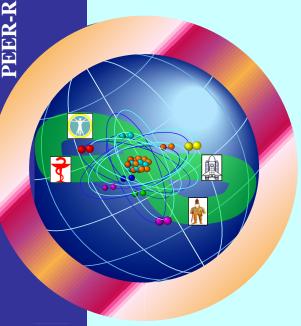


X Healthcare
PEER-REVIEWED MEDICAL JOURNAL

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Еылым мен Денсаулық Сақтау Наука и Здравоохранение



5, 2015

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Учредитель: Государственный медицинский университет города Семей

Основан в 1999 году.

Журнал зарегистрирован в Министерстве по инвестициям и развитию Республики Казахстан Комитете связи, информатизации и информации № 15475-Ж.

Входит в перечень научных изданий, Комирекомендуемых тетом по контролю в сфере образования науки МОиН Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности (Приказ №1033 от 05.07.2013г.)

Включен в Ulrich's Periodicals Directory, Российский индекс научного цитирования и Научную электронную библиотеку E-library.ru.

Подписной индекс 74611 в каталоге «Казпочта»

Цена свободная

Сайт http://journal.ssmu.kz **e-mail:** selnura@mail.ru

Адрес редакции:

071400, г. Семей

ул. Абая Кунанбаева, 103

контактный телефон:

(7222) 56-42-09 (вн. № 1054)

факс: (7222) 56-97-55

Выпускающий редактор:

Э.Ф. Сапаргалиева

Переводчики:

С.А. Жаукенова,

Н.А. Шумский

Перепечатка текстов без разрешения журнала запрещена. При

цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

Отпечатано в типографии

Государственного медицинского университета города Семей Подписано в печать: 29.10.2015г.

Формат 60х90/8

Печать цифровая. Усл.п.л 13,5. Тираж 500 экз., зак.125

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5, 2015

Журнал «Наука и Здравоохранение» - рецензируемый междисциплинарный научно-практический журнал, который публикует результаты оригинальных исследований, литературные обзоры, клинические случаи, краткие сообщения и отчеты о конференциях по широкому кругу вопросов, связанных С клинической медициной общественным Основной читательской здоровьем. аудиторией журнала является биомедицинское научное сообщество, практикующие врачи, докторанты и магистранты в области медицины и общественного здоровья.

Главный редактор:

доктор медицинских наук, профессор Т.К. Рахыпбеков

Зам. главного редактора:

кандидат медицинских наук,

А.А. Дюсупов

Редакционный совет:

А.А. Аканов (Казахстан), Р. Андерссон (Швеция),

Ж.А. Арзыкулов (Казахстан), С. Виткрафт (США),

А.М. Гржибовский (Норвегия, Россия), П. Гупта (Индия),

К. Даунинг (Гонконг), Ж.Ш. Жумадилов (Казахстан),

А. Зел (Венгрия), Т. Икеда (Япония),

А. Калиниченко (Россия), М.К. Кульжанов (Казахстан),

И. Лампл (Израиль), Ч. Ланд (США),

В. Лесовой (Украина), Р. Летфуллин (США),

А. Марк (Великобритания), Ю. Месарош (Венгрия),

М. Миттельман (Израиль), К. Пельтцер (Южная Африка),

С. Саймон (США), Я. Слезак (Словакия),

Н. Такамура (Япония), М.К. Телеуов (Казахстан),

М. Хоши (Япония), А. Цыб (Россия),

Т.Ш. Шарманов (Казахстан), С. Ямашита (Япония)

Редакционная коллегия:

К.К. Джаксылыкова (Семей), М.Ж. Еспенбетова (Семей),

Г.А. Жуаспаева (Семей), Р.Л. Иванова (Семей),

Л.К. Каражанова (Семей), З.А. Манамбаева (Семей),

Т.К. Раисов (Алматы), Н.Р. Рахметов (Алматы),

Т.Н. Хайбуллин (Семей), Н.К. Шаймарданов (Семей)

The ministry of healthcare and social development of the Republic of Kazakhstan

Publisher: SEMEY STATE MEDICAL UNIVERSITY

Established in 1999

Journal is registered in Ministry for investment and development of the Republic of Kazakhstan communication, informatization and information committee on 20 July 2015. Certificate of registration of a periodical printed publication № 15475-Ж.

The journal is included in the list of scientific publications recommended by Committee for control of Education and Science of Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan for publishing basic results of scientific activity (Order from 05.07.2013 №1033)

The journal is included in Ulrich's Periodicals Directory, Russian Science Citation Index and Scientific electronic library E-library.ru.

Subscription index in catalogue of "Kazpost" 74611
Open price.

Website http://journal.ssmu.kz

e-mail: selnura@mail.ru

Address of editor office and publisher:

071400, Semey, Abay st. 103, Tel. (7222) 56-42-09 (in1054) Fax: (7222) 56-97-55

Publishing editor:

E.F. Sapargaliyeva

Translators:

S.A. Zhaukenova, N.A. Shumskiy

Reprint of text without journal permission is forbidden.

In case of citation of materials a link on the journal is required.

Printed by printing office of Semey State medical university

Signed in press on 29 october, 2015

Format 60x90/8. Digital printing. Circulation 500 copies, ord. 125

SCIENCE & HEALTHCARE

PEER-REVIEWED MEDICAL JOURNAL

5, 2015

«Science & Healthcare» is a peer-reviewed multidisciplinary journal, which publishes original articles, literature reviews, clinical case, short communications and conference reports covering all areas of clinical medicine and public health. The primary audience of the journal includes biomedical scientific community, practicing physicians, doctoral- and master - students in the fields of medicine and public health.

Chief editor:

Doctor of medical science, professor

T. K. Rakhypbekov

Deputy Editor in Chief:

Candidate of medical science

A. A. Dyussupov

Editorial board:

A.A. Akanov (Kazakhstan), R. Andersson (Sweden),

Z.A. Arzykulov (Kazakhstan), S. Vitcraft (USA),

A.M. Grjibovski (Norway, Russia), P. Gupta (India),

K. Downing (Hong Kong), Z.S. Zhumadilov (Kazakhstan),

A. Zel (Hungary), T. Ikeda (Japan), A. Kalinichenko (Russia),

M.K. Kulzhanov (Kazakhstan), I. Lampl (Israel).

C. Land (USA), V. Lesovoi (Ukraine), R. Letfullin (USA),

A. Mark (Great Britain), Y. Meszaros (Hungary),

M. Mittelman (Israel), K. Pelttser (South Africa),

S. Saimon (USA), Y. Slezak (Slovakia),

N. Takamura (Japan), M.K. Teleuov (Kazakhstan),

M. Hoshi (Japan), A. Tsyb (Russia),

T.Sh. Sharmanov (Kazakhstan), S. Yamashita (Japan)

Editorial staff:

K.K. Dzhaksalykova (Semey), M.Zh. Espenbetova (Semey),

G.A. Zhuaspaeva (Semey), R.L. Ivanova (Semey),

L.K. Karazhanova (Semey), Z.A. Manambaeva (Semey),

T.K. Raisov (Almaty), N.R. Rakhmetov (Almaty),

N.K. Shaimardanov (Semey), T.N. Khaibullin (Semey)

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі

Құрылтайшы: Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

1999 негізі салынды

Журнал Қазақстан Республикасының инвестициялар және даму министрлігі байланыс, ақпараттандыру және ақпарат комитеті 2015 ж. 20 шілде тіркелген. Мерзімді баспасөз басылымын есепке қою туралы күәлігі № 15475-Ж

Журнал ғылыми қызметтің негізгі нәтижелерін жариялау үшін Қазақстан Республикасының БҒМ білім және ғылым саласындағы бақылау бойынша Комитетімен ұсынылған ғылыми басылымдар Тізімдемесіне кіреді (Бұйрық №1033 05.07.2013ж.)

Ulrich's Periodicals Directory, **Fылыми дәйектеу Ресейлік индекс** және **E-library.ru.** - Ғылыми электронды кітапханаға енгізілді

Каталогтағы жазылу индексі «Казпочта» 74611

Бағасы еркін

Сайт http://journal.ssmu.kz

e-mail: selnura@mail.ru

Баспаның және баспагердің мекен-жайы:

071400, Семей қаласы, Абай көш., 103.

тел. (87222) 56-42-09 (ішкі 1054);

факс: (7222) 56-97-55

Баспа редакторы:

Э.Ф. Сапаргалиева

Аудармашылар:

С.А. Жаукенова,

Н.А. Шумский

Журналдың рұқсатынсыз мәтіндерді қайта басуға тиым салынады. Материалдарды дәйектеу кезінде журналға сілтеме жасау міндетті.

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің баспаханасында басылған Баспаға қол қойылды 29.10.2015.

Формат 60х90/_{8.} Баспа сандық. Шартты-баспа парағы 13,5 Таралуы 500 дана. Зак.125

ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

РЕЦЕНЗИЯЛАНАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛ

5, 2015

«Ғылым және денсаулық сақтау» журналы пәнаралық рецензияланатын ғылыми-практикалық журнал, клиникалык медицина мен қоғамдық байланысты зерттеулер денсаулықпен бірегей нәтижелерін, әдеби шолуларды, кең шеңберлі сұрақтар бойынша конференциялар туралы қысқа мәлімдемелер мен есептерді жариялайды. Биомедициналық ғылыми қоғамдастық, тәжірибелік дәрігерлер, медицина мен қоғамдық денсаулық саласындағы докторанттар мен магистранттар журналдың негізгі оқырман аудиториясы болып табылады.

Бас редактор:

медицина ғылымдарының докторы, профессор **Т.К. Рахыпбеков**

Бас редактордың орынбасары:

медицина ғылымдарының кандидаты

А.А. Дюсупов

Редакциялык кеңес:

А. А. Аканов (Қазақстан), Р. Андерссон (Швеция),

Ж. А. Арзыкулов (Қазақстан), С. Виткрафт (США),

А. М. Гржибовский (Норвегия, Россия), П. Гупта (Үндістан),

К. Даунинг (Гонконг), Ж. Ш. Жумадилов (Қазақстан),

А. Зел (Венгрия), Т. Икеда (Жапония),

А. Калиниченко (Ресей), М.К. Кульжанов (Қазақстан),

И. Лампл (Израиль), Ч. Ланд (АҚШ),

В. Лесовой (Украина), Р. Летфуллин (АҚШ), А. Марк (Ұлыбритания), Ю. Месарош (Венгрия),

М. Миттельман (Израиль), К. Пельтцер (Солтүстік Африка),

С. Саймон (АҚШ), Я. Слезак (Словакия),

Н. Такамура (Жапония), М.К. Телеуов (Қазақстан),

М. Хоши (Жапония), А. Цыб (Ресей),

Т.Ш. Шарманов (Қазақстан), С. Ямашита (Жапония)

Редакциялык алка:

К.К. Джаксалыкова (Семей), М.Ж. Еспенбетова (Семей),

Г.А. Жуаспаева (Семей), Р.Л. Иванова (Семей),

Л.К. Каражанова (Семей), З.А. Манамбаева (Семей),

Т.К. Раисов (Алматы), Н.Р. Рахметов (Алматы),

Т.Н. Хайбуллин (Семей), Н.К. Шаймарданов (Семей)

Содержание

Методология научных исследований А.М. Гржибовский, С.В. Иванов, М.А. Горбатова

Экологические (корреляционные) исследования в здравоохранении

Оригинальные исследования О. V. Yeliseyeva, I. I. Sokolova

Effectiveness evaluation of comprehensive treatment of patients with chronic generalized periodontitis associated with oral lichen planus by monitoring of local immunity indices

Ю.В. Авдосьев, В.В. Бойко, Т.А. Гришина, О.Ю. Лаврентьева

Рентгенохирургические вмешательства в комплексном лечении больных с механической желтухой опухолевого генеза

Т. В. Каймак, А. Н. Нуртасова, Н. Б. Омаров, Р. Ж. Бактыбаева, Г.А. Танышева

К вопросу о частоте клинических форм миастении и тактики ведения в зависимости от тяжести течения заболевания по данным неврологического отделения города Семей

М. У. Бексултанова, Г. А. Танышева, Ш. К. Кинаятова

Влияние методов индукции родов на материнские и перинатальные исходы родов

Б. Т. Тусупкалиев, А. К. Жумалина, Б. А. Жекеева, Р. М. Байжанова

Особенности иммунного ответа у новорожденных с малой массой тела при внутриутробном инфицировании

М. А. Даулетьярова, Ю. М. Семенова, Г. Ж. Кайлюбаева, Г. К. Манабаева, А. М. Елисинова, Н. М. Елисинова, Е. С. Баймухаметов

Изучение знаний медицинских работников по принципам доказательной медицины и эффективным технологиям в городе Семей

А. Г. Коровников, М. Н. Сандыбаев, Т. А. Адылханов, М. Т. Нургазин

Опыт становления психотерапевтической службы регионального онкологического диспансера города Семей

Л. С. Ермуханова, Д. Н. Каташева

Состояние и перспективы развития дневного стационара городской поликлиники № 4 г. Актобе

G. Z. Abdushukurova

Randomized clinical trial of bronchial asthma management algorithm

Отчеты о конференциях M. V. Prilutskava

The report on the kazakhstan delegation participation in Thailand training course for concerned officials on drug treatment and rehabilitation

Юбилей

К 80 летию Г. К. Искакова

Table Of Contents

Research methodology

5-18 A.M. Grjibovski, S.V. Ivanov, M.A. Gorbatova

Ecological (correlation) studies in health sciences

Original articles

19-25 О. В. Елисеева, И. И. Соколова

Оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая мониторированием показателей локального иммунитета

26-35 Yu. V. Avdosyev, V. V. Boyko, T. A. Gryshina, O. Yu. Lavrentyeva

Roentgen-surgical interventions in complex treatment of patients with obstructive jaundice of tumor genesis

36-41 T. V. Kaimak, A. N. Nurtasova, N. B. Omarov, R. Z. Baktybaeva, G. A. Tanysheva

To the question of frequency myasthenia gravis' clinical forms and about treatment's tactics depending from severity level of the disease according to neurologic department' data in Semey city

42-51 M. U. Beksultanova, G. A. Tanysheva, Sh. K. Kinayatova

The influence of methods of labour induction on maternal and perinatal outcomes

52-60 B. T. Tussupkaliev, A. K. Zhumalina, B. A. Zhekeyeva, R. M. Baizhanova

Features immune response in newborn children with low body weight in intrauterine infection

61-67 M. A. Dauletyarova, Y. M. Semenova, G. Zh. Kaylubaeva, G. K. Manabaeva, A. M. Yelisinova, N. M. Yelisinova, Ye. S. Baymukhametov Analysis of knowledge health professionals in principles of evidentiary medicine and effective

technologies in Semey

68-80 A. G. Korovnikov, M. N. Sandybaev,
T. A. Adylkhanov, M. T. Nurgazin
Formative experience of the psychotherapeutic

81-89 L. S. Yermukhanova, D. N. Katasheva State and prospects of a day hospital clinic №4 city of Aktobe

service of Semey regional oncology center

90-94 Г. З. Абдушукурова

Рандомизированное клиническое испытание алгоритма менеджмента бронхиальной астмы **Conference reports**

Comerence repo

95-97 М. В. Прилуцкая

Отчет об участии казахстанской делегации в учебном курсе по лечению и реабилитации наркозависимых для заинтересованных официальных лиц (Таиланд)

Anniversary

98-99 80 th anniversary of Iskakov G. K.

УДК 614.2 + 303.4

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ (КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ) ИССЛЕДОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А. М. Гржибовский¹⁻³, С. В. Иванов⁴, М. А. Горбатова²

В настоящей работе представлены основные принципы планирования, проведения и статистической обработки данных экологических (корреляционных) исследований в здравоохранении. Приведены практические примеры расчета размера выборки и оценки связи между факторами риска с помощью онлайн-калькуляторов и пакета для обработки эпидемиологических данных Ері Info. Авторы представляют практические примеры использования экологических (корреляционных) исследований в литературе, а также достоинства и недостатки данного типа исследований. Настоящая статья призвана дать общие сведения об экологических (корреляционных) исследованиях, и не заменяет прочтения специализированной литературы по клинической эпидемиологии.

Ключевые слова: принципы планирования исследований, экологические (корреляционные) исследования, статистическая обработка, эпидемиология, дизайн исследования.

ECOLOGICAL (CORRELATION) STUDIES IN HEALTH SCIENCES

A. M. Grjibovski¹⁻³, S. V. Ivanov⁴, M. A. Gorbatova²

In this paper we present basic principles of planning and carrying out ecological (correlation) studies in health sciences as well as analyzing the data collected in these studies. We present practical examples of sample size and effect measures calculation for ecological studies using online calculators. Examples of studies using ecological (correlation) design from international peer-reviewed literature are also presented. This article provides general introduction to ecological studies and does not substitute specialized literature in clinical epidemiology.

Keywords: principles of research planning, ecological (correlation) studies, statistical analysis, epidemiology, study design.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ КӨЛДЕНЕҢ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ (КОРРЕЛЯЦИЯЛЫҚ) ЗЕРТТЕУЛЕР

А. М. Гржибовский¹⁻³, С. В. Иванов⁴, М. А. Горбатова²

¹ Национальный Институт Общественного Здравоохранения, г. Осло, Норвегия;

² Северный Государственный Медицинский Университет, г. Архангельск, Россия;

³ Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан;

⁴ Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия.

¹ Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway:

² Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia;

³ International Kazakh - Turkish University named after H.A. Yassawe, Turkestan, Kazakhstan; ⁴ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia.

International Kazakh - Turkish University named after K.A. Yassavy, Turkestan, Kazakhstan

¹ Қоғамдық Денсаулық сақтау Ұлттық Институты, Осло қ., Норвегия;

² Солтүстік Мемлекеттік Медициналық Университеті, Архангельск қ., Ресей;

³ Х.А. Ясави ат. Халықаралық Қазақ – Түрік Университеті, Туркестан, Қазақстан;

⁴ И. И. Мечников атынд. Солтүстік – Батыс мемлекеттік медициналық университеті, Санкт-Петербург қ., Ресей.

Осы жұмыста денсаулық сақтаудағы көлденең экологиялық (корреляциялық) жоспарлау, өткізу және статистикалық өңдеудің негізгі принциптері көрсетілген. Ері Іпбо эпидемиологиялық мәліметтерді өңдеу үшін онлайн-калькуляторлар мен пакет көмегімен қауіп факторлары арасындағы байланысты таңдау және бағалау мөлшері есебінің практикалық мысалдары келтірілген. Авторлар әдебиеттегі көлденең экологиялық (корреляциялық) зерттеулерді пайдаланудың практикалық мысалдарын, сол сияқты осы зерттеу түрлері қасиеттері мен жетіспеушіліктерін келтіреді. Осы мақала көлденең экологилық (корреляциялық)зерттеулер туралы жалпы мәліметтер беруге бейімделген, және клиникалық эпидемиология бойынша мамандандырылған әдебиетті оқуды ауыстырмайды.

Негізгі сөздер: зерттеулерді жоспарлау принциптері, экологиялық (корреляциялық) зерттеулер, статистикалық өңдеу, эпидемиология, зерттеу дизайны.

Библиографическая ссылка:

Гржибовский А. М., Иванов С. В., Горбатова М. А. Экологические (корреляционные) исследования в здравоохранении / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 5-18.

Grjibovski A. M., Ivanov S. V., Gorbatova M. A. Ecological (correlation) studies in health sciences. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 5-18.

Гржибовский А. М., Иванов С. В., Горбатова М. А. Денсаулық сақтаудағы көлденең экологиялық (корреляциялық) зерттеулер / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 5-18.

Целью настоящей статьи является формирование у начинающего исследователя ключевых представлений об экологических (корреляционных) исследованиях, области их применения в медицине, методологии проведения и корректном анализе полученных результатов.

Экологические (корреляционные) исследования в научной и врачебной практике.

Экологические (корреляционные) исследования (ecological studies) относятся к категории обсервационных исследований, то есть при проведении научных изысканий исследователь собирает данные путем простого наблюдения событий в их естественном течении, без активного вмешательства в происходящие события [11, 91. Экологические исследования также являются аналитическими, так как они направлены на выяснение причин, лежащих в основе изучаемых явлений [11, 3].

Следует отметить принципиальные особенности экологических исследований, которые отличают их от других видов эпидемиологических исследований [11, 30, 13, 18]:

1. Объектом наблюдения являются не отдельные лица, а группы лиц, объединенные по какому-либо ключевому признаку (например, проживающие на территории одного района, города, области или государства).

- 2. Отсутствует исходное разделение изучаемой популяции на основную и контрольную группы.
- 3. Источником данных для исследования часто является официальная медикостатистическая информация о первичной и общей заболеваемости, социальнодемографических характеристиках популяции, распространенности среди населения факторов риска и т.д.
- 4. Статистическая обработка полученных данных проводится с помощью корреляционного или регрессионного анализа.
- 5. В ходе исследования проводится оценка воздействия экологических, социальных, демографических и прочих факторов на здоровье популяции, но не на здоровье отдельных индивидуумов.

Экологические исследования в настоящее время намного менее популярны, чем, например, в 1950-60-е годы, когда они послужили основой для многочисленных научных гипотез, которые в дальнейшем проверялись в ходе последующих исследований.

Например, экологические исследования сыграли существенную роль в изучении факторов риска развития онкологических заболеваний. Международные экологические исследования диетических предпочтений населения разных стран позволили обнаружить, что ряд продуктов животного

происхождения, а также сахар, подсластители и некоторые жиры могут выступать факторами риска развития онкопатологии, в то время как продукты растительного происхождения могут иметь онкопротективное значение [16].

Экологическое исследование, проведенное в Японии, позволило сделать вывод о том, что рост заболеваемости болезнью Альцгеймера в Японии в период с 1985 до 2007 года, возможно, связан с переходом населения Японии от традиционных японских диетических предпочтений к западноевропейской диете [17].

научной практике экологические исследования служат источником ценной информации формирования ДЛЯ исследовательских гипотез 0 возможном факторов влиянии различных формирование заболеваемости и смертности групп населения.

Например, в результате экологического исследования, проведенного в 18-ти развитых странах и посвященного изучению смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), была обнаружена обратная СВЯЗЬ смертностью от ИБС и потреблением вина среди населения различных стран. Была выдвинута гипотеза о профилактической роли вина в отношении смерти от ИБС, которая в дальнейшем была изучена νже индивидуальном уровне: было выяснено, что употребление вина повышает концентрацию в крови липопротеидов высокой плотности, которые оказывают кардиопротективное действие [29, 11].

Методология проведения экологических (корреляционных) исследований.

Схема экологического исследования представлена на рисунке 1.

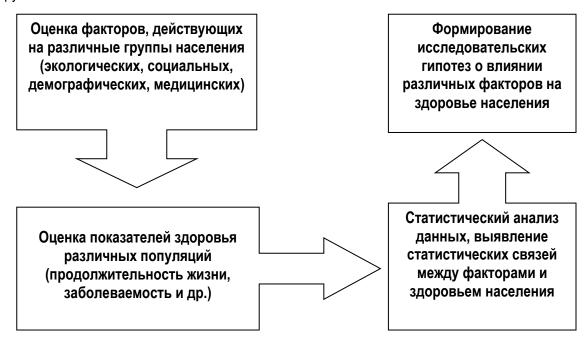


Рис. 1. Схема экологического исследования.

Массив данных для экологического исследования, как правило, извлекается из официальных статистических сведений, характеризующих изучаемую популяцию: из регистров заболеваемости, социальнодемографических показателей населения, действующих на данную популяцию природных и антропогенных факторов риска и прочее.

В основе статистической обработки данных экологических исследований лежит корреляционный анализ.

Термин «корреляция» был впервые введен Ж. Кювье в 1806 году, математическое обоснование метода было предложено О. Браве, а в 1886 г. Ф. Гальтон применил его для биомедицинских исследований [10]. Корреляционный анализ используется для определения силы и направления связи между переменными.

Существуют несколько коэффициентов корреляции, которые имеют разные способы расчета [5, 4, 1, 7, 14, 8], однако наиболее популярными являются следующие:

- 1. Коэффициент корреляции Пирсона (r) параметрический.
- 2. Коэффициент корреляции Спирмена (p) непараметрический.

Коэффициент корреляции Пирсона наиболее широко используется в экологических исследованиях, поэтому необходимо указать условия его применения [5, 6]:

- 1. Обе переменные являются количественными и непрерывными.
- 2. Как минимум один из изучаемых признаков, а лучше оба, имеют нормальное (Гауссово) распределение.
- 3. Зависимость между переменными носит линейный характер.
- 4. Вариабельность одной переменной не зависит от значения другой переменной, то есть разброс значений одной из переменных будет примерно одинаковым для всех значений другой переменной (условие гомоскедастичности).
- 5. Независимость участников исследования друг от друга.
- 6. Парность наблюдений (значение показателя здоровья и значения показателя, характеризующего действующий фактор, изучаются у одних и тех же участников исследования).
- 7. Объем выборки не менее 25 наблюдений [15].
 - 8. Репрезентативность выборки.

Если условия применения коэффициента корреляции Пирсона не выполняются, следует использовать непараметрические коэффициенты корреляции, например, коэффициент корреляции Спирмена, расчет которого основан на использовании не исходных значений признаков, а их рангов [5, 1, 8]. Если в данной ситуации применять коэффициент корреляции Пирсона, полученные результаты будут искаженными, выводы сомнительными. Следует заметить, что если применения коэффициента корреляции Пирсона выполняются, то можно использовать И непараметрические коэффициенты, но мы рекомендуем в этом случае использовать именно коэффициент корреляции Пирсона, так как он обладает большей статистической мощностью сравнению С непараметрическими коэффициентами корреляции [5].

Недостатком коэффициента корреляции Пирсона является его высокая чувствительность к наличию «выскакивающих» величин (выбросов). Даже небольшое количество выбросов может значительно исказить значение коэффициента и буквально «уничтожить» зависимость между величинами, поэтому всегда следует анализировать выбросы и выяснять, не является ли какойлибо выброс следствием ошибки вода данных.

Значение любого коэффициента корреляции интерпретируется согласно статистическим пособиям [5, 10, 8] следующим образом:

- r = 1 наличие полной (функциональной) связи между признаками.
- r ≥ 0,7 наличие сильной связи между признаками.
- 0,3 < r < 0,7 наличие связи между признаками средней силы.
- r ≤ 0,3 наличие слабой связи между признаками.
- r = 0 отсутствие связи между признаками.

При обратной связи, соответственно, коэффициент корреляции будет иметь отрицательное значение, но интерпретация его значения остается той же. Таким образом, спектр возможных значений коэффициента корреляции находится в пределах от -1 до 1.

Следует учесть, что данная классификация носит во многом условный характер, поэтому для понимания степени «тесноты» связи между признаками используется коэффициент детерминации, который рассчитывается как коэффициент корреляции в квадрате (r2). Коэффициент детерминации показывает, какую долю вариабельности одного изучаемых признаков способно объяснить влияние другого признака. Например, даже при значении коэффициента корреляции Пирсона r=0,8, одна переменная может отвечать только за 64% вариабельности другой переменной.

Для исследователя важно учитывать, что в корреляционного результате анализа установить невозможно причинноследственные связи, поэтому неправомерно делать выводы о влиянии одного явления на другое на основании ОДНОГО ЛИШЬ корреляционного анализа данных. Исследователю путать не следует

корреляционную и причинно-следственную связь. Юмористическим примером такого заблуждения служит интерпретация сильной положительной корреляционной связи между количеством гнезд аистов и количеством новорожденных в Копенгагене в ранние послевоенные годы, так как данный результат не может служить доказательством того, что детей приносят аисты [12].

Другим важным аспектом интерпретации результатов корреляционного анализа служит то, что выявленные связи между двумя признаками МОГУТ быть обусловлены влиянием некоего третьего фактора. Например, было выяснено, что вероятность рождения у женщины ребенка с синдромом Дауна тесно коррелирует с количеством родов матери ДО момента настоящей беременности. Но это вовсе не означает, что количество предшествующих родов влияет на риск рождения больного ребенка. Очевидно, что в данном случае имеется третий фактор, который связан с обеими переменными возраст женщины. Поэтому между вероятностью рождения ребенка с синдромом Дауна имеется корреляционная, но ни в коей мере не причинно-следственная связь [5].

более СЛОЖНЫХ случаях, одновременно изучается воздействие многих факторов, применяются различные варианты регрессионного анализа. Например. казахстанскими исследователями недавно в международной научной литературе было опубликовано сравнительно большое количество экологических исследований с использованием многомерных методов статистического анализа данных по теме воздействия климатических факторов здоровье населения [19-28].

Возвращаясь к рассмотрению методологии экологических (корреляционных) исследований, необходимо выделить их основные преимущества:

- 1. Простота выполнения и отсутствие существенных финансовых затрат (при условии доступа к необходимой информации).
- 2. Возможность изучения воздействия большого спектра факторов на здоровье больших популяций.
- 3. Оптимальность использования с целью изучения гомогенных воздействий в случае, когда эти воздействия проще

определить и измерить на популяционном, а не на индивидуальном уровне.

- 4. Возможность применения для изучения редких заболеваний.
- 5. Возможность предварительной проверки исследовательских гипотез.

Наряду с преимуществами, экологические исследования имеют и недостатки:

- 1. Отсутствие возможности проследить связи между воздействием и исходом, то есть невозможность прямого применения результатов исследования на индивидуальном уровне (так называемая «экологическая ошибочность»).
- 2. Невозможность определения причинно-следственных связей.
- 3. Проблема доступа к необходимым данным в некоторых странах и регионах.
- 4. Результаты экологических исследований могут иметь ограниченную валидность (достоверность) из-за особенностей сбора данных на популяционном уровне.

Алгоритм проведения и анализа результатов экологического (корреляционного) исследования.

Для создания у начинающего исследователя представлений о непосредственном проведении данного вида исследований, в качестве рабочего примера проведем исследование с использованием реальных эпидемиологических данных, источником которых является электронный ресурс www.gapminder.org.

Цель данного исследования — оценить связь между государственными расходами на здравоохранение и средней продолжительностью жизни населения (по состоянию на 2010 г.).

Факторным признаком в данном случае выступает уровень государственных расходов на здравоохранение, а изучаемым результативным признаком — средняя продолжительность ожидаемой жизни. В исследование включены страны, имеющие относительно сходный уровень достатка населения и расположенные на карте мира относительно недалеко друг от друга.

Массив имеющихся данных представлен в таблице 1.

Таблица 1. Государственное финансирование здравоохранения и средняя продолжительность жизни в различных странах (по состоянию на 2010 г.).

Nº	Страна	Государственное финансирование	Средняя продолжительность
п/п	Страна	здравоохранения (USD на 1 человека)	жизни населения (лет)
1.	Албания	577	77
2.	Беларусь	786	70
3.	Болгария	947	73
4.	Венгрия	1469	74
5.	Греция	2853	80
6.	Грузия	522	74
7.	Испания	3027	82
8.	Кипр	1842	79
9.	Латвия	1093	72
10.	Литва	1299	72
11.	Македония	791	75
12.	Мальта	2261	79
13.	Молдова	360	69
14.	Польша	1476	76
15.	Португалия	2818	79
16.	Румыния	811	73
17.	Сербия	1169	74
18.	Словакия	2818	79
19.	Словения	2060	75
20.	Узбекистан	184	68
21.	Украина	519	68
22.	Хорватия	1514	77
23.	Черногория	1155	74
24.	Чехия	2051	77
25.	Эстония	1226	74

На основании данной таблицы с 25-ю наблюдениями (n=25) проведем корреляционный анализ имеющихся данных.

процессе статистической обработки данных в статье авторами сознательно будут представляться исключительно бесплатные программные продукты онлайнкалькуляторы. Авторы считают, что для начинающего исследователя важно минимизировать расходы на проведение научной работы, в том числе на закупку статистических программ, таких как «SPSS», «Statistica» и других, которые, разумеется, представляют более удобный функционал для работы с данными.

Перед тем, как приступать к корреляционному анализу, необходимо проверить, удовлетворяют ли подлежащие обработке данные (количественные и непрерывные) условиям применения коэффициента корреляции Пирсона.

В первую очередь следует проверить тип Проверку распределения данных. распределения можно провести онлайн-калькулятора использованием ДЛЯ Шапиро-Уилка расчета критерия [5] http://scistatcalc.blogspot.ru/2013/10/shapiro-wilktest-calculator.html. Данный критерий используется для проверки распределения небольших выборок (в отличие от критерия Колмогорова-Смирнова) и интерпретируется следующим образом: если полученный в результате расчета критерия уровень статистической значимости меньше 0.05, то распределение считается отличным нормального (гауссовского), и в этом случае требуется решать вопрос об использовании непараметрических критериев. Вторым, более простым способом проверки распределения является построение рассмотрение гистограмм или квантильных диаграмм.

Представленный онлайн-калькулятор требует ввода данных по каждому из вариационных рядов, либо загрузки данных в формате MS Excel, что менее трудоемко.

Результаты расчета критерия Шапиро-Уилка для вариационного ряда показателей средней продолжительности жизни представлены на рисунке 2.

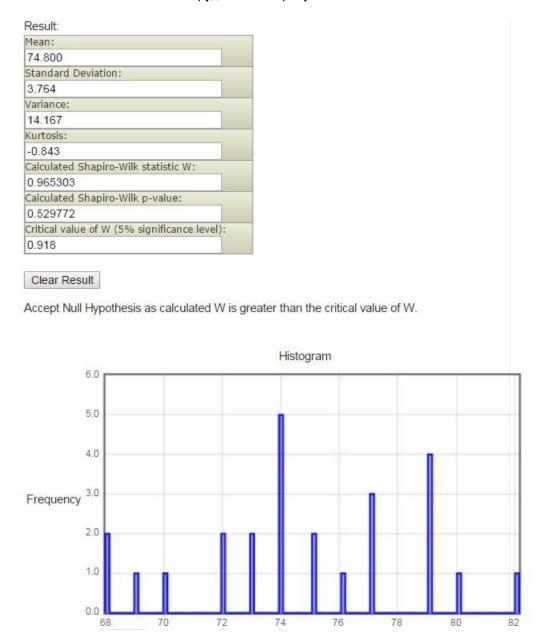


Рис. 2. Проверка типа распределения с помощью онлайн-калькулятора http://scistatcalc.blogspot.ru/2013/10/shapiro-wilk-test-calculator.html

Рассчитанная статистическая значимость критерия («Calculated Shapiro-Wilk p-value») равна 0,530 (значение критерия W=0,965), то есть на формальных основаниях мы можем принять нулевую гипотезу об отсутствии различий между нашим распределением и нормальным распределением, поскольку полученная статистическая значимость больше критического значения p=0.05.

Следует заметить, ЧТО представленная гистограмма не сильно похожа на нормальное распределение. Данный факт связан с тем, небольшом что при числе наблюдений маловероятно получить классическую гистограмму нормального распределения в форме колокола. Поэтому, в данном случае полагаем, что нет оснований считать данное распределение отличным от нормального.

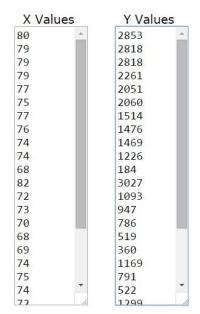
Оценка типа распределения вариационного финансирования здравоохранения ряда показывает значение критерия W=0,931 (р=0,093). В данном случае распределение формально не также отличается нормального, хотя тот факт, что значение р близко к критическому, должен обратить на себя внимание исследователя. Таким образом, основное условие расчета коэффициента корреляции Пирсона выполняется.

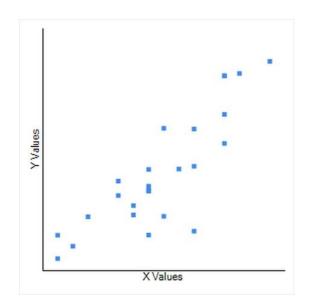
Линейность зависимости между переменными и наличие гомоскедастичности можно проверить путем построения диаграммы рассеяния (скаттерограммы), в том числе с помощью MS Excel или других программ (скаттерограмма будет представлена ниже). Условия независимости

участников исследования (государств), парности наблюдений и прочие условия также выполняются, поэтому в данном случае правомерно проводить корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции Пирсона.

Для решения этой задачи воспользуемся следующим онлайн-калькулятором, размещенным на сайте: http://www.socscistatistics.com/tests/pearson/Def ault2.aspx.

Способ ввода данных и схематичный график корреляционной связи (скаттерограмма) между расходами на здравоохранение («X Values») и средней продолжительностью жизни («Y Values») представлены на рисунке 3.





The value of R is 0.8446. This is a strong positive correlation, which means that high X variable scores go with high Y variable scores (and vice versa).

The value of R^2 , the coefficient of determination, is 0.7133.

Рис. 3. Ввод данных, скаттерограмма и результаты расчета коэффициента корреляции Пирсона с помощью онлайн-калькулятора http://www.socscistatistics.com/tests/pearson/Default2.aspx

На представленной скаттерограмме видно, что имеется тенденция увеличения продолжительности жизни с увеличением расходов на здравоохранение. Онлайн-калькулятор также представляет результаты расчета коэффициента корреляции Пирсона «The value of R is 0.8446». Таким образом, значение коэффициента корреляции Пирсона составляет r = 0.84, что говорит о сильной положительной корреляционной связи между

продолжительностью жизни и финансированием здравоохранения.

Программа также рассчитывает значение коэффициента детерминации $r^2 = 0.84^2 = 0.71$. Данное значение говорит о том, что 71% вариабельности продолжительности жизни может быть связан с государственным финансированием здравоохранения.

Помимо значения коэффициента корреляции можно рассчитать статистическую

значимость данного значения с помощью другого онлайн-калькулятора, расположенного на том же электронном pecypce: http://www.socscistatistics.com/pvalues/pearsondistribution.aspx.

Ввод данных и результаты расчета представлены на рисунке 4 (следует учесть, что в данных калькуляторах десятичные разряды отделяются от целых чисел не запятыми, а точками).

R Score: 0.84

N: 25

Significance Level:

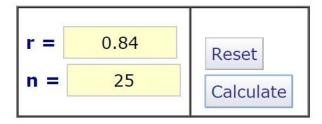
- 0.01
- 0.05
- 0.10

The P-Value is < 0.00001. The result is significant at p < 0.05.

Рис. 4. Расчет уровня статистической значимости для коэффициента корреляции Пирсона с помощью онлайн-калькулятора http://www.socscistatistics.com/pvalues/pearsondistribution.aspx

Полученное значение статистической значимости (p<0,00001), меньшее, чем 0,05, говорит о том, что полученное значение коэффициента корреляции Пирсона статистически значимо (то есть статистически значимо отличается от нуля). Однако не стоит в публикациях обозначать более трех знаков после запятой, поэтому запись p<0,001 для данного примера будет наиболее корректной.

Поскольку целью исследования является определение параметра, характеризующего генеральную совокупность, следует рассчитать также и 95% доверительный интервал (confidence interval – CI) для значения коэффициента корреляции Пирсона. Для этого воспользуемся очередным онлайнкалькулятором, расположенным на сайте http://faculty.vassar.edu/lowry/rho.html. Способ ввода данных результаты расчета И представлены на рисунке 5.



0.95 and 0.99 Confidence Intervals of rho

	Lower Limit	Upper Limit	
0.95	0.666	0.927	
0.99	0.587	0.943	

Рис. 5. Расчет доверительного интервала для коэффициента корреляции Пирсона с помощью онлайн-калькулятора http://faculty.vassar.edu/lowry/rho.html

Таким образом, рассчитанный 95% доверительный интервал для коэффициента корреляции Пирсона составляет от 0,67 до 0,93.

Итак, результатам данного экологического исследования установлено, между средней продолжительностью что жизни населения И государственным финансированием здравоохранения существует тесная корреляционная связь: r = 0.84 (95% Cl 0.67-0.93), p = 0.012, n = 25.

Примеры экологических (корреляционных) исследований.

Примером варианта экологического исследования может служить работа,

опубликованная в International Journal of Cancer В 1997 году [31]. В OCHOBY исследования были заложены статистические сведения органов здравоохранения Японии о потреблении населением ОСНОВНЫХ нутриентов и продуктов, данные о смертности населения от онкологических заболеваний за длительный период времени (1955-1993 гг.). В ходе данного исследования проводился анализ связи между состоянием питания населения и смертностью от разных видов рака, причем учитывался и отсроченный лет) (через 10 эффект имеющихся особенностей питания населения. Фрагмент исследования результатов данного представлен в таблице 2.

Таблица 2. Значения коэффициентов корреляции между потреблением некоторых нутриентов и продуктов питания и смертностью от рака желудка в Японии (за период 1955-1993 гг.).

Нутриенты /	Мужчины		Женщины		
продукты	Исходные	Отсроченные	Исходные	Отсроченные	
питания	показатели	показатели	показатели	показатели	
Углеводы	0,960	0,991	0,968	0,991	
Белки	-0,751	-0,908	-0,757	-0,908	
Жиры	-0,825	-0,975	-0,839	-0,974	
Соль	0,647	0,951	0,638	0,944	
Витамин С	-0,746	-0,911	-0,752	-0,910	
Рис	0,958	0,959	0,959	0,963	
Молоко	-0,896	-0,993	-0,908	-0,991	

Следует обратить внимание на то, что некоторые коэффициенты корреляции имеют отрицательный знак, что говорит об обратной изучаемыми СВЯЗИ между явлениями. Например, между употреблением в пищу углеводов и смертностью от рака желудка сильная положительная (чем корреляционная СВЯЗЬ больше углеводов в питании населения, тем больше смертность от рака желудка), в то время как для жиров и белков эта связь отрицательная (чем больше жиров или белков в питании, тем меньше смертность от рака желудка). Данное исследование продемонстрировало между особенностями пищевого статуса населения и смертностью от онкологических заболеваний. Исследователи отметили, что данное исследование является важным для постановки гипотезы о связи диеты и развития рака и установили необходимость дальнейших исследований ДЛЯ подтверждения этиологической роли

различных видов диет отдельных нутриентов развитии онкопатологии. В Однако, следует помнить, что даже такие высокие коэффициенты корреляции не дают права делать выводы причинноследственных связях между фактором риска и исходом.

Для начинающего исследователя, интересующегося вопросами проведения экологических исследований, несомненный интерес представляет упоминавшийся ранее интернет-ресурс www.gapminder.org.

Данный ресурс в наглядной интерактивной представляет форме полученные официальных международных источников (Всемирная организация здравоохранения и др.) данные о продолжительности жизни, заболеваемости населения, некоторых факторах социо-демографических риска, показателях и проч.

Основной рабочий экран данного ресурса представлен на рисунке 6.



Рис. 6. Основной экран интернет-ресурса www.gapminder.org. Представлена графическая зависимость средней продолжительности жизни населения (в годах) от логарифма среднего дохода населения (в USD на человека) в 2013 году.

Исследователь может самостоятельно выбрать год наблюдения и популяционные показатели, которые будут располагаться по осям абсцисс и ординат, после чего с помощью сформированной системой скаттерограммы оценить СВЯЗЬ между изучаемыми показателями. Каждой из точек государство, скаттерограммы является диаметр точки зависит от населения страны, а цвет - от региона мира, к которому данная страна принадлежит. При наведении курсора на определенную страну на осях абсцисс и ординат появляются соответствующие этой точке количественные данные, на основании которых можно самостоятельно сформировать таблицу рассчитать коэффициент корреляции для полученного массива данных (разумеется, предварительно убедившись, что представленная зависимость носит линейный характер).

Таким образом, мы рассмотрели один из самых популярных типов исследования — экологические, которые могут быть хорошим отправным пунктом для начинающих исследователей. В заключительном выпуске журнала мы познакомим читателей с экспериментальными исследованиями в здравоохранении.

Литература:

- 1. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс. М. : Практическая медицина, 2007. 287 с.
- 2. Власов В. В. Эпидемиология : учебное пособие для вузов. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. 448 с.
- 3. Воробьев К. П. Формат современной журнальной публикации по результатам клинического исследования. Часть 3 // Укр. мед. часопис. 2008. №2. С. 150-160.

