



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



5' 2013

Semey - Семей

Министерство
здравоохранения Республики
Казахстан
Журнал зарегистрирован в
Министерстве культуры,
информации и общественного
согласия РК. № 10270-Ж
ISBN 9965-514-38-0

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 5 2013 г.

Журнал основан в 1999 г.

Журнал входит в перечень научных изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОиН РК для публикации основных результатов научной деятельности (Приказ от 05.07.2013г. №1033)

Учредитель:

Государственный
медицинский университет
города Семей

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

РНН 511700014852
ИИК KZ416010261000020202
БИК HSBKKZKX
Региональный филиал «Семей»
269900

АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684

Технический секретарь Сапаргалиева Э.Ф.

Ответственность за
достоверность информации,
содержащейся в рекламных
материалах, несут
рекламодатели

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г.Семей

Подписано в печать:
30.10.2013г.

Главный редактор:
доктор медицинских наук, профессор
Т.К. Рахыпбеков

Зам. главного редактора:
доктор медицинских наук, профессор
Т.А. Адылханов

Редакционный совет:

Аканов А.А.	(Алматы)
Арзыкулов Ж.А.	(Алматы)
Андерссон Р.	(Швеция)
Виткрафт С.	(США)
Жумадилов Ж.Ш.	(Астана)
Лампл Иар	(Израиль)
Икеда Т.	(Япония)
Кульжанов М.К.	(Алматы)
Ланд Ч.	(США)
Миттельман М.	(Израиль)
Саймон С.	(США)
Телеуов М.К.	(Астана)
Хоши М.	(Япония)
Шарманов Т.Ш.	(Алматы)
Ямашита С.	(Япония)
Слезак Я.	(Словакия)
Летфуллин Р.	(США)
Пельтцер К.	(Южная Африка)
Такамура Н.	(Япония)
Марк А.	(Великобритания)
Гупта П.	(Индия)
Даунинг К.	(Гон-Конг)
Калиниченко А.	(Россия)
Месарош Ю.	(Венгрия)
Лесовой В.	(Украина)
Цыб А.	(Россия)
Зел А.	(Венгрия)

Редакционная коллегия:

**Жуаспаева Г.А., Иванова Р.Л.,
Раисов Т.К., Каражанова Л.К.,
Еспенбетова М.Ж., Рахметов Н.Р.,
Шаймарданов Н.К., Джаксылыкова К.К.,
Хайбуллин Т.Н., Манамбаева З.А.**

Содержание

Вопросы организации здравоохранения Республики Казахстан	
А.К. Исина, Ж.С. Оспанова, А.С. Давлетова	8
Государственно-частное партнерство в здравоохранении	
М.В. Горемыкина, О.П. Цигенгагель	12
Законодательное обеспечение сферы охраны здоровья населения в Республике Казахстан (обзор)	
Ү.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.К. Садықов	16
Денсаулық сақтау мекемелері қызметін рейтинг арқылы бағалаудың сипаттамасы	
У.С. Самарова, Н. Мадиярқызы, Р.М. Амирханов, Б.К. Сыдыкова	18
Результаты внедрения дифференциальной оплаты труда в медицинских учреждениях Республики Казахстан	
А.К. Садықов, Ж.Б. Базарбек, Г.А. Берекенова, Р.М. Амирханов	22
Мемлекеттік клиникаларда дәрігерлерді уәждендіру	
Вопросы медицинского образования	
Ж.К. Смаилова	24
Разработка клинических сценариев – как средство организации безопасной образовательной среды в медицинском вузе	
Ж.Қ. Смаилова	26
Медициналық жоғары оқу орнында симуляциялық оқыту технологияларын қолдану тәжірибесі	
Вклад в развитие медицинской науки	
А.Л. Демочко	29
Научное наследие В.С. Топузова	
Статьи	
Р.Я. Пивоварчук, А.С. Митникова	33
Совершенствование диагностики инфекционно - воспалительных осложнений почек и мочевых путей у беременных	
А.К. Zhanatbekova	38
Treatment of resistant arterial hypertension	
Л.Б. Дюсенова, И.А. Избасарова, А.С. Керимкулова, Р.М. Жумамбаева	41
Приверженность к лечению у больных с артериальной гипертензией	
Н.А. Балашкевич, А.С. Керимкулова, Р.М. Жумамбаева	42
Психосоматические аспекты, влияющие на развитие сердечно - сосудистых заболеваний	
Ж.Т. Майханова, А.Т. Темирбаева	45
Влияние на суточный профиль артериального давления ко-пренессы у лиц, страдающих артериальной гипертензией	
Р.М. Жумамбаева, А.С. Керимкулова, Д.Х. Даутов, И.А. Избасарова, А.К. Токабаев, Ж.Т. Жетмекова	47
Оценка качества жизни больных с патологией органов кровообращения, подвергшихся воздействию радиационного фактора	
Р.К. Апсаликов	49
Оценка медицинских потерь среди лиц, проживающих на территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону в отдаленном периоде	
У.С. Самарова, Г.Д. Даниярова, И.Е. Кенжекенова, Н. Искакова	52
Шығыс-Қазақстанның аймағының тұрғындардың 2012-2013 жылдар аралығындағы қатерлі ісікпен сырқаттану және өлім көрсеткіштерінің динамикасын салыстыру	
Ж.А. Мусабекова, Р.Ж. Бактыбаева, Ж.Н. Арыкова, В.П. Хижникова	56
Синдром прорезывания зубов у часто болеющих детей грудного возраста с неврологической патологией на фоне лечения Актовегином	

А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.А. Янченко, В.С. Рахимбеков, А.Т. Токенбаева, Е.В. Юрченко, В.А. Мельников	57
Анализ аномалий развития головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста за 2005-2010 и 2011-2013 годы по данным Медицинского центра Государственного медицинского университета города Семей	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А.Ж. Токпаева, Н.К. Селиханова, А.Б. Оразгалиева, А.С. Саламатов, А.Н. Строкань	61
Лекарственно - устойчивый туберкулез среди впервые выявленных больных	
С.С. Ибраев	63
Здоровый образ жизни и влияние состояния атмосферного воздуха на здоровье человека	
А.Ж. Байбусинова, Е.А. Сундеева, О.А. Заворохина, В.К. Сундеева	65
Исследование чистоты окружающей среды в учебных заведениях (на примере ГУ «Экономический лицей»)	
Л.И. Павлова, К.С. Калиекова, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова, Г.Ж. Менгалиева	67
Применение лекарственных растений, содержащих биологические активные вещества различной химической структуры	
<i>Случаи из практики</i>	
Р.А. Азаматова	69
Применение препарата Эманера у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки	
К.К. Уашпаев	71
Сочетание четырех осложнений течения язвенной болезни желудка	
К.К. Уашпаев	72
Случай перфоративной язвы желудка у ребенка	
А.Т. Смагулов	73
Адекватная противоболевая терапия дорсопатий в практике поликлинического невролога: опыт применения препарата Фастум гель®	

Content

Questions Health organization the Republic of Kazakhstan

A.K. Issina, Zh.S. Ospanova, A.S. Davletova	8
Public-private partnership in healthcare sector	
M.V. Goremykina, O.P. Tsigengagel	12
Legislative providing the sphere of public health care to the Republic of Kazakhstan (review)	
U.S. Samarova, R. Amirkhanov, A.K. Sadykov	16
Description of rating estimation of activity of health protection	
U.S. Samarova, N. Madiarkyzy, R.M. Amirkhanov, B.K. Sydykova	18
Results of implementation of differential wage in medical institutions of the Republic of Kazakhstan	
A.K. Sydykov, Zh.B. Bazarbek, G.A. Berekenova, R.M. Amirkhanov	22
Motivation of staff in state clinics	

Questions Medical Education

ZH.K. Smailova	24
Development of clinical scenarios - as a mean of organizing a safe educational environment in medical school	
ZH.K. Smailova	26
Using of simulation technologies in medical school	

Investment in medical science evolvement

A.L. Demochko	29
Scientific heritage of V.S. Topuzov	

Articles

R.Y. Pivovarchuk, A.S. Mitnikova	33
Improving the diagnosis of infectious - inflammatory complications of kidney and urinary tract in pregnancy	
A.K. Жанатбекова	38
Лечение резистентной артериальной гипертензии	
L.B. Dyussenova, I.A. Izbassarova, A.S. Kerimkulova, R.M. Zhumambayeva	41
Adherence to treatment of the patients with arterial hypertension	
N.A. Balashkevich, A.S. Kerimkulova, R.M. Zhumambayeva	42
Psychosomatic aspects influencing to development of cardiovascular diseases	
Zh.T. Maykhanova, A.T. Temirbayeva	45
The influence Co-prenessa for average daily the arterial blood pressure	
R.M. Zhumambaeva, A.S. Kerimkulova, D.H. Dautov, I.A. Izbasarova,	47
A.K. Tokabaev, Zh.T. Zhetmekova	
Quality of life assessment of patients with pathology of the circulatory organs exposed to radiation factor	
R.K. Apsalikhov	49
Evaluation of medical losses among persons living in areas adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site in the remote period	
U.S. Samarova, G.D. Daniyarova, I.E. Kenjekanova, N. Iskakova	52
Comparing the dynamic of mortality and morbidity among population in regions of the East Kazakhstan area in 2012-2013 years	
Zh.A. Mussabekova, R.Zh. Baktybayeva, Zh.N. Arykova, V.P. Hizhnikova	56
Syndrom of eruption of teeth at of ten ill children of breast agewith neurologic pathology using actoveginin treatment	

A.B. Rakhimbekov, N.M. Edilkanova, A.A. Yanchenko, V.S. Rakhimbekov, A.T. Tokenbayeva, E.V. Yurchenko, V.A. Melnikov	57
Analysis of abnormalities of brain development at infants and young children for 2005-2010 and 2011 - 2013 according to the Medical center of Semey state Medical university	
K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, A.SH. Tokpaeva, N.K. Selihanova, A.B. Orazgalieva, A.S. Salamatov, A.N. Strokan	61
Resistant to drugs tuberculosis of newly diagnosed patients	
S.S. Ibraev, N.S. Ibraev	63
Healthy lifestyle and impact of atmospheric air condition on human health	
A.Zh. Baybussinova, E.A. Sundeeva, O.A. Zavorokhina, V.K. Sundeeva	67
Research of purity of environment in schools (for example SI "Economic lyceum")	
L.I. Pavlova, K.S. Kalieкова, E.K. Ozhmuhametova, M.I. Sherstobitova, G.Zh. Mengalieva	
The applicatoion of medicine plants with biologic active substace by different chemical structure	
Case histories	
R.A. Azamatova	69
Application of Emanera in patients with peptic ulcer of disease duodenal ulcers	
K.K. Uashpaev	71
Combination of four complications of the gastric ulcer progress	
K.K. Uashpaev	72
The child's perforated gastroduodenal ulcer case	
A.T. Smagulov	73
Proper pain therapy dorsopathies in outpatient practice neuropathology: experience of medications Fastum gel®	

Мазмұны

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтаудағы ұйымдастыру сұрақтары	
А.Қ. Исина, Ж.С. Оспанова, Ә.С. Давлетова	8
Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік жеке -меншік әріптестік	
М.В. Горемыкина, О.П. Цигенгагель	12
Заң шығарушылық қамсыздандыру халықтың денсаулығының қорғау саласының қазақстан республикасының (шолу)	
У.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.К. Садықов	16
Характеристика рейтинговой оценки деятельности учреждения здравоохранения	
У.С. Самарова, Н. Мадиярқызы, Р.М. Амирханов, Б.К. Сыдыкова	18
Қазақстан Республикасының медициналық ұйымдарында дифференциалды еңбекақыны енгізу қорытындылары	
А.К. Садықов, Ж.Б. Базарбек, Г.А. Берекенова, Р.М. Амирханов	22
Мотивация персонала в государственных клиниках	
Медициналық білім берудің сұрақтары	
Ж.Қ. Смаилова	24
Клиникалық сценарий – медициналық жоғары оқу орнында қауіпсіз білім беру ортасын ұйымдастыру құралы ретінде	
Ж.К. Смаилова	26
Опыт применения симуляционных технологий в медицинском вузе	
Медициналық ғылымның дамуына қосқан үлес	
А.Л. Демочко	29
В.С. Топузовтын ғылыми мұрасы	
Мақалалар	
Р.Я. Пивоварчук, А.С. Митникова	33
Жүкті әйелдерде бүйрек және зәр шығару жолдарының инфекциялық қабынуды диагностикасын жетілдеру	
А.К. Жанатбекова	38
Резистентті артериалды гипертонияны емдеу	
Л.Б. Дюсенова, И.А. Избасарова, А.С. Керимкулова, Р.М. Жумамбаева	41
Артериалық гипертониямен науқастардың емделуге талпынысы	
Н.А. Балашкевич, А.С. Керимкулова, Р.М. Жумамбаева	42
Жүрек-қантамырлар ауруларының дамуына психосоматикалық жүйенің әсері	
Ж.Т. Майханова, А.Т. Темирбаева	45
Ко-пренесса қан қысымың сөткесіне қалыптасуына қолайлы әсері	
Р.М. Жумамбаева, А.С. Керимкулова, Д.Х. Даутов, И.А. Избасарова, А.К. Токабаев, Ж.Т. Жетмекова	47
Радиациялық фактор әсеріне шалдыққан жүрек - қантамыр жүйесінің патологиясы бар науқастардың өмір сүру сапсын бағалау	
Р.К. Апсаликов	49
Семей ядролық полигонына іргелес жатқан аумақтардағы адамдар арасындағы алысаралықтағы медициналық жоғалтуларды бағалау	
У.С. Самарова, Г.Д. Даниярова, И.Е. Кенжекенова, Н. Искакова	52
Сравнение динамики показателей смертности и заболеваемости в 2012-2013 годах среди жителей в регионах Восточно-Казахстанской области	
Ж.А. Мусабекова, Р.Ж. Бактыбаева, Ж.Н. Арыкова, В.П. Хижникова	56
Жиі сырқаттанатын балаларда неврологиялық аурулар кезінде актовегинмен емдеу фоннындағы тіс шығу синдромы	

А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.А. Янченко, В.С. Рахимбеков, А.Т. Токенбаева, Е.В. Юрченко, В.А. Мельников	57
Нәрестелер мен ерте жастағы балалардағы бас миының даму ақауларын талдау 2005-2010 және 2011-2013 жылдар, Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Медициналық орталығының мәліметтері бойынша	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А.Ж. Токпаева, Н.К. Селиханова, А.Б. Оразғалиева, А.С. Саламатов, А.Н. Строкань	61
Алғаш рет ауырған адамдардың арасындағы дәріге төзімді туберкулез	
С.С. Ибраев, Н.С. Ибраев	63
Атмосфералық ауаның адам денсаулығына әсері және салауатты өмір салты	
А.Ж. Байбусинова, Е.А. Сундеева, О.А. Заворохина, В.К. Сундеева	65
Оқу мекемелерінде қоршаған ортаның тазалағын зерттеу (ММ «Экономикалық лицей» мысалында)	
Л.И. Павлова, К.С. Калиекова, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова, Г.Ж. Менғалиева	67
Құрамында биологиялық белсенді заттары бар әр түрлі химиялық құрылымды дәрілік өсімдіктерді қолдану	
<i>Тәжірибеден жағдай</i>	
Р.А. Азаматова	69
Он екі елі ішек жарасы бар науқастарға эманера дәрісін қолдану	
К.К. Уашпаев	71
Асқазан ойық жара ауруы үйлесуінің төрт түрі	
К.К. Уашпаев	72
Балаларда кездескен асқазан ойық жарасының тесілуі	
А.Т. Смагулов	73
Емханалық неврологтың тәжірибесіндегі дорсопатияның адекватты ауырсынуға қарсы терапиясы: Фастум гель дәрісін қолдану тәжірибесі	

УДК 614.2.658.114.2

А.К. Исина, Ж.С. Оспанова, А.С. Давлетова

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Астана

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**Аннотация**

Население республики с каждым годом растет, соответственно, возникла необходимость увеличения медучреждений. В настоящее время назрела потребность в размещении больничных организаций ближе к населению, обеспечив тем самым равномерное географическое распределение и доступность всех к высокотехнологичной помощи, адаптированной под особенности населения Республики Казахстан. Проведя качественный анализ потребностей регионов в строительстве медучреждений, можно сказать, что каждый регион страны нуждается в строительстве новых инновационных медицинских объектов, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство.

В своем Послании от 29 января 2010 года Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана, Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев народу Казахстана высказал такую мысль: «...Огромным потенциалом по привлечению частных инвестиций располагает механизм государственно-частного партнерства. Мы запустили этот механизм в Казахстане, но он требует усовершенствования в соответствии с лучшей мировой практикой.....».

В целях реализации данного Послания Президента Республики Казахстан Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2011 года № 731 принята Программа по развитию государственно-частного партнерства в Республике Казахстан на 2011-2015 годы.

Целью данной Программы является создание законодательной и институциональной основы для реализации инвестиционных проектов с использованием механизмов государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) в Республике Казахстан.

Основанием для развития ГЧП в здравоохранении является реализация государственной политики Казахстана в области ГЧП, включая Государственную программу развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма).

Госпрограммой предусмотрены конкретные меры по расширению сфер применения механизмов ГЧП в здравоохранении. Это внедрение новых форм и методов финансирования, привлечение частных инвестиций к управлению государственными и ведомственными медицинскими объектами, передача организаций в доверительное управление. Для повышения эффективности здравоохранения, разделения риска между государственными и частными инвесторами, внедрения современных технологий, соответствующих международным стандартам, на основе взаимобмена опытом, а также для сокращения нагрузки на государственный бюджет планируется привлечение частных компаний для строительства, эксплуатации и управления государственными и ведомственными медицинскими объектами. Планируется использовать формы ГЧП, такие как: Build-Own-Operate (BOO) - Строительство – Владение - Эксплуатация, Build – Transfer - Operate (BTO) – Строительство – Передача - Эксплуатация и Build – Operate - Transfer (BOT) - Строительство-Эксплуатация - Передача и доверительное управление частными компаниями. Ведется работа по устранению административных барьеров.

Что же такое ГЧП? Согласно закона РК «О концессиях» (с изменениями и дополнениями от 04.07.2013 г.) **Государственно-частное партнерство (ГЧП)** – форма сотрудничества между государством и субъектами частного предпринимательства, направленная на финансирование, создание, реконструкцию и (или) эксплуатацию объектов социальной инфраструктуры и жизнеобеспечения.

Конечно же, на сегодняшний день, мы задаемся рядом вопросов: «Требуется ли строительство объектов в здравоохранении по схеме ГЧП? Какова потребность в строительстве новых современных объектов здравоохранения? Выгодно ли это государству и гражданам страны?»

В настоящее время, согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике в Республике Казахстан проживает 16 909,8 тыс. человек. Из них, около 54,9% или 9277,4 тысяч человек составляет городское население и 45,1% или 7 632,4 тысяч человек - сельское население. На 1 января 2013 года доля детей до 14 лет в общей численности населения республики составила 25,2%, доля лиц в возрасте 15-17 лет и старше 18 лет - 4,5% и 70,3% соответственно.

За последние три года наблюдается тенденция роста численности населения Казахстана, средний темп прироста составляет около 2,8%. Если в 2010 году численность населения республики составляла около 16 441,9 тыс. человек, то по состоянию на 01.01.2013 года численность населения составляло 16 909,8 тыс. человек. При этом, темп прироста населения в Алматинской, Южно-Казахстанской области, в г. Алматы, Астана выше республиканского. Численность населения в Кызыл-ординской области в 2012 году по сравнению с 2010 годом повысилось на 3,7% с 700,6 тыс. человек до 726,7 тыс. человек, соответственно в Алматинской области на 3,9% с 1873,3,0 тыс. человек до 1946,7 тыс. человек, в ЮКО на 4,3% с 2567,7 тыс. человек до 2678,9 тыс. человек, в г. Алматы на 4,3 % с 1414,0 тыс. человек до 1475,4 тыс. человек, в г. Астана на 11,6% с 697,1 тыс. человек до 778,2 тыс. человек. Кроме вышеуказанных областей и городов увеличение численности населения наблюдается в Актюбинской области на 2,3%, в Карагандинской области на 0,7%, в Павлодарской области на 0,4%.

Больничный сектор является важным и значимым элементом системы здравоохранения, однако исследователями и администраторами, разрабатывающими политику в области здравоохранения, не уделяется должного значения рациональному и эффективному

развитию больниц. Так в больничном секторе Республики Казахстан произошло старение инфраструктуры: 45% зданий медицинских организаций построены до 1970 года, 25% построены до 1990 года, что оказывает неблагоприятное влияние на качество медицинской помощи. В связи с этим, необходима модернизация больничного сектора (реконструкция, капитальный ремонт), которая обеспечит обновление стареющей больничной инфраструктуры и доведение показателя количества зданий, построенных после 1990 года до 75%.

В настоящее время назрела потребность в размещении больничных организаций ближе к населению, обеспечив тем самым равномерное географическое распределение и доступность для всех к высокотехнологичной помощи в соответствии с международными стандартами, адаптированными под особенности населения Республики Казахстан. Также при строительстве больниц необходимо учитывать демографический прогноз для оценки спроса населения на медицинские услуги, которая обеспечит более точное долгосрочное планирование потребностей в инфраструктуре и оборудовании. Строительство новых больничных организаций позволит внедрению высокоспециализированной и специализированной помощи, применение новых технологий и методов лечения, которая будет способствовать снижению смертности населения от всех управляемых причин, увеличению средней продолжительности жизни населения.

В связи с недостаточностью качества и доступности медицинской помощи населению, недостаточностью материально-технического обеспечения существует необходимость внедрения современных инновационных технологий в здравоохранение страны.

Кроме того, в Алматинской, Южно-Казахстанской областях и в г. Алматы обеспеченность больничными койками остаются ниже республиканского показателя. Обеспеченность койками в Алматинской области невысокая, и в 2012 году составила 45,9 на 10 тысяч человек, что в 1,3 раза меньше республиканского показателя (РК - 59,4). В Южно-Казахстанской области обеспеченность койками в 2012 году составляла 45,6 на 10 тысяч человек. В г. Алматы данный показатель находится практически на уровне республиканского, но это с учетом коечного фонда республиканских организаций, а при учете только городских стационаров по г. Алматы показатель обеспеченности койками составлял 43,8 на 10 тысяч человек, что ниже республиканского значения в 1,4 раза.

По демографическому прогнозу до 2025 года в вышеуказанных областях и г. Алматы ожидается увеличение населения более 20%, что повлечёт за собой увеличение спроса населения на медицинские услуги.

Учитывая вышеизложенное и с целью совершенствования системы здравоохранения, улучшения качества и доступности медицинской помощи населению необходимо строительство медицинских организаций в регионах, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи и соответствующее потребностям населения.

Так, с целью внедрения новых технологий, обеспечения международного уровня подготовки и обучения студентов, интернов, резидентов, магистрантов, курсантов факультета повышения квалификации и повышения качества медицинской помощи населению города Караганды и Карагандинской области

необходимо строительство многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП «КарГМУ». Больница будет строиться без расширения коечного фонда города, области и койки будут взамен койкам, устаревших больничных организаций.

Наряду с этим, в г. Семей Восточно-Казахстанской области необходимо строительство детской городской больницы на 200 коек, так как отсутствует детская больница для оказания медицинской помощи детскому населению бывшего Семипалатинского региона. Кроме того, в г. Усть-Каменогорск Восточно-Казахстанской области необходимо строительство и эксплуатация многопрофильной больницы на 300 коек и станции неотложной помощи взамен больницы скорой медицинской помощи 1956 года постройки.

Также, для обеспечения выполнения национальных и международных требований к подготовке и обучению студентов, интернов, резидентов, магистрантов, курсантов факультета повышения квалификации и предоставление медицинской помощи населению с применением современных технологий и достижений науки необходимо строительство региональной многопрофильной больницы на 300 коек при РГКП «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» в городе Алматы.

Аналогичная ситуация с организациями, оказывающими населению первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП). Так более 70% организации расположены в приспособленных зданиях, недостаточно помещений, большая скученность, оснащены морально и физически устаревшим оборудованием, работают с перегрузкой в 1,1 раза, при плановой мощности 107095 посещений в смену фактическая составляла 113385 посещений.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, т.к. она выполняет главную функцию системы здравоохранения. Она оказывается в амбулаторно-поликлинических организациях (далее - АПО) участковыми врачами (терапевтами, педиатрами), врачами общей практики (семейными врачами), а также сестринским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах. Более 70% населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне АПО, в которых решается большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения. Ряд международных исследований продемонстрировали наиболее эффективное функционирование системы здравоохранения в тех странах, где приоритетным направлением является развитие первичного звена медицинской помощи.

Учитывая первоочередную роль организации ПМСП в профилактике заболеваний и прививании принципов здорового образа жизни среди населения, также с учётом демографического прогноза, материально-технического состояния организации ПМСП необходимо строительство типовых организаций ПМСП, отвечающим потребностям населения и которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи.

Так, необходимо строительство поликлиники в Юго-Восточном районе города Караганды в связи с отсутствием типового, единого здания для обслужива-

ния населения с численностью более 50 000 человек и разрозненностью зданий существующей поликлиники №5, недостаточностью площадей, перегруженностью в 1,9 раза. Данная поликлиника будет построена взамен городской поликлиники №5.

Также, в г. Жезказган Карагандинской области отсутствует отдельно стоящая государственная поликлиника, тогда как согласно постановления правительства РК №2131 от 15.12.09г «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан» в г. Жезказган с численностью населения более 89 тыс. человек предусмотрено существование 2 городских поликлиник.

КГКП «Поликлиника г. Жезказган» функционирует с 2011 года, расположена на базе освобожденного здания кожно-венерологического диспансера, в приспособленном здании, 1979 года постройки. Общая площадь здания составляет 1236 кв.м., тогда как согласно фактической мощности поликлиники необходимо 5000-6000 кв.м., это приводит к скученности и невозможности размещения оборудования.

Кроме того, необходимо взамен существующей КГКП «Поликлиника №2» г. Балхаш Карагандинской области построить типовую поликлинику, так как она расположена в приспособленном здании бывшего соматического санатория. Здание 1978 года постройки. Общая площадь здания составляет 2007,9 кв.м., тогда как согласно фактической мощности поликлиники необходимо 3500 кв.м. Дефицит площадей затрудняет обслуживание населения, приводит к скученности и вызывает неудобства, как у врачей, так и у пациентов. Отсутствует возможность для развёртывания полноценных, соответствующих санитарным нормам медицинских кабинетов и размещения медицинского оборудования.

Наряду с этим, необходимо строительство городской поликлиники на 500 посещений в смену в микрорайоне «Кайтпас» г. Шымкент Южно-Казахстанской в связи с ростом населения микрорайона «Кайтпас» на 20%, увеличением показателей рождаемости, младенческой смертности, перегруженностью в 1,4 раза (при плановой мощности 420 посещений в смену, фактическая составляет 600). Внедрение новых инновационных методов диагностики и лечения будет способствовать проведению профилактических и лечебных мероприятий на современном уровне, что позволит поднимать индекс здоровья, в дальнейшем снизить показатели смертности, и способствовать увеличению средней продолжительности жизни населения.

Учитывая, демографический прогноз до 2025 года по увеличению численности населения в г.Астана, Актюбинской, Мангистауской и Северо-Казахстанской областей необходимо строительство центра первичной медико-санитарной помощи (далее - ЦПМСП) и городской поликлиники (далее - ГП):

ЦПМСП в г.Астана :

на 150 посещений в п. Ондирис-2;

на 150 посещений в п. Коктал-2;

на 150 посещений в п. «Железнодорожный»;

ГП на 500 посещений в смену в г. Актау Мангистауской области;

ГП на 500 посещений в смену в жилом массиве Батыс-2 г. Актобе;

ГП на 500 посещений в смену в г. Петропавловск Северо-Казахстанской области.

Международный опыт и ГЧП в сфере здравоохранения РК

В международной практике есть следующие виды контрактов ГЧП

BTO Build-Transfer-Operate – Строительство-Передача-Эксплуатация **BTL Build-Transfer-Lease** - Строительство-Передача-Аренда.

Частная сторона создает объект концессии, передает его государству, осуществляет его эксплуатацию и извлекает из него доход. Создание объекта концессии – передача в госсобственность (действующий вид), т.е. концессионер привлекает финансирование, осуществляет строительство аэропорта. Объект передается в госсобственность. Концессионер эксплуатирует объект и получает доход от потребителей или арендные платежи от государства.

BOT Build-Operate-Transfer – Строительство - Эксплуатация - Передача

BOL Build-Operate-Lease – Строительство - Эксплуатация - Аренда

BOLT Build-Operate-Lease-Transfer – Строительство - Эксплуатация – Аренда - Передача

BOO Build-Own-Operate - Строительство – Владение - Эксплуатация

Частная сторона строит или реконструирует принадлежащий ей объект, государство арендует на долгосрочной основе. Возможно, право выкупа объекта в госсобственность. Пользование объектом концессии, находящимся в частной собственности для общественных нужд. Концессионер реконструирует принадлежащий ему детский сад, обеспечивает его готовность к пользованию. Государство выплачивает арендные платежи.

O&M Operations & Maintenance – Управление и аренда

MC Management Contract – Договор на управление

LC Lease Contract - Договор на аренду

Частная сторона эксплуатирует объект государственной собственности и извлекает из него доход. Право собственности на объект остается у государства. Управление и аренда. Концессионер осуществляет реконструкцию и последующую эксплуатацию автодороги. Управление: Государство выплачивает концессионеру т.н. «плату за доступность», Для пользователей проезд по дороге бесплатный. Аренда: Концессионер взимает плату за проезд и выплачивает государству арендную плату за пользование объектом концессии.

Consortium - Консорциум

Частная сторона и государство совместно реализуют проект и совместно используют объект концессии. Договор о совместной деятельности концессионера и концедента (консорциум). Концессионер обслуживает больничный комплекс, оказывает сервисные услуги (питание, прачечная и т.п.) и дополнительные медицинские услуги (массаж, аптека, инъекции и т.п.). Взимает за них плату. Медицинские услуги оказывает государственная мед. организация.

DBFO Design – Build – Finance - Operate – Проектирование – Строительство - Финансирование-Эксплуатация

PFI Private Finance Initiative – Частная финансовая инициатива

КЖЦ Контракт жизненного цикла

Частная сторона осуществляет весь цикл мероприятий по проекту: проектирование, строительство или реконструкция, финансирование, эксплуатация. Комбинированные контракты (сочетание различных

видов контрактов). Комбинирование вышеуказанных схем.

Согласно Закону РК о концессиях (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.) в Казахстане действуют следующие виды договоров концессии:

1) договор концессии, предусматривающий создание концессионером объекта концессии с последующей передачей объекта концессии в собственность государства;

2) договор концессии, предусматривающий совместную деятельность концессионера и концедента по созданию (реконструкции) и эксплуатации объекта концессии;

3) договор концессии, предусматривающий передачу объекта концессии, находящегося в государственной собственности, в доверительное управление либо в имущественный наем (аренду) концессионеру в целях реконструкции и эксплуатации;

4) договор концессии, предусматривающий передачу объекта концессии, находящегося в собственности концессионера, в имущественный наем (аренду) концеденту либо уполномоченному им лицу, в том числе с правом выкупа объекта концессии концедентом.

Для этих договоров государством предусмотрена поддержка инвесторов в виде предоставления земли и инфраструктуры, а также выделение дополнительного земельного участка в виде натурального гранта (под различную деятельность).

Как видно из вышеизложенного, что в РК существует острая потребность в строительстве новых инновационных медицинских объектов, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи. На сегодняшний день Министерством здравоохранения РК рассмотрены следующие объекты:

Строительство и эксплуатация многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП «КарГМУ» в г. **Караганда**

Строительство и эксплуатация многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГКП «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» в г. **Алматы**

Строительство и эксплуатация детской городской больницы на 200 коек в г. **Семей**, ВКО

Строительство и эксплуатация многопрофильной больницы на 300 коек и станции неотложной медицинской помощи в г. **Усть-Каменогорск**

Строительство и эксплуатация городской поликлиники на 500 посещений в смену в г. **Караганда**

Строительство и эксплуатация городской поликлиники на 500 посещений в смену в микрорайоне «Кайтпас» г. **Шымкент**.

Конечно же, на лицо здесь большие выгоды для государства и населения, т.к. будет производиться существенная экономия бюджетных средств, обеспечение развития инфраструктуры более ускоренными темпами и возможность предоставления более качественных медицинских услуг, привлечение не только средств, но и опыта частного сектора в области менеджмента, передача части рисков частному сектору.

Но и инвесторы не остаются в проигрыше, потому что для них это будет долгосрочный, стабильный и рентабельный бизнес, при котором осуществляется долгосрочное управление и предоставление сервисных услуг по реализованным проектам (больницы, поликлиники и др.), новые инвестиционные возможности, и новые источники дохода (плата потребителей за услуги концессионеров и государственный бюджет), законодательная защита интересов инвесторов, в том числе от одностороннего прекращения концессионного договора по инициативе государства и в случаях изменения законодательства, а самое главное это возможность участия в готовых проектах без разработки предпроектной документации (ТЭО, ФЭО и пр.) при одноэтапном конкурсе.

Теперь с уверенностью можно сказать всем желающим: «Добро пожаловать в проекты ГЧП в здравоохранении!!!»

Литература:

1. Закон Республики Казахстан «О концессиях» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.13 г.) (<http://adilet.zan.kz/rus>)

2. Программа по развитию ГЧП в РК от 29.06.11г. №731 (<http://adilet.zan.kz/rus>)

3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010, 2012 годах (статистический сборник Астана 2011, 2013гг. (2010 г. - 311стр., 2012 г. - 316 стр.)

4. Данные демографического прогноза до 2025 года, проведенного экспертами консалтинговой компании «Sanigest Internacional» с помощью спектра статистической программы, разработанной организацией ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ).

5. Информация с программного комплекса «ТЭП» о технических характеристиках медицинских организаций (АИС «ТЭП» в разрезе областей, в разрезе медицинских организации).

Тұжырым

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ЖЕКЕ -МЕНШІК ӘРІПТЕСТІК

А.Қ. Исина, Ж.С. Оспанова, Ә.С. Давлетова

Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Астана қ.

Екі жыл бұрын Қазақстанда «Қазақстан Республикасында мемлекеттік - жеке меншік әріптестікті дамыту жөніндегі 2011 – 2015 жылдарға арналған бағдарламасы» қабылданды. Мемлекеттік жеке- меншік әріптестік (МЖӘ) – әлеуметтік инфрақұрылым және тіршілікті қамтамасыз ету объектілерін қаржыландыруға, құруға, қайта құрылымдауға және (немесе) пайдалануға бағытталған мемлекеттік және жеке меншік кәсіпкерлік субъектілері арасындағы ынтымақтастық екендігін атап айту қажет. Көптеген адамдарда МЖӘ сызбасы бойынша денсаулық сақтауда объектілерді салу қажет пе, ол мемлекетке және ел азаматтарына тиімді ме деген сұрақтар туындайтындығы сөзсіз.

Негізгі сөздер: МЖӘ, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министірілігі.

Summary
PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE SECTOR
A.K. Issina, Zh.S. Ospanova, A.S. Davletova
Republican Center for Healthcare Development, Astana

Program for Public-Private Partnership Development in the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 was accepted in Kazakhstan two years ago. It should be noted that Public-Private Partnership (PPP) is a form of cooperation between the state and subjects of private enterprise aimed at social infrastructure and life support objects financing, creation, reconstruction and/or operation. There is no doubt that many people will ask questions like if it is necessary to build healthcare objects according to PPP scheme and if PPP is profitable for the state and its citizens.

Key words: PPP, Republican Center for Healthcare Development, Ministry of Health of Kazakhstan.

УДК 614.2 - 340. 130. 53 (574)

М.В. Горемыкина, к.м.н.,

О.П. Цигенгагель, магистрант по специальности общественное здравоохранение

**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра общественного здравоохранения и информатики**

**ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (ОБЗОР)**

Аннотация

В настоящее время вопросы охраны здоровья населения, обеспечения нормального функционирования системы здравоохранения являются одной из главных социальных задач, решаемых государством. Совокупность правовых документов в области охраны здоровья человека является базой для социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, обеспечивающих достойную жизнь людей в обществе.

Ключевые слова: законодательство здравоохранения, здоровье населения.

В период масштабных социально-политических преобразований в нашей стране по инициативе Президента РК разработана государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы от 29 ноября 2010 года, где намечены пути модернизации системы здравоохранения. Одним из важнейших направлений проекта является повышение качества оказания медицинских услуг населению, обеспечение конституционного права граждан на получение надлежащей медицинской помощи [1]. Реформирование здравоохранения, в первую очередь, должно сопровождаться расширением законодательной базы и качественными изменениями правовых механизмов [2-4].

Для реализации данной стратегии необходимо не только кардинально изменить приоритеты социальной политики в области охраны здоровья, но и создать такую систему организации здравоохранения на уровне субъекта Республики Казахстан, которая позволит максимально использовать имеющиеся ресурсы для более эффективного удовлетворения потребности населения в квалифицированных медицинских услугах.

Основными нормативно-правовыми актами, регламентирующие взаимоотношения «врач-пациент» в Республики Казахстан, на сегодняшний день являются: Конституция Республики Казахстан, принятая на республиканском референдуме 30 августа 1995 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.02.2011 г.) - как основной закон страны отражает волю народа Казахстана, его стремление к утверждению страны [4]. В Казахстане конституционное право на охрану здоровья, установленное статьей 29 Консти-

туции РК, предполагает наличие норм, содержащих гарантии права на охрану здоровья [5].

Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 года № 167-І (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.). Задачами настоящего Кодекса являются: защита прав, свобод и законных интересов человека и гражданина, собственности, прав и законных интересов организаций, общественного порядка и безопасности, окружающей среды, конституционного строя и территориальной целостности Республики Казахстан, охраняемых законом интересов общества и государства от преступных посягательств, охрана мира и безопасности человечества, а также предупреждение преступлений. Для осуществления этих задач настоящий Кодекс устанавливает основания уголовной ответственности, определяет, какие опасные для личности, общества или государства деяния являются преступлениями, устанавливает наказания и иные меры уголовно-правового воздействия за их совершение.

К основным статьям УК РК, регулирующие медицинскую деятельность, следует отнести: **Общая часть. Раздел 7 Принудительные меры медицинского характера.** Основания применения принудительных мер медицинского характера (ст. 88). Цели применения принудительных мер медицинского характера (ст. 89). Виды принудительных мер медицинского характера (ст. 90). Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 91). Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (ст. 92). Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера (ст. 93). Назначение наказания после применения прину-

дительных мер медицинского характера (ст. 94). Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания (ст. 95). **Особенная часть. Глава 1. Преступления против личности.** Неосторожное причинение вреда здоровью (ст. 111). Принуждение к изъятию или незаконное изъятие органов и тканей человека (ст. 113). Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работниками (ст. 114). Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации (ст. 114-1). Заражение венерической болезнью (ст. 115). Заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ/СПИД) (ст. 116). Незаконное производство аборта (ст. 117). Неоказание помощи больному (ст. 118). **Глава 3. Преступления против конституционных и иных прав и свобод человека и гражданина.** Нарушение равноправия граждан (ст. 141). Разглашение врачебной тайны (ст. 144). **Глава 8. Преступления против интересов службы в коммерческих и иных организациях. Злоупотребление полномочиями (ст. 228).** Недобросовестное отношение к обязанностям (ст. 232). **Глава 10. Преступления против здоровья населения и нравственности.** Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность, и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 266). Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 267). Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 268) [6].

Кодекс Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» от 30 января 2001 года № 155-II (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.). Законодательство об административных правонарушениях имеет задачей охрану прав, свобод и законных интересов человека и гражданина, здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, окружающей среды, общественной нравственности, собственности, общественного порядка и безопасности, установленного порядка осуществления государственной власти, охраняемых законом прав и интересов организаций от административных правонарушений, а также предупреждение их совершения. Для осуществления этой задачи законодательство об административных правонарушениях устанавливает основания и принципы административной ответственности, определяет, какие деяния являются административными правонарушениями и виды взысканий, налагаемые за их совершение, а также какое административное взыскание, каким государственным органом (должностным лицом) и в каком порядке может быть наложено на лицо, совершившее административное правонарушение.

К основным статьям Кодекса РК об административных правонарушениях, регулирующих медицинскую деятельность, относятся: **Раздел 1. Общие положения. Глава 2. Задачи и принципы законодательства об административных правонарушениях.** Обеспечение прав на квалифицированную юридическую помощь (ст. 23). Судебная защита прав, свобод и законных интересов лица (ст. 27). **Общая часть. Глава 10. Административные правонарушения, посягающие на права личности.** Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи

(ст. 85). Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности (ст. 85-1). Нарушение медицинским работником правил выписывания рецептов и реализации лекарственных средств (ст. 85-2). Разглашение врачебной тайны (ст. 85-3). **Глава 21. Административные правонарушения, посягающие на общественную безопасность и здоровье населения.** Незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность (ст. 322). Нарушение законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также гигиенических нормативов (ст. 323). Нарушение правил фармацевтической деятельности (ст. 324). Незаконная медицинская деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 324-1). Недостоверная реклама в области здравоохранения (ст. 325). Уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, венерическими болезнями, туберкулезом, а также лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача (ст. 326). Уклонение от лечения лиц с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (ст. 327). Соккрытие лицами с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, источника заражения и лиц, находившихся с ними в контакте (ст. 328). Предоставление субъектами здравоохранения заведомо ложных сведений и информации при получении разрешительных документов на занятие медицинской деятельностью (ст. 328-1). Нарушение субъектами здравоохранения обязанности по информированию уполномоченных органов (ст. 328-2). **Глава 32. Подведомственность дел об административных правонарушениях, компетенция должностных лиц.** Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор (ст. 557). Государственный орган в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (ст. 557-1). Государственный орган по контролю в сфере оказания медицинских услуг (ст. 557-2). Медицинские службы Министерства обороны, Министерства внутренних дел и Комитета национальной безопасности Республики Казахстан, Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан, осуществляющие санитарный надзор (ст. 558) [7].

Гражданский кодекс Республики Казахстан (Общая часть), принят Верховным Советом Республики Казахстан 27 декабря 1994 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.07.2013 г.). Гражданское законодательство основывается на признании равенства участников регулируемых им отношений, неприкосновенности собственности, свободы договора, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в частные дела, необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав, обеспечения восстановления нарушенных прав, их судебной защиты. Граждане и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права, а также отказываются, если иное не установлено законодательными актами, от прав своей волей и в своем интересе. Они свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых его условий, не противоречащих законодательству.

К основным статьям Гражданского кодекса РК, регулирующие вопросы охраны здоровья населения, относятся: **Общая часть. Раздел 1. Глава 1. Регулирование гражданско-правовых отношений.** Основания возникновения гражданских прав и обязанностей (ст. 7). Осуществление гражданских прав (ст. 8). Защита гражданских прав (ст. 9). **Глава 3. Объекты гражданских прав.** Параграф 3. Личные неимущественные права. Защита личных неимущественных прав (ст. 141). Защита чести, достоинства и деловой репутации (ст. 143) [8].

Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-III (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.). Целью трудового законодательства Республики Казахстан является правовое регулирование трудовых отношений и иных отношений, непосредственно связанных с трудовыми, направленное на защиту прав и интересов сторон трудовых отношений, установление минимальных гарантий прав и свобод в сфере труда. Задачами трудового законодательства Республики Казахстан являются создание необходимых правовых условий, направленных на достижение баланса интересов сторон трудовых отношений, экономического роста, повышение эффективности производства и благосостояния людей.

К основным статьям Трудового кодекса РК, регулирующим медицинскую деятельность, относятся: **Особенная часть. Раздел 2. Трудовые отношения. Глава 11. Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации.** Права и обязанности работодателя по подготовке, переподготовке и повышению квалификации (ст. 140). Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации по направлению работодателя в организациях образования (ст. 141). Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации работников в организации (ст.142). Права и обязанности работников по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации (ст.143). **Глава 13. Гарантии и компенсационные выплаты.** Гарантии для работников, направляемых на медицинский осмотр (ст. 150). Гарантии для работников, являющихся донорами (ст. 151). **Глава 14. Материальная ответственность сторон трудового договора.** Материальная ответственность работодателя за вред, причиненный жизни и (или) здоровью работника (ст.164). **Раздел 3. Особенности регулирования труда отдельных категорий работников.** Глава 16. Особенности регулирования труда работников, не достигших восемнадцатилетнего возраста. Обязательный медицинский осмотр работников, не достигших восемнадцатилетнего возраста (ст.180). **Глава 34. Гарантии прав работников в области безопасности и охраны труда.** Обязательный медицинский осмотр работников (ст 312). **Глава 35. Права и обязанности работников и работодателя в области безопасности и охраны труда.** Права работника на безопасность и охрану труда (ст. 314). Обязанности работника в области безопасности и охраны труда (ст.315). Права работодателя в области безопасности и охраны труда (ст.316). Обязанности работодателя в области безопасности и охраны труда (ст.317) [9].

Основным документом, регламентирующим работу врача, является Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.) Кодекс регу-

лирует общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья [10].

Законодательная база в области здравоохранения РК представлена 6 основными законами: Закон Республики Казахстан от 4 мая 2010 года № 274-IV «О защите прав потребителей» (с изменениями от 05.07.2011 г.). Законодательство Республики Казахстан о защите прав потребителей основывается на Конституции Республики Казахстан и состоит из Гражданского кодекса Республики Казахстан, настоящего Закона и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан. Регулирует права потребителей в сферах финансовых, социальных, медицинских, туристских и иных услуг, а также вопросы их защиты устанавливаются законами Республики Казахстан [11].

Закон Республики Казахстан от 23 апреля 1998 года № 219-І «О радиационной безопасности населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.07.2011 г.). Настоящий Закон регулирует общественные отношения в области обеспечения радиационной безопасности населения, в целях охраны его здоровья от вредного воздействия ионизирующего излучения [12].

Закон Республики Казахстан от 11 июля 2002 года № 343-ІІ «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.07.2011 г.). Настоящий Закон определяет формы и методы социальной, медико-педагогической коррекционной поддержки детей с ограниченными возможностями, направлен на создание эффективной системы помощи детям с недостатками в развитии, решение проблем, связанных с их воспитанием, обучением, трудовой и профессиональной подготовкой, профилактику детской инвалидности [13].

Закон Республики Казахстан от 14 октября 2003 года № 489-ІІ «О профилактике йододефицитных заболеваний» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.07.2011 г.). Настоящий Закон регулирует общественные отношения в области профилактики йододефицитных заболеваний среди населения Республики Казахстан, производства, ввоза, вывоза и реализации, обеспечения качества и безопасности йодированной соли и других, обогащенных соединениями йода, пищевых продуктов [14].

Закон Республики Казахстан «О безопасности пищевой продукции» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.01.2012 г.). Настоящий Закон устанавливает правовые основы обеспечения безопасности пищевой продукции для защиты жизни и здоровья человека, законных интересов потребителей и охраны окружающей среды на территории Республики Казахстан [15].

Закон Республики Казахстан от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.04.2012 г.). Основной задачей настоящего закона является лечение лиц, в отношении которых судом применены принудительные меры медицинского характера [16].

Кроме специального отраслевого законодательства отдельные механизмы охраны здоровья граждан в Республики Казахстан, как и в других странах, заложены в рамках подзаконных нормативно-правовых актах.

В последние годы в республике все активнее ведется нормотворческая работа, принимаются законы, становятся более доступными для работников здравоохранения полные тексты нормативных правовых актов. Тем не менее, общий объем нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность в сфере медицины, сегодня значительно меньше, чем в других странах, что связано с наличием существенных пробелов нормативно-правового поля [17].

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы от 29 ноября 2010 года.
2. Герасименко Н.Ф. О состоянии и перспективах формирования кодекса законов об охране здоровья граждан /Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Рос. Федерации. 2002. - № 1. - С. 9 - 12.
3. Сергеев Ю.Д. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников / Ю.Д. Сергеев. М.: Юрист, 1995. - 254 с.
4. Конституция Республики Казахстан от 30.08.1995 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.02.2011 г.).
5. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 3. // Медицинские новости. – 2011. – №1. – С. 31-40.
6. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 года № 167-І (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013г.).
7. Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях от 30 января 2001 года № 155-ІІ (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.).
8. Гражданский кодекс Республики Казахстан (Общая часть), принят Верховным Советом Республики

Казахстан 27 декабря 1994 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.07.2013 г.).

9. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-ІІІ (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013г.).
10. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-ІV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.).
11. Закон Республики Казахстан от 4 мая 2010 года № 274-ІV «О защите прав потребителей» (с изменениями от 05.07.2011 г.).
12. Закон Республики Казахстан от 23 апреля 1998 года № 219-І «О радиационной безопасности населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.07.2011 г.).
13. Закон Республики Казахстан от 11 июля 2002 года № 343-ІІ «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.07.2011 г.).
14. Закон Республики Казахстан от 14 октября 2003 года № 489-ІІ «О профилактике йододефицитных заболеваний» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.07.2011 г.).
15. Закон Республики Казахстан от 21 июля 2007 года № 301 «О безопасности пищевой продукции» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.01.2012 г.).
16. Закон Республики Казахстан от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.04.2012 г.).
17. Моисеев Н.Н. // Экология и жизнь. - 1999. - № 2. - С. 6-8.

Тұжырым

ЗАҢ ШЫҒАРУШЫЛЫҚ ҚАМСЫЗДАҢДЫРУ ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ҚОРҒАУ САЛАСЫНЫҢ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ (ШОЛУ)

М.В. Горемыкина, О.П. Цигенгагель

**Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті
Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасы**

Бүгінгі күнде азаматтардың денсаулығын қорғау мәселелері, қалыпты жұмыс істеу қамсыздандырулары денсаулық сақтау жүйесі бір болу басты әлеуметтік мақсаттардан, мемлекетпен шешуде. Құқықтықтың құжатының жиынтығы адамның денсаулығының күзетінің облысында негізбен болып табылады әлеуметтік-экономикалық және медико-санитарлық іс-шаралар үшін, қамсыздандыр лайықты адамның өмірі қоғамда.

Негізгі сөздер: денсаулық сақтау заңнама, халықтың денсаулық.

Summary

LEGISLATIVE PROVIDING THE SPHERE OF PUBLIC HEALTH CARE TO THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (REVIEW)

**M.V. Goremykina, O.P. Tsigengagel
Semey State Medical University**

Department of Public Health and Informatics

At present, the issues of public health, providing normal functioning of the health care system one of the main social tasks, to be solved by the state. A set of legal instruments in the field of protection of human health is the basis for socio-economic and medical and sanitary actions providing worthy life for people in society.

Key words: health care legislation, population health.

ӘОЖ 614.21.005.962.131

Ү.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.К. Садықов

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы****ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕКЕМЕЛЕРІ ҚЫЗМЕТІН РЕЙТИНГ
АРҚЫЛЫ БАҒАЛАУДЫҢ СИПАТТАМАСЫ****Тұжырым**

Медициналық көмектің сапасы адам және қоғам денсаулығына әсер ететін маңызды факторлардың бірі болып табылады. Денсаулық сақтау ұйымының негізгі іске асыратын мәселесі, тәжірибе көрсеткендей, медициналық көмек сапасын жақсарту. Осы мәселе ҚР «Денсаулық сақтау жүйесі және халық денсаулығының» Кодексі және нормативті құжаттармен реттеледі. Соңғы жылдары ұйымның жұмысы рейтинг жүйесі арқылы бағаланады. Нақты орындалған көрсеткіштердің ұпайларын қосу арқылы экспертті-баллды әдіспен рейтинг нәтижесі бағаланады. Мақсатқа жету коэффициенті бойынша рейтинг шығарылады. Науқастардың қауіпсіздік деңгейінің жоғарылауы, жұмыстың ефективтілігі және сапасының жақсаруы.

Негізгі сөздер: медициналық көмек, рейтинг, үйім.

Тақырып өзектілігі. Бұл жұмыста науқастарды емдеу барысында медициналық көмектің сапасын бағалау, медицина қызметкерлерінің жұмысын дұрыс ұйымдастырушылық мәселелер қарастырылады. Ұйымдастыру барысында дәрігерлер жұмысын рейтинг арқылы бағалау жүйесі толық айтылады.

Қазақстан Республикасының Президентінің «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының 2012 жылғы Халыққа жолдауында айтылғандай тұрғылықты жерлердің халық денсаулығын нығайту, медициналық көмектің қолжетімділігін, уақыттылығын, сапасын қамтамасыз ету. [1]. Денсаулық жүйесінің қазіргі кезеңдегі өзгертілуінде қазыналық – сақтандыру қағидасы бойынша жұмыс істеу, сонымен қатар экономикалық тетіктерін әбден жетілдіру. Ең маңызды стратегиялық саланың дамуы болып, олардың қызметін рейтинг арқылы бағалау негізінде денсаулық сақтау мекемелерінің дәрігерлік қызметін басқаруды ықшамдау, қолайландыру. Бұдан басқа денсаулық сақтау мекемелерінің дәрігерлік қызметін рейтинг арқылы бағалау мекеменің абыройының эмбебап индикаторы болып табылады және бюджеттік қаржыландыруды түзетуге мүмкіндік береді. [6]

Жұмыс мақсаты:

Денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін рейтинг арқылы бағалау негізінде олардың саласын жүйелі талдау және денсаулық сақтау мекемелерінің басқаруын жетілдіру.

Тапсырмалар:

1. Дәрігерлік қызметтердің ерекшеліктерін анықтау, қызметін қарастыру және дәрігерлік қызметтердің классификациясын өңдеу;

2. Денсаулық сақтау қызметтерінің мемлекеттік басқарудың негіздерін зерттеу;

3. Рейтинг арқылы бағалауда теориялық және әдістемелік негіздерін қолдану бойынша денсаулық сақтау мекемелерінің қызметінің басқару әдісі мен ұсыныстарының өңделуін қарастыру;

Денсаулық сақтау жүйесіндегі дәрігерлік қызметтерді рейтинг арқылы бағалау әдісін өңдеу.

Медициналық көмектің сапасы жеке адамның және қоғамның денсаулығына әсер етуші басты фактор болып табылады. Тәжірибе көрсеткендей, науқасқа медициналық көмек көрсетудің сапасын бағалау денсаулық сақтау ісін ұйымдастырушылардың

алдында тұрған маңызды мәселелердің бірі. Медициналық көмек сапасын бақылау және бағалау денсаулық сақтау жүйесін қайта құру үрдісінде басты орын алады және көптеген нормативті актілермен реттеледі, атап айтқанда Қазақстан Республикасының «Халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» Кодексінен бастап осы саланың және үкіметтің нормативті құжаттарымен реттеледі. Соның ішінде соңғы жылдары денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін рейтинг арқылы бағалау кеңінен таралып келеді. [4]

Біздің елімізде өңірлердің және медициналық ұйымдардың рейтингілік бағалау шешім қабылдау үшін қоғамға (халыққа, басқарушыларға, саясатшыларға, қорларға, жұмыс берушілерге, хлықаралық ұйымдарға) ақпарат ұсыну, медициналық ұйымдардың бәсекелестігін дамытуға болысуға, медициналық қызметтің сапасын арттыруды ынталандыруға бағытталған. Рейтинг жүйесін енгізудің негізгі қағидалары мынадай:

- индикаторлар жүйесін таңдаудың объективтілігі және нақтылығы;

- оларды есептеу әдістемесінің қарапайымдылығы;

- деректерді қолданыстағы ақпараттық кешендерден алу мүмкіндігі;

- медициналық ұйымдарды саралауға мүмкіндік беретін өзіндік рейтингті айқындаудың сандық бағасы.

Рейтинг көрсеткішін саралау белгілі-бір топтар бойынша жүргізіледі. Оған өңірлер, көп бейінді стационарлар, өңірлердегі перзентханалар, перинаталдық орталықтар, қалалық емханалар енеді. [2]

Қазақстан Республикасында рейтинг бойынша денсаулық сақтау мекемелерін бағалауда нысаналы мағыналар әрбір көрсеткіш бойынша нормативтерді, орташа қалыптасқан республикалық көрсеткіштерді, Аумақтарды дамыту бағдарламаларын, Денсаулық сақтау саласын дамытудың «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын талдауды есепке ала отырып белгіленген. Рейтинг көрсеткіштері маңыздылығына байланысты баллдардың жоспарлы саны белгіленеді. Қорытынды рейтингілік бағалаудың алгоритмі көрсеткішті нақты орындау бойынша баллдарды қосындылаумен сараптамалық-баллдық әдісте негізделген. Рейтинг нысаналы деңгейге сәйкес келу коэффициентінің мағынасы бойынша белгіленеді. [1]

Баллдардың ең жоғары санына жеткен кезде $СК = 1,0$.
Саралау қағидалары:
Ең үлкен мағынаға 1-дәреже есептеледі.
Келесі дәрежелер азаю бойынша белгіленеді.
Соған сәйкес мынадай есептеу әдістемесі қолданылады:

$$НБ = НК \times ЖБ / НК \quad (1)$$

мұндағы:

НБ – баллдардағы нақты орындалуы;
НК – белгіленген бірліктегі нақты көрсеткіш;
ЖБ – баллдардың жоспарлы саны;
НК – нысаналы көрсеткіш (белгіленген бірліктегі жоспар).

$$СК = НБ / ЖБ \quad (2)$$

мұндағы

СК – нысаналы көрсеткішке сәйкес келу коэффициенті.

Барлық бағаланатын ұйымдар бойынша нәтижеліліктің жалпы коэффициенті есептеледі (интеграцияланған бағалау коэффициенті), оған сәйкес ұйымның рейтингі қойылады:

$$НК = ЖБС / ОБС \quad (3)$$

мұндағы

НК – нәтижелілік коэффициенті;
ОБС – орындалған баллдардың сомасы;
ЖБС – баллдардың жоспарлы санының сомасы.
Осыған сәйкес бірнеше индикаторлар тобы жасалған. Оларға:

Өңірлердің денсаулық сақтау саласын дамыту индексін есептеу индикаторларының тізбесі;

Ересектерге арналған көп бейінді стационарлардың медициналық қызметінің сапасын бағалау индикаторлары;

Көп бейінді балалар стационарларындағы медициналық қызметтің сапасын бағалау индикаторлары;

Ана мен бала денсаулығын қорғау жөніндегі медициналық ұйымдарға арналған медициналық көмектің сапасын бағалау индикаторлары;

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек және консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін медициналық ұйымдарға арналған медициналық қызметтердің сапасын бағалау индикаторлары жатады.

Аталған индикаторлар денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін жан-жақты, толық бағалауға мүмкіндік береді.[3]

Олай болса, рейтинг нәтижелері бойынша ақпарат ел тұрғындарына (яғни медициналық қызметтердің тұтынушыларына); денсаулық сақтауды басқарудың мемлекеттік органдарына; медициналық көмектің провайдерлеріне; сақтандыру компанияларына; басқа

да мүдделі тұлғаларға ұсынылады. Емдеу мекемелерін рейтинг арқылы бағалау медициналық қызметтердің тұтынушыларына еркін таңдау жағдайларында медициналық көмек алу үшін ұнамды медициналық ұйымға қатысты саналы шешім қабылдауға; басқарушылық шешімдерді шұғыл қабылдау мақсатында ұйымның абыройын айқындауға:

- көрсетілетін медициналық көмектің көлемін түзету;

- сырқаттану және өлім құрылымына сәйкес денсаулықты қорғау бойынша басым бағдарламаларды бөліп шығару;

- бюджеттік қаржыландыруды түзету, көтермелеу төлемдер жүйесін дамыту және басқа мүмкіндік береді.

Қорыта келе, тұрғындарға медициналық көмек қызметінің сапасын, тиімділігін және пациент қауіпсіздігінің деңгейін жақсарту мақсатында рейтинг әдістемесін қолдану қоғамдық денсаулық сақтау саласының маңызды бағыттарының бірі болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113;

2. Коробкова О.К. Рейтинг – универсальный индикатор экономической эффективности медицинских учреждений в конкурентной среде. Экономика-правовые проблемы Дальнего Востока и перспективы его развития: Сб. научных статей – Хабаровск: РИЦ ХГАЭП, 2001 – С. 68-72.

3. Коробкова О. К. Метод комплексной оценки деятельности медицинских учреждений, Хабаровск: ОПП КГС. - 2000 – 52 с.

4. Приказ МЗ РК №249 от 12.04.2010 года о разработке системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от результатов, где нормами предусмотрена возможность использования сверхплановых финансовых средств по расширению фонда оплаты труда, полученных по результатам выбора пациентом медицинских организации и других экономий.

5. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских учреждений // Экономика здравоохранения – 2002. - №3, - С. 14-18.

6. Тенев В.А., Сергиенко А.С., Пономарев С. Б., Тоцкий С. И. Исследование критерия эффективности медицинского обслуживания для оптимизации работы сети медицинских учреждений // Проблемы экспертизы в медицине. - 2007 - №27-3. - С. 19-25.

Аннотация

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

У.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.К. Садьков

Государственный медицинский университет города Семей

Кафедра общественного здравоохранения

Качество медицинской помощи является одним из важных факторов, определяющее здоровье человека и общественное здоровье. Как показывает практика оценка качества медицинских услуг, является важной задачей, которую должны реализовать организаторы здравоохранения. Данная задача регулируется нормативными актами и Кодексом РК «Системы здравоохранения и здоровье населения». Следует отметить, что в последние годы деятельность организации оценивается по рейтинговой системе. Алгоритм итоговой рейтинговой оценки построен на экспертно-балльном методе с суммированием баллов по фактическому

исполнению показателя. Рейтинг устанавливается по значению коэффициента соответствия целевому уровню. Улучшение качества, эффективности деятельности и уровня безопасности пациентов.

Ключевые слова: медицинская помощь, рейтинг, организация.

Summary

DESCRIPTION OF RATING ESTIMATION OF ACTIVITY OF HEALTH PROTECTION

U.S. Samarova, R. Amirkhanov, A.K. Sadykov

Semey State medical university

Department of Public Health

The quality of medical care is on of the important factor, which is determined human health and public health. Practice shows, that the quality estimation of medical care is an important task, which must to realize the organizers of health care. This problem is regulated by and the Code of RK « Health care systems and public health». It should be marked that in last years the acts of organization is estimated by rating system. The algorithm of the final ranking is based on expert evaluation – point method, with the sum of scores on actual performance indicator. Rating is set by the value of the coefficient of relevance to the aimed level. Quality improvement, effectiveness of activity and the level of patient's safety.

Key words: medical help, rating, organization.

УДК 614.2+331.221.8(574)

У.С. Самарова, Н. Мадияркызы, Р.М. Амирханов, Б.К. Сыдыкова

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра общественного здравоохранения

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аннотация

В данной статье представлены цели внедрения дифференциальной оплаты, критерии оценки эффективности труда работника и результаты внедрения дифференциальной оплаты труда в медицинских учреждениях Республики Казахстан.

Ключевые слова: дифференцированная оплата труда, Единая Национальная система здравоохранения Республики Казахстан, мотивация, критерии оценки эффективности деятельности.

Актуальность: вопросы оплаты и стимулирования труда персонала приобретают все большую остроту и практическую актуальность. Проблема объективной оценки доли трудового вклада структурного подразделения, рабочего места была и остается краеугольным камнем эффективности организации и оплаты труда.

Системой оплаты работы признается способ измерения размера вознаграждения за работу с ее результатами либо за вклад работника в ее выполнение.

Глава государства Нурсултан Назарбаев предлагает ввести дифференцированную систему оплаты труда работников образования и медицины. "Фонд заработной платы должен использоваться дифференцированно, в зависимости от качества и интенсивности труда", - сказал он.

«Компетенция врачей должна подниматься за счет мотивации. Врач, владеющий высокими технологиями, за 10 дней на 1 койке пролечивает 3 больных, а не владеющий – одного. Они не должны одинаковую зарплату получать. Надо внедрять дифференцированную оплату, мотивировать своих работников, тогда с них можно требовать», - предложила министр здравоохранения РК Салидат Каирбекова на расширенном засе-

дании коллегии управления здравоохранения в городе Алматы.

Цель: обзор результатов внедрения дифференциальной оплаты труда в медицинских учреждениях Республики Казахстан.

Применение дифференцированной оплаты труда медицинским работникам, устанавливается Правилами оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения **Приложение 1** к приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 10 ноября 2009 года № 689. Указанные правила оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения определяют порядок оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемых услуг медицинской помощи, путем поощрения медицинских работников, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в виде денежного вознаграждения:

-за счет сложившейся экономии бюджетных и внебюджетных средств;

-в организациях первичной медико-санитарной помощи из средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов на оплату дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи.

По статистическим данным Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 г.г. всего численность врачей в Республике Казахстан составляет 63 855 человек. Потребность во врачебных кадрах в ПМСП, в том числе в селе (по незанятым должностям) - 2899. Наибольший дефицит отмечается по специальностям: терапия, хирургия, ВОП, клиническая лаборатория, эндокринология. На 01.07.2013г. дефицит врачей в лечебных учреждениях ВКО составил 423 человека. Процент укомплектованности врачебными кадрами замер на отметке 92,7. Главные причины дефицита врачей:

- Количественный кадровый дисбаланс;
- Низкий уровень заработной платы;
- Низкая мотивация в профессиональном росте;
- Низкий престиж и социальный статус профессий и др.

Увеличение зарплат медицинских работников - главный способ привлечения специалистов в отрасль. По Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 г.г. совершенствуется внедрение дифференцированной оплаты труда медицинских работников. В результате реализации ЕНСЗ внедрена дифференциальная оплата труда медицинских работников, ориентированная на конечный результат. Это значит трудящиеся, имеющие одинаковую квалификацию и занимающие одну должность, благодаря стимулу и стремлениям оказать качественную медицинскую помощь, нацеленностью на конечный результат могут добиваться различных результатов в работе и соответственно получать заработную плату. Теперь, при исследовании работы медицинских учреждений и работы врачей учитываются не объемные показатели деятельности, а конечный результат медицинской помощи. Внедрение дифференцированной оплаты труда медицинских работников является одним из компонентов мотивирования труда, закрепления и привлечения новых персоналов.

К 2015 году будет создана современная и эффективная система управления здравоохранением, соответствующая международным стандартам, а также современная и конкурентоспособная система финансирования здравоохранения и оплаты медицинских услуг. Уровень здравоохранения в стране зависит от материальной базы, квалификации медицинских работников и оплаты их труда. Необходимо достойно оплачивать труд врачей, чтобы достичь конкурентоспособности по состоянию показателей здоровья народа. Дифференцированная оплата труда осуществляется в целях поощрения работников, с учетом количества и качества труда, за достигнутые успехи в работе и стимулирования дальнейшего их роста. Дифференцированная оплата труда предусматривает не только поощрение за достигнутые успехи, но и депремирование за нарушения в работе. Выплаты стимулирующего характера должны мотивировать работ-

ника к качественному результату труда, рациональному использованию ресурсов, учитывать сложность и интенсивность их трудовых затрат.

Дифференциальная оплата труда медицинского персонала, стимулирующая трудовую деятельность, должна быть персонифицированной (персональной); основываться на объективных критериях оценки трудозатрат работника; быть понятной работнику; не утяжелять документооборот; быть прозрачной для контроля; стимулировать повышение качества медицинской помощи и ресурсосберегающие технологии; не ущемлять права пациента; способствовать социальной защите медицинского работника.

Выплаты стимулирующего характера устанавливаются медицинскому персоналу с учетом критериев оценки эффективности деятельности, позволяющих оценить результативность и качество работы. Критерии оценки эффективности деятельности вводятся с целью усиления мотивации труда конкретного работника, повышения его заинтересованности в конечном результате своего труда, усиления прозрачности и унификации принципов систем оплаты труда учреждений.

Критерии оценки деятельности врача:

Повышающие критерии:

1. Выполнение индивидуального плана количества пролеченных больных.
2. Внедренные инновации по менеджменту и технологии.
3. В хирургических отделах: число проведенных операций и ассистенций.
4. Количество диагностических манипуляций, проведенных лично врачом в отделе.
5. Работа в проектной группе.
6. Разработанные внутренние стандарты.
7. Удовлетворенность пациента (положительные отзывы)

Понижающие критерии:

1. Нарушение трудовой дисциплины.
2. Документированные замечания различного уровня.
3. Невыполнение индикаторов качества (ВСМП, СМП).
4. Ятрогении.
5. Обоснованные жалобы.
6. Недостатки по оформлению мед. Документации.

В своем выступлении вице-премьер проанализировал ситуацию с оплатой в сфере медицины РК: «Внедряется дифференцированная оплата труда медицинских работников. Дифференцированная оплата труда медицинских работников больниц позволила дополнительно осуществить выплаты к действующим окладам, врачам - от 10 тысяч до 167 тысяч тенге, медицинским сестрам - от 10 тысяч до 40 тысяч тенге, в зависимости от вклада и профиля деятельности. Например, средняя заработная плата у кардиохирурга составляет в среднем 300 тысяч тенге по стране».

Внедрение дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях, мы можем увидеть в представленных нами таблице 1 и диаграммах 1, 2.

Таблица 1.

Сводная информация среднемесячной структуры выплат дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях за 2012г.

Медицинский персонал	Фактическая численность работников (человек)		Уд.вес получивших ДОТ	Сумма дифференцированной оплаты		Среднемесячная сумма ДОТ на 1-го работника	Среднемесячная заработная плата с учетом ДОТ на 1-го работника	Среднемесячная заработная плата без учета ДОТ на 1-го работника
	всего	в т.ч. получившие ДОТ		всего выданных средств на персонал тыс.тенге	удельный вес ДОТ от выделенных средств			
Врачи и провизоры	17 591	1 971	11%	71 486,18	30%	36 262,86	112 982,48	108 918,61
СМР и фарм. персонал	44 725	4 371	10%	89 506,01	38%	20 478,41	70 438,77	68 437,50
Прочий персонал	22 743	1 975	9%	36 886,88	16%	18 673,75	49 237,55	47 615,63
ММР	31 270	2 974	10%	39 147,53	17%	13 161,78	41 549,13	40 297,21
Всего	116 328	11 292	10%	237 026,59	100%	20 991,13	64 961,30	62. 23,73

Из этой таблицы мы видим, что на 2012 год удельный вес медицинских персоналов получающих дифференциальную оплату труда в среднем

составил 10%. ДОТ получают в основном СМР и фарм персонал (38%), Врачи и провизоры (30%).

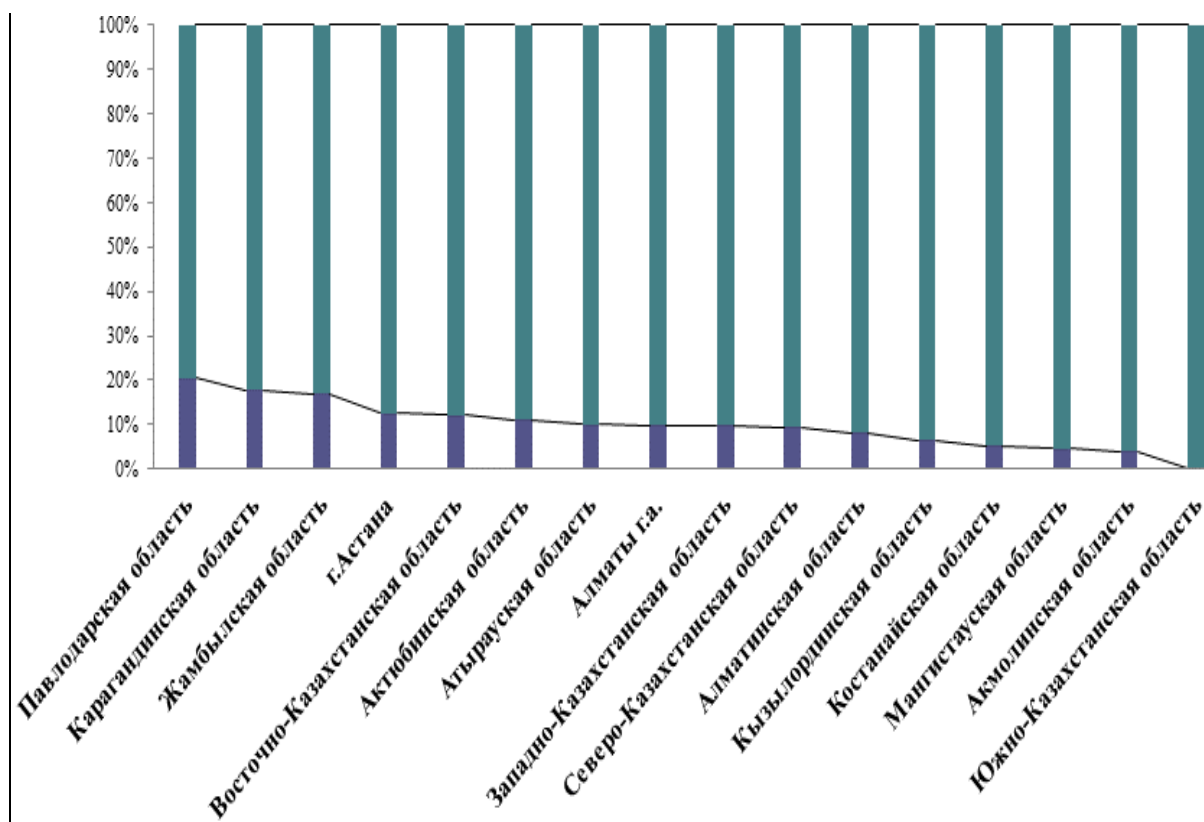


Рисунок 1. Удельный вес сотрудников стационаров, получивших дифференцированную оплату труда в разрезе регионов Республики Казахстан.

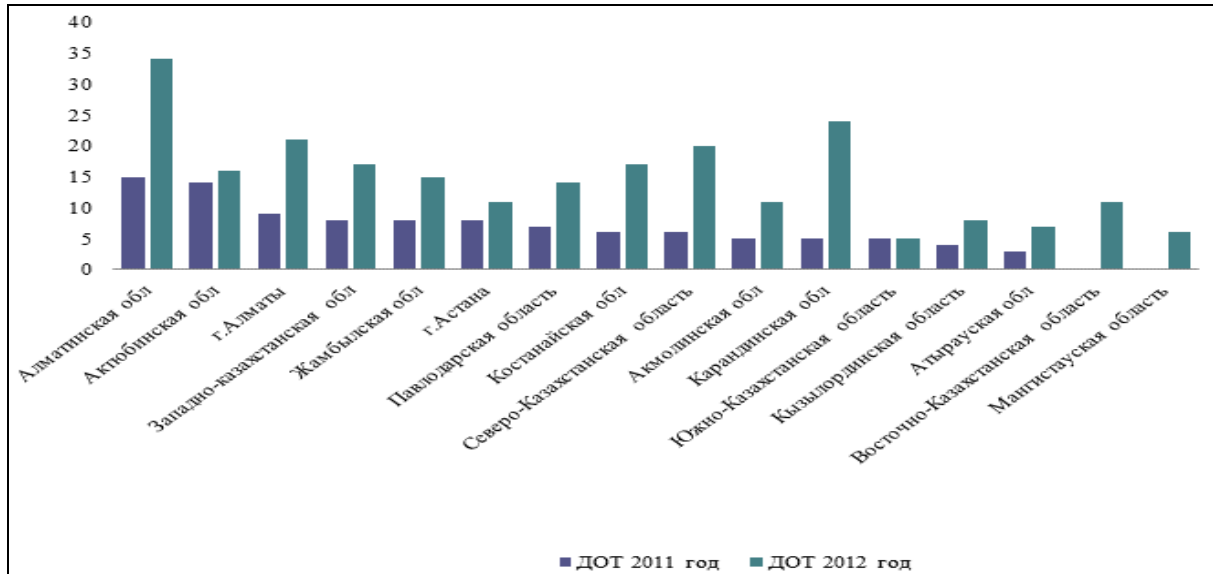


Рисунок 2. Динамика внедрения дифференцированной оплаты труда в стационарах в разрезе регионов Республики Казахстан за 2011 - 2012 гг.

В представленном наглядном статистическом материале, наблюдается динамика внедрения дифференцированной оплаты труда в стационарах в разрезе регионов РК за 2011г. и 2012 г.

Таким образом, в ходе реализации государственной программы развития здравоохранения на 2011 - 2015 годы будет произведен переход к дифференцированной оплате труда медработников. Появилась возможность во внедрении дифференцированной оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат, а так же повысилась эффективность использования средств государственного бюджета.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты

Казақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113

2. Байжуманов Э.А. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 г.г. -, <http://www.zakon.kz/4485575-koncepcija-razvitija-kadrovykh-resursov.html>

3. <http://almaty.rcrz.kz/ru/chtotakoe-ensz-ru>

4. <http://investobserver.info/differencirovannaya-oplata-truda-medicinskogo-personala/>

5. Айкешева А.С. Анализ внедрения дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь в Республике Казахстан. Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана, - 2013. - С. 4-10

Тұжырым

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ЕҢБЕКАҚЫНЫ ЕНГІЗУ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

У.С. Самарова, Н. Мадиярқызы, Р.М. Амирханов, Б.К. Сыдыкова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы

Бұл мақалада дифференциалды еңбекақының енгізілу мақсаты, оны тағайындау үшін жұмыскерлер қызметінің тиімділігін бағалау критерийлері және Қазақстан Республикасының медициналық мекемелерінде енгізілу қорытындылары көрсетілген.

Негізгі сөздер: дифференциалды еңбекақы, ҚР Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі, мотивация, жұмыскерлер қызметінің тиімділігін бағалау критерийлері.

Summary

RESULTS OF IMPLEMENTATION OF DIFFERENTIAL WAGE IN MEDICAL INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

U.S. Samarova, N. Madiarkyzy, R.M. Amirkhanov, B.K. Sydykova

Semey State medical university

Department of Public Health

In this article said the purpose of the introduction of differential payment, criterion for evaluating the performance of the employee and the results of the introduction of medical institutions in the Republic of Kazakhstan.

Key words: differential payment, Unified National Health System of the Republic of Kazakhstan, motivation, performance evaluation criterion.

ЭОЖ 614.253.1

А.К. Садыков, Ж.Б. Базарбек, Г.А. Берекенова, Р.М. Амирханов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы

МЕМЛЕКЕТТІК КЛИНИКАЛАРДА ДӘРІГЕРЛЕРДІ УӘЖДЕНДІРУ

Тұжырым

Еліміздің қоғамдық-экономикалық және халық шаруашылығының кез келген салалары қызметінің дамуы тек қана қызметкерлер еңбектерінің жоғарғы өнімділігі негізінде ғана іске асуы мүмкін. Бұндай еңбек әркім тарапынан үлкен ынтылысты талап етеді, яғни, еңбекті уәждендіру негіздері мықты болуы Салауатты өмір салтын қалыптастыратын негізгі факторлар: еңбектік белсенділік пен еңбекпен қанағаттанушылық, психологиялық элементтер ретінде тек денсаулықтың қалыптасуында ғана емес, сонымен қатар, оның бұзылыстарының дамуында да маңызды рөл атқарады. Медицина қызметкерлерінің қоғамдық-экономикалық жағдайларымен қанағаттанбауы медициналық көмектің сапасына айтарлықтай әсер етеді.

Жоғарыда аталғандар, дәрігерлер еңбегінің уәждену жүйесін құруға бағытталған кешенді қоғамдық-гигиеналық зерттеулердің жүргізілуінде заманауи әдістерінің қолданылуының қажеттілігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: дәрігер, денсаулық, қызмет көрсету, жалақы, жекеменшік, науқас, аудит.

Дәрігерлік қызмет – науқас адам алдында үлкен жауапкершілік жүктейді. Жаман актер, жаман агроном, жаман технолог, жаман зоотехник болсаң да, жаман дәрігер болуға еш хақың жоқ. Адам денсаулығымен, тіпті, кейде оның өмірімен ойнауға болмайды. Адамның денсаулығы алтынмен, күміспен, ақшамен, дүниемен өлшенбейді. Адам денсаулығы мен өмірі – ең қымбат, ең қасиетті, еш дүниемен өлшенбейтін баға жетпес құндылық. «Басты байлық – денсаулық» деп қазақ атам заманнан денсаулықтың қадірін жоғары бағалаған дәрігердің әлеуметтік жағдайын ұмытпаған жөн.

М.Монтель «Денсаулық – баға жетпейтін жалғыз ғана асыл дүние. Ол жақсы болу үшін не уақытты, не күш - жүгерді, не еңбекті, тіпті, барлық дүниені аямай жұмсау керек. Денсаулық үшін өмірдің бір бөлігін де киюға болады. Денсаулықсыз өмір – қызықсыз әлем деп есептеймін» деген. Мыңдаған кесел мен дерт «тонын айналдырып», сан құбылып, жүз өзгеріп адамзаттың денсаулығы мен өміріне қауіп төндіріп жатқан қазіргі уақытта дәрігерден терең білімділікті, сезімталдықты, байқампаздықты, аңғаруы мен түйсігі мол болуды талап етеді. Олай болмаса дәрігер сырқаттың түрін дер кезінде анықтауда, емдеуде қателік жіберуі әбден мүмкін. Егер олай болса сырқат денсаулығына, өміріне қауіп бұлты қоюлана түсетіні мәлім. Әрине, бұл күндері медициналық технология жан-жақты жақсы дамыған кезде дәрігерлердің қызметі едәуір жеңілдей түскені рас. Өкінішке орай, жас дәрігерлердің көпшілігі жаңағы диагностикалық аппараттар мен жабдықтарға иек асып, клиникалық ойлау, сараптау қабілетінен ажырай бастады. Білімімен қатар, дәрігер мінезге бай, санасы биік, ойы таза, түйсігі мол, жүрегі жомарт, мейір мен ізгілікке жаны құмаржан болуы керек. Ондай болмаса ол он ойланса да, жүз толғанса да сыйлы дәрігер бола алмайды, абыройға ие болмайды. Медицина қызметкерлерінің мардымсыз жалақысы жайлы айтыла-айтыла жауыр болған тақырып. Бар болғаны 70-80 мың теңге үшін дәрігер күнді түнге ұрып, түнді күнге ұрып аян бай ең бекетеді (күндізгі жұмыс, түнгі кезекшілік, ертеңіне тағы кешке дейін үйреншікті дәрігерлік қызмет). Ол кезде отбасы жайлы ойлауға да кейбірінің уақыты да жоқ. Мардымсыз жалақысын бала-шағасының тамағы мен киім-кешегіне, оқуына қалай жеткізем деп жүріп, негізгі жұмысынан басқа жерде (жеке меншік емханалар мен мед.училищелерде) жұмыс істеуге мәжбүр. Әрине одан кейін тіршілікті уқыметі мен жұмыстан әбден титығып

атқарып жүрген қызмет сапасы төмендейді, қателіктер жіберіледі? Оның кітап, журнал, газет оқып, өз бетінше білімін жетілдіруге уақыты, тіпті, мұршасы жетпейді.[1] Оның үстіне қазіргі күндерде денсаулық саласында жыл сайын тынымсыз жүріп жатқан реформалар мен бір бітпейтін, еш аяқталмайтын өзгерістер дәрігерлердің басым көпшілігін қағаз басты етіп жібергенін жасырмауымыз керек (тіпті, кейде аурумен асықпай бетпе-бет сөйлесуіңе, тамырын ұстап, қан қысымын өлшеуге, хал-жағдайын сұрауға уақыт тапшы). Ол қағаздарды (науқаснама) дер кезінде дұрыс толтырып, өткізбесең ертең сәгіс аласың, айлықтан қағыласың. Күндіз-түні жұмыс туралы, ауыр науқас жайлы ойлап, денсаулығы сызат беріп, жүйкесі тозып жүрген дәрігерлердің ерлікке толы еңбегін біздің қоғам өз дәрежесінде қадірлеп, сыйлап, баға беріп жатыр ма? Жоқ, кім қалай ойласын, ал менің көңілім толмайды. Қай дәрігерден сұрасаңыз да осы сөзімізді растайтынына көзіңіз жетеді. Біраз жыл республикамыздың Парламент Мәжілісінің депутаты болған Тито Сыздықовтың мәліметіне қарағанда, дамыған мемлекеттер дәрігерлерінің жылдық табысы 120-150 мың доллар болса, біздің дәрігерлер бар болғаны 5-6 мың доллар алады. Салыстырып көріңізші. Айырмашылығы жер мен көктей емес пе? Олар қандай жағдайда ең бекетеді, ал бізде қалай? Соны ойласаң, көңілің құлазып, қарның ашады, жүрегің сыздайды. «Біреуге бақыт сыйлай жүріп – өзім сөнемін!» («Светя другим – сгораю сам!») дегендей өзге жандарға денсаулық, қуаныш, бақыт, өмір сыйлай жүріп, кейде денсаулығы сыр беріп, өкінішке қарай, өзі қалай «сөніп» қалғанын кейде байқамай қалады. Қай дәрігер болмасын, өздерінің өмірінен осы тақырыпқа ондаған мысал келтіре алареді.

Мамандығын сүйген, кәсіби білімі терең, шеберлігі жоғары нағыз дәрігерлер, тәуба, ортамызда әлі де баршылық. Оған шүкір. Сол – үміт отын маздатып, сенімді діізбейді. Жақсы дәрігердің адамдық жарқын бейнесі, көпшілікке атқарған игілікті істері көптің жүрегінде, халықтың ойында қалады, әріптестерінің ардағына айналады. Әлі де солай бола бермек. Медициналық көмек сөзінің мәніне үніліп көрдіңізбе? Көмектесу, жәрдемдесу, көңіл бөлу, мейірім таныту, рақымшылық көрсету. Адам дәрігерге көмек сұрап, жәрдемалу үшін келеді. Ал қазір «көмек» сөзін «қызмет» сөзімен алмастырдық. Бүгінгі қоғам үшін медициналық қызмет пен медициналық көмектің айырмашылығы жоқ. Бірақ қызмет пен көмек екі ітүрлі

ұғым. «Алдымызға келген науқастардың барлығын емдегіміз келеді, бірақ қолымыз байлаулы» - деген пікір.

Аудит деген сөздің өзі «контроль», бақылау деген мағынаны білдіреді. Сапаны қадағалау, бақылау. Кәсіпшіліктің пікірінше, аурухана сапасы дәріге ғана байланысты. Медициналық мекеменің сапасы дәрі және дәрігерге ғана байланысты емес, дәрігер мен науқас қарым-қатынасы да маңызды рөл атқарады. Ішкі аудит мақсатына аурухананың жалпы мүмкіндігі, құрал-жабдықтар, диагностикасы, қай сапада ем жүріп жатыр соны бақылау, қадағалау кіреді [2]. Бізде науқасты протокол бойынша емдейді. Ем протокол бойынша жүріп жатыр ма, бөлімше дәрі-дәрмек жағынан, штат жағынан қалай қамтылып тұр. Содан кейін тағы қандай қосымша мүмкіндік бар соны бақылаймыз. Аудиттің жұмысында тек қана бақылау жүргізу емес, емдейтін дәрігер мен бірге жұмыс істеу маңызды. Емдеу процесінде болатын проблемаларды емдеуші дәрігер мен бірге шешу маңызды. Науқасты емдеуге қосымша мүмкіндік болмаса басқа жерге жібереміз. Ауырхалдегі науқастар болады, ондай кезде басқа мамандарды жинап консилиум өткізуге тиісті. Аудит жұмысын айлық жоспары бойынша жүргізіледі. Дүние жүзілік Денсаулық сақтау Ұйымының мәліметі бойынша жыл сайын әлемде 10 миллионнан астам адам инсульт және инфаркт салдарынан өмірден өтеді. Ал инсульттан көз жұматындар жүрек ақаулары және онкологиялық аурулардан кейінгі 3 орында тұр. Біздің елде де бұл дертке шалдығатындар саны күрт көбейіп кетті. Инсульттан өлім жағдайы жоғары. Оның үстіне қазір инсульт жасарып кетті. Осыдан 10 жыл бұрын инсультке шалдыққан адамның жасы 60-70 жа болса, қазір 40-60 жас болды. Сонымен инсульттың белең алуының негізгі себептері: біріншіден әлеуметтік жағдай, өмір ритмы; екіншіден адамдардың өз денсаулығына немқұрайлы қарауы. Инсульттың белең алуының бірінші себебі - әлеуметтік фактор. Біз туберкулез – әлеуметтік ауру деп айтуға үйреніп алдық. Инсульт «әлеуметтік факторы» деп, кедейшілік, төменгі күн-көріс деңгейі ретінде емес. Бүгінгі уақыт өзгерістерді, жылдамдықты, белсенділікті талап етеді. Көштен қалмас үшін, бүгінгі заманауи адам белсенді болуға тырысады. Алдыға ұмтылады, үнемі асығып жүреді. Адамға бүгінгі өмір жылдамығы тым ауыр.

Осының салдарынан стрестік жағдайлар көп. Ал екінші фактор: біздің халықтың менталитетінде. Кейбір науқастар денсаулығын сақтау үшін өзі ештеңе жасамайды. Дене қимылы, салауатты өмір салты, аурудың алдын-алуға мән бермейді [3]. Инсультқа шалдығудың басты себебі – қан қысымы жоғары болуы. 180, 200 қысыммен жүре беретін адамдар бар. Кейбіреулері «мен 240-пен жүре беремін» деп мақтанып айтады. Бұл адамның жастығы немесе сосудтарының жақсы болуымен түсіндіріледі. Науқастардың созылмалы ауруын учаскелік дәрігерлер қадағалау керек. Қан қысымы жоғары адамдарға тәуліктік мониторинг жасап, кейін ем белгілеу қажет. Біздің науқастар болса дәрігер жазып берген дәріні 5-10 жыл ішіп жүре береді. Ал дәрі әсер етпейді. Соңы инсультке әкеледі. Жақсы дәрігер болу үшін ең бірінші білім керек. Білімсіз дәрігер болмайды. Екіншіден, науқасқа деген көңіліңіз, жанашырлық, рақымдылық. Ауырып келген адамның психологиясы әлсіз, жаны жаралы болады. Оған мейірімділік керек. Білім мен мейірімділік дәрігер үшін ең қажетті [4].

Француздың ағартушы педагогы Жан Жак Руссо «Ұстаздық уақыт ұту емес. Өз уақытын аямау, өзгенің бақытын аялау» деп көрсеткен екен. Демек, біз адам жанының арашашысы болып жүрген дәрігерді өз уақытын, білімі мен күш-жігерін сырқаттардан еш аямайтын, өзгенің бақытын аялайтын жеке тұлғаға айналдыра білуіміз керек.

Әдебиеттер:

1. Иванюшкин А.Я., Курило Л.Ф., Лопухин Ю.М., Седова Н.Н., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г. Биоэтика: вопросы и ответы. – М.: Прогресс-Традиция, 2005. – С. 8-65.
2. Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан», 2006. - www.zakon.kz.
3. Нокиной Г., В. Гуревич Отношение населения к своему здоровью и системе здравоохранения: Результаты социолог.исслед. – Алматы: Фонд XXI век, 2002. – С. 13-49.
4. Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2. – С. 22-25.

Резюме

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В ГОСУДАРСТВЕННЫХ КЛИНИКАХ А.К. Садықов, Ж.Б. Базарбек, Г.А. Берекенова, Р.М. Амирханов Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра общественного здравоохранения

В государственных медицинских учреждениях, где трудится большинство врачей, весьма ценится возможность исполнять сверхурочно работу, с целью получения дополнительных выплат. Следовательно, и то, и другое тоже можно считать частью системы мотивации персонала в государственных клиниках и больницах.

Ключевые слова: врач, здоровье, оказание помощи, заработная плата, пациент, аудит, частное.

Summary

MOTIVATION OF STAFF IN STATE CLINICS A.K. Sydykov, Zh.B. Bazarbek, G.A. Berekenova, R.M. Amirkhanov Semey State medical university Department of Public Health

In the state medical institutions where the majority of doctors works, opportunity to execute overtime work, and also to work, for receiving additional payments is very appreciated. The refore, it is possible to consider as part of system of motivation the personnel in the state clinics and hospitals.

Key words: doctor, health, assistance, wages, patient, audit, private.

УДК 378.147:61

Ж.К. Смаилова

Государственный медицинский университет города Семей

РАЗРАБОТКА КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ – КАК СРЕДСТВО ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**Аннотация**

В данной статье автор рассматривает вопросы разработки клинических сценариев для организации безопасной образовательной среды в медицинском вузе. Представленная технология способствует прогнозированию и предотвращению врачебных ошибок, опасностей и рисков для пациентов, формированию у обучающихся навыков клинического мышления и работы в команде.

Ключевые слова: клинические сценарии, безопасная образовательная среда, стандартизированный пациент, клиническое мышление.

На современном этапе, стратегия высшего медицинского образования в нашей стране предполагает формирование профессиональной компетентности будущих специалистов, готовых и способных решать не только профессиональные задачи, но и выходить за пределы нормативной деятельности, осуществлять инновационные процессы, процессы творчества в широком смысле. Сложность обучения будущих врачей состоит в том, что обучающиеся должны полностью овладеть характером и предметом профессиональной деятельности будущего врача: оказание квалифицированной медицинской помощи взрослому и детскому населению при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов; оказание специализированной медицинской помощи в форме первичной медико-санитарной помощи; организация и проведение санитарно-гигиенической и противоэпидемической деятельности; формирование и развитие эффективных взаимоотношений с пациентом, родственниками пациента, коллегами, представителями социальных служб; пропаганда здорового образа жизни; осуществление и развитие организационно-экономической и управленческой деятельности организаций здравоохранения; развитие и применение принципов научной методологии и доказательной медицины; планирование научных исследований и развитие педагогических навыков; обучение на протяжении всей жизни и использование новых знаний и технологий в своей профессиональной деятельности [1, 2, с.19-27].

Поэтому обучающийся медицинского вуза должен быть полноценным участником образовательного процесса в виде моделирования будущей профессиональной деятельности, осуществление которого на практике будет способствовать формированию его профессиональной компетентности.

Для этого в нашем вузе создаются личностные клинические ситуации, в которых посредством определенного клинического сценария, актуализируются личностные функции обучающихся, накапливается опыт реализации выбранной тактики действия, клинического мышления и решения проблем. Это происходит за счет обоснования своего отношения к определенной профессиональной ситуации, в выявлении ее смысла.

Основная задача разработки таких клинических сценариев - отработка практического алгоритма действий бригады в выборе тактики лечения в различных клинических случаях, сопровождающихся различными клиническими ситуациями с использованием действующего медицинского оборудования в условиях, мак-

симально приближенных к реальным. Для этого используется робот - симулятор «iSTAN» фирмы «METI» (США). Его особенность состоит в том, что он позволяет воспроизводить самые мельчайшие нюансы человеческой физиологии, вплоть до газообмена в легких, кровотечения, выделения пота, мочи, слез и пр. в соответствии с создаваемой клинической ситуацией. По сценариям, заложенным в компьютерной программе робота обучающиеся осваивают определенные клинические ситуации, а именно направленных на формирование мотивов, профессиональных знаний, ценностных отношений, профессиональной этики, профессионально важных качеств, умений, навыков. При этом обучающиеся погружаются в обстановку, наполненную реалистичными визуальными, звуковыми и тактильными сигналами, имеют возможность обдумывать свои действия. Использование готовых клинических сценариев освобождает преподавателя от постоянного контроля и оставляет время для непосредственного участия в разборе клинической ситуации с обучающимися. При этом изменения в состоянии пациента: появление положительной или отрицательной динамики в ходе лечения критической ситуации, зависят от правильности действий обучающихся.

В сценарии могут быть включены рентгенограммы, лабораторные данные, видеотчеты. В ряде сценариев присутствуют элементы стандартизированного пациента, т.е. ответы пациента могут быть записаны заранее и включаться в подходящее время или могут быть выражены другим человеком (студентом, резидентом, вспомогательным персоналом) с помощью микрофона. Они отвечают только на те вопросы, которые задает студент - врач. По мере действия команды ход сценария может быть переведен в следующий этап с ухудшением состояния. Команда должна провести необходимое обследование пациента, а пациент (или студент посредством микрофона) сформулировать те симптомы, которые на симуляторе нельзя симитировать (например, боль при пальпации - возгласы). Дополнительная информация (результаты ЭКГ, рентген - снимки и результаты анализов) может быть выдана только тогда, когда студент-врач ее запросит.

Сценарий может быть остановлен в любом месте, в зависимости от опыта и уровня обучения студентов.

Благодаря клиническим сценариям существует уникальная возможность проводить исследования, которые невозможно выполнить на живых людях по соображениям этики или из-за угрозы жизни, в услови-

ях, которые полностью соответствуют реальности. Клинические ситуации, которые в жизни встречаются достаточно редко, можно воспроизводить с любым необходимым количеством повторов. Еще одним преимуществом является возможность воспроизводить одни и те же сценарии в различных условиях.

С помощью клинических сценариев обучающиеся, имея теоретическую подготовку (первый этап), владея практическими навыками (второй этап) и отработав виртуальный алгоритм лечения неотложных состояний (остановка сердца, нарушения дыхания, аритмии, отравления и передозировки, метаболические нарушения и терморегуляция) попадают в симуляционную палату, где в условиях, приближенных к настоящим (реальная обстановка, реальное оборудование, манекен, самостоятельно реагирующий на его вмешательство), они путем многократного повторения и разбора ошибок добиваются совершенства своих навыков работы с оборудованием и пациентом, навыков работы в команде.

Разработанные согласно Типовым учебным программам клинические сценарии помогают обучить диагностике патологических синдромов и особенностям оказания медицинской помощи при неотложных состояниях; сформировать и усовершенствовать технические навыки при оказании неотложной помощи больным при осложненном течении заболевания; отработать коммуникативные навыки в работе с пациентами, их родителями и коллегами при оказании неотложной помощи; научить обучающегося давать объективную оценку своим действиям.

Разработка клинических сценариев подразделяются на методики с достаточно жестким сценарием и методики свободной импровизации на заданную тему. В первом случае указываются эталоны действий на каждом этапе, допускаются лишь возможные варианты состояния объекта имитации (в клинических случаях – пациента или его родственников) в зависимости от

характера действий играющих (правильных или ошибочных). Для каждого из таких вариантов также имеются соответствующие эталоны действий и формы поведения в зависимости от принимаемых последовательных решений. Во втором случае – преподаватель импровизирует в зависимости от ситуаций [3, с. 461-467, 4, с. 16-23].

Использование клинических ситуаций в образовательном процессе гарантирует повышение качества обучения основных клинических навыков и обеспечивает возможность их повторять и поддерживать на должном уровне. При моделировании клинических ситуаций происходят усвоение и актуализация профессиональных знаний, умений, навыков, становление смыслообразующих профессиональных мотивов, развитие профессионально - важных качеств, клинического мышления. Клинические ситуации позволяют достигнуть определенного уровня компетентности до применения техники или процедуры на пациентах. Оценка навыков с помощью клинических сценариев играет основную роль в определении клинической компетентности обучающихся.

Литература:

1. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования в Республике Казахстан от 12.08.2011 № 534
2. Вартанян, В.А. Алексеев. Международное сотрудничество и развитие медицинского образования. - М., 2000. - С.19-27.
3. Scalese R.J., Issenberg S.B. Effective use of simulations for the teaching and acquisition of veterinary professional and clinical skills // J Vet Med Educ. - 2005. - Vol.32(4). - P.461-467.
4. Issenberg S.B., Gordon M.S., Gordon D.L., Safford R.E. Simulation and new learning technologies // Medical Teacher. - 2001. - №16.- P.16-23.

Тұжырым

КЛИНИКАЛЫҚ СЦЕНАРИЙ – МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРНЫНДА ҚАУІПСІЗ БІЛІМ БЕРУ ОРТАСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ

Ж.Қ. Смаилова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бұл мақалада автор медициналық жоғары оқу орнында қауіпсіз білім беру ортасын ұйымдастыру үшін клиникалық сценарий жасаудың кейбір сұрақтарын қарастырады. Бұл технологиялар - дәрігерлік қателіктерді алдын-ала болжауға және болдырмау жолдарын қарастыруға, науқастар үшін қатердің алдын алуға, білім алушыларда клиникалық ой-қабілет дағдыларының және топта жұмыс істеу дағдыларының қалыптасуына мүмкіндік береді.

Ключевые слова: клиникалық сценарий, қауіпсіз білім беру ортасын ұйымдастыру, клиникалық ой-қабілет.

Summary

DEVELOPMENT OF CLINICAL SCENARIOS - AS A MEAN OF ORGANIZING A SAFE EDUCATIONAL ENVIRONMENT IN MEDICAL SCHOOL

ZH.K. Smailova

Semey State Medical University

In this article authors consider questions of development of clinical scenarios for the organization of the safe educational environment in medical school. The presented technology promotes forecasting and prevention of medical errors, dangers and risks for patients, to formation at being trained skills of clinical thinking and work in team.

Key words: clinical scenarios, the safe educational environment, a standardized patient, clinical thinking.

ЭОЖ 378.147:61

Ж.Қ. Смаилова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРНЫНДА СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ
ОҚЫТУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ****Түйіндеме**

Медициналық білім беруде симуляциялық технологияларды қолдану - құралдарды немесе ем-шараларды қолданбас бұрын құзыреттіліктің белгілі-бір деңгейіне қол жеткізуге мүмкіндік береді. Осы мақалада автор болашақ дәрігердің кәсіптік құзыретін қалыптастыруда симуляциялық технологияларды қолданудың кейбір сұрақтарын қарастырады.

Негізгі сөздер: симуляциялық технологиялар, кәсіптік құзыреттер, клиникалық дағдылар.

Болашақ дәрігердің кәсіптік дүниетанымын қалыптастырудың басты мақсаты – оған белсенді кәсіптік қызметке кірісе алуға, әртүрлі кәсіби жағдайларда әрекет етуге және өзін жоғары рухани және өмірлік ұстанымы бар тұлға ретінде көрсете білуіне мүмкіндік беретін жаңа білім сапасын қамтамасыз ету болып табылады.

Мамандыққа деген қажеттіліктері және осы мамандықты таңдаудағы себептерінің әсерінен болашақ дәрігерлердің кәсіптік іс-әрекетке қатысты басты мақсаты өзекті құндылық бағдарға айналады. Өзінің болашақ мамандыққа деген жауапкершілігін сезіну – болашақ дәрігерлердің жеке танымдық қасиеттерін, оның мағынасын түсінуге мүмкіндік береді. Сол себепті медициналық жоғары оқу орындарында білім беру үрдісі барысында оқытушы белгілі бір әдістемелік уақытты бөлу арқылы болашақ дәрігердің мамандыққа деген жеке ұстанымын қалыптастыруы қажет.

Осыған сәйкес Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінде білім беру үрдісінде білім алушылардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыруда болашақ кәсіптік қызметінің үлгісін жасау арқылы болашақ мамандарды өздерінің кәсіптік қызметімен таныстыру, оларды өз қызметтерін сапалы орындау жауапкершілігін қалыптастыру, яғни қоғам денсаулығын сақтаудың тиімді әдістемесі жасалды.

Соған байланысты, клиникалық жағдай жасалып, білім алушының жеке тұлғасына қатысты мәселелер қарастырылып, іс-әрекет тәсілі таңдалып, клиникалық ой-танымы, мәселелерді шешуге қабілеті қалыптасады. Бұл білім алушының белгілі кәсіптік жағдайға өз қатынасын сараптап, оның мәнін анықтауына мүмкіндік береді. Нақ осы жағдайда медициналық жоғары оқу орнының оқытушысы білім алушының өзін-өзі дамытуына, кәсіптік құзыреттілігінің қалыптасуына көмектесе алады.

Білім алушылардың тәжірибелік (клиникалық) дайындығының сапасын арттыру және олардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыру үшін университеттің клиникалық базаларының болуы үлкен роль атқарады. Алайда, науқастың жанында білім берудің басты кемшілігі, ол науқастың сапалы медициналық көмек алуға құқығын бұзады.

Екіншіден, оқытушы білім беру үрдісін үнемі қадағалай алмайды. Сондықтан білім алушы нақты қажетті дағдыны игерді деген сенімділік болмайды.

Осы тұрғыдан алғанда симуляциялық әдістемелерді пайдалану – білім алушылардың

кәсіптік құзыреттілігін қалыптастырудың бірден-бір үлгісі болып табылады. Ал білім алушының өзінің кәсіптік мамандығына қатысты құзыреттілігін қалыптастырудың маңызды жолы – оқу-клиникалық орталықтарында, симуляциялық палатада өткізілетін әдістемелер болып табылады.

Қазақстан Республикасында медициналық және фармацевтикалық білім беруді дамытудың қазіргі жағдайында дәрігер мамандарды дайындаудың жаңа сатысы пәндік - бағдарлы білім беруден құзыреттілік-бағытты білім беруге бағыттанып, білім беру үрдісіне жаңа әдістемелерді енгізу мүмкіндігі пайда болды [1]. Қазіргі кезде Қазақстан Республикасының жоғары медициналық оқу орындарында инновациялық әдістерінің бірі ретінде симуляциялар немесе нақты клиникалық жағдайдың үлгісін жасау- белсенді түрде білім беру үрдісіне енгізілуде.

Симуляциялық рольдік әдістемелерді жасау саласындағы мамандар қатаң сценарий бар және берілген тақырыптағы әдістемелерді анықтайды. Мұндай әдістемелерді білім беру үрдісінде қолдану білім алушыға нақты клиникалық жағдаймен қауіпсіз ортада танысуына мүмкіндік береді, білім алушы өзінің қандай мәселелерге назар аудару керектігін, күрделі шиеленісті жағдайлардан шығу жолдарын, топта жұмыс істей білу қабілеттілігін шыңдайды [2].

Симуляция дегеніміз - науқастың өзін және жағдайын нақты суреттеп беруге мүмкіндік беретін әдіс, ал симулятор-осы симуляцияның құралы болып табылады. Ал медициналық симуляция дегеніміз-білім алушыларды кәте жіберуге болатын қауіпсіз ортада сирек және қауіпті жағдайлармен таныстыру әдісі болып табылады. Симуляцияның үш құрылымды бөлігі бар: үлгі жасауға арналған құрал-жабдықтар, симуляцияны жасау ортасы және психологиялық көрсете білу. Техникалық көрсете білу – білім беру мақсатына сәйкес физикалық ерекшеліктерді көрсететін жабдықтарды және оқу құралдарын пайдалану. Тренажердың көмегімен белгілі - бір ортаны көрсеткен жағдайда жекелеген сөздерді, іс-қимылдарды және басқа да сенсорлы ақпараттарды пайдалануға болады. Симуляцияның маңызды бөлімінің бірі - білім алушының симуляциялық ортаға толықтай психологиялық сенуі болып табылады. Осы жағдайларда білім алушы үлгісі жасалған жағдайларға сәйкес нақты дағдыларын көрсете алады және тиімді кері байланыс жүзеге асырылады [3].

Клиникалық жағдайлардың үлгісін жасау білім алушыға белгілі-бір медициналық құралды немесе

әдісті науқасқа қолданбай тұрып, клиникалық құзыреттіліктің белгілі деңгейіне жетуіне мүмкіндік береді. Симуляторларда дағдылардың игерілуін бағалау - білім алушылардың клиникалық құзыреттілігін анықтауда негізгі роль атқарады. Соған байланысты, симуляторларды пайдалана отыра, білім алушылардың кәсіптік құзыреттілігінің қалыптасуын бағалау кең таралған және стандартты әдіс болып табылады.



Мұндай белгілі-бір клиникалық жағдайдың үлгісін жасау кезінде кәсіптік білімді, дағдыларды, шеберліктерді игеру және өзектілігін түсіну, кәсіби ұстанымдары мен мақсаттарының қалыптасуы, кәсіптік маңызды қасиеттері, клиникалық ой-танымы дамиды.



Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінде білім беру үрдісіне аталған әдістерді енгізу мақсатында Медициналық орталық, ішкі аурулар және интернатура кафедрасы, акушерия және гинекология кафедрасы базасында симуляциялық бөлмелер ұйымдастырылды. Оның мақсаты - түрлі деңгейдегі білім беру бағдарламаларын жүзеге асыруды қамтамасыз ету және негізгі клиникалық дағдылардың қалыптасу сапасын арттыру болып табылады. Бұл үшін жоғары дәрежеде қамтамасыз етілген компьютерлі интерактивті манекендер пайдаланылды. Олардың техникалық қамтамасыз етілуі нақты клиникалық жағдайдың үлгісін жасауға мүмкіндік береді.

Оқу-клиникалық орталығында болашақ қызметтің үлгісін жасау мақсатында 2007-2008 оқу жылынан бастап білім беру үрдісіне «Gaumard» фирмасының (АҚШ) өнімі «HALL» атты ересек науқастың және жаңа туған нәрестенің мобильді манекені пайдаланылды. Бұл манекендер компьютерлік бағдарламасына сәйкес түрлі клиникалық жағдайлардың үлгісін жасауға мүмкіндік береді. Оқу жылы көлемінде аталған манекендерде интерн дәрігер-реаниматологтар және акушер-гинекологтар, хирургтар тереңдетілген бағдарламаға сәйкес түрлі клиникалық жағдайларды игерді. Осыған байланысты

әрбір тәжірибелік құзыреттің игерілу кезектілігі, яғни алгоритмы жасалды.



Денсаулық сақтау саласындағы жүргізіліп жатқан өзгерістер медициналық білім беру әдістерін өзгертуге де ықпал етті. Мысалы, науқастардың ауруханаларда емделу мерзіміне қойылатын талаптарға байланысты ауруханалардың төсек-күндері қысқарды. Соған байланысты, білім алушылар көптеген аурулар түрін клиникалық жағдайда талдау және қарастыру мүмкіндігінен шектеледі. Сонымен қатар, клиникалық жағдайда білім алушылар науқас өміріне қауіп тудыратын жағдайларды және дағдыларды игере алмайды. Ауруханада науқасты білім беру нысаны ретінде қарастыру да этикалық тұрғыдан күрделі мәселе болып табылады. Нәтижесінде медициналық мамандандырылған көмек көрсету сапасы төмендейді.

2009-2010 оқу жылындағы клиникалық тәжірибелік дағдыларды игеруді ұйымдастыру бойынша жүргізілген социологиялық сұрастыру нәтижесі көрсеткендей, білім алушылардың басым көпшілігі (70%) ұсыныстар және тілектер бөлімі бойынша клиникалық тәжірибелік дағдыларды игеруге қажетті манекендер мен тренажерлер көбірек болса деген тілек айтты. Ал 68% білім алушы өздерінің клиникалық дағдыларды игеру деңгейінің орташа болғанын «клиникада науқастармен жұмыстың шектеулі болғанынан» деп атап көрсетті. Жоғарыда жүргізілген сауалнама қорытындысы бойынша және оқытушылардың пікірін сараптай келе, оқу қондырғылары және клиникалық нақты жағдайдың үлгісін жасауға болатын жоғары мүмкіндікті робот-симуляторлар білім беру үрдісіне енгізілді. Айталық, клиникалық қызметтің үлгісін жасау немесе симуляциялық әдістерді пайдалану мақсатында «METI» фирмасының (АҚШ) «iSTAN», «Metiman» оқу роботтары пайдаланылады. Олардың ерекшелігі, алдын-ала жасалған әрекет үлгісіне сәйкес адамның физиологиялық көрсеткіштерінің үлгісін жасауға болады, мысалы, терлеу, көзінен жас ағу, дірілдеу, сөйлеу және т.б.

Бұл роботтардың бағдарламасына енгізілген сценарий бойынша интерн-дәрігерлер нақты жағдайларды, атап айтқанда болашақ кәсіптік қызметтің мақсатын қалыптастыратын; кәсіптік білімін қалыптастыратын; кәсіптік құндылықтарды; кәсіптік этиканы қалыптастыратын; кәсіптік маңызды қасиеттерді қалыптастыратын; кәсіптік дағдылар мен шеберліктерді қалыптастыратын; құзыреттілікті нақты көрсете алатын жағдайларды игерді. Робот - симуляторлардың бағдарламасы бойынша көптеген клиника-



лық жағдайларды игеруге мүмкіндік бар, мысалы «Анафилактикалық шок», «Миокард инфарктысы», «Бронхиальды астма», «Пневмоторакс» және т.б. жағдайлардың мысалдарында білім алушылар өздерінің клиникалық дағдыларын игеруге және оларды бірнеше рет қайталау арқылы нығайтуға мүмкіндік алады. Осы мақсатта клиникалық кафедралар сценарий жасап, Типтік оқу бағдарламаларына сәйкес білім беру барысында пайдаланып отыр.

Білім алушылардан кері байланыс алу - оларда науқастың мәселелерін анықтау, жедел медициналық көмек көрсету, әріптестермен қарым-қатынас дағдылары, топта жұмыс істеу шеберлігі, кәсіптік және этикалық жауапкершілік, клиникалық ой-таным, болашақ қызметте білім мен дағдыларды қолдана білу дағдыларының қалыптасуында оң нәтиже беретінін көрсетті.

Олай болса, білім берудегі симуляциялық әдістемелер білімнің әдістемесінен нақты әрекет әдістемесіне, яғни жүйелі шешім қабылдауға қабілеттіліктерді жетілдіруге мүмкіндік береді. Жағдайдың үлгісін жасау негізгі клиникалық дағдыларды оқытудың сапасын арттыруға және

оларды үнемі қайталап және сәйкес деңгейде қалыптастырып отыруға ықпал етеді.

Оқу-клиникалық орталығының мүмкіндерін пайдалан отыра болашақ дәрігерлерді дайындау, олардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыру барысында мұндай әдістеме неғұрлым тиімді болып табылады, өйткені белгілі-бір клиникалық жағдайды игеру кезінде білім алушы болашақ мамандығының қыр-сырымен танысып, қауіпсіз жағдайда өз мүмкіндіктерін толық пайдалануына жағдай жасалады.

Әдебиеттер:

1. Қазақстан Республикасында медициналық және фармацевтикалық білім беруді дамыту Концепциясы. 12 тамыз 2011 жыл № 534.
2. Scalese R.J., Issenberg S.B. Effective use of simulations for the teaching and acquisition of veterinary professional and clinical skills // J Vet Med Educ. - 2005. - Vol.32(4). - P. 461–467.
3. Issenberg S.B., Gordon M.S., Gordon D.L., Safford R.E. Simulation and new learning technologies // Medical Teacher. - 2001. - №16. - P.16-23.

Аннотация

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Ж.К. Смаилова

Государственный медицинский университет города Семей

Использование симуляционных технологий в медицинском образовании позволяет достигнуть определенного уровня компетентности до применения техники или процедуры на пациентах. В данной статье авторами рассматриваются некоторые вопросы применения симуляционных технологий для формирования профессиональных компетенций будущего врача.

Ключевые слова: симуляционные технологии, профессиональные компетенции, клинические навыки

Summary

USING OF SIMULATION TECHNOLOGIES IN MEDICAL SCHOOL

ZH.K. Smailova

Semey State Medical University

Use simulations technology in medical education allows to reach a certain level of competence before use of equipment or procedure on patients. In this article authors consider some questions of application of simulations technologies for formation of professional competences of future doctor.

Key words: simulations technology, professional competences, clinical skills.

УДК 617 – 053 (092)

А.Л. Демочко

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ В.С. ТОПУЗОВА

Аннотация

Статья посвящена научным исследованиям Вадима Сергеевича Топузова в области гнойной хирургии. Показано, что достижения В. Топузова в этой области имели на тот момент огромное значение. Он не только усовершенствовал методики лечения гнойных поражений кожи, но и модифицировал операции на брюшной полости, впервые использовал плазмаферез для эффективного лечения гнойно-септических заболеваний, ввел понятие токсико-септического шока, которое ранее не конкретизировалось. Помимо этого, В. Топузов создал схему патогенеза септического шока, которая актуальна и сегодня.

Ключевые слова: В. Топузов, септический шок, операция Дюамеля, мегаколон, болезнь Фавалли-Гиршпрунга, эвентрации, операция Соаве.



Вадим Сергеевич Топузов

Л.Н. Толстой писал, что учителю достаточно иметь только два качества – большие знания и большое сердце. Именно этими дарами и был наделен выдающийся детский хирург, талантливый организатор науки и педагог Вадим Сергеевич Топузов.

В следующем году Харьковский национальный медицинский университет будет отмечать 85-летие со дня рождения В. Топузова. В свете этого события актуальным будет подведение своеобразных итогов деятельности В. Топузова, обращение к его идеям, новациям.

Цель статьи – показать вклад ученого в развитие детской хирургии и анестезиологии, лечения отдельных заболеваний, а особенно – гнойных, в чем В. Топузову удалось достичь особых успехов.

Материалом для исследования послужили научные труды В.С. Топузова – как в соавторстве, так и личные.

Родился В.С. Топузов 5 апреля 1929 года в семье учителей на Херсонщине [1, с. 94.]. С ранних лет В. Топузов остался без отца, которого власти репресси-

ровали. После окончания школы В. Топузов из сельской местности переехал к родственникам в Одессу, где и поступил в местный медицинский университет на педиатрический факультет (1947–1953 гг.), где постиг азы медицинской науки. Закончив высшее учебное заведение с отличием, Вадим Сергеевич поступил в клиническую ординатуру, во время которой начал заниматься подготовкой кандидатской диссертации. С 1956 г. по 1961 г. Вадим Сергеевич заведовал хирургическим отделением в больнице № 7 города Донецка, где усовершенствовал свои организаторские способности. В это время он защитил кандидатскую диссертацию (1959 г.), а в 1963 г. его назначили заведующим хирургическим отделением онкологического диспансера в том же Донецке. В этом же году В. Топузов начинает преподавательскую работу – он становится доцентом кафедры детской хирургии в Одесском медицинском университете, здесь же он начал работать над докторской диссертацией на тему «Послеоперационная спаечная кишечная непроходимость у детей» [2]. На основании результатов своей докторской диссертации В.С. Топузов предложил современную классификацию послеоперационной спаечной непроходимости кишечника, выделил внешние факторы и технические операционные погрешности, которые способствуют послеоперационной инвагинации [3, с. 149.]. Среди прямых причин инвагинации кишечника В. Топузов назвал два наиболее грозных момента – введение стимулирующих препаратов и неправильное кормление в послеоперационный период. Эти факторы приводили к последующей чрезмерной перистальтике, что и провоцировало инвагинацию. Среди погрешностей в технике операции указывалось на искусственное сужение отдельных участков, не ушитые щели и т.д.

Однако установление причин дальнейших осложнений отнюдь не решило проблему их диагностики, поскольку зачастую диагностика во многом зависит от вида патологии. В. Топузов обратил внимание на наиболее сложный вид патологии – первичную непроходимость, которая возникает в первую неделю после операции на органах брюшной полости. Трудности с диагностированием здесь заключались, прежде всего, в нечеткости клинических проявлений. С помощью тщательного наблюдения за маленькими

пациентами В. Топузову удалось выделить наиболее ценные с диагностической точки зрения признаки, которые указывали на послеоперационную спаечную непроходимость. Так, были выделены ухудшение общего состояния ребенка, беспокойство, рвота, задержка стула, перистальтические шумы. Эти признаки позволили в дальнейшем диагностировать спаечную непроходимость на ранних этапах и начать своевременное лечение. Рекомендовалось провести оперативное вмешательство при ранней стадии в течение 6-12 часов, если консервативная терапия не приносит результатов [4, с. 8].

Еще одно послеоперационное осложнение, устранением которого занимался В.С. Топузов, стала эвентрация у детей [5, с. 75-76]. Эвентрации составляли в практике клинических учреждений тогда от 0,3 до 1,33%, что считалось значительным показателем, который, к сожалению, не снижался. При этом летальность от эвентрации давала угрожающие проценты – от 20 до 45 по данным различных авторов. Все это указывало на скорейшую необходимость борьбы с этим осложнением. Исследования, проведенные В. Топузовым, позволили выделить угрожающие факторы, влияющие на возникновение эвентрации. В практике В. Топузова такие случаи встречались в 0,2% да и те только как следствие экстренного хирургического вмешательства при тяжелой патологии. Анализируя причины возникновения эвентрации, В.С. Топузов во многом обращал внимание на несовершенную хирургическую технику, неправильную анестезию. Тактической ошибкой он считал проведение операции у детей на брюшной полости под местным наркозом. Помимо психической травмы, нанесенной ребенку, врач-хирург, по мнению В. Топузова, ограничивал себя в действиях, что наносило вред качеству оперативного вмешательства. Кроме этого, предлагалось по возможности не использовать большой срединный разрез, при котором количество эвентраций достаточно велико. Большое внимание уделялось послеоперационному уходу за больными, ранней диагностике эвентраций и их лечению.

Все это позволило в дальнейшем усовершенствовать тактику оперативного вмешательства при такого рода заболеваниях и снизить послеоперационные осложнения.

Научный интерес В. Топузова в области детской хирургии не замкнулся на гнойных заболеваниях. Помимо них, В.С. Топузов продуктивно занимался лечением болезни Фавалли-Гиршпрунга (мегаколон). Еще с 1966 года им была предложена модификация операции Дюамеля, с помощью которой значительно снизился риск инфицирования околопрямокишечной клетчатки в момент наложения анастомоза [6, с. 129]. В 1973 году В. Топузов предложил усовершенствовать операцию Соаве при идиопатическом мегаколоне, которая ранее проводилась в два этапа (второе оперативное вмешательство – через 2-3 недели). Такая тактика лечения значительно травмировала ребенка, которому приходилось за короткий срок пережить два хирургических вмешательства. По предложению В. Топузова появилась возможность одномоментного проведения операции, после которой восстановительный период проходил намного легче, не наблюдалось таких осложнений, как выпадение

слизистой, парез сфинктера и кровотечения [7, с. 80; 8, с. 55]. Введение такой методики в практику показало ее высокую эффективность – летальность у таких больных была нулевая, процесс выздоровления проходил относительно быстро, наблюдались отдаленные позитивные результаты.

Одним из грозных послеоперационных осложнений В. Топузов считал абсцессы, которые возникали после операции лапаротомии. Причины таких последствий В. Топузов видел в недостаточной технике проведения операции, а именно – в погрешностях санации брюшной полости и ее инфицировании в ходе операции из-за недостаточной квалификации хирурга. Вследствие этого в брюшную полость чаще всего попадал золотистый стафилококк, кишечная палочка и другие микроорганизмы. Деятельность патогенных микроорганизмов приводит к образованию инфильтрата, который в случае высоких защитных сил организма может рассасываться. В ином случае через 2-4 недели возникает абсцесс. На основании проведенных наблюдений В. Топузов выделил не только место расположения абсцесса, но и их признаки. Так, диагностировались тазовые абсцессы, фланковые, межпетельные, подпеченочные и поддиафрагмальные, которые имели свои специфические характеристики. Определяя поддиафрагмальные абсцессы как наиболее трудные для хирургического доступа, В. Топузов предложил усовершенствованный доступ без резекции ребра, благодаря которому снизилась травматичность этого вмешательства [9, с. 50].

1970 год стал знаковым для В. Топузова не только защитой диссертации, но и переездом в Харьков, где он, уже профессор, избирается заведующим кафедрой детской хирургии медицинского университета. С этого времени начинается новая жизнь кафедрального коллектива, которую вдохнул В.С. Топузов. Стоит отметить, что такие перемены позволили поднять детскую хирургию в Харькове на качественно новый уровень, который на тот момент удовлетворял всем мировым стандартам в этой области. Оживилась жизнь кафедры и приходом новых молодых сотрудников, которые стали последователями В. Топузова. За время руководства кафедрой Вадим Сергеевич подготовил одного докторанта и десять кандидатов медицинских наук, которые сегодня являются гордостью харьковской хирургической школы.

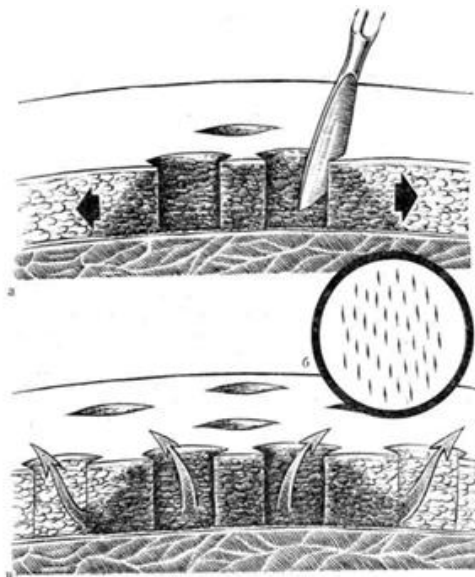
По инициативе В. Топузова изменилась программа для студентов лечебного и педиатрического факультетов, которая была дополнена актуальными разделами из детской хирургии, а с 1970 года на кафедре стал читаться новый курс детской анестезиологии. Студенты получили возможность проходить субординатуру и интернатуру по детской хирургии.

Не смотря на огромную занятость учебным процессом, а с 1983 по 1988 годы еще и организационным, т.к. В.С. Топузов был проректором по научной работе Харьковского медицинского института, он не переставал заниматься научными исследованиями.

В 1982 году вышла его монография «Гнойная хирургия новорожденных» в соавторстве с Н.Б. Ситковским, д.м.н., проф., заведующим кафедрой хирургии детского возраста Киевского медицинского университета и доцентом этой же кафедры В.М. Капланом. Появление этой работы значительно откорректиро-

вало некоторые понятия в детской хирургии [10]. В частности, авторы ввели более современный термин «септический (токсико-септический) шок», который возникает на фоне или с началом тяжелого токсико-септического шока. Ранее в литературе не было единого мнения по поводу шока при острой инфекции, вследствие чего его зачастую называли «бактериальным», «эндотоксиновым», «инфекционно-токсическим». Подобные термины отнюдь не отражали истинной природы синдрома, поэтому на тот момент назрела необходимость введения более точного термина. Благодаря проведенным исследованиям в больнице В. Топузову удалось дать более точное определение, которое правомочно закрепилось в детской хирургии, а само понятие септического шока было дополнено клиническими признаками, схемой патогенеза, формами и клинико-функциональными характеристиками, при помощи которых определялась стадия шока и прогнозировался исход [10, с. 15, 17, 18]. Среди клинических признаков В. Топузов выделил главные:

- а) нервно-психические проявления (обусловлены снижением кровоснабжения головного мозга);
- б) дыхательная недостаточность;
- в) изменение периферического кровообращения;
- г) нарушение свертываемости крови;
- д) симптомы тяжелой интоксикации.



Шахматные разрезы кожи

Говоря о схеме патогенеза септического шока, авторам удалось выявить несколько этапов, представив это в виде схемы с конечным благоприятным или неблагоприятным исходом. Наличие такой схемы позволило практическим врачам в дальнейшем адекватно оценивать степень тяжести септического шока и проводить необходимые мероприятия по лечению таких больных в кратчайшие сроки, не дожидаясь усугубления их состояния.

Практическая работа В. Топузова в области лечения гнойных заболеваний позволила ему выявить, что более половины младенцев, доставляемых в отделение новорожденных и детей раннего возраста клиники Харьковского медицинского института, были инфицированы именно в родильных домах (96% –

стафилококком), что еще более остро поставило проблему правил санитарной безопасности в такого рода учреждениях [11, с. 96-97.]. Большой опыт лечения пациентов с такими патологиями дало возможность сформировать наиболее эффективные на тот момент способы лечения гнойного мастита, некротической флегмоны с помощью обкалывания молочной железы 0,25% раствором новокаина с антибиотиком (оксациллина натриевая соль, ампициллина натриевая соль). В. Топузов также указал на грубую врачебную ошибку в области лечения некротической флегмоны, когда оперативное вмешательство откладывалось до появления размягчения и флюктуации в области поражения. На самом же деле эти признаки появляются на поздней стадии, когда оптимальное время для вмешательства упущено. В Топузов предлагал и сам на практике внедрял разрезы некротического участка по шахматному принципу, что значительно облегчало состояние здоровья ребенка – улучшалось местное кровообращение, снимался отек, появлялась возможность дренировать полость, предотвращалось дальнейшее распространение некроза на здоровые ткани. Такой подход позволил добиться нулевой смертности при некротической флегмоне за период с 1977 по 1982 год, когда средняя летальность была в пределах 6,5 – 8,5%.

Также В.С. Топузовым и А.А. Сиренко впервые был успешно применен метод плазмафереза в комплексном лечении больных с гнойно-септическими заболеваниями, который впоследствии получил свое применение и при лечении других заболеваний (панкреатита, менингита, остеомиелита, перитонита, пневмонии) [12, с. 16].

Жизнь и деятельность Вадима Сергеевича, его роль в медицинской науке трудно переоценить. Работая все время с самым трудным контингентом – детьми, В. Топузов сумел добиться высоких показателей в лечении грозных заболеваний, снизить уровень летальности от многих из них. Своими исследованиями в области лечения гнойных заболеваний были достигнуты показатели, которые приближались к мировым. И сегодня научное наследие ученого является базой для работы кафедры.

Литература:

1. Давиденко В.Б. Історія кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології Харківського національного медичного університету / В.Б. Давиденко // Хірургія дитячого віку. – 2012. – № 2. – С. 93-97.
2. Топузов В. С. Послеоперационная спаечная кишечная непроходимость у детей: автореф. дис. д-ра мед. наук. – Одесса, 1970. – 28 с.
3. Топузов В.С. Некоторые актуальные вопросы хирургии детского возраста / В.С. Топузов и др. // Актуальные проблемы респираторной и кардиальной патологии детей. – Х. : ХМИ, 1972. – С. 146-153.
4. Ситковский Н.Б. Некоторые вопросы диагностики и лечения послеоперационной спаечной непроходимости кишечника у детей / Н.Б. Ситковский, В.С. Топузов // Клиническая хирургия. – 1976. – № 3. – С. 5-10.
5. Топузов В.С. Эвентрации после абдоминальных операций у детей / В.С. Топузов и др. // Общая и неотложная хирургия. Вып. 15. – 1985. – С. 74-78.

6. Топузов В.С. Модификация операции Дюамеля при болезни Фавалли-Гиршпрунга у детей / В.С. Топузов // Вопросы клинической хирургии. Научные труды Харьковского медицинского института. Вып. 105. – Х.: ХМИ, 1972. – С. 128-130.

7. Топузов В.С. Модификация операции Соаве при идиопатическом мегаколоне у детей / В.С. Топузов // Клиническая хирургия. Научные труды Харьковского медицинского института. Вып. 118. – Х.: ХМИ, 1975. – С. 80-81.

8. Топузов В.С. Модификации реконструктивных операций при мегаколоне у детей / В.С. Топузов // Клиническая хирургия. – 1977. – № 6. – С. 54-58.

9. Топузов В.С. Абсцессы брюшной полости после лапаротомии у детей / В.С. Топузов и др. // Пери-

тониты. Сборник научных трудов Харьковского медицинского института. – Х.: ХМИ, 1982. – С. 46-50.

10. Ситковский Н.Б. Гнойная хирургия новорожденных / Н.Б. Ситковский, В.С. Топузов, В.М. Каплан. – К.: Здоровье, 1982. – 144 с.

11. Топузов В.С. Острые гнойно-воспалительные заболевания новорожденных / В.С. Топузов, Л.М. Бредихин, Л.М. Белецкая, В.Т. Бычков // Хирургия. – 1973. – № 6. – С. 96-97.

12. Ражева И.В. Использование плазмафереза при синдроме эндогенной интоксикации в неонатологии / И.В. Ражева, Е.В. Мельникова, А.Е. Наливкин // Анестезиология и реаниматология. – 2004. – № 1. – С. 16-18.

Тұжырым

В.С. ТОПУЗОВТЫҢ ҒЫЛЫМИ МҰРАСЫ

А.Л. Демочко

Харьков қаласының Ұлттық медициналық университеті, Харьков, Украина

Мақалада Вадим Сергеевич Топузовтың ірінді хирургиясына қосқан ғылыми үлесі көрсетілген. Сол кездегі жетістіктер сол кезде ғылыми жаңалық болған. Топузов терінің ірінді ауруларын әдістемесін жетілдірді және ішкі құрлысында оталарды жаңартқан. Бірінші рет ірінді септикалық ауруларды плазмаферезді қолданған Токсико-септикалық шок терминді кіргізген. Одан басқа Топузов В.С. септикалық шоктың патогенетикалық сызбасын анықталған.

Негізгі сөздер: В. Топузов, септикалық шок, Дюамельтің отасы, мегаколон, Фавалли-Гиршпрунг ауруы, эвентрациялер, Соаве отасы.

Summary

SCIENTIFIC HERITAGE V.S. TOPUZOV

A.L. Demochko

Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

The article is devoted to the research Vadim S. Topuzov in contaminated surgery. It is shown that achieving V. Topuzov in this area have had at that time a huge difference. He not only perfected the techniques of treatment of purulent skin lesions, but also modified the abdominal surgery, first used plasmapheresis for the effective treatment of septic diseases, introduced the concept of toxic and septic shock, which had not previously specified. In addition, V. Topuzov created a chart of the pathogenesis of septic shock, which is still relevant today.

Key words: V. Topuzov, septic shock, surgery Duhamel, megacolon, Favalli-Hirschsprung's disease, eventrations, the operation of Soave.

УДК 618.3-06:616.6-002-022.7

Р.Я. Пивоварчук, А.С. Митникова

*Одесский Национальный медицинский университет, Одесса, Украина
Кафедра урологии и нефрологии.*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Аннотация

Проведено комплексное исследование оценки роли этиологического фактора в развитии осложнений инфекционно - воспалительного характера со стороны почек и мочевых путей у беременных женщин по принципу причинно - следственного влияния и определены критерии оценки активности воспалительного процесса в почках и мочевыводящих путях, а также способ их дифференциации.

Ключевые слова: гестационный пиелонефрит, инфекция нижних мочевых путей, С-реактивный белок, лейкоцитарные цилиндры.

Введение

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении инфекций мочевых путей, они продолжают оставаться одной из важнейших областей современной медицины [4,15,17,30,35]. Актуальность данной проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости этого вида патологии. В Украине инфекции мочевых путей у беременных ежегодно становятся причиной 7 млн. посещений больниц и более 1млн. экстренных обращений к врачам. Распространенность данных заболеваний в России также высока и составляет около 1000 случаев на 100000 населения в год [1,21,31].

Актуальность подтверждает факт, что среди экстрагенитальной патологии у беременных, заболевания почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно - сосудистой системы и представляют опасность, как для матери, так и плода. Рано развиваются и тяжело протекают гестозы, частые самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробное инфицирование плода, его гипотрофия и хроническая гипоксия, рождение незрелых недоношенных детей, мертворождения. В свою очередь беременность может способствовать возникновению почечной патологии или обострению хронических заболеваний почек, латентно протекающие до беременности. Пиелонефрит - является распространенной патологией беременных. В большинстве случаев (около 80%) пиелонефрит проявляется в конце II триместра беременности. Примерно 10% женщин, перенесших гестационный пиелонефрит, страдают впоследствии хроническим пиелонефритом. В 20-30% женщин, которые имели пиелонефрит в анамнезе, во время беременности процесс может обостриться. Пиелонефрит опасен для самого течения беременности и для плода. Чаще всего его осложнения - поздний гестоз, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода. Наиболее тяжелыми осложнениями являются острая почечная недостаточность, септицемия, септикопиемия, бактериальный шок. Беременных с пиелонефритом относят к группе высокого риска [6,11,13,18,25].

В современных условиях преобладают формы хронического пиелонефрита с латентным течением, сопровождающиеся неоднократными рецидивами в период беременности. Его признаками может быть бессимп-

томная бактериурия и пиурия. Бессимптомная бактериурия, наблюдается по данным разных авторов от 10 до 45% беременных женщин. Беременные с бессимптомной бактериурией должны быть подвергнуты тщательному обследованию на предмет выявления заболевания мочевой системы, латентно протекающих у беременной. На фоне бессимптомной бактериурии примерно у 25% больных женщин развивается острый пиелонефрит [3,4,7,12,22,23,26].

Таким образом, инфекционно - воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей у беременных женщин являются грозным осложнением, требующим тщательного обследования и комплексного лечения. Своевременная профилактика, диагностика и лечение позволяет значительно снизить частоту осложнений беременности и улучшить пренатальные результаты.

Цель исследования

Повысить эффективность диагностики и лечения инфекционно - воспалительных осложнений почек и мочевых путей на догоспитальном этапе у беременных на основе обоснования роли этиологических факторов и патогенеза их развития, а также показаний к рациональной лечебной тактике.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование и лечение 62 беременных с инфекционно - воспалительным поражением почек и мочевых путей в период с 2009 по 2012гг, которые находились на стационарном лечении в урологическом отделении Одесской КУ ГКБ № 10 . Возраст беременных варьировался в пределах 20-31 лет, в среднем (25±2,4 лет). Беременные находились под наблюдением в сроках беременности 12-22 недели.

Анамнез включал сбор жалоб беременных и оценку степени выраженности симптомов проявления активности инфекционно - воспалительного процесса, число эпизодов обострения хронических болезней почек и мочевых путей, рецидивы острого цистита до беременности, проявление дизурии, наличие сопутствующей патологии, аномалий развития органов мочевыделительной системы.

В основу исследования включено изучение общеклинических показателей, отражающих анатомо - функциональное состояние почек и мочевых путей. Нарушение уродинамики верхних мочевых путей определяли ультразвуковым исследованием с использованием сравнительных данных стандартного и позиционного мониторингов. Изучали концентрацию С - реакти-

ного белка в крови и моче, как критерий топической диагностики уровня распространенности инфекционно - воспалительного процесса. Суммарную функцию почек оценивали по определению уровня креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации и пробе мочи по Зимницкому. Спектр микроорганизмов, является этиологическим фактором в инфицировании почек и мочевых путей, а также чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам изучали применением стандартных бумажных дисков и методом серийных разведений.

Наряду с перечисленными методами для объективной оценки состояния беременной использовались традиционные клиничко - лабораторные исследования крови и мочи. Исследования проводились по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы, состоящей из 28 беременных женщин, близких по возрасту, которые не имеют на период обследования жалоб и симптомов со стороны органов мочевыделительной системы.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что основными симптомами у больных были: повышение температуры тела (85%) и озноб (60%), головная боль (15%), боль в поясничной области (45%), учащенное мочеиспускание (6%). В большинстве случаев было сочетание нескольких симптомов (92%).

Из анамнеза жизни было установлено, что большинство обследованных (60,3%) страдали хроническим пиелонефритом, а также частыми рецидивами острого цистита. В 62% пациенток данная беременность была первой, повторную беременность имели 38% пациенток. Также у большинства из них был отягощен и общий соматический статус: частые ОРВИ в анамнезе - у 38%, заболевания желудочно - кишечного тракта - у 16%, в том числе гастриты гипоацидный - 2%, гастриты гиперацидные - 1%, язвенная болезнь - 2%, долихосигма - 4%, колиты - 3%, заболевания репродуктивной системы воспалительного характера - в 45% пациенток, в том числе аднексит - 11%, сальпингиты - 9%, сальпингоофориты - 12%, цервицит - 13%, а также прием антибактериальных препаратов без рекомендации врача - 9%.

Большинство беременных с острым инфекционно - воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей госпитализированы в стационар на 3-5 сутки от начала заболевания.

Лабораторно - клинические исследования показали, что у 38% беременных наблюдалась анемия, в 91% наблюдался лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм, повышение СОЭ.

При биохимическом исследовании крови установлено нарушение белкового баланса, который проявлялся диспротеинемией (30,4%), вариабельность показателя креатинина и мочевины (49%).

При общеклиническом исследовании мочи беременных, обнаружено лейкоцитурию (98%), вариабельность удельного веса (83%), протеинурию (99%), слизь (76%), плоский эпителий (89%), бактериурию (82%), а также у 4 беременных макрогематурию. Следует отметить, что у 31% беременных была обнаружена фетоплацентарная недостаточность (ФПН), проявлявшаяся патологической незрелостью плаценты, дистрофическими процессами и циркуляторными расстройствами.

Беременным выполнялось исследование уровня С - реактивного белка в крови и моче, учитывая что С -

реактивный белок, является белком острой фазы, наиболее чувствительным и быстрым индикатором повреждения тканей при воспалении, некрозе, травме. Констатация уровня С - реактивного белка в моче позволила использовать этот тест для дифференциации диагноза поражения инфекционно - воспалительным процессом почек от инфекции нижних мочевых путей.

Так у 92 % беременных отмечено значительное повышение уровня С - реактивного белка в крови и у 98% беременных появление его в моче. У 64% беременных наблюдалось повышение уровня С - реактивного белка в крови в 15 раз от нормы, у 23% повышение уровня в 21 раз, 3% повышение в 9 раз и в 2% повышение в 5 раз. У 86% беременных наблюдалась появление С - реактивного белка в моче более 100 мг/л, у 8% больше 60мг/л, у 4% более 30 мг/л и у 2% более 6-29 мг/л. У беременных, у которых уровень С - реактивного белка мочи превышал 60 мг/л, при тщательном обследовании (повышение уровня С - реактивного белка в крови, наличие лейкоцитоза крови, выраженная лейкоцитурия, выраженные клинические симптомы интоксикации) диагностирован острый пиелонефрит (94%). У беременных этой же группы, у которых уровень С - реактивного белка составлял менее 60 мг/л была диагностирована инфекция нижних мочевых путей (6%).

При исследовании мочи по методу Зимницкого у 49% беременных выявлено снижение концентрационной функции почек (средний удельный вес составлял 1005), так у 51% изменений удельного веса мочи в анализе по Зимницкому не обнаружено.

Выраженность эритроцитурии и лейкоцитурии определяли по данным пробы по Нечипоренко. Степень лейкоцитурии составила у 64% беременных более 8000/мл - выраженная лейкоцитурия, у 32% от 6000 до 8000/мл - умеренная лейкоцитурия, у 4% от 4000 до 6000/мл - легкая степень, что позволило провести дифференциацию диагноза инфекции нижних мочевых путей и гестационного пиелонефрита. Также проводилось определение суточной протеинурии. Протеинурию исследовали в утренней и суточной моче, у всех беременных была обнаружена протеинурия, средний показатель составил 0,85 г/л, но у 3% беременных выявлены протеинурия, которая составила 3,1 г/л, что было связано с наличием у этих пациенток выраженной эритроцитурии, на фоне «обструкции», и была расценена, как пострениальная протеинурия.

При исследовании мочевого осадка было выявлено наличие у 43% пациенток клеток плоского эпителия (клетки верхнего слоя мочевого пузыря) в большом количестве в поле зрения, а так же клеток переходного эпителия (выстилает мочевыводящие пути, мочевого пузыря), что позволило судить о наличии у пациенток инфекции нижних мочевых путей. У 38% беременных выявлены клетки цилиндрического или кубического эпителия (клетки мочевых канальцев, лоханки, мочеточника) в значительном количестве, что позволило также предположить наличие у пациенток пиелонефрита, у 19% беременных верифицировано наличие клеток как плоского, переходного, так и цилиндричного эпителия, что потребовало более тщательного обследования этих пациенток. У 83% обследуемых при исследовании мочевого осадка, обнаружена смешанная цилиндрурия, учитывая показатели, которые в своей совокупности встречались чаще, в большом количестве, позволило выделить основные типы цилиндрурии: у 67% обнаружены лейкоцитарные цилиндры, которые появляются в

моче при почечном генезе лейкоцитурии, у 3% беременных выявлены эритроцитарные цилиндры, что также укладывалось в картину наличия у этих пациенток обструктивного характера нарушения уродинамики, в 24% пациенток обнаружены гиалиновые цилиндры или мукопротеин Тамма - Хорсфалла, продуцируемый клетками канальцев и свернувшиеся в их просвете, у 1% зернистые цилиндры - перерожденные и разрушенные

клетки почечных канальцев на гиалиновых цилиндрах или агрегированных сывороточных белках, также наблюдались у пациенток с «обструкцией», у 4,5% восковые цилиндры - белок, свернувшийся в канальцах с широким просветом, у 0,5% эпителиальные цилиндры - слущенный эпителий почечных канальцев. Исследование мочевого осадка способствовало более тщательной дифференциации диагноза.

Таблица 1.

Дифференциальные показатели при остром гестационном пиелонефрите и инфекции нижних мочевых путей

Показатель	Нозология	
	Острый гестационный пиелонефрит	Инфекция нижних мочевых путей
Уровень С-реактивного белка в крови (мг/л)	> 8	≤ 8
Уровень С-реактивного белка в моче (мг/л)	> 60 мг/л	< 60 мг/л
Проба Зимницкого	гипостенурия	норма
Проба Нечипоренко	Лейкоцитурия (к-во/мл)	от 4000 до 8000
	Эритроцитурия (к-во/л)	< 10 ³
	Циллиндрурия (к-во/мл)	< 20
Протеинурия (г/л)	≥ 0,85	≤ 0,85
Наличие эпителия в моче	Циллиндрический или кубический	Плоский и/или переходный
Мочевой осадок	Циллиндры: лейкоцитарные, эритроцитарные, гиалиновые, зернистые, восковидные, эпителиальные	Очень скудный, единичные лейкоцитарные цилиндры
Уровень гемоглобина крови (г/л)	< 110	< 120
Уровень лейкоцитов в крови (10 ⁹ /л)	> 11,2	< 11,2
Уровень креатинина крови (мкмоль/л)	≥ 97	< 97
Уровень мочевины крови (ммоль/л)	≥ 8,3	< 8,1

Функциональное состояние почек оценивали путем определения скорости клубочковой фильтрации, кото-

рая рассчитывалась по клиренсу эндогенного креатинина по формуле Cockcroft - Gault (1976):

$$\text{СКФ (мл/мин)} = \frac{(140 - \text{возраст [годы]} \times \text{масса тела (кг)})}{\text{креатинин в сыворотке крови (ммоль/л)} \times 810} \times 0,85$$

Средний показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у беременных составил 120-150 мл/мин, при этом нормальный уровень креатинина сыворотки крови оказывается более низким, чем до беременности (< 0,8 ммоль/л). Соответственно, показатели, которые считаются нормальными для небеременных (1,0-1,2 ммоль/л), могут во время беременности свидетельствовать о нарушении функции почек и требуют более тщательного обследования.

При обследовании у 3% беременных был обнаружен обструктивный тип нарушения уродинамики. Также у 2 пациенток было верифицировано СКФ 110-

95мл/хв, значительное увеличение креатинина (1,5-1,9 ммоль/л), мочевины (10,9-12,1 ммоль/л), значительное увеличение С - реактивного белка в крови и моче, при детальном обследовании выявлено двустороннее нарушение уродинамики. Поскольку увеличение СКФ не сопровождается усилением канальцевой реабсорбции, может развиваться физиологическая протеинурия (до 0,3г/сут), глюкозурия без изменений концентрации глюкозы в крови, аминоацидурия, бикарбонатурия с появлением устойчивой щелочной реакции мочи. Последняя может способствовать развитию мочевой инфекции.

Таблица 2.

Частота и спектр микробной флоры мочи у беременных с острым пиелонефритом и инфекцией нижних мочевых путей.

Возбудитель	Нозология	
	Острый пиелонефрит, %	Инфекция нижних мочевых путей, %
E. coli	52	41
Enterobacter spp.	18	15
Proteus spp.	3	1
Enterococcus faecalis	6	8
Klebsiella spp.	1	1
St. epidermidis	5	7
Staphylococcus aureus	6	8
Proteus mirabilis	1	1
Staphylococcus spp.	2	2
Candida albicans	4	10
P. aeruginosae	1	1
Bacteroides vulgatus	2	5

Также расчет скорости клубочковой фильтрации очень показателен и при наличии обструктивной патологии у беременных, что также может быть одним из диагностических признаков, за счет повышения внутрипочечного давления в результате нарушения оттока мочи, возрастает венозное давление в почке, что также сопровождается снижением скорости клубочковой фильтрации.

Также проводилось бактериологическое исследование мочи, выделений из влагалища, каловых масс с определением антибиотикограммы собранной с соблюдением всех требований и норм, а также исследовался кал на дисбактериоз.

Степень бактериурии у беременных с гестационным пиелонефритом и инфекцией нижних мочевых путей составляла: 68% - 10^5 КОЕ/мл, у 23% 10^6 КОЕ/мл, у 18% - 10^{7-8} КОЕ/мл, у 20% - 10^4 КОЕ/мл и у 7% - 10^3 КОЕ/мл. Среди возбудителей в основном преобладали грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteria (кишечная палочка, клебсиелла и др.), реже встречались энтерококки и стафилококки, а также Candida albicans, что видно из приведенной таблицы. Всем беременным наряду с определением штамма возбудителя, также

определялась чувствительность к антибактериальным, протикаandidозным препаратам. При исследовании кала на дисбактериоз у 27% выявлен дисбиоз кишечника, который характеризуется качественными и количественными изменениями аэробной, факультативно - анаэробной, анаэробной микрофлоры. В большинстве случаев отмечается снижение количества кишечной палочки Escherichia coli 10^2 (N больше 10^6 КОЕ/г), наличие кишечной палочки со слабо выраженными ферментативными свойствами - 50% (N до 10%), у 7% обнаружена гемолизирующая кишечная палочка - 50%. У 9% наблюдается рост анаэробных спорообразующих бактерий рода Clostridium Cl.spp. (более 10^8 КОЕ/г). У 10% отмечается снижение количества лактобактерий 10^5 КОЕ/г (норма больше 10^6 КОЕ/г). Патогенные микроорганизмы семейства кишечных не обнаружены ни в одном из случаев. При бактериологическом посеве кала в большинстве случаев высеваются следующие микроорганизмы: у 58% Escherichia coli гемолизирующая, у 9% Proteus penneri в 10^3 КОЕ/г, у 13% Candida albicans в 10^5 КОЕ/г, у 11% Enterobacter aerogenes в 10^3 КОЕ/г, у 9% Staphylococcus aureus в 10^3 КОЕ/г.

Таблица 3.

Частота и спектр микробной флоры кала у беременных с острым пиелонефритом и инфекцией нижних мочевых путей.

Название микроорганизма	Нозология	
	Острый гестационный пиелонефрит, %	Инфекция нижних мочевых путей, %
Escherichia coli гемолизирующая	58	49
Proteus penneri	9	3
Candida albicans	13	24
Enterobacter aerogenes	11	17
Staphylococcus aureus	9	7

У 15 % беременных при бактериологическом исследовании были определены дисбиоз влагалища, из них частота встречаемости: у 63% Escherichia coli в 10^5 КОЕ/мл, у 4% Peptostreptococcus anaerobius в 10^3 КОЕ/г, у 54% Candida albicans в 10^4 КОЕ/г, у 11% Enterobacter

aerogenes в 10^3 КОЕ/г, у 9% Staphylococcus aureus в 10^3 КОЕ/г, у 5% Gardnerella vaginalis в I степени роста, в 8% Streptococcus agalactiae в 10^3 КОЕ/г, в 4% Proteus mirabilis в 10^3 КОЕ/г, у 3% Ureaplasma urealyticum и Micoplasma urealyticum менее 10^4 КОЕ/г.

Таблица 4.

Частота и спектр микробной флоры влагалища у беременных с острым пиелонефритом и инфекцией нижних мочевых путей.

Названия микроорганизма	Нозология	
	Острый гестационный пиелонефрит, %	Инфекция нижних мочевых путей, %
Escherichia coli	42	41
Staphylococcus aureus	18	15
Candida albicans	26	27
Peptostreptococcus anaerobius	3	4
Gardnerella vaginalis	1	1
Streptococcus agalactiae	3	7
Proteus mirabilis	6	4
Ureaplasma urealyticum	1	1

У 3% беременных был обнаружен дисбиоз влагалища и кишечника. У 82% беременных была обнаружена чувствительность к полусинтетическим пеницилинам, а также к препаратам, которые в своем составе имели сульбактам, у 2% беременных наблюдалась полная резистентность или промежуточная (16%) чувствительность к большинству антибиотиков.

Данные бактериологических исследований существенно повлияли на дальнейшую тактику ведения беременных. Учитывая данные анамнеза жизни и результаты бактериологического исследования, можно проследить прямую взаимосвязь между выявленными возбудителями и наличием в анамнезе заболеваний желудочно - кишечного тракта (гастрит гипоацидный,

гиперацидный, колиты, долихосигма), воспалительных заболеваний репродуктивной системы (аднексит, цервицит, сальпингит, сальпингоофориты). Наличие резистентности или промежуточной чувствительности можно связать с приемом антибактериальных препаратов без рекомендации врача.

Выводы. Уровень С - реактивного белка сыворотки крови, как острофазный маркер повреждения ткани и активности воспалительных изменений по сравнению с его концентрацией в моче можно использовать как скрининг метод дифференциальной диагностики поражения почек и мочевых путей.

Лейкоцитарные цилиндры в моче являются объективным показателем инфекционного воспаления почек и могут применяться в топической диагностике уровня воспалительного процесса.

Литература:

1. Ахтмова З.М. Лечение пиелонефрита беременных ампицилином и цефалоспорином с учетом некоторых особенностей их фармакокинетики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 24с.
2. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М., 2004. – С. 58–70.
3. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 6. – С. 3–8.
4. Печерина В.Л., Мозговая Е.В. Профилактика позднего гестоза // Русский мед. журнал. – 2000. – № 3. – С. 12-26.
5. Шабалин Е.Л. Опыт применения препарата «Канефрон Н» в амбулаторной практике врача уролога // Сибирский консилиум. – 2002. – Т. 27, № 3. – С. 69.
6. Шехтман М.М. Акушерская нефрология. – М., 2000. – 234с.
7. Петричко М.И., Чижова Г.Б. Инфекции мочеполовой системы у беременных женщин. – Новосибирск: Наука, 2002. – 268 с.
8. Березняков И.Г. Особенности диагностики и лечения инфекций нижних мочевых путей у женщин // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – № 1. – С. 38-43.
9. Березняков И.Г. Инфекции и антибиотики. – Харьков: Константа, 2004. – 448 с.
10. Дядык А.И., Багрий Л.В., Яровая Н.Ф. Инфекции мочевыводящих путей при беременности // Украинский химиотерапевтический журнал. – 2000. – № 4. – С. 61-65.
11. ECO-SENS-проект. Мультинациональные, мультицентровые исследования по изучению распространенности и чувствительности патогенов, вызывающих неосложненные инфекции нижних мочевых путей // Врачеб. сословие. – 2004. – № 3. – С. 32–36.
12. Interstitial Cystitis symposium, National Institutes of Health. – Bethesda, 1995. – P. 112.
13. Ronald A. The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens // Dis. Mon. – 2003. – V. 49, № 2. – P. 71-82.
14. Рафальский В.В. Антибиотикорезистентность – фактор, определяющий выбор антимикробных препаратов для терапии инфекций мочевыводящих путей // Врачебное сословие. – 2004. – № 4. – С. 10-18.
15. Вернигородский В.С., Вдовиченко Н.Н. Современные проблемы сахарного диабета и беременности. Винница, - 2003, - 128 с.

Тұжырым

ЖҰКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ БҮЙРЕК ЖӘНЕ ЗӘР ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ҚАБЫНУДЫ ДИАГНОСТИКАСЫН ЖЕТІЛДЕРУ

Р.Я. Пивоварчук, А.С. Митникова

Одессалық Ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина

Урология және нефрология кафедрасы

Жүкті әйелдерде бүйрек және зәр шығару жолдарының инфекциялық қабынуды асқынулардың себебін анықтау үшін зерттеу жүргізілген. Ажырату диагностикасында қолданатын көрсеткіштері анықталды.

Негізгі сөздер: гестациялық пиелонефрит, төмен зәр шығару жолдарының инфекциялары, С-реактивті ақұыз, лейкоциттер цилиндрлер.

Summary

IMPROVING THE DIAGNOSIS OF INFECTIOUS - INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF KIDNEY AND URINARY TRACT IN PREGNANCY

R.Y. Pivovarchuk, A.S. Mitnikova

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The chair of urology and nephrology

A complex study of estimation of role etiological factor is undertaken in development of complications of infectiously - inflammatory character from the side of kidneys and urinary ways for pregnant women's on principal of causal influence, and also the criteria of estimation of activity of inflammatory process in kidneys and urinary ways and method of their differentiation are certain .

Key words: Gestational pyelonephritis, infection of the lower urinary tract, C-reactive protein, leukocyte cylinders.

УДК 616.12-008.331.1-08

A.K. Zhanatbekova

Semey State Medical University, Kazakhstan
Department of internship by therapy

TREATMENT OF RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION

Summary

Metaanalyses have demonstrated a linear relationship between level of blood pressure (BP) and risk for cardiovascular events. The prevalence of resistant hypertension in the general population is unknown and vary in the range of 1,9 to 30%. More established approaches, such as low dietary salt and mineralocorticoid receptor blockers are indicated for these patients. New technologies, such as renal denervation and carotid stimulation, may be used in the management of patients with resistant hypertension.

Key words: treatment, resistant arterial hypertension.

Introduction

Hypertension is the most common chronic disease in developed societies, affecting >25% of adults. Metaanalyses have demonstrated a linear relationship between level of blood pressure (BP) and risk for cardiovascular events. Suboptimal BP control is, consequently, the most common attributable risk for death worldwide, being responsible for 62% of cerebrovascular disease and 49% of ischemic heart disease as well as an estimated 7.1 million deaths a year [1].

The Joint National Committee 7 defines resistant hypertension as failure to achieve goal BP (<140/90 mm Hg for the overall population and <130/80 mm Hg for those with diabetes mellitus or chronic kidney disease) when a patient adheres to maximum tolerated doses of 3 antihypertensive drugs including a diuretic [2]. According to 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, hypertension is defined as resistant to treatment when a therapeutic strategy that includes appropriate lifestyle measures plus a diuretic and two other antihypertensive drugs belonging to different classes at adequate doses (but not necessarily including a mineralocorticoid receptor antagonist) fails to lower SBP and DBP values to <140 and 90 mmHg, respectively [3].

The risk of clinical complications, including stroke, acute aortic dissection, myocardial infarction, congestive heart failure and renal failure, is higher in patients with RH compared with other types of hypertensive patients, including not only well-controlled subjects, but also those with false resistant and masked hypertension [4].

Epidemiology of resistant hypertension

The prevalence of resistant hypertension in the general population is unknown because of an inadequate sample size of published studies as well as the feasibility of doing a large enough prospective study that would answer the question. However small studies, demonstrate a prevalence of resistant hypertension that ranges from ~5% in general medical practice to >50% in nephrology clinics [1].

It was difficult to find published official information about situation in Kazakhstan. In June of 2013 at the third Physicians Congress and at fifth Congress of Cardiologists of Kazakhstan there was reported that according to calculations based on data from the European Society of Cardiology, the total number of patients with arterial hypertension in Kazakhstan may reach 600,000 people - about 65% of the adult population of the country (at age above 59 years). Among them, about 10-12% of patients have a resistant form. Another source indicates about 6% of patients with resistant hypertension in Kazakhstan [5].

An analysis of US National Health and Nutrition Examination Survey data suggests that among hypertensive adults treated with medications, approximately 13% have RH. A recent study of RH in Spain found a similar rate of 12% [6]. Data from the BP-CARE study provided evidence that the prevalence of true resistant hypertension in Central and East European countries is similar to that found in Western Europe and USA [7]. From the 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension the prevalence of resistant hypertension has been reported to range from 5–30% of the overall hypertensive population, with figures less than 10% probably representing the true prevalence. The HOT-CHINA study revealed only 1.9% resistant hypertension in Chinese individuals with hypertension [8]. The prevalence of RH in Japan was reported in J-HOME study is 13% [9]. So, the prevalence of RH is in the range of 1,9 to 30%, and I think it is due to incorrect diagnostic algorithm, exclusion of secondary forms of arterial hypertension, small amount of studies, etc.

Treatment of resistant hypertension

In spite of the progressive and considerable improvements achieved in diagnostic options and therapeutic interventions, recent observational surveys continue to show persistently low rates of BP control in the general population of hypertensive patients [10].

Management of RH includes lifestyle modifications as well as antihypertensive medications, and both can be suboptimal. For patients with resistant hypertension, lifestyle modifications should be re-emphasized. Patients may not realize that the eating plan combined with low sodium intake can be as effective in lowering BP as a single antihypertensive medication. The importance of weight loss (for overweight patients) should be reiterated. An important principle of antihypertensive therapy is that greater BP reduction is achieved by combining drugs from different classes rather than by maximally increasing the dose of a single medication [6].

Pharmacological treatment should be based on the most common causes of resistant hypertension and focused on blocking all the physiological pathways to blood pressure elevation [11]. Antihypertensive agent doses should be titrated upward until blood pressure is controlled or the maximum recommended dosage is reached, unless the patient experiences dose related adverse effects. It is then appropriate to add a drug from another class that has additive or synergistic effects with the first drug. In general, a typical regimen should include a diuretic, an ACE inhibitor or angiotensin receptor blocker (ARB), a calcium channel blocker (CCB), and a β -blocker [12]. Subgroup

analyses of large scale trials and observational studies have provided evidence that all drug classes with mechanisms of action partially or totally different from those of the existing three drug regimens can lower BP in at least some resistant hypertensive individuals. A good response has been reported to the use of mineralocorticoid receptor antagonists, i.e. spironolactone, even at low doses (25–50 mg/day) or eplerenone, the alpha-1-blocker doxazosin and a further increase in diuretic dose, loop diuretic replacing thiazides or chlorthalidone if renal function is impaired [3].

It is known the role of the RAAS in the pathogenesis of hypertension, on this basis in clinical practice known drug aliskiren. Aliskiren, the first orally active direct renin inhibitor, was approved by the US Food and Drug Administration in March 2007. It has demonstrated effective blood pressure (BP) control and is generally well tolerated as monotherapy or in combination with other antihypertensive drugs [13]. Extra advantages can be reached when it is used in combination therapy. The data from 7 randomized clinical trials for a total of 6074 participants in meta-analysis report that the aliskiren/amlodipine combination therapy had a stronger effect in lowering blood pressure as compared with the monotherapy using aliskiren [14].

In March 2012 was published results of investigation about the combination of aliskiren, amlodipine and hydrochlorothiazide is a rational choice for combination therapy and recent studies suggest that it is safe and effective in lowering blood pressure in patients who fail dual combination therapy [15].

But the ALTITUDE (Aliskiren Trial in Type 2 Diabetes Using Cardio-renal Disease Endpoints) trial was stopped on the recommendation of its Data Monitoring Committee (DMC) due to increased adverse events, including nonfatal stroke, renal dysfunction, hyperkalemia and hypotension, with no apparent benefit. The major concern was increased stroke with aliskiren in comparison to placebo (2.6% versus 2%, unadjusted $p = 0.04$) [16]. This trial studied the effects of aliskiren in addition to ACEI or ARB therapy in patients with diabetes and renal disease (glomerular filtration rate < 60 ml/min per 1.73 m² or microalbuminuria). The primary endpoints of the study were time to first event for the composite endpoint of CV death, resuscitated death, myocardial infarction, stroke, unplanned hospitalization for HF, onset of end-stage renal disease or doubling of baseline serum creatinine concentration [17]. Based on these findings, dual aliskiren and ACEI/ARB therapy is not recommended in patients with hypertension and diabetes or at least moderate renal dysfunction [13].

Nonpharmacological methods of therapy of resistant hypertension

The role of the sympathetic nervous system in modulating blood pressure has been extensively investigated during the last century, and some drugs have already been proven to efficiently act on adrenergic apparatus such as α -metildopa in the 1950 s, β -blockers in the 1960 s, α -blockers in the 1970 s, angiotensin-converting enzyme inhibitors in the 1980 s, and moxonidine in the 1990 s. None of them, however, has turned out to be as effective as renal denervation. The proof of concept for applying such a therapeutic strategy mainly derives from the assumption that sympathetic nerves enter the kidneys in the walls of the renal arteries, thus affecting renal function in 3 different ways: (1) increasing the renin secretion rate through the β 1-adrenergic receptors; (2) enhancing sodium and water reabsorption through α 2B-adrenergic receptors; and (3) inducing renal vasoconstriction with renal blood flow and glomerular flow rate reductions through α 1A-adrenergic receptors.

Therapeutic renal denervation has been explored in preclinical models and in humans since the 1950 s, when surgical renal denervation was shown to be a highly effective treatment for resistant hypertension in the clinical setting. Unfortunately, the procedure was abandoned because of intolerable side-effects, but gave rise to other promising surgical techniques, such as carotid baroreceptor surgery for resistant hypertension, which showed encouraging results.

Recently, percutaneous renal denervation has emerged as a potential mini-invasive strategy to treat resistant hypertension. It is a localized procedure, minimally invasive, and has no systemic side-effects. Moreover, procedure and recovery times are very short compared to the surgical procedure.

The main studies of renal denervation are the Symplicity HTN-1 and the randomized controlled Symplicity HTN-2 trial. In both trials, this approach was shown to successfully reduce blood pressure, without serious adverse events in patients with resistant hypertension [18].

Another target for the interventional treatment of resistant hypertension is **carotid baroreceptors**. Baroreceptors are stretch-sensitive fibers located primarily in the aortic arch and each of the carotid sinuses near the area where the common carotid artery bifurcates [19]. The Rheos device (CVRx, Maple Grove, Minn) stimulates the carotid baroreceptors for better blood pressure control by taking advantage of chronic electrical activation of the afferent limb of the carotid baroreflex. The device consists of a pulse generator and bilateral perivascular carotid sinus leads that are implanted under narcotic anesthesia. According to the findings from the Device-Based Therapy of Hypertension (DEBuT-HT) study that were recently presented, after four years of treatment, Rheos reduced systolic blood pressure by an average of 53mmHg (193mmHg versus 140mmHg). Blood pressure was reduced significantly each year, with the largest decrease occurring in year four. Many of these patients were able to reach their blood pressure goal and reduce the number of medications that patients were taking to treat their hypertension from an average of 5 at baseline to 3.4 medications at 4 years. Baroreflex activation therapy also improved functional capacity and reduced left ventricular mass without any evidence of carotid injury or stenosis [12].

Conclusion

Resistant hypertension is an increasingly common medical problem and patients with this condition are at a high risk of cardiovascular events. Because secondary hypertension may be the underlying cause of resistant hypertension, and sometimes a specific and definite treatment is available, a thorough investigation is mandatory in patients with resistant hypertension. However, in the majority of these patients, an underlying cause cannot be found. More established approaches, such as low dietary salt and mineralocorticoid receptor blockers are indicated for these patients. New technologies, such as renal denervation and carotid stimulation, may be used in the management of patients with resistant hypertension.

References:

1. Pantelis A, Sarafidis, George L, Bakris. Resistant Hypertension An Overview of Evaluation and Treatment. JACC Vol. 52, No. 22, 2008:1749–57.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003;42:1206–52.

3. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.
4. Maria Lorenza Muiesan, Massimo Salvetti, Damiano Rizzoni, Anna Pains, Claudia Agabiti-Rosei, Carlo Aggusti and Enrico Agabiti Rosei. Resistant hypertension and target organ damage. *Hypert Research* (2013) 36, 485–491.
5. <http://lite.bnews.kz/ru/news/post/6006/>
6. Anthony J. Viera. Resistant Hypertension. *J Am Board Fam Pract* July–August 2012 Vol. 25 No. 4.
7. Brambilla G et al. Prevalence and clinical characteristics of patients with true resistant hypertension in central and Eastern Europe: data from the BP-CARE study. *J Hypertens*. 2013 Oct; 31(10):2018-24.
8. Wenjun Ma, Yuqing Zhang. Low rate of resistant hypertension in Chinese patients with hypertension: an analysis of the HOT-CHINA study. *J Hypertens*. 2013, 31:2386–2390.
9. Tetsuo N, Masao O, Jun S and Yoko M. The possibility of resistant hypertension during the treatment of hypertensive patients. *Hypertens Research* 2013, 36, 924–929.
10. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 373(9667), 929–940 (2009).
11. J. P. Garg, W. J. Elliott, A. Folker, M. Izhar, and H. R. Black. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts. *Am J Hypert*, vol. 18, no. 5, pp. 619–626, 2005.
12. Anastasios Makris, Maria Seferou, Dimitris P. Papadopoulos Resistant Hypertension Workup and Approach to Treatment. *Int J Hypertens*. Volume 2011.
13. Selçuk Şen, Soner Sabırlı, Tolga Özyiğit and Yağız Üresin. Aliskiren: review of efficacy and safety data with focus on past and recent clinical trials. *Therap Adv ChrDis* (2013) 4(5) 232–241.
14. Yukai Liu, Ken Chen, Xun Kou, Yu Han, Lin Zhou, Chunyu Zeng. Aliskiren and Amlodipine in the Management of Essential Hypertension: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE* July 2013 | Volume 8 | Issue 7 | e7011.
15. Eric Judd and Edgar A Jaimes. Aliskiren, amlodipine and hydrochlorothiazide triple combination for hypertension. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*. March 2012, Vol. 10, No. 3, Pages 293-303 ,
16. McMurray J., Abraham, W., Dickstein, K., Køber, L., Massie, B. and Krum, H. (2012) Aliskiren, ALTITUDE, and the implications for ATMOSPHERE. *Eur J Heart Fail* 14: 341–343.
17. Parving, H., Brenner, B., McMurray, J., Zeeuw, D., Haffner, S., Solomon, S. et al. Aliskiren trial in type 2 diabetes using cardio-renal endpoints (ALTITUDE): rationale and study design. *Nephrol Dial Transplant* 24(2009): 1663–1671.
18. Alberto Polimeni; Antonio Curcio; Ciro Indolfi. Renal Sympathetic Denervation for Treating Resistant Hypertension *Circulation Journal* Vol.77, April 2013
19. Panagiotis Kougias, Sarah M. Weakley, Qizhi Yao, Peter H. Lin, and Changyi Chen. Arterial baroreceptors in the management of systemic Hypertension. *Med Sci Monit*. PMC 2010 August 13.

Резюме

ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.К. Жанатбекова

Государственный медицинский университет города Семей, Казахстан,
Кафедра интернатуры по терапии

Многочисленные мета анализы показали линейную зависимость между уровнем артериального давления (АД) и риском сердечно-сосудистых осложнений. Распространенность резистентной артериальной гипертонии в общей популяции неизвестна и варьирует в диапазоне от 1,9 до 30%. Таким пациентам показаны наиболее изученные и доказанные подходы, такие как низкий уровень соли в пище и применение блокаторов рецепторов минералокортикоидов. Новые технологии, такие как почечная денервация и стимуляция барорецепторов сонных артерий, также могут быть использованы в лечении пациентов с резистентной АГ.

Ключевые слова: лечение, резистентная артериальная гипертония.

Тұжырым

РЕЗИСТЕНТТІ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯНЫ ЕМДЕУ

А.К. Жанатбекова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан
Терапия бойынша интернатура кафедрасы

Көптеген мета талдаулар артериалды қысым (АҚ) және жүрек-тамырдың асқынуы деңгейі арасындағы сызықтық тәуелділігін көрсетті. Резистентті артериалды гипертонияның таралуының жалпы популяциясы белгісіз және 1,9 -дан 30%-ға диапазонында басым. Мұндай науқастарға көбінесе зерттелген және дәлелденген тәсілдер көрсетілген, асқа тұздың аз деңгейі және минералокортикоидты блокатор рецепторларын қолдану ұсынылады. Резистентті артериалды гипертониямен ауыратын науқастарды емдеуде ұйқы артериясындағы барорецепторларының стимуляциясын және бүйрек денервация сияқты жаңа технологияларды қолдануға болады.

Негізгі сөздер: емдеу, резистентті артериалды гипертония.

УДК 616.12-008.331.1

Л.Б. Дюсенова¹, И.А. Избасарова¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Государственный медицинский университет города Семей,

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней,²Кафедра общей врачебной практики**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ****Аннотация**

Приверженность больных АГ к лечению потенциально прогнозируема, при этом факторы, влияющие на этот прогноз, могут быть выделены, измерены и корригируемы. Повышая приверженность к лечению больных АГ можно улучшить прогноз заболевания, предотвратить серьезные осложнения, повысить качество жизни больных, снизить уровень смертности.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к лечению, факторы риска, прогноз.

Артериальная гипертензия в течение многих лет была и остается актуальной проблемой в системе здравоохранения Казахстана. Высокая распространенность, осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт), смертность приводит к тому, что в настоящее время распространенность АГ среди взрослого населения составляет 24% (Елемесова и соавт, февр, 2013г) причем ее частота увеличивается с возрастом.

Одной из проблем лечения больных с АГ является низкая приверженность пациентов к медикаментозной терапии.

Приверженность (комплаентность) к лечению – это степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни.

Таким образом, приверженность к лечению (терапии) означает, что пациент: вовремя принимает лекарство; принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе; соблюдает рекомендации по диете. Проблема приверженности пациента к лечению существует столько же, сколько практическая медицина. По оценкам специалистов, долгосрочная приверженность любому лечению, независимо от заболевания, низкая и не превышает 50% (Cowell W., Fulford-Smith A., Poultnev S., 2005; Cramer J., Amonkar M., Hebborn A., Altman R., 2005). Например, при лечении артериальной гипертензии терапевтическая комплаентность составляет 40%, при сахарном диабете и эпилепсии - 50%, при гиперлипидемии - 62%.

В практической работе врач может оценить приверженность простым способом: путем подсчета принятых таблеток по отношению к назначенным. При приеме 100-90% назначенных таблеток приверженность классифицируется как оптимальная, 90-70% - удовлетворительная, 70-40% - частичная и <40% - плохая. Для больных АГ приверженность к лечению составляет 50-60%, это означает, что больной принимает только половину назначенных антигипертензивных препаратов (АГП). Часть пациентов (16-60%), особенно с впервые выявленной гипертензией, в течение года вообще прекращает прием АГП. Низкая приверженность к лечению и частичный гипотензивный эффект (целевой уровень АД, для которого доказано улучшение прогноза заболевания, в процессе лечения не достигнут) приводят к ослаблению защитного действия АГП на органы-мишени и сохранению высокого риска сердечно-сосудистых осложнений - инсультов, ИБС и др., несмотря на проводимое лечение.

Большое значение в приверженности к лечению имеет личность врача. Его квалификация, убежденность, заинтересованность в судьбе пациента. Отрица-

тельно сказывается отсутствие постоянного лечащего врача у пациента. В этом отношении в западных странах, где с населением работают врачи общей практики, имеются определенные преимущества лечения АГ.

Другими факторами, также определяющими низкую приверженность больных АГ к лечению, являются неэффективность проводимой терапии и развитие побочных действий препаратов. Предсказать индивидуальный гипотензивный ответ от применения какого-либо препарата чрезвычайно трудно. Популярная, в недавнем прошлом, монотерапия, как оказалось, эффективна лишь в 50% при мягкой АГ. Исследования показали, что если на фоне монотерапии целевой уровень АД не был достигнут, то при увеличении дозы препарата будет получен лишь небольшой дополнительный гипотензивный эффект. Добавление же второго препарата с другим механизмом действия приводит к более выраженному гипотензивному эффекту, так как осуществляется воздействие на два механизма гипертензии.

Чаще врачи выбирают первую тактику лечения, что приводит к появлению нежелательных побочных эффектов, и, в свою очередь, снижают приверженность к лечению и его эффективность. На сегодняшний день совершенствование лекарственных препаратов с целью уменьшения побочных эффектов и продления их действия во многом улучшило приверженность к лечению, но полностью не решило этой проблемы. Использование фиксированных комбинаций уже на начальном этапе лечения может быть чрезвычайно полезным, так как сокращает сроки подбора терапии, повышает ее эффективность и уменьшает побочные реакции.

Для повышения приверженности к лечению существуют и другие подходы. В Казахстане все более широкое развитие получает новая форма профилактической работы с пациентами - образовательные школы, которые в настоящее время организованы и функционируют на уровне первичного звена здравоохранения. Задачами школ являются информирование пациентов о риске осложнений АГ, положительных последствиях непрерывного лечения и достижения целевых уровней АД, немедикаментозных методах воздействия на АД, обучение навыкам самоконтроля за АД. Это также способствует повышению приверженности, так как, самостоятельно контролируя АД, пациент становится активным участником процесса лечения и может видеть, что для поддержания нормального уровня АД необходимо постоянное лечение.

Таким образом, в настоящее время существует большая необходимость внедрения системных подходов, которые направлены на повышение приверженности пациента к терапии. Эти подходы будут отличаться в разных странах с различными системами здравоохра-

нения. Однако каждый врач на своем уровне уже сегодня сам может улучшить ситуацию; для этого следует использовать простой алгоритм действий, разработанный Osterberg и Blaschke в 2005 году, который является универсальным для всех стран мира и врачей любых специальностей:

1. идентифицировать факт плохой приверженности к лечению;
2. акцентировать внимание пациента на значение приверженности к лечению;
3. выслушать пациента;
4. упростить схему лечения и предоставить четкие инструкции;
5. необходимо обсудить с пациентом побочные эффекты принимаемых препаратов;
6. назначить лекарственный препарат с наилучшей переносимостью.

Литература:

1. Повышение эффективности лечения артериальной гипертензии // JAMA - Россия. - 2000., - Т.3., №1. - С 31.

2. 2003 European Society of Hypertension -European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. 2003. - V. 21. - P. 1011.

3. Morisky D.E. et al. // Amer. J. Public Health. - 1983. - V. 73. - P. 153.

4. Агеев Ф.Т. Свободная или фиксированная комбинация эналаприла и гидрохлоротиазида в реальной амбулаторной практике: что лучше для больного артериальной гипертензией? Сравнение эффективности и приверженности к лечению / Ф.Т. Агеев [с соавт.] // Кардиология, 2008. - № 5. - С. 10-15.

5. Агеев Ф.Т. Правильно ли мы выбираем гипотензивный препарат в повседневной амбулаторной практике и как исправить эту ситуацию? (По результатам исследования в Московском городском кардиодиспансере и многоцентровых исследований ФЛАГ и ФАГОТ) / Ф.Т. Агеев [с соавт.] // Сердце, 2003. - № 2 (4) - С. 185-189.

Тұжырым

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕЛУГЕ ТАЛПЫНЫСЫ

Л.Б. Дюсенова¹, И.А. Избасарова¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

¹Ішкі аурулар пропедевтика кафедрасы, ²Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы

Артериалық гипертониямен ауырған науқастардың өмін, ағымын қадағалауға болады, сондықтан болжау арқылы өлшеп, коррекцияланады. Және асқынулардың дамуын алдын алу, науқастардың өмір суру сапасын жоғарылатып, өлім көрсеткішін төмендетуге болады.

Негізгі сөздер: артериалық гипертония, емделуге талпынысы, қауыпты факторлары, болашағы.

Тұжырым

ADHERENCE TO TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

L.B. Dyussenova¹, I.A. Izbassarova¹, A.S. Kerimkulova², R.M. Zhumambayeva¹

Semey State Medical University

¹Chair of Propaedeutics of internal diseases, ²Chair of General practice

Adherence of the patient with arterial hypertension to treatment is potentially predictable, herewith factors affecting to this prediction may be determined, measured & corrected. Also severe complications are prevented, life quality is increased & mortality is decreased.

Key words: arterial hypertension, adherence to treatment, risk factors, prediction.

УДК 616.1 – 616.895.4 – 084 – 08

Н.А. Балашкевич¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Государственный медицинский университет города Семей,

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней,

²Кафедра общей врачебной практики

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация

Психосоматические аспекты в развитии заболеваний сердечно – сосудистой системы значимы, следовательно, через коррекцию психоэмоционального состояния пациента медикаментозным и немедикаментозным способом, можно улучшить прогноз заболевания, предотвратить серьезные осложнения, повысить качество жизни больных, снизить уровень смертности.

Ключевые слова: психосоматическое влияние, сердечно – сосудистые заболевания, влияние стресса, профилактика.

С каждым годом в мировом сообществе увеличивается доля хронических неинфекционных заболеваний, каждый третий взрослый человек в мире имеет повышенное кровяное давление – состояние, являющееся причиной около половины всех случаев смерти от инсульта и болезней сердца (ВОЗ, Женева, 2012г.). Смертность от сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) в Казахстане занимает одну из лидирующих позиций среди

стран СНГ (2010г.). В республике зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих ССЗ.

Реальная заболеваемость гипертензией в республике примерно в 10 раз выше официальных данных. Распространенность гипертензии внушает специалистам самые серьезные опасения. От нее страдает сорок процентов взрослого трудоспособного населения. По статистическим данным Министерства здравоохранения

(2012г.), более 50% от общей смертности и около 10% случаев выхода на инвалидность приходится на болезни системы кровообращения. В структуре заболеваемости болезнью системы кровообращения преобладают артериальная гипертензия (30%) и ишемическая болезнь сердца (12%).

Существуют конкретные факторы риска развития болезней системы кровообращения. Это гипергликемия, дислипидемия, курение, стресс, депрессия, низкая физическая активность и ожирение. Соответственно, воздействуя на эти факторы, можно осуществлять как первичную, так и вторичную профилактику ССЗ. В США, где ежегодно проводится 11,6 млн. кардиохирургических вмешательств, так и не удалось реально снизить смертность от болезней сердца. А в Финляндии, где сделали ставку на профилактику (которая является экономически более выгодной как для пациентов, так и для государства в целом), смертность и заболеваемость от ССЗ сразу уменьшились вдвое (2009г.). На сегодняшний день доказано, что депрессия является серьезнейшим фактором риска для развития инфарктов и инсультов [1].

Изменение условий и ритма жизни, значительные психоэмоциональные перегрузки, частота хронических стрессовых ситуаций в сочетании с усложнением экологической обстановки и ослаблением иммунного ответа - все это является основой значительного распространения в современном мире, психовегетативных расстройств, психосоматической патологии, различных форм неврозов.

Психосоматические заболевания – это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе и психологический стресс. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях

Зависимость физического здоровья и болезни человека от его психики, в частности от эмоциональных состояний и свойств личности, исследовалась в работах российских клиницистов (М.Я. Мудрова, Г.А. Захарьина, С.П. Боткина). Они указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами, и считали, что на возникновение и преодоление соматических расстройств организма человека большое влияние оказывает личность больного, в частности его эмоциональное состояние.

Для человека любого возраста опасны с медицинской точки зрения длительные конфликтные ситуации или непрерывная череда стрессов. Человек реагирует на конфликт, прежде всего, состоянием нервной системы. Если конфликтная ситуация носит эпизодический характер и человек успешно преодолевает ее, то механизмы саморегуляции его организма справляясь со всеми изменениями, восстанавливают нормальное состояние.

Однако если долгое время конфликт разрешить не удастся, то жизнедеятельность человека расстраивается. Резко ломаются нормальные механизмы саморегуляции и формируются хронические, порой неизлечимые заболевания. Прежде всего, начинаются изменения функций мозга: появляются резкие перепады настроения, нарушения сна и умственной работоспособности. Далее - целая группа сердечно - сосудистых заболеваний. Среди путей влияния хронической тревоги на возникновение и течение ИБС выделяют следующие: усиление атерогенеза, провокация острых коронарных эпизодов, изменение поведения и декомпенсация хронической сердечной недостаточности [2, 3, 4]. У пациентов с тревогой определяется дисбаланс вегетативной

нервной системы с активизацией симпатического отдела и увеличением образования катехоламинов [5]. Также выявляют снижение вагусного контроля, проявляющееся в изменении барорефлекторного ответа и снижении среднеквадратического отклонения RR-интервалов [6]. Важность коррекции психологического статуса при лечении кардиологических больных не вызывает сомнения [7]. Дезадаптация, обусловленная снижением или полной утратой трудоспособности, неизбежно приводит к снижению качества жизни и в конечном итоге — к уменьшению, как эффективности основной терапии, так и к приверженности к приему основных гипотензивных, антиангинальных, гиполипидемических препаратов, которые больные ССЗ вынуждены принимать годами.

Лица, с соматическими проявлениями тревоги, обращаются к врачам различных специальностей и обычно получают терапию, направленную на коррекцию симптомов, связанных только с основным заболеванием, что нередко приводит к неоправданной дозировке основных препаратов. Высокий уровень тревоги может не только имитировать соматические заболевания, но и повышать риск и ухудшать прогноз заболеваний, действительно имеющих место у пациента, при этом тревожно-депрессивные расстройства могут быть первичными, могут сопутствовать ССЗ или же, развиваться вторично на его фоне [3, 8]. Хроническая тревога ухудшает результаты лечения и затрудняет реабилитацию, снижая качество жизни больных, страдающих артериальной гипертензией. При ИБС является предиктором повторных инфарктов миокарда, внезапной коронарной смерти, вызванной фибрилляцией желудочков, ограничивает физическую активность больных, снижает эффективность лечебных мероприятий [9, 10, 11]. Именно в этом состоянии адекватная коррекция способна предотвратить отрицательную динамику патологических изменений, нормализовать проявления типичного в настоящее время конфликта между организмом человека и окружающей средой [12,13]. В то же время эффективность анксиолитического лечения у больных ССЗ изучена недостаточно [14].

Главным стремлением для человека является стремление к счастью, к удовлетворенности собою и своей жизнью. Здоровье - важное условие счастья. Когда оно превращается в цель, человек невольно впадает в иллюзию. Нерешенными остаются многие проблемы - удовлетворенность делом, общение с близкими, творческое созидание и самореализация. В последние годы, массовые обращения к нетрадиционной медицине, свидетельствуют о том, что многие люди перестали считать свой организм бездушной машиной. Это привело к появлению большого количества шарлатанов, наносящих непоправимый вред здоровью и жизни пациентов. Поэтому врачам нельзя забывать один из главных постулатов медицины «лечить не болезнь, а больного» и делать соответствующие выводы для общей стратегии терапии. В этом могут помочь знания и накопленный опыт в области психосоматики.

Основным методом в лечении психосоматических состояний, является психотерапия, направленная на устранение эмоциональных конфликтов больного и тем самым на излечение соматического заболевания. Однако успешно применяется и медикаментозная коррекция психологического состояния анксиолитиками, например, адаполом [15]. Также, по некоторым данным, анксиолитики обладают самостоятельным коронаролитическим эффектом. В клинической практике имеется положительный опыт лечения различных соматических проблем через влияние на психоэмоциональную сферу.

Эффективность комплексной терапии была продемонстрирована у больных бронхиальной астмой [16], нарушением сердечного ритма [17], артериальной гипертензией [18], ревматоидным артритом [19]. Таким образом, психосоматические аспекты в развитии сердечно – сосудистых заболеваний являются существенными;

- вопрос о возможности коррекции психосоматических проблем недостаточно изучен;

- с позиции экономической выгоды и для повышения качества жизни больных необходимо большое внимание уделять первичной и вторичной профилактике ССЗ;

- необходимо выявление тревожных состояний у пациентов, обращающихся к терапевту, кардиологу с помощью специальных шкал для оценки тревожности;

- возможна коррекция тревожных состояний у больных ССЗ с использованием в комплексном лечении психотерапии и/или приема анксиолитиков;

- необходимо усиление психологической службы в работе с кардиологическими больными, с целью купирования тревожного состояния, повышения стрессоустойчивости.

Литература:

1. Погосова Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно – сосудистого фактора риска первого порядка. Кардиология 2007; 5:65-72.

2. Бурчинский С.Г. Анксиолитики в кардиологической практике // Здоров'я України. - 2008. - № 11. - С. 30-31.

3. Georgiades A., Fredrikson M. Hyperreactivity (cardiovascular) // Fink G., ed. Encyclopedia of stress. Vol. II. - San Diego: Academic Press, 2000. - P. 421-425.

4. Ларина В.Н., Барт Б.Я. Тревожно – депрессивные состояния у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 2012. - №10. – С. 26-33.

5. Ениколопов С.Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. - 2006. - № 2. - С. 20-24.

6. Sheps D.S., Sheffield D. Depression, anxiety and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective // J. Clin. Psychiat. - 2001. - Vol. 62, suppl. 8. - P. 12-18.

7. Мамедов М.Н., Дидигова Р.Т., Булгучева З.З. Оценка психологического статуса пациентов со стенокардией напряжения // Кардиология. – 2012. - №1. – С. 20-25.

8. Lavoie K.L., Fleet R.P. The impact of depression on the course and outcome of coronary artery disease: review for cardiologists // Can. J. Cardiol. - 2000. - № 16 (5). - P. 653-662.

9. Булдакова Н.Г. Психофармакотерапия в кардиологии // Рус. мед. журн. - 2006. - Т. 14, № 10. - С. 8 - 13.

10. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Романенко Л.В., Деев А.Д., Юферева Ю.М. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно – сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2011. - №2. – С. 59-66.

11. Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска //Кардиология. – 2012. - №12. – С. 4-11.

12. Долженко М.Н. Психокardiология: применение анксиолитиков в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Therapia. - 2007. - № 10. - С. 35-40.

13. Fleet R., Lavoie K., Beitman B.D. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature // J. Psychosom Res. - 2000. - № 48 (4-5). - P. 347-356.

14. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно – сосудистых заболеваниях //Кардиология. – 2010. - №10. – С. 66-73.

15. Lane D., Carroll D., Ring C. et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety // Psychosom. Med. - 2001. - Vol. 63. - P. 221-230.

16. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В., Бабкина О.Ю., Крякунов К.Н. Учет психосоматического статуса как одно из условий эффективного лечения и контролируемого течения бронхиальной астмы // Терапевтический архив. – 2012. - №11. – С. 99-103.

17. Цуринова Е.А., Трешкур Т.В., Ильина Д.Ю. Случай эффективного лечения психогенной желудочковой аритмии анксиолитиком адаптол //Терапевтический архив. – 2013. - №3. – С. 94-97.

18. Дума С.Н. Эффективность применения анксиолитика адаптола в комбинированной терапии артериальной гипертензии у женщин //Терапевтический архив. – 2013. - №4. – С. 90-92.

19. Грехов Р.А., Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Александров А.В., Зборовский А.Б. Психосоматические аспекты ревматоидного артрита // Терапевтический архив. – 2012. - №12. – С. 125-130.

Тұжырым

ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛАР АУРУЛАРЫНЫҢ ДАМУЫНА ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ЖҮЙЕНІҢ ӘСЕРІ

Н.А. Балашкевич¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

¹Ішкі аурулар пропедевтика кафедрасы, ²Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы

Жүрек-қантaмырлар ауруларының дамуына психосоматикалық жүйенің әсері зор, сондықтан, науқастың жағдайына дәрілік және дәрілік емес психоземоналдық реттеу арқылы аурудың азымын, асқынулардың дамуын алдын алу және науқастардың өмір сүру сапасын жоғарылатып, өлім көрсеткішін төмендетуге болады.

Негізгі сөздер: психосоматикалық әсер, жүрек-қантaмыр аурулары, күйзелістің әсері, алдын алу.

Summary

PSYCHOSOMATIC ASPECTS INFLUENCING TO DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

N.A. Balashkevich¹, A.S. Kerimkulova², R.M. Zhumambayeva¹

Semey State Medical University

¹Chair of Propaedeutics of internal diseases, ²Chair of General practice

Psychosomatic aspects in development of cardiovascular diseases is great; therefore prediction of a disease becomes better with correction of psycho-emotional condition of a patient by means of medicamentous & non-medicamentous treatment; also severe complications are prevented, life quality is increased & mortality is decreased.

Key words: psychosomatic influence, cardiovascular diseases, effect of stress, prophylaxis.

УДК 616.12-008.331.1:616.379-008.64

Ж.Т. Майханова, А.Т. Темирбаева

Станция скорой неотложной медицинской помощи, г. Семей

ВЛИЯНИЕ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КО-ПРЕНЕССЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аннотация

Данные суточного мониторинга артериального давления (АД) точнее отражают тяжесть артериальной гипертензии и ее прогноз. Это особенно актуально у больных артериальной гипертензией. Выполнено рандомизированное исследование у 50 больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа. Все пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: пациентам I группы была назначена ко-пренесса в суточной дозе 4 мг 1 раз в сутки. Пациенты II группы получали лизиноприл в суточной дозе 10 мг x 1-2 раз в сутки.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ко-пренесса, лизиноприл.

Цель исследования - изучить влияние на суточный профиль АД препарата ко-пренессы у лиц, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Выполнено рандомизированное исследование у 50 больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа. Все пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: пациентам I группы была назначена ко-пренесса в суточной дозе 4 мг 1 раз в сутки.

Ко-пренесса - комбинированный препарат, содержащий ангиоблокатор АКФ - периндоприл и диуретик - индапамид, оказывает гипотензивное, диуретическое и вазодилатирующее действие.

Пациенты II группы получали лизиноприл в суточной дозе 10 мг x 1-2 раз в сутки. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности артериальной

гипертонии и сахарного диабета, офисному систолическому и диастолическому АД.

Суточное мониторирование АД (СМАД) и эхокардиографию выполняли в условиях «чистого» фона и через 6 недель терапии ко-пренессой и лизиноприлом. При выполнении СМАД анализировали средне-суточные, средне-дневные, средне-ночные показатели систолического и диастолического АД и ЧСС, нагрузочный индекс, суточный индекс (СИ) АД (как отношение дневного и ночного АД) с определением суточного профиля. Анализ полученных данных проводился статистической программой SPSS.

Результаты исследования и обсуждение. Сравнительная характеристика динамики среднесуточного, средне-дневного и средне-ночного САД, ДАД на фоне приема ко-пренессы и лизиноприла представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика динамики САД и ДАД (по данным СМАД) на фоне приема ко-пренессы и лизиноприла у больных АГ.

	Ко-пренесса (n=25)		Лизиноприл (n=25)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САД (24)	172,2±2,4	129,32±2,2***	170,6±2,2	135,24±2,95***
САД(дн)	168,3±2,4	134,61±2,25***	164,1±3,03	139,80±3,03***
САД(ноч)	133,35±3,14	124,09±2,63***	135,05±3,27	126,57±3,29***
ДАД(24)	96,73±1,60	78,86±1,52***	94,33±2,06	86,46±0,86***
ДАД(дн)	94,14±1,61	81,55±1,48***	93,33±2,17	88,88±2,42**
ДАД(ноч)	92,20±2,91	72,55±1,82***	92,33±2,12	89,14±1,84***

Примечание: * - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001.

Из представленной таблицы следует, что оба препарата воздействуют на средне-суточные, средне-дневные, средне-ночные показатели САД, так и ДАД, причем более значимый гипотензивный эффект отмечен в дневные часы наблюдения в первой группе.

Исследования по изучению роли вариабельности АД дают основание рассматривать высокую вариабельность последнего как независимый фактор риска поражения органов - мишени, в связи с чем, одним из требований к антигипертензивному препарату является от-

сутствие неблагоприятного влияния на вариабельность АД. Для более детального анализа вариабельности АД мы проанализировали изменение этого показателя у пациентов с исходно повышенной и исходно низкой вариабельности САД и ДАД на фоне лечения.

На основании результатов в табл. 2 и 3, можно сделать вывод, что ко-пренесса оказывает нормализующее действие на вариабельность АД, не изменяя при этом нормальных значений показателя.

Таблица 2.

Сравнительная характеристика динамики вариабельности САД у пациентов с исходно повышенной вариабельностью АД (ВСАД дн.>15,5 и ВСАД ноч. >14,8 ммртст) на фоне приема ко-пренессы и лизиноприла у больных АГ.

Показатель	Ко-пренесса (n=25)		Лизиноприл (n=25)	
	ВСАД дн. (n=7)	ВСАД ноч. (n=7)	ВСАД дн. (n=12)	ВСАД ноч. (n=5)
До лечения	18,98±0,90	17,24±0,77	18,09±0,89	19,24±3,96
После лечения	16,28±0,83**	11,72±1,22**	17,48±1,65	12,21±1,26*

Примечание: * - p < 0,05, ** - p < 0,01, *** - p < 0,001.

Таблица 3.

Сравнительная характеристика динамики вариабельности ДАД у пациентов с исходно повышенной вариабельностью АД (ВДАД дн. >13,3, и ВДАД ноч. >11,3 ммртст) на фоне приема ко-пренессы и лизиноприла у больных АГ.

Показатель	Ко-пренесса (n=25)		Лизиноприл (n=25)	
	ВДАД дн. (n=6)	ВДАД ноч. (n=6)	ВДАД дн. (n=6)	ВДАД ноч. (n=1)
До лечения	14,68±0,55	13,35±0,63	15,87±1,11	14,5±0,3
После лечения	11,29±0,83**	10,10±0,80**	14,21±1,95	13,1±0,2*

Примечание: * - p < 0,05, ** - p < 0,01, *** - p < 0,001.

Ко-пренесса улучшала вариабельность САД в ночное время и также не оказывала неблагоприятного влияния на показатели вариабельности АД.

Достоверных изменений вариабельности САД и ДАД у пациентов с исходно низким уровнем АД, как на фоне лечения ко-пренессой, так и на фоне приема лизиноприла, зарегистрировано не было.

Ко-пренесса оказывает благоприятное влияние на суточный профиль САД (оцениваемый по СИ), которое заключается в увеличении пациентов группы dipper с 31 до 61% и уменьшении пациентов группы non-dipper с 58 до 32% после лечения препаратом. Лизиноприл не влиял на суточный профиль АД у больных АГ с метаболическими изменениями.

Из полученных нами результатов ко-пренесса статистически достоверно уменьшает скорость утреннего подъема как САД, так и ДАД, что имеет важное значение для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы:

1. У больных АГ с метаболическими изменениями ко-пренесса и лизиноприл оказывают равнозначное снижающее воздействие на показатели средне-суточного, средне-дневного и средне-ночного САД и ДАД, более выраженное в группе с ко-пренессой.

2. Ко-пренесса, в отличие от лизиноприла, уменьшает средне-суточную и средне-дневную ЧСС у пациентов со склонностью к тахикардии.

3. Ко-пренесса оказывает благоприятное влияние на суточный профиль САД у больных АГ с метаболическими изменениями, уменьшая количество пациентов с недостаточным снижением АД в ночное время (non-dipper) и увеличивая количество пациентов с адекватным снижением АД в в ночное время (dipper).

4. Ко-пренесса уменьшает величину и скорость утреннего подъема АД, что делает его перспективным препаратом для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ.

5. Данная методика направлена на оптимизацию лечения, улучшение качества жизни.

Литература:

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Терещенко С.М. и др. Клиническое значение суточного мониторирования АД для выбора лечения больных артериальной гипертонией // Кардиология. - 2001, №9, - С. 98-104.

2. Ольбинская Л.И. Анализ суточных профилей двойного произведения в оценке эффективности и безопасности антигипертензивных лекарств // Российский кардиологический журнал. - 2000, №4, - С. 52-55.

3. Остроумова О.Д., Мамаев В.И. Опыт применения ко-пренессы для лечения артериальной гипертонии у пожилых // Терапевтический архив 2012, 9, С.17-22.

Тұжырым

КО-ПРЕНЕССА ҚАН ҚЫСЫМЫҢ СӨТКЕСІНЕ ҚАЛЫПТАСУЫНА ҚОЛАЙЛЫ ӘСЕРІ

Ж.Т. Майханова, А.Т. Темирбаева

Семей қ. Жедел жардем медициналық көмек көрсету станциясы

Артериялық қысымның тәуліктің мониторинг деректерлерін нақтырақ артериалдық гипертензиянің зілі және оның болжамының сәуле түседі. Рандомизирленген зерттеуге артериалдық гипертензиянің ара тіркес мен қанттың диабетінің II үлгінің орында бар 50 науқас енгізілді. I топтың емделушілеріне бол - ко-пренесса 4 миллиграммның тәуліктің жағымында I ретті в тәуліктерді болжамды. II топтың емделушілері лизиноприл I-II рет 10 миллиграммның тәуліктің жағымында ретті в тәуліктерді алды.

Негізгі сөздер: ко-пренесса, лизиноприл, артериялық гипертония.

Summary

THE INFLUENCE CO-PRENESSA FOR AVERAGE DAILY THE ARTERIAL BLOOD PRESSURE

Zh.T. Maykhanova, A.T. Temirbayeva

Station emergency care, Semey

This daily monitoring of blood pressure (BP) accurately reflects the severity of hypertension and its prognosis. This is especially true in patients with arterial hypertension. Performed a randomized study in 50 patients with arterial hypertension and diabetes mellitus type 11. All patients were randomly divided into 2 groups: group 1 patients was appointed co-prenessa in a daily dose of 4 mg 1 time a day. Group 2 patients received daily lizinopril 10 mg x 1-2 times per day.

Key words: co-prenessa, lizinopril, arterial hypertension.

УДК 616.1-614.876+330.59

Р.М. Жумамбаева¹, А.С. Керимкулова², Д.Х. Даутов¹, И.А. Избасарова¹, А.К. Токабаев¹, Ж.Т. Жетмекова¹

Государственный медицинский университет города Семей

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней,²Кафедра общей врачебной практики

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИОННОГО ФАКТОРА

Аннотация

Изучали качество жизни у больных сердечно-сосудистой патологией, проживающих на территории радиационного заражения. В большинстве случаев это оказались лица, которые подвергались прямому облучению в период проведения наземных и воздушных ядерных испытаний а так же, постоянно проживающие на территориях изучаемых районов и являющихся потомками II поколения. Анализ полученных результатов позволил выявить значительное снижение индекса физической активности у исследованных больных.

Ключевые слова: качество жизни, сердечно-сосудистая патология, радиационное облучение населения.

Актуальность.

По данным эпидемиологических исследований ведущее место в структуре заболеваемости населения, подвергшегося радиационному воздействию, занимают болезни системы кровообращения, в том числе артериальная гипертензия [1,5,11,12]. У них отмечено значительное «омоложение», в среднем на 10 лет, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, по сравнению с показателями в общей популяции [1,2,12]. При этом механизмы формирования острой церебральной патологии многообразны. Прежде всего, это связано с действием ионизирующего излучения на церебральные сосуды микроциркуляторного русла: наблюдается дегенерация, очаговая пролиферация эндотелиальных клеток, утолщение стенок сосудов с последующей атрофией тканей [7]. Ионизирующая радиация усиливает склерозирующие процессы в сосудистой стенке, способствуя формированию функциональной недостаточности регуляторных систем мозгового кровотока. Воздействие малых доз радиации приводит к активации сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза и развитию состояния гиперкоагуляции практически по всем фазам процесса свертывания крови [3,7,8]. Многие авторы отмечают высокую частоту структурных изменений в магистральных артериях головы, снижение надежности системы ауторегуляции мозгового кровообращения, сужение диапазона компенсаторных возможностей церебральной гемодинамики за счет снижения линейной систолической скорости кровотока в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах [4,6,9,10]. Степень тяжести сердечно-сосудистого заболевания определяется зачастую на основании выраженности симптомов (боли, одышки, слабости, сердцебиения) или объективных данных (частоты сердечных сокращений (ЧСС), величины артериального давления, показателей электрокардиограммы и эхокардиограммы). Однако все это не дает полного представления о влиянии заболевания на жизнь больного. Такие аспекты существования индивидуума, как физическое состояние, эмоциональный, психологический и социальный статус с начала восьмидесятых годов, начали объединять в понятие «качество жизни». Качество жизни, по определению ВОЗ, это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии. Показатели КЖ, так же как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществлять мониторинг проводимого лечения, и в случае необходимости, про-

водить его коррекцию. Участие больного в оценке своего состояния также является ценным и надежным показателем его общего состояния. В связи с вышеизложенным, представлял интерес оценить качество жизни больных с артериальной гипертензией, подвергшихся радиационному воздействию в связи с выпадением радиоактивных осадков при испытании ядерного оружия.

Материалы и методы. Обследованы 21 человек (9 мужчин и 11 женщин) с патологией органов кровообращения (ИБС и артериальная гипертензия). Возраст обследованных лиц варьировал от 20 до 70 лет.

Большую долю обследуемого населения составили возрастные группы до 50-59 лет - 12 человек (57,1%), возрастная группа 65 лет и старше - 8 (38,7%) и возрастная группа до 20 лет - 1 (4,7%) составила наименьший процент. Из них на зараженной территории более 10 лет проживали 2 человека, более 15-20 лет - 8 человек, постоянно проживающих на территориях изучаемых районов и являющихся потомками II поколения лиц, подвергшихся прямому облучению в период проведения наземных и воздушных ядерных испытаний - 9 человек. При анализе структуры заболеваемости выявлено, что все они страдают артериальной гипертензией II степени в сочетании с ИБС при этом у 2 был постинфарктный кардиосклероз, у 5-х - стенокардия напряжения, у 2-х - недостаточность кровообращения II Аст. Обследование включало осмотр терапевта с заполнением для каждого пациента нескольких анкет: общая, по углубленному анкетированию больных по БСК, анкета для определения коронарного риска, по иммунологическим проблемам, генетико-гематологического исследования, определение общего холестерина и триглицеридов в крови, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ). Оценку качества жизни пациентов проводили методом анкетирования с последующим подсчетом индекса физической активности по опроснику DASI. Оценку физической активности пациентов проводили с помощью короткой формы индекса физической активности — опросник DASI (The Duke Activity Status Index) [Hlatky M., 1989]. Опросник состоит из 12 вопросов и включает в себя оценку состояния здоровья самим пациентом, выполнение физических нагрузок, выполнение повседневной работы, эмоциональное состояние, наличие болей, настроение больного, активное общение с людьми. Результаты выражены в баллах: минимальное возможное количество баллов - 0, максимальное - 52. Более высокая оценка в баллах опросников SF-36, MacNew, DASI указывает на лучшее КЖ пациента.

При анализе полученных результатов физической активности исходное значение в целом у обследованных лиц соответствовало 36 баллам, что указывало на значительное снижение качества жизни. Следует отметить, что при анализе вопросов составляющих опросник, большинство баллов были набраны по таким вопросам, как возможность самообслуживания, перемещения внутри своего помещения, возможность делать простейшую работу по дому. На такие вопросы как, можете ли Вы пробежать короткое расстояние, положительно ответили лишь 10% опрошенных, можете ли Вы выполнять работу на дачном участке - 12%, участвуете ли Вы в легких спортивных играх, находясь на отдыхе (теннис, футбол, волейбол, танцы) - 4%, а на вопрос участвуете ли Вы в спортивных мероприятиях, требующих значительных усилий, а также можете ли Вы выполнять тяжелую работу по дому, практически все пациенты ответили отрицательно.

Следует отметить что большинство больных с сердечно-сосудистой патологией были лица постоянно проживающие на территориях изучаемых районов и являлись потомками II поколения а также лица, которые подвергались прямому облучению в период проведения наземных и воздушных ядерных испытаний.

Литература:

1. Василенко И.Я. Радиобиологические проблемы малых доз радиации // Воен. мед. журн. - 1993. - №3. - 28с.
2. Григорьев Ю.Г., Попов В.И., Шафиркин А.В., Антипенко Ж.Б. Соматические эффекты хронического гамма-облучения. М.: Энергоатомиздат. - 1986. - 195с.
3. Кручинский Н.Г. Длительное взаимодействие малых доз радиации: механизмы формирования гемостазиопатий // Ж. Эфферентная терапия. - 2003. - Том 9. - №4. - 15 с.
4. Кузнецова С.М., Красиленко Е.П., Кузнецов В.В. Сосудистые заболевания головного мозга и церебральное кровообращение у участников ликвидации последствий аварий на Чернобыльской АЭС // Клиническая геронтология. - 2004. - №8. - 18 с.

5. Легеза В.И. Ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС - 10 лет спустя// Тер. Архив. - 1998. - №1. - с.77.

6. Мерзликина М.В., Крячкова Т.В., Желобецкая Е.Д., Беспалов А.Г. Особенности реакции мозговой гемодинамики на легкую физическую нагрузку у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Сб. тезисов III съезда врачей ультразвуковой диагностики Сибири под ред. В.П. Куликова. - 2005. - 18 с.

7. Москалев Ю.А. Отдаленные последствия воздействия ионизирующих излучений. - М.: Медицина. - 1991. - 464с.

8. Подсонная И.В., Ефремушкин Г.Г., Головин В.А. Возрастные особенности состояния гемостаза у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде // Ж. Клиническая геронтология. - 2005. - Том 11. - №9. - С. 62.

9. Подсонная И.В., Головин В.А. Изменения кровотока в каротидном бассейне по данным ультразвукового ангиосканирования у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Сб. тезисов III съезда врачей ультразвуковой диагностики Сибири под ред. В.П. Куликова. - 2005. - С.19.

10. Подсонная И.В., Шумахер Г.И., Шамшина Т.В. Состояние мозговой гемодинамики при цереброваскулярных заболеваниях у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС// Сб. тезисов, докладов I съезда терапевтов Сибири и Дальнего Востока. - 2005. - С. 571.

11. Чепрасов В.Ю., Юдина Н.Л., Рюмина Е.П. Патологические особенности изменений системы кровообращения при воздействии ионизирующего излучения и других факторов аварии// Патология отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / под ред. профессора Никифорова. - М.: Изд-во «Бином». - 2002. - с.104.

12. Ушаков И.Б., Давыдов Б.И., Солдатов С.К. Отдаленные последствия при условно малых дозах облучения// Медицина труда и промышленная экология. - 2000. - №1. - С.15.

Тұжырым

РАДИАЦИЯЛЫҚ ФАКТОР ӘСЕРІНЕ ШАЛДЫҚАН ЖҮРЕК- ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПСЫН БАҒАЛАУ

Р.М. Жумамбаева¹, А.С. Керимкулова², Д.Х. Даутов¹, И.А. Избасарова¹, А.К. Токабаев¹, Ж.Т. Жетмекова¹

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

¹Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы,

²Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы

Радиация аумағында тұратын жүрек-қантaмыр патологиясы бар науқастардың өмір сүру сапасын зерттедік. Көп жағдайларда бұл ауада және жерде жүргізілген ядролық жарылыстар кезінде тікелей сәулеленген адамдар, сонымен қатар зерттелетін ауданда тұрғылықты тұратын және сол адамдардың II ұрпақтары болатын адамдар зерттелген. Алынған нәтижелер сараптамасы тексерген науқастарда физикалық белсенділік индексінің біршама төмендеуіне анықтауға мүмкіндік берді.

Негізгі сөздер: өмір сүру сапасы, жүрек-қантaмыр патологиясы, тұрғындардың радиациялық сәулеленуі.

Summary

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE CIRCULATORY ORGANS EXPOSED TO RADIATION FACTOR

R.M. Zhumambaeva¹, A.S. Kerimkulova², D.H. Dautov¹, I.A. Izbasarova¹, A.K. Tokabaev¹, Zh.T. Zhetmekova¹

Semey State Medical University

¹Department of Internal Medicine propaedeutics,

²Department of general practice

Studied the quality of life in patients with cardiovascular disease living in the radioactive contamination. In most cases, it turned out the person who is subjected to direct radiation during the air and ground nuclear tests as well as permanently residing in the territories of the studied areas and are descendants II generation. Analysis of the results revealed a significant decrease in the index of physical activity in the studied patients.

Keywords: quality of life, cardiovascular disease, radiation exposure of the population.

УДК 614.2 – 615.099.036.8 – 614.876

Р.К. Ансаликов

Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра общественного здравоохранения**ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ПОТЕРЬ СРЕДИ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ЯДЕРНОМУ ПОЛИГОНУ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ****Аннотация**

Проведена оценка медицинских потерь среди лиц основной группы и группы сравнения за 2008-2012 гг. и ранжирование отдельных классов заболеваний в зависимости от установленных ЭЭД. Из среднегодового уровня 8 классов заболеваний основной группы число дополнительных радиогенных случаев заболеваний составило – 864,6 случая на 1000 населения в год, в группе сравнения – 401,0 случая на 1000 населения. Сумма рангов для основной группы составила 38, а число классов заболеваний, при установленной дозе 250 и более мЗв, составило 8 (БСК, ПЩЖ, болезни органов дыхания, психические расстройства, болезни органов пищеварения, новообразования, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни крови и кроветворных органов), для лиц группы сравнения – 21.

Ключевые слова: медицинские потери, риск, заболевания, радиация, облучение, дозовые нагрузки.

Введение.

Проблема последствий воздействия ионизирующего излучения на человека и его детей в последние годы стала достаточно актуальной, в связи с изменением демографической ситуации на территориях, прилегающих к Семипалатинскому испытательному ядерному полигону (СИЯП), а так же с наличием современных данных о суммации отдельных радиационных факторов и возможности их потенцирования [1,2].

Радиационные эффекты могут быть не только результатом прямого радиационного воздействия, но и возможностью их реализации на геномном уровне [3,4].

Поэтому разработка эффективной системы сохранения здоровья населения Казахстана, подвергнутого воздействию ионизирующего излучения в результате деятельности СИЯП и их потомков, является одной из приоритетных государственных задач. В этой связи возникают проблемы организации долгосрочного наблюдения за состоянием здоровья экспонированных радиацией лиц, а так же проведение лечебных и реабилитационных с целью снижения возможных отдаленных радиационных последствий [5]. Становится необходимым формирование базы данных об объемах медицинских потерь среди декретированного населения для определения масштабов медицинской и социальной помощи.

Материалы и методы

Объект исследования – материалы базы данных Государственного научного автоматизированного регистра населения Казахстана, подвергнутого воздействию ионизирующего излучения (ГНАМР).

Из базы данных ГНАМР выкопированы и сформированы группы эпидемиологического исследования по распространенности заболеваний. Основная группа – 1 626 человек (792 мужчины, 834 женщины) с установленными диапазоном доз облучения 250-499 мЗв (население Абайского района), группа сравнения – 1 234 человека (586 мужчин, 648 женщин) с дозой облучения 150 - 199 мЗв (Глубоковский район). Контрольная группа – 983 человека (410 мужчин, 573 женщин) – Кокпектинский район ВКО.

При оценке динамики распространенности рассчитывался коэффициент распространенности заболеваний PR по формуле:

$$PR = n \times 10^3 / N,$$

где n - число лиц, страдающих данным заболеванием в определенное время (на момент обследования), N -

численность когорты в период осмотра; 10^3 – стандартное число обследований.

Для характеристики уровней распространенности заболеваний рассчитывали интенсивные показатели. Для исключения влияния демографических отличий проводили последующую стандартизацию этих показателей прямым способом с помощью общепринятых в медицинской статистике методов.

В качестве показателя, характеризующего различия в уровнях распространенности между группами населения отдельных районов в целом, отдельными возрастными-половыми группами, использовали величину показателя «относительного сравнения» – относительного риска.

$$RR = PR \text{ основной группы} / PR \text{ контрольной группы}.$$

Статистически значимое повышение относительных рисков было подтверждено построением 95%-доверительных интервалов. Статистическая значимость RR оценивалась с помощью критерия χ^2 , процентные точки распределения которого приведены в виде таблиц в руководствах по статистике. Для исследования взаимосвязи между дискретными качественными признаками анализировали двумерные таблицы сопряженности с вычислением значения критерия Пирсона χ^2 , а также значения коэффициента ассоциации ϕ – показателя силы связи для качественных дихотомических переменных. При отклонении распределения от нормального сравнение параметров этих групп производилось также с помощью непараметрических критериев: однофакторного дисперсионного анализа Краскала-Уоллиса, основанного на ранговых метках Вилкоксона, медианного теста, коэффициента ранговой корреляции Спирмана.

Так же определялся атрибутивный риск:

$$AR = RR - 1/RR.$$

Контрольная группа (население Кокпектинского района) по своей возрастной структуре соответствовала всей популяции мужчин и женщин, подвергнувшихся радиационному воздействию в период с 1949 по 1965 гг.

Результаты и обсуждение.

Современные методы эпидемиологических исследований по расчетам и оценке медицинских потерь, среди контролируемых групп радиационного риска, предполагают использование расчетов относительных (MOR) и атрибутивных рисков (MAR). В первом случае использование относительных рисков дает возможность зарегистрировать составляющую всех факторов, оказы-

вающих модифицирующее влияние на увеличение уровней заболеваний или показателей смертности. В этих случаях получить исчерпывающий ответ о вкладе радиационных или нерадикационных факторов риска не представляется возможным. Во втором случае, расчеты атрибутивных рисков позволяют рассчитать процент

модифицирующего вклада экологических факторов риска, в том числе радиационных факторов риска в увеличение, изучаемых показателей состояния здоровья конкретных групп населения.

В исследовании был использован расчета медицинских потерь по атрибутивному риску (таблица 1).

Таблица 1.

Медицинские потери по дополнительным к ожидаемым случаям заболеваний на 1000 населения в основной группе и группе сравнения.

Рубрики, классы болезней (МКБ-10)	Группы исследования					
	Основная группа			Группа сравнения		
	Среднегодовой уровень (случаев на 1000 населения)	AR, %	Дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи заболеваний (на 1000 населения)	Среднегодовой уровень (случаев на 1000 населения)	AR, %	Дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи заболеваний (на 1000 населения)
A ₀₀ – B ₉₉ – инфекционные и паразитарные болезни	262,4	28,6	75,0	212,7	-	-
C ₀₀ – D ₄₉ – новообразования	2,40	50,0	1,2	2,30	47,4	1,0
D ₅₀ – D ₈₉ – болезни крови и кроветворных органов	158,3	44,4	70,3	108,9	-	-
E ₀₀ – E ₉₀ – болезни эндокринной системы	249,8	33,3	83,2	239,5	28,6	68,5
F ₀₀ – F ₉₉ – психические расстройства	169,3	44,4	75,2	159,8	47,4	75,7
I ₀₀ – I ₉₉ – болезни системы кровообращения	628,5	33,3	209,3	580,9	28,6	166,1
J ₀₀ – J ₉₉ – болезни органов дыхания	591,8	37,5	221,9	420,7	-	-
K ₀₀ – K ₉₃ – болезни органов пищеварения	289,4	44,4	128,5	252,6	37,5	94,7
Всего	2351,9	36,8	864,6	1977,4	20,3	401,0

Как следует из таблицы, в основной группе учитывалось наличие относительных рисков (кратность превышения изучаемых показателей в основной группе над показателями контрольной группы) по 8 классам заболеваний, увеличение уровней которых связано с радиационным воздействием, в установленной дозе 250 и более мЗв. В группе сравнения относительные риски зарегистрированы по 5 классам заболеваний. Атрибутивные риски в основной группе составляли от 28,6% (инфекционные и паразитарные заболевания) до 50% новообразования, модифицирующий вклад радиационных факторов риска в увеличение частоты болезней крови и кроветворных органов, психических расстройств, болезней органов пищеварения составил – 44,4%, болезней эндокринной системы, БСК – 33,3%, болезней органов дыхания – 37,5%. В группе сравнения наиболее высокий атрибутивный риск зарегистрирован по новообразованиям и психическим расстройствам – 47,4%, болезням органов пищеварения – 37,5%.

Из среднегодового уровня 8 классов заболеваний основной группы (2351,9 случая на 1000 населения) среднегодовой атрибутивный риск составил 36,8%, а число дополнительных радиогенных случаев заболеваний – 864,6 случая на 1000 населения, из них: по органам дыхания – 221,9 случая; БСК – 209,3 случая; болезням органов пищеварения – 128,5 случая; по остальным, зарегистрированным классам заболеваний от 1,2 (новообразования) до 75,2 (психические расстройства) случая.

Из среднегодового уровня 8 классов заболеваний группы сравнения (1977,4 случая на 1000 населения) среднегодовой атрибутивный риск составил – 20,3 %, а дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи заболеваний (по 5 классам заболеваний) составили 401,0

случая на 1000 населения, из них: по БСК – 166,1 случая; болезням органов пищеварения – 94,7 случая; психическим расстройствам – 75,7 случая; болезням эндокринной системы – 68,5 случая.

Представленные данные по расчету медицинских потерь среди лиц основной группы и группы сравнения являются основой ранжирования отдельных классов заболеваний в зависимости от дозовых нагрузок. Это, в первую очередь, связано с распределением величин относительных рисков основных групп, свидетельствующих о кратности увеличения частоты дополнительных к ожидаемым случаев заболеваний. Исходным дополнительным риском, в нашем исследовании, является наименьший из установленных (RR=1,2) по общей заболеваемости в группе сравнения и контрольной группах. При этом установлена наименьшая разница доверительного интервала (при установлении достоверности различий), что соответствует рангу равному 1. [6]. Последующие относительные риски, установленные нами, по различным классам заболеваний составили 1,4;1,5;1,6;1,8;1,9;2,0 (таблица 2). Нарастание величин относительных рисков связаны с увеличением частоты случаев заболеваний, имеющих большую чувствительность к действию ионизирующей радиации, по сравнению с исходным значением риска (RR=1,2).

Возрастание относительных рисков предполагает большую частоту онкологических и неонкологических заболеваний среди экспонированных радиацией лиц, поэтому, ранги каждого значения риска увеличиваются. Если риск соответствует 1,4-1,9, то каждое повышение риска на 0,1 добавляет дополнительный ранг. Поэтому, в основной группе регистрировались относительные риски от 1,4-2,0, сумма рангов до риска 1,9 равнялась 16, а при риске 2,0 число рангов увеличивается вдвое.

Таким образом, сумма рангов для основной группы составила 38, а число классов заболеваний, при установленной дозе 250 и более мЗв, составило 8 (БСК, ПЩЖ, болезни органов дыхания, психические расстройства, болезни органов пищеварения, новообразования, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни крови и кроветворных органов). Учитывается, что число нозологических форм каждого класса, так же увеличивается до 9: АГ, ИБС, легкая и умеренная умственная отсталость, смешанный узловой зоб, рак легких и бронхов, рак молочной железы женщин, рак глаза, головного мозга.

Для лиц группы сравнения сумма рангов относительных рисков, по сравнению с основной группой была почти в 2 раза меньшей (21), поэтому, число классов заболеваний, имеющих чувствительность к радиационному воздействию в дозе 150-249 мЗв достоверно меньше (5): новообразования, ПЩЖ, психические расстройства, БСК, болезни органов пищеварения, так же достоверно меньше и число нозологических форм (до

6): смешанный узловой зоб, АГ, ИБС, рак легких и бронхов, рак молочной железы женщин, рак лимфоидной и кроветворной ткани.

Таким образом, установлены дозозависимые медицинские потери, определяющиеся по дополнительным к ожидаемым радиогенным случаям заболеваний. В основной группе, дополнительные к ожидаемым, радиогенные случаи заболеваний составили 864,6 случая на 1000 населения в год (36,8% от суммы среднегодовых уровней заболеваний), в группе сравнения – 401,0 случаев на 1000 населения (20,3% от суммы среднегодовых уровней заболеваний). Ранжирование отдельных классов заболеваний показало наличие существенных различий при действии установленных доз облучения. При дозе облучения 250 и более мЗв (основная группа) относительные риски зарегистрированы по 8 классам заболеваний и 9 нозологическим формам; при дозе облучения 150-249 мЗв по 5 классам заболеваний и 6 нозологическим формам.

Таблица 2.

Ранжирование рубрик и классов заболеваний в зависимости от установленных доз облучения и величин относительных рисков.

RR	ранг	Дозовые группы			
		Основная группа 250>мЗв	Сумма рангов	Группа сравнения 150-249 мЗв	Сумма рангов
1,2	1	-	-	Общая заболеваемость	1
1,4	2	Общая заболеваемость	2	БСК, ПЩЖ	4
1,5	3	БСК, ПЩЖ	6	-	-
1,6	4	Болезни органов дыхания	4	Болезни органов пищеварения	4
1,8	5	Психические расстройства. Болезни органов пищеварения	10	-	-
1,9	6	-	-	Болезни крови и кроветворных органов Новообразования	12
2,0	8	Новообразования	16	-	-
Сумма			38		21

Литература:

1. Мулдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Адылканова А.М., Кошпесова Г.К. Состояние здоровья населения некоторых районов Восточно-Казахстанской области по региональным статистическим данным за период 2006-2010 гг. // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, - 2012, №2. - С. 35-39.
2. Гусев Б.И., Ажмуратова Г.К., Белихина Т.И. Оценка ранжированного вклада радиационных, нерадиационных факторов и их взаимного потенцирования в патогенезе болезней системы кровообращения среди экспонированного радиацией населения Восточно-Казахстанской области // Астана Медициналық журналы № 3, 2010г. по материалам IV Междунар. научно-практ. конф. «Медико-биологические и радиоэкологические проблемы урано и нефтедобывающих регионов», 27-28 сентября 2010, Астана. – С. 147-149.
3. Ильин Л.А. Техногенное облучение и безопасность человека. Электронный ресурс. М.: ГНЦ – Институт биофизики, 2002. - 211 с.

4. Ильин Л.А., Кочетков О.А., Петоян И.М., Семенов В.Г., Соловьев В.Ю. Проблемы оценки риска стохастических эффектов техногенного облучения: Тез. 13-й ежегод. конф. ядерного общества России, 23-27 июня 2002. - М.: Ядерное общество России. 2002. - С. 27-29.
5. Апсаликов К.Н., Мулдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т. Концептуальные основы оказания реабилитационной помощи населению Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию в результате деятельности Семипалатинского ядерного полигона. // Сборник тезисов VII Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» (28-29 августа), Государственный медицинский университет г. Семей, - Семей: МАП, 2012. – С. 26.
6. Альбом А., Норелл С. Введение в современную эпидемиологию. Перевод с английского. Таллинн. – 1996. - 76 с.

Тұжырым

СЕМЕЙ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫНА ІРГЕЛЕС ЖАТҚАН АУМАҚТАРДАҒЫ АДАМДАР АРАСЫНДАҒЫ АЛЫСАРАЛЫҚТАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАЛТУЛАРДЫ БАҒАЛАУ

Р.К. Апсаликов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы

2008-2012 жылдар аралығы бойынша негізгі топ пен салыстыру тобының адамдары арасындағы медициналық жоғалтуларды бағалау және аурулардың жеке жіктелімдерін белгіленген ТЭМ-ге байланысты ранжілеу жүргізілді. Негізгі топ ішіндегі аурулардың 8 жіктелімінің жылдық орта деңгейі есебінен аурулардың

қосымша радиогендік жағдайларының саны - 1000 халыққа жылына 864,6 жағдайды құраса, салыстыру тобында – 1000 халыққа 401,0 жағдайдан болды. Негізгі топ үшін дәрежелер сомасы 38 болды, ал белгіленген 250 не одан көп мЗв мөлшері бар аурулардың жіктелімдерінің саны 8 құрады (ҚЖА, ҚМБ, дем алу органдарының аурулары, психикалық шырғу, ас қорыту органдарының аурулары, жаңа өскіндер, жұқпалы және паразитарлы аурулар, қан және қан түзу органдарының ауруы), салыстыру тобының адамдары үшін – 21.

Негізгі сөздер: медициналық жоғалтулар, қауіп, аурулар, радиация, сәулелену, мөлшерлік жүктемелер.

Summary
EVALUATION OF MEDICAL LOSSES AMONG PERSONS LIVING IN AREAS ADJACENT
TO THE SEMIPALATINSK NUCLEAR TEST SITE IN THE REMOTE PERIOD

R.K. Apsalikov
Semey State medical university
Department of Public Health

Evaluation of medical losses among the main group and the comparison group for the 2008-2012 and the ranking of individual classes of diseases depending on the fixed EED were carried out. From an annual average level of 8 classes of diseases of the main group the number of additional radiogenic diseases cases was – 864,6 cases per 1000 population per year, in comparison group – 401,0 cases per 1000 population. Sum of the ranks for the main group was 38 and the number of classes of diseases in fixed dose of 250 mSv or more was 8 (CSD, PTG, respiratory diseases, mental disorders, digestive diseases, neoplasms, infectious and parasitic diseases, diseases of the blood and blood-forming organs) for the persons of comparison group - 21.

Key words: medical losses, risk, diseases, radiation, irradiation, dose loads.

ӘОЖ 616-006.6(574.4)+314.14

У.С. Самарова ^{1.}, Г.Д. Даниярова ^{2.}, И.Е. Кенжеканова ^{3.}, Н. Искакова ⁴

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті
м.ғ.к., қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасының доценті
Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының магистранты²⁻⁴

ШЫҒЫС-ҚАЗАҚСТАННЫҢ АЙМАҒЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ
2012-2013 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ҚАТЕРЛІ ІСІКПЕН СЫРҚАТТАНУ
ЖӘНЕ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫН САЛЫСТЫРУ

Аннотация

Берілген жұмыста ШҚО бойынша 2012-2013 жылдардағы қатерлі ісікпен сырқаттану және өлім көрсеткіштері аумақ бойынша есептелін, 2013 жылдың соңғы 10 айындағы Семей қаласы аумағында жүргізілген скрининг нәтижесі сарапталған.

Негізгі сөздер: қатерлі жаңа түзіліс, сырқаттанушылық, өлімділік, скрининг.

Өзектілігі. Көптеген жылдар бойы қатерлі ісік аурулары біздің өлімізді ғана емес бүкіл әлемді алаңдатып келе жатқан өзекті мәселелер қатарында көрінуде, сондай-ақ бұл қатерлі дерт ҚР тұрғындарының орташа өмір ұзақтығы мен демографиялық ахуалына әсер ету үстінде. Жыл сайын обьырдан шамамен 17000 адам, ал облысымызда 1496 адам көзжұмады. Бірнеше жыл бойы қатерлі ісіктерден сырқаттанушылық пен қайтыс болудан Шығыс Қазақстан, Солтүстік Қазақстан, Павлодар облыстары алдыңғы орынды алып отыр. [1] Сол себепті «Қазақстан Республикасында онкологиялық көмекті дамытуды 2012 - 2016 жылдарға арналған бағдарламасы» аясында қатерлі ісік ауруларының алдын алу және сырқаттанушылық деңгейін төмендету мақсатында көптеген шаралар іске асырылуда.

Зерттеу мақсаты: Облыс бойынша қатерлі ісікпен сырқаттанушылықтың деңгейін төмендету және скрининг сапасын жақсарту.

Зерттеу міндеттері:

1. Өлімділік және сырқаттылық көрсеткіштерін есептеу;

2. Статистикалық мәліметтер негізінде скрининг нәтижесін сараптау,

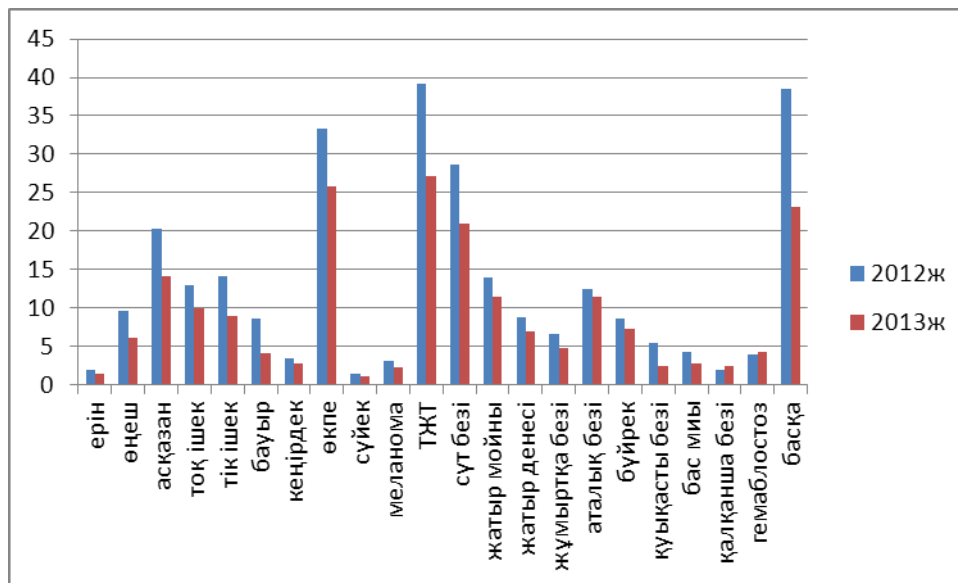
3. Облыстағы қатерлі ісікпен сырқаттану деңгейін бағалап, скринингтің жүргізілу сапасын анықтау

Зерттеу объектісі: берілген зерттеу ҚарОРҒЗИ ұсынған мәліметтер және Семей қ. онкологиялық орталығынан алынған скрининг нәтижесі негізінде жүргізілді.

Мәліметтер мен әдістер: ҚазОРҒЗИ ұсынған мәліметтерді статистикалық әдістермен өңдеу кезінде салыстырмалы шама, тарамдылық, құрамдылық, көрнекілік көрсеткіштерін қолдандық. Мәліметтерді статистикалық өңдеу Microsoft Excel де жүргізілді

Нәтижелер мен талқылаулар. ШҚО бойынша 2012 жылы қатерлі жаңа түзілістермен сырқаттану - 2445, ал 2013 жылы - 1925 ті құрап 21,3% ға азайды. 2013 жылдың соңғы 9 айындағы ШҚО аумағы бойынша қатерлі жаңа түзіліс ауруларының жас-жыныстық таралуына назар аударсақ: науқастанғандар саны, ерлер - 960, әйел адамдар -

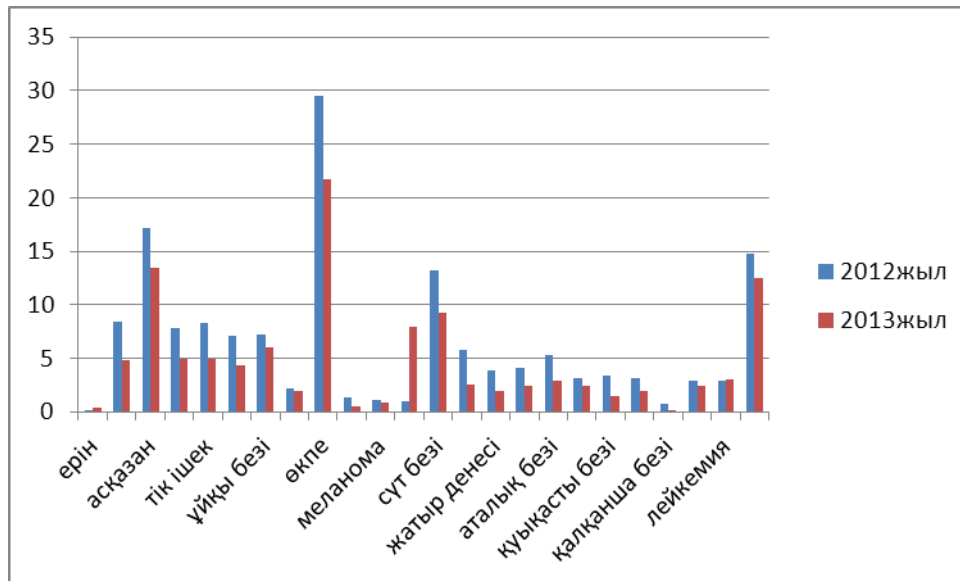
965; бұл 2012 жылмен салыстырғанда ерлерде ауру көрсеткіші - 15,7% ға, әйелдерде - 26,2% ға азайғанын көрсетеді. [2]



2012-2013 жылдардағы қатерлі жаңа түзілістермен ШҚО бойынша сырқаттану көрсеткіштері

Төмендегі гистограммада 2012-2013 жылдардағы қатерлі жаңа түзілістермен ШҚО бойынша сырқаттану көрсеткіштері көрсетілген. екі жыл қатарынан өкпе, асқазан, терінің жаңа түзілістері, сүт безі, жатыр мойны, басқада қатерлі жаңа түзілістермен сырқаттану жоғары болды. Осы жылдар аралығында көрсеткіштерінде елеулі айырмашылықтар болған жаңа түзілістердің локализациясын сипаттасақ: асқазанда шоғырлану 2013 жылы 21% ға, әйелдерде - 18,8% төмендеген, кеңірдек, бронх, өкпе жаңа түзілістері ерлерде-14%, әйелдерде - 18,75% төмендеген. Терінің басқа түзілістері: ерлерде - 26,5%, әйелдерде - 25,9%, сүт безінің қатерлі жаңа түзілісі - 25,5 % жатыр мойнының - 32,8% төмендесе, ерлер арасында қуық асты бездің қатерлі жаңа түзілісі - 10,1% жоғарылады. Ал қатерлі жаңа түзілістер шоғырының елеусіз өзгерген түрлері: ерін - ер (8,3%), әйел - (50%), тіл, ауыз қуысы, жұтқыншақта - ерлерде (26,7%), әйел - (21,4%), өңеште - ерлер (55,8%), әйел (17,4%); тоқ ішек - ер (20,1%), әйел (17,8%); тік ішек - ер (10,7%), әйел (40%); бауыр және бауыршілік өт жолдары - ер (34,3%), әйел (41,4%); ұйқы без - ер (5,9%), әйел (47,1%); кеңірдек - ер (18,5%), әйел (50%); сүйек және буын байламдары - ер (42,9%) азайса, әйел (37,5%) көбейген; байланыстырушы және басқада жұмсақ тіндер - ер (5,6%) көбейсе, әйелдерде (37,5%) азайған; тері меланомасы - ер (8,3%), әйел (33,3%); әйелдерде жатыр денесі - 11%, жұмыртқа безі - 38,2%; аталық без-42,9%, бүйрек - ер (16,7%), әйел (32,4%); бас миы және орталық жүйке жүйесі - ер (14,3%), әйел (50%); қалқанша без - ер (50%), әйел (13,3%) азайған. 2012 жылы ерлер арасында өкпе, бронх, кеңірдек қатерлі ісігімен дертену 55-64 жас аралығында жиі кездессе - 96 (58,3%), терінің басқада жаңа түзілістерімен 70-74 жас аралығында сырқаттану - 40 (73,5%), асқазан - 70-74 жас аралығында - 22 (79,8%) сырқаттану жиі кездеседі, ал әйелдер арасында терінің жаңа түзілістері қатерлі ісігімен сырқаттану - 70-74 жас аралығында жиі кездессе - 51 (80,3%), жатыр

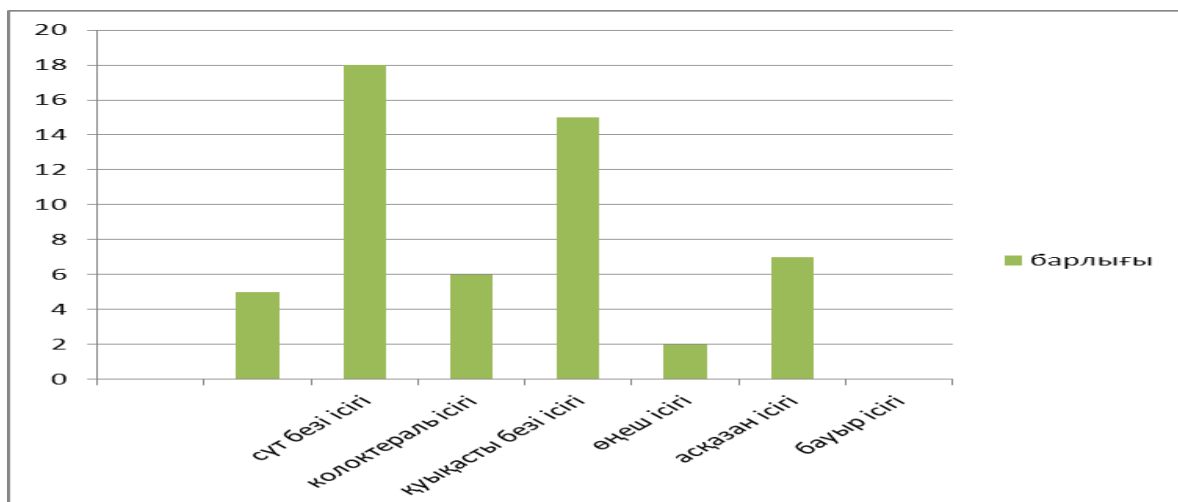
мойнының қатерлі ісігі 50-54 жас аралығындағы әйел адамдарда - 21 (82,4%) жиі кездеседі. 2013 жылдың соңғы 9 айындағы деректер бойынша ерлер арасында 60-64 жаста кеңірдек, бронх, өкпенің, 70-74 жаста терінің басқада жаңа түзілістерінің, 60-64 жаста аталық бездің, 75-79 жас аралығында асқазанның қатерлі жаңа түзілістерімен сырқаттану жиі кездеседі. Әйелдер арасында 75-79 жаста терінің жаңа түзілістері, 50-54 жаста сүт безінің, жатыр мойнының, жатыр денесінің қатерлі жаңа түзілістерімен сырқаттану жиі кездеседі. 2012 жылы қатерлі жаңа түзілістермен сырқаттанушылық 3851 (276,2), өлімділік 2159 (154,6) науқасты құраса, үстіміздегі жылдың 9 айы қорытындысы бойынша сырқаттанушылық 2888 (207,1), ал өлімділік 1496 (107,3) құрады. ШҚО аумағының 2012 жылғы өлімділік көрсеткіші бойынша Шемонайха ауданында 96 (200,9), Өскемен қаласында 142 (190,3), Глубокий ауданында 118 (185,7) жоғары. Ал 2013 жылдың 9 айында Риддер қаласында 91 (157,1), Шемонайха ауданында 71 (151), Зырян қаласында 101 (137,1), Өскемен қаласында 440 (137) алдыңғы қатарлы өлімділікті беруде. Оның ішінде асқазан қатерлі ісігінен Бесқарағай ауданы 6 (27,9), бауыр қатерлі ісігінен Риддер қаласы 11 (19,0), ұйқы безі қатерлі ісігінен Шемонайха ауданы 5 (10,5), тоқ ішек қатерлі ісігінен Риддер қаласы 15 (25,9), тік ішек қатерлі ісігінен Курчатов қаласы 2 (17,2), өкпе қатерлі ісігінен Абай ауданы 7 (47,5), Зырян қаласы 30 (40,2), сүйек қатерлі ісігінен Аягөз қаласы, Абай, Бесқарағай, Бородулиха аудандарында 1 жағдайдан, сүт безі қатерлі ісігінен Глубокий ауданы 15 (23,6), Өскемен қаласында 71 (22,2), жатыр мойны қатерлі ісігінен Өскемен 31 (37,1), жатыр денесі қатерлі ісігінен Курчатов қаласында 1 (9,0), жұмыртқа безі қатерлі ісігінен Зырян қаласында 5 (6,7), аталық без қатерлі ісігінен Глубокий ауданы 7 (11,0) тіркелеген. [2] Гистораммаға зер салсақ 2 жылдың салыстырмалы қатерлі ісіктен өлімділік көрсеткіштері келтірілген, ең жоғары өлімділік өкпе, асқазан, сүт безі, лейкемия қатерлі түзілістерінен болды



2012-2013 жылдар бойынша қатерлі жаңа түзілістермен ШҚО бойынша өлім көрсеткіштерін салыстыру

ҚР денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында салауатты өмір салтын насихаттау және скринингтік бағдарламаларды жүргізу арқылы қатерлі жаңа түзілістерді ерте анықтау және

алдын-алу шараларын күшейтуге зор мән береді. [4] Сол себепті облыс көлемінде скринингтік зерттеулер жоспарлы түрде кеңінен жүргізілуде. Төмендегі кестеде Семей аумағында 2013 жылы жүргізілген скрининг нәтижесі көрсетілген.



2013 жылдың соңғы 10 айы бойынша Семей аумағында жүргізілген скрининг жүргізу нәтижесі

Жоғарыда көрсетілген гистограммаға зер салсақ Семей аумағы бойынша скрининг нәтижесі көрсетілген. Скрининг нәтижесі бойынша келесідей қатерлі ісік түрлерімен ерте кезеңде сырқаттану жиі анықталды: Сүт безі қатерлі ісігі, қуықасты безінің қатерлі ісігі, асқазанның қатерлі ісігі. Ұрпақты болу жүйесінің онкопатологиясын ерте анықтау тұрғысынан әйелдерді скринингтік зерттеу елімізде қолға алынуда. [4]. Сүт безінің қатерлі ісігіне скринингтік зерттеу жүргізу аумағы болып Абай, Бородулиха, Бесқарағай, Жарма, Үржар, Аягөз, Көкпекті аудандары және Семей, Курчатов қалалары таңдалды. Мақсатты топ ретінде (50, 52, 54, 56, 58, 60 жас). Жоспар бойынша тексеруден 16195 халық саны алынды, алайда 15254 (94%) әйелдер маммографиялық тексеруден өтті. Скрининг нәтижесі бойынша теріс нәтижені 18 адам көрсетті. 1А кезеңде - 5; 2А кезеңде - 5; 2Б кезеңде - 4; 3 кезеңде - 4 әйел адамнан сүт безінің қатерлі ісігі анықталды. [3]

2013 жылдың соңғы 10 айында колоктаральді қатерлі ісікке скринингтік тексеру үшін Семей, Курчатов

қалалары, Абай, Аягөз, Бородулиха, Жарма, Бесқарағай, Үржар аудандарынан жоспар бойынша 34169 адам алынды, алайда зерттеуден өткендердің нақты саны 34082 болды, оның ішінде гемодакыл тесттен оң нәтижені-900 (2,6) адам көрсетті, ал эндоскопиялық колоноскопиядан өткендер саны 880 (98,2) адам болды. Зерттеу нәтижесі көрсеткен ауру кезеңдері бойынша: 1 кезеңде – 2 (6,6), 2 кезеңде - 3 (10,3), 4 кезеңде - 1 адам анықталды. Семей қаласында колоктаральді қатерлі ісікпен 1 кезеңдегі 1 адам (3,5), 2 кезеңде - 2 адам (7,1), 4 кезеңде 1 адам анықталды, Курчатов қаласында 2 кезеңде - 1 адам, ал Үржар қаласында - 1 кезеңде - 1 адам анықталды. [3]

Қуықасты безінің қатерлі ісігінің Семей аумағы бойынша скринингтік зерттеулері жоғарыда аталған 6 аумақта жүргізілді. Жоспар бойынша тексеруден 9548 адам өткізілуі көзделді, оның ішінде ПСА 4нг/мл өткендер саны 9018, ПСА 4 - 10нг/мл өткендер саны- 478, ПСА 10нг/мл жоғарылар саны - 72 болды, Қуықасты безінің саулық индексі (Phi) 25тен жоғары -

376 болды, биопсиялар саны - 74, оның ішінде ДГПЖ анықталғандар - 59, ал қуықасты безінің қатерлі ісігі анықталғандар - 15 болды. Семей қаласында - 12, Курчатов қаласында - 2, Бородулиха ауданында - 1 анықталды. [3]

Өңеш және асқазан қатерлі ісігі бойынша Семей аумағының жоғарыда аталған 6 аумағынан өзге Мақаншы, Семей қ. ММУ, Семей қ. ҚДЦ тексеруден өткізілді. Жоспар бойынша 16954 адам өткізілуі көзделді, алайда өткендер саны 15805 құрады (93,2%). Өңешті зерттеу нәтижесі бойынша: ES1 - 7451; ES2 - 3; ES3-1577; ES7-3; ES8-21; ES10-1; ES12-1; анықталды, ал асқазанды зерттеу нәтижесі бойынша GS1-1977, GS2-117; GS3-7552; GS4-69; GS5-23; GS6-25; GS7-103; GS8-3; GS9-6; GS11-1 адам анықталды. [3]

Бауырдың қатерлі ісігін анықтауға арналған скринингтік зерттеулер Семей және Курчатов қалаларында 340 адамға жүргізілуі көзделсе, тексеруден (бауыр УЗИ, АФП) - 299 (88,0) адам өтті, ал ауылдық елді мекендерден (Абай, Аягөз, Бесқарағай, Бородулиха, Үржар) 82 адам өткізілуі жоспарланса, нақты өткендер саны - 71 (88,8) адам өтті. Скрининг нәтижесі бойынша науқастанғандар анықталған жоқ. [3]

Жатыр мойнының қатерлі ісігіне скринингтік тексеру аумағы болып Семей, Курчатов қалалары, Абай, Бесқарағай, Жарма аудандары таңдалды, скринингтік тексеруден өткізуге жоспарланғандар саны - 11300 болды. Рар тест, сұйықтық патологиясы бойынша зерттелген әйелдер саны - 8219 құрады (72,7). LSIL анықталғандар - 324(3,9), HSIL анықталғандар - 65 (0,8), Carcinoma in situ анықталғандар - 5 (0,1), ал жатырдың қатерлі ісігі анықталғандар - 4 (0,04) болды. Мақсатты топ ретінде (30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жастағылар) алынды, оның ішінде: 1а кезеңде - 2, 1б кезеңде - 2, 3 кезеңде - 1 адамда анықталды. [3]

2012 мен 2013 жылдың 9 ай аралығындағы өлім көрсеткіші 44,3% кеміген. 2013 жылы скринингке енгізілген кеңірдек қатерлі ісігі 14%-ға, асқазан қатерлі ісігі 27%-ға, бауыр қатерлі ісігі 65%-ға, аталық без қатерлі ісігі 80%-ға түсті. 2013 жылдың 9 ай қорытындысы бойынша жатыр денесі қатерлі ісігінің сырқаттанушылығы 159-ға көтерілсе, өлімділік 55-ке төмендеді, ал аталық без қатерлі ісігі сырқаттанушылығы 161-ге көтерілсе, өлімділік 41-ді құрады. Осы екі жылдың қорытынды көрсеткіштері бойынша асқазан, ұйқы безі, бауыр қатерлі ісіктерімен өлім көрсеткіші сырқаттанушылық көрсеткішінен жоғары болуы алаңдатуда.

Қорытындылай келсек «XXI ғасыр індетіне» айналған қатерлі ісіктің профилактикалық шаралары қазіргі таңда белсенді жүргізілуде. Бұл

мақсатта «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы негізінде профилактикалық іс-шараларды, скринингтік зерттеулерді күшейту мақсат етілді [4], скринингтік зерттеу қатарына жатыр мойнының, сүт безінің, аталық бездің және колоректалды қатерлі ісікті анықтау мақсат етілді, бұл арқылы халық арасында I-II кезеңдегі қатерлі ісікті анықтауға болады, алайда осы көрсеткіштер негізінде аталған скрининг түрлері жүргізілсе де қатерлі ісікпен науқастанған ерте кезеңдегі науқастар саны жоғарламауда, бұл скринингтің дұрыс жүргізілу сапасының сын көтермейтіндігінің аңғартады. Ұлттық скринингтік жүйе ауруларды ерте кезеңінде анықтау және алдын-алуға негіз болады [5]. Ал скринингтік зерттеу нәтижелері Семей аумағында сүт безінің, қуықасты безінің қатерлі ісігімен және асқазан қатерлі ісігімен сырқаттанушылық және анықталуы жоғары дәрежеде тұрғанын көрсетті. Соның ішінде 1 және 2 кезеңдегі қатерлі ісіктер жиі анықталды. Бұл ретте қатерлі ісіктің алдын-алу үшін келесі шараларды жүргізе:

1. Профилактикалық алдын-алу мақсатында скринингтік зерттеулерді ШҚО экологиялық қолайсыз аумағында кеңінен жүргізілсе;

2. Жоспар бойынша көрсетілген халық санын толық қамту мақсатында міндетті скринингтік тексеруді енгізе;

3. Қатерлі ісік ауруларымен өлімділік көрсеткішін төмендету мақсатында халық арасында ағартушылық қызметтерді жетілдірсе.

Әдебиеттер:

1. ҚР үкіметі 2012 жылғы 29 наурыздағы №366 қаулысы «Қазақстан Республикасында онкологиялық көмекті дамытуды 2012 - 2016 жылдарға арналған бағдарламасы» <http://adilet.zan.kz/kaz/docs>

2. ҚазОРҒИ ұсынған 2012-2013 соңғы 9 айындағы қатерлі жаңа түзілістермен сырқаттану және өлімділік көрсеткіштерінің есебі;

3. «Семей қаласындағы өңірлік онкологиялық диспансер» ұсынған 2013 жылдың 10 айындағы Семей қаласы аумағында жүргізілген скрининг нәтижелері;

4. ҚР денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы ҚР президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 жарлығымен бекітілген <http://kz.government.kz>;

5. Елбасымыз Н.Ә. Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы «Қазақстан - 2050» Стратегиясы Қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» 14.12.2012. <http://www.akorda.kz/>;

Резюме

СРАВНЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В 2012-2013 ГОДАХ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ В РЕГИОНАХ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

У.С. Самарова, Г.Д. Даниярова, И.Е. Кенжеканова, Н. Искакова
Государственный медицинский университет города Семей

В этой работе рассмотрены результаты скрининговых обследований заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Сделан анализ за 2012-2013 годы в регионе ВКО.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, заболеваемость, смертность, скрининг.

Summary

COMPARING THE DYNAMIC OF MORTALITY AND MORBIDITY AMONG POPULATION IN REGIONS OF THE EAST KAZAKHSTAN AREA IN 2012-2013 YEARS

U.S. Samarova, G.D. Daniyarova, I.E. Kenjekanova, N. Iskakova
Semey State Medical University

At this work considered results of morbidity with malignant cancer, indexes of death rate, took analysis in EKA between 2012-2013 years.

Key words: malignant new formations, mortality, morbidity, screening.

УДК: 616.8-616.314.9-053.3-08

Ж.А. Мусабекова¹, Р.Ж. Бактыбаева², Ж.Н. Арыкова², В.П. Хижникова²¹Государственный медицинский университет города Семей,²Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей**СИНДРОМ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АКТОВЕГИНОМ****Аннотация**

Перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) являются одной из наиболее актуальных проблем в детской практике, так как нередко ведут к дезадаптации ребенка в социальной среде, а в тяжелых случаях – к инвалидизации. Актовегин внутримышечно в возрастной дозировке получали дети с неврологической патологией. На фоне лечения актовегином у детей грудного возраста с неврологической патологией выявлено влияние его на прорезывание зубов.

Ключевые слова: часто болеющие дети, актовегин, неврологическая патология, прорезывание зубов.

Актуальность. Наиболее актуальными для практических врачей являются именно гипоксические поражения головного мозга, которые занимают первое место в структуре перинатальных поражений центральной нервной системы. У 5–15% детей, перенесших гипоксическое поражение ЦНС, впоследствии формируются выраженные спастические параличи, эпилепсия, поражение органов слуха и зрения, а у 25–50% детей диагностируется расстройство когнитивных функций и нарушения поведения. Развивающийся мозг новорожденного чрезвычайно чувствителен к воздействию гипоксии, которая не только вызывает очаговые повреждения мозговой ткани, но и задерживает развитие сосудистой системы, а также нарушает клеточную дифференциацию.

Методы и материалы. Группу обследования составили 120 детей в возрасте от 7 месяцев до 1 года, находившихся на лечении в неврологическом отделении Медицинского Центра Государственного медицинского университета города Семей, получавшие в комплексной терапии препарат актовегин. Среди них девочек – 43%, мальчиков – 57%. Клиническое наблюдение за детьми с перинатальной патологией нервной системы, которые получали актовегин, проводилось за период с 2008 по 2013 годы.

Результаты и обсуждение. Толерантность к воздействию повреждающих факторов у каждого ребенка различна. Поэтому при относительно равных условиях у детей развиваются неравнозначные последствия ППЦНС. В реабилитации детей, имеющих ППЦНС, используют в основном препараты, улучшающие микроциркуляцию и состояние сосудистой системы: актовегин, кавинтон, ноотропные препараты, циннаризин, витамины группы В.

Актовегин является депротеинизированным экстрактом телячьей крови, который с 1996 года выпускается австрийской компанией Nuscamed. Он относится к препаратам, широко применяемым в медицине. Согласно информации производителя, сырьем служит кровь телят моложе 8 месяцев. Этот препарат широко используется при cerebrovasкулярных заболеваниях. Актовегин внутримышечно в возрастной дозировке получали дети с перинатальным поражением ЦНС, синдромом гиперактивности, аффективно-респираторным приступом, эписиндромом, синдромом Веста, гидроцефально-гипертензионным синдромом, детским церебральным параличом (спастика, гиперкинетический, гемипарезы, диплегия, двойная гемиплегия). На фоне получаемого неврологического лечения, в том числе актовегина, у детей отмечалось повышение температуры тела до субфебрильной или

фебрильной. Все дети были осмотрены педиатром, в ходе полного обследования по органам и системам у 76% детей соматической патологии не выявлено. При осмотре полости рта отмечен синдром прорезывания зубов: резцы нижние или верхние, центральные или боковые, в зависимости от возраста ребенка. У 24% детей прорезывание зубов шло параллельно с патологией верхних дыхательных путей (острый фарингит, острый ринофарингит, острый ларингит, острый ларинготрахеит). У некоторых детей при тщательном расспросе матери выявлено разжижение стула или наличие непереваренного стула. В результате клинического наблюдения выявлено, что общим препаратом, который получали все обследованные дети был актовегин.

Таким образом, на фоне лечения актовегином клинически отмечено прорезывание зубов у детей грудного возраста. Зубы прорезывались у детей, у которых должны были прорезываться по сроку и у детей, у которых запаздывало прорезывание зубов. Актовегин в своем химическом составе содержит низкомолекулярные пептиды и аминокислоты, которые имеют растительное происхождение, способствует улучшению кислородного и энергетического обмена в тканях. Препарат стимулирует клеточный метаболизм, что подтверждается увеличенным поглощением и утилизацией кислорода и глюкозы. Эти действия связаны между собой, так как они улучшают синтез аденозинтрифосфата (АТФ), таким образом, обеспечивая лучшее снабжение клеток энергией. Это делает актовегин полезным при таких состояниях, как гипоксия и дефицит энергетических субстратов. Актовегин способствует обновлению и регенерации тканей, а одним из его вторичных эффектов является улучшение кровообращения. Нами проведен поиск литературы по данному интернет – ресурсам о влиянии препарата актовегин на прорезывание зубов у детей грудного возраста. Однако информации по данному вопросу не найдено. В общем анализе крови у обследованных детей без изменений в соматическом статусе патологии не выявлено, у детей с патологией верхних дыхательных путей отмечены умеренные воспалительные изменения. В биохимическом анализе крови у обследованных детей отмечалось снижение уровня общего кальция от 1,71 до 2,0 ммоль/л. Гипокальциемия является одной из нозологических форм нарушений функций ЦНС (преходящие нарушения обмена веществ). Для гипокальциемии характерна широкая вариабельность неврологических проявлений от таких тяжелых, как кома или судороги, до минимальных – гиперактивность, тремор. В последние годы ввиду изменения инфраструктуры питания и стереотипов пищевого поведения отмечено снижение насыщенности

кальцием пищевого рациона у населения планеты, в том числе у кормящих женщин, соответственно и у детей грудного возраста. Возможно, актовегин, стимулируя процессы метаболизма в организме, устранял гипокальциемию, которая, вероятно, имела место у обследованных детей.

Вывод. Таким образом, на основании клинического наблюдения нами выявлено, что одним из эффектов актовегина является влияние его на прорезывание зубов у детей грудного возраста. Актовегин прекрасный, эффективный препарат, который состоит только из физиологических компонентов. Поэтому, если у пациента не будет к нему индивидуальной непереносимости, можно принимать его, не задумываясь о последствиях лекарственной терапии.

Литература:

1. Громова О.А., Панасенко О.М., Скальный А.В. Нейрохимические механизмы действия современных нейропротекторов природного происхождения (элементный анализ и ферментативная

антиокислительная активность). Актовегин. Новые аспекты клинического применения. М., 2002. – 25 с.

2. Нордвик Б. Механизм действия и клиническое применение препарата актовегин. Актовегин. Новые аспекты клинического применения. М., 2002. - С. 18-24.

3. Строков И.А., Моргоева Ф.Э., Строков К.И. и др. Терапевтическая коррекция диабетической полиневропатии и энцефалопатии Актовегином. // РМЖ. - 2006. №9, - С. 698-703.

4. Скоромец А.А., Ковальчук В.В. Анализ эффективности различных лекарственных препаратов в лечении инсультов // Сб. Научно-практических статей «Актовегин в неврологии». М., 2002; - С. 152-164.

5. Румянцева С.А. Фармакологические характеристики и механизм действия актовегина // Сб. «Актовегин. Новые аспекты клинического применения». М., 2002, - С. 3-9.

6. Румянцева С.А., Беневоленская Н.Г., Евсеев В.Н. Антигипоксанты в реаниматологии и неврологии // РМЖ. 2004, №22, - С. 302-304.

Түйіндеме

ЖИІ СЫРҚАТТАНАТЫН БАЛАЛАРДА НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАР КЕЗІНДЕ АКТОВЕГИНМЕН ЕМДЕУ ФОНЫНДАҒЫ ТІС ШЫҒУ СИНДРОМЫ

Ж.А. Мусабекова¹, Р.Ж. Бактыбаева², Ж.Н. Арыкова², В.П. Хижникова²

¹Семей қ. Мемлекеттік Медицина университеті

²Семей қ. Мемлекеттік Медицина университетінің Медицина орталығы

Семей қ. ММУ-нің Медицина орталығының неврологиялық бөлімшесінде комплексі терапия құрамында актовегин қабылдаған жастары 7 айдан 1 жасқа дейінгі 120 балаға клиникалық бақылау жүргізілді. Актовегин, ағзадағы метаболизм процестерін стимуляциялау арқылы, тексеру жүргізілген балалардағы гипокальциемия деңгейін азайтты. Актовегинді қолдану нәтижелерінің бір болып оның 1 жасқа дайын балаларда олардың тістерінің шығуына әсер етуі болып табылады.

Негізгі сөздер: жиі сырқаттанатын балалар, актовегин, неврологиялық аурулар, тіс шығу.

Summary

SYNDROM OF ERUPTION OF TEETH AT OF TEN ILL CHILDREN OF BREAST AGE WITH NEUROLOGIC PATHOLOGY USING ACTOVEGININ TREATMENT

Zh.A. Mussabekova¹, R.Zh. Baktybayeva², Zh.N. Arykova², V.P. Hizhnikova²

¹Semey State Medical University,

²Medical Center of Semey State Medical University

Clinical observation over 120 children aged from 7 months till 1 year, being on treatment in neurologic department of Medical Center of Semey State medical university, receiving in complex therapy an Actovegin. Probably, Actovegin, stimulating metabolic processes in organism, eliminated a hypocalcemia which probably was at the surveyed children. Thus, one of effects of Actovegin is its influence on eruption of teeth at children of breast age.

Key words: often illchildren, Actovegin, neurologic pathology, eruption of teeth.

УДК 616.831-616.33-073.75

А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.А. Янченко, В.С. Рахимбеков,
А.Т. Токенбаева, Е.В. Юрченко, В.А. Мельников

Государственный медицинский университет города Семей

АНАЛИЗ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗА 2005-2010 И 2011-2013 ГОДЫ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГОРОДА СЕМЕЙ

Аннотация

Все аномалии развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками развития других органов и систем. Активное использование современных методов лучевой диагностики позволило значительно расширить знания в области аномалий головного мозга, определить их роль при оценке неврологического статуса, выбора тактики лечения и прогноза заболевания.

Ключевые слова: компьютерная томография, аномалии развития головного мозга.

Актуальность.

Все грубые пороки развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками других органов. Рождение детей с грубыми пороками развития головного мозга – это тяжелый социальный и психологический аспект для родителей ребенка, так и для всего общества.

Цель исследования: изучение частоты врожденных пороков развития головного мозга и их структуры методом компьютерной томографии за 2011-2013 и сравнить с данными за 2005-2010гг.

Материалы и методы исследования.

В основу работы положен анализ компьютерно-томографических (КТ) исследований головного мозга 317 новорожденных и детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в Медицинском центре Государственного медицинского университета

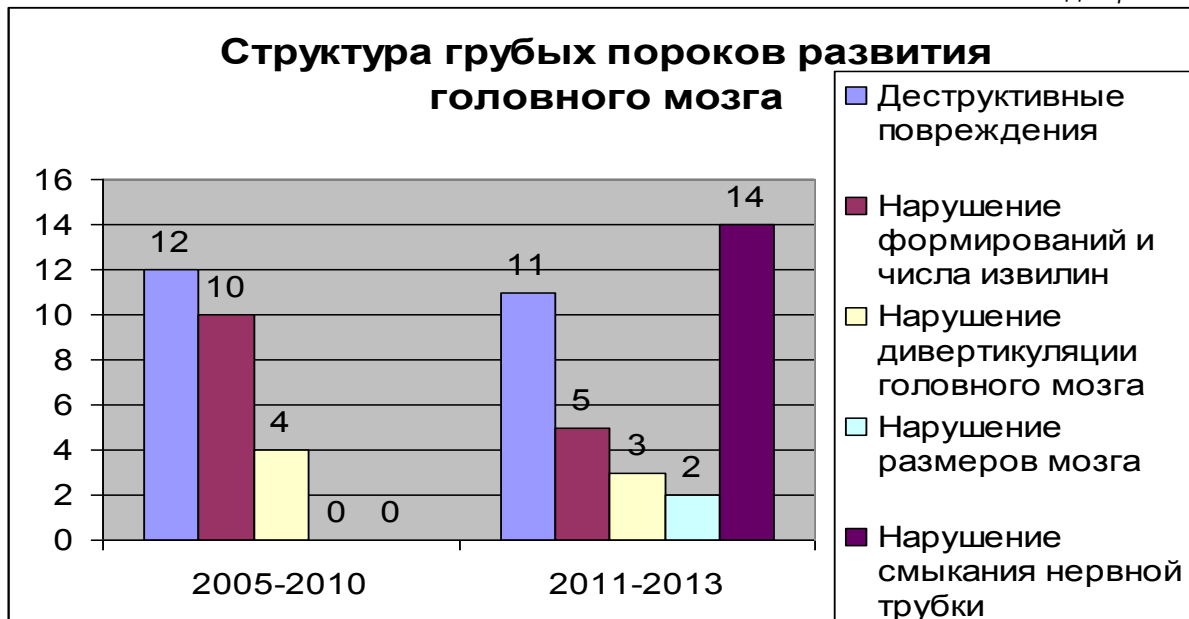
города Семей за 2011-2013 годы и наших исследований за период с 2005-2010 годы.

С целью изучения анатомо-структурных изменений головного мозга компьютерная томография проводилась на компьютерном томографе фирмы GE.

КТ проводилось с шагом томографирования 5 мм с углом наклона Гентри параллельно основанию головного мозга.

Результаты исследования. В проведенных нами компьютерно-томографических исследованиях головного мозга за период 2011-2013 гг было выявлено 35 случаев грубых пороков развития головного мозга, что составило 12,1% от общего числа исследований. Проведенный анализ данных КТ исследований за 2005-2010гг показал, что были исследованы 229 новорожденных и детей раннего возраста и выявлены 26 случаев грубых пороков развития головного мозга (11,3%).

Диаграмма 1.



В структуре грубых пороков развития головного мозга наиболее частыми изменениями явились деструктивные повреждения мозга – 12 случаев в 2005-2010гг. Из них гидроанэнцефалия – 6 случаев и порэнцефалия – 6 случаев. За период 2011-2013 гг выявлено 11 случаев (гидроанэнцефалия – 1 случай и порэнцефалия – 10 случаев)

Ребенок Б. 7 дней. (рис.1). На томограммах четко видно, что полушария мозга визуализируются как пузыри, заполненные ликвором. Участки паренхимы головного мозга определяются в конвекситальном отделе лобно-теменной области справа. Базальные ганглии и зрительные бугры гипопластичные. Структуры задней черепной ямки сформированы. Полушария мозжечка уменьшены в объеме.

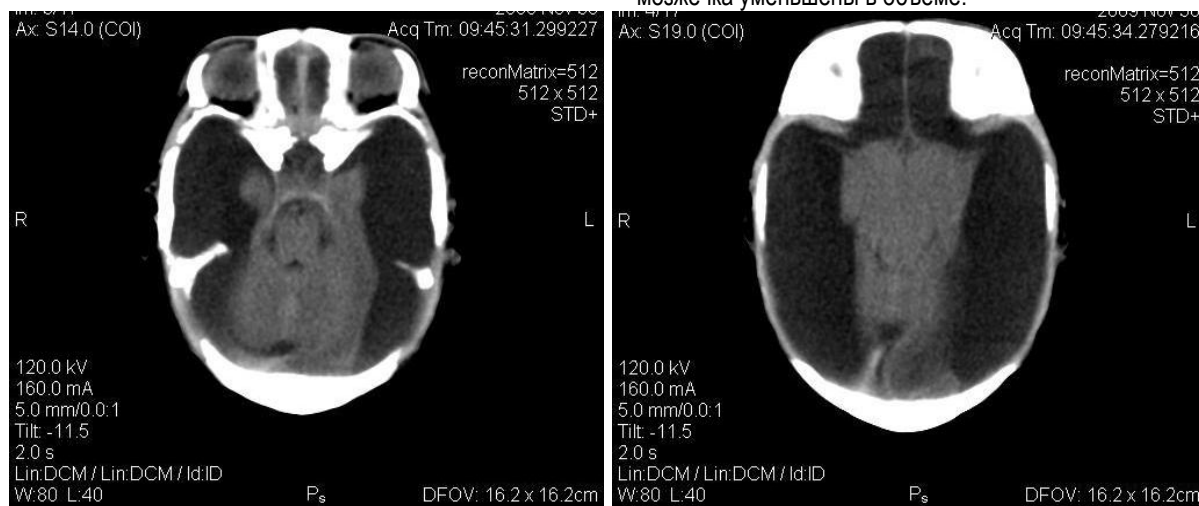


Рис.1 Гидроанэнцефалия (а, б).

Ребенок И. 2 года (рис.2).

На томограммах в левой лобно-височно-теменной области определяется гиподенсный участок с денситометрической плотностью 3-4 ед. Н. (что соответствует плотности ликвора) неправильно-округлой формы, сообщающийся с субарахноидальным пространством и с базальными цистернами. Боковые желудочки головного мозга справа расширены в центральных отделах, слева центральный отдел компримирован. Далее по частоте следуют пороки раз-

вития головного мозга, связанные с нарушением формирования и числа извилин.

За период 2005-2010 гг было выявлено 10 случаев. Из этой группы пороков были выявлены: агирия - 1 случай, полимикрогирия - 1 случай, шизэнцефалия - 1 случай и пахигирия - 7 случаев. В одном случае лиссэнцефалия сочеталась с синдромом двойной коры.

За период 2011-2013 было выявлено 5 случаев (пахигирии - 1, полимикрогирии - 1, шизэнцефалии - 3).

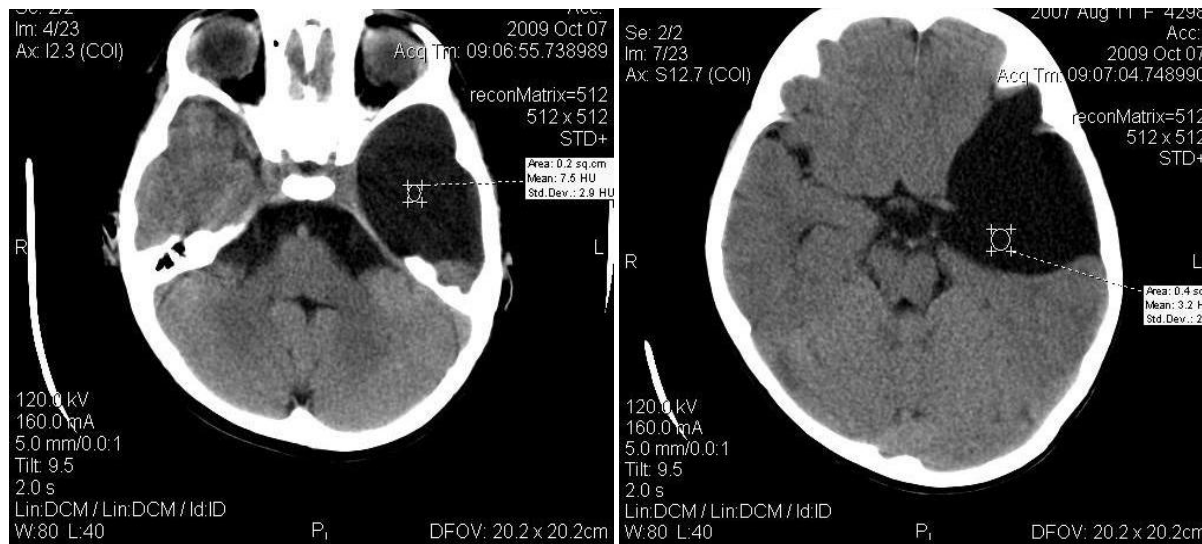


Рис.2 Порэнцефалия (а,б).

Ребенок Н. 3 года (рис.3). Определяются признаки церебральной эмбриофетопатия. Правосторонняя лобно-теменно-височная пахигирия. КТ признаки энцефалопатии.

В правой гемисфере в лобно-височно-теменной области визуализируются аномальные широкие плоские извилины с утолщенной корой. Прилежащее субарахноидальное пространство расширено.

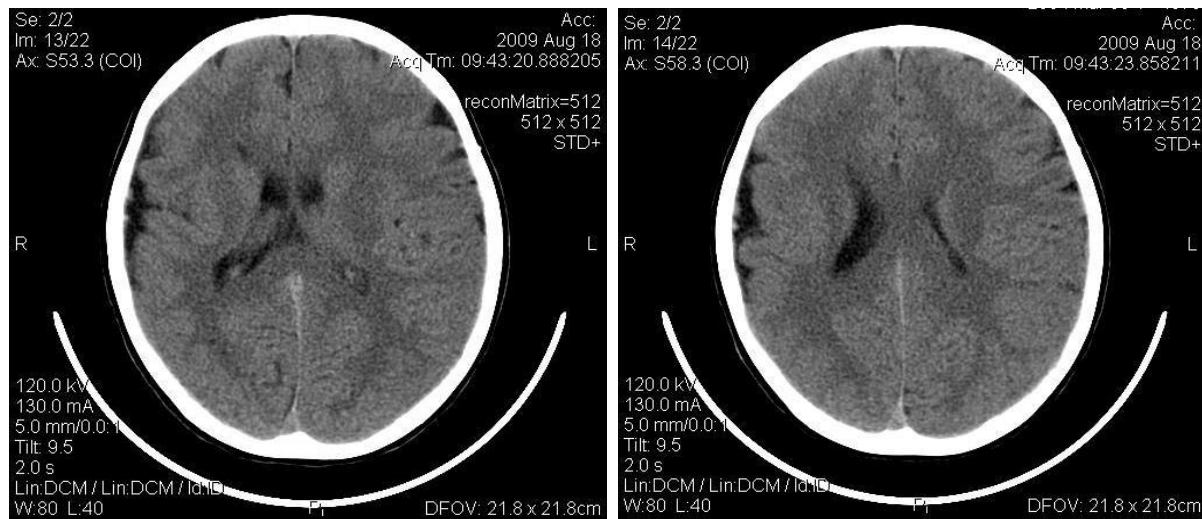


Рис.3 Пахигирия (а, б).

Ребенок Т. 8 дн. (рис.4) на томограммах видно, что полушария головного мозга уменьшены в объеме, кора головного мозга утолщена, в ней определяется тонкий слой белого вещества, отсутствует нормальная дифференцировка белого и серого вещества головного мозга. Субарахноидальное пространство больших полушарий головного мозга расширено. Конвексительные борозды отсутствуют на всем протяжении.

сочеталась с мальформацией лица (расщелина твердого неба).

За период 2011-2013 было выявлено 1 случай голопрозэнцефалии и 2 случая септооптической дисплазии.

Третью группу грубых пороков головного мозга – составили нарушения дивертикуляции головного мозга.

Ребенок Т., 4 дн. (рис.5) на серии КТ паренхимы больших полушарий головного мозга представлена узкими полосками за счет выраженного расширения боковых желудочков головного мозга. Боковые желудочки представлены единой, резко расширенной полостью, прозрачная перегородка отсутствует, межполушарная щель не дифференцируется. Субарахноидальное пространство больших полушарий не прослеживается из-за выраженного сужения.

За период 2005-2010 было выявлено 4 случая голопрозэнцефалии. В одном случае голопрозэнцефалия

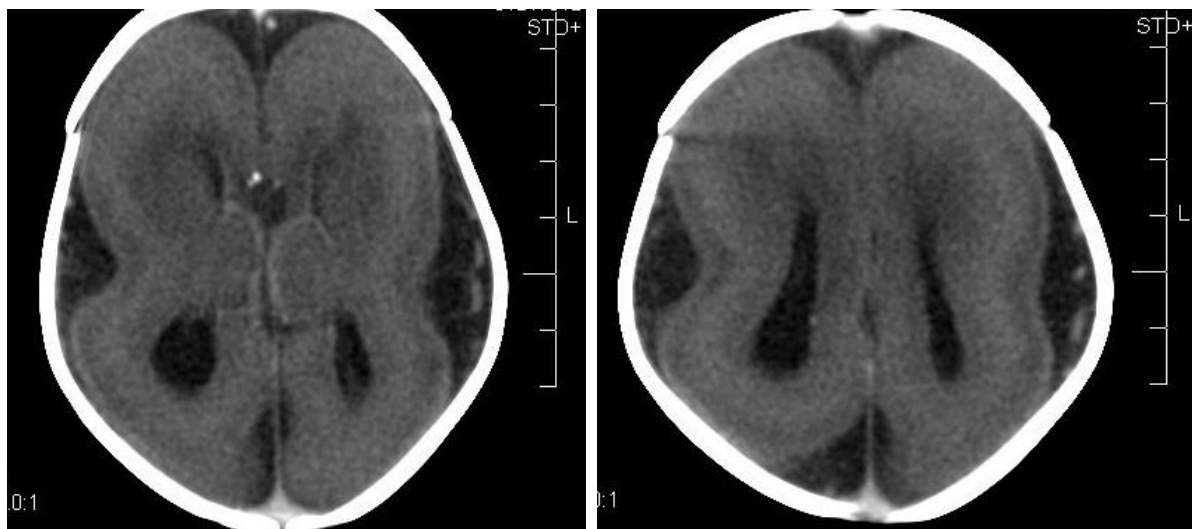


Рис. 4. Агирия, синдром двойной коры.

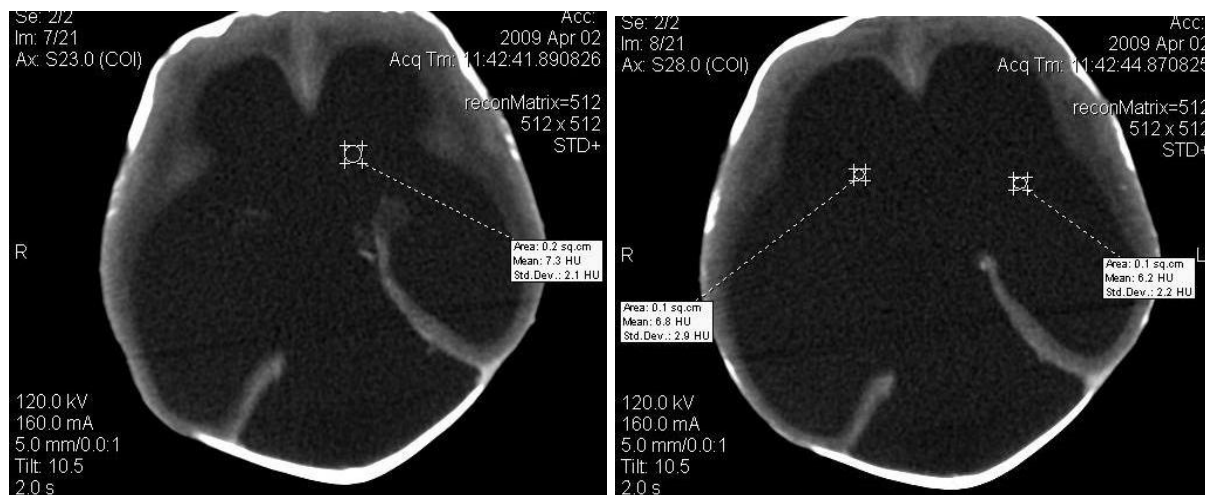


Рис.5 (а, б). Голопроэнцефалия.

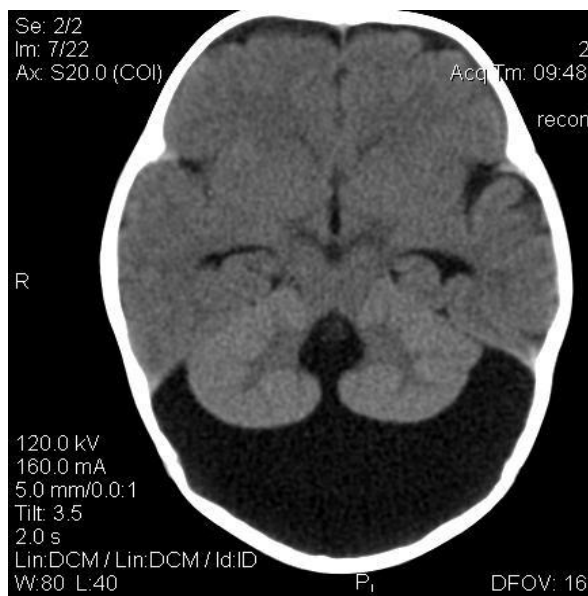


Рис. 6 Аномалия Дэнди – Уокера.

Четвертую группу грубых пороков головного мозга составили аномалии развития связанные нарушением смыкания нервной трубки, которые были выявлены нами за период 2011-2013 гг. у 14 больных. Из них

кисты прозрачных перегородок - 6 случаев, агенезии мозолистого тела у 3 больных, агенезии прозрачной перегородки у 3 больных, аномалии Дэнди – Уокера - 2 случая. За период 2005 – 2010 гг. аномалии развития головного мозга из данной группы выявлены не были.

Ребенок Л., 3мес. (рис.6) на серии КТ-сканов головного мозга в задней черепной ямке визуализируется обширная киста, часть червя отсутствует, полушария недоразвиты. Мозжечковый намет расположен высоко. III и боковые желудочки расширены. Субарахноидальные пространства расширены

Пятую группу грубых пороков головного мозга составили аномалии развития связанные нарушением размеров мозга, которые были выявлены нами у 2 пациентов (микроцефалия) за период 2011-2013 гг. В обоих случаях данная аномалия сочеталась с полимикрогрией.

Таким образом, определяется негативная тенденция увеличения выявленных случаев грубых пороков развития головного мозга, а именно, 26 случаев (11,3%) за период 2005-2010 гг и 35 случаев (12,1%) за период 2011-2013 гг. которые были выявлены методом КТ по данным МЦ ГМУ г. Семей.

Так же нами были выявлено увеличение количества групп аномалий головного мозга (нарушение смыкания нервной трубки и нарушение размеров мозга не определялось за период 2005-2010гг). Что, в свою очередь, тоже является негативным признаком.

Выявление большого числа случаев грубых пороков развития головного мозга методом КТ, является проблемой поздней диагностики грубых пороков развития головного мозга, которая должна осуществляться во внутриутробном периоде развития методом ультразвуковой диагностики и методом магнитно-резонансной томографии.

Так же необходимо отметить социальные факторы: в настоящее время ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография не доступны большинству населения в виду отдаленного мест про-

живания людей (районные, сельские жители); отсутствия соответствующего медицинского оборудования в районных больницах; высокая стоимость исследований.

Литература:

1. Трофимова Т.Н., Ананьева Н.И., Карпенко А.К. Нейрорадиология. - Санкт-Петербург, 2005. – 156 с.
2. Вольдин Н.Н., Медведев М.И., Горбунов А.В. Компьютерная томография головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. Москва, 2005. – 234 с.

Тұжырым

НӘРЕСТЕЛЕР МЕН ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ БАС МИЫНЫҢ ДАМУ АҚАУЛАРЫН ТАЛДАУ 2005-2010 ЖӘНЕ 2011-2013 ЖЫЛДАР, СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША

А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.А. Янченко, В.С. Рахимбеков,
А.Т. Токенбаева, Е.В. Юрченко, В.А. Мельников

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бас миының барлық даму ақаулары ауыр ақыл-ойдың кемістігімен, басқа мүшелер мен жүйелердің туа біткен ақауларымен қатар жүреді. Қазіргі таңдағы жаңа сәулелі диагностика әдістерін белсенді түрде қолдану арқылы бас миының ақаулары туралы көп мәліметтер беріп, олардың неврологиялық статусты бағалаудағы маңыздылығын анықтап, емдеу жолы мен аурудың болжамын анықтауға көмектеседі.

Негізгі сөздер: Компьютерлік томография, бас миының даму ақаулары.

Summary

ANALYSIS OF ABNORMALITIES OF BRAIN DEVELOPMENT AT INFANTS AND YOUNG CHILDREN FOR 2005-2010 AND 2011 - 2013 ACCORDING TO THE MEDICAL CENTER OF SEMEY STATE MEDICAL UNIVERSITY

A.B. Rakhimbekov, N.M. Edilkanova, A.A. Yanchenko, V.S. Rakhimbekov,
A.T. Tokenbayeva, E.V. Yurchenko, V.A. Melnikov

Semey state medical university

All malformations of the brain is accompanied by severe mental retardation, congenital malformations of other organs and systems. Wide use of modern methods of radiation diagnosis is allowed to abroad considerably knowledge of the abnormalities of the brain, and determine their role in the assessment of way status, choice of tactics of treatment and prognosis.

Key words: CT-scan, development abnormalities of the brain development.

УДК 616.24-002.5-03

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А.Ж. Токпаева, Н.К. Селиханова,
А.Б. Оразғалиева, А.С. Саламатов, А.Н. Строкань

Государственный медицинский университет города Семей,
Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Аннотация

В данной статье проанализированы исходы лечения у впервые выявленных больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза за период с 2007-2011 годы. У исследованной группы пациентов была установлена монорезистентность, полирезистентность (в том числе лекарственная устойчивость к двум и к 3 препаратам противотуберкулезным препаратам основного ряда), мультирезистентность (к 3 препаратам: HRE и HRS; к 4 препаратам – HRSE).

Ключевые слова: туберкулез, лекарственная устойчивость, впервые выявленные больные.

Актуальность. По данным Глобального отчета ВОЗ, каждый год заболевает туберкулезом более 9 млн. человек, более полмиллиона заболевают множественно- лекарственно устойчивой формой туберкулеза (МЛУ ТБ) и 50 000 человек широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ). К концу 2009 года в результате внедрения стратегии ДOTS «Остановить туберкулез» 48 млн. больных были пролечены и от 2 до 8 миллионов смертей были предотвращены по сравнению с отсутствием ДOTS. В Казахстане проводятся противотуберкулезные мероприятия, направленные на снижение

бремени туберкулеза (ТБ), в том числе туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. [1-3]

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения среди впервые выявленных больных с мультирезистентностью.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов тестирования лекарственной чувствительности у впервые выявленных больных с 2007 по 2011 гг. Нами проанализированы исходы лечения у 28 больных монорезистентностью, у 63 больных с полирезистентностью, у 26 больных с мультирезистентностью.

Результаты и их обсуждение. Нами проанализированы исходы лечения у 117 впервые выявленных больных лекарственно устойчивыми формами туберкулеза за период 2007-2011 гг., которым проводилось лечение по первой категории в соответствии со стандартной схемой (HRZE в интенсивной фазе и HR – в поддерживающей фазе). По результатам анализа различных форм лекарственной устойчивости среди новых случаев туберкулеза у 28 (23,9%) из них была установлена монорезистентность, в том числе у 17 (14,5%) – устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ) к стрептомицину; у 10 (8,5%) – к H; у 1 (0,9%) – к E.

У 63 (53,8%) больных установлена полирезистентность, в том числе лекарственная устойчивость к двум противотуберкулезным препаратам основного ряда у 49 (41,9%): у 40 (34,2%) к S и H; у 4 (3,4%) – к R и S; у 3 (2,6%) – к S и E; у 2 (1,7%) к R и E. Полирезистентность к 3 препаратам выявлена у 14 (12,0%): к HSE – у 9 (7,7%); к RSE – у 5 (4,3%) больных.

У 26 (22,2%) выявлена мультирезистентность, в том числе у 11 (9,4%) – к 3 препаратам: у 1 (0,9%) – к HRE; у 10 (8,5%) – к HRS; у 15 (12,8%) – к 4 препаратам HRSE.

Следует отметить, что ни в одном случае не было отмечено мультирезистентности к сочетанию только двух основных противотуберкулезных препаратов HR. Этот факт служит подтверждением «синдрома амплификации», согласно которому лекарственная устойчивость, возникшая к этим основным препаратам, влечет за собой устойчивость и к другим препаратам.

По завершении полного курса химиотерапии исходы лечения были следующими у 26 (92,8%) из 28 больных с монорезистентностью был зарегистрирован исход «вылечен»; у 1 (3,6%) – «лечение завершено»; у 1 (3,6%) с монорезистентностью к H зарегистрирован «неблагоприятный исход». Таким образом, эффективность лечения была достигнута в 96,4% случаев (у 27 из 28 больных).

Из 63 больных с полирезистентностью к 2 и более лекарственным препаратам у 44 (69,8%) зарегистрирован исход «вылечен»; у 2 (3,2%) – «лечение завершено»; у 14 (22,2%) отмечен «неблагоприятный исход», в том числе у 9 (14,3%) – с полирезистентностью к HS, у 3 (4,8%) – к HSE, у 1 (1,6%) – к RS и у 1 (1,6%) – RSE; 3 (4,8%) больных умерли, в том числе 1 (1,6%) – с полирезистентностью к HS и 1 (1,6%) – с полирезистентностью к HSE, 1 (1,6%) – с полирезистентностью к RSE.

Таким образом, среди больных с полирезистентностью эффективность лечения зарегистрировано в 73% случаев (46 из 63) больных. Из 26 больных с первичной

мультирезистентностью у 4 (15,4%) больных исход был определен как «вылечен»; у 2 (7,7%) – «лечение завершено»; у 14 (53,8%) отмечен «неблагоприятный исход», в том числе 8 (30,8%) – с мультирезистентностью к HRSE, 5 (19,2%) – к HRS, 1 (3,8%) – к HRE; умерли 6 (23,1%), в том числе 4 (15,4%) – с мультирезистентностью к HRES, 2 (7,7%) – к HRS.

Эффективность лечения среди впервые выявленных больных с мультирезистентностью отмечена только в 23,1% случаев (у 6 из 26 больных). Более половины больных с первичной мультирезистентностью, получивших полный курс лечения основными противотуберкулезными препаратами, имели неблагоприятный исход и были перерегистрированы по второй категории. Высок среди них и процент летального исхода – 23,1%. Данные результаты свидетельствуют о необходимости подключения резервных препаратов к лечению впервые выявленных больных туберкулезом, вызванным мультирезистентными штаммами возбудителя, сразу же после получения бактериологического подтверждения, минуя вторую категорию, до регистрации неблагоприятного исхода.

Заключение. Эффективность лечения новых случаев туберкулеза вызванного:

- монорезистентными штаммами туберкулеза, в стандартном режиме по первой категории, была достигнута в 96,4% случаев.

- полирезистентными штаммами туберкулеза, в стандартном режиме по первой категории, была достигнута в 73,0% случаев.

- мультирезистентностью достигнуто в 23,1% случаев.

Литература:

1. Зиновьев И.П., Эсаулова Н.А., Новиков В.Т., и др. Первичная лекарственная устойчивость МБТ у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Пробл. туб. и болезней легких. - 2009, №4. – С. 37-39

2. Исмаилов Ш.Ш. Основные приоритетные направления реформирования менеджмента мультирезистентного туберкулеза // «Актуальные вопросы фтизиатрии». – Алматы (VI съезд). – 2010. – С. 18-22.

3. Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш. и др. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких с мультирезистентностью // «Актуальные вопросы фтизиатрии». – Алматы (6 съезд). – 2010. – С. 359-362.

Тўжырым

АЛҒАШ РЕТ АУЫРҒАН АДАМДАРДЫҢ АРАСЫНДАҒЫ ДӘРИГЕ ТӨЗІМДІ ТУБЕРКУЛЕЗ

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А.Ж. Токпаева, Н.К. Селиханова,

А.Б. Оразгалиева, А.С. Саламатов, А.Н. Строкань

Бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарға монорезистенттілігі бар науқастарда емнің жоғарғы тиімділігі 96,4%-ды құрады. Бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарға полирезистенттілігі бар науқастарда емнің жоғарғы тиімділігі 73,0%-ды құрады. Бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарға мультирезистенттілігі бар өкпе туберкулезімен алғаш рет ауырғандардың емінің тиімділігі 23,1%-ды құрады (емделген және емінің аяқталуы).

Негізгі сөздер: туберкулез, дәріге төзімділік, алғаш рет ауырғандар.

Summary

RESISTANT TO DRUGS TUBERCULOSIS OF NEWLY DIAGNOSED PATIENTS

K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, A.SH. Tokpaeva, N.K. Selihanova,

A.B. Orazgalieva, A.S. Salamatov, A.N. Strokan

Efficiency of the treatment of the new events of the tuberculosis, caused monoresistance of strain tuberculosis, in standard mode on the first category, was reached in 96,4% events. Efficiency of the treatment of the new events of the tuberculosis, caused polyresistant strain tuberculosis, in standard mode on the first category, was reached in 73,0% events. Amongst for the first time revealed sick with multiresistant strain tuberculosis efficiency treatments is reached in 23,1% events.

Key words: tuberculosis, drug resistance, newly diagnosed patients.

УДК 613.9-614.71

С.С. Ибраев¹, Н.С. Ибраев²

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра питания и гигиенических дисциплин¹,
Департамент контроля качества медицинских услуг и фармации, г. Усть-Каменогорск, ВКО²

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Аннотация

По определению Всемирной организации здравоохранения здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Здоровье населения на 50% зависит от образа жизни.

Ключевые слова: здоровье, атмосфера, загрязнение, промышленность, автомобиль, мониторинг, экология.

«От здоровья земли – к здоровью человека».

В нашем государстве в настоящий период обращается большое внимание на формирование у населения здорового образа жизни (ЗОЖ). Преподаватели системы образования и студенты, особенно медицинских профессий, должны личным примером поддерживать эту программу. Активно пропагандировать внедрение ЗОЖ в повседневную жизнь нашего населения. Актуальность и жизненная необходимость, а также срочность вопроса в том, что средняя продолжительность жизни нашего населения на 10-12 % ниже, чем в развитых странах. Республика Казахстан на деле имеет реальный потенциал, в ближайшие годы быть в рядах этих стран. Ученые мира делают аналитическое предсказывание, что при соблюдении ЗОЖ каждый человек может стать долгожителем, по меркам нынешнего времени, но надо отходить от вредных привычек угрожающих здоровью таких, как табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания. Надо при этом помнить, что состояние загрязненности окружающей природной среды также играет важную роль. Одним из таких факторов является атмосферный воздух. Атмосфера – газовая оболочка земли, граничит с космосом, а часть атмосферы, расположенная на высоте 9-15 км над твердой поверхностью земли называется тропосферой (жизненная оболочка) или воздушным бассейном. На приграничной с землей зоне атмосферы в составе сухого воздуха содержится: азота – 78%, кислорода – 20,9%, диоксида углерода – 0,03%. Загрязнение атмосферного воздуха бывает в двух направлениях: фоновые и антропогенное. Фоновое – состав атмосферного воздуха на определенном удалении от населенных мест, в основе его может быть загрязнения от природных явлений (вулканы, испарение океанов, морей, природные радиации и т.д. Установлено, что в индустриально развитых странах, ежегодно, в атмосферный воздух поступает около 200 млн. тонн оксида углерода, более 150 млн. тонн оксида серы, свыше 50 млн. тонн оксидов азота, более 55 млн. тонн различных углеводородов, более 250 млн. тонн мелкодисперстных аэрозолей. На жизнь человечества большое влияние оказывает атмосферный воздух расположенный на высоте 15-25 км. Загрязнителями атмосферного воздуха являются оксиды, соединения, кислоты которых образовались в результате воздействия атмосферного воздуха на поступивший в его состав газ и веществ, образованных от фоновых и антропогенных загрязнений. К примеру, сернистый газ в воздухе окисляется до оксида, а он соединяясь с атмосферной влагой образуют сернистый ангидрид, который с каплями дождя может в виде серной кислоты достигать поверхности почвы и водоемов. Загрязняющие вещества в атмосфере

вступают в химические, фотохимические, физикохимические реакции, при этом образуются вредные пирогенные вещества:

а) монооксид углерода, оксиды углерода считаются активными составляющими атмосферного воздуха, они в настоящее время считаются виновниками в создании на планете теплового «парникового» эффекта. Эти газы возникают при сжигании твердых бытовых отходов, от автотранспорта, от выбросов промышленных предприятий и распространяются в воздухе

б) радиоактивные вещества находящиеся в атмосфере: стронций – 90, цезий – 137 накапливаются в организме и могут вызывать опасные для жизни заболевания, в целом радиоактивные вещества опасны для всех живых организмов.

По данным филиала Восточно-Казахстанского областного управления охраны окружающей среды по г. Семей за 2011 год, основными загрязнителями атмосферного воздуха являются котельные «ГКП – теплокоммунаэнерго» (до 80%), строительные организации, ТОО «Цементный завод Семей», ТОО «Эскор Семей», жилые дома с печным отоплением, лесные пожары, сжигание мусора и листьев. В целом за отчетный год в атмосферный воздух от крупных промышленных предприятий выброс составил 29,7 тысяч тонн, это на немного превышает объем выбросов за 2010 год, при этом:

- объем выбросов сернистого ангидрита – 4,5 тыс.тн
- объем выбросов диоксида азота – 3,1 тыс.тн
- объем выбросов твердых частиц – 12,1 тыс.тн
- объем выбросов прочих газов – 1,3 тыс.тн

Объем промышленных выбросов в атмосферный воздух без очистки – 16,8 тысяч тонн, это плохой показатель.

От передвижных источников выбросы загрязняющих веществ составил – 13,5 тысяч тонн (по данным крупных предприятий имеющих автотранспорт, это не достоверно, в мире этот показатель в данное время составляет до 60-70% от стационарных выбросов). В выбросах от автомобильного транспорта содержатся радиоактивные вещества и ядовитые вещества как свинец, токсичные газы. По данным Семейского филиала «Гидрометеорологии», количество определяемых примесей в атмосферном воздухе – взвешенные вещества, диоксид серы, диоксид азота, оксид углерода, фенол. Среднее содержание (концентрации) примесей по сравнению с 2010 годом увеличилось по взвешенным веществам на 0,2 предельно допустимые концентрации (ПДК) снизились по диоксиду азота на 0,2 ПДК, и фенолу на 0,3 ПДК не изменилось по ингредиентам – оксид углерода и диоксида серы.

Семипалатинский Ядерный испытательный полигон за 40-лет своего функционирования оказало радиаци-

онное загрязнение по всем природным средам, в том числе и на атмосферу региона. К городу Семей прилежит «Реликтовый сосновый бор», который вместе с деревьями острова «Полковничий» оказывают благоприятную климатообразующую функцию и на деле являются «Легкими» города. К сожалению, за последние 20 лет «сосновый бор» часто подвергается пожарам, сгорело за это время более 100 тыс.га площади бора, при этом при пожаре с ветром распространяются накопленные за годы испытаний радионуклиды.

Наиболее высокое за отчетный период содержание загрязняющих веществ на постах, пост наблюдения загрязнений (ПНЗ) №2 по диоксиду азота и взвешенным веществам (район 343 квартала города Семей), а по ПНЗ №4 по оксиду углерода, по фенолу и диоксиду серы (по ул. Рыскулова 27). Индекс загрязнения атмосферы составляет – 4,1, за прошлый этот показатель был равен - 4,4. В приземном слое воздуха радиационный гамма – фон на территории города составляет 0,10 мкз в/час (микрозиверт час), это на уровне обычного, природного показателя. Такие учреждения как Стандартизация и Метрология г.Семей, Мукомольный комбикормовый комбинат, городская ветеринарная лаборатория, ГорСЭС осуществляют радиационный контроль на продукты питания, строительные материалы, на металлолом. Загрязнений за отчетный год не наблюдалось. Специалисты Семейского филиала ВКО управления охраны окружающей среды опираясь на природоохранное законодательство за допущение загрязнений атмосферного воздуха наложено и взыскано судом 3,2 млн.тенге от ответственных руководителей юридических лиц за сверхнормативное загрязнение атмосферного воздуха, с ТОО «Цемзавод-Семей» судом взыскано 6,2 млн.тенге, за допущение загрязнений воздуха ТОО «Гордострой» оштрафован на 2,6 млн.тенге. Надо помнить, что эти меры крайние, руководители потенциальных загрязнителей, ответственные лица должны знать, что они сами тоже подвержены негативному влиянию загрязненного атмосферного воздуха нашего города. Приведем небольшую сравнительную таблицу, о заболеваемости населения (от числа проживаемого населения, впервые зарегистрированные в соотношении на 100 000).

	2007	2008
Республика Казахстан	58578,6	58313,5
ВКО	69256,4 (+18%)	66910,1 (+11%)

Данный показатель убедительно доказывает, что в промышленных зонах Республики большее загрязнение атмосферного воздуха, соответственно это негативно отражается на показатели заболеваемости населения.

Выводы: Безотлагательное оснащение тепловых котельных города совершенными очистительными установками и добиваться их бесперебойной работы.

- По городу всего 2 наблюдательных поста, должно быть - 5. Результатами мониторинга (особенно при неблагоприятных погодных ситуациях), гидрометеорологическая лаборатория и другие ответственные службы должны своевременно оповещать население, для принятия срочных мер;

- Поднимать экологические знания и культуру населения;

- Ответственные учреждения должны конкретно изучить физические и химические составляющие атмосферного воздуха и на основе анализа потребовать от учреждений, предприятий устранение нарушений;

- Необходимо строгое соблюдение генерального плана развития города т.к. улицы города до предела уже сужены разными стройками, пристройками, что привело к нарушению аэрации внутри города, создается загазованность, нарушаются световые и шумовые ГОСТы.

- Ежегодные посадки зеленых насаждений не всегда увязываются с вопросами регулярного полива. Очень медленно идет процесс восстановления Соснового бора, при сохранении нынешних темпов для восстановления сгоревшего потребуется десятки лет.

- Как и в других городах РК необходимо заправлять автомобильный транспорт не этилированным бензином.

Литература:

1. Румянцев Г.И. Гигиена. Москва, - 2002, С. 58-105
2. Денисов В.В. Экология. Учебный курс. Ростов на Дону, 2006, - 558 с.
3. Сатпаева Х.К., Сколов А.Д., Абишева З.С. Валеология - наука о здоровье. Учебное пособие. - Алматы, 2007. – 163 с.
4. Кенесариев У.Ш., Жакишев Н.Ж. Экология және халық денсаулығы. Оқу құралы. Алматы. - 2002. – 125 б.
5. Бродский А.К. жалпы экологияның қысқаша курсы. Оқу құралы. Алматы, - 1996. - 22-75 б.
6. Алишева К.А. Экология. Учебник. Алматы. 2006. – 240 с.
7. Оспанова К.С., Бозтаева Г.Т. Экология. Учебник. Алматы, 2009. – 228 с.

Тұжырым

АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ ЖӘНЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ
С.С. Ибраев, Н.С. Ибраев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті
Тағамтану және гигиеналық пәндер кафедрасы,

Медициналық қызмет көрсету және фармацевтика сапасын бақылау Департаменті, Өскемен қ.

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша: денсаулық – аурушандық немесе физикалық кемшіліктің болмауы ғана емес, ол әлеуметтік ахуалдың, физикалық және ой - өрістің жоғарғы деңгейде болуы.

Негізгі сөздер: денсаулық, атмосфералық ауа, ластану, өндіріс, автомобиль, мониторинг, экология.

Summary

HEALTHY LIFESTYLE AND IMPACT OF ATMOSPHERIC AIR CONDITION ON HUMAN HEALTH
S.S. Ibraev, N.S. Ibraev

Semey State Medical University,
Department of nutrition and hygienic disciplines

Department of quality control of medical services and pharmacy, Ust-Kamenogorsk

By definition of the World Health Organization: health is - a state of complete physical, mental and social well being and not only the absence of disease or physical defects. The health of the population depends on its lifestyle in 50% percent.

Key words: Health, atmosphere, pollution, industry, automobile, boiler-house, monitoring, ecology.

УДК 613 - 378

А.Ж. Байбусинова, Е.А. Сундеева, О.А. Заворохина, В.К. Сундеева

Государственный медицинский университет города Семей

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ГУ «ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ»)

Аннотация

В данной статье изложены материалы исследования чистоты окружающей среды учащихся на примере ГУ «Экономический лицей». Данные результатов исследования показали высокую обсемененность помещений и учебного оборудования (компьютеры, клавиатуры и др.), что неблагоприятно влияет на здоровье подростков, были предложены меры профилактики.

Ключевые слова: учащиеся, исследование, здоровье, возбудители.

Актуальность

Чистота окружающей среды является актуальной проблемой современности. Особо вызывает интерес обсемененность среды обитания учащихся. Больше время суток они проводят в стенах учебного заведения. Знание составляющих среды обитания позволит прогнозировать заболеваемость среди подростков, даст возможность проводить профилактические мероприятия, тем самым повысить качественный показатель здоровья детей и улучшить способности к учебе. Для здоровья человека особенно опасны такие виды микроорганизмов, которые продуцируют токсины и аллергены. В учебных помещениях постоянно и достаточно долго работает много людей. Этим фактором создаются неблагоприятные условия для распространения многих заболеваний. Таких как заболевания дыхательных путей (бронхиальная астма, бронхиты, ларингиты, фарингиты, бронхопневмонии, гаймориты, фронтиты), кожи (пиодермии, дерматиты, экземы, дерматофитии), аллергические (поллинозы, аллергический дерматит, крапивница). Большинство микроорганизмов могут попадать в организм человека и при определенных условиях (хроническая усталость, снижение иммунитета, психическое перенапряжение, физическая усталость, стрессовое состояние) способствуют возникновению болезни.

Целью настоящего исследования явилось изучение микробной обсемененности в условиях лица, формирование профилактических мероприятий для учащихся.

Задачи:

- во-первых, изучить микробную обсемененность в условиях лица;
- во-вторых, провести идентификацию возбудителей обсеменяющих окружающую среду лицейстов;
- в-третьих, провести сравнительный анализ обсемененности в различных условиях работы и жизни лицейстов;

- в-четвертых, сформировать и реализовать профилактические мероприятия, напрямую влияющие на здоровье и качество жизни.

Результаты и методы

Использовался седиментационный метод, проводились серии опытов со средами Сабуро и ЖСА. Исследовали воздух в кабинетах, коридорах лицея; учебное оборудование (мониторы, клавиатуры); ладони рук лицейстов. Этапы: проведение серии опытов с (забором воздуха, посевами с рук, клавиатуры, мыши) на различные среды (Сабуро, ЖСА), сравнительный анализ, обобщение полученных данных.

Всего в рамках нашего исследования было проведено две серии опытов (25 учащихся): В первой серии опытов определялась обсемененность (воздуха в коридорах, учебных кабинетах; рук учащихся 8го класса; компьютеров, мышей, клавиатур) использовался метод Коха (седиментационный) с посевом на чашку Петри со средой Сабуро для идентификации патогенной микрофлоры (грибов, кокков, палочек).

Ход опыта определение обсемененности (воздуха в коридорах, учебных кабинетах): в стерильные чашки Петри была залита специальная среда Сабуро (питательная благоприятная среда для роста и размножения микроорганизмов, предпочитающие данные условия для жизнедеятельности - разновидности грибковой флоры, различные кокки и палочки). Чашки были открыты в исследуемых помещениях в коридоре и классе, в открытом состоянии оставались в течение перемены, затем были закрыты и помещены в условия термостата при t 37C на 4 суток. Затем чашки изымались и идентифицировались под микроскопом. Определялись виды возбудителей, наличие колоний и их количество. [Таблица 1].

Таблица 1.

Идентификация возбудителей в воздухе коридора и кабинета (в м³).

	Дрожжи	Плесень	Палочки	Кокки
Идентификация возбудителей в воздухе коридора (в м ³)	800	880	620	280
Идентификация возбудителей в воздухе кабинета (в м ³)	640	720	540	250

Ход опыта определение обсемененности рук учащихся с использованием метода смывов. Стерильным тампоном, смоченным в стерильном физиологическом растворе (0,9% NaCl), производили смывы с рук учащихся, затем штриховыми движениями осуществляли посев на стерильную поверхность среды на чашку Петри. Инкубировали в термостате в течение 4х суток при t 37C. Затем чашки изымались и идентифицировались под микроскопом.

Ход опыта определение обсемененности компьютеров, мышей, клавиатур с использованием метода

смывов. Стерильным тампоном, смоченном в стерильном физиологическом растворе (0,9% NaCl), производили смывы с компьютеров, мышей, клавиатур. Каждый предмет сеяли отдельно на чашки, которые подписывали, посева проводили штриховыми движениями, осуществляли на стерильную поверхность среды, на чашку Петри. Инкубировали в термостате в течение 4х суток при t 37C. Затем чашки изымались и идентифицировались под микроскопом. Определялись виды возбудителей, наличие колоний и их количество. [Таблица 2]

Таблица 2.

Идентификация возбудителей с компьютерной мыши, монитора, клавиатуры (в м³).

	Дрожжи	Плесень	Палочки	Кокки
Идентификация возбудителей с компьютерной мыши (в м ³)	820	400	380	150
Идентификация возбудителей с монитора (в м ³)	240	120	-	-
Идентификация возбудителей с клавиатуры (в м ³)	640	520	420	280

Во второй серии опытов использовался метод смылов с последующим посевом на желтушно-солевой агар (для идентификации стафилококков) с последующим инкубированием в термостате в течение 4х суток. На ЖСА высеян стафилококк золотистый (*St. aureus*).

Расчёт колоний образующих единиц (КОЕ) производился по формуле Амиляна для определения общего микробного числа колоний в чашке. Для этого количество выросших колоний в чашке умножали на 80 (т.к. 8 см – это диаметр чашки) и получали ответ. Например: 11(общее кол-во в одной колонии микроорганизмов) * 80 = 880 см³

Обсуждение и выводы. Новизна исследования заключается в получении данных об обсемененности окружающей среды учебного заведения и возможного влияния на здоровье учащихся. Практическая значимость заключается в возможности использовать полученные данные для формирования профилактических мероприятий.

Исследование показало высокую обсемененность воздуха, компьютерного оборудования, рук школьников и среды обитания, что оказывает большое отрицательное воздействие на самочувствие школьников, усугубляя имеющиеся соматические заболевания, вызывая аллергические реакции, состояние хронической усталости, общее снижение иммунитета и повышают риск восприимчивости к инфекциям.

В результате проведенных исследований наблюдается высокий рост обсемененности помещений (коридора и учебного кабинета) значительно превышающий нормативы допустимые для помещений подобного рода.

Высеянный стафилококк золотистый с рук школьников, компьютерной мыши и коридора, является показателем высокой обсемененности т.к. данный возбудитель является высоко патогенным вызывающим ряд заболеваний (в том числе гнойничковые, заболевания дыхательных путей).

Выявлена значительная загрязненность предметов работы школьников (компьютерной мыши, клавиатуры).

Наиболее частыми возбудителями, встречающимися в стенах учебного заведения являются, грибы: рода кандиды (дрожжи) и плесневые грибы), являющиеся серьезными аллергенами вызывающие сенсibilизацию организма школьника, тем самым усугубляя те-

ние других заболеваний. Предложены следующие рекомендации:

- Проводить влажные уборки с современными дезинфицирующими средствами (жавелин, жавелар), не обладающими запахом, не имеющими устойчивости, так как многие возбудители инфекций приобрели устойчивость к хлорке.

- Часто проветривать помещения.

- Ввести кварцевание помещений, особенно в осенне-зимний период УФО лампой по 10-15 минут каждый класс.

- Обеспечить школьников моющими средствами.

- Следить за чистотой рук перед употреблением пищи.

Литература:

1. Воробьев А.В., Быков А.С., Пашков Е.П., Рыбакова А.М. Микробиология: Учебник. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003. - 336 с. - (Учеб. лит. для студ. фарм. вузов). - ISBN 5-225-04411-5
2. Гусев М.В., Минеева Л.А. Микробиология: Учебник для студ. биол. специальностей вузов. - 4-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 464 с. - ISBN 5-7695-1403-5
3. Дорошенко А.О. Достижения советской микробиологии, М., 1959; - С. 23-35.
4. Работнова И. Л., Общая микробиология, М., 1996; - 220с.
5. Мейнелл Дж., Мейнелл Э., Экспериментальная микробиология, пер. с англ., М., 1997; - 340 с.
6. Заварзин Г.А., Колотилова Н.Н. Введение в природоведческую микробиологию. - М.: Книжный дом «Университет», 2001. - 256 с. - ISBN 5-8013-0124-0
7. Коляков Я. Е., Ветеринарная микробиология, 3 изд., М., 1998; 148 с.
8. Лысак В.В. Микробиология: учеб. пособие. — Минск: БГУ, 2007. — 426 с. — ISBN 985-485-709-3
9. Мейнелл Л. Э., Экспериментальная микробиология, пер. с англ., М., 2006; - 218 с.
10. Шлегель Г., Общая микробиология, пер. с нем., М., 1972. -С. 192 – 199.
11. Шлегель Г. Г. История микробиологии. - М: изд-во УРСС, 2002. - ISBN 5-354-00010-6
12. Фробишер М., Основы микробиологии, пер. с англ., М., 2005; - 367 с.

Тұжырым**ОҚУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ТАЗАЛАҒЫН ЗЕРТТЕУ
(ММ «ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЛИЦЕЙ» МЫСАЛЫНДА)**

А.Ж. Байбусинова, Е.А. Сундеева, О.А. Заворохина, В.К. Сундеева
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Оқушылардың оқу орнында қоршаған ортаның микробиологиялық тазалығын зерттеу жүргізілді, зерттеу барсында оқу орнында микробиологиялық тазалығы стандарттаға сай емес екені анықталды.

Негізгі сөздер: оқушылар, зерттеу, денсаулық, қоздырғыштар

Summary**RESEARCH OF PURITY OF ENVIRONMENT IN SCHOOLS
(FOR EXAMPLE SI "ECONOMIC LYCEUM")**

A.Zh. Baybussinova, E.A. Sundeeva, O.A. Zavorokhina, V.K. Sundeeva
Semey State Medical University

Study of student's environmental cleanliness showed high contamination that adversely effects on the health of adolescents.

Key words: pupil, study, healthy, pathogen.

УДК 615.03

Л.И. Павлова, К.С. Калиева, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова, Г.Ж. Менгалиева

Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра фармакологии

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, СОДЕРЖАЩИХ БИОЛОГИЧЕСКИЕ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА РАЗЛИЧНОЙ ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

Аннотация

В данной статье раскрываются биологически активные вещества различной химической структуры, содержащиеся в лекарственных растениях: мялиссе лекарственной, плодах расторопши пятнистой, в корнях и траве верблюжьей колючки. Приведены методика приготовления и способы применения лекарственных форм вышеперечисленных лекарственных растений.

Ключевые слова: растения, лекарственные формы, биологически активные вещества.

Актуальность

В последнее десятилетие все более возрастает необходимость изучения лекарственных растений как источников фармакологически активных веществ, их химический состав и применение в медицинской практике.

Применение лекарственных растений основано на использовании их химического состава и в зависимости от этого их способности оказывать противовоспалительное, спазмолитическое, седативное, гепатопротекторное действие. Таким действием, согласно химического состава, обладают следующие растения: мялисса лекарственная, плоды расторопши пятнистой, а также корни и трава верблюжьей колючки.

Цель работы определить химический состав, изучить фармакологические свойства и применение в медицинской практике мялиссе лекарственной, плодов расторопши пятнистой, а также корней и травы верблюжьей колючки.

Методы товароведческий анализ, инструментальные методики.



Рисунок 1.
Мелисса лекарственная

Мелисса лекарственная (Рис.1.)

Химический состав. Трава растения содержит до 0,33% эфирного масла, в состав которого входят цитраль (55-60%), цитронеллаль (5%), мирцен, гераниол, липоальдегиды, аскорбиновая кислота (до 150 мг), горечь, слизь. В листьях – до эфирного масла, около 5% конденсированных дубильных веществ, кофеиная, олеановая, урсоловая кислоты; в семенах – до 20% жирного масла.

В надземной части содержатся: зола – 7,57%; макроэлементы (мг/кг): К – 31,20, Na – 13,80, Mn – 5,40, Fe – 0,10; микроэлементы (мкг/г): Mg – 24,80, Cu – 8,88, Zn – 46,80, Mo – 0,24, Cr – 0,24, Al – 105,68, Ba – 45,04, V – 0,16, Se – 0,15, Ni – 0,88 –

22,20, Pb – 1,76, B – 59,60, - 0,05. Не обнаружены Co, Cd, Li, Au, Ag, Концентрирует Se.

Фармакологические свойства. Растение обладает спазмолитическим, болеутоляющим, успокаивающим, гипотензивным, мочегонным, ветрогонным действием, улучшает пищеварение. Настой мялиссе замедляет частоту дыхания, способствует урежению сердечных сокращений, понижает артериальное давление.

Применение в медицине.

Надземная часть. В народной медицине используется настой (внутри) при заболеваниях нервной системы, атонии желудка, сердечно-сосудистых заболеваниях: гипертонии, тахикардиях, а также при бронхиальной астме, бессоннице, меланхолии, а также обладает потогонным, стимулирует пищеварение и снимает икоту. Кроме того применяется при токсикозах беременных, мигрени, малокровии, подагре, применяется как лактогенное средство. Сок для возбуждения аппетита, при запорах и метеоризме.



Рисунок 2.
Расторопша пятнистая

Расторопша пятнистая (Рис. 2.).

Основными действующими веществами являются флавоноиды и флавонолигнаны (сибилин, силикристин, милидианин). Кроме того, содержатся алколоиды, вапонины, жирное масло (до 25%), белки, витамин К, смолы, слизь, тирамин, гистамин, а также макро- и микроэлементы. Уже по составу действующих веществ ясно, что расторопша пятнистая должна

способствовать восстановлению функций больной печени. Болезни печени очень часты. Острый гепатит (инфекционное воспаление печени), который в большинстве случаев сопряжен с желтухой, возникает у человека вследствие заражения. Он часто оставляет тяжелые длительные осложнения. Необходимо правильно питаться и избегать алкоголя в течение определенного периода, пока анализ крови не даст нормальных результатов, показав здоровое состояние печени.

Рецепт травяного чая из расторопши пятнистой:

1 чайную ложку семян (столько же травы, если вы ею пользуетесь) залить $\frac{1}{4}$ литра кипящей воды, настаивать 10-20 минут и процедить. Чай пьют горячим, небольшими глотками, по 1 чашке утром натощак, за полчаса до обеда и вечером, перед сном. Чай из расторопши можно мешать с чаем из перечной мяты, этим достигается не только улучшение вкуса, но и во многих случаях усиление действия.



Рисунок 3.

Верблюжья колючка

Верблюжья колючка (Рис. 3). Корни растения содержат витамин С, дубильные вещества, алколоиды и кумарины. Во всем растении содержатся органические кислоты, каучук, эфирные масла, катехины и флавоноиды. Отвар корней верблюжьей колючки оказывает противовоспалительное, вяжущее, жаропонижающее и мочегонное действие. Настой и отвар помогает при дизентерии и геморрое, оказывая слабительное и мочегонное действие. Настой можно применять для принятия ванн при промывании ран. В настоящее время в Казахстане проводятся исследования по противоопухолевому действию данного растения.

Ангину, гнойный отит, эрозию шейки матки и экземы также можно вылечить, если применять настой или отвар верблюжьей колючки. Верблюжья колючка выделяет удивительное вещество – манну. Манна (суррогат сахара) – это средство, которое является слабительным, мочегонным и жаропонижающим.

Отвар корней верблюжьей колючки. Для приготовления берем 2 чайные ложки корней, не измельченных, и заливаем стаканом кипятка. Ставим на огонь на 7 минут. Настояв в темном помещении в течение 30 минут, отвар остужаем. Вся эта жидкость должна быть выпита за один раз утром на голодный желудок. Отвар оказывает слабительное действие.

Настой травы верблюжьей колючки для ванн. 4 столовые ложки травы растения залить 500 мл кипяченой воды и настаивать в течение двух часов. Готовый отвар процедить. Принимать в виде ванн при эрозии шейки матки, при наличии ран, гнойном отите и геморрое.

Отвар верблюжьей колючки при водянке. Залить 250 мл кипятка 20 грамм корней растения, нужно нагреть на малом огне минут 25. Далее снимайте с огня и дайте настояться 30 минут. Процедить отвар. Принимать такой отвар необходимо ежедневно за полчаса до еды, по 4 столовые ложки трижды в день.

Настой верблюжьей колючки. 1 чайную ложку измельченных корней растения залить 250 мл кипятка. Оставить настаиваться на треть часа. Применяют такой настой для полосканий горла при болях и лихорадочном жаре.

Литература:

1. Муравьева Д.А. Фармакогнозия. Москва, - 1991. - С. 508-521.
2. Павлова Л.И. Курс лекции для студентов фармацевтического факультета, - 2006, - С. 140-148.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства, XVI издание, - 2012. - С. 231-234
4. Лекарственные растения, Москва. - 2012, - С. 133-138.

Тұжырым

ҚҰРАМЫНДА БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРЫ БАР ӘР ТҮРЛІ ХИМИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМДЫ ДӘРІЛІК ӨСІМДІКТЕРДІ ҚОЛДАНУ

Л.И. Павлова, К.С. Калиева, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова, Г.Ж. Менгалиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Фармакология кафедрасы

Осы мақалада құрамында биологиялық белсенді заттары бар әртүрлі құрылымды дәрілік өсімдіктерді қолдану, олардың қасиеттері, қолданылмайтын жағдайлары мен жанама әсерлері жазылған. Соңғы он жылдықта фармакологиялық белсенді заттардың көзі ретінде дәрілік өсімдіктерді зерттеу, олардың химиялық құрамы және медициналық тәжірибеде қолданылуы біршама жоғарылаған.

Негізгі сөздер: дәрілік сермене, алатікен, биологиялық белсенді заттар.

Summary

THE APPLICATION OF MEDICINE PLANTS WITH BIOLOGIC ACTIVE SUBSTANCE BY DIFFERENT CHEMICAL STRUCTURE

L.I. Pavlova, K.S. Kalieva, E.K. Ozhammetova, M.I. Sherstobitova, G.Zh. Mengalieva

Semey State Medical University

The chair of pharmacology

This article describes the biologically active substances with different chemical structures as contained in medicinal plants: lemon balm, silybum spotted fruits of, roots and grass in camel thorn. We provide the method preparation and ways of application of the above dosage forms of medicinal plants.

Key words: plants, formulations of biologically active substances.

УДК 616: 6:66-085

Р.А. Азаматова

Воинская часть 5511, г. Семей

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭМАНЕРА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Аннотация

В рандомизированное исследование было включено 60 пациентов с язвенной болезнью 12 ПК. Средний возраст пациентов составил 34,6±1,2 лет. Первую группу составили 30 больных с язвенной болезнью 12 ПК. В составе комбинированной антибактериальной терапии с целью эрадикации *Helicobacter pylori* применяли: Эманера в дозе 20 мг, амоксициллин - в дозе 1 г и фромилд (кларитромицин) - в дозе 500 мг. Все препараты принимались 2 раза в сутки 14 дней. Вторую группу составили 30 пациентов с язвенной болезнью 12 ПК, которые вместо эманеры получали омепразол 20 мг х2р в сутки. Включение эманеры в эрадикационную терапию обусловило улучшение как субъективных, так и объективных показателей выраженных в большей степени чем в группе сравнения.

Ключевые слова: эрадикационная терапия, Эманера, фромилд (кларитромицин), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования - изучить влияние препарата эманеры у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (12ПК) при комбинированной эрадикационной терапии.

Материалы и методы. В рандомизированное исследование было включено 60 пациентов с язвенной болезнью 12 ПК. Средний возраст пациентов составил 34,6±1,2 лет. Длительность заболевания составила 12,6±1,2 лет. Первую группу составили 30 больных с язвенной болезнью 12 ПК. В составе комбинированной антибактериальной терапии с целью эрадикации *Helicobacter pylori* применяли: Эманера (эзомепразол) в дозе 20 мг, амоксициллин - в дозе 1 г и фромилд (кларитромицин) - в дозе 500 мг. Все препараты принимались 2 раза в сутки 14 дней. Вторую группу составили 30 пациентов с язвенной болезнью 12 ПК, которые были сопоставимы с группой наблюдения по длительности

заболевания, возрасту, объему лечения, вместо эманеры получали омепразол 20 мг х2р в сутки.

Для обследования пациентов использовали клинические, инструментальные (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС исходно, ФГДС контроль), лабораторные методы (в том числе кровь на ПЦР диагностику *Helicobacter pylori*). Эффективность лечения оценивали по динамике изменения характера и выраженности субъективных жалоб, которые пациент оценивал как: 1- слабо, 2- умеренно, 3- значительно выраженные, а также по показателям ФГДС, результатам ПЦР диагностики.

Результаты исследований и обсуждение:

В таблице 1 представлена динамика субъективных жалоб при комбинированном лечении язвенной болезни 12 ПК с добавлением препарата эманера.

Таблица 1.

Динамика субъективных жалоб при комплексном лечении язвенной болезни 12 ПК с добавлением препарата эманера+фромилд.

Жалобы	Баллы	До лечения	После лечения
Боли в области эпигастрия, ночные, голодные	0	5 (16,6%)	1 (3,3%)
	1	5 (20%)	-
	2	10 (40%)	-
	3	10 (40%)	-
Изжога	0	4 (13,3%)	1 (3,3%)
	1	5 (19,2%)	-
	2	-	-
	3	21 (80,7)	1 (3,8%)
Отрыжка воздухом	0	-	-
	1	30 (100%)	3 (10%)
	2	-	-
	3	-	-
Общая слабость	0	-	-
	1	4 (13,3%)	1 (3,3%)
	2	14 (46,6%)	1 (3,3%)
	3	12 (40%)	-
Тошнота	0	-	-
	1	4 (13,3%)	-
	2	14 (46,6%)	1 (3,3%)
	3	12 (40%)	1 (3,3%)

Включение эманеры в эрадикационную терапию обусловило улучшение как субъективных, так и объективных показателей. Болевой синдром после лечения комбинированной терапией в первой группе

(включающей эманера, фромилд) был купирован у 25 пациентов (83,3%) что на 13,3% больше, чем во второй группе контроля (70%). Отмечена положительная динамика в первой группе.

Таблица 2

Изменение показателей ФГДС у больных язвенной болезнью 12 ПК в комбинированной эрадикационной терапии с применением препарата эманера+фромилд.

Показатель	1 группа до лечения	1 группа ч/з после леч.	2 группа до леч.	2 группа после леч.
Диаметр язвы 12 ПК исходно	3,5±1,2	Рубцевание в 100%	3,4±1,1	Рубцевание в 85%
Рубцовая деформация луковицы 12 ПК	24 (80%)	28(93,3%)	25(83,3%)	30(100%)
Дуоденогастральный рефлюкс	25(83,3%)	8(26,6%)	25(83,3%)	16(53,3%)
Эрозивный эзофагит	26(86,6%)	5(16,6%)	28(93,3%)	15(50%)
Эрозивный гастрит	26(86,6%)	5(16,6%)	28(93,3%)	15(50%)
Хронический гастрит обострение	20(66,6%)	2(6,6%)	29(96,6%)	16(53,3%)
ПЦР диагностика Helicobacter pylori	30(100%)	-	30(100%)	3(10%)

По данным таблицы №2 наблюдалась тенденция к улучшению показателей ФГДС: в первой группе рубцевание язв 12 ПК на 15% больше чем во второй группе. После проведения комбинированной эрадикационной терапией в первой группе при проведении ПЦР исследований Helicobacter pylori не было выявлено.

Побочных эффектов при комбинированной терапии препарата ингибитора протонной помпы эманера и фромилд отмечено не было.

Выводы. Использование комбинации препаратов эманера, фромилд целесообразна, и может быть рекомендована в проведении комбинированной эрадикационной терапии язвенной болезни 12 ПК.

Литература:

1. Белобородова Э. И., Корнетов Н. А., Орлова Л. А. Патофизиологические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Клинич. медицина. - 2002. - № 7. - С. 36-39.

2. Мишкина Т.В. Диагностическая значимость метода полимеразной цепной реакции при генотипировании Helicobacter pylori у детей с хронической гастродуоденальной патологией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2007. - 23 с.

3. Минушкин О. Н., Зверков И. В., Дёмина Е. А., Шульцова А. Г. Прогностические критерии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клинич. медицина. - 2001. - № 2. - С. 51-53.

4. Соколова Г. Н., Комаров Б. Д., Потапова В. Б., Губина А. В., Шляховский И. А. Лечение язвенной болезни у лиц пожилого возраста // Тез. 5 съезда науч. о-ва гастроэнтерологов России. - М., 2005. - С. 157-158.

5. Окоороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / Медицинская литература. - Москва. - 2004 г.

6. Фадеев Г. Д. Современные представления о Helicobacter pylori - негативной язвенной болезни // Соврем. гастроэнтерология. - 2003. - № 2 (12). - С. 4-6.

Тўжырым

ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК ЖАРАСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ЭМАНЕРА ДӘРМЕГІН ҚОЛДАНУ

Р.А. Азаматова

Семей қ. 5511 Ішкі әскері

Рандомизирленген зерттеуге 12 ЕІ жара ауруы бар 60 науқас енгізілді. Науқастардың орташа жасы 34,6±1,2 жасты құрады. Бірінші топ құрамында 12 ЕІ жара ауруы бар 30 науқас болды. Helicobacter pylori эрадикация әдісін қолдану мақсатындағы бактерияға қарсы аралас терапия құрамында мыналар қолданылды: 20 мг мөлшерде Эманер, 1 г мөлшерде амоксициллин мен 500 мг мөлшердегі фромилд (кларитромицин). Барлық дәріктер 14 күн бойы тәулігіне 2 реттен қабылданды. Екінші топ құрамында эманер орнына тәулігіне 2 рет 20 мг омепрозол қабылдаған 12 ЕІ жара ауруы бар 30 науқас болды. Эманерді эрадикациялық терапияға енгізіп қолдану салыстырмалы топтағыдан қарағанда жоғары дәрежеде көрінген субъективті, сондай-ақ объективті көрсеткіштердің жақсаруына себепші болды.

Негізгі сөздер: эрадикациялық терапия, эманера, фромилд, 12 ЕІ жара ауруы.

Summary

APPLICATION OF ÈMANERA IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER OF DISEASE DUODENAL ULCERS

R.A. Azamatova

Military unit 5511. Semey c.

Abstract: in a randomized study included 60 patients with duodenal ulcer. The average age of the patients was 34,6 + 1,2 years. The first group consisted of 30 patients with duodenal ulcer. Of combination antibiotic therapy for Helicobacter pylori infection in Èmanera: used in a dose of 20 mg, amoxicillin, in the dose of 1 g and fromilid (clarithromycin) in the dose of 500 mg. All products are taken 2 times a day for 14 days. The second group consisted of 30 patients with peptic ulcer 12 PCs instead of èmanery received omeprazol 20 mg x2p per day. The inclusion of èmanery in eradication therapy has led to improvements in both subjective and objective indicators expressed by more than in the comparison group.

Key words: eradication therapy, Èmanera, fromilid (clarithromycin), disease duodenal ulcers.

УДК 616.33-002.44-06

К.К. Уашпаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

СОЧЕТАНИЕ ЧЕТЫРЕХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА**Аннотация**

Сочетание четырех осложнений язвенной болезни желудка создает определенные трудности в выборе хирургической тактики и адекватного объема операций. Применение активной хирургической тактики при таких язвах способствует снижению частоты осложнений и летальности. Операцией выбора считаем резекцию желудка.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвы, осложнения, резекция желудка.

Осложненное течение гастродуоденальных язв является актуальной проблемой желудочной хирургии и нередко встречается у лиц молодого возраста. За последние 20-25 лет отмечается рост операций, выполняемых по неотложным показаниям (1,5 - 2,5 раза) у больных с осложненными формами язвенной болезни [2, 3, 5]. В практике хирурга редко встречается сочетание одновременно четырех осложнений язвенной болезни, поэтому приводим наше наблюдение.

Больной М. 1968г.р. поступил в хирургическое отделение городской больницы 04.10.2011 года, через 1 час после острого начала заболевания с жалобами на сильные боли в животе. На фоне удовлетворительного самочувствия появилась «кинжальная» боль в животе. Из анамнеза удалось выяснить, что больной состоит на учете по язвенной болезни желудка.

Общее состояние больного тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледноватой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс до 100 ударов в 1 минуту АД-110/70 мм-рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, пальпаторно болезненный во всех отделах. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявлен свободный газ под куполами диафрагмы.

Общий анализ крови: НВ-112 г/л Эр.-3,5*10¹².Л- 16.4*10⁹. п-12%.с-69%. М-4%,Л-15%,СОЭ-32мм/час.

Больной с предварительным диагнозом перфоративной язвы желудка взят на операцию. Под общим обезболиванием произведена операция - срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено большое количество мутного, коричневого цвета выпота. Брюшная полость осушена. Желудок растянут, больших размеров. На передней стенке пилорического отдела желудка язвенный дефект с перфоративным отверстием в диаметре до 2,0 см. Язвенный дефект переходит на заднюю стенку выходного отдела желудка пенетрируя в поджелудочную железу, выполненный рыхлым тромбом. Резкое сужение выходного отдела желудка. В тонком кишечнике определяется кровь. С учетом интраоперационной картины сочетания четырех осложнений язвенной болезни-перфорация язвы пе-

редней стенки пилорического отдела желудка, острого язвенного кровотечения задней стенки желудка с пенетрацией в поджелудочную железу и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Выполнена резекция 2/3 желудка по Б-1. После промывания брюшной полости раствором фурацилина подведены дренажные трубки в боковые каналы и к малому тазу. Удалены дренажи на 5 сутки. Швы сняты на 10 сутки, заживление первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через год, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Описанные наблюдения подтверждает что сочетание нескольких осложнений язвенной болезни желудка создает определенные трудности в выборе объема операций.
2. Операцией выбора считаем резекцию желудка.

Литература:

1. Абдуллаев Дж.С. Опыт хирургического лечения гастродуоденальных язв желудка. // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 1999. № 8. – С. 8-11.
2. Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия - Москва. - Медиа Сфера. – 2006. №6. – С. 26-30.
3. Горбунов В.Н., Сытник А.П., Корнев Н.Н., Гордеев С.А., Столярчук Е.В., Уржумцева Г.А. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв // Хирургия. - Москва. Меди Сфера. – 1998. №9. – С. 14-17.
4. Гостишев В.К., Евсеев М.А. Патогенетические аспекты рецидивов гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера. – 2004. - №5. – С. 55-56.
5. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера. – 2005. №1. – С. 58-64.
6. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы. // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера – 2005. №3. – С. 27-29.
7. Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М., Шадуров Б.Ш. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера. – 2006. №11. – С. 18-23.

Тұжырым**АСҚАЗАН ОЙЫҚ ЖАРА АУРУЫ ҮЙЛЕСУІНІҢ ТӨРТ ТҮРІ**

К.К. Уашпаев

ШЖҚК МК «Риддер қалалық ауруханасы»

Асқазан ойық жара ауруының төрт түрлі асқынуының үйлесуі ота көлемі мен тәсілін таңдауда қиыншылықтар тудырады. Белсенді хирургиялық әдістерді қолдану асқынулар жиілігі мен өлім көрсеткішін төмендетеді. Таңдаулы оталық әрекет ретінде асқазан резекциясын санаймыз.

Негізгі сөздер: асқазан ойық жара ауруы, асқыну түрлері, асқазан резекциясы.

Summary
COMBINATION OF FOUR COMPLICATIONS OF THE GASTRIC ULCER PROGRESS
K.K. Uashpaev
Ridder Municipal Hospital

The combination of four complications (perforation, bleeding, penetration, stenosis of the pyloric part of the stomach) of the gastric ulcer make some difficulties in choosing the surgical approach and the appropriate extent of surgical operations. The use of the active surgical approach in such ulcers helps to reduce the frequency of complications and mortality. We consider the gastric resection as an appropriate operation of choice.

Key words: *gastroduodenal ulcers, complications, gastric resection.*

УДК 616.33-002.44/.45-053.2

К.К. Уашпаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

СЛУЧАЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА

Аннотация

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в детском возрасте встречается редко, еще реже наблюдается осложнение ее перфорацией. Важное значение в диагностике прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки имеет обзорная рентгенограмма брюшной полости. При прободной язве предпочтительно ее простое ушивание.

Ключевые слова: *Гастроудоденальные язвы, перфорация, ушивание язвы.*

В литературе широко изложены вопросы о прободных гастроудоденальных язвах у взрослых больных. Однако данная проблема остается актуальной и в детском возрасте в связи с ее редкостью, трудностями диагностики, врачебной тактики и лечения, о чем говорят появляющиеся до настоящего времени единичные сообщения. Язвенная болезнь в детском возрасте составляет от 3,6% до 13,5% гастроэнтерологических заболеваний [1] еще реже у детей наблюдается осложнение ее перфорацией. Перфорацию язвы желудка мы наблюдали у ребенка в возрасте 9 лет. Приводим это наблюдение.

Ребенок Т. Поступила в хирургическое отделение 04.09.2005 г, через 2 часа с момента заболевания с жалобами на сильные боли в животе с иррадиацией в левое надплечье. Заболела внезапно, после приема жидкости, появились резкие боли в эпигастральной области, которые распространились по всему животу. Из анамнеза выяснено, что ребенок наблюдается у педиатра по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Обследование желудка не производилось.

Состояние при поступлении тяжелое. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледной окраски, чистые. Стонет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс до 100 ударов в 1 минуту. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. Пальпаторно - выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость не определяется. На обзорной рентгенограмме брюшной полости под куполом диафрагмы определяется свободный газ.

Диагноз: Перфоративная гастроудоденальная язва. Под общим обезболиванием произведена верхне - срединная лапаротомия. В правой половине брюшной полости и малом тазу небольшое количество мутной слизистой жидкости. На передней стенке пилорического отдела желудка обнаружена перфоративная язва раз-

мерами 0,5 x 0,4 см с выраженной воспалительной инфильтрацией. Язва ушита узловыми швами с перитонизацией сальником на ножке. Брюшная полость после санации осушена, послойно ушита после подведение дренажной трубки в малый таз. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 3 сутки после операции, швы сняты на 10 сутки. Заживление первичным натяжением. Взята на диспансерный учет. Осмотрена через год, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Приводя данные наблюдение мы хотели обратить внимание на редкость перфоративной язвы желудка у детей.
2. Для постановки правильного диагноза оказалось необходимым выполнение обзорной рентгенограммы брюшной полости.
3. При прободной язве предпочтительно её простое ушивание.

Литература:

1. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 1999. № 7. – С. 19-22.
2. Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г., Мударисов Р.Р. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв. // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2000. №5. – С. 4-6.
3. Ефименко Н.А., Перегудов С.И., Сухоруков А.Л и др. Современные подходы к эндовидеохирургии перфоративных язв // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2000. №10 – С. 62-63.
4. Курбанов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастроудоденальных язв // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2005. № 12. - С. 33-35.
5. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастроудоденальных язв // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 1999. № 6. - С. 15-19.

6. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2005. № 3. – С. 27-29.

7. Садыков Ф.Г., Юлдашев М.Т. Перфоративная язва желудка у ребенка // Вестник хирургии. - Санкт-Петербург «Гиппократ» - 1993. №5. – С. 61-62.

Тұжырым

БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСКЕН АСҚАЗАН ОЙЫҚ ЖАРАСЫНЫҢ ТЕСІЛУІ

К.К. Уашпаев

ШЖҚК МК «Риддер қалалық ауруханасы»

Асқазан және ұлтабар ойық жара ауруы балаларда сирек кездеседі. Сонымен бірге бұл аурудың тесіліп асқынуы одан да сирек кездеседі. Асқазан және ұлтабар ойық жарасы тесілгенде диагноз қою үшін құрсақ қуысының шолу рентгенографиясы мен УДЗ-ның маңызы зор. Ойық жараның тесілуінде жараны қарапайым тігу тиімді әдіс болып саналады.

Негізгі сөздер: Асқазан және ұлтабар ойық жара ауруы, тесілуі, ойық жараның тігілуі.

Summary

THE CHILD'S PERFORATED GASTRODUODENAL ULCER CASE

К.К. Uashpaev

Ridder Municipal Hospital

Gastroduodenal ulcer is rare in childhood, complication of its perforation is even more rarely. Survey radiograph and ultrasound investigation of the abdominal cavity are important in the perforated gastroduodenal ulcer diagnosis. In case of the perforated ulcer, its simple suturing is preferable.

Key words: gastroduodenal ulcers, perforation, gastric ulcer suturing.

УДК 617.546-009.7-085

А.Т. Смагулов

Консультативно-диагностическая поликлиника №3, г. Семей

АДЕКВАТНАЯ ПРОТИВОБОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДОРСОПАТИЙ В ПРАКТИКЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО НЕВРОЛОГА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФАСТУМ ГЕЛЬ®

Аннотация

В статье приведён опыт применения препарата Фастум гель® при проведении противоболевой терапии дорсопатий у 43 пациентов. Выявлено положительное влияние на динамику болевого синдрома.

Ключевые слова: Фастум гель®, заболевания позвоночника, дорсопатии.

В 20-е годы прошлого столетия дрезденский патологоанатом К. Шморль выявил, что позвоночник формируется к 20 - 22 годам и вскоре вступает в стадию раннего старения, изнашивания. В межпозвонковых дисках под влиянием нагрузок, уже начиная с третьего десятилетия, начинаются процессы перерождения [1,2].

Остеохондроз (osteochondrosis: по-гречески osteon - кость + chondros - хрящ) - дистрофический процесс суставного хряща и подлежащей костной ткани. В основе данного заболевания лежит прогрессирующая деформация (изменение формы и преждевременный износ) межпозвонкового хрящевого диска с последующим поражением позвонков, межпозвонковых суставов и связок [1]. В настоящее время за рубежом и в нашей стране для диагноза комплексных дегенеративных изменений позвоночника больше принят термин «Дорсопатия».

По мнению ряда авторов [3], термин "дорсопатии" в соответствии с МКБ-10 должен постепенно заменить термин «остеохондроз позвоночника», типичными проявлениями которого является дегенерация межпозвонкового диска и сегментарная нестабильность позвоночника.

В раздел «деформирующие дорсопатии (M40–M43)» включены:

- M40 Кифоз и лордоз (исключен остеохондроз позвоночника);
- M41 Сколиоз;
- M41.1 Юношеский идиопатический сколиоз;
- M41.4 Нервно-мышечный сколиоз (вследствие церебрального паралича, полиомиелита и других заболеваний нервной системы);
- M42 Остеохондроз позвоночника;
- M42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника (болезнь Шейермана);
- M42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых;
- M43 Другие деформирующие дорсопатии;
- M43.1 Спондилолистез;
- M43.4 Привычные атланта-аксиальные подвывихи.

Как видно, этот раздел классификации содержит различные деформации, связанные с патологической установкой и искривлением позвоночника, дегенерацией диска без его протрузии или грыжи, спондилолистезом (смещением одного из позвонков относительно другого в переднем или заднем его варианте) или подвывихами в суставах между первым и вторым шейными позвонками.

Болевой синдром в области спины относится к наиболее частым жалобам, с которыми больные обращаются к неврологу поликлиники. Согласно данным

экспертов ВОЗ, около 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали боли в спине и не менее 40% больных обращаются за медицинской помощью. У 17% пациентов, страдающих болями в поясничной области, болевой синдром имеет хроническое течение, причем 11% испытывают социальную дезадаптацию из-за болей в спине. Наиболее частой причиной боли в спине являются дорсопатии – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомо-комплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии [1].

Согласно современным исследованиям, дорсопатии – сложный каскадный процесс, в итоге которого межпозвонковый диск (МПД) утрачивает амортизирующую функцию, теряя воду, высыхает, а со временем секвестрируется. Образуется протрузия, а в последующем и пролапс – грыжа МПД. Когда компрессии грыжей диска подвергается прилегающий спинномозговой корешок и соответствующий спинномозговой ганглий, у больного развивается радикулопатия [2]. Классическими проявлениями компрессии корешка считаются стреляющие боли, дерматомная гипалгезия, периферический парез, ослабление или выпадение рефлексов. Обнаружение одного из этих признаков или их совокупности позволяет диагностировать участие корешкового компонента в картине цервикобрахиалгии и люмбоишиалгии наряду со спондилогенными и мышечно-фасциальными болями [3]. Следовательно, провоцирующим моментом поясничной боли являются первичное повреждение (морфологические изменения) либо дисфункция нервной системы. Болевая афферентация может исходить из поврежденного фиброзного кольца, мышц, суставов, связок и нервных корешков, что приводит к выбросу альгогенных соединений (серотонин, гистамин, простагландины, брадикинин, субстанция P и др.) в межклеточную жидкость, окружающую болевые рецепторы.

Оказание медицинской помощи таким больным предполагает проведение комплекса мероприятий, в том числе [5,6]:

- поддержание щадящего режима, обеспечивающего двигательный покой больного;
- проведение коррекции системных метаболических нарушений;
- восполнение дефицита витаминов и питательных веществ;
- назначение препаратов патогенетического действия (антиоксиданты) – в том числе нейрометаболических и нейротрофических средств;
- адекватный контроль болевого синдрома;
- коррекция вегетативной дисфункции и предупреждение соматических осложнений;
- осуществление активной поэтапной реабилитации, включающей лечебную гимнастику, массаж и физиотерапию;
- обеспечение психологической поддержки больного.

В комплексной терапии, в ряду перечисленных мероприятий, первоочередное внимание уделяется своевременному устранению либо облегчению болевого синдрома. С этой целью в настоящее время широко используются анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты и современные методы физиотерапии (лазеро- и УФО-облучение, магнитотерапия и др.) [7,8].

Локальная терапия поражений опорно-двигательного аппарата является весьма эффективным дополнительным методом лечения, а в ряде случаев имеет отчетливые преимущества перед пероральной формой НПВП. Для лечения воспалительных заболева-

ний суставов и периартикулярных тканей используются мазевые, кремовые и гелевые формы НПВП.

Следует отметить, что наиболее удачной формой для противовоспалительной локальной терапии является гель. Наличие спиртовых растворителей, используемых при приготовлении геля, обеспечивает быстрое впитывание лекарственного средства в кожу. Применение геля является более гигиеничным, чем применение мазей или кремов, экономным, так как максимальное количество наносимого препарата проходит кожный барьер. Кроме того, в состав некоторых гелей (Фастум-гель) входят вещества, обеспечивающие проведение действующего вещества через дерму и подлежащие ткани.

Практическая значимость. Проблема выбора адекватной терапии болевого синдрома осложняется массовым поступлением на фармацевтический рынок препаратов, обладающих различной эффективностью. Так, для снижения и купирования болевого синдрома как одного из основных факторов, влияющих на качество жизни больных, в настоящее время применяются препараты, производимые фармацевтической компанией BERLIN-CHEMIE/MENARINI, топикальная группа среди которых представлена препаратом – Фастум-гель®.

Действующее вещество препарата Фастум-гель® – нестероидное противовоспалительное средство – Кетопрофен. Кетопрофен обладает способностью обратимо ингибировать ЦОГ и липоксигеназу – ключевые ферменты, принимающие участие в метаболизме арахидоновой кислоты с образованием простагландинов и лейкотриенов. Кетопрофен является мощным ингибитором брадикинина, одного из химических медиаторов боли и воспаления, и предотвращает выделение лизосомальных ферментов, приводящих к тканевой деструкции. Благодаря синтезу новых основ, позволяющих препаратам быстро всасываться с поверхности кожи и оказывать обезболивающий эффект, местная анальгетическая терапия все активнее внедряется в клиническую практику. Чрескожная проницаемость препарата Фастум-гель® в 2 раза превышает проницаемость гелей на основе диклофенака.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности препарата Фастум-гель® на группе больных с дорсопатиями.

Материалы и методы. В исследование было включено 43 больных (из них 38% – мужчины, 62% – женщины) дорсопатиями с болевыми рефлекторными синдромами в виде цервикобрахиалгического, торакалгического и люмбоишиалгического, в амбулаторных условиях Консультативно-диагностической поликлиники №3 с февраля по сентябрь 2013 г. Средний возраст больных составил 41,7±5,1 года (от 27 до 59 лет), в том числе мужчины – 44,3 года, женщины – 40,3 года. Диагнозы подтверждены данными анамнеза, объективного неврологического обследования больного, методами рентгенографии, и при необходимости, магнитно-резонансной томографии. После врачебного осмотра и верификации диагноза в составе комплексного лечения с информированного согласия пациента, назначалась местная терапия препаратом Фастум-гель, с нанесением препарата 1-3 раза в сутки по 3-5 см геля тонким слоем на кожу в пораженной болевым синдромом области методом лёгкого втирания.

Интенсивность острого болевого синдрома оценивалась по цифровой рейтинговой шкале боли (Numerical Rating Scale, NRS). Шкала состоит из 11 пунктов: от 0 («нет боли») до 10 («худшая боль, какую можно представить»). Снижение боли на 1–2 пункта считается ми-

нимально значимым, снижение на 3 пункта – умеренно значимым, а более чем на 5 пунктов – существенным облегчением боли. Так же оценивался регресс характерной клинической симптоматики и самооценка качества проводимой терапии пациентом.

Результаты и обсуждение

На фоне проводимой терапии проводилась оценка по цифровой рейтинговой шкале боли NRS – до лечения, через 5, 10 и 15 суток после проводимой терапии.

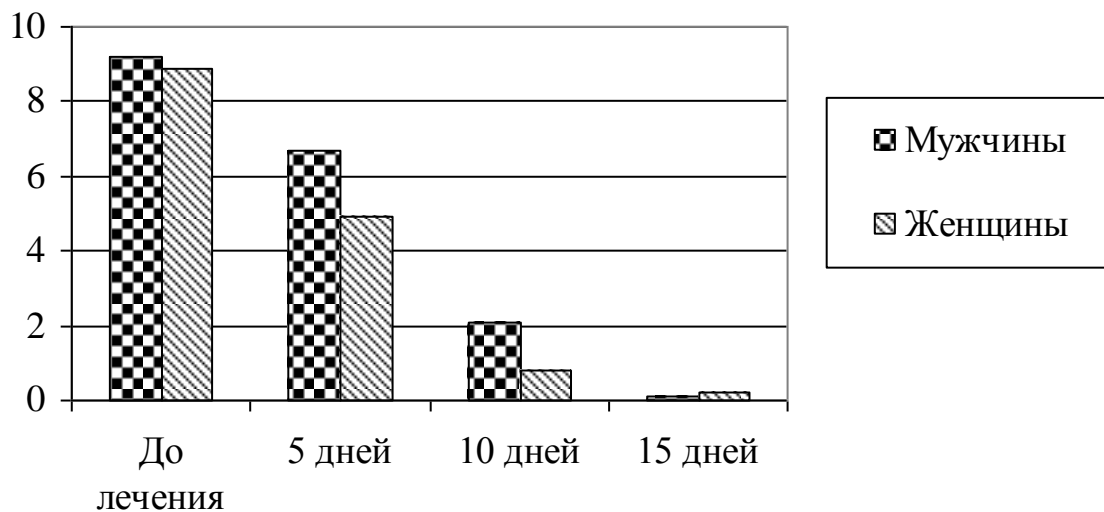


Рисунок 1 – Динамика болевого синдрома в группах мужчин и женщин на фоне проводимой терапии.

В среднем среди мужчин изначальный уровень боли по шкале NRS был незначительно выше такового у женщин $9,2 \pm 0,7$ к $8,9 \pm 0,5$ соответственно (Рисунок 1).

На фоне проведенного лечения интенсивность болевого синдрома снизилась, причём следует отметить значимое снижение боли более чем на 3 бала уже в первые дни лечения и существенное снижение боли более чем на 5 баллов на 10 день терапии. После 10 дней проводимого лечения продолжение местной противоболевой терапии, на фоне сохраняющегося умеренного болевого синдрома потребовалось 18,3% (7 человек), что очевидно связано с несоблюдением пациентами двигательного и охранительного режимов. К

концу второй недели зафиксировано полное купирование болевого синдрома с отменой противоболевых препаратов.

Структура болевого синдрома по шкале NRS до и после лечения у больных с разными формами дорсопатий представлена в таблице 1. Из приведённых данных следует, что подавляющее большинство 39,1% (n-19) представлено люмбоишалгическими дорсопатиями. В целом положительная динамика отмечена во всех трех группах дорсопатий. На основании чего можно сделать вывод об эффективности топикального применения препарата Фастум гель® на всём протяжении позвоночного столба.

Таблица 1.

Структура острого болевого синдрома по шкале NRS до и после лечения.

Вид дорсопатии		Всего обследовано	Число больных			
			Оценка боли по 10–балльной шкале			
			0 баллов	1–3 балла	4–6 баллов	7–10 баллов
Цервикобрахиалгическая	до терапии	14	0	0	10	4
	после терапии	14	13	1	0	0
Торакалгическая	до терапии	10	0	0	4	6
	после терапии	10	9	1	0	0
Люмбоишалгическая	до терапии	19	0	0	10	9
	после терапии	19	17	2	0	0
Всего	до терапии	43	0	0	24	19
	после терапии	43	39	4	0	0

На фоне проводимой терапии наблюдалась хорошая переносимость больными препарата Фастум гель®, о чем свидетельствует достаточно быстрое купирование болевого синдрома, положительное отношение к проводимому лечению пациентами и отсутствие жалоб на диспепсические расстройства и иные характерные для НПВС побочные явления во время и после лечения.

Выводы. Получены данные о высокой противоболевой эффективности препарата Фастум гель® в составе комплексной противоболевой терапии дорсопатий.

Применение препарата Фастум гель® с нанесением 1-3 раза в сутки по 3-5 см геля тонким слоем на кожу в пораженной болевом синдромом области методом лёгкого втирания – следует считать одним из надежных методов в симптоматическом лечении болевого синдрома дорсопатии.

Литература:

1. Иванова Г.Е. Поляев Б.А. Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника - Москва. - 1997. - 213с.

2. Путилина М.В., Гайкин А.В., Казакова Т.В. Дорсопатия поясничного отдела (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Методическое пособие для врачей. М., 2007. -С. 2–12.

3. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Consilium medicum, 2005. №6, - с. 217–283.

4. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. М.:Медпресс-информ, 2002, - С. 70–90.

5. Чуканова Е.И., Гусев Е.И. Мильгамма в терапии болевых синдромов // Медицинский вестник (дайджест). – 2009, № 10–11. – 135с.

6. Левин О.С. Принципы лечения полиневропатий // Медицинский вестник. – 2006, №17 (360), - с. 12.

7. Герасимова М.М., Базанов Г.А. Пояснично-крестцовые радикулопатии (этиология, патогенез, клиника, профилактика и лечение). – Москва–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2003. – 152 с.

8. Боголюбов В.М. Курортология и физиотерапия // Медицина - 2000. – 214с.

9. Боголюбов В.М. «Остеохондроз позвоночника» М. 2004. – 123с.

Тўжырым

ЕМХАНАЛЫҚ НЕВРОЛОГТЫҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ДОРСОПАТИЯНЫҢ АДЕКВАТТЫ АУЫРСЫНУҒА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯСЫ: ФАСТУМ ГЕЛЬ ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

А.Т. Смагулов

Кенестік-диагностикалық №3, Семей қ.

Осы мақалада 43 науқастарда дорсопатияны Фастум гель дәрімен емдеу тәжірибесі туралы жазылған. Фастум гель ауырсынды басатынын көрсетілген.

Негізгі сөздер: Фастум гель®, ауырсыну, дорсопатия.

Summary

PROPER PAIN THERAPY DORSOPATHIES IN OUTPATIENT PRACTICE NEUROPATHOLOGY: EXPERIENCE OF MEDICATIONS FASTUM GEL®

A.T. Smagulov

Consultative-diagnostics polyclinics №3, Semey

The article presents the experience of the drug Fastum gel® during analgesic tolerance dorsopathies 43 patients. A positive impact on the dynamics of pain.

Key words: Fastum Gel®, diseases of the spine, dorsopathies.

Государственный медицинский университет г.Семей

071400, г. Семей, ул. Абая, 103.

Подписано в печать 30.10.2013 г.

Формат А4. Объем 9,5 усл.п.л. Тираж 300 экз.