция населения, доля временно проживающего населения, а также наличие Республиканских НИИ и НЦ с высоко технологическими видами медицинской помощи.

Проведенные разнообразные организационные мероприятия позволили значительно поднять уровень донорства за 2009 – 2010 годы. Общее число доноров возросло с 21196 в 2008

году до 27186 в 2010 году, прирост 28,3%. При этом доля безвозмездных доноров составила 96,8%, а кадровых 3,2%, что соответствует «Рекомендациям Совета Европы» о безвозмездном донорстве. Доля первичных доноров составило 47%. В целом по общему числу доноров в городе сформировалась устойчивая тенденция роста их числа и по показателю числа доноров на 1000 населения, который составил в 2010 году 39.

Центр г. Астаны является ведущим в Республике Казахстан и приблизился к международным показателям 40 – 60.

По структуре донорства также произошли позитивные сдвиги. В 2009 году доля доноров крови составила среди безвозмездных доноров 99%, доля доноров плазмы - 1,0, а доноров клеток – 0, в 2010 году они составили соответственно 92,5%, 7,0%, а доноров клеток – 34 человека.

Положительно изменилась и динамика структуры донорства по форме – число доноров, сдавшие кровь в выездных условиях возросло с 21% до 31%, а число выездов возросло до 282 в 2010 году.

Значительно улучшена работа Центра крови по отбору донорских кадров и отводу от донорства лиц на дотестовом этапе по абсолютным противопоказаниям. В 2009 году на дотестовом этапе число отведенных доноров составило 13% от всех обращений, а в 2010 году возросло до 17%. Благодаря этим мероприятиям доля забракованной продукции по маркерам инфекционных заболеваний и другим причинам снизилась в 2010 году до 2,8% против 3,7% в 2009 году.

Рост числа донорских кадров в 2010 году обеспечил значительный прирост заготовки крови. В 2010 году всего заготовлено 25145,3 литра консервированной крови против 17603,4 л в 2009 году, прирост составил – 42,6%. Переработано заготовленной крови на компоненты – 99,9%. Одним из наиболее информативных показателей обеспечения населения гемотрансфузионными средами является объем заготовки цельной крови на одного жителя. По итогам 2010 года этот показатель составил 36,5 мл.

Возросла заготовка плазмы с 8739,9 л в 2009 году до 11594 л в 2010 году, прирост – 32%. При этом не только возрос объем заготовки плазмы, но и достигнуты качественные изменения в технологии ее заготовки. Если в 2009 году заготовка плазмы методом плазмафереза составила 1632,3 л или 18,7%, то в 2010 году возросла до 4325,2 л, что составила 37,6% от общего объема произведенной плазмы.

Необходимо подчеркнуть, что доля заготовки плазмы методом плазмафереза в 99% проведена аппаратным методом. Продолжилось наращивание производства клеточных компонентов крови и новых препаратов в соответствии с современной стратегией гемотрансфузионной терапии и стандартов лечения. Также производство эритроносодержащих компонентов крови – эритромаасса, эритроувзвесь, отмытые эритроциты, криопреципитат, эритроцитов в целом возросло до 7567,0 л, что больше уровня 2009 года на 34%, а против 2008 года на 82%. Произведено эритроцитной массы 4621,6 л (рост по сравнению с 2009 годом в 20 раз), эритроцитной взвеси – 2945,1 л (в 2 раза) и 221,8 л отмытых эритроцитов, криопреципитата произведен в объеме 1519 доз, производство концентрата тромбоцитов в 2010 году достигло 3946 доз (стандартная доза по 60 мл), что превысило уровень 2009 года, в 2010 году начато производство нового вида гемопродукции - фибринного клея из карантинизированной донорской плазмы.

В составе Центра крови функционирует новое структурное подразделение «Банк стволовых клеток». Отделом освоено и внедрено выделение стволовых клеток пуповинной и периферической крови на аппарате Seraх. Проводится криоконсервирование и криогенное хранение стволовых клеток. Впервые в 2010 году с участием АО «РНЦ НМП» осуществлена аутологичная трансплантация костного мозга больному. Внедрены современные технологии обработки компонентов крови, обеспечивающие высокую степень иммунологической и инфекционной безопасности производимых компонентов крови – карантинизация, лейкофльтрация и вирусная инактивация.



Впервые начатая в небольших объемах (196 л) в 2007 году карантинизация плазмы в 2010 году возросла до 3750 л, что составляет от общего объема плазмы 32,3%, прирост по сравнению с 2009 годом составил 210%. Доля карантинизированной плазмы, выданной в медицинские организации по сравнению с 2009 годом, возросла в два раза.

Лейкофилтрации подвергаются эритроносодержащие компоненты, концентрат тромбоцитов и плазмы при этом используются высококачественные лейкофилтры PALL Medikal, обеспечивающие содержание остаточных лейкоцитов до  $2,0 \times 10^5$  в одной дозе, 2010 году доля лейкофилтрированной продукции выданных в медицинские организации составила по эритроносодержащим компонентам 100%, по концентрату тромбоцитов – 26%, по СЗП – 30,5%.

В 2010 году в Центре крови г. Астаны впервые в Республике Казахстан внедрена и проводится инактивация патогенов и лейкоцитов в плазме, а также в аферезных и пулированных тромбоцитах в системе ИНТЕРСЕПТ Blood System [4,5], Центром произведено и выдано в медицинские организации города 2271,3 л СЗП, что составило 48% от выданного объема, по концентрату тромбоцитов – 74%.

Применение в комплексе указанных технологий (карантинизации, лейкофилтрации и вирусинактивации) обеспечило выдачу в медицинские организации для трансфузий только обработанную (безопасную) гемопродукцию. Для повышения безопасности компонентов крови наряду с традиционными методами лабораторных исследований внедрены новые методы исследований и современные аппараты, тестирования крови на маркеры инфекционных заболеваний внедрен аппарат «Архитект» производства АВООТ (США), аппараты фирмы ROCHE (Германия) для проведения ПЦР диагностики в реальном времени, а также новый метод для подтверждения гепатита С – иммуноблот [5].

В лаборатории иммуногематологических исследований внедрен автоматический анализатор «Innova» для проведения широкого спектра иммуногематологических исследований, а также в лаборатории HLA освоены и внедрены новые методики: выделение ДНК из периферической крови для генотипирования молекулярно – генетическим методом SSP, проведение пробы на индивидуальную совместимость «Кросс – матч», серологическое фенотипирование антигенов.

#### **Выводы:**

1. Обеспечена устойчивая тенденция нарастания донорских кадров и прежде всего безвозмездного донорства.
2. Увеличена заготовка донорской крови и производства компонентов крови.
3. Внедрение современных методов тестирования и апробирования донорской крови, обеспечения ранее выявления маркеров инфекционных заболеваний среди доноров.
4. Применение современных технологий заготовки крови и производства компонентов позволило обеспечить выдачу в медицинские организации только безопасной продукции.
5. Внедрение современных методов и аппаратуры для иммуногематологических исследований позволило осуществлять индивидуальный подбор компонентов и предупреждения посттрансфузионных осложнений иммунного характера.

#### *Литература:*

1. «Руководство по приготовлению, применению, и обеспечению качества компонентов крови» Совета Европы, 6-е издание, Алматы 2001 г.
2. Техническое руководство американской «Ассоциации банков крови», 12-е издание, 1996 г, перевод с английского. Милан, Европейская школа трансфузиологической медицины, 2000 г.
3. Приказ МЗ РК от 6.11.2009г №666 «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки. Хранения и реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения и переливания крови, ее компонентов и препаратов».
4. Жибурт Е.Б, Баранова О.В, Вечерко А.В и др. К вопросу о карантинизации плазмы. Журнал «Трансфузиология» - 2001г. №5, с.102-113.
5. Жибурт Е.Б «Особенности национальной заготовки плазмы». Журнал «Трансфузиология» 2009г. №3-4 (том 10), с 43-58

**Түйін**  
**ҚАН ӨНДІРІСТІК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖҰМЫСЫН ТАЛДАУ**

*Ж.К. Буркитбаев, Ш.Ж. Мусабекова, Н.А. Демин*

*Қан орталығында қауіпсіздікті арттыру мақсатында қанды зерттеудің жаңа әдістері мен тиісті аппаратура енгізілді. Карантиндеу, лейкофилтрлеу және вирус тазартуды кешен ретінде қолдану медицина ұйымдарына трансфузия жасау үшін тек өңделген (қауіпсіз) гемоөнімнің берілуін қамтамасыз етті. Бұл донор қанын дайындау және оның компоненттерін өндіру мүмкіндігін берді. Бұдан басқа, жұмыс жасаудың жаңа жағдайлары компоненттерді жеке іріктеуін жүзеге асыруға және иммунногематологиялық зерттеулердегі иммундық сипаттағы трансфузиядан кейінгі асқынулардың алдын алуға мүмкіндік берді.*

**Summary**  
**THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF PRODUCTIONAL BLOOD SERVICE**

*Zh. K. Burkitbayev, Sh. Zh. Musabekova, N.A. Demin*

*The new methods of blood testing and related equipment of improving safety were introduced in Blood Center. The complex application of quarantine, leukofiltration and virusinactivation ensured the extradition to medical organizations only the treated (safe) haemoproducts for transfusion. It enabled to increase the procurement of donor blood and the production of its components. Besides, the new working conditions allowed to carry out the individual selection of components and to prevent post-transfusion complications of immune nature in immunohaematological studies.*

**МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Д.Е. Жантасова, М.Ш.Байгулов, Г.Ш. Байгулова, С.Ж. Ильясов, А.К. Тургамбаева*  
*Северо-Казахстанская область, ЦРБ г. Сергеевка*  
*Южно-Казахстанская область, Сайрамская ЦРБ,*  
*Боровое, Санаторий «Ок-Жетпес»*  
*АО «Медицинский Университет Астана»*

**Введение.** Младенческую смертность ввиду своей особой социальной значимости по праву называют индикатором здоровья нации. Она является четким показателем изменений социально-экономических условий жизни населения. В демографической статистике коэффициент младенческой смертности характеризует уровень смертности детей от рождения до одного года.

В этой связи младенческая смертность как индикатор здоровья нации, является одной из основных проблем общественного здоровья и здравоохранения [1,2,3].

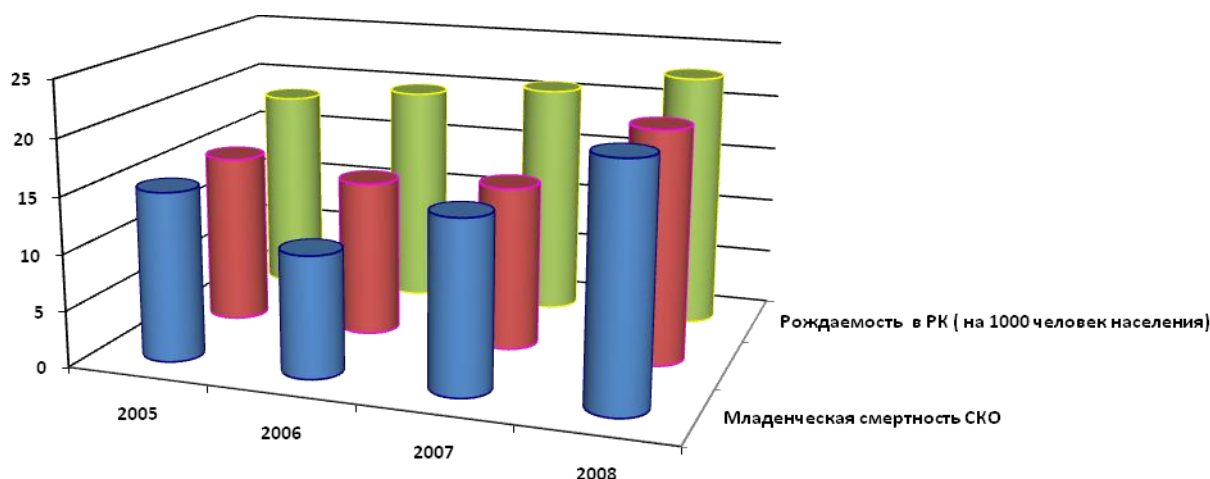
**Целью исследования** явилось оценить систематизированные показатели, характеризующие тенденции младенческой смертности в Северо-Казахстанской области (СКО), закономерностей их динамики и структурных изменений.

**Материалы и методы.** Проведен анализ причин смертности детей до 1 года в Северо-Казахстанской области с 2005 по 2008гг. Анализ случаев младенческой смерти проводился по следующей медицинской документации: истории родов, истории развития новорожденных и амбулаторные карты.

**Результаты и обсуждение.** С 1 января 2008 года в Казахстане осуществлен переход на новые критерии регистрации новорожденных рекомендованные ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения), в частности недоношенных детей, по которым ребенок считается жизнеспособным уже с 22 недели беременности. Согласно критериям, жизнеспособным считается плод, родившийся с массой 500г и более.

За последние 4 года в отношении младенческой смертности в Республики Казахстан (РК) и СКО отмечается волнообразная динамика показателей на фоне повышения уровня

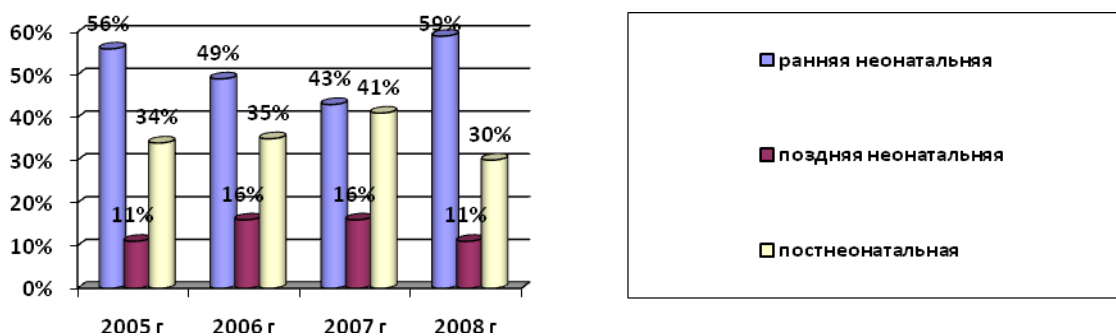
рождаемости, что отражает изменения уровня жизни населения и качества медицинской помощи женщинам и детям (рисунок 1).



**Рисунок 1 - Рождаемость в РК, младенческая смертность в РК и СКО**

По данным статистики областного департамента здравоохранения СКО младенческая смертность (21,05 на 1000 родившимися живыми в 2008 году) остается высокой.

В структуре младенческой смертности по периодам, выявлено, что от 58,9%±4,4% до 67,9%±3,4% дети умирают в неонатальном периоде. В свою очередь в структуре неонатальной смертности от 23%±6,4% до 57%±4,2% умерли до истечения первых суток, а 72%±2,4% до 84%±2,1% приходится на детей первой недели жизни – раннюю неонатальную смертность. Поздняя неонатальная от 11%±3,4% до 16%±4,4%. На постнеонатальную смертность приходится от 30%±7,4% до 41%±6,3% умерших детей (рисунок 2).



**Рисунок 2 - Структура смертности по возрастам в СКО 2005-2008 гг.**

Вышеизложенный факт определяет важный организационный момент: свыше 80%±2,4% от числа всех умерших на первой неделе погибает в ближайшие дни после рождения в родильных домах. Поэтому чрезвычайно важно обеспечение необходимого уровня неонатальной реанимационной помощи именно в родовспомогательных стационарах, где ребенок находится в течение первых трех наиболее опасных суток жизни. Основной закономерностью структуры младенческой смертности является то, что чем ниже ее уровень, тем выше доля смертей, приходящихся на первый месяц и особенно первую неделю жизни, и ниже - на постнеонатальный период [2,3].

При анализе данных за 2008 год выявлено, что причинами смерти детей СКО в неонатальном периоде являются болезни, возникающие в перинатальном периоде (75,3%±3,4%) и врожденные аномалии (22,3%±6,4%), составляющие в сумме 97,7%±1,4% от

числа умерших новорожденных. В структуре причин смерти детей в постнеонатальном периоде преобладают врожденные аномалии (28,6%±7,3% в 2008г), внешние причины (27%±7,2%) и болезни органов дыхания (20,7%±8,4%); состояния перинатального периода (12,7%±9,4%) приходится на 4-е место. Обращает внимание, что 12 младенцев после первого месяца жизни умерли от синдрома внезапной смерти (СВС) (19,1%±8,4%) – почти столько же, сколько от болезней органов дыхания (20,7%±8,5%).

В 2008 году в СКО синдром внезапной смерти (R95 по МКБ-Х) достиг 6,2%±4,4% в структуре младенческих потерь и занимает четвертое место. Данный показатель свидетельствует о социальном неблагополучии населения. Поскольку к «потенциальным жертвам» синдрома внезапной смерти относятся дети из неполных и социально неблагополучных семей, родителей с низким уровнем образования, плохими материально-бытовыми и жилищными условиями, страдающих алкоголизмом и наркоманией, женщин, не состоявших под наблюдением по поводу беременности или вставших на учет в поздние сроки и т.д. [4,5].

В структуре младенческой смертности в СКО преобладают дети из сельской местности (таблица 1). По данным официальной статистики СКО сельское население преобладает над городским на и более 60%±4,3% [6].

**Таблица 1 - Место жительства умерших детей в СКО**

| Место жительства | 2005г     | 2006г     | 2007г     | 2008г     |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                  | %         | %         | %         | %         |
| Город            | 32,6±4,1% | 44,4±5,2% | 32,8±4,3% | 36,3±3,5% |
| Село             | 67,4±4,1% | 75,6±5,2% | 67,2±4,3% | 63,7±3,5% |
| Всего            | 100%      | 100%      | 100%      | 100%      |

При анализе младенческой смертности выявлено, умершие дети с весом 2500 гр и более (до 70,0%±4,8%). Дети с массой до 1000 гр регистрируются с 2006 года (2,2%±1,6%) и максимальное их количество отмечено в 2008г (16,1%±2,6%, таблица 2).

**Таблица 2 - Распределение умерших детей до 1-го года, в зависимости от массы тела**

| Вес детей         | 2005      | 2006      | 2007      | 2008      |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                   | %         | %         | %         | %         |
| От 500г до 1000г  |           | 2,2±1,6%  | 4,1±1,8%  | 16,1±2,6% |
| От 1000г до 1500г | 12,4±2,9% | 5,6±2,4%  | 11,5±2,9% | 14,5±2,5% |
| От 1500г до 2000г | 14,7±3,1% | 10,0±3,2% | 11,5±2,9% | 15,0±2,6% |
| От 2000г до 2500г | 14,7±3,1% | 12,2±3,5% | 10,7±4,3% | 12,4±2,4% |
| От 2500г и более  | 58,1±4,3% | 70,0±4,8% | 62,3±4,4% | 42,5±3,6% |
| Всего             | 100%      | 100%      | 100%      | 100%      |

Анализ регистрации смерти детей, выявил следующее: в областном перинатальном центре (ОПЦ) умирают (2004–2008) от 30,0%±4,8% до 45,6%±3,6% от общего числа умерших детей (таблица 3). В 2008 году в структуре причин смерти в ОПЦ лидирующие позиции занимают дети с диагнозами: болезни, возникающие в перинатальном периоде 76,1%±4,3%, и врожденные пороки развития 21,6±4,4%. В центральной районной больнице умирают от 19,7%±2,9% до 28,9%±4,8%. В структуре причин смертности (2008 г) в ЦРБ так же лидируют, болезни, возникающие в перинатальном периоде 86,8%±5,5% и ВПР 7,9%±4,4%. Третье место занимают дети, умершие на дому от 11,4%±2,3% до 22,1%±3,8%. По причинам смертности у детей умерших на дому (2008 г), на первом месте диагноз синдром внезапной смерти до 54,5%±10,6%, далее идут болезни органов дыхания и ВПР по 13,5%±7,3%.

**Таблица 3- Место регистрации смерти детей 2004-2008гг.**

| Место регистрации смерти детей | 2005      | 2006      | 2007      | 2009      |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                | %         | %         | %         | %         |
| Областной перинатальный центр  | 36.4±4.2% | 30.0±4.8% | 36.9±4.4% | 45.6±3.6% |
| Областная детская больница     | 3.9±1.7%  | 22.2±4.4% | 15.6±3.3% | 17.1±2.7% |
| Центральная районная больница  | 27.1±3.9% | 28.9±4.8% | 20.6±3.7% | 19.7±2.9% |
| Дома                           | 20.6±3.5% | 12.2±3.5% | 22.1±3.8% | 11.4±2.3% |
| Других лечебных учреждениях    | 12.4±2.9% | 6.7±2.6%  | 4.9±2.0%  | 6.2±1.7%  |
| Всего                          | 100%      | 100%      | 100%      | 100%      |

Проведенный анализ младенческой смертности по СКО показал, что в большинстве случаев дети умирали в неонатальном периоде. Среди причин преобладали болезни, возникающие в перинатальном периоде и врожденные пороки развития различных органов и систем. Кроме того, анализ указал на высокие показатели младенческой смертности в ОПЦ и ЦРБ.

**Заключение.** Таким образом, младенческая смертность остается наиболее острой проблемой общественного здоровья и здравоохранения диктующей необходимость углубленного изучения ее причин.

*Литература*

1. Суханова Л.П., Скляр М.С. «Детская смертность в России» ЦНИИОИЗ Росздрава Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г.Екатеринбург 2008г . С. 15-38.
2. Школьников М.А., Кравцова Л.А.. Синдром внезапной смерти детей грудного возраста. М., 2004. - 32с.
3. Вельтишев Ю.Е., Зелинская Д.И. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики. Лекция для врачей. М., 2000. – 68с.
4. Кваша Е. Младенческая смертность в России. /Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – Сентябрь 2001., №57.
5. Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. – ВОЗ, ЕРБ, Копенгаген. 56с. New York, 1987.
6. Ежегодный статистический сборник Республики Казахстан за 2004-2009гг. Астана.

**Түйін**

**СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ СӘБИ ӨЛІМІ**

*Д.Е.Жантасова, М.Ш.Байгулов, Г.Ш.Байгулова, С.Ж. Ильясов, А.К. Тургамбаева*

*Сәби өлімі ұлт денсаулығының бірден бір көрсеткіші болып табылады. Сәби өлімінің жүргізілген талдауы бойынша СҚО-да салмағы 2500 г-нан асатын нәрестелердің өлім-жітім құрылысы толқын тәрізді динамикасын көрсетті. Сәби өлімінің алдыңғы себептердің бірі перинатальды кезеңнің аурулары және ТПА (туя пайда болған ақаулар) болып табылады. Үйде болатын кенеттік өлім синдромы деңгейі назар аудартады. СҚО-да сәби өлімі қоғамдық денсаулық пен қоғамдық денсаулық сақтаудағы ерекше маңызды мәселелердің бірі болып тұр.*

**Summary**

**CHILD MORTALITY IN THE NORTH KAZAKHSTAN REGION**

*D.E. Zhantasova, M.SH.Baigulov, G.SH.Baigulova, S. Zh. Ilyasov, A.K. Turgambaeva*

*Child mortality is the most important indicator of the nation health. This research of child mortality in the North Kazakh region shows an undulating dynamics of indices, prevalence children with the masses more 2500g. The main cause of child mortality is diseases of prenatal life and congenital malformation. There is a level of home mortality from sudden infant death syndrome. Child mortality in the North Kazakh region remains a more important problem of public health. There is a need to deeper study these causes.*

## ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ МЕШЕЛ АУРУЫНА КЕҢ ТҮРДЕ БАҒА БЕРУ

А.Г. Жайлганова<sup>1</sup>, Н.С. Игісінов<sup>1,2</sup>, А.Ж. Шарбаков<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>«Астана медициналық университеті» АҚ  
<sup>2</sup>«Central Asian Cancer Institute» ҚБ

**Кіріспе:** Әр түрлі климатогеографиялық аймақтарда халықтың ауруға шалдығуына баға беру адамдар арасындағы аурудың кәсіби зерттелуінің маңызды аспектісі болып саналады, оның себебі, қандай да бір ауруға көбірек шалдығуға бейім тұрғындарды анықтап қана қоймай, сонымен қатар пайда болу және таралу процестерін талдауға мүмкіндік береді, яғни, халықтың ауруына түрлі медициналық-әлеуметтік жағдайлар мен қоршаған ортаның факторларының әсерін белгілейді. Бұл жағдайда толық ажыратым міндетті түрде белгіленген ішкі әкімшілік шектер негізінде құрылады, себебі, ауруды есепке алу мен тіркеу жүйесі әкімшілік принцип бойынша құрылады [1,2,3,4,5].

Кең түрде баға берудің бір түрі болып аурудың медициналық-географиялық картограммасы болып табылады. Медициналық-географиялық картограмма географиялық орта факторлары мен адамның денсаулық жағдайы арасындағы және түрлі аурулардың пайда болуы мен дамуы арасындағы өзара байланысты анықтаудың перспективті әдісі болып саналады [4].

Әсіресе, берілген аспектіде мешел ауруын зерттеу қызық болып саналады. Әлемде жүргізілген зерттеулер бұл аурудың тек қана жеке мемлекеттерде емес, оның түрлі медициналық-географиялық аймақтарында таралуының біркелкі емес екенін көрсетті. Мешел ауруының жарық режимі мен қарапайым факторлармен өзара байланысты екені анық болды [6,7].

Осы байланыста мақаланың мақсаты Қазақстандағы балалардың жыныс есебін ала отырып мешел ауруының кең түрдегі сипаттамасы болып табылады.

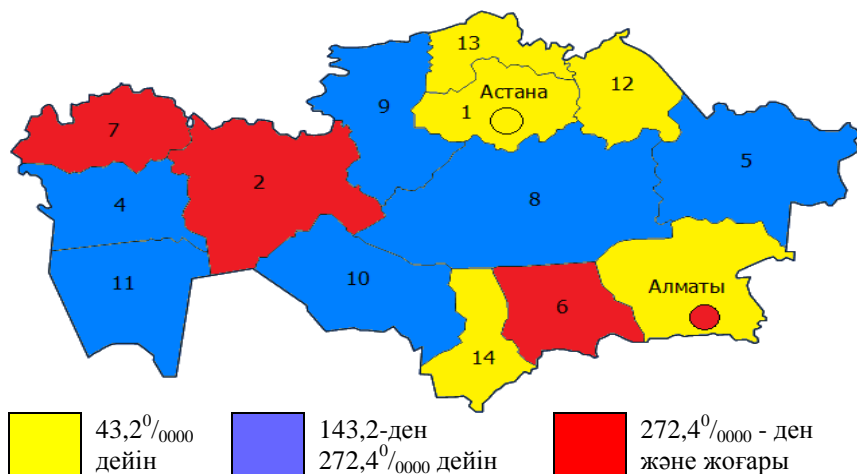
**Зерттеудің мәліметтері мен әдістері.** Есептілік формасынан талданған мәліметтер № 12 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі, жеке алғанда катаракта диагнозы берілген 14 жасқа дейінгі балалар жайында мәлімет алғаш рет анықталған. Қазақстан Республикасы статистика бойынша Агенттігі бала санының мәліметтері қолданылған (2006-2009 жж.). Зерттеу кезеңі 4 жылға созылды. Картограммаларды құру барысында 100 000 бала санын есепке ала отырып мешел ауруының көрсеткіштері қолданылған ( $\frac{0}{0000}$ ) [10]. [11] 1974 жылы ұсынған картограмма құру әдісі қолданылды, бұл әдіс ( $\sigma$ ) ортаңғысынан ( $x$ ). Картограмма сатысы былай анықталады: 1)  $(x-1,5\sigma)+\sigma$ ; 2)  $(x-1,5\sigma)+2\sigma$ ; 3)  $(x-1,5\sigma)+3\sigma$  және т.с.с, ал көрсеткіштер топтамасын мынау формула бойынша өткізліді  $x\pm 0,5\sigma$ , ортаңғы деңгейге сәйкес келетін  $(x-0,5\sigma)$  және  $(x+0,5\sigma)$ .

**Талқылау мен нәтижелер.** Мешел ауруының картограммасын құру үшін ауру деңгейлері анықталды. Олар төменгі кестеде көрсетілген.

### 1-кесте – Қазақстанда 2006-2009 жж. мешел ауруының картограммалық шкаласы

| Ауру деңгейлері | Екі жыныс  | Ер балалар   | Қыз балалар  |
|-----------------|--|--|--|
| Төмен           | 143,2 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> дейін             | 148,8 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> дейін             | 136,9 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> дейін             |
| Орта            | 143,2-ден 272,4 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> дейін   | 148,8-ден 278,4 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> дейін   | 136,9-ден 266,6 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> дейін   |
| Жоғары          | 272,4 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> - ден және жоғары | 278,4 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> - ден және жоғары | 266,6 <sup>0</sup> / <sub>0000</sub> - ден және жоғары |

Жоғарыда көрсетілген шкалаларға негізделіп республиканың түрлі медициналық-географиялық аймақтарында таралған мешел ауруының картограммасы құрастырылды. Сонымен, балалардың (екі жыныстың да) мешел ауруы картограммасын құру барысында облыстардың келесі топтары анықталды (1-сурет):



**Облыстар:** 1. Ақмола, 2. Ақтөбе, 3. Алматы, 4. Атырау, 5. Шығыс-Қазақстан, 6. Жамбыл, 7. Батыс-Қазақстан, 8. Қарағанды, 9. Қостанай, 10. Қызылорда, 11. Маңғыстау, 12. Павлодар, 13. Солтүстік-Қазақстан, 14. Оңтүстік-Қазақстан

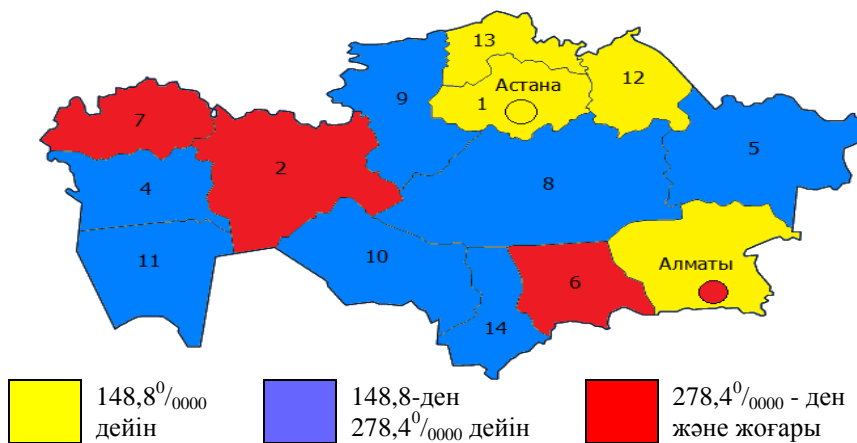
**1-сурет – Қазақстанда 2006-2009 жж. балалардың (екі жыныстың) мешелмен ауру картограммасы**

1. Көрсеткіштері төмен аймақтар (143,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> дейін) – Ақмола (32,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Павлодар (74,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Солтүстік-Қазақстан (92,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Алматы (118,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) және Оңтүстік-Қазақстан (142,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) облыстары, сонымен қатар Астана қаласы (100,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>).

2. Көрсеткіштері орта аймақтар (143,2-ден 272,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> дейін) – Қостанай (147,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Шығыс-Қазақстан (169,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Қызылорда (204,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Қарағанды(204,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Атырау (238,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) және Маңғыстау (251,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) облысы.

3. Көрсеткіштері жоғары аймақтар (272,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> - ден және жоғары) – Ақтөбе (280,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Батыс-Қазақстан (336,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) және Жамбыл (495,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) облыстары және Алматы қаласында (436,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>).

Ұл балалардың мешелмен ауру картограммасы облыстардың келесі топтарын көрсетеді (2-сурет):



**Облыстар:** 1. Ақмола, 2. Ақтөбе, 3. Алматы, 4. Атырау, 5. Шығыс-Қазақстан, 6. Жамбыл, 7. Батыс-Қазақстан, 8. Қарағанды, 9. Қостанай, 10. Қызылорда, 11. Маңғыстау, 12. Павлодар, 13. Солтүстік-Қазақстан, 14. Оңтүстік-Қазақстан

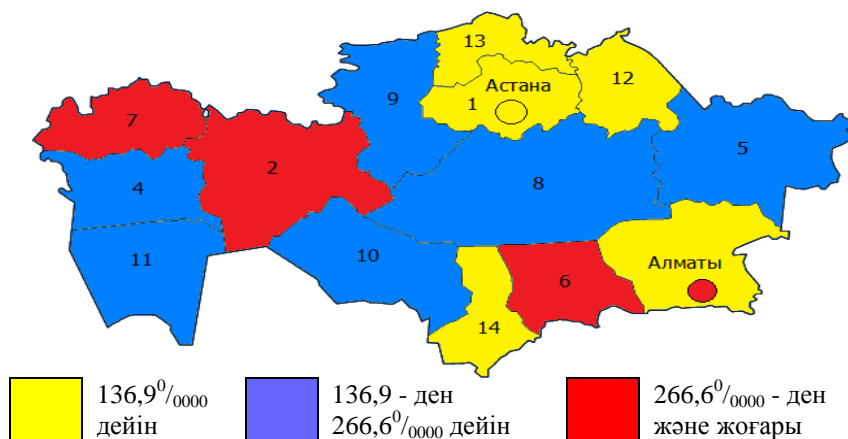
**2-сурет – Қазақстанда 2006-2009 жж. ұл балалардың мешелмен ауру картограммасы**

1. Көрсеткіштері төмен аймақтар (148,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> дейін) – Ақмола (37,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Павлодар (73,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Солтүстік-Қазақстан (108,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) және Алматы(110,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) және облыстары, сонымен қатар Астана қаласы (111,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>).

2. Көрсеткіштері орта аймақтар (148,8 - ден 278,4<sup>0</sup>/0000 дейін) – Қостанай (149,4<sup>0</sup>/0000), Оңтүстік-Қазақстан (151,5<sup>0</sup>/0000), Шығыс-Қазақстан (171,3<sup>0</sup>/0000), Қарағанды (206,0<sup>0</sup>/0000), Қызылорда(210,4<sup>0</sup>/0000), Маңғыстау (254,9<sup>0</sup>/0000) және Атырау (273,2<sup>0</sup>/0000) облыстары.

3. Көрсеткіштері жоғары аймақтар (278,4<sup>0</sup>/0000 - ден және одан жоғары) – Ақтөбе (288,4<sup>0</sup>/0000), Батыс-Қазақстан (326,7<sup>0</sup>/0000) және Жамбыл (505,5<sup>0</sup>/0000) облыстары, сонымен қатар Алматы қаласы (444,3<sup>0</sup>/0000).

3-суретте қыздардың мешелмен ауру картограммасы ұсынылған, облыстардың келесі топтары анықталған:



**Облыстар:** 1. Ақмола, 2. Ақтөбе, 3. Алматы, 4. Атырау, 5. Шығыс-Қазақстан, 6. Жамбыл, 7. Батыс-Қазақстан, 8. Қарағанды, 9. Қостанай, 10. Қызылорда, 11. Маңғыстау, 12. Павлодар, 13. Солтүстік-Қазақстан, 14. Оңтүстік-Қазақстан

### 3-сурет – Қазақстанда 2006-2009 жж. қыз балалардың мешелмен ауру картограммасы

1. Көрсеткіштері төмен аймақтар: (136,9<sup>0</sup>/0000 дейін) – Ақмола (26,8<sup>0</sup>/0000), Павлодар (75,3<sup>0</sup>/0000), Солтүстік-Қазақстан (76,3<sup>0</sup>/0000), Алматы (126,5<sup>0</sup>/0000) және Оңтүстік-Қазақстан (132,4<sup>0</sup>/0000) облыстары, сонымен қатар Астана қаласында (89,4<sup>0</sup>/0000).

2. Көрсеткіштері орта аймақтары (136,9 - ден 266,6<sup>0</sup>/0000 дейін) – Қостанай (145,9<sup>0</sup>/0000), Шығыс-Қазақстан (168,0<sup>0</sup>/0000), Қызылорда (197,3<sup>0</sup>/0000), Атырау(201,5<sup>0</sup>/0000), Қарағанды (203,0<sup>0</sup>/0000) және Маңғыстау (247,9<sup>0</sup>/0000) облыстары.

3. Көрсеткіштері жоғары аймақтар (266,6<sup>0</sup>/0000 - ден және жоғары) – Ақтөбе (272,3<sup>0</sup>/0000), Батыс-Қазақстан (346,7<sup>0</sup>/0000) және Жамбыл (490,0<sup>0</sup>/0000) облыстары, сонымен қатар Алматы қаласы (428,8<sup>0</sup>/0000).

Осылай, мешел ауруына кең түрде баға беру аймақтық ерекшеліктерді көрсетіп берді. Сонымен қатар алынған нәтижелер мешел ауруы мен берілген патологияның медициналық географиясы арасындағы себеп-салдарлық байланысын тереңдетіп зерттеуін талап етеді.

#### Әдебиеттер тізімі:

1. Миррахимов М.М., Агаджанян Н.А. Человек и окружающая среда. – Фрунзе, “Кыргызстан”. – 1974. – 112 с.
2. Ходжамбердиев Б.И., Исабаева В.А., Ходжабердиев И.Б. Медицинская география Киргизии. – Фрунзе. – 1984. – 254 с.
3. Власов В.В. Эпидемиология: Учеб. пос. для вузов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 464 с.
4. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – СПб., 2005. – 752 с.
5. Саравайская Л.И. Опыт разработки методики анализа медико-биологических явлений в медицинской географии// Региональные проблемы медицинской географии. – Л. – 1987. – С. 17-18.
6. Романюк Ф.П., Алферов В.П., Колмо Е.А., Чугунова О.В. Рахит (пособие для врачей). – СПб., 2002. – 64 с.
7. Новиков П.В. Рахит и наследственные рахитоподобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика. – М., 2006. – 336 с.
8. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.
9. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
10. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.



11. Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике// *Здравоохранение Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71.*

*Резюме*

**ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАХИТОМ В КАЗАХСТАНЕ**

*А.Г. Жайлганова, Н.С. Игисинов, А.Ж. Шарбаков*

*Проведенные исследования заболеваемости рахита с учетом медико-географической особенностей республики позволили выявить неравномерное распространение данного заболевания. Высокие показатели заболеваемости детей (оба пола) рахитом установлены в Актыубинской, Западно-Казахстанской и Жамбылской областях, а также в г. Алматы. Аналогичная картина была установлена при пространственной оценке заболеваемости рахитом у мальчиков и девочек.*

*Ключевые слова: картограмма, заболеваемость, рахит.*

*Summary*

**SPACE ESTIMATION OF MORBIDITY WITH RACHITIC DISEASE IN KAZAKHSTAN**

*A.G. Zhailganova, N.S. Iginov, A.Zh. Sharbakov*

*Carried out investigations of rachitic disease taking into account medically geographical character of the Republic allowed to elicit the extension of the given disease. High indices of the children's sickness (both genders) are established in Aktobe, Western part of Kazakhstan and in oblast of Gambyl as well as in Almaty city. The same pattern was established during three-dimensional assessment of rachitic disease carried out by boys and girls.*

*Key words: cartogram, disease, rachitis.*

**РАЗРАБОТКА ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ КВАЛИФИЦИРОВАННОСТИ И ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ПЕРВЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*О.Т. Жузжанов, М.Е. Ким*

*Институт общественного здравоохранения, г. Астана*

**Введение.** В Послании Президента Республики Казахстан "К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации», определены непосредственные цели здравоохранения, среди которых, следует отметить, подготовку специалистов в области здравоохранения. В этой связи, настоятельной необходимостью является учет международных требований и стандартов к уровню профессионализма специалистов организаций здравоохранения. Профессионализм и лидерские качества менеджера здравоохранения непосредственно связаны с успешным функционированием руководимой им организации.

**Цель исследования:** Разработать инструменты оценки квалифицированности и профессионализма первых руководителей организаций здравоохранения.

**Материалы и методы:** Квалифицированность руководителей оценивалась на основании прохождения обязательных и добровольных квалификационных экзаменов. Данный индикатор определен согласно приказу МЗ РК № 661 от 06.10.2009 г., определяющему порядок проведения квалификационных экзаменов в целях определения готовности лиц, имеющих медицинское образование, к осуществлению профессиональной медицинской деятельности.

**Результаты и обсуждение.** Так из 26 опрошенных первых руководителей организаций здравоохранения г. Астаны, высшую квалификационную категорию имеют 17 человек (65,4±7,4%), первую категорию имеют 8 специалистов (30,8±5,3%), второй категории не имеет ни один из опрошенных и 1 (3,8±2,0%) руководитель медицинского учреждения не имеет квалификационной категории.

При анализе наличия квалификационной категории у руководителей организаций здравоохранения регионов выявлено, что из 148 специалистов, высшую квалификационную категорию имеют 50 (33,8±3,9%) руководителей, первую категорию также имеют 50 (33,8±3,9%) руководителей, вторую категорию имеют 11 (33,8±2,2%) опрошенных и 37 (25,0±3,6%) руководителей медицинских учреждений регионов не имеют квалификационной категории.

Профессионализм руководителей медицинских учреждений оценивался на основании общего медицинского стажа работы, стажа на руководящей должности, наличия учёной степени, использования работе медицинской литературы, занятия научно-исследовательской деятельностью, количества научных публикаций, доступа и регулярности использования в своей работе сети Интернет, прохождения курсов повышения квалификации.

Общий медицинский стаж работы 11-15 лет имеют 15,4±7,1% руководителей организаций здравоохранения г.Астаны (в регионах 4,7±1,3% руководителей имеют данный стаж работы), 16-20 лет - 15,4±7,1% руководителей из г.Астаны (в регионах – 10,1±1,6%), стаж работы более 20 лет г.Астане имеют 69,2±9,1% руководителей (в регионах – 83,1±1,8%), кроме того, в регионах 2,2±1,1% руководителей медицинских учреждений имеют стаж работы 6-10 лет.

Затем оценено наличие учёной степени у первых руководителей медицинских организаций. В г. Астане 26,9±8,7% опрошенных имеют ученую степень кандидата медицинских наук (в регионах – 15,5±1,7%) и 7,7±5,2% имеют степень доктора медицинских наук.

96,2±1,9% опрошенных руководителей в г. Астане, указали, что регулярно читают медицинскую литературу (в регионах – 91,2±1,5% главных врачей регулярно используют медицинскую литературу в своей работе).

Как один из показателей, определяющих профессионализм первого руководителя организации, учтено наличие научных публикаций (рисунок 1).

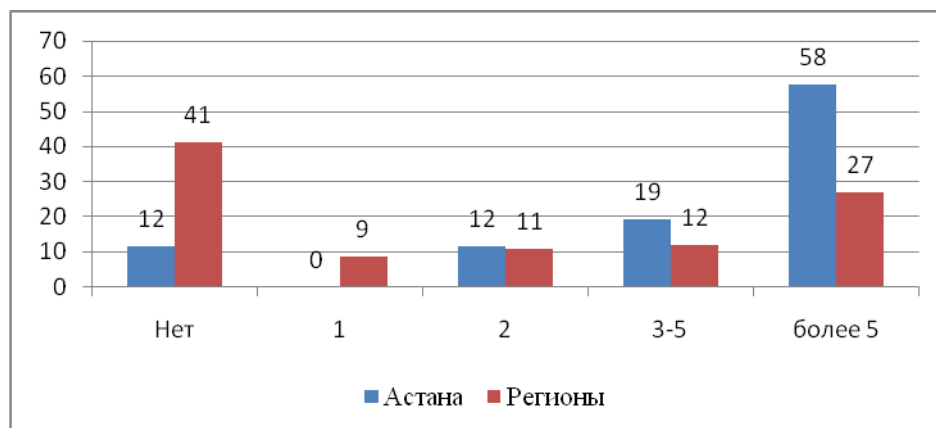


Рисунок 1 - Наличие научных публикаций

Также, одним из критериев оценки занятия первым руководителем медицинского учреждения научно-исследовательской деятельностью.

В г.Астане 61,5±3,1% руководителей указали, что занимаются научно-исследовательской работой (в регионах – 27,7±3,7%).

Далее оценивалось наличие доступа к сети Интернет и использование его ресурсов в своей работе. Практически главные врачи указали, что используют Интернет в своей работе (96,2% и 89,9% соответственно).

И последним пунктом оценки прохождения курсов повышения квалификации: 100% руководителей, как в г. Астане, так и в регионах проходили повышение квалификации.

Следующим этапом каждому варианту ответов по 9 вышеперечисленным критериям присвоен рейтинговый балл, с таким учётом, что максимально возможное количество баллов равнялось 100.

Подсчитан рейтинг каждого руководителя организации здравоохранения в г. Астана и в регионах:

Средний рейтинг руководителя в г. Астане составил 62,6 балла. Средний рейтинг руководителя из региона составил 57,1.

Далее проведено ранжирование по следующим критериям: высокий уровень профессионализма – 100-76 баллов, средний – 75-51 и низкий – ниже 50 (рисунок 2).

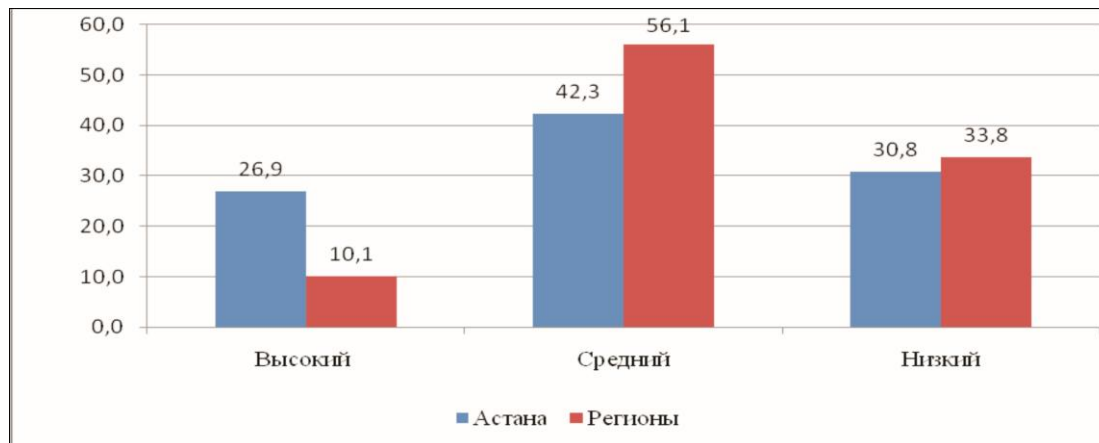


Рисунок 2 - Количество руководителей, имеющих высокий, средний и низкий уровни профессионализма

**Выводы:** - Количество первых руководителей организаций здравоохранения г.Астаны, имеющих высшую квалификационную категорию на 31% выше, чем в регионах. Количество главных врачей медицинских учреждений, не имеющих квалификационной категории в регионах на 21% выше, по сравнению с г. Астаной.

- Средний рейтинг руководителей медицинских учреждений в г. Астане составил 62,6 балла, в регионах - 57,1 балла.

- Количество руководителей с высоким уровнем профессионализма в г. Астане на 17% выше по сравнению с регионами.

**Заключение.** Таким образом, количество первых руководителей организаций здравоохранения г. Астаны, имеющих высшую квалификационную категорию выше, чем в регионах. Количество главных врачей медицинских учреждений, не имеющих квалификационной категории в регионах выше, по сравнению с г. Астаной. Количество руководителей с высоким уровнем профессионализма в г. Астане выше по сравнению с регионами.

*Литература:*

1. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. //J Hypertens 2007. – № 25. – P.1105—1187.
2. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R. et all. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States //J. of the American Medical Association. – 2003. – № 289. - P. 2363-2369

**Түйін**

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕКЕМЕ БАСШЫЛАРЫНЫҢ БІЛІКТІЛІГІ МЕН ТӘЖІРИБЕЛІГІН БАҒАЛАУ ҚҰРАЛДАРЫН ЖАСАУ**

*О.Т. Жүзжанов, М.Е. Ким*

*Денсаулық сақтау саласындағы 174 басшыларына сауалнама жүргізілді, алынған жауаптар статистикалық талдаудан өткізілді. Бас дәрігерлердің біліктілігі мен тәжірибелігі бағаланды.*

*Астана қаласының денсаулық сақтау саласындағы жоғарғы санатты басшылары басқа өңірге қарағанда 31% жоғары. Астана қаласында жоғарғы көрсеткішті білікті маман саны басқа өңірмен салыстырғанда 17% жоғары.*

*Summary*

**THE WORKING OUT OF INSTRUMENTS OF ESTIMATION OF QUALIFYING AND PROFESSIONALISM OF THE FIRST HEADS OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS**

*O.T. Zhuzzhanov, M.E. Kim*

*Conducted a survey of 174 managers of healthcare organizations, the data were subjected to statistical analysis. The evaluation of qualifications and professionalism of the chief doctors.*

*Number of managers of health care organizations in Astana, with the highest qualification category at 31% higher than in the regions. Number of managers with a high level of professionalism in Astana on 17% higher compared with other regions.*

**РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ**

*К.Ж. Кульбаева, А.К. Шамова*

*АО «Медицинский университет Астана»,*

*Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан*

**Введение.** Ухудшающееся состояние соматического здоровья населения и рост патологии органов репродуктивной системы в сочетании с демографическим кризисом объясняют внимание многих исследователей к репродуктивному здоровью и, в частности, к репродуктивному здоровью подростков и молодежи.

Большинство исследователей оперируют тремя группами индикаторов: демографическими показателями, показателями заболеваемости и инвалидности, показателями, характеризующими физическое развитие. Неполнота подобной оценки состоит в отсутствии учета качественной стороны здоровья, а также в том, что большая часть показателей носит негативный характер [1].

В отношении репродуктивного потенциала и репродуктивного здоровья подростков и молодежи, мы базировали определение здоровья на том, что количество и качество здоровья наиболее полно раскрываются через такой показатель, как потенциал здоровья, проводилась оценка социального компонента, и степень ее влияния на возможность реализации имеющегося потенциала.

**Цель исследования:** разработать репродуктивные установки подросткам для прогнозирования физического состояния здоровья.

**Задачи:** провести анализ статистических данных (по республике) по заболеваемости подростков за 2003-2008 годы;

- анализ аборт и родов среди подростков и молодежи по данным утвержденных статистических форм № 12,13 в отдельных регионах Казахстана;

- анализ анкетирования и данных скрининговых исследований среди подростков и молодежи.

**Материалы и методы:** подростки в возрасте 15-18 лет. Использовались данные статистической отчетности по республике за 2003-2008 годы, данные анкетирования и региональные данные утвержденных форм статистики (формы № 12 и № 13).

По данным статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» на 01 января 2010 года среднегодовая численность населения в возрасте 15-18 лет составила 12058,1 тыс. человека, из них 54,8% проживают в городах.

**Результаты и обсуждение.** Известно, что факторы риска, способствующие возникновению и развитию всех хронических заболеваний, начинают формироваться в детском и юношеском возрастах. Исследования, проведенные нами в г. Караганде и г. Астана, позволили определить факторы риска развития нарушений полового и физического развития,

сформировать диспансерные группы риска по патологии репродуктивной функции в будущем [2]. К ним относятся девочки-подростки с нарушением физического и полового развития, что составило 3,28%, гинекологической - 32,6% и соматической заболеваемостью - 64,1%.

За период 2003-2009 годов заболеваемость среди подростков увеличилась с 69588,7 на 100 тыс. населения в 2003 году до 82876,3 на 100 тыс. населения в 2009 году, т.е. в 1,2 раза или на 16%.

Средний возраст вступления в сексуальные отношения составляет 14 лет (базовое исследование, НЦПЗОЖ, ЮНИСЕФ, 2003г.). Среди причин вступления в сексуальные отношения 8,9% занимает состояние алкогольного опьянения, 3,6% - наркотическое состояние.

Число родов и аборт у подростков варьирует от 5% до 13% в разных регионах страны. Деторождение в юном возрасте повышает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, отрицательно сказывается на здоровье, как юной матери, так и ее ребенка. Кроме того, юное материнство ограничивает возможности для получения образования и оказывает отрицательное влияние на социальное и культурное развитие подростка.

В 2005 году зарегистрировано 10257 случаев подростковой беременности, из которых 6348 закончились абортами и 3909 – родами. Удельный вес абортов у подростков составляет 5% от общего числа абортов в республике, при этом тревожным фактором является, что у 33,3% девочек в возрасте до 15 лет и у 44,7% в возрасте 15-18 лет это повторная беременность. Согласно данным Агентства по статистике Республики Казахстан в возрасте до 15 лет прервано 128 беременностей, в возрасте до 18 лет – 6220. До 12 недель прервали беременность 61% девочек в возрасте 15 лет и 70% девочек в возрасте 15-18 лет, остальные в сроках 13-22 недели. В 2005 году из 74 криминальных абортов, каждый 9 случай был у 15-18-ти летних подростков [3].

Опыт работы сотрудников кафедры акушерства и гинекологии медицинских ВУЗов г. Караганды и г. Астана, позволил определить факторы риска акушерской и гинекологической патологии у подростков, определить диспансерные группы по патологии репродуктивной функции: девочки-подростки с нарушением физического и полового развития составили 3,3%, с гинекологической заболеваемостью – 32,6%, с экстрагенитальной патологией – 64,1%; прогнозный риск возникновения акушерской и гинекологической патологией, начиная с пубертатного возраста, составляет  $28,0 \pm 0,55$ ; каждая пятая девочка-подросток по результатам антропологического исследования подлежит диспансерному наблюдению; средний возраст риска акушерской и перинатальной патологии составил 17 лет.

В 18 ВУЗах и 13 колледжах города Астаны, за последние три года проведен профилактический осмотр 10255 студенток. Во время профилактических осмотров проводилось анкетирование по специально составленной анкете, которая состояла из 5 разделов и включала 67 вопроса. С помощью методов клинической антропометрии и оценке полового созревания были определены группы с нарушением физического и полового созревания, с гинекологической заболеваемостью, с экстрагенитальной заболеваемостью и отягощенным перинатальным анамнезом, которые выделены для диспансерного контроля, с последующим детальным обследованием и коррекцией выявленных нарушений. Диспансеризации подлежали 26% девушек, из них отобраны 1507 (14,7%) студенток-подростков, которые отнесены в группу повышенного риска по нарушениям в репродуктивной системе (возраст 15-20 лет).

В настоящем исследовании проведены исследования по оценке физического и полового развития у 1507 (2001-2003 гг.) студенток-подростков с целью выявления групп риска на перинатальные осложнения и разработки мер профилактики. Основной контингент составили студентки колледжей и ВУЗов в возрасте от 15 до 20 лет. Данные по возрастному составу показали, что основная часть студенток составила в возрасте 16-18 лет. Большинство обследованных (66,8%), лица коренной национальности – казашки. Часть родились и выросли в других регионах республики, или являлись уроженками других регионов страны с различной длительностью проживания в данной местности. Следует полагать, что все студентки-

подростки адаптированы к климатогеографическим условиям Северного региона Республики Казахстан.

Также отобраны для клинического исследования 1507 студенток-подростков колледжей и ВУЗов г. Астаны в возрасте 15-20 лет.

Анализ частоты экстрагенитальных заболеваний показал, что большинство подростков перенесли детские инфекции, грипп, острые респираторные заболевания. Причем, примерно у четверти из них заболевания повторялись несколько раз в течение года (26,21%). Из других перенесенных заболеваний заслуживают внимания: анемия у 614 (51,6%); заболевания сердечнососудистой системы у 125 (10,5%); заболевания органов дыхания у 66 (5,6%); заболевания органов мочевого выделения – 179 (15%); заболевания печени, желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта – 33 (2,8%), ангина и хронические тонзиллиты – 645 (54,2%). Кроме того, выявлены подростки, в анамнезе которых имелись такие заболевания, как инфекционный миокардит, ревмокардит, туберкулезная интоксикация (1,04%)

Низкий уровень репродуктивного здоровья выявлен у  $26,0 \pm 0,53\%$  студенток, что позволяет их отнести в диспансерную группу высокого риска нарушения репродуктивного потенциала: нарушение физического развития  $3,05 \pm 0,1\%$ , длительное становление менструального цикла  $9,33 \pm 0,5\%$ , дисменорея  $40,15 \pm 1,41\%$ , позднее менархе  $25,79 \pm 1,56\%$ , инфантилизм  $24,30 \pm 0,45\%$ , детские инфекции  $74,60 \pm 1,71\%$ , ангина и хронический тонзиллит  $54,20 \pm 0,96\%$ , анемия  $51,60 \pm 0,93\%$  и другие экстрагенитальные заболевания  $78,97 \pm 1,73\%$ , воспалительные заболевания женских половых органов  $26,50 \pm 0,52\%$ . Среди осложнений беременности у студенток подростков одно из ведущих мест занимает железодефицитная анемия  $73,0 \pm 3,5\%$ , угроза прерывания беременности  $25,5 \pm 2,0\%$ , поздние гестозы  $31,0 \pm 2,5\%$  ( $P < 0,05$ ).

В родах отмечены такие осложнения как: несвоевременное излитие околоплодных вод  $46,5 \pm 2,0\%$ ; аномалии родовой деятельности  $8,5 \pm 1,0\%$ ; акушерские кровотечения  $6,0 \pm 0,5\%$ ;

На основе комплексной оценки полученных данных с учетом прогноза выделены три группы различной степени риска развития возможных перинатальных осложнений с пубертатного периода:

I. Группа «высокого» риска – группа неблагоприятного прогноза, в неё входят подростки-студентки, у которых сумма баллов более +22, вероятность возникновения перинатальных осложнений до 80%.

II. Группа «среднего» риска – группа «внимания» включает подростков-студенток, у которых сумма баллов от +5,5 до +20, вероятность возникновения осложнений до 50%.

III. Группа «минимального» риска – группа благоприятного прогноза состояла из подростков-студенток, получившие наименьшую оценку баллов от +5,5 до 0. Вероятность возникновения перинатальных осложнений была минимальной.

Заболеваемость инфекциями передающимися половым путем высока. Так в 2005 году зарегистрировано 453 случая сифилиса и гонореи среди подростков в возрасте 15-17 лет [1,5].

По официальным статистическим данным наблюдается широкое распространение факторов риска среди молодежи. Средний возраст начала употребления вредных веществ составляет: табакокурение и алкоголь в 13 лет, наркотики – 12 лет. Уровень употребления наркотиков среди подростков в возрасте 12-14 лет составляет 20%, среди молодежи – 40%. Распространенность табакокурения среди подростков и молодежи – 21% (НЦПЗОЖ, 2001г.) [1,5,6].

Социальные причины становятся определяющими факторами поведения подростков, причиной нездорового образа жизни, представляющими угрозу репродуктивному здоровью и потенциалу подростков.

Анализ исследований ЮНИСЕФ (2005г.) и более 30-ти летний опыт работы кафедр акушерства и гинекологии ВУЗов г. Караганды и Астаны, показывают высокий уровень потребности развития сферы медицинских услуг для подростков и молодежи: студенческих поликлиник и/или клиник дружественных молодежи. Основными задачами являются: работа с молодежью группы риска, проведение социологических исследований, оказание консультативной помощи по межличностным проблемам, снятие «кризиса» при социальной

агрессии или нежелательной беременности, создание банка данных, оказание диагностических и лечебных услуг.

*Литература:*

1. Состояние здоровья населения и система здравоохранения Республики Казахстан 1991-2000 годы //Статистический сборник. - Астана,2001. - 53с.
2. Кульбаева К.Ж, Шамова А.К., Сарсембаева Р.Т. Организации диспансерного наблюдения девочек-подростков//Методическая рекомендация. - Астана. - 2003.-14с.
3. Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения// стат.сборник.- Астана.- 2010. - с.13
4. Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки //Медицинские новости.- 2007.- № 3.- С. 40-45.
5. Шамова А.К., Рахыпбеков Т.К., Кульбаева К.Ж. Организация гинекологической и акушерской помощи девушкам- подросткам//метод.пособие. - Астана. - 2010. - 42с.
6. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб.: ООО «Изд-во «Петрополис», 2000.

*Түйін*

**ЖАСТАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ҚҰРЫЛҒЫЛАРЫ**

*К.Ж. Кульбаева, А.К. Шамова*

*Біздің Астана және Қарағанды қалаларында жүргізген тексеру қорытындыларымыз жасөспірім-қыздардың репродуктивті функциялар патологиясы бойынша жыныстық және физикалық дамуында бұзылыстар тәуекелінің факторын анықтауға мүмкіндік берді.*

*Тәуекел факторына физикалық және жыныстық бұзылыстар, гинекологиялық және соматикалық аурулар, әлеуметтік факторлар жатады. Зиянды заттарды қолдануды бастағандардың орташа жасы мынадай: темекі тарту және алкоголь – 13 жасан, есерткі – 12 жасан. 12-14 жас аралығындығы жасөспірімдер ішінен есерткі қолданатындар денгейі 20%, жастар арасында -40% құрайды.*

*Әлеуметтік себептері жасөспірімдердің репродуктивті денсаулықтарына және әлеуметтеріне қауіп төндіретін салауатсыз өмір салтын ұстанушылардың тәрбие факторларын анықтаушылар болып табылады.*

*Summary*

**REPRODUCTIVE FIXATION OF HEALTH CONDITION OF TEENAGERS AND YOUTH**

*K.Zh. Kulbayeva, A.K. Shatova*

*We performed a analyses in Karaganda and Astana, which allowed us to determine risk factors for violations of sexual and physical development, create dispensary at risk for pathology of the reproductive function in adolescent girls. Risk factors include disorders of physical and sexual development, gynecological and somatic morbidity, social factors. The average age of onset of use of hazardous substances are: tobacco and alcohol in 13 years, drugs - 12 years. The level of drug use among adolescents aged 12-14 years is 20%, among young people - 40%. Social causes are the determining factors of adolescents, the cause of unhealthy lifestyles that threaten reproductive health and potential of young people.*

УДК 615.099.084

**КАДРОВАЯ СТАТИСТИКА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

*Р.З. Магзумова*

*АО «Медицинский университет Астана»*

**Введение.** В настоящее время для медицинской организации одной из сложных, но в то же время жизненно важных и необходимых задач является задача создания и обеспечения эффективного функционирования системы управления человеческими ресурсами. «Наиболее актуальным на сегодняшний день является уровень мозгового потенциала человеческих ресурсов, здесь же знания, интеллект, креативность и инновационность [1].

**Целью исследования** явилось оценить кадровую статистику в медицинских организациях республиканского и городского уровня. В РК и провести сравнительный анализ с зарубежными клиниками.

**Материалы и методы:** изучаемый период составил 2009 год. Источниками исследования были статистические отчеты (формы К – 1 и К – 3), отчет Vamed, Р.Тойха № 520/02112009. Расчет показателя текучести кадров вычислялся по формуле:  $TK = \frac{CpЧу}{CpЧсотр} \cdot 100\%$ , где ТК – текучесть кадров; CpЧу – среднегодовая численность уволенных; CpЧсотр – среднегодовая численность сотрудников.

**Результаты и обсуждения:** Анализируя, данные медицинских кадров, за весь период существования АО «ННЦМД», нами получены следующие результаты: текучесть кадров - 24,7 %, считается как излишняя текучесть кадров (свыше 5 %), которая отрицательно сказывается на моральном состоянии оставшихся работников, на их трудовой мотивации и преданности организации. Чем выше показатель текучести, тем ниже стабильность персонала. Для управления человеческими ресурсами важен не только сам показатель текучести кадров, но и причины по которым люди покидают организацию – неудовлетворительные условия труда, неинтересная работа, отсутствие перспектив профессионального роста и другие [2]. Нами проведено интервьюирование по телефону уволившихся сотрудников за период 2009 года. На интервью - анкетировании медицинского персонала выявлены причины увольнения: неудовлетворенность руководством - 21,0%; психологический климат - 30,2%; отсутствие перспектив профессионального роста - 23,7%; неудовлетворительная зарплата - 25,1%. Как видно наиболее весомая причина - неудовлетворенность руководством, это понятно, происходит смена руководства и передача иностранной компании, а это влечет недовольство со стороны работников и смену персонала, так как новые идеи и стратегии требуют дополнительных специалистов, а где – то даже и смены некоторых работников. Покинувшим медицинским сотрудникам по собственному желанию было не затруднительно принять решение об уходе, так как на сегодняшний день существует острая проблема недостаточности медицинских кадров. Также причина оттока еще и в неудовлетворительной зарплате 25,1%. Согласно доказанным исследованиям излишняя текучесть кадров приводит к экономическим потерям. По оценкам затраты на замену рабочих составляют 7–12% их годовой заработной платы; специалистов 18–30%; управляющих 20–100% [3].

Для сравнения нами также был рассчитан показатель текучести кадров в АО «Национальный научный центр нейрохирургии», АО «Республиканский диагностический центр», ГККП «Городская поликлиника №6», ГККП «Городская детская больница №1», которые мы сравнили с клиниками США, Сингапура и Австрии (таблица 1).

**Таблица 1 - Сравнительные данные показателя текучести кадров медицинских организаций РК с зарубежными клиниками США, Сингапура и Австрии**

| Медицинская организация | Kings County Hospital США | Parkway Hospital, Сингапур | Vienna General Hospital, Вена | АО ННЦ МД РК | АО ННЦН Х РК | АО РДЦ РК | «ГП №6» | «ГБ№ 1» |
|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|-----------|---------|---------|
| Показатель (%)          |                           |                            |                               |              |              |           |         |         |
| Текучесть кадров        | 4                         | 0                          | 6                             | 24,7         | 26,2         | 15,8      | 23,3    | 19,2    |
| Средний показатель      | 5                         |                            |                               | 21,8         |              |           |         |         |

Из таблицы 1, видно, что средний показатель текучести кадров в зарубежных клиниках в 4-7 раз ниже показателя текучести кадров в клиниках РК. Например, в Австрийском госпитале показатель текучести кадров среди медицинских сестер выше и составляет - 8%, чем среди врачей - 5%, среднее пребывание врачей на работе – 7 лет; приблизительно похожие данные



по госпиталю США, Kings County Hospital – 5-7%. Основной причиной увольнения среди врачей является перспектива работы в другом госпитале, а среди среднего медицинского персонала - неудовлетворенность работой. Напротив, в Сингапурских клиниках нет текучести кадров, за последние пять лет не было ни одного случая увольнения среди врачей и среднего медицинского персонала. Где, как в наших ЛПУ показатели текучести кадров примерно находятся на одном уровне, несмотря на стаж существования медицинских организаций. В АО «ННЦНХ» текучесть кадров составила 26,15%, в АО «РДЦ» - 15,88, ГККП «ГП №6» - 23,29 и ГККП «ГБ №1» - 19,2 %. Таким образом, следует отметить, что, несмотря на стаж медицинских организаций, отмечается излишняя текучесть кадров, что является допустимым значением для новых медицинских организаций, в частности дочерних организации АО «НМХ» (таблица 2).

**Таблица 2 - Характеристика зарубежных и отечественных ЛПУ**

| Медицинская организация / Характеристика | Kings County Hospital I США | Parkway Hospital, Сингапур | Vienna General Hospital, Вена | АО ННЦМ Д Астана | АО ННЦ НХ | АО РДЦ | ГККП «ГП №6» | ГККП «ГД Б№1 |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------|-----------|--------|--------------|--------------|
| Год основания госпиталя                  | 1900                        | 1970                       | 1700                          | 2007             | 2008      | 2008   | 1990         | 1990         |
| Численность персонала                    | 1986                        | 1543                       | 1576                          | 1237             | 564       | 344    | 250          | 120          |
| Штатная структура отдела кадров          | 26                          | 15                         | 8                             | 6                | 5         | 4      | 1            | 1            |

Анализируя показатели укомплектованности и недостаточности медицинских кадров в АО «ННЦМД», получили следующие результаты исследования: укомплектованность врачами составила – 85,6%, СМП – 77,6%, ММП – 82,8%, а недостаточность – 14,4%, СМП – 22,4%, ММП – 17,2%. Средний показатель укомплектованности кадров по АО «ННЦМД» составил 80,9%, что является низким показателем по сравнению с клиниками США и Австрии, где отмечается 95% укомплектованность, а в Сингапуре - 100% укомплектованность кадрами.

**Заключение.** Таким образом, излишняя текучесть кадров снижает производительность труда тех сотрудников, которые намерены уходить, но и тех, которые продолжают работать, то есть на жизни всей организации, а в итоге, мешает создавать эффективно работающий коллектив, отрицательно влияет на корпоративную культуру медицинской организации.

*Литература:*

1. Голубков Е. П. Анализ текучести кадров на предприятии // Менеджмент в России. - 2006.- №4. - с.23-29.
2. Гольцов А. В. Методы снижения текучести кадров // Маркетинг. - 2006. - № 2. - с.39-43
3. Долбунов А. А. Текучесть кадров - основная проблема предприятий// Маркетинг. - 2006. - № 12. - с.57-64

**Түйін**  
**МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДІҢ КАДРЛЫҚ СТАТИСТИКАСЫ**

*Р.З. Магзумова*

*Кадр қызметкерлерінің ауысуы жоғары болса, қызметкерлердің тұрақтылығы төмен болады. Бүгінгі күнге, республикалық қатардағы медициналық мекемелерде қызметкерлердің ауысып кету деңгейі жоғары, және осы жағдайды басқару жүйесі бұл көрсеткішті анализдаулары қажет, кадрлардың физикалық шамасын анықтадық, ал білім шамалары жоғарырық болуы мүмкін.*

Summary  
STAFF STATISTIC OF MEDICAL ORGANIZATIONS

R.Z. Magzumova

The higher the yield, the lower the stability of staff. To date, the medical organizations of the national-level high turnover of staff and managers need to analyze this indicator, as we have defined the physical turnover of staff, and mental capabilities above.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**БИОРИТМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФ ПРИ  
НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ**

А.Е. Абжанова  
АО «Республиканский Диагностический Центр», Астана

**Введение.** В условиях горнорудного производства работающие, как правило, подвергаются воздействию комплекса неблагоприятных факторов, среди которых шум, вибрация, психоэмоциональный стресс являются наиболее распространенными [2]. Валунов и соавторы [3] считают, что производственные факторы шахтной среды оказывают комплексное влияние на организм человека, проявляющиеся изменениями со стороны нервной, сердечно-сосудистой и других систем. В результате возможно возникновение срыва адаптационных механизмов регуляции, сопровождающиеся снижением компенсаторных возможностей кардио- и цереброваскулярной системы у значительного числа работников виброшумовых профессий. Некоторыми авторами [5] отмечено, что при постоянном воздействии шума и вибрации снижается общая энергетическая мощность спектра ЭЭГ, а также интенсивность кровенаполнения в основных сосудистых бассейнах мозга.

В связи с последними данными об увеличении заболеваемости гипертонической болезнью, ИБС, цереброваскулярными заболеваниями среди горняков Карагандинского угольного бассейна [1] представляется важным выявление ранних донозологических форм сосудистых нарушений. Компьютерный анализ электрофизиологических показателей, а также изменений этих параметров под влиянием патогенных факторов открывает возможность своевременного устранения регуляторных сдвигов при развитии состояния напряжения компенсаторно-приспособительных систем [4].

**Цель исследования** - установить особенности взаимодействия биоритмической структуры ЭЭГ у горнорабочих при начальных проявлениях сосудистой мозговой недостаточности.

**Материалы и методы.** Обследовано 62 горнорабочих угольных шахт в возрасте 40 - 55 лет. Весь контингент обследованных распределен на три группы. Первую группу составили 24 шахтера с синдромом надсегментарной вегетативной дистонии (СВД); вторую - 20 шахтеров с гипертонической болезнью; третью 18 человек с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения (НПКМ). Контрольная группа представлена 15 практически здоровыми шахтерами.

У всех обследованных регистрировалась ЭЭГ. Использована схема, рекомендованная международной федерацией обществ ЭЭГ и известная как схема «10-20» (Fp1, Fp2, P3, P4, O1, O2). Регистрация ЭЭГ осуществлялась на энцефалографе фирмы «Медикор».

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных результатов проводился путем сравнения уровней условных и безусловных вероятностей, между контрольной и тремя опытными группами.

У здоровых лиц в графах интракортикального взаимодействия выявлены значимые взаимодействия между лобными областями ( $0,299 \pm 0,018$  и  $0,283 \pm 0,018$ ), теменными ( $0,388 \pm 0,024$ ) и затылочными областями ( $0,388 \pm 0,024$  и  $0,319 \pm 0,014$ ), что свидетельствовало о последовательном возбуждении симметричных зон и, следовательно, последовательной продукции волн ЭЭГ в различных областях коры головного мозга. Уровень активности структур головного мозга имел тенденцию к увеличению в направлении от лобных к затылочным областям. У лиц контрольной группы имело место равное соотношение входящих и выходящих потоков вероятности активации структуры в лобных и затылочных областях правого и левого полушария.

В структуре интракортикального взаимодействия различных зон коры полушарий у больных СВД отмечались значимые связи между лобными областями ( $0,321 \pm 0,008$  и  $0,282 \pm 0,008$ ). В отличие от ЭЭГ контрольной группы была снижена вероятность продукции ЭЭГ активности в теменной области вслед за ее продукцией в симметричной точке. Вероятность возникновения ЭЭГ активности в теменных зонах не зависела от продукции ее в каком-либо полушарии. По сравнению с контрольной группой, возникло значимое теменно-затылочное взаимодействие в левом полушарии ( $0,251 \pm 0,010$   $p < 0,01$ ).

Наряду со сниженной активностью теменных областей имело место уменьшение межполушарной передачи сигнала справа налево и выравнивание вероятностных взаимоотношений.

Пространственная организация взаимодействия исследуемых зон коры больших полушарий в группе больных НПНКМ характеризовалась наличием значимых переходов между симметричными участками полушарий: лобными ( $0,365 \pm 0,014$  и  $0,284 \pm 0,010$ ) и затылочными ( $0,365 \pm 0,025$  и  $0,319 \pm 0,024$ ), что существенно не отличалось от таковых в контрольной группе. Однако, отмечалось снижение вероятности перехода сигнала от правой теменной области к левой в 1,5 раза ( $0,258 \pm 0,023$   $p < 0,05$ ).

Имелись изменения функциональных связей в сравнении с группой здоровых. Например, показано, что увеличились незначимые взаимодействия теменных областей с односторонними лобными и затылочными зонами, в большей степени справа, уменьшились межполушарные связи между несимметричными зонами.

В группе больных НПНКМ входящие и выходящие потоки во всех исследованных зонах коры головного мозга имели почти равное соотношение в отличие от группы контроля, где имелась асимметрия соотношения потоков в теменных областях, что можно расценивать как снижение адаптивных возможностей ЦНС.

В графах пространственных интракортикальных взаимодействий, в группе больных гипертонической болезнью происходил существенный рост вероятности возникновения ЭЭГ активности в теменной области слева, а также условная вероятность возникновения ЭЭГ активности в лобной области. Характерно сглаживание межполушарной асимметрии по соотношению входящих потоков в лобных отведениях. Активность теменных областей имела тенденцию к снижению. В группе больных гипертонической болезнью отсутствовал лобно-затылочный градиент активизации исследованных зон коры, который характерен для группы здоровых обследуемых.

Таким образом, исследование структуры вероятностей возникновения ЭЭГ активности в исследуемых зонах коры больших полушарий носило определенную закономерность и исчезновение асимметрии в вероятности продукции ЭЭГ сначала в правой теменной области и лишь потом в левой, что может служить критерием снижения адаптационных компенсаторно-приспособительных возможностей.

В ЭЭГ в состоянии абсолютного сенсорного покоя в обследованной группе здоровых шахтеров имела место равная вероятность появления волн ЭЭГ альфа- и бета класса. Отмечался хорошо выраженный лобно-затылочный градиент как по выраженности бета-, так и альфа волн. Выраженность в исследуемых реализациях ЭЭГ медленных тета- и дельта волн незначительна.

В ЭЭГ больных с СВД в состоянии абсолютного сенсорного покоя мощность бета и альфа волн не отличалась от таковой в контрольной группе. Сохранялся выраженный лобно-затылочный градиент по альфа- активности и обратный ему градиент по бета- активности. В лобных зонах обоих полушарий произошло увеличение в 1,5 раза безусловной вероятности появления тета ( $0,098 \pm 0,010$   $p < 0,05$  справа и  $0,094 \pm 0,008$   $p < 0,01$  слева), дельта- волн - в 2 раза ( $0,004 \pm 0,002$   $p < 0,05$  слева и  $0,003 \pm 0,001$   $p < 0,01$  справа).

В структурной организации ЭЭГ в доминантном полушарии при закрытых глазах высокими безусловными вероятностями возникновения, обладали альфа- ритм, в меньшей степени - бета- ритм.

У больных с НПНКМ распределение по мощности альфа- активности не нарушено, и имело место наличие лобно-затылочного градиента.

Распределение по зонам коры больших полушарий бета активности такое же, как и в группе здоровых, фокус активности данного диапазона находился в лобных областях и уменьшается в направлении к затылку. Происходило снижение по сравнению с группой здоровых вероятности появления бета волн во всех областях коры, причем достоверное снижение отмечено в правой лобной зоне ( $0,407 \pm 0,037$   $p < 0,05$ ). Такое снижение связано с возрастанием доли медленноволновых компонентов в структуре ЭЭГ. Так, дельта индекс увеличился во всех зонах. Содержание тета- ритма в ЭЭГ увеличилось во всех отведениях в 2 - 2,5 раз.

Группа больных ГБ характеризовалась тенденцией к снижению доли бета волн в структуре ЭЭГ. Распределение альфа активности по различным зонам больших полушарий головного мозга, не нарушено, хотя и отмечалась тенденция к повышению вероятности появления альфа волн в реализации ЭЭГ. Вероятности появления в ЭЭГ медленноволновых компонентов увеличились во всех отведениях. Достоверное повышение доли тета- ритма в структуре ЭЭГ произошло в правой лобной области, дельта-ритма - в лобных областях как справа, так и слева.

**Выводы.** Таким образом, проведенные исследования показали, что возникновение нарушений в функциональном состоянии коры больших полушарий головного мозга зависит от степени выраженности сосудистой дисрегуляции. Интракортикальные взаимодействия по условной вероятности продукции ЭЭГ указывают на различный характер связей и активности полушарий. Максимальные изменения в организации биоритмической структуры выявлены в группах больных с гипертонической болезнью и НПНКМ, причем вероятность появления ЭЭГ медленноволнового диапазона выше у последних. Применяемый подход дает возможность оценить степень нарушений мозгового гомеостаза в зависимости от характера сосудистой патологии у горнорабочих.

#### *Литература*

1. Абдрахманова М.Г., Сосновский Й.А. Некоторые аспекты возникновения и диагностики цереброваскулярной патологии у рабочих угольных шахт//Медицина экология-2001. -№ 2.-С. 12-16
2. Аманбеков У.А. Вибрационная болезнь горнорабочих угольных шахт.-Алматы: Гылым, 1998. - 203 с.
3. Валунов В.Д. Митрофанов В.В. Эколого-гигиенические и медицинские аспекты диагностики и профилактики заболеваний при воздействии физических факторов производственной среды. // Материалы междунар. конф. -Великий Новгород, - 1999. - С. - 154:-157.
4. Василевский Н.Н. Биоритмологические механизмы адаптивной саморегуляции функций: связность и цикличность межкомпонентных и межсистемных взаимодействий// Физиол. журнал СССР.-1989-г.75-№10.-С. 1177-1183.
5. Короткова О.А., Максакова О.А., Дьякова ЦБ. Особенности мозговой организации праксиса позы человека//Физиология человека. 2002г. № 1. С. 12 -17

#### **Түйін**

### **ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ ПАТОЛОГИЯНЫҢ БАСТАПҚЫ КӨРІНІСТЕРІ КЕЗІНДЕГІ ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯНЫҢ БИОРИТМИКАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ**

*А.Е. Абжанова*

*Бас ми кырғысынын функционалды бұзылыстарының пайда болуынан қан тамыр дисрегуляциясы байқалады. Бас ми гомеостаз бұзыластырының дәрежесін анықтауға пайдаланылған эдіс қан тамыр патологиясынын түріне байланыстылығын бағалауға мүмкіндік береді.*

Summary

**BIORITMICAL STRUCTURA OF ECHOENCEPHALOGRAPHY IN PRIMARY MANIFESTATION OF CEREBRAL-VASCULAR PATHOLOGY**

A.E.Abzhanova

*Appearance of disturbances in functional condition of cerebral cortex depends on the degree of vascular disregulation. The applied method gives possibility to estimate the degree of cerebral homeostasis disturbance depending on the character of vascular pathology.*

**УРОИНФЕКЦИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Н.К. Аймуkenov

ГККП Городской родильный дом г.Жанаозен

**Введение.** С учетом трудностей подбора антимикробной терапии у беременных с ИМВП, высоким уровнем резистентности микроорганизмов, а также аллергизации населения, встает вопрос о возможности альтернативных методов лечения.

В последние годы в медицинской практике стал широко применяться комбинированный препарат растительного происхождения Канефрон Н (Бионорика, Германия). Имеются серьезные работы, касающиеся использования препарата у беременных женщин для профилактики и лечения ИМВП [1,2,3].

**Цель исследования** - оценить эффективность препарата канефрон для санации мочевыделительных путей у беременных, а также возможное влияние на состояние плода и новорожденного.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 38 женщин, которые во время беременности, в связи с различными проявлениями ИМВП, получали канефрон в стандартной дозировке 50 капель 3 раза в день. Исследование проводилось в 2004-2005 годах. Средний возраст пациенток составил  $25,7 \pm 5,4$  лет.

Первородящих женщин - 25 (65,8%), повторнородящих - 13 (34,2%). У большинства обследованных пациенток до наступления беременности имелись инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) (17—44,7%), кандидозный вагинит (8-21%) и бактериальный вагиноз (3-7,9%). Искусственные аборт по желанию женщины или по медицинским и социальным показаниям в различные сроки были у 16 (42,1%) человек. Гинекологические заболевания воспалительного генеза отмечены у 8 (21%) женщин. 5 пациенток (13,2%) в прошлом обследовались и лечились по поводу бесплодия. У 3 женщин (7,9%) в анамнезе выявлено привычное невынашивание.

В структуре соматических заболеваний до беременности следует отметить хроническую железодефицитную анемию (7-18,4%), артериальную гипертензию различного генеза (9-23,7%), ожирение (5-13,2%), заболевания желудочно-кишечного тракта (7-18,4%), варикозную болезнь (3-7,9%), поражения центральной нервной системы травматического (1-2,6%) и врожденного характера (1-2,6%).

Все наблюдавшиеся беременные имели различные инфекции мочевыделительных путей. Хронический пиелонефрит был у 10 (26,3%), гестационный — у 14 (38,8%), выраженная атония мочевых путей — у 3 (7,9%), хронический цистит — у 3 (7,9%), нейрогенный мочевой пузырь — у 2 (5,3%). У 5 женщин (13,2%) на протяжении беременности отмечалась длительная бессимптомная бактериурия. В двух случаях наличие хронического пиелонефрита сочеталось с мочекаменной болезнью. У 22 (57,9%) пациенток периодически отмечалась незначительная протеинурия (среднее количество белка в моче  $0,58 \pm 0,21$  г/л). Бактериурия в количестве 105КОЕ и выше была у 25 (65,8%), лейкоцитурия — у 18 женщин (47,4%). У 6 женщин (15,8%) с хроническим пиелонефритом во время беременности обострения инфекционного процесса не было. Беременность у большинства женщин протекала с осложнениями. У 12 человек (31,6%) имелись отеки различной степени выраженности. Преэклампсия легкой степени отмечена у 7 (18,4%). Тяжелых форм гестоза в обследованной группе не было. У 7 беременных (18,4%) было диагностировано умеренное многоводие. Признаки хронической внутриутробной гипоксии плода по данным биомониторного контроля после 30 недель выявлены у 12 женщин (31,6%). Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам выявило наличие *E. Coli* у 17 (44,7%) беременных. В единичных случаях встречались *Staphylococcus saprophyticus* (2—5,3%) и *Enterococcus faecalis* (2-5,3%). К сожалению, в ряде случаев забор анализа

мочи на бакпосев производился на фоне уже начатой антимикробной терапии, что снижало информативность метода.

**Результаты и обсуждение.** Всем беременным с ИМВП после обследования назначена соответствующая терапия. 14 женщин (36,8 %) получали монотерапию канефроном в стандартной дозировке, в том числе 6 из них успели пройти 2 курса лечения. Это были, преимущественно, беременные с бессимптомной бактериурией, атонией мочевых путей, хроническим пиелонефритом и хроническим циститом вне обострения. Остальные пациентки (с острым пиелонефритом, обострением хронического цистита или пиелонефрита, нейрогенным мочевым пузырем) получали комбинированное лечение. Как правило, назначались препараты из категории А и В, чаще цефалоспорины. Другие антимикробные средства, разрешенные для применения во время беременности, использовались редко, что было обусловлено спектром чувствительности микрофлоры или непереносимостью препаратов. На этом фоне обязательно назначался канефрон. Нами учитывались особенности данного многокомпонентного препарата, которые могли благоприятно влиять с учетом основного диагноза и беременности. Препарат оказывает антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочевыделительную систему на разных уровнях. Кроме того, по данным литературы, доказан умеренный диуретический эффект и потенцирующее действие канефрона на фоне приема антибиотиков [4,5]. Начальный курс лечения назначался в сроки от 11 до 30 недель. Не зависимо от монотерапии или комбинированного лечения у всех беременных к моменту родов удалось достигнуть санации мочевыделительных путей. Во всех случаях бактериурия была ликвидирована. Средний уровень протеинурии снизился ( $0,23 \pm 0,10$ г/л). Отмечен положительный эффект со стороны отеков и увеличение суточного диуреза. Случаев индивидуальной непереносимости препарата или появления аллергических реакций у обследованных женщин не было.

Беременность завершилась родами у 38 женщин, в том числе у двух — преждевременными. При анализе случаев преждевременных родов установлено, что причиной недонашивания явились истмико-цервикальная недостаточность и отягощенный акушерский анамнез (привычное невынашивание). У 36 (94,7 %) наблюдавшихся пациенток роды были срочными. Спонтанные или индуцированные роды через естественные родовые пути произошли у 32 беременных (84,2%). В 4 случаях (10,5%) роды закончились операцией кесарева сечения. В двух случаях показаниями к срочному оперативному родоразрешению явились клинически узкий таз и слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции. У двух женщин были плановые показания для операции вследствие поражения центральной нервной системы (параплегия). Частота операции кесарева сечения в обследованной группе составила 10,5 %, что значительно ниже, чем в современной популяции. Случаев хориоамнионита, гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде среди 38 женщин не выявлено. Следует отметить, что при контрольном анализе мочи у женщин в послеродовом периоде во всех случаях достигнута санация. Некоторым роженицам было рекомендовано продолжить прием канефрона.

Родилось 38 детей, в том числе двое недоношенных. Средняя масса новорожденных при рождении составила  $3125 \pm 730$  г. У 3 родившихся (7,9%) имелась гипотрофия I степени. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов отмечена у 34 детей (89,5%), 6-7 баллов - у 4 (10,5%). Случаев асфиксии средней и тяжелой степени не зарегистрировано. Нормальное течение адаптационного периода было у 31 новорожденного (81,6%). Два ребенка нуждались в обследовании и специальных условиях выхаживания в связи с недоношенностью (масса при рождении 2380 и 2200 г). В одном случае отмечена гипогликемия новорожденного. Естественно, что под особым наблюдением находились 4 ребенка, которые родились в состоянии легкой асфиксии. К моменту выписки все новорожденные находились на естественном вскармливании при достаточной лактации и в дальнейшем были выписаны домой вместе с мамами. Случаев перевода новорожденных на II этап выхаживания не было.

**Выводы.** Таким образом, наше исследование показало, что канефрон оказался весьма эффективным препаратом. Он хорошо переносился беременными женщинами. Следует отметить, что среди пациенток, получавших канефрон, не было случаев тяжелого гестоза и инфекционных осложнений в послеродовом периоде. Нам представляется, что канефрон может использоваться на этапе прекоцепционной подготовки в любые сроки беременности при наличии факторов риска развития или клинических формах инфекций мочевыводящих путей.

#### *Литература*

1. Дядык А.И., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. и др. Инфекции мочевыводящих путей при беременности. //Український хіміотерапевтичний журнал. - 2000. - № 3. - С. 3-6.

2. Елохина Т.Е., Орджоникидзе Н.В. Новые подходы к профилактике заболеваний мочевыводящих путей у беременных // Мед. кафедра. -2003. -№1. -С. 88-94.
3. Кулаков В.И., Анкирская А.С. и др. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных. //Клин, микробиол. и анти микроб, химиотерап. — 2004. — Т. 6, № 3. - С. 218-223.
4. Кречмери С., Хромек Д., Лечение инфекций нижних отделов мочевыводящих путей у беременных. // Клин, микро-биол. и антимикроб, химиотерапия. - 2001. -Т. 3, №4.-С. 371-375.
5. Репина М.А., Крапивина Е.Г., Колчина В.А., Стамбулова О. А. Современные подходы к коррекции нарушений функции почек у беременных женщин // Ж. акуш. жен. болезн. -2004.-Т. LIII, Вып. 2. -С. 48-53.

*Түйін*

**ЖҮҚТІЛІК КЕЗІНДЕГІ УРОИНФЕКЦИЯ**

*Н.К. Аймуkenov*

*Мақала жүктілік кезіндегі уроинфекцияға арналған. Жүкті әйелдердің қандай өзгерістері болады, және қандай антибиотик тандап қабылдауы керек, оның ұрыққа қандай әсері бар. Канефрон дәрісін пайдалығы көрсетілген.*

*Summary*

**UROINFECTION DURING PREGNANCY**

*N.K. Aymukenov*

*The article presents literature review dedicated by problem of urine tract infections during pregnancy. The peculiarities of pregnancy and labor and delivery in women with urine tract infections, newborns well-being were studied. There were shown the role of Canephron in urine tract sanitation, and its effects on fetus and newborn.*

**АНАЛИЗ ЗАПУЩЕННЫХ СЛУЧАЕВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Р.Ж. Балгожина*

*ГККП «Акмолинский областной онкологический диспансер», Кокшетау*

**Введение.** Состояние заболеваемости населения злокачественными новообразованиями, как эконпатологическая проблема в последнее десятилетие является актуальной, поскольку отмечается тенденция к увеличению частоты и тяжести этого заболевания [1,2].

Уровень онкозаболеваемости является одним из важнейших показателей здоровья населения и злокачественные новообразования, как класс патологических состояний остаются приоритетными не только потому, что занимают 2-3 место среди причин - смерти, но из-за закономерного роста их частоты [3,4,5,6]. Показатель заболеваемости в странах СНГ в 2005г. по отношению к показателю за 1999г. составил 50,2%, при среднегодовой заболеваемости за последние 5 лет 123 на 100 тыс. населения [7,8].

Комплексных исследований, по выяснению запущенных случаев злокачественных новообразований в Акмолинской области не проводилось, в связи с чем актуальность настоящего исследования не вызывает сомнения.

**Целью данного исследования** явилось анализ онкозаболеваемости с целью выявления причин запущенных случаев.

**Материалы и методы.** Проведено исследование по выявлению причин запущенных случаев онкозаболеваний в Акмолинской области по данным годовых отчетов за период 2005-2009г.г.

Возрастная структура онкозаболеваемости во всех исследуемых районах характеризовалась преобладанием числа больных в возрасте от 40 до 60 лет, что говорит о преобладании работоспособного населения.

**Результаты и обсуждение.** Пятилетнее наблюдение показало, что в целом наблюдается снижение заболеваемости и смертности в 1,1 раза в 2009г. по сравнению с показателями 2005г. (таблица 1), число больных с впервые выявленным диагнозом рака соответственно снизилось в 1,1 раза.

**Таблица 1 – Основные показатели онкопатологии по Акмолинской области за период 2005 - 2009г.г.**

| Годы | Население | Заболееваемость онкопатологией на 100тыс. населения | Смертность от онкопатологии на 100 тыс. населения | Состоит на диспансерном учете больных с онкопатологией | Из них впервые выявленных |
|------|-----------|---|---|--|---------------------------|
| 2005 | 746824    | 230,7   | 144,2   | 6129   | 1723                      |
| 2006 | 746652    | 208,9   | 134,5   | 6408   | 1560                      |
| 2007 | 747884    | 229,1   | 141,7   | 6616   | 1715                      |
| 2008 | 747447    | 219,6   | 129,2   | 6609   | 1641                      |
| 2009 | 744686    | 211,3   | 132,0   | 6636   | 1566                      |

Число запущенных случаев онкозаболеваний из года в год снижается, как видно из таблицы 2, что связано с улучшением диагностических возможностей областного онкологического диспансера (маммографии, эндоскопическое обследование, КТ-исследования).

**Таблица 2 – Запущенные случаи онкопатологии по Акмолинской области за период 2005 - 2009г.г.**

| Годы | Число запущенных случаев рака всего | Выявлено больных раком визуальных локализаций | Из них число запущенных случаев визуальных локализаций рака |
|------|-------------------------------------|---|---|
| 2005 | 360                                 | 514   | 156   |
| 2006 | 298                                 | 463   | 156   |
| 2007 | 356                                 | 484   | 172   |
| 2008 | 296                                 | 467   | 154   |
| 2009 | 282                                 | 438   | 100   |

Исходя из таблицы 2, в 1,6 раза снизилось число запущенных случаев рака визуальных локализаций, что говорит о повышении уровня подготовки врачей первичного звена.

**Таблица 3 – Выявление некоторых причин запущенных случаев онкопатологии по Акмолинской области за период 2005- 2009 г.г.(%)**

| Годы | Несвоевременное обращение | Скрытое течение | Неполное обследование | Длительное обследование | Рентгенологическая ошибка |
|------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| 2005 | 46,9                      | 38,9            | 1,3                   | 3,0                     | 1,1                       |
| 2006 | 44,9                      | 37,2            | 4,6                   | 6,7                     | 3,3                       |
| 2007 | 42,1                      | 41,2            | 8,9                   | 3,0                     | 1,1                       |
| 2008 | 51,3                      | 33,7            | 5,0                   | 4,3                     | 1,0                       |
| 2009 | 58,5                      | 34,0            | 0                     | 3,9                     | 1,4                       |

Как видно из таблицы 3 основной причиной поздней диагностики онкозаболеваний является несвоевременное обращение за медицинской помощью, что составило 58,5% среди всех причин поздней диагностики опухолевых заболеваний. Второй по рангу причиной явилось скрытое течение заболевания, когда больной не замечал особых изменений в состоянии здоровья и обращался в запущенной 4 стадии заболевания. Наименьшей причиной поздней диагностики явилась рентгенологическая ошибка, что говорит о хорошей подготовке врачей рентгенологов.



**Таблица 4 – Распределение запущенных случаев онкозаболеваний по основным нозологиям за период 2005-2009г.г. по Акмолинской области**

| Годы | Рак легких | Рак желудка | Рак поджелудочной железы | Рак печени | Рак молочной железы | Рак почки |
|------|------------|-------------|--------------------------|------------|---------------------|-----------|
| 2005 | 18,6       | 18,3        | 12,2                     | 6,1        | 4,2                 | 0         |
| 2006 | 13,4       | 16,1        | 18,5                     | 0          | 3,4                 | 7,0       |
| 2007 | 7,6        | 7,3         | 0                        | 0          | 2,4                 | 0         |
| 2008 | 21,3       | 17,9        | 16,2                     | 0          | 0                   | 7,4       |
| 2009 | 17,4       | 20,9        | 9,6                      | 5,0        | 0                   | 9,2       |

Как видно из таблицы 4, при анализе запущенных случаев по нозологиям выявлено, что в 2005г. наибольший процент приходился на рак легких, наименьший процент на рак почки, а в 2009г. наибольший процент приходился на рак желудка и наименьший на рак молочной железы. Кроме того отмечено, что лучших результатов достигнуто в 2007г., когда выявлено наименьшее число запущенных случаев.

**Заключение.** Таким образом, анализ эпидемиологических особенностей онкозаболеваемости позволил установить снижение интенсивных показателей заболеваемости онкопатологией за период с 2005 по 2009 гг. по Акмолинской области с 230,7 за 2005 г. до 211,3 за 2009 г. и соответственно смертности с 144,2 до 132,0. Ведущими нозологическими формами для исследуемого региона в структуре заболеваемости раком явились: легкие, желудок, поджелудочная железа.

Возрастная структура онкозаболеваемости во всех исследуемых районах характеризуется преобладанием числа больных в возрасте от 40 до 60 лет.

Основной причиной поздней диагностики онкозаболеваний явилось несвоевременное обращение за медицинской помощью, составившей 58,5% среди всех причин поздней диагностики опухолевых заболеваний. Второй причиной явилось скрытое течение, когда больной не замечал особых изменений в состоянии здоровья и обращался в запущенной стадии заболевания.

При анализе запущенных случаев по нозологиям выявлено, что в 2005 г. наибольший процент приходился на рак легких, наименьший процент на рак почки, а в 2009г. наибольший процент приходился на рак желудка и наименьший на рак молочной железы.

Полученные результаты исследования способствуют более углубленному пониманию причин запущенных случаев онкозаболеваний и факторов, влияющих на уровень ее показателей для района исследования.

Следовательно, результаты исследования помогут разработать рекомендации и предложения по проведению скрининговых программ мониторинга рака в Северном регионе Республики Казахстан.

*Литература:*

1. Абдурасулов Д.М., Никишин К.Е. Первично-множественные опухоли - Ташкент: Медицина, 1968.—172с.
2. Абдурахманов Г.М., Рохоева П.М., Экологические аспекты распространения злокачественных новообразований в г.Махачкала. /Материалы региональной конференции по биологии и экологии г. Грозный, 2005г. - С.307-309.
3. Абдурахманов Г.М., Рохоева П.М., Влияние экологогеографических факторов на распространение злокачественных новообразований в г.Махачкала.- Труды географического общества Дагестана. Выпуск 6. Махачкала.-2005г.-С.311-315.
4. Агаджанян Н.А., Ступаков Г.П., Ушаков И.Б., Полуниин И.Н., ЗуевВ.Г. Экология, здоровье, качество жизни. - Москва-Астрахань: изд-во АГМА. -1995.-260с.
5. Radojevic M., Bashkin V.N. Practical environmental analysis. Cambridge, UK: RSC, 1999.-466 p.
6. Tomatis L. (Ed.) Cancer: Cause, Occurrence and Control //IARC Sci.Publ. No. 100. - Lyon: IARC, 1990.
7. Yablokov A., Demin A. Aspects of demography, health and environment in Russian. Paper presented at General Assembly of CLOBE International. Moscow.-1994.-31 Aug.-2 Sep.-P. 142. 271.
8. Willett W.C. Diet, nutrition, and avoidable cancer //Environ. Health Perspect. - 1995.-Vol.103,Suppl.8.-P.165-170.
- Wilson A. Bilateral carcinoma of the breast /AAmer.J.Surg. -1973. -Vol.126.-p.244-248.

**Түйін**  
**ОНКОАУРУЛАРДЫҢ АУЫР ХАЛҒЕ ТҮСІП КЕТУ ЖАҒДАЙЛАРЫН ҚОРЫТЫНДЫЛАУ**

Р.Ж.Балгожина

*Ақмола облысы бойынша 2005-2009 жылдар аралығындағы жылдық есептерінің мәліметтері бойынша онкоаурулардың нашарлаған түрлерінің себебін анықтау үшін зерттеу жүргізілді.*

*Барлық зерттелген аудандарда науқастарда жасы бойынша құрылымы 40-тан 60-жасқа дейін болды. Бұл жұмысқа қабілетті тұрғындардың пайызы өскенін көрсетеді.*

*Нашарлаған түрлерінің үлкен пайызы өкпе мен асқазан ісігін құраса, ең төмен пайызы бүйректің қатерлі ісігі болды.*

*Аталмыш зерттеудің нәтижелері Қазақстан Республикасының Солтүстік аумағында қатерлі ісіктің мониторингінің скринингті бағдарламасын өткізуге ұсыныс жасауға мүмкіндік береді.*

**Summary**  
**ANALYSIS ADVANCED CASES OF ONCOLOGICAL IN DISEASES**

R.Zh. Balgozhina

*A study was conducted to identify the causes of cancer in advanced cases of Akmola region according to the annual report for 2005-2009 g.g.*

*The age structure of cancer rates in all study areas characterized by a predominance of patients aged 40 to 60 years, indicating that the predominance of working-age population.*

*The main reason for late diagnosis of cancer was delayed seeking medical help. In the analysis of advanced cases of nosology revealed that the highest percentage accounted for by lung cancer of the stomach, the lowest percentage in renal cell carcinoma.*

*Results of the study will help develop recommendations and proposals for monitoring cancer screening programs in the Northern region of Kazakhstan.*

**КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ  
ИНФИЦИРОВАНИИ**

Т.Б. Булгацевич  
ГККП «Костанайский родильный дом»

**Введение.** Актуальность проблемы внутриутробного инфицирования плода обусловлена увеличением в последние годы частоты этой патологии [1]. Высокий уровень заболеваемости беременных, рожениц и родильниц приводит к заболеваемости новорожденных и увеличению неблагоприятных перинатальных исходов [1,2,3]. Рассматривая перинатальную смертность в качестве итога в общей цепи неблагоприятных воздействий в гестационный период, многие исследователи выделяют инфекцию как универсальный пусковой фактор поражения всех компонентов фетоплацентарной системы, с возможной реализацией на всех этапах беременности [4]. На долю инфекции, как причины смерти приходится от 4,6% до 65,6%, достигая 70,0% у недоношенных [5].

По единодушному мнению отечественных и зарубежных авторов, самой сложной и чрезвычайно важной на современном этапе является проблема дородовой диагностики внутриутробных инфекций плода [6,7,8]. По данным Yoon D.H. et.al. (1999) правильная дородовая диагностика имела место лишь в 37% наблюдений хориоамнионита, верифицированного посредством морфологического исследования последа [8]. Прямые методы внутриутробной диагностики инфицирования мало применимы в практической деятельности, т.к. являются инвазивными. Непрямые методы диагностики могут свидетельствовать о внутриутробном инфицировании лишь косвенно [9]. В литературе недостаточно освещены клинико- диагностические параллели: ультразвуковые маркеры инфицирования при беременности – частота реализации внутриутробных инфекций после рождения – гистологическое подтверждение инфицирования в последе. Многие другие

вопросы, в том числе касающиеся роли плаценты при внутриутробном инфицировании, практически вовсе не рассматриваются в клиническом аспекте [2,4,10]. Весьма противоречивы литературные данные об оценке ультразвуковых маркеров внутриутробного инфицирования, их достоверности в прогнозе. Послед же обладает высоким информационным потенциалом, который может, использован в направлении прогнозирования акушерской и неонатальной патологии, достоверно подтверждая факт инфицирования [1,2,4,10].

**Цель исследования.** Определить морфологические особенности плаценты при внутриутробном инфицировании (ВУИ), сопоставление с клиническими проявлениями у новорожденных, ретроспективная оценка ультразвуковых маркеров.

**Материалы и методы:** Сопоставлены результаты проведенных ультразвуковых исследований при беременности, морфологических исследований последов и клинического (общесоматического антропометрического) обследования новорожденных от двух групп беременных (А и В), родоразрешенных в родильном отделении ГККП «Костанайская областная больница». Беременные группы А (n=120) с наличием соматических заболеваний (хронические пиелонефриты, тонзиллиты, бронхиты) и инфекционных осложнений беременности (вирусные инфекции, инфекции мочеполовой системы и др.), в результате которых, у новорожденных отмечались проявления внутриутробной инфекции. Средний возраст беременных группы А составил 25,6±0,6 года, группы В 24,5±1,7 года (P≥0,05). Для более детального анализа факторов и сроков появления ультразвуковых маркеров группа А была разделена на 4 подгруппы. Критерием формирования подгрупп являлся исход для новорожденного. А<sub>1</sub> – (n=66) новорожденные с локальными формами инфекции (P.38; P.39.1; P.39.9); А<sub>2</sub> (n=27) – новорожденные с врожденными инфекциями со средне-тяжелым течением (P. 35- P.39, исключая P.36 в сочетании с P.05- P.07; P.20; P.21). А<sub>3</sub> (n=22) новорожденные с пневмонией, внутриутробным сепсисом, гипоксической энцефалопатией, полиорганной недостаточностью (P.22; P.23; P.28.5; P.36). А<sub>4</sub> (n=5)-мертворожденные, установленной причиной смерти которых явилась внутриутробная инфекция. Группа В (n=10)-соматически здоровые беременные без осложнений инфекционного генеза, родившие здоровых новорожденных. Проведено 420 ультразвуковых исследований в группе А (3,5 исследований на 1 беременную) и 32 исследования (3,2 –на 1 беременную ) в группе В, в сроки беременности до 20 недель, в 28, в 34 недели и перед родами. Ультразвуковое исследование проводили при помощи аппарата Hitachi Aloka-1100(Япония), конвексным датчиком мощностью 3,5-5 МГц трансабдоминальным доступом. Методика УЗИ не отличалась от общепринятой. При исследовании изучалось расположение плаценты, ее структура и степень зрелости, а также соответствие стадии развития плаценты сроку гестации. Оценка степени зрелости проводилась по классификации P. Granum et al. (1979). Проводились фетометрические измерения, проводилось измерение количества околоплодных вод по глубине «водных карманов» [F.A. Manning et al., 1981], оценивался качественный состав (наличие эхопозитивных частиц).

Исследованы также 120 последов от рожениц группы А и 10 последов от рожениц группы В. Применяли гистологический метод (А.М. Белинская, 1994) [11]. Для изучения направлялся послед с пуповинным остатком. Материал брался сразу после выделения последа. Плацента рассекалась параллельными разрезами на тонкие пласты через всю толщ (материнская и плодовая поверхности). Кусочки размером 2x2x1 см вырезали из центральной, промежуточной и краевой зон. Пуповину вырезали из области прикрепления к плаценте и из центрального отдела. Исследовались внеплацентарные оболочки (пластина 2x1см.). Гистологическому исследованию подвергались 6 кусочков плаценты. Материал после стандартной подготовки заливался в парафин. Из полученных блоков готовились микропрепараты толщиной 5-7 мкм. Окраска проводилась гематоксилином и эозином. Исследование препаратов проводилось на световом микроскопе (А.М.Белинская,1994) [11].

Статистическая обработка полученных цифровых данных осуществлялась общепринятыми методиками вариационной статистики (M, m, t, δ), для оценки достоверности различий между исследуемыми группами больных применялся критерий «t».

Величина статистической значимости различий (p) определялась по таблице Стьюдента с учетом числа имеющихся наблюдений. Различия сравниваемых средних величин  $M \pm m$  принимались за достоверные при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение:** Выявлена полиэтиологичность внутриутробного инфицирования при преобладающем смешанном пути проникновения патогенной флоры к плоду. При ультразвуковом исследовании в группе А наиболее часто отмечены: признаки угрозы прерывания беременности (участки сокращенного миометрия и низкое расположение предлежащей части и др.)-  $47,5 \pm 4,6\%$ ; взвесь в околоплодных водах-  $44,2 \pm 4,5\%$  и преждевременное созревание плаценты-  $42,4 \pm 4,4\%$ . У каждой четвертой в этой группе отмечено маловодие-  $25,0 \pm 3,9\%$ ; многоводие у  $19,2 \pm 3,6\%$ ; синдром задержки внутриутробного роста плода у каждой пятой – в  $21,7 \pm 3,8\%$  случаев. Достоверность инфицирования подтверждалась морфологическим исследованием последа, поэтому ультразвуковые данные плацентографии при беременности выделены в отдельную таблицу (таблица 1). Ультразвуковое исследование в исследуемой и контрольных группах проводилось более трех раз в течение беременности, и визуальная характеристика плаценты менялась в зависимости от срока гестации и стажа инфицирования. Соответственно нами учтены все зарегистрированные изменения.

**Таблица 1 - Ультразвуковые признаки ВУИ**

| Признак                             | Группа А, n= 120 |                |                        |                |                        |                |                        |                 |                       |                 | Гр.В, n=10 |   |
|-------------------------------------|------------------|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|------------|---|
|                                     | Частота признака |                | А <sub>1</sub><br>n=66 |                | А <sub>2</sub><br>n=27 |                | А <sub>3</sub><br>n=22 |                 | А <sub>4</sub><br>n=5 |                 | абс        | % |
|                                     | абс              | %              | абс                    | %              | абс                    | %              | абс                    | %               | абс                   | %               |            |   |
| Преждевременное созревание плаценты | 51               | $42,5 \pm 4,5$ | 41                     | $62,1 \pm 5,9$ | 4                      | $14,8 \pm 6,9$ | 4                      | $18,2 \pm 8,4$  | 2                     | $40,0 \pm 24,5$ | -          | * |
| Утолщение плаценты                  | 26               | $21,7 \pm 3,8$ | 7                      | $10,6 \pm 8,1$ | 6                      | $18,5 \pm 7,6$ | 8                      | $36,4 \pm 10,5$ | 5                     | 100             | -          | * |
| Повышенная плотность                | 20               | $16,7 \pm 3,4$ | 8                      | $12,1 \pm 4,0$ | 4                      | $14,8 \pm 6,9$ | 4                      | $18,2 \pm 8,4$  | 4                     | $80,0 \pm 20,0$ | -          | * |
| Истончение плаценты                 | 10               | $8,3 \pm 2,5$  | 7                      | $10,6 \pm 8,1$ | 2                      | $7,4 \pm 5,1$  | 1                      | $4,5 \pm 4,5$   | -                     | -               | -          | * |
| Кисты плаценты                      | 9                | $7,5 \pm 2,4$  | 9                      | $13,6 \pm 4,2$ | -                      | -              | -                      | -               | -                     | -               | -          | * |
| Недостаточн. зрелость               | 1                | $0,8 \pm 0,8$  | 1                      | $1,5 \pm 1,5$  | -                      | -              | -                      | -               | -                     | -               | -          | # |

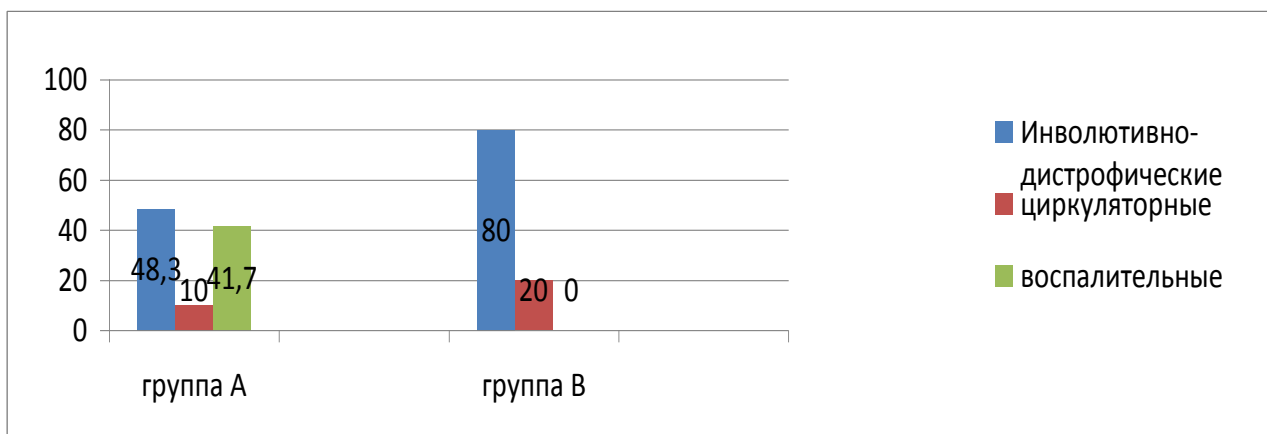
# P> 0,05; \* P<0,05

Исходя из таблицы 1, в группе А своевременно родилось 87,5%, преждевременно 12,5% новорожденных. В группе В все роды проведены в срок. Все новорожденные группы А имели различные проявления внутриутробной инфекции, новорожденные в группе В были здоровы.

При исследовании последов выявлен ряд патоморфологических изменений, которые весьма разнообразны, поэтому произведены условные обобщения (объединены в группы однородные проявления, морфологические варианты): инволютивно- дистрофические, циркуляторные нарушения, воспалительные изменения (рис.1,2).



**Рисунок 1 - Схема обобщения морфологических процессов в плаценте**



**Рисунок 2 - Морфологические изменения в плацентах групп А и В**

В группах А и В преобладающими изменениями были инволютивно-дистрофические, однако в группе В они отмечались в 2 раза достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще (таблица 2, рис.2). В группе В воспалительных изменений не отмечено.

**Таблица 2-Взаимосвязь гистологических характеристик плацент с исходом для новорожденных**

| Характер изменений | Группа А, n= 120 |   |                        |   |                        |   |                        |   |                       |   | Гр.В, n=10 |   |
|--------------------|------------------|---|------------------------|---|------------------------|---|------------------------|---|-----------------------|---|------------|---|
|                    | Частота признака |   | А <sub>1</sub><br>n=66 |   | А <sub>2</sub><br>n=27 |   | А <sub>3</sub><br>n=22 |   | А <sub>4</sub><br>n=5 |   | абс        | % |
|                    | абс              | % | абс                    | % | абс                    | % | абс                    | % | абс                   | % |            |   |
|                    |                  |   |                        |   |                        |   |                        |   |                       |   |            |   |

|                                     |    |                  |    |                  |    |                  |    |                   |   |               |   |                        |
|-------------------------------------|----|------------------|----|------------------|----|------------------|----|-------------------|---|---------------|---|------------------------|
| Инволютив.-дистрофические изменения | 58 | 48,3<br>±<br>4,6 | 37 | 56,0<br>±<br>6,1 | 14 | 51,9<br>±<br>9,8 | 7  | 31,8<br>±<br>10,1 | - | -             | 8 | 80,0<br>±<br>13,3<br># |
| Воспалительные изменения            | 50 | 41,7<br>±<br>4,5 | 23 | 34,8<br>±<br>5,9 | 10 | 37,0<br>±<br>9,5 | 13 | 59,1<br>±<br>10,7 | 4 | 80<br>±<br>20 | - | -<br>#                 |
| Циркуляторные изменения             | 12 | 10,0<br>±<br>2,7 | 6  | 9,1<br>±<br>3,5  | 3  | 11,1<br>±<br>6,2 | 2  | 9,1<br>±<br>6,3   | 1 | 20<br>±<br>20 | 2 | 20,0<br>±13,<br>3<br>* |

# P> 0,05; \* P<0,05

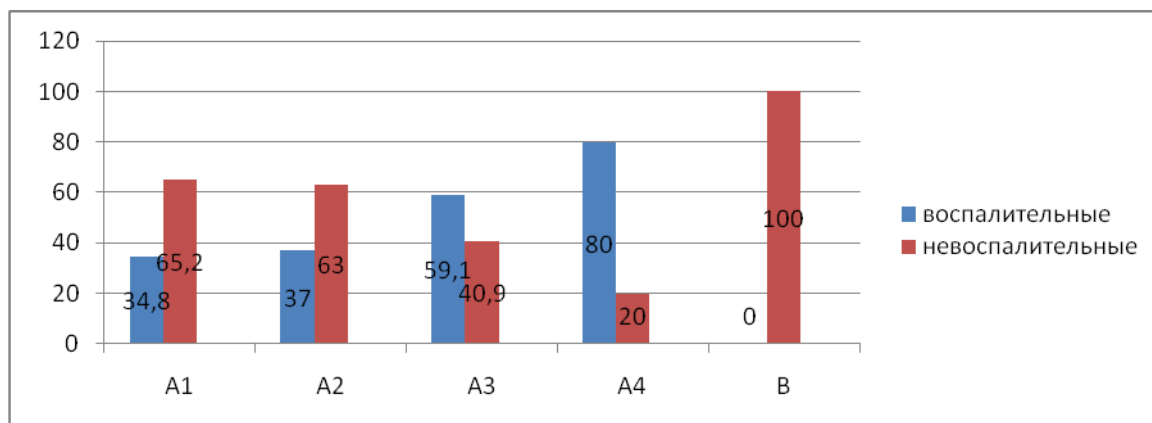
Морфологическое исследование последов наиболее достоверно подтверждает факт внутриутробного инфицирования, но после родов. В связи с произведенным обобщением в подгруппе А<sub>1</sub> (n=66) «инволютивно–дистрофические» изменения плаценты отмечены в - 56,1% от всех случаев подгруппы и 63,8% от инволютивно- дистрофических изменений всей группы А. «Циркуляторные изменения» плаценты имели место в 9,1% от всех случаев подгруппы и 50,0% от циркуляторных изменений группы А. «Воспалительные изменения» плаценты отмечены в 34,8% от всех случаев подгруппы и 46,0% от воспалительных изменений плацент пациентов группы А. Воспалительные изменения по распространенности были очаговыми, экссудат - чаще серозного характера. Таким образом, в этой подгруппе невоспалительные изменения отмечены в 43 случаях (65,2%), воспалительные - в 23 наблюдениях (34,8%).

В подгруппе больных А<sub>2</sub> (n=27) «инволютивно–дистрофические» изменения плаценты отмечены в общем в 51,9% от всех случаев подгруппы и 24,2% от таких изменений группы А. «Циркуляторные изменения» плаценты имели место в – 11,1% от всех случаев подгруппы и 25,0% от аналогичных изменений группы А. «Воспалительные изменения» плаценты отмечены в 37,0% от всех случаев подгруппы и в 20,0% от воспалительных изменений группы А. Воспалительные изменения плаценты в этой подгруппе также очаговыми, серозного, серозно-гнойного характера. Таким образом, в этой подгруппе невоспалительные изменения отмечены в 17 случаях (63,0%), воспалительные в 10 наблюдениях (37,0%).

В подгруппе больных А<sub>3</sub> (n=22) «инволютивно–дистрофические» изменения плаценты отмечены в общем в 31,8% от всех случаев подгруппы и 12,0% от таких изменений группы А. «Циркуляторные» изменения последа имели место в – 9,1% от всех случаев подгруппы и 16,7% от аналогичных изменений группы А. «Воспалительные изменения» плаценты гнойного характера и отмечены в 59,0% от всех случаев подгруппы и в 26,0% от воспалительных изменений группы А. Таким образом, в подгруппе А<sub>3</sub> невоспалительные изменения отмечены в 9 случаях (40,9%), воспалительные в 13 (59,1%) наблюдениях.

В подгруппе больных А<sub>4</sub> (n=5) «инволютивно–дистрофические» изменения плаценты не были зарегистрированы. «Циркуляторные» изменения последа имели место в 20,0% от всех случаев подгруппы и 8,3% от аналогичных изменений группы А. «Воспалительные» изменения гнойного, обширного, сливного характера и отмечены в 80,0% от всех случаев подгруппы и в 8,0% от таких изменений группы А.

Таким образом, в подгруппе пациентов А<sub>4</sub> невоспалительные изменения последа отмечены в 1 случае (20,0%), воспалительные - в 4 наблюдениях (80,0%) (рис.3).



**Рисунок 3 - Удельный вес воспалительных изменений в последе в зависимости от исхода для новорожденных**

Выявлена прямая зависимость исхода для новорожденных от удельного веса и выраженности воспалительных изменений в плаценте больных женщин - чем больше удельный вес воспалительных изменений в плаценте, тем хуже исход для новорожденного.

Целью работы явилось выявление возможностей для прогнозирования внутриутробной инфекции. Для улучшения перинатального прогноза важно иметь достоверные данные о предполагаемом инфицировании при беременности, желательно не инвазивные. Нами произведено сопоставление данных ультразвуковой плацентографии с клиническими проявлениями инфекции у беременных и, впоследствии, у их новорожденных с результатами морфологического исследования последа, следовательно, выведены следующие клинко-диагностические параллели (таблица 3).

**Таблица 3 - Взаимосвязь ультразвуковых изменений плаценты с гистологическими изменениями группы А**

| Ультразвуковая характеристика           | %        | Гистологическая характеристика       | %        |
|---|----------|--------------------------------------|----------|
| Преждевременное созревание плаценты     | 42,5±4,5 | Инволютивно-дистрофические изменения | 48,3±4,6 |
| Увеличение толщины и плотности плаценты | 38,3±4,4 | Воспалительные изменения             | 41,7±4,5 |
| Другие (кисты, истончение)              | 8,3±2,5  | Циркуляторные                        | 10,0±2,7 |

При нормальной беременности созревание плаценты ведет к максимальной выраженности трансплацентарной функции к 36 неделям беременности, в дальнейшем скорость трансплацентарного обмена снижается. При преждевременном созревании плаценты (по УЗИ) морфологически выявляются варианты: с истинным ускорением созревания (появлением большого числа терминальных ворсин) и другие (дистрофия и полнокровие, компенсаторная гиперемия). В исходе для плода преждевременное созревание плаценты прогностически более благоприятно, что объясняется достаточным объемом компенсаторных реакций в плаценте [1, 2], что и было подтверждено нашим исследованием, по мере ухудшения прогноза для новорожденного уменьшался удельный вес преждевременного созревания плаценты (рис.3).

Повышение плотности плацентарной ткани с увеличением толщины плаценты при ультразвуковом исследовании было оценено как косвенное свидетельство воспалительного процесса в плаценте. При проведении параллелей во всех группах отмечено сопоставимое появление ультразвуковых признаков воспалительного процесса уже при беременности, с последующим подтверждением гистологическим исследованием.

По степени тяжести проявлений инфицирования новорожденные распределялись по указанным выше подгруппам: А<sub>1</sub> – локальные формы, А<sub>2</sub> – течение средней степени тяжести, А<sub>3</sub> – тяжелое течение, А<sub>4</sub> – мертворожденные. Родилось новорожденных в группе А с оценкой по

шкале Апгар 7 баллов и выше- 60 (50,0±4,5%), 5- 7 баллов-30(25,0±3,9%), ниже 5 баллов -25 (20,8±3,7%), 5-(4,2±1,8%) были мертворожденными (4-антенатально,1 –интранатально). В группе В 8 новорожденных при рождении имели оценку по шкале Апгар 7 баллов и выше (80,0±13,3%), 2(20,0±13,3%) -5-7 баллов.

Средняя масса новорожденных при рождении в группе А составила 3250,0 ±51,8 гр, достоверно меньше ( $P \leq 0,05$ ), чем в группе контроля -3500,0±119,5 гр. Значительно отличалась масса новорожденных в подгруппах: средняя масса в группе А<sub>1</sub> составила 3416,7±50,3 гр, А<sub>2</sub> - 3398,0±82,8 гр, А<sub>3</sub> 2500,0±84,9 гр, А<sub>4</sub> 2150,0±143,7 гр.

Таким образом в группе А новорожденных с массой менее 2500,0 было 15 (12,5±3,0%). С массой 2500,0 до 3000,0 было 11 (9,2±2,6%). Всего детей с пренатальной гипотрофией было 25 (21,7±3,8%), что так же соответствовало выявленному при ультразвуковом исследовании синдрому задержки роста плода (21,7±3,8%).

**Заключение.** Таким образом, ультразвуковой скрининг с обязательной плацентографией в сроки беременности- 22, 28, 37 недель позволяет достаточно точно прогнозировать реализацию внутриутробного инфицирования в постнатальном периоде.

#### *Литература*

1. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Восходящее инфицирование фето- плацентарной системы.-М.: «МЕДпресс-информ», 2006.- С.9-13.
2. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции.- СПб., 2002.-С.84-96.
3. Воротынецев С.В., Погорельская С.Х., Раисова Г.К. Роль внутриутробной инфекции в перинатологии //Акушерство, гинекология и перинатология.-2003.-№4.-С.37-42.
4. Шабунина –Басок Н.Р. Морфофункциональные изменения в системе «мать – плацента – плод» при беременности, ассоциированной с вирусными и вирусно- бактериальными инфекциями: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.-Челябинск, 2005.-С.5-12.
5. Фомичева Е.Н. Урогенитальный хламидиоз: особенности течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-М.,1997.- С.5-30.
6. Мирлас Е.М. Прогнозирование, диагностика внутриутробного инфицирования плода у беременных с монохламидийной и микст- хламидийной инфекцией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Иркутск, 2002.- С.3-23.
7. Daneshmand SS., Chmait R.H., Moore T.R., Bogic L. Preterm premature rupture of membranes: Vascular endothelial growth factor and its association with histologic chorioamnionitis. // Am. J. Obstet. Gynecol. -2002.- Vol. 187.- №5.- P.863-868.
8. Yoon B.N., Kim Y. A., Romero K. et al. Association of oligohydramnios in women with preterm premature rupture of membranes with an inflammatory response in fetal, amniotic, and maternal compartments.// Am.J. Obstet.Gynekol.- 1999.-Vol.181.-№4.-P. 784-788.
9. Линева О.И., Федорина Т.А., Прохорова Л.В., Цуркан С.В. Морфологические критерии прогнозирования реализации внутриутробной инфекции у новорожденного. // Акушерство и гинекология.- 2004.- №3.- С.23-26.
10. Белинская А.М. Морфология маточно- плацентарной области и миометрия при нормальной и осложненной беременности.// Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии.-Алматы,2003.- С.38-41.
- 11.Белинская А.М., Гордон Н.И., Калашникова Е.П. Патологоанатомическое исследование последа: Методические рекомендации- Алматы, 1994.

#### **Түйін**

### **ҚҰРСАҚ ІШЛІК ИНФЕКЦИЯ ЖҰҒУ КЕЗІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ - ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ПАРАЛЛЕЛДЕР**

*Т.Б. Булгаевич*

*Құрсақ ішіндегі инфекциялауды іске асыруды болжамдау үшін жүктіліктің әр түрлі мерзімдерінде өткізілген ультра-дыбыс зерттеулерінің нәтижелерін және гистологиялық зерттеудің нәтижелерімен жаңадан туғандардың инфекциясының жүзеге асырылған ауырлық дәрежесімен салыстыруы жүргізілді.*

*Ультра-дыбыс плацентографияның нәтижелерінің нәтижесіндегі гистология зерттеуінің нәтижесінде расталған маңыздылығы айқындалған. Осылайша, 22, 28, 37 аптадағы ультрадыбыс скринингі құрсақтағы кезінде індет жұқтырудың жүзеге асырылуын нақты болжамдауға жеткілікті.*

*Негізгі ұғымдар: құрсақ ішіндегі инфекциялау, ультра-дыбыс скринингі, жаңадан туғандардың инфекциялау кезіндегі клиника-диагностикалық параллелдер, келесі гистология зерттеуі бар шуды ультра-дыбыс плацентографиясымен салыстыру.*



*Summary*  
**CLINICAL DIAGNOSTIC PARALLELS IN INTRAUTERINE INFECTIONS**

*T.B. Bulgatsevich*

*To predict the implementation of intrauterine infection was conducted comparing the results of an ultrasound study in various stages of pregnancy, with the results of histological examination and the severity of infection in newborns sold. Revealed the significance of the results of ultrasound placentograf confirmed by histology in the outcome. Thus, ultrasound screening at 22, 28 and 37 weeks can accurately predict the implementation of intrauterine infection.*

*Key words: intrauterine infection, ultrasound screening, clinical-diagnostic parallels in neonatal infections, comparison of ultrasonic placentograf with subsequent histological examination of the placenta.*

**ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ  
БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

*Т.Б. Булгацевич*

*ГККП «Костанайский родильный дом»*

**Введение.** Плацента является провизорным органом, обеспечивающим развитие жизнеспособного плода [1]. Плод и послед имеют общие сосудистые коммуникации, имеют общую гуморальную среду в виде околоплодной жидкости, в связи с этим, исследование плаценты, плодных оболочек, пуповины отображает в полной мере структурно-функциональные параметры плода [1,2,3,4]. По мнению ряда авторов, имеет место необходимость подробного морфофункционального исследования последов при внутриутробном инфицировании [1,5,6,7].

В. А. Цинзерлинг с соавт.(2002) отмечает, что в весьма многочисленной литературе, посвященной урогенитальным инфекциям при беременности, основное внимание уделяется вопросам диагностики (ПЦР, ИФА) и лечения. Многие другие вопросы, в том числе касающиеся роли плаценты при внутриутробном инфицировании, практически вовсе не рассматриваются [1]. Анализ литературы по указанной проблеме дал основание полагать, что уровень изученности воздействий различных видов возбудителей является различным. Подробно описан морфологический субстрат эмбрио- и фетопатий при TORCH-заболеваниях [1,2,6,8]. Патоморфологические описания воздействий вирусов респираторной группы отражены недостаточно полно [7,8]. При бактериальных инфекциях на данном этапе также отмечаются изменения характерной морфологической картины, в связи с увеличением ассоциативных поражений [1,3,4,5,8].

Изучение состояния амниона, хориона, децидуальной ткани показало, что в подавляющем большинстве наблюдений патологические влияния вызывают изменения в плаценте, которые не являются специфичными, и могут быть отнесены к следующим типам: инволютивные, дистрофические, пролиферативные, гиперпластические, расстройства кровообращения, воспаление, нарушение созревания ворсин, компенсаторно-приспособительные [1,8,9,10]. Все эти изменения, за исключением воспалительных, встречаются и при физиологической беременности. Процессы повреждения, при этом, выражены умеренно, а компенсаторно-приспособительные реакции интенсивно и выявляются, преимущественно, в центральных отделах [1,8,10]. Учитывая многообразие морфологических проявлений патологии плаценты, А.М.Белинская в соавторстве с Е.П.Калашниковой (1994), предложила относить выявленные морфологические отклонения к трем основным типам: инволютивно-дистрофические, воспалительные, циркуляторные [9].

С теоретической точки зрения для наиболее полного представления об указанных выше процессах, важным является обнаружение и регистрация повреждающего действия патогенна, что не всегда, однако, проявляется «инфекцией» [1,8,11] и ответных реакций организма (синдром системной воспалительной реакции) [1,8]. Очевидно, что в полной мере

это возможно лишь при использовании самого широкого спектра электронной микроскопии, биохимических, иммунологических, молекулярно – биологических, гистохимических методов и реально неосуществимо в практической деятельности [1]. Значительно более важным является представление о чрезвычайно широком спектре исходов взаимодействия между макро – и микроорганизмами [1].

**Цель исследования:** выявить морфологических особенностей плаценты при бактериальных внутриутробных инфекциях (ВУИ) явилось целью нашей работы.

**Материалы и методы:** Проведено морфологическое исследование 120 последов от рожениц с внутриутробным инфицированием (группа А) и 10 последов от здоровых рожениц контрольной группы (группа В), родоразрешенных в родильном отделении ГККП «Костанайская областная больница». Беременные группы А (n=120) с наличием соматических заболеваний (хронические пиелонефриты, тонзиллиты, бронхиты) и осложнений беременности (вирусные инфекции, инфекции мочеполовой системы и др.), в результате которых, у новорожденных отмечались проявления внутриутробной инфекции (Р. 35- Р.39, Р.38; Р.22; Р.23; Р.28.5; Р.39.1; Р.39.9 в сочетании с Р.05- Р.07; Р.20; Р.21; Р.36; мертворожденные, установленной причиной смерти, которых, явилась внутриутробная инфекция). Группа В (n=10)- соматически здоровые беременные без осложнений инфекционного генеза, родившие здоровых новорожденных. Средний возраст беременных группы А составил  $25,6 \pm 0,6$  года, группы В  $24,5 \pm 1,7$  года ( $P \geq 0,05$ ). Полученные данные при гистологическом исследовании сопоставлены с состоянием плодов и новорожденных.

При морфологическом исследовании последов применяли следующие методы: морфоскопический (А.М. Белинская, 1994), морфометрический (А.П.Милованов, 1986), гистологический (А.М.Белинская, 1994), гистохимический (В.Г.Елисеев, 1967) [9]. Для изучения направлялся послед с пуповинным остатком. Материал брался сразу после выделения последа. Плацента рассекалась параллельными разрезами на тонкие пластины через всю толщину (материнская и плодовая поверхности). Кусочки размером  $2 \times 2 \times 1$  см. вырезали из центральной, промежуточной и краевой зон. Пуповину вырезали из области прикрепления к плаценте и из центрального отдела. Исследовались внеплацентарные оболочки (пластина  $2 \times 1$  см.). Гистологическому исследованию подвергались 6 кусочков плаценты. Материал после стандартной подготовки заливался в парафин. Из полученных блоков готовились микропрепараты толщиной 5-7 мкм. Окраска проводилась гематоксилином и эозином. Исследование препаратов проводилось на световом микроскопе [9].

Часть срезов толщиной 5-7 мкм обрабатывались гистохимическими методиками: окрашивание соединительной и мышечной ткани по методу Ван Гизон, выявление рибонуклеиновой кислоты реакцией Браше (пиронин), белков - реактивом Шиффа, мукополисахариды выявлялись методом Хейла, альциановым синим (избирательно кислые мукополисахариды эпителиальной и соединительной ткани, кислые мукополисахариды, муко- и гликопротеиды), ШИК-реакцией на нейтральные мукополисахариды и гликоген, окраска по Шуенинову на фибриноид (В.Г. Елисеев, 1967) [9]. Все гистохимические реакции сопровождалась ферментативным контролем.

Статистическая обработка полученных цифровых данных осуществлялась общепринятыми методиками вариационной статистики (**M, m, t,  $\delta$** ), для оценки достоверности различий между исследуемыми группами больных применялся критерий «t». Величина статистической значимости различий (p) определялась по таблице Стьюдента с учетом числа имеющихся наблюдений. Различия сравниваемых средних  $M \pm m$  принимались за достоверные при  $p < 0,05$ .

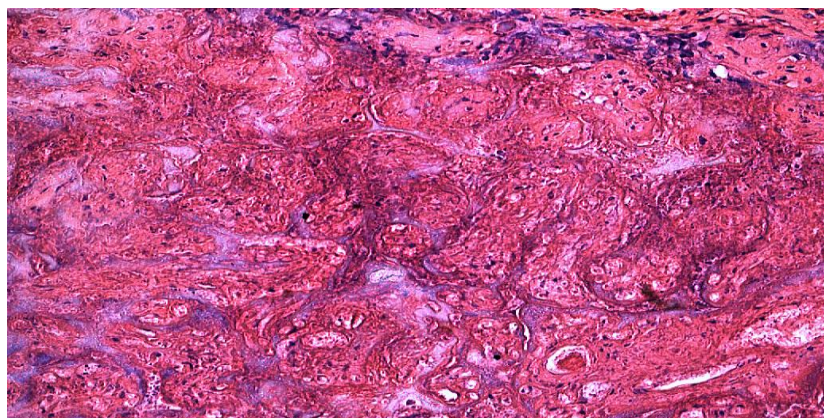
**Результаты и обсуждение:** макро- и микроскопическое исследование последов при бактериальных внутриутробных инфекциях выявило, что средняя масса плаценты достоверно больше: в группе А –  $654,0 \pm 8,3$  грамма, в группе В –  $550,0 \pm 10,2$  грамма ( $p \leq 0,05$ ), а площадь последа, напротив, достоверно меньше по сравнению с контролем: в группе А -  $275,3 \pm 6,2$  см<sup>2</sup>, в группе В -  $312,3 \pm 7,4$  см<sup>2</sup> ( $p \leq 0,05$ ).

В последах группы А инволютивно-дистрофические процессы выявлены в 58 случаях (48,3%)( $P \leq 0,05$ ), циркуляторные нарушения - у 12 (10,0%)( $P \geq 0,05$ ), воспалительные изменения - в 50 случаях (41,7%).

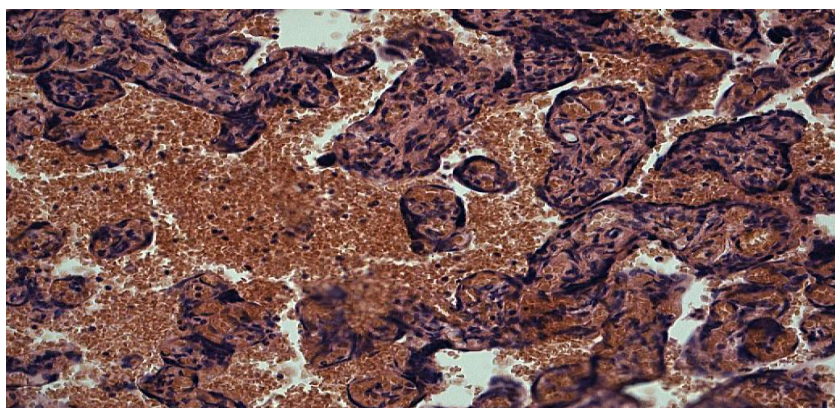
В последах группы В инволютивно–дистрофические изменения имели место у 8 пациентов (80,0%), циркуляторные - у 2-х (20,0%). Воспалительные процессы в плацентах этой группы не были выявлены.

Таким образом, у пациенток групп А и В в плацентах преобладали инволютивно-дистрофические изменениями, причем в группе В они выявлялись в 2 раза чаще, чем в группе А.

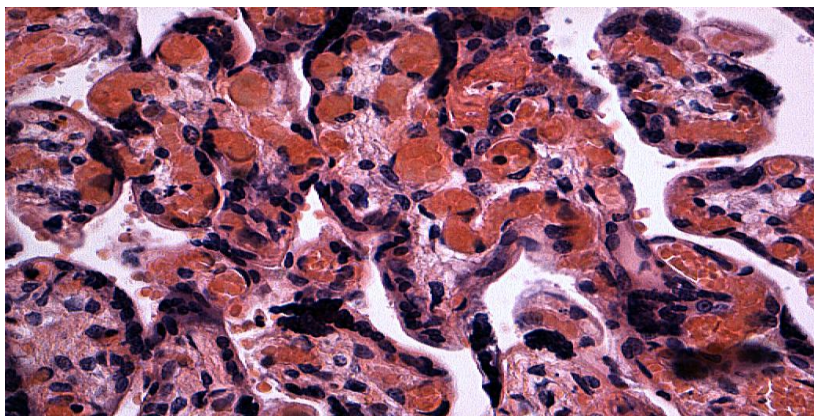
Циркуляторные нарушения различной степени выраженности были выявлены в последах обеих групп. Выраженность этих нарушений у пациенток групп А и В была различной. В группе А степень нарушения плацентарной гемодинамики была значительной – в виде обширных зон ишемических некрозов ворсин (рис.1), кровоизлияний в межворсинчатые пространства (рис.2). В группе В циркуляторные нарушения в плацентах носили характер компенсаторной гиперемии (рис.3) или умеренной ишемии.



**Рисунок 1 - Микроскопические проявления ишемического некроза ворсин. Некротизированные ворсины окружены массами фибрина. Окраска гематоксилином и эозином x 200.**



**Рисунок 2- Микроскопические проявления кровоизлияний в межворсинчатые пространства. Межворсинчатые пространства выполнены эритроцитами. Окраска гематоксилином и эозином x200.**



**Рисунок 3- Микроскопические проявления компенсаторной гиперемии ворсин. Капилляры ворсин расширены, выполнены эритроцитами. Окраска гематоксилином и эозином. x 400.**

При исследовании последов, в которых отмечался воспалительный процесс, выявлен ряд изменений, которые прослеживались как в плодовой, так и в материнской части плаценты.

Наибольшие патологические изменения выявлены в амниотической оболочке и хориальной пластинке. В амнионе отмечена воспалительная реакция – отек, выраженная лейкоцитарная инфильтрация, обширные поля фибриноида. В хориальной пластинке также отмечены явления воспалительного характера - отек стромы, лейкоцитарная инфильтрация. Содержание гликопротеинов, кислых мукополисахаридов в тканях снижалось.

В группе А воспалительные изменения наиболее часто имели характер гнойного хориоамнионита, базального децидуита. Такой характер изменений выявлен у  $15,8 \pm 3,3\%$  больных этой группы, очаговый серозно-гнойный мембранит – у  $12,5 \pm 3,0\%$  пациентов. Гнойный плацентит (рис.4 -а, б, в) отмечен в 11 случаях ( $9,2 \pm 2,6\%$ ) среди больных группы А.

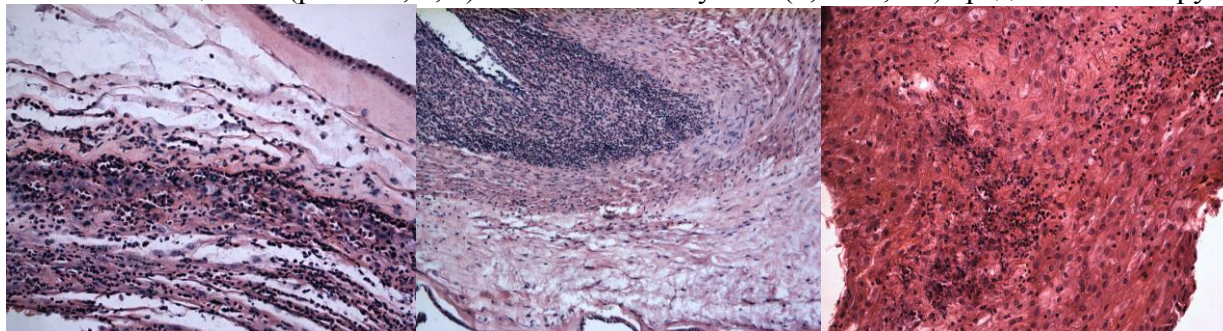


Рис. 4-а

Рис. 4-б

Рис. 4-в

**Рисунок 4 - Микроскопическая характеристика гнойного плацентита. Окраска гематоксилином и эозином (а, в - x 200, б x 100). а – выраженный отек и лейкоцитарная инфильтрация плодных оболочек; б – отек и лейкоцитарная инфильтрация сосудов и вартоновского студня пупочного канатика; в – лейкоцитарная инфильтрация базальной пластинки.**

В большей части створчатых ворсин заметное увеличение количества соединительнотканых элементов, резко выражена лейкоцитарная инфильтрация, увеличено содержание гликопротеинов и кислых мукополисахаридов. Стенки сосудов в створчатых ворсинах утолщены, просвет их сужен.

Вследствие «набухания» ворсин происходило сужение межворсинчатого пространства, которое было отмечено в виде узких щелей. В отечных ворсинах отмечалось увеличение содержания и неравномерное распределение ШИК-позитивных и альцианофильных веществ.

В плацентах при гистологическом исследовании выявлены изменения, которые расценены как инволютивно- дистрофические и компенсаторно–приспособительные процессы. Инволютивно- дистрофические процессы, свойственные естественному периоду завершения беременности, были отмечены в обеих группах. Часть ворсин была подвержена фиброзу с облитерацией просвета сосудов или склерозирована. Отмечалось скопления фибриноида, в виде тонких полосок, окружающих ворсины или в виде островков в строме, в межворсинчатом пространстве. В различном количестве отмечено отложение солей кальция. В ряде плацент отмечены кисты, возможно, как исход ишемии или инфарктов. Гистохимические реакции показали наличие кислых мукополисахаридов в строме хориальной пластинки и вокруг сосудов створчатых ворсин. Циркуляторные изменения и инволютивно- дистрофические (преобладали дистрофические) процессы в группе А соответствовали локальным инфекциям новорожденных протекающих в легких формах.

Компенсаторно- приспособительные процессы в ряде плацент были отнесены к таковым из- за ряда особенностей, отличающих их от других процессов. Такой особенностью являлась выраженная васкуляризация ворсин, увеличение числа терминальных ворсин, их тесное расположение, образование молодых ворсин, истончение синцитиотрофобласта, образование синцитиальных почек, синцитиокапиллярных мембран. В группе В – преобладали инволютивные и компенсаторно- приспособительные процессы.

Морфологические изменения плаценты, характерные для плацентарной недостаточности были выявлены в 108 (90,0±2,7%) случаев в исследуемой группе, в группе контроля морфологических эквивалентов плацентарной недостаточности выявлено не было. Особенностью, выявленной при исследовании, явилось сочетание различных процессов в разных зонах плаценты.

**Выводы:** В исследуемой группе инволютивно- дистрофические изменения были отмечены в 48,3±4,6%, циркуляторные изменения в 10,0±2,7% случаев, что соответствовало локальным формам инфекции у новорожденных. Воспалительные изменения регистрировались в 41,7±4,5% случаев и были отмечены при средне- тяжелом, тяжелом течении инфекции у новорожденных, а так же при мертворождении. Гистохимические реакции в исследуемой группе свидетельствовали об изменении структуры плаценты, приводящей к утрате ее функции. Степень выраженности воспалительных изменений и обширность поражения, в большинстве случаев, определяла прогноз для новорожденного.

*Литература:*

1. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. - СПб., 2002. –С. 351.
2. Безнощенко, Г.Б. Внутриутробные инфекции / Г.Б. Безнощенко, Т.И. Долгих, Г.В. Кривчик. - М., 2003. - С. 55-76.
3. Линева, О.И. Морфологические критерии прогнозирования реализации внутриутробной инфекции у новорожденного / О.И. Линева, Т.А. Федорина, Л.В. Прохорова и др. // Акушерство и гинекология. - 2004. - № 3. - С. 23-26.
4. Blank, W.A. Pathology of the placenta, membranes and umbilical cord in bacterial, fungal and viral infections in man / W.A. Blank // Perinatal diseases. – Baltimor, 1981. - P. 67-132.
5. Белинская, А.М. Морфология маточно- плацентарной области и миометрия при нормальной и осложненной беременности / А.М. Белинская // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии. - Алматы, 2003. - С. 38-41.
6. Дунаева, Е.В. Морфологическая характеристика последов и плодов от рожениц при поздних самопроизвольных выкидышах / Е.В. Дунаева, А.М. Белинская // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2002. - № 3. - С. 36-38.
7. Журынбаева, А.А. Морфологические и вирусологические исследования плацент от рожениц с персистентной гриппозной инфекцией / А.А. Журынбаева, Н.В. Черепкова // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии. - Алматы, 2003. - С. 59-61.

8. Шабунина–Басок, Н.Р. Морфофункциональные изменения в системе «мать – плацента – плод» при беременности, ассоциированной с вирусными и вирусно- бактериальными инфекциями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.Р. Шабунина–Басок. - Челябинск, 2005. –С. 47.
9. Белинская, А.М. Патологоанатомическое исследование последа: методич. рекомендации / А.М. Белинская, Н.И. Гордон, Е.П. Калашникова. - Алматы, 1994. – 28 с.
10. Benirschke, K. Pathology of Human Placenta / K. Benirschke, P. Kaufman. – New -York, 1990. - P. 878.
11. Dexter, S.C. Outcome of very birth weight infant with histopathologic chorioamnionitis / S.C. Dexter, H. Pinar, M.P. Malee et al. // Obstet. Gynecol. – 2000. - Vol. 96, № 2. - P. 172-177.

**Түйін**  
**ҚҰРСАҚТЫҢ ІШІНДЕГІ БАКТЕРИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАУ КЕЗІНДЕГІ ПЛАЦЕНТАНЫҢ**  
**ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІ**

*Т.Б. Булгацевич*

*Гистология зерттеуінің нәтижелері бактериялық инфекцияларының ауырлығының дәрежесі бар және жаңадан туғандардың инфекцияларында ауырлық деңгейінің орташа өзара байланысын талқылаған.*

*Инволютивті - дистрофиялық зерттелетін топта өзгерістер  $48,3 \pm 4,6\%$  ,  $10,0 \pm 2,7\%$  жағдайлардағы циркулярлы өзгерістері, инфекциясының жергілікті формаларына жаңадан туғандарға сәйкес келді, ісін қызару өзгерістер  $41,7 \pm 4,5\%$  жағдайларда тіркелді және қасында былайша өлі туылу туған инфекцияларының ауыр бойынша орташа, ауыр ағымында атап өтілді.*

*Гистохимиялық реакциялар плацентаның құрылымының және оның функцияларының жоғалтуы мен өзгерілуі туралы куәландырды.*

*Негізгі ұғымдар: Құрсақ ішін бактериялық инфекциялау, шудың гистологиялық зерттелуі, бактериалдық инфекциядағы гистохимия.*

**Summary**  
**HISTOLOGICAL EXAMINATION OF THE PLACENTA**  
**IN INTRAUTERINE BACTERIAL INFECTIONS**

*T.B. Bulgatsevich*

*Have studied the results of histological examination of bacterial intrauterine infection, their relationship to the severity of infection in newborns. In the study group, involutive and dystrophic changes were noted in  $48,3 \pm 4,6\%$ , circulatory changes in  $10,0 \pm 2,7\%$  of cases, which corresponded to the local forms of infection in newborns, the inflammatory changes were recorded in  $41,7 \pm 4,5\%$  of cases were noted in medium-severe, severe infections in newborns, as well as in stillbirths. Histochemical reactions indicate a change in the structure of the placenta, leading to the loss of its function.*

*Key words: intrauterine bacterial infection, histological examination of the placenta, histochemistry bacterial infections.*

**ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С**  
**УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

*Ж.Х. Исламгалева*  
*Центр Дерматологии и ПБППП, г.Астана*

**Введение.** Урогенитальные инфекции у женщин являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности [1]. К основным заболеваниям органов мочеполовой системы у женщин, вызванными инфекционными возбудителями, относятся уреамикоплазмоз, бактериальный вагиноз, трихомониаз, кандидозный вульвовагинит, в основном преобладают смешанные формы [2]. Урогенитальные инфекции клинически проявляются уретритом, сальпингитом, цервицитом и другими видами патологии мочеполовых путей [3]. Необходимо отметить, что инфекции, передающиеся половым путем, отрицательно влияют на репродуктивную функцию организма женщины [2,5]. Поэтому надлежащая фармакотерапия инфекций, передающихся половым путем, является не только медицинской, но и социальной проблемой [6,7].

В связи с высокой степенью рецидивирования инфекционных заболеваний мочеполовой системы у женщин проблема рационального их лечения становится особо актуальной. Повышение эффективности терапии женщин с заболеваниями, передающимися половым путем является наиболее значимой проблемой в современной дерматовенерологии и гинекологии. Одним из эффективных препаратов, проявляющих высокую активность в отношении широкого спектра возбудителей ИППП является Меркацин (амикацин), антибиотик группы аминогликозидов широкого спектра действия, действует бактерицидно [7].

**Материалы и методы исследования:** Нами исследована контрольная группа из 85 пациенток в возрасте от 25 до 42 лет. В группу не включали женщин в возрасте младше 18 и старше 45 лет, в период беременности и кормления грудью, с аллергическими реакциями в анамнезе, с индивидуальной непереносимостью препарата. Среди возбудителей инфекций органов мочеполовой системы у женщин преобладают смешанные формы, при этом мы акцентировали внимание на уреа-микоплазмозе. У 85 пациенток наблюдались следующие формы микст-инфекций: 1-я группа уреаплазмоз-гарднереллез-кандидоз -32, 2-я группа уреаплазмоз-микоплазмоз-кандидоз -27, 3-я группа уреаплазмоз -трихомоназ- гарднереллез -26. У 45 пациенток выставлен диагноз эрозия шейки матки, у 35 пациенток хронический 2-х сторонний сальпингоофорит, у 15 женщин миома матки, у 75 пациенток вульвовагинит. В анамнезе 7-ю женщинами перенесен туберкулез, у 15 женщин уреаплазмоз. Сопутствующей патологии со стороны внутренних органов не наблюдалось. Практически 70% пациенток предъявляли жалобы на желтоватые выделения из половых путей, умеренный запах, незначительный зуд наружных половых органов. 30% пациенток жалоб не предъявляли и выявлены гинекологом при медосмотре по поводу эрозии шейки матки и направлены к дерматовенерологу на лечение. Всем женщинам с первых дней лечения наряду с метронидазолом (500 мг× 3 р/день 7 дней) назначался Меркацин в дозе 500 мг× 2 р/день 5 дней, флуконазолы 150 мг № 2, вагинальные суппозитории подбирались индивидуально. В последующем на 7-10 сутки подбирались комбинированные схемы лечения с антибиотиками из группы макролидов (вильпрафен, сумамед). Все пациентки переносили препарат Меркацин хорошо, лишь некоторые из них отмечали болезненность в месте инъекции.

**Результаты и обсуждение:** Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом субъективных жалоб, клинической картины заболеваний и лабораторных критериев. На пятые сутки в результате лечения препаратом Меркацином клинически наблюдалось следующая картина: отсутствие гиперемии, отека слизистой влагалища, значительно уменьшились выделения, в некоторых случаях (35%) полностью прекратились. Лабораторные данные на пятые сутки после лечения Меркацином: мазки на степень частоты – снижение лейкоцитоза, нормализация вагинальной микрофлоры. При I контрольном исследовании после лечения у 78 женщин отмечены отрицательные результаты (РИФ-диагностика – уреаплазма, микоплазма, гарднереллы, трихомонады отсутствовали; мазок на степень чистоты – лейкоциты до 10, без особенностей); у 5 женщин наблюдался кандидоз (в мазке – лейкоциты до 10, обнаружены кандиды), назначено соответствующее лечение; у 7 пациенток результаты оставались положительные (РИФ положительные «+»). Проведя беседу с женщинами, у которых результаты оставались положительными, пришли к выводу о том, что результат лечения зависел от комплаентности пациенток (приверженности к лечению, женщины вступали в половой контакт или пропускали прием антибиотиков).

**Таблица – Эффективность лечения урогенетальной инфекции препаратом Меркацином**

| группа | Диагноз       | Число пациентов | Эффект            |                 |                 |
|--------|---------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|
|        |               |                 | полный            | Частичный       | отсутствует     |
| 1-я    | Ур-гардн-канд | 32 (37,6%)      | 27 (84,3% ± 6,4)* | 2 (6,3% ± 4,3)* | 3 (9,4% ± 5,2)* |

|     |               |            |                   |                  |                  |
|-----|---------------|------------|-------------------|------------------|------------------|
| 2-я | Ур-мик-канд   | 27 (31,8%) | 20 (74,1% ± 8,4)* | 4 (14,8% ± 6,8)* | 3 (11,1% ± 6,0)* |
| 3-я | Ур-трих-гардн | 26 (30,6%) | 24 (92,3% ± 5,2)* | 1 (3,8% ± 3,8)*  | 1 (3,8% ± 3,8)*  |

Примечание \* - достоверность различий между группами пациентов с полным и частичным эффектом лечения.

При II контрольном исследовании (РИФ-диагностика, мазок на ст.чистоты, бактериальный посев) результаты у 78 женщин были отрицательные.

**Выводы:** Проведенные клинические исследования могут свидетельствовать о том, что препарат Меркацин в комбинированном лечении с антибиотиками из группы макролидов позволяет существенно повысить эффективность лечения урогенитальных инфекций у женщин, достигая как этиологического, так и полного клинического излечения и может быть рекомендован для применения в дерматовенерологической практике.

*Литература:*

1. Избранные лекции по гинекологии. Учебное пособие. Под ред. Н.Б. Манухина. М.: Издательский дом «Династия», 2003.
2. Методические материалы по диагностике и лечению распространенных инфекций, передаваемых половым путем и заболеваний кожи. Под. ред. А.А.Кубановой. М. – ГЭОТАР – МЦД, 2003.
3. Баранова А.Н.// Журн. акушерства и женских болезней. – Спец. выпуск. – 1995. – С. 14.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 2000
5. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медицинская Книга, 1999
6. Венерические болезни. Руководство для врачей. / Под ред. О.К. Шапошниковой – М.: Медицина, 1980
7. Мордовцев В.Н., Кешилева З.Б. Фармакотерапия в дерматовенерологии. – Алматы, 1994
8. Арутюнов В.Я. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 1972
9. Овчинников Н.М., Беднова В.Н., Делекторский В.В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем. – М.: Медицина, 1987
10. Скрипкин Ю.К., Шарапов Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. – Л.: Медицина, 1983
11. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003
12. Мавров И.И. Половые болезни. Энцикл. справ.– М.: Аст-Пресс, 1994
13. Справочник «Кожные и венерические болезни» Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997
14. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / Руководство для врачей.– С-П.,2000
15. Журналы «Вопросы дерматологии и венерологии» № 3-4 2001, № 1-2, 3-4 2002 г., № 1-2 2005 г.
16. Журналы «Вестник дерматологии и венерологии» № 4 1996 г., № 3 1998 г., № 1-4 1999 г., № 1-4 2000 г., № 3 2005 г.
17. Журналы «Инфекции, передающиеся половым путем» № 2 1999 г., № 2 2000 г., № 1 2006 г.

**Түйін**

**УРОГЕНИТАЛЬДІ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРЫ БАР ӘЙЕЛДЕРДЕГІ КОМБИНИРЛЕНГЕН ТЕРАПИЯНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

*Ж.Х. Исламгалева*

Әйелдердегі урогениталды жұқпалар осы заманның бірден-бір маңызды медико-әлеуметтік мәселелері болып табылады. Жүргізілген клиникалық зерттеулердің нәтижесінде, Меркацин дәрі-дәрмегі әйелдердегі урогениталды жұқпаларды емдеудің тиімділігін маңызды жосарлатуға мүмкіндік бере алатыны туралы куәландурады, этиология болсын, сондай-ақ толық клиникалық сауығуына да қол жеткізе отырып және дерматовенерологиялық тәжірибеде қолдану үшін ұсынылуы мүмкін.

**Summary**

**THE FEATURES OF COMBINED THERAPY AT FEMALES WITH UROGENITAL**

*Zh. Kh. Islamgaleeva*

The genitourinary infections of women is one of the main medicine-social problem of modern life. The results of clinical study shows that the medicine Merkacin in treatment with antibiotics allows us essentially to raise up efficacious



*of treatment of sex-transmitted genitourinaries of women and achive etiological and all the clinical treatment that is why it can be adviced for making use in practice.*

## МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

*Л.Х. Изтелеуова, Е.Т. Каржибаев, А.Р. Куразова  
ННЦМД, г.Астана, РД г.Жанаозен*

**Введение.** Одной из самых актуальных проблем современного акушерства является поиск качественно новых методов подготовки организма беременной женщины к родам при физиологическом и осложненном течении гестации [1,2]. Решение закончить беременность прежде, чем начнутся спонтанные роды, является одним из наиболее драматических путей вмешательства в естественный ход развития беременности и родов. Состояние шейки матки ко времени индукции родов является наиболее важной доминантой для последующего хода событий. Незрелая шейка матки не способна к адекватной дилатации в ответ на сокращения матки. Попытки индукции родов, когда шейка еще не созрела, могут вести к высокому уровню неудач индукции [2,3,4]. Определение состояния шейки матки является в высшей степени субъективным, Несколько оценочных балльных систем разработано с целью создания руководства для сравнимого определения состояния шейки матки. Наибольшей известностью среди них пользуются оценка состояния шейки матки по Г. Г. Хечинашвили, а также шкала Бишопа, в которой учитывается пять раз личных факторов [4,5]. Для ускорения созревания шейки матки применяют простагландины. Дозы простагландинов, и пути введения на сегодняшний день многочисленны и разнообразны [5].

**Целью исследования** явилась оценка эффективности применения мизопростола при вагинальном введении в задний свод влагалища у беременных при различном исходном состоянии родовых путей.

**Материал и методы.** Проанализированы 78 историй родов. Показаниями к назначению подготовки организма женщин к родам явились неготовность родовых путей при пролонгировании беременности более 40 нед в 25,6% случаев и необходимость досрочного родоразрешения по сочетанным показаниям в 74,4% случаев. Возраст беременных варьировал от 18 до 37 лет, 26 (33,3%) женщин старше 30 лет. У 28 (35,8%) женщин роды повторные, 30 (38,4%) - первобеременными. При оценке состояния шейки матки по шкале Bishop у 48 (61,5%) беременных она составляла 0—3 балла, у 30 (38,4%) — 4—5 баллов. Всем беременным проводилась подготовка организма к родам.

Мизопростол назначался вагинально в задний свод по схеме: 1 доза -25мг, через 6 часов 2 доза 25мг и 3 доза через 6 часов 50мг. У 60% беременных происходили значительные структурные изменения шейки матки, в том числе у 27% развивалась родовая деятельность. При «зрелой» шейке проводили амниотомию. Последующая индукция окситоцином требовалась в 34%. Отсутствие эффекта от «подготовки» родовых путей наблюдалась в 12%.

Критериями эффективности подготовки организма беременной к родам являлось развитие регулярной родовой деятельности или наличие достаточной биологической зрелости шейки матки (наличие условий для последующей амниотомии).

**Результаты и обсуждение.** Средняя продолжительность родов в данной группе составила около 9,5 ч. У 3 беременных произведено кесарево сечение. В 29,2% случаев в 1-е сутки на фоне мизопростола отмечено самостоятельное начало родовой деятельности. У 13 (31,7%) беременных произошло дородовое излитие околоплодных вод, роды при этом закончились через естественные родовые пути в 11 случаях. У 10 (24,3%) беременных при достаточном эффекте от проведенной подготовки через сутки произведена амниотомия с целью родовозбуждения. При этом в 2 случаях произведено кесарево сечение, остальные роды произошли через естественные родовые пути. У 12 (29,2%) женщин развилась слабость родовой деятельности. Следует отметить, что слабость родовой деятельности в основном

отмечена (8 наблюдений) у женщин с исходной оценкой состояния шейки матки 0—3 балла по шкале Bishop. При этом в 6 наблюдениях слабость родовой деятельности отмечена после родового излития вод. В одном случае по поводу упорной вторичной слабости родových сил применена вакуум-экстракция плода, у 5 женщин роды закончены путем кесарева сечения, у 6 - роды самопроизвольные. Путем кесарева сечения родоразрешены 9 беременных: 5 — по поводу слабости родовой деятельности, 1 — клинического несоответствия, у 3 развилось угрожающее состояние плода.

Наибольший эффект от применения мизопростола получен при исходном состоянии зрелости шейки матки 4—5 баллов, у 60% женщин в первые 3 суток самопроизвольно развилась регулярная родовая деятельность, тогда как при оценке состояния шейки матки 0—3 балла — лишь в 29,2% случаев. Применение в общей дозе 100 мг потребовалось 37 беременным, 25, у которых не было эффекта от использования 100 мг и им применен мизопростол в дозе 200 мг. У 11 беременных при достаточной биологической готовности организма к родам (состояние шейки матки по шкале Bishop не менее 6 баллов) проведены программированные роды. После повторного применения мимизопростола самостоятельно родовая деятельность развилась у 3 беременных при этом исходное состояние шейки матки, соответствовавшее оценке по шкале Bishop 0—3 балла, наблюдалось в 8 случаях. У 3 беременных из обеих групп эффект наблюдался недостаточным, что потребовало дальнейшей подготовки. Все они родоразрешены путем кесарева сечения в связи с отсутствием эффекта от подготовки родовых путей. Условия для амниотомии выявлены у 11 (29,7%) женщин, у 5 из них самостоятельная родовая деятельность не развилась, что потребовало родовозбуждения окситоцином. Течение родов осложнилось слабостью родовой деятельности у 8 (21,6%) рожениц (3 и 5 соответственно в 1-й и 2-й группах). Одна роженица по поводу упорной слабости родовой деятельности родоразрешена путем кесарева сечения.

Масса новорожденных варьировала от 2500 гр до 4200 гр. Большинство детей (89,9%) рождены в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар не менее 7 баллов на 1-й минуте. Состояние 8 (10,1%) новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, при рождении было оценено на 6 баллов по шкале Апгар, что потребовало в дальнейшем перевода 3 детей в отделение патологии новорожденных, а 5 - выписаны домой.

**Выводы.** 1. Применение мизопростола вагинально в задний свод является достаточно высокоэффективным методом подготовки организма беременной к родам.

2. Степень эффективности процедуры зависит от исходного состояния шейки матки.

3. Наибольший эффект при применении мизопростола вагинально в общей дозе 100мг получен у беременных с оценкой исходного состояния шейки матки 4—5 баллов, тогда как применение его в дозе 200мг более эффективно при оценке состояния шейки матки 0—3 балла.

#### *Литература*

1. *Абрамченко В.В., Абрамян Р.А., Абрамян Л.Р.* Индукция родов и их регуляция простагландинами. Ст-Петербург: ЭЛБИС СПб 2005; 288.
2. *Гаспарян Н.Д.* Подготовка к родам мифегином и его влияние на состояние детей грудного возраста, лактационную и менструальную функцию женщин после родов. Рос вестн акушгин 2001; 4: 34—37.
3. *Шарапова О.В.* Письмо о применении мифепристона в акушерстве и гинекологии МЗ РФ №2510/7213-03-32 от 2 июля 2003 г.
5. *Elliot C.L., Brennand J.E., Calder A.A.* The effects of mifepristone on cervical ripening and labor induction in primigravidae. *Obstet Gynec* 1998; 92: 5: 804—809.

#### **Түйін**

#### **ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ БОСАНУҒА ДАЙЫНДАУ ӘДІСТЕРІ**

*Л.Х. Істілеуова, Е.Т. Қаржібаев, А.Р. Куразова*

*Мақалада ретроспектив зерттеу бойынша 78 жүкті әйелдердің босану дайындылығы көрсетілген (Бишоп арқылы жатыр мойынының бағалауы). Және соган байланыс мизопростолдың пайдасы мен кемшілігі.*

*Summary*

**THE METHODS OF PREPARATION OF PREGNANT WOMAN FOR DELIVERY**

*L.H. Izteleuova, E.T. Karzhibayev, A.R. Kurazova*

*On the basis of a retrospective analysis of the course of labor in 78 pregnant women with the varying baseline readiness of the organism for delivery (evaluation of the cervix uteri according to the Bishop scale), the authors studied the efficiency of using misoprostoli as agents for labor preparation.*

**ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРТАНА  
У ДЕТЕЙ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА**

*С.М. Кабиева*

*Карагандинский государственный медицинский университет*

**Введение.** Известно, что в основе формирования постгипоксической ишемии миокарда лежит гипоксия, которая приводит к задержке или блокированию созревания ферментов в митохондриях, недостаточному поступлению жирных кислот и дефициту энергообеспечения кардиомиоцита.

В связи с этим обоснован поиск современных, эффективных, безопасных, лекарственных препаратов, соответствующих стандартам перинатальной фармакотерапии, механизм действия которых направлен на улучшение метаболизма в клетках за счет улучшения энергообразования в кардиомиоцитах. На сегодняшний день данные о тактике ведения постгипоксической ишемии миокарда разноречивы, а вопрос о принципах лечения отдаленных последствий остается не до конца решенным [1-7].

Одним из таких является препарат картан, активной основой, которого является L-карнитин. Препараты с активным веществом левокарнитин в последние годы применяются при многих состояниях у новорожденных (гипербилирубинемии, низкой массе тела), в том числе и при ишемии миокарда [8-10].

L-карнитин относится к незаменимым витаминоподобным веществам. Основные метаболические функции карнитина связаны с процессами преобразования биологической энергии. Карнитин участвует в процессах обмена веществ в качестве переносчика жирных кислот через клеточные мембраны из цитоплазмы в митохондрии, где подвергаются процессу  $\beta$ -окисления с образованием большого количества метаболической энергии в форме АТФ. Кроме того, карнитин участвует в процессах гликолиза, синтеза жирных кислот, обмена кетоновых тел и холина.

**Цель исследования:** Оценить терапевтическую эффективность Картана у детей с постгипоксической ишемией миокарда.

**Материалы и методы.** В исследованиях клинический эффект препарата оценивался по результатам лечения 32 детей с постгипоксической ишемией миокарда, из них 8 (25%) новорожденных с постгипоксической ишемией миокарда тяжелой степени.

Картан® назначался в дозе 100 мг/кг в сутки в 2 приема. Детям со средней степенью тяжести ПИМ назначался 1 курс лечения курсом в течение 4 недель. Детям с тяжелой степенью ПИМ в течение первых 3 дней препарат вводился внутривенно в дозе 20 мг/кг в сутки, с последующим пероральным приемом в дозе 100 мг/кг/сутки в течение 2 месяцев. Динамическое наблюдение осуществлялось через 1 месяц, 6 месяцев 1 год и 3 года после проведенного лечения.

Метаболическая терапия назначалась на фоне базисной терапии ПИМ. Оценка эффективности проводимой терапии проводилась на основании данных клинического осмотра, ЭКГ-данных, показателей эхокардиографии с применением нагрузочной пробы, КИГ, уровня миоглобина, тизеографической характеристики плазмы крови.

**Результаты и обсуждение.** Данные проведенного исследования показывают, что положительная динамика клинических признаков постгипоксической ишемии миокарда наметилась уже к концу 1-го месяца лечения. Это проявлялось уменьшением большинства показателей: расширение границ сердца с 31,3% до 18,8%, приглушенности тонов сердца с 68,8% до 46,9%, систолического шума с 62,5% до 40,6%, сердечной недостаточности с 18,% до 9,4%.

Однако статистически значимые изменения отмечены только по данным ЭКГ: уменьшение номотопных нарушений ритма сердца (с 65,6% до 37,5%,  $p < 0,05$ ) и нормализация процессов реполяризации (с 75% до 43,8%,  $p < 0,05$ ) и показателям крови: снижение уровня миоглобина до 48,5 нг/мл ( $p < 0,05$ ), изменение характера кривой ОРЭ (с 75% до 50%), позитивные изменения тизиографической картины крови (с 84,4% до 40,6%,  $p < 0,001$ ) (таблица).

**Таблица – Динамика показателей до и после лечения Картаном**

| Симптомы                        | До лечения     | Через 1 мес.      | Через 6 мес.      | Через 1 год        | Через 3 года       |
|---------------------------------|----------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Расширение границ сердца        | 10 (31,3±8,2)  | 6 (18,8±6,9)      | 4 (12,5±5,9)      | 3 (9,4±5,3*)       | 1 (3,1±3,1*)       |
| Приглушенность тонов            | 22 (68,8±8,2)  | 15 (46,9±8,8)     | 8 (25,0±7,7***)   | 5 (5,6±6,4***#)    | 2(6,3±4,3***##)    |
| Систолический шум               | 20 (62,5±8,6)  | 13 (40,6±8,7)     | 9 (28,1±7,9**)    | 6 (18,8±6,9***)    | 5 (15,6±6,4***#)   |
| Сердечная недостаточность       | 6 (18,8±6,9)   | 3 (9,4±5,3)       | 2 (6,3±4,3)       | 1(3,1±3,1)         | 0 (0,0±0,2)        |
| Номотопные нарушения ритма      | 21(65,6±8,4)   | 12 (37,5±8,6*)    | 7 (21,9±7,3***)   | 4 (12,5±5,9***#)   | 2 (6,3±4,3***##)   |
| Эктопические ритмы              | 7 (21,9±7,3)   | 4 (12,5±5,9)      | 2 (6,3±4,3)       | 1(3,1±3,1)         | 0(0,0±0,2)         |
| Блокада правой ножки пучка Гиса | 13 (40,6±8,7)  | 9(28,1±7,9)       | 7(21,9±7,3)       | 5(15,6±6,4*)       | 4(12,5±5,9*)       |
| Удлинение QT                    | 9(28,1±7,9)    | 6 (18,8±6,9)      | 4(12,5±5,9)       | 3(9,4±5,3)         | 2(6,3±4,3*)        |
| Перегрузка прав. желудочка      | 9(28,1±7,9)    | 6(18,8±6,9)       | 4(12,5±5,9)       | 2(6,3±4,3*)        | 1(3,1±3,1*)        |
| Нарушение реполяризации         | 24(75,0±7,7)   | 14(43,8±8,8*)     | 10(31,3±8,2***)   | 8(25,0±7,7***)     | 5(15,6±6,4***#)    |
| Открытое овальное окно          | 11(34,4±8,4)   | 6(18,8±6,9)       | 4(12,5±5,9)       | 3(9,4±5,3*)        | 3(9,4±5,3*)        |
| Открытый артер. проток          | 3(9,4±5,3)     | 2(6,3±4,3)        | 1(3,1±3,1)        | 0(0,0±0,2)         | 0(0,0±0,2)         |
| Легочная гипертензия            | 2(6,3±4,3)     | 1(3,1±3,1)        | 0(0,0±0,2)        | 0(0,0±0,2)         | 0(0,0±0,2)         |
| Удовлетворит. резерв адаптации  | 4(12,5±5,9)    | 8(25,0±7,7)       | 10(31,3±8,2)      | 13(40,6±8,7*)      | 15(46,9±8,8**)     |
| Напряжение адаптации            | 7 (21,9±7,3)   | 9 (28,1±7,9)      | 11(34,4±8,4)      | 11(34,4±8,4)       | 9(28,1±7,9)        |
| Субкомпенс. вариант резервов    | 12(37,5±8,6)   | 9(28,1±7,9)       | 7(21,9±7,3)       | 6(18,8±6,9)        | 6(18,8±6,9)        |
| Декомпенс. вариант резервов     | 9(28,1±7,9)    | 6(18,8±6,9)       | 4(12,5±5,9)       | 2(6,3±4,3*)        | 2(6,3±4,3*)        |
| Миоглобин                       | 178,9±57,3     | 48,5±13,4*        | 27,4±5,7***       | 21,6±3,4***        | 19,4±2,6***        |
| Изменения характера кривой ОРЭ  | 24<br>75,0±7,7 | 16<br>50,0±8,8    | 10<br>31,3±6,5*** | 6<br>18,8±6,9***## | 3<br>9,4±5,2***##& |
| Изменения на тизиограмме        | 27(84,4±6,4)   | 13(40,6±8,7***^^) | 9(28,1±7,9***)    | 7(21,9±7,3***)     | 4(12,5±5,9***#)    |

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$  - сравнение всех показателей с показателями до лечения, # - сравнение с показателями через 1 месяц, & - сравнение с показателями через 6 месяцев, ^ - сравнение с контрольной группой через 1 месяц.

Статистически значимое стабильное улучшение клинических параметров отмечается через 6 месяцев от начала лечения: улучшение звучности сердечных тонов зарегистрировано у 43,8% детей ( $p < 0,001$ ), исчезновение систолического шума, обусловленного наличием фетальных коммуникаций или регургитацией на атривентрикулярных клапанах у 34,4% ( $p < 0,01$ ).

К концу года присоединилась достоверная регрессия большинства клинико-электрокардиографических показателей: сокращение размеров сердца у 21,9% новорожденных ( $p < 0,05$ ), уменьшение блокад правой ножки пучка Гиса у 25% пациентов ( $p < 0,05$ ) и купирование гемодинамической перегрузки правого желудочка у 21,8% ( $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о снижении напряжения адаптационных процессов в системе кровообращения.

Клиническое улучшение подтверждалось снижением уровня миоглобина в крови с 178,9 нг/мл до 27,4 нг/мл ( $p < 0,001$ ).

Функционирующие фетальные коммуникации в виде открытого овального окна сохраняются только у 3 новорожденных ( $p < 0,05$ ), случаев открытого артериального протока с признаками легочной гипертензии не обнаружено.

Исследование функционального состояния миокарда по данным эхокардиографии с применением нагрузочной пробы показало, что статистически достоверно улучшилась нарушенная сократительная способность миокарда: изменилось соотношение детей с удовлетворительным резервом адаптации (увеличилось с 12,5 до 40,6%) и декомпенсированным вариантом функциональных резервов миокарда (уменьшилось с 28,1% до 6,3%), ( $p < 0,05$ ). Удлинение QT достоверно нормализовалось только к 3-му году наблюдения (с 28,1% до 6,3%), ( $p < 0,05$ ). Учитывая, что удлинение QT отражает степень нарушения функционального состояния миокарда и при его наличии возможно развитие жизнеугрожаемых аритмий, длительность достижения нормализации этого параметра свидетельствует о глубине и распространенности патологических изменений в миокарде.

**Заключение.** Таким образом, клинические, инструментальные и лабораторные данные доказывают эффективность применения Картана в качестве метаболической терапии и обуславливают благоприятный прогноз.

**Выводы:**

1. При использовании в качестве метаболической терапии Картана отмечена положительная динамика клинико-функциональных и лабораторных показателей состояния миокарда.

2. Хороший терапевтический эффект Картана® позволяет рекомендовать его использование в комплексной терапии при лечении постгипоксической ишемии миокарда.

*Литература*

1. Баженова Л.К., Букейр А., Нароган М.В. Лечение постгипоксической кардиопатии у новорожденных на втором этапе выхаживания. //Педиатрическая фармакология. - 2003. - №1(3). - С.57-59.
2. Балыкова Л.А., Гарина С.В., Герасименко А.В., Князева С.В., Тумаева Т.С. Фармакологическая коррекция функциональных нарушений ССС у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию. //Вопросы практической педиатрии. - 2008. - т.3. - №5. - С.10.
3. Гарина С.В., Кисилева М.И., Герасименко А.В., Балыкова Л.А., Тумаева Т.С., Потанина Ю.А., Бикмаева К.Т. Фармакологическая коррекция функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию. //Детские болезни сердца и сосудов. - 2009. - №2 - С.73-78.
4. Гнусаев С.Ф., Шибаев А.Н. Современные подходы к диагностике и лечению гипоксической ишемии миокарда у новорожденных. //Рос. конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», 2004.-С.166.
5. Ледяев М.Я., Заячникова Т.Е., Леденев Б.Б., Ананьева Я.Ф. Постгипоксическая кардиопатия у новорожденных: клиническая характеристика и этапная терапия. //Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. - 2004. - №1 (2). - С.15-22.
6. Рогаткин С.О., Людковская Е.В., Володин Н.Н. Лечение детей, перенесших перинатальную гипоксию в периоде ранней неонатальной адаптации. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2005. - т.4. - №3 - С.37-42.
7. Прахов А.Б. Коррекция транзиторной постгипоксической ишемии миокарда у новорожденных Педиатрия. - 1998. - №5. - 38-42.

8. Гнусаев С.Ф., Шibaев А.Н., Федерякина О.Б. Эффективность применения лекарственного препарата элькар в терапии новорожденных с гипоксической ишемией миокарда. //Вестн. педиатр. фармакологии и нутрициологии. - 2005. - №4. - С.11-14.
9. Ключников С.А. Перспективы применения L-карнитина в педиатрии. //Педиатрия. – 2007 - №2 - С.116-119.
10. Николаева Е.А., Ледаев М.Я., Ключников С.О. Недостаточность карнитина у детей: причины возникновения, профилактика и лечение. (Пособие для врачей). //Рос. вестн. перинатол. и педиатр. (приложение). //Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2008. - №1. - С.2-43.

*Түйін*

**БАЛАЛАРДАҒЫ МИОКАРДТЫҢ ПОСТГИПОКСИЯЛЫҚ ИШЕМИЯСЫ КЕЗІНДЕ КАРТАН ПРЕПАРАТЫНЫҢ ТЕРАПИЯЛЫҚ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

*С.М. Қабиева*

*Миокардтың постгипоксиялық ишемиясы бар балаларда картанның терапиялық тиімдігін бағалау жүргізілді. Миокардтың клинико-функционалды және лабораториялық көрсеткіштерінің оң динамикасы байқалған. Картанның жақсы терапияның әсері, оның миокардтың постгипоксиялық ишемиясын емдеу кезінде комплексті терапияда қолдануына болатындығын көрсетті.*

*Кілт сөздер: ишемия, миокард, картан.*

*Summary*

**ESTIMATION OF THERAPEUTIC EFFICIENCY OF PREPARATION VARTAN AT CHILDREN WITH POSTHYPOXIC MYOCARDIUM ISCHEMIA**

*S.M. Kabieva*

*The estimation of therapeutic efficiency of kartan at children with posthypoxic a myocardium ischemia is spent. After that the positive dynamics of clinico-functional and laboratory indicators of a condition of a myocardium is noted. Good therapeutic effect of Kartan allows to recommend its use in complex therapy at treatment posthypoxic to a myocardium ischemia.*

*Keywords: an ischemia, a myocardium, kartan.*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ «МОКСОНИДИН» И «ТОРВАКАРД» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

*Г.Х. Каргина*

*РГП «Больница Управления делами Президента Республики Казахстан», г.Астана*

**Введение.** Артериальная гипертония и метаболический синдром всегда протекают с нарушениями липидного и углеводного обменов. Достижение оптимального уровня артериального давления (АД) остается необходимым условием для предотвращения кардиоваскулярных осложнений, так же, как и достижение оптимального уровня гликемии и липидного спектра [1].

Основной эффект физиотенза обусловлен снижением симпатической активности и последующим снижением периферического сопротивления в артериолах без изменения сердечного выброса. Благодаря плейотропным (дополнительным) эффектам физиотенз применим для коррекции метаболического синдрома. Так, моксонидин уменьшает уровень циркулирующих свободных жирных кислот (СЖК), улучшает утилизацию глюкозы, повышает чувствительность тканей к инсулину. Физиотенз способствуют снижению массы тела. Препарат способен удерживать давление на стабильном уровне годами, что также важно [2].

По данным UKPDS-исследования: снижение уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c) на 1% позволило уменьшить частоту развития осложнений на 21%.

В исследовании CARDS с периодом наблюдения 3,9 года у пациентов с сахарным диабетом аторвастатин уменьшал относительный риск (ОР) первого сердечно-сосудистого

заболевания на 37%. Исследование прекращено на два года раньше, чем ожидалось, когда стал очевидным существенный благоприятный эффект аторвастатина в дозе 10 мг в сравнении с плацебо.

**Цель исследования.** Оценить терапевтическую эффективность моксонидина /физиотенза/ в комбинации с аторвастатином на показатели метаболического синдрома.

**Материалы и методы.** В исследование включено 26 больных – мужчин 16 (61,6%), женщин - 10 (38,4%) в возрасте 43-62 года. Критерием отбора пациентов послужило наличие таких проявлений метаболического синдрома, как артериальная гипертензия I-II степени, абдоминальное ожирение (окружность талии (ОТ) для мужчин выше 102 см, для женщин выше 88см, индекс массы тела (ИМТ) выше 25), гиперлипидемия, признаки инсулинорезистентности (нарушение толерантности к углеводам-12 случаев-46,2%, сахарный диабет 2 типа- 14-53,8%).

Пациентам рекомендован прием моксонидина в суточной дозе 0,2-0,4мг однократно утром и торвакарда 20мг вечером в течение 16 недель на фоне общих рекомендаций по диете, режиму и физической активности. Исходно, через 8 и 16 недель проводилось суточное мониторирование АД с использованием системы «Schiller», Швейцария.

А также контроль ЭКГ, ЭХОКГ, определяли липиды крови, тощаковую и постпрандиальную гликемию, антропометрические показатели - ИМТ и ОТ.

**Результаты и обсуждение.** Критерий эффективности терапии по данным СМАД - снижение диастолического АД (ДАД) на 10 мм рт ст и более и/или систолического АД (САД) на 20 мм рт ст и более от исходного. Лечение физиотензом оказалось эффективным у 94% больных (таблица 1).

Удалось достичь целевых значений АД (125-130\80мм рт ст) у 63,3% пациентов (16). Отмечено снижение САД на 12,3%, ДАД - на 11%. При этом снижение АД наблюдается через 2 часа после приема препарата.

Положительная динамика в уровне САД и ДАД к моменту завершения исследования сохранялась, однако цифры АД мало отличались от таковых в момент достижения окончательной дозы.

Таким образом, при лечении физиотензом феномен "ускользания" гипотензивного эффекта не отмечен [1], ЧСС в течение суток достоверно не изменялось.

**Таблица 1 - Влияние комбинации препаратов «Физиотенз + Торвакард» на уровень АД и ЧСС в течение суток**

|                                 | Исходные<br>n=25 | Через 8 недель n=25 | Через 16<br>нед.<br>n=25 |
|---------------------------------|------------------|---------------------|--------------------------|
| Показатели (мм. рт.ст.) дневные |                  |                     |                          |
| САД                             | 173,5±4,0        | 150,2±2,6           | 143,4±2,1                |
| ДАД                             | 105,0±4,1        | 92,1±2,6            | 92,0±2,2                 |
| Вариабельность САД              | 23,0±5,1         | 11,1±3,0            | 10,7±3,9                 |
| Вариабельность ДАД              | 14,0±4,9         | 7,8±4,2             | 7,2±4,7                  |
| Показатели (мм. рт.ст.) ночные  |                  |                     |                          |
| САД                             | 160,2±3,7        | 136,2±2,3           | 138,2±1,9                |
| ДАД                             | 94,0±3,7         | 81,4±2,3            | 81,0±2,0                 |
| В САД                           | 15,7±2,3         | 9,8±3,6             | 9,5±2,2                  |
| В ДАД                           | 12,3±2,1         | 9,5±2,3             | 9,2±2,8                  |

Исходно гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), по данным эхокардиографии и ЭКГ, была выявлена у всех участников исследования. При анализе данных через 16 недель

лечения физиотензом установлено достоверное снижение ММЛЖ (в среднем, на 13%), а также толщины стенок левого желудочка (в среднем на 18%) (табл. 2).

**Таблица 2 - Показатели внутрисердечной гемодинамики на фоне терапии препаратами «Физиотенз + Торвакард»**

| Показатель             | Исходные<br>n=25 | Через 16 нед.<br>n=25 |
|------------------------|------------------|-----------------------|
| ФВ,%                   | 60,7±1,2         | 70,3±1,2              |
| КДО,мл                 | 177,0±2,6        | 152,1±2,1             |
| КСО,мл                 | 98,0±2,2         | 83,5±2,0              |
| МО, л/мин              | 5,7±0,05         | 5,5±0,02              |
| ММЛЖ, г/м <sup>2</sup> | 190,2±4,1        | 165,7±4,3             |
| ТМЖП, мм               | 12,2±0,3         | 10,6±0,1              |
| ТЗС, мм                | 11,8±0,3         | 9,7±0,3               |

Фракция выброса (ФВ) возросла на 15%. Конечно-систолический объем (КСО) под влиянием физиотенза снизился с 98,0 до 83,5мл (15%). Процент снижения конечно-диастолического (КДО) составил 14%.

При изучении динамики толщины интимы медиа (ТИМ) сосудов брахиоцефального ствола также отмечена положительная динамика: снижение ТИМ от 1,3-1,4 мм до 1,0-1,1 мм.

Кроме того, на фоне терапии физиотенз +торвакард отмечено достоверное улучшение показателей углеводного и липидного обмена. Так, амплитуда среднесуточной гликемии снизилась с 5,41±0,22 до 4,67±0,22ммоль/л. Удалось достичь снижения инсулинрезистентности при сахарном диабете 2 типа - исходно 3,82±0,18 и 3,02±0,48 в ходе лечения при норме 1,34±0,19. Гликированный гемоглобин до лечения 8,28%±0,55, через 4 мес лечения -7,20±0,50%. Среди обследованных пациентов встречались следующие типы гиперлипидемии (классификация Фридрексона): 2Атип (ЛПНП, ХС) –5 (19,2%) пациентов; 2Б тип (ХС, ЛПНП, ЛПОНП,ТГ)–15(5,6%) пациентов; диабетическая дислипидемия (ТГ, ЛПНП, ЛПВП) выявлена у 6 человек (23,2%) [3]. Отмечено снижение уровня общего холестерина 6,8±0,3 до 5,4±0,2 и триглицеридов 2,4±0,1 до лечения и 1,9±0,1 к моменту окончания исследования. При этом уровень ХС ЛПВП возрос от 0,9±0,1 до 1,1±0,09. Индекс массы тела статистически значимо снизился к концу лечения (с 31,5±1,2 до 29,6±1,3).

**Выводы.** Таким образом, комбинированное воздействие на симпатическую нервную систему препаратом Физиотенз и гиперлипидемию представителем синтетических аторвастатинов Торвакард не только обеспечивает эффективный контроль АД, но и благоприятно влияет на метаболические факторы риска. Улучшение показателей липидного, углеводного обменов в сочетании с редукцией избыточной массы тела способствует снижению риска кардиоваскулярных осложнений.

*Литература:*

1. Аничков Д.А., Шостак Н.А. Благоприятное влияние моксонидина на показатели липидного обмена у больных с метаболическим синдромом. //Кардиология №9, с.13-15, 2004г.
2. Кобалава Ж.Д. и др. Суточное мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение. М.,1997г.
- 3.Трусов В.В., Аксенов К.В. Физиотенз-новое направление в терапии артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом типа 2. //НПРЖ. Артериальная гипертензия №8 (4), с.125-127, 2002 г.



Түйін

**МЕТОБОЛИЗМДІК СИНДРОМНЫҢ КЕШЕНДІК ТЕРАПИЯСЫНДАҒЫ «МОКСОНИДИН» МЕН «ТОРВАКАРД» ДӘРЛІК ПРЕПАРАТТАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ**

Г.Х. Каргина

Зерттеудің мақсаты моксонидин және торвакард антигипертензивтік және метаболикалық құрамын бағалау еді. 16 апталық зерттеуге 26 емделуші қатысты. Артериялық қысымды тәулік бойы мониторинглау, эхокардиографияның мәліметтері, көмірсулық және липидтік алмасу көрсеткіштері бағаланды. Осылай препараттарды қиыстыру жүрек-тамыр ауруларының жалпы қауіп-қатерін азайтуға мүмкіндік береді.

Summary

**CLINICAL REMEDIES «MOXONIDINE» AND «TORVAKARD» IN THE COMPLEX THERAPY OF METABOLIC SYNDROME**

G.Kh.Kargina

The purpose of the study was to assess the antihypertensive and metabolic properties combination moxonidine and torvakard in the 16-week study of 26 patients. Evaluated the data of daily monitoring of blood pressure, echocardiography, carbohydrate and lipid exchanges. This combination of medicines can reduce the overall risk of heart disease.

**ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

Т.В. Ким, Ю.В. Кравченко, М.С. Галым  
ГККП «Городской родильный дом № 1», г.Астана

**Введение:** Ожирение является одним из наиболее распространенных хронических рецидивирующих заболеваний, особенно тревожным фактом является значительное увеличение числа женщин активного репродуктивного возраста с избыточной массой тела, что неблагоприятно сказывается на течении беременности и исходе родов. Наличие или отсутствие осложнений беременности и родов определяются не только степенью ожирения, формой распределения жира, а возрастом и длительностью заболевания [1, 2, 3].

**Цель исследования:** оценить состояние липидного обмена у беременных с ожирением в 1 триместре беременности.

**Материалы и методы:** исследовано 98 беременных женщин, которые были разделены на 3 группы. 1 группу составили – 36 беременных женщин «с ожирением, развившимся во взрослом состоянии» («onset mature obesity»), средняя продолжительность заболевания составила  $3,3 \pm 0,5$  года к началу данной беременности. 2-ю группу составили – 32 беременные женщины с «ожирением в течение всей жизни» («long life obesity»), возникшее с детства. 3 группа – это 30 беременных с нормальной массой тела (НМТ), относящихся к диспансерным группам здоровых или практически здоровых. Критерий деления беременных с ожирением – по длительности заболевания, классификация Алмазов и соавт. (1999) [4].

Проводили оценку роста, МТ, определяли индекс массы тела (ИМТ) - масса тела (кг)/рост (м)<sup>2</sup>, отношение окружность талии/окружность бедра (см) в момент 1 ранней явки беременной в женскую консультацию (до 12 недель). Для суждения о состоянии липидного обмена в плазме крови определяли содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), индекс атерогенности, также определяли содержание глюкозы, ферментов, показатели гемостаза. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере Pentium (R) Dual-Core CPU с помощью пакета прикладных программ статистической обработки данных StatPlus 2009.

**Результаты и обсуждение:** Согласно рекомендациям Института медицины (США), допустимая прибавка массы тела во время беременности для женщин с избыточной массой тела составляет 6,8 - 11,2 кг, при ожирении – не более 6,8 кг [5]. В нашем исследовании,

прибавка МТ в 1 группе составила  $-11,7 \pm 0,4$  кг, что в 1,7 раза выше от рекомендуемой нормы для беременных с ожирением. Также в данной группе беременность способствовала переходу ожирения в более высокую степень, что характеризует прогрессивное течение ожирения у данного контингента. Во 2 группе прибавка массы тела составила  $-8,6 \pm 0,5$  кг, что в 1,3 раза выше нормы, утяжеления степени ожирения по ИМТ в вышеуказанной группе не наблюдалось.

Исследование липидного спектра в сыворотке крови проводили в 1 триместр беременности по общепринятой схеме. Результаты показали - повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, общего холестерина у беременных с ожирением. Данные изменения характеризуются гиперлипидемией IIb типа (ВОЗ) [6]. Данный тип рассматривается как вторичная комбинированная гиперлипидемия, в развитии которой лежит нерациональное питание.

Во 2 группе, с длительно существующим ожирением, нарушение липидного обмена происходило гораздо глубже, чем у беременных 1 группы, т.е. при ожирении, возникшим во взрослом возрасте, составляя существенно значимую разницу у беременных с ожирением и беременных с НМТ ( $p < 0.001$ ), а также между 1 и 2 группами ( $p < 0.001$ ). ОХС/ЛПНП/ТГ – в 1 группе -  $5,58 \pm 0,08 / 3,73 \pm 0,08 / 2,59 \pm 0,07$  ммоль/л ( $p < 0.001$ ), во 2 группе -  $5,76 \pm 0,08 / 4,04 \pm 0,03 / 2,79 \pm 0,04$  ммоль/л ( $p < 0.001$ ), в 3, контрольной группе -  $4,46 \pm 0,13 / 2,96 \pm 0,13 / 2,07 \pm 0,12$  ммоль/л. Коэффициент атерогенности у беременных с ожирением 1 группы –  $2,96 \pm 0,1$ , во 2 группе -  $3,41 \pm 0,1$ , составляя существенно значимые различия с показателями контрольной группы –  $2,28 \pm 0,15$ . Что касается холестерина липопротеидов высокой плотности, в нашем исследовании не наблюдалось понижение их уровня. В 1 группе –  $1,32 \pm 0,04$  ммоль/л, во 2 группе -  $1,21 \pm 0,03$  ммоль/л, в 3 группе –  $1,38 \pm 0,07$  ммоль/л. Мы видим, что более низкий уровень ХС ЛПВП наблюдается у беременных с ожирением в течение всей жизни, что составляло существенную разницу с уровнем ХС ЛПВП контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

Не вызывает сомнений факт, что благоприятное течение беременности, своевременное рождение здорового ребенка и продолжительность грудного вскармливания зависят от состояния здоровья матери. Одним из факторов, влияющих на полноценное развитие эмбриона и плода, безусловно, считается правильное питание женщины, начиная с момента подготовки к зачатию, а также во время беременности и грудного вскармливания [7,8,9,10].

**Выводы:** Таким образом, можно судить о нарушении липидного обмена у беременных женщин с ожирением уже в 1 триместре беременности, характеризующимся гиперлипидемией IIb типа - как вторичная комбинированная гиперлипидемия, вследствие нерационального питания.

Необходимо проводить данные простые и удобные методы исследования уже вначале беременности для коррекции выявленных нарушений путем рационализации питания будущей матери. Ведь известно, что ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является отрицательным преморбидным фоном для развития беременности и течения родов. Беременных женщин с ожирением следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности, в родах и перинатальной заболеваемости.

Необходимо выделять группу риска по развитию и прогрессированию ожирения в беременность, заниматься своевременной профилактикой заболевания и коррекцией веса, проводить пропаганду сбалансированного рационального питания беременных женщин с ожирением.

*Литература:*

1. Buckland Y. The obesity epidemic // J. Fam. Health Care. – 2002. – V.12. – N 4. – P.111.
2. WHO. Obesity: Eventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO: Geneva, 1997.
3. Тиканова В.В., Кузнецова И.В. Взаимосвязь и коррекция обменно-эндокринных расстройств у женщин с нарушениями менструального цикла на фоне ожирения // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2006. – Т. 6. - № 3. – С. 12-17.

4. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения. Руководство для врачей. – СПб.: «ЭЛВИ - СПб», 2007. - 416 с.
5. Seligman L.C., Duncan B.B., Branchtein L. et al. // Rev. Saúde Públ. — 2006. — V.40 - N 3. — P. 457—465.
6. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (IV пересмотр) – Москва, 2009.
7. Тимохина Е.В. Лекция. Рациональное питание беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. - № 002. – С.71-77.
8. Хорошилов И.Е. Новые подходы в лечебном питании беременных и кормящих женщин. Пособие для врачей / И.Е. Хорошилов. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 16 с.
9. Karhunen L., Haffner S., Lappalainen R. et al. Serum leptin and short-term regulation of eating in obese women. Clinical Science. – 1997. – V.92. – N 6. – P.573-578
10. Тимошина И.В., Комиссарова Л.М., Бурлев В.А. Влияние ожирения на формирование акушерских осложнений // Акушерство и гинекология. – 2009. - № 6. – С. 3-5.

### **Түйін**

### **ТОЛЫҚ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЛИПИДТІК АЛМАСУЫ**

*Т.В. Ким, Ю.В. Кравченко, М.С. Галым*

*Зерттеудің мақсаты жүкті семіз әйелдердегі май алмасу әрекеті болып табылды. Алғаш рет семіздік өзінің ұзақтығына байланысты қарастырылды. 68 семіз пациентпен дене салмағы дұрыс 30 жүкті әйел зерттелді. Жүкті семіз әйелдің май алмасуы жүктіліктің алғашқы кезеңінде (I триместр) бұзылатындығы анықталды, әсіресе семіздікпен өмір бойы азап шегіп келе жатқандарда, бұл гиперлиппротеидемией II б түрінде көрініс табады.*

### **Summary**

### **LIPID EXCHANGE OF THE PREGNANT WOMEN WITH THE OBESITY**

*T. Kim, Y. Kravchenko, M. Galym*

*The goal of research was the investigation of condition of the lipid exchange of the pregnant women with the obesity. It is the first time when it was examined the obesity in relation to its duration. It was examined 68 patients with the obesity and 30 pregnant with the normal weight. It was diagnosed abnormalities of the lipid exchange of the pregnant women with the obesity during the 1st trimester, especially pregnant women who is overweight during all life, it is occurred as hyperlipoproteid type II b.*

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС -СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*М.П. Михалева  
ТОО «Alanda Clinic»*

**Введение.** Недоношенные дети до настоящего времени остаются ведущей группой риска реализации высокой заболеваемости и смертности среди всех новорожденных. Перспективы снижения перинатальной и неонатальной смертности тесно связаны с активной поддержкой здоровья и благополучия женщин и новорожденных, обеспечения профессиональной помощи и медицинских услуг женщинам и новорожденным [1].

Успехи медицинской науки к концу XX века позволили разработать новые технологии выхаживания этого контингента новорожденных, в том числе новые методы диагностики, терапии и профилактики заболеваний. По данным экспертов ВОЗ за последнее десятилетие в экономически развитых странах летальность новорожденных с массой тела при рождении от 1000 до 1500г снизилась с 50% до 5% и с массой тела при рождении от 500 до 999 г с 90% до 20% (ВОЗ, 2005 г) [1,2].

В последние годы проблема недоношенности в Казахстане приобрела особую актуальность. В связи с тем, что осуществлен переход нашей страны на международные критерии живорожденности, увеличилось выхаживание детей с крайней степенью незрелости и

экстремально низкой массой тела. Одной из важнейшей задач в настоящее время является оказание адекватной помощи с использованием современных технологий недоношенным детям [1].

Повсеместно внедрена антенатальная стероидная терапия в случае преждевременных родов, единая система первичной реанимации новорожденным, все шире используется в лечении критических состояний новорожденных продленная искусственная вентиляция легких (ИВЛ), заместительная терапия сурфактантом. В результате отмечается повышение выживаемости, прежде всего, глубоконедоношенных детей [3].

**Целью исследования** явился анализ применения заместительной терапии сурфактантом у недоношенных детей на I этапе выхаживания.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования служили недоношенные дети с диагнозом синдрома дыхательных расстройств I типа в отделении I этапа выхаживания и лечения новорожденных детей КГКП «Городской родильный дом» г. Караганды в 2007 - 2009г.г. Куросурф применили 35 недоношенным детям с весом от 500 до 1500 граммов со сроком гестации от 26-31 недели в возрасте первого часа жизни.

Всем детям проводится 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 консультируются узкими специалистами.

**Результаты и обсуждение.** Ежегодно в отделении рождаются от 3500 до 4000 новорожденных детей, из них недоношенные составляют от 4,2% до 5%.

При рождении в среднем у 69,7% недоношенных детей состояние было критическим. Тяжесть состояния у всех детей была обусловлена дыхательной, сердечнососудистой недостаточностью, поражением центральной нервной системы на фоне глубокой незрелости.

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

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 200мг/кг.

Эффект куросурфа быстрее всего выразился в изменении параметров вентиляции: снижении концентрации кислорода, по сравнению с исходной на 30%, произошло через 3,5 часа после введения препарата. 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.

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 СДР, как непосредственной причины смерти, умерло 3(8,5%) новорожденных с чрезвычайно низкой массой тела, получивших куросурф. Бронхолегочная дисплазия диагностирована только в 2 (5,7%) случаях.

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

*Литература*

1. 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.
2. Дементьева Г.М. Выхаживание глубококонедоношенных детей. Современное состояние проблемы //Педиатрия, 2004. - №3. – С.60-66.
3. Мостовой А.В. Профилактическое применение сурфактантов у новорожденных с экстремально низкой массой тела// Интенсивная терапия. 2005.-№2 (10).- С.1-7.

*Түйін*

**ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЫН ЕМДЕУДЕГІ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

*М.П. Михалева*

*Респираторлы дистресс синдромымен шала туылған нәрестелерді туа салысымен өкпенің инвазивті емес желдетуінде куросурф препаратын қолдану зерттелді. Қарағанды қаласының қалалық перзентхана базасында 2007 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*

**NEW TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISTRESS- SYNDROME IN PRETERM INFANTS**

*M.P. Mikhaleva*

*Studied the use of the drug kurosulf 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 2007 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, kurosulf*

**АНАЛИЗ ИНВАЗИВНЫХ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ПРОЦЕДУР**

*З.С. Мусабаева*

*ГККП «Городской родильный дом №3», г. Астана*

**Введение.** По данным литературы известно, что более 40% спонтанных абортів и около 7% мертворождений обусловлено хромосомными аберрациями. Патология, сопровождающая дисбаланс хромосомного материала, вызывает различные аномалии развития и может быть связана не только с множественными врожденными пороками развития, но и с умственной и физической отсталостью, нарушениями полового развития, бесплодием и невынашиванием беременности [1]. Популяционная частота хромосомных аномалий у новорожденных составляет 0,6-0,8%, а у новорожденных с множественными пороками развития она возрастает до 40%. Лечение большинства таких пациентов пока малоэффективно, а прогноз неблагоприятен [2,3]. Таким образом, актуальным является профилактика и ранняя дородовая диагностика хромосомной патологии (ХП) с целью снижения их частоты среди населения.

Одним из эффективных методов профилактики хромосомных болезней является пренатальная инвазивная диагностика (ИПД) с последующим цитогенетическим исследованием плодного материала [4]. Показаниями для генетического исследования клеток плода являются возраст беременной старше 35 лет, наличие в семье ребенка с пороками развития или хромосомной патологией, носительство хромосомных перестроек одним из супругов, а также ультразвуковые маркеры хромосомной патологии и изменения уровней биохимических маркеров (плазменного протеина А, связанного с беременностью, хорионического гонадотропина или альфафетопротеина) [5]. ИПД проводится различными методами в зависимости от срока гестации: биопсия хориона в сроке беременности 8-11

недель, плацентоцентез в сроке беременности 13-18 недель, кордоцентез - в 20 недель гестации и более [7,8].

Учитывая затраты на лечение и уход за детьми с хромосомными аномалиями необходимость ранней профилактики рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) и ХП становится в ряд актуальнейших проблем для здравоохранения.

Проведенное вовремя обследование беременной позволяет выявить большую часть врожденной и наследственной патологии и предотвратить рождение больного ребенка.

**Целью настоящего исследования** явилось оценка эффективности инвазивных пренатальных процедур (на примере ГККП «Городской родильный дом №3» г. Астаны) за 2010 год.

**Материалы и методы.** Выполнено инвазивных процедур 151 беременной, из них методом аспирации хориона – 5 (3,3%), плацентобиопсии – 27 (17,9%) и кордоцентеза - 119 (78,8%). Таким образом, большинство беременных проходят обследование на поздних сроках беременности, в среднем в 22-23 недели. Все инвазивные манипуляции проводились под ультразвуковым контролем в стационаре одного дня, врачом, имеющим соответствующий сертификат. После процедуры беременные в течение двух-трех часов находились под наблюдением специалистов. Для снижения частоты осложнений после ИПД пациентам назначались соответствующие препараты до и после процедуры.

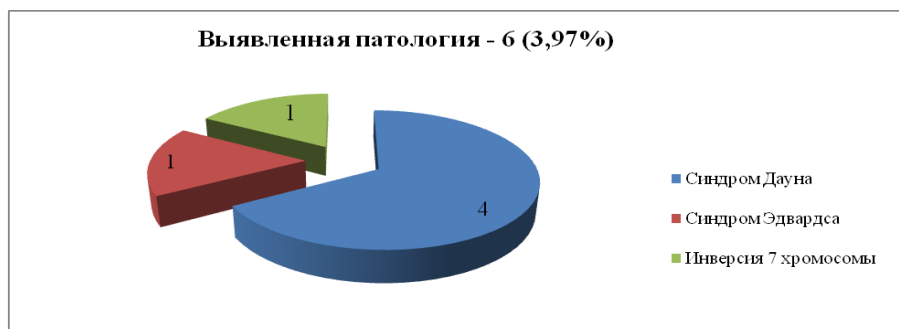
**Результаты и обсуждение.** Эффективность ИПД для выявления хромосомной патологии (ХП) в зависимости от показаний к ее проведению представлены в таблице.

**Таблица - Эффективность пренатального кариотипирования в зависимости от показаний к ИПД**

| Показания для ИПД                | Кол-во беременных | Выявлено ХП | Эффективность ИПД,% | Цитогенетическое заключение             |
|----------------------------------|-------------------|-------------|---------------------|---|
| Сывороточные маркеры             | 36                | -           | 0                   | нет                                     |
| Возрастной фактор                | 15                | -           | 0                   | нет                                     |
| УЗИ маркеры                      | 36                | 1           | 0,7                 | 47, XX + 21                             |
| Возраст+УЗИ маркеры              | 14                | 3           | 2                   | 47, XX + 21<br>47, XX + 21<br>47, XY+18 |
| УЗИ + сывор.маркеры              | 12                | -           | 0                   | нет                                     |
| Возраст+сывор.марк.+УЗИ          | 4                 | -           | 0                   | нет                                     |
| Возраст+сывор.маркеры            | 18                | -           | -                   |   |
| Хромосомная патология в анамнезе | 7                 | 1           | 0,7                 | 47, XX + 21                             |
| МВПР в анамнезе                  | 1                 | 1           | 0,7                 | 46,xy,inv (7)                           |
| Прочие                           | 2                 | -           | 0                   | нет                                     |

Как свидетельствуют материалы таблицы, в целом при ИПД выявлено 6 случаев ХП, что составило 4%, от общего числа проведенных исследований.

Наибольшая частота ХП выявлена при учете комбинированного риска (возраст+УЗИ). Так же хочется отметить высокий уровень проведения УЗИ, по УЗ-маркерам выявлено 3 хромосомные патологии. При подтверждении ХП во всех случаях вопрос о прерывании беременности был решен на ВКК (пренатальный консилиум) на базе Городского родильного дома №3. С учетом тяжести проявления ХП всем пациенткам предложено прерывание беременности по медико-генетическим показаниям.



**Рисунок – Структура выявленной при ИПД хромосомной патологии плода**

Как представлено на рисунке, наибольший вклад в структуру выявленной ХП плода вносит синдром Дауна (СД), что согласуется с данными литературы о высокой частоте СД в популяциях человека [6,9].

Несмотря на высокий охват беременных пренатальным скринингом в 2010 году по г.Астана родилось 13 детей с синдромом Дауна. Беременные женщины, родившие детей с синдромом Дауна, не были своевременно направлены на прием к врачу генетику либо отказались от проведения ИПД. Данную проблему необходимо решать на уровне первичного звена, где беременная женщина встает на учет по беременности.

Следовательно из 19 случаев ХП выявлено на дородовом этапе 6 случаев (31,5%), пропущено – 13 (68,5%).

**Заключение.** Таким образом, в настоящее время основными задачами для повышения эффективности раннего выявления ХП при беременности в г. Астана, являются своевременное направление беременной на генетическое обследование, корректное проведение пренатального ультразвукового и биохимического скрининга в декретируемые сроки и с соблюдением правил, повышение числа ИПД на раннем сроке (биопсия хориона, плацентоцентез), повышение квалификации врачей-генетиков, акушер-гинекологов и врачей ультразвуковой диагностики.

*Литература:*

1. Фогель Ф., Мотульски А. «Генетика человека» - «Мир»,1990.
2. Лазюк Г.И., «Тератология человека», «Медицина», 1991г.
3. Бочков Н.П. «Клиническая генетика», Москва 2002г.
4. Дорнан Дж. Придчард, Брюс Р.Корф «Наглядная медицинская генетика» /перевод с английского под редакцией академика РАМН Бочкова Н.П.-Москва-2009г.
5. Recommendations of the international standing committee on human cytogenetic nomenclature. ISCN 2005. An International System for human Cytogenetic Nomenclature /Editors: Lisa G Shaffer, Niels Tommerup
6. «Современные алгоритмы пренатальной диагностики наследственных болезней», методические рекомендации /под редакцией общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и СЗ РФ - Санкт-Петербург - 2009г.
7. Козлова С.И., Залетаева Т.А. «Пренатальная диагностика наследственных заболеваний и врожденных болезней» - Москва,1986
8. Золтухина Т.В., Чиридев И.В., Юдина Е.В., Евдокименков В.Н. «Профилактика синдром Дауна у плода», РАМН – Москва, 2000.
9. Краснопольский В.И. «Профилактика ВПР у плода и новорожденного», пособие для врачей - Москва, 2001.

**Түйін**  
**ИНВАЗИВТІ ПРЕНАТАЛЬДЫҚ ЕМ-ШАРАЛАРДЫ ТАЛДАУ**

*З.С.Мусабаева*

*Инвазивтік пренаталдық диагностика тәсілі арқылы 151 жүктілі әйелдерді зерттеулер бойынша 6 хромосомдық патология 4% құрады. Анықталған хромосомдық патология Даун синдромы құрылымның басымдылығы дәлелденді.*

*Summary*  
**THE ANALYSIS OF INVASIVE PRENATAL PROCEDURES**

Z.S. Musabayeva

*It was revealed 6 cases of chromosomal disease on the authority of 151 pregnant women exploration by invasive prenatal diagnosis. It formed 4% of total number of done research. The greatest contribution to the structure the revealed chromosomal pathology of a fetus makes Down's syndrome.*

**ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ АНТИГЕНА А И ИРРЕГУЛЯРНЫХ АНТИТЕЛ В  
ТРАНСФУЗИОЛОГИИ**

*Ш.Ж. Мусабекова*  
*ГКП на ПХВ «Центр крови» г. Астана*

**Введение.** К настоящему времени известно более 250 антигенов эритроцитов, среди них системы ABO, Rhesus, MNSs, P, Kell, Levis, Kidd, а также другие. Наиболее важна в клинической практике система ABO. Это единственная система, в которой присутствуют естественные антитела- агглютинины  $\alpha$  и  $\beta$  против антигенов эритроцитов человека А и В.

В 1930 г. К. Ландштейнер предложил обозначения A1 и A2. таким образом, было введено понятие подгрупп крови: A(II) группа имеет два варианта A1(II) и A2(II), AB(IV) группа- варианты A1 B(IV) A 2B(IV)

Что касается частоты встречаемости, то, по данным разных авторов, частота встречаемости антигена A2 у лиц со второй группой крови составила от 1% до 9%. Среди людей с четвертой группой крови носительство антигена A2 составляет от 1% до 20%.

По собственным наблюдениям, частота носительства антигена A2 среди лиц четвертой группы крови равна 17.5%.

По мнению Н. Блинова, A1 и A2 – это два качественно различных антигена, имеющих в то же время немало общих черт. В качестве доказательства качественного различия между A1 и A2 приводит наличие в сыворотке у носителей этих антигенов избыточных антител  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$ . Как известно, в норме антитела по отношению к собственным антигенам не образуются.

**Материалы и методы исследования:** Определение антигенов проводилось с помощью серологических реакций со стандартными изогемагглютинирующими сыворотками. Определение групп крови проводилось по системе ABO с помощью моноклональных реактивов-цоликлонов. Использовались материалы отчетов иммуногематологической лаборатории Центра крови за 2009-2010 гг.

**Результаты и обсуждение.** Различия антигенов А в подгруппах можно установить с помощью серологических реакций. Это может создавать трудности в типировании антигенов эритроцитов при использовании недостаточно стандартизированных реактивов.

При исследовании со стандартными изогемагглютинирующими сыворотками невыявление антигена A<sub>2</sub> в группе крови. A(II), приводит к ошибочной идентификации исследуемой крови как O(I); в подгруппе AB(IV) – как B(III). Стандартные сыворотки выявляют слабые варианты антигена А лишь в том случае, если содержат иммунные фракции антител – иммуноглобулины класса G, наряду с естественными иммуноглобулинами класса M.

Иммуноглобулины G чаще встречаются в сыворотке группы O(I), чем объясняется более частое и активное взаимодействие сыворотки O(I) с антигеном A<sub>2</sub>.

В последние годы для определения групп крови по системе ABO повсеместно используются моноклональные реагенты – цоликлоны. Отмечено, при взаимодействии цоликлона анти – А с антигенами A<sub>1</sub> A<sub>2</sub> авидитет и скорость наступления агглютинации не отличаются.

Особого внимания заслуживает носительство иррегулярных избыточных антител (экстраагглютининов). Известно, что у людей имеющих группу A<sub>2</sub>(II) или A<sub>2</sub>B(IV), в



сыворотке могут содержаться экстраагглютинины  $\alpha_1$ . Это может создавать дополнительные трудности при определении групп крови, так как в этих случаях у лиц, имеющих подгруппу  $A_2B(IV)$ , наиболее часто ошибочно определяют группу  $B(III)$ . Избыточные антитела  $\alpha_1$  встречаются в сыворотке группы крови  $A_2(II)$  с частотой – 1-8%, в сыворотке  $A_2B(IV)$  – с частотой 20%. По собственным данным, экстраагглютинин  $\alpha_1$  встречается у 17% с подгруппой  $A_2B(IV)$ .

Что касается температурного оптимума, при котором экстраагглютинины вступают в реакцию агглютинации, эти антитела принадлежат к иммуноглобулинам класса М и наиболее активны при комнатной температуре. К. Ландштейнер писал, что иррегулярные антитела  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$  активны при температуре +15+18°C, иногда при температуре +25 °С и крайне редко при температуре тела. Согласно собственным наблюдениям, экстраагглютинины  $\alpha_1$  всех 18 исследованных сывороток проявляли наибольшую активность при температуре около 22°C. При добавлении к смеси исследуемой сыворотки и эритроцитов  $A_1$  теплого физиологического раствора (температура 37 °С) или при подогревании планшета со смесью в термостате при 37 °С наблюдалось исчезновение агглютинации. После охлаждения планшеты до + 20+25 °С агглютинаты образовывались вновь.

В отношении тактики трансфузий пациентам с вариантами А- антигена мнения расходятся. Ряд авторов рекомендует при наличии группы  $A_2(II)$  у реципиента переливать эритроциты группы  $O(I)$ , а при наличии у реципиента подгруппы  $A_2(IV)$  – эритроциты  $O(I)$  или  $B(III)$ . В нашей стране долгие годы считалось, что выявление вариантов антигена А не имеет значения при выборе крови для трансфузий, т.к. эритроциты  $A_1$  и  $A_2$  имеют различия только в количестве антигенных детерминант. Считалось, что экстраагглютинины  $\alpha_1$ , присутствующие иногда в крови у лиц- носителей антигена  $A_2$  наиболее активны при температуре 20°C, а при температуре 37°C теряют активность и, следовательно, не имеют клинического значения.

В последние десятилетия доказана возможность выработки анти-  $A_1$  антител, принадлежащих к классу IgG, у реципиентов с антигеном  $A_2$ , имевших трансфузии крови, содержащих антиген  $A_1$ , а также иммунных анти- А антител при пересадках органов реципиентам с  $A_2$  от доноров с  $A_1$ .

В связи с этим, рекомендуется реципиентам с антигеном  $A_2$ , при отсутствии у них экстраагглютининов  $\alpha_1$ , переливать кровь по общим правилам. В тех случаях, когда в сыворотке реципиента имеются антитела  $\alpha_1$ , переливать можно только эритроциты, содержащие антиген  $A_2$ .

Однако в условиях медицинских организаций не всегда проводится типирование крови доноров и реципиентов с целью выделения носителей антигена  $A_2$  и антител  $\alpha_1$ . Такие реципиенты получают донорскую кровь по общим правилам. Посттрансфузионных осложнений не наблюдается. С учётом приведённых выше наблюдений о частоте встречаемости антител  $\alpha_1$ , их принадлежности в большинстве случаев к иммуноглобулинам М, т.е. к холодовым антителам, можно не придавать большого значения носительству экстраагглютининов  $\alpha_1$ . Исключение составляют только антитела анти-  $A_1$ , относящиеся к иммуноглобулинам G и активные при температуре 37°C, но они встречаются крайне редко.

#### **Выводы:**

1. Антигены эритроцитов  $A_1$  и  $A_2$  обладают как количественными, так и качественными различиями.
2. Частота встречаемости варианта  $A_2$  достаточно велика, в связи с чем требуется особенно тщательный подход при определении группы у лиц с четвёртой группой, т.к. именно среди носителей группы  $AB(IV)$  наиболее часто отмечается выявление слабого варианта антигена А и антител  $\alpha_1$  в сыворотке крови.
3. Обнаружение носительства экстраагглютинина  $\alpha_1$  имеет определяющее значение для выбора тактики трансфузионной терапии.
4. У реципиентов, носителей антител  $\alpha_1$  целесообразно определять, к какому классу иммуноглобулинов принадлежат эти антитела и при какой температуре проявляют

наибольшую активность. В случае принадлежности экстраагглютинина  $\alpha 1$  к холодовым антителам нет необходимости в индивидуальном подборе донорской крови. Таким реципиентам можно переливать кровь по общим правилам.

*Литература:*

1. Приказ МЗ РК от 6.11.2009г. №666 «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, хранения и реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».
2. «Техническое руководство Американской Ассоциации банков крови», 12-е издание 1996г. Перевод с английского. Милан, Европейская школа трансфузионной медицины. 2000г.
3. Русакова Л.И. «Выявление молекулярных антител в сыворотке крови носителей носителей различных вариантов антигена А». Информационный бюллетень выпуск 25, «Новое в трансфузиологии». Москва, 2005г, с.106-110.

*Түйін*

**THE ESTIMATION OF IMPORTANCE OF ANTIGEN A AND IRREGULAR ANTITODIES IN TRANSFUSION**

*Sh.Zh. Musabekova*

*А1 және А2 эритроциттері антигендерінің сандық және сапалық өзгешіліктері бар. IV топқа жататын тұлғалардың қан тобын анықтау үшін ерекше тәсіл керек, себебі А2 эритроциттерінің антигендері жиі кездеседі, бірақ АВ(IV) қан тобын тасымалдаушылардың қан сарысуында А антигені және  $\alpha 1$  антигенінің бәсең варианттары да анықталады.  $\alpha 1$  экстраагглютинині суық антигеніне жатқызылған жағдайда донор қанын жеке іріктеудің қажеттілігі жоқ.*

*Summary*

**ТРАНСФУЗИОЛОГИЯДАҒЫ А АНТИГЕНІ МЕН ИРРЕГУЛЯРЛЫ АНТИДЕНЕЛЕРДІҢ  
МАҢЫЗДЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ**

*Ш.Ж. Мусабекова*

*Erythrocyte antigens A1 and A2 have both quantitative and qualitative differences. We must require a careful approach to determine the blood groups in patients of Group VI, because the most common red cell antigens A2, but among the carriers of group AB (IV) most often observed detection the weak version of the A antigen and antibody in the serum  $\alpha 1$ . In the case of supplies ekstraagglutinin  $\alpha 1$  to the cold antibody is not necessary to individual selection of donor blood.*

УДК [616.98]:578.828.083.2+578.825.11

**ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МУЖЧИН**

*Н.М. Садыков*

*Павлодарский филиал Государственного медицинского университета, г. Семей*

**Введение.** Патология кожных покровов и слизистых оболочек является одной из первых проявлений болезни у ВИЧ-инфицированных. Среди них ведущее место занимают заболевания, обусловленные вирусами группы Herpesviridae. В структуре Herpesviridae особо важная роль принадлежит дерматонейротропному ДНК-содержащему вирусу простого герпеса (ВПГ). В последнюю четверть XX века отмечался рост заболеваемости простым герпесом во всем мире [2,3,4,6,7]. Распространены 2 типа ВПГ (ВПГ-1 и ВПГ-2). ВПГ-1 и ВПГ-2 распространяются с пораженных участков кожи, со слюной, контаминированной руками или во время бессимптомной реактивации. ВПГ-2 может передаваться и урогенитальным путем, он занимает доминирующее место среди ИППП. С пандемией ВИЧ-инфекции связан рост генитального герпеса (ГГ) [9,10]. Известно также, что ВПГ наряду с

другими ДНК- содержащими вирусами (ЦМВ, ВПГ-6, аденовирусами, вирусом гепатита В) является фактором, активизирующим транскрипцию ВИЧ [11].

**Цель исследования** – определить удельный вес ГГ при поражении кожи и слизистых половых органов и оценить характер его течения у ВИЧ – инфицированных мужчин.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 58 ВИЧ- инфицированных мужчин, в клинике которых имелось герпетическое поражение кожи и слизистых оболочек половых органов. Диагноз устанавливался на основании клинико- лабораторных и инструментальных методов обследования: исследование отделяемого из уретры, спермограмма, анализ секрета простаты, ИФА крови, ПЦР, УЗИ органов малого таза и др.

В соответствии с поставленной задачей мы сформировали группу из 58 ВИЧ-инфицированных мужчин, страдающих герпетической инфекцией, в том числе 20 (34,5%) с ГГ.

**Результаты и обсуждение.** Как показал анализ, в динамике ВИЧ-инфекции острые формы герпетической инфекции по мере прогрессирования иммунодефицита встречаются все реже, уступая место хроническим видам патологии. Изучение частоты выявления антител класса IgM и IgG в динамике ВИЧ-инфекции показало, что уже в I клинической стадии по классификации ВОЗ (бессимптомная фаза и персистирующая лимфаденопатия) у 15( 25,9%) больных обнаруживались IgM, свидетельствующие об остром инфекционном ВПГ-1 процессе. В то же время у половины (26 – 44,8%) ВИЧ-инфицированных мужчин выявлялись антитела к ВПГ-2 класса IgG, отражая перенесенную или хроническую форму, то есть герпетическая инфекция предшествовала заражению ВИЧ. В дальнейшем отмечалось отчетливое нарастание наслоения острых форм герпетической инфекции у больных вплоть до IV клинической стадии по классификации ВОЗ (стадия СПИДа).

Клиника ГГ характеризовалась появлением на слизистых оболочках половых органов и прилежащих кожных покровах сгруппированных везикулезных элементов, возникающих на эритематозном фоне. Высыпания располагались в области крайней плоти, венечной борозды, реже- на головке и теле полового члена, мошонке. Через 1-2 дня везикулы вскрывались, образуя мокнущие эрозии, реже- язвочки, эпителизирующиеся под коркой или без ее образования. Обычно за 1-2 суток герпетическим поражениям предшествовали продромальные явления, проявляющиеся жжением, покалыванием, зудом, субфебрильной температурой, общей слабостью, также отмечалось увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов. Экстрагенитальные элементы ГГ чаще ( в 25%) располагались на ягодицах и в анальной области. Необходимо отметить, что ГГ характеризовался рецидивирующим поражением как наружных, так и внутренних гениталий, и под воздействием проводимой терапии значительно видоизменялся и приобретал abortивное течение. При этом элементы в очаге поражения минуют отдельные стадии развития. В этих случаях очаг поражения был представлен папулезным элементом, микроэрозией, отечным пятном на эритематозном фоне.

Структура поражений половых органов ГГ у ВИЧ-инфицированных мужчин представлена в таблице.

**Таблица - Нозологические формы поражений половых органов генитальным герпесом у ВИЧ-инфицированных мужчин (n=20)**

| Наименование заболевания | Количество больных, abs | %  |
|--------------------------|-------------------------|----|
| Баланопостит             |                         | 90 |
| Уретрит                  | 15                      | 75 |
| Простатит                | 11                      | 55 |
| Эпидидимит               | 6                       | 30 |
| Орхит                    | 4                       | 20 |

Герпетический уретрит (ГУ) проявлялся гиперемией и отеком губок уретры, периодическим слизистым отделяемым, ощущениями жжения по ходу уретры при мочеиспускании и вне его. При микроскопическом исследовании в отделяемом уретры преобладали эпителиальные клетки, слизь, лейкоциты в большом количестве. Клиническая картина герпетического простатита (ГП) и эпидидиморхита не отличалась от общеизвестной, при этом преобладали катаральные формы воспаления.

Обращало внимание наличие у больных ГГ расстройств со стороны нервной системы и психики, проявляющихся главным образом в виде неврастенического синдрома (у 35 %).

Анализ секрета простаты проведен 10 больным ГП, при этом лейкоцитоз выявлен у 6 (60 %) из них и уменьшение числа лецитиновых зерен у 7 (70 %). Нарушения в спермограмме выявлены у 12 (60 %) из всех 20 ВИЧ-инфицированных мужчин с ГГ. Следует отметить, что урогенитальный хламидиоз выявлен у 12 (60 %) из числа всех ВИЧ-инфицированных мужчин с ГГ, при этом наибольшее число ассоциаций приходилось на долю больных с ГУ – в 4 (33,3 %) и ГП – в 3 (25 %) случаях.

#### **Выводы.**

1. Генитальный герпес выявлен у 20 % ВИЧ-инфицированных мужчин с клиническими поражениями кожи и слизистых оболочек половых органов.
2. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции у мужчин с генитальным герпесом чаще выявляются антитела к ВПГ – 2 класса IgG, что свидетельствует о хронизации процесса.
3. При генитальном герпесе у ВИЧ-инфицированных мужчин чаще поражаются кожа полового члена, крайняя плоть (баланопостит) – в 90 %, затем уретра (75 %), предстательная железа (55 %), придаток (30 %) и само яичко (20 %).
4. Герпетическая инфекция способствует снижению качества жизни и вызывает репродуктивные нарушения у ВИЧ-инфицированных мужчин.
5. У 60 % ВИЧ-инфицированных мужчин генитальный герпес ассоциировался с хламидиозом.

#### *Литература*

1. Алшинбаева Г.У. Клинико-иммунологическая характеристика ВИЧ-инфекции в Казахстане и совершенствование методов лечения СПИД-ассоциируемых заболеваний: Автореф. дисс... д.м.н. – Алматы, 2003. – 49 с.
2. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н.// Герпес (этиология, диагностика, лечение). – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
3. Белозеров Е.С., Буланьков Ю.И. Болезни герпесвирусной группы. – Элиста, АПП "Джангар", 2005. – 64 с.
4. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция. – М.: Медицинская книга. – Н. Новгород. – Изд. НГМА, 2001. – 88 с.
5. Карабеков А.Ж. Иммунопатогенез и подходы к терапии ВИЧ-инфекции: Автореф. дисс... д.м.н. – СПб, 2000. – 41 с.
6. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. М: Медицина, 2000. – 492 с.
7. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция (клиника и лечение). – Санкт-Петербург: ССЗ, 2000. – 367 с.
8. Трумова Ж.З. Структура и клиника СПИД-индикаторных и ассоциированных заболеваний у ВИЧ-инфицированных: Автореф. дисс. к.м.н. – Алматы, 2001. – 25 с.
9. Augenbraun M., Corey L., Reichelderfer P., Wright D.J., Burns D., Koelle D.M., Robison E., Cohen M. Herpes simplex virus shedding and plasma human immunodeficiency virus RNA levels in coinfecting women. // Clin. Infect. Dis. – 2001. - №9.
10. McClelland R.S., Wang C.C., Overbaugh J., Richardson B.A., Corey L., Ashley R.L., Mandaliya K., Ndinya-Achola J., Dwayo J.J., Kreiss J.K. Association between cervical shedding of herpes simplex virus and HIV-1 // AIDS. – 2002. – №12.
11. Молочков В.А., Семенова Т.Б., Киселев В.И. и др. Генитальные вирусные инфекции. – М.: Бином, 2009. – 52 с.

#### **Түйін**

#### **АИВ-ИНФЕКЦИЯМЕН АУЫРАТЫН ЕРКЕКТЕРДЕГІ ГЕНИТАЛЬДІ ГЕРПЕС**

*Н.М.Садықов*

*Гениталды герпес терілік және жыныс мүшелерінің сілемейлі қабық зақымданулары бар АИВ-инфекциясымен ауыратын ер науқастардың 20 % -да анықталды. Гениталды герпес көп жағдайда*

*хламидиозбен қосарласып, АИВ-инфекциясымен ауыратын ер науқастардың репродуктивті функциясының бұзылуына әкеліп соғады.*

*Summary*  
**GENITAL HERPES AT HIV- INFECTED MALES**

*N.M. Sadykov*

*Genital herpes was detected among 20 % of HIV- infected males with clinical affection of skin and genital mucous membrane. Genital herpes is often associated with chlamydia, causes reproductive disturbances among HIV- infected males.*

**ОБЗОРЫ**

**АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ЛЬГОТНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН**

*Ш.Л. Ахелова*

*АО «Медицинский университет Астана»*

Оценивая международный опыт реформирования сферы организации лекарственной помощи, необходимо отметить следующее. Стратегия модернизации базируется на целевых подходах, которые определяют суть понятия лекарственного обеспечения. Введение ограничительных мер и структурных изменений в рамках реформирования сферы лекарственной помощи целесообразно проводить во всех секторах, поскольку этот процесс можно четко контролировать и регламентировать, что гораздо сложнее реализовать в частном секторе [1,2].

Анализ международного опыта организации лекарственной помощи льготным категориям граждан свидетельствует о том, что государство берет на себя заботу об обеспечении доступности лекарственных средств (ЛС) в достаточном количестве, в необходимых формах и дозах, по приемлемым ценам [3,4].

Результаты проведенного анализа позволили выделить три основных источника финансирования лекарственной помощи населению в зарубежных странах:

- 1) государственные и местные бюджеты;
- 2) система социального страхования;
- 3) личные средства граждан.

Практически ни в одной из развитых стран указанные системы не представлены в чистом виде.

В Канаде, Норвегии, Италии, Греции, Португалии и Испании большая часть средств на здравоохранение выделяется из государственного бюджета и формируется за счет обязательных налогов с населения и предпринимателей. В этих странах здравоохранением управляют правительственные органы, оно контролируется государством. Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения. Такая система обеспечивает равные права на получение медицинских услуг для всех граждан страны [5,6].

Преимущественно страховая модель здравоохранения, в т. ч. лекарственного обеспечения, сохраняется и успешно функционирует в таких странах, как: Нидерланды, Австрия, Бельгия, Швейцария, Люксембург, Германия, Франция. Системами здравоохранения в этих странах управляют государственные органы власти: правительство определяет перечень основных социальных услуг, которые должны оказываться застрахованным гражданам; устанавливает группы населения, которые должны застрахованы; определяет порядок оказания медицинской и лекарственной помощи; регулирует величину страхового взноса. При этом взносы

указанных категорий плательщиков колеблются в различных странах от 4 до 20% общего объема финансовых средств, выделяемых на здравоохранение.

В ряде стран функционируют системы социального страхования, но предусматривается оплата определенной части медицинских услуг за счет средств самих застрахованных граждан (в том числе приобретение медикаментов, средств реабилитации и др.). Кроме того, действуют различные государственные программы по профилактике заболеваний, таких как атеросклероз, сахарный диабет и т. п. [7,8,9].

Как правило, приоритет при предоставлении льгот на лекарственные средства имеют страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, требующие постоянной поддерживающей или курсовой медикаментозной терапии. На втором месте – уровень благосостояния граждан. В европейских государствах малоимущих граждан стремятся освободить от долевого участия в оплате лекарственных средств. Лица с низкими доходами и пациенты с хроническими заболеваниями несут ограниченные обязательства по соучастию в расходах на медицинские услуги, в том числе на лекарственное обеспечение, или не несут их вовсе.

В Бельгии не взимается плата за медицинские услуги и медикаменты с «экономически неактивного населения», т.е. с граждан, получающих социальные пособия (вдовы, сироты, пенсионеры и др.). От участия в сооплате освобождены лица пожилого возраста в Великобритании и Австрии, а во Франции доленое участие пациента исключается или сокращается при использовании лекарственных средств, выписанных для лечения тяжелых заболеваний, входящих в определенный перечень [10].

В Ирландии предусмотрено бесплатное лечение лиц с инфекционными и некоторыми хроническими заболеваниями, причем выписанные ЛС для лечения этих заболеваний также предоставляются бесплатно [11].

В Японии и Венгрии выделены социальные группы, имеющие право на бесплатное лекарственное обеспечение. В остальных экономически развитых странах (кроме США) существуют только перечни заболеваний, при которых требуется бесплатное лекарственное обеспечение. Как правило, вопрос о критериях освобождения пациента от доплаты за ЛС рассматривается очень тщательно. В случае хронических заболеваний, опасных для жизни, расходы пациентов должны быть полностью компенсированы, однако такие больные не получают бесплатно другие ЛС, назначаемые для лечения состояний, не относящихся к данному заболеванию [12,13,14].

В Финляндии, Норвегии и Швеции разработаны сравнительно не большие списки бесплатных для населения лекарств. Однако затраты на приобретение большинства лекарственных препаратов лишь частично возмещаются за счет общественных фондов [15,16,17].

В Италии все медикаменты распределены по трем группам. В первую группу входят ЛС, имеющие статус жизненно важных, которые предоставляются бесплатно; вторая категория предусматривает доплату в размере от 30 до 40% стоимости ЛС; в третью группу входят медикаменты, полностью оплачиваемые пациентом. Бесплатное обеспечение ЛС установлено только для лиц, имеющих низкие доходы, для многодетных семей, пенсионеров старше 65 лет и инвалидов [18].

В Норвегии определен перечень из 36 хронических заболеваний, при которых предоставляется право на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение. Назначение особо дорогих ЛС контролируется специальным комитетом. Гражданин, возраст которого превышает 66 лет, обеспечивается лекарственными препаратами бесплатно, при этом годовой лимит на пациента ограничен [19].

В Дании бесплатное лекарственное обеспечение не предусмотрено. Национальным комитетом по медикаментам Департамента здравоохранения министерства внутренних дел определены два списка ЛС. Покупка лекарственного препарата из списка №1 возмещается пациенту в объеме 75% его стоимости, а из списка № 2 – 50% [21,22].

В Германии, Нидерландах, Бельгии утверждены “ограничительные списки”. В эти списки в первую очередь включены дорогостоящие ЛС, имеющие более дешевые аналоги, а также препараты, используемые для самолечения. Затраты на приобретение ЛС, включенных в эти списки, не возмещаются общественными фондами [23].

В Австралии действует единая система лекарственного обеспечения. Государство субсидирует приобретение 75% рецептурных ЛС. Со платежи населения при этом составляют в среднем 16%. Перечень ЛС, отпуск которых застрахованному населению компенсируется государством, существует более 30 лет и пересматривается один раз в год [24].

Важно отметить, что наряду с различными системами компенсации по совместной оплате ЛС существует широкий диапазон дополнительных льгот: по возрасту, уровню дохода, группе заболевания и т. д. Так, например, в Великобритании от сооплаты освобождены 85% выписываемых национальной службой здравоохранения наименований медикаментов, предоставляемых населению. Во Франции льготы предоставляются по 31 группе заболеваний. Медикаменты оплачиваются за счет страховых компаний и системы социального обеспечения, а карточка медицинского страхования включает рецептурные препараты, которые требуют небольшой доплаты. Для снижения расходов на медикаменты все чаще наблюдается замена оригинальных лекарственных препаратов дженериками, а регулировать стоимость лекарственных средств призвано «базовое ценообразование», которое введено в действие в 2005 году [25].

В Канаде предусмотрена частичная оплата лекарственной помощи для нетрудоспособных жителей (6% населения) и для жителей старше 65 лет (12% населения), которые в среднем оплачивают 20% от максимальной стоимости фармацевтических услуг [26].

Национальный уровень здравоохранения Японии – один из самых высоких в мире. В рейтинге ВОЗ Япония признана лидером в борьбе с болезнями и смертностью. Медицинская помощь в стране в основном платная, но оплачивается она большей частью через систему медицинского страхования. Застрахованные пациенты оплачивают 10% стоимости лечения, но эта сумма не должна превышать установленного максимума сооплаты. Здесь введена система референтных цен для ЛС, включенных в «положительные» списки лекарственных средств, стоимость которых подлежит возмещению. Как правило, это ЛС отпускаемые по рецепту врача. Кроме того, лицам старше 70 лет лекарственная помощь оказывается бесплатно [27,28.29].

Таким образом, анализируя опыт, приобретенный экономически развитыми странами, можно выделить три механизма сооплаты:

- 1) взимание фиксированной суммы, которая составляет лишь часть реальной стоимости лекарства (Германия, Нидерланды, Израиль);
- 2) оплата определенного процента стоимости ЛС (Франция, Дания, Бельгия, Италия и др.);
- 3) оплата пациентом фиксированной суммы и (дополнительно) определенного процента от стоимости лекарства (Финляндия). Фактически третий механизм включает в себя два предыдущих.

В этих странах действует принцип государственного регулирования потребления медикаментов, приобретаемых бесплатно или со скидкой. При этом ограничивают декретированные группы населения; ограничивают перечень ЛС, отпускаемых бесплатно или со скидкой; регулируют доленое участие потребителя в оплате ЛС; контролируют необходимость бесплатного назначения лекарственного препарата (оптимальный под бор длительности курса лечения, дозирования и кратности назначения ЛС и др.). И все же в большинстве европейских стран государство берет на себя ответственность за организацию и финансирование лекарственной помощи, создавая систему социального страхования, приспособленную к социальной, экономической и политической ситуации. Такой подход призван обеспечить доступность лекарственной помощи для каждого гражданина, независимо от его социального статуса и уровня дохода [30,31].

Опыт европейских стран показывает, что добровольное медицинское страхование может успешно развиваться не как альтернатива, а как дополнение к государственному финансированию здравоохранения и обязательному медицинскому страхованию.

Таким образом, задача предпринимаемых во многих странах мер по сдерживанию расходов в фармацевтическом секторе – повлиять на практику назначения лекарственных средств и сформировать у врачей и пациентов осознанное отношение к расходам на лекарственные средства. При оптимизации системы лекарственной помощи отдельным категориям населения в Республике Казахстан необходимо принять во внимание многие принципы и механизмы льготного лекарственного обеспечения населения, созданные в экономически развитых странах.

*Литература:*

1. Рудакова А.В. Терапия сердечной недостаточности: фармакоэкономические аспекты // Клиническая фармакология и терапия.- 2003.- № 4.-С. 23-26.
2. Перегудов С.И., Рудакова А.В., Смиренин С.И., Сарсенбеков М.Н. Протоколы лекарственной терапии разлитого перитонита (пособие для врачей).- СПб: НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.- 2002.- 8-12 с.
3. Рудакова А.В. Фармакоэкономические аспекты применения лекарственных средств в клинической практике // Кардиология.- 2003.- №11.- С. 86-89.
4. Akehurst R.L., Chilcott J.B., Holmes M.W., et al. The economic implications of the use of basiliximab versus placebo for the control of acute cellular rejection in renal allograft recipients. - Sheffield : School of Health and Related Research, University of Sheffield, 1999.
5. Avorn J., Chen M., Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians // Am. J. Med.- 1992.- Vol. 73.- P. 4-8.
6. Bourgault C., Elstein E., Le Lorrier J., Suissa S. Reference-based pricing of prescription drugs: exploring the equivalence of angiotensin-converting-enzyme inhibitors // CMAJ.- 1999.- Vol. 161.- P. 255-60
7. Briggs A., Gray A. Using cost effectiveness information // BMJ.- 2000.- Vol. 320, № 7229.- P. 246.
8. Buxton M.J., Drummond M.F., Van Hout B.A., et al. Modelling in economic evaluation: an unavoidable fact of life // Health Econ.- 1997.- Vol. 6.- P. 217-28.
9. Byford S., Palmer S. Common errors and controversies in pharmacoeconomic analysis // Economic Evaluation in healthcare.- Adis Int., 1999.- P. 145-153.
10. Coulter A., Ham C. The global challenge of health care rationing.- Buckingham (UK) : Open University Press, 2000.
11. Drummond M.F., Jefferson T.O. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. The BMJ Economic Evaluation Working Party // BMJ.- 1996.- Vol. 313, № 7052.- P. 275-83.
12. Drummond R., Luft H.S. Pharmacoeconomic analyses // JAMA.- 2000.- Vol. 283, № 16.- P. 2158-60.
13. Gold M.R., Siegel J.E., Russell L., Weinstein M.C. Cost-effectiveness in Health and Medicine.- New York : Oxford Univ Pr., 1996.
14. Hill S.R., Mitchell A.S., Henry D.A. Problems with the interpretation of pharmacoeconomic analyses // JAMA.- 2000.- Vol. 283, № 16.- P. 2116-21.
15. Hillman A.L., Bloom B.S., Fendrick A.M., Schwartz J.S. Cost and quality effects of alternative treatments for persistent gastroesophageal reflux disease // Arch. Intern. Med.- 1992.- Vol. 152.- P. 1467-72.
16. Klein R., Day P., Redmayne S. Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service.- Buckingham (UK) : Open University Press, 1996.
17. Lexchin J., Bero L., Djulbegovic B., Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review // BMJ.- 2003.- Vol. 326.- P. 1167-1176.
18. Mark D.B. Economics of treating heart failure // Am.J.Cardiol.- 1997.- Vol. 80., № 8B.- P. 33H-38H.
19. Medicaments (editorial) // Le Point.- 2000.- № 1445.- P. 97-100.
20. Moynihan R. Who pays for the pizza ? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1. Entanglement // BMJ.- 2003.- Vol. 326.- P. 1189-92.
21. Muls E., van Ganse E., Closson M.-Ch. Cost-effectiveness of pravastatin in secondary prevention of coronary heart disease: comparison between Belgium and the United States of a projected risk model // Atherosclerosis.- 1998.- Vol. 137, Suppl.- P. 111-116.
22. Nijten M., Starzewski J. Applications of modelling studies. // Economic Evaluation in healthcare.- Adis Int., 1999.- P. 113-16.
23. O'Brien B. Economic evaluation of pharmaceuticals // Med. Care.- 1996.- Vol. 34, Suppl. 12.- P. DS99-DS108.
24. Oberlander J., Marmor T., Jacobs L. Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan // CMAJ.- 2001.- Vol. 164, № 11.- P. 1583-7.
25. Petrou S., Wolstenholme J. A review of alternative approaches to healthcare resource allocation // Pharmacoeconomics.- 2000.- Vol. 18, № 1.- P. 33-43.



26. Pharoah P.D., Hollingworth W. Cost effectiveness of lowering cholesterol concentration with statin in patients with and without pre-existing coronary heart disease: life table method applied to health authority population // *BMJ.*- 1996.- Vol. 312, № 7044.- P. 1443-8.
27. Pickin M.D., Payne J.N., Haq I.U., et al. Statin therapy/HMG-CoA reductase inhibitor treatment in the prevention of coronary heart disease.- Sheffield : Trent Institute for Health Services Research, Universities of Leicester, Nottingham and Sheffield, 1996.
28. Sniderman A.D. Clinical trials, consensus conferences, and clinical practice // *Lancet.*- 1999.- Vol. 354, № 9175.- P. 327-30.
29. Task Force on Principles for Economic Analysis of Health Care Technology. Economic analysis of health care technology // *Ann.Intern.Med.*- 1995.- Vol. 122.- P. 61-70.
30. University of York. Cholesterol and coronary heart disease: screening and treatment // *Eff. Health Care.*- 1998.- Vol. 4, № 11.- P. 1-16.
31. Weinstein M.C., Siegel J.E., Gold M.R., Kamlet M.S. Recommendations of the panel on cost-effectiveness in health and medicine // *JAMA.*- 1996.- Vol. 276, № 15.- P. 1253-58.

## ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

*Т.Е. Беков*

*Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем,  
г. Астана*

Генитальный герпес – заболевание, относящееся к контактным распространенным инфекциям, передающимся половым путём. Согласно официальным данным, ежегодно в мире регистрируется 15 случаев генитального герпеса на 100 тыс. населения, однако реальная статистика намного выше [1]. Характерной особенностью данной инфекции является способность к персистенции и распространению по различным органам и системам. Смертность от герпетических инфекций занимает второе место в структуре смертности от вирусных заболеваний и составляет 15,8% [2]. По степени влияния на репродуктивное здоровье женщины, мужчины и ребенка генитальный герпес не менее значим, чем ВИЧ, краснуха и сифилис. В последние годы отмечается рост заболеваемости генитальным герпесом, при этом контроль над передачей инфекции крайне затруднен, особенно для бессимптомных и атипичных форм заболевания.

Возбудитель герпеса представляет собой ДНК-содержащий вирус, который встраивается в генетический аппарат клетки-хозяина, чем и обеспечивается персистирующий характер инфекции. После инфицирования и небольшого инкубационного периода (от 2 до 10 суток), происходит первичный эпизод генитального герпеса. На месте внедрения вируса появляется локальный отек и небольшие пузырьки, наполненные прозрачной жидкостью. Субъективно больной ощущает жжение, дискомфорт и зуд на месте высыпаний. Из общих симптомов может наблюдаться повышение температуры тела, озноб, неврологические расстройства, дизурия. Через 24-48 часов пузырьки лопаются, на их месте появляются поверхностные эрозии, которые без всякого лечения могут самостоятельно исчезнуть через 3-20 дней. В таких случаях при лабораторном исследовании методом ИФА антитела не определяются. Иногда генитальный герпес ограничивается лишь единичным эпизодом и на протяжении всей жизни не давать рецидивов[3].

В 50-75% случаев заболевание имеет рецидивирующий характер (более 6 раз в год), вызывающее у пациентов психологический дискомфорт. Клиника у больных несколько скуднее, чем при первичном эпизоде, хотя рецидивы могут следовать один за другим. Клинические проявления могут обнаруживаться на коже и слизистых половых органов (крайней плоти, головке полового члена, стенке влагалища и малых половых губах), коже промежности, прямой кишки и ротовой полости[4].

Инфицирование генитальным герпесом здоровой женщины во время беременности может неблагоприятно сказаться на ее течении, а также влиять на нормальное развитие плода. В 47% случаев наступает внутриутробная гибель плода или самопроизвольный выкидыш. Это связано с тем, что в крови у матери отсутствуют защитные антитела. Рецидивирующий же генитальный герпес у беременных в большинстве случаев не оказывает негативного воздействия на плод, поскольку в крови матери уже циркулируют защитные антитела, защищающие плод, как на протяжении всей беременности, так и впервые месяцы жизни новорожденного[4].

Диагноз генитального герпеса ставится на основании характерной клинической картины. При наличии пузырьковых элементов наиболее достоверным является определение вирусной ДНК с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволяющей выявлять из содержимого пузырьков вирусную ДНК. Но при скрытом латентном течении, данный лабораторный метод исследования является неинформативным. Для диагностики применяется и метод иммуноферментного анализа (ИФА), который позволяет выявлять антитела к вирусу генитального герпеса, группы М и G. Антитела группы М, вырабатываемые в организме больного через 5-7 дней после инфицирования, являются маркером первичного инфицирования. Антитела класса G вырабатываются в период хронической инфекции генитального герпеса и сохраняются пожизненно, рецидивы же протекают при высоком титре иммуноглобулинов G. Тем не менее, основным методом диагностики генитального герпеса являются жалобы пациента и наличие клинической картины[5].

Тактика лечения генитального герпеса сегодня направлена на ослабление выраженности клинических симптомов инфекции, сокращения срока полной реэпителизации поражения, уменьшение частоты и тяжести рецидивов и предупреждение передачи инфекции половому партнеру или от матери новорожденному.

В отношении генитального герпеса применяются две стратегии назначения ациклических нуклеотидов – лечение острого периода и длительная супрессивная терапия рецидивов.

Вопросы выбора оптимального препарата и режима терапии генитального герпеса являются актуальными и ложатся в основу наблюдения за пациентами, получавшим специфическую терапию на базе нашей клинике.

Кроме противовирусных средств, назначаются индукторы эндогенного интерферона, рекомбинантный интерферон и витаминотерапия. Хорошие результаты получены при использовании препарата Панавир.

В современной медицине применяются и методы специфической иммунотерапии генитального герпеса в виде различных вакцин. Но вопрос их применения остается спорным, так как в некоторых случаях, практика использования противогерпетических вакцин не приводит к улучшению состояния пациентов и не уменьшает число рецидивов [6].

Так из противовирусных препаратов, препаратом выбора в ЦД и профилактики ЗППП г. Астана является ацикловир, который препятствует репликации вируса в организме человека. Кроме того, в клинике широко практикуется использование таких препаратов, как улкарил и валтрекс. Эффективность этих препаратов высока при сочетании с местной терапией в виде мазей ацикловир, зовиракс, герпевир. Так же применяются средства для системной анальгезии, местные анестетики, а также ванны с солевыми растворами. Мощный терапевтический эффект и снижение рецидивов наблюдается при использовании ректальных суппозиторий виферон –3.

Таким образом, в результате современной медикаментозной терапии успешно достигается подавление репродукции возбудителя, а также формирование адекватного иммунного ответа и его длительное сохранение с целью блокирования реактивации вируса в очагах персистенции. С этой целью используются методы противовирусной химиотерапии, иммунотерапии, а также различные их комбинации. Тактика лечения определяется индивидуально в зависимости от частоты и степени тяжести обострений, а также риска передачи инфекции половому партнеру.

#### *Литература:*

1. Минусов А.И.. Герпес. Современный взгляд на лечение и профилактику. ИГ «Весь» -2008 г.
2. Селезнева А.Б.. Герпес. Лучшие методы лечения. Изд. «Вектор»-2008г.
3. Радионов А.Н «Заболевания передающиеся половым путем» Санкт-Петербург, 1999г.
4. Башмакова М.А. «Лабораторная диагностика генитальных инфекций (клиническая лекция), Санкт-Петербург, 2000г.
5. Сельков С.А., Айламазян Э.К. Генитальный герпес. Современные подходы к диагностике и терапии - 2007г.
6. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий» Руководство для врачей Москва, 2003г

## **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

*Р.Х. Жангазиева*

*ГКП ПХВ «Областная клиническая больница», г. Уральск*

Старость - это неизбежный этап развития организма. В нем различают естественное, преждевременное и замедленное старение. Однако периоды жизни не имеют резких границ. С увеличением продолжительности жизни изменились представления и о времени наступления старости. В настоящее время, по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), возраст 45-59 лет считается средним, 60-74 года - пожилым, людей в возрасте 75 лет и старше называют старыми, а свыше 90 лет - долгожителями.

Специалисты-геронтологи (от греческого "герон" - старик) выделяют календарный возраст, зависящий от количества прожитых лет, и биологический возраст. Люди стареют в разном темпе. Продолжительность их предстоящей жизни, приспособительные возможности в одном и том же возрасте могут существенно отличаться друг от друга [1].

Поскольку пожилые люди чаще страдают хроническими болезнями, они обычно принимают большее количество медикаментов, чем молодые: в среднем одновременно четыре или пять лекарств по рецепту и два безрецептурных. У пожилых в два раза чаще, чем у молодых, развиваются побочные реакции на лекарства и реакции эти, как правило, более тяжелы. По мере старения человека содержание воды в его организме уменьшается, а так как многие препараты растворимы в воде, их концентрация в крови становится более высокой. Кроме того, почки медленнее выводят лекарственные средства с мочой, а печень хуже расщепляет их. По этим причинам нередко наблюдается тенденция к кумуляции (накоплению) лекарства в организме пожилого человека: оно остается здесь намного дольше, чем в организме молодого человека. В результате врачи вынуждены назначать пожилым людям меньшие дозы многих препаратов, а иногда и сокращать количество их приемов в сутки [2].

Кроме того, организм пожилого человека более чувствителен к действию некоторых лекарств. Например, пожилые люди чаще ощущают сонливость и у них чаще развивается спутанность сознания при использовании успокаивающих или снотворных средств. Препараты, которые снижают артериальное давление, расслабляя стенки артерий, действуют намного более резко в пожилом возрасте, чем в молодом. Мозг, глаза, сердце, кровеносные сосуды, мочевой пузырь и кишечник становятся значительно более чувствительными к антихолинергическим эффектам некоторых широко используемых средств, например таких, как атропин и препараты красавки.

Совместное назначение двух или нескольких лекарственных препаратов в гериатрической практике не противопоказано. Однако с возрастом значительно повышается частота нежелательных реакций по мере увеличения количества одновременно применяемых средств. Так, привычный прием слабительных людьми старческого и пожилого возраста способствует повышенному выделению калия из организма. Это необходимо учитывать при приеме целанида, дигоксина, дигитоксина, особенно в сочетании с мочегонными средствами (фуросемид, диакарб, гипотиазид). Препараты кальция могут повышать токсичность сердечных гликозидов (целанид и др.), а фенобарбитал ускоряет обезвреживание сердечных гликозидов и снижает их эффективность. Поэтому больному не рекомендуется без назначения врача прибегать к комбинированному приему препаратов [3,4,5].

Вместе с тем целесообразно сочетать применение лекарств с так называемыми гериатрическими препаратами. В качестве таких средств с успехом используют витамины (В6, В5), витаминные комплексы (декамевит, геровит и др.), а также аминокислоты и микроэлементы. Гериатрические препараты нормализуют реакцию стареющего организма на лекарства и предотвращают возникновение побочных эффектов. Микродозы марганца, меди, кобальта, никеля, ванадия, цинка, молибдена постоянно обнаруживаются в препаратах

растительного происхождения. Доказано, что они усиливают лечебные свойства витаминов, препаратов для лечения анемии (ферковен, антианемин и др.), сердечных гликозидов и т. д.

По патогенетическому принципу побочные реакции и связанные с ними осложнения лечения принято разделять на следующие группы: I. Побочные реакции, связанные с фармакологическим действием ЛС. Эти реакции можно отнести к ожидаемым (предвиденным).

II. Токсические осложнения вследствие абсолютной или относительной передозировки лекарств. Абсолютная передозировка у лиц старческого возраста наиболее часто обуславливается двумя причинами: 1) сознательный прием увеличенной дозы, «чтобы скорее подействовало»; 2) забывчивость на фоне ишемических и склеротических процессов в головном мозге, что влечет повторный прием уже принятой дозы. На практике чаще встречается относительная передозировка, которая по абсолютной величине является терапевтической, но становится токсической для стареющего организма.

III. Побочные эффекты, которые непредсказуемы и зависят от индивидуальных особенностей (например, головная боль, нарушения сна и т.д.). Эти эффекты не связаны с фармакодинамикой, т.е. механизмом действия ЛС, именно поэтому их прогнозирование невозможно.

IV. Аллергические реакции немедленного и замедленного типа. Кроме анамнестических указаний на непереносимость ЛС и проведения внутрикожных проб на переносимость антибиотика, не существует предикторов реакций данного типа.

V. Синдром отмены, который развивается наиболее часто после внезапной отмены бета-адреноблокаторов, клофелина и некоторых других гипотензивных препаратов. Заключается в относительно быстром развитии тахикардии, гипертонического криза и др.

VI. Нарушение почечной экскреции. В этой ситуации возможны токсические проявления при назначении некоторых ЛС (аминогликозидов, солей лития, сердечных гликозидов, новокаинамида и др.) даже в терапевтических дозах, так как ренальная экскреция с возрастом уменьшается [6,7,8]. Таким образом, стареющее население в силу биологических, медицинских, социальных и других причин является одним из ведущих потребителей ЛС. Поэтому одной из важнейших задач современной гериатрической фармакологии представляется обоснование эффективных и безопасных подходов к индивидуальному рациональному медикаментозному лечению с учетом возрастных особенностей стареющего и зачастую страдающего различными заболеваниями организма. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста отличается спецификой, обусловленной морфологическими, функциональными и метаболическими нарушениями, которые возникают в организме при старении, и связанными с этим возрастными особенностями развития и течения болезни.

У пожилых и старых людей возрастает количество токсических и нежелательных воздействий лекарств на организм, особенно при их комбинации. Повышается чувствительность к лекарствам. Риск нежелательных последствий лекарственной терапии у людей старше 60 лет в 2-3 раза выше, чем у 30-40-летних. Наибольшее число смертных случаев, связанных с приемом лекарств, приходится на возрастную группу 80-90 лет. В связи с этим недопустимо самолечение для пожилых и старых людей. Нередко оно способствует дальнейшему развитию болезней, весьма часто переходящих в тяжелые, неизлечимые формы.

Нужно помнить, что у стареющих людей замедляются скорость и эффективность всасывания, распределения, обезвреживания и выведения лекарств. Это объясняется меньшими причинами, например снижением кровотока и изменением проницаемости стенок сосудов. В связи с этим всасывание лекарств даже при подкожном и внутримышечном введении происходит медленно. Уменьшение секреции соляной кислоты в желудке снижает всасывание аспирина и фенobarбитала. Ослабление сократимости желудка и кишечника замедляет продвижение лекарств и изменяет скорость наступления эффекта. Повышение опасности развития лекарственной интоксикации часто обусловлено снижением содержания белков в плазме крови у пожилых людей, а также накоплением обезвреживающей функции печени и выделительной способности почек. Безуспешность, а иногда и отрицательный

эффект лекарственной терапии в гериатрической практике могут быть следствием истощения клеток организма в результате старения и болезней. Поэтому у пожилых и старых пациентов увеличение дозировок лекарств далеко не всегда обеспечивает лечебный эффект, но легко вызывает интоксикацию. Это ярко проявляется при приеме сердечных гликозидов: дигоксина, дигитоксина, целанида; гидропиперина, эфедрина и других препаратов [9,10].

Одним из основных положений гериатрической фармакологии является необходимость избегать больших нагрузок лекарственными препаратами. Особенно тяжело переносятся в пожилом возрасте ударные дозы лекарств. Они так же вредны, как большие физические, эмоциональные нагрузки и переедание. В связи с этим особое внимание нужно уделить регулярности приема назначенных препаратов. В пожилом и особенно в старческом возрасте люди часто забывают принимать лекарства или повторно применяют их через короткий срок. Для избежания таких ошибок полезно отложить суточную дозу лекарства, чтобы по оставшимся порошкам или таблеткам можно было судить, сколько раз оно примято.

По возможности следует избегать назначения жидких лекарственных форм. Из-за плохого зрения, дрожания рук трудно соблюдать точность дозирования, особенно числа капель. Кроме того, может быть нарушена плотность упаковки и, следовательно, герметичность флаконов с лекарством, что может изменить концентрацию препарата в связи с испарением, вызвать микробное загрязнение, разложение [10,11].

Начальные и поддерживающие дозы лекарств в гериатрической практике должны быть в два раза меньше по сравнению с дозами для среднего возраста.

Неточное выполнение врачебных рекомендаций при приеме лекарств чревато опасностью. Пожилой человек, который по каким-то причинам не желает соблюдать указания врача, должен обсудить с ним этот вопрос, а не действовать самостоятельно.

Таким образом, точное соблюдение назначений врача с учетом возрастных особенностей пациента и требований инструкции по применению препарата, прием лекарства в назначенные сроки во многих случаях позволяют избежать осложнений. Однако, если побочное действие все-таки возникает, необходимо сразу обратиться к врачу. Врач может уменьшить дозу, частоту приема лекарства или заменить его другим. Все это сведет к минимуму нежелательные эффекты.

*Литература:*

1. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей. – М.: Универсум, 1993. – 398 с.
2. Каркищенко Н.Н. Фармакологические основы терапии: Руководство и справочник для врачей и студентов. – М.: ИМР-Медицина, 1996. – 560 с.
3. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 664 с.
4. Антибактериальная терапия. Практическое руководство / Под ред. Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. – М.: РЦ “Фармединфо”, 2000. – 190 с.
5. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей. – М.: Универсум, 1993. – 398 с.
6. Горячкина Л., Ещанов Т., Коган В. и др. Когда лекарство приносит вред. – М.: Знание, 1980.
7. Каркищенко Н.Н. Клиническая и экологическая фармакология в терминах и понятиях: Тезаурус. – М.: ИМР-Медицина, 1995. – 304 с.
8. Каркищенко Н.Н. Фармакологические основы терапии: Руководство и справочник для врачей и студентов. – М.: ИМР-Медицина, 1996. – 560 с.
9. Крылов Ю.Ф., Бобырев В.М. Фармакология. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 352 с.
10. Кудрин А.Н. Лекарства не только лечат... – М.: Знание, 1971.
11. Кудрин А.Н., Пономарев В.Д., Макаров В.А. Рациональное применение лекарств: серия “Медицина”. – М.: Знание, 1977.

## **ОЦЕНКА КОМПЕТЕНЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

*М.Е. Ким*

*Институт общественного здравоохранения, г. Астана*

В последнее время при разработке и реализации стратегии управления персоналом организации стали использовать технологии управления компетенциями. [1].

Так, впервые изучение компетенций для прогнозирования уровня эффективности выполнения работы было предложено американским психологом Дэвидом МакКлелландом, который в 1973 году опубликовал статью «Измерение компетентности вместо измерения интеллекта» [2]. Исследования, которые он провел, доказывали, что традиционные академические тесты способностей и знаний, как, впрочем, и наличие каких-либо дипломов у потенциальных исполнителей работы, не обеспечивают им эффективности выполнения рабочих обязанностей и успеха в профессиональной деятельности. Каждая компетенция, считает Р. Бояцис, имеет несколько элементов, например, мотивы, черты характера, аспекты самообраза или социальной роли личности, умения и навыки, объем знаний. [3]. Также множилось количество перечней факторов компетентности. Ниже представлены некоторые определения компетентности: поведенческие аспекты, которые влияют на эффективность работы [4], любые индивидуальные характеристики, которые можно измерить или достоверно подсчитать и, относительно которых, можно утверждать, что они значимы для различения эффективного и неэффективного выполнения работы [5], основные способности и потенциальные возможности, необходимые, для того, чтобы хорошо делать определенную работу [6], все связанные с работой свойства личности, знания, навыки и ценности, которые побуждают человека хорошо выполнять свою работу [7], основное свойство личности, которое приводит к эффективному или превосходному выполнению работы [8].

Например S.Fletcher [9], делают акцент на том, что для компетентного выполнения работы важны не сами знания, а их практическое применение.

Различие между пороговой и рабочей компетентностью сделал Р. Бояцис [10]. Пороговая — это базовая компетентность, необходимая для выполнения работы, при этом не делается различия между работниками с высокими и низкими показателями. В то время как рабочая компетентность проводит такое различие.

Однако, по мнению С. Woodruffe [11], проблема состоит в том, что в работе, в значительной мере, представлены и пороговая, и рабочая компетентность. Работникам необходим определенный уровень, даже чтобы начать работу, а его превышение всегда приветствуется.

Под профессиональной компетентностью, по мнению Б. Кенжебекова [12], понимается совокупность интегрированных фундаментальных знаний, обобщенных умений и способностей человека, его профессионально значимых и личностных качеств, высокий уровень технологичности, культуры и мастерства, творческий подход к организации деятельности, готовность к постоянному саморазвитию.

В экономической литературе понятие компетенции связывается ведущими исследователями (Гари Хамел, К.К. Прахалад, и др.) с набором взаимосвязанных навыков, технологий, умений, знаний, их уникальностью [13]

Наиболее полное и коррелирующее с компетенцией компании в целом определение компетенции работника представлено в работе Л.М. и С.М. Спенсеров [14]. Это базовое качество индивидуума, имеющее причинное отношение к эффективному и/или наилучшему на основе критериев исполнению в работе или в других ситуациях. Базовое качество означает, что компетенция является очень глубоко лежащей и устойчивой частью человеческой личности и может предопределять поведение человека во множестве ситуаций и рабочих задач. Анализ эволюции теоретических подходов к источникам и критериям устойчивого конкурентного преимущества (Портера М., Х. Итами, А.М. Бранденбургера и Б. Дж.

Нейлбаффа, Дж. Ф. Мура, Т. Питерса и Р. Уотермена, И. Ансоффа и др.) показал, что наиболее эффективная в современных условиях концепция — это *концепция ключевых компетенций*, предложенная Г. Хамелом и К.К. Прахаладом, так как данная концепция является основой "интеллектуального лидерства" компании в отрасли, опережающего создания, удержания и развития специфических, трудно имитируемых конкурентами источников устойчивых конкурентных преимуществ предприятия в современных условиях — ключевых компетенций [15,16,17,18,19].

Модель компетенций была разработана, и в Национальной системе здравоохранения, для достижения показателей передового уровня [20]. Некоторые международные проекты использовали модель компетенций для разработки учебных планов для обучения менеджменту здравоохранения [21].

Совокупность компетенций необходима для высокоэффективной работы, как специалистов, так и всей организации [22].

Использование компетенций в качестве основы для разработки программы по обучению менеджменту является общепринятым подходом во всем мире. Понятие менеджер в сфере здравоохранения относится как к сотрудникам, ответственным за оказание медицинских услуг (главные врачи и их заместители), так и к тем, кто отвечает за общее функционирование системы здравоохранения на областном и государственном уровнях (руководители областных департаментов здравоохранения и Министерства здравоохранения).

В ситуации структурной перестройки отечественного здравоохранения и его реформирования особое место отводится профессиональной компетентности медицинских работников.

В данном контексте особое значение приобретает соотношение полученных знаний к компетенциям, требуемым в современной системе здравоохранения. Понятие компетентности получило такую известность, потому что по своей сути оно относится к показателям труда, особенно в деятельности врача. Которые способны использовать свои знания, навыки, свойства личности для достижения установленных стандартов в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации. Поэтому чрезвычайно важно в развитии компетенции врача учитывать его личные качества, мотивы, опыт и поведенческие характеристики [23,24,25,26,27].

Наряду с развитием и совершенствованием различных систем повышения квалификации, компетенции и профессионализма значительно возросли потребности в формировании всесторонне развитой личности, способной приобретать новые научные знания, навыки и умения в течение всей своей жизни. [28, 29].

Компетентность применительно к теории и практике медицины и включает такие компоненты, как знание и понимание базисных клинических, поведенческих и социальных наук, в том числе знание вопросов общественного здравоохранения, популяционной медицины и медицинской этики в объеме, необходимом для медицинской практики; отношение и клинические навыки, а также способность к познанию и повышению профессиональной квалификации на протяжении всей жизни [30].

#### *Литература:*

1. Strategic Performance Management. A managerial and behavioral approach. Andre de Waal. 2006. P.32.
2. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. — 8-е изд. / Пер. с англ. под ред. С. К. Мордовина. — СПб.: Питер, 2008. — 832 с.
3. Боядис Р. Компетентный менеджер. Модель эффективной работы. / Пер. с англ.— М.: НИППО, 2008. — 352 с.
4. Woodruffe C. Assessment Centers // Institute of Personnel Management, London. 1990.- P. 207.
5. Spencer L., McClelland D. and Spenser S. Competency Assessment Methods // Hay/McBer Research, Boston, 1990.- P. 24-48.
6. Fumham A. A question of competency // Personnel Management, 1990, Julie. –P. 37.
7. Roberts G. Recruitment and Selection:A competency approach // Institute of Personnel and Development, London. - 1997.- P. 98.
8. Mansfield R. What is “competence” all about? // Competency. – 1999.- № 6 (3). – P. 24-28.
9. Fletcher S. NVQs, Standarts and Competence // Kogan Page, London, 1991.- P. 126.

10. Boyatzis R. The Competent meneger, Wiley, New York, 1982.- P.129.
11. Woodruffe C. Competent by any other name // Personnel Managment, September, 1991. – P. 30-33.
12. Кенжебеков Б. Сущность и структура профессиональной компетентности специалиста//Высшая школа Казахстана. - 2004.- С. 102.
13. Хамел Г., Прахалад К.К. Конкурируя за будущее. Создание рынков завтрашнего дня / Пер. с англ. – М.: ЗАО "Олимп-Бизнес", 2002. – 288с.
14. Спенсер Л.М. Компетенции на работе : пер. с англ. / Л. М. Спенсер-мл., С. М. Спенсер. — М. : НРРО, 2005. — 373с.
15. Портер М. Конкуренция.: Пер. с англ.: Уч. пос. — М.: Издательский дом «Вильямс», 2000. — 495 с
16. Э. Кемпбелл, К. Саммерс Лачс. Стратегический синергизм, 2-е изд./.— СПб.: Питер, 2004. — 416 с.
17. Хамел Г., Прахалад К.К. Конкурируя за будущее. Создание рынков завтрашнего дня / Пер. с англ. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2002. – 288с.
18. Джон Ван Маурик. Эффективный стратег: Пер. с англ.— М.: ИНФРА-М, 2002. — 208 с
19. Ansoff, H.I., (1965) Corporate Strategy: An Analytical Approach to Business Policy for Growth and Expansion, McGraw-Hill, New York\_
20. Department of Health (2004). The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KSF) and the Development Review Process download from [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4090843](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4090843) 21st October 2010
21. Republic Of Slovenia, Ministry Of Health & World Bank (2002). Health Sector Management Project. Section 2: Strengthening Health Care Management. PHARE (2000). Support to the continued reform process and the development of primary health care in Lithuania. Component 6
22. Oxford Policy Management (2010). Report on the Development of Key Functions in Policy and Strategy Development of the Ministry of Health. Astana, Kazakhstan, pp. 10-11
23. Boyatzis R. The Competent manager // Wiley, New York, 1982.- P. 156.
24. Woodruffe C. Assessment Centers // Institute of Personnel Management, London. 1990.- P. 207.
25. Mansfield R. What is «competence» all about? // Competency. – 1999.- № 6 (3). – P. 24-28.
26. Dulewicz V. and Higgs M. The seven dimensions of emotional intelligence // People Managment, 1999, 28 Oktober. – P. 53.
27. Кенжебеков Б. Сущность и структура профессиональной компетентности специалиста//Высшая школа Казахстана. - 2004.- С. 102.
28. Hansen M.T., Nohria H. and Tierney T. What’s your strategy for managing knowledge? Harward Business Review.- 1999, March – Aoril. – P. 106-16.
29. Scarborough H., Swan I. and Preston I. Knowledge Menegment: A literature review // Institute of Personel and Development. - London, 1999. – P. 25-79.
30. Physician self-directed learning and education. Tagawa M. The Office of Medical Education, Chiba University School of Medicine, Chiba, Japan.

## **К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*А.М. Махмутова, К.Б. Ибраева, Р.К. Секенова  
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана*

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. По данным ВОЗ, уровень инвалидности в мире в среднем составляет 10% - т.е. каждый десятый житель планеты является инвалидом.

Одним из наиболее актуальных вопросов современности является проблема детской инвалидности, которая отражает крайний вариант нездоровья детей и подростков, предопределяет неблагоприятный прогноз здоровья будущих поколений и демографическую катастрофу для некоторых регионов. По оценке экспертов ВОЗ, во всем мире отмечается тенденция неуклонного роста инвалидности в детском возрасте. Накопление «груза» инвалидности среди детского населения требует привлечения дополнительных медико-социальных ресурсов общества и представляет угрозу национальной безопасности. Одной из



приоритетных медико-социальных проблем на современном этапе является охрана здоровья детей (Е.Т.Лильин, 2005; А.Д.Царегородцев, 2005; Л.И.Каримова, 2005; Г.Н.Карелова, 2005; О.В.Шарапова, 2006).

Анализ показал, что в России показатель детской инвалидности за последнее десятилетие увеличился в 4 раза [1]. Рост численности детей-инвалидов в 80-90-х годах прошлого века был связан как с социально-экономическим кризисом в стране [2,3], так и с внедрением в жизнь законодательных актов, расширяющих показания для установления инвалидности.

В Казахстане также наблюдается рост численности детей до 16 лет впервые признанных инвалидами за последние 5 лет с 2004 года по 2007 год с 7017 до 7305.

Среди причин, способствующих возникновению инвалидности у детей, являются ухудшение экологической обстановки, неблагоприятные условия труда женщин, рост травматизма, отсутствие культуры здорового образа жизни, высокий уровень заболеваемости родителей. В структуре первичной инвалидности первые ранговые места в Центральном Казахстане, России и Беларуси представлены одинаковыми нозологическими формами. Наиболее частой причиной инвалидности у детей является патология центральной нервной системы, из них ДЦП, последствия нейроинфекций, эпилепсия, судорожный синдром, мышечные дистрофии.

Одной из составляющих здоровья ребёнка является его гармоничное нервно-психическое развитие, нарушение и отклонение которого от хронологических характеристик составляет патологию детского возраста.

К примеру, большинство неврологических заболеваний, возникших в, так называемый, основной период (0-3 года) жизни ребёнка, часто приводят к тяжелой патологии центральной нервной системы, вызывающей нарушение психических, речевых, сенсорных и статодинамических функций у детей. Одним из ранних признаков данной патологии - является задержка нервно-психического развития ребенка, своевременная оценка которой помогает выявить не только степень нарушения вышеуказанных функций, ограничивающих жизнедеятельность ребёнка, но и способствует ранней диагностике, что позволяет в максимально короткие сроки принять адекватные меры по лечению данного состояния. В этой связи, заболевания нервной системы у детей и ограничения жизнедеятельности, связанные с этой патологией, занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и инвалидности [4].

Результаты российских исследователей по изучению качества жизни инвалидов среди студентов и абитуриентов Московского государственного гуманитарного института и пациентов Центра медико-социальной реабилитации для подростков и взрослых инвалидов с последствием детского церебрального паралича «Царицыно» по двум блокам: исследование медицинских аспектов жизни инвалидов и изучение социальной стороны жизни изучаемого контингента инвалидов, выявили наиболее значимые проблемы инвалидов и пришли к мнению, что одни из них могут быть решены в ходе психологической коррекции, а для решения других необходимо решение архитектурных и социальных вопросов.

Термин «инвалидность» включает в себя значительное число различных функциональных ограничений [5]. Концепция болезни рассматривает степень влияния болезни человека на трех уровнях: органном, организменном и уровне социальной недостаточности [6].

Во всем мире установление инвалидности проводится на основе Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH (МКН - международная классификация нарушений) от 1980 г. Она была представлена как инструмент анализа и решения проблемы жизнеобеспечения людей, связанной с состоянием их здоровья. В 2001 г. вышла в свет обновленная версия классификации - "Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья - International Classification of Functioning, Disability and Health", которая в значительной степени концептуально дополнила классификацию 1980 г. [7].

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья изначально классифицированы в МКБ -10, которая определила их этиологическую структуру. Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в Международной классификацией функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденной 22 мая 2001 года 54-й сессией ассамблеи ВОЗ. В резолюции члены ВОЗ призывают государства-членов использовать МКФ соответствующим образом в своих исследованиях.

В настоящее время выделяют две главные концептуальные модели инвалидности. *Медицинская модель* рассматривает инвалидность как свойство, присущее человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья, которое требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения у специалистов. Инвалидность по этой модели требует медицинского или иного вмешательства или лечения с тем, чтобы «исправить» проблему человека. С другой стороны, *социальная модель* рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. Согласно социальной модели, инвалидность требует политического вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения. МКФ базируется на интеграции этих двух противоположных моделей – медицинской и социальной. Для объединения различных сторон функционирования используется биопсихосоциальный подход. Поэтому МКФ пытается достичь синтеза, чтобы обеспечить согласованный взгляд на различные стороны здоровья с биологической, личностной и социальной позиций. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга. МКФ принята в ООН как одна из социальных классификаций, на которые ссылаются и в которой реализуются «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности» [7].

МКФ является классификацией здоровья и всех обстоятельств, которые связаны со здоровьем, она используется и в таких областях как страхование, социальная защита, трудоустройство, образование, экономика, социальная политика, законодательство, гигиена. В МКФ, термин *функционирование* относится ко всем функциям организма, деятельности и участию; в то время как *ограничения жизнедеятельности* являются обобщающим термином для нарушений, ограничений деятельности и участия. МКФ также содержит перечисление факторов окружающей среды, которые взаимосвязаны со всеми компонентами. МКФ является концепцией здоровья и ограничений жизнедеятельности ВОЗ. Она представляет собой концептуальную основу для формулировки определений, системы мер и политики в сфере здравоохранения и инвалидности. Это универсальная классификация ограничений жизнедеятельности и здоровья, используемая в сфере здравоохранения и смежных с ней сферах. Раньше считалось, что инвалидность начиналась там, где «заканчивалось» здоровье: если человек становился инвалидом, он сразу же попадал в отдельную категорию. МКФ можно использовать как механизм для измерения степени функционирования в обществе, независимо от того, каковы причины чьих-либо ограничений. Таким образом, посредством МКФ вместо того, чтобы обращать больше внимания на инвалидность людей, мы сосредотачиваемся на их степени здоровья.

МКФ выставляет понятия «здоровье» и «инвалидность» в новом свете. Она признает, что каждый человек может испытать ухудшение состояния здоровья, таким образом, испытывая какое-либо ограничение жизнедеятельности, перемещая акцент с причины на воздействие, МКФ помещает все состояния здоровья на равную основу так, что они сравниваются по общей шкале – шкале здоровья и ограничений жизнедеятельности. МКФ рассматривает инвалидность и функционирование как результаты взаимодействия между *состоянием здоровья* (болезнь, нарушения, повреждения) и *контекстуальными факторами*. Контекстуальные факторы включают внешние *факторы окружающей среды* (например, социальное отношение, архитектурные аспекты, правовые и социальные структуры, а также климат, местность и т.п.); и внутренние *личностные факторы*, включающие пол человека, возраст, социальное воспитание, образование, профессию, прошлый и настоящий опыт,

поведение, характер и другие факторы, влияющие на то, как человек относится к своей инвалидности.

По МКФ классифицируются три уровня человеческого функционирования, где «инвалидность» включает нарушение функции на одном или более из этих уровней:

- Функционирование на уровне организма или органа;
- Функционирование человека, отраженное в «деятельности», которую он способен выполнять;
- Функционирование человека в социальном окружении, что отражается в участии человека в общественной жизни.

Основополагающими принципами МКФ являются: универсальность, равенство, нейтральность, интерактивность [7].

Освоение социальной концепции МКФ является необходимым условием на пути обновления, совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов. [8,9,10,11]

В Казахстане в целях совершенствования службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) проведена большая научно-исследовательская работа по изучению и адаптации МКФ при определении ограничения жизнедеятельности больных и инвалидов. Для улучшения выраженности нарушенных функций и критериев жизнедеятельности предложен подход, базирующийся на определении функционального класса (ФК) по пятибалльной системе. В данном случае преимуществом ФК является универсальность – это возможность цифрового выражения и кратность ранжирования степени нарушенных функций [6].

Обзор международной литературы показал, что ФК нашел широкое применение в службе МСЭ республики Беларусь, как при определении ограничений жизнедеятельности, так и при определении этапов реабилитации больных и инвалидов.

Принимая во внимание, что во многих зарубежных странах ограничение жизнедеятельности определяют в процентах как потерю общей трудоспособности, использование ФК адаптированного к МКФ явилось бы переходным этапом от ухода установления групп инвалидности к установлению процентов общей трудоспособности и оказало бы действенную помощь врачам при назначении профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. А также в решении: комплекса социальных, экономических, психолого-педагогических и медицинских проблем в целях улучшения качества жизни населения, путем снижения уровня заболеваемости и инвалидности с позиций подхода МКФ.

#### *Литература:*

1. Исхаков, Б.И. Статистическое моделирование и прогнозирование демографического развития России в XXI веке Текст. / Б.И. Исхаков, А.Б. Исхаков, К.И. Кузнецов, М. Дучмаль // Вопросы статистики. - 2000. - №3. — 22 - 29.
2. Гришина, Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема Текст. / Л.П. Гришина // Здравоохранение Рос. Федерации.- 1993. — №12. -С. 11-14.
3. Ecob, R. Income and Health: What is the Nature of Relationship Текст. / R. Ecob, G.D. Smith // Social Science and Medicine. - 1999. - Vol.48, №5. - P. 693 - 705.
4. Барашнев, Ю. И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства Ю.И. Барашнев Акушерство и гинекология. 1991. 1. 12 -18. Автореферат, 2008, Бархагов, Михаил Валерьевич. Использование программы раннего вмешательства в медицинской реабилитации детей с перинатальной энцефалопатией. Красноярск. 124 с.
5. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. 2003г., Москва. стр.3,
6. Методические рекомендации. Методика определения степени ограничения жизнедеятельности по функциональному классу. Ш.М. Газалиева, К.А. Алиханова, Н.А. Старчева, М.Е. АН, М.Н. Югай, Н.Ю. Илюшина. 2004 г. Караганда, стр. 7.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья - International Classification of Functioning, Disability and Health, 1980 год.
8. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм. - М., 1998.
9. International Classification of Functioning, Disability and Health. - Geneva, 2001.
10. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). - Geneva, 1980.
11. Internet: Jamal Mazrui, National Council on Disability, Email: 74444.1076@compuserve.com

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

*А.А. Тулемисова*

*Целиноградская региональная клиническая больница, Астана*

Смертность и инвалидизация больных от онкогинекологических заболеваний являются проблемой, требующей решения на государственном уровне, так как с фертильным возрастом женщин связан рост рождаемости в стране.

Общая концепция этиологии и патогенеза новообразований органов репродуктивной системы у женщин сводится к следующим положениям:

- клинические, эпидемиологические, вирусологические данные свидетельствуют, что в возникновении плоскоклеточного рака шейки матки ведущую роль играют передаваемые половым путем экзогенные факторы, среди которых особого внимания заслуживает вирусная инфекция [1,2,3];

- в пределах отдельной локализации рака органов репродуктивной системы у женщин существуют различные патогенетические типы, определяющие биологические особенности опухоли, клиническое течение и прогноз [4,5,6].

Существуют эпидемиологические исследования, связывающие возникновение РШМ с ранним началом половой жизни, ранней первой беременностью, высокой сексуальной активностью, частой сменой половых партнеров, влияния циркумцизии, смегмы, венерических заболеваний. В последнее время внимание уделяется роли вирусной инфекции в этиологии рака шейки матки [7,8,].

Отмечается различие в социальном – экономическом уровне больных. Рак шейки матки чаще встречается у женщин, относящихся к группам с низким доходом. Частота встречаемости преинвазивного и инвазивного рака значительно выше в группах с низким образовательным уровнем [1].

Основным направлением при диагностике рака шейки матки на начальных стадиях заболевания является внедрение в практику селективного скрининга [3].

Тяжелая дисплазия, внутриэпителиальный и микроинвазивный рак шейки матки представляют собой последовательные этапы опухолевой трансформации. Несмотря на некоторые отличительные морфологические свойства, существуют и общие признаки, позволяющие отнести их в единую группу ранней онкологической патологии, при которой возможно и целесообразно осуществление органосохраняющего подхода [9,10]. В органосохраняющем лечении начальных форм рака шейки матки современная медицина располагает спектром хирургических методик, начиная с традиционной операции – ножевой ампутации шейки матки. Вместе с тем, активно применяются другие виды оперативных вмешательств, выполняемые с использованием лазеров, электротока, ультразвуковой, криогенной и лапароскопической техники [11,12]. После органосохраняющего лечения сохраняется менструальная, репродуктивная функция, что позволяет не только излечить пациентку, но и способствует полноценной медицинской и социальной реабилитации женщины [10, 12, 13,].

Несмотря на визуальную локализацию опухоли, технически несложные методы диагностики, выявляемость ранних стадий остается низкой. Сложившаяся ситуация, как правило, объясняется недостаточной онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети, низким качеством профилактических осмотров, небрежным отношением к своему здоровью неорганизованной группы населения, длительным и бессимптомным течением заболевания и недостаточной осведомленностью населения о раке шейки матки [14,15,16,17,18,19].

Удельный вес рака шейки матки с I - II стадией по Республике Казахстан за период с 1998 по 2002 г. составил – 64,2%. К ранним формам заболевания можно отнести лишь cancer in situ. Ранняя диагностика этой стадии заболевания дает возможность использования

органосохраняющих операций. В статистических отчетах, представляемых онкологическими клиниками Республики Казахстан, информация о выявлении начальных форм рака шейки матки отсутствует. Данный факт лишает врачей, осуществляющих динамическое наблюдение, возможности правильно определить стадию новообразования, снижает качество проводимого наблюдения и его экономическую эффективность. Поздняя постановка диагноза приводит к прогрессированию болезни, что в свою очередь, снижает возможность проведения радикального лечения. Для снижения заболеваемости и инвалидизации вследствие рака шейки матки необходимо своевременное выявление и лечение данной патологии, информированность населения и расширение образовательных программ, направленных на повышение медицинской грамотности населения.

Неосведомленность женщин относительно возможности возникновения опухоли шейки матки, молодой возраст, а также смущение и страх проведения лечения в онкологическом диспансере отодвигают сроки обращения пациенток за медицинской помощью. Профилактические осмотры у гинеколога должны проводиться не реже двух раз в год с обязательной кольпоскопией, цитологическим исследованием мазка. Важно иметь квалифицированного врача – цитолога в каждой женской консультации и поликлинике. Кроме того, необходимо своевременно диагностировать и лечить фоновые и предраковые заболевания [20,21].

Углубленное обследование больных РШМ завершается уточнением состояния степени распространенности опухолевого процесса и регионарных лимфатических коллекторов с помощью радиоизотопной лимфографии, магнитно-резонансной томографии [22,23].

Лечение больных раком шейки матки развивается сейчас в трех основных направлениях: хирургическое лечение, комбинированное лечение, сочетанная лучевая терапия [23,24,25].

Выбор метода лечения определяется стадией рака шейки матки, зависит от общего состояния и возраста больной, сопутствующих заболеваний, формы роста опухоли, состояния репродуктивной и менструальной функции.

Для лечения рака шейки применяется комбинированный метод, который состоит из операции (расширенной экстирпации матки с придатками) и последующей сочетанной лучевой терапии (наружное дистанционное облучение малого таза в сочетании с внутриволостным введением радиоактивных препаратов). При раке шейки матки 1 стадии используются как сочетанное лучевое, так и комбинированное лечение. Во второй и третьей стадиях заболевания преимущество отдается сочетанной лучевой терапии.

Комбинированное лечение проводится только при изолированных метастазах у стенки малого таза (третья стадия). В четвертой стадии используется симптоматическая терапия.

Клинический прогноз после лечения в ранних стадиях относительно благоприятный: 5-летняя выживаемость больных при первой стадии составляет 80-85%, при второй – 70-75%, при третьей – 50-55% случаев. Прогноз у больных при поздних стадиях заболевания неблагоприятный.

По данным FIGO, показатель 5-летней выживаемости больных, страдающих плоскоклеточным раком шейки матки, составляет 59,5%, а у больных аденогенной карциномой – 39,8%. После радикальной операции с последующим облучением эти показатели в зависимости от гистотипа опухоли соответственно равны 67,1% и 57,7%.

Среди наиболее частых осложнений и последствий при радикальном лечении рака шейки матки следует отметить посткастрационный синдром, а среди последствий – постлучевые. Наиболее часто встречаются постлучевые циститы и ректиты, значительно реже – лимфостаз. Постлучевые осложнения разделяются на ранние и поздние. Ранние постлучевые осложнения проявляются во время проведения курса лечения или в первые две недели после его окончания. Они соответствуют понятию «лучевая реакция» и эффективно излечиваются без последствий.

В Казахстане ежегодно признаются инвалидами вследствие онкологических заболеваний около 6000 тыс. человек, в 2006 году инвалидами признаны 5840 человек

Социальная реабилитация инвалидов в соответствии с законодательными актами рассматривается как одно из важных направлений наряду с медицинской и профессиональной реабилитацией. Это объясняется тем, что целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида и его социальная адаптация.

Статус инвалида – особый новый социальный статус, в котором социальное функционирование происходит на сниженном уровне в связи с ограничением жизнедеятельности, утратой волевых ресурсов, психологическим надломом. С наступлением инвалидности у человека формируется новый образ «Я», иное отношение к себе и к окружающим, происходит внутренняя борьба.

Социальный аспект инвалидности – это признание, как правило, вынужденной изоляции человека, социальной изоляции, дефицита информации, ограничения (отсутствия) занятости, возникновения информационного барьера и т. д. [22].

Злокачественные новообразования сопряжены с различными жизненными ограничениями, включая инвалидность, являются одной из основных причин смертности населения России, приводя к значительной утрате трудового и жизненного потенциала общества. Из общего числа лет, не дожитых населением России до 70 – летнего возраста, около 1/3 связаны с онкологическими заболеваниями. Экономические потери обусловлены высокой стоимостью лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительной, часто необратимой утратой трудоспособности, значительными затратами на социальное обеспечение и страхование. Тяжелое течение, неблагоприятный прогноз большинства нозологических форм злокачественных новообразований обуславливают возникновение сложного комплекса социальных, психологических, деонтологических и нравственных проблем. Многообразие последних, слабая детерминированность одних и антропогенная обусловленность других факторов риска выводят злокачественные новообразования за рамки сугубо медицинской проблемы [21].

Несмотря на декларируемое на всех властных уровнях понимание остроты онкологической проблемы в ее медицинском, социальном и экономическом аспектах, онкологическая служба в полной мере ощущает давление кризисных процессов, происходящих в обществе. На фоне роста числа заболеваемости злокачественными образованиями и смертности показатели, характеризующие состояние онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями в Казахстане, нельзя признать удовлетворительными. Поздняя диагностика злокачественных новообразований обуславливает высокий показатель летальности больных в течение первого года с момента установления диагноза злокачественного новообразования. Так, в РК в 2004-2005 годах показатель одногодичной летальности составил 2,8% [4,5].

Ухудшение онкоэпидемиологической ситуации связано не только с падением жизненного уровня, но и с экономическими трудностями и возрастающим влиянием неблагоприятных экологических факторов. Существенное значение имеет недостаточная разработка мер по профилактике злокачественных новообразований и внедрению современных методов диагностики и лечения, что связано, как с режимом финансирования здравоохранения по остаточному принципу, так и с отсутствием единой противораковой программы. Реального прогресса в борьбе с онкологическими заболеваниями можно добиться лишь при реализации проектов, ориентированных на снижение уровней заболеваемости и инвалидности вследствие онкопатологии.

Злокачественные новообразования - одна из важнейших проблем здравоохранения, актуальность, которой определяется постоянным ростом числа среди населения раком, трудностью своевременной диагностики, высокой стоимостью и сложностью лечения, высоким уровнем инвалидизации и летальности больных. Злокачественные новообразования также как болезни сердечно – сосудистой системы определяют уровень здоровья популяции нации.

*Литература*

1. Кайдаров Б.К., Кайдарова Д. Р., Садыкова Т.И., Якиева Б.С. Роль вирусной инфекции в развитие патологии шейки матки // Онкология и радиология Казахстана. – 2003. - №2. – С. 70 – 72.
2. Ганцев Ш. Х., Мерабишвили В.М., Куликв Е.П., Старинский В.В. Распространенность и риск возникновения первично – множественных опухолей по материалам популяционного канцер – регистра // Российский онкологический журнал. - 1998. - №5. – С. 4 – 7.
3. Epidemiological characteristics of women with high grade CIN who do and not have human papillomavirus / S.N. Tabrizi, C.K. Fairley, S. Chen et al. // Brit. J. Obstet. And Gynecology. – 1999. – V.106, №3. – P. 252 – 257.
4. Human papillomavirus cervical infection and associated risk factors in a region of Argentina with a high incidence of cervical carcinoma / S.A. Tonon, M.A. Picconi, J.B. Zinovich et al. // Infec. Diseases and Gynecol. – 1999. – V.7, №5. – P. 237 – 243.
5. Полякова В. А. Онкогинекология. Руководство для врачей. – М.: Медицинская книга, 2001. – 192 с.
6. Кайрбаев М.Р. XIII конгресс Европейского общества гинекологов онкологов (Брюссель, Бельгия, 6 – 10 апреля, 2003 г.) // Онкология и радиология Казахстана. – 2003. – № 2. С. 122 – 124.
7. Джансугурова Л.Б., Хайбулин Э.З., Кайрбаев М.Р., Лебекова Ж.Т., Шибанова А.И. Морфологические и молекулярно – генетические признаки апоптоза при различных патологиях шейки матки // Онкология и радиология Казахстана. - 2003. - №3. - С. 69 – 75.
8. Ольшанская Н.В., Сатбаева Э.Б. Цитологические аспекты ранней диагностики рака шейки матки // Онкология и радиология Казахстана. – 2003. - №3. – С. 41 – 43.
9. Козбагарова Р.Г. Роль цитологического метода в выявлении патологических процессов при целевом обследовании женщин // Онкология и радиология Казахстана. – 2003. - №2. – С. 58 – 61.
10. Шатов А.В., Огнерубов Н.А. Низкопольная магнитно – резонансная томография в диагностике и оценке лечения инвазивног рака шейки матки // Российский онкологический журнал. – 2003. - №5. - С. 11 – 15.
11. Киселев Ф.Л., Мазуренко Н.Н., Киселева Н.П., Кобзева В.К. Молекулярные маркеры рака шейки матки // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2002. -№1. - С. 8 – 15.
12. Новикова Е.Г., Антипов В.А., Ронина Е.А., Рубцова Н.А. Органосохраняющее и функционально – щадящее лечение при раке шейки матки // Вопросы онкологии. - 2006. – Т.52, №1. - С 78 – 81.
13. Воробьева Л.И. Органосохраняющие и щадящие методы лечения с опухолями женских половых органов // Онкология. – 2001. – № 2-3. том3. – С. 181 – 185.
14. Вознесенский В.И. Функционально – щадящее лечение больных с инвазивными формами рака шейки матки // Рос. Онкол. журнал. – 1998. - № 1. – С. 8 - 11.
15. Paraskevaidis E, Kalantaridou SN, Kaponis A, Chouliara S, Agnantis NJ, Dousias V, Zikopoulos K, Paschopoulos M, Stamatopoulos P, Lolis DE. / Surgical management of early stage cervical cancer: ten years experience from one Greek health region // Eur J Gynaecol Oncol. – 2002. – V.23, №4. – P. 341 - 344.
16. Barton DP, Butler-Manuel S, Buttery LD, A'Hern R, Polak JM. / Radical hysterectomy for early stage cervical cancer and resulting morbidity // Gynecol Oncol. 2001 Aug;82(2):410-1. No abstract available.
17. Новикова. Е.Г., Трушина О.И., Соколов В.В., Филоненко Е.В. Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия предопухоловой патологии и начальной формы рака шейки матки // Российский онкологический журнал. – 2005. - №6. С. 28 – 33.
18. Филоненко Е.В., Новикова Е.Г., Соколов В.В. Успешное применение фотодинамической терапии для лечения начального рака шейки матки// Российский онкологический журнал. - 1998. - № 1. С. 58 – 59.
19. Новиков Е.Г., Чиссов В.И., Вознесенский В.И. Функционально – щадящее лечение больных с инвазивными формами рака шейки матки // Российский онкологический журнал. – 1998. - №1. С. 8 – 14.
20. Gil-Moreno A, Puig O, Perez-Benavente MA, Diaz B, Verges R, De la Torre J, Martinez-Palones JM, Xercavins J. Total laparoscopic radical hysterectomy (type II-III) with pelvic lymphadenectomy in early invasive cervical cancer. J Minim Invasive Gynecol. 2005 Mar-Apr;12(2):113-20.
21. Pomel C, Atallah D, Le Bouedec G, Rouzier R, Morice P, Castaigne D, Dauplat J. Laparoscopic radical hysterectomy for invasive cervical cancer: 8-year experience of a pilot study. Gynecol Oncol. 2003 Dec;91(3):534-9.
22. Новикова Е.Г., Сидорова Н.С., Антошечкина М.А., Ронина Е.А. Сохранение репродуктивной функции после излечение начальных форм рака шейки матки, эндометрия, яичников // Рос. Онкол. журнал. – 1996. - № 2. – С. 33 - 37.
23. Faller H, Vogel H, Bosch B. [Patient expectations regarding methods and outcomes of their rehabilitation—a controlled study of back pain- and cancer patients] Rehabilitation (Stuttg). 2000 Aug;39(4):205-14. German.
24. Lau HU. [Rehabilitation of patients with cancer of the cervix] Zentralbl Gynakol. 1967 Nov 11;89(45):1649-54. German. No abstract available.
25. Serafini M, Cordaro C, Montanari E, Falcini F, Bucchi L. Diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia grade 3: a registry-based study in the Romagna region of Italy (1986-1993). Int J Epidemiol. 1999 Apr;28(2):196-203.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ**

*А.Т. Толеу*

*АО «Медицинский университет Астана»*

Первые стационары на дому были созданы в некоторых городах СССР в 1937-1939 гг. После войны в связи с затруднениями в госпитализации больных, вновь вернулись к организации стационаров на дому. В 60-е годы проведен ряд исследований, позволивших оценить положительные стороны работы дневных стационаров и обосновать их медико-организационную целесообразность [1].

В первичном звене отечественного здравоохранения дневной стационар поликлиники как новая форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению появился в середине 80-х годов и был регламентирован Приказом Минздрава СССР N 1278 от 16.12.87 "Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому" [2].

За рубежом первые дневные стационары появились в Оксфорде (Великобритания) в 1956 г. Сегодня <стационарзамещающие> формы оказания медицинской помощи применяются во Франции, где работа дневного стационара официально регламентирована законом от 31.07.91, в Испании, где дневной стационар узаконен в 1990 г.; в Германии, где первые законодательные акты по организации работы дневного стационара появились в 1992 году [3].

В Казахстане со второй половины 80-х годов для рационального использования коечного фонда, интенсификации лечебно-диагностического процесса стали широко внедряться такие новые формы и методы работы лечебно-профилактического учреждения, как стационары на дому, палаты (отделения) дневного пребывания в больницах, отделения дневного пребывания в поликлиниках и другие, которые получили название "Полустационары" [4].

В настоящее время в поликлиниках широко применяются несколько форм организации стационарзамещающих технологий: дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии с дневным стационаром [5].

В настоящее время во многих ведущих странах мира большое значение придается развитию и совершенствованию различных форм внебольничной помощи населению. Одной из причин переориентации систем здравоохранения на оказание помощи в домашних условиях стал рост стоимости медицинских услуг, прежде всего стационарной помощи. На деятельность стационарных учреждений в большинстве стран ежегодно выделяется 70-75% всех ресурсов, идущих на здравоохранение. Медицинская помощь на дому стала фактически единственной возможностью соблюдать преемственность в лечении больных после вынужденной выписки из круглосуточного стационара. Экономические факторы увеличивают спрос на медицинскую помощь на дому, которая является альтернативой госпитализации, но стоит дешевле. Это привело к возникновению в ряде стран новых организационных технологий – центров неотложной помощи, пунктов помощи на дому, амбулаторных диагностических центров, дневных стационаров, домов сестринского ухода, стационаров на дому, которые занимают промежуточное место между стационарной и амбулаторной помощью [6].

Из зарубежного опыта следует, что в настоящее время до 40-50% плановых хирургических операций можно выполнить амбулаторно, включая холецистэктомию, мастэктомию модифицированным способом, целый ряд гинекологических, ортопедических вмешательств. По данным отечественных авторов до 80% флебэктомий при варикозном расширении поверхностных вен нижних конечностей и более 65% операций по поводу наружных грыж живота можно выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях [7].

Развитие разных форм медицинской помощи на дому связывают с демографическим старением населения. Вызовы на дом составляют в Европе в среднем 10-30% всех случаев обращения к врачу. Резко возрастает число домашних вызовов к детям в возрасте до 5 лет. Установлено, что после оказания скорой медицинской помощи остаются дома 82,8 % больных, главным образом с длительно протекающими хроническими заболеваниями,



требующими лечения после купирования острого процесса. Эта группа повторно обращаются за скорой медицинской помощью. Возникает необходимость разработки организационных форм оказания медицинской помощи на дому, включая стационары на дому [8].

Программой государственных гарантий предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих технологий [9].

Анализ реализации Программы государственных гарантий показал, что диспропорции объемов медицинской помощи на разных этапах ее оказания сохраняются, а развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи осуществляется очень медленно. Система здравоохранения продолжает развиваться по экстенсивному пути [9].

Здравоохранение любой страны занимает особое место в социокультурном и экономическом контексте. И поэтому современное состояние системы здравоохранения стало повышением ее эффективности путем оптимизации организационно-функциональной структуры, внедрения прогрессивных форм организации и повышения качества труда, совершенствования механизмов гармоничного сочетания методов государственно-административного управления лечебно-профилактического учреждения. Все это диктует необходимость адаптации отрасли здравоохранения к условиям рыночных отношений, развитию многоукладной медицины, созданию рынка медицинских услуг, конкурентных отношений среди медицинских организаций за право обслуживания больного и т.д. Указанные меры должны базироваться на принципах научно обоснованной оптимизации ЛПО с уклоном на ликвидацию, прежде всего, сложившейся диспропорции в оказании медицинской помощи между стационаром и поликлиникой, которая требует проведения структурных преобразований прежней системы здравоохранения, основываясь на мировом опыте [10].

Интегрирование системы здравоохранения и медицинского страхования создает предпосылки для более эффективного управления ресурсами. Одним из основных мероприятий по повышению эффективности использования ресурсов является стимулирование развития ресурсосберегающих медико- организационных и клинических технологий, в том числе и стационарозамещающие формы организации медицинской помощи населению [11].

В настоящее время, признавая важность проблемы сокращения финансовых затрат в стационарном секторе, следует констатировать, что реализация основных положений концепции здравоохранения по развитию стационарозамещающих форм медицинской помощи за последние пять лет активизировалась. В числе всех стационарозамещающих технологий самой массовой формой организации являются дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических учреждений. Важным показателем деятельности дневного стационара на базе амбулаторно-поликлинических учреждений является число пролеченных больных. В 2009 году в РФ он составил 21,9 на 1000 населения. Выявлен огромный разрыв показателей койко-мест и числа пролеченных больных в дневном стационаре, что свидетельствует о необходимости развития стационарозамещающих технологий: совершенствования организационных форм дневного стационара. К примеру, по результатам научной работы А.А. Калининской “Стационарозамещающие формы медицинской помощи”, развитие стационарозамещающих технологий в поликлинике наряду с медико-социальной эффективностью в течение последних пяти лет значительно снизилась частота госпитализации обслуживаемого базовой поликлиникой населения в стационары круглосуточного пребывания со 135,7 до 129,5 на 1000 человек, при этом число пролеченных больных в дневном стационаре возросло с 52,9 до 65 на 1000 населения [12].

Стационары на дому получили распространение в странах Европы и Северной Америки в качестве замены традиционной больничной помощи для некоторых групп больных. Во многих больницах США давно уже существуют отделения внебольничной помощи, осуществляющие долечивание больных. Результаты Оксфордского и Бристольского экспериментов показали, что при изучении исходов лечения больных существенной разницы не обнаружено. При сравнении двух основных групп не получено существенных различий ни в смертности больных, ни в функциональных результатах, ни в качестве жизни лечившихся больных.

Проведенные английскими авторами исследования показали, что исходы лечения больных, прошедших через стационар на дому, не хуже, чем в условиях больницы, а стоимость лечения либо не отличается (Нортгемптон), либо даже меньше (Бристоль) [13].

Анализ основных показателей деятельности дневных стационаров в ряде регионов РФ показал, что организационные формы работы дневного стационара на базе больничных учреждений строятся в основном по типу коек долечивания в профильных отделениях стационара. Реже дневные стационары организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов, работают такие дневные стационары, как правило, в одну смену. Ориентиры в оказании медицинской помощи смещаются от дорогостоящей стационарной к экономически эффективной и менее затратной амбулаторно-поликлинической помощи. В первую очередь эти перемены должны коснуться хронически больных, которые постоянно нуждаются в медицинской помощи для выполнения рутинных действий, поэтому в последние годы получила распространение практика переноса традиционно госпитальных процедур в условия дневного стационара или в домашние условия [14].

За последние полтора-два десятилетия в странах бывшего Советского Союза объем публикаций, освещающих различные аспекты организации и совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению, в том числе новых стационарозамещающих форм ее оказания, значительно возрос, что отражает позитивные тенденции в развитии научных исследований и позволяет ожидать усиление влияния их на совершенствование деятельности данной службы [15,16].

Таким образом, в настоящее время в мире происходят постоянные изменения стратегий и методов, и проблематика данного исследования по-прежнему несет актуальный характер. Представляется, что анализ тематики совершенствование стационарозамещающих технологий достаточно актуален и представляет научный и практический интерес.

*Литература:*

1. Порядок оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях Приморского края, Гуреев А.П., 2005год.
2. Шипова В. М., Горбунков В. Я. //Медико-экономическая оценка стационарозамещающих технологий- 2003. - N 3. - С. 5- 12.
3. Караванова Т.М. , Прицкер Э.Я. Вопросы планирования здравоохранения в некоторых зарубежных странах – Киев / 1987- стр. 113-117.
4. Рахматов К.К. //«Стационарозамещающие технологии в детской хирургии ведомственного лпу» Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва 2008 год
5. Кишкенебаева Д.Е. «Совершенствование организации и управления стационарозамещающей терапевтической помощью территориальных поликлиник», диссертация на соискание уч. ст. кандидата мед.наук. , Алматы, 2003год
6. А.В. Гераськин, О.В. Тимошенко, К.К. Рахматов, О.Н. Никитина. Стационарозамещающие технологии – основа оптимального функционирования детского хирургического стационара одного дня// Вестник педиатрической академии. – СПб, 2007. – С. 62-64
7. Herzog K.H. 1988, Klug W., 1989, Lee K.J., 1986, Wolcott M.W. et all. 1988
8. Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях утв. Минздравом России от 17.11.2000 N 2000/166
9. Материалы коллегии Минздрава СССР, 1991 г
10. Комаров Ю.М. Научные аспекты реформы здравоохранения в России // Совершенствование лечебно-профилактической деятельности по охране здоровья при переходе к рыночным отношениям/ Сборник научных трудов, Алматы , 1995- стр. 25-27.
11. Чен А.Н., Жаппаров З.Ж., Ботайбеков А., Ишанова Г.Р., Казанбаева Л.О., Утеулиева Б.К., Тлеулиев К., Альменов С., Даутов Т.М. К методике оценки качества организаций первичной медико-санитарной помощи населению // Денсаулык Сактауды Дамыту Журналы. – Алматы, 2007. - №2(43). – С.44-47
12. А.А.Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова» Деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи», 2007год, стр. 34-41.

13. Проблема, стационарзамещающие (дневные стационары) в общей врачебной (семейной) практике. автор: Е. Черниенко, Г. Лаврищева, В. Сажин, А. Волнухин, 2008 год
14. Ефремов А.Л. Вопросы совершенствования организации в здравоохранении / 1990- стр. 124-127.
15. Чен А.Н., Куракбаев К.К., Жаппаров З.Ж., Ботайбеков А., Ишанова Г.Р., Казанбаева Л.О., Утеулиева Б.К., Тлеулиев К., Альменов С. и др. О методических подходах к разработке индикаторов оценки эффективности медицинской помощи населению по конечным результатам деятельности органов и организаций здравоохранения: Материалы третьего (3) съезда врачей и провизоров Республики Казахстан (г. Астана, 18-19 октября 2007 года). – Астана, 2007. – Т.1., Ч.1. – С. 61 - 63).
16. Ормантаев К.С., Омарова К.О. //О реформировании педиатрической службы Казахстана // Алматы, 1999. Стр. 138-141.

## **НУТРИЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*М.К. Турганова*  
*АО «Медицинский университет Астана»*

Общеизвестна роль питания в формировании здоровья человека. Одним из главных факторов, определяющих здоровье нации, является рациональное питание. Являясь важнейшей составной частью здорового образа жизни, питание позволяет сохранить здоровье и реализовать резерв долголетия организма [1,2,3]. Однако в наше время препятствием рациональному питанию является не столько низкая материальная обеспеченность определенных слоев населения, сколько отсутствие или недостаток знаний о том, как нужно питаться, что следует предпочесть, а от чего отказаться [4].

«Для человека ничто не является более удивительным, чем вещи обычные, - и он менее всего знаком с тем, что встречается в повседневной жизни» - эти слова следует понимать так, что мы часто уделяем много внимания явлениям редким, сравнительно второстепенным для нас по своему значению, и, в то же время, не уделяем должного внимания явлениям обычным, тесно связанным с повседневным обиходом и имеющим большое значение в нашей жизни.

Именно к таким вопросам, как правило, мало привлекающим внимание, можно смело отнести наше повседневное питание.

Основными приоритетами в охране здоровья населения, отраженными в Законе Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан» (2006), в «Государственной программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы», утвержденной Указом президента Республики Казахстан от 13.09.2004 года, является сохранение здоровья молодежи. В Казахстане по статистике на начало 2008 года количество молодежи в возрасте от 15 до 29 лет, составляло 27,8% жителей страны, из них 16% составляют студенты [5,6].

Студенты вузов – это особый социальный слой населения. Большие интеллектуальные нагрузки характерные для медицинских вузов, а также резкие изменения привычного образа жизни, формирование межличностных отношений вне семьи, необходимость адаптации к новым условиям труда, проживания и питания позволяет отнести их к группе значительного риска развития заболеваний.

Студенты, возраст которых составляет в среднем от 17 до 25 лет, является уязвимой критической группой населения с низким уровнем дохода, которые стоят на новой ступени своего развития и перехода в общество взрослых. Именно в студенческие годы имеет место риск приобретения алиментарно-зависимых заболеваний или усугубление уже существующих патологических состояний.

Средняя энергетическая потребность студентов, занимающихся, как правило, значительную часть свободного времени физкультурой и спортом, составляет около 3300 ккал в сутки [7].

Современным студентам приходится достаточно сложно. В перерывах между изнурительными парами у них часто возникает вполне человеческое желание подкрепиться,

восполнить энергию. Как правило, для удовлетворения сей потребности, они направляются прямым путем в студенческую столовую или буфет. Однако здесь частенько приходится сталкиваться с уже привычными, но не совсем нормальными явлениями в виде: засохшего хот-дога или котлеты не первой свежести, явно завышенных цен, длинных очередей, неуважительного, а порой и грубого отношения со стороны обслуживающего персонала; отсутствия горячих блюд и пр.

Необходимо отметить столичный статус города Астаны и характерный для него высокий темп жизни, что также отражается на пищевом поведении. Часть студентов являются иногородними и проживают в общежитии.

По результатам исследования необходимо отметить следующее: вызывает беспокойство малое употребление мяса и рыбы, слишком много употребляется колбас – источника нитритов, обладающих канцерогенным действием. Много студентов употребляет кондитерские изделия три раза в день, что выше допустимой нормы. Недостаточно употребляется в пищу круп, овощей, сухофруктов, которые могут стать источником витаминов, нормализовать деятельность желудочно-кишечного тракта. Многие употребляют очень мало молока и молочных продуктов, но часто покупают дешёвые йогурты, содержащие много красителей и консервантов. На наш взгляд, неверным в питании студентов является достаточно большое употребление вредных продуктов быстрого питания (чипсов, сухариков, гамбургеров) и крайне малое – функциональных продуктов из зерновых культур [8].

Для тех, кто живет в высоком темпе и не имеет возможности, сил и времени готовить ежедневно «правильные» обеды и ужины, продукты, которые можно приготовить по принципу «просто добавь воды», представляются удачным выходом [9].

Кроме того, нужно отметить специфику медицинского ВУЗа столицы – это дислокация медицинских баз по городу, не соответствие материально-технической оснащенности и профессорско-преподавательского состава количеству ежегодно принимаемых студентов. Все это формирует проблему рационального составления расписания в учебном отделе университета, что в свою очередь ведет к постоянной занятости студентов и нарушений в режиме питания.

Можно конечно заявить, что питание – личное дело каждого. Все люди имеют свой, привычный стереотип питания. Но поскольку человек живет не в изолированном мире, его пищевые привычки могут такими же, как у остальных членов семьи или даже ближайшего окружения.

Японцы и жители Средиземноморья живут в среднем на 15 лет дольше казахстанцев. Когда ближе знакомишься с культурой разных стран, понимаешь, что дело тут не в наборе генов, а в образе жизни, и прежде всего в традициях национальной кухни. Ведь наше здоровье только на 1/3 зависит от наследственности, остальные 2/3 – это питание и образ жизни [10,11,12].

Сюда можно отнести вопросы формирования и изменения пищевых представлений в течение жизни, ритуал приема пищи, обстановка при приеме пищи, составление меню и сезонные предпочтения в питании, режим питания и другое.

К примеру, составление меню часто происходит хаотично, поскольку трудно загодя ориентироваться на блюда, для которых порой нельзя достать необходимого сырья в нужное время, а подбор блюд для завтрака, обеда или ужина, их состав и вкус определяются обычно личными возможностями и склонностями каждого. Согласовать вкусы и рекомендованные в поваренных книгах меню зачастую сложно, поэтому мало кто пользуется ими систематически и регулярно [13].

Также необходимо соблюдать сезонность в питании, что в настоящее время утрачивается, особенно жителями крупных городов. Сезонность питания подразумевает отличия в меню лето, осени, зимы и весны, которые обусловлены наличием свойственных этому времени продуктов питания. Нарушение данного правила зачастую приводит к дисгармонии обмена веществ, особенно в условиях нашего климата [14,15,16,17].

Таковы некоторые из наиболее важных проблем, стоящих перед наукой в сфере охраны здоровья студентов. Рациональное питание должно соответствовать потребностям отдельного

человека в пищевых веществах и по калорийности, разумеется, с учетом конкретных условий жизни, труда и состояния здоровья человека. Полное использование достижений науки о питании, проникновение в еще нераскрытые вопросы, широкая популяризация научных знаний о правильном, рациональном питании среди студентов будут способствовать разрешению проблемы оздоровления и укрепления здоровья молодежи.

Правильное питание отнюдь не означает строгого соблюдения какой-то определенной диеты. Излишнее ограничение – привычка все осложнять. Важно разумно относиться к своим потребностям, выбирать тот режим и те продукты, которые «нравятся» организму и избегать всего, приносящего вред.

Относительно многих продуктов организм сам может сигнализировать: пользу или вред они принесут [18].

Известно, что рациональное и сбалансированное питание является основополагающим фактором в предупреждении многих заболеваний. Причем фактор здорового питания является одним из ключевых компонентов Генеральной стратегии ВОЗ, а значимость здорового питания для населения республики Казахстан подчеркнута в четвертом долгосрочном приоритете «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» Послания Президента народу Казахстана «Казахстан – 2030». В числе основных проблем охраны и укрепления здоровья в данном приоритете определены: профилактика заболеваний, содействие здоровому образу жизни и улучшение питания [19, 20].

Исходя из вышеизложенного, изучение фактического питания, т.е. пищевого статуса, энергетической ценности и контроля качества продуктов питания среди студентов представляется актуальным, и вышеизложенные вопросы являются предметом дальнейшего исследования. Кроме того такое изучение важно и в эпидемиологическом плане, поскольку пища является не только важным фактором профилактики различных заболеваний, но и способствующим фактором развития патологических состояний.

#### *Литература*

1. Tell L., Dalenov E., Lyssenkov S. Nutrition and Health//Здоровье и болезнь. – 2007. - № 4 (60). – 86 – 93 с.
4. Потемкина Р. А., Глазунов И. С. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 2 – 7-12 с.
2. Гигиена питания. (Материалы научной сессии, посвященной пятидесятилетию советской власти, по проблеме «Питание здорового и больного человека»- Киев 1966 год., П.Л. Шупик. Перспективы развития гигиены питания. Стр 8-10)].
5. Закон МЗ РК «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан» № 170 от 07.07.2006 г. (с дополнениями от 11.01.2007 г.).
6. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы утвержденная Указом президента РК от 13.09.2004г.
7. Габович Р.Д. Гигиена.М., «Медицина», 1977, 384 с., ил. (162 с.)
8. М 43 IX Межрегиональная научно-практическая конференция студентов и аспирантов, 10 апр. 2009 г. [Текст]: сб. трудов. В 3 т. Т.1. / НФИ ГОУ ВПО «КемГУ»; под общ. ред. Ф.И. Иванова, С.А. Шипилова, Л.А.Проскураковой, М.Р. Геты.– Новокузнецк, 2009.– 169 с.
- А.Н. Дунаев, Юргинский технологический институт (филиал) Томского политехнического университета, г. Юрга Изучение новых тенденций в питании студентов (124-125 с.)
9. Каминская А.А. Просто добавь воды [Текст]:/ А.А. Каминская.– М.: Дрофа, 2004.– 126 с. (28 с.)
3. Королев А.А. Гигиена питания: учеб.для студ.высш.учеб.заведений/А.А. Королев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2007г. – 528 с. (227-229 с.)
10. Здоровье и болезнь 2009, №1 (77) М.М.Айджанов Привитие навыков здорового питания школьникам.
13. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. Питание, микробиоценоз и интеллект человека. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 590 с.
14. Похлебкин В.В. Из истории русской кулинарной культуры. – М.: Центр-полиграф, 1997. – 640 с.
15. Похлебкин В.В. Поваренное искусство – М.:Центрполиграф, 1999. – 571 с.
16. Похлебкин В.В. История важнейших пищевых продуктов. – М.: Центрполиграф, 2004. – 553 с.
11. Ниши К., Японское чудо – питание. 2003 г. – 128 с. (46 с.)
12. Ниши К., «Система здоровья Кацудзо Ниши» - изд-во: Невский проспект – 2005. - 319 с.
17. Грекова Т. И., Мефодовский А.Ф. Библийская медицина – СПб.: Антон 1998 г.- 320 с.
18. Тель Л.З., Даленов Е.Д. Валеология (общая часть): Учебник для высших и средних учебных заведений. Астана, 2005 г. – 220 с. (91 с.).

19. Шарманов Т.Ш. Казахстан в контексте глобальных проблем питания.-Алматы ТОО «Баспа»; 2000г.- 224 с.(4 с.).
20. Назарбаева Н.А. «Казахстан - 2030» Послание Президента народу Казахстана .

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Н.С. Туякова*

*Центр внедрения современных медицинских технологий Управления делами Президента РК, г. Астана*

С начала 70-х годов XX века в системе здравоохранения стали уделять внимание оценке эффективности технологий. Задача оценки эффективности технологии – обеспечение ответственных лиц за принятие решений своевременной, точной и адекватной информацией в отношении существующей технологии. Оценка медицинских технологий включает экономические, этические, социологические, юридические и политические аспекты жизни общества [1].

Оказание высококвалифицированной высокотехнологичной медицинской помощи больным – цель любой медицинской организации. Результаты оценки эффективности технологии, полученные на основе обобщения всех достоверных данных о результативности изучаемой технологии с использованием строгих научных и статистических критериев доказательства, обеспечивают объективную информацию [2].

Использование ресурсов здравоохранения, в основном, зависит от повседневной деятельности практических врачей. Несмотря на то, что ранее, и в настоящее время проблеме эффективности в здравоохранении уделялось большое внимание, тем не менее, до сих пор отсутствуют единые подходы к оценке медицинской и экономической эффективности деятельности медицинских организаций.

Проблема оценки эффективности системы здравоохранения – одна из важнейших теоретических и прикладных проблем современной организации и экономики здравоохранения. Для практического использования Пушкаревым О.В. (2001) предлагается модель оценки эффективности многопрофильной больницы и ее программная реализация, основанная на использовании математической модели, практическая ценность которой заключается в возможности количественной оценке медико-экономической эффективности функционирования подразделений и больницы в целом, с использованием методов теории вероятностей и математической статистики. Для оценки эффективности им предложен единый основной показатель – вероятность достижения определенного соотношения «затраты – медицинский эффект» [3].

Ведущие специалисты в этой области считают, что при оценке эффективности деятельности ЛПО необходим набор адекватных показателей, отражающих основные его функции, которые должны удовлетворять следующим требованиям [4]:

1. Быть универсальным и, тем самым, обеспечивать возможность для сравнения эффективности работы разных медицинских учреждений и их подразделений независимо от условий, в которых они функционируют.

2. Иметь количественное выражение, что позволит проводить математическую обработку полученных данных и использовать для этой цели вычислительную технику.

3. Число показателей должно быть, по возможности, минимальным, но, при этом, отражать все основные аспекты деятельности медицинского учреждения.

Согласно определению Щепина О.П. и соавт. (1999) «эффективность деятельности ЛПО представляет собой степень достижения установленных целей при определенных затратах» [1].

Медицину справедливо относят к специфической области экономических взаимоотношений. Несмотря на это, большинство принципов экономической теории может и должно применяться для анализа, прогнозирования и оценки эффективности лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий. Ограниченные ресурсы отрасли и растущие потребности населения в медицинских товарах и услугах создают необходимость проведения планирования и оценки результатов в координатах «полученные эффекты – произведенные затраты» [5].

Оценка эффективности носит многоплановый характер решаемых задач. На высшем уровне находится разработка государственной стратегии здравоохранения, где важным ориентиром является экономический рост. Далее следует определение приоритетных направлений и отбор из альтернативных программ. Вследствие интенсивного роста медицинских технологий, особое значение приобретает оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий. В том числе это касается такого относительно нового направления, как фармакоэкономика. Отдельная роль отводится исследованиям сравнительной результативности деятельности учреждений здравоохранения и отдельных специалистов [6].

Процесс определения эффективности до сих пор характеризуется достаточно большим количеством проблем, которые нельзя назвать окончательно решенными. Так, среди множества факторов, определяющих здоровье, иногда очень непросто выявить относительно невысокий удельный вес медицинской составляющей. Достаточно сложно определять прямые скрытые и косвенные затраты. Часть показателей официальной статистической отчетности нельзя однозначно истолковать с позиции эффектов. Например, снижение числа заболеваемости по обращаемости может означать улучшение состояния здоровья населения территории, а может говорить о низкой выявляемости больных [7].

Одной из стратегических задач повышения эффективности здравоохранения в настоящее время является сокращение объемов дорогостоящей стационарной службы, в связи с чем все большее число исследований посвящается данному вопросу. Наиболее популярным направлением оптимизации объемов капитального обслуживания является внедрение стационарзамещающих технологий, когда экономия достигается путем исключения стоимости, так называемых, гостиничных услуг. Другим способом экономии средств здравоохранения является снижение сроков лечения при сохранении или улучшении качественных характеристик лечебно-диагностического процесса. Особую привлекательность приобретает подход к сокращению объемов госпитальной помощи за счет интенсификации лечебного процесса. В частности, рассматривались случаи лечения больных холециститом эндоскопическим (высокотехнологичный подход) или лапаротомическим (традиционный подход) методом [8].

Это приводит к тому, что показатели эффективности инноваций различаются по уровню точности и объективности, что дает возможность регулировать инновационный процесс, внося изменения научно-технического, экономического, информационного и аналитического характера [9].

Увеличение расходов на здравоохранение выдвигает перед экономикой и планированием здравоохранения задачу не только оценки эффективности, но и изыскания путей максимального экономического эффекта при минимальных материальных, трудовых и финансовых затратах. При приложении самого высококвалифицированного труда специалистов, когда, казалось бы, сделано все возможное и даже невозможное, в медицине могут быть результаты без изменения состояния здоровья человека – «нулевой» и даже «отрицательный» медицинский эффект – конечный результат пессимистичен. Само понятие «эффективность здравоохранения» включает комплекс проблем оценки медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания в различных аспектах: медицинском, социальном и экономическом эффектах [10].

В ряде случаев очень трудно дать прямой ответ например, на такие вопросы: каков экономический эффект от тех или иных дорогостоящих санитарно-гигиенических

мероприятий, от снижения или ликвидации отдельных заболеваний, конечно, учитывая чисто гуманные цели этих мер, их социальную значимость; как скажется диспансеризация на улучшении состоянии здоровья промышленных рабочих; как определить влияние на демографические процессы, увеличение национального дохода, производство нематериальных благ и труда обслуживания. Известно, что эффективность в здравоохранении рассматривается в трех аспектах [11]:

- а. медицинская эффективность;
- б. социальная эффективность;
- в. экономическая эффективность.

Термин «эффективность» широко применяется в лечебно-диагностических процессах, в профилактике заболеваний, в организации и проведении медицинских мероприятий, начиная от частичных трудовых операций медицинского работника, применения лекарственного средства, специального прибора и кончая всей системой здравоохранения. Нередко медицинские мероприятия лечебного или профилактического характера невыгодны экономически, однако, медицинский и социальный эффект требует их проведения. При использовании современных «эффективных» медицинских аппаратов и приборов в интенсивной терапии и реаниматологии, таких, как «искусственное сердце», «искусственные легкие», аппарат гемодиализа и др., достигается медицинский и социальный эффект – сохраняется жизнь человека [12, 13].

Медицинская эффективность – это характеристика чисто медицинской деятельности системы здравоохранения или ее отдельных элементов. Выражается медицинская эффективность соотношением полученного медицинского результата с затраченными на это средствами. Она определяется целым комплексом факторов, от которых зависит здоровье людей, и состоянием отрасли здравоохранения, призванной обеспечить профилактику и лечение, в случае заболеваний [14].

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата в соотношении с затраченными на это ресурсами. В отношении конкретного больного – это затраты на возвращение его к труду и активной жизни в обществе, на достижение удовлетворенности медицинской помощью и т.д. На уровне всей отрасли – это соотношение затрат с достигнутым увеличением продолжительности предстоящей жизни населения, снижением уровня показателей смертности и инвалидизации, с удовлетворенностью общества в целом системой оказания медицинской помощи. Результатом оказания медицинской помощи и проведения других мероприятий, направленных на укрепление здоровья, является и экономический эффект, который выражается в экономии материальных, финансовых и трудовых ресурсов в других отраслях. Кроме того, здравоохранение в процессе решения своих задач само использует огромное количество материальных, финансовых и трудовых ресурсов [15].

Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее рационального использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения. Результаты тех или иных мероприятий здравоохранения, его служб и программ принято анализировать с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, между которыми приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена и экономическая эффективность.

Специфика здравоохранения проявляется и в следующем. С одной стороны, к экономическому эффекту в самой сфере здравоохранения относятся такие результаты деятельности по повышению эффективности оказания медицинской помощи (например, использованию платных услуг), как снижение затрат, рост объемов оказанных услуг. С другой стороны, здравоохранение способствует повышению эффективности общественного производства и имеет, в качестве результата, такой вид экономического эффекта, как



предотвращенный экономический ущерб, который удалось предотвратить в результате применения комплекса медицинских мероприятий [16,17].

По данным некоторых авторов, если медицинская эффективность выражается показателями улучшения состояния здоровья каждого конкретного индивида от начала заболевания до полного выздоровления, то социальная эффективность – снижением абсолютных и относительных показателей заболеваемости и смертности населения, результатом лечебно-профилактических мероприятий (вакцинация населения, медицинские осмотры), ростом качества и культуры услуг здравоохранения [18].

В целом, при исчислении эффективности на уровне отрасли необходимо включать и другие затраты (на управление отраслью, научные разработки и т.д.). Кроме того, в литературе экономическая проблематика здравоохранения рассматривается нередко в узком и широком смысле. Под узким аспектом понимается изучение экономической эффективности организации и деятельности различных служб охраны здоровья с целью получения желаемых результатов при наименьших материальных и трудовых затратах. В широком смысле рассматривается роль здравоохранения в удовлетворении запросов производства в здоровых людях или экономическое его значение в сохранении и укреплении трудовых ресурсов страны. Вышеуказанная система оценки и анализа эффективности клинического управления включает 8 основных составляющих [19]:

1. Система стандартизации лечебно-диагностического процесса.
2. Система включения лечащего врача в процесс управления клинической практикой на основе материально-экономических регуляторов (кадровый менеджмент).
3. Система реструктуризации объемов медицинской помощи населению.
4. Система управления использованием ресурсов ЛПО.
5. Система учета, оценки и анализа объемов медицинских услуг и трудовых затрат персонала.
6. Система оценки и анализа качества медицинской помощи.
7. Система интегрированной (восполняющей) защиты модели управления лечебно-диагностическим процессом, основанная на механизмах оптимизации показателей общественного здоровья и здравоохранения.
8. Система стратегического планирования клинико-экономической деятельности ЛПО, направленная на реализацию государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи населению конкретной территории.

Экономический фактор является одним из основных, определяющих необходимость рационального и эффективного использования клинических ресурсов: затрат труда персонала, использования диагностического и лечебного оборудования, медикаментов и расходных материалов, работы административного аппарата и различных вспомогательных служб. Средства, используемые в настоящее время на здравоохранение в развитых европейских странах, составляют 8-9% от величины внутреннего валового продукта. Общее старение населения, в совокупности с возрастающим спросом на качественные медицинские услуги, определяют постоянный рост потребностей здравоохранения, а указанная величина расходов лимитируется реальными экономическими возможностями государства. Постоянный экономический прессинг привел к появлению большого числа исследований по оценке эффективности используемых на практике технологий здравоохранения. Значительная доля ресурсов здравоохранения во всех странах расходуется на проведение профилактических, лечебных, диагностических мероприятий, эффективность которых не подвергалась строгому научному анализу конечных результатов. В медицинской практике появляются новые методы, в том числе дорогостоящие, требующие сопоставления с позиции стоимости и эффективности, в сравнении с традиционными подходами. Применение оценки технологий позволяет рационально использовать имеющиеся ресурсы за счет широкого внедрения наиболее результативных методов и отказа от использования технологий с недоказанной эффективностью.

Прогностические модели и непосредственно связанные с ними базы данных также могут использоваться для оценки качества медицинской помощи, принятия клинических решений и

разработки протоколов ведения пациентов, оценки экономической и клинической эффективности вмешательств. В дополнение к этому, они могут быть полезны для изучения вопроса о доступности лечения и оптимизации расходов на медицину. Важно, что с помощью подобных моделей можно распределять пациентов в зависимости от наличия факторов риска, влияющих на исход.

В развитии методологии прогнозирования социально-экономических процессов большую роль сыграли научные разработки отечественных и зарубежных ученых. По оценкам ученых, в настоящее время насчитывается свыше 20 методов прогнозирования, однако, число базовых - значительно меньше 10-15. Многие из этих методов относятся к отдельным признакам, учитывающим нюансы объекта прогнозирования. Другие - представляют собой набор отдельных приемов, отличающихся от базовых или друг от друга количеством частных приемов и последовательностью их применения [20].

Таким образом, вопросы эффективности новых медицинских технологий и внедрения их результатов в практику здравоохранения являются особо актуальными в данное время, когда отмечается важность проблемы оценки качества внедрения новых методов диагностики, лечения и требуется выработка четких методологических критериев с учетом специфики отрасли.

*Литература:*

1. Линденбратен А.Л., Шаровар Т.М., Васюкова В.С. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: методические материалы. – М., 1999. – 73 с.
2. Кадыров Ф.Н. Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: Издательский дом «ГРАНТЬ», 2005. – 448 с.
3. Пушкарев О.В. Вероятностно-стохастическая модель медико-экономической эффективности многопрофильной больницы // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 6. – С. 20-24.
4. Медведская Д.Р., Бадаев Ф.И., Чернова Т.В., Ползик Е.В. Комплексная оценка медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений областного центра // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 9. – С. 14-18.
5. Артюхов И.Л., Волков Ю.М., Шульмин А.В. Оценка эффективности инвестиций в здравоохранение на примере применения высоких медицинских технологий в хирургии // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 7. – С. 25-30.
6. Коваленко А.Н. Экономическая оценка деятельности дневных стационаров, дальнейшие перспективы их развития // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 4-5. – С. 44-46.
7. Чиж И.М., Габуева Л.А. Система показателей и критериев для оценки социально-экономической эффективности военных лечебно-профилактических учреждений // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 1. – С. 20-25.
8. Попов Г.А. Вопросы теории и методы планирования здравоохранения. – М., 1999. – 77 с.
9. Вялков А.И. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций. Учебно-методическое пособие. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 112 с.
10. Korobov A., Korobov V. Personal medical lasers // Труды 8 Международного конгресса Европейской медицинской лазерной ассоциации (EMLA) и 1 Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации (РМЛА). – М., 2001. – С. 117.
11. Вагненко С.Ф., Архипов В.В., Перегудов С.И. и др. Анализ медико-экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 4. – С. 12-14.
12. Кучеренко В.З., Разливинских Л.П., Мартыненко В.Ф. Методологические подходы к оценке деятельности лечебно-профилактического учреждения: мониторинговые индикаторы, критерии, определения // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 8. – С. 29-36.
13. Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.И. О некоторых методических подходах к критериям оценки эффективности системы клинического управления // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 5-6. – С. 59-68.
14. Солодский В.А., Перхов В.И., Ступаков И.Н. и др. Дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи: проблемы и пути решений // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 3. – С. 28-31.
15. Тарасов Ю.И. О целесообразности развития стационарзамещающих технологий в деятельности диагностических центров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – М., 2005. – №4. – С. 41-44.
16. Кулагин Э.Н. О методике экономической эффективности лечебно-профилактических мероприятий // Вопросы экономики и планирования здравоохранения. – М., 1985. – С.71.
17. Вялков А.И. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 144 с.
18. Колетова М.В., Бадаев Ф.И., Блохин А.Б. и др. Методические подходы к оценке экономической

эффективности работы отделений стационаров многопрофильных больниц // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 8. – С.14-17.

19. Финченко Е.А., Степанов В.В. Методические подходы к оценке ресурсного обеспечения сельского здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 5-6. – С. 53-58.

20. Афанасьев В.Н., Юзбашев М.М. Анализ временных рядов и прогнозирование. – М.: Финансы и статистика, 2001. – 228 с.

## **МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПОВЕДЕНИЯ И ПОТЕНЦИАЛА ПОДРОСТКОВ**

*А.К. Шамова*

*Медицинский центр Управления делами Президента РК, г. Астана*

Медицинская наука в основном изучает патологию, и исходит из определения здоровья как состояния, противоположного нездоровью [1-9]. Исследователи при оценке состояния общественного здоровья населения оперируют тремя группами индикаторов: демографическими показателями; показателями заболеваемости и инвалидности; показателями, характеризующими физическое развитие. При этом отсутствует учет качественной стороны здоровья, и большая часть показателей носит негативный характер (наличие, распространенность той или иной патологии, случаи смерти, потери трудоспособности и т.п.).

Другой подход к определению здоровья базируется на том, что количество и качество здоровья наиболее полно раскрываются через такие показатели, как потенциал, баланс и ресурсы здоровья (Медик В.А., Юрьев В.К, 2003г.). Здоровье — «сумма резервных мощностей основных функциональных систем» (Н.М. Амосов); «процесс сохранения и развития психических, физиологических и биологических функций, оптимальная трудоспособность и социальная активность при максимальной продолжительности жизни» (В.П. Казначеев).

Определение, отраженное в Уставе ВОЗ, объединяет все три подхода: здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [4].

Для оценки репродуктивного потенциала подростков необходимы сведения социального характера, позволяющие получить представление о качественной стороне здоровья и факторах риска:

- 1) об уровне медицинской грамотности исследуемой группы в вопросах репродукции (сексологическое воспитание, основы планирования семьи и ответственного родительства);
- 2) о распространенности использования тех или иных методов контрацепции;
- 3) о преобладающих в изучаемой среде установках и моделях поведения в областях, связанных с соблюдением норм и принципов здорового образа жизни, в том числе в вопросах гендерного равенства и насилия в семье;
- 4) о популярных моделях репродуктивного поведения.

Для получения данных медико-социального характера обязательно соблюдение принципа репрезентативности выборки. Оптимальным методом получения социологического материала является анонимный анкетный опрос. Интимность вопросов, связанных с репродукцией, требует соблюдения принципа учета гендерного признака: разработка отдельных опросников для мальчиковой и девичьей части выборки, раздельное проведение опроса. Разделение девичьей части выборки может быть осуществлено по нозологическому признаку с выделением, например, таких групп, как «нарушение менструального цикла», «врожденные пороки развития половых органов», «воспалительные заболевания гениталий», «искусственное прерывание беременности».

Анализируя полученные статистические данные и литературы, можно выделить три группы факторов:

- 1) демографические показатели данного региона (общие и специальные коэффициенты естественного движения населения, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность);
- 2) некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья подростков и молодежи исследуемого региона (частота детских инфекций, распространенность генитальной и экстрагенитальной патологии, частота экстрагенитальной патологии беременных, характер гестационных осложнений и осложнений родового акта, частота нарушений сексуального здоровья, распространенность ИППП);
- 3) санитарно-статистические данные о распространенности использования тех или иных методов контрацепции и частота искусственных прерываний беременности.

Проанализировав научные источники, мы выделили две принципиально отличные позиции авторов по отношению к понятию репродуктивного потенциала.

Первая позиция условно названа «биологической моделью»: репродуктивный потенциал понимается как способность человеческой популяции к воспроизводству и отражается уровнем нетто-коэффициента воспроизводства (количество рожденных девочек и вероятность их дожития до репродуктивного возраста) [6]. В данной трактовке репродуктивный потенциал реализован полностью, если всякая беременность заканчивается родами; аборт является наиболее значимым фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения [4]. Так, С.П. Баранов [1], исследуя проблемы изменения репродуктивного потенциала российских сельских женщин, предложил показатель, характеризующий репродуктивный потенциал женщин: эффективность наступившей беременности.

Вторая позиция более полно характеризует репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал населения, поскольку рассматривает не только биологический, но и социальный его компонент, сочетание потенциального уровня здоровья и возможностей его практической реализации. Наиболее четко она выражена в работах исследователей Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии (СПбГПМА), использующих понятие репродуктивного потенциала, прежде всего применительно к детям и подросткам. Определяя репродуктивный потенциал девочек, В.К. Юрьев отмечает, что «под репродуктивным потенциалом следует подразумевать уровень физического и психического состояния, который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизводить здоровое потомство» [9].

Итак, репродуктивный потенциал — это уровень физического и психического состояния отдельного человека (комплексный индивидуальный показатель, отражающий единство биологического и социального состояния индивидуума), который в оптимальном случае позволяет воспроизводить здоровое потомство и обеспечивать баланс репродуктивного здоровья. Оптимальный случай наступает тогда, когда негативное влияние медико-социальных факторов риска сведено к минимуму и биологические резервы организма высоки. Однако необходимо подчеркнуть, что характеризовать репродуктивное здоровье с позиции оценки репродуктивного потенциала уместно лишь при рассмотрении населения детского и фертильного возраста. С позиции изучения репродуктивного здоровья как основы демографической безопасности страны оправданной является оценка уровня суммированного репродуктивного потенциала населения региона применительно к более широкой возрастной группе — молодежи (обоих полов). Именно молодежь, в частности когорта, рожденная в период расширенного воспроизводства середины 80-х годов, — опора возможной стабилизации демографической ситуации в стране.

Репродуктивное поведение — «система действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака». Репродуктивное поведение «не сводится к репродуктивному здоровью..., оно предполагает полное осуществление репродуктивного цикла (зачатие—беременность—роды). Нарушение непрерывности этого цикла достигается через контрацептивное поведение» [6]. В целом движущей силой репродуктивного поведения является потребность в детях, выражаемая посредством репродуктивных установок — психического состояния личности, обуславливающего

взаимную согласованность разного рода действий, характеризующихся положительным или отрицательным отношением к рождению определенного числа детей [6]. Среди репродуктивных установок выделяют установки на количество детей в семье (рожденных, усыновленных), пол ребенка, установки к беременности и ее исходу, интергенетические интервалы; близки к репродуктивным установкам контрацептивного поведения. Репродуктивные установки реализуются, прежде всего, под влиянием индивидуальных репродуктивных мотивов, на формирование которых влияют экономические, психологические, биологические и социальные факторы.

Остановившись на социальных факторах, формирующих репродуктивное здоровье населения, необходимо подчеркнуть неоправданную гендерную диспропорцию, а именно, сосредоточение внимания большинства исследователей на вопросах акушерства и гинекологии. Исследования, предметом которых являются составляющие репродуктивного здоровья мужчин, единичны [8]. Тем самым недооценивается роль мужского фактора в сохранении репродуктивного здоровья семьи. Вовлечение мужчин в процесс охраны репродуктивного здоровья, согласно ВОЗ, имеет два основных аспекта [10,11]:

- 1) собственно мужское репродуктивное и сексуальное поведение: характеризуется степенью ответственности (ответственное родительство, безопасное сексуальное поведение и поддержка пренатального здоровья);
- 2) восприятие мальчиками-подростками потребностей партнеров (девочек-подростков), поддержка в вопросах реализации нужд девочек в охране их репродуктивного здоровья, и осуществлении репродуктивных прав; характеризуется степенью участия (гендерное равенство, партнерство в вопросах рождения и воспитания детей, контрацепция).

Высокий уровень репродуктивного здоровья подразумевает полную реализацию репродуктивных прав граждан, к которым относятся: свобода выбора в репродуктивном поведении, включая право в выборе супруга, количества детей и величины интергенетических интервалов; доступ к квалифицированной информации и средствам по удовлетворению нужд, связанных с репродукцией и сексуальным здоровьем; гендерное равенство; сексуальная и репродуктивная безопасность, в том числе свобода от насилия и право на конфиденциальность.

В оценку репродуктивного здоровья населения, в том числе подростков и молодежи региона, можно включить данные экспертов ВОЗ [8]:

1. Показатели безопасного материнства: уровень неонатальной смертности; мертворождаемость; процент новорожденных с низкой и очень низкой массой тела; материнская смертность; дородовой патронаж; частота криминальных и самопроизвольных аборт; своевременность оказания квалифицированной помощи при послеабортных осложнениях; распространенность акушерских осложнений и оказание экстренной помощи; знание не менее двух симптомов, угрожающих акушерских осложнений; распространенность медицинской помощи при родах, в том числе процент родов путем кесарева сечения; распространенность противостолбнячной вакцинации; распространенность послеродового патронажа; распространенность БЦЖ и противополиомиелитной вакцинации новорожденных.
2. Показатели, отражающие уровень профилактики ИППП, включая ВИЧ/СПИД: ВИЧ-безопасность переливаемой крови; распространенность ИППП, распределение их по возрасту и полу; уровень качества медицинской помощи пациентам с ИППП (соотношение пациентов, прошедших через диагностику и лечение по протоколам, и общего числа пациентов с ИППП); степень подготовленности медицинского персонала для оказания помощи при ИППП у подростков; использование медицинскими работниками общих мер профилактики; знание подростками и молодежью назначения и правильного использования презервативов; уровень использования подростками и молодежью презервативов при случайных сексуальных контактах.
3. Показатели, отражающие развитие системы планирования семьи: уровень распространенности контрацептивов среди подростков и молодежи; степень подготовленности медицинских работников по вопросам планирования семьи, детской и

подростковой медициной; знание подростками и молодежью основных вопросов планирования семьи; уровень эффективности системы снабжения контрацептивами.

4. Показатели, характеризующие репродуктивное здравоохранение молодежи: частота ИППП среди молодежи; процент родов и аборт среди молодых женщин; распространение использования контрацептивов (отдельно - презервативов) среди молодежи; качество услуг репродуктивного здравоохранения для молодежи (диагностика, лечение и консультации, выполненные согласно протоколам (стандартам)).

5. Показатели, отражающие профилактику сексуального насилия: частота случаев сексуального насилия, распределение по возрасту и полу; наличие во всех медицинских учреждениях средств для предотвращения передачи ВИЧ/СПИД; степень удовлетворения потребности в презервативах; распространенность и своевременность (не позднее первых 3 дней) специализированной помощи (медицинской и психосоциальной) для пострадавших, включая наличие протоколов оказания помощи; наказание виновных в сексуальном насилии (раскрываемость преступлений); распространенность обучения оказанию помощи пострадавшим среди медицинских работников.

Таким образом, для получения полной оценки уровня репродуктивного здоровья подростков и молодежи, необходимо комплексное исследование, основанное на учете следующих факторов:

1. физического состояния подростков (соматического и генитального здоровья);
2. биологических (демографических) факторов, характеризующих особенности воспроизводства популяции;
3. социологических данных, характеризующих:
  - a) уровень распространенности факторов риска в оцениваемой социальной среде (семье как ее основной социальной единице),
  - b) уровень осознания подростками наличия данных факторов,
  - c) осознание необходимости устранять негативное влияние факторов риска,
  - d) степень практической реализации самосохранительных установок;
4. данных об эффективности функционирования социальных институтов, регулирующих состояние охраны репродуктивного здоровья подростков, таких как государственная политика, система образования, средства массовой информации, и в первую очередь данных об эффективности системы здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья детей, девочек-подростков и мальчиков-подростков;
5. экологической характеристики исследуемого региона.

Мы полагаем, что методология исследования репродуктивного потенциала подростков и молодежи должна исходить из принципа неразрывности оценки медицинских и социальных данных, и может осуществляться посредством обобщения и анализа комплекса сведений:

А) О физическом состоянии исследуемой группы. Данные для анализа могут быть получены посредством обработки первичной медицинской документации и обобщены с выделением таких показателей, как:

- данные морфофизического и полового развития подростков;
- частота детских инфекций;
- частота прерываний беременности;
- частота экстрагенитальной патологии у беременных подростков;
- характер гестационных осложнений и осложнений родового акта;
- распространенность генитальной и экстрагенитальной патологии.

Оптимальным показателем, характеризующим физическое состояние подростков и молодежи, является патологическая пораженность — частота патологии, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния. В силу сложившейся медицинской практики единовременные медицинские профилактические осмотры не охватывают все категории репродуктивно активных подростков. Наименее доступны для исследования, данные о состоянии здоровья мальчиков-подростков и молодежи

(за исключением данных медицинских осмотров призывников и лиц, проходящих медицинское освидетельствование при оформлении водительской документации, которые, в свою очередь, не включают результаты осмотра урологом, андрологом). Сексологическое профилактическое обследование в Казахстане не практикуется вовсе.

В) Оценка репродуктивного потенциала подростков и молодежи должна включать анализ статистических данных: показателей естественного движения населения, младенческой и перинатальной смертности, материнской смертности; частоты искусственных прерываний беременности среди молодёжи и лиц активного репродуктивного возраста; соотношения аборт / роды в соответствующих возрастных группах.

Наконец, необходим учёт данных об эффективности здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья населения. Как известно, выделяют три основных аспекта эффективности здравоохранения: медицинский, экономический и социальный. Медицинский аспект по своей сути безусловен — совокупность результатов лечебно-диагностического воздействия подвергается непрерывному контролю. Он также является основной предпосылкой экономического аспекта эффективности (прямого и косвенного вклада здравоохранения в народное хозяйство). Что касается социальной эффективности здравоохранения, то она не обусловлена целиком и напрямую медицинской эффективностью. Безусловно, снижение смертности и инвалидности, рост продолжительности жизни, увеличение периода трудоспособности во многом связаны с медицинским аспектом, однако социальная эффективность, применительно к репродуктивному здоровью, включает и формирование осознания населением необходимости удовлетворения репродуктивных прав и понимания этих прав вообще. Социальную эффективность здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья характеризуют, в частности, оценка населением работы лечебно-профилактических учреждений, поведенческие модели взаимодействия “врач – потребитель медицинских услуг”, степень удовлетворения потребностей целевой группы в услугах по охране репродуктивного здоровья. Эти данные также могут быть получены при анонимном социологическом опросе.

Оценка репродуктивного потенциала молодежи необходима для выявления роли отдельных факторов риска в нарушениях репродуктивного здоровья и разработки методов прогнозирования и профилактики патологии, прогнозирования демографической ситуации в регионе, прогнозирования состояния здоровья беременных, рожениц, родильниц, новорожденных, т. е. для разработки медико-социальных мер, направленных на укрепление репродуктивного здоровья населения и улучшение демографической ситуации. Данные исследования и оценки репродуктивного потенциала подростков и молодежи должны стать основой перспективного планирования работы региональных акушерско-гинекологической, подростковой и педиатрической служб, научного обоснования программ в области семейной политики.

#### *Литература*

1. Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала женщин, проживающих в сельской местности//дисс.к.м.н.-СПб.-2000.
2. Ваганова Л.И. Медико-социальная характеристика студентов-подростков, новые подходы к совершенствованию организации медицинской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Уфа, 2003.
3. Здоровье подростков// Руководство для врачей.- под. ред. Шариповой О.В.-СПб, 2007.-436с.
4. «Здоровье – 21» - один из основных путей улучшения здоровья женщин // Европейское региональное бюро ВОЗ.- мн.,2001.
5. Костин И.Н., Хахва Н.Т., Гаскина О.Б. Социально-медицинские аспекты становления репродуктивного здоровья в подростковом возрасте//курсовая работа.- Москва, РУДН.
6. Мороз И.Н., Плахотя Л.П.//Респ.научно-практ.конф.- «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию».- сб. тезисов.-мн.2003.-С.145-146.
7. Социология семьи//учебник под ред. Антонова А.И.-изд.2 перераб.идоп.-М.:ИНФРА-М.-2005.-С.363.
8. Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки//Медицинские новости.-2007.- N3.-С.40-45.
9. Юрьев В.К. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2005.-N4.-С.3-5.
10. Sorhaindo A., Becker D., Fletcher H., Garcia S.G//Contractption.-2002.-V.66 (4).

## **СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

### **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПОЗДНЕМ ГЕСТОЗЕ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*Н.К. Аймуkenov*

*ГККП Городской родильный дом, г.Жанаозен*

Вопрос о патогенезе гипертонической болезни и позднем гестозе беременных до настоящего времени трактуется исследователями различно. Некоторые авторы относят поздний гестоз к проявлениям гипертонической болезни у беременных. По данным отдельных авторов, поздний гестоз осложняет беременность при гипертонической болезни от 30% до 83% больных [1,2]. Следует подчеркнуть, что до настоящего времени гипертоническая болезнь у беременных не всегда диагностируется и часто расценивается как поздний гестоз беременных [2,3,4].

Обследованы 105 беременных, страдавших гипертонической болезнью. Развитие позднего гестоза беременности наблюдалось у 56. Из них у 39 диагноз гипертонической болезни поставлен до беременности и у 17 во время беременности. Гипертоническая болезнь в нейрогенной стадии развития установлена у 35 и в переходной — у 31 женщины.

Кровяное давление у женщин, страдавших гипертонической болезнью в нейрогенной стадии, было неустойчиво повышенным, с периодическими снижениями до нормы. У женщин, страдавших гипертонической болезнью в переходной стадии, кровяное давление отмечалось более стойко повышенным и снижения его до нормального уровня не наблюдалось.

У беременных, страдающих гипертонической болезнью, отмечалось появление отеков, белка в моче и дальнейшее стойкое повышение кровяного давления. С момента появления симптомов позднего токсикоза состояние больных заметно ухудшалось: появлялись жалобы на общую слабость, упорные головные боли, нарушение зрения (сетка, мушки, туман перед глазами).

Характерной особенностью позднего гестоза, развивающегося при гипертонической болезни, считалось появление его в более ранние, чем обычно, сроки беременности. При нейрогенной стадии заболевания в первой фазе развитие позднего токсикоза наблюдалось у 4 беременных из 25; во второй фазе поздний гестоз развился у 31 из 51 и, наконец, при переходной стадии заболевания — у 21 больной из 29.

Появление только отека беременных наблюдали лишь у 2 женщин, страдающих гипертонической болезнью в нейрогенной стадии. У остальных 54 наблюдалась нефропатия, протекавшая со стойким повышением кровяного давления и значительной альбуминурией. Из них у 17 больных развилась в дальнейшем преэклампсия и у двух - эклампсия. Особенно тяжелое и упорное течение позднего гестоза отмечалось у больных, страдающих гипертонической болезнью в переходной стадии. При гипертонической болезни, осложненной поздним гестозом, особенно часто наблюдаются тяжелые изменения глазного дна, выражающиеся в появлении кровоизлияний и отека соска зрительного нерва. Эти изменения наблюдались у 9 женщин, причем у 7 из них установлена гипертоническая болезнь в переходной стадии.

Третьей особенностью течения беременности при гипертонической болезни, осложненной поздним гестозом, является склонность к преждевременному самопроизвольному прерыванию беременности у 10 женщин, отставание плодов в развитии у 14 и частая антенатальная гибель плодов у 11. Следует также подчеркнуть зависимость этих осложнений от стадии развития гипертонической болезни, и, что токсикоз,



развивающийся у больных гипертонической болезнью, нередко повторяется при последующих беременностях [5]. Так, у 10 повторнородящих с гипертонической болезнью все беременности осложнялись поздним гестозом.

Таким образом, тяжелое течение беременности у 16 женщин, страдающих гипертонической болезнью, осложненной поздним гестозом, появление симптомов, угрожающих жизни и здоровью матери привело к необходимости прервать у них беременность искусственно либо путем расширения шейки матки и вскрытия плодного пузыря, либо путем абдоминального кесарева сечения, произведенного до начала родовой деятельности.

Беременность закончилась срочными родами у 30 больных, а у 26 - преждевременными, причем у 16 из них — искусственные. Следует отметить, что выжидательное ведение осложненной гестозом беременности у больных гипертонической болезнью с целью получения более жизнеспособного ребенка не достигает цели, так как при этом дети часто погибают еще до начала родовой деятельности. В дальнейшем мы наблюдали ухудшение в течении гипертонической болезни у 13 женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременности.

*Выводы.* Особенности течения беременности и родов при позднем гестозе и гипертонической болезни являются:

1. Частое развитие позднего гестоза беременности при всех стадиях гипертонической болезни у 53% и особенно частое — при переходной стадии заболевания.
2. Более ранние, чем обычно, сроки развития позднего гестоза беременности.
3. Тяжелое течение позднего гестоза при выраженных формах гипертонической болезни.
4. Повторение позднего гестоза при последующих беременностях.
5. Отставание плодов в развитии и антенатальная гибель их при сочетании позднего гестоза с выраженной формой гипертонической болезни.
6. Частое появление в родах мозговых симптомов у матери и угрожающей внутриутробной асфиксии плода.
7. Необходимость частого применения родоразрешающих оперативных вмешательств.

#### *Литература*

1. Малкова М. Н., Отдаленные исходы нефропатии беременных, Новости медицины, Болезни почек, 2002, в. 31, 48—54.
2. Орлова Т. И., Нефропатии беременных и их влияние на состояние здоровья женщины и ее детородную функцию, Акушерство и гинекология, 2007, 5, 49—53.
3. Салганик Г. М., К вопросу о классификации токсикозов беременности, Акушерство и гинекология, 1990, 14, 32—37.
4. Салганик Г. М., Нефропатия и эклампсия. Профилактика и лечение, в кн. 5. 6. А. П. Николаева «Основы организации и работы родильного стационара», 2001, гл. 14, 217—229.
5. Стопик Н. Л. и Орлова Т. И., К вопросу о взаимосвязи гипертонической болезни и нефропатии беременных, Клиническая медицина, 2004. – 5. – С. 47—52.

## **ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ**

*А.Т. Ахметжанова*

*Акмолинская обл., Ерейментаусский район, Улентинская врачебная амбулатория*

Возбудителем эхинококкоза является *Echinococcus Granulosus* (однокамерный эхинококк) широко распространен на земном шаре. Эхинококк чаще (80%) локализуется в печени и реже (14%) – в легких [1]. Окончательным хозяином являются собаки, волки, шакалы, которые заражаются при поедании пораженных пузырями эхинококка органов животных. Заражение человека происходит при попадании в рот яиц паразита, выделяемых с калом собаки. Онкосфера выходит из яйца в кишечник, проникает через его стенку в сосуды, разносится с кровью по всем органам, где образуются медленно растущие цисты, внутри которых формируется зародышевая оболочка со многими сколексами [2].

Для эхинококкоза печени характерны: умеренная эозинофилия (7-10%), при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявляются в печени округлые или овальные тени диаметром 2 и более сантиметров с четкими контурами, гомогенной структуры.

До достижения больших размеров и сдавления других органов эхинококкоз может себя клинически не проявлять и является случайной находкой при УЗИ и рентгенологическом обследовании. В таких случаях имеет диагностическую ценность внутрикожная реакция Кацони (гиперемия через 12-24 часа), серологические реакции – РСК, не прямой иммунофлюоресценции и РПГА.

*Случай из практики:* Больной А. 19 лет, работник животноводческой фермы обратился в поликлинику с жалобами на слабость, сниженный аппетит, боли в правом подреберье, тошноту, рвоту без повышения температуры тела и без катаральных явлений. При объективном исследовании: кожные покровы бледные, сухие со следами расчесов. Язык густо обложен бело-серым налетом, зев спокоен. Со стороны сердца: функциональный систолический шум на верхушке, 1 тон ослаблен. В легких ясный перкуторный звук, хрипов нет. Отмечалось увеличение правой доли печени до 5 см ниже реберного края, плотной консистенции, болезненная при пальпации. На УЗИ исследовании в правой доле печени определялось округлое образование 4 на 5 см. Серологические реакции – РСК, не прямой иммунофлюоресценции и РПГА дали положительные результаты. Больной госпитализирован в хирургическое отделение, где произведена цистэктомия и последующее лечение мебендазолом.

*Литература:*

1. Медицинская паразитология. Учебное пособие. Под редакцией заслуженного деятеля науки, академика РАЕН профессора Р.Х. Яфаева. Санкт-Петербург, Фолиант, 2003г. с 41 -73.
2. Садыкова В.Б., Мырзабекова Г.Т., Рахметилдаева Г.М. Эхинококк легких у детей. Ж.Здоровье, приложение Эскулап № 5, 2004 г. с. 32.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОТРОПИЛА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Х.Т. Баялина  
РГП «Больница УДП РК» г. Астана*

*Введение.* Черепно-мозговые травмы относятся к числу наиболее распространенных повреждений и составляет около 40% всех травм. Распространенность ЧМТ более 200 случаев на 100000 населения в год [1-5]. После перенесенного сотрясения головного мозга, в связи с вовлечением в процесс таких звеньев надсегментарной вегетативной регуляции как гипоталамического, лимбического и ретикулярного, в структуре неврологических проявлений облигатно на первом плане определяются астенические нарушения, вегетативно-сосудистые и общемозговые симптомы. Так, астенические расстройства могут проявляться в виде раздражительности, головной боли, головокружения, повышенной утомляемости и инсомнии [3]. В комплексном лечении сотрясения головного мозга патогенетически обосновано применение ноотропных препаратов, оказывающих влияние на нейрометаболизм, упруго-эластические свойства сосудов, антигипоксическим и гемореологокорректирующим действием [1,2]. Как известно, ноотропы повышают устойчивость ЦНС при различных патологических состояниях, облегчают процессы обучения и памяти, повышают активность корково-подкоркового взаимодействия и улучшает информационный обмен в мозге. Среди довольно большого круга ноотропных препаратов, представляет интерес препарат российского производства Фенотропил [5,6,7].

*Материалы и методы:* Наблюдались 32 больных с легкой ЗЧМТ, сотрясением головного мозга в возрасте от 23 до 35 лет. Следует отметить, что все больные в силу различных обстоятельств не получили в острейшем и остром периоде сотрясения должного лечения.

Фенотропил в дозе 100 мг утром, после завтрака им был назначен с 10-го дня после получения нейротравмы.

Неврологическое обследование включало оценку выраженности общемозговых симптомов, состояния черепно-мозговой иннервации, двигательной сферы, координаторных проб, чувствительности, вегетативной нервной системы. Всем больным до начала лечения фентропилом проведены компьютерно - томографическое исследование головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника, офтальмоскопия, что позволило исключить ушиб мозга, внутримозговые, эпи-субдуральные гематомы, шейно-затылочную травму.

*Результаты и обсуждение.* Оценка результатов лечения проводилась в 1-й день применения фенотропила, на 15-й день и 30-й день. Основными жалобами пациентов отмечалось головная боль, головокружение, общая слабость, локальный либо профузный гипергидроз, частое сердцебиение.

В первые сутки головная боль беспокоила у 29 больных (90,6%), на 15 день - 7 пациентов (21,9%), на 30 сутки – 3 больных (9,4%). Системное головокружение в первые сутки беспокоило 24 больных (75%), на 15 день – 8 (25%), 30 сутки регресс головокружения у всех больных. Общая слабость в 1 сутки беспокоила 30 больных (93,8%), на 15 сутки -3 пациентов (9,4%), на 30 день - 1 больного (3,1%). Таким образом при применении фенотропила отмечается хороший терапевтический эффект в виде быстрого регресса основных неврологических симптомов. Важно отметить, что клинический эффект наступает с первых дней лечения фенотропилом, на 15 сутки астенические явления полностью исчезают, на 30 сутки - стойкое клиническое улучшение у большинства больных.

*Выводы:* Фенотропил является эффективным и безопасным лекарственным средством ноотропной группы и может, использован при широком круге астенических состояний как при ЧМТ, так и при лечении больных с органическими заболеваниями головного мозга различного генеза.

*Литература:*

1. Ахапкина А.С., Ахапкин Р.В., Ахапкина В.И. и соав. Анализ зарубежных исследований ноотропных препаратов // Российский психиатрический журнал. -2001 №1
2. Ахапкина В.И. Воронина Т.А. Сравнительная характеристика ноотропной активности препарата ноотропила // XI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 2004 Тезисы докладов –М-2004 стр 70
3. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при лечении астенического синдрома и синдрома хронической усталости // Русский медицинский журнал. -2004 №22 стр 1290- 1292
4. Ахапкина В.И. , Федин А.И., Аведисова А.С., Ахапкин Р.В. Эффективность фенотропила при лечении астенического синдрома и синдрома хронической усталости. // Атмосфера. Нервные болезни –М.- 2004 стр 28-32
5. Одинак М.М., Емельянов А.Ю., Ахапкина В.И. Применение фенотропила при лечении и последствий черепно-мозговых травм. //XI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» - (19-23 апреля 2004) Тезисы докладов стр. 278
6. Савченко А.Ю., Захарова Н.С., Степанов И.Н.. Лечение последствий заболеваний и травм головного мозга с помощью фенотропила. // журнал Неврология и психиатрия- 2005 №5
7. Филиппова С.Ю. , Алешина Н.В., Степанов В.П. Фенотропил в лечении антидепрессивных синдромов при отдаленных последствиях черепно-мозговых травм. //Медицинская кафедра.- 2005 –Т3, №15 стр 158-160

## **ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*М.С. Галым, Е.А. Тихомирова, М.К. Шарипова  
ГККП «Городской родильный дом №1» г. Астана*

Эмболия околоплодными водами (AFE), являясь редким и даже фатальным материнским осложнением родов, приводит примерно к 10% всех материнских смертей в развитых странах.

Распространенность этого заболевания колеблется от 1:8000 до 1:80000. Такая разбросанность связана со строгими критериями диагностики AFE для национальных реестров

развитых стран. Например, шведский национальный реестр считает, что существует одна смерть для каждого 83000 родившегося живым. Кроме того, на аутопсии диагноз AFE подтверждается лишь в 0,2-6,3% случаев. AFE занимает 3 место в структуре материнской смертности. По данным 1 Всемирного конгресса по проблемам материнской смертности (Марокко 1997), из 600000 ежегодно погибающих женщин 80000 погибали от эмболии околоплодными водами. Общий коэффициент материнской смертности в реестре Кларка (USA)-61% с неврологическими последствиями у 85% выживших.

В настоящее время доказано, что клиническая картина ЭОВ развивается как во время родов (70%), во время кесарево сечения (19%), после родов (11%) (данные национального реестра США).

В норме условий для возникновения амниотической эмболии ни в покое, ни во время родов нет. Для попадания амниотической жидкости в материнский кровоток необходимы 2 условия: 1. Превышение амниотического давления над венозным (гиповолемия при преэклампсии, у многоплодных, при стремительных родах, многоплодии, дискоординированной родовой деятельности, индукции родов, крупном плоде, ятрогенной гиповолемии). 2. Зияние сосудов матки, что наблюдается при ПОНРП, предлежании плаценты, при любом оперативном вмешательстве на матке (кесарево сечение, ручное обследование полости матки, плодоразрушающая операция, ушивание разрывов шейки матки).

Патогенез заболевания до конца неясен. Естественно, он обусловлен причиной, его вызывающей, а именно составом амниотической жидкости. Суспензированная ее часть содержит лануго, родовую смазку, чешуйки эпителия, меконий с желчными пигментами, трофобласты и кишечный муцин, способный вызвать механическую обструкцию. Жидкостной же компонент включает сурфактант, эндотелин, лейкотриены С<sub>4</sub>, Д<sub>4</sub>, ИЛ1, ФНО-α<sub>2</sub>, тромбаксан, простогландины, арахидоновую кислоту, тромбопластин, коллаген, тканевой фактор 111, фосфолипазу и в случае поступления околоплодных вод в материнский кровоток (не существует корреляции между количеством амниотической жидкости попавшей в циркуляцию и интенсивностью симптомов) вызывает анафилактическую реакцию с системным воспалительным ответом.

На данный момент четких критериев диагностики заболевания не существует. Соединенные штаты и Соединенное королевство рекомендуют выделять 4 критерия, которые должны присутствовать для диагностики AFE: острая гипоксия, острая гипотония, коагулопатии или серьезные кровотечения, в отсутствии других объяснений, все патологические симптомы должны происходить во время родов, кесарева сечения, дилатации, эвакуации или в течение 30 минут после родов при отсутствии других объяснений.

Признаки и симптомы заболевания появляются непредсказуемо резко. Выделяют 3 начальных симптомокомплекса: респираторный, гемодинамический и неврологический с разнообразной симптоматикой.

Дифференциальная диагностика должна включать такие заболевания, как тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда, септический и анафилактический шок, отслойку плаценты, эклампсию, разрыв матки.

Профилактика данного заболевания весьма затруднительна. Но все же некоторые моменты следует учитывать для профилактики AFE. Так, если возможно, следует избегать разреза плаценты при кесаревом сечении, следует контролировать чрезмерную родовую деятельность В-адреноблокаторами, индукцию родовой деятельности применять обдуманно и надлежащим образом.

Ключевыми факторами успешной терапии AFE является раннее выявление, немедленная интенсивная посиндромная терапия, немедленная экстракция плода и остановка кровотечения любым возможным путем.

*Случай из практики*, благоприятного исхода при AFE, возникший у больной А. 23 лет, в раннем послеродовом периоде. Больная А., повторнобеременная, повторнородящая поступает 21.03.10 г. в I периоде родов. Первые роды закончились операцией кесарево сечение по поводу ПОНРП. Учитывая предполагаемую массу плода-3100±200г., удовлетворительное

состояние рубца на матке (по данным УЗИ), роды ведутся консервативно. В 03 ч 00 мин. изливаются светлые околоплодные воды. Кардиомониторинг плода без особенностей.

21.03.10 в 08 ч. 40 мин. произошли срочные роды массой плода 3470 гр., при росте 52см. Оценен по шкале Апгар 8-9 баллов. Через 5 мин самостоятельно отделился и выделился послед, цел. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением, по поводу которого под в/в наркозом произведено ручное обследование полости матки (целостность не нарушена) и ушивание разрыва задней стенки влагалища. В раннем послеродовом периоде проводилась длительная утеротоническая терапия. Гемодинамические показатели: PS-88 уд. в мин; АД-130/90мм.рт.ст. (2); t-36,4<sup>0</sup>С. Общая кровопотеря – 500 мл.

21.03.10 в 9 ч. 10 мин через 30 минут после родов внезапно общее состояние резко ухудшается, расценивается как тяжелое, за счет проявлений кардиопульмонального шока. Сознание сопорозное, возможно, частично за счет медикаментозной седации. Неврологический статус: горизонтальный нистагм, зрачки сужены, реакция на свет живая, ресничный и роговичный рефлексы живые. Психомоторное возбуждение. Появились признаки нарушения периферического кровообращения: кожные покровы бледные, слизистые цианотичные. Цианоз носогубного треугольника. PS - 120 уд. в мин. Падение АД до 60/30 мм.рт.ст. Тахипное-28. Сатурация кислорода 90%. В легких сухие хрипы, жесткое дыхание. При этом матка плотная, на уровне пупка, выделения из половых путей кровянистые, умеренные, в виде рыхлых сгустков. Начаты реанимационные мероприятия, интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия шока: увлажненный кислород со скоростью 6 л/мин через маску, антигистаминная терапия - супрастин, гормонотерапия - преднизолон, инотропная поддержка – допамин, интенсивная инфузионная терапия в две периферические вены физиологическим раствором, гелофузин. Произведена пункция и катетеризация подключичной вены, ЦВД плюс 6 см. вод. ст. При обследовании выявлено: в общем анализе крови: НВ - 68 г/л (исходный-113 г/л), эр. 2,43 x 10<sup>12</sup>/л (исходный-4,17 x 10<sup>12</sup>/л), НТ-23,5%, тр.-173 x 10<sup>9</sup>/л (исходный -256 x 10<sup>9</sup>/л); выраженные коагулопатические изменения: АЧТВ больше 1мин, ПВ-73сек, МНО-4,8, фибриноген не определяется; явления респираторного метаболического ацидоза: газовый состав крови - РН-7,297; РО2-143; РСО2-27,6. Интенсивная терапия дополнена трансфузией СЗП и криопреципитата; ингибитор протеаз – гордокс; дицинон. На фоне лечения проведена относительная стабилизация гемодинамических показателей. При оценке акушерского статуса определяется достаточная сократительная способность матки, выделения из половых путей в виде жидкой крови с рыхлыми сгустками. Общая кровопотеря-700мл.

Выставлен диагноз: *Ранний послеродовый период. Самопроизвольные роды II в 39-40 недель беременности. ОАА. Рубец на матке. Эмболия околоплодными водами. Кардиопульмональный шок II ст. ДВС синдром (стадии гипокоагуляции). Гипотоническое кровотечение. Ручное обследование полости матки.* Учитывая развитие ДВС синдрома, как следствие эмболии околоплодными водами, и гипотоническое кровотечение, как признак коагулопатических нарушений принято решение об экстренном оперативном лечении в объеме лапаротомии- экстирпации матки без придатков с перевязкой внутренних подвздошных артерий. Во время операции определяются клинические и подтверждаются лабораторные признаки синдрома ДВС, произведена экстирпация матки без придатков с перевязкой внутренних подвздошных артерий. Общая кровопотеря -1700мл. К концу операции достигнута нормализация показателей гемостаза, за счет проведенного лечения. Инфузионная терапия в общем объеме 6380мл, из них СЗП 1020мл, криопреципитат 140мл, эритроцитарная взвесь 650 мл. Больная экстубирована через 5 часов после операции. Послеоперационный период протекал благоприятно на фоне анальгетиков, седативной терапии, мембранстабилизаторов, ингибиторов протеаз, гемостатиков, инфузионной, антианемической терапии. Выписана на 9 день после операции. При выписке осмотрена невропатологом. Неврологических нарушений не обнаружено.

Результат гистологического исследования макропрепарата (матка): в исследуемых гистологических препаратах окрашенных гематоксилином и эозином: эндометрий местами

десквамирован с множественными очаговыми, местами сливающимися кровоизлияниями с диффузной лимфолейкоцитарной инфильтрацией. В миометрии выраженный отек и полнокровие межмышечной стромы, обширные кровоизлияния. Определяются диффузные лимфоцитарные инфильтраты. Часть сосудов пустые, в части эритроциты и фибрин. Немногочисленные сосуды паретичны, расширены, в просвете определяются элементы околоплодных вод (роговые чешуйки, слизь). Шейка матки покрыта многослойным плоским эпителием. В строме определяются железы различной величины и формы, выстланные призматическим эпителием, определяются очаговые кровоизлияния.

*Заключение:* Эмболия околоплодными водами, серозно-гнойный эндометрит, серозный миометрит. Острое нарушение маточного кровообращения.

Несмотря на то, что в последнее время отмечено некоторое улучшение показателей выживаемости у больных с АФЭ, на сегодняшний день этот синдром по-прежнему непредсказуем, неотвратим и быстро прогрессирует. Поступление околоплодных вод в материнский кровоток, приводит к развитию цепи драматических событий с высочайшим (до 86%) летальным исходом. Поэтому он остается одним из самых опасных осложнений беременности и родов. Только раннее распознавание продромальных признаков и симптомов АФЭ, мгновенная мобилизация всех возможных и невозможных реанимационных ресурсов, агрессивное медикаментозное и хирургическое лечение, способны заставить еще раз отступить теперь уж не столь фатальный синдром АФЭ.

#### *Литература*

1. Зербино Д.Д., Лукасевич Л.Л. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови как основное морфологическое проявление шока. *Арх патол* 1983; 12: 29-35.
2. Макацария А.Д., Мищенко А.Л., Бицадзе В.О. Маров СВ. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике. М: Триада-Х 2002; 495.
3. Милованов А.П. Патологоанатомический анализ причин материнских смертей. *Арх патол (приложение)* 2003.- С.54-61.
4. Серой В. И., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. Руководство для врачей. М: Медиздат 2003; 288.
5. Ходасевич Л. С, Перов Ю.Л., Зуевский В.П. Патологическая анатомия и патогенез тромботических микроангиопатий. М: ООО "Магус Медиа Групп" 2001; 152.
6. Awad I.T., Shorten G.D. Amniotic fluid embolism and isolated coagulopathy: atypical presentation of amniotic fluid embolism. *Eur J Anaesthesiol* 2001; 18 (6): 410-413
7. Clark S.I. Haukins G.D., Dudley D.A. et al. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Amer J Obstet Gynec* 1995; 172 (4 Pt I): 1158-1167.
8. Cron R.C., Kilkenny G.S. Wirthwein C., Evrard K. *Amer J Obstet Gynec* 1952; 64 (6): 1360 - 1363.
9. Gillmore D.A., Wakim J., Secrest J., Rawson R. Anaphylactoid syndrome of pregnancy: a review of the literature with latest management and outcome data. *AANA J* 2003; 71 (2): 120-126.
10. Khong T. Y. Expression of endothelin - 1 in amniotic fluid embolism and possible pathophysiological mechanism. *Br J Obstet Gynecol* 1998; 105 (7): 802-804
11. Locksmith G.J. Amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26 (3): 435-444.
12. Maradny E., Kanayama N., Halim A. et al. Endothelin has a role in early pathogenesis of amniotic fluid embolism. *Gynecol Obstet Invest* 1995; 40 (I): 14-18.

## **ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, ПРИ ПРИЕМЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

*Л.М. Лёвина, Н. И. Кожушная, М.К. Тугамбекова, Л.А. Ангелова, А.С. Абилдабекова  
Противотуберкулезный диспансер, г. Астана*

По данным ВОЗ 4% всех случаев заболеваемости имеют причины, связанные с употреблением спиртных напитков (ВОЗ, 2006). 10,9% общего количества смертей связаны с потреблением алкоголя. Алкоголь является одной из важнейших причин снижения показателей ожидаемой продолжительности жизни. Уменьшение вреда, наносимого

алкоголем- это одна из наиболее важных мер общественного здравоохранения, которую страна может предпринять для улучшения качества жизни населения [1,2].

Алкоголизм рождает ряд экономических, психологических, социальных, и медицинских проблем. Алкоголь выступает как фактор риска развития многих патологических состояний, сердечно - сосудистых заболеваний, поражений костной системы, заболеваний нервной и эндокринной системы, психических расстройств, поражений желудочно-кишечного тракта, ослабления иммунной системы и т.д.

Непоправимый вред, с двойной разрушающей силой наносит алкоголь человеческому организму на фоне приема лекарственных препаратов, извращая действие последних. По данным научной литературы и практических наблюдений терапевтов, наркологов, психиатров, фтизиатров, существует ряд доказательных фактов, пагубного действия алкоголя при приеме того или иного лекарственного препарата.

Сочетание алкоголя при лечении препаратами, влияющими на функцию центральной нервной системы, например антидепрессанты феварин, amitриптилин, усиливают угнетающие действие алкоголя, в тоже время антидепрессивный эффект при их сочетании с алкоголем не достигается [3,4].

Происходит стимуляция этанолом выбросов катехоламинов и замедление их окисления ингибиторами MAO, что ведет к повышению артериального давления, тахикардии и развитию гипертонического криза. При одновременном приеме алкоголя с психотропными средствами возможен летальный исход, даже при малой концентрации (30-40%) алкоголя в крови.

Барбитураты и антигистаминные средства ослабляют психомоторные реакции в сочетании даже с небольшими дозами алкоголя, и наоборот алкоголь ослабляет снотворный эффект барбитуратов, при этом идет угнетение дыхательного центра, что особенно опасно у больных с бронхо-легочной патологией. Алкоголь снижает эффективность противосудорожных препаратов вследствие их ускоренного распада. Особенно опасны лекарственные препараты производные бензодиазепа: противосудорожные (клоназепам), снотворные (нитразепам), транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид), которые в присутствии алкоголя могут способствовать глубокому угнетению дыхания, вплоть до коматозного состояния, иногда заканчивающиеся летальным исходом.

Прием алкоголя на фоне лечения левомецетином, гризеофульвином, цефалоспоринами, фуразолидоном, метронидазолом способен вызывать тетурамоподобные реакции, т.е. нарушение сосудистого тонуса, сердечной деятельности, и дыхания, что может стать причиной смерти больного.

Прием алкоголя в сочетании нитроглицерином, метилдопы, сердечными гликозидами (дигоксин, строфантин и др.) могут стать причиной опасных для жизни нарушений сердечного ритма и коллапсов, со снижением коронарного кровообращения и нарушением электролитного баланса. Эти патологические изменения затрудняют снабжение миокарда кислородом, гипоксия меняет биоэлектрическую активность миокарда, транспорт ионов натрия и калия, способствующих нарушению ритма и проводимости, регистрируемые на ЭКГ: в виде блокад разной степени, наличие гипертрофии левого желудочка, расширение комплекса QRST, снижение сегмента ST, мерцание предсердий, появлений экстрасистол, дистрофических изменений миокарда, вплоть до появления микро и макронекрозов, имеющих также подтверждение при проведении электрокардиографии.

Прием алкоголя на фоне лечения блокаторов кальциевых каналов: верапамила, амлодипина, нифедипина, делтиазема и др. приводит к сильному гипотензивному действию этих препаратов.

Мочегонные препараты гипотиазид и фуросемид в сочетании с алкоголем способны вызвать ортостатическую гипотонию, обмороки.

Прием анальгина с алкоголем ведет к снижению устойчивости к алкоголю и сопровождается высоким риском желудочно-кишечных кровотечений и депрессией.

Одновременный прием алкоголя с парацетамолом приводит к образованию канцерогенов, из-за потенцирования фермента печени – цитохрома P450-2E1. Кроме того, алкоголь

потенцирует, пролонгирует и усиливает действие наркотических анальгетиков, повышая их побочные эффекты.

Применение алкоголя одновременно с адренергическими средствами для симптоматического лечения ринита (эфедрином, нафтизином, ксилометазолином), может вызвать тахикардию и нарушения сердечного ритма.

Острая токсичность алкоголя резко возрастает на фоне приема препаратов гормонов щитовидной железы, гипофиза, коры надпочечников и половых желез.

Прием алкоголя больными сахарным диабетом на фоне лечения инсулином или пероральными гипогликемическими средствами вызывает резкое усиление гипогликемического эффекта, вследствие увеличения потребности тканей в глюкозе, при повышенной концентрации катехоламинов в крови, вызванной действием этилового спирта.

Прием алкоголя на фоне лечения противотуберкулезными препаратами т.е. препаратами, обладающими гепатотоксичностью, нефротоксичностью, ускоряет поражение печени, почек.

В качестве примеров приводим следующие *клинические наблюдения*:

1. Больной У. 46л. И/б № 103631, 26.12.10г. доставлен бригадой скорой помощи Противотуберкулезный диспансер г. Астаны с диагнозом – Кома неясной этиологии, Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ). Психические и поведенческие расстройства (ППР) вследствие употребления алкоголя (F 10). Из анамнеза: Со слов родственников: больной лечился амбулаторно на поддерживающей фазе по поводу ФКТ. Получая противотуберкулезные препараты, злоупотреблял спиртными напитками. При поступлении состояние тяжелое, признаки дыхательной, сердечной, печеночной недостаточности, токсической нефропатии (креатинин крови 732). Тест полоски, определяющие наличие алкоголя в крови и моче положительные. Случай с летальным исходом.

2. Больной К. 47л. И/б № 93239 поступил 23.04.09г. с диагнозом – Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МТ(+), Психические и поведенческие расстройства (ППР) в следствии употребления алкоголя. Из анамнеза:

После лечения в стационаре в январе 2009г по интенсивной фазе выписан с конверсией на поддерживающую терапию в амбулаторных условиях. На фоне приема противотуберкулезных препаратов в течение 3 месяцев злоупотреблял спиртными напитками, в результате чего поступил повторно в Противотуберкулезный диспансер г. Астаны, с прогрессированием туберкулезного процесса в легких, тяжелой печеночной и почечной недостаточностью.

3. Больной Б. 43г. И/б- № 93311 поступил в противотуберкулезный диспансер г. Астаны 01.06.09г. С диагнозом Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения, МТ(+), ИБС, Нарушение ритма сердца (НРС) по типу желудочковой экстрасистолии, ХОБЛ средней степени тяжести ДН2, ППР в следствии употребления алкоголя. До поступления в стационар, больной в состоянии алкогольного опьянения принял 4 таблетки нитроглицерина по поводу сжимающих болей за грудиной, после чего у больного появились перебои в сердце, чувство нехватки воздуха. При поступлении на ЭКГ: нарушение ритма сердца по типу частой желудочковой экстрасистолии, с признаками ишемии. Из анамнеза: ранее нарушений ритма сердца у больного не отмечалось.

В связи с вышеизложенным, для успешного, эффективного и безопасного лечения пациентов важное значение имеет, совершенствование знаний практикующих врачей о риске и неблагоприятных последствиях лекарств, применяемых на фоне употребления алкоголя и проведение санитарно-просветительной работы среди населения, что позволит снизить количество осложнений, уменьшить риск неблагоприятных исходов (смерть, инфаркт миокарда, инсульты, сердечная, почечная и печеночная недостаточность).

*Литература:*

1. Материалы ВОЗ 2006гг.
2. Блог имени Sherman.//Медицинское сообщество // Лекарство и алкоголь
3. Н.М. Рудой, Т.Ч. Рудаков. Туберкулез легких и алкоголизм.



4. Европейская Хартия по Алкоголю 1995г.

5. А.А.Упницкий, Как правильно принимать лекарства. 2005г.

## **ПЕРЕКРУТ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ**

*Т.А. Нигматулина*

*Городская больница №1, г. Астана*

Перекрут маточной трубы у беременных встречается довольно редко. Перекрут маточной трубы и яичника может встречаться как по отдельности, так и совместно. Этиология этого явления неясна, но важную роль могут играть такие факторы как большая длина маточных труб, их перевязка, опухолевидные образования труб и яичников, пареооариальные кисты, нарушения перистальтики труб, врожденная патология, резкие движения и травма [1,2,3].

Клинические проявления включают внезапную сильную боль в подвздошной области на стороне пораженной маточной трубы, иррадиирующую в поясницу или бедро, а также тошноту, рвоту, понос, тенезмы и учащенное мочеиспускание. Живот при пальпации болезнен. Симптомы раздражения брюшины могут отсутствовать. Температура тела, количество лейкоцитов и СОЭ в пределах нормы или слегка повышены. Дифференциальную диагностику проводят с перекрутом или разрывом кисты яичника, нарушением кровоснабжения миоматозного узла, почечной коликой, острым аппендицитом, преждевременной отслойкой плаценты, перитонитом и внутрибрюшным кровотечением. Лечение хирургическое. При выраженных некротических изменениях маточной трубы ее удаляют. Неизмененный яичник сохраняют. Если ткани дистальнее места перекрута жизнеспособны, перекрут ликвидируют, а маточную трубу фиксируют к окружающим тканям. Перекрут придатков матки может происходить как при патологических изменениях придатков, так и при их нормальном состоянии в детском, подростковом, детородном возрасте и после менопаузы. Это наблюдается у 10-20% больных с опухолевидными образованиями яичников невоспалительного характера. Большинство случаев было описано при патологии маточных труб, включая гидросальпинкс, пиосальпинкс, злокачественные опухоли, внематочную беременность и кистозные опухоли яичников. Перекрут неизмененных маточных труб встречается не часто и может быть у девственниц, беременных и небеременных больных [4,5].

Важные в практическом отношении особенности диагностики и лечения перекрута маточной трубы во время беременности демонстрирует следующее клиническое наблюдение.

*Больная Р.*, 1979 г.р., поступила в хирургическое отделение городской больницы № 1 с жалобами на боли в правой подвздошной области, многократную рвоту, тошноту, сухость во рту, общее недомогание. Со слов, болеет в течение 2-х суток, когда появились боли в эпигастрии. Позже боли локализовались в правой подвздошной области, в динамике боли усилились. В связи с ухудшением общего самочувствия доставлена в ургентную клинику. Госпитализирована в хирургическое отделение ГККП «Первая городская больница».

В анамнезе - одни срочные роды. П/м – 03.04.10-06.04.10. Имеется беременность - 21 неделя.

*Объективно:* Общее состояние больной средней степени тяжести. Правильного телосложения, умеренного питания. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы Кохера, Ситковского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается, газы отходят.

Осмотрена терапевтом, выставлен ДЗ: Анемия легкой степени. На ЭКГ: Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Выставлен ДЗ: О. аппендицит. Рекомендовано оперативное лечение.

Операция: Произведено вскрытие брюшной полости разрезом по Волковичу-Дьяконову, при ревизии найден червеобразный отросток длиной до 10 см., без изменений. Обнаружен перекрут правой маточной трубы, в операционную вызван гинеколог. Далее операция продолжена гинекологом. При ревизии органов малого таза: матка увеличена до 20 недель беременности. Правый яичник визуально не изменен. Рядом с червеобразным отростком расположена правая маточная труба размерами до 3 x 8 см., темно-багрового цвета с перекрутом на 360 градусов. Отмечается выраженное варикозное расширение вен и гематома мезосальпинкса 2 x 5 см. Левые придатки без особенностей, выпота в брюшной полости нет. Учитывая вышеизложенную картину, решено произвести правостороннюю тубэктомию.

Послеоперационный диагноз: Хронический правосторонний аднексит, осложненный гидросальпинксом. Перекрут маточной трубы во время беременности. Беременность 21 неделя.

Гистоанализ: Острое расстройство кровообращения в маточной трубе. Хронический сальпингит. Гидросальпинкс.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7-е сутки, заживление первичным натяжением. Больная получала антибактериальное лечение, антианемическую и сохраняющую терапию. При выписке гинекологический статус: матка увеличена до 21 недели беременности, безболезненная, мягковатой консистенции. Область придатков безболезненная с обеих сторон. Инфильтратов в малом тазу нет. Выписана домой на 10 день в удовлетворительном состоянии.

Описанный случай, с нашей точки зрения, представляет клинический интерес в следующих аспектах: наличие хронического сальпингита осложненного гидросальпинксом, перекрут маточной трубы во время беременности - случай казуистический, необходимость тщательной дифференциальной диагностики с острым аппендицитом, перекрутом или разрывом кисты яичника, нарушением кровоснабжения миоматозного узла, почечной коликой, преждевременной отслойкой плаценты, перитонитом.

#### *Литература*

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Нижний Новгород: НГМА 1996.
2. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д. Оперативная гинекология. Нижний Новгород: НГМА 1997.
3. Селезнева Н.Д. Неотложная помощь в гинекологии. М: Медицина 1976; 1986.
4. *Sommerville M., Grimes D.A., Koonings P.P. et al. Ovarian neoplasms and the risk of adnexal torsion // Am. J. Obstet. Gynecol., 1991; 164:577-578.*
5. *Sengupta S.K., Everett V.J. Ovarian neoplasms in children and adolescents in Papua New Guinea // Aust. NZ J. Obstet. Gynaecol., 1987; 27:335-338.*

## **АРТРОСКОПИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

*Ж.Ж. Сулейменов*

*Больница Управления делами Президента РК, Астана*

Проведен анализ эффективности ирригации коленного сустава -4-5 литрами физиологического раствора в процессе артроскопии. Обследовано 310 больных с поражением коленного сустава, в том числе с остеоартрозом (ОА) – 180 больных, с ревматоидным артритом (РА) – 89, с микрокристаллическим синовитом (подагрой и хондрокальцинозом) – 46 человек. Проводились гистологическое и цитологическое исследования осадка промывной жидкости и определение количества свободного фибрина весовым методом. Содержание пристеночного фибрина и состояние внутрисуставных структур оценивались визуально при артроскопии.

При ОА эффективность ирригации зависела от характера вымываемых патологических включений, содержащихся в промывной жидкости, о длительности заболевания и

выраженности изменений в внутрисуставных структурах. При РА имели значение также форма и стадия заболевания, а при микрокристаллических синовитах – наличие кристаллических отложений в полости сустава.

Исследование показало, что ирригация сустава физиологическим раствором восстанавливает гомеостаз, уменьшает выраженность, либо препятствует развитию воспалительных процессов в суставе, а также замедляет процессы дегградации хряща и повреждение внутрисуставных структур. Возможно, что удаление при артроскопии отложений кристаллов на ранней стадии может задержать не только его дальнейшее развитие, но и повлиять на уже имеющиеся изменения суставного хряща.

При артрозе наиболее выраженный и достаточно длительный (1-1,5 года) эффект достигнут у больных с ранней стадией заболевания. Это связано с вымыванием продуктов дегградации протеогликанов, коллагеновых волокон и других хрящевых частиц, а также цитокинов. Ирригация сустава восстанавливает минигомеостаз и способствует уменьшению, либо препятствует развитию воспалительных процессов в суставе, а также замедляет, и в ряде случаев приостанавливает процессы дегградации матрикса хряща.

Терапевтическая эффективность ирригации при РА зависела от формы и стадии заболевания. Более выраженное улучшение отмечено у больных с серонегативной формой РА. У больных этой группы из сустава вымывалось большое количество стабилизированного фибрина, что связано с более выраженным воспалительным процессом, отмеченным при артроскопии, и более низкой фибринолитической активностью синовиальной жидкости. Можно предположить, что в группе больных с небольшим количеством фибрина, но с хорошим терапевтическим эффектом от ирригации улучшение связано с вымыванием биологически активных энзимов, которые могут приводить к дальнейшему прогрессированию РА и как следствие, повреждению внутрисуставных структур.

В целом лаваж коленного сустава физиологическим раствором при артроскопии – действенный терапевтический метод, позволивший добиться регресса, как местных, так и общих патологических признаков у 261(82,5%) больных с поражением коленного сустава, среди которых 49 (19,4%) ранее безуспешно лечились традиционными терапевтическими методами и средствами. Установлена зависимость между количеством вымываемых из полости сустава патологических включений и эффективностью метода, что свидетельствует в ряде случаев о целесообразности повторной ирригации сустава. Эффект артроскопического лаважа отмечался уже на следующий день после выполнения процедуры, нарастал в первые 7-8 дней и продолжался до года и более. Метод ирригации может быть использован самостоятельно как лечебный либо в сочетании с другими средствами местного и общего воздействия, начиная с самой ранней стадии заболевания.

#### *Литература*

1. Левенец В.Н., Пляцко В.В. Артроскопия. – Киев: Наукова думка, 1991.-232с.
2. Миронов С.П., Лисицин М.П. Хирургическая артроскопия коленного сустава // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.- М., 1991.-С. 65-71.
3. Хемпфлинг Х. Артроскопия. Диагностика и терапия. – Висбаден: Техноэкспорт ГмбХ, 92с.
4. Dandy D. J. Arthroscopy of the knee. A diagnostic colour atlas. – Edinburgh et al.: Churchill Livingstone, 1987.-223 p.
5. Jackson D.W. Arthroscopic surgery – three decades // Arthroscopy. – 1997. – Vol.13, № 4. – P.537-540.

## **К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

*А.Т. Тыныбаева  
ГККП «Городская поликлиника», г. Кокшетау*

В современной медицине происходят изменения, которые начались в прошлом столетии и, в общем, могут быть охарактеризованы как профилизация, даже специализация врачей, которая прогрессивно сужается. Причин этому можно выделить, в основном, две.

Во-первых, прогресс медицинской науки позволил описать целый ряд заболеваний, ранее неизвестных. Углубились знания в сфере диагностического и лечебного процессов, появилось множество новых медикаментов, разработаны оборудование и приборы, которые существенно расширяют информационное обеспечение и лечебные возможности врачей [1].

В этих условиях врач общей практики (участковый, семейный) не способен овладеть таким обширным объемом информации и вынужден суживать сферу своей деятельности наиболее распространенными видами патологии, что одновременно ограничивает его знания в смежных разделах практической медицины.

Во-вторых, как известные, так и выявленные в последнее время заболевания и патологические состояния изменяются. Возникает все большее количество стертых и атипичных форм патологических состояний [2,3].

На эти особенности влияют изменения в экологическом состоянии внешней среды, загрязнение воздуха и почвы, а также другие факторы, связанные с возрастающей механизацией и индустриализацией. Следствием этих процессов является то, что пора универсального врача миновала, на его место выходят узкие специалисты, которые глубоко владеют отдельными, более или менее специальными, разделами медицины. Этот процесс имеет как позитивные, так и негативные стороны.

Так, лечение больного специалистом, который знает данный раздел патологии, наиболее эффективно, но, с другой стороны, узкий специалист нередко встречается с трудностями в смежных разделах и при атипичном течении заболеваний.

В значительной мере это относится к неотложной хирургической патологии, основная особенность которой заключается в том, что своевременность оказания помощи часто имеет решающее значение [4].

В связи с названными изменениями течения заболеваний, современным врачам-интернистам приходится все чаще встречаться с острой хирургической патологией. Именно изменения реактивности организма и иммунного статуса, наиболее выраженные у лиц пожилого возраста, сопровождаются стертыми проявлениями острой хирургической патологии и приводят к диагностическим трудностям.

При острой хирургической патологии, в частности органов брюшной полости, только в условиях ранней диагностики и своевременной госпитализации больных в хирургические отделения возможны благоприятные исходы лечения.

Наблюдения городской поликлиники города Кокшетау показали, что на протяжении последних пяти лет от 15 до 20 % больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости, в зависимости от ее вида, госпитализируются поздно, спустя 24 и более часов от начала заболевания.

Так, показатели поздней госпитализации при остром аппендиците составляют 11,6-13,4%, при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки – 7,5-8,3 %, острой кишечной непроходимости – 9,3-10,0%, желудочно-кишечных кровотечениях – 7,1-8,2%, ущемленных грыжах живота – 10,5-12,4 %, остром холецистите – 12,2-13,1%, остром панкреатите – 9,9-10,1 %.

Нами изучены причины, объясняющие позднюю госпитализацию. Это и атипичность клинического протекания заболевания, самолечение в соответствии с многочисленными рекомендациями, рекламируемыми в средствах массовой информации, боязнь лишней раз обратиться за врачебной помощью из-за опасения того, что за все надо платить и т. д.

Существенный процент составляют также и врачебные ошибки в виде неполного анализа анамнестических данных, недооценки клинических симптомов.

Лечение больного с запущенной стадией патологического процесса требует больших моральных, физических усилий, как со стороны медицинского персонала, так и самого пациента, его родственников; значительно возрастают экономические затраты, не говоря уже о высоких показателях частоты осложнений и в 2-3 раза увеличивающейся летальности у данной категории больных [5].

Таким образом, методика обследования живота у больного с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости приобретает исключительную значимость. Необходимо помнить о том, что методически правильно пальпацию нужно проводить не в области болезненных ощущений, а с отдаленных участков и постепенно подходить к зоне, на которую указывает пациент. В противном случае можно получить совершенно неадекватные для истинного патологического процесса в брюшной полости данные.

*Литература:*

1. Вайдль Р., Ренч., Штерцель Г. Экстренная помощь на догоспитальном этапе (перев. с нем.). – Киев, 2008. – 271 с.
2. Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д. Основы организации специализированной помощи населению на догоспитальном этапе. - М., 2005. – 383 с.
3. Дубицкий А.А. Анализ диагностических ошибок медицинского персонала скорой помощи. Учебное пособие. - Астана, 2008. - 48 с.
4. Балаболкин М.И., Лукьянчиков В.С. Клиника и терапия критических состояний. – Киев, 2006. – 264 с.
5. Bowen P. Pizzano W. European emergency services//Yilth.Soc.Serv.-2009.-Vol.84, №4391.-P.1332-1336.

**РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ**



**ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «СУМАМЕД» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА**

*А.М. Абдрахманова*

*Госпиталь с поликлиникой ДВД Акмолинской области, г.Кокшетау*

*Введение.* Проблема хронического тонзиллита является одной из наиболее актуальных в современной клинической медицине. В настоящее время можно с уверенностью говорить о том, что эта тема вышла за пределы оториноларингологии и имеет чрезвычайно важное значение в клинике внутренних болезней, а рациональная терапия хронических тонзиллитов у взрослых представляет большой интерес для специалистов во многих областях медицины. Это объясняется значительной распространённостью заболевания, частота которого особенно высока у лиц молодого возраста [1,2,3].

Сумамед - является первым представителем группы полусинтетических макролидных антибиотиков. Такая модификация химической структуры обуславливает его улучшенную фармакокинетику, в частности более стабильное всасывание из желудочно-кишечного тракта и более высокую биодоступность. Расширенный спектр действия азитромицина и его активность в отношении большинства «респираторных» патогенов, «типичных» и «атипичных» обусловили возможность применения препарата при острых и обострениях хронических инфекций верхних и нижних отделов дыхательных путей. Он является препаратом первоочередного выбора при заболеваниях, вызываемых атипичными возбудителями (*Chlamydia spp.*, *Mycoplasma spp.*). При эмпирической терапии возможно назначение азитромицина совместно с бета-лактамами для расширения спектра активности в отношении преобладающих внутриклеточных патогенов.

*Цель исследования:* оценить использования препарата сумамед в лечении хронического тонзиллита у взрослых.

*Материалы и методы:* У 38 пациентов с хроническим тонзиллитом в составе патогенетической терапии назначен сумамед по 500 мг. 1 раз в сутки в течение 5 дней. У 20 пациентов препаратом выбора для лечения применялись антибиотики цефалоспоринового ряда (цефазолин). По данным поликлиники ДВД (г. Кокшетау), заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов за период 2007-2010гг. увеличилась с 133,1 до 149,7 на 10 тыс. населения.

*Результаты и обсуждение.* Неэффективность препаратов группы пенициллина связывают с проблемами выполнения необходимого режима дозирования этих антибиотиков (приём 3–4 раза в день в течение 10 дней). Другая причина связана с высокой устойчивостью к бета-лактамам антибиотикам глубокой микрофлоры миндалин – *S. aureus*, *H. influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, от 70 до 95 % штаммов, которых продуцируют бета-лактамазы, разрушающие природные пенициллины.

Учитывая всё вышесказанное, в настоящий момент именно макролиды всё чаще применяются при острых тонзиллитах. Это можно объяснить особенностями антибактериального действия макролидов. Препараты этой группы действуют на внеклеточные и внутриклеточные патогены, в то время как другие антибиотики преимущественно реализуют свой эффект в интерстициальном пространстве; поэтому назначение макролида даёт возможность охватить противомикробной активностью и вне-, и внутриклеточные патогены. Кроме антибактериального эффекта, макролиды обладают выраженным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Причём противовоспалительный эффект развивается раньше, чем антибактериальный. Макролиды снижают уровень противовоспалительных медиаторов, замедляют хемотаксис нейтрофилов, адгезию лейкоцитов, окислительные процессы и апоптоз. Уникальность макролидов состоит в том, что их терапевтическая эффективность определяется не только прямым антибактериальным действием, но и влиянием на систему неспецифической противoinфекционной защиты. Макролиды обладают большой продолжительностью действия в организме. Привлекательны для терапии тонзиллитов макролиды и с позиции так называемого постантибиотического эффекта – продолжающегося подавления роста бактерий *in vitro* при удалении антибиотика из среды.

*Выводы:* 1) В настоящее время антибактериальные препараты из группы макролидов должны стать препаратами выбора для лечения острого и обострений хронического тонзиллита. Использование сумамеда возможно в качестве монотерапии так и при лечении традиционными методами.

2) Сумамед обусловлен высокой эффективностью в отношении типичных и атипичных возбудителей тонзиллита, высокой степенью накопления препарата в лимфоидной ткани и длительно сохраняющимися концентрациями препарата, обеспечивающими бактерицидность эффекта, а также редкими побочными проявлениями, отсутствием влияния на нормальную микрофлору полости рта и кишечника, низкой вероятностью лекарственного взаимодействия.

*Литература:*

1. Гарашенко Т.И., Богомильский М.Р. Макролиды в терапии острого тонзиллита и его осложнений у детей. Методические рекомендации. М.: РГМУ, 1999; 28.
2. Хмельницкая Н.М., Власова В.В., Косенко В.А. Оценка функционального состояния нёбных миндалин у больных хроническим тонзиллитом // Вестн. оториноларингологии. 2000; 4: 33–9.
3. Гарашенко Т.И. Тонзиллярная проблема // Рос. Ринол. 1999; 1.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ**

*Ж.Ш. Азатова, М.Ж. Жакупбекова*  
*Национальный медицинский холдинг,*  
*АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана*

Одной из важнейших функций здравоохранения является оказание качественной медицинской помощи в необходимом объеме с использованием комплекса лечебно-диагностических мероприятий, проводимых по определенной технологии. И здесь важным является контроль за качеством услуг, оказываемых в медицинской организации.

Основой экспертизы качества медицинских услуг является оценка соответствия лечебно-диагностических мероприятий медицинским стандартам (протоколам) диагностики и лечения, обоснованности назначения диагностических исследований и лечения [1].

Республиканский диагностический центр (РДЦ) оказывает высокоспециализированную консультативно-диагностическую помощь. Для управления качеством оказания медицинской помощи (медицинских услуг) был создан отдел менеджмента качества и безопасности пациента [2], утверждена нормативная база по работе с формой 021/у («Направление в Республиканский диагностический центр на получение высокоспециализированной и специализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне»). Были также разработаны экспертные карты для определения уровня качества диагностики и лечения (УКДЛ) в консультативном отделении и в параклинических службах. По экспертной карте анализ медицинских заключений проводится ретроспективно.

Экспертная карта, по которой определяется уровень качества диагностики (УКД), позволяет проводить экспертизу качества диагностических услуг, проведенных в отделении функциональной диагностики и УЗИ, эндоскопии, лучевой диагностики. Экспертная карта содержит 3 кода. Каждый код имеет 3 индикатора и свой балловый вес.

Все протоколы проводимых исследований в РДЦ были разработаны отделом менеджмента качества и безопасности пациента совместно со специалистами параклинических служб, утверждены приказом Генерального директора. Протоколы имеют полное, подробное описание диагностического обследования. Врачебные заключения оцениваются ретроспективно. Ежемесячно анализу подвергаются не менее 20% от всех сданных в отдел менеджмента качества и безопасности пациента заключений.

Код 1 - оценка описания протокола исследования. При соответствии описания диагностического исследования протоколам выставляется балл 0,8. Неполное соответствие протоколам диагностики оценивается в 0,4 балла. В случае несоответствия утвержденным протоколам диагностических исследований ставится низкий балл 0,2.

Код 2- оценка врачебного заключения. При полном соответствии врачебного заключения вышеописанному протоколу выставляется максимальный балл 0,8, при неполном соответствии - 0,4, при несоответствии врачебного заключения протоколам врачебное заключение по 2 коду получает 0,2 балла. Аналогичная схема оценки врачебного заключения и по 3 коду – по качеству ведения медицинской документации.

Расчет каждого УКД производится следующим образом:  $УКД = Код\ 1 + Код\ 2 + Код\ 3$  и делится на коэффициент 2,2. Например: Код 1 составил 0,8 + Код 2 – 0,8 + Код 3 – 0,4 :2,2 = 0,91.

Затем качество медицинских услуг оценивается по 3 уровням:

- 1) 0,79 и ниже - низкий уровень,
- 2) 0,80 – 0,89 - средний уровень,
- 3) 0,90 –и выше – высокий уровень. На нашем примере УКД высокого уровня.

Расчет среднего УКДЛ на каждого специалиста производится по формуле: сумма УКДЛ экспертированных законченных случаев делится на количество экспертиз.

На основании оценки качества медицинских услуг формируется рейтинг структурных подразделений в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Расчет среднего УКД на каждое структурное подразделение производится следующим образом: сумма средних УКД специалистов данного отделения делится на количество специалистов, чья работа подверглась экспертизе.

Каждый законченный случай оформляется врачом-экспертом в виде «Экспертной карты оценки уровня качества диагностики». Результаты проведенной экспертизы сравниваются с результатами самооценки врача [3]. Акт экспертизы уровня качества лечения (УКД) подписывается экспертом, проводившим экспертизу, врачом, чье медицинское заключение подверглось экспертизе, и заведующим отделением.

Отдел менеджмента качества и безопасности пациента ежемесячно предоставляет данные по экспертизе качества по каждому врачу в тарификационную комиссию РДЦ, что служит основанием для дифференцированной оплаты труда врачей.

**Выводы:** разработанная отделом менеджмента качества и безопасности пациентов «Экспертная карта оценки уровня качества диагностики» позволяет в количественном измерении определить уровень качества диагностики каждого пациента, обратившегося в Республиканский диагностический центр и подойти дифференцированно к вопросу оплаты труда врача.

*Литература:*

1. Галанова Г.И. К вопросу о качестве оказания медицинской помощи населению // Экономика здравоохранения. -1999.-№5-6. –С.25-36.
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №32 от 20 января 2009 года «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан».
3. Приказ и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №677 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ**

*Ш.Л. Ахелова, А.К. Тургамбаева, Р.К. Секенова, Р.Т. Сарсембаева, Г.Ш. Мулдагалиева*  
*АО «Медицинский университет Астана»*  
*Министерство здравоохранения РК, Городская поликлиника № 3, г. Астана*

Медицина в цивилизованном мире приобретает высокую общественную значимость и становится одним из определяющих факторов технологического процесса и, следовательно, экономического развития [1].

Нашей стране не удалось избежать печального опыта стран с переходной экономикой, когда рост числа различных заболеваний прямым образом связан с целым клубком тяжелых проблем, свалившихся на население неблагополучием социальной сферы, низкой зарплатой, изменением сложившихся стереотипов, когда время потребовало коренной перестройки самого образа жизни и, следовательно, вызвало чрезвычайные нагрузки на организм [2-8]. Несомненно, одно: в результате начатых реформ в обществе рыночные отношения в Казахстане приобрели необратимый характер [9,10]. В перспективе здравоохранение должно стать реальным экономическим субъектом в общей инфраструктуре социума страны [11,12,13].

Проблема качества медицинской помощи (КМП) приобрела настолько масштабное значение, что ее решение переведено на высший уровень государственного управления.

Говоря о качестве нельзя забывать такие критерии КМП, которые необходимо соблюдать при управлении качеством медицинской помощью как: результативность, доступность, своевременность, безопасность, ориентированность на пациента, справедливость, правильность, преемственность, экономическая эффективность.

Главной задачей медицинского работника становится обеспечение такого уровня качества результата своего труда, которое ожидает пациент, так и каждый следующий участник технологического цикла медицинской организации. Понятно, что в идеале соблюдение такого принципа на всех стадиях научно-производственного цикла гарантирует удовлетворение конечного потребителя продукции медицинской организации, т.е. пациента.

Следует отметить, что понятие «качество медицинской помощи» трактуется очень широко. По мнению профессора А.Н. Митрошина - помимо контроля за соблюдением стандартов, оно включает постоянную проверку соответствия качества медицинских услуг запросам и вкусам



потребителей, непрерывное обновление сведений о продукции конкурентов, и т.п. Соответственно обеспечение высокого уровня качества медицинской помощи не сводится просто к контролю за соблюдением стандартов, а становится приоритетной задачей практически всех уровней управления. Именно подобный подход, выражающийся в создании системы непрерывного поддержания качества медицинской помощи, является наиболее перспективной моделью управления качеством (OQI Organizationwide quality improvement - сквозное (постоянное) улучшение качества).

По данным российских исследователей, в настоящее время, оценка различных экспертных групп показала, что от 15 до 40% производственных мощностей лечебно-профилактических учреждений занято долечиванием пациентов, которым на предыдущих этапах оказания медицинской помощи эта помощь оказана без должного качества или не в должном объеме. Если в промышленности около 30% ресурсов тратится на восполнение потерь в связи с низким качеством выпускаемой продукции (доводка некачественной продукции до стандарта), то экономисты в здравоохранении затраты стараются не замечать на устранение брака при производстве медицинских услуг, мотивируя это сложностями учета затрат в медицинских учреждениях. В этой связи управление качеством в здравоохранении как в отрасли народного хозяйства, а также в отдельных медицинских учреждениях должно стать генеральной целью деятельности системы.

Сегодня известны два основных аспекта обеспечения качества в здравоохранении:

1. Технический или технологический аспект здравоохранения - использование достижений медицинской науки, медицинских технологий для решения проблем, связанных со здоровьем пациентов (например, насколько хорошо хирург проводит операцию по удалению инфицированного желчного пузыря).

2. Межличностный аспект здравоохранения - использование социальных наук, включая психологию и методы ухода за пациентами, выраженные в форме беседы, внимания к нуждам пациента, сочувствия (например, насколько хорошо пациент и/или его семья понимают, когда и как должно приниматься лекарство).

Повышение доступности и улучшение КМП, безусловно, являются тесно взаимосвязанными элементами для создания фундамента улучшения здоровья нации. Однако, КМП в конечном итоге должна удовлетворять требования или ожидания разных потребителей медицинских услуг и зависит не только от квалификации врачей, соответствующего оснащения современными технологиями медицинского учреждения, доступности медицинской помощи, но и от безопасного и качественного лекарственного обеспечения.

Так, например, в Российской Федерации существовавшая ранее система государственного обеспечения лекарственными препаратами медицинских учреждений и населения претерпела значительные изменения, связанные с децентрализацией в управлении здравоохранением. В принципиальном отношении экономические механизмы управления здравоохранением проистекают из двух основных положений рыночной экономики [14]:

- медицинская услуга и лекарственные препараты имеют свойства товара;
- необходимость создания конкурентной среды при распределении этих товаров.

Первое положение подразумевает широкое использование в процессе управления таких экономических категорий, как оптимизация форм оплаты медицинских услуг и лекарственных препаратов, ценообразования и тарифов, вопросы оплаты труда медицинского и фармацевтического персонала, обеспечения и управления качеством этих товаров и т.д. Кроме того, у покупателя отсутствует возможность проверить качество препарата при приобретении. При этом фармацевтический бизнес остается без проигрыша в любой ситуации. Поскольку, пациент, уплатив деньги и, в случае если сразу или по окончании курса приема, выяснилось, что это лекарство не соответствует тем или иным требованиям, не может вернуть ни препарат, ни деньги, ни здоровье. В таких условиях пациент вынужден доверять всем: разработчику, исследователю, производителю, врачу и т.д. И хорошо, если применение такого лекарства проходит под квалифицированным наблюдением врача, который может вовремя скорректировать назначение [15].

Такая особенность лекарства как товара подразумевает обязательность государственного вмешательства в рыночные отношения. Создание конкурентной среды предусматривает разработку способов регулирования конкурентного поля и опоры в этой связи на лицензирование, аккредитацию, сертификацию на фоне приобретения субъектами рынка свойств экономической самостоятельности и т.д.

В настоящее время проблемы рационального и безопасного использования лекарственных средств имеют общемировую значимость и во многих странах отнесены к сфере национальной безопасности. Как известно, темпы роста лекарственного рынка приобрела лавинообразный характер, в большинстве своем, из-за выгоды фармацевтического бизнеса [16].

Как нам известно, наряду с другими многочисленными факторами, изобилие лекарственных препаратов существенно затрудняет принятие специалистами оптимального решения при выборе лекарства в каждом конкретном случае для обеспечения клинически и экономически эффективного и безопасного лечения пациента. Необходимо признать то, что, несмотря на известные успехи современной медицинской науки и практики, нерациональное использование лекарственных средств остается серьезной проблемой практически во всех странах мира, без исключения. Свидетельством тому является то, что по смертности лекарства входят в первую десятку среди других причин летальности людей (В.К. Лепяхин, 2008).

По данным ВОЗ (2002), в мире в 50% случаях лекарства выписываются и выдаются неправильно, к тому же 50% больных принимают их не должным образом. По данным Института безопасной медицинской практики США число летальных исходов (4825 смертей) и серьезных лекарственных осложнений (21000) в первом квартале 2008 года достигло рекордного уровня, т.е. летальные исходы выросли на 38% по сравнению с предыдущим годом.

Как показывает опыт, зачастую бывает очень трудно исправить проблемы с назначением лекарств врачами (полипрагмазия, назначение плохо взаимодействующих лекарств), отпуск лекарств средствами провизорами (неправильные замены, отсутствие связи с врачами) и приемом лекарств пациентами (несоблюдение схем приема, отсутствие информации для пациентов). Для рационализации использования лекарств необходимо принимать целый комплекс законодательных, управленческих и образовательных мер. Законодательные меры могут включать в себя deregistration лекарств сомнительной эффективности или опасных своими побочными эффектами; управленческие меры могут заключаться в изъятии лекарства из формуляра или ограничение его применения только определенными группами специалистов; образовательные меры подразумевают обучение специалистов использованию специфических лекарств, а также создание программ обучения и информирования пациентов.

Здравоохранение вынуждено наиболее интенсивно использовать свои ресурсные возможности для того, чтобы обеспечить необходимый уровень медицинского обслуживания населения, гарантом которого выступает государство в соответствии с основными конституционными актами.

Поэтому обеспечение качества, предусматривающие улучшение медицинского обслуживания на основе рационального использования ресурсов, актуально Казахстана, как и для любого государства, любой системы организации медицинской помощи, что определяет характер проблемы и высокий научный интерес к ней во всех странах мира, независимо от социально-политического развития [13].

К положительным сторонам децентрализации можно отнести то обстоятельство, что решения о планировании и распределении ресурсов, принимаемые на уровне лечебных учреждений и/или потребителей медицинских услуг, ведут к повышению качества медицинского обслуживания и его эффективности за счет большей гибкости и приближенности к интересам удовлетворения конечного потребителя.

В этих условиях, безусловно, возрастает роль и ответственность руководителей органов и учреждений здравоохранения всех уровней в части их экономической грамотности, умения оценивать и прогнозировать результаты принятых управленческих решений. А также и в части строгого соблюдения требований, предусмотренных действующим законодательством,

регламентирующим порядок закупок продукции за счет бюджетных средств в целях их экономного и рационального использования.

Лекарственная обеспеченность требует особого внимания в условиях реформирования оказания медицинской помощи населению, так как это связано с ее высокой экономической составляющей в расходах здравоохранения [17].

Анализ показал, что экономические аспекты лекарственного обеспечения в России обуславливают необходимость оценки влияния адекватного амбулаторного лечения на частоту госпитализаций и длительность пребывания в стационаре. Кроме того, по результатам исследований отмечено, что для развития отечественного фармацевтического производства необходимы серьезные вложения средств и разработка программ такого развития (качественное лекарство не может быть дешевым), так как ведущие производители иностранного рынка лекарств, пользуясь ситуацией, диктуют свои условия, в итоге стоимость лекарств растет [18].

Результаты проведенных исследований показали, что нельзя подходить к выбору лекарственной терапии только бухгалтерскими мерками, потому что в некоторых случаях необходимо выбирать более затратное лечение. В ряде ситуаций намного выгоднее применять более дорогостоящие лекарственные препараты при условии, что это сократит использование параллельных лекарств, снизит частоту возникновения побочных эффектов, затраты на оплату медицинского персонала, продолжительность пребывания в стационаре, частоту случаев повторных госпитализаций. Дешевизна лекарственного средства на практике нередко оборачивается потерями в качестве лечения. Старые и более дешевые препараты зачастую имеют низкую эффективность и безопасность, их необходимо принимать несколько раз в день, при длительном и многолетнем применении у одного больного к ним развивается резистентность.

В этой связи, важным экономическим аспектом, позволяющим увеличивать терапевтическую отдачу (результат) от затрат на закупку лекарственных средств является рационализация процесса их отбора, закупки и использования.

Следует отметить, что КМП во многом зависит от соответствующего лекарственного обеспечения пациентов на каждом уровне оказания медицинской помощи, как специализированном, так и высокоспециализированном.

В последние годы в системе здравоохранения Казахстана произошли значительные изменения. С целью улучшения качества медицинских услуг пациентам и обеспечения им безопасности, Министерством здравоохранения Республики Казахстан разработаны и утверждены ряд нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок и правила проведения внутреннего и внешнего аудита (аккредитация медицинских организаций в соответствии со стандартами), подготовку независимых экспертов, внедрение Единой национальной системы здравоохранения. Разрабатываются медико-экономические тарифы при всех нозологических формах заболевания. В целях дальнейшей стандартизации процедур, используемых в отрасли здравоохранения продолжается совершенствование Протоколов диагностики и лечения заболеваний на стационарном и амбулаторно-поликлиническом уровне и при оказании скорой помощи и лечении детей раннего возраста. Проведено переутверждение перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, введено льготное и бесплатное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне отдельных категорий населения, а также больных по определенному перечню заболеваний.

В настоящее время в нашей стране Министерством здравоохранения проводятся ряд крупных мероприятий, направленных на реформирование системы здравоохранения по повышению рациональности использования бюджетных средств и контролю за качеством медицинских услуг, в том числе обеспечением лекарственными средствами.

Основополагающим из них является утверждение Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы. Совместно с Всемирным Банком Реконструкции и развития принят к реализации Проект

«Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».

Таким образом, результаты проводимого Министерством реформирования здравоохранения согласно Посланию Главы Государства от 28 января 2011 года, приведут к снижению уровня заболеваемости, инвалидности и смертности, увеличению продолжительности жизни и улучшению качества жизни казахстанских граждан.

*Литература:*

1. Шарманов Т.Ш. Долгое восхождение к праву на здоровье.//Атамур. - Алматы, 1998.-232с.
2. Тасмагамбетов И.Н., Аканов А.А., Кульжанов М.К. и др.//Здоровье и здравоохранение Казахстана: 1965-1995гг.-Алматы, 1996.-120с.
3. Жужжанов О.Т., Ибраев С.Е. Теоретические аспекты и методические подходы к измерению и оценке процессов реформирования отрасли здравоохранения.//Алматы, 1999.-225с.
4. Девятко В.Н. Казахстан-2030. Здоровье, образование и благополучие граждан //«Новости здравоохранения» приложение №7 к журналу «Здравоохранение Казахстана».-Алматы, 1997.-С.1.
5. Девятко В.Н., Кульжанов М.К., Аканов А.А. Здравоохранение мира: состояние, перспективы, развитие, опыт для Казахстана //Алматы, 1995.- 168с.
6. Девятко В.Н., Кульжанов М.К., Аканов А.А. Здравоохранение мира: состояние, перспективы, развитие //Алматы, 1995.
7. Абылкасымов Е.А., Мертенов Б.М. Об оплате труда медицинских работников в современных условиях // Здоровье населения Республики Казахстан и пути его улучшения.- Алматы, 1995, -С.49-52.
8. Аканов А.А., Слажнева Т.И., Корчевский А.А. Охрана здоровья народа – основа стратегии социального развития Республики Казахстан сроком до 2030 года // «Новости здравоохранения» приложение №7 к журналу «Здравоохранение Казахстана».-Алматы, 1997.-С.2-3.
9. Доскалиев Ж.А. Доклад на II съезде врачей и провизоров Казахстана. //Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана.- Астана, 2002.-III том.
10. Назарбаев Н.А. Доклад на II съезде врачей и провизоров Казахстана. // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана.- Астана, 2002.-III том.
11. Алиев М.А. основные направления стратегии развития здравоохранения. //Материалы II Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан».- Алматы, 2002.-С.18-24.
12. Кушалиева Г.А. Негосударственный сектор сферы в Республике Казахстан (Аналитический доклад).//Институт развития Казахстана.-Алматы, 1996.-60с.
13. Кульжанов М.Б. Формирование, обеспечение и оценка качества медицинской помощи как основа управления общественным здравоохранением.//Автореферат.- Алматы, 2006г.-28с.
14. Шубина Л.Б. Экономические аспекты лекарственного обеспечения медицинской помощи 11.09.2008. *Economic aspects of pharmacological provision of medical service. Shubina L.B. Federal Public Health Institute*
15. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. - М., 2000. - 448с.
16. Зурдинов А.З. Место и значение преподавания клинической фармакологии в реализации концепции рационального использования лекарственных средств//Клиническая фармакология и терапия.-2009.-№6.-с.236-237
17. Косарев В.В., Бабанов С.А. Значение формулярной системы в рациональном использовании лекарственных средств // Экономика здравоохранения №9 2001
18. Кулиджанов А.Ю., Сиротко И.И., Корякин П.М., Коржачкин В.С. Фармакоэкономический расчет стоимости лечения внебольничной пневмонии // Военно-медицинский журнал. -2001. -№1. -с.50-52.

## УРЕАПЛАЗМОЗ

*Т.Е.Беков*

*Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем,  
г. Астана*

Уреаплазмоз – это инфекционное заболевание, передающееся половым путём [1].

У мужчин данная инфекция вызывает поражение уретры воспалительного характера. После инкубационного периода, который составляет от 3–4-х дней до 2-3 недель, появляются первые клинические симптомы заболевания: зуд, жжение и дискомфорт в уретре, наличие серозных, серозно-гнойных выделений из уретры. Выделения наблюдаются в небольшом количестве, чаще по утрам, до первого утреннего мочеиспускания. Некоторые авторы

считают, что возможно развитие восходящей инфекции и развитие эпидидимита. При этом эпидидимит отличается скудностью клинических проявлений и протекает без яркой температурной реакции [2].

Поскольку уреоплазмы могут паразитировать в сперматозоидах, то нередко, случаи возникновения мужского бесплодия [3]. Исследования спермограмм выявляет снижение подвижности сперматозоидов, а также уменьшение их количества и появление большого числа патологических форм.

У женщин уреоплазменная инфекция может протекать в виде кольпита, цервицита или различных патологий течения беременности. Крайне редко, наблюдается острый уретральный синдром, который характеризуется клинической симптоматикой острой инфекции мочевых путей. Патологические изменения при бактериоскопическом и культуральных исследованиях мочи отсутствуют, роста неспецифических микроорганизмов, характерных для данных клинических проявлений (протей, кишечная палочка, клебсиелла) не отмечается [4].

Инфекционно-воспалительные процессы, вызванные уреоплазмами, могут быть причиной различных нарушений течения беременности. Наиболее часто встречающимся заболеванием является хориоамнионит - воспаление плодных оболочек, которое приводит к преждевременному прерыванию беременности. Достаточно часто наблюдается бессимптомное течение инфекции, без признаков воспаления, при этом беременность не сопровождается какой-либо патологией.

У женщин, инфицированных уреоплазмами, чаще отмечены случаи внематочной беременности, а также рождение детей с низкой массой тела [4]. Кроме того, большая частота возникновения послеродового эндометрита и осложнения, приводящие к прерыванию беременности. Дети, рожденные от инфицированных матерей могут иметь клинические признаки пневмонии (воспаления легких). Описаны случаи уреоплазменного менингита у новорожденных [5].

Диагностика уреоплазменной инфекции на сегодняшний день сложностей не вызывает, но затруднена в силу того, что пациенты не всегда придают значения скудным проявлениям инфекции и обращаются к врачу через длительные сроки течения заболевания. У мужчин при микроскопии мазков из уретры характерным является повышение числа лейкоцитов, обычно 10 – 20 в поле зрения, без какой-либо клинически значимой микрофлоры. У женщин при микроскопии мазка наблюдается невыраженный лейкоцитоз, но чаще всего имеется картина бактериального вагиноза [5].

Другим важным диагностическим исследованием является ПЦР-диагностика и РИФ-исследование. Но наиболее информативным методом является культуральное исследование слизистого отделяемого из половых органов (бактериологический посев на селективные питательные среды), который позволяет определить не только концентрацию микроорганизма, но и чувствительность возбудителя инфекции к антибиотикам [6].

Лечение показано при наличии клинических проявлений воспалительного процесса и в случаях планирования беременности. Терапия уреоплазмоза обязательно проводится обоим партнерам [7].

Препаратами выбора при лечении уреоплазменной инфекции являются макролиды. Применение же фторхинолоновых антибиотиков в терапии данной инфекции неоправданно, поскольку микробы обладают либо устойчивостью, либо незначительной чувствительностью к возбудителю инфекции.

В ЦД и профилактики ЗППП г. Астана в терапии уреоплазменной инфекции наиболее широко используются такие препараты, как макропен и доксициклин. Кроме того, врачами Центра при лечении данного заболевания применяются индукторы эндогенного интерферона и иммуностимуляторы (ректальные суппозитории виферон -3, раствор циклоферона).

При лечении данного заболевания обязательно применение местной терапии в виде инстилляции раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата, тампонады уретры по методу Вашкевича с использованием 3% тетрациклиновой мази. Длительность лечения составляет не больше 2-х недель.

По окончании терапии проводят контроль лечения по результатам лабораторных анализов.

Таким образом, ранняя диагностика уреоплазмоза и своевременное лечение исключают осложнения, вызываемые данной инфекцией.

*Литература*

1. Современное состояние вопроса о значении *Ureaplasma urealyticum* в генезе урогенитальных заболеваний (В.И. Кисина, О.С. Загребина, К.И. Забиров, В.В. Мешков). ЦНИКВИ МЗ РФ – Инфекции передаваемые половым путем -2002 г. №1.
2. Ю.К. Скрипкин «Кожные и венерические болезни». Москва.2000 г.
3. Радионов А.Н «Заболевания передающиеся половым путем» Санкт-Петербург, 1999г.
4. Кошелева Н.Г., Башмакова М.А «Урогенитальная инфекции». «Невынашивание беременности» Санкт-Петербург,2002г.
5. Клинико-иммунологическая диагностика при уреоплазменной инфекции у женщин (М.Ф. Фейзулла. «Вопросы охраны материнства и детства»-2001 г. № 8.
6. Башмакова М.А. «Лабораторная диагностика генитальных инфекций (клиническая лекция), Санкт-Петербург,2000г.
7. «Российский журнал кожных и венерических болезней» 2002 – 2006 г.г. Москва.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В УПРАВЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

*А.А. Дубицкий*

*АО «Медицинский университет Астана»*

Наряду с совершенствованием клинических аспектов оказания населению скорой медицинской помощи (СМП) все более решающее значение приобретают вопросы рациональной организации и повышения ее эффективности управления. Успешное решение этих вопросов возможно путем широкого использования современных математических методов для автоматизации функций управления.

Внедрение математических методов может осуществляться и давать большой эффект без использования средств автоматизации процедур управления. Первичным здесь является использование математического аппарата для достоверной оценки сложных ситуаций с целью принятия наиболее эффективных решений. Иным процессом является автоматизация. Автоматизация процедур управления - это процесс уменьшения трудовых затрат или полная замена человеческого труда при осуществлении рутинных, многократно повторяющихся операций по сбору и передаче информации за счет использования электронных устройств. Автоматизация может осуществляться без внедрения математических методов (если не понимать под «математическими методами» тривиальные операции суммирования, упорядочения, табуляции) и давать значительный эффект в улучшении системы управления. Для того чтобы определить, какие математические методы целесообразно использовать в системе управления СМП, необходимо в первую очередь выявить те конкретные задачи, решение которых может повысить эффективность системы управления и оперативные возможности службы.

Для выявления таких задач требуется построить общую системную модель станции СМП, которая отражала бы все основные аспекты ее деятельности и давала бы возможность установить четкие функциональные соотношения между всеми звеньями системы. Построение общей системной модели станции СМП помощи затруднительно. Дело в том, что на сегодняшний день ее функции весьма многогранны. Наряду с основной задачей - оказанием экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, госпитализацией больных и пострадавших в стационары - станция СМП высылает санитарные автомашины для перевозки больных, нуждающихся в стационарном лечении, осуществляет перевозку рожениц и др.

Построение системных моделей возможно только применительно к каждой из выделенных функций станции СМП. В частности, наиболее полная модель может быть построена применительно к основной функции службы СМП - обслуживание на догоспитальном этапе экстренных вызовов по сектору «103». Выявить конкретные задачи, решение которых влияет на эффективность обслуживания по сектору «103», можно на основе построения «дерева целей».

Построение «дерева целей» начинают с того, что формулируют основную цель службы, т. е. то высшее ее назначение, для чего эта служба создана. Основная цель является вершиной дерева целей. На втором уровне размещаются наиболее значительные частные цели, достижение которых необходимо для достижения основной цели или существенно способствует этому. В свою очередь для достижения каждой из целей второго уровня требуется достижение нескольких целей третьего уровня и т. д. На самом нижнем уровне появляются конкретные задачи, подлежащие решению.

На любом уровне (кроме высшего - вершины дерева) цели могут быть взаимодополняющими или конкурирующими. В первом случае степень достижения цели более высокого уровня не может быть удовлетворительной без достижения всего набора целей низкого уровня.

Во втором случае имеется альтернативная возможность достижения цели более высокого уровня за счет той или иной совокупности целей низкого уровня путем перераспределения усилий. При этом может оказаться, что при тех же ограниченных ресурсах может быть достигнут и больший конечный эффект. И тогда появляется задача оптимизации, то есть задача наиболее эффективного распределения усилий между теми задачами, решение которых позволит максимально приблизить достижение основной цели. Упрощенный фрагмент «дерева целей» станции СМП может состоять из трех поддеревьев. Каждое из поддеревьев характеризуется своим набором задач, для решения которых требуется использование соответствующего математического аппарата, и для каждого из поддеревьев необходимо построение собственной системной модели.

Применительно к цели «сокращение сроков прибытия бригады к больным и пострадавшим», служба СМП является многолинейной, полнодоступной системой массового обслуживания, характеризуемой безотказным обслуживанием, пуассоновским потоком заявок на входе и экспоненциальным временем обслуживания вызовов.

В составе математического обеспечения (АСУ) скорой помощью имеется специальная программа для проведения расчетов потребности в бригадах скорой медицинской помощи с учетом изменений частоты обращаемости населения за скорой медицинской помощью по часам суток. Для того чтобы иметь число бригад, адекватное количеству вызовов, поступающих в разные часы суток, необходимо учитывать реальное распределение вызовов по часам суток.

Для проведения таких расчетов разработан метод и алгоритм, позволяющие получить достаточно точные результаты. Для получения необходимых исходных данных обслуживаемую территорию достаточно описать единственной характеристикой - функцией распределения вероятностей пробегов. Функция распределения вероятностей пробегов определяется спецификой обслуживаемой территории, положением подстанции и существенно зависит от конфигурации основных магистралей, наличия железнодорожных путей, рек и иных препятствий, усложняющих проезд от подстанции до места события. В общем случае эта функция не может быть задана аналитически. Построить функцию распределения вероятностей пробегов автомашины можно по результатам замера расстояний по карте или на основе экспериментальных проездов на местности. Не приводя сложные математические расчеты, следует указать, что разработанный алгоритм расчета и распределения бригад по территории города с учетом конфигурации обслуживаемых подстанциями территорий и возможностей проезда по определенным магистралям позволяет значительно улучшить оперативные показатели работы станции СМП без увеличения числа выездных бригад.

## **НЕКОТОРЫЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ПРИВАТИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

*Д.С. Есимов  
Управление здравоохранением, г.Астана*

В настоящее время более 78% стоматологических организаций в нашей стране имеют негосударственную форму собственности. В 90-е годы прошла мощная волна приватизации областных и городских стоматологических поликлиник. О плюсах и минусах приватизации в казахстанской стоматологии сейчас достаточно много споров. С одной стороны, нельзя не отметить, что за годы суверенитета в Республике Казахстан произошли глубокие социально-экономические изменения, которые отразились и в здравоохранении. Поэтому проведенная в этот период приватизация стоматологических клиник была, возможно, единственно правильным выходом из сложившейся ситуации, так как это дало три положительных результата, которые нельзя не отметить [1]:

1. Внедрение в стоматологию принципов рыночной экономики способствовали формированию рынка стоматологических услуг, формированию устойчивого спроса населению к стоматологическим услугам.
2. Резко возросла потребность у врачей-стоматологов в повышении своей квалификации, освоении новых направлений в стоматологии. В результате этого появились новые учебные центры.
3. В Республике Казахстан расширился рынок стоматологических товаров и материалов. Это способствовало внедрению на повседневную практику современных, качественных пломбирочных, зубопротезных и других стоматологических материалов лечебного и профилактического назначения.

В совокупности все эти факторы способствовали значительному прогрессу стоматологической службы в республике, позволили поднять на новый уровень качество стоматологической помощи населению, изменению мнения населения в положительную сторону об уровне стоматологической службы республики и ценности стоматологического здоровья.

С другой стороны, среди аргументов против приватизации выдвигается нездоровая конкуренция между формами медицинского обслуживания, поскольку службы, ориентированные на получение прибыли. Свободный рынок по своей природе противник, а не союзник политики сдерживания роста цен: приветствуется рост числа дорогостоящих медицинских служб, методов и средств лечения, а население заставляют потреблять медицинские услуги в объемах, значительно превосходящих реальную необходимость. В силу приведенных аргументов широкомасштабная приватизация медицинской помощи представляется акцией экономически неубедительной, политически необоснованной, нравственно ущербной и вносящей социальную напряженность в общество. Участие бизнеса в системе здравоохранения - это, с одной стороны, решение непростых финансовых проблем, а с другой - это создание конкурентной среды в развитии инновационных технологий, в участии лечебно-диагностического процесса.

Анализируя прошедшее время и опыт, приобретенный за последние пятнадцать лет в нашей стране, хотелось остановиться и на некоторых серьезных проблемах в организации стоматологической помощи на современном этапе. Ряд из них были ранее, а с годами только усугубились, а некоторые ранее нам не известны.

В период становления рыночных отношений в стоматологии отмечались такие негативные стороны, как [2]:

- повышение стоимости стоматологических услуг,
- социальное расслоение потока пациентов по материальным возможностям и выбору технологий для лечения,



- стремление врачей к созданию элитных клиник, к удорожанию стоимости лечения, к использованию дорогостоящих технологий материалов, оборудования.

В таких условиях наиболее уязвимыми, становятся дети, подростки, сельские жители, пенсионеры, инвалиды, студенты и другие незащищенные слои населения.

Несовершенство нормативно-правовой базы. Приватизация государственных стоматологических организаций привела к тому, что были закрыты организационно-методические кабинеты, соответственно, к 1998 году практически отсутствовали данные о структуре, основных показателях деятельности стоматологических организаций, да что там говорить, никто не мог точно назвать число врачей-стоматологов, среднего персонала, работающих в РК.

Некачественное ведение учетно-отчетной медицинской документации, несвоевременность предоставления их в органы здравоохранения были и остаются недостатками в работе приватизированных и вновь созданных негосударственных стоматологических структур, что не позволяет определить истинный уровень обеспеченности населения стоматологической помощью.

Приказы, которыми руководствуются врачи-стоматологи в своей деятельности, устарели, так как большая часть из них была утверждена еще при МЗ СССР. Последующие несколько приказов, изданные уже в нашей стране, не сильно способствовали улучшению организации стоматологической помощи.

На сегодняшний день, мы не имеем официально утвержденных стандартов качества оказания услуг, обоснованного, адекватного тарификатора стоматологических услуг, алгоритмов ведения стоматологического приема и прочих важных для отрасли документов.

По данным Главного стоматолога МЗ РК проф. Куракбаева К.К. на 01.01.08 г в республике функционировали более 8100 школ, где обучаются около 2,7 млн. школьников, из них только в 340 имелись стоматологические кабинеты (4,5% всех школ). В СКО из 654 школ только в 7 школах имеются стоматологические кабинеты, ЗКО из 347 школ в 11, Жамбылской – 10, Кызылординской – 13. В сельской местности в школах практически стоматологические кабинеты отсутствуют. Это привело к тому, что у 30% детей зубы, пораженные кариозным процессом, протекают с осложнениями и являются источниками одонтогенной инфекции. В структуре специализированных стационаров дети с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют от 45% до 55%. Среди очагов одонтогенной инфекции на первом месте (27,1%) находятся первые постоянные моляры [2]. Во всех последующих документах после Постановления Правительства РК №135 от 27.01.2001г [3] из перечня бесплатного гарантированного объема медицинской помощи гражданам, финансируемым за счет средств местного бюджета, «выпала» профилактическая помощь, оказание стоматологической помощи при острой боли, а ортодонтическая помощь стала платной. В связи с этим, во многих областях, где имелся недостаток местного бюджета, практически профилактика стоматологических заболеваний перестала финансироваться. Сегодня только в г. Алматы, на базе городской детской стоматологической поликлиники функционирует центр реабилитации врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН), который имеет статус городского (республиканского центра нет).

В настоящее время на оказание стоматологической помощи в рамках гарантированного заказа на 2009-2011 гг. выделяется не более 0,4 – 0,6% от общего бюджета на ГОБМП (менее 1 млрд. тенге), имеется значительный разрыв между государственными тарифами и реальной стоимостью (более, чем в 10 раз).

Таким образом, сокращение государственного финансирования здравоохранения сказалось на сокращении бесплатных стоматологических услуг.

Основным направлением реформ здравоохранения республики является изменение финансирования здравоохранения, что предусматривает переход бюджетно-затратного финансирования на принцип оплаты за фактически оказанную медицинскую помощь, разработку механизма финансирования между медицинскими учреждениями и КККМУ, развитие многоукладности системы здравоохранения, финансирование здравоохранения из

расчета на одного жителя и оплата дифференцировано за стационарную и другие виды медицинских услуг, а также при децентрализации управления на местном уровне важно сохранить организационную структуру сложившейся сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений на селе.

С учетом современных требований и для объективизации качества оказываемой стоматологической помощи сельскому населению Республики Казахстан нами разработан и внедрен новый вариант амбулаторно-поликлинического тарификатора стоматологических услуг.

Сегодня можно отметить, что в ходе реформы так и не были решены следующие задачи:

- своевременное образование горизонтали во взаимодействии учреждений здравоохранения в результате ломки вертикали;
- создание конкурентной среды, как для страховых организаций, так и для стоматологических лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности на основе внедрения рыночных механизмов регулирования и функционирования отрасли;
- повышение качества стоматологической помощи на принципах стандартизации и оптимизации методов диагностики и лечения;
- обеспечение гарантий и прав пациентов и работников стоматологического профиля;
- определение величины ресурсов, позволяющих стоматологическим организациям обеспечить стандарты стоматологической помощи сети, которую могут содержать органы здравоохранения;

Глубокий анализ содержания каждого из этих факторов позволит определить и обосновать приоритеты, стратегию и тактику в разработке комплекса мер, направленных на решение коренных задач, стоящих перед современной стоматологией.

*Литература:*

- 1 Мирзабеков О.М. //Обоснование стратегии развития стоматологической службы Республики Казахстан в рыночных условиях – Дисс. докт.мед.наук, 2001 – С.125-128.
- 2 Мирзабеков О., Зазулевская Л. Я., Куракбаев К. К., Седунов А. А., Супиев Т. К., Темирбаев М. А., Тулеуов К. Т., Уразалин Ж. Б. //“Организация стоматологической помощи в условиях реформирования здравоохранения. Разработка и внедрение новых отечественных методов и технологий в стоматологическую практику”-МАИ-2005
- 3 Постановление Правительства РК №135 «Об утверждении гарантированного объема медицинской помощи на 2001-2001 гг от 27.01.2001г.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРОВ ПРИ ОТСЛОЙКАХ СЕТЧАТКИ**

*Ш.А. Ескендинова  
Больница Управление делами Президента РК, Астана*

Полимеры – это соединения, в которых чередуются большое число атомных группировок (звеньев), соединенных химическими связями в длинные линейные или разветвленные цепи, а также в пространственные сетки. По происхождению полимеры подразделяют на природные (полиизопрены (каучук и гуттаперча), полисахариды (целлюлоза, крахмал, пектины), нуклеиновые кислоты, нуклеопротеиды и белки) и синтетические (эстрол, полиамид, ацетатный шелк и т.д.).

Начиная с середины XX века, при поражениях сетчатки и стекловидного тела стали применяться полимерные материалы, особенно при хирургическом лечении отслоек сетчатки. Первой и наиболее удачной операцией было «пломбирование» склеры кусочком пластмассы в проекции разрыва, выполненное E.Custodis в 1949г. Вышеуказанная операция, в дальнейшем, модифицировалась главным образом по части выбора материала для пломбы и техники укрепления последней на склере. И в настоящее время основным пломбировочным

материалом при оперативном лечении отслоек остаются полимеры, за счет таких преимуществ: возможностью подшивания силиконовой губки к склере при труднодоступных разрывах в области заднего полюса, возможности дозирования эффекта вдавления за счет её эластичности и степени натяжения фиксирующих её нитей, швов.

Несколько позже (1954-58гг), чем локальное пломбирование, в практику офтальмохирургии введено круговое вдавление склеры (серкляж) полиэтиленовой трубкой диаметром 1,27-2,08мм (Schepens С., Arruga Н.). За счет простоты выполнения и высокой эффективности операция быстро стала популярной, однако и при ней встречались осложнения в виде офтальмогипертензии и инфицирования губчатого материала серкляжных лент. Предпринимались также попытки временного вдавления склеры клипсой (Rosengren, 50-е гг) из металла; силиконовым баллончиком, раздуваемым и помещаемым в необходимую зону на склере до стойкого блокирования разрыва сетчатки (Hoepping 1967г; Lincoff и Kressig, 1979 г). Параллельно для поддавливания отслоенной сетчатки со стороны стекловидного тела применяли жидкие полимеры – силиконовое масло, гиалон и ПФОС (перфторорганические соединения) газообразные или жидкие. Минусы этих полимеров: в хрусталике, сетчатке, заднем эпителии роговицы очень длительно (более 2-3 месяцев) контактирующих с силиконом возникают необратимые дистрофические изменения (мутнеет хрусталик, страдает эндотелий роговицы, развивается преретинальный фиброз; в итоге повышается офтальмотонус), поэтому силикон обязательно удаляют из глаз, заменив изотоническим раствором хлорида натрия, луронитом, хонсурином, визитилом или геалоном. Для перфторкарбонатов допустимые сроки пребывания в глазу значительно меньше (максимально 3 недели). В лечении отслоек сетчатки с разрывами, локализующимися в нижней половине глаза используют (Genovesi-Ebert F., 2000г) комбинацию тяжелого силикона (1200сСт) и слабо-вязкого перфторкарбона (F6H8), удаляемых через месяц. Полное прилегание сетчатки – 83%. При гигантских разрывах сетчатки В.Н. Казайкиным (2000 г) рекомендуется проведение витрэктомии, введение в полость стекловидного тела витреопресса, эндолазерная коагуляция сетчатки в 4-6 рядов, переход к силиконовой тампонаде (замещение «тяжелых» ПФОС более «легким» силиконовым маслом, которое оставляют до трех месяцев). Затем завершают операцию полным удалением силикона из глаза. Полное прилегание при этой тактике – 90,9%.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

*М.Ж. Жакупбекова, Р. Бисенова  
Национальный медицинский холдинг,  
Акционерное общество «Республиканский диагностический центр»,  
г. Астана*

*Введение.* С введением рыночных отношений в здравоохранении все более актуальным становится вопрос качества медицинской помощи. При этом, в оказании медицинской помощи приоритет отдается не только тем показателям, которые отражают объем, результативность, произведенные затраты, но и удовлетворенность потребителя. Задача профессиональных медиков – обеспечить приемлемый уровень соответствия того, что пациенты хотят, и того, что им объективно необходимо.

Источниками такой информации могут служить как объективные данные государственной статистики демографического и медицинского характера, так и субъективные показатели, основанные на самооценках удовлетворенности медицинскими услугами [1]. И здесь особую ценность имеют данные, собираемые постоянно в режиме мониторинга в виде анкетирования. Кроме того, анкетирование как один из видов исследования, позволяет получать информацию сравнительно быстро и дешево. Опрос позволяет охватить наибольшее количество респондентов и получить более достоверные результаты [2].

Субъективная информация в процессе накопления информации становится объективной (количественной) характеристикой.

*Цель исследования:* Оценить мнения пациентов о качестве оказанных медицинских услуг в Республиканском диагностическом центре.

*Материалы и методы:* В Республиканском диагностическом центре Национального медицинского холдинга разработана и утверждена «Анкета по изучению мнения пациентов о качестве медицинских услуг, оказанных в АО «Республиканский диагностический центр». При разработке анкет преследовалась несколько целей, и одна из них: пациенты должны были почувствовать, что их мнение действительно служит для поддержания полезной обратной связи и может привести к реальному улучшению в медицинском обслуживании.

Качество представления медицинских услуг оценивается с трех классических позиций: качество структуры, качество процесса, качество результата.

Так, удовлетворенность пациентов традиционно оценивается по жалобам и письмам. В итоге мы получаем не объективные данные, а информацию только о крайних отклонениях в лечении больного и об отрицательном результате.

Действительную же ситуацию, которая включает как положительные, так и отрицательные моменты, могут обрисовать качественно-количественные данные, полученные при анкетировании [3].

Пациенты заполняют анкету, которая содержит 11 вопросов, касающихся организации приема пациентов, качества оказанных медицинских услуг, взаимоотношений пациента с врачами и средними медицинскими работниками, соблюдения санитарно-дезинфекционного режима. При этом для получения более объективной и сопоставимой информации при опросе важно подобрать правильную формулировку вопроса, касающегося именно качества оказанных медицинских услуг.

В анкетировании принимают участие пациенты, заканчивающие обследование в Республиканском диагностическом центре. Анкетирование анонимное и проводится системно и регулярно. За время работы Республиканского диагностического центра было разработано 3 варианта опросных листов, которые менялись в зависимости от актуальности задаваемых вопросов.

Количество респондентов ежемесячно составляет не менее 15% от всех законченных случаев. При обработке результатов анкетирования использовался метод количественного подсчета ответов по каждому вопросу и их удельного веса от общего количества опрошенных.

*Результаты и обсуждение.* На сегодня многие пациенты особенно нуждаются во внимании, духовной и психологической поддержке, уважительном отношении. И это не банальность- это такой же научный факт, как необходимость назначения антибиотиков при лечении пневмонии. В западных странах, придавая большое значение этому вопросу, в учебные программы включены такие вопросы как, например, обращение с пациентами. Поэтому, на обсуждение был вынесен такой вопрос: «Довольны ли Вы посещением к врачу?». Варианты ответов: да, нет, не совсем.

При отрицательном ответе респондента просили детализировать причину недовольства. Что именно Вас не удовлетворяет?

- излишняя поспешность в работе врача,
- недостаточное внимание к больным,
- нетактичное обращение врача с больным,
- врач не может расположить к себе больного,
- неуверенность врача в своих знаниях относительно данного заболевания,
- другие причины (материальное вознаграждение, несвоевременный прием по записи, опоздание врачей и др.).

Таблица - Результаты анкетирования (в %)

| Причины недовольства  | 2009 год | 2010 год |
|---|----------|----------|
| излишняя поспешность в работе врача   | 30,2     | 25,3     |
| недостаточное внимание к больному   | 39,8     | 37,1     |
| нетактичное обращение врача с больным   | 4,1      | 6,6      |
| врач не может расположить к себе больного   | 8,0      | 9,2      |
| неуверенность врача в своих знаниях относительно Вашего заболевания                                   | 11,8     | 16,8     |
| другие причины (материальное вознаграждение, несвоевременный прием по записи, опоздание врачей и др.) | 6,1      | 5,0      |



Рисунок - Причины недовольства посещением к врачу

После анализа анкетирования пациентов были приняты управленческие решения, организационные перестройки некоторых этапов обслуживания пациентов. По вопросу «Неуверенности врача в своих знаниях относительно заболевания» проводится постоянная, целенаправленная, системная работа.

Помимо вышеотмеченных в опроснике задаются вопросы по качеству оказанных медицинских услуг в диагностических отделениях, регистратуре, оценивается работа среднего медицинского персонала, соблюдение санитарно-дезинфекционного режима. Анализ анкетирования позволил увидеть недостатки и дефекты в работе.

**Выводы:** таким образом, анкетирование пациентов помогает ориентироваться в проблемных вопросах качества оказания медицинской помощи, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации.

*Литература:*

1. Шоранов М.Е., Батырбеков М.Т., Куценко И.Н., Альжанова А.Б. Стандарты медицинской помощи в здравоохранении. // Материалы международной научно-практической конференции «Значение и роль стандартизации в управлении здравоохранением». Астана 2008-8с.
2. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – С. 560, 976.
3. Шоранов М.Е., Бейсенбекова Г.К., Бексултанова Г.С. Методические подходы к изучению мнения пациентов о факторах, способствующих качеству медицинских услуг в Республике Казахстан // Методические рекомендации. - Институт развития здравоохранения Республики Казахстан. Астана-2009.-7с.,13с.

### ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОФИЛЬТРОВАННЫХ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

*Г.К. Картабаева  
ГКП на ПХВ «Центр крови», г. Астана*

**Введение.** В последние годы показано, что лейкоциты и их фрагменты, содержащиеся в донорских гемокомпонентах, оказывают многофакторное отрицательное действие на организм

реципиента. В частности, донорские лейкоциты могут являться источником нежелательных иммунологических эффектов, таких как HLA-аллоиммунизация, фебрильные негемолитические реакции, болезнь «трансплантат против хозяина», острое трансфузионное поражение легких. К тому же, они служат вектором переноса гемотрансмиссивных вирусов, в частности Т-клеточного лейкоза человека, Эпштейна-Барр, цитомегаловируса, а также теоретически-возбудителя болезни Крейцфельда-Якоба [1,2].

*Материалы и методы:* Лейкофильтрация или лейкоредукция - признанный во всем мире способ повышения безопасности переливания крови. Суть его заключается в том, что из донорской крови с помощью специального фильтра удаляются лейкоциты. Возбудители заболеваний, как правило, не плавают в крови в свободном виде- они фиксированы на ее клеточных компонентах, лейкоцитах или находятся внутри них, а значит могут удалены при фильтрации. Фильтр состоит из волокнистого вещества с определенным диаметром пор, которые задерживают лейкоциты, но пропускают мелкие эритроциты и тромбоциты. Переливание реципиенту свободных от лейкоцитов плазмы, эритроцитной массы и тромбоцитов снижает риск заражения теми или иными заболеваниями в сотни и тысячи раз.

Поскольку при хранении консервированной крови достаточно быстро наступает разрушение и фрагментация лейкоцитов, эффективность лейкофильтрации зависит от длительности и температурных условий хранения среды. Количество удаляемых лейкоцитов возрастает при сокращении времени заготовки и удалением. Раннее удаление лейкоцитов не усиливает размножения бактерий, присутствующих вовремя заготовки и может уменьшать вероятность значительного бактериального загрязнения. Лейкофильтрация более эффективна, если кровь хранилась при комнатной температуре не более 2 часов. Можно лейкофильтровать отдельные компоненты: эритроцитов, плазму, тромбоцитов. В основном применяется лейкофильтрация цельной консервированной крови.

Удаление лейкоцитов из эритроцитсодержащих сред, плазмы и концентрата тромбоцитов широко применяется для профилактики лейкоцитопосредованных побочных эффектов, особенно у трансфузиозависимых пациентов. Небольшое содержание жизнеспособных лейкоцитов, особенно Т-лимфоцитов, в СЗП при определенных клинических ситуациях, когда требуются большие объемы трансфузий свежзамороженной плазмы (например, при плазмаобмене), может создавать реальные предпосылки возникновения лейкоцитопосредованных побочных реакций у реципиентов.

По стандарту Совета Европы и Правилам заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов Республики Казахстан содержание лейкоцитов в гемокомпонентах должно быть не выше  $1 \cdot 10^6$  в дозе, что предотвращает HLA-аллоиммунизацию, фебрильную посттрансфузионную реакцию [3,4].

Часто используется метод приготовления донорской плазмы, обедненной лейкоцитами, основанный на фильтрации цельной консервированной крови и последующем ее фракционировании на гемокомпоненты.

*Результаты и обсуждение.* Доказано, что профильтрованные эритроциты по всем показателям не только не уступают, но и по морфологии, уровня гемолита, а также содержанию АТФ являются более полноценным по сравнению с эритроцитной массой, не подвергавшейся лейкодеплеции. Доказательством пригодности для трансфузии хранившейся до 21 суток лейкофильтрованной эритроцитной массы служит высокое содержание в эритроцитах АТФ- основного показателя их жизнеспособности и метаболического потенциала. Следует также указать, что в лейкофильтрованной эритроцитной массе не образуются микросгустки, что имеет немаловажное клиническое значение.

Для решения вопроса о сохранности биологических свойств профильтрованной плазмы наряду со степенью задержки лейкоцитов исследованы содержание в ней общего белка и его фракций, а также основные плазменные показатели свертывающей системы крови. Доказано, достоверных различий в содержании общего белка и его фракций до и после фильтрования не выявлено. А также уровень показателей лабильных факторов свертывания в плазме оставался стабильным и не отличался от таковых в плазме до фильтрования. В плазме, полученной из

фильтрованной крови, выявлено более низкое содержание некоторых биологически активных веществ, в частности гистамина, эозинофильных катионовых белков и миелопероксидазы.

**Выводы:** По данным зарубежных авторов, в странах, применяющих фильтрационные технологии число инфекционных осложнений после гемотрансфузий уменьшилось в тысячу раз.

Внедрение в практику метода лейкофильтрации открывает перспективы значительного увеличения заготовки и применения, а также снижения себестоимости обедненных лейкоцитами компонентов крови для эффективной профилактики иммунологических и инфекционных гемотрансфузионных осложнений.

*Литература:*

1. Чечеткин А.В, Кононеко С.Н, Кузьмин Н.С, «Лейкофильтрация свежзамороженной плазмы в производственной трансфузиологии», Трансфузиология №2, 2004 г. стр.39-47
2. Мельникова В.Н, Плешаков В.Т Селиванов Е.А. Г.Ю.Кириянова, Н.М.Шишов «Новый эффективный метод лейкодеплеции эритроцитной массы и плазмы консервированной крови» Трансфузиология 2004 г. стр. 36-43.
3. Мельникова В.Н. Плешаков В.Т.Селиванов Е.А. Беляева З.П. «Лейкофильтрация крови и ее компонентов: теоретические и практические аспекты» Вестники службы крови России.2003.-№1.-стр.21-24
4. Максимов В.А. «Инфекционная безопасность крови и ее компонентов» Техническое руководство ААВВ, стр.217. Российское издание 2000 г.

## ЭПИЛЕПСИЯ

*Б.С. Кененбаева*

*«Республикалық балалар оңалту орталығы» АҚ, Астана қ.*

Эпилепсия (қояншық ауруы) - бұл сөз грек тілінен аударғанда «epilambanein» – «құстаймын», «шабуыл жасаймын» деген мағынаны білдіреді. Бұған дейін орыстар «құлаушы» (падучая) деп атаған, мұның себебі ұстама кезінде адам есінен танып, құлайды. Осындай адамдарды «құдайдан жәбір көргендер» деп санаған.

Сондықтан, халық арасында осындай ауруларға тек шыдамдылықпен ғана қарамай, оларды қорғап, қамқорлық жасаған. Бұл ауру жайында «жын шайтан қапсыра құшақтап алған» деген де ұғым болған. Осы ауруларды XVIII ғасырда Қазақстанда тәуіптер, бақсылар, денгерлер, киелілер, дуаналар емдеген. Олар дұғамен, әнмен, домбыра мен қобызда ойнап, шөптерден жасалған дәрілерді қолданды. Ал XIX ғасырдың екінші жартысында «қояншық ауруын» психоневрологиялық диспансерлерде емдеу басталды.

Эпилепсия (қояншық) - ұзақ мерзімді ми ауруы, жиі қайталанатын ұстамалы ауру және психиканы бұзады (есінен танып, барлық бұлшық еттері күрт тоникалық-клоникалық түрде жиырылады).

Эпилепсия тырысулары ми қыртысындағы клеткалардағы қозу және тежелу процесінің бұзылуынан пайда болады. Ми топтас, тығыз байланған нерв клеткаларынан құралған. Невр клеткалары сезім мүшелерімен қабылданған қозу процесін өзгертеді, сосын электр серпін түрінде одан әрі таралады.

Эпилепсиялық тырысуларын электр разрядымен салыстыруға болады (табиғаттағы найзағай сияқты).

Қазіргі уақытта экономикасы дамыған әлем елдерінде қояншық ауруының санының өсуі байқалады 100.000 халыққа 45-50 аурудан келеді, ал дамып келе жатқан елдерде екі есе көп. Бұл санға бір рет болатын тырысулар мен 5% балаларда кездесетін фебрильдік тырысулар кірмейді.

Қояншық ауруының таралуы әрбір жас топтары бойынша 5% құрайды, ендеше әрбір 20 - тұрғын бұл ауруды өмірінде басынан өткізеді. Бұл аурудың жиілігі балалар арасында 1,2 % құрайды. Қазіргі замандағы емдеу түрлері тек 60-70% ауруларды бақылауға мүмкіндік береді, өкінішке орай 30% ауруларды бір қалыпта ұстау мүмкін емес. Қояншық ауруының 70-80% емдеуге болады, ал кейбір түрлері 13-15 жаста өздігінен тоқтайды.

Эпилепсияның бірнеше факторлары болуы мүмкін. Үлкен факторларының бірі тұқым қуалаушылық. Тұқымда бір адам қояншық ауруымен ауыратын болса, сол жанұяның ішінде бала қояншық ауруымен ауруы мүмкін, бірақ эпилепсияны тұқым қуалаушылық ауру деп санауға болмайды. Бұл ауру генетикалық және басқа да факторлардың әсерінен туындауы мүмкін.

Кейбір қояншық ауруының формалары симптоматикалық деп аталады. Симптоматикалық эпилепсияның туындау себебі: бас ми жарақаты, туа біткен анатомиялық жетілмеуі, жатырдағы инфекция, хромосомдық синдромдар, зат алмасуының тұқым қуалаушылық аурулары, босану кезінде орталық нерв жүйесінің жарақаттануы, нерв жүйесінің инфекциясы, ісіктер.

Қояншық ауруының басқа да аурулардың түрлерімен байланысы бар, соның ішінде балалар церебралды салдануымен де. Балалар церебралды салдануымен (БЦС) ауыратындарда қояншық ауруының жиілігі 19-33% құрайды.

БЦС-балаларды оңалтуда тек қана клиникалық жағдайы қарастырылып қоймай сонымен қатар тырысуларға да зор мән беру қажет. Балалар церебралды салдануында ЭЭГ әртүрлі бейне береді және анықталған аномалиялар бұл ауруда спецификалық болып саналмайды.

БЦС-ның гемипаретикалық түрінде латеральды өзгерістер кездеседі. Атонико-астатикалық түрінде бипаретикалық баяу толқындар анықталады, ал спастикалық диплегия түрінде жайылмалы жылдам толқындар немесе моноритмикалық гиперсинхронды баяу толқындар көптен кездеседі.

Тұрақты, жайылмалы өте баяу толқындардың болуы, екі жақты гемиплегия кезінде ЭЭГ-да ауыр бейне түрінде көрінеді.

БЦС-ның гиперкинетикалық түрінде ЭЭГ-да өте жеңіл өзгеріс көрсетіледі.

Әр болған тырысуды эпилепсия ауруы деп санауға болмайды. Кейбір жағдайларда тырысу болуы мүмкін: ол дене қызыуының жоғарлауынан кейін, егуден кейін, бас-сүйек-ми жарақатынан кейін, инфекциялардан кейін (мидың қабынуы, ми қабығының қабынуы). Бірақ бұл жағдайлардың барлығы эпилепсия ауруына ауыспайды.

Соның ішінде фебрильдік түрі дене қызыуының жоғарлауына байланысты туындайды. Ол үш айдан бес жас аралығындағы балаларда жиі болуы мүмкін. Балалар популяциясында фебрильдік тырысулар жиілігі 3-5% кездеседі. Фебрильдік тырысулардың прогнозы жақсы: 5-6 жастан кейін ол өз бетімен жоғалады.

Клиникалық диагнозін дұрыс қою үшін ата-аналар дәрігерге қандай хабар беру керек?

Дәрігер бала ауруының басталғанын көре алмайды, сондықтан ата-аналардың, туысқандардың міндеттері:

Аурудың белгілерін көру, қай жаста эпилепсиялық ұстаманың пайда болғаны, ұстаманының мінезі (бас, көз жағдайы, қол аяқтарының қимыл-қозғалыстары, жиілігі, дененің әлсіздігі, бет түрінің бұзылуы, көз қарашағының көлемінің ұлғаюы, ұстаманың басталуы (бірқалыпты, созылмалы), ұстаманың ұзақтылығы (секунд, минут).

Қояншық ауруы күтпеген жерде басталады, кейбір аурулар алдын-ала бірнеше сағат бұрын мазасызданады, басы айналады, мінезі өзгереді, ұйқысы бұзылады.

Аурудың ұстамасы аурадан (леп соғу) басталады. Аураның ұзақтығы бірнеше секундқа созылады. Аура сезіну қабілеттерінен көрініс табады:

- Денелік сезімдері (қол-аяқтарының ұйып қалуы, шаншу, қимылдауының сезінуінің төмендеуі).
- Көру сезімдері (қысқа уақытқа көру қабілетінің айырылуы, көз алдында жарық көру, заттардың үлкеюі, кенеюі, шенберлерді көруі, аңдарды көз алдында елестетуі).
- Есту сезімдері (дыбыс, дауыс, ысқырық, сықырлауды есту, өлен есту).
- Иіс сезімдері (өсімдік, гүл, ірің иістерін сезу).
- Дәм сезімдері (ауыз ішінде қышқыл, тәтті, тұзды, ашы дәмді сезіну).
- Іштің ауруы.
- Психосенсорлық сезімдері (қорқыныш, мазасыздану, күлу).



Аура әр ұстаманың алдында болады. Аурадан кейін ұстама басталады, сонда ауру не жатқысы, не отырғысы келеді.

Эпилептикалық ұстамалардың ерекшеліктері қандай?

Қояншық ауруын екі түрге бөледі: парциальды және жайылмалы (генерализованные).

Парциальды (фокальды, ошақты) ұстама – үлкен ми қыртысының бір немесе бірнеше аймағында патологиялық процесстің клиникалық және электрофизиологиялық түрінде көрініс табуы. Парциальдық ұстамаларының түрлері: жай парциальдық, күрделі парциальдық.

Жайылмалы (генерализованные) ұстамасы – үлкен ми қыртысын патологиялық процесстің клиникалық және электрофизиологиялық түрінде көрініс табуы. Жайылмалы (генерализованные) ұстамасының түрлері: тоникалық-клоникалық, тоникалық, клоникалық, миоклоникалық, атоникалық, абсанстар.

Ұстаманың ұзақтылығы қандай?

Қысқа мерзімде болған ұстамалар ағзаға зақым келтірмейді және жойылып кетуі мүмкін. Егер ұстамалар жиі қайталана берсе және ауру есін жинай алмаса, онда қояншықтық жағдайы өмірге қауіпті, сондықтан дәрігердің көмегін қажет етеді. Ал ауру ұстамалардың арасында есін жинап алса, бұл сериялық ұстамалар деп аталады.

Қояншық ауруын қандай тексеру әдістерімен зерттейді?

Қояншық ауруын анықтау үшін тексеру әдісінің біреуі – электроэнцефалография. ЭЭГ - мидың қалыптық және патологиялық қызметін көрсетеді.

Ұстамасы бар балаға ЭЭГ жасау арқылы екі негізгі мақсатты анықтауға болады:

1. Ұстаманың түрлерінің электроэнцефалографиялық сипаты (жамылмалы немесе парциальдық).

2. Емдеудің дұрыс жүргізілуі.

Сонымен қатар, осы әдіс арқылы мидағы аурудың түрін және оның қай жерінде екенін анықтап табуға болады.

Қояншық ауруын емдеудің негізгі принциптері қандай?

- Бір дәрімен емдеу (монотерапия).
- Жүйелі (үзіліссіз).
- Ұзақ уақыт және үнемі (3-5 жыл).
- Жеке тұлға ерекшеліктеріне байланысты.

Емдеу процесі қояншық ауруының түрі мен дәрігердің қойған диагнозына байланысты жүргізіледі. Дәрігер дәрінің мөлшерін міндетті түрде әр адамның ерекшеліктерін ескере отырып тағайындайды. Бір дәріні екіншіге ауыстыруды, оны көбейтуді немесе азайтуды біртіндеп, ұқыпты жүргізеді. Ұстамасы аяқталғаннан кейін де баланы 3-5 жыл бақылауда ұстап, ЭЭГ арқылы тексеріп тұру керек.

Ұстамасы басталған кезде баласына ата-анасы қалай көмек көрсету керек?

Оның бірнеше ережесі бар:

1. Аурасы басталған кезде баланы арқасына жатқызу (төсекке немесе еденге), денесінен қысағын киімдерді шешу, түймелерін ағыту.
2. Баланы өткір бұрыштардан, судан, оттан қорғау.
3. Сілекеймен аспирациялық тұншығудан сақтау үшін баланың басын қырынан салу қажет.
4. Бала құсқан кезде қырынан ұстап немесе жатқызу.
5. Жақ сүйегінің арасын ашу үшін қасық пен шпатель қолдануға болмайды.
6. Ауыз арқылы сұйық дәрі беруге болмайды.
7. Ұстамасы аяқталғанша баланың қасында болу.
8. Баланы ұстамадан кейін қозғамай, ұйқысы келсе ұйықтату керек.

*Литература:*

1. И.И. Илешев «Психиатрия». М: 1999.- С. 145-187.
2. А.А. Сулейменов, М.И. Исамбаев «Медициналық анықтама».
3. М.Ю. Никанорова, Е.Д. Белаясова, П.А.Темин «Ваш ребенок болен эпилепсией». М: 2002. – С. 32-45.
4. М.М. Лепесова, Г.К. Таирова. Медицина. 2004.- №5.- С. 15-25.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЦЕФТРИАКСОН В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Ш.К. Кожанова, Т.А. Амренова  
Павлодарская областная больница им. Г. Султанова,  
Павлодарская городская поликлиника № 1*

*Введение.* Пневмония среди заболеваний органов дыхания составляет значительную долю. В последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости пневмонией с 3-5 до 14-16 на 1000 населения в год и обусловленной ими летальности. Отмечается возрастание смертности от пневмонии: по данным разных авторов смертность от нее составляет от 2-3 до 50%.

По оценке национального статистического агентства РК в стране смертность от болезней органов дыхания занимает 4-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, травм, отравлений и несчастных случаев, причем около 50% из них составляет смертность от пневмонии.

В последние годы наблюдается тенденция к нарастанию частоты возникновения тяжелых форм пневмонии, протекающих в виде вялотекущих форм, с 2-5 до 30-40%, что обуславливает трансформацию пневмонии в хроническое неспецифическое заболевание легких [1].

Пневмония - группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации [2].

1. Внебольничная (приобретенная вне лечебного учреждения) пневмония (синонимы: домашняя, амбулаторная).
2. Нозокомиальная (приобретенная в лечебном учреждении) пневмония (синонимы: госпитальная, внутрибольничная).
3. Аспирационная пневмония.
4. Пневмония у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).

Внебольничная пневмония (ВП) - это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях - то есть вне стационара или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода, отделениях длительного медицинского наблюдения  $\geq 14$ , сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками "свежих" очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы [3].

К числу осложнений ВП относятся :

- а) плевральный выпот (неосложненный и осложненный);
- б) эмпиема плевры;
- в) деструкция (абсцедирование легочной ткани);
- г) острый респираторный дистресс-синдром;
- д) острая дыхательная недостаточность;
- е) септический шок;
- ж) вторичная бактериемия, сепсис, гематогенные очаги отсева;
- з) перикардит, миокардит;
- и) нефрит и др. [3].

При этом особое значение (в том числе и с точки зрения планируемой антибактериальной терапии) имеют гнойно-деструктивные осложнения заболевания.

У госпитальных пациентов более тяжелое течение ВП, поэтому целесообразно начинать терапию с парентеральных антибиотиков. При тяжелой ВП назначение антибиотиков должно быть неотложным (категория доказательств В); отсрочка в их назначении на 4 ч и более существенно ухудшает прогноз [2,3].

Препаратами выбора являются внутривенные цефалоспорины III поколения или ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавуланат) в комбинации с макролидами для внутривенного введения (эритромицин, кларитромицин, спирамицин, азитромицин).

Указанные комбинации перекрывают практически весь спектр потенциальных возбудителей (как типичных, так и "атипичных") тяжелой ВП.

Из препаратов группы фторхинолонов предпочтение следует отдавать респираторным фторхинолонам (левофлоксацин, моксифлоксацин), которые вводятся внутривенно. Они обладают действием практически на весь спектр возможных возбудителей. Более надежной является комбинация с цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) [2].

При нетяжелой ВП антибактериальная терапия может завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела (в течение 3-4 дней). При таком подходе длительность лечения обычно составляет 7-10 дней.

При тяжелой ВП неуточненной этиологии рекомендован 10-дневный курс антибактериальной терапии (категория доказательств С). В эти же сроки обычно наблюдается исчезновение лейкоцитоза.

В случае наличия клинических или эпидемиологических данных о микроплазменной или хламидийной этиологии ВП продолжительность антибактериальной терапии должна составлять 14 дней.

Более длительная терапия показана при ВП стафилококковой этиологии или ВП, вызванной грамотрицательными энтеробактериями - от 14 до 21 дня (категория доказательств С).

При указании на легионеллезную пневмонию длительность антибактериальной пневмонии составляет 21 день (категория доказательств С).

*Цель исследования:* оценить эффективность препарата ЦЕФ - III (цефтриаксон) компании "SANTO" в лечении внебольничных пневмоний (ВП).

*Материалы и методы:* Препарат ЦЕФ - III (цефтриаксон) - цефалоспориновый антибиотик 3 поколения, который характеризуется уникальным набором свойств: применение 1 раз в сутки, стабильная концентрация свыше 24 часов, широкий спектр антибактериального действия (грам +, грам -, анаэробы, аэробы), высокое проникновение в ткани.

Схема проводимой терапии была следующей:

ЦЕФ - III (цефтриаксон) 2,0 грамма разводился 1% раствором лидокаина, вводился в/м или в/в струйно медленно на 0,9% NaCl 20,0 один раз в сутки в течение 10 дней.

*Результаты и обсуждение.* Под наблюдением находилось 39 больных с ВП. Из них мужчин 21, женщин 18, средний возраст которых составил 37,2±0,9 года. Диагноз заболевания устанавливали на основании клинического, рентгенологического, функционального, лабораторного методов обследования (в соответствии с протоколами диагностики и лечения забо- леваний РК).

Ряд больных ВП имел осложнения в виде абсцесса легкого, легочной эмфиземы, инфицированные бронхоэктазы, эмпиема, панбронхиолит.

На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение, соответствующее критериям достаточности антибактериальной терапии ВП:

- Температура <37,5°C
- Отсутствие интоксикации
- Отсутствие дыхательной недостаточности (частота дыхания менее 20 в минуту)
- Отсутствие гнойной мокроты
- Количество лейкоцитов в крови <10-10<sup>9</sup>/л, нейтрофилов <80%, юных форм <6%
- Отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.

Эффективность применения ЦЕФ - III наблюдали у 98,1% больных с ВП, в 93,3% с абсцессом легкого, в 72,4% у больных инфицированными бронхо- экстазами, в 100% с легочной эмфиземой, с эмпиемой 87%. В целом клиническая эффективность антибиотика наблюдалась у 83,4% больных.

При применении антибиотика ЦЕФ - III не наблюдалось выраженных побочных реакций.

*Выводы:* Применение в комплексном лечении тяжелых внебольничных пневмоний антибиотика ЦЕФ - III (SANTO) подтверждает его широкую клиническую эффективность:

- широкий спектр антимикробной активности (грам+, грам-, анаэробы и аэробы)
- может назначаться в качестве средств 1-го ряда при эмпирической терапии тяжелых пневмоний различных локализаций.

Эффективность в режиме монотерапии - высокое проникновение препарата в ткани, сохранение бактерицидных концентраций в течение 24 часов и хорошая переносимость.

#### *Литература*

1. Чучалина А.Г. Клинические рекомендации. Пульмонология. Под ред. ГЭОТАР Медиа, 2006. - 225 с.
2. Протоколы диагностики и лечения заболеваний (для организаций, оказывающих стационарную помощь). Апматы, 2007.
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Москва, 2005. - 66 с.

## **ВЛИЯНИЕ МИКОПЛАЗМОЗА НА БЕРЕМЕННОСТЬ**

*А.Р. Куразова*

*Городской родильный дом, Мангыстауская обл., г.Жанаозен*

*Введение.* До настоящего времени не сформулирован четкий ответ на вопросы о роли генитальных микоплазм в перинатальной заболеваемости, тактике ведения беременных при их обнаружении [1,2,3].

*Цель исследования:* оценить влияние микоплазменной инфекции на течение и исход родов у беременных.

*Материал и методы.* Проведен проспективный анализ течения беременности и родов у 33 беременных с микоплазменной инфекцией. Дополнительно всем беременным определены другие заболевания передающиеся половым путем. Выделены 2 группы исследования. 1-ая группа – 22 беременные с микстинфекцией, 2-ая группа – 11 беременных с микоплазмозом.

*Результаты и обсуждение.* Возраст беременных – от 18 до 35 лет, старше 30 лет – 9,1% и 33,4% соответственно ( $p<0,05$ ). Значительное число женщин страдали хронической экстрагенитальной патологией (эндокринной – 9,1% и 36,4%, заболеваниями почек – 12,7% и 27,3%, дыхательной системы – 11,6% и 18,4%). При изучении гинекологического анамнеза у беременных обеих групп выявлены нарушения менструального цикла у 13,6% и 18,2%, заболевания шейки матки у 100%, ИППП и неспецифический кольпит у 63,6% и 45,5% соответственно. В группах исследования преобладали первородящие (81,8% и 90,9%) беременные. С отягощенным гинекологическим анамнезом соответственно 27,7% и 20% случаев. При анализе течения беременности угроза прерывания до 12нед отмечена в 22,7% и 36,4% случаев, в 13-20нед – 36,4% и 27,3%, в 21-28нед беременности – 27,3% и 18,2% и после 28нед – 40,9% и 18,2% ( $p<0,05$ ) у женщин в обеих группах. Рецидивы угрозы с неоднократными госпитализациями отмечены у каждой третьей пациентки.

Лечение микоплазменной инфекции проводилось антибактериальными препаратами [4,5]: ровамицином у 54,5% и 36,4%, эритромицином у 36,4% и 36,4%, не проводилось – у 4,5% и 27,3% в 1 и 2 группах в связи с их отказом. Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) выявлена у 13,6% и 9,1%, многоводие у 13,6% и 18,2%, маловодие у 13,6% и 9,1%. Срочные роды зарегистрированы у 90,1% и 100% беременных соответственно. Процент преждевременных родов составил 9,1% и 0%. В 1 группе ЗВУР плода отмечен в 13,6%,

асфиксия легкой степени у 18,2%, асфиксия средней степени у 4,5%. Во 2 группе беременных ЗВУР плода, асфиксий при рождении не зарегистрировано. Перинатальной смертности в обеих группах отмечено не было.

*Выводы.* Таким образом, своевременное лечение инфекций позволило предотвратить различные перинатальные осложнения. Исследование подтвердило необходимость комплексного подхода [3,4,5]. к диагностике и лечению микоплазмоза у беременных с моно- или микст-инфекцией.

#### *Литература*

1. Башмакова М.А., Савичева А.М. Генитальные микоплазмы и микоплазменные инфекции // Трудный пациент. — № 2. — Т. 4. — 2006. — С. 24–30.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. — М.: Медпресс-информ, 2007. — 464 с.
3. Кисина В., Прилепская В., Соколовский Е., Савичева А. и др. Роль микоплазм в урогенитальной патологии // Врач. — 2007. — № 2 — С. 2–6.
4. Прилепская В.Н., Кисина В.И., Соколовский Е.В., Савичева А.М. и др. К вопросу о роли микоплазм в урогенитальной патологии // Гинекология. — 2007. — 9(1). — С. 31–38.
5. Ary O.P, Tong C.Y.W., Hart C.A. et al. Is *Mycoplasma hominis* a vaginal pathogen? // Sex. Transm. Inf. — 2001. — Vol. 77. — P. 58–62.
6. Kong F., Zhang X. Detecting *Mycoplasma hominis* and *Mycoplasma genitalium* in the urogenital tract // Chung Hua. I. Hsueh Tsa. — Chih. — 1997. — Vol. 77. — N 2. — P. 94–96.

## **ЛЕЧЕНИЕ МИКОПЛАЗМОЗА У БЕРЕМЕННЫХ**

*А.Р. Куразова*

*Мангыстауская обл., Городской родильный дом, г. Жанаозен*

*Введение.* В последние годы повсеместно наблюдается резкий рост заболеваемости различными инфекциями, в том числе и мико-уреаплазменной. Несмотря на существенные успехи в их диагностике и лечении, эти инфекции остаются весьма значимыми в структуре акушерской патологии и перинатальной заболеваемости, и смертности [1,2,3]. Актуальность обусловлена трудностью лечения во время беременности, наличием смешанных форм инфекции; малосимптомным или бессимптомным течением заболевания и отсутствием связи между тяжестью инфекционного процесса у матери и инфицированием плода [4,5,6].

*Цель исследования.* Учитывая, что микоплазмы являются проводниками вирусов, нами предпринята попытка оценки эффективности лечения макролидами и с использованием противовирусных препаратов. Лечение проводилось со 2 триместра беременности. Антибактериальная терапия назначалась соответственно стандартам – макролидами в среднетерапевтических дозировках, комбинированное лечение, помимо антибиотиков, включало современные противовирусные препараты [3,4].

*Материалы и методы.* Под наблюдением находилось 60 беременных женщин с микоплазменной инфекцией, подтвержденной ИФА и/или ПЦР диагностики. Обследованные беременные разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – 30 беременных, получавших наряду с антибактериальной противовирусные препараты; 2-я группа (сравнения) – 30, получавших только антибиотики.

Оценка эффективности предложенной терапии проводилась путем сравнительного анализа (до и после лечения), данных клинико-лабораторных исследований, результатов функциональных методов исследования фето-плацентарной системы, течения и исхода настоящей беременности, а также состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде.

*Результаты и обсуждение.* Наиболее часто среди ЭГП встречались как в основной, так и сравнительной группах хронические заболевания мочевыделительной системы (66,7% и 60,0%, соответственно). Среди гинекологических заболеваний у пациенток основной №1 и сравнительной №2 группы отмечен высокий показатель частоты воспалительных

заболеваний матки и придатков, который составил 53,3% и 36,7%, соответственно. При этом в 33,3% наблюдениях имело место сочетание воспалительных заболеваний придатков матки и эрозии шейки матки. Наиболее частым осложнением на ранних сроках беременности в обеих группах явилась угроза прерывания беременности. Угрожающий выкидыш в I триместре диагностирован у 20 (66,7%) женщин 1-ой группы и 73,3% во 2-й группы. Во втором триместре беременности угроза прерывания беременности отмечалась соответственно у 5 (16,7%) пациенток 1-й группы и 10 (30,0%) - 2-й группы. В III триместре беременности угроза преждевременных родов наблюдалась у 1 (3%) женщин 1-й и 5 (16,7%) женщин 2-й группы.

Таким образом, клинические признаки угрозы прерывания в I триместре беременности, а также частота угрозы прерывания беременности и ее рецидивы отмечены в 2 раза чаще у пациенток сравнительной группы, что достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем во 2-й группе. Признаки задержки внутриутробного плода, по данным ультразвукового исследования выявлены в 3 случаях в группе сравнения. Во всех случаях гипотрофия была ассиметрического типа. Для оценки состояния внутриутробного плода проводилось кардиотокография. В целом кардиотокограмма плода была в норме у 35 (57,4%) беременных, признаки внутриутробного страдания плода выявлены у 25 (42,6%) пациенток. Изучение исходов беременности показало, что в основной группе во всех наблюдениях произошли своевременные роды, тогда как в сравнительной группе частота своевременных родов составила 90,0%, в 10% наблюдениях беременность завершилась преждевременными родами.

*Заключение.* Таким образом, улучшение клинического состояния пациенток, положительное воздействие на течение и исход беременности, а также состояния новорожденных свидетельствуют о том, что предложенная комплексная терапия с включением противовирусных препаратов является высокоэффективными при лечении микоплазменной инфекции у беременных.

#### *Литература*

1. Айламазян Э.К., Потин В.В., Тарасова М.А. и др. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Под ред. Э.К. Айламазяна. — М.: Медпрессинформ, 2006. — 491 с.
2. Башмакова М.А. Микоплазменные инфекции генитального тракта человека // Вестник АМН СССР. 1991.—С. 13–16.
3. Инфекции в акушерстве и гинекологии /Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. — М.: Медпресс-информ, 2007. — 464 с.
4. Прилепская В.Н., Кисина В.И., Соколовский Е.В., Савичева А.М. и др. К вопросу о роли микоплазм в урогенитальной патологии // Гинекология. — 2007. — 9(1). — С. 31–38.
5. Calleri L., Taccani C., Porcelly A. Ureaplasma urealyticum vaginosis and premature rupture of membranes. What it is role? //Minerva Gyneol. — 2000. — Vol. 52. — P. 49–58.
6. Kong F., Zhang X. Detecting Mycoplasma hominis and Mycoplasma genitalium in the urogenital tract // Chung Hua. I. Hsuch Tsa. — Chih. — 1997. — Vol. 77. — N 2. — P. 94–96.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ КАДРОВОГО РЕСУРСА В ЛПУ – ПУТЬ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

*Р.З. Магзумова, А.А. Дубицкий, С.Ж. Ильясов  
АО «Медицинский университет Астана»  
АО санаторий «Ок-Жетпес»*

Современная система управления здравоохранением предусматривает рациональное использование имеющихся ресурсов. Оптимизация кадрового ресурса должна концентрироваться не в общем отрасли здравоохранения, а непосредственно в каждой медицинской организации, формируя интеллектуальный и организационный капитал [1].

В мировой истории сменились четыре концепции роли кадров в организации: первая - использование трудовых ресурсов; вторая - управление персоналом; третья - управление человеческими ресурсами; четвертая - управление человеком [2].

Весь цивилизованный мир ориентирован на четвертую концепцию, а наши отечественные медицинские организации еще ориентированы на первую и вторую. В итоге - высокая текучесть кадров, что подтверждает инертность кадровой службы и отсутствие системного подхода в управлении.

Используя правила системного подхода эффективность управления может быть обеспечена лишь в результате совместного функционирования целого коллектива [3]. *Объектом управления* является весь персонал учреждения, так как только весь трудовой коллектив удовлетворяет требованию сохранения единства цели и поддержания основного свойства системы. Напрямую с персоналом работают только заведующие структурными подразделениями и сотрудники отдела кадров. Поэтому, ключевым субъектом в управлении коллективом являются заведующие структурных подразделений, которые непосредственно работают с сотрудниками отделения, и через них воздействуют на весь персонал ЛПУ. Кроме того, руководство персоналом осуществляют сотрудники отдела кадров. В настоящее время кадровая служба большинства ЛПУ выполняет работу технического и информационно-учетного характера. Одной из главных задач службы отдела кадров является работа по непрерывному развитию медицинского персонала, которая должна осуществляться по двум направлениям: общее развитие - формирование у персонала общих ценностей, полное раскрытие личностного потенциала, формирование корпоративной культуры учреждения и профессиональное развитие - непрерывное совершенствование профессиональных знаний. Одним из эффективных методов - это корпоративное обучение которое позволит решить задачи: повышение качества медицинских услуг за счет роста квалификации персонала; повысит эффективность внутригрупповых отношений; позволит формировать организационную культуру и ценности.

Проведенные нами исследования организационной диагностики в АО «ННЦМД» на уровне внутригрупповых отношений: показали в неблагоприятный психологический климат (89%); данные по персоналу АО «ННЦМД», выявили преобладание женского коллектива, над мужским, с увеличением динамики соотношения вспомогательного персонала по отношению к производственному, что нежелательно для медицинской организации. Отмечено превалирование персонала в возрасте от 30-49 лет, которое является самым трудоспособным слоем населения. Изучая важные качественные показатели персонала – квалификационные характеристики – определили, что работающих врачей имеющие вторую категорию несколько больше, чем врачей первой и высшей категории. На долю ДМН и КМН приходится около трети от всех врачей. Сравнивая с учеными степенями, наибольшая доля приходится на врачей с высшей, первой и второй категориями. Среди среднего медицинского персонала наблюдается преобладание медицинских сестер первой категории. Также, изучая стаж сотрудников АО «ННЦМД», было выявлено то, что около половины медицинского персонала работают со стажем 11-20 лет. Это неплохо для медицинской организации существующей почти три года.

Недоучет качественной отрасли составляющей кадрового потенциала чреват серьезными последствиями для всей системы охраны здоровья граждан. Не использованные в настоящее время внутриотраслевые резервы (возможности) в кадровой работе в ближайшем будущем могут превратиться в дестабилизирующие, а возможно, и деструктивные факторы развития системы общественного здравоохранения [4].

#### *Литература*

1. Митин А.Н. Кадровая политика и ее новые ценности. Екатеринбург: УрАГС, 2000.
2. Норберт Том Тенденции и перспективы развития управления персоналом. URL: <http://www.hrinform.ru/articles/tphr.shtml>
3. Сибурина Т.А. Современные стратегии организации управления региональным здравоохранением: методологические подходы, перспективные технологии. М., 2003. 344с.
4. Сибурина Т.А., Блохина Т.П., Камынина Н.Н., Данилова Н.В. Развитие системы управления персоналом в организациях здравоохранения. М.: Агар, 2008. 146с.

## **КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

*Е.А. Наконечникова*

*ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г.Астана*

Кризисные психотерапия и психология – относительно новые, но очень интенсивно развивающиеся сферы психологической практики. Своим возникновением они обязаны различного рода техногенным катастрофам, различного рода авариям, военным действиям, террористическим актам, происходящим в условиях мегаполиса при большом скоплении людей. Исследования психологического состояния людей, переживших такого рода катастрофы или были их свидетелями, показывают, что у людей происходят различные нарушения психики: постстрессовые расстройства, нарушения адаптации, нарушения моторики, ступор – чаще у истероидных личностей, различные тревожные и фобические расстройства, нарушения сна. В отдаленном периоде могут наблюдаться различного генеза депрессии, соматоформные расстройства и т.д. В данной статье речь пойдет именно об антикризисной помощи людям, которые пережили тяжелый стресс в недалеком прошлом – от нескольких минут до недели. Рассмотрим такие понятия, как стресс и кризис.

Стресс, который испытывает каждый человек, независимо от его места проживания, жители мегаполисов – в большей степени – это любое напряжение организма, связанное с его жизнедеятельностью. В своей начальной сути, стресс – важная адаптогенная реакция организма на изменения окружающей среды, изменения в его жизни. Травматический стресс – это особая форма общей стрессовой реакции, когда стрессогенный фактор перегружает физиологические, адаптационные возможности человека, разрушая его защиту. В принципе, это – нормальная реакция организма человека на ненормальные обстоятельства, возникающая у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного жизненного опыта – смерть, серьезная травма другого человека, стихийное бедствие, катастрофа, землетрясение, террористический акт и т.д.

После воздействия на организм человека травматическим событием или фактором, его чувства и мысли могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные жизненные ситуации – не совсем адекватными.

Кризис понимается как острое эмоциональное состояние, возникающее у человека при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека в ситуации реальной угрозы его жизни, здоровью и т.д. Кризис как поворотный пункт человеческой судьбы, в котором рушатся основы предыдущей жизни, а новой еще не существует, требует особого подхода и специфической психологической помощи человеку, его пережившему.

Специалисту (психологу, психотерапевту) нужно помочь человеку пережить саму катастрофу, помочь научиться жить без чего – либо или кого – либо утраченного и начать создавать или пробовать что-то новое. Часто человек в этот период делает экзистенциальный выбор между продолжением жизни или отказом от нее (реальным или символическим). В состоянии кризиса человек может испытывать самые разнообразные чувства: тревогу, беспомощность, печаль, гнев, вину. Порой, чувства бывают противоречивыми.

Кризисная интервенция – это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Она базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личной вовлеченности профессионала и симптомоцентрированного контроля.

Ведущие методы кризисной интервенции или антикризисных вмешательств – кризисное консультирование и кризисная психотерапия. Любая угрожающая или ранящая ситуация вызывает изменения чувств, поведении, мыслях человека. Если все это подконтрольно человеку, то он сам может найти в себе силы и справиться с этим. Если же изменения приобретают бесконтрольный или негативный характер, то сам человек не в силах справиться и возникает необходимость во вмешательстве специалиста (психолога или психотерапевта) с целью проведения антикризисной психотерапевтической помощи.

Основные принципы кризисной интервенции:



- эмпатический контакт. Сопереживание и понимание психологического состояния другого человека – это самое простое и самое сложное. Как только эмпатический контакт установлен, с этого момента начинается антикризисное вмешательство.
- безотлагательность. Антикризисные мероприятия следует проводить в срочном порядке.
- высокий уровень активности консультанта. Консультант должен проявлять максимальную активность при установлении контакта с человеком, переживающим кризис, в сборе информации для объективной оценки состояния и ситуации, чтобы наметить дальнейший план действий.
- ограничение целей. Цель антикризисного вмешательства – это, прежде всего, предотвращение катастрофических последствий у человека. Цель консультанта – обучение человека использованию адаптивных способов преодоления кризиса и восстановление психологического равновесия:
- поддержка - при осуществлении антикризисных мероприятий, консультант, прежде всего, обеспечивает человеку психологическую поддержку.
- сфокусированность на основной проблеме. Антикризисное вмешательство должно быть достаточно структурированным, для того, чтобы помочь человеку сфокусироваться на самой главной его проблеме, которая привела его к сильным эмоциональным переживаниям, действиям.
  - уважение - человек, находящийся в кризисном состоянии, достоин уважения и должен восприниматься консультантом как самостоятельный человек, способный сделать выбор в конкретной ситуации.

Цель терапии кризисных состояний – это быстрое достижение эмоционального облегчения и восстановление равновесия, которое было у пациента до кризиса. Если пациент замкнут, то импульс беседе может быть дан активным обращением и собственной интерпретацией консультантом произошедшего с человеком. При двигательном беспокойстве, депрессивном ступоре, высказывании психотических фантазий, желателен прием лекарственных препаратов, которые купируют психосимптоматику (седуксен, реланиум, нейролептики) и только после этого – проведение антикризисной психотерапевтической помощи.

Методики, которые будет использовать консультант, общеизвестны, их применение зависит от личности пациента, особенностей его клиники, опыта и предпочтений самого консультанта.

Чаще всего в работе с пациентом используются следующие методики антикризисной терапии:

- *десенсибилизация и проработка движений глаз (ДПДГ)*. Автор методики Ф.Шапиро (США). В процессе использования этого метода происходит разблокирование изолированной нейронной сети головного мозга, где хранится травматический опыт, который подвергается денсификации и ускоренной когнитивной переработке.

- *визуально-кинестетическая диссоциация (ВСД)* используется в практике нейролингвистического программирования (НЛП), разработанного Р. Бендлером и Д. Гриндером. Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что у каждого человека имеются скрытые ресурсы. Главная задача методики – обеспечить доступ пациента к этим ресурсам и обучить пациента ими пользоваться. Метод ВСД достаточно эффективен в отношении различного рода фобий, неприятных воспоминаний, посттравматических ситуациях.

- *ослабление травматического инцидента*. Работа специалиста заключается в проработке конкретного травматического инцидента. По окончании работы можно заметить заметное ослабление у пациента вегетативных и эмоциональных реакций

- *психологический дебрифинг*. Эта методика представляет из себя организованное обсуждение события в группе, проводимое как с участниками, так и со свидетелями кризисного события. Оптимальное время проведения дебрифинга – не ранее, чем через 48 часов после события. Цель методики – минимизация психологических страданий людей. Дебрифинг – это не лечение, а, скорее, предупреждение развития тяжелых психологических

последствий катастроф. Идеальным местом для проведения дебрифинга является комната без телефона, без внешних раздражителей, достаточно просторная, количество участников, без тренера – не более 15 человек.

На практике, когда есть необходимость вывести человека из кризисного состояния, чаще всего, используется несколько методик. Их умелое сочетание, в зависимости от обстоятельств, самой критической ситуации, особенностей личности потерпевшего, помогают вернуть человека к более адекватному психологическому состоянию и предотвратить развитие серьезных психологических последствия в будущем.

В условиях современного мегаполиса, в котором вероятность развития кризисной ситуации очень высока, требуются специалисты, на практике владеющие вышеописанными методиками, которые помогут пострадавшим выйти из тяжелых психологических переживаний. Превентивно прервать возможность развития тяжелых психологических и психических последствий. В идеальном виде такую помощь могут оказать специалисты (психотерапевты и психологи) кризисных центров, которые должны быть в каждом городе.

Кризисные центры оказывают достаточно большой спектр услуг населению и пострадавшим, в частности. В кризисном центре должен работать круглосуточный телефон психологической помощи, суицидологический кабинет, кабинет проведения кризисной интервенции, а также, стационарные койки, в случае необходимости. Чаще всего, кризисные центры располагаются на базе психиатрических больниц, клиник неврозов, медицинских центров проблем психического здоровья. Любому кризисному центру необходимо поддерживать контакты с другими кризисными центрами (если таковые имеются), различными НПО, психологическими центрами, медицинскими учреждениями города.

Работа кризисного центра необходима, она востребована и должна поддерживаться заинтересованными службами города.

*Литература:*

1. А.В.Гнездилов Психология и психотерапия потерь. Речь, Санкт-Петербург, 2007г.
2. В.Г.Ромек и др. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Речь. Санкт – Петербург, 2007г.
3. В.В. Рубцов Психология экстремальных ситуаций, Москва, 2008г.
4. С.Л.Соловьева. Психология экстремальных состояний. ЭЛБИ-СПб. Санкт – Петербург, 2003г.
5. Цыганков Б.Д. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. Москва. Медицина. - 2006г.

## **К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Е.А. Насимова  
Станция скорой медицинской помощи», г. Астана*

*Введение.* В настоящий момент одной из самых актуальных проблем на догоспитальном этапе в практике врача-педиатра скорой медицинской помощи является правильная дифференциальная диагностика при возникновении острой абдоминальной боли.

*Целью исследования* явилось оценить показатели работы выездных педиатрических бригад станции скорой и неотложной медицинской помощи (СМП) города Астаны при обслуживании детей с острым абдоминальным синдромом.

*Материалы и методы.* Материалами исследования явились карты вызовов станции скорой и неотложной медицинской помощи, отрывные талоны сопроводительных листов, выписки из журналов приемных покоев стационаров к детям с абдоминальным синдромом за 2008-2010 годы.

*Результаты и обсуждение.* За исследуемый период педиатрическими бригадами станции скорой помощи обслужено 119 851 вызов к детям с острыми болями в животе, у которых

выявлена органическая основа этих болей. В общей структуре педиатрических вызовов доля этих пациентов составила в среднем 6,6%.

В последнее время обращаемость детского населения за скорой и неотложной медицинской помощью по поводу абдоминального синдрома имеет тенденцию к увеличению. Так за период с 2008 года по 2010 год обращаемость увеличилась на 0,7% или на 2 649 случаев.

Основным поводом к обращению за СМП детей с абдоминальным синдромом послужил острый аппендицит - 39,8%.

Непроходимость кишечника и тромбоз мезентериальных сосудов занимает 2-е ранговое место (21,4%). Ущемленные грыжи составляют 19,4%. В 2,8% случаев диагностирована тупая травма живота. На долю других воспалительных заболеваний органов брюшной полости приходится 7,4%.

Из всех обратившихся больных - 98,9% доставлены в стационар для госпитализации или консультации хирурга. В 1,1% случаев родители отказались от первичной доставки ребенка в стационар, однако, через определенный промежуток времени (как правило, через 1-2 часа) после повторного активного посещения бригадой скорой помощи, все пациенты доставлены в детские больницы.

Процент госпитализации данной категории больных составил 81,4%. После консультации хирурга и оказания помощи в приемном покое стационара 18,6% детей были отпущены домой для прохождения амбулаторного лечения.

За исследуемое время возврат отрывных талонов сопроводительных листов составил 99,6%. Это позволило детально провести анализ расхождения диагнозов у данной категории больных.

При изучении ошибочной диагностики абдоминального синдрома у детей установлено, что основными причинами ее послужили:

- а) недостаточный опыт медицинского работника СМП (64,2%);
- б) неправильная оценка врачом СМП клинических симптомов (30,7%);
- в) неполноценный осмотр больного (5,1%).

Особенностью острых хирургических заболеваний является то, что они несут непосредственную угрозу жизни больного ребенка не только вследствие деструкции того или иного внутреннего органа или развития перитонита, но и развивающегося в течение очень короткого времени фатального нарушения жизненно-важных функций всего организма в целом и появлению четких показаний для экстренной операции.

На догоспитальном этапе от врача-педиатра требуется:

- правильная постановка диагноза;
- при необходимости - выполнение экстренных лечебных мероприятий;
- максимальное сокращение сроков госпитализации;
- исключение заболеваний, симулирующих «острый живот»;
- при сомнительном диагнозе не применять обезболивающие средства, которые искажают клиническую картину при обследовании на следующем этапе.

Основные синдромы, характерные для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, как правило, проявляются в течение первых 24 часов заболевания. Из них ведущими являются: интенсивные боли в животе (основной симптом острого хирургического заболевания), характер которых может быть различным, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и парезом кишечника (задержка стула, отхождение газов); тяжелое состояние больного ребенка; напряженный живот и сухой язык; признаки раздражения брюшины и лихорадка.

Объединяющими признаками всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости являются: острое начало, быстрое течение, необходимость срочной помощи (операции).

Нередко причиной острой боли в животе являются заболевания органов, находящихся вне полости живота: болезни органов малого таза, пневмонии, плеврит, пиелонефрит и т.д. Острая абдоминальная боль может возникнуть и под влиянием ряда экзогенных факторов: острой интоксикации свинцом, укусе ядовитого насекомого и др.

По нашим данным врачи скорой помощи города Астаны доставляли детей с болями в животе в хирургическое отделение детской больницы, где после проведенного обследования им были выставлены следующие диагнозы – хронический поверхностный гастрит, гастродуоденит, острый двусторонний сальпингит, гастроэнтерит, двусторонняя бронхопневмония, кишечная колика, правосторонняя очагово-сливная пневмония, функциональное расстройство ЖКТ.

В условиях скорой медицинской помощи врач не имеет времени для динамического наблюдения за больным, нет возможности применять дополнительные методы диагностики, вследствие этого дифференциальная диагностика затруднена. Возникновению диагностических ошибок способствует недостаточное количество клинических симптомов заболевания, атипичное течение болезни.

Особенно сложна дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей младшего возраста, которые не могут самостоятельно и объективно изложить жалобы, определить время начала заболевания, и у которых на ведущее место выходит общая симптоматика (интоксикация и вегетативные реакции). Нередко дети в возрасте от 1 до 4 лет, анализируя болезненные ощущения, дают противоречивые ответы.

Важным фактором, усложняющим диагностику, является трудность обследования детей и выявление локальных симптомов острых хирургических заболеваний, которая тем больше, чем меньше возраст ребенка. Решающим в установлении диагноза острого хирургического заболевания или его исключения является наличие или отсутствие местных признаков: локальной болезненности и пассивного мышечного напряжения при пальпации, а также симптомов раздражения брюшины. Методика выявления этих симптомов у детей часто оказывается несостоятельной по двум основным причинам:

- двигательное возбуждение и негативная реакция на осмотр и пальпацию снижают достоверность получаемых данных;
- остается субъективной оценка важнейшего симптома – пассивного мышечного напряжения.

Сложность диагностики у детей объясняется ещё и тем, что в зависимости от возраста меняется и спектр заболеваний, с которыми приходится дифференцировать острые хирургические заболевания. У детей первых лет жизни причиной диагностических ошибок часто являются заболевания, которые встречаются преимущественно именно в этом возрасте (отит, детские инфекции, пневмонии и др.).

В старшем возрасте дифференциальную диагностику приходится проводить с болезнями желудочно-кишечного тракта, патологией гениталий у девочек и урологическими заболеваниями. Наконец, имеется ряд заболеваний (например, острые респираторные инфекции), которые сопровождаются болями в животе, распространены у детей всех возрастов, но чаще всего протекают с клиникой, симулирующей острое хирургическое заболевание в раннем детском возрасте. Это связано с рядом анатомо-физиологических особенностей детского организма.

Таким образом, для улучшения оказания скорой медицинской помощи детскому населению по поводу острой хирургической патологии необходимо поддержание постоянной настороженности в отношении заболеваний, сопровождающихся болями в животе. Только четкая организация и преемственность на всех этапах диагностики, госпитализация всех детей с абдоминальным болевым синдромом и повторными болями в животе значительно улучшают качество оказания медицинской помощи данной категории больных. Также необходимо повышать эффективность санитарно-просветительной работы среди населения по поводу своевременного обращения за медицинской помощью при появлении абдоминального синдрома.

## ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Г.О. Рыскулова, Ф.Х. Налгиева, И.И. Емцова  
Городской онкологический диспансер, г.Астана

Сегодня лечение онкологических заболеваний включает в себя хирургические, лучевые, гормональные, лекарственные методы лечения. Благодаря развитию этих методов, наблюдается стойкая тенденция к улучшению результатов лечения онкологических больных, причем более 50% больных сегодня практически излечиваются. В Европе в настоящее время живут около 10 млн. человек, перенесших это заболевание, 50% из которых получали лучевое лечение.

Роль ионизирующих излучений в этой комплексной терапии достаточно высока. Анализ состояния медицинской помощи показывает, что в индустриально развитых странах (США, Англия, Франция, Германия, Швеция, Япония и др.) около 70% онкологических больных получают лучевую терапию в виде основного, адъювантного, неадъювантного и паллиативного лечения [1]. Отмечается тенденция к возрастанию роли ионизирующих излучений, что связано с органосохраняющей направленностью этой терапии, позволяющей добиться выздоровления на фоне хорошей социальной и семейной реабилитации [2].

Одним из условий решения проблемы является укрепление материально-технической базы здравоохранения с использованием инновационных технологий, в том числе и в онкологии.

Возможности своевременной и точной диагностики рака и эффективного лечения онкологических больных сегодня в значительной степени зависят от радиологического компонента, роль и значение которого в медицине стремительно растет [2].

Лучевая терапия – раздел клинической медицины, связанный с использованием радиации в качестве основного лечебного фактора. Активное применение достижений ядерной и медицинской физики в медицинских целях привело к созданию многих новых источников и аппаратов для лучевого лечения онкологических больных.

Основными источниками дистанционного облучения служат гамма-терапевтические установки различной конструкции («Агат-Р»; «Агат-С»; «Рокус», «Терагам», Терабалт» и др.) и ускорители электронов, которые дают тормозное или фотонное излучение с энергией от 4 до 20 МэВ и электроны разной энергии, которую подбирают в зависимости от глубины залегания опухоли. Генераторы нейтронов, ускорители протонов и других ядерных частиц пока находят ограниченное применение. Для контактной лучевой терапии, или, как ее все чаще называют, брахитерапии, имеется серия шланговых аппаратов разной конструкции, позволяющих автоматизированным способом размещать источники вблизи опухоли и осуществлять ее прицельное облучение («Агат-В», «Агат-ВУ» с источниками  $^{60}\text{Co}$ , «Gamma-Med Plus», «Селектрон» с источником  $^{137}\text{Cs}$ , «Микроселектрон» с источником  $^{192}\text{Ir}$ ) и др. [3].

В Казахстане лучевую терапию получают менее 40% больных нуждающихся в ней. Так в 2008 году самостоятельная лучевая терапия пациентам, впервые взятым на диспансерный учет, проведена в 17,1% случаях [4]. Еще меньшая часть пациентов получают ее на современном уровне качества. Это главным образом связано с низким уровнем технического оснащения отделений лучевой терапии и слабой медицинской радиационной физикой.

По данным ВОЗ успех лучевой терапии зависит на 25% от адекватного компьютерного планирования процедур облучения и их воспроизведения, на 25% от наличия современной аппаратуры и на 50% от медицинского фактора. Жизненно важной задачей развития лучевой терапии является модернизация радиотерапевтической техники, которая должна соответствовать двум обязательным требованиям современной лучевой терапии:

- конформность облучения (максимально возможное соответствие 85-90% изодозы форме облучаемой мишени и минимизация дозы на окружающие здоровые ткани);
- гарантия качества лучевой терапии (неукоснительность выполнения плана лечения).

Одним из главных этапов внедрения современных технологий в радиологии является – предлучевая подготовка онкологических больных. Предлучевая подготовка и лучевая терапия на современном этапе определяются сложной в технологическом и интеллектуальном плане технологической цепочкой, исключение одного из звеньев которой неизбежно приводит к ухудшению качества лечения. Наиболее важные составляющие предлучевой подготовки: полноценная диагностика злокачественного процесса на этапе до предлучевой подготовки и возможность использования данных обследования в службе лучевой топометрии, выбор способа облучения (дистанционный или контактный), получение анатомо - топометрической информации о степени и объеме распространения опухолевого процесса с использованием компьютерных и магнитно-резонансных томографов, рентгеновских симуляторов, ультразвуковых и лазерных установок. Необходимо наличие компьютерного дозиметрического планирования сеансов облучения с учетом вида энергии излучения, способов подведения дозы, причем укладка пациента на процедурном столе облучающей установки должна осуществляться с использованием фиксирующих устройств, центраторов. Следует также обеспечить визуальную верификацию зоны облучения и систематический мониторинг облучаемой мишени с возможной коррекцией плана облучения, а также проведение систематической дозиметрии [5].

В радиологическом отделении Городского онкологического диспансера г.Астаны с февраля 2010 года внедрена технология конформного облучения с применением 3D-технологии фирмы «VARIAN». Дистанционная лучевая терапия осуществляется на двух линейных ускорителях электронов – «Clinac 600». Линейные ускорители «Clinac 600» с радиотерапевтическим рентгеновским симулятором «Acuity» и системой лучевого планирования «Eclipse», обладают энергией быстрых электронов в 6 Мэв, что позволяет осуществить наибольшую возможность безошибочного планирования и лечения больных с любыми локализациями злокачественных опухолей и индивидуальными особенностями.

Контактная лучевая терапия проводится на аппарате «Gamma-Med Plus».

«Gamma-Med Plus»-аппарат для брахитерапии, где проводится внутрисполостное лечение больных со злокачественными опухолями шейки и тела матки, прямой кишки. Современный аппарат «Gamma-Med Plus» имеет систему дозиметрического планирования BRAHI VISION, которая дает возможность лечения в щадящем режиме с минимальной лучевой нагрузкой на окружающие здоровые органы и ткани, что снижает лучевые реакции и осложнения, а значит дополнительные затраты на их лечение.

Аппарат для рентгенотерапии «Gulmai Д3225» обеспечивает лучевое рентгеновское лечение онкологических больных с новообразованиями кожи и губы. Применение нового современного аппарата для ортовольтовой рентгенотерапии обеспечит 100%-ое излечение рака кожи и губы при I-II стадиях заболевания, а при поздних стадиях - повысить эффект лечения в комбинации с другими методами.

Одним из критериев успешного проведения лучевой терапии является точное определение локализации злокачественной опухоли в органах и тканях. Для такой диагностики применяются компьютерный томограф и магнитно-резонансный томограф, обеспечивающие получение точных многослойных изображений в нескольких проекциях. Такие аппараты применяются, как для диагностики, так и для предлучевой подготовки пациентов.

Таким образом, оснащение радиологического отделения комплексом современного медицинского оборудования для лучевой терапии позволит приблизить лечение онкологических больных к международным стандартам, улучшить результаты и качество лечения этой тяжелой категории больных до 30%. Современные аппараты, оснащенные новейшей системой планирования и верификации, имеют максимальную радиационную безопасность, что позволяет снизить вероятность лучевых реакций и осложнений до минимума.

*Литература:*

1. Г.В.Голдобенко, В.А. Костылев «Актуальные проблемы радиационной онкологии и пути их решения. Москва, 1994;
2. Charman G. «Лучевая терапия в лечении рака». Практическое руководство. Hall Medical 2000, ВОЗ.
3. М.И.Давыдов, Б.И.Долгушин, В.А.Костылев «О системе высокотехнологичных радиологических центров», Москва, 2007;
4. Арзыкулов Ж.А. и др. «Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2008год», КАЗНИИОР (статистические материалы), Алматы,2008;
5. С.И.Ткачев, Т.В.Юрьева и др. «Конформная лучевая терапия в онкологии», РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва,2007.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА И МАРКЕТИНГА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПОЛИКЛИНИКЕ**

*М.А. Элтаева  
АО «Национальный научный медицинский центр», г.Астана*

Как известно, исследования поведения потребителей на рынке платных медицинских услуг показали, что основная причина обращения к платной медицине – это высокое качество оказываемых услуг. Таким мотивом руководствовались 79% всех респондентов, хотя можно выделить некоторые различия в зависимости от пола и возраста опрашиваемых. Так, например, для 65% мужчин и 75% женщин 25-34 лет главной причиной является высокий уровень сервиса. А 85% мужчин старше 55 лет обращаются в платные медицинские учреждения из-за невозможности получить необходимое лечение бесплатно [1,2].

Основной деятельностью Национального научного медицинского центра является оказание высокоспециализированной медицинской помощи гражданам Республики Казахстан. Вся деятельность базируется на современных методах диагностики, использовании высокотехнологического оборудования. За последние четыре года, благодаря налаженной кадровой политики руководства клиники, намечена положительная динамика профессионального и карьерного роста медицинских сотрудников, а именно, увеличилось количество докторов медицинских наук на 100% (2007 году – 11, в настоящее время - 22). Если в 2007 году удельный вес врачей второй категории составлял 10,2%, то в 2009 году уже 4,0%.

Анализируя показатели работы поликлиники за период 2007-2009гг., прослеживается динамика уменьшения количества посещений на платной основе на 20,8%.

Возможно, в современных условиях, учитывая заслуженный авторитет на рынке медицинских услуг и профессиональные возможности Национального научного медицинского центра, назрела необходимость развивать более широкий маркетинг, направленный на изучение внешнего потребителя (так как изучение удовлетворенности потребителя контролируется внутренним аудитом клиники), с целью изучения специфики спроса, анализа собственных возможностей для увеличения платных услуг поликлинического приема.

Необходимо выделить следующие задачи: проанализировать основные тенденции и динамику развития рынка платных медицинских услуг для выявления основных показателей, определяющих уровень конкурентоспособности оферента платных медицинских услуг; выявить особенности процессов оказания платных медицинских услуг с целью определения проблем и путей поддержания их конкурентоспособности; определить сущность и принципы брендинга на рынке платных медицинских услуг для выявления ключевых функций бренда на рассматриваемом рынке; обосновать механизм оценки конкурентоспособности бренда на рынке платных медицинских услуг; обосновать методы обеспечения конкурентоспособности бренда оферента платных медицинских услуг и адаптировать к современным условиям экономический механизм обеспечения конкурентоспособности бренда оферента платных медицинских услуг; разработать комплекс средств обеспечения конкурентоспособности бренда

на рынке платных медицинских услуг с учетом особенностей формирования потребительской ценности в процессе оказания услуги [3].

*Литература:*

1. Локтева О.А. Методы и средства обеспечения конкурентоспособности бренда на рынке платных медицинских услуг: Автореф. дис. ... СПб 2010.
2. Федорец М.Н. Анализ потребителя как необходимая составляющая успешной работы на рынке // Маркетинг и маркетинговые исследования. - 2002. - № 1(37). - С. 16-185.
3. Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс Д., Вонг В., Основы маркетинга: Пер. с англ. – 2-е издание. – М.: СПб, 1999.- 1055с.

### **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ**

К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

- заявки на имя главного редактора или при наличии сопроводительного письма от руководителя учреждения, на базе которого проводилась работа.
- для публикации научной статьи необходимо предоставить выписку из протокола заседания кафедры (подразделения) с рекомендацией статьи к печати либо рецензию научного руководителя.

Материалы для публикации должны быть выполнены в строгом соответствии со следующими правилами:

1. Структурное построение научных статей должно соответствовать принятому в журнале, с выделением следующих рубрик: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Для всех разделов, кроме «Обзоры» и «Реферативные сообщения», в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме).
  2. Текст статьи представляется в 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу и справа по 2 см., слева - 3 см, набранная шрифтом 14 Times New Roman. Вместе с оригиналом статьи необходимо представить электронный вариант в виде отдельного файла с указанием ФИО первого автора (Касымов А.А. обзор.doc).
  3. Объем научных статей не должен превышать 6 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме. Реферативные сообщения - объемом 2 страницы печатного текста (с названием статьи на трех языках, без резюме, таблиц и ссылки на литературу). Обзоры – до 10 страниц (с названием статьи на трех языках, без резюме, с библиографией до 50 источников).
  4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание по центру), инициалы и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а также название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами курсивом (выравнивание по правому краю).  
В конце статьи на отдельном листе должна быть подпись каждого автора с указанием ФИО (полностью), ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.
- Резюме представляется на русском, казахском и английском языках, с соответствующим переводом названия статьи, инициалов и фамилий авторов, и состоит из нескольких предложений (10-12 строк), отражающих суть проблемы, изложенной в статье.
5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректур авторам не высылаются, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.
  6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 12. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.
  7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.
  8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4



(210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц.

Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы – 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.

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.mcudprk.kz](http://www.mcudprk.kz)

16. Оплата за статью производится из расчета: 700 тенге за одну страницу. При оплате следует указать РНН и адрес автора. **Платежные реквизиты:** 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: [cvsmtmc@mcudp.kz](mailto:cvsmtmc@mcudp.kz)

19. Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикации не принимаются.