- 4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1998. 459 с.
- 5. Гржибовский А. М. Корреляционный анализ // Экология человека. 2008. №9. С. 50-60.
- 6. Гржибовский А. М. Типы данных, проверка распределения и описательная статистика // Экология человека. 2008. №1. С. 52-58.
- 7. Доннели-мл. Р. А. Статистика. М. : Астрель : АСТ, 2007. 367 с.
- 8. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб. : Фолиант, 2003. 428 с.
- 9. Зуева Л. П., Яфаев Р. Х. Эпидемиология : учебник. СПб : ООО «Издательство Фолиант», 2008. 752 с.
- 10. Лакин Г.Ф. Биометрия. М. : Высшая школа, 1990. 350 с.
- 11. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М. : Медиа Сфера, 1998. 352 с.
- 12. Anderson M., Whitcomb P. RSM simplified: optimizing processes using response surface methods for design of experiments. London: Taylor and Francis, 2005.
- 13. Beaglehole R., Bonita R. Basic epidemiology. World Health Organization, Geneva, 1993.
- 14. Cleopas T.J. et al. Statistics Applied to Clinical Trials. 4th ed. Springer, 2009.
- 15. David F. Tables of the ordinates and probability integral of the distribution of the correlation coefficient in small samples. Cambridge: Cambridge University Press, 1938.
- 16. Grant W. B. A Multicountry Ecological Study of Cancer Incidence Rates in 2008 with Respect to Various Risk-Modifying Factors // Nutrients. 2014. Vol. 6. P 163-189.
- 17. Grant W. B. Trends in Diet and Alzheimer's Disease During the Nutrition Transition in Japan and Developing Countries // Journal of Alzheimer's Disease. 2014. Vol. 38. P. 611–620.
- 18. Greenland S. Ecologic versus individual-level sources of bias in ecologic estimates of contextual health effects // Int J Epidemiol. 2001. Vol. 30. P. 1343-1350.
- 19. Grjibovski A., Nurgaliyeva N., Sharbakov A., Seysembekov T., Kosbayeva A., Menne B.

- Cold temperatures and mortality from diseases of circulatory system in Astana, Kazakhstan: a registry-based study // Eur. J. Epidemiol. 2013. Vol. 28. P. S169.
- 20. Grjibovski A. M., Adilbekova B., Aynabekova B., Kozhakhmetova G., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Menne B. Cold temperatures and daily counts of ambulance calls for asthma exacerbations in Astana, Kazakhstan in 2006–2010: a registry-based study // Eur. J. Epidemiol. 2013. Vol. 28. P. S75.
- 21. Grjibovski A. M., Adilbekova B., Kozhakhmetova G., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Aynabekova B., Menne B. Associations between Cold temperatures and ambulance calls in Astana, Kazakhstan // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23 (Suppl.1). P. 258.
- 22. Grjibovski A. M., Kosbayeva A, Menne B. The effect of ambient air temperature and precipitation on monthly counts of salmonellosis in four regions of Kazakhstan, Central Asia, in 2000-2010 // Epidemiol. Infect. 2014. Vol. 142. P. 608-615.
- 23. Grjibovski A.M., Kosbayeva A. Climate variations and Salmonella infection in Astana, Kazakhstan: a time-series analysis // Eur. J. Public Health. 2012. Vol. 22 (Suppl. 2). P. 162.
- 24. Grjibovski A. M., Kozhakhmetova G., Nurgaliyeva N., Adilbekova B., Kosbayeva A., Menne B. Air temperature and suicides in Astana, Kazakhstan: a time-series analysis // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23 (Suppl. 1). P. 258.
- 25. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Adilbekova B., Kozhakhmetova G., Sharbakov A., Seysembekov T., Kosbayeva A., Menne B. Associations between high summer temperatures and cerebrovascular mortality in Astana, Kazakhstan: a time-series analysis // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23 (Suppl. 1). P. 258-259.
- 26. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Menne B. No association between temperature and deaths from cardiovascular and cerebrovascular diseases during the cold season in Astana, Kazakhstan the second coldest capital in the world // Int. J. Circumpol. Health. 2012. Vol. 71. P. 19769.
- 27. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Sharbakov A., Seysembekov T., Menne B. Effect of high temperatures on daily counts of mortality from diseases of circulatory system in Astana, Kazakhstan // Medicina (Kaunas). 2012. Vol. 48. P. 640-646.

- 28. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Sharbakov A., Seysembekov T., Kosbayeva A., Menne B. Cold temperatures and mortality from diseases of circulatory system in Astana, Kazakhstan // Eur. J. Epidemiol. 2013. Vol. 28. P. 169.
- 29. Leger A. S., Cochrane A. L., Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine // Lancet. 1979. Vol. 1. P. 107-1020.
- 30. Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods // Annual Review of Public Health. 1995. Vol. 16. P. 61-81.
- 31. Tominaga S., Kuroishi T. An ecological study on diet/nutrition and cancer in Japan // Int. J. Cancer. 1997. Vol. 2-6 (Suppl. 10). P. 2-6.

References:

- 1. Banerzhi A. Meditsinskaya statistika ponyatnyim yazyikom: vvodnyiy kurs. [Introduction to medical statistics]. M. : Prakticheskaya meditsina, 2007. P. 287. [in Russian]
- 2. Vlasov V. V. Epidemiologiya : uchebnoe posobie dlya vuzov. [Epidemiology: the textbook] M. : GEOTAR-Media, 2004. P. 448. [in Russian]
- 3. Vorob'ev K. P. Format sovremennoy zhurnalnoy publikatsii po rezultatam klinicheskogo issledovaniya. Chast 3. [The modern format of journal publications on the results of clinical studies. Part 3] // Ukr. med. Chasopis [Ukrainian medical journal]. 2008. No. 2. PP. 150-160. [in Russian]
- 4. Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika [The biomedical statistics]. M.: Praktika, 1998. PP. 459. [in Russian]
- 5. Grjibovski A. M. Correlatsionnij analiz [Correlation analysis] // Ekologiya cheloveka [Human Ecology]. 2008. No. 9. PP. 50-60. [in Russian]
- 6. Grjibovski A. M. Tipy dannyh, proverka raspredeleniya i opisatel'naya statistika [Types of data, distributions and descriptive statistics] // Ekologiya cheloveka [Human Ecology]. 2008. No. 1. PP. 52-58. [in Russian]
- 7. Donneli-ml. R. A. Statistika. M. : Astrel : AST, 2007. P.367. [in Russian]
- 8. Lakin G. F. Biometriya [Biometria]. M. : Vysshaya shkola, 1990. 350 p. [in Russian]

- 9. Zueva L. P., Yafaev R. H. Epidemiologiya : uchebnik [Epidemiology: the textbook]. SPb : OOO «Izdatelstvo Foliant», 2008. P. 752 . [in Russian]
- 10. Zajcev V. M., Liflyandskij V. G., Marinkin V.I. Prikladnaya medicinskaya statistika [Applied medical statistics]. SPb.: Foliant, 2003. 428 p. [in Russian]
- 11. Fletcher R. et al. Klinicheskaya ehpidemiologiya. Osnovy dokazatel'noj mediciny [Clinical epidemiology. Basics of the evidence-based medicine] / R. Fletchtr, C. Fletcher, E. Vagner. M.: Media Sphere, 1998. 352 p. [in Russian]
- 12. Anderson M., Whitcomb P. RSM simplified: optimizing processes using response surface methods for design of experiments. London: Taylor and Francis, 2005.
- 13. Beaglehole R., Bonita R. Basic epidemiology. World Health Organization, Geneva, 1993.
- 14. Cleopas T. J. et al. Statistics Applied to Clinical Trials. 4th ed. Springer, 2009.
- 15. David F. Tables of the ordinates and probability integral of the distribution of the correlation coefficient in small samples. Cambridge: Cambridge University Press, 1938.
- 16. Grant W. B. A Multi-country Ecological Study of Cancer Incidence Rates in 2008 with Respect to Various Risk-Modifying Factors // Nutrients. 2014. Vol. 6. P 163-189.
- 17. Grant W. B. Trends in Diet and Alzheimer's Disease During the Nutrition Transition in Japan and Developing Countries // Journal of Alzheimer's Disease. 2014. Vol. 38. P. 611–620.
- 18. Greenland S. Ecologic versus individual-level sources of bias in ecologic estimates of contextual health effects // International Journal of Epidemiology. 2001. Vol. 30. P. 1343-1350.
- 19. Grjibovski A., Nurgaliyeva N., Sharbakov A., Seysembekov T., Kosbayeva A., Menne B. Cold temperatures and mortality from diseases of circulatory system in Astana, Kazakhstan: a registry-based study // Eur. J. Epidemiol. 2013. Vol. 28. P. S169.
- 20. Grjibovski A. M., Adilbekova B., Aynabekova B., Kozhakhmetova G., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Menne B. Cold temperatures and daily counts of ambulance calls for asthma exacerbations in Astana, Kazakhstan in 2006–

- 2010: a registry-based study // Eur. J. Epidemiol. 2013. Vol. 28. P. S75.
- 21. Grjibovski A. M., Adilbekova B., Kozhakhmetova G., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Aynabekova B., Menne B. Associations between Cold temperatures and ambulance calls in Astana, Kazakhstan // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23 (Suppl.1). P. 258.
- 22. Grjibovski A. M., Kosbayeva A., Menne B. The effect of ambient air temperature and precipitation on monthly counts of salmonellosis in four regions of Kazakhstan, Central Asia, in 2000-2010 // Epidemiol. Infect. 2014. Vol. 142. P. 608-615.
- 23. Grjibovski A. M., Kosbayeva A. Climate variations and Salmonella infection in Astana, Kazakhstan: a time-series analysis // Eur. J. Public Health. 2012. Vol. 22 (Suppl. 2). P. 162.
- 24. Grjibovski A. M., Kozhakhmetova G., Nurgaliyeva N., Adilbekova B., Kosbayeva A., Menne B. Air temperature and suicides in Astana, Kazakhstan: a time-series analysis // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23 (Suppl. 1). P. 258.
- 25. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Adilbekova B., Kozhakhmetova G., Sharbakov A., Seysembekov T., Kosbayeva A., Menne B. Associations between high summer temperatures and cerebrovascular mortality in Astana, Kazakhstan: a time-series analysis. // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23 (Suppl. 1). P. 258-259.

- 26. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Menne B. No association between temperature and deaths from cardiovascular and cerebrovascular diseases during the cold season in Astana, Kazakhstan the second coldest capital in the world // Int. J. Circumpol. Health. 2012. Vol. 71. P. 19769.
- 27. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Kosbayeva A., Sharbakov A., Seysembekov T., Menne B. Effect of high temperatures on daily counts of mortality from diseases of circulatory system in Astana, Kazakhstan // Medicina (Kaunas). 2012. Vol. 48. P. 640-646.
- 28. Grjibovski A. M., Nurgaliyeva N., Sharbakov A., Seysembekov T., Kosbayeva A., Menne B. Cold temperatures and mortality from diseases of circulatory system in Astana, Kazakhstan // Eur. J. Epidemiol. 2013. Vol. 28. P. S169.
- 29. Leger A. S., Cochrane A. L., Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine // Lancet. 1979. Vol. 1. P. 107-1020.
- 30. Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods // Annual Review of Public Health. 1995. Vol. 16. P. 61-81.
- 31. Tominaga S., Kuroishi T. An ecological study on diet/nutrition and cancer in Japan // Int. J. Cancer. 1997. Vol. 2-6 (Suppl. 10). P. 2-6.

Контактная информация:

Гржибовский Андрей Мечиславович — доктор медицины, магистр международного общественного здравоохранения, Старший советник Национального Института Общественного Здравоохранения, г. Осло, Норвегия; Директор Архангельской международной школы общественного здоровья, г. Архангельск, Россия; Профессор Международного Казахско-Турецкого Университета им. Х.А. Ясяви, г, Туркестан, Казахстан.

Почтовый адрес: INFA, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo, Norway.

E-mail: Andrej.Grjibovski@gmail.com

Телефон: +4745268913 (Норвегия), +79214717053 (Россия), +77471262965 (Казахстан)

UDC [616.314.17-008.1:616.516]-08:612.017.1

EFFECTIVENESS EVALUATION OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH ORAL LICHEN PLANUS BY MONITORING OF LOCAL IMMUNITY INDICES

O. V. Yeliseyeva, I. I. Sokolova

Kharkov National Medical University, Ukraine, Kharkov

Relevance. Changes in the oral mucosa, parodontium tissues are in most cases clinical and sometimes only signs of disorders in functioning of different organs and systems. Lichen planus is one of the most wide-spread and manifest as for clinical implications diseases of the oral mucosa.

In this regard the goal of our research is assessment of slgA in the oral fluid, C3 components of the complement, activity of lysozyme and beta-lysins in patients suffering from CGP and lichen planus before and after treatment, as indices of positive influence of suggested complex therapy on the immunological course of CGP pathogenesis.

Object and methods of the research. 72 patients were examined and divided into 4 groups. The first group (20 people) comprised patients with CGP of initial and mild severity without lichen planus. 32 patients with conjoint course of CGP (initial and mild severity) associated with planus (typical form) were divided into 2 groups (2 and 3). The fourth observational group comprised patients with intact parodontium (20 people).

Results of the research and their consideration. After conservative treatment firm increase of lysozyme activity in the oral fluid of the patients of all observational groups after two weeks of treatment and while control measurement of lysozyme intake in 3 months is noted. However, only in the patients, who were undergoing treatment according to elaborated scheme, indices of lysozyme activity achieved the level of control ones and corresponded to it during the whole period of observation (from 34,86% до 36,38%).

Conclusions. With reference to the foregoing it is possible to draw a conclusion that CGP as well as conjoint course of CGP and lichen planus are accompanied by significant changes of local immunity of the oral cavity which become apparent in the form of sharp decrease of lysozyme and beta-lysins activity, reduction of the amount of C3 components of complement and increase slgA level in the oral fluid.

Key words: chronicle generalized periodontitis, oral lichen planus, local immunity characteristics, lysozyme containing medicine.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ МОНИТОРИРОВАНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА

О. В. Елисеева, И. И. Соколова

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Введение. Изменения слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта зачастую являются первыми клиническими, а иногда и единственными признаками нарушений функционирования различных органов и систем. Красный плоский лишай - одно из самых распространенных и манифестных по клиническим проявлениям заболеваний слизистой оболочки полости рта.

В связи с этим целью нашего исследования стало определение в ротовой жидкости slgA, С3 компонента комплемента, активности лизоцима и бета-лизинов у больных ХГП и КПЛ до лечения и после его окончания, как показателей позитивного влияния предложенной комплексной терапии на иммунологическое звено патоленеза ХГП.

Объект и методы исследования. Нами было обследовано 72 пациента, которые были разделены на 4 группы. В 1 группу (20 человек) вошли пациенты с ХГП начальной и легкой степенями тяжести без КПЛ. 32 пациента с сочетанным течением ХГП (начальная и легкая степени тяжести) на фоне КПЛ (типичная форма) были разделены на две группы (2 и 3). Контрольную 4-ю группу составили пациенты с интактным пародонтом (20 человек).

Результаты исследования и их обсуждение

После проведенной консервативной терапии отмечается достоверное увеличение активности лизоцима в ротовой жидкости пациентов всех групп, как через две недели от момента начала лечения, так и при контрольном осмотре через 3 месяца. Однако только у пациентов, получивших лечение по разработанной нами схеме, показатели активности лизоцима вернулись к уровню контрольных и остались таковыми во время всего срока наблюдения (от 34,86% до 36,38%).

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что ХГП, а также сочетанное течение ХГП и КПЛ сопровождается существенными изменениями показателей местного иммунитета ротовой полости, которые проявляются в резком снижении активности лизоцима и бета-лизинов, снижении количества СЗ компонента комплимента и возрастании в ротовой жидкости slgA. Данные изменения варьируют в зависимости от степени повреждения пародонта, сопутствующей патологии, микробной обсемененности и отражают процессы местного воспаления и локальных иммунных механизмов.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, красный плоский лишай, показатели местного иммунитета, лизоцимсодержащие средства.

ЛОКАЛДЫ ИММУНИТЕТ КӨРСЕТКІШТЕРІН МОНИТОРЛАУМЕН ЖАЛПАҚ ҚЫЗЫЛ ТЕМІРЕТКІ ФОНЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ГЕНЕРАЛИЗДЕНГЕН ПАРОДОНТИТПЕН НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

О. В. Елисеева, И. И Соколова

Харьков ұлттық медициналық университеті, Харьков қ., Украина

Кіріспе. Ауыз қуысы сілемейлі қабығындағы және және пародонттың тіндерінің өзгерістері көбінесе бірінші клиникалық, ал кейде әртүрлі ағзалардың және жүйелердің қызмет етуінің бұзылыуының жалғыз ғана белгілері болып табылады. Жалпақ қызыл теміреткі - ауыз қуысы сілемейлі қабығы ауруларының клиникалық анықтамалары бойынша ең таралған және манифестілерінің бірі.

Осыған байланысты біздің **зерттеу мақсаты** емдеуден бұрын және оны аятаған кезде, СГП патоленезінің иммунологиялық звеносына ұсынылған кешенді терапияның оңды әсерінің көрсеткіштері ретінде slgA, СЗ компоненті комплементінің ауыз ішілік сұйықтығын, СГП және ЖҚТ-мен ауыратын науқастарда лизоцимді және бета-лизиннің белсенділігін анықтау болды.

Зерттеу нысаны және әдістері. Біз 72 пациентті тексердік, ол 4 топқа бөлінді. 1 топқа ЖҚТ жоқ СГП бастапқы және жеңіл дәрежедегі (20 адам) кірді. 32 пациент ЖҚТ фонында (қарапайым түрі) СГП үйлескен ағымымен (бастапқы және жеңіл дәреже) екі топқа бөлінді (2 және 3). 4 –ші бақылау тобын интактілі пародонтпен ауыратын науқастар құрады.

Зерттеу нәтижелері мен оларды талқылау. Консервативті терапия өткізгеннен кейін емдеу басталған сәтінен бастап екі аптадан кейін, сол сияқты 3 ай өткеннен кейін бақылау тексеруі

кезінде барлық топтардағы пациенттердің ауыз сұйықтығында лизоцимнің белсенділігінің нақты артуы белгілі болды. Бірақ тек қана біз әдістеген схема бойынша емдеу алған пациенттерде ғана лизоцимнің белсенділігі көрсеткіштері бақылау деңгейін қайта келді және бақылаудың барлық мерзімінде сондай болып қалды (34,86% - 36,38%).

Қорытындылар. Жоғарыда айтылғандар негізінде, СГП, сол сияқты СГП үйлескен ағымымен ауыз қуысының жергілікті иммунитеті көрсеткішетірінің біршама өзгерістерімен ілеседі, олар лизоцимнің және бета-лизиндердің белсенділігін күрт төмендетуде, компонентті комплименттің СЗ санының төмендеуімен және slgA ауыз сұйықтығының көбеюімен айқындалады. Осы өзгерістер пародонтаның зақымдануы дәрежесінен, патологияның, микробты ұрықтануының ілесуіне байланысты өзгереді және жергілікті қабынулар және локалды иммундық механизмдер процесстерін білдіреді.

Негізгі сөздер: созылмалы генерализденген пародонтит, жалпақ қызыл теміреткі, жергілікті иммунитет көрсеткіштері, құрамындализоцим заттар.

Библиографическая ссылка:

Елисеева О. В., Соколова И. И. Оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая мониторированием показателей локального иммунитета / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 19-25.

Yeliseyeva O. V., Sokolova I. I. Effectiveness evaluation of comprehensive treatment of patients with chronic generalized periodontitis associated with oral lichen planus by monitoring of local immunity indices. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 19-25.

Елисеева О. В., Соколова И. И. Локалды иммунитет көрсеткіштерін мониторлаумен жалпақ қызыл теміреткі фонында созылмалы генерализденген пародонтитпен науқастарды кешенді емдеудің тиімділігін бағалау / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 19-25.

Relevance

The periodontological aspects of oral lichen planus (OLP), especially OLP of the oral cavity mucous membrane (OCMM), relate to the number of those poorly explored, although its autoimmune genesis presupposes the involvement of the most important morphofunctional complex of the oral cavity - the paradentium, with a subsequent development of a graver and generalised combined pathology. According to expert data [3, 8, 9], the frequency of the paradentium specific diseases detection in the presence of the oral cavity oral lichen planus varies from 13,0 to 48,0 per cent. One of such diseases is chronic generalised periodontitis (CGP). CGP is an immune destruction microbe-induced periodontal complex with a high probability of a genetic and general somatic predisposition, proceeding with a free-radical mechanisms disorder in tissues. characterised by a progressing course resulting in the resorption of the alveolar process bone stock [1, 7]. Therefore the problem of the creation of medioprophylactic methods of CGP and OLP treatment is still urgent.

Changes in the oral mucosa, parodontium tissues are in most cases clinical and sometimes only signs of disorders in functioning of different organs and systems. At the same time disorders, which appear in the oral cavity, can increase

severity of the background disease. Lichen planus is one of the most wide-spread and manifest as for clinical implications diseases of the oral mucosa [1, 3].

One of the most important causes, which determine the possibility of conjoint contraction of chronic generalized periodontitis (CGP) and lichen planus and define their course, is the state of local mechanisms of defense of the oral cavity [1, 2, 3, 8]. Therefore, estimation of immune competence of the oral cavity in patients with CGP and lichen planus can be one of possible objective criteria of treatment quality.

In this regard the goal of our research is assessment of slgA in the oral fluid, C3 components of the complement, activity of lysozyme and beta-lysins in patients suffering from CGP and lichen planus before and after treatment, as indices of positive influence of suggested complex therapy on the immunological course of CGP pathogenesis.

Object and methods of the research. 72 patients were examined and divided into 4 groups. The first group (20 people) comprised patients with CGP of initial and mild severity without lichen planus. 32 patients with conjoint course of CGP (initial and mild severity) associated with planus (typical form) were divided

into 2 groups (2 and 3). The second group (16 people) was represented by patients with CGP and lichen planus without involvement of the oral mucosa; the third group (16 people) was represented by patients with involvement of the oral mucosa. The fourth observational group comprised patients with intact parodontium (20 people). On the basis of treatment methods groups 2 and 3 were divided into subgroups 2a, 2b, 3a 3b (8 patients in each one).

The mouth rinse Perio-Aid 0.12% (Dentaid, Spain) was administered to group 1, 2a, 3 patients twice a day after toothbrushing with "Lacalut Active" tooth paste (Germany). Sea buckthorn oil on affected areas of the oral mucosa was administered to group 3a patients: 8-10 procedures per 1 course. In such a way group 1, 2a and 3a patients underwent standard treatment. A new therapeutic regimen, which included "Lizomucoid" mouthwash (Production Research Association "Odessa Technology", Ukraine), "Lacalut Active" tooth paste (Germany) and "Lysobact" antiseptic tablets (Bosnaliiek d.d.. Bosnia and Herzegowina), was elaborated for group 2b and 3b patients. The therapeutic regimen of group 3b also included lysozymecontaining films (Production Research Association Technology", Ukraine) "Odessa applied on affected areas of the oral mucosa and marginal parodontium.

Systemic treatment of lichen planus (after specialized medical consultation) consisted in prescribing of Delagil, 1 pill twice a day, Xantinol nicotinate, 1 pill three times a day and vitamin E in capsules, 1 capsule once a day, to the patients of the second and third groups.

Immunology research of the oral fluid included study of lysozyme activity by means of nephelometric method [7] and also assessment of slgA, C3 components of complement and beta-lysins activity by enzyme linked immunoassay [6, 9, 10].

Informed consent for participation in the study from those examined as well as permission from the Kharkov National Medical University Committee on Medical Ethics and Bioethics were obtained.

For statistical data processing, the Statistica version 6.0 for Windows data processing universal program package was used. The Mann-Whitney *U* test was used as a distribution-free method. The trustworthiness of the results received was estimated with the help of the Wilcoxon signed-rank test [4].

Results of the research and their consideration. Efficacy of treatment of the patients representing different groups was assessed through study of indices of local immunity of the oral cavity, of both non-specific (lysozyme, beta-lysins, C3 components of conplement) and specific (slgA) types of immunity.

As Table 1 shows, in patients of all groups with CGP of initial and mild severity associated with lichen planus of typical form (the second and third groups) as well as without lichen planus (the first group) sharp decrease of lysozyme activity in the oral fluid (activity of lysozyme varies depending on degree of CGP and co-morbidity from 12,51% to 24,88%, in case of activity rate of lysozyme in health people of control group - 38,77%) is marked, and in patients of the second and third groups with CGP associated with lichen planus this index is on average decreased by 2.8 times. As the role of lysozyme (acetylmuramidase ferment) as a mycolytic ferment of the oral cavity is hard to be overestimated (lysis of microorganisms, stimulation of phagocytosis, regeneration of biological tissues), development of marked pathological processes in the oral cavity in significant decrease of its activity becomes clear.

Table 1. Change of lysozyme content in the oral cavity of patients with CGP and CGP associated with lichen planus before and after treatment (%).

Groups	Before treatment	In 14 days after treatment	In 3 months after treatment				
1 (n=20)	24,88±4,41*	27,01±3,20*	27,97±9,72*				
2a (n=8)	12,51±2,80*	23,53±3,40*	22,80±13,40*				
2б (n=8)	15,94±3,19*	34,86±8,89	35,35±5,72				
3a (n=8)	15,41±2,06*	23,41±6,13*	25,34±2,85*				
3б (n=8)	13,42±5,80*	36,22±7,80	36,38±5,15				
4 (n=20)	38,77±4,23	-	-				

^{* -} index value in comparison with control differences in group were significant at p<0.05

After conservative treatment firm increase of lysozyme activity in the oral fluid of the patients of all observational groups after two weeks of treatment and while control measurement of lysozyme intake in 3 months is noted. However, only in the patients, who were undergoing treatment according to elaborated scheme, indices of lysozyme activity achieved the level of control ones and corresponded to it during the whole period of observation (from 34,86% до 36,38%).

Dynamic of control of beta-lysins activity of bactericide factor, which is most active against anaerobic and sporogenous aerobic microorganisms (Table 2), during the whole period of observation has shown that in all patients with CGP and CGP associated with lichen planus of typical form, firm decrease of activity of this bactericide factor of the saliva in comparison with control before treatment and normalization of beta-lysins activity after use of different treatment schemes is identified.

Table 2. Dynamic of activity of oral fluid beta-lysins in patients before and after treatment (%).

Groups	Before treatment	In 14 days after treatment	In 3 months after treatment	
1 (n=20)	39,07±2,20*	25,83±2,91	38,89±2,88*	
2a (n=8)	17,55±2,30*	21,45±1,21*	19,30±2,83*	
2б (n=8)	17,6±2,12*	32,35±5,05*	27,70±3,48	
3a (n=8)	15,47±2,49*	20,95±1,12*	20,01±1,75*	
3б (n=8)	14,29±1,88*	27,41±4,83	22,95±4,22*	
4 (n=20)	28,43±3,84	-	-	

^{* -} index value in comparison with control differences in group were significant at p<0.05.

The most important component of complement system is C3 fragment, the breakdown of which into C3a and C3b is considered to be a midpoint of each several cascades of activation of complement system which end with formation of membranes of attack complex and lysis of pathogenic bacteria of the oral cavity. Consequently, in all patients with CGP and CGP associated with lichen planus the level of this fragment of complement is reduced in comparison with control by 1,5-2 times (Table 3). The therapeutic regimen, which has been

elaborated and applies by us, regulates this index in patients of groups 2b (923,3 mg/l) and 3b (1002,5 mg/l) in two weeks after beginning of therapy and remains on the level of control data during 3 months of observation (993,5 mg/l and 972,4 mg/l, respectively). When standard schemes of treatment of the patients with CGP (groups 1, 2a and 3a) are used, positive dynamics is also apparent. However, firm normalization of concentration of C3 fragments in the oral fluid is not achieved.

Table 3. Change of concentration of C3 component in patients with CGP and CGP associated with lichen planus (mg/l).

Groups	Before treatment	In 14 days after treatment	In 3 months after treatment	
1 (n=20)	637,8±39,22*	846,9±82,77*	861,9±80,99*	
2a (n=8)	460,8±55,51*	696,2±80,86*	634,8±135,43*	
2б (n=8)	483,1±66,73*	923,3±151,90	993,5±37,72	
3a (n=8)	480,9±55,64*	721,9±85,81*	609,3±117,24*	
3б (n=8)	478,3±34,93*	1002,5±54,80	972,4±141,45	
4 (n=20)	984,3±102,90	-	-	

^{* -} index value in comparison with control differences in group were significant at p<0.05.

In all patients with CGP associated with lichen planus in the oral fluid, increase of concentration of slgA (Table 4) by 2 times (in comparison with the norm) has been detected, and in patients of the first group this index was tended to sharp decrease. After performed treatment according to

the elaborated scheme normalization of slgA level in the oral fluid of the patient of groups 2b and 3b during the whole period of observation was accomplished.

In patients with CGP associated with lichen planus, who underwent standard treatment (2a and

3a), reliable changes of this index were absent and in patients of the first group normalization of slgA

level was observed immediately after end of treatment, but in three months it was the same.

Table 4. Content of slgA in oral fluid in patients (g/l).

Groups Before treatment		In 14 days after treatment	In 3 months after treatment
1 (n=20)	0,13±0,05*	0,31±0,05	0,17±0,03*
2a (n=8)	0,54±0,03*	0,45±0,05*	0,49±0,12*
2б (n=8)	0,60±0,08*	0,39±0,04	0,35±0,04
3a (n=8)	0,60±0,07*	0,52±0,07*	0,48±0,06*
3б (n=8)	0,57±0,09*	0,36±0,03	0,37±0,06
4 (n=20)	0,29±0,05	-	-

^{* -} index value in comparison with control differences in group were significant at p<0.05.

Conclusions

With reference to the foregoing it is possible to draw a conclusion that CGP as well as conjoint course of CGP and lichen planus are accompanied by significant changes of local immunity of the oral cavity which become apparent in the form of sharp decrease of lysozyme and beta-lysins activity, reduction of the amount of C3 components of complement and increase slgA level in the oral fluid.

Efficiency of our method of treatment of patients with CGP associated with lichen planus is proved through recovery of indices of local non-specific immunity of the oral cavity such as lysozyme and beta-lysins activity and concentration of C3 fragments of complement as well as normalization of slgA level directly after the course is finished and in 3 months after treatment.

Normalization of indices of local immunity of the oral cavity is accompanied by absence of symptoms of inflammation of parodontium tissue.

Литература:

- 1. Белёва Н. С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2010. 23 с.
- 2. Булгакова А. И. Совершенствование местной терапии хронического генерализованного пародонтита : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1999. 22 с.
- 3. Булгакова А. И., Медведев Ю. А., Чемикосова Т. О., Валеев И. В. Влияние пиобактериофага поливалентного и интерферона на лечение хронического генерализованного пародонтита //

Иммунология, аллергология, инфектология. 2000. № 2. С. 2-4.

- 4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999. 459 с.
- 5. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. М.: Изд-во МИА, 2009. 336 с.
- 6. Рабинович И. М., Дмитриева Н. А., Ефимович О. И. Коррекция микробиологических изменений у больных с дисбактериозами полости рта // Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. М.. 2000. С. 281–283.
- 7. Ронь Г. И. Проблема дисбиоза полости рта у больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и его коррекция // Маэстро стоматологии. 2001. № 5. С. 55–56.
- 8. Современные аспекты клинической пародонтологии / под ред. Л. А. Дмитриевой. М.: МЕДпресс, 2001. 127 с.
- 9. Шабанская М. А. Некоторые показатели дисбактериозов полости рта при разных формах стоматологических заболеваний и эффективность коррекционной бактериальной терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994. 23 с.
- 10. Sugerman P. B., Savage N. W. Oral lichen planus: causes, diagnosis and management // Australian dental journal. 2002. Vol. 47, N 4. P. 290–297.

References:

1. Beleva N. S. Sovershenstvovanie diagnostiki i kompleksnogo lecheniya v sisteme dispanserizatsii bol'nykh krasnym ploskim lishaem slizistoi obolochki polosti rta (avtoref. dis. ... kand. med. nauk.) [Improving the diagnosis and comprehensive treatment in the clinical examination of patients with lichen planus of the

oral mucosa. Author's Abstract of Kand. Diss.]. Perm', 2010, 23 p.

- 2. Bulgakova A. I. Sovershenstvovanie mestnoi terapii khronicheskogo generalizovannogo parodontita (avtoref. dis. ... kand. med. nauk.) [Improving local therapy of chronic generalized periodontitis. Author's Abstract of Kand. Diss.]. M., 1999, 22 p.
- 3. Bulgakova A. I., Medvedev Yu. A., Chemikosova T. O., Valeev I. V. Vliyanie piobakteriofaga polivalentnogo i interferona na lechenie khronicheskogo generalizovannogo parodontita [Influence piobakteriofaga polyvalent and interferon for treatment of chronic generalized periodontitis]. Immunologiya, allergologiya, infektologiya [Immunology, allergology, infectology] 2000, 2, pp. 2–4.
- 4. Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika. [Biomedical Statistics]. M.: Praktika, 1999. 459 p.
- 5. Grudyanov A. I. Zabolevaniya parodonta [Periodontal disease]. M.: Izd-vo MIA, 2009. 336 p.
- 6. Rabinovich I. M., Dmitrieva N. A., Efimovich O. I. Korrektsiya mikrobiologicheskikh izmenenii u bol'nykh s disbakteriozami polosti rta [Correction microbiological changes in patients

- with oral dysbacteriosis]. Trudy VI s"ezda Stomatologicheskoi assotsiatsii Rossii. [Proceedings of the VI Congress of the Dental Association of Russia]. M., 2000. pp. 281–283.
- 7. Ron' G. I. Problema disbioza polosti rta u bol'nykh s zabolevaniyami slizistoi obolochki polosti rta i ego korrektsiya [The problem oral dysbiosis in patients with diseases of the oral mucosa and its correction]. Maestro stomatologii. [Maestro dentistry]. 2001. № 5. pp. 55–56.
- 8. Sovremennye aspekty klinicheskoi parodontologii [Modern Aspects of Clinical Periodontology]. pod red. L. A. Dmitrievoi. M.: MEDpress, 2001. 127 p.
- 9. Shabanskaya M. A. Nekotorye pokazateli disbakteriozov polosti rta pri raznykh formakh stomatologicheskikh zabolevanii i effektivnost' korrektsionnoi bakterial'noi terapii : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. [Some indicators dysbacterioses the mouth with different forms of dental diseases and the effectiveness of correctional treatment of bacterial. Author's Abstract of Kand. Diss.]. M., 1994. 23 p.
- 10. Sugerman P. B., Savage N. W. Oral lichen planus: causes, diagnosis and management. Australian dental journal. 2002, 47 (4), pp. 290–297.

Контактная информация:

Елисеева Ольга Владимировна - к.м.н., ассистент кафедры стоматологии Харьковского государственного медицинского университета, г. Харьков, Украина.

Почтовый адрес: 61058, Украина, г. Харьков, ул. Культуры, д. 18, кв 19.

E-mail: Yeliseyeva_dent@bigmir.net Телефон: +38 (050) 444 59 47.

УДК 616.36-008.5-006-089+617-089:615.849.1

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ю. В. Авдосьев^{1,2}, В. В. Бойко¹, Т. А. Гришина¹, О. Ю. Лаврентьева¹

Введение. Лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза остается актуальной проблемой в ургентной абдоминальной хирургии.

Цель исследования: Оценка результатов рентгенохирургических вмешательств в комплексе с хирургическим лечением у больных с опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны.

Методы: Проанализированы результаты рентгенохирургического лечения (чрескожное чреспеченочное холангиодренирование, холангиостентирование, внутриартериальная химиоэмболизация) 174 больных с механической желтухой опухолевого генеза.

Результаты: Благодаря проведению наружного чрескожного чреспеченочного холангиодренирования с последующим стентированием желчных протоков у 26 (14,7%) пациентов и внутриартериальной химиоэмболизацией опухолевых сосудов у 24 (13,7%) пациентов удалось существенно снизить уровень билирубина, добиться стабилизации опухолевого процесса, что в конечном итоге позволило улучшить качество и продолжительность жизни у этой группы больных.

Выводы: Применение рентгенохирургических вмешательств в комплексе с хирургическим лечением позволило добиться стабилизации опухолевого процесса и произвести в последующем у 59 (33,9%) больных радикальное хирургическое лечение.

Ключевые слова: механическая желтуха, чрескожные эндобилиарные вмешательства, химиоэмболизация опухолевых сосудов.

ROENTGEN-SURGICAL INTERVENTIONS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF TUMOR GENESIS

Yu. V. Avdosyev^{1,2}, V. V. Boyko¹, T. A. Gryshina¹, O. Yu. Lavrentyeva¹

Introduction. The treatment of patients with obstructive jaundice of tumor genesis remains an actual problem in emergency abdominal surgery.

Objective of study is evaluation of results of endovascular interventions combined with surgical treatment of patients with neoplastic lesions of hepatopancreatobiliary zone.

Methods: The results of endovascular treatment (percutaneous transhepatic biliary draining, biliary stenting, intra-arterial chemoembolization) of 174 patients with obstructive jaundice of tumor genesis are performed in the article.

Results: It was established that external percutaneous transhepatic biliary draining combined with biliary stenting in 26 patients (14,7%) and intra-arterial chemoembolization of tumor vessels in 24 (13,7%) patients allows us to reduce the serum bilirubin level and to achieve stabilization of the tumor process, that leads to improvement of the quality and duration of life in this group of patients.

¹ ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМНУ», г. Харьков, Украина;

² Кафедра онкологии и детской онкологии ХМАПО, г. Харьков, Украина

¹ GI "V. T. Zaycev Institute General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine"; ²Department of Oncology and children's Oncology KhMAPE, Kharkov, Ukraine

Conclusions: Using of endovascular interventions in combination with surgical treatment leads to stabilization of the tumor process and allows us to perform radical surgery in 59 (33.9%) patients in future.

Keywords: obstructive jaundice, percutaneous endobiliary intervention, chemoembolization of tumor vessels.

ІСІК ГЕНЕЗІНІҢ МЕХАНИКАЛЫҚ САРЫ АУРУМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУГЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЯЛЫҚ АРАЛАСУ

Ю. В. Авдосьев^{1,2}, В. В. Бойко¹, Т. А. Гришина¹, О. Ю. Лаврентьева¹

¹ Украина Ұлттық медициналық ғылымдар академиясы В.Т. Зайцев атынд. жалпы және шұғыл хирургия институты, Харьков қ., Украина;

² Дипломнан кейінгі білім беру Харьков медициналық академиясы. Онкология және балалар онкологиясы кафедрасы, Харьков қ., Украина

Кіріспе. Ісік генезінің механикалық сары аурумен ауыратын науқастарды емдеу ургентті абдоминалды хирургияда өзекті мәселе болып қалуда.

Зерттеу мақсаты: гепатопанкреатобилиарлы аймақтағы ісік зақымдануымен науқастарды кешенді хирургиялық емдеумен бірге ренгенохирургиялық араласулар нәтижелерін бағалау.

Әдістері: Ісік генезінің механикалық сары аурумен ауыратын 174 науқасты **р**ентгенохирургиялық емдеудің нәтижелері талданды(тері арқылы бауыр арқылы холангиодренаждау, холангиостентирлеу, артерияішілікхимиоэмболизациялау).

Нәтижелері: 26 (14,7%) пациентке соңынан өт жолдарын стенттеумен тері арқылы бауыр арқылы **сыртқы** холангиодренаждау, холангиостентирлеу өткізу 24 (13,7%) пациентке ісік тамырларын артерияішілікхимиоэмболизациялау арқасында билирубин деңгейін біршама төмендету болды, ісік процессін тұрақтандыруға қол жеткізді, ол соңында осы топ науқастары өмірінің сапасы мен ұзақтылығын жақсартуға мүмкіндік берді.

Қорытындылар: Рентгенохирургиялық араласуларды кешенді хирургиялық емдеумен бірге қолдану ісік процессін тұрақтандыруға және 59 (33,9%) науқаста радикалды хирургиялық емдеу жүргізуге қол жеткізді.

Негізгі сөздер: механикалық сары ауру, тері арқылыэндобилиарлы араласулар, ісік тамырлары химиоэмболизациялау.

Библиографическая ссылка:

Авдосьев Ю. В., Бойко В. В., Гришина Т. А., Лаврентьева О. Ю. Рентгенохирургические вмешательства в комплексном лечении больных с механической желтухой опухолевого генеза / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 26-35.

Avdosyev Yu. V., Boyko V. V., Gryshina T. A., Lavrentyeva O. Yu. Roentgen-surgical interventions in complex treatment of patients with obstructive jaundice of tumor genesis. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 26-35.

Авдосьев Ю. В., Бойко В. В., Гришина Т. А., Лаврентьева О. Ю. Ісік генезінің механикалық сары аурумен ауыратын науқастарды кешенді емдеуге рентгенохирургиялық араласу / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 26-35.

Введение

Лечение больных с механической желтухой актуальной опухолевого генеза остается проблемой в ургентной абдоминальной хирургии. Несмотря на многочисленные публикации вопросов, касающихся ряд диагностики и лечения механической желтухи,

остаются окончательно не решенными [5, 6, 7, 11]. Так, у больных со злокачественными новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) механическая желтуха, часто, является первым признаком имеющегося заболевания, который одновременно свидетельствует о крайней

запущенности заболевания и, в большинстве случаев – об инкурабельности процесса [9].

Следствием запоздалой диагностики является низкий процент радикальных операций, не превышающий 11-39%, высокая послеоперационная летальность, которая у больных с механической желтухой опухолевого генеза нередко достигает 35% [12]. Особенно высокие цифры последней (60-90%) наблюдаются на фоне развившейся острой печеночной недостаточности [5].

Снижению числа послеоперационных осложнений и летальности при выполнении полостных операций способствовало широкое В клиническую внедрение практику малоинвазивных эндобилиарных вмешательств, направленных на купирование синдрома холемии и связанных с ним поражений жизнеобеспечивающих органов систем организма [9, 14]. Кроме того, декомпрессия желчных протоков обеспечивает выигрыш во времени, необходимый для установления причины механической желтухи, верификации диагноза путем комплексного инструментального обследования больных и проведения, при необходимости, вторым этапом хирургических операций, направленных на устранение самой причины обтурационной желтухи [5, 9, 13]. В последние годы благодаря развитию катетерным технологиям стало возможным не только чрескожные чреспеченочные выполнять холангиодренирования (ЧЧХД), НО непосредственно воздействовать на опухолевый очаг путем проведения внутриартериальной химиоэмболизации (ВАХЭ) опухолевых сосудов ГПДЗ [1, 6, 11].

Цель

Оценить результаты рентгенохирургических вмешательств в комплексе с хирургическим лечением у больных с опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны.

Материалы и методы

В исследование включены 174 больных, которые находились на лечении по поводу злокачественных заболеваний ГПДЗ, осложненные механической желтухой. Мужчин было 89 (51,2%), женщин — 84 (48,3%) в возрасте от 21 до 85 лет. 17 (9,8%) больных, оперированные традиционным способом, поступили с рецидивом механической желтухи

в связи со стриктурой билиодигестивного анастомоза (БДА). Уровень билирубина при поступлении составил в среднем 312,4±38,1 ммоль/л.

Причины механической желтухи следующие:

- а) рак головки поджелудочной железы у 85 (48,9%);
 - б) рак желчного пузыря у 25 (14,4%);
- в) метастатический рак печени у 25 (14,4%);
 - в) холангиокарцинома y 23 (13,2%);
 - r) гепатоцеллюлярный рак v 10 (5.8%):
 - д) опухоли ворот печени у 4 (2,3%);
- е) рак большого дуоденального сосочка у 2 (1,2%) больных.

У 152 (87,3%) пациентов в связи с тяжестью состояния первым этапом комплексного лечения было выполнено наружное 103 (59,%) или наружно-внутреннее 49 (28,1%) ЧЧХД. У 7 (4,0%) больных выполнено раздельное наружное ЧЧХД; у 3 (1,7%) – наружная чрескожная чреспеченочная холецистостомия и у 2 (1,1%) – наружное ЧЧХД через желчный пузырь и пузырный проток. Еще у 7 (4,0%) комбинированные больных выполнены эндобилиарные вмешательства: наружное ЧЧХД сочетании чрескожной В С холецистостомией - у 2 (1,1%); ЧЧХД в сочетании с чрескожным чреспеченочным дренированием полости биломы – у 5 (2,8%).

После ЧЧХД вторым этапом комплексного лечения у 66 (37,9%) больных были произведены полостные операции (радикальные – у 59 и паллиативные – у 7), у 16 (9,1%) пациентов – чреспеченочное стентирование холедоха с последующим склерозированием внутрипеченочного канала у 5 (2,8%) больных, у 10 (5,7%) – ВАХЭ опухолевых сосудов печени (у 6 пациентов) и ВАХЭ опухолевых сосудов головки поджелудочной железы (у 4 пациентов). Еще у 10 (5,7%) больных после ЧЧХД было выполнено стентирование холедоха (у 5) или стриктуры БДА (у 5) в сочетании с ВАХЭ опухолевых сосудов печени (у 5) и головки поджелудочной железы (у 5). 79 (45,4%) неоперабельных пациентов после ЧЧХД были выписаны из стационара с наружным проведения холангиодренажом ДЛЯ дальнейшем системной химиотерапии (СХТ) и симптоматической терапии (табл. 1).

Таблица 1.

Характер вмешательств у больных с механической желтухой.

	Характер рентгенохирургических вмешательств	Всего
1	Наружное ЧЧХД	23
2	Наружно-внутреннее ЧЧХД	23
3	Раздельное к правому и левому печеночным протокам ЧЧХД	7
4	Наружная чрескожная чреспеченочная холецистостомия	3
5	Наружное ЧЧХД через желчный пузырь и пузырный проток	2
6	Наружное ЧЧХД в сочетании с чрескожной холецистостомией	2
7	Наружное ЧЧХД в сочетании с чрескожным дренированием биломы	5
8	Наружно-внутреннее ЧЧХД со стентированием холедоха	16
9	Наружно-внутреннее ЧЧХД со стентированием холедоха и ВАХЭ печени	1
10	Наружно-внутреннее ЧЧХД со стентированием холедоха и ВАХЭ pancreas	4
11	Наружно-внутреннее ЧЧХД со стентированием БДА и ВАХЭ печени	4
12	Наружно-внутреннее ЧЧХД со стентированием БДА и ВАХЭ pancreas	1
13	Наружное ЧЧХД с последующей ВАХЭ опухолевых сосудов печени	6
14	Наружное ЧЧХД с последующей ВАХЭ опухолевых сосудов pancreas	4
15	Наружное ЧЧХД в сочетании с эмболизацией кровоточащих опухолевых сосудов	4
	желудка (1) и поджелудочной железы (3)	
16	Наружное ЧЧХД с последующей полостной операцией	66
	Всего	171

Примечание: у 3 из 174 больных выполнить ЧЧХД не удалось. Эти пациенты оперированы в ургентном порядке – наложены разные виды БДА (умерло двое).

Разные рентгенэндоваскулярные вмешательства выполнены у 24 больных. Из них у 20 больных было выполнено 36 курсов ВАХЭ опухолевых сосудов (1 курс – у 9 больных, 2 курса – у 7 больных и 3 курса – у 4 больных).

Результаты и обсуждение

С развитием в 70-80 годах XX века эндоскопического, рентгентелевизионного и ультразвукового оборудования значительно расширился арсенал лечебно-диагностических манипуляций у больных с механической желтухой. Причем, выбор эндобилиарного метода декомпрессии желчных путей в значительной мере отражает различные возможности лечебных учреждений. В тех клиниках, где имеется ангиографическая аппаратура, предпочтение антеградным эндобилиарным вмешательствам. В нашем институте данные вмешательства на желчных протоках у больных с механической желтухой применяются с 2004 года. В общей сложности из 174 больных, поступивших в институт по поводу механической желтухи опухолевого генеза, у 171 (98,3%) больных удалось выполнить ЧЧХД. Уровень билирубина после ЧЧХД СНИЗИЛСЯ 312,4±38,1 ммоль/л до 116,2±19,7 ммоль/л. В

последующем отмечено дальнейшее его снижение до 81,3±24,6 ммоль/л.

Учитывая характер патологии больных с механической желтухой и их возраст (59,8% старше пациенты 60 лет) эндобилиарных вмешательств в первые годы их применения ограничивался выполнением только ЧЧХД, после чего больные выписывались ИЗ стационара функционирующим дренажем. Средняя продолжительность пребывания таких больных в стационаре составила 3-4 дня. В дальнейшем ЧЧХД стали дополнять стентированием желчевыводящих путей. Для 26 больных, у которых после ЧЧХД было выполнено чрескожное чреспеченочное стентирование холедоха или БДА. продолжительность пребывания в стационаре была выше и составила в среднем 7-10 дней.

Считается, что на фоне острой затянувшейся желтухи внезапное и полное восстановление оттока желчи опасно резким прогрессированием печеночной недостаточности. В нашем наблюдении у одного больного спустя сутки после ЧЧХД со стентированием холедоха (дебит желчи составил 1200 мл в сутки) развилась острая печеночная недостаточность с летальным

исходом. Во избежание подобного осложнения широко применяется дозированная декомпрессия билиарной системы [3, 7]. Данную процедуру мы выполнили у 9 (5,3%) пациентов путем перекрытия дренажного катетера и прекращения оттока желчи через дренаж на 2-4 часа 1-2 раза в день при дебите желчи более 500 мл в сутки. Ни одного случая развития острой печеночной недостаточности при дозированной декомпрессии желчных путей мы не наблюдали.

С быстрым развитием как эндобилиарных, так и ангиографических катетерных

технологий стало возможным не только купировать проявления механической желтухи за счет ЧЧХД, но и непосредственно воздействовать на патологический очаг путем проведения ВАХЭ опухолевых сосудов. Так, из 171 (88,4%) больных со злокачественными заболеваниями ГПДЗ у 24 пациентов после антеградных эндобилиарных вмешательств и купирования механической желтухи была выполнена ВАХЭ (рис.1) опухолевых сосудов печени **(y** 12 пациентов) и головки поджелудочной железы (у 12 больных).

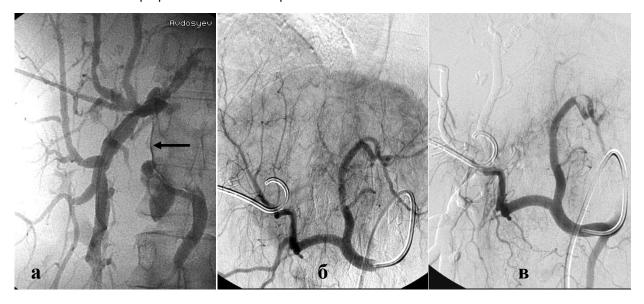


Рис.1. Холангиограмма и селективные ангиограммы больного с опухолью левой доли печени и механической желтухой после комбинированного рентгенохирургического лечения (ЧЧХД в сочетании с ВАХЭ опухолевых сосудов печени). Холангиограмма (а) после ЧЧХД: определяется сдавление холедоха опухолью ниже слияния правого и левого печеночных протоков. Ангиограммы до (а) и после (б) эмболизации опухолевых сосудов левой доли печени.

Расширение объёма оперативных вмешательств на органах брюшной полости и увеличение их числа повлекли за собой рост различных осложнений, среди которых стриктуры БДА, наружные желчные свищи и биломы представляют собой непосредственную и реальную угрозу для жизни пациента, характеризуются высокой летальностью и чрезвычайной трудностью лечения [2]. Одним из серьезных осложнений является повреждение гепатикохоледоха, требующее реконструктивных полостных операций, которые В отдаленном послеоперационном В 15-40% периоде наблюдений формированию приводят К рубцовой стриктуры холедоха [16].

Техническая травматичность сложность и повторных хирургических реконструкций, наряду с непрогнозируемым отдаленным результатом составляют весьма серьезную проблему лечения данной группы больных. В таких ситуациях выходом из положения становятся эндобилиарные вмешательства, в частности, стентирование стриктуры БДА [11]. Среди наших больных послеоперационные стриктуры БДА были выявлены у 17 (9,8%) пациентов, из них у 10 (59%) выполнено наружно-внутреннее ЧЧХД, у 5 (29,5%) – стентирование БДА и у 2 (11,7%) – дилятация зоны стриктуры БДА без летальных исходов.

Непосредственно наружные желчные свищи и биломы, как осложнения

реконструктивных вмешательств на органах ГПДЗ, отмечаются в 10-12% с летальностью от 8 до 40% [2]. В последнее время для лечения наружных желчных свищей и билом с успехом применяются эндоскопические технологии [10]. Среди наших больных изолированные биломы были выявлены у 4 больных и у одного - сочетанные осложнения (билома в сочетании с наружным желчным свищем и стриктурой Методом БДА). выбора хирургического лечения у 4 больных с биломами было проведение наружного ЧЧХД с дренированием полости в сочетании биломы; больного сочетанными у осложнениями методом выбора наружно-внутреннее ЧЧХД через свищевой последующим стентированием канал стриктуры БДА И склерозированием внутрипеченочного свищевого канала - с положительным результатом. Еще у одного больного появление биломы в отдаленном после ЧЧХД периоде связано с поломкой дренажа и повреждением желчных протоков. Этому больному выполнено повторное наружное ЧЧХД С положительным результатом.

Появление НОВОГО инструментария усовершенствование методик ЧЧХД значительно СНИЗИЛИ частоту послеоперационных осложнений. менее, наиболее тяжелыми осложнениями после ЧЧХД являются инфекционные холангит и холангиогенный сепсис, которые встречаются в 0,7-28,0% случаев и связаны в первую очередь с застойными явлениями во всей билиарной системе (при неправильном уходе за дренажем) или в отдельных её отделах, если они остались отключенными и после ЧЧХД [6, 7]. Среди наших больных острый холангит развился у 3 (1,8%) больных в отдаленном периоде после ЧЧХД и был связан с неправильным уходом за дренажем у больных неадекватным 1 холангиодренированием пациента. У Консервативная терапия (промывание дренажа и антибиотикотерапия) у 2 пациентов в течение 4 дней – с положительным результатом. У больного с неадекватным холангиодренированием потребовалось дополнительное дренирование левого печеночного протока под ультразвуковым контролем - с положительным результатом.

Такие геморрагические осложнения как кровотечения наружные ПО дренажу, кровотечения в желудок, кишечник, в брюшную полость – встречаются в 25-30% случаев после ЧЧХД [6, 7]. Эти осложнения проявляются в течение нескольких часов или первых суток после ЧЧХД и обусловлены сочетанными факторами: повреждением сосудов (печеночных артерий, печени воротной вены или ее ветвей) – более чем у 50% больных и нарушением свертывающей системы крови - у 80% пациентов. Среди наших больных кровотечение в брюшную полость с летальным исходом развилось через 2 суток после ЧЧХД у одного пациента и было связано с повреждением правой ветви воротной вены. Тяжесть состояния и пожилой возраст (78 лет) не позволили выполнить полостную операцию у данного больного. Консервативная терапия – без эффекта.

Кровотечение в желчные протоки или гемобилия встречается не более 15% от всех осложнений ЧЧХД и, как правило, возникает при распаде внутрипротоковых опухолей, а также в связи с образованием артериобилиарных фистул вследствие повреждения печеночных артерий после неудачных попыток пунктировать желчные протоки рентгеноскопическим контролем [6, 7, 12]. Одним из эффективных методов лечения гемобилии является эмболизация поврежденной печеночной артерии [12, 15]. Среди наших больных гемобилия возникла у 2 больных спустя 5 дней после ЧЧХД (причина гемобилии – гемофилия А) и спустя 3 недели после ЧЧХД и ВАХЭ ветвей печеночной артерии (причина гемобилии распад опухоли). Консервативная терапия у 2 (умер один).

Желчеистечение в брюшную полость также одно из серьезных осложнений ЧЧХД и встречается по данным литературы в 2,0-16,6% наблюдений [6, 7, 12]. Вместе с тем, существует мнение, что для снижения риска подтекания желчи наружу или в брюшную полость по каналу, в котором проходит дренажная трубка, необходимо добиваться максимального, желательно полного, желчеотведения [6]. Одной ничидп ИЗ подтекания желчи является сохраняющаяся билиарная гипертензия вследствие неадекватного дренирования желчных протоков. Наиболее часто такая ситуация наблюдается при поражении опухолью правого и левого печеночных протоков в месте их впадения в холедох. У этих пациентов для адекватного дренирования необходимо раздельное ЧЧХД выполнять обоих печеночных протоков. В нашем наблюдении раздельное ЧЧХД было выполнено у 7 (4,1%) больных С холангиокарциномой механической желтухой.

У 2 больных причиной подтекания (в 1-2 дней) желчи наружу течение был сохраняющийся канал В печени после стентирования холедоха и удаления дренажа. С целью профилактики этого осложнения в дальнейшем мы у 5 больных выполнили склерозирование внутрипеченочного канала спиралями Гиантурко. Еще у 8 (4,7%) больных с целью прекращения подтекания желчи замена наружу потребовалась дренажа на дренаж большего диаметра.

Плохое функционирование холангиодренажа в разные сроки после ЧЧХД или неадекватное дренирование билиарной системы потребовало замены дренажа у 15 (8,8%) больных и повторного проведения ЧЧХД у 17 (9,9%) пациентов.

К легким осложнениям ЧЧХД, частота которых по данным литературы варьирует от 9% до 22%, относятся боли в правом подреберье, рвота, дислокация катетера или эндопротеза, пневмоторакс и другие [7, 12]. Среди наших больных боли в правом подреберье, связанные с установкой холангиодренажа, отмечены у 14 (8,2%) больных. Консервативная терапия у всех этих больных с положительным результатом. Реактивный правосторонний плеврит отмечен

у 3 (1,8%) больных, потребовавший у 2 больных пункции плевральной полости. Консервативная терапия — с положительным результатом.

Дислокация (выпадение) дренажа – также одно из достаточно частых осложнений ЧЧХД, требующих проведения повторных дренирующих Обыкновенно процедур. дислокации свойственны наружному ЧЧХД (в 10,0-15,0%) и в 3-5 раз реже наблюдаются при наружно-внутреннем ЧЧХД [7, 12]. Дислокация холангиодренажа нами отмечена у 26 (15,2%) пациентов в разные сроки после ЧЧХД (от 2 дней до 1,5 месяцев). У 18 из этих больных выполнено повторное ЧЧХД на следующие сутки после его дислокации, у остальных 8 больных - через 4-7 суток после выпадения дренажа. У 2 (1,2%) больных повторное ЧЧХД было выполнено в связи с поломкой наружного холангиодренажа.

Еще у 12 (7,1%) больных в связи с механической рецидивом желтухи отдаленном периоде после эндобилиарных вмешательств связи с нарушением В проходимости стента у 7 (4,0%) больных выполнена его чрескожная чреспеченочная (0,57%)дилятация, - повторное У стентирование холедоха и у 2 (1,1%) чрескожная дилятация БДА. 2 (1,1%) больных оперированы – наложены БДА (умер 1).

Всего в отдаленном периоде после ЧЧХД было выполнено 79 повторных чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств. Характер повторных вмешательств в зависимости от развившихся после ЧЧХД осложнений у 58 (33,9%) больных представлен в таблице 2.

Таблица 2. Характер повторных эндобилиарных вмешательств в зависимости от осложнений ЧЧХД (n=58).

					111	
	Замена	Повторное	Дилятация	Дилятация	Повторное	Всего
	дренажа	ЧЧХД	стента	стриктуры БДА	стентирование	טטט
Дислокация дренажа	ı	26	ı	-	ı	26
Плохое функционирова-	15	17				32
ние дренажа	15	17	-	-	-	32
Подтекание желчи наружу	8	-	-	-	-	8
Поломка дренажа	-	2	-	-	-	2
Нарушение проходимости			7		1	8
стента	-	-	,	-	I	O
Стриктура БДА	-	-	-	2	-	2
Острый холангит	1	=	-	-	-	1
Всего	24	45	7	2	1	79

Всего у 171 больного было выполнено 352 рентгенохирургических вмешательств, из них 290 эндобилиарных вмешательств (с учетом первичных и повторных вмешательств) и 62 рентгенэндоваскулярных вмешательств.

Осложнения после ЧЧХД развились у 58 (33,9%) больных. Умерло в раннем после ЧЧХД периоде 3 (1,8%) больных. Причина смерти: острый инфаркт миокарда – у одного, острая печеночная недостаточность – у 1, внутрибрюшное кровотечение – у 1. Среди 69 (39,6%) оперированных больных (из них 3 после неудавшегося ЧЧХД) в раннем послеоперационном периоде умерло 11 (15,9%) больных. Причина смерти – острая

печеночная недостаточность. Всего в раннем послеоперационном периоде умерло 14 (8,1%) больных.

Выживаемость больных в зависимости от вида лечения (1-я группа — изолированные эндобилиарные вмешательства, 2-я группа — ЧЧХД + ВАХЭ, 3-я группа — ЧЧХД + полостная операция) в отдаленном периоде представлены в таблице 3, из которой видно, что лучшие показатели выживаемости были у больных 3-й группы, оперированные после выполненных накануне ЧЧХД, средняя продолжительность жизни которых составила 18,6±1,5 месяцев.

Таблица 3. Медиана выживаемости больных с механической желтухой в зависимости от способа лечения (по Каплан-Майеру).

Factor	Mean	SE	95% CI for the mean	Median	SE	95% CI for the median
1	8,712	,653	7,432 to 9,992	7,000	,507	6,007 to 7,993
2	12,929	1,535	9,927 to 15,930	12,000	2,494	7,111 to 16,889
3	18,561	1,529	15,564 to 21,559	15,000	2,639	9,828 to 20,172
Overall	13,241	,825	11,623 to 14,858	12,000	1,290	9,471 to 14,529

Выводы

- 1. Лечение больных с разными заболеваниями ГПБЗ, осложненные обтурационной желтухой должно осуществляться комплексно (сочетание рентгенохирургического и хирургического вмешательства).
- 2. Применение рентгенохирургических вмешательств в комплексе хирургического лечения этой группы больных позволило значительно снизить уровень билирубина (с 312,4±38,1 ммоль/л до 81,3±24,6 ммоль/л.)
- 3. Применение рентгенохирургических вмешательств в комплексе с хирургическим лечением позволило добиться стабилизации опухолевого процесса и произвести в последующем у 59 (33,9%) больных радикальное хирургическое лечение.

Литература:

- 1. *Авдосьев Ю. В.* Методы интервенционной радиологии в комплексном лечении различных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненные механической желтухой // Променева діагностика, променева терапія. 2013. № 3-4. С. 38-45.
- 2. Алиев С. А. Причины возникновения наружных желчных свищей и их лечение //

Вести хирургии им. Грекова. 1991. №6. С. 19-22.

- 3. Акбаров М. М., Касымов Ш. 3., Струсский Л. П. Применение эндоскопических технологий у больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков и наружными желчными свищами // Анналы хирургической гепатологии. 2008. №3. С.103-104.
- 4. *Гаджакаева А. И., Меджидов Р. Т.* Билиарный тракт и «быстрая декомпрессия»: пути решения проблемы // Альманах института хирургии имени А. В. Вишневского. 2010. Т. 5, № 1. С. 328.
- 5. *Гальперин Э. И., Ветшев П. С.* Руководство по хирургии желчных путей. Москва : Видар, 2006. 559 с.
- 6. Гранов А. М., Давыдов М. И. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии): Научнопрактическое издание. Санкт Петербург: Фолиант, 2007. 560 с.
- 7. Долгушин Б. И., Авалиани М. В., Буйденок Ю. В. Эндобилиарная интервенционная онкорадиология. Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. 224 с.

- 8. Долшушин Б. И., Латотко Ю. И., Нечипай А. М. Антеградные эндобилиарные вмешательства в онкологии. Причины, профилактика и лечение осложнений. Москва: Практическая медицина, 2005. 176 с.
- 9. Ившин В. Г., Лукичев О. Д. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой. Тула: Гриф и К, 2003. 182 с.
- 10. Кокова Л. С., Капранова С. А., Долгушина Б. И. Сосудистое и внутриорганное стентирование. Руководство. Москва : Издательский Дом «Грааль», 2003. 384 с.
- 11. Медведев В. Е., Яцишин М. В., Негря Е. В. Методы интервенционной радиологии в диагностике и лечении больных обтурационной желтухой опухолевого генеза // Променева діагностика, променева терапія. 2013. № 1-2. С. 57-63.
- 12. *Патнотко Ю. И., Котельников А. Г.* Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Москва. : Медицина, 2007. 448 с.
- 13. Makino T., Fujitani K., Tsujinaka T. Role of percutaneous transhepatic biliary drainage in patients with obstructive jaundice caused by local recurrence of gastric cancer // Hepatogastroenterology. 2008. Vol. 55 (81). P. 54-57.
- 14. Quintero G. A., Patino J. F. Surgical management of benign strictures of the biliary tract // World J. Surg. 2001. Vol. 25 (10). P. 1245-1250.
- 15. Saluja S. S., Gulati M., Garg P. K. Endoscopic or percutaneous biliary drainage for gallbladder cancer: a randomized trial and quality of the life assessment // Clin Gastroenterol Hepatol. 2008. Vol. 6 (8). P. 944-950.
- 16. Savader S. J., Trerotola S. O., Merine D. S. Hemobilia after percutaneous transhepatic biliary drainage: treatment with transcatheter embolotherapy // J. Vasc. Interv. Radiol. 1992. Vol. 3. P. 345-352.

References:

1. Avdos'yev Yu. V. Metody interventsionnoi radiologii v kompleksnom lechenii razlichnykh zabolevanii gepatopankreatoduodenal'noi zony, oslozhnennye mekhanicheskoi zheltukhoi [Methods of interventional radiology in staged treatment of different diseases of hepatopancreatobiliary zone, that are complicated with mechanical jaundice]. *Promeneva diagnostika*,

- *promeneva terapiya* [Radiodiagnostics, radiotherapy]. 2013. № 3-4. C. 38-45.
- 2. Aliev S. A. Prichiny vozniknoveniya naruzhnykh zhelchnykh svishchei i ikh lechenie Vestnik khirurgii im. Grekova. [The reasons of appearance of biliary fistulas and their treatment. *Vestnik Khirurgii im. I. I. Grekova* [I.I. Grekov's surgical herald]. 1991, 6, pp. 19-22. [in Russian]
- 3. Akbarov M. M., Kasimov Sh. Z., Strusskiv L. P. Primenenie endoskopicheskikh tekhnologii u yatrogennymi bol'nykh povrezhdeniyami vnepechenochnykh zhelchnykh protokov naruzhnymi zhelchnymi svishchami [Using of technologies in endoscopic patients iatrogenic damages of biliary tract and external biliary fistulas]. Annaly khirurgicheskov gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2008, №3, pp. 103-104. [in Russian]
- 4. Hadzhakaeva A. I., Medzhidov R. T. Biliarnyi trakt i «bystraya dekompressiya»: puti resheniya problemy [Biliary tract and "fast decompression": the ways to solve a problem]. Almanakh institute khirurgii im A.V. Vishnevskogo [Almanac of A.V. Vihnevskiy Surgical Institute]. 2010, iss. 5, 1, p. 328.
- 5. Galperin E. I., Vetshev P. S. *Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putei* [Manual surgery of the biliary tract]. Moscow, Vidar, 2006, 559 p.
- 6. Granov A. M., Lavidov M. I. Intervrntsionnaya radiologiya v oncologii (puti razvitiya i tekhnologii): nauchno-practicheskoe izdaniye [Interventional radiology in oncology (the ways of evaluation and technologies): scientific and practical issue]. SPB, Foliant, 2007, 560 p.
- 7. Dolgushin B. I., Avaliani M. V., Buydenok. Yu. V. *Endobiliarnaya interventsionnaya onkoradiologiya* [Endobiliary interventional oncoradiology]. Society with Limited Responsibility "Medical informational agency", Moskow, 2004, 224 p.
- 8. Dolshushin B. I., Latyutko Ju. I., Nechipay A. M. *Antegradnye endobiliarnye vmeshatelstva v* onkologii. Prichiny, profilaktica i lechenie oslozhnenii [Antegrade endobiliary interventions in oncology. The reasons, prophylaxis and treatment of complications]. Moscow, Practical medicine, 2005, 176 p.
- 9. Ivshin V. G., Lukichev O. D. *Maloinvazivnye metody dekompressii zhelchnykh putei u bolnykh mekhanicheskoi zheltukhoi* [Miniinvasive methods of decompression of biliary tract in patients with mechanical jaundice]. Tula, Grif I K, 2003, 182 p.

- 10. Kokova L. S., Kapranova S. A., Dolgushina B.I. *Sosudistoe i vnutriorgannoe stentirovanie. Rukovodstvo* [Vascular and intraorgan stenting. Manual]. Moscow, Publishing House "Graal", 2003, 384 p.
- 11. Medvedev V. E., Yatsishin M. V., Negrya E. V. Methods of interventional radiology in diagnostics and treatment of patients with mechanical jaundice of tumor genesis. *Promeneva diagnostika, promeneva terapiya* [Radiodiagnostics, radiotherapy]. 2013, 1-2, pp. 57-63. [in Russian]
- 12. Patjutko Ju. I., Kotelnikova A. G. *Khirurgiya raka organov biliopancreato-duodenalnoy zoni* [Surgery of cancer of organs of biliopancreatoduodenal zone]. Moscow, Medicine, 2007, 448 p.
- 13. Makino T., Fujitani K., Tsujinaka T. Role of percutaneous transhepatic biliary drainage in

- patients with obstructive jaundice caused by local recurrence of gastric cancer. *Hepatogastroenterology*. 2008. Vol. 55 (81). P. 54-57.
- 14. Quintero G. A., Patino J. F. Surgical management of benign strictures of the biliary tract // World J. Surg. 2001. Vol. 25 (10). P. 1245-1250.
- 15. Saluja S. S., Gulati M., Garg P. K. Endoscopic or percutaneous biliary drainage for gallbladder cancer: a randomized trial and quality of the life assessment. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008. Vol. 6 (8). P. 944-950.
- 16. Savader S. J., Trerotola S. O., Merine D. S. Hemobilia after percutaneous transhepatic biliary drainage: treatment with transcatheter embolotherapy. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 1992. Vol. 3. P. 345-352.

Контактная информация:

Авдосьев Юрий Владимирович - д.м.н., профессор, заведующий рентгенхирургическим отделением ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМНУ», г. Харьков, Украина.

Почтовый адрес: 61103, Украина, г. Харьков, ул. Вьезд Балакирева 1.

E-mail: avdosjev@ukr.net

Телефон: факс: +38-057-71-33-48.

УДК 616.831.8-009.17

К ВОПРОСУ О ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ МИАСТЕНИИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО ДАННЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ

Т. В. Каймак, А. Н. Нуртасова, Н. Б. Омаров, Р. Ж. Бактыбаева, Г.А. Танышева

Государственный медицинский университет города Семей, Казахстан

Представлен анализ частоты клинических форм миастении и тактики ведения в зависимости от тяжести течения заболевания у 38 пациентов, находившихся в неврологическом отделении Медицинского Центра ГМУ города Семей в период 2013-2014 г.г. Возраст больных варьировал от 8 до 73 лет (в среднем 43,85±19,3 года), мужчин было 15 (39,5%), женщин 23 (60,5%). По клиническим проявлениям на момент поступления в стационар средняя суммарная оценка состояния силы мышц пациентов по всем группам составляла 2,1±1,8 балла. В 46,8% имело место наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, с выраженным аутоиммунным характером поражения. Наибольшую результативность терапии показало сочетанное применение по через дневной схеме плазмафереза и Октагама, давшие улучшения состояния у 27 пациентов (71%) в виде нарастания силы по всем группам мышц на 1,5-2,5 балла.

Ключевые слова: миастения, плазмаферез, октагам.

TO THE QUESTION OF FREQUENCY MYASTHENIA'S CLINICAL FORMS AND ABOUT TREATMENT'S TACTICS DEPENDING ON SEVERITY LEVEL OF THE DISEASE ACCORDING TO NEUROLOGIC DEPARTMENT'S DATA IN SEMEY CITY

T. V. Kaimak, A. N. Nurtasova, N. B. Omarov, R. Z. Baktybaeva, G. A. Tanysheva

Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

The frequency of Myasthenia's clinical forms and treatment tactics depending on severity of the disease in 38 patients in the neurology department of the Medical Center of Semey State Medical University during 2013-2014 was analyzed. The age of patients ranged from 8 to 73 years (at average 43.85 ± 19.3); there were 15 men (39.5%) and 23 women (60.5%). According to clinical implications at the time of admission, the average total assessment of muscle strength for all muscule's groups was 2.1 \pm 1.8 points for all patients. In 46.8% cases there was presence of serious concomitant diseases, with franked autoimmune nature of the lesion. The greatest result of therapy was received by the combined use of the scheme through daily plasmapheresis and Oktagam, which gave improvement in 27 patients (71%) with the increase of muscule's strength in all groups of muscles at 1.5-2.5 points.

Keywords: Myasthenia, plasmapheresis, oktagam.

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БӨЛІМІНІҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША МИАСТЕНИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ФОРМАЛАРЫНЫҢ ЖИІЛІГІ ЖӘНЕ АУРУДЫҢ АҒЫМЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫНЫҢ СҰРАҚТАРЫ

Т. В. Каймак, А. Н. Нуртасова, Н. Б. Омаров, Р. Ж. Бактыбаева, Г. А. Танышева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

2013-2014 жылдар кезеңіндегі Семей қалалық ММУ Медициналық Орталығының неврологиялық бөлімшесінде жатқан 38 науқастағы миастенияның клиникалық формаларының жиілігінің және ауру ауырлығына байланысты жүргізу тактикасының анализі көрсетілген. Науқастардың жасы 8-ден 73-ке дейін (орташа 43,85±19,3 жас), ер адамдар 15 (39,5%), әйелдер 23 (60,5%). Стационарға түскен кездегі клиникалық көрінісі бойынша науқастардың барлық топтағы бұлшықет күшінің суммалық бағасы 2,1±1,8 балл. 46,8% науқастарда айқын аутоиммунды сипатпен ауыр қосалқы аурулар болды. Терапияның ең жақсы нәтижесін күндізгі схема бойынша плазмаферез бен Октагаманы бірге қолдану көрсетті, 27 (71%) науқаста барлық топтағы бұлшықеттердің күші 1,5-2,5 баллға жоғарылады.

Негізгі сөздер: миастения, плазмаферез, октагам.

Библиографическая ссылка:

Каймак Т. В., Нуртасова А. Н., Омаров Н. Б., Бактыбаева Р. Ж., Танышева Г. А. К вопросу о частоте клинических форм миастении и тактики ведения в зависимости от тяжести течения заболевания по данным неврологического отделения города Семей / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 36-41.

T. V. Kaimak, A. N. Nurtasova, N. B. Omarov, R. Z. Baktybaeva, G. A. Tanysheva To the question of frequency myasthenia gravis' clinical forms and about treatment's tactics depending from severity level of the disease according to neurologic department' data in Semey city. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 36-41.

Каймак Т. В., Нуртасова А. Н., Омаров Н. Б., Бактыбаева Р. Ж., Танышева Г. А. Семей қаласының неврологиялық бөлімінің мәліметтері бойынша миастенияның клиникалық формаларының жиілігі және аурудың ағымына байланысты жүргізу тактикасының сұрақтары / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. №5. Б. 36-41.

Актуальность работы обусловлена разнообразием клинических форм миастении, ее тенденцией к генерализации процесса, с прогрессирующим тяжелым течением в динамике [2,3,5,8], на фоне прогрессивно растущей частоты миастении [4,12,13,14] в общем спектре неврологических заболеваний. В настоящее время получен целый ряд доказательств патогенетической неоднородности данного заболевания [1,9,16,18], с вовлечением в патологический процесс белковых структур мышцы, нейрональных холинорецепторов и ионных каналов аксона [6.7,9.11,15]. Многогранность клинических проявлений и форм, часто с сопутствующей патологии, наличием влияющей на синаптические и аутоиммунные процессы, делает значимым и проблему

анализа методов терапии данного заболевания, с тем, чтобы иметь возможность подбора оптимально эффективного, патогенетически обоснованного комплексного лечения миастении [11,10,17].

На 1 января 2015 года в г. Семей зарегистрировано 360 тысяч населения и 38 случаев миастении, что соответствует 10,27 случаев на 100 тысяч населения. Это несколько выше, чем в доступных нам среднестатистических литературных данных, так как по данным разных авторов, частота встречаемости миастении в различных странах мира колеблется от 0,5 до 5-10 на 100 тыс. населения [5, 20].

Целью работы явился анализ частоты различных форм миастении в зависимости от клинических особенностей течения.

Задачами исследования были рассмотрение лечебной тактики ведения стационарных пациентов с миастенией и эффективности ее по данным неврологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского университета города Семей.

Материалы И методы: клинически осмотрено и проанализировано состояние 38 больных, получавших стационарное лечение за 2013-2014 годы с верифицированным диагнозом миастения, т.к. у всех пациентов ранее диагноз был подтвержден клиническими тестами, включая прозериновую пробу. электромиографические данные, KT/MPT исследования переднего средостения данные развернутой клинической картины в обострения. стадии Использовались статистический анализ параклинических МКСБ данных данные клинического

неврологического осмотра пациентов - 15 мужчин, 23 женщин в возрасте от 8 до 73 лет. При этом мужчины были от 13 до 72 лет (средний возраст 46.6 года), а женщины от 8 до 73 лет (средний возраст 41.1 года). По распределению мышечной слабости в 31 случае была генерализованная форма с преобладающими тяжелыми бульбарными расстройствами в 14 случаях; в 7 случаях - глазная форма. Сопоставление форм у мужчин и женщин показало, что у мужчин была в 12 случаях генерализованная с тяжелым кранио-бульбарным поражением - у 7 пациентов; в 3 - глазная. У женщин: в 19 - генерализованная форма, с преобладанием тяжелых бульбарных расстройств у 7; в 4 случаях – глазная, что представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Сопоставление форм миастении по полу.

Nº	Форма миастении		уппа. ослые	2 группа. Дети		Итого n=38
		Муж. n=13	Жен. n=20	Муж. n=2	Жен. n=3	
1	Генерализованная, с преобладанием туловищных расстройств	4	11	1	1	17
2	Генерализованная, с преобладанием кранио-бульбарных расстройств	6	6	1	1	14
3	Глазная форма	3	3		1	7

Для клинической оценки степени выраженности двигательных расстройств использовалась стандартная шкала силы мышц конечностей, предложенная А. Szobor (1976), где:

0 баллов - движения в мышце отсутствуют:

- 1 балл имеются минимальные движения в мышце, но вес собственной конечности пациент не удерживает;
- 2 балла пациент удерживает вес собственной конечности, но сопротивление, оказываемое исследователю, минимально;
- 3 балла пациент оказывает сопротивление усилиям изменить положение конечности, но оно незначительно;
- 4 балла пациент хорошо сопротивляется усилиям изменить положение конечности, но имеется некоторое снижение силы;
- 5 баллов сила мышцы соответствует возрастной и конституциональной норме обследуемого.

Клиническая эффективность лечебной тактики ведения стационарных пациентов оценивалась динамике уменьшения миастенического дефицита, изменению объема движений в пораженных мышцах, а также по изменению базовых доз АХЭП. преднизолона, получаемых до стационарного лечения. На момент поступления в стационар средняя суммарная оценка состояния силы мышц пациентов по всем группам составляла 2,1±1,8 балла.

Длительность заболевания составляла от 1 года до 25 лет, в среднем 6,67±4,82 года. Двое пациентов имели стационарное течение болезни, 36 – прогрессирующее. В 23 случаях в анамнезе была тимэктомия, в 9 – титимомэктомия (у мужчин – 5; у женщин - 4), частичная резекция вилочковой железы у 2. В 1 случае при наличии тимомы операция не была проведена из-за сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Для оценки

полученных результатов использовали схему G. Keynes (1949) в модификации:

- А отличный эффект (полное восстановление двигательных функций, работоспособности без медикаментозной поддержки);
- В хороший эффект (значительное улучшение состояния, практически полное восстановление двигательной функции и работоспособности при значительном уменьшении суточной дозы антихолинэстеразных препаратов по сравнению с дооперационной (в 2 раза и более), и при практическом отсутствии необходимости в иммуносупрессивной терапии;
- С удовлетворительный эффект (улучшение двигательной функции на фоне прежнего количества антихолинэстеразных препаратов и иногда преднизолона, отсутствие прогрессирования заболевания);
- D отсутствие эффекта в улучшении состояния.

Е - летальность.

При этом после операции эффект «А» наблюдался v 4 больных; «В» - v 9; «С» - v 7; у 3 больных был эффект «Д». 8 - имели гормонозависимость, с синдромом Иценко-Кушинга - у 3. В 12 случаях в анамнезе были кризы. У мужчин: миастенический криз - 3, смешанный криз - 1, с трахеостомией в 1 случае. У женщин: холинэргический криз - 2, миастенический - 3, смешанный - 3, с трахеостомией в 3 случаях. У 17 (46,8%) пациентов были сопутствующие тяжелые конкурирующие заболевания, с аутоиммунным генезом в виде: витилиго (2), рассеянного склероза (2), тромбоцитопенической пурпуры (1), CER различной локализации (5): гортани; твердого неба с переходом на мягкое; легких; корня языка, миндалин, в связи, с чем дополнительно пациенты получали анамнезе лучевую терапию и химиотерапию; туберкулез легких на фоне вторичного приобретенного иммунодефицита (2),аутоиммунный тиреоидит (5).

В 2 случаях было стационарное течение миастении, с хорошей компенсацией на поддерживающую дозу АХЭП (во всех случаях после тимэктомии). В 36 случаях была неполная компенсация на АХЭП. В 31 случае пациенты параллельно получали гормональную терапию преднизолоном или

его аналогами по индивидуальным схемам, из них 2 больных получали препараты в сочетании с курсами азатиоприна. 9 больных имели гормонозависимость, с синдромом Иценко-Кушинга у 3. Из других осложнений гормонотерапии отмечались: стрии у 3; АГ – у 2; остеопороз - у 4. 13 больных во врмя стационарного лечения получали плазмаферез с эффектами «А» - 2; «В» -6; «С» - 4; «Д» - 1; гамма-глобулин класса Октагам из расчета 400 мг/кг веса на одну инфузию – 5 инфузий на курс лечения параллельно получали 30 пациентов, с эффектами: «А» - 3; «В» - 14; «С» -12; «Д» - 1. При этом необходимо отметить, что в 14 случаев тяжелого течения пациенты получали чередуя через день и плазмаферез и Октагам, что давало максимально хороший результат. У 27 пациентов (71%)комплексное стационарное лечение давало значительное улучшение состояния в виде нарастания силы по всем группам мышц на 1,5-2,5 балла, у 11 (29%) – незначительное улучшение, с нарастанием силы не более, чем на 1 балл.

Выводы. Полученные данные позволяют вывод 0 преобладании генерализованных форм у женщин, более тяжело протекающих, чем у мужчин, с наличием в 2 раза чаще кризов, которые в 3 раза чаще заканчивались трахеостомией. В 46,8% имело место наличие сопутствующих заболеваний, с выраженным аутоиммунным характером поражения. Наибольшую результативность терапии показало сочетанное применение по схеме плазмафереза и Октагама, давшие улучшения состояния у 71% больных.

Литература:

- 1. Гехт Б. М., Ланцова В. Б., Cenn E. К. Роль антител к ацетилхолиновому рецептору в патогенезе миастении // Неврологический журнал. 2003. Т.8. Приложение 1. С. 35-37.
- 2. Гехт Б. М., Санадзе А. Г., Ипполитов И. Х., Гурфинкель Ю. И. и др. Лечение кризов при миастении. М., 2000. 26 с.
- 3. Гехт Б. М., Санадзе А. Г., Сиднев Д. В., Щербакова Н. И. Сравнительный анализ эффективности человеческого иммуноглобулина (октагама) и других методов патогенетической терапии у больных миастенией // Неврологический вестник. 2003. №1. С. 45-48.

- 4. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И., Гехт А. Б. Неврология: Национальное руководство. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2010. С. 822-836.
- 5. Жусупова А. С., Попандопуло П. X, Агеева О. В. u др. Результаты применения препарата ОКТАГАМ тм 10% (внутривенного человеческого иммуноглобулина G) у пациентов с миастенией в Республике Казахстан // Медицина. 2012. С. 72-75.
- 6. Санадзе А. Г., Сиднев Д. В., Капитонова Ю. А., Галкина О. И., Давыдова Т. В. Антитела к титину при миастении у лиц пожилого возраста и миастении, сочетающейся с тимомой // Аллергология и иммунология. 2004. Т.5. №1. С. 198-200.
- 7. Санадзе А. Г., Сиднев Д. В., Гехт Б. М., Хлебникова Н. Н., Чугунова Н. А., Щербакова Н. И. Антитела к ацетилхолиновому рецептору в диагностике миастении и других форм, связанных с патологией нервно-мышечной передачи // Неврологический журнал. 2003. Т.8. Приложение 1. С.19-20.
- 8. *Cenn E.K., Ланцова В.Б.* Миастения. М., 2002. 64 с.
- 9. Сиднев Д.В., Санадзе А.Г., Щербакова Н.И., Галкина О.И., Карганов М.Ю. Антитела к ацетилхолиновым рецепторам в сыворотке крови больных с различными клиническими формами миастении // Патогенез. 2006. Т.4. №1. С. 66-67.
- 10. Щербакова Н. И. Патогенетические обоснования стратегии и тактики лечения миастении: автореф. дис. ...д-ра мед.наук. Москва: 2008. 50 с.
- 11. Arsura E., Brunner N.G, Namba T., Grob D. High-dose intravenous immunoglobulin in the management of myasthenia gravis // Arch Intern Med. 1986. V.146. № 7. P. 1365-1368.
- 12. Kalb B., Matell G., Pirskanen R., Lambe M. Epidemiology of myasthenia gravis: a population-based study in Stockholm, Sweden // Neuroepidemiology. 2002. V.21. № 5. P.221-225.
- 13. Pekmezovic T., Lavrnic D., Jarebinski M., Apostolski S. Epidemiology of myasthenia gravis // Srp Arh Celok Lek. 2006. V.134. № 9. P.453-456.
- 14. *Phillips L. H.* The epidemiology of myasthenia gravis // Semin Neurol. 2004. V.24. № 1. P. 17-20.
- 15. Romi F., Skeie G. O., Aarli J. A., Gilhus N. E. The Severity of Myasthenia Gravis

- Correlates With the Serum Concentration of Titin and Ryanodine Receptor Antibodies // Arch Neurol. 2000. V.57. P. 15961600.
- 16. Shigemoto K., Kubo S., Maruyama N., Hato N., Yamada H., Jie C., Kobayashi N., Mominoki K., Abe Y., Ueda N., Matsuda S. Induction of myasthenia by immunization against muscle specific kinase // J Clin Invest. 2006. V.116. № 4. P.1016-1024.
- 17. Somnier F. E. Increasing incidence of late-onset anti-AChR antibody-seropositive myasthenia gravis // Neurology. 2005. V.65. № 6. P.928-930.
- 18. *Vincent A.* Immunology of disorders of neuromuscular transmission // Acta Neurol Scand Suppl. 2006. V. 183. P. 1-7.
- 19. Vincent A., Leite M. I. Neuromuscular junction autoimmune disease: muscle specific kinase antibodies and treatments for myasthenia gravis // Curr Opin Neurol. 2005. V. 18. №5. P.519-525.
- 20. http://www.myasthenia.ru, интернетресурсы сайта Московский Миастенический центр, 2015 (режим доступа «свободный»).

References:

- 1. Geht B. M., Lancova V. B., Sepp E.K. Rol' antitel k acetilholinovomu receptoru v patogeneze miastenii [Role of antibodies to the acetiholin's receptor in a pathogeny of myasthenia gravis.] *Nevrologicheskii zhurnal* [Neurologic magazine]. 2003. T.8. Prilozhenie 1. pp.35-37. [in Russian].
- 2. Geht B. M., Sanadze A. G., Ippolitov I. H., Gurfinkel' Yu. I. and etc. *Lechenie krizov pri miastenii*. [Treatment of crises in case of myasthenia gravis]. M., 2000. 26 p. [in Russian].
- 3. Geht B. M., Sanadze A. G., Sidnev D. V., Shherbakova N. I. Sravnitel'nyi analiz effektivnosti chelovecheskogo immunoglobulina (oktagama) i drugikh metodov patogeneticheskoi terapii u bol'nykh miasteniei [The Relative analysis of efficacy of a human immunoglobulin (oktagam) and other methods of pathogenetic therapy in patients with myasthenia gravis] *Nevrologicheskii vestnik* [The Neurologic bulletin]. 2003. Prilozhenie 1. pp. 45-48. [in Russian].
- 4. Gusev E. I., Konovalov A. N., Skvortsova V. I., Geht A. B. *Nevrologiya: Natsional'noe rukovodstvo* [Neurology: the National management] M., «GJeOTAR-Media», 2010. pp.822-836. [in Russian].

- Zhusupova A. S., Popandopulo P. H, Ageeva O. V. i dr. Rezul'taty primeneniya preparata OKTAGAM tm 10% (vnutrivennogo immunoglobulina chelovecheskogo patsientov s miasteniei v Respublike Kazakhstan The Results of application of preparation TM 10% (intravenous OKTAGAM human immunoglobulin G) in patients with myasthenia gravis in Kazakhstan Republic1 Meditsina [Medicine]. 2012. pp.72-75. [in Russian].
- 6. Sanadze A. G., Sidnev D. V., Kapitonova Yu. A., Galkina O. I., Davydova T. V. Antitela k titinu pri miastenii u lic pozhilogo vozrasta i miastenii, sochetajushhejsja s timomoj [The antibodies to titine in case of elderly persons with myasthenia gravis in a combination with thimoma] *Allergologiya i immunologiya* [Allergology and immunology]. 2004. T.5.№1. pp. 198-200. [in Russian].
- 7. Sanadze A. G., Sidnev D. V., Geht B. M., Hlebnikova N. N., Chugunova N. A., Shherbakova N. I. Antitela k acetilkholinovomu retseptoru v diagnostike miastenii i drugikh form, svyazannykh s patologiei nervno-myshechnoi peredachi [Antibodies to the acethilcholin's receptor in diagnostics of myasthenia gravis and other forms bound with a pathology of a neuromuscular transmission]. *Nevrologicheskii zhurnal* [Neurologic magazine]. 2003. T.8. Prilozhenie 1. pp.19-20. [in Russian]
- 8. Sepp E. K., Lantsova V.B. *Miasteniya* [Myasthenia]. M., 2002. 64 p. [in Russian]
- 9. Sidnev D. V., Sanadze A. G., Shherbakova N. I., Galkina O. I., Karganov M. Yu. Antitela k atsetilkholinovym retseptoram v syvorotke krovi bol'nykh s razlichnymi klinicheskimi formami miastenii [The Antibodies to acethilcholyn's receptors in blood whey of patients with various Myasthenia gravis clinical forms]. *Patogenez* [Pathogenez]. 2006. T.4. №1. pp.66-67. [in Russian]
- 10. Shherbakova N. I. *Patogeneticheskie* obosnovaniya strategii i taktiki lecheniya miastenii (avtoref. doct. dis.) [Pathogenetic substantiations

- of strategy and treatment tactics in case of Myasthenia gravis: Author's Abstract of Doct. Diss]. Moskva: 2008. 50 p. [in Russian]
- 11. Arsura E., Brunner N. G, Namba T., Grob D. High-dose intravenous immunoglobulin in the management of myasthenia gravis. *Archive Internal Medicine*. 1986. V.146. № 7. P.1365-1368.
- 12. Kalb B., Matell G., Pirskanen R., Lambe M. Epidemiology of myasthenia gravis: a population-based study in Stockholm, Sweden. Neuroepidemiology. 2002. V.21. № 5. P.221-225.
- 13. Pekmezovic T., Lavrnic D., Jarebinski M., Apostolski S. Epidemiology of myasthenia gravis. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo [*Journal*]. 2006. V.134. № 9. P.453-456.
- 14. Phillips L. H. The epidemiology of myasthenia gravis. *Seminars in Neurology.* 2004. V.24. № 1. P. 17-20.
- 15. Romi F., Skeie G. O., Aarli J. A., Gilhus N. E. The Severity of Myasthenia Gravis Correlates With the Serum Concentration of Titin and Ryanodine Receptor Antibodies. *Archiv Neurology.* 2000. V.57. P. 15961600.
- 16. Shigemoto K., Kubo S., Maruyama N., Hato N., Yamada H., Jie C., Kobayashi N., Mominoki K., Abe Y., Ueda N., Matsuda S. Induction of myasthenia by immunization against muscle specific kinase. *The Journal of Clinical Investigation*. 2006. V.116. № 4. P.1016-1024.
- 17. Somnier F. E. Increasing incidence of late-onset anti-AChR antibody-seropositive myasthenia gravis. *Neurology.* 2005. V.65. № 6. P. 928-930.
- 18. Vincent A. Immunology of disorders of neuromuscular transmission. *Acta neurologica Scandinavica*. *Supplementum*. 2006. V. 183. P: 1-7.
- 19. Vincent A., Leite M. I. Neuromuscular junction autoimmune disease: muscle specific kinase antibodies and treatments for myasthenia gravis. *Current Opinion in Neurology.* 2005. V. 18. N.5. P. 519-525.
- 20. http://www.myasthenia.ru, internet-resursy saita Moskovskii Miastenicheskii tsentr, 2015. Rezhim dostupa «svobodnyi».

Контактная информация:

Каймак Татьяна Владимировна - к.м.н., доцент кафедры неврологии Государственного медицинского университета города Семей, г. Семей, Казахстан.

Почтовый адрес: 071400, г. Семей, ул. Пушкина, 106, кв.9.

E-mail: tatyn@mail.ru; **Телефон:** 7 701 363 43 89

УДК 618.4 - 616-089.168

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ НА МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РОДОВ

М. У. Бексултанова, Г. А. Танышева, Ш. К. Кинаятова

Государственный медицинский университет города Семей

Данная статья содержит результаты научного исследования, проведенного на базе Перинатального центра г. Семей, в соответствии с внедрением в практику протоколов диагностики и лечения Министерства Здравоохранения и Социального развития Республики Казахстан по использованию методов индукции родов с целью досрочного родоразрешения. Целью исследования явилось изучение наличия или отсутствия влияния методов индукции родов на материнские исходы, а именно, наличие или отсутствие осложнений родового акта и послеродового периода, и перинатальные исходы, а именно, наличие или отсутствие асфиксии плода. Для достижения данной цели авторами было проведено контролируемое клиническое исследование, включавшее в себя проведение индукции родов путем интравагинального и перорального введения мизопростола, а также внутривенной инфузии окситоцина. Статья содержит достоверные данные по влиянию методов индукции родов на материнские и перинатальные исходы родового акта. Материалами послужили истории родов женщин, родоразрешенных в Перинатальном центре г.Семей за период январь-декабрь 2014г. путем индукции родов. Критериями включения послужили одноплодные роды в сроках от 22 до 42 недель в затылочном предлежании плода. Критерии исключения: многоплодные роды, антенатальная гибель плода, тазовое и иное предлежание плода, отличное от затылочного, роды с рубцом на матке, оперативные роды. Проведенное авторами исследование позволило сделать вывод об отсутствии влияния методов индукции родов на развитие осложнений родового акта у матери (р=0,115) и о существенном влиянии методов индукции родов на перинатальные исходы (p=0,0021). Кроме того, было выявлено более быстрое развитие родовой деятельности при пероральном введении мизопростола в отличие от интравагинального введения (р=0,001). Практическая значимость данного исследования позволит внедрять в практику методы индукции родов более активно, в соответствии с действующими протоколами диагностики и лечения, а также более интенсивно использовать пероральный путь введения для ускорения развития родового акта.

Ключевые слова: индукция родов, мизопростол, роды, шейка матки, шкала Бишоп, окситоцин.

THE INFLUENCE OF METHODS OF LABOUR INDUCTION ON MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES

M. U. Beksultanova, G. A. Tanysheva, Sh. K. Kinayatova

Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

This article presents the results of research conducted on the basis of the Perinatal Center of Semey, in accordance with the implementation in practice of diagnosis and treatment protocols of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan on the use of methods of labor induction with a view of early delivery. The aim of the study is to investigate the presence or absence of the influence methods of labor induction on maternal outcomes, namely, the presence or absence of complications of childbirth and the postpartum period, and perinatal outcomes, namely, the presence or absence of fetal asphyxia. To achieve this goal, the authors held controlled clinical trial

which includes performance of labor induction by vaginal and oral misoprostol and oxytocin intravenous infusion. This article contains reliable data on the influence of methods of induction of labor on maternal and perinatal outcomes of childbirth. Materials were the stories of women's delivery acts who were delivered in Perinatal Centre in Semey for the period January-December 2014 by labor induction. Inclusion criteria were the singleton births in the period from 22 to 42 weeks in the occipital fetal presentation. Exclusion criteria were multiple births, prenatal death of fetal, pelvic and other presentation of fetal, other than the occipital, childbirth with an uterine scar, operational delivery. The research allowed authors to make a conclution of absence of the influence of methods of labor induction on the development of complications of childbirth (p = 0,115) and of significant influence on the methods of labor induction on perinatal outcomes (p = 0,0021). Furthermore, more rapid development of generic activity in oral administration of misoprostol, unlike intravaginal administration was found (p = 0.001). The practical significance of this study will allow us to introduce methods of labor induction into practice more actively, in accordance with the diagnostic and treatment protocols, as well as use peroral route more intensive to accelerate the development of childbirth.

Keywords: labor induction, misoprostol, childbirth, the cervix, the scale Bishop, oxytocin.

АНА ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛЬДЫ НӘТИЖЕЛЕРІНЕ БОСАНУ ИНДУКЦИЯ ӘДІСТЕРІНІҢ ӘСЕРІ

М. У. Бексултанова, Г. А. Танышева, Ш. К. Кинаятова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

Осы статья уақытынан бұрын босануды шешу мақсатымен босану индукциясы әдістерін қолдану бойынша Қазақстан Республикасының әлеуметтің даму және Денсаулық сақтау министрлігінің тәжірибеге енгізілген диагностика және емдеу хаттамаларына сәйкес Семей қаласының Перинатальді орталығында жүргізілген ғылыми зерттеу нәтижелерін құрайды.

Зерттеу мақсаты аналық нәтижелерге босану индукциясы әдістерінің, нақтырақ босану актісінің және босанудан кейінгі кезеңнің асқынуларының және перинатальді нәтижелердің, атап айтсақ ұрық асфиксиясының бар немесе жоқ екенін зерттеу болып табылады. Аталған мақсатқа қол жеткізу үшін авторлармен мизопростолды интравагинальді және пероральді енгізу жолымен, сонымен қатар тамырішілік окситоцинді енгізу жолымен босану индукциясын жүргізуден тұратын бақылаулы клиникалық зерттеу жүргізілді. Статья босану актісінің аналық және перинатальді нәтижелеріне босану индукция әдістерінің әсері бойынша нақты мәліметтерді құрайды. Материал ретінде 2014ж қаңтар және желтоқсан аралығында индукция жолымен Семей қаласының Перинатальді Орталығында босанған әйелдердің босану тарихы қолданылды. Енгізу критерилері жүктіліктің 22 және 42 апта аралығындағы шүйдемен келген бірұрықты босанулары болды. Жоққа шығару критерилері: көпұрықты босану, ұрықтың антенатальді өлуі, жамбаспен немесе басқадай дұрыс келмеуі, жатырдағы тыртықпен босану, оперативті босанулар.

Авторлармен жүргізілген зерттеу анада босану актісінің асқынуларының дамуына босану индукциясы әдістерінің жоқ екенін (p=0,115) және перинатальді нәтижелерге (p=0,0021) босану индукциясы әдістерінің әсері жоқ екенін қорытындылайды. Сонымен қатар, мизопростолды интравагинальді енгізумен салыстырғанда пероральді енгізуде босану әрекетінің дамуы неғұрлым тезірек екені анықталды (p=0,001).

Аталған зерттеудің тәжірибелік мәні тәжірибеге босану индукциясы әдістерін неғұрлым белсенді енгізуді, сонымен қатар босану актісінің дамуын тездету үшін пероральді жолды қарқынды қолдануды талап етеді.

Негізгі сөздер: босану индукциясы, мизопростол, босану, жатыр мойны, Бишоп шкаласы, окситоцин.

Библиографическая ссылка:

Бексултанова М. У., Танышева Г. А., Кинаятова Ш. К. Влияние методов индукции родов на материнские и перинатальные исходы родов / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 42-51.

Beksultanova M. U., Tanysheva G. A., Kinayatova Sh. K. The influence of methods of labour induction on maternal and perinatal outcomes. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 42-51.

Бексултанова М. У., Танышева Г. А., Кинаятова Ш. К. Ана және перинатальды нәтижелеріне босану индукция әдістерінің әсері / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 42-51.

Введение

Важнейшей задачей системы здравоохранения современного Казахстана является организация системы охраны материнства и детства и реализация национального проекта, что должно привести к сохранению здоровья женщины, снижению материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Нормальными родами Всемирная организация здравоохранения считает «спонтанно начавшиеся роды при сроке беременности 37-42 недели в головном предлежании с низким риском в начале и в течение всего родового процесса, мать и ребенок после родов находятся в хорошем состоянии». В настоящее время современная казахстанская и мировая наука соглашается с таким определением. Защита материнства и детства описана во всех важнейших законодательных актах суверенного Казахстана на разных законодательных уровнях, включая конституцию страны.

сегодняшний день оптимальным представляется активное ведение родового акта с его начала и до окончания, предполагающее разработку рациональной акушерской тактики и современных методов коррекции сократительной деятельности матки - это предполагает вмешательство не во всех случаях, НΟ регуляцию коррекцию возможных нарушений родового процесса с целью уменьшения риска как для плода, так и для матери, программированное ведение родов представляется оптимальным [4, 12. 14]. Так, индукцию рекомендуется проводить в дневное время: матери и ее ребенку может быть оказана быстрая квалифицированная медицинская, в том числе и консультативная, помощь. В группах высокого риска по развитию патологического течения родов, при осложнениях беременности индуцированные роды позволяют в течение дня решить вопрос о наиболее рациональной тактике ведения родов.

Отечественные и зарубежные авторы также считают, что существует мнение о

необоснованности использования планируемых заранее родов, кроме случаев, связанных медицинскими показаниями. Однако активная тактика ведения индуцированных проведения родов является залогом профилактики возможных осложнений с целью снижения перинатальных рисков и потерь [6]. Мы программируем роды – следовательно, мы готовимся к ним и способны быстро и качественно оказать помощь роженице и новорожденному, таково видение современной науки.

В нашей стране с выходом протоколов диагностики и лечения 2010 года расширены показания для проведения индукции родов, что повлекло за собой повышение частоты программированных родов статистике. Подобный опыт имеется и в других странах, последующими научными исследованиями по проблеме благополучного родоразрешения. По данным американских исследователей, частота индуцированных родов увеличилась за последние 10 лет в 2 раза и приближается к 184 на 1000 живорожденных. В развитых странах процент детей рожденных в срок после индукции родов 25% [13, 18. достигать Неопубликованные данные из Глобального Обзора BO3 ПО Материнскому Перинатальному здоровью, который включал 373 медицинских учреждений в 24 странах и около 300000 родов, показали, что 9,6% родов включали индукцию. В общем, установил, что учреждения в развивающихся странах имеют тенденцию к меньшей частоте индукции родов (самая низкая: Нигерия - 1,4%) с азиатскими и латиносравнении американскими странами (самая высокая: Шри-Ланка - 35,5%) [4, 13].

В Российской литературе частота программированного ведения родов составляет около 5% (Стрижова Н.В. и соавт., 2000; Бондаренко К.В. и соавт., 2003). По данным Перинатального центра города Семей, количество индуцированных родов в

2012 году составило 12,3% от общего количества родов (316 случаев), в 2014 году – 15,5% от общего количества (416 случаев) [18, 21].

Цель исследования: выявить особенности перинатальных и материнских исходов, в зависимости от метода индукции родов.

Задачи исследования: 1. Определить влияние методов родовозбуждения на материнские и перинатальные исходы; 2. Сравнить материнские и перинатальные исходы при интравагинальном и пероральном путях введения мизопростола;

Материалы и методы исследования

Материалами исследования истории родов женщин, родоразрешенных в КГП на ПХВ «Перинатальный центр г.Семей», родовспомогательного учреждения III уровня. В основную группу включены 275 случаев индуцированных родов, которые подразделены на 2 группы, в зависимости от Группу вида индукции. С индукцией мизопростолом составили 161 женщина (58,5%), группу с индукцией окситоцином 114 женщин (41,4%).

Критерии включения: одноплодные индуцированные роды, в сроке гестации от 22 недель до 42 недель, протекавшие через естественные родовые пути.

Критерии исключения: роды путем операции кесарево сечение, роды со стимуляцией родовой деятельности, роды с рубцом на матке, многоплодные роды, роды с сочетанным использованием двух и более методов индукции, антенатальная гибель плода.

Дизайн проведенного исследования одномоментное поперечное исследование.

Полученные нами данные были обработаны с помощью статистического пакета SPSS, версия 21. Для проведения анализа в целом использовался анализ таблиц сопряженности, а также определение наличия или отсутствия корреляционных связей между соответствующими величинами, использовалось значения Q1-Q10. Сравнение выборочных средних проводилось с помощью критерия Стьюдента ДЛЯ независимых выборок. Определение преимущества или недостатков тех или иных методов индукции родов невозможно, поскольку разные методы используются при наличии разной степени зрелости родовых путей, и, следовательно, не входило в цели данного исследования [10].

При проведении данного исследования этические нормы, принятые Хельсинской декларацией 1875 года, не были нарушены. Индукция родов проводилась по принятым Министерством здравоохранения социального развития протоколам диагностики и лечения, после взятия информированного согласия женщины на данную процедуру. Кроме того протокол данного исследования планировании получил одобрение при этического комитета ГМУ г.Семей (протокол №4 от 04.02.2015г.). Вся информация о пациентках и их родовых актах была закодирована и не использовалась для получения материальной или иной выгоды [10].

Объект исследования – индуцированные (программированные) роды. Изучаемая нами группа делилась на две условные подгруппы. в зависимости от вида индукции родов: в группе использовался препарат мизопростол – 161 человек (58,5%), во второй группе применялся окситоцин – 114 женщин (41,4%). Первая группа также подразделялась способа зависимости ОТ введения препарата, часть женщин получала мизопростол перорально, другая часть интравагинально, в соответствии со схемами, предложенными в протоколе диагностики и лечения «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение».

Результаты исследования

В рамках выполнения определения влияния методов индукции родов на перинатальные исходы, нами был проведен анализ таблиц сопряженности, для выяснения связи между наличием индукции родов и асфиксией плода. Применение мизопростола и окситоцииндукции целью родов, статистически значимое влияние на развитие $(\chi^2=7.725,$ p=0.21). C асфиксии целью определить влияние методов индукции на материнские исходы, также был произведен анализ двухпольных таблиц. Из таблицы видно, что взаимосвязь между осложнениями у матери и окситоцином, и мизопростолом, как методами индукции родов, значима на уровне р=0,061, то есть статистически не значима. Следовательно. наличие ИЛИ отсутствие осложнений родового акта не зависит от проведения индукции родов.

Обсуждение результатов

Средний возраст исследуемых в обеих группах составил 23 года (Q1=22; Q3=29).Все женщины были диспансеризованы по беременности. У 75,3% антенатальный уход осуществлен в условиях учреждений ПМСП города Семей, 24,7% - в учреждениях ПМСП сельских районных округов.

Наиболее часто из соматических заболеваний встречались анемии различного генеза — 32,36%, из гинекологической патологии превалировали патология шейки матки (в 36,73%) и воспалительные

заболевания влагалища и бартолиновых желез (33,09%).

Среди показаний К индукции родов фигурировали пять основных состояний, регламентированных протоколом диагностики и лечения «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение»: дородовое излитие околоплодных вод (ДИОВ), преэклампсия степени. преэклампсия легкой степени, переношенная беременность, ЗВУР.

Главным показанием к индукции родов в группе с использованием мизопростола послужила переношенная беременность (37,2%) (рис. 1), в группе с использованием окситоцина — ДИОВ (61,4%) (рис. 2).

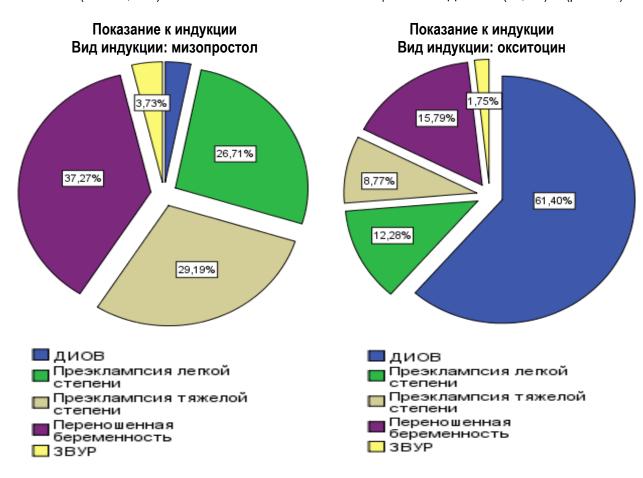


Рисунок 1. Распределение показаний к проводимой индукции родов в группе с изолированным введением мизопростола

Оценивая эффективность проводимых методов родовозбуждения, главным параметром нами было выбрано появление регулярных схваток – 2 схватки за 10 минут по 30 секунд. Выводом служит оценка обоих

Рисунок 2. Распределение показаний к проводимой индукции родов в группе с изолированным введением окситоцина

методов индукции родов как эффективных – в 91,3% в группе с мизопростолом, в 92,1% в группе с окситоцином регулярная родовая деятельность зафиксирована (рис.3).

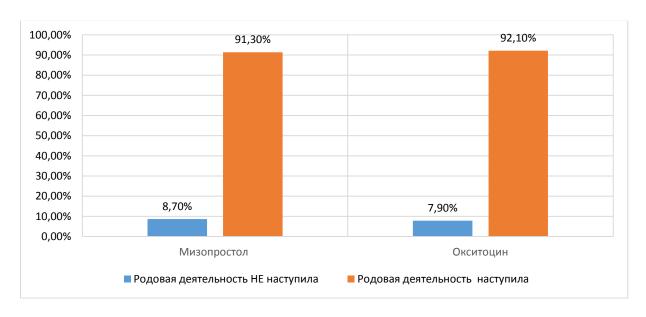


Рисунок 3. Оценка эффективности методов индукции родов.

Большая часть родов — 70,18% протекала без осложнений. В 29,82% были зафиксированы осложнения родового акта, среди которых угрожающее состояние плода, атония матки, родовой травматизм, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, обструктивные роды.

Среди всех осложнений на первом месте находится родовой травматизм (разрывы влагалища, промежности, шейки матки — 35,37% от общего числа всех осложнений), на втором — атония матки — 28,05%. Данные результаты сопоставимы с результатами аналогичных исследований в России (г.Смоленск, 2013г. [16]), Беларуси (г.Гомель, 2011г. [9]), а также в Казахстане (г.Шымкент, 2015г. [6]).

В рамках выполнения первой задачи: определения влияния методов индукции родов на перинатальные исходы, нами был проведен анализ таблиц сопряженности, для выяснения связи между наличием индукции родов и асфиксией плода. Применение мизопростола и окситоцина с целью индукции родов, имеет статистически значимое влияние на развитие асфиксии ($\chi^2 = 7,725$, $\mu = 0,0021$).

С целью определить влияние методов индукции на материнские исходы, также был произведен анализ двухпольных таблиц. Из таблицы видно, что взаимосвязь между осложнениями у матери и окситоцином, и

мизопростолом, как методами индукции родов, значима на уровне p=0,061, то есть статистически не значима. Следовательно, наличие или отсутствие осложнений родового акта не зависит от проведения индукции родов.

Для сравнения перинатальных и материнских исходов в зависимости от способа введения мизопростола — 161 человек, первая группа была разделена на подгруппы. Подгруппа А - пероральный путь введения — 72 случая, подгруппа Б - интравагинальный путь — 89 случаев. При пероральном пути введения мизопростол вводится по 25 мкг каждые 2 часа, при интравагинальном мизопростол вводится в задний свод влагалища каждые 6 часов по 25-50 мкг, не более 200 мкг за сутки.

Обе подгруппы были сопоставимы по возрасту, средний возраст составил 24года (Q1=21; Q3=32), сопоставимы по показаниям для родовозбуждения — основным показанием в обеих подгруппах признана переношенная беременность и ДИОВ.

Родовая деятельность в обеих группах наступала в абсолютном большинстве случаев – чаще она наступала в группе с пероральным использованием мизопростола, что объясняется сложностью дозирования препарата при интравагинальном введении (рис. 4) [8, 18, 21].



Рисунок 4. Оценка эффективности методов индукции родов.

Время до наступления родовой деятельности в подгруппе А– в среднем 240 мин, Q1=212,5, Q3=1050,0. Такой размах можно объяснить неточностью разведения при интравагинальном приеме. В подгруппе Б - 180 минут (Q1=180, Q=660). Так как

распределение в обеих подгруппах отличное от нормального, для сравнения средних нами был использован критерий Манна-Уитни (табл. 1). В группе с пероральным путем введения родовая деятельность начинается в среднем на 60 минут раньше (p=0,001).

Таблица 1. Расчет критерия Манна-Уитни Статистики критерия^а

	Временной	Мизопростол	1-й период	2-й период
	промежуток в сек			
Статистика U Манна-Уитни	2149,500	3107,500	2996,500	2800,500
Статистика W Уилкоксона	6154,500	7112,500	7001,500	5428,500
Z	-3,634	-,392	-,709	-1,390
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,000	,695	,478	,165

Для определения же влияния интравагинального и перорального введения мизопростола материнские на перинатальные исходы, был проведен анализ двухпольных таблиц, из которых можно сделать вывод, что применение отдельного способа введения мизопростола с целью индукции родов, не имеет статистически значимого влияния на перинатальные исходы $(\chi^2 = 4,460, p=0,001)$. Наличие или отсутствие асфиксии у плода не определяется способом введения препарата.

Оценка таблиц сопряжённости была проведена и для определения влияния способа введения мизопростола на материнские исходы, и вновь было отмечено, что применение отдельного способа введения

мизопростола с целью индукции родов, не имеет статистически значимого влияния на материнские исходы (χ^2 =3,250, p=0,115). Наличие у матери осложнений родового акта не зависит от способа введения препарата.

Выводы:

- 1. Методы родовозбуждения влияют на перинатальные исходы, а в частности на развитие асфиксии (p=0,0021); динамика и течение родового акта не зависят от метода индукции родов.
- 2. Родовая деятельность при пероральном способе введения мизопростола наступает быстрее, в среднем, на 60 минут (p=0,001). Статистически значимого влияния способа введения препарата на материнские и перинатальные исходы отмечено не было.

Литература:

- 1. Абрамченко В. В. Простагландины в акушерстве и гинекологии. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. 208 с.
- 2. Агаркова Л. А., Благовещенская Л. К., Дикке Г. Б., Якунина Т. Н. Оптимизация методов прерывания беременности во втором триместре. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 10-11.
- 3. Айламазян Э. К. Акушерство. Санкт-Петербург. : Специальная литература, 2002. 496 с.
- 4. Александров Ρ. И. Современные организационные технологии в условиях перинатального центра. Материалы 5-го форума Российского научного «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 15-16.
- 5. Арбуханов М. А., Ибрагимов Б. Р., Сайпулаева Н. И. Наш опыт ведения программированных родов. Материалы 6-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 156-157.
- 6. Бапаева Г. Б., Кулбаева С. Н. Состояние коагуляционного звена гемостаза у женщин группы риска при послеродовых кровотечениях в зависимости от паритета родов // Наука и здравоохранение. 2015. №1. С. 60-69.
- 7. Бобрышева Е. П., Охапкин М. Б. Применение простагландина E_L при доношенной беременности разной степени акушерского Материалы риска. 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 30-31.
- 8. Бондаренко К. В., Радзинский В. Е. Программированные роды. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С.36.
- 9. Воскресенский С. Л. Значение физиологического прелиминарного периода для родоразрешения, VIII съезд акушеровгинекологов и неонатологов Республики Беларусь. Материалы съезда в 2-х томах. Гродно, 2002.Т. I., С. 55-59.
- 10.Гржибовский А. М., Иванов С. В. Поперечные одномоментные исследования в

- здравоохранении // Наука и здравоохранение. 2015. №2. C.5-18.
- 11. Гуляева Л. С., Вербицкий В. С., Эль-Диэффи Д.Ф. Пути оптимизации тактики ведения индуцированных родов. VIII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. Материалы съезда в 2-х томах, Гродно, 2002. Т. І., С. 71-76.
- 12. Демидов В. Н. Современные возможности функциональной диагностики состояния плода во время беременности. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 376-379
- 13. Жербун Е. В., Шевцова Е. П., Аксенова А.В., Пупышев А.Г. Психологически ориентированная подготовка беременных к родам. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 93-94.
- 14. Карагулян Р. Р., Ананьев В. А., Кирющенков А. П. Оптимизация ведения родов у женщин групп риска по аномалии родовой деятельности. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 304-305.
- 15. Карагулян Р. Р., Убайдатова Б. А., Полянская Н.В., Абрамченко В.В., Курчишвили В.И. Прямая эхокардиография плода в родах. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 120-122.
- 16. Карасева А. Э., Киселев В. Д., Фадеева Н. И. Психологические особенности женщин с диагнозом слабости родовых сил. Акушерство и гинекология, журнал, Россия, Смоленск, 2001. № 1, С. 44-45.
- 17. Каримова Ф. Д., Абрамченко В. В., Исамова У. Ш. Роль простагландинов с целью регуляции родовой деятельности. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 307-308.
- 18. Керимова Н. Р., Мялицин И. И. Сравнительная эффективность методов прерывания беременности во ІІ триместре у беременных с тяжелой эклампсией. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 91-92.

- 19. Клечан М. М. Эффективность прегравидарной подготовки у женщин с замершей беременностью. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 123-124.
- 20. Климович Н. М., Бойко Т. А. Опыт применения мизопростола в акушерской практике. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 126-127.
- 21. Мурашко Л. Е. Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного. Пособие для врачей. Москва, 2003. С. 141.

References:

- 1. Abramchenko V. V. Prostaglandiny v akusherstve i ginekologii. [Prostaglandins in obstetrics and gynecology]. Petrozavodsk: IntelTek, 2003. P. 208.
- 2. Agarkova L. A., Blagoveshchenskaya L. K., Dikke G. B., Yakunina T. N. Optimizatsiya metodov preryvaniya beremennosti vo vtorom trimestre. [Optimization of a methods of abortion in the second trimester]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 10-11.
- 3. Ailamazyan E. K. Akusherstvo. [Obstetrics]. Spetsial'naya literatura. [Special literature], S-Petersburg, 2002. P. 496.
- 4. Aleksandrov R. I. Sovremennye organizatsionnye tekhnologii v usloviyakh perinatal'nogo tsentra. [Modern technology in the organizational conditions of the perinatal center]. Materialy 6-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2004». [Proceedings of the 6th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2004"]. Moscow: «Aviaizdat», 2004. pp. 15-16.
- 5. Arbukhanov M. A., Ibragimov B. R., Saipulaeva N. I. Nash opyt vedeniya programmirovannykh [Our rodov. experience programmed delivery]. Materialy 6-qo Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 6th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2004"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 156-167.

- 6. Bapayeva G. B, Kulbayeva S. N. Sostoyanie koagulyatsionnogo zvena gemostaza u zhenshchin gruppy riska pri poslerodovykh krovotecheniyakh v zavisimosti ot pariteta rodov [Condition of coagulation hemostasis among women, who are in the risk group by postpartum haemorrhage depending on childbirths parity]. Nauka i zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2015, 1, 2015. pp. 60-69. (in Kazakhstan).
- 7. Bobrysheva E. P., Okhapkin M. B. Primenenie prostaglandina EL pri donoshennoi beremennosti raznoi stepeni akusherskogo riska. [The use of prostaglandin EL at term varying degrees of obstetric risk]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 30-31.
- 8. Bondarenko K. V., Radzinskii V. E. Programmirovannye rody. [Programmed delivery]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. P.36.
- 9. Voskresenskii S. L. Znachenie fiziologicheskogo preliminarnogo perioda dlya rodorazresheniya, [The value of physiological Preliminary period for delivery]. VIII s"ezd akusherov-ginekologov i neonatologov Respubliki Belarus'. Materialy v 2-h tomah. [VIII congress of obstetricians and neonatologists of Republic of Belarus. Materials Congress in 2 volumes]. Grodno, 2002, T. I., pp. 55-59.
- 10. Grjibovsky A. M., Ivanov S. V. Poperechnye odnomomentnye issledovaniya v zdravookhranenii [Cross-sectional studies in health sciences]. Nauka i zdravookhranenie Science & Healthcare. 2015, 2, pp. 5-18. (in Kazakhstan).
- 11. Gulyaeva L. S., Verbitskii B. C., El'-Dieffi D.F. Puti optimizatsii tak¬tiki vedeniya indutsirovannykh rodov. [Ways to optimize the ways of conduct induced labor]. VIII s"ezd akusherov-ginekologov i neonatologov Respubliki Belarus'. Materialy v 2-h tomah. [VIII congress of obstetricians and neonatologists of Republic of Belarus. Materials Congress in 2 volumes]. Grodno, 2002, T. I., pp. 71-76. (in Belarus).

- 12. Demidov V. N. Sovremennye vozmozhnosti funktsional'noi diagnostiki sostoyaniya ploda vo vremya beremennosti. [Modern possibilities of functional diagnosis of the condition of the fetus during pregnancy]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 376-379.
- 13. Zherbun E. V., Shevtsova E. P., Aksenova A. B., Pupyshev A. G. Psikhologicheski orientirovannaya podgotovka beremennykh k rodam. [Psihological focused preparation of pregnant women for childbirth]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 93-94.
- 14. Karagulyan P. P., Anan'ev V. A., Kiryushchenkov A. P. Optimizatsiya vedeniya rodov u zhenshchin grupp riska po anomalii rodovoi deyatel'nosti. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 304-305.
- 15. Karagulyan P. P., Ubaidatova B. A., Polyanskaya N.V., Abramchenko V.V., Kurchishvili V.I. Pryamaya ekhokardiografiya ploda v rodakh. [Direct fetal echocardiography in childbirth]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 120-122.
- 16. Karaseva A. E., Kiselev V.D., Fadeeva N.I. Psikhologicheskie osobennosti zhenshchin s diagnozom slabosti rodovykh sil. [Psychological characteristics of women diagnosed with uterine inertia forces]. Akusherstvo i ginekologiya.

- [Obstetrics and Gynecology]. Smolensk, 2001. № 1, pp. 44-45.
- 17. Karimova F. D., Abramchenko V. V., Isamova U.Sh. Rol' prostaglandinov s tsel'yu regulyatsii rodovoi deyatel'nosti. [The role of prostaglandins with a view to the regulation of labor]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 307-308.
- 18. Kerimova N. R., Myalitsin Sravnitel'naya effektivnost' metodov preryvaniya beremennosti vo II trimestre u beremennykh s tyazheloi eklampsiei [Comparative efficiency of methods of abortion in the II trimester pregnant women with severe eclampsia]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 91-92.
- 19. Klechan M. M. Effektivnost' pregravidarnoi podgotovki u zhenshchin s zamershei beremennost'yu. [Efficiency pregravid training for women with pregnancy]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 123-124.
- 20. Klimovich N. M., Boiko T. A. Opyt primeneniya mizoprostola v akusherskoi praktike. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 126-127.
- 21. Murashko L. E. Aktual'nye voprosy patologii rodov, ploda i novorozhdennogo. [Topical issues of birth defects, fetal and newborn]. Moscow, 2003. P. 141.

Контактная информация:

Бексултанова Маржан Уалиевна — магистр медицинских наук, ассистент кафедры интернатуры по акушерству и гинекологии ГМУ г.Семей.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071417, г. Семей, ул. А. Янушкевича 77.

E-mail: lady_mj@mail.ru.

Телефон: 7(7222)31-24-45, 87755014836

УДК 616-002-022-053.32

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Б. Т. Тусупкалиев, А. К. Жумалина, Б. А. Жекеева, Р. М. Байжанова

Западно-Казахстанский Государственный медицинский Университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Введение. Внутриутробным инфекциям принадлежит центральное место среди проблем перинатальной медицины. В условиях инфицирования организма компоненты моноцитарномакрофагальной системы начинают продуцировать про- и противовоспалительные цитокины.

Цель исследования - изучить и сравнить уровень и соотношение про- и противовоспалительных цитокинов, а также сравнить проявление клинической картины внутриутробной инфекции вирусной этиологии у новорожденных в зависимости от массы тела.

Результаты. У новорожденных с весом более 2500 г отмечались более высокие показатели содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, ИЛ-1 β , (p<0.001) по сравнению с аналогичными показателями у новорожденных с малой массой тела при рождении. Более низкие показатели ИЛ-1 β в сыворотке крови у новорожденных с малой массой тела можно объяснить незрелостью и низкой функциональной активностью иммунных клеток, синтезирующих провоспалительные цитокины. Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 также выше у новорожденных с весом более 2500 г по сравнению с новорожденными с малой массой тела при рождении (p = 0.002).

Выводы. Уровень про- и противовоспалительного цитокинов у новорожденных с малой массой тела статистическая значимость ниже, по сравнению, аналогичного цитокина у новорожденных с весом более 2500 г. У новорожденных с малой массой тела иммунный ответ на инфекционный процесс снижен, по сравнению с новорожденными сравнительной группы, что связано с незрелостью клеточно-гуморального звена иммунитета.

Ключевые слова: внутриутробные инфекции, новорожденные с малой массой тела, интерлейкин 1, интерлейкин 10, иммунная незрелость, моноцитарно-макрофагальная система, системно-воспалительный иммунный ответ.

FEATURES OF IMMUNE RESPONSE IN NEWBORN CHILDREN WITH LOW BODY WEIGHT IN INTRAUTERINE INFECTION

B. T. Tussupkaliev, A. K. Zhumalina, B. A. Zhekeyeva, R. M. Baizhanova

West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov, Aktobe city. Kazakhstan

Introduction. Intrauterine infections are considered to be of central significance among the problems of the field of perinatal medicine. In the circumstances where an organism gets infected, the components of the monocyte-macrophage system begin to produce pro- and anti-inflammatory cytokines.

Objective. Perform and compare the level and proportion between the pro- and anti-inflammatory cytokines among newborn children suffering intrauterine infection, depending on the weight of the body.

Results. In case of newborn children weighted 2500g., there have been higher levels of proinflammatory cytokines in the serum, IL-1 β , as compared to similar parameters among newborn children with a low body weight at the time of birth (p<0.001). The lower contents of IL-1 β in the serum of

immature babies may be accounted for by considering the immaturity and the low functional activity of the immune cells that synthesize pro-inflammatory cytokines. Levels of anti-inflammatory IL-10 cytokine are also higher among mature newborn children in comparison to the ones with a low body weight at the time of birth (p = 0.002).

Conclusions. Level of pro- and anti-inflammatory cytokines for newborn children with a low body weight is assuredly low, as compared to the similar cytokine in mature newborns. Among newborn children with a low body weight, immune response to the infection process is significantly reduced, as compared to mature newborn children, which may be accounted for by the immaturity of the cell-humoral component of their immune systems.

Keywords: intrauterine infection, prematurity, interleukin 1, interleukin 10, immune immaturity, monocyte-macrophage system, systemic inflammatory immune response.

ҚҰРСАҚ ІШІЛІК ИНФИЦИРЛЕНГЕН САЛМАҒЫ АЗ НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ИММУНДЫ ЖАУАБЫНЫН ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Б. Т. Тусупкалиев, А. К. Жумалина, Б. А. Жекеева, Р. М. Байжанова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті Ақтөбе қаласы, Қазақстан

Кіріспе. Перинатальды медицина мәселелерінің ішінде құрсақішілік инфекциялар ерекше орында. Ағзаның инфицирленуі кезінде моноцитарлы-макрофагалды жүйе қабыну және қабынуға қарсы цитокиндерін бөле бастайды.

Зерттеу мақсаты. Құрсақішілік инфицирленген жаңа туған нәрестелердің салмағына қарай қабыну және қабынуға қарсы цитокиндер деңгейін және вирусты этиологиялы құрсақішілік инфекцияның клиникалық корінісін салыстыра отырып талдау.

Нәтижелер. Туғандағы салмағы аз нәрестелермен салыстырғанда салмағы 2500 г аса салмақтағы нәрестелерде қан сарысуында қабыну цитокиндерінің анағұрлым жоғары көрсеткіштері ИЛ-1β анықталды (р<0.001). Аз салмақты нәрестелер қан сарысуында анықталған ИЛ-1β-ның салыстырмалы төмен көрсеткіштерін қабыну цитокиндерін өндіретін иммунды жасушалардың жетілмеуімен және қызметтік белсенділігінің төмендігімен түсіндіруге болады. Салмағы 2500 г аса салмақтағы нәрестелерде ИЛ-10 қабыну цитокинінің деңгейі туғандағы салмағы аз нәрестелермен салыстырғанда анағұрлым жоғары (р = 0.002).

Қорытынды. Туғандағы салмағы аз нәрестелердің қабыну және қабынуға қарсы цитокиндер деңгейі салмағы 2500 г аса салмақтағы нәрестелермен салыстырғанда төмен екенін нақты айтуға болады. Туғандағы салмағы аз нәрестелердің жұқпалы процесске қайтаратын жауабы салмағы 2500 г аса салмақтағы нәрестелермен салыстырғанда біршама төмен, бұл өз кезегінде иммунитеттің жасуша-гуморалдық тізбегінің толық жетілмеуімен түсіндіріледі.

Негізгі сөздер: құрсақішілік инфицирлену, салмағы аз нәрестелер, интерлейкин 1, интерлейкин 10, иммундық жетілмеу, моноцитарлы – макрофагальды жүйе, жүйелі қабынудың иммунды жауабы.

Библиографическая ссылка:

Тусупкалиев Б. Т., Жумалина А. К., Жекеева Б. А., Байжанова Р. М. Особенности иммунного ответа у новорожденных с малой массой тела при внутриутробном инфицировании / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 52-60.

Tussupkaliev B. T., Zhumalina A. K., Zhekeyeva B. A., Baizhanova R. M. Features of immune response in newborn children with low body weight in intrauterine infection. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 52-60.

Тусупкалиев Б. Т., Жумалина А. К., Жекеева Б. А., Байжанова Р. М. Құрсақ ішілік инфицирленген салмағы аз нәрестелердің иммунды жауабынын ерекшеліктері / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 52-60.

Введение

Ha сегодняшний день, проблема выхаживания детей с малой массой тела остается одной из наиболее актуальных вопросов в отечественной перинатологии и неонатологии. Внутриутробные инфекции являются наиболее актуальными проблемами современной ДИСКУССИОННЫМИ неонатологии. Внутриутробным инфекциям центральное принадлежит место среди проблем перинатальной медицины. Частота их колеблется от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей [3,4]. Частота внутриутробного инфицирования составляет 10% всех беременностей и сильно влияет на репродуктивных потерь. ВУИ вирусные и/или вирусструктуре ассоциированные инфекции являются наиболее опасными и трудно диагностируемыми изза клинической малосимптомности асимптомности [1,15].

Частота ранней неонатальной заболеваемости и смертности при внутриутробном инфицировании ДНК-вирусной инфекцией колеблется от 5,3 до 27,4%, а мертворождаемость достигает 16,8% [1].

Инфекционный процесс является важным специфическим комплексом, поражающим внутренние органы при внедрении в организм возбудителей [4,16]. Патогенез инфекционного процесса включает ряд последовательных этапов, захватывающий в патологический процесс все органы и системы человека. Тем временем формируется специфическая реакция со стороны иммунной системы. В условиях инфицирования организма последующим развитием эндоэкзотоксикоза тканевые макрофаги и другие моноцитарно-макрофагальной компоненты системы, активированные микробными антигенами, начинают продуцировать ряд цитокинов. Цитокины и другие медиаторы формирующиеся в процессе воспаления, антигенной стимуляции иммунной системы, являются медиаторами межклеточных реакций, участвующими в иммунном ответе, гемопоэзе, развитии воспаления и т. д.; они также обеспечивают взаимодействие иммунной системы с другими системами организма [16, 11, 10, 20].

Все медиаторы организма можно отнести к двум основным группам – провоспалительные

(инициирующие реакцию воспаления) противовоспалительные (блокирующие воспалительные процессы). К провоспалительным агентам относят: фактор некроза опухолей-альфа (ФНО-α), ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-15, эластазу нейтрофилов, ИНФ-ү, хемоаттрактантные протеинкиназу. моноцитов 1 и 2, фактор ингибиции лейкемии или D-фактор, тромбоксан, фактор активации тромбоцитов (ФАТ), адгезивные растворимые молекулы, вазоактивные нейропептиды. фосфолипазу A2, тирозинкиназу, ИАП-1, радикалы, свободные кислородные простациклин, простагландины, CD 14 и многие другие [6,17].

К противовоспалительным агентам относят: ИЛ-1β растворимый рецептор, ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13, ТИП \parallel рецептора ИЛ-1, липополисахаридсвязывающие белки, ИЛ-2 растворимый рецептор, трансформирующий роста-ь. адреналин, растворимый рецептор, антагонист рецептора лейкотриена В4, растворимый CD 14, белки «теплового шока» и многие другие [11,16]. В физиологическом состоянии ЦИТОКИНЫ содержатся в крови на минимальном уровне.

При физиологическом состоянии иммунная система препятствует беспорядочной продукции цитокинов и медиаторов воспаления и обеспечивает адекватную ответную реакцию организма на воспалительный процесс. При первичном контакте организма инфекционным агентом в ответ на их токсины и продукты жизнедеятельности в крови начинают одновременно продуцироваться как про-, так и противовоспалительные цитокины. Если в организме этот контакт прекращается про- и противовоспалительные цитокины начинают подавлять активность друг друга. В результате чего отмечается более благоприятное течение воспалительного процесса, и очаг воспаления ограничивается [5,23].

Провоспалительные цитокины являются необходимыми медиаторами адекватного противоинфекционного ответа, однако наряду с защитным эффектом, МОГУТ оказывать повреждающее действие на организм, обуславливая развитие септического шока и полиорганной недостаточности. Противовоспалительные цитокины проявляются в качестве механизма негативного контроля за воспалительной реакцией, но могут вызывать

глубокое угнетение иммунитета и вести к иммунносупресссии, обуславливая высокую летальность, особенно среди недоношенных [24]. Представления о системном воспалительном ответе и цитокиновая концепция патогенеза сепсиса в клиническую практику введены R.C. Bone и W. Ertel [11]. R. Bone выделил три стадии развития системного воспалительного ответа. В І стадии в реакцию, вовлекаются прежде всего, клеточные факторы неспецифической резистентности грануло- и моноцитарные фагоциты, которые с помощью цитокинов и гуморальных факторов репарации локализуют процесс на местном уровне.

Во II стадии малые количества цитокинов высвобождаются из продуцирующих их клеток системный кровоток активируют И регионарный адаптивный иммунитет системные механизмы естественной резистентности организма. При этом уровень цитокинов с провоспалительной активностью тонко контролируется выработкой противовоспалительных цитокинов. При чрезмерном воздействии на организм повреждающего фактора, а также при неадекватной продукции обусловленной цитокинов, дефицитом и функциональной несостоятельностью клеток гранулоцитарно-моноцитарного ряда, при несостоятельности и истощении факторов и механизмов естественной резистентности нормальное формирование адаптивного нарушается, иммунитета воспалительный процесс последовательно генерализуется и закономерно переходит В Ш стадию. Происходит лавинообразное нарастание уровня провоспалительных цитокинов и их преобладание над противовоспалительными цитокинами, что клинически проявляется в форме сепсиса с множественными органными и системными дисфункциями или септическим шоком. Затем происходит истощение адаптационных механизмов, включая возможности иммунной системы, развивается глубокий и продолжительный компенсаторный противовоспалительный ответ, сопровождающийся ранним и тяжелым иммунодефицитом [4,11,13].

Доказано, что вирус простого герпеса и цитомегаловирус обладают иммуносупрессивным свойством, а также способны угнетать активность макрофагов, Т-лимфоцитов,

продукцию антител, цитокинов, интерферонов и т.д. [2, 6].

Цель исследования — изучить и сравнить уровень и соотношение про- и противовоспалительных цитокинов при внутриутробной инфекции вирусной этиологии у новорожденных в зависимости от массы тела.

Материалы методы. Настоящее И исследование является проспективным Протокол сравнительным И открытым. исследования утвержден заседании локальной этической комиссии (выписка из протокола №5 Заседания Локального биоэтического комитета при ЗКГМУ им. М. Оспанова от 08.11.13г). Все процедуры Хельсинской проводились согласно декларации [25]. Нами было обследовано 120 детей с внутриутробным инфицированием. В зависимости от веса они были разделены на 2 основную и сравнительную. основную группу вошли 60 новорожденных, которые родились с массой тела менее 2500 г от преждевременных родов.

42 (70%) новорожденных при рождении имели низкую массу тела (2500-1500 г - НМТ). 16 (26%) детей при рождении имели очень низкую массу тела (1500-1000 г - ОНМТ) и 2 (3,3%) новорожденных имели экстремально низкую массу тела (менее 1000г - ЭНМТ). В группу сравнения включены 60 детей, родившиеся с массой тела более 2500 г. Из 120 обследуемых умерли в неонатальном периоде 4 новорожденных (масса тела менее 2500 г.).

Критерии включения в исследование: информированное согласие родителей или новорожденных участвовать исследовании, для основной группы новорожденные с малой массой тела при рождении (менее 2500 г), для контрольной новорожденные с массой тела более 2500 г, а подтвержденная внутриутробная также инфекция вирусной этиологии. Исключенных новорожденных не было.

Новорожденных мы обследовали на базе отделения патологии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии ОПЦ г. Актобе в период с 01.12.2013-31.08.2015 гг. Наблюдение за инфицированными детьми проводили в динамике, начиная с первых дней поступления в стационар, а также выявляли клинические признаки

врожденной вирусной инфекции с определением гематологических и биохимических показателей крови, микроэлементов. Провели ультразвуковое исследование паренхиматозных органов и головного мозга.

Детей отбирали в группы на основании клинических проявлений внутриутробной инфекции вирусной этиологии в периоде новорожденности, а также по сроку гестации и массе тела. Лабораторная диагностика внутриутробной инфекций проводилась на ранних этапах наблюдения за детьми в отделении реанимации и интенсивной терапии, отделении патологии новорожденных.

Подтверждение диагноза осуществлялось с использованием серологических и молекулярно-биологических методов с определением уровня IgM и IgG к вирусу простого герпеса (ВПГ) 1, 2 типов, цитомегаловируса (ЦМВ) и хламидий методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием анализатора MULTISKAN ASCENT (Финляндия) с использованием Тсистемы «Хемо» и обнаружением ДНК-вирусов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) у детей (тест системы ДНК технологии).

Определение содержания цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-10 в сыворотке крови выполнялось методом хемилюминесцентного иммуноанализа с использованием реагентов Siemens («IMMULITE 1000», Москва, Россия).

Анализ результатов проводился с использованием средней арифметической, с

помощью сравнения 2-х независимых групп по критерию Манна-Уитни, корреляцию по Спирмену, критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия между группами при р≤0.05. Статистическую обработку материала полученных результатов проводили с помощью программы «SAS» версия 9.2.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов клинического обследования детей среди основных нозологических форм у новорожденных с весом более 2500г были выявлены три основные формы (либо их сочетание): TORCH Toxoplasma. СИНДООМ (анг. Rubella. Cytomegalovirus, Herpes) – у 13%, врожденная пневмония - у 23,5% и Гипоксически ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) – у 46,1% детей. У новорожденных с малой массой тела нозологические формы распределились следующим образом: врожденная пневмония у 43 (71,6%), фетальный гепатит - 12 (19,04%) и Внутричерепные кровоизлияния (ВЧК) у 23 (38,3%) детей, врожденные пороки развития -9 (15%).

У новорожденных с малой массой тела в клинической картине отмечалась анемия различной степени. Анемия легкой степени выявлялась у 40% детей (24 новорожденных), анемия средней степени у 15% (9 детей), анемия тяжелой степени у 3 новорожденных 5%.

Таблица 1. Верификация возбудителей при помощи ИФА.

Вид возбудителя	Новорожденные с массой тела более 2500г n = 60	Новорожденные с малой массой тела, n = 60
Ассоциированная вирусная (ЦМВ + ВПГ)	53 (44%)	57 (47,5%)
Вирус простого герпеса	4 (3,3%)	2 (1,6%)
Цитомегаловирус	3 (2,5%)	1 (0,8%)
Всего	60	60

В результате проведенных исследований внутриутробная инфекция диагностирована, в основном, у всех новорожденных. В структуре ВУИ преобладали ассоциированная вирусная инфекция (ЦМВ + ВПГ). Моноинфекции составили ЦМВИ В 3,3%, тогда как герпетическая инфекция (ВПГ) была выявлена Хламидиоз 4,9% случаев. был

диагностирован ни в одном случае. Можно предполагать, что подтверждение этиологии внутриутробной инфекции наиболее возможно в более поздние сроки течения инфекционного процесса, что, скорее всего, связано со степенью зрелости и развитием иммунной системы. И, наоборот, трудность выявления в начальные сроки инфекционного процесса,

вероятно, связана со свойствами вирусов (способностью их ускользать от иммунного надзора), незрелостью самой иммунной системы, особенно, у недоношенных детей (невозможностью реализовать полноценный иммунный ответ). Таким образом, в структуре

ВУИ превалируют ассоциированные вирусные инфекции.

Также у новорожденных с внутриутробной инфекцией были определены уровни про- и противовоспалительного цитокинов.

Таблица 2. Показатели содержания ИЛ-1 β, ИЛ-10 в сыворотке крови детей с внутриутробной инфекцией (ЦМВ, ВПГ).

Показатель,	Новорожденные с весом более	Дети с малой массой тела	р
пг/мл	2500 г., n = 60	при рождении, n = 60	
ИЛ-1β	154,2 ± 22,5	59,2 ± 4,5	p = 0.001
ИЛ-10	19,3 ± 4,8	6,17 ± 1,6	p = 0.002

В таблице 2 приведены результаты исследования содержания противовоспалительных агентов в сыворотке крови больных детей с врожденной инфекцией. У детей сравнительной группы отмечались более высокие показатели содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, ИЛ-1β по сравнению с аналогичными показателями у новорожденных с малой массой тела при рождении, что свидетельствует 0 более выраженном воспалительном ответе у новорожденных с весом более 2500 г с врожденной вирусной инфекцией (p<0.001). При этом цитокины из факторов защиты организма от инфекций, могут превратиться в фактор агрессии, способствуя развитию деструктивных процессов и формированию полиорганной недостаточности [6,10]. Более низкие показатели ИЛ-1β в сыворотке крови у детей с малой массой тела при рождении можно объяснить как меньшим количеством иммунокомпетентных клеток, синтезирующих провоспалительные цитокины, так и их низкой функциональной активностью у данной группы пациентов. У новорожденных с малой массой тела вирусы в большей степени подавляют интерферон-синтезирующий механизм клеток за счет угнетения синтеза активирующих белков и протеинкиназы[18]. У новорожденных с массой более 2500 г отмечается более высокие показатели содержания провоспалительного цитокина в сыворотке крови ИЛ-1β, (p<0.001) по сравнению с аналогичным показателем у новорожденных с малой массой тела, ЧТО свидетельствует более выраженном воспалительном ответе у детей сравнительной группы с врожденной вирусной инфекцией. Более низкие показатели ИЛ-1β в сыворотке крови у новорожденных с малой массой тела можно объяснить незрелостью и низкой функциональной активностью иммунных клеток, синтезирующих провоспалительные цитокины.

Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 также выше у новорожденных с массой более 2500 г по сравнению с новорожденными с малой массой тела при рождении (p<0.005). Таким образом, как видно из таблицы 2, у новорожденных сравнительной группы происходит значительное статистически значимое увеличение уровня ИЛ-1β, что объяснить активацией ОНЖОМ клеток моноцитарно-макрофагальной природы ответ на воздействие вирусной инфекции с первых дней жизни. Подобные исследования ранее не проводились.

Выводы:

- 1. У новорожденных с врожденным инфицированием выявлено наличие дисбаланса в цитокиновой сети с повышением уровня провоспалительного цитокина (ИЛ-1β) и значительным снижением уровня противовоспалительного цитокина (ИЛ-10).
- 2. Уровень провоспалительного цитокина (ИЛ-1β) у новорожденных с малой массой тела статистически значимо ниже, по сравнению с уровнем аналогичного цитокина у новорожденных с весом более 2500 г при рождении.
- 3. У новорожденных с малой массой тела иммунный ответ на инфекционный процесс (ВПГ и ЦМВ) статистически значимо снижен по сравнению с новорожденными, имевшими вес при рождении более 2500 г, что связано с

незрелостью клеточно-гуморального звена иммунитета.

Литература:

- 1. Алямовская Г. А., Кешищян Е. С. Выявление прямых маркеров цитомегаловируса и противовирусных антител у детей раннего возраста // Вопросы вирусологии. 2005. №1. С. 14-19.
- 2. Барычева Л. Ю. Особенности иммунной адаптации у детей раннего возраста с врожденной цитомегаловирусной инфекции // Рос. вест. перинат. и педиатрии. 2004. № 3. С. 48-54.
- 3. Белоконь В. В. Нарушения цитокинпродуцирующей функции мононуклеаров крови при персистентных вирусных инфекциях: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Томск, 2005. 26 с.
- 4. Володин Н. Н., Дегтярева М. В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы // Педиатрия. 2001. №4. С. 4-8.
- 5. Тусупкалиев Б. Т., Толегенова Г. А., Шалекенова С. Е., Герасименко Н. И. Внутриутробные инфекции у новорожденных детей. Актобе, 2004. С. 9.
- 6. Черных Е. Р. и др. Цитокиновый баланс в патогенезе системного воспалительного ответа: новая мишень иммунотерапевтических воздействий при лечении сепсиса // Мед. иммунол. 2001.Т.3, № 3. С. 415–429.
- 7. Anne Greenough, John Osborne Clinical manifestations and abnormal laboratory findings in pregnant woven with primary cytomegalovirus infection Text. / G. Nigro [et al]. // 2000. Vol. P. 110.
- 8. Benitz W. E. Serial serum C-reactive protein levels in the diagnosis of neonatal infection // Pediatrics. 1998. №102. P.41.
- 9. Berger C. Comparison of C-reactive protein and white blood cell count with differential in neonates at risk of septicaemia // Eur.J.Pediatr. 1995. №154. P.138-144.
- 10. Berner R. Elevated gene expression of interleukin 8 in cord blood is a sensitive marker for neonatal infection // Eur. J. Pediatr 2000. Vol.159. P.205-210.
- 11. Bone R. S. The pathogenesis of sepsis. // Ann.Intern.Med. 1991.Vol. 115. P. 457-468.
- 12. Boskabadi H. Evoluation of serum interleukins 6, 8 and 10 levels as diagnostic

- markers of neonatal infection and possibility of mortality // Iranian Journal of Basic Medical Sciences 16 (12).2013. P. 1232 1237.
- 13. Caruso C., Buffa S, Candore G. et al, Mechanisms of immunosenescence. Immun. Ageing. 2009 Jul 22;6:10. doi:10.1186/1742 49336-10.
- 14. Congenital cytomegalovirus infection review of the epidemiology and outcome / M.F. Gayant, E.A.Steegers, B.A.Semmecort [ct al.] // Obstet. Gynecal.Surv. 2002. Vol.57. P.245-256.
- 15. Dessi A. et.al. New diagnostic possibilities in systemic neonatal infections: Metabolomics // Early Human Development 90 (SUPPL. 1). 2014. P. 19-S21.
- 16. Kimura H. et al. Relapse of neonatal herpes simplex virus infection // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed. 2003. Vol.88, № 6. P. 483–486.
- 17. Kurokawa C.S. Cord blood cytokine levels in focal early-onset neonatal infection after preterm premature rupture of membranes // Turkish Journal of Pediatrics. 2013. 55(6). P. 598-605.
- 18. Lusyati S. et.al. Cytokines patterns in newborn infants with late onset sepsis // Journal of Neonatal. Perinatal Medicine. 2013. 6(2). P. 153–163.
- 19. Offermanns, S. and W. Rosenthal, 2008. Encyclopedia of Molecular Pharmacology, 2nd. Springer, pp: 437-438.
- 20. Staras S. A., Dollard S. C., Radford K. W., Flanders W. D., Pass R. F. and Cannon M. J. Seroprevalence of cytomegalovirus infection in the United States, 1988-1994. Clin. Infect. Dis.2006 Nov 1; 43(9): 1143-51. Epub 2006 Oct 2.
- 21. Sugitharini V., Prema A., Berla Thangam. Inflammatory mediators of systemic inflammation in neonatal sepsis // Inflammation Research 62(12). 2013. P. 1025-1034.
- 22. Shah B. A. Neonatal sepsis an old problem with new insights / B.A. Shah, J.F. Padbury // Virulence 5 (1). 2014. P. 163-171.
- 23. Tussupkaliev B., Zhusupova J. T., Utegenova D. T. Intrauterine cytomegalovirus infection in newborns. In the Proceedings of the International Conference "Modern Clinical Medicine: the Study of the Etiology and Pathogenesis of Diseases, Methods of Prevention, Diagnosis and Treatment", Section 10, Pediatrics, Moscow, pp: 173-177.

- 24. Zahorec R. Ratio of neutrophil to lymphocyte counts rapid and simple parameter of systemic inflammation and stressritically ill. // Bratisl Lek Listy. 2001. Vol.102, №1. P.5-14.
- 25. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. June 1964. (59th WMA General Assembly, Seoul, Oktober 2008).

References:

- 1. Alyamovskaya G. A., Keshishchyan E. S. Vyyavlenie pryamykh markerov tsitomegalovirusa i protivovirusnykh antitel u detey rannego vozrasta [Identification of direct markers of cytomegalovirus and antiviral antibodies in infants]. Voprosy virusologii [Questions of Virology]. 2005. №1. P. 14–19.
- 2. Barycheva L. Yu. Osobennosti immunnoy adaptatsii u detey rannego vozrasta s vrozhdennoy tsitomegalovirusnoy infektsii [Features of the immune adaptation in infants with congenital CMV infection] Ros. vest. perinat. i pediatrii Ros [Gazette of. perinat. and pediatrics] 2004. № 3. P. 48–54.
- 3. Belokon' V. V. Narusheniya tsitokinprodutsiruyushchey funktsii mononuklearov krovi pri persistentnykh virusnykh infektsiyakh [Violations of cytokine function of mononuclear cells in the blood of persistent viral infections. Doct. Diss]: avtoref. dis. . kand. med. nauk. Tomsk. 2005. 26. P.
- 4. Volodin N. N., Degtyareva M. V. Immunologiya perinatal'nogo perioda: problemy i perspektivy [Immunology perinatal period: problems and prospects]. Pediatriya [Pediatrics]. 2001. №4. P. 4–8.
- 5. Tusupkaliev B. T. Tolegenova G. A. Shalekenova S. E. Gerasimenko N. I. Vnutriutrobnye infektsii u novorozhdennykh detey [Intrauterine infection in newborns]. Aktobe. 2004, P. 79.
- 6. Chernykh E. R. i dr. Tsitokinovyy balans v patogeneze sistemnogo vospalitel'nogo otveta: novaya mishen' immunoterapevticheskikh vozdeystviy pri lechenii sepsisa [Cytokine balance in the pathogenesis of systemic inflammatory response: a new target for immunotherapeutic effects in the treatment of sepsis]. Med. immunol. [Med. immunol]. 2001. T.3, № 3. P. 415–429.
- 7. Anne Greenough, John Osborne. Clinical manifestations and abnormal laboratory findings

- in pregnant woven with primary cytomegalovirus infection Text. 2000. Vol. 110.
- 8. Benitz W. E. Serial serum C-reactive protein levels in the diagnosis of neonatal infection. Pediatrics. 1998. №102. P.41.
- 9. Berger C. Comparison of C-reactive protein and white blood cell count with differential in neonates at risk of septicaemia. Eur.J.Pediatr.1995. №154. P.138-144.
- 10. Berner R. Elevated gene expression of interleukin 8 in cord blood is a sensitive marker for neonatal infection. Eur. J. Pediatr. 2000. Vol.159. P.205-210.
- 11. Bone R. S. The pathogenesis of sepsis. Ann.Intern.Med. 1991. Vol.115. P.457-468.
- 12. Boskabadi H. Evoluation of serum interleukins 6, 8 and 10 levels as diagnostic markers of neonatal infection and possibility of mortality. Iranian Journal of Basic Medical Sciences 16 (12). 2013. P. 1232 1237.
- 13. Caruso C., Buffa S, Candore G. et al. Mechanisms of immunosenescence. Immun. Ageing. 2009 Jul 22;6:10. doi:10.1186/1742 49336-10.
- 14. Congenital cytomegalovirus infection review of the epidemiology and outcome / M.F. Gayant, E.A.Steegers, B.A.Semmecort. Obstet. Gynecal.Surv. 2002.Vol.57. P.245-256.
- 15. Dessi A. et.al. New diagnostic possibilities in systemic neonatal infections: Metabolomics Early Human Development 90 (SUPPL. 1). 2014. P. 19-S21.
- 16. Kimura H. et al. Relapse of neonatal herpes simplex virus infection. Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed. 2003. Vol.88, № 6. P. 483–486
- 17. Kurokawa C. S. Cord blood cytokine levels in focal early-onset neonatal infection after preterm premature rupture of membranes. Turkish J. of Pediatrics. 2013. 55(6). P. 598-605.
- 18. Lusyati S. et.al. Cytokines patterns in newborn infants with late onset sepsis. Journal of Neonatal. Perinatal Medicine. 2013.6(2).P. 153-163.
- 19. Offermanns, S. and W. Rosenthal, 2008. Encyclopedia of Molecular Pharmacology, 2nd. Springer, pp: 437-438.
- 20. Staras S. A., Dollard S. C., Radford K. W., Flanders W. D., Pass R. F. and Cannon M.J. Seroprevalence of cytomegalovirus infection in the United States, 1988-1994. Clin. Infect. Dis.2006 Nov 1; 43(9): 1143-51. Epub 2006 Oct 2.

- 21. Sugitharini V., Prema A., Berla Thangam. Inflammatory mediators of systemic inflammation in neonatal sepsis. Inflammation Research 62(12). 2013. P. 1025-1034.
- 22. Shah B.A. Neonatal sepsis an old problem with new insights. Virulence 5 (1). 2014. P. 163-171.
- 23. Tussupkaliev B., Zhusupova J. T., Utegenova D. T. Intrauterine cytomegalovirus infection in newborns. In the Proceedings of the International Conference «Modern Clinical Medicine: the Study of the Etiology and
- Pathogenesis of Diseases, Methods of Prevention, Diagnosis and Treatment». Section 10, Pediatrics, Moscow. pp: 173-177.
- 24. Zahorec R. Ratio of neutrophil to lymphocyte counts rapid and simple parameter of systemic inflammation and stressritically ill. Bratisl Lek Listy. 2001. Vol.102, №1. P. 5-14.
- 25. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. June 1964. 59th WMA General Assembly, Seoul, Oktober 2008.

Контактная информация:

Жекеева Ботагоз Аманжоловна - PhD докторант, кафедра детских болезней №1 Западно-Казахстанского Государственного медицинского университета имени Марата Оспанова. г. Актобе Казахстан.

Почтовый адрес: Казахстан, г. Актобе, 030000, ул. Бр. Жубановых 283, корпус 3 кв.25.

E-mail: zh.botagoz@mail.ru Телефон: 87014207584 УДК 618.2-61(02)

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРИНЦИПАМ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭФФЕКТИВНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

М. А. Даулетьярова, Ю. М. Семенова, Г. Ж. Кайлюбаева, Г. К. Манабаева, А. М. Елисинова, Н. М. Елисинова, Е. С. Баймухаметов

Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей, Казахстан

Введение. В настоящее время доказательная медицина является основополагающим инструментом для принятия решения о выборе медицинской технологии.

Цель исследования: оценить знания медицинских работников по принципам доказательной медицины и эффективным технологиям в г. Семей Восточно-Казахстанской области.

Материалы и методы: По дизайну исследование поперчное. Исследование проводилось в городе Семей в Восточном Казахстане. Анкетирование проведено среди врачебного и среднего медицинского персонала в акушерской службе (83 медицинских работника). Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS (версия 20.0.)

Результаты: Средний возраст среди врачей акушер-гинекологов был равен 41,4 лет (95% ДИ 28,4 до 54,4), акушерок 42 лет (95% ДИ 30,2 до 53,8). За последние три года, курсы усовершенствования по эффективным перинатальным технологиям прошли 85% врачей акушер - гинекологов и 86% акушерок. Большинство врачей и акушерок (57,5% и 74,4%, соответственно) не проходили курсы повышения квалификации по принципам доказательной медицины, внедрению и мониторингу клинических руководств и протоколов в медицинскую практику. Большинство врачей (77%) и (72,1%) акушерок ответили, что хотели бы пройти курсы по доказательной медицине, мониторингу внедрения клинических руководств и протоколов. Оценка знаний медицинских работников показала у 43,4% неудовлетворительные знания, только у 7,2% показали хорошие знания.

Заключение. «Неудовлетворительные» знания респондентов имеют связь со временем, прошедшим с момента последней специализации, прохождением или не прохождением курсов усовершенствования по эффективным перинатальным технологиям и по принципам доказательной медицины. Также, отмечалась связь между полученной низкой оценкой и незнанием английского языка и отсутствием доступа к базам данных достоверных исследований.

Ключевые слова: эффективные технологии, перинатальная помощь, доказательная медицина.

ANALYSIS OF KNOWLEDGE HEALTH PROFESSIONALS IN PRINCIPLES OF EVIDENTIARY MEDICINE AND EFFECTIVE TECHNOLOGIES IN SEMEY

M. A. Dauletyarova, Y. M. Semenova, G. Zh. Kaylubaeva, G. K. Manabaeva, A. M. Yelisinova, N. M. Yelisinova, Ye. S. Baymukhametov

Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

Background: At present evidence-based medicine is the fundamental tool for decision-making on the choice of medical technology. Access to reliable information on the basis of the evidence is not sufficient in developing countries, although it is the most effective and achievable strategy for the conservation and improvement in health care.

The aim: evaluate the knowledge of health professionals on the principles of evidence-based medicine and effective technologies in Semey of the East Kazakhstan

Methods: According to the study design cross-sectional. The study was conducted in the city of Semey in East Kazakhstan. The survey conducted among medical and nursing staff in obstetric service (83 medical workers).

Results: Average age among obstetrician-gynecologist equaled 41.4 years (95% CI 28.4 to 54.4), midwives, 42 years old (95% CI 30.2 to 53.8). Over the past three years, refresher courses on effective perinatal technologies of the past 85% of obstetrician - gynecologists and 86% of midwives. Most doctors and midwives (57.5% and 74.4%, respectively) did not pass a refresher course on the principles of evidence-based medicine, implementation and monitoring of clinical guidelines and protocols into medical practice. Most doctors (77%) and (72.1%) midwives said they would like to take courses in evidence-based medicine, monitoring the implementation of clinical guidelines and protocols. The assessment of the health workers showed 43.4% poor knowledge, only 7.2% showed a good knowledge.

Conclusion: "Unsatisfactory" knowledge of the respondents have a relationship with the time elapsed since the last specialization, passing or not passing rate of improvement on effective perinatal technology and the principles of evidence-based medicine. Also, there was a link between the low estimate obtained and ignorance of the English language and a lack of access to databases of reliable studies.

Keywords: effective technologies, perinatal care, evidence based medicine

СЕМЕЙ Қ. МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЭФФЕКТИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЖӘНЕ ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА НЕГІЗДЕРІ БОЙЫНША БІЛІМІН ЗЕРТТЕУ

М. А. Даулетьярова, Ю. М. Семенова, Г. Ж. Кайлюбаева, Г. К. Манабаева, А. М.² Елисинова, Н. М. Елисинова, Е. С. Баймухаметов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

Кіріспе. Дәлелді медицина қазіргі уақытта медициналық технологиялар жайлы шешім қабылдауда негізгі құрал болып табылады.

Мақсаты: ШҚО, Семей қ. медицина қызметкерлерінің дәлелді медицина және эффективті технологиялар бойынша білім деңгейін тексеру.

Құралдар мен әдістер: Зерттеу дизайны көлденең. Зерттеу Шығыс Қазақстан облысы, Семей қаласында жүрді. Сауалнама акушерлік салада қызмет атқаратын дәрігерлер мен орта буын медициналық персонал арасында жүргізілді. Мәліметтердің статистикалық өңделуі SPSS (20.0. нұсқа) бағдарламасымен жүргізілді.

Нәтижелер: Акушер – гинеколог дәрігерлердің орта жасы 41,4 жас (95% ДИ 28,4 до 54,4), акушерлердікі 42 жас (95% ДИ 30,2 до 53,8). Соңғы үш жылда, эффективті перинатальды технологиялар бойынша біліктілігін 85% акушер – гинеколог дәрігер және 86% акушерлер арттырды. Акушер – гинекологтар мен акушерлердің көп бөлігі (57,5% және 74,4%) дәлелді медицина және клиникалық нұсқауларды енгізу және маниторингі бойынша біліктілігін арттыру курстарын өтпеген. Дәрігерлер (77%) мен акушерлердің (72,1%) басым бөлігі дәлелді медицина және клиникалық нұсқауларды енгізу және маниторингі бойынша біліктілігін арттыру курстарын өткілері келетіндігі жайлы айтқан. Медицина қызметкерлерінің білім деңгейін тексеруде 43,4% қанағаттанарлықсыз, 7,2% жақсы деген нәтиже көрсетті.

Қорытынды. Жасалған корреляционды сараптама «қанағаттанарлықсыз» білім деңгейі соңғы біліктілігін арттыру уақыты мен эффективті перинатальды технологиялар мен дәлелді медицина және клиникалық нұсқауларды енгізу курстары бойынша біліктілік курстарын өту және өтпеуіне байланысты екенін көрсетті. Онымен қоса төмен бағаның ағылшын тілін білмеуі мен ақпарат базаларына қол жетімсіздікпен байланысты

Негізгі сөздер: эффективті технологиялар, перинатальды көмек, дәлелді медицина.

Библиографическая ссылка:

Даулетьярова М. А., Семенова Ю. М., Кайлюбаева Г. Ж., Манабаева Г. К., Елисинова А. М., Елисинова Н. М., Баймухаметов Е. С. Изучение знаний медицинских работников по принципам доказательной медицины и эффективным технологиям в городе Семей / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 61-67.

Dauletyarova M. A., Semenova Y. M., Kaylubaeva G. Zh., Manabaeva G. K., Yelisinova A. M., Yelisinova N. M., Baymukhametov Ye. S. Analysis of knowledge health professionals in principles of evidentiary medicine and effective technologies in Semey *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 61-67.

Даулетьярова М. А., Семенова Ю. М., Кайлюбаева Г. Ж., Манабаева Г. К., Елисинова А. М., Елисинова Н. М., Баймухаметов Е. С. Семей қ. Медицина қызметкерлерінің эффективті технологиялар және дәлелді медицина негіздері бойынша білімін зерттеу / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 61-67.

Введение

Более 800 женщин, ежегодно, умирают во время беременности и осложнения родов каждый день [9]. В 2013 году 289 000 женщин умерли во время и после беременности и родов [2]. Трагедия в том, что большинство из этих смертей можно было бы избежать, если бы уделялось адекватное внимание роженицам и проводились своевременные профилактические меры. Для решения этой проблемы необходима достоверная информация о материнской смертности, не только в клиническом и эпидемиологическом его аспекте, но и необходима более детальная информация для уменьшения ее уровня [6].

Доступ к достоверной информации на фактических основе данных является недостаточным в развивающихся странах [5], хотя это является наиболее эффективной и достижимой стратегией по сохранению и здравоохранении улучшению [7.10]. Репродуктивная Библиотека Здоровья ВОЗ создана специально для преодоления разрыва в знаниях и обеспечения доказательной информацией развивающихся стран [11]. В настоящее время доказательная медицина является основополагающим инструментом для принятия решения о выборе медицинской технологии более чем у 80% медицинских работников в Европе и США [9].

Научное обоснование целесообразности различных процедур или отказ от них стало возможным с развитием знаний по доказательной медицине, основой которой является принятие стандартов диагностики и лечения [1,3,4,8].

Цель исследования: оценить знания медицинских работников по принципам доказательной медицины и эффективным технологиям в г. Семей ВКО.

Материал и методы. Дизайн исследования.

По дизайну исследование поперечное. Исследование проводилось в городе Семей в Восточном Казахстане. Анкетирование проведено среди врачебного и среднего медицинского персонала в акушерской службе (83 медицинских работника): 40 акушергинекологов (48,2%) и 43 акушерки (51,8%). Источник информации: «Анкета по оценке знаний по эффективному перинатальному уходу и принципам доказательной медицины среди врачебного и сестринского персонала в акушерской службе».

Анкета состояла из социально-демографических характеристик, профессионального вопросов портрета, 0 прохождении специализации, характеристик респондентов и тестов, состоящих из 24 вопросов закрытого типа (по 5 вариантов ответов) на знание профильных клинических практических руководств. Анкетирование было анонимным. Опросы проводились индивидуально, заполнение анкет в среднем занимало 20-25 всем непонятным минут. По вопросам респондентам были даны разъяснения в ходе опроса. Проверка анкеты на валидность и внутреннюю надежность была, предварительно, проведена на персонале кафедр акушерства и гинекологии Государственного медицинского университета г. Семей.

данные были обработаны Bce использованием статистического программного обеспечения SPSS V.20 (IBM Нью-Йорк. Corporation. Armonk. Результаты представлены в виде среднего значения ± стандартная ошибка. р-значение меньше 0.05 считалось статистически значимым. Корреляционный анализ проведен с использованием критерия согласия Пирсона. Непрерывные данные представлены в виде (М) и стандартного отклонения (SD).

Исследование было одобрено Комитетом по этике ГМУ г.Семей.

Результаты

Возраст был разделен с шагом в 10 лет, на такие категории: 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет, 60-69 лет. Большинство (15 – 34,8%) акушерок были в возрасте 50-59 лет. Среди врачей 32,5% (n=13) находились в возрасте 30-39 лет, а 30% (n=12) были в возрасте от 50 до 69 лет. Средний возраст среди врачей акушер-гинекологов был равен

41,4 лет (95% ДИ 28,4 до 54,4), акушерок 42 лет (95% ДИ 30,2 до 53,8)

Как следует из таблицы 1, с момента окончания последней специализации большей части специалистов прошло от 1 года до 6 лет, этот показатель среди врачей акушер - гинекологов составил 91,7% (n=33), среди акушерок – 97,7% (n=42).He имели квалификационной категории 30% (n=12)врачей, высшая категория была у 40% (n=16). среди акушерок без категории были 4,7% (n=2), высшую категорию имели 58% (n=25) специалистов.

Таблица 1.

Профессиональная характеристика медицинских работников.

Переменные	Врачи акушер-гинекологи	Акушерки
	n (%)	n (%)
Срок с момента окончания учебного заведения		
От 1 до 10 лет	16 (40,0%)	14 (32,6%)
От 11 до 20 лет	9 (22,5%)	8 (18,6%)
От 21 до 30 лет	6 (15%)	6 (14,0%)
От 31 до 40 лет	9 (22,5)	15 (34,8%)
Время прошедшее после последней специализации		
От 1 до 6 лет	33 (91,7%)	42 (97,7%)
От 7 до 12 лет	2 (5,6,%)	-
От 13 до 18 лет	1 (2,8%)	1(2,3%)
Категория респондентов		
Без категории	12 (30,0%)	2 (4,7%)
Вторая категория	6 (15,0%)	10 (23,3%)
Первая категория	6 (15,0%)	6 (14,0%)
Высшая категория	16 (40,0%)	25 (58,0%)

По количеству пациентов, осмотренных в течение недели установлено что 65% врачей осматиривают от 76 до 125 пациенток (65%),

среди акушерок 32,6% осматривают от 26 до 50 пациенток (рисунок 1).

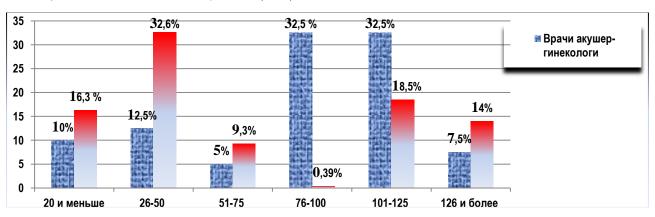


Рисунок 1. Количество пациентов, осмотренных в течение недели.

Вопросы повышения квалификации по эффективным перинатальным технологиям, по принципам доказательной медицины,

внедрению и мониторингу клинических руководств и протоколов в медицинскую практику (таблица 2).

Таблица 2. Вопросы о повышения квалификации по эффективным технология и принципам доказательной медицины.

Курсы повышения квалификации:		врачи акушер- гинекологи, n (%)	акушерки n (%)
- по эффективным перинатальным	в течение последних 3 лет	34 (85%)	37 (86%)
технологиям	от 3 до 6 лет назад	6 (15%)	6 (14%)
	более 6 лет назад	•	-
	не проходили	•	•
- по принципам доказательной	в течение последних 3 лет	15 (37,5%)	7 (16,3%)
медицины, внедрению и мониторингу	от 3 до 6 лет назад	2 (5,0%)	4 (9,3%)
клинических руководств и протоколов	более 6 лет назад	-	-
в медицинскую практику:	не проходили	23 (57,5%)	32 (74,4%)

За последние пдт года курсы *<u>VСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ</u>* эффективным ПО перинатальным технологиям прошли 85% врачей акушер - гинекологов и 86% акушерок. Большинство врачей и акушерок (57,5% и 74,4%, соответственно) не проходили курсы повышения квалификации по принципам доказательной медицины, внедрению И мониторингу клинических руководств и протоколов в медицинскую практику. Большинство врачей (77%) и (72,1%) акушерок ответили, что хотели бы пройти курсы по доказательной медицине, мониторингу внедрения клинических руководств и протоколов.

Оценка знаний медицинских работников представлена на рисунке 3. Знания считались «неудовлетворительными», если количество правильных ответов колебалось от 0 до 50 %, «удовлетворительными» - если респондент дал от 51 до 74% правильных ответов, «хорошими» – если медицинский работник ответил правильно на 75-84% вопросов и «отличными» - если процент правильных ответов колебался в пределах 85-100%. Как следует из рисунка 2, большая часть медицинских работников (36-43,4%) показала удовлетворительные знания, только специалистов (7,2%) имели хорошие знания

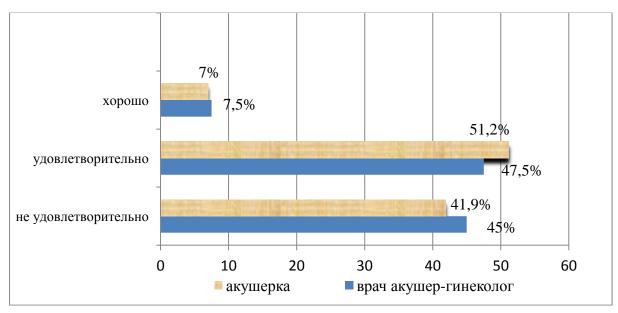


Рисунок 2. Оценка знаний медицинских работников.

Мы, также, поставили своей целью выявить факторы, влияющие на низкие знания медицинского персонала. Для этого мы провели корреляционный анализ, высчитав значимость для Хи-квадрат Пирсона. С

помощью Хи-квадрата Пирсона была проверена значимость каждого фактора, имеющего связь с неудовлетворительными оценками медицинских работников (таблица 3).

Таблица 3. Корреляционный анализ между неудовлетворительными оценками и профессиональными и социально-демографическими характеристиками медицинских работников.

Переменные	р
Возраст	0,37
Кем вы являетесь (врач или акушерка)	0,95
Время после окончания учебного заведения	0,28
Квалификационная категория	0,73
Время с момента последней специализации	0,05
Количество пациентов, осмотренных за неделю	0,5
Курсы усовершенствования по эффективным перинатальным технологиям	0,000
Курсы усовершенствования по принципам доказательной медицины, внедрению	0,02
и мониторингу клинических руководств и протоколов в медицинскую практику	
Есть ли необходимость обучения принципам доказательной медицины и	0,26
мониторингу клинических руководств и протоколов?	
Нет доступа к базам данных, знание английского языка	0,03

Таким образом, проведение корреляционного анализа позволило нам установить, что «неудовлетворительные» знания респондентов имеют связь со временем, прошедшим с момента последней специализации, прохождепрохождением ИЛИ не курсов усовершенствования ПО эффективным перинатальным технологиям и по принципам доказательной медицины. Также, отмечалась связь между полученной низкой оценкой и незнанием английского языка и отсутствием доступа к базам данных доказательных медицинских публикаций.

Выводы

- 1. Оценка знаний медицинских работников показала у 43,4% (n=36) неудовлетворительные знания, только у 7,2% (n=6) хорошие знания.
- 2. Неудовлетворительные оценки респондентов имеют связь со временем последней специализации, проходили или нет курсы усовершенствования врачей по эффективным перинатальным технологиям, по принципам доказательной медицине, не знанием английского языка и доступа к базам данных с медицинскими обзорами.
- 3. Пройти курсы по доказательной медицине, мониторингу клинических руководств хотели бы 77% врачей и 72,1% акушерок. Учитывая этот пункт, необходимо внести в план учебных курсов повышения квалификации обязательные часы по доказательной медицине.

Литература:

1. Власов В. В., Семерина Е. М., Мирошенков П. В. Доказательная медицина и

принципы методологии // Мир Медицины 2001, №11-12: http://medi.ru/doc/851115.htm

- 2. BO3, Информационный бюллетень № 348 Обновлен май 2014 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/
- 3. Basevi V., Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews-2009, Issue 4. Art.No.:CD001236.DOI:
- 10.1002/14651858.CD001236.pub4.
- 4. Carroli G., Mignini I. Episimotomy vaginal birth, 2009 Cochrane Database of Systematic Reviews-2009, Issue 4. Art. No.: CD000081.DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- 5. Geyoushi B. E., Matthews Z., Stones R. W. Pathways to evidence-based reproductive healthcare in developing countries. Br J. Obstet Gynaecol. 2003; 110:500-7.
- 6. Lewis G. Beyond the Numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Br Med Bull 2003, 67:27-37.
- 7. Pakenham-Walsh N, Smith R. Meeting the information needs of health workers in developing countries: a new programme to coordinate and advise. BMJ. 1997;314:90
- 8. Reveiz L., Gaitan H. G., Guervo L. G. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews-2003/-lssue 7. Art.No.:CD0 00330.DOI:10.1002/14651858.CD000330.pub4
- 9. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. World Health Organization; Geneva: 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/publication s/monitoring/maternal-mortality-2013/en/

- 10. WHO: Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004
- 11. WHO: The Reproductive Health Library. Oxford: Update Software Ltd; 2006, (9). Available from: http:// http://www.rhlibrary.com

References:

- 1. Vlasov V. V., Semerina E. M., Miroshenkov P. V. Dokazatel'naya meditsina i printsypy metodologii [Evidence-based medicine and the principles of the methodology]. Mir meditsyny [World of Medicine]. 2001. 11-12: http://medi.ru/doc/851115.htm
- 2. VOZ, Informatsionnyi byulleten' [WHO, Information bulletin]. № 348 Obnovlen mai 2014 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru
- 3. Basevi V., Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews-2009, Issue 4. Art.No.:CD001236.DOI:10.1002/14651858.CD00 1236.pub4.
- 4. Carroli G., Mignini I. Episimotomy vaginal birth, 2009 Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art.No.: CD000081.DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- 5. Geyoushi B. E., Matthews Z., Stones R. W. Pathways to evidence-based reproductive

healthcare in developing countries. Br J. Obstet Gynaecol 2003; 110:500-7.

- 6. Lewis G. Beyond the Numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Br Med Bull 2003, 67:27-37.
- 7. Pakenham-Walsh N, Smith R. Meeting the information needs of health workers in developing countries: a new programme to coordinate and advise. BMJ. 1997;314:90
- 8. Reveiz L., Gaitan H. G., Guervo L. G. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews-2003/-Issue 7. Art.No.:CD0 00330.DOI:10.1002/14651858.CD000330.pub4
- 9. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. World Health Organization; Geneva: 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/
- 10. WHO: Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004
- 11. WHO: The Reproductive Health Library. Oxford: Update Software Ltd; 2006, (9). Available from: http:// http://www.rhlibrary.com

Контактная информация:

Даулетьярова Маржан Амангалиевна – докторант PhD, ассистент кафедры медицины катастроф, акушерства и гинекологии

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, Богенбайулы д.30, кв 55.

E-mail: marzick85@mail.ru

Телефон: 87058618007, 8 (7222)363376

УДК 615.851-616-006+614.2(574.41)

ОПЫТ СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ГОРОДА СЕМЕЙ

А. Г. Коровников¹, М. Н. Сандыбаев¹, Т. А. Адылханов², М. Т. Нургазин²

Введение. Актуальной проблемой является включение комплекса психотерапевтических лечебно-реабилитационных программ в стандарты оказания специализированной помощи онкологическим больным.

Цель – Показать опыт становления психотерапевтической службы Регионального онкологического диспансера г. Семей.

Выводы

- 1. Высокая распространенность психогенных (нозогенных) реакций и психических расстройств среди онкологических больных препятствует их полноценной адаптации и приводит к значительному ухудшению качества жизни, к повышению риска суицидального поведения, к снижению эффективности специального лечения и является одним из важных факторов ухудшения прогноза онкологического заболевания и повышения смертности больных раком.
- 2. Организация психотерапевтической службы приводит к улучшению качества жизни пациентов и повышению эффективности основных методов лечения и тем самым способствует увеличению продолжительности жизни онкологических больных.
- 3. Наличие у онкологических больных коморбидных психических расстройств и позитивное влияние психотерапии на качество жизни пациентов и её продолжительность диктует необходимость оказания им психотерапевтической помощи.
- 4. В психотерапевтической работе с онкологическими пациентами наиболее предпочтителен полимодальный подход, который позволяет максимально полно использовать потенциал психотерапии за счет сочетания и индивидуального подбора для каждого случая различных психотерапевтических техник и направлений на основе системного анализа проблем пациента.
- 5. Среди пациентов онкологического диспансера с психическими и поведенческими нарушениями значительно преобладали лица с непсихотическими (пограничными) психическими расстройствами (71%) преимущественно в виде реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
- 6. Психотерапевтическая работа с медицинским персоналом онкологического диспансера, направленная на профилактику и устранение проявлений синдрома эмоционального выгорания способствует улучшению социально-психологического климата в рабочем коллективе, улучшению качества оказанной помощи и повышению уровня удовлетворенности со стороны пациентов и их родственников.

В статье показано, что имеющийся многолетний позитивный опыт эффективной работы психотерапевтической службы в Региональном онкологическом диспансере г. Семей позволяет рекомендовать введение штатной должности врача-психотерапевта и организацию психотерапевтической службы в учреждениях онкологического профиля Республики Казахстан.

Ключевые слова: психотерапевтическая помощь, лечение онкологических заболеваний, качество жизни, психологическая реабилитация, полимодальная психотерапия.

¹ Региональный онкологический диспансер города Семей, г. Семей, Казахстан

² Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей, Казахстан

FORMATIVE EXPERIENCE OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICE OF SEMEY REGIONAL ONCOLOGY CENTER

A. G. Korovnikov¹, M. N. Sandybaev¹, T. A. Adylkhanov², M. T. Nurgazin²

¹Regional oncology center of Semey, Semey, Kazakhstan;

Introduction. Inclusion of a psychotherapeutic medical-rehabilitation program complex in the standards for specialized care to the oncologic patients is an actual problem.

The purpose. To reflect formative experience of the Psychotherapeutic service of Semey Regional oncology center.

Conclusion.

- 1. High prevalence rate of psychogenic (nosogenic) reactions and mental disorders among oncologic patients interferes with their high-grade adaptation and leads to considerable deterioration of life quality, to increase of risk of suicidal behaviour, to decrease in efficiency of specialized care and is one of important factors of deterioration of the forecast of oncologic disease and increase of death rate of cancer patients.
- 2. The foundation of psychotherapeutic service improves the patients' life quality and increase the basic methods of treatment efficiency therefore helps to increase longevity of oncologic patients.
- 3. A positive influence of psychotherapy on the longevity and life quality of oncologic patients with comorbid mental disorders demands for the psychotherapeutic care.
- 4. The polymodal method is the most preferable in the psychotherapeutic work with oncologic patients. It allows to reach full potential of psychotherapy by the combination and individual selection various psychotherapeutic techniques and approaches for each case on the basis of the system analysis of problems of the patient.
- 5. Great majority (71%) of the oncologic center patients with mental and behavioural disorders were the persons with non-psychotic (boundary) mental dissociations, mainly in the form of reaction to hard stress and adjustment disorders.
- 6. Psychotherapeutic work with the medical personnel of the oncologic clinic, directed on preventive maintenance and elimination of emotional burnout syndrome improves a psychosocial climate in working collective, a quality of the medical care and a level of satisfaction of patients and their relatives.

Article states that actual long-term positive experience of effective work of psychotherapeutic service of Semey Regional oncology center allows recommending inclusion the doctor-psychotherapist as a permanent appointment and foundation of psychotherapeutic service in oncologic clinics of Republic of Kazakhstan.

Key words: psychotherapeutic care, treatment of Cancer, life quality, psychological adjustment, polymodal psychotherapeutics.

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ ӨҢІРЛІК ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ДИСПАНСЕРІНДЕГІ ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ ҚАЛЫПТАСУ ТӘЖІРИБЕСІ

А. Г. Коровников¹, М. Н. Сандыбаев¹, Т. А. Адылханов², М. Т. Нургазин²

Кіріспе. Онкологиялық науқастарға арнаулы көмек көрсету стандартына психотерапиялық емдеу-оңалту бағдарламалар кешенін қосу маңызды мәселе болып табылады.

² Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

¹Семей қаласы өңірлік онкологиялық диспансері, Семей қ., Қазақстан

²Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

Мақсат – Семей қаласы өңірлік онкологиялық диспансеріндегі психотерапиялық қызметтің қалыптасу тәжірибесін көрсету

Қорытынды.

- 1. Онкологиялық науқастардың арасындағы психогенді (нозогенді) реакциялар мен психикалық қынжылыстың кеңінен таралуы олардың толыққанды бейімделуіне кедергі болады және өмір сүру сапасының төмендеуіне, суицидтік қауіптің жоғарылауына, арнаулы емнің тиімділігінің төмендеуіне әкеп соғады және онкологиялық аурушаңдық болжамының төмендеуі мен обырға шалдыққандардың арасындағы өлім-жітімінің артуының маңызды факторлардың бірі болып табылады.
- 2. Психотерапиялық қызметті ұйымдастыру пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға және емдеудің негізгі әдістерінің тиімділігін арттыруға әкеледі, сөйтіп онкологиялық науқастардың өмір сүруін ұлғайтуға ықпал етеді.
- 3. Онкологиялық науқастарда болатын коморбидті психикалық өзгерістер мен пациенттердің өмір сүру сапасына психотерапияның оң ықпалы және оның ұзақтығы оларға психотерапиялық көмек көрсетудің қажеттілігін көрсетеді.
- 4. Онкологиялық пациенттермен психотерапиялық жұмыс жүргізгенде полимодальды тәсіл қолайлы деп саналады, ол пациент проблемасын жүйелі түрде талдау негізінде психотерапиялық тәсіл мен бағыттың әртүрлі жағдайына жеке іріктеу мен үйлестіру есебінен психотерапия әлеуетін барынша толық пайдалануға мүмкіндік береді.
- 5. Психикасында және мінез-құлқында өзгерістері бар онкологиялық диспансердің пациенттері арасында психотиикалық емес (шекаралас) ауыр күйзеліс пен бейімделудегі өзгерістерге реакция түріндегі психикалық өзгерістері барлары анағұрлым басым (71%) болды.
- 6. Онкологиялық диспансердің медицина қызметшілерімен жүргізілетін эмоциялық өшу синдромының алдын алу мен байқалуын жоюға бағытталған психотерапиялық жұмыс ұжымында әлеуметтік-психологиялық климаттың жақсаруына, көрсетілген көмек сапасын жақсартуға және пациенттер мен олардың туыстары тарапынан қанағаттанарлық деңгейдің артуына ықпал етеді.

Мақалада Семей қаласы өңірлік онкологиялық диспансеріндегі психотерапиялық қызметтің ұзақ жылғы тиімді жұмысының оң тәжірибесі дәрігер-психотерапевтің штаттық лауазымын енгізуге және Қазақстан Республикасының онкологиялық бейіндегі мекемелерінде психотерапиялық қызметті ұйымдастыруға мүмкіндік беретінін көрсетіп отыр.

Негізгі көздер: психотерапиялық көмек, онкологиялық ауруларды емдеу, өмір сүру сапасы, психологиялық реабилитация, полимодальды психотерапия.

Библиографическая ссылка:

Коровников А. Г., Сандыбаев М. Н., Адылханов Т. А., Нургазин М. Т. Опыт становления психотерапевтической службы регионального онкологического диспансера города Семей / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 68-80.

Korovnikov A. G., Sandybaev M. N., Adylkhanov T. A., Nurgazin M. T. Formative experience of the psychotherapeutic service of Semey regional oncology center. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 68-80.

Коровников А. Г., Сандыбаев М. Н., Адылханов Т. А., Нургазин М. Т. Семей қаласы өңірлік онкологиялық диспансеріндегі психотерапиялық қызметтің қалыптасу тәжірибесі / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 68-80.

Прогресс диагностике И терапии онкологических заболеваний поставил задачу (КЖ) сохранения качества жизни Значительное онкологических больных. обусловлено снижение КЖ как самим онкологическим заболеванием, так И лечением, специальным также

психогенными реакциями, встречающимися у всех больных (Т.А. Адылханов, 2008) [1].

Основными причинами возникновения психических нарушений являются: факт установки диагноза рака, возможные побочные эффекты И осложнения специфического противоопухолевого лечения, а также тяжёлые, часто инвалидизирующие последствия операций («калечащие») удалению раковых опухолей (например, железы у женщин, удаление молочной наложение кишечной или уростомы выведение кишки или мочеточника переднюю брюшную стенку). Вследствие этого у больных часто наблюдается социальная дезадаптация: потеря работы, распад семьи, изоляция, приобщение эмоциональная религиозным или иным неформальным организациям, приобретение пагубных привычек (алкоголизм, курение, наркомания и т.д.) [4].

У онкологических больных в различные периоды развития патологического процесса появляются нарушения CO стороны определенных органов и систем, ведущие к дезадаптации организма, ухудшению КЖ. Наличие и выраженность таких нарушений обусловлены, как самим онкологическим заболеванием (тяжесть и распространенность), так И специальным лечением (хирургическое лечение, лучевая терапия, полихимиотерапия). В частности, это послеоперационные и постлучевые осложнения. побочные эффекты химиотерапии, осложнения гормональной терапии, психологическая травма как реакция на онкологический диагноз и проводимое лечение.

Онкологические больные находятся серьезной стрессовой ситуации. Тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, нередко приводящей инвалидности, угроза смерти - все ЭТИ факторы разрушают привычные стереотипы поведения, вырабатываемые в течение всей изменяют систему жизни, ценностей, перестраивают личность больного и ставят его проблемой перед адаптации новым условиям.

Ряд современных авторов отмечают безусловную полезность психотерапевтических интервенций для повышения КЖ больных онкологического профиля [18,22,16] предлагают рассматривать психотерапию в онкологической практике В качестве адъювантной по аналогии с адъювантной химиотерапией. По мнению некоторых исследователей (Г.А. Воейков, С.М. Уманский, М.М. Наумов, 1998), особую актуальность психотерапия приобретает в связи с риском суицидального поведения онкологических больных [5].

Согласно W. Larbig (1998),психотерапевтических интервенций, направленных на повышение КЖ, состоят в том, чтобы помочь пациентам справиться с трудностями, связанными с болезнью семейными проблемами, уменьшить редуцировать связанные с заболеванием и терапией боль, условно-рефлекторную тошноту и рвоту, стресс, тревогу и депрессию, чувство беспомощности [19].

По мнению Парамоновой О.В. и соавт. (2013),важнейшими задачами врачапсихотерапевта являются профилактика психиатрической заболеваемости, лечение коморбидных онкологическим заболеваниям психических расстройств и формирование эффективной адаптации данного контингента больных [11].

Согласно данным литературы, в настоящее время психотерапия онкологических больных быть направлена также увеличение продолжительности их жизни [10,5]. В работе D.Spiegel (1989) изучалось влияния психотерапевтического лечения на больных. (89 выживаемость Пациенты человек) были рандомизированы на две группы: на получающих только стандартное онкологическое лечение или дополнительно получающих психотерапевтическую помощь. Оценка выживаемости через 5 лет показала, что пациенты группы поддержки прожили в среднем 38,9 мес., а в группе контроля (только стандартное онкологическое лечение) - всего 18.8 мес. [23]. В исследовании влияния психотерапии на выживаемость, выполненном A.Cunningham (1996) на материале больных метастатическим раком разной локализации, также показано, что вовлечение пациента в активную психологическую самопомощь не только значительно повышает качество жизни, но и увеличивает ее продолжительность [16].

По данным ряда исследователей, у онкологических больных наблюдается высокая распространённость психической патологии, среди которой преобладают тревожнодепрессивные расстройства, отмечающиеся, по данным ряда исследователей, у 60–80% пациентов [13,21,17]. По нашим данным,

повышенная тревожность выявлена у 60,5% больных онкологического стационара, высокий уровень депрессии отмечен у 48% обследованных пациентов [7]. У больных раком молочной железы после радикальной мастэктомии психоэмоциональные нарушения (наличие тревоги и/или депрессии) отмечались в 93,5±3,1 случаев [6 – с.92].

пациента Наличие тревожнодепрессивных других психических нарушений является одним из важных факторов, препятствующих адаптации больного (А.Г.Коровников, 2010) [6 - с.25] и оказывающим негативное влияние клиническую картину и течение большинства онкологических заболеваний (А. П. Пахомов и соавт. - 2011) [12]. Они становятся причиной снижения уровня жизнедеятельности, сужения возможностей социальной профессиональной реабилитации, формирования неадекватных представлений в отношении заболевания и лечения. Данные ряда исследований позволяют рассматривать нозогенные реакции и развитие личности в качестве ОДНОГО ИЗ важных факторов ухудшения онкологического прогноза заболевания И смертности повышения больных раком (E. Kubler-Ross, 1974; Kuchler, 1999; Spiegel, 1989, 2001, Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов, 2003) [8,20, 23, 3].

По мнению современных исследователей (О.В. Парамонова и соавт.-2013), наличие у онкологических больных коморбидных психических расстройств диктует крайнюю необходимость оказания им психологической и психотерапевтической помощи [11]. Купирование пограничных психических расстройств у онкологических пациентов в настоящее время представляет значительные трудности, связанные с отсутствием в онкологических диспансерах системы психотерапевтической Поэтому актуальной проблемой помощи. является включение комплекса психотерапевтических лечебно-реабилитационных программ В стандарты оказания специализированной помощи онкологическим Психотерапевтическая больным. помощь должна быть интегрирована в рутинное лечение онкологических больных [11].

Для онкологических пациентов с выраженными психологическими и психическими нарушениями давно назрела

необходимость организации психотерапевтив Областном ческой помощи. Поэтому онкологическом диспансере Nº 2 Семипалатинск) (ООД) в 1999 году впервые в Республике Казахстан была введена штатная врача-психотерапевта. должность Работа врача-психотерапевта регламентировалась Приказом № 147 M3 PK от 31.03.1997 г. «О психотерапевтидальнейшем улучшении Республики ческой помощи населению Казахстан».

Первым врачом-психотерапевтом, принятым на работу в ООД №2, был выпускник Семипалатинской государственной медицинской академии Пафнутьев Игорь Борисович. Он работал в период с 1999 по 2002 Для эффективной психо-ГΓ. терапевтической работы был создан оборудованный кабинет специально психотерапии. Впервые была разработана должностная инструкция врачапсихотерапевта онкологического диспансера. Пафнутьев И.Б. применял рациональную психотерапию, классический гипноз, аутогенную тренировку по Шульцу. Этот период был ознаменован началом общественным взаимодействия С объединением (ОО) «Вместе против рака» (директор Жаркимбаева А.В.) по социальнопсихологической поддержке онкологических больных.

В 1999 году при активном участии врачапсихотерапевта ООД №2 впервые в Казахстане было проведено исследование особенностей психоэмоционального состояния онкологических больных в период подготовки к оперативному вмешательству. Полученные данные нашли отражение в статье, опубликованной в журнале «Семейный врач» [14].

В 2002 году на основании данных исследования, проведенного в ООД №2, врач-психиатр Черепкова Е.В. защитила в г. Новосибирске (Российская Федерация) диссертацию на тему: «Клиника и динамика психических расстройств при онкологических заболеваниях» [15].

С 2003 по 2005 гг. должность врачапсихотерапевта занимала Муслимова Куралай Амангельдиновна. Она начала применять в работе с пациентами групповую рациональную психотерапию. Муслимова К.А. активно включилась в совместную общественную деятельность по поддержке онкологических больных с ОО «Вместе против рака». Она вошла в состав этой организации в качестве программного координатора. В этот период поддержке Каунтерпарт Консорциум/USAID реализованы были проекты вышеназванного ОО «Твое здоровье - в твоих руках» (г.Семипалатинск, 2003 г.) и «Здоровая сельчанка» (Жарминский район ВКО, 2004 г.) по профилактике рака молочной железы. При поддержке Департамента внутренней политики ВКО в 2004 году был реализован проект «Доброе сердце» по оказанию помощи родителям детей, страдающих онкологическими заболеваниями.

С 2006 года и по настоящее время врачомпсихотерапевтом Регионального онкологического диспансера (РОД) г.Семей является Коровников Александр Геннадьевич. В работе с пациентами онкологического диспансера он полимодальную начал применять кафедрами психотерапию. Совместно С психиатрии и онкологии Государственного медицинского университета г. Семей на базе РОД г.Семей и Научно-исследовательского института радиационной медицины и экологии проводилось исследование психического состояния качества жизни женщин, перенесших радикальное оперативное лечение по поводу рака молочной железы. На полученных были основании данных разработаны методы новые оценки реабилитационного потенциала, психологической реабилитации и терапии тревожнодепрессивных расстройств у пациенток, страдающих раком молочной железы. В 2007 году в соавторстве с к.м.н. Адылхановым Т.А. опубликовано учебно-методическое пособие «Технология реабилитации больных молочной железы, перенесших раком оперативное лечение» радикальное [2]. Результаты исследования также были отражены в 7 статьях, опубликованных в республиканских научных журналах и 8 тезисах международных научно-практических конференций. По данной теме в 2010 году Коровников А.Г. защитил диссертационную работу «Повышение эффективности лечения больных раком молочной железы после радикального оперативного комплексе с психологической реабилитацией» по специальности 14.00.14 - Онкология [6].

Руководство взяли на себя д.м.н. Адылханов Тасболат Алпысбесович и д.м.н., профессор Чайжунусова Найля Жакияновна.

Полученные результаты были доложены на Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» Семей, 2010 симпозиуме г.), на «Современные радиоэкологические и медикодемографические проблемы территорий Казахстана, прилегающих К Семипалатинскому испытательному ядерному полигону, и их преодоление» (г. Семей, 2010 г.) в рамках Международной научно-практической «Медико-биологические конференции радиоэкологические проблемы уранонефтедобывающих регионов» (г. Астана, 2010 г.), на VII Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» (г. Семей, 2011 г.), а также на Российской научно-практической конференции международным **участием** «Высокие технологии в онкологии» (г. Барнаул, 2012 г.).

Совместно с курсом психиатрии ГМУ г. Семей Коровников А.Г. изучал вегетативные и тревожно-депрессивные нарушения у больных онкологического стационара, а современные методы психотерапии, применяемые в психологической реабилитации онкологических больных, что было отражено в тезисах международных научнопрактических конференций и в статье в республиканском журнале «Психиатрия, психотерапия және наркология».

В 2009 году врач-психотерапевт руководил исследованием общительности, уровней тревоги и депрессии у больных онкологического стационара, проведенным студентами 1 курса общемедицинского факультета ГМУ г. Семей Усеновой Л. Б. и Кружальской А. А. Полученные результаты были доложены на 51-й международной научно-практической студенческой конференции ГМУ г. Семей и опубликованы в виде тезисов.

Под руководством Коровникова А.Г. в 2011 году студентка 2 курса общемедицинского факультета ГМУ г. Семей Жуматаева Б.Т. провела исследование уровней тревоги и депрессии у больных раком молочной железы после радикального оперативного лечения. Выступив с докладом по результатам данной научной работы на 51-й научной конференции студентов Западно-Казахстанского медицинс-

кого университета им М. Оспанова с международным участием (Актобе, 2011 г.), она заняла 1 место. Также были изданы тезисы доклада в сборнике материалов этой конференции.

В 2014 году совместно со студентками 5 курса общемедицинского факультета ГМУ г. Семей Эфендиевой Э.В., Селиверстовой А.А., Зариповой З.Р. проводилось исследование уровней тревоги и депрессии у больных онкологического стационара. Полученные результаты были доложены на 56-й международной научно-практической студенческой конференции ГМУ г. Семей «Студенческая наука и здоровье» и отражены в тезисах Российской научно-практической конференции международным участием «Таргетная терапия в онкологии» (г. Барнаул, 2014 г.).

Совместно с кафедрой онкологии были в 2010 году опубликованы тезисы ПО организации психотерапевтической помощи в учреждении онкологического профиля и статьи в республиканских научных журналах по профилактической работы с организации Также совместно населением. CO специалистами онкологами и радиологами в 2011 исследование году проводилось терапии иммуномодулирующей индивидуальным подбором иммуномодуляторов in vitro, в результате чего были опубликованы тезисы. В 2015 году результаты научного обзора по проблеме факторов риска профилактики основам суицидального поведения онкологических пациентов также были отражены в тезисах Российской научнопрактической конференции с международным участием в г.Барнауле.

Продолжалась активная совместная работа с общественными организациями, занимающимися оказанием помощи онкологическим больным. Врач-психотерапевт тесно взаимодействовал с ОО «Вместе против рака», филиалом Общественного Фонда поддержки онкологических больных «Здоровая Азия» (директор филиала Сарсембина Л.К.). Был одним из организаторов благотворительных мероприятий по профилактике рака молочной железы, проводимых совместно с ОФ «Здоровая Азия».

В 2008 году были налажены контакты с директором Региональной общественной организацией инвалидов - стомированных больных «Астом» Сухановым В.Г. (Российская

Федерация, г. Москва). Коровников А.Г. прошел обучение по реабилитации стомированных пациентов на базе Федерального Государственного Учреждения «Государственный Научный Центр Колопроктологии Федерального Агенства ПО высокотехнологичной медицинской помощи». Состоялся обмен опытом с руководителем службы социально-психологической реабилистомированных больных общественного объединения Платоновой О.В. по вопросам оказания помощи онкологическим больным со стомой. Полученные в Москве знания и навыки по вопросам психологической реабилитации стомированных пациентов были внедрены в повседневную практику работы с данным контингентом больных в РОД г.Семей.

С 2012 года в РОД г.Семей функционирует служба психосоциальной помощи, в состав которой вошли психолог и социальный работник. Данная служба занимается оказанием социально-психологической помощи пациентам онкологического диспансера и членам их семей. Врач-психотерапевт вошел в состав службы в качестве координатора.

В 2012 году общественным фондом «Твой выбор» (президент Токтаров К.Т.) совместно с РОД г.Семей и при поддержке Фонда Первого Президента открыт кабинет арт-терапии для онкологических больных. В специально оборудованном помещении пациенты диспансера онкологического занимаются (изотерапия), рисованием вязанием, вышиванием, аппликацией, бисероплетением, лепкой, оригами Применяются И др. разнообразные классической методы современной арт-терапии (терапии творческим самовыражением) С элементами трудотерапии. В кабинете созданы условия проведения музыкотерапии, ДЛЯ библиотерапии. Применение арт-терапии приводит к высвобождению подавленных эмоций, развитию творческих коммуникативных способностей пациентов, мобилизации внутренних ресурсов организма борьбу болезнью. взаимодействие врача-психотерапевта службы психосоциальной помощи с ОФ «Твой выбор» в отборе и мотивировании пациентов, имеющих показания для проведения арттерапии, в проведении творческих выставок и терапевтических сессий.

2013 году врач-психотерапевт РОД выиграл грант Фонда «Copoc г.Семей Казахстан» на обучение в г. Москва на базе Международного института постдипломного медицинского образования при поддержке Международного общества психоонкологии «Психиатрические аспекты паллиативной помощи». Мастер-курс вели ведущие специалисты Европы и США: профессор Каталин Мусзбек, профессор Агнес Рузса (Венгрия), профессор Филипп Байлер (США). По результатам обучения Коровников А.Г. начал применять семейную психотерапию горя и утраты, а также внедрил в повседневную работу практическую специалистов онкологического диспансера применение в вспомогательных качестве средств ДЛЯ купирования болевого синдрома современных психотропных препаратов (антидепрессантов, транквилизаторов, антиконвульсантов).

В марте 2015 года в РОД г. Семей создан кабинет поддержки пациентов, оказывающий оперативную помощь больным и членам их семей в разрешении проблем и затруднений, возникающих в процессе обследования. лечения и диспансерного наблюдения. Работа данного кабинета способствует повышению удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг и снижению количества жалоб на медицинских работников. Врач-психотерапевт привлекается в сложных случаях, когда необходимо оказание психотерапевтической помощи больным или их родственникам, а также при решении этических вопросов и проблем коммуникативного взаимодействия пациентов и членов их семей с медицинскими работниками.

настоящее время работа врачапсихотерапевта регламентируется Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года № 16 «Об утверждении Инструкции ПО оказанию психотерапевтической помощи в Республике Казахстан». На основании данного Приказа и в соответствии с требованиями сегодняшнего дня актуализирована должностная инструкция врача-психотерапевта, разработана форма Журнала регистрации приема врачапсихотерапевта. Консультации больных с описанием жалоб, данных анамнеза, психического статуса и указанием установленного диагноза, а также рекомендаций и

проведенных психотерапевтических мероприятий фиксируются в амбулаторных картах пациентов. Для стационарных больных дополнительно делаются записи и в историях болезни.

Психотерапевтическая помощь оказывается на всех этапах лечения онкологических больных: на этапе диагностики, поступления в стационар, предоперационном, послеоперационном, этапе выписки из стационара, катамнестическом этапе и включает в себя индивидуальную и групповую полимодальную психотерапию в сочетании с психофармакотерапией. В зависимости от выраженности психологических нарушений, конкретных целей и запросов пациентов проводится от 1го (экспресс-психотерапия) до 15 сеансов. При необходимости коррекции внутрисемейной ситуации и при наличии запросов проводится семейная психотерапия с членами семей онкологических больных.

Индивидуальная полимодальная психотерапия проводится С применением, основном, языковых средств, отдельных технологий когнитивно-поведенческой экзистенциальной психотерапии, НЛП эриксоновской терапии (присоединение, формирование образа желаемого будущего, мета-модель и милтон-модель, использование метафор и др.).

Сеансы групповой психотерапии проводятся в малых и больших группах с применением всего спектра технологий психотерапии согласно полимодальному подходу в зависимости от конкретных целей и запросов группы и складывающейся «здесь и сейчас» ситуации.

Сеансы индивидуальной личностноориентированной психотерапии проводятся мотивированным на активную психотерапевтическую работу пациентам также с применением полимодального подхода.

Семейная психотерапия включает в себя психотерапевтическую работу с родственниками больных, которые сами нуждаются в психологической или психотерапевтической помощи из-за тяжёлой болезни близкого человека, или с целью оказать влияние на ближайшее социальное окружение больного.

Оценка эффективности психотерапевтических мероприятий проводится клинически (оценка динамики психического статуса и

субъективная оценка пациентами своего самочувствия до и после лечения) и по данным госпитальной шкалы тревоги HADS. шкалы депрессии самооценки (ситуативной) реактивной И личностной тревожности Спилбергера-Ханина, опросника депрессии Бека, метода цветовых выборов (МЦВ) в модификации Собчик Л.Н. и др.

За период 2006 — 2014 гг. врачом — психотерапевтом РОД было принято по рекомендации врачей-онкологов и самостоятельно 8845 больных, из них 2432 в диспансерном отделении, 6413 осмотрены в стационаре. 1310 пациентов имели различные психические расстройства.

У курируемых пациентов преобладали расстройства психические ИЗ группы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F4). Расстройства этой группы составили 71% всех психических нарушений. Среди них наиболее часто встречались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43). При этом наиболее распространённой у онкологических больных пограничной психической патологией являлось расстройство адаптации с выраженными тревожно-депрессивными реакциями.

Органические, в том числе симптоматические психические расстройства (F0) были выявлены за отчетный период у 22,3% курируемых больных. Достаточно большое количество органических психических расстройств можно объяснить преобладанием среди онкологических больных лиц пожилого, старшего и старческого возраста с высокой распространенностью ٧ НИХ различных сосудистых и инволюционных нарушений, а головной также воздействием на МОЗГ онкологического процесса (метастазы, интоксикация, метаболические нарушения) и осложнениями противоопухолевого лечения (лучевой и полихимиотерапии).

Психические нарушения других диагностических рубрик МКБ-10 встречались значительно реже. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6) отмечены в 3,4% случаев. Умственная отсталость (F7), шизофрения (F20), эпилепсия (G40) — встречались в равных количествах и составили по 1,1% курируемых больных.

Таким образом, среди курируемых пациентов с психическими и поведенческими

нарушениями значительно преобладали лица с непсихотическими (пограничными) психическими расстройствами. В большинстве случаев это нозогенные реакции в связи с тяжелым соматическим заболеванием. Наличие онкологического заболевания явилось психотравмирующим событием, лежащим в основе развития пограничных психических расстройств.

Важное место в работе врача-психотерапевта занимает психогигиеническая и психопрофилактическая работа с персоналом онкологического диспансера. Медицинский персонал в своей повседневной деятельности подвергается значительным психологическим нагрузкам [9]. Они обусловлены длительным общением интенсивным тяжёлыми С больными, часто имеющими неблагоприятный заболевания, прогноз осознанием ответственности за их жизнь и здоровье. Проведение активного специального лечения. имеющего высокий риск побочных эффектов и осложнений, опасных для жизни и здоровья требует незамедлительного пациентов, принятия решений. Способствуют повышению психоэмоциональной нагрузки врачей медицинских психологические сестер особенности онкологических больных. Некоторые пациенты и их родственники СКЛОННЫ выплескивать СВОИ негативные эмоции на медицинских работников, могут проявлять грубость, агрессию. Значительное число пациентов старческого возраста также является дополнительным фактором нервноэмоционального напряжения медицинского персонала из-за характерных для этих людей органических психических расстройств и заострения черт личности.

С целью предупреждения и устранения эмоционального синдрома выгорания проводится психологическое консультирование сотрудников диспансера, направленное помощь в решении психологических трудностей и проблем повседневной жизни (по запросам сотрудников), а также профилактические беседы и тренинги по повышению стрессоустойчивости. Регулярно проводятся занятия по психологии взаимоотношений медицинских работников и онкологических больных, основам конфликтологии, медицинской этике и деонтологии, тренинги по развитию коммуникативных навыков. Работа с

способствует персоналом улучшению социально-психологического климата рабочем коллективе, повышению качества помоши счет более оказанной за к больным и внимательного отношения снижению количества жалоб со стороны пациентов и их родственников на сотрудников онкологического диспансера.

Выводы:

- 1. Высокая распространенность психогенных (нозогенных) реакций и психических расстройств среди онкологических больных препятствует их полноценной адаптации и приводит значительному К ухудшению риска качества жизни, К повышению суицидального поведения, К снижению эффективности специального лечения является ОДНИМ И3 важных факторов ухудшения онкологического прогноза заболевания повышения смертности больных раком.
- 2. Организация психотерапевтической службы приводит к улучшению качества жизни пациентов и повышению эффективности основных методов лечения и тем самым способствует увеличению продолжительности жизни онкологических больных.
- 3. Наличие у онкологических больных коморбидных психических расстройств и позитивное влияние психотерапии на качество жизни пациентов и её продолжительность диктует необходимость оказания им психотерапевтической помощи.
- 4. В психотерапевтической работе с онкологическими пациентами наиболее предпочтителен полимодальный подход, который позволяет максимально полно использовать потенциал психотерапии за счет сочетания и индивидуального подбора для каждого случая различных психотерапевтических техник и направлений на основе системного анализа проблем пациента.
- 5. Среди пациентов онкологического диспансера с психическими и поведенческими нарушениями значительно преобладали лица с непсихотическими (пограничными) психическими расстройствами (71%) преимущественно в виде реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
- 6. Психотерапевтическая работа с медицинским персоналом онкологического диспансера, направленная на профилактику и

устранение проявлений синдрома эмоционального выгорания способствует улучшению социально-психологического климата в рабочем коллективе, улучшению качества оказанной помощи и повышению уровня удовлетворенности со стороны пациентов и их родственников.

Таким образом, имеющийся многолетний позитивный опыт эффективной работы психотерапевтической службы в Региональном онкологическом диспансере Γ. Семей позволяет рекомендовать введение штатной должности врача-психотерапевта и организапсихотерапевтической службы ЦИЮ учреждениях онкологического профиля Республики Казахстан.

Литература:

- 1. *Адылханов Т. А.* Диагностика и дифференцированное хирургическое лечение рака молочной железы: дис. ... докт. мед. наук. Астана, 2008. С.163.
- 2. Адылханов Т. А., Коровников А. Г. Технология реабилитации больных раком молочной железы, перенесших радикальное оперативное лечение: учебно-методическое пособие. Семей, 2007. 49 с.
- 3. *Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В.* Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных // Журн. клин. психоонкол. 2003. № 3. С.18-23.
- 4. *Васильев С. А.* Пластическая хирургия в онкологии / Челябинск: Челябинская государственная медицинская академия, 2002. 264 с.
- 5. *Володин Б. Ю.* Возможности психотерапии в онкологической клинике // Российский онкологический журнал. 2009. № 1. С. 43-45.
- Коровников Γ. A. Повышение эффективности лечения больных раком молочной после железы радикального комплексе оперативного лечения В психологической реабилитацией: дис. ... канд. мед. наук. Астана, 2010. 142 с.
- 7. Коровников А. Г., Эфендиева Э. В., Селиверстова А. А., Зарипова З. Р. Исследование уровней тревоги и депрессии у больных онкологического стационара // Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием 19-20 июня 2014 года. Барнаул: Азбука, 2014. С. 190–191.
- 8. *Кюблер-Росс Е.* О смерти и умирании. Киев: София, 2001. 320 с.

- 9. Пукьянов В. В. Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): Сборник научных статей. Курск: КГУ. 2007. 169 с.
- 10. Монтамери Ч. Психоонкология: Достижение зрелости? // Обзор современной психиатрии. Киев, 2000. Вып.6. С. 82-86.
- 11. Парамонова О. В., Петрова В. Д., Лазарев А. Ф. Коморбидные онкологическим заболеваниям психические расстройства и психотерапевтические подходы к их коррекции на амбулаторном этапе // Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием 25-26 июня 2013 года. Барнаул: Азбука, 2013. С. 222-223.
- 12. Пахомов А. П., Петрова В. Д., Лазарев С. А. Психотерапия в онкологической практике первый опыт // Инновации в онкологической практике. Материалы Российской научнопрактической конференции с международным участием 14-15 июня 2011 года. Барнаул: Азбука, 2011. С.260-262.
- 13. Рахматуллин А. Г. Обоснование и принципы коррекции нервно-психических нарушений у онкологических больных: дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 2001. 125 с.
- 14. Сандыбаев М. Н., Адылханов Т. А., Пафнутьев И. Б. Сравнительный анализ стресса у онкологических больных в предоперационном периоде // Семейный врач. Семипалатинск, 1999. №4. С. 41-42.
- 15. *Черепкова Е. В.* Клиника и динамика психических расстройств при онкологических заболеваниях: автореф.. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2002. 26 с.
- 16. Cunningham A. J., Edmonds C. V. Group Psychological Therapy for cancer patients; a point of view, and discussion of the hierarchy of options // Int. J. Psychiatry Med. 1996. Vol.26. №1. P. 51-82.
- 17. Grassi L., Sabato S., Rossi E. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: Screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10 // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. 2006. Vol.15 (2). P. 169.
- 18. *Greer S.* Psychological intervention. The gap between research and practice // Acta Oncol. 2002. Vol. 41. N 3. P. 238-243.
- 19. *Larbig W.* Psycho-oncologic interventions Critical review // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1998. Vol. 48. N 9-10. P. 381-389.

- 20. Kuchler T., Henne-Bruns D., Rappat S., Graul J., Holst K., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial // Hepato-Gastroenterol. 1999. № 46. P. 322–335.
- 21. Pramod D. S., Salgokar R. N., Nirmalkumar A. R. Psychological assessment in patients with oncopathology: Need to break psychological barriers // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. 2006. Vol.15 (2). P. 145.
- 22. Rehse B., Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Metaanalysis of 37 published controlled outcome studies // Patient Educ. Couns. 2003. Vol. 50. № 2. P. 179-186.
- 23. Spiegel D., Cordova M. Supportive-expressive group therapy and life extension of breast cancer patients // Advances in mind-body medicine. 2001. № 17(1).P. 38-41.

References:

- 1. Adylkhanov T. A. Diagnostika i differentsirovannoe khirurgicheskoe lechenie raka molochnoi zhelezy (Dokt. diss) [Diagnostics and the differential surgical treatment of a breast cancer. Doct. diss]. Astana, 2008. P.163.
- 2. Adylkhanov T. A., Korovnikov A. G. *Tekhnologiya reabilitatsii bol'nykh rakom molochnoi zhelezy, perenesshikh radikal'noe operativnoe lechenie.* Uchebno-metodicheskoe posobie [Technology of rehabilitation of patients with breast cancer, transferred radical operative therapy. The study guide]:. Semei, 2007. 49 p.
- 3. Bazhin E. F., Gnezdilov A. V. Psikhofarmakologicheskie i psikhokorrektsionnye aspekty reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh [Psychopharmacological and psychocorrective aspects of rehabilitation of cancer patients]. *Zhurn. klin. psikhoonkol.* [Journal of Clinical psychooncology]. 2003. № 3. P.18-23. [In Russia].
- 4. Vasil'ev S. A. *Plasticheskaya khirurgiya v onkologii* [Plastic surgery in oncology]. Chelyabinsk : Chelyabinskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya, 2002. 264 p.
- 5. Volodin B. Yu. Vozmozhnosti psikhoterapii v onkologicheskoi klinike [Possibilities of psychotherapeutics in an oncological clinic]. Rossiiskii onkologicheskii zhurnal [Russian Journal of Oncology]. 2009. № 1. P. 43-45.
- 6. Korovnikov A.G. Povyshenie effektivnosti lecheniya bol'nykh rakom molochnoi zhelezy posle radikal'nogo operativnogo lecheniya v

komplekse s psikhologicheskoi reabilitatsiei [Increase in treatment efficiency of the breast cancer patients after radical operative treatment in a complex with psychological rehabilitation]: dis. ... kand. med. nauk. Astana, 2010. 142 p.

- 7. Korovnikov A. G., Efendieva E. Seliverstova A. A., Zaripova Z. R. Issledovanie trevogi depressii urovnei i u bol'nykh onkologicheskogo statsionara [Research of levels of alarm and depression of cancer patients at an oncological hospital]. Materialy Rossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii mezhdunarodnym uchastiem 19-20 iyunya 2014 goda g. Barnaul [The materials of the Russian scientific-practical conference with international participation on 19-20 June 2014]. Barnaul: Azbuka, 2014. P. 190-191.
- 8. Kyubler-Ross E. *O smerti i umiranii* [About death and dying]. Kiev: Sofiya, 2001. 320 p.
- 9. Luk'yanov V.V. Problemy issledovaniya sindroma «vygoraniya» i puti ego korrektsii u spetsialistov «pomogayushchikh» professii (v meditsinskoi, psikhologicheskoi i pedagogicheskoi praktike) [The emotional burnout syndrome of the specialists in medicine, psychology and student teaching practice: problems of study and correction techniques]: *Sb. nauchnykh statei*. Kursk: KGU. 2007. 169 p.
- 10. Montgomeri Ch. Psikhoonkologiya: Dostizhenie zrelosti? [Psychooncology: is there an achievement of mature?]. *Obzor sovremennoi psikhiatrii* [Review modern psychiatry]. Kiev, 2000. V.6. P. 82-86.
- 11. Paramonova O. V., Petrova V. D., Lazarev A. F. Komorbidnye onkologicheskim zabolevaniyam psikhicheskie rasstroistva i psikhoterapevticheskie podkhody k ikh korrektsii na ambulatornom etape [The comorbid mental disorders of oncologic patients and psychotherapeutic approaches to their correction at an outpatient treatment stage]. *Materialy Rossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem 25-26 iyunya 2013 goda g. Barnaul* [The materials of the Russian scientific-practical conference with international participation on 25-26 June 2013]. Barnaul: Azbuka, 2013. P. 222-223.
- 12. Pakhomov A. P., Petrova V. D., Lazarev S. A. Psikhoterapiya v onkologicheskoi praktike pervyi opyt [Psychotherapy in oncological practice the first experience]. Innovatsii v onkologicheskoi praktike. *Materialy Rossiiskoi*

- nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem 14-15 iyunya 2011 goda g. Barnaul [The materials of the Russian scientific-practical conference with international participation on 14-15 June 2011]. Barnaul: Azbuka, 2011. P.260-262.
- 13. Rakhmatullin A. G. Obosnovanie i printsipy korrektsii nervno-psikhicheskikh narushenii u onkologicheskikh bol'nykh [A scientific background and principles of correction of neuropsychic disorders of oncologic patients]: dis. ... kand. med. nauk. Ufa, 2001. 125 p.
- 14. Sandybaev M. N., Adylkhanov T. A., Pafnut'ev I. B. Sravnitel'nyi analiz stressa u onkologicheskikh bol'nykh v predoperatsionnom periode [The comparative analysis of stress of oncologic patients at the preoperative stage]. Semeinyi vrach [Family doctor]. Semipalatinsk, 1999. №4. P. 41-42.
- 15. Cherepkova E. V. Klinika i dinamika psikhicheskikh rasstroistv pri onkologicheskikh zabolevaniyakh [Clinical picture and dynamics of mental disorders of oncologic diseases]: avtoref.... kand. med. nauk. Novosibirsk, 2002. 26 p.
- 16. Cunningham A. J., Edmonds C. V. Group Psychological Therapy for cancer patients; a point of view, and discussion of the hierarchy of options. Int. *J. Psychiatry Med.* 1996. Vol.26. №1. P. 51-82.
- 17. Grassi L., Sabato S., Rossi E. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: Screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10. *Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology*. 2006. Vol.15 (2). P. 169.
- 18. Greer S. Psychological intervention. The gap between research and practice. *Acta Oncol.* 2002. Vol. 41. N 3. P. 238-243.
- 19. Larbig W. Psycho-oncologic interventions Critical review. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1998. Vol. 48. N 9-10. P. 381-389.
- 20. Kuchler T., Henne-Bruns D., Rappat S., Graul J., Holst K., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepato-Gastroenterol.* 1999. № 46. P. 322–335.
- 21. Pramod D.S., Salgokar R.N., Nirmalkumar A.R. Psychological assessment in patients with oncopathology: Need to break psychological barriers. *Abstracts of the 8th world congress of psychooncology*. 2006. Vol.15 (2). P. 145.

22. Rehse B., Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Metaanalysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ. Couns.* 2003. Vol. 50. № 2. P. 179-186.

23. Spiegel D., Cordova M. Supportive-expressive group therapy and life extension of breast cancer patients. *Advances in mind-body medicine*. 2001. № 17(1). P. 38-41.

Контактная информация:

Коровников Александр Геннадьевич - кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт Регионального онкологического диспансера г. Семей, г. Семей, Казахстан

Почтовый адрес: 071403 Республика Казахстан, г. Семей, 342 квартал, д. 7, кв. 12.

E-mail: kalexsandr1972@mail.ru

Телефон: 77055106959

УДК 614.88(574.13)

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 4 Г. АКТОБЕ

Л. С. Ермуханова, Д. Н. Каташева

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский университет им. Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Введение: Высокая востребованность первичной медико-санитарной помощи определяет необходимость совершенствования деятельности организаций здравоохранения амбулаторно-поликлинического типа, развития и внедрения новых перспективных организационных ресурсосберегающих технологий, одной из форм которых являются стационарозамещающие технологии, куда относятся дневные стационары. В условиях проводимой в Казахстане за последние 5 лет реструктуризации медицинской помощи, возникла необходимость более активно использовать в поликлиниках стационарозамещающие технологии (СЗТ). Дневные стационары решают многие проблемы госпитализации хронических больных, а также детей раннего возраста, ставя на первое место интересы больного и одновременно, затрачивая минимум времени на лечение.

Цель исследования: изучение востребованности и удовлетворенности населения в дневном стационаре и выявление основного контингента больных, нуждающихся в дневном стационаре.

Методы исследования: Нами проведен ретроспективный анализ работы дневного стационара за 2011, 2012 и 2013годы. По общепринятой методике сделаны расчеты показателей деятельности дневного стационара: среднее количество койко-дней, занятость койки, среднее лечение больного в стационаре, оборот койки.

Выводы: Исследование выявило, что количество пациентов в дневном стационаре увеличилось в 1,3 раза в 2013 году по сравнению с 2012 годом, и в 1,2 раза в 2014 году по сравнению с 2012 годом.

Первое ранговое место по нозологиям за все 3 года занимает патология сердечно-сосудистой системы, второе место за 2012-2013 гг. занимает патология нервной системы, в 2012-2014гг патология желудочно-кишечного тракта занимает третье место в структуре заболеваемости, пролеченных больных в дневном стационаре.

Все приведенные данные еще раз подтверждают, что в дневном стационаре больше всех нуждаются больные с заболеваниями сердечно-сосудистой сосудистой патологией, что соответствует всем литературным данным.

Большинство респондентов положительно оценили эту форму медицинского обеспечения в поликлинике: удобный график работы — 42,2%, это возможность проходить лечение, не прерывая трудовую деятельность, 22,3% - не отрывает от общественной жизни; 60,33% - респонденты удовлетворены организацией работы дневного стационара.

Ключевые слова: дневной стационар, койко-дни, стационарозамещающие технологии.

STATE AND PROSPECTS OF A DAY HOSPITAL CLINIC NUMBER 4 CITY OF AKTOBE

L. S. Yermukhanova, D. N. Katasheva

West Kazakhstan State Medical University Marat Ospanov, Aktobe, Kazakhstan

Introduction: The high demand for primary health care determines the need to improve operations of health care organizations such as outpatient, development and introduction of new resource-saving technologies organizational perspective, one of the forms of which is inpatient technologies, which

include day hospitals. In the context of ongoing in Kazakhstan over the past 5 years the restructuring of health care, the need for greater use of technology in inpatient clinics (NWT) has arisen.

Day hospitals solve many problems of hospitalization of chronic patients, as well as young children, putting in first place the interests of the patient and at the same time, taking minimum of time for treatment.

Objective: to study the demand and satisfaction of the population in day hospital, and to identify the main group of patients who are in need of day care.

Methods: We performed a retrospective analysis of a day hospital for 2011, 2012 and 2013. According to calculations made by the standard practice of a day hospital: the average number of bed days, bed occupancy, average hospital stay, bed turnover.

Conclusions: Our study determined that number of patients in day hospital increased in 1.3 times in 2013 compared to 2012, and 1.2 times in 2014 compared to 2012.

The first place ranking by nosology for all 3 years is pathology of the cardiovascular system, second place for 2012-2013 is the pathology of the nervous system, and the third place ranking belongs to the pathology of the gastrointestinal tract for 2012-2014.

The majority of respondents positively assessed this form of medical support in clinics: The convenient schedule -42,2%, it is an opportunity to undergo treatment without interrupting employment, 22,3% - not tears from public life; 60,33% of respondents are satisfied with the organization of the day hospital.

Keywords: day hospital bed days, inpatient technology.

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ №4 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАСЫНЫҢ КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАР ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАСЫ

Л. С. Ермуханова, Д. Н. Каташева

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік медицина университеті, Актөбе, Қазақстан

Кіріспе: Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетудің жоғарғы талабы амбулаторлық – емханалық типтегі денсаулық сақтауды ұйымдастыру қызметін жетілдіру қажеттілігін, күндізгі стационар технологиясының бір түрі болып табылатын жаңа перспективті ұйымдастырудың технологиясын енгізуді және дамытуды анықтайды.

Соңғы 5 жылда Қазақстанда медициналық көмек реструктуризациясында емханада күндізгі стационарды белсенді қолдану қажеттілігі анықталды.

Күндізгі стационарлар көптеген созылмалы аурулары бар науқастарды, сондай-ақ ерте жастағы балаларды госпитализациялау мәселелерін шешеді.

Зерттеу мақсаты: күндізгі стационарға қойылатын талаптар мен тұрғындардың қанағаттануын меңгеру және күндізгі стационарды талап ететін негізгі науқастарды анықтау.

Зерттеу әдістері: 2012, 2013 және 2014 жылдардағы күндізгі стационар жұмысына ретроспективті анализ жүргізілді. Жалпы қабылданған әдіс бойынша күндізгі стационар қызметінің көрсеткіштері есептелді: төсек-күнінің орташа саны, төсектің бос болмауы, науқастың стационардағы орташа емделу ұзақтығы, төсек айналымы.

Қорытынды: Біздің зерттеуіміз 2014 жыл бойынща күндізгі стационардағы науқастар саны 2012 жылмен салыстырғанда 1,3 есе ұлғайғанын, 2014 жылы 2012 жылмен салыстырғанда 1,2 есе ұлғайғаны анықтады.

Соңғы 3 жылда нозология бойынша бірінші рангілік орында жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары, екінші орында 2012-2013ж.ж. жүйке жүйесінің патологиясы, 2012-2014ж.ж. күндізгі стационардағы емделген науқастар арасында аурушаңдық структурасы бойынша асқазан-ішек жолының аурулары 3 орында болды.

Барлық берілген мәліметтер бойынша әдебиеттік мәліметтерге сәйкес күндізгі стационарды көбіне жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары қажет ететіндігі дәлелденді.

Респонденттердің көпшілігі емханадағы медициналық қамтамасыз етудің бұл формасын оң бағалады: қолайлы жұмыс кестесі – 42,2%; бұл еңбек қызметін үзбей емделуге мүмкіндігі; 22,3% – қоғамдық өмірден босамайтыны; 60,33% жағдайда респонденттердің күндізгі стационардың ұйымдастыру жұмысымен қанағаттанатыны анықталды.

Негізгі сөздер: күндізгі стационар, төсек - күндер, күндізгі стационар технологиясы.

Библиографическая ссылка:

Ермуханова Л. С., Каташева Д. Н. Состояние и перспективы развития дневного стационара городской поликлиники № 4 г. Актобе / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 81-89.

Yermukhanova L. S., Katasheva D. N. State and prospects of a day hospital clinic number 4 city of Aktobe. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 81-89.

Ермуханова Л. С., Каташева Д. Н. Ақтөбе қаласы №4 қалалық емханасының күндізгі стационар жағдайы және даму перспективасы / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 81-89.

Ведение

Цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий. [1,2] Среди последних предоставление медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения. Такая позиция должна современному соответствовать уровню развития медицинской науки и ресурсам, располагает государство которыми граждане. Актуальной современной задачей медицинской отрасли остается обеспечение доступности стационарной помощи всем нуждающимся, и при этом использовать эффективно, рационально имеющиеся ресурсы [3,4,5].

Для реализации стратегических задач системы здравоохранения по приоритетному первичной медико-санитарной развитию помощи (ПМСП) в республике, в Госпрограмме «Саламатты Казахстан, 2011-2015 предусмотрено поэтапное снижение высокозатратных круглосуточных коек и наращивание потенциала первичной медикосанитарной помощи. В условиях единой национальной системы здравоохранения уменьшение коечного (EHC3) фонда регулируется самостоятельно поставщиками в востребованности зависимости ОТ сделанного выбора населением, обслуживаемое определенной медицинской организацией [6,7].

Как следствие, на современном этапе развития здравоохранения считается

целесообразным внедрение в практику для медицинского обслуживания населения ресурсосберегающих, организационных форм медицинской помощи — дневные или вечерние стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии, отделения реабилитации и др. [8,9].

В условиях проводимой в Казахстане за 5 лет реструктуризации последние медицинской помощи возникла необходимость более активно использовать в поликлиниках стационарозамещающие технологии (СЗТ). В соответствии С Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» стационарозамещающая помощь (СЗП) заключается в предоставлении доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи человеку с медицинским наблюдением за ним от 4 до 8 часов в течение дня. Значимая роль организаций ПМСП в оказании населению таких услуг различного профиля очевидна. Поскольку она включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [10,11,12]. Длительность СЗП зависит от состояния больного и сроки могут варьировать от минимального 3 дней до максимального 8 дней [13,14,15,16]. Дневные многие стационары решают проблемы госпитализации хронических больных, а также детей раннего возраста, ставя на первое место интересы больного и одновременно, затрачивая минимум времени на лечение.

Финансирование СЗП осуществляется из средств бюджета по клинико-затратным группам после проведения экспертной оценки объема и качества оказанных медицинских услуг на основе программного комплекса «Система управления качеством медицинских услуг» [17,18,19,20].

Цель исследования: изучение востребованности и удовлетворенности населения в дневном стационаре и выявление основного контингента больных, нуждающихся в дневном стационаре.

Задачи исследования:

1. Изучить работу дневного стационара городской поликлиники (ГП) № 4 за 2012, 2013 и 2014 годы по основным показателям деятельности, по учетным формам № 003-1/у и путем анкетирования респондентов.

- 2. Провести сравнительный анализ показателей деятельности дневного стационара за изучаемый период.
- 3. Провести ранжирование заболеваний у больных, пролеченных в дневном стационаре по нозологиям.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ работы дневного стационара за 2012, 2013 и 2014годы. По данным исследования сделаны расчеты показателей деятельности дневного стационара: средняя длительность пребывания на койке, % выполнения койко-дней, оборот койки.

Результаты. Исходя из полученных данных можно сказать, что отмечается перегруженность дневного стационара в среднем на 20%.

Таблица 1. Показатели деятельности дневного стационара.

Показатели дневного стационара	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Средний показатель
Кол-во коек	15	15	15	15
Подлежало	1100	1170	1800	1357
В дневном стационаре	1309	1388	1550	1482
Проведено койко-дней	8087	8693	8807	8529
% выполнения койко-дней	125,6%	118,6%	116%	120%
Средняя длительность пребывания на койке	5,8	6,3	5,0	5,7
Оборот койки	69,1	70	87,5	75,5
Улучшение	100%	100%	100%	100%



Рисунок 1. Показатели по нозологиям за 2012-2014гг.

Таким образом, анализ результатов исследования позволяют сделать вывод, что количество пролеченных больных в дневном стационаре в 2013 году увеличилось на 1,3 раза, а в 2014 на 1,2 раза по сравнение с 2012 годом. Первое ранговое место по нозологиям за все 3 года занимает патология сердечнососудистой системы, второе место за 2012-2013 гг. занимает патология нервной системы. а в 2014 г. - патология желудочно-кишечного тракта, третье ранговое место принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта за 2012-2013 гг., в 2014 г. - патология нервной системы. Нами было проведено анкетирование респондентов по изучению информированности и удовлетворенности качеством лечения в дневном стационаре, нами разработанной анкете.

Разработанная анкета содержит вопросов. Первые 4 вопроса посвящены паспортным данным, остальные 11 вопросов посвящены изучению информированности. удовлетворенности, доступности и исходов лечения в дневном стационаре. Варианты были закодированы. проводился в момент ожидания респондентом своей очереди в поликлинике. Был опрошен 121 респондент. Все респонденты принимали лечение в дневном стационаре, из них 47 мужчин - 38,84% и 74 женщин - 61,16% (рисунок 1).

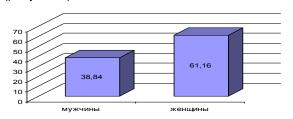


Рисунок 1. Распределение по полу.

Анализ возрастной структуры респондентов (рисунок 2) показал, что 4,13% были в возрасте 15-24 лет, 28,1% - 25 — 29 лет, 26,45% - 35 — 44 лет, 21,49% - 45-54 лет, 13,22% - 55-64 лет, 6,61% - 65 — 74 лет.

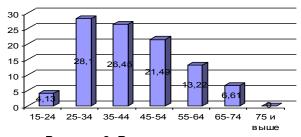


Рисунок 2. Возрастные группы.

По уровню образования исследуемых респондентов (рисунок 3): незаконченное среднее имеют - 1,67% человек, среднее - 16,52%, среднее специальное - 28,92%, незаконченное высшее - 8,26%, высшее - 44,63%.

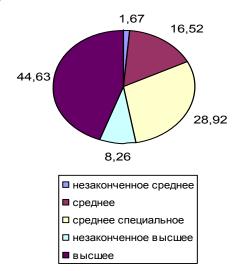


Рисунок 3. Уровень образования респондентов.

По роду деятельности респонденты (рисунок 4) распределились следующим образом: 2,48% - студент/учащийся, 25,62% - служащий, 26,45% - рабочий, 16,52% - домохозяйка, 13,22% - пенсионер, 5,79% - предприниматель, 5,79% - самозанятый, 4,13% - инвалид.



Рисунок 4. Роль деятельности респондентов.

На вопрос: если бы Вам понадобилась медицинская помощь (рис. 5), куда бы Вы обратились, 77,7% респондентов ответили – в поликлинику / больницу, 17,4% - частный медицинский центр, 0,8% - к народному целителю, 3,3% - затруднились ответить, 0,8% - не обращался.

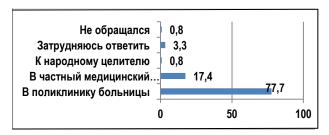


Рисунок 5. Место обращения за помощью (%).

Информированность пациентов, стоящих в очереди о дневном стационаре показывают, что 9,1% - не знают, 9,9% - прочитали наглядную информацию в поликлинике, 66,1% - слышал от врачей, 14,9% - затруднились ответить.

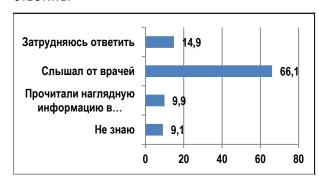


Рисунок 6. Информированность о дневном стационаре (%).

На вопрос «получали ли Вы лечение в дневном стационаре» среди опрошенных пациентов, стоящих в очереди - 2,5% лечение получали часто, 30,6% - время от времени, 19,0% - 1 раз в году, 29,7% - только по направлению врача, 18,2% - никогда.

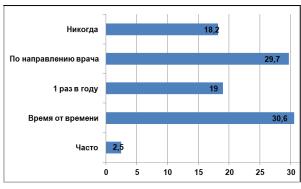


Рисунок 7. Получали лечение в дневном стационаре (%).

При опросе о преимуществе дневного стационара (рисунок 8) 42,15% - удобный график работы, 9,92% - больше свободного времени, 22,31% - не отрывает от общественной жизни, 19,83% - нет разницы, 5,79% - другое.



Рисунок 8. Преимущества дневного стационара.

При опросе об удовлетворенности работой дневного стационара 86,78% - удовлетворены, 1,65% - не удовлетворены, 11,57% - затруднились ответить.



Рисунок 9. Удовлетворенность работой дневного стационара.

Среди пациентов, прошедших дневной стационар (рисунок 10) - 41,32% предпочтение отдают в первой половине дня, 20,66% - во второй половине дня, 11,57% - затруднились ответить, 26,45% - не имеет значения.

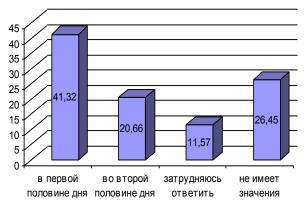


Рисунок 10. Предпочтительное время посещения дневного стационара.

При опросе об удовлетворенности условиями пребывания в дневном стационаре (рисунок 11) 11,57% - удовлетворены, 55.37% - удовлетворены частично, 23,97% - не удовлетворены, 9,09% - затруднились ответить.

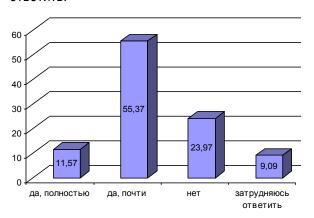


Рисунок 11. Удовлетворенность условиями пребывания в дневном стационаре.

Выводы:

- 1. Количество пациентов в дневном стационаре увеличилось в 1,3 раза в 2013 году по сравнению с 2012 годом, и в 1,2 раза в 2014 году по сравнению с 2012 годом.
- 2. Отмечается перегруженность дневного стационара в среднем на 20%, в связи с этим необходимо расширить койки в дневном стационаре, так как количество больных, нуждающихся в дневном стационаре с каждым годом увеличивается.
- 3. Первое ранговое место по нозологиям за все 3 года занимает патология сердечно-сосудистой системы, второе место за 2012-2013 г.г. занимает патология нервной системы, в 2012-2014г.г. патология желудочно-кишечного тракта занимает третье место в структуре заболеваемости больных, пролеченных в дневном стационаре.

Все приведенные данные еще раз подтверждают, что в дневном стационаре больше всех нуждаются больные с заболеваниями сердечно-сосудистой патологией, что соответствует всем литературным данным.

4. Большинство респондентов положительно оценили работу дневного стационара: удобный график работы — 42,2%, это возможность проходить лечения, не прерывая трудовую деятельность, 22,3% - не отрывает от общественной жизни; 60,33%

случаев респонденты удовлетворены организацией работы дневного стационара.

Литература:

- 1. Авдеева Л. А. О работе центра амбулаторной хирургии. // Стационарозамещающие виды медицинской помощи. Опыт, проблемы, перспективы: Матер, гор. семинара. Под редакцией В.М. Чернышева. Новосибирск: Сибвузиздат. 2002. С. 21-23.
- 2. Аналитическая информация РГП «Республиканского центра развития здравоохранения» МЗ РК за 2010-2012 гг. URL: https://www.mzsr.gov.kz/, русский, (дата обращения: 20.10.2013г).
- 3. Апраксина К. Дневной стационар выгодная форма медицинского обслуживания // Здравоохранение. 2002. №12. С. 45-48.
- 4. Вайгант А. Р. Ресурсосберегающие технологии в системе муниципального здравоохранения // Вестн. обязат. мед. страхования. 2002 . № 1. С. 24-26.
- 5. Воробьев В. В., Безуглый А. В. Перспективы совершенствования специализированной амбулаторной хирургической помощи // Амбулаторная хирургия. 2002. №4. С. 10.
- 6. Галкин Р. А., Павлов В. В. Экономическая эффективность стационарзамещающих видов медицинской помощи // Экономика здравоохранения. 2003. №9. С. 16-18.
- Коваленко В. Ф. О перспективах 7. развития стационарзамещающих медицинских технологий при больницах. // Стационармедицинской помощи. замещающие виды проблемы, перспективы: Опыт, Матер. гор.семинара. Под редакцией B.M. Чернышева. – Новосибирск: Сибвузиздат. 2002. C. 47-52.
- 8. Ланг Т. Европейская версия Протокола Оценки Соответствия // International Journal of Technology Assessment in Health care. 1999. 15:1 C. 185-197
- 9. Молчанова Л. Ф., Кудрина Е. А., Выломова С. В. Медицинская, социальная и экономическая эффективность организации работы дневного стационара // Здравоохранение. 2006. №8. С. 17-29.
- 10. Пакус И. А. Организация деятельности дневных стационаров на базе лечебно-профилактических учреждений крупного

города // Автореферат дис. . канд. мед. наук. Москва, 1997. 24 с.

- 11. Рагимов Р. Н., Марков Н. В., Соболев М.А. и др. Опыт использования разнопрофильных стационарозамещающих технологий в отечественной и зарубежной литературе // Экология человека. 2004. № 3. С. 30-35.
- 12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 798 «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи». URL: https://www.mzsr.gov.kz/, русский, (дата обращения: 15.01.2013г).
- 13. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2012 года № 197 «О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы МЗ РК». URL: https://www.mzsr.gov.kz/, русский, (дата обращения: 01.02.2013г).
- 14. Спасская Т. Инвестиции в завтрашний день // Медицинский вестник. 2008. №1. С. 6.
- 15. Стародубов В. В. Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях: Методические рекомендации № 2000/166. М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2000. 25 с.
- 16. Стародубов В. И. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению: Методические рекомендации № 2002/106. М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ. 2002. 26 с.
- 17. Стародубов В. И., Калининская А. А. и др. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. 264 с.
- 18. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 « Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011-2015годы». URL: onlain.zakon.kz/Document/doc_id=30861087, русский, (дата обращения: 10.12.2010 г).
- 19. Шевченко Ю. Л. Здравоохранение России на рубеже веков. М,1999. С. 33-47.

References:

1. Avdeyeva L. A. O rabote tsentra ambulatornoi khirurgii [About work of the ambulatory surgery centre]. Statsionarozameshchayushchie vidy meditsinskoi pomoshchi. Opyt, problemy, perspektivy: Mater.,

- gor. seminara. Pod redaktsiei V.M. Chernysheva [Hospital-replacing kinds of medical aid. The experience, problems, perspectives: Materials of city seminar. Edited by V.M. Chernishev]. Novosibirsk: Sibvuzizdat. 2002, pp. 21-23
- 2. Analiticheskaya informatsiya RGP «Respublikanskogo tsentra razvitiya zdravoohraneniya» MZ RK za 2010-2012 gg. [Analytical information RSE "Republican centre of healthcare development" MH RK in 2010-2012]. URL: https://www.mzsr.gov.kz/, russian, (дата обращения: 20.10.2013г).
- 3. Apraksina K. Dnevnoi statsionar vygodnaya forma meditsinskogo obsluzhivaniya [Day hospital- profitable form of medical service] Zdravookhranenie [Healthcare]. 2002,12, pp.45-48.
- 4. Vaigant A. R. Resursosberegayushchie tekhnologii v sisteme munitsipal'nogo zdravookhraneniya [Resource-saving technologies in the system of municipal healthcare]. Vestn. obyazat. med. strahovaniya [Newsletter of compulsory health insurance]. 2002, 1, pp.24-26
- 5. Vorob'ev V. V., Bezuglyi A. V. Perspektivy sovershenstvovaniya spetsializirovannoi ambulatornoi khirurgicheskoi pomoshchi [The perspectives of perfection in specialized ambulatory surgery service]. Ambulatornaya khirurgiya [Ambulatory surgery] 2002, 4, pp.10.
- Galkin R. A., Pavlov V. V. Ekonomichesehffektivnost' statsionarzameshchayukaya shchich vidov meditsinskoi pomoshchi [Economical effectiveness hospital-replacing kinds of medical aid]. Economika zdravookhraneniya [Healthcare economy]. 2003, 9, pp. 16-18.
- 7. Kovalenko V.F. O perspektivakh razvitiya statsionarzameshchayushchich meditsinskikh tekhnologii pri bol'nitsakh. Statsionarzameshchayushchie meditsinskoi vidy pomoshchi. Opyt, problemy, perspektivy: Mater.gor.seminara. [About perspectives of development of hospital-replacing technologies in hospitals. Hospital-replacing kinds of medical aid. The experience, problems, perspectives: Materials of city seminar]. Pod redaktsiei V.M. Chernysheva. – Novosibirsk: Sibvuzizdat. 2002, pp. 47-52.
- 8. Lang T. Evropeiskaya versiya Protokola Otsenki Sootvetstviya [European version of assessment record correspondence].

International Journal of Technology Assessment in Health care. 1999, pp. 185-197

- 9. Molchanova L. F., Kudrina E. A., Vylomova S. V. Meditcinskaya, sotsial'naya i ekonomicheskaya effektivnost' organizatsii raboty dnevnogo statsionara [Medical, social and economical effectiveness of day-hospital organization work]. Zdravookhranenie. [Healthcare]. 2006, 8, pp. 17-29.
- 10. Pakus I. A. Organizatsiya deyatel'nosti dnevnykh statsionarov na baze lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenii krupnogo goroda [Organization of day-hospitals activity on the basis of medical and preventive treatment institutions of metropolis]. Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk. [Abstract of dissertation candidate of medical sciences Moscow], Moskva. 1997, P. 24.
- 11. Ragimov R. N., Markov N. V., Sobolev M. A. i dr. Opyt ispol'zovaniya raznoprofil'nykh statsionarozameshchayushchikh tekhnologii v otechestvennoi i zarubezhnoi literature [The experience of using diversified hospital-replacing technologies in native and foreign literature]. Ekologiya cheloveka [Human ecology] 2004, 3, pp. 30-35.
- 12. Prikaz Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 26 noyabrya 2009 goda № 798 «Ob utverzhdenii Pravil okazaniya statsionarozameshchayushchei pomoshchi». [Order of the Ministry of Healthcare of Republic of Kazakhstan from November 26, 2009 № 798 "About adoption of regulations in hospital-replacing service"] URL: https://www.mzsr.gov.kz/, russian. (дата обращения: 01.02.2013г).
- 13. Prikaz Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 30 marta 2012 goda № 197 «O vnesenii izmenenii i dopolnenii v nekotorye prikazy MZ RK [Order of the Ministry of Healthcare of Republic of Kazakhstan from March 30, 2012 № 197 "About concerning the

- introduction and amendments to some orders MH RK"]URL: https://www.mzsr.gov.kz/, russian, (дата обращения: 15.01.2013г).
- 14. Spasskaya T. Investitsii v zavtrashnii den' [Investment in tomorrow]. Meditsinskii vestnik [Medical newsletter]. 2008, 1, P. 6.
- 15. Starodubov ٧. ٧. Metodicheskie organizatsii rekomendatsii dnevnykh po statsionarov v bol'nichnykh uchrezhdeniyakh. [Methodological recommendations organization of day patient facility in hospitals]. Metodicheskie rekomendatsii [Methodological recommendations] № 2000/166 M.: CNIIOIZ MZ RF, 2000, P. 25.
- 16. Starodubov ٧. Ι. Organizatsiya statsionarozameshchayushchikh form meditsinskoi pomoshchi naselenivu: Organization of hospital-replacing form of people]. medical aid to Metodicheskie rekomendatsii [Methodological recommendations] № 2002/106. M.: CNIIOIZ MZ RF. 2002, P. 26.
- 17. Starodubov V. I., Kalininskaya A. A. i dr. Pervichnaya meditsinskaya pomoshch': sostoyanie i perspektivy razvitiya. M.: OAO «Izdatel'stvo «Meditsina» [Medicine"Publishers"] 2007. P. 264.
- 18. Ukaz Prezidenta Respubliki Kazakhstan ot 29 noyabrya 2010 goda № 1113 «Ob utverzhdenii Gosudarstvennoi programmy razvitiya zdravookhraneniya respubliki Kazakhstan «Salamatty Kazakstan» na 2011-2015gody». ["About state program of healthcare development confirmation of Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015]. URL: onlain.zakon.kz/Document/doc_id=30861087, russian, (дата обращения: 10.12.2010 г).
- 19. Shevchenko Yu. L. Zdravookhranenie Rossii na rubezhe vekov. [Healthcare of Russia at the turn of the century]. M, 1999, P. 33-47

Контактная информация:

Каташева Динара Нурлановна - докторант PhD по специальности "Общественное здравоохранение" Западно-Казахстанского Государственного Медицинского университета им. Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Почтовый адрес: 030012 Республика Казахстан, г. Актобе, ул. Чернышевского 114.

E-mail: katashevad85@mail.ru **Телефон:** 87022775400

UDC 616.248-036.22:615.234

RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF BRONCHIAL ASTHMA MANAGEMENT ALGORITHM

G. Z. Abdushukurova

International Kazakh - Turkish University named after H.A. Yassawe, Turkestan, Kazakhstan

During the last century asthma occasionally observed in clinical disease has become one of the most common, representing a serious threat to the health of humanity as a whole. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the asthma management algorithm. The study was conducted on the basis of patients at pulmonary department of the regional clinical hospital, Shymkent. The study group included 80 patients with bronchial asthma uncontrolled course, randomly selected. All statistical analysis procedures were performed using SPSS 20 and the SAS software. B during the analysis of all collected to monitor the effectiveness of the intervention indicators were obtained statistically significant differences in the groups. This fact indicates the presence of the clinical effectiveness of pilot implementation (training in asthma-school and issuance of personal peak flow meters) in the management of asthma in the outpatient and inpatient levels.

Keywords: a randomized clinical trial, asthma, clinical management.

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ АЛГОРИТМА МЕНЕДЖМЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Г. 3. Абдушукурова

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, г. Туркестан, Казахстан

В течение последнего столетия бронхиальная астма из редко наблюдаемой в клинической практике болезни стала одной из самых распространенных, представляющих серьезную угрозу здоровью человечества в целом. Целью исследования было оценить эффективность алгоритма менеджмента бронхиальной астмы. Исследование больных проводилось на базе пульмонологического отделения Областной клинической больницы и поликлиники клиники МКТУ г. Шымкент. В группу исследования вошли 80 больных бронхиальной астмой неконтролируемого течения, отобранных случайным образом. Все процедуры статистического анализа данных были выполнены с помощью программного обеспечения SPSS 20 и SAS. В ходе анализа всех взятых для контроля эффективности вмешательства показателей были получены статистически значимые различия в группах. Данный факт говорит о наличии клинической эффективности экспериментального внедрения (обучение в астма-школе и выдача персональных пикфлоуметров) в менеджмент бронхиальной астмы на амбулаторном и стационарном этапах.

Ключевые слова: рандомизрованное клиническое испытание, бронхиальная астма, клинический менеджмент.

БРОНХИАЛДЫ АСТМАНЫҢ МЕНЕДЖМЕНТІ АЛГОРИТМІН РАНДОМИЗИРЛЕНГЕН КЛИНИКАЛЫҚ СЫНАҒЫ

Г. З. Абдушукурова

Х.А. Ясави ат. Халықаралық Қазақ – Түрік Университеті, Туркестан, Қазақстан

Соңғы жүзжылдықта бронхиалды астма клиникалық практикада сирек болатын аурулардың бірінен адамзат денсаулығына үлкен қауіп туғызатын өте көп тараған аурулардың бірі болып

табылады. Бронхиалды астманың менеджменті алгоритмі тиімділігін бағалау зерттеу мақсаты болды. Науқастарды зерттеу Шымкент қ. ХҚТУ Облыстық ауруханасы мен емханасы пульмонологиялық бөлімі базасында өткізілді. Зерттеу тобына бақыланбайтын ағым 80 бронхиалды астмамен ауыратын, кез келген үлгіде таңдалған 80 науқас кірді. Мәліметтердің статистикалық талдау барлық процедуралары SPSS 20 және SAS бағдарламалық қамтамасыз ету көмегімен орындалды. Көрсеткіштер араласулары тиімділігін бақылау үшін барлық алынған талдау барысында топтардағы маңызды стаистикалық өзгешеліктер алынды. Осы факт амбулаторлық және стационарлық кезеңдердегі бронхиалды астманың менеджментіне (астмамектепте оқыту және жекеленген пикфлоуметрлерді беру) эксперименталды енгізулерінің клиникалық тиімділігінің болуы туралы айтады.

Негізгі сөздер: рандомизрленген клиникалық сынақ, бронхиалды астма, клиникалық менеджмент.

Библиографическая ссылка:

Абдушукурова Г. 3. Рандомизированное клиническое испытание алгоритма менеджмента бронхиальной астмы / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 90-94.

Abdushukurova G. Z. Randomized clinical trial of bronchial asthma management algorithm. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 90-94.

Абдушукурова Г. 3. Бронхиалды астманың менеджменті алгоритмін рандомизирленген клиникалық сынағы / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 90-94.

Background. During the last century asthma occasionally observed in clinical disease has become one of the most common, representing a significant social problem, both for children and for adults [1,3,6]. This disease affects all countries, regardless of their level of development, but its prevalence varies between populations, even within the same country. It is clear that over the past 20 years the prevalence of this disease has increased markedly [2,5].

Statistical indicators in Kazakhstan, as a rule, based on data obtained from the use of health care, and do not reflect the true prevalence of the disease as the primary treatment is often due to the need for emergency medical interventions in patients who already have moderate or severe disease [8-11]. Consequently, we are dealing with an increase in cases of "uncontrolled" asthma. Based on the data of medical statistics, a paradoxical situation: one of the lowest rates of asthma in the world combined with a high level of temporary incapacity, disability, hospitalization, mortality.

Aim of study was to evaluate the effectiveness of the asthma management algorithm.

Materials and methods. A study was conducted on the basis of the pulmonary department of the regional clinical hospital and clinics of Regional Hospital, Shymkent. The work is based on comprehensive clinical-laboratory and instrumental examination of 80 patients with

bronchial asthma uncontrolled flow, randomly selected. The intervention group (experimental) consisted of 40 patients with bronchial asthma, matched by sex and age with a control group of 40 patients, respectively.

Each patient as the admission by trained research assistant first issued a sealed envelope with an attached number. Two collections were selected randomly using the online random number generator (http://randstuff.ru/number/). With the opening of the envelope, the number of patients identified second assistant researcher of belonging to the intervention group or the control group. Neither the patient nor the first assistant did not know which group they are assigned, ensuring equal chances for each patient to get into any of the groups. Thus, we were recruited two groups of patients with a diagnosis of bronchial asthma for inclusion in the study.

All statistical data analysis procedures were performed using SPSS software version 20 for Windows and SAS. All personal data analytical forms filled in the study all patients were entered into SPSS data base and then import the database platform SAS.

Results and discussion. After all the preparatory procedures, we obtained the following data. To study for the reporting period was scored a total of 80 patients with moderate-severe uncontrolled (or partially controlled) asthma, which we assessed major clinical and

functional parameters be taken into account at the stage of entry into the study (1 point) and subsequent stages over time (2 or 3 points).

All patients examination and treatment started on the stationary phase. Clinical characteristics of all patients are presented in Table 1. In order to assess the dynamics of the initial and final figures in both groups, we took respiratory symptoms (cough, shortness of breath, wheezing), daily need to use SABA, asthma attacks during the last 4 weeks, lung function (PEF and PEF dynamics on the endpoint, FEV1), and the result of evaluation of ACT (Table 1).

Table 1. The main characteristics and input estimates (point 1) the experimental and control groups of the study.

Characteristics	Experimental group (A)	Control group (B)	p – value
Number of patients	40	40	
Age, years (± SD)	48.6 (± 11.3)	49.5 (±12.5)	0.63
Sex			
Male, n (%)	13 (25.7%)	12 (29.3%)	0.34
Female, n (%)	27 (74.3%)	18 (70.7%)	
Disease duration, years (± SD)	8.9 (± 9.3)	9.1 (± 8.6)	0.55
Respiratory symptoms			
Cough, n (%)	40 (100.0%)	40 (100.0%)	n/a
Shortness of breath, n (%)	39 (97.5%)	40 (100.0%)	0.99
Wheezing, n (%)	31 (77.5%)	30 (75.0%)	0.81
SABA using a day (± SD)	6.3 (± 1.2)	6.5(± 0.9)	0.79
Asthma attack number (± SD)	8.5 (± 1.1)	8.9 (± 1.5)	0.78
Initial PEF, % of norm (± SD)	58.6 (± 4.4)	55.4 (± 5.8)	0.21
Dynamics of PEF (± SD)	23.2 (± 3.1)	24.1 (± 4.1)	0.710
Initial EFV1, % of norm (± SD)	47.4 (±6.1)	47.9 (± 5.3)	0.891
The test for bronchial reversibility (± SD)	20.9 (± 2.8)	22.3 (± 1.9)	0.833
Initial ACT (± SD)	16.1 (± 4.3)	16.7 (± 3.65)	0.897

As seen from Table 2, in comparison groups differ overall identification did not in characteristics and clinical data input. The average age of patients was 48.6 ± 11.3 years in group A and 49.5 ± 12.5 years in group B, respectively (p = 0.63). Gender distribution was also similar in the groups: male were 13 (25.7%) in the experimental group and 12 (29.3%) in the control group. Females accounted for 27 (74.3%), i18 (70.7%), respectively (p = 0.34). The average duration of the disease ranged in small range of 8.9 ± 9.3 to 9.1 ± 8.6 years (p = 0.55). The proportion of individuals with respiratory symptoms was in almost all cases (cough, shortness of breath, wheezing) in both groups more than 30% (p> 0.05). The daily requirement for using SABA in the intervention group was 6.3 ± 1.2 times a day, and in the control group -6.5 ± 0.9 times a day (p = 0.79). Asthma attacks in the past 4 weeks in the experimental group were observed in average 8.5 ± 1.1 times in the control group -8.9 ± 1.5

times (p = 0.78). Some PEF, expressed as a percentage of normal values in the group A was $58.6 \pm 4.4\%$, in group B $- 55.4 \pm 5.8\%$ (p = 0.21). Lability of PEF in both groups were from 23.2 ± 3.1 to 24.1 ± 4.1 (p = 0.71). The initial rate of FEV1, expressed as a percentage of normal in the experimental group was $47.4 \pm 6.1\%$, in the control group $- 47.9 \pm 5.3$ (p = 0.89). Test bronchial reversibility in the intervention group was 20.9 ± 2.8 , and in the comparison group $- 22.3 \pm 1.9$ (p = 0.83). Initial AST indicators in both groups were small oscillations in the range of 4.3 to $16.1 \pm 16.7 \pm 3.65$ (p = 0.89).

After the analysis of the input data in the study (point 1, Table 2) patients of the experimental group was trained in the framework of the asthma schools designed specifically for research purposes (3 training unit). Each participant of the experimental group was provided a personal peak flow meter during the experiment. All patients continued on standard therapy regimens that

have been assigned during the initial consultation, or continue as planned. The main hypothesis of this phase of work was that the patients of the experimental group can after training self-diagnosis by determining PEF and lability PEF (keeping a diary asthmatic) will be able to better control asthma and as a result have fewer respiratory symptoms, exacerbations,

requirements SABA and the best indicators lung function.

After 4 weeks (2 points) and 16 weeks (3 points) in both groups was registered dynamics of indicators of the daily requirement of using SABA, asthma attacks during the last 4 weeks, FEV1, PEF, fluctuations PEF(± SD), and the results of ACT (Table 2).

Table 2. Intermediate and final evaluation (point 2 and 3) the experimental and control groups of the study.

Characteristics	Experimental group (A)	Control group (B)	p – value
SABA using a day (± SD)			
Second visit (± SD)	5.2 (± 1.1)	6.1 (± 1.9)	0.05
Third visit (± SD)	3.1 (± 0.8)	5.8 (± 1.3)	0.02
Dynamics between 2 and 3 (± SD)	2.1 (± 0.3)	0.3 (± 0.6)	0.001
Asthma attack number (± SD)			
Second visit (± SD)	7.1 (± 1.5)	8.0 (± 1.8)	0.34
Third visit (± SD)	3.1 (± 1.4)	7.9 (± 0.9)	0.04
Dynamics between 2 and 3 (± SD)	4.0 (± 0.1)	0.1 (± 0.9)	0.001
FEV1, % of norm (± SD)			
Second visit (± SD)	53.5 (± 5.2)	49.9 (± 3.3)	0.031
Third visit (± SD)	78.2 (± 6.3)	64.6 (± 7.9)	0.025
Dynamics between 2 and 3, %	24.7%	14.7%	<0.001
PEF, % of norm (± SD)			
Second visit (± SD)	68.6 (± 5.4)	59.5 (± 6.1)	0.002
Third visit (± SD)	76.4 (± 3.5)	63.1 (± 3.9)	0.001
Dynamics between 2 and 3, %	5.8%	3.6%	0.05
Lability PEF (± SD)			
Second visit (± SD)	21.3 (± 3.1)	24.1 (± 4.1)	0.04
Third visit (± SD)	19.1 (± 4.2)	23.2 (± 3.8)	0.04
Dynamics between 2 and 3, %	2.2%	0.9%	<0.001
ACT (± SD)			
Second visit (± SD)	18.6 (± 4.5)	17.8 (± 3.6)	0.06
Third visit (± SD)	22.5 (± 3.5)	19.5 (± 3.3)	0.005
Dynamics between 2 and 3, points	3.9	1.7	<0.001

The analysis of the intermediate and final assessments (point 2 and 3) the experimental and control groups, the study revealed dynamic changes in all parameters, with statistically significant differences in the comparison groups.

As follows from the data obtained in the experimental group patients in the interval between the second and third visits of the daily need to use SABA decreased almost twice. The differences in the dynamics of the reconciliation with the control group were statistically significant (p = 0.001).

Asthma attacks in the past 4 weeks in patients who have received training in asthma-school

decreased from 7.1 to 3.1 on average, once a week, which was not achieved in the control group (p = 0.001).

Indicator spirography - FEV1 taken to control the dynamics of the Group of change in lung function increased significantly compared with the control group (<0.001), with 53.5% of normal during the second visit, to 78.2% during the third visit for consultation.

The analysis graphs PEF we observed high lability of this indicator between morning and evening measurements within 10 days of the initial observations. Thus there were statistically significant differences with the control group of

patients where the growth dynamics PEF was only 3.6% relative to the total increase in the base PEF from 68.6% to 76.4% in the intervention group throughout the study (p = 0.05), and fluctuations in PEF from 21.3 to 19.1 in the experimental group and from 24.1 to 23.2 in the control group (p = 0.04).

Of particular interest is the analysis of evaluation points ACT, given that one of the components of asthma education in school was to increase the commitment to control his condition with the help of a simple and valid tool. Dynamics between visits 2 and 3 for ACT scores in the experimental group was 3.9 and 1.7 in the control points, which is significantly inferior to the intervention (p < 0.001).

Conclusion. In the study of the intervention effectiveness (asthma management algorithm) were obtained substantial, statistically significant differences in the groups. This fact indicates the presence of the clinical effectiveness of pilot implementation (training in asthma-school and issuance of personal peak flow meters) in the management of asthma in the outpatient and inpatient levels.

References:

- 1. Executive G. et al. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. 2014. 51 p.
- 2. Bhan N. et al. Time Trends in Racial and Ethnic Disparities in Asthma Prevalence in the United States From the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) Study (1999–2011) // American journal of public health. 2015. V. 105. №6. pp. 1269-1275.
- 3. Bousquet J. et al. GINA guidelines on asthma and beyond // Allergy. 2007. V. 62. №2. C. 102-112.
- 4. Burr M. L. et al. Changes in asthma prevalence: two surveys 15 years apart // Archives of disease in childhood. 1989. V. 64. №10. P. 1452-1456.
- 5. Clark N. M., Starr-Schneidkraut N. J. Management of asthma by patients and families //

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 1994. V. 149. №2. P. 54-66.

- 6. D'Amato G., Cocco G., Melillo G. Asthma problems in southern Italy: A statistical study of 2362 asthmatic patients // Allergologia et immunopathologia. 1978. V. 7. №4. P. 263-270.
- 7. European Community Respiratory Health Survey et al. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) // Eur Respir J. 1996. V. 9. P. 687-695.
- 8. Nurpeissov T. et al. Tolerability of budesonide/formoterol in patients of Kazakhstan rural regions. Clinical and Translational Allergy. 2015. V. 5. Suppl 2. P. P21.
- 9. Nurpeissov T. T., Nurpeissov T. N., Abdushukurova Nurpeissov T., G. Z., Zhaksylykova A. M. Availability and compliance to basic therapy of bronchial asthma in rural region Kazakhstan. Abstracts European of Respiratory Society Annual Congress 2013. International Scientific Journal «European Respiratory Journal» №42 (Suppl 57), 2013. P.3835.
- 10. Nurpeissov T. T., Nurpeissov T. N., Abdushukurova G. Z., Akpeissova R. B., International Nurpeissov Τ. Guidelines introduction and free medicines for asthmatic patients in Kazakhstan. Special Issue: Abstracts from the European Academy of Allergy and Immunology Clinical and World Allergy Allergy Organization World and Asthma Congress, 22-26 June 2013, Milan, Italy. International Scientific Journal «Allergy» №68 (Suppl s97). 2013. P. 373-374.
- 11. Nurpeissov T. T., Nurpeissov T. N., Abdushukurova G. Z., Avdugaliyeva A., Gazaliyeva M., Shagiyeva A. Asthma spreading and primary diagnostics problems in rural regions of Kazakhstan The Proceedings of 2nd International Severe Asthma Forum (ISAF) Athens, Greece. 13-15 November 2014 published in International Scientific Journal «Clinical and Translational Allergy». № 5 (Suppl 2), 2015. P.22.

Контактная информация:

Абдушукурова Гулзада Зафаровна – докторант PhD Международного Казахско-Турецкого университета им. Х.А. Ясяви, главный врач TOO «Сан-мед сервис», г. Туркестан, Казахстан.

Почтовый адрес: Казахстан, г. Шымкент, мкр. Мирас 18-62.

E-mail: gulzada-z@mail.ru **Телефон:** 77019924108

UDC 364.272

THE REPORT ON THE KAZAKHSTAN DELEGATION PARTICIPATION IN THAILAND TRAINING COURSE FOR CONCERNED OFFICIALS ON DRUG TREATMENT AND REHABILITATION

M. V. Prilutskaya

Semey State Medical University

The article presents a report on the participation of the Kazakhstan delegation in the training course for concerned officials on Drug Treatment and Rehabilitation in the period of 24-31 August, 2015 (Thailand). The role of Conference on Interaction and Confidence Building Measures in Asia was introduced in part of activity aimed to drug abuse combating as well as treatment and rehabilitation. The goals and objectives of the training course were emphasized. The article notices the work principles for 24 member states. The results of the training course were reflected in the form of the 5 recommendatory principles.

Key words: drug addiction, rehabilitation, treatment, report.

ОТЧЕТ ОБ УЧАСТИИ КАЗАХСТАНСКОЙ ДЕЛЕГАЦИИ В УЧЕБНОМ КУРСЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ДЛЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ОФИЦИАЛЬНЫХ ЛИЦ (ТАИЛАНД)

М. В. Прилуцкая

Государственный медицинский университет города Семей

В статье приведен отчет об участии казахстанской делегации в учебном курсе по лечению и реабилитации наркозависимых для заинтересованных официальных лиц, прошедший с 24 по 31 августа 2015 года в Таиланде. Подчеркнута роль работы Секретариата Совещания по Взаимодействию и мерам доверия в Азии по внедрению мероприятий, направленных на противодействие наркомании, в том числе в сфере лечения и реабилитации зависимостей. Освещены основные цели и задачи обучающего курса. Упомянуты принципы работы делегаций из 24 стран-участниц. Результаты тренинга отражены в форме 5 рекомендательных принципов.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, реабилитация, лечение, отчет.

ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ДЕЛЕГАЦИЯНЫҢ НАШАҚОРЛЫҚҚА ТӘУЕЛДІЛЕРДІ ЕМДЕУ ЖӘНЕ САУЫҚТЫРУ БОЙЫНША МҮДДЕЛІ РЕСМИ ТҰЛҒАЛАРҒА АРНАЛҒАН ОҚЫТУ КУРСТАРЫНА (ТАЙЛАНД) ҚАТЫСУЫ ТУРАЛЫ ЕСЕП

М. В. Прилуцкая

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

Мақалада 2015 жылдың 24-31 тамызы аралығында Тайландта қазақстандық делегацияның нашақорлыққа тәуелділерді емдеу және сауықтыру бойынша мүдделі ресми тұлғаларға арналған оқыту курстарына қатысуы туралы есеп берілген. Азияда нашақорлыққа қарсы әрекеттерге бағытталған, оның ішінде тәуелділіктерді емдеу және сауықтыру аясындағы шараларды енгізу жөніндегі Өзара әрекет ету және сенім шаралары бойынша Кеңес Хатшылығы жұмысының рөлі аталып өтті. Оқыту курсының негізгі мақсаттары мен міндеттері

жарияланды. 24 қатысушы-ел делегацияларының жұмыс принциптері еске салынды. Жаттығу нәтижелері ұсыныс принциптерінің 5-ші нысанында көрсетілген.

Негізгі сөздер: нашақорлыққа тәуелділік, сауықтыру, емдеу, есеп.

Библиографическая ссылка:

Прилуцкая М. В. Отчет об участии казахстанской делегации в учебном курсе по лечению и реабилитации наркозависимых для заинтересованных официальных лиц (Таиланд) / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 95-97.

Prilutskaya M. V. The report on the Kazakhstan delegation participation in Thailand training course for concerned officials on drug treatment and rehabilitation. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 95-97.

Прилуцкая М. В. Қазақстандық делегацияның нашақорлыққа тәуелділерді емдеу және сауықтыру бойынша мүдделі ресми тұлғаларға арналған оқыту курстарына (Тайланд) қатысуы туралы есеп / / Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 95-97.

Kazakhstan is a country with forward-looking approach to the international collaboration. This thesis is confirmed by some diplomatic initiatives referred to the political, economic and social level. One of the picturesque examples of the complete work is the Conference on Interaction and Confidence Building Measures in Asia (CICA). This international agency is "a multi-national forum for enhancing cooperation towards promoting peace, security and stability in Asia. It is a forum based on the recognition that there is close link between peace, security and stability in Asia and in the rest of the world. The Member States, while affirming their commitment to the United Nations Charter, believe that peace and security in Asia can be achieved through dialogue and cooperation leading to a common indivisible area of security in Asia where all states co-exist peacefully and their peoples live in peace, freedom and prosperity" [1].

Nursultan Nazarbayev proposed this idea on 5 October 1992, at the 47th Session of the United Nations General Assembly. Unlike other regions in the world, Asia did not have such a structure at that time and earlier attempts to create a suitable structure had not been very successful.

The two milestones for CICA were passed when Declaration on the Principles Guiding Relations among the CICA Member States was adopted at the First Meeting of Ministers of Foreign Affairs and Almaty Act as well as the charter of the CICA was adopted at the First Summit Meeting.

The main principles of CICA are sovereign equality, non-interference in internal affairs of the Member States and economic, social and cultural cooperation through elaborating multilateral

approaches towards promoting peace, security and stability in Asia.

CICA establish valuable contacts and links with United Nations, Economic Cooperation Organization, Eurasian Economic Community, International Organization for Migration, Assembly of People of Kazakhstan and Shanghai Cooperation Organization.

One of the cooperation area provided by CICA is *New challenges and threats (terrorism, money loundering, drug trafficking, human trafficking).* This line of work consists from several points:

- 1. exchange of information on measures among Member States on fighting terrorism in all its forms and manifestations as well as prevention of the activities of separatist and extremist organizations and organized crime groups linked closely to them;
- 2. exchanging information on the measures the Member States have taken to curb illicit drug trafficking, human smuggling and trafficking, illegal migration, money laundering, transboundary organized crime, illicit trade in small arms and light weapons, including Man Portable Air Defense Systems (MANPADS) as well as smuggling of explosives and poisonous materials;
- 3. exchanging information, assisting in establishing and strengthening cooperation and contacts between relevant authorities of the Member States in the area of fighting the economic and cyber crimes;
- 4. promoting law enforcement cooperation and exchange of information on legal, judicial and criminal matters;
- 5. sharing of experience and strengthening cooperation to cope with the emerging infectious diseases and epidemics [1].

Combating drug traffic and drug-associated diseases are considered to be the key point in problem solving connected with compound aspects of social issues. The main form of CICA working are seminars and workshops that enable the dialog in such provocative area as drug consumption and drug addiction.

In accordance CICA principles the Thai Royal government organized and realized the training course for concerned officials on Drug Treatment and Rehabilitation in the period of 24-31 August, 2015. The Participants were presented by 24 Member States, namely Afghanistan, Azerbaijan, Bahrain, Cambodia, China, Egypt, India, Iran, Iraq, Israel, Jordan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Mongolia, Pakistan, Palestinian territories, Republic of Korea, Russia, Tajikistan, Turkey, United Arab Emirates, Uzbekistan, Vietnam and Thailand.

As Course objectives were defined the following items:

- 1. to enhance knowledge and experiences of officers from CICA member states on drug treatment and rehabilitations as well as encourage the application of drug treatment model in their countries;
- 2. to promote information sharing and strengthen cooperation network among CICA member states.

The program of the Course included several points: Thailand's policy and strategies on drug demand and rehabilitation, models of drug treatment and rehabilitation implemented in Thailand [3].

During the Course the participants have opportunity to visit voluntary, compulsory and correctional facilities, drug treatment program implemented by local authorities, religious based treatment program, as well as harm reduction offices.

The participants made 15 minutes country reports highlighted on regional drug treatment program. Kazakhstan report was dedicated to innovative aspects of the drug addiction treatment system. The reporter observed the role of

government reforms in the rehabilitation field and provided information about the country harm reduction program. The great interest among the participants was caused by the issue of psychotherapeutic rehabilitation promoted in dispensaries. Kazakhstan delegate shared the experience of long-term out-patient service where case-management technologies implemented. It was mentioned the results of collaboration between Kazakhstan drug treatment service and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) [2]. The member of the Training Course showed sincere interest to the report emphasizing the experience of Kazakhstan in building a multi-system rehabilitation.

In the final day the officers exchanged views and experiences on selected issues concluded in a common presentation. As a result, this dialog turned into the forum for all participants to share and express their opinions and comments to the class.

The results of Training were summarized in the Final Document where essential points were written down as the 5 main principles:

- 1. the best practices implementation,
- 2. facilitation non-stop collaboration,
- 3. stimulation drug treatment activities,
- 4. undertaking joint scientific research works,
- 5. raising public awareness and disseminating information.

References:

- 1. CICA 20th Anniversary 1992-2012 // An official publication of the government of the Republic of Kazakhstan). Embassy of Kazakhstan to the United States of America. Washington DC, 2012. 30 p.
- 2. National report on the Drug Situation in the Republic of Kazakhstan (2012) // National Scientific and Practical Centre on Medical and Social Problems of Drug Addiction. CADAP. Pavlodar, 2012. P. 105
- 3. Thailand Narcotic Control and Annual Report 2013. Office of the Narcotic Control Board // Ministry of Justice. Bangkok, 2013. 108 p.

Контактная информация:

Прилуцкая Мария Валерьевна - докторант Phd по специальности «Медицина», Государственного медицинского университета города Семей

Почтовый адрес: 140002, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Торайгырова 83-39.

E-mail: mariyapril2407@gmail.com

Телефон: 87014186539

ИСКАКОВ ГАЗИЗ (ТОЛЕУГАЗЫ) КАРИБАЕВИЧ (к 80-летию со дня рождения)



«Люди в белых халатах во все времена вызывали трепет и уважение. Они спасают жизни и лечат такие болезни, которые с жизнью несовместимы. Докторам люди доверяют самую большую свою драгоценность — свое здоровье, а порой и жизнь».

В эти дни исполняется 80 лет одному из известных в нашем городе и за его пределами человеку, к.м.н., доценту Искакову Газизу (Толеугазы) Карибаевичу.

Искаков Газиз (Толеугазы) Карибаевич, родился 25 октября 1935 года в Семипалатинской области селе Ново-Покровка. В 1940 году родители его переехали на родину - в Шынгыстау, где жили в селе Атей и трудились в колхозе. В школу он пошел только с 10 лет, так как в то время была война, не было ни школы, ни учителей. Отец учил его букварю, а мама учила латыни, так он до школы уже научился читать.

В 1948 году закончил в селе Атей начальную школу, затем перевелся в среднюю школу имени Абая в селе Караул, которую окончил в 1955 году с серебряной медалью. Его отец хотел чтобы он стал врачом. В этом же году Газиз Карибаевич поступает в Семипалатинский медицинский институт на лечебный

факультет. В 1961 году оканчивает его с отличием, получив красный диплом. Несмотря на то, что после окончания института, ему предложили остаться в аспирантуре на кафедре, он вернулся в Абайский район, где работал районным педиатром с 1961 по 1963 год. Летом 1963 года после того, как ректор института К. Ш. Шуаков сказал ему, что в Москве есть место в аспирантуре, Газиз Карибаевич прошел по конкурсу и поступил в целевую аспирантуру в «Научно-исследовательский институт педиатрии» АМН СССР. В 1966 году успешно окончил аспирантуру. В 1967 году блестяще защитил кандидатскую диссертацию на тему «Препараты гамма-глобулина в комплексном лечении бронхиальной астмы у детей раннего возраста» и решением Совета ордена Трудового Красного Знамени Института педиатрии АМН СССР от 28 марта 1967 года ему присвоена научная степень кандидата медицинских наук.

Далее в период с 1967 года по 2008 год работал в Семипалатинском медицинском институте сначала ассистентом, потом доцентом, затем заведовал кафедрой детских болезней лечебного факультета.

Ни для кого не секрет, что хорошему врачу необходимы не только собственный талант, знания и чуткость. Для успеха на этом сложном поприще очень важны поддержка и понимание со стороны коллег – то, что называется командой.

В эти же годы он активно работал над докторской диссертацией на тему «Прогнозирование и профилактика аллергических заболеваний у детей». Таким образом в Семипалатинском медицинском институте он проработал 31 год. На протяжении многих лет оказывал лечебно-консультативную помощь маленьким пациентам.

Является автором более 135 научных работ по проблемам педиатрии и здравоохранения, которые были изданы во всесоюзных, республиканских журналах и книгах. Две статьи изданы в Германии. Является автором книги «Здоровье ребенка» и соавтором учебника «Детские болезни» на казахском языке. В рукописном варианте имеется учебник «Акушерство» на

казахском языке. Неоднократно выступал в средствах массовой информации, освещая наиболее актуальные проблемы, касающиеся здоровья детского населения.

Он очень любит поэзию, прекрасно пишет стихи. В свободное время активно занимается медицинской просветительной работой. В этой отрасли им опубликованы более 300 статей в газетах Семипалатинска, Алматы, Павлодара, Караганды, Жезказгана. Посвятил множество своих научно-исторических статей, таких как о «Анет-Бабе» и «А. Жиренши».

Он неоднократно выступал с докладами на международных, республиканских конференциях. В рамках Совесткого Союза и Республики постоянно принимал участие во многих съездах педиатров. Активно участвовал в общественной жизни кафедры и института.

Газиз Карибаевич не только грамотный педагог, квалифицированный врач, прекрасный наставник, но и добросовестный и очень трудолюбивый человек. За достигнутые успехи он неоднократно был награжден Почетными Грамотами, Благодарностями. Одними из многочисленных его наград являются: медали «100-летие В. И. Ленина», «50 лет Советской педиатрии», награжден значком «Отличник здравоохранения».

Газиз Карибаевич не только замечательный врач, педагог, но и прекрасный отец, дедушка. На сегодняшний день с гордостью можно сказать, что дети и внуки Газиз Карибаевича все образованы и являются грамотными специалистами в своей отрасли. Более 10 его наследников следуя по его стопам освоили профессию врача.

В связи с предстоящим Юбилеем ректорат Государственного медицинского университета города Семей и сотрудники кафедры интернатуры по педиатрии и детской хирургии сердечно поздравляют Газиза Карибаевича и искренне желают ему благополучия, крепкого здоровья, долгих лет жизни и творческих успехов, и посвящают следующие слова:

Восемь десятков — круглая дата!
В памяти то, что бывало когда — то.
Но не грустите и не унывайте,
Этот день славный не забывайте!
Крепким здоровье пускай ваше будет,
Счастье дорогу в ваш дом не забудет,
Птички пускай за окошком поют,
Ну а родные — любят и чтут.
Мы с днем рождения Вас поздравляем
И от души, без сомнений, желанием
Встретить однажды еще веселей
Важный столетний большой юбилей!

Ректорат Государственного медицинского университета города Семей и сотрудники кафедры интернатуры по педиатрии и детской хирургии

ЕДИНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Журнал «Наука и Здравоохранение» рецензируемый междисциплинарный научнопрактический публикует журнал, который результаты оригинальных исследований, литературные обзоры, клинические случаи, краткие сообщения и отчеты о конференциях по кругу вопросов, связанных широкому медициной клинической И общественным здоровьем. Основной читательской аудиторией журнала является биомедицинское научное сообщество, практикующие врачи, докторанты и магистранты области В медицины общественного здоровья.

Настоящие требования составлены на основе «Единых требований рукописям, К представляемым в биомедицинские журналы», разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов (ICMJE), в который входят редакторы ведущих мировых медицинских журналов, таких как Journal of American Medical Asociation, The Lancet, New England Journal of Medicine и других. В данном документе учтены наиболее часто встречающиеся в казахстанских и международных журналах а особое внимание рекомендациям по описанию методов проведения исследования, статистической обработки данных, представления результатов и их интерпретации. Редакция журнала надеется, что соблюдение этих требований авторами рукописей поможет существенно повысить качество журнала цитируемость отечественными зарубежными исследователями.

Рукописи, не соответствующие данным требованиям, редакцией журнала рассматриваться не будут.

Все статьи, поступившие в редакцию, подвергаются тщательному рецензированию. Журнал практикует двойное слепое котором рецензирование, пап рецензенту неизвестно имя автора, а авторам неизвестно содержащая рецензента. Рукопись, статистические данные, направляется помимо рецензента по специальности также и рецензенту по статистике. Если у рецензентов возникают вопросы, статья возвращается авторам на доработку. Редакция имеет право запросить исходную базу данных, на основании которой производились расчеты в случаях, когда возникают вопросы о качестве статистической обработки. Редакция также оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи.

Подготовка материалов

Рукописи следует присылать в редакцию в электронном виде в формате MS Word как приложение к электронному письму. Сопроводительное письмо оформляется на имя главного редактора журнала и должно содержать следующую информацию:

- 1. Название рукописи
- 2. Фамилия, имя, отчество и место работы всех авторов
- 3. Фамилия, имя, отчество, ученая степень, звание, должность и место работы автора, ответственного за дальнейшую переписку с редакцией. Почтовый адрес телефон, факс, адрес электронной почты автора, ответственного за дальнейшую переписку с редакцией.
- 4. Количество слов в рукописи (не включая резюме, пристатейный список литературы, таблицы и рисунки)
 - 5. Количество таблиц и рисунков
 - 6. Дата представления рукописи
- 7. Подпись автора, ответственного за переписку с редакцией
- 8. Авторы должны заверить редакцию в том, что материалы, представляемые в данной статье, не были опубликованы в другом печатном издании. Следует информировать о том, что какието части этих материалов уже опубликованы и могут рассматриваться как дублирующие. В таких случаях в новой статье должны быть ссылки на предыдущие работы. Копии таких материалов прилагаются к рукописи, чтобы редакция имела возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не допускается направление статей, которые уже напечатаны в других изданиях или представлены для печати в другие издательства
- 9. Сообщение о возможном конфликте интересов. Авторы также должны представить финансовых заявление 0 или других взаимоотношениях, которые могут привести к конфликту интересов. Например, если проводится клиническое испытание лекарственного средства, обязательно указать отношения исследователя и фармацевтической компании, производящей изучаемый препарат.
- 10. Сопроводительное письмо может содержать любую другую информацию, полезную редакции журнала.

К статье прилагается заключение Экспертной комиссии о возможности публикации.

Электронный вариант статьи готовится в программе Microsoft Word. Текст статьи печатается шрифтом Times New Roman размером 12 пунктов с

интервалом 1,5. Ориентация межстрочным книжная (портрет) с полями со всех сторон по 2,5 см и обязательной нумерацией страниц начиная с Таблицы титульного листа. рисунки (иллюстрации, графики, фотографии), а также подписи к ним присылаются в том же файле, что и основной текст, и размещаются на отдельных страницах в конце статьи. Общее число таблиц и рисунков в оригинальных статьях обычно не 5. Приблизительное должно превышать расположение иллюстративного материала в тексте указывается на полях с правой стороны.

Объем рукописи оригинальной статьи должен быть 2000-3000 слов не включая резюме. выражение благодарности, пристатейный список литературы, таблицы и рисунки. Литературный обзор может включать до 5000 слов. Список литературы для оригинальных статей должен включать 20-30 ссылок. Для обзоров количество ссылок может доходить до 100. Отчеты о конференциях, краткие сообщения и рецензии на книги не должны содержать более 1500 слов. Рукописи оригинальных статей должны иметь следующие разделы: «Резюме», «Введение», «Методы», «Результаты», «Обсуждение результатов», «Список литературы».

Требования к содержанию статьи

Название работы должно быть по возможности кратким (не более 180 знаков), но информативным и точно отражающим ее содержание. Следует избегать названий в форме вопросительных предложений, а также названий, смысл которых можно прочесть неоднозначно. Не рекомендуется применять сокращения (аббревиатуры) в названии статьи. В тексте допускается использование стандартных сокращения (аббревиатурр). Полный термин, вместо которого вводится аббревиатура, должен предшествовать первому применению данного сокращения в тексте.

Титульная страница

На титульной странице указывается следующая информация:

- 1. Название статьи (жирным шрифтом)
- 2. Фамилии и инициалы каждого из авторов
- 3. Полный адрес автора, ответственного за переписку с редакцией, включая телефон и адрес электронной почты
- 4. Полное название всех организаций, к которым относятся авторы. Связь каждого автора с его организацией осуществляется с помощью цифры верхнего регистра как показано ниже:

Экологические исследования в здравоохранении

Гржибовский А.М.1-3, Иванов С.В.4

- 1. Национальный Институт Общественного Здравоохранения, г. Осло, Норвегия
- 2. Международная школа общественного здоровья, Северный Государственный Медицинский Университет, г. Архангельск, Россия
- 3. Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан
- 4. Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Вторая страница

Вторая страница должна содержать резюме и ключевые слова на трех языках (русском, казахском и английском). Резюме представляет собой краткое, но вместе с тем максимально информативное содержание научной публикации. Объем его должен быть не больше 300 слов. В нем кратко излагаются предпосылки и цели исследования, основные методы, включая тип исследования, создание выборки и основные аналитические методы, основные результаты с их пифровым выражением И уровнями статистической значимости и основные выводы. Отмечаются новые важные аспекты И исследования. Резюме - единственная часть статьи, которая доступна в электронном формате для широкого круга читателей, поэтому в обязанность авторов входит обеспечение точного соответствия резюме содержанию всей работы. должно быть структурировано содержать следующие разделы: «Введение»,

«Цель исследования», «Методы», «Результаты», «Выводы». Резюме новых методов ДЛЯ исследования или обработки данных, описания отдельных клинических случаев или наблюдений должно побудить читателя обратиться к полному тексту статьи. Редакция оставляет за собой право перевод. При составлении корректировать англоязычной версии резюме с заголовком во избежание недоразумений рекомендуется воспользоваться помощью профессионального переводчика.

Под резюме помещается подзаголовок **«Ключевые слова»**, а после него от 3 до 6 ключевых слов, отражающих проблемы, изучаемые в ходе исследования. Для ключевых слов желательно использовать термины из списка медицинских предметных заголовков (MeSH, Medical Subject Headings), используемых в Index Medicus (<u>www.pubmed.com</u>).

Введение

В разделе четко формулируются предпосылки проведения исследования: обозначается суть проблемы и ее значимость. Авторы должны ознакомить читателя с изучаемой проблемой, кратко описать, что известно по данной теме, работы, проводившиеся упомянуть авторами, обозначить недостатки предыдущих исследований, если таковые имеются, т. е. аргументированно доказать читателю необходимость проведения исследования. Не следует приводить все работы, опубликованные по данной теме, достаточно упомянуть наиболее только значимые И3 них, те, непосредственно относятся к теме. Рекомендуется ссылаться не только на отечественные, но и зарубежные исследования по изучаемой теме.

В конце раздела формулируется цель исследования. Здесь же перечисляются задачи, поставленные для достижения цели. Цель формулируется таким образом, чтобы у читателя имелось полное представление о том, что планируется изучить, у каких лиц и с помощью какого метода. Не следует включать в этот раздел данные, результаты или заключения, которые будут представлены далее в работе.

Методы

Раздел должен включать только те методы, которые предполагалось использовать на стадии планирования проекта согласно оригинальному исследования. Дополнительные протоколу методы, необходимость применения которых возникла в ходе выполнения исследования, должны представляться в разделе «Обсуждение результатов». Раздел должен быть написан настолько подробно, чтобы читатель мог не только самостоятельно оценить методологические плюсы и минусы данного исследования, но при желании и воспроизвести его. В разделе рекомендуется представлять четкое описание следующих моментов (выделение их в отдельные подразделы необязательно): тип исследования; способ отбора участников исследования; методика проведения измерений: способы представления и обработки данных; этические принципы.

1. Тип исследования

В данном подразделе четко обозначается тип проводимого исследования (обзор литературы, обсервационное, экспериментальное, и т. д.). При проведении обсервационного исследования следует указать, является ли оно описательным аналитическим. В аналитических или определяется разновидность исследования: поперечное, случай – контроль, когортное, экологическое и т. д. Рекомендуется указывать год и месяц проведения исследования, особенно при изучении признаков, для которых характерна сезонная изменчивость. В литературных обзорах следует четко указать критерии включения и исключения публикаций.

2. Способ отбора участников исследования

В этом подразделе четко указывается, каким образом отбирались пациенты или лабораторные животные для наблюдений и экспериментов. Обозначаются критерии для включения потенциальных участников в исследование и исключения из него. Рекомендуется указывать генеральную совокупность, ИЗ которой производится отбор участников исследования и на которую полученные результаты будут При экстраполироваться. использовании исследовании такой переменной, как расовая или этническая принадлежность, следует объяснить, как эта переменная оценивалась и какое значение несет использование данной переменной. обсервационных исследованиях следует указывать способ создания выборки (простой случайный, стратифицированный, систематический, кластерный, многоступенчатый, и т. д.) и аргументировать включение в исследование именно этого количества В участников. экспериментальных следует указывать на наличие или отсутствие процедуры рандомизации исследования. участников Необходимо представлять описание процедуры рандомизации. Кроме того, следует указывать, проводилась ЛИ процедура маскирования. Приветствуются расчеты минимального необходимого объема выборки для проверки статистических гипотез или ретроспективный расчет статистической мощности для основных расчетов.

3. Методика проведения измерений

Все процедуры измерения тех или иных параметров, сбора данных, проведения лечебных или диагностических вмешательств должны быть описаны настолько детально, чтобы исследование можно было воспроизвести по представленному описанию. При необходимости можно сделать ссылку на детальное описание используемого метода. Если исследователь использует описанного собственную модификацию ранее метода или предлагает новый, то обязательно представляется краткое описание используемой модификации или предлагаемого метода, а также аргумент против использования общепринятых методов. Указываются названия лекарственных средств (как коммерческие, так и международные), химических веществ, дозы и способы введения препарата, применяемого в данном исследовании. Используемые аппараты. инструменты. лекарственные препараты и т. д. сопровождаются ссылкой на производителя.

4. Способы представления и обработки данных

Данный подраздел часто является основной причиной для отказа в публикации работ казахстанских ученых за рубежом. Описывать используемые методы обработки данных

необходимо настолько подробно, чтобы читатель, имеющий доступ к исходным данным, мог проверить полученные результаты. Редакция журнала может в сомнительных случаях запросить у авторов статьи исходные данные для проверки представляемых результатов. В этом подразделе следует дать определение всем статистическим терминам, символам И сокращениям, используемым в работе. Например, М – среднее арифметическое, SD - стандартное отклонение, m - стандартная ошибка среднего арифметического, медиана, Мо - мода, и т. д. Если в исследовании проверяются статистические гипотезы, то следует указывать принятый уровень авторами критический значимости. Гипотезы должны формулироваться четко и описываться понятным читателю языком.

Редакция журнала не рекомендует полагаться исключительно на использование достигнутого уровня значимости при проверке статистических гипотез, так как величина р не отражает всей полноты информации. Рекомендуется представлять результаты с соответствующими ошибок и неопределенности показателями интервалы). (доверительные При описании статистических методов должны приводиться руководства и справочники с ССЫЛКИ обязательным указанием страниц. статистических процедур для проверки гипотез рекомендуется рассчитывать величину эффекта для наиболее важных сравнений. Рекомендуется представлять не только точечную, интервальную оценку изучаемых параметров.

Если в исследовании применяется несколько статистических критериев, следует упомянуть их все и указать, в какой ситуации какой из критериев Расплывчатое использовался. описание обработки статистической данных типа обработку «вариационно-статистическую помощью общепринятых проводили С параметрических и непараметрических методов статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica» является неинформативным и недопустимым. Работы С подобными формулировками будут сразу же отправляться на доработку без дальнейшего рецензирования, что значительно увеличит время от предоставления рукописи в редакцию до публикации. Применение тех или иных методов обработки данных должно четко аргументироваться. Например, используя параметрические критерии, следует описывать, с помощью каких критериев проводилась процедура проверки распределения. Необходимо указывать, как производилась проверка соблюдения условий применения методов, для которых эти условия необходимы. Каждый из применяемых критериев должен быть обозначен так, чтобы исключить варианты прочтения. Например, если сравнение выборочных средних проводилось с помощью

критерия Стьюдента, то следует указывать, какой из критериев Стьюдента (для независимых выборок или для парных наблюдений) использовался в работе. Недостаточно сказать, что применялся корреляционный анализ, надо указать, какой из коэффициентов корреляции рассчитывался. При использовании многомерных методов обработки данных указывается, каким способом отбирались переменные для включения в модели и какие категории использовались в качестве категорий сравнения. Если применяется редко встречающийся метод обработки данных, надо указывать, почему был выбран именно этот метод, представить ссылку на литературный источник и кратко описать используемый метод.

Если для обработки данных применяется пакет статистических программ, следует указывать его название и версию. Сообщать, на каком компьютере производилась обработка данных, ввиду отсутствия практической ценности данной информации, не нужно.

5. Этические принципы

Если В статье содержится описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовала ли эта процедура стандартам этического комитета, несущего ответственность за эту сторону работы, или Хельсинкской декларации 1975 г. и последующим пересмотрам. Недопустимо фамилии и инициалы пациентов, номера историй болезни, особенно если статья сопровождается иллюстрациями ипи фотографиями. Πри использовании лабораторных исследовании животных необходимо указывать вид и количество животных, применявшиеся методы их обезболивания и умерщвления в соответствии с правилами, принятыми в учреждении, рекомендациями национального совета по исследованиям или действующим законодательством.

Результаты

Раздел предназначен только для представления основных результатов исследования. Результаты, полученные в ходе данного исследования, не сравниваются с результатами аналогичных исследований других авторов и не обсуждаются.

Результаты следует представлять в тексте, таблицах рисунках В логической последовательности исходя из очередности целей задач исследования. Не рекомендуется дублировать в тексте результаты, представленные в таблицах или на рисунках, и наоборот. Описываются, выделяются и суммируются только важные наблюдения, относящиеся к задачам исследования. Общие характеристики выборки или исследуемых групп следует представлять в таблице с указанием основных изучаемых признаков. Необходимо указывать не только средние величины, но и меры рассеяния или доверительные интервалы для средних величин и долей.

Средние величины не следует приводить точнее, чем на один десятичный знак по сравнению с исходными данными. При описании необходимо указывать абсолютное количество наблюдений, особенно при малых выборках. Проценты приводятся С двумя только если десятичными знаками, доля составляет менее 1 %. Если доля составляет от 1 до 10 %, то достаточно одного десятичного знака. Приветствуется использование 95 доверительных интервалов, как для средних величин, так и для долей.

Достигнутый уровень значимости (р) для каждого из использованных статистических критериев следует представлять с точностью до трех десятичных знаков. Редакция настоятельно рекомендует избегать формулировок типа р < 0,05 или р > 0,05 (исключение составляет ситуация, когда р < 0.001). Вместо формулировок p < 0.05; p > 0.05 или «различия незначимы» следует указывать абсолютное значение величины р с точностью до тысячных долей (например, р = 0,032). Помимо достигнутого уровня значимости рекомендуется приводить фактические значения критериев и число степеней свободы. Например, критерий хи-квадрат Пирсона при наличии двух степеней свободы представляет следующее: $\chi^2 = 29.2$, d. f. = 2, p < 0.001. Редакция настоятельно рекомендует избегать употребления «достоверность» термина при проверке статистических гипотез. При обнаружении статистически значимых различий не стоит говорить о том, что «различия достоверны». Корректнее говорить «различия статистически значимы». Всегда следует помнить, что выявление статистически значимых различий еще не означает наличие клинически важных различий, причинноследственных связей достоверности или результатов.

Мы рекомендуем всем авторам ознакомиться с наиболее часто встречающимися ошибками статистической обработки и представления данных в статье, опубликованной в № 1 «Международного журнала медицинской практики» за 2005 г.

Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц СИ.

Таблицы позволяют кратко и наглядно представить имеющиеся данные во всех необходимых деталях. Суммирование результатов в виде таблиц позволяет существенно уменьшить объем текста. Таблицы нумеруются арабскими цифрами последовательно в порядке их первого упоминания в тексте. Каждая таблица должна иметь заголовок, который позволит читателю понять, какие данные представлены в ней, без прочтения текста статьи. Боковик и графы таблицы

также должны быть озаглавлены. Если используются аббревиатуры, то они расшифровываются в подтабличном примечании. Все разъяснения даются там же. Для сносок рекомендуется использовать арабские цифры в верхнем регистре (1). Таблицы не должны быть громоздкими или включать информацию, не относящуюся к целям и задачам исследования.

Все графики, иллюстрации и фотографии должны быть представлены в электронном виде в расчете на печать в черно-белом цвете. Фотографии должны быть контрастными в формате JPEG. Графики, схемы и рисунки могут быть представлены в форматах Excel или JPEG. Если используются фотографии людей, то эти люди не должны быть узнаваемы или к таким фотографиям должно быть приложено письменное разрешение на их публикацию. Все иллюстрации должны иметь заголовки и быть понятны без обращения к тексту статьи. В подписях под рисунками дается описание всех условных обозначений. иллюстрации нумеруются арабскими цифрами последовательно в порядке их упоминания в тексте. При использовании иллюстраций из других источников необходимо привести источник информации. Не рекомендуется представлять более 5 иллюстраций и таблиц в одной статье.

Обсуждение результатов

статьях, описывающих оригинальные начинается с исследования, данный раздел 2–3 краткого (не более предложений) представления основных результатов исследования. Основными результатами считаются те, что соответствуют целям и задачам исследования. Не стоит акцентировать внимание на побочных результатах только потому, что при проверке статистических гипотез были выявлены статистически значимые различия. Не следует повторять в данном разделе материал, который уже был описан в разделах «Введение» и «Методы». Необходимо выделить новые и важные аспекты исследования и, что не менее важно, попытаться объяснить причины получения именно таких результатов. Следует критически описать имеющиеся недостатки данного исследования, особенно если ОНИ способны существенное влияние на полученные результаты или их интерпретацию. Кроме того, следует отметить сильные стороны исследования или чем оно лучше других по данной теме. Обсуждение достоинств и недостатков исследования является важной частью раздела и призвано помочь читателю интерпретации полученных В результатов. Всегда надо помнить, что лучше обратить внимание читателя имеющиеся недостатки исследования (идеальных исследований не бывает), нежели эти недостатки будут отмечены рецензентами или читателями. В разделе описывается, как полученные в ходе данного исследования результаты соотносятся с результатами аналогичных исследований, проводимых другими авторами. Вместо простого упоминания предыдущих исследований следует пытаться объяснить, почему полученные результаты отличаются или не отличаются от результатов, полученных другими авторами. Обсуждаются возможности применения полученных результатов, а также ограничения в их применении, если таковые имеются. Рекомендуется определить направления для дальнейших исследований, которые логически следуют из результатов данного исследования. Можно сформулировать новые гипотезы, но только когда это оправдано, и четко обозначить, что это только гипотезы. В некоторых случаях в данном разделе могут быть представлены практические рекомендации по использованию результатов исследования на практике.

Выводы необходимо делать исходя из целей исследования, избегая необоснованных заявлений которые выводов, не следуют представленных наблюдений ИЛИ расчетов. Например, не стоит делать выводы об экономической целесообразности применения нового метода лечения пациентов с заболеванием Х, если в статье не приводится анализ сравнительной экономической эффективности.

Список литературы

Список литературы должен представлять собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.0.5-2008. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках арабскими цифрами в соответствии со списком литературы, в котором цитируемые работы перечисляются в алфавитном (сначала отечественные, зарубежные). Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Для оригинальных статей количество источников должно быть 20-30, а для обзорных статей не должно превышать 100. Нежелательно ссылаться резюме докладов, газетные публикации, неопубликованные наблюдения личные сообщения. Ссылки должны быть сверены авторами рукописи с оригинальными документами.

Примеры:

- Кисляк О. А., Стародубова А. В. Значение определения артериальной жесткости центрального давления для оценки сердечнососудистого риска и результатов лечения пациентов с артериальной гипертензией // Consilium Medicum. 2009. Nº URL: 10. http://conmed.ru/magazines/consilium_medicum/3508/ 3516/?sphrase_id=2236 обращения: (дата 30.08.2013).
- 2. Мачинская Р. И., Крупская Е. В. Созревание регуляторных структур мозга и

- организация внимания у детей младшего школьного возраста // Когнитивные исследования : сб. науч. трудов. М. : Изд-во Института психологии РАН, 2008. Вып. 2. С. 32–48.
- 3. Попова О. Н. Характеристика адаптивных реакций внешнего дыхания у молодых лиц трудоспособного возраста, жителей Европейского Севера: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. Москва, 2009. 34 с.
- 4. Поскотинова Л. В. Вегетативная регуляция ритма сердца и эндокринный статус молодежи в условиях Европейского Севера России. Екатеринбург: УрО РАН, 2010. 229 с.
- 5. Решетник Л. А. Клинико-гигиеническая оценка микроэлементных дисбалансов у детей Прибайкалья: дис. ... д-ра мед. наук. 2000. 362 с.
- 6. Терещенко Ю. В. Трактовка основных показателей вариабельности ритма сердца // Материалы межрегиональной конференции «Новые медицинские технологии на службе первичного звена здравоохранения», Омск, 10–11 апреля, 2010. С. 3–11.
- 7. Чащин В. П., Гудков А. Б., Попова О. Н., Одланд И. О., Ковшов А. А. Характеристика основных факторов риска нарушений здоровья населения, проживающего на территориях активного природопользования в Арктике // Экология человека. 2014. № 1. С. 3–12.
- 8. Berner J., Furgal C. Impacts of a Warming Arctic // Arctic Climate Impact Assessment Scientific Report. Ch. 15. Cambridge University Press, 2005. P. 863–906.
- 9. Kudayeva I. V., Masnavieva L. B., Budarina L. A. Metallic mercury effect on the indices of oxidative stress in persons with neurological disorders // European Journal of Natural History. 2008. N 3. P. 54–55.

Списки литературы представляются в ДВУХ вариантах:

- 1. Русскоязычный вместе с зарубежными источниками в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008.
- 2. В транслитерации буквами латинского алфавита с переводом источников публикации на английский язык в соответствии с требованиями БД Scopus.

На сайте http://www.translit.ru/ можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BGN или BSI). Пример транслитерации приведенного выше списка литературы:

1. Kislyak Ö. A., Starodubova A. V. The significance of arterial rigidity and central arterial pressure measurement for the evaluation of arterial hypertension patient cardiac risk and treatment results. *Consilium Medicum*. 2009, 10. Available at: http://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/3508/3516/?sphrase_id=2236 (accessed 30.08.2013).

- 2. Machinskaya R. I., Krupskaya E. V. Sozrevanie regulyatornykh struktur mozga i organizatsiya vnimaniya u detei mladshego shkol'nogo vozrasta [Brain regulatory functions maturing and attention organization in primary schoolchildren]. *Kognitivnye issledovaniya. Sb. nauch. trudov* [Cognitive Research. Digest of Scientific Papers]. Moscow, Institut psikhologii RAN Publ., 2008, iss. 2, pp. 32-48.
- 3. Popova O. N. Kharakteristika adaptivnykh reaktsii vneshnego dykhaniya u molodykh lits trudosposobnogo vozrasta, zhitelei Evropeiskogo Severa (avtoref. dokt. diss.) [Characteristics of external respiration adaptive reactions in young ablebodied persons living in European North. Author's Abstract of Doct. Diss.]. Moscow, 2009, 34 p.
- 4. Poskotinova L.V. *Vegetativnaya regylyaziya ritma serdza i endokrinnyi statys molodezhy v ysloviyakh Evropeiskogo Severa Rossii* [Vegetative regulation of heart rate and endocrine status of young people in conditions of the European North of Russia]. Yekaterinburg, Ural Branch of RAS Publ., 2010, 229 p.
- 5. Reshetnik L. A. Kliniko-gigienicheskaya otsenka mikroelementnykh disbalansov u detei Pribaikal'ya (dokt. diss.) [Clinical-hygienic estimate of

- trace elements disbalance of children in the Cisbaikalia. Doct. Diss.]. 2000, 362 p.
- 6. Tereshchenko Yu. V. Traktovka osnovnykh pokazatelei variabel'nosti ritma serdtsa [Interpretation of main indices of heart rate variability]. *Materialy mezhregional'noi konferentsii «Novye meditsinskie tekhnologii na sluzhbe pervichnogo zvena zdravookhraneniya», Omsk, 10-11 aprelya 2010* [Proceedings of Interregional Conference "The New Medical Technology at Initial Stage of Public Care", Omsk, 10-11 April 2010]. Omsk, 2010, pp. 3-11.
- 7. Chashchin V. P., Gudkov A. B., Popova O. N., Odland J. Ö., Kovshov A. A. Description of Main Health Deterioration Risk Factors for Population Living on Territories of Active Natural Management in the Arctic. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 1, pp. 3-12. [in Russian]
- 8. Berner J., Furgal C. Impacts of a Warming Arctic. *Arctic Climate Impact Assessment Scientific Report.* Ch. 15. Cambridge University Press, 2005, pp. 863-906.
- 9. Kudayeva I. V., Masnavieva L. B., Budarina L. A. Metallic mercury effect on the indices of oxidative stress in persons with neurological disorders. *European Journal of Natural History.* 2008, 3, pp. 54-55.

Редакция рекомендует авторам ознакомиться с международными стандартами представления различных типов исследований:

Исследование	Рекомендации	Источник
PKT	CONSORT	www.consort-statemet.org
		www.mediasphera.ru/recom/consort.htm
Изучение диагностических тестов	STARD	www.consort-statement.org/stardstatement.htm
		http://www.mediasphera.ru/recom/tabl1.htm
Мета-анализ РКТ	QUOROM	http://www.mediasphera.ru/recom/quorom.htm
Обсервационные исследования	STROBE	www.strobe-statement.org
Мета-анализ обсервационных	MOOSE	www.consort-
исследований		statement.org/initiatives/moose/moose.pdf

Отклоненные статьи не возвращаются

Информацию о стоимости публикации статей можно узнать в редакции журнала.

Адрес редакции: 071400, г. Семей, ул. Абая, 103. Государственный медицинский университет города Семей, редакция журнала «Наука и Здравоохранение». Телефон редакции (87222) 56-42-09 (вн. №1054), факс: 8(7222) 56-97-55; E-mail: selnura@mail.ru

Мазмұны

Ғылыми зерттеулер методологиясы А.М. Гржибовский, С.В. Иванов, М.А. Горбатова Денсаулық сақтаудағы көлденең экологиялық (корреляциялық) зерттеулер

Біртума зерттеулер

О. В. Елисеева, И. И. Соколова

Локалды иммунитет көрсеткіштерін мониторлаумен жалпақ қызыл теміреткі фонында созылмалы генерализденген пародонтитпен науқастарды кешенді емдеудің тиімділігін бағалау

Ю.В. Авдосьев, В.В. Бойко, Т.А. Гришина, О.Ю. Лаврентьева

Ісік генезінің механикалық сары аурумен ауыратын науқастарды кешенді емдеуге рентгенохирургиялық араласу

Т. В. Каймак, А. Н. Нуртасова, Н. Б. Омаров, Р. Ж. Бактыбаева, Г.А. Танышева

Семей қаласының неврологиялық бөлімінің мәліметтері бойынша миастенияның клиникалық формаларының жиілігі және аурудың ағымына байланысты жүргізу тактикасының сұрақтары

М. У. Бексултанова, Г. А. Танышева, Ш. К. Кинаятова

Ана және перинатальды нәтижелеріне босану индукция әдістерінің әсері

Б. Т. Тусупкалиев, А. К. Жумалина, Б. А. Жекеева, Р. М. Байжанова

Құрсақ ішілік инфицирленген салмағы аз нәрестелердің иммунды жауабынын ерекшеліктері

М. А. Даулетьярова, Ю. М. Семенова, Г. Ж. Кайлюбаева, Г. К. Манабаева,

А. М. Елисинова, Н. М. Елисинова,

Е. С. Баймухаметов

Семей қ. Медицина қызметкерлерінің эффективті технологиялар және дәлелді медицина негіздері бойынша білімін зерттеу

А. Г. Коровников, М. Н. Сандыбаев, Т. А. Адылханов, М. Т. Нургазин

Семей қаласы өңірлік онкологиялық диспансеріндегі психотерапиялық қызметтің қалыптасу тәжірибесі

Л. С. Ермуханова, Д. Н. Каташева

Ақтөбе қаласы №4 қалалық емханасының күндізгі стационар жағдайы және даму перспективасы

Г. 3. Абдушукурова

Бронхиалды астманың менеджменті алгоритмін рандомизирленген клиникалық сынағы

Конференцияның есебі

М. В. Прилуцкая

Қазақстандық делегацияның нашақорлыққа тәуелділерді емдеу және сауықтыру бойынша мүдделі ресми тұлғаларға арналған оқыту курстарына (Тайланд) қатысуы туралы есеп **Мерейтой**

Искаков Г. К. 80-жылдығына арналған

Table Of Contents

Research methodology

5-18 A.M. Grjibovski, S.V. Ivanov,

M.A. Gorbatova

Ecological (correlation) studies in health sciences **Original articles**

19-25 O. V. Yeliseyeva, I. I. Sokolova

Effectiveness evaluation of comprehensive treatment of patients with chronic generalized periodontitis associated with oral lichen planus by monitoring of local immunity indices

26-35 Yu. V. Avdosyev, V. V. Boyko, T. A. Gryshina, O. Yu. Lavrentyeva

Roentgen-surgical interventions in complex treatment of patients with obstructive jaundice of tumor genesis

36-41 T. V. Kaimak, A. N. Nurtasova, N. B. Omarov, R. Z. Baktybaeva, G. A. Tanysheva

To the question of frequency myasthenia gravis' clinical forms and about treatment's tactics depending from severity level of the disease according to neurologic department' data in Semey city

42-51 M. U. Beksultanova, G. A. Tanysheva, Sh. K. Kinayatova

The influence of methods of labour induction on maternal and perinatal outcomes

52-60 B. T. Tussupkaliev, A. K. Zhumalina,

B. A. Zhekeyeva, R. M. Baizhanova

Features of immune response in newborn children with low body weight in intrauterine infection

61-67 M. A. Dauletyarova, Y. M. Semenova,

G. Zh. Kaylubaeva, G. K. Manabaeva,

A. M. Yelisinova, N. M. Yelisinova,

Ye. S. Baymukhametov

Analysis of knowledge health professionals in principles of evidentiary medicine and effective technologies in Semey

68-80 A. G. Korovnikov, M. N. Sandybaev, T. A. Adylkhanov, M. T. Nurgazin

Formative experience of the psychotherapeutic service of Semey regional oncology center

81-89 L. S. Yermukhanova, D. N. Katasheva State and prospects of a day hospital clinic №4 city of Aktobe

90-94 G. Z. Abdushukurova

Randomized clinical trial of bronchial asthma management algorithm

Conference reports

95-97 M. V. Prilutskaya

The report on the kazakhstan delegation participation in Thailand training course for concerned officials on drug treatment and rehabilitation

Anniversary

98-99 80 th anniversary of Iskakov G. K.

Государственный медицинский университет города Семей Редакционно-издательский отдел.

071400, г. Семей, ул. Абая Кунанбаева, 103.

Подписано в печать 29.10.2015 г.

Формат 60х90/8. Печать цифровая.

Усл. п. л. 13,5.

Тираж 500 экз